

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA DENGAN MASALAH UTAMA  
GANGGUAN PERSEPSI SENSORI: HALUSINASI KENESTETIK PADA  
Tn. S DENGAN DIAGNOSA MEDIS SKIZOFRENIA AFEKTIF DI  
RUANG VI RUMKITAL Dr. RAMELAN SURABAYA**

**Karya Tulis Ilmiah ini dianjurkan sebagai salah satu syarat  
untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan**



**Oleh :**

**MITHA NOVIANTI**

**NIM. 162.0053**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA**

**2019**

## SURAT PERNYATAAN

Saya bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di Stikes Hang Tuah Surabaya.

Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiat saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 04 Juni 2019



MITHA NOVIANTI

NIM. 162.0053

## HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa:

Nama : Mitha Novianti  
NIM : 162.0053  
Program Studi : D-III Keperawatan  
Judul : **Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Masalah Utama Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Kenestetik pada Tn.S dengan Diagnosa Medis Skizofrenia Afektif di Ruang VI Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.**

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa karya tulis ini diajukan dalam sidang guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar :

**AHLI MADYA KEPERAWATAN (A.Md.Kep)**

Surabaya, 04 Juni 2019

Pembimbing



Ns. Sukma Ayu C.K., M.Kep., Sp.Kep. J

NIP. 03.043

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya  
Tanggal : 04 Juli 2019

## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah dari :

Nama : Mitha Novianti  
NIM : 162.0053  
Program Studi : D-III Keperawatan  
Judul : **Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Masalah Utama Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Kenestetik pada Tn.S dengan Diagnosa Medis Skizofrenia Afektif di Ruang VI Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.**

Telah dipertahankan dihadapan dewan Sidang Karya Tulis Ilmiah Stikes Hang Tuah Surabaya, pada :

Hari, Tanggal : Jum'at 05 Juli 2019  
Bertempat di : Stikes Hang Tuah Surabaya

Dan dinyatakan **LULUS** dan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar **AHLI MADYA KEPERAWATAN** pada Prodi D-III Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya

Dan dinyatakan **LULUS** dan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar **AHLI MADYA KEPERAWATAN** pada Prodi D-III Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya

Penguji I : Ns Sukma Ayu C.K., M.Kep., Sp.Kep. J

Penguji II : Dr. A.V. Sri Suhardingsih, S.Kp., M.Kes



Mengetahui,  
Stikes Hang Tuah Surabaya  
Ka Prodi D-III Keperawatan  
  
Dya Sustrani, S.Kep., Ns, M.Kes.  
NIP. 03.007

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya  
Tanggal : 04 Juli 2019

## KATA PENGANTAR

Alhamdulillah puji syukur dipanjatkan kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan.

Karya tulis ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Ahli Madya Keperawatan.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya tulis bukan hanya karena kemampuan penulis, tetapi banyak ditentukan oleh bantuan dari berbagai pihak, yang telah dengan ikhlas membantu penulis demi terselesainya penulisan, oleh karena itu pada kesempatan itu penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada:

1. Laksamana Pertama TNI dr. Ahmad Samsulhadi Selaku Kepala Rumkital Dr. Ramelan Surabaya, yang telah memberikan izin dan lahan praktik untuk penyusunan Karya Tulis Ilmiah dan selama kami berada di SekolahTinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
2. Kolonel Laut (K/W) Wiwiek Liestyningrum, M.Kep, selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada kami untuk praktik di Rumkital Dr. Ramelan Surabaya dan menyelesaikan pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.

3. Ibu Dya Sustrami, S.Kep., Ns., M.Kes, selaku Kepala Program Studi D-III Keperawatan yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
4. Ibu Ns Sukma Ayu C.K, M.Kep., Sp.Kep. J. selaku pembimbing I yang dengan tulus ikhlas bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan dan arahan dalam penyusunan penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
5. Ibu Dr. A.V. Sri Suhardiningsih, S.Kp.,M.Kes. Selaku pembimbing II, yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan bimbingan dalam penyusunan dalam penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Bapak dan ibu dosen Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi-materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan Karya Tulis Ilmiah ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulis selama menjalani studi dan penulिसannya.
7. Perpustakaan Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah menyediakan sumber pustaka dalam penyusunan dan penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
8. Keluarga yang selalu mendukung dan memberi dorongan, semangat serta do'a yang tak terkira selama proses pendidikan di Stikes Hang Tuah Surabaya.
9. Sahabat-sahabat seperjuangan dalam naungan Stikes Hang Tuah Surabaya khususnya yang telah memberikan dorongan dan semangat sehingga karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan, saya hanya dapat mengucapkan semoga hubungan silaturahmi ini tetap terjalin.

10. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya. Penulis hanya bias berdo'a semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini.

Selanjutnya, penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Maka dari itu saran dan kritik yang konstruktif senantiasa penulis harapkan. Akhirnya penulis berharap, semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama bagi Civitas Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 04 Juli 2018

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN JUDUL .....</b>	<b>i</b>
<b>HALAMAN PERNYATAAN.....</b>	<b>ii</b>
<b>HALAMAN PERSETUJUAN .....</b>	<b>iii</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN.....</b>	<b>iv</b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>v</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>viii</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>x</b>
<b>DAFTAR GAMBAR.....</b>	<b>xi</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN.....</b>	<b>xii</b>
<b>DAFTAR SINGKATAN .....</b>	<b>xiii</b>

### **BAB 1 PENDAHULUAN**

1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	4
1.3 Tujuan Penulisan.....	4
1.4 Manfaat Penulisan.....	5
1.5 Metode Penulisan .....	6
1.6 Sistematika Penulisan .....	7

### **BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Skizofrenia**

2.1.1 Pengertian Skizofrenia .....	9
2.1.2 Jenis dan Tipe Skizofrenia .....	13
2.1.3 Tanda dan Gejala Skizofrenia .....	15
2.1.4 Terapi Skizofrenia .....	17

#### **2.2 Konsep Halusinasi..... 18**

2.2.1 Pengertian Halusinasi.....	18
2.2.2 Jenis-Jenis Halusinasi .....	19
2.2.3 Tanda dan Gejala.....	20
2.2.4 Faktor Penyebab.....	21
2.2.5 Tahap Terjadinya Halusinasi.....	22
2.2.6 Rentang Respon Halusinasi .....	24
2.2.7 Dimensi Halusinasi .....	26

#### **2.3 Asuhan Keperawatan ..... 28**

2.3.1 Pengkajian .....	28
2.3.2 Pemeriksaan Fisik.....	29
2.3.3 Psikososial.....	29
2.3.4 Status Mental .....	30
2.3.5 Kebutuhan Perencanaan Pulang.....	32
2.3.6 Mekanisme koping .....	32
2.3.7 Masalah Psikososial dan Lingkungan.....	32
2.3.8 Aspek Pengetahuan.....	32
2.3.9 Aspek Medis.....	32



2.3.10 Diagnosa Keperawatan.....	33
2.3.11 Perencanaan.....	34
2.3.12 Implementasi .....	37
2.3.13 Evaluasi .....	39

### **BAB 3 TINJAUAN KASUS**

3.1 Pengkajian .....	40
3.1.1 Identitas Pasien.....	40
3.1.2 Alasan Masuk.....	40
3.1.3 Faktor Predisposisi.....	41
3.1.4 Pemeriksaan Fisik .....	42
3.1.5 Psikososial.....	43
3.1.6 Status Metal.....	46
3.1.7 Kebutuhan Pulang .....	49
3.1.8 Mekanisme Koping .....	51
3.1.9 Masalah Psikososial dan Lingkungan .....	52
3.1.10 Pengetahuan Kurang Tentang .....	53
3.1.11 Aspek Medis .....	53
3.1.12 Daftar masalah Keperawatan .....	53
3.1.13 Daftar Diagnosis Keperawatan .....	54
3.2. Pohon Masalah.....	54
3.3 Analisa Data .....	55
3.4 Rencana Keperawatan.....	57
3.5 Implementasi dan Evaluasi .....	61

### **BAB 4 PEMBAHASAN**

4.1 Pengkajian .....	67
4.2 Diagnosa Keperawatan.....	71
4.3 Perencanaan.....	73
4.4 Tindakan.....	74
4.5 Evaluasi .....	76

### **BAB 5 PENUTUP**

5.1 Simpulan .....	78
5.2 Saran.....	80

<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>81</b>
<b>LAMPIRAN.....</b>	<b>82</b>

## DAFTAR TABEL

2.3 Tahapan Terjadinya Halusinasi .....	22
3.2 Analisa Data .....	55
3.4 Rencana Keperawatan.....	57
3.5 Tindakan Keperawatan dan Evalasi .....	61

## DAFTAR GAMBAR

2.1 Rentng Respon .....	24
2.2 Pohon Masalah Halusinasi Kenestetik .....	33
3.1 Genogram Tn. S .....	43
3.3 Pohon Masalah Klien Dengan Halusinasi Kenestetik.....	54

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 SPTK 1.....	82
Lampiran 2 SPTK 2.....	87
Lampiran 3 SPTK 3.....	91
Lampiran 4 Kegiatan Harian.....	95

## DAFTAR SINGKATAN

BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
TD	: Tekanan Darah
N	: Nadi
S	: Suhu
P	: Pernafasan
TB	: Tinggi Badan
BB	: Berat Badan
BHSP	: Bina Hubungan Saling Percaya
SPTK	: Strategi Perencanaan Tindakan Keperawatan
SP1	: Strategi Pertemuan Pasien ke-1
SOAP	: Subyek, Obyek, Assesment, Planning
Rs	: Rumah Sakit
RM	: Rekam Medik
No	: Nomor
Tgl	: Tanggal

# **BAB 1**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Skizofrenia merupakan gangguan jiwa yang banyak terdapat dalam masyarakat, dan sering dikonotasikan dengan keadaan gila. Secara spesifik skizofrenia merupakan orang yang mengalami gangguan didalam emosi, pikiran, dan perilaku yang tidak wajar dan menyimpang dari biasanya seperti halusinasi yang merupakan terganggunya persepsi sensori seseorang, dimana tidak terdapat stimulus. Tipe halusinasi yaitu dapat berupa halusinasi pendengaran, penglihatan, penghidu, pengecap, perabaan. Meskipun bentuk halusinasinya bervariasi namun sebagian besar pasien dengan skizofrenia di rumah sakit jiwa mengalami halusinasi. (Yosep, 2010).

Data dari *World Health Organization* (WHO 2016) terdapat sekitar 35 juta orang terkena depresi, 60 juta orang terkena bipolar, 47,5 juta terkena dimensia serta 21 juta orang dari seluruh dunia terkena skizofrenia. Skizofrenia sering terjadi pada laki-laki (12 juta), dibandingkan dengan perempuan (9 juta). Dari berbagai faktor bisa biologis, psikologis dan sosial dengan keanekaragaman penduduk yang bervariasi.

Frekuensi skizofrenia yang dapat terjadi di negara Indonesia adalah 1-3 orang setiap 1.000 orang, dan pada negara maju terdapat 1 orang skizofrenia pada setiap 100 orang. Hal ini bersebab pada penelitian yang dilakukan di Indonesia masih kurang. Gangguan yang terjadi pada skizofrenia adalah mengenai pembentukan

arus serta isi pikiran, disamping itu juga ditemukan gejala gangguan persepsi, wawasan diri, perasaan dan keinginan. (Muhith, 2015)

Menurut hasil studi di Rumkital Dr. Ramelan Surabaya didapatkan jumlah pasien yang dirawat di ruangan Ruang VI pada 6 bulan terakhir mencakup 54 pasien dengan rincian: pasien dengan halusinasi berjumlah 22, pasien dengan perilaku kekerasan 10, waham sebanyak 8 pasien, isolasi sosial: menarik diri 7 pasien dan defisit perawatan diri sebanyak 7 orang.

Penyakit ini sangat menyusahkan bagi pasien maupun keluarganya karena jumlah terjadinya pada saat dewasa muda produktif yaitu dibawah 45 tahun, dan dalam perjalanannya akan mengalami keruntuhan (deteriorasi) dari taraf fungsi yang sebelumnya, baik dari fungsi sosial, pekerjaan dan perawatan diri yang sulit. pasien sukar untuk bersosialisasi dengan orang lain dan tidak dapat berkerja sesuai kemampuan usia sebelumnya karena terdapat sifat yang agresif serta kemunduran dalam perawatan diri dan kelemahan dalam berinteraksi dengan lingkungan sosial.

Yosep (2010) mengatakan bahwa diperkirakan lebih dari 90% klien dengan skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa mengalami halusinasi, halusinasi bisa berasal dari dalam diri manusia tersebut dan juga bisa berasal dari luar.

Penyebab timbulnya halusinasi ada dua yaitu karena faktor predisposisi dan faktor presipitasi. Pada faktor predisposisi bisa juga dikarenakan faktor perkembangan yaitu berupa tugas perkembangan pasien terganggu karena pasien terlalu mendapat perilaku yang istimewa dari lingkungan atau keluarganya sehingga pasien tidak dapat mandiri sejak kecil sehingga pasien rentan terhadap

stress, pada faktor sosio kultural yaitu penderita merasa tidak diterima dalam lingkungan sejak bayi, pada faktor biologis penderita mengalami stress yang berlebih atau juga berkepanjangan sehingga menyebabkan neurotransmitter otak teraktifasi, begitupun pada faktor psikologis pasien akan sampai pada kepribadian yang lemah dan tidak bertanggung jawab sehingga ketika ada masalah pasien akan lari dari kenyataan dan menggunakan zat adiktif sebagai peralihan masalahnya. Sedangkan pada faktor genetik dan pola asuh adanya salah satu genetik yang memiliki skizofrenia dalam satu keluarga tersebut dapat mempengaruhi genetika keturunan yang selanjutnya.

Penanganan pada pasien yang mengalami skizofrenia dengan halusinasi dapat diberikan strategi keperawatan dengan membantu pasien mengenal lebih jauh tentang halusinasi yang dialaminya seperti isi dari halusinasi yang dialami oleh pasien, frekuensi terjadinya halusinasi, faktor penyebab munculnya halusinasi, situasi yang menyebabkan halusinasi muncul, waktu dimana halusinasi dapat muncul serta respon pasien saat halusinasinya muncul. Pasien juga dapat diajarkan bagaimana cara mengontrol halusinasinya dengan cara menghardik, melakukan kegiatan bercakap-cakap dengan orang lain dan melakukan aktivitas terjadwal. Selain itu penderita skizofrenia sangat membutuhkan bantuan serta peran keluarga dalam perawatan dan memberikan dukungan agar kepercayaan diri penderita meningkat dan juga mempertahankan pengobatan secara optimal. Oleh sebab itu diperlukan asuhan keperawatan jiwa pada pasien dengan halusinasi.



## **1.2 Rumusan Masalah**

Bagaimakanah asuhan keperawatan dengan gangguan persepsi sensori: Halusinasi Kenestetik diruang Ruang VI Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.

## **1.3 Tujuan Penulisan**

### **1. Tujuan Umum**

Mahasiswa mampu mengidentifikasi asuhan keperawatan pada pasien Tn. S dengan diagnosa Halusinasi kenestetik diruang Ruang VI Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.

### **2. Tujuan Khusus**

1. Mengkaji Tn. S dengan diagnosa Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Kenestetik
2. Merumuskan diagnosa keperawatan pada Tn. S dengan diagnose Gangguan Persepsi Sensori:Halusinasi Kenestetik
3. Merencanakan asuhan keperawatan pada Tn. S dengan diagnosa Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Kenestetik
4. Melaksanakan asuhan keperawatan pada Tn. S dengan diagnosa Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Kenestetik
5. Mengevaluasi Tn. S dengan diagnosa Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Kenestetik
6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Tn. S dengan diagnosa Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Kenestetik

## 1.4 Manfaat

Terkait dengan tujuan maka tugas akhir ini diharapkan dapat memberi manfaat:

1. Akademis hasil karya tulis ilmiah ini merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan pada klien pada klien dengan diagnosa Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Kenestetik.
2. Secara praktis, tugas akhir ini akan bermanfaat bagi:
  - a) Bagi pelayanan keperawatan dirumah sakit hasil karya tulis ilmiah ini, dapat menjadi masukan bagi pelayanan dirumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan pasien pada pasien dengan diagnosa Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Kenestetik
  - b) Bagi peneliti hasil penelitian ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi peneliti berikutnya, yang akan melakukan karya tulis ilmiah pada asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Kenestetik
  - c) Bagi profesi kesehatan sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan dan pemahaman lebih baik tentang asuhan keperawatan yang baik pada klien dengan diagnosa Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Kenestetik.

## **1.5 Metode Penulisan**

### **1. Metode**

Dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini penulis menggunakan metode Deskriptif, yaitu metode penulisan yang dilakukan dengan tujuan membuat gambaran tentang suatu keadaan secara obyektif dengan menggunakan studi kasus melalui pendekatan proses keperawatan dengan langkah : pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

### **2. Tehnik pengumpulan data**

#### **a) Wawancara**

Data diambil/ diperoleh melalui percakapan baik dengan pasien, keluarga maupun tim kesehatan lain.

#### **b) Observasi**

Data yang diambil melalui percakapan baik dengan pasien, keluarga maupun tim kesehatan lain.

#### **c) Pemeriksaan**

Meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium yang dapat menunjang menegakkan diagnosa dan penanganan selanjutnya.

### **3. Sumber Data**

#### **a) Data Primer**

Data primer adalah data yang diperoleh dari klien.

b) Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat klien, catatan medic perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain.

#### **4. Studi Kepustakaan**

Studi kepustakaan yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul karya tulis ilmiah dan masalah yang dibahas.

#### **1.6 Sistematika Penulisan**

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam mempelajari dan memahami karya tulis ilmiah ini, secara keseluruhan di bagi menjadi tiga bagian, yaitu:

1. Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, kata pengantar, daftar isi.
2. Bagian inti, terdiri dari lima bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini:

BAB 1 : Pendahuluan, berisi tentang latar belakang masalah, tujuan, manfaat, penelitian, dan sistematika penulisan karya tulis ilmiah.

BAB 2 : Tinjauan Pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan dan asuhan keperawatan klien dengan diagnose gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Kenestetik, serta Kerangka masalah.

BAB 3 : Tinjauan kasus berisi tentang diskripsi data hasil pengkajian, diagnose, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

BAB 4 : pembahasan berisi tentang perbandingan antara teori dengan kenyataan yang ada di lapangan.

BAB 5 : Penutup, berisi tentang simpulan saran.

3. Bagian ahir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Bab ini menguraikan tentang konsep teoritis mengenai penyakit skizofrenia yang meliputi pengertian, tanda dan gejala serta tipe skizofrenia. Konsep penyakit Halusinasi kenestetik meliputi definisi hingga asuhan keperawatan, didalam asuhan keperawatan dapat diuraikan masalah-masalah yang muncul pada penyakit Halusinasi Kenestetik dengan melakukan asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnose, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi.

#### **2.1 Konsep Skizofrenia**

##### **2.1.1 Pengertian Skizofrenia**

Skizofrenia merupakan sekelompok gangguan psikolitik, dengan gangguan dasar pada kepribadian, distorsi khas pada proses pikir. Kadang-kadang mempunyai perasaan bahwa dirinya sedang dikendalikan oleh kekuatan dari luar. (Ibrahim 2010).

##### **2.1.2 Etiologi Skizofrenia**

Menurut Sani (2011) adapun etiologi dari skizofrenia adalah sebagai berikut:

1. Samatogenik
  - a) Keturunan/Genetik
  - b) Endokrin
  - c) Metabolisme
  - d) Susunan Syaraf pusat

## 2. Psikogenik

### a) Teori Adolf Meyer

Skizofrenia merupakan suatu reaksi yang salah sehingga menimbulkan maladaptasi. Oleh karena itu timbul suatu disorganisasi kepribadian, lama-kelamaan orang itu menjauhkan diri dari kenyataan (Autisme).

### b) Teori Sigmund Freud

- 1) Kelemahan ego karena penyebab psikogenik (Kejiwaan) atau somatic (Psikis yang menyebabkan kelainan fisik).
- 2) Super ego sebagai sesuatu yang tak ada artinya karena tidak bertenaga, dan Id yang berkuasa, mengalahkan Ego dan Super Ego.

## 3. Kombinasi

### a) Konstitusi schizoid

Menurut Manfred Bleuler, konstitusi dengan kepribadian premorbid berbentuk skizoid, yang mempunyai ciri isolasi diri, pendiam dan tidak komunikatif, pencurig, mudah tersinggung, sering tidak memperhitungkan akibat yang merugikan, yang bersebab pada perbuatannya, kejam dan dingin, serta eksentrik. Penderita skizofrenia pernah menunjukkan salah satu ciri khas diatas.

### b) Sindrom Skizofrenia

Sindrom ini dapat disebabkan oleh berbagai hal seperti misalnya keturunan, pendidikan yang salah, maladaptasi, tekanan jiwa, dan penyakit lain yang belum diketahui.

- c) Ada yang berpendapat bahwa skizofrenia merupakan gangguan psikosomatik, sedang gejala pada badan merupakan gejala sekunder, karena gangguan dasar yang psikogenik, atau merupakan manifestasi somatic dari gangguan psikogenik. Sangat sukar dibedakan antara yang primer dan sekunder, mana yang sebab atau penyebabnya.

#### 4. Sosiogenik

Banyak skizofrenia dijumpai pada golongan sosial ekonomi rendah terutama karena kemiskinan. Ternyata teori tersebut banyak ragam presentasi gejala yang prognosis skizofrenia, dan tidak didapatkan faktor etiologi tunggal yang dianggap kausatif.

Model yang paling sering digunakan adalah model stress diathesis, yang mengatakan bahwa orang yang menderita skizofrenia memiliki kerentanan biologis khas, atau diathesis yang dicetuskan oleh stress dan menimbulkan gejala skizofrenia. Stress mungkin biologis, genetik, psikososial, atau lingkungan.

##### a) Genetik

###### 1) Konsanguinitas

Insiden didalam keluarga lebih tinggi daripada populasi umum.

Keselarasan monozigotik lebih besar daripada dizigotik.

###### 2) Keselarasan

Proporsi kembar yang terkena dengan kembarnya terkena atau akan terkena.



### 3) Studi Adoptif

Risiko akibat orang tua biologiknya, bukan orang tua adoptif.

## b) Biokimia

### 1) Hipotesis Dopamin

Gejala yang ditimbulkan sebagai akibat aktivitas hiperdopa-minergik yang disebabkan oleh karena terjadi hipersensitifnya reseptor dopamine atau naiknya aktivitas dopamine.

### 2) Hipotesis Norepinefrin

Aktivitas Nor Epinephrin naik pada skizofrenia, dan akan menyebabkan naiknya sensitivitas terhadap input sensorik.

### 3) Hipotesis GAMA

Mengenal aktivitas GAMA dapat menyebabkan naiknya aktivitas dopamine.

### 4) Halusinogen

Amin endogen tertentu mungkin bertindak sebagai substrat bagi metilasi abnormal yang menimbulkan halusinogen endogen.

## c) Psiko Sosial

Klien yang memiliki emosi ekspresi yang tinggi memiliki angka relaps lebih tinggi daripada pasien yang berasal dari keluarga beres ekspresi emosi lebih rendah.

Emosi ekspresi didefinisikan sebagai perilaku yang intrusif, terlihat berlebihan, kejam dan kritis.

## **2.1.2 Jenis dan Tipe Skizofrenia**

### **1. Tipe Paranoid**

DSM-IV menyebutkan bahwa tipe paranoid ditandai oleh keasyikan (preokupasi) pada satu atau lebih waham atau halusinasi dengar dan tidak ada perilaku spesifik lain yang mengarahkan pada tipe terdisorganisasi atau katatonik.

Secara klasik, skozofrenia tipe paranoid ditandai oleh waham persekutorik klasik, skizofrenia tipe paranoid ditandai oleh waham persekutorik (Waham kejar) dan atau waham kebesaran.

Klien dengan skizofrenia paranoid mempunyai sikap tegang, pencuriga, berhati-hati dan tak ramah. Mereka dapat bersikap bermusuhan atau agresif.

### **2. Tipe Hebefrenik**

Ditandai oleh regresi yang nyata pada perilaku primitive, dan tidak teratur. Tidak ada gejala yang memenuhi kriteria untuk tipe katatonik. Perkiraan usia biasanya lebih awal yaitu usia sebelum 25 tahun.

Penampilan pribadi dan perilaku sosialnya berada dalam keadaan yang rusak. Respon emosionalnya tidak sesuai dan mereka sering memperlihatkan tingkah laku aneh seperti misalnya tertawanya yang meledak tanpa alasan. Meringis dan seringai wajah sering ditemukan pada tipe pasien ini. Perilaku tersebut digambarkan sebagai kekanak-kanakan atau bodoh.

### **3. Tipe Katatonik**

Ciri klasik dari tipe katatonik terlihat dengan adanya gangguan nyata pada fungsi motorik, berupa stupor, negativisme, rigiditas, kegembiraan.

Pasien sering menunjukkan perubahan yang cepat antara kegembiraan atau stupor. Ciri penyerta misalnya stereopitik, menerisme, dan fleksibilitas lilin (*Waxy flexibility*).

Selama stupor atau kegembiraan katatonik, klien dengan skizofrenia memerlukan pengawasan yang ketat karena pasien dapat melukai dirinya sendiri atau orang lain. Perawatan medis mungkin diperlukan karena kemungkinan adanya malnutrisi, kelelahan, hiperpireksia atau cedera yang disebabkan oleh diri sendiri.

### **4. Tipe Tidak tergolongkan**

Klien jelas skizofrenia, namun tidak dapat dimasukkan kedalam salah satu tipe, berdasarkan DSM-IV. Klien tersebut diklasifikasikan sebagai tipe tidak tergolongkan.

### **5. Tipe Residual**

Gambaran klinis pada saat diperiksa tidak menunjukkan gejala psikotik yang menonjol, meskipun tanda penyakit masih tetap ada. Yang umum ditemukan adalah penumpulan emosi, penarikan diri dari hubungan sosial, tingkah laku eksentrik, pikiran tak logis, dan pelanggaran asosiasi

### 2.1.3 Tanda Dan Gejala

Didalam rumusan teoritis perjalanan skizofrenia, ditandai dan gejala premorbid sebelum fase prodromal. Tanda dan gejala prodromal dikenali secara retrospektif, setelah diagnosis skizofrenia ditegakkan. Gejala ini dimulai dengan beberapa macam keluhan, berupa gejala somatic, misalnya nyeri kepala, nyeri punggung dan otot serta gangguan pencernaan.

Pada fase prodromal didapatkan tanda dan gejala yang khas yaitu:

- a) Terdapatnya deteriorasi (Pengurangan) yang jelas dari taraf fungsi penyesuaian sebelumnya.
- b) Penarikan diri dari kehidupan sosial
- c) Hendaya dalam fungsi peran
- d) Tingkah laku aneh
- e) Hendaya dalam hygiene diri dan berpakaian
- f) Afek yang tumpul atau tak serasi
- g) Gangguan komunikasi
- h) Ide-ide yang mirip waham.

1. Adapun kriteria menurut Bleuer untuk dapat mendiagnosis Skizofrenia yaitu:

#### A. Gejala Primer (4A)

- Autisme

Orang tersebut cenderung menarik diri dari dunia luar dan berdialog dengan dunianya sendiri.

- Afek yang terganggu

Gangguan afek dan emosi berupa penumpukan, pendataran dan ketidakserasian.

- Asosiasi yang terganggu

Proses pikiran yang terganggu pada umumnya meliputi pelonggaran asosiasi, yaitu ide yang satu belum habis diutarakan sudah muncul ide lain, sehingga pembicaraan tidak dapat diikuti atau dimengerti

#### B. Gejala Sekunder

- Waham
- Halusinasi
- Ilusi
- Depersonalisasi
- Negativisme
- Automatisasi
- Echoilia
- Achopraxia
- Mannerisme
- Stereotipi
- Fleksibilitas Cerea
- Katalepsi.

#### 2. Kriteria menurut *Schneider/ First Rank Symtoms*

##### A. Halusinasi pendengaran (Khas untuk skizofrenia)

- Pikiran yang dapat didengar sendiri
- Suara yang sedang bertengkar

- Suara yang mengomentari tingkah laku penderita

#### B. Gangguan Batas Ego (Ego Boundary Disturbances)

- Somatic passivity: tubuh dan gerakannya dipengaruhi oleh sesuatu kekuatan dari luar.
- Thought Withdrawal.
- Thought Insertion
- Thought Broadcasting
- Made feeling: perasaannya dibuat oleh orang lain
- Made Impulse: dorongan kehendaknya seolah-olah dari orang lain
- Delusional-perception: persepsi dipengaruhi oleh waham.

### 2.1.4 Terapi Skizofrenia

#### 1. Pemberian obat-obatan

Obat neuroleptika selalu diberikan, kecuali obat-obat ini terkontraindikasi, karena 75% penderita skizofrenia memperoleh perbaikan dengan obat-obat neuroleptika. Kontraindikasi meliputi neuroleptika yang sangat antikolinergik seperti klorpromazin, molindone, dan thioridazine pada penderita dengan hipertrofi prostate atau glaucoma sudut tertutup. Antara sepertiga hingga separuh penderita skizofrenia dapat membaik dengan lithium. Namun, karena lithium belum terbukti lebih baik dari neuroleptika, penggunaannya disarankan sebatas obat penopang. Meskipun terapi elektrokonvulsif (ECT) lebih rendah dibanding dengan neuroleptika bila dipakai sendirian, penambahan terapi ini pada regimen neuroleptika menguntungkan beberapa penderita skizofrenia.

## 2. Pendekatan psikologi

Hal yang penting dilakukan adalah intervensi psikososial. Hal ini dilakukan dengan menurunkan stressor lingkungan atau mempertinggi kemampuan pasien untuk mengatasinya, dan adanya dukungan sosial. Intervensi psikososial diyakini berdampak baik pada angka dan kualitas hidup pasien. Intervensi berpusat pada keluarga hendaknya tidak diupayakan untuk mendorong eksplorasi atau ekspresi perasaan-perasaan, atau mempertinggi kewaspadaan impuls-impuls atau motivasi bawah sadar.

### **2.2 Konsep Halusinasi**

#### **2.2.1 Pengertian Halusinasi**

Halusinasi adalah hilangnya kemampuan manusia dalam membedakan rangsangan internal (pikiran) dan rangsangan eksternal (dunia luar). Klien memberi persepsi atau pendapat tentang lingkungan tanpa ada objek atau rangsangan yang nyata. Sebagai contoh klien mengatakan mendengarkan suara padahal tidak ada yang berbicara (Kusumawati & Hartono 2010).

Halusinasi adalah gangguan persepsi sensori dari suatu obyek tanpa adanya rangsangan dari luar, gangguan persepsi sensori ini meliputi seluruh pacaidra. Halusinasi merupakan salah satu gejala gangguan jiwa yang dapat mempengaruhi pola persepsi serta merasakan sensasi palsu berupa suara, pengelihatn, pengecapan, perabaan atau penciuman. (Yusuf, Fitryasari & Nihayati 2015)

### 2.2.2 Jenis-Jenis Halusinasi

Menurut Kusumawati & Hartono (2010) halusinasi terdiri dari 7 jenis sebagai berikut:

1. Halusinasi Pendengaran

Mendengar suara atau kebisingan yang kurang jelas ataupun jelas, dimana terkadang suara-suara tersebut seperti mengajak berbicara klien dan kadang memerintah klien untuk melakukan sesuatu.

2. Halusinasi Penglihatan

Stimulus visual dalam bentuk kilatan cahaya, gambar atau bayangan yang rumit dan kompleks. Bayangan bisa menyenangkan atau menakutkan.

3. Halusinasi Penghidu

Membau bau-bauan tertentu seperti bau darah, urine, feses, parfum, atau bau yang lain. Ini sering terjadi pada seseorang pasca serangan stroke, kejang atau demensia.

4. Halusinasi Pengecapan

Merasa mengecap seperti darah, urine, feses, atau yang lainnya.

5. Halusinasi Perabaan

Merasa mengalami nyeri, rasa tertetrum atau ketidaknyamanan tanpa stimulus yang jelas

6. Halusinasi cenesthetic

Merasakan fungsi tubuh seperti aliran darah di vena atau arteri, pencernaan makanan atau pembentukan urine.



## 7. Halusinasi Kinestetika

Merasakan pergerakan sementara berdiri tanpa bergerak.

### 2.2.3 Tanda dan Gejala

Pada tanda dan gejala dalam tinjauan pustaka masalah yang dituliskan menurut Hamid dalam Damaiyanti (2012) perilaku pasien yang terkait dengan Halusinasi adalah sebagai berikut:

1. Bicara sendiri
2. Senyum sendiri
3. Ketawa sendiri
4. Menggerakkan bibir tanpa suara
5. Pergerakan mata yang cepat
6. Respon verbal yang lambat
7. Menarik diri dari orang lain
8. Berusaha untuk menghindari orang lain
9. Tidak dapat membedakan yang nyata dan yang tidak nyata
10. Terjadi peningkatan denyut jantung, pernapasan, dan tekanan darah
11. Perhatian dengan lingkungan yang kurang atau hanya beberapa detik
12. Berkonsentrasi dengan pengalaman sensori
13. Sulit berhubungan dengan orang lain
14. Ekspresi muka tegang
15. Mudah tersinggung, jengkel dan marah
16. Tidak mampu mengikuti perintah dari perawat
17. Ketakutan

18. Bertindak merusak diri, orang lain dan lingkungan

#### **2.2.4 Faktor Penyebab**

Merurut Stuart & Laraia dalam buku Muhith (2015). Halusinasi merupakan suatu gejala dalam menentukan diagnosis klien yang mengalami psikolitik khususnya Skizofrenia, halusinasi dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu:

##### **1. Faktor Predisposisi**

Adalah faktor risiko yang mempengaruhi jenis dan jumlah sumber yang dapat dibangkitkan oleh individu untuk mengatasi stress. Diperoleh baik dari klien maupun keluarganya, mengenai faktor perkembangan sosial kultural, biokimia, psikologis dan genetik yaitu faktor risiko yang mempengaruhi jenis dan jumlah sumber yang dapat dibangkitkan oleh individu untuk mengatasi stress. Beberapa faktor predisposisi yang berkontribusi pada munculnya respon neurobiologi seperti pada halusinasi antara lain:

- a) Faktor Genetik. Telah diketahui bahwa secara genetik skizofrenia diturunkan melalui kromosom-kromosom tertentu. Namun demikian, kromosom yang keberapa yang menjadi faktor penentu gangguan ini sampai sekarang masih dalam tahap penelitian. Anak kembar identik memiliki kemungkinan memiliki Skizofrenia sebesar 50% jika salah satunya mengalami Skizofrenia. Sementara jika dizygote peluangnya sebesar 15%. Seorang anak yang salah satu orang tuanya mengalami Skizofrenia berpeluang 15% mengalami Skizofrenia, sementara bila kedua orang tuanya Skizofrenia maka peluangnya menjadi 35%.
- b) Faktor perkembangan, jika tugas perkembangan mengalami hambatan dan hubungan interpersonal terganggu, maka individu dapat mengalami stress dan kecemasan.

- c) Faktor Neurobiology, ditemukan bahwa kortex pre frontal dan kortex limbic pada klien dengan Skizofrenia tidak pernah berkembang penuh. Ditemukan juga pada klien Skizofrenia terjadi penurunan volume dan fungsi otak yang abnormal. Neurotransmitter juga tidak ditemukan tidak normal, khususnya dopamine, serotonin dan glutamate.
- d) Study Neurotransmitter, skizofrenia diduga juga disebabkan oleh adanya ketidakseimbangan neurotransmitter serta dopamine berlebihan, tidak seimbang dengan kadar serotonin.
- e) Faktor Biokimia, mempunyai pengaruh terhadap terjadinya gangguan jiwa. Dengan adanya stress yang berlebihan yang di alami seseorang, maka tubuh dapat menghasilkan suatu zat yang dapat bersifat halusinasiogenik neurokimia seperti Buffofenon dan Dimetytransferase (DMP).
- f) Teori Virus, paparan Virus influenza pada trimester ke-3 kehamilan dapat menjadi faktor predisposisi skizofrenia.
- g) Psikologis, beberapa kondisi psikologis yang menjadi faktor predisposisi scizofrenia, antara lain anak yang diperlakukan oleh ibu yang pencemas, terlalu melindung, dingin dan tidak berperasaan, sementara ayah yang men

### 2.2.5 Tahap Terjadinya Halusinasi

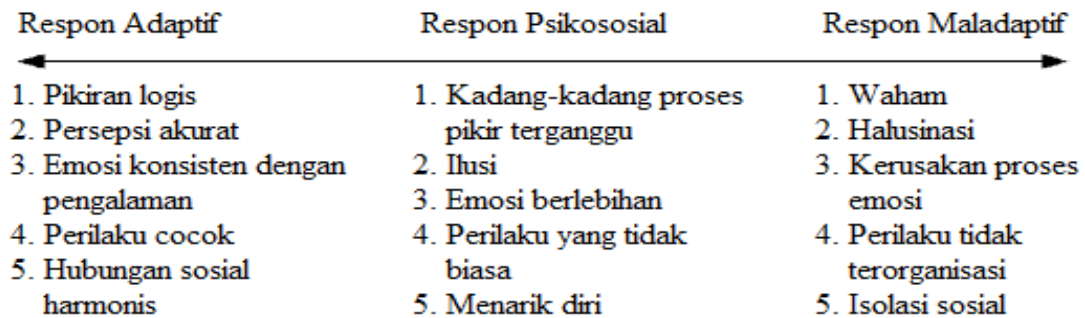
Tabel 2.1 Tahapan terjadinya halusinasi (Yosep, 2010)

<p>Stage 1 : <i>Sleep Disorder</i></p> <p>Fase awal seseorang sebelum muncul halusinasi</p>	<p>Klien merasa banyak masalah, ingin menghindar dari lingkungan, takut diketahui orang lain bahwa dirinya banyak masalah. Masalah makin terasa sulit karena berbagai stressor terakumulasi, misalnya kekasih hamil, terlibat narkoba, dkhianati kekasih,</p>
---	---

	<p>masalah dikampus, <i>drop out</i> dan sebagainya. Masalah terasa menekan karena terakumulasi sedangkan <i>support system</i> kurang dan persepsi terhadap masalah sangat buruk. Sulit tidur berlangsung terus-menerus sehingga terbiasa menghayal. Klien menganggap lamunan-lamunan awal tersebut sebagai pemecahan masalah.</p>
<p>Stage II : <i>Comforting Moderate Level of Anxiety</i></p> <p>Halusinasi secara umum ia terima sebagai sesuatu yang alami</p>	<p>Pasien mengalami emosi yang berlanjut seperti adanya perasaan cemas, kesepian, perasaan berdosa, ketakutan dan mencoba memusatkan pikiran pada timbulnya kecemasan. Ia beranggapan bahwa pengalaman pikiran dan sensorinya dapat ia kontrol bila kecemasannya diatur, dalam tahap ini ada kecenderungan klien merasa nyaman dengan halusinasinya</p>
<p>Stage III : <i>Condemning Severe Level of Anxiety</i></p> <p>Secara umum halusinasi sering mendatangi klien</p>	<p>Pengalaman sensori klien menjadi sering datang dan mengalami bias. Klien mulai merasa tidak mampu lagi mengontrolnya dan mulai berupaya menjaga jarak antara dirinya dengan objek yang dipersepsikan klien mulai menarik diri dari orang lain dengan intensitas waktu yang lama.</p>
<p>Stage IV : <i>Controlling Severe Level of Anxiety</i></p> <p>Fungsi sensori menjadi tidak relevan dengan kenyataan</p>	<p>Klien mencoba melawan suara-suara atau sensori abnormal yang datang. Klien dapat merasakan kesepian bila halusinasinya berakhir. Dari sinilah dimulai fase gangguan psikotik.</p>
<p>Stage V : <i>Conquering Panic Level of Anxiety</i></p> <p>Klien mengalami gangguan dalam menilai lingkungannya</p>	<p>Pengalaman sensorinya terganggu, klien mulai merasa terancam dengan datangnya suara-suara terutama bila klien tidak dapat menuruti ancaman atau perintah yang ia dengar dari halusinasinya. Halusinasi dapat berlangsung minimal 4 jam atau sehari-hari bila klien tidak mendapatkan komunikasi terapeutik terjadi gangguan psikotik berat.</p>

## 2.2.6 Rentang Respon

Menurut Yosep & Titin (2014)



Gambar 2.1 Sumber Buku Ajar Asuhan Keperawatan Jiwa (2014).

Keterangan gambar :

### a. Respon adaptif

Respon adaptif adalah respon yang dapat diterima norma-norma sosial budaya yang berlaku.

- 1) Pikiran logis adalah pandangan yang mengarah pada kenyataan.
- 2) Persepsi akurat adalah pandangan yang tepat pada kenyataan.
- 3) Emosi konsisten dengan pengalaman yaitu perasaan yang timbul dari pengalaman asli.
- 4) Perilaku sosial adalah sikap dan tingkah laku yang masih dalam batas kewajaran.
- 5) Hubungan sosial adalah proses suatu interaksi dengan orang lain dan lingkungan.

### b. Respon psikososial

Respon psikososial meliputi:

- 1) Proses pikir terganggu adalah proses pikir yang menimbulkan gangguan
- 2) Ilusi adalah miss interpretasi yang salah penerapan yang benar-benar terjadi (objek nyata) karena rangsangan panca indera.
- 3) Emosi berlebihan atau berkurang.
- 4) Perilaku tidak biasa adalah sikap dan tingkah laku yang melebihi batas kewajaran.
- 5) Menarik diri adalah percobaan untuk menghindari interaksi dengan orang lain.

c. Respon maladaptif

Respon maladaptif adalah respon individu dalam menyelesaikan masalah yang menyimpang dari norma-norma sosial budaya dan lingkungan, adapun respon maladaptif meliputi:

- 1) Kelainan pikiran adalah keyakinan yang secara kokoh dipertahankan walaupun tidak diyakini oleh orang lain dan bertentangan dengan kenyataan sosial.
- 2) Halusinasi merupakan persepsi sensoru yang salah atau persepsu eksternal yang tidak realita atau tidak ada.
- 3) Kerusakan proses emosi adalah perubahan sesuatu yang timbul dari hati.
- 4) Perilaku tidak teroganisir merupakan suatu yang tidak teratur.
- 5) Isolasi sosial adalah kondisi kesendirian yang dialami oleh individu dan diterima sebagai ketentuan oleh orang lain dan sebagai suatu kecelakaan yang negatif mengancam.

### 2.2.7 Dimensi Halusinasi

Respon klien terhadap halusinasi dapat berupa curiga, ketakutan, perasaan tidak aman, gelisah dan bingung, perilaku merusak diri, kurang perhatian, tidak mampu mengambil keputusan serta tidak dapat membedakan keadaan nyata dan tidak nyata. Masalah halusinasi berlandaskan atas hakikat keberadaan seorang individu sebagai makhluk yang dibangun atas dasar unsur-unsur bio-psiko-sosio-spiritual sehingga halusinasi dapat dilihat dari lima dimensi (Stuart & Laira dalam Muhith 2015).

1. Dimensi Fisik, manusia dibangun oleh system indra untuk menanggapi rangsang eksternal yang diberikan oleh lingkungannya. Halusinasi dapat ditimbulkan oleh beberapa kondisi fisik seperti kelelahan yang luar biasa, penggunaan obat-obatan, demam hingga delirium, intoksikasi alkohol, dan kesulitan untuk tidur dalam waktu yang lama.
2. Dimensi Emosional, perasaan cemas yang berlebihan atas dasar problem yang tidak dapat diatasi merupakan penyebab halusinasi itu terjadi. Isi dari halusinasi dapat berupa perintah memaksa dan menakutkan. Klien tidak sanggup lagi menentang perintah tersebut hingga dengan kondisi tersebut klien berbuat sesuatu terhadap ketakutan tersebut.
3. Dimensi Intelektual, dalam dimensi intelektual ini menerangkan bahwa individu dengan halusinasi dapat memperlihatkan adanya penurunan fungsi ego. Pada awalnya halusinasi merupakan usaha dari ego sendiri untuk melawan impuls yang menekan, namun merupakan suatu hal yang menimbulkan

kewaspadaan yang dapat mengambil seluruh perhatian klien dan tak jarang anak mengontrol semua perilaku klien

4. Dimensi sosial, dimensi sosial pada individu dengan halusinasi menunjukkan adanya kecenderungan untuk menyendiri. Individu asyik dengan halusinasinya, seolah-olah pasien merupakan tempat untuk memenuhi kebutuhan interaksi sosial, control diri dan harga diri yang tidak didapatkan dalam dunia nyata. Isi halusinasi dijadikan system control oleh individu tersebut sehingga jika perintah halusinasi berupa ancaman, maka individu tersebut bisa membahayakan orang lain. Oleh karena itu, aspek penting dalam melaksanakan intervensi keperawatan klien dengan mengupayakan suatu proses interaksi yang menimbulkan pengalaman interpersonal yang memuaskan, serta mengusahakan klien tidak menyendiri sehingga klien selalu berinteraksi dengan lingkungannya dan halusinasi tidak berlangsung
5. Dimensi spiritual, manusia diciptakan tuhan sebagai makhluk sosial sehingga interaksi dengan manusia lainnya merupakan kebutuhan yang mendasar. Individu yang mengalami halusinasi cenderung menyendiri hingga proses di atas tidak terjadi, individu tidak sadar dengan keberadaannya sehingga halusinasi menjadi system control dalam individu tersebut. Saat halusinasi menguasai dirinya, individu kehilangan control kehidupan dirinya (Stuart & Laraia dalam Muhith 2015).



## **2.3 Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Gangguan Perubahan Persepsi Sensori : Halusinasi.**

Proses keperawatan menjelaskan bagaimana perawat mengelola asuhan pada individu, keluarga, kelompok, dan komunitas dengan pendekatan penyelesaian masalah yang sistematis dalam pemberian asuhan keperawatan. Saat ini proses keperawatan dijelaskan sebagai proses siklik lima bagian yang meliputi pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi (Damaiyanti & Iskandar, 2014)

### **2.3.1 Pengkajian**

#### 1. Identitas klien

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, tanggal pengkajian, tanggal dirawat, nomor rekam medis.

#### 2. Alasan masuk

Alasan klien datang di rumah sakit, biasanya klien sering berbicara sendiri, mendengar atau melihat sesuatu, suka berjalan tanpa tujuan, membanting peralatan rumah, menarik diri.

#### 3. Faktor predisposisi

- a. Biasanya klien pernah mengalami gangguan jiwa dan kurang berhasil dalam pengobatan.
- b. Pernah mengalami aniaya fisik, penolakan dan kekerasan dalam keluarga.
- c. Klien dengan gangguan orientasi bersifat heriditer.
- d. Pernah mengalami trauma masa lalu yang sangat mengganggu.

### 2.3.2 Pemeriksaan fisik

Memeriksa tanda-tanda vital, tinggi badan, berat badan, dan tanyakan apakah ada keluhan fisik yang dirasakan pasien.

### 2.3.3 Psikososial

- a. Genogram: Pembuatan genogram minimal 3 generasi yang menggambarkan hubungan klien dengan keluarga, masalah yang terkait dengan komunikasi, pengambilan keputusan, pola asuh, oertumbuhan individu dan keluarga
- b. Konsep diri:
  - 1) Gambaran diri: Tanyakan persepsi klien terhadap tubuhnya, bagian tubuh yang disukai, reaksi klien terhadap bagian tubuh yang tidak disukai dan yang disukai.
  - 2) Identitas diri: Klien dengan halusinasi tidak puas akan dirinya sendiri merasa bahwa klien tidak berguna.
  - 3) Fungsi peran: Pada klien dengan halusinasi bisa berubah atau berhenti fungsi peran yang disebabkan penyakit, trauma akan masa lalu, menarik diri dari orang lain, perilaku agresif.
  - 4) Ideal diri: Pada klien yang mengalami halusinasi cenderung tidak peduli dengan diri sendiri maupun sekitarnya.
  - 5) Harga diri: Klien yang mengalami halusinasi cenderung menerima diri tanpa syarat meskipun telah melakukan kesalahan, kekalahan dan kegagalan ia tetap merasa dirinya sangat berharga.

#### 6) Hubungan sosial

Tanyakan siapa orang terdekat di kehidupan klien tempat mengadu, berbicara, meminta bantuan, atau dukungan. Klien dengan halusinasi cenderung tidak mempunyai orang terdekat, dan jarang mengikuti kegiatan yang ada di masyarakat.

#### 7) Spiritual

Nilai dan keyakinan, kegiatan ibadah/ menjalankan keyakinan, kepuasan dalam menjalankan keyakinan. Apakah isi halusinasinya mempengaruhi keyakinan dengan Tuhannya.

### **2.3.4 Status mental**

- a. Penampilan: Pada klien dengan halusinasi mengalami defisit perawatan diri (penampilan tidak rapi, penggunaan pakaian tidak sesuai, cara berpakaian tidak seperti biasanya, rambut kotor, rambut seperti tidak pernah disisir, gigi kotor dan kuning, kuku panjang dan hitam), raut wajah nampak takut, kebingungan, cemas.
- b. Pembicaraan: Klien dengan halusinasi cenderung suka berbicara sendiri, ketika di ajak bicara tidak fokus, terkadang yang dibicarakan tidak masuk akal.
- c. Aktivitas motorik: Klien dengan halusinasi tampak gelisah, kelesuan, ketegangan, agitasi, tremor. Klien terlihat sering menutup telinga, menunjuk-nunjuk ke arah tertentu, menggaruk-garuk permukaan kulit, menutup hidung.

- d. Afek emosi: Pada klien halusinasi tingkat emosi lebih tinggi, perilaku agresif, ketakutan yang berlebihan dan euforia.
- e. Interaksi selama wawancara: Klien dengan halusinasi cenderung tidak kooperatif (tidak dapat menjawab pertanyaan dengan spontan) dan kontak mata kurang (tidak mau menatap lawan bicara, mudah tersinggung).
- f. Persepsi halusinasi: Ada beberapa hal yang harus dikaji pada pasien dengan halusinasi yaitu jenis halusinasi (visual, suara, pengecap, kenestik, visceral, histerik, hipnogogik, hipnopompik), isi halusinasi, waktu terjadinya halusinasi apakah pagi, siang, sore, malam? Frekuensi halusinasi terus-menerus atau hanya sekali dua kali, kadang-kadang, jarang atau sudah tidak muncul lagi, situasi yang menyebabkan halusinasi muncul, dan respon terhadap halusinasi, dan respon pasien terhadap halusinasi.
- g. Proses pikir: Klien dengan halusinasi lebih sering was-was terhadap hal yang dialaminya
- h. Isi pikir: Selalu merasa curiga terhadap suatu hal dan depersonalisasi yaitu perasaan aneh/asing terhadap diri sendiri, orang lain, lingkungan sekitarnya.
- i. Tingkat kesadaran: Pada klien dengan halusinasi tidak dapat berkonsentrasi
- j. Kemampuan mengambil keputusan: Gangguan ringan dapat mengambil keputusan secara sederhana baik dibantu orang lain/tidak, gangguan bermakna tidak dapat mengambil keputusan secara sederhana cenderung mendengar/melihat ada yang di perintahkan.

k. Daya tilik diri: Pada klien halusinasi cenderung mengingkari penyakit yang di derita. Klien tidak menyadari gejala penyakit (perubahan fisik dan emosi) pada dirinya dan merasa tidak perlu minta pertolongan/klien menyangkal keadaan penyakitnya.

### **2.3.5 Kebutuhan perencanaan pulang**

Kemampuan klien memenuhi kebutuhan, tanyakan apakah klien mampu atau tidak memenuhi kebutuhannya sendiri seperti makan, perawatan diri, keamanan, kebersihan.

### **2.3.6 Mekanisme koping**

Biasanya pada klien halusinasi cenderung berperilaku maladaptif, seperti mencederai diri sendiri dan orang lain di sekitarnya, malas beraktivitas. Perubahan suatu persepsi dengan berusaha untuk mengalihkan tanggung jawab kepada orang lain

### **2.3.7 Masalah psikososial dan lingkungan**

Biasanya pada klien halusinasi mempunyai masalah di masalah dan mengakibatkan dia menarik diri dari masyarakat dan orang terdekat.

### **2.3.8 Aspek pengetahuan**

Pada klien halusinasi kurang mengetahui tentang penyakit jiwa karena tidak merasa hal yang dilakukan dalam tekanan.

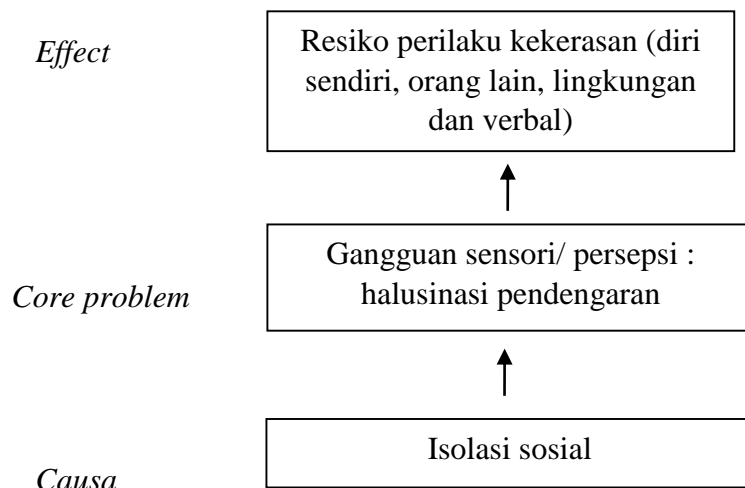
### **2.3.9 Aspek medis**

Memberikan penjelasan tentang diagnostik medik dan terapi medis.

### 2.3.10 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah pernyataan yang menggambarkan respon manusia (keadaan sehat atau perubahan pola interaksi aktual/potensial) dari individu atau kelompok tempat perawat secara legal mengidentifikasi dan perawat dapat memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan atau untuk mengurangi, menyingkirkan atau mencegah perubahan.

Pohon masalah klien dengan Halusinasi:



Gambar 2.2 Pohon masalah Gangguan Sensori : Kalusinasi Kenestetik (Damaiyanti & Iskandar 2014)

Adapun diagnosa keperawatan klien yang muncul klien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi sebagai berikut:

1. Gangguan persepsi sensori: halusinasi
2. Isolasi sosial
3. Risiko perilaku kekerasan (diri sendiri, orang lain, lingkungan, dan verbal).

### 2.3.11 Perencanaan

Rencana tindakan keperawatan merupakan serangkaian tindakan yang dapat mencapai setiap tujuan khusus. Perawat dapat memberikan alasan ilmiah terbaru dari tindakan yang diberikan. Alasan ilmiah merupakan pengetahuan yang berdasarkan pada literatur, hasil penelitian atau pengalaman praktik. Rencana tindakan disesuaikan dengan standart asuhan keperawatan jiwa Indonesia.

#### 1. SP 1 Pasien

- a. Bina hubungan saling percaya.
- b. Mengidentifikasi jenis halusinasi klien.
- c. Mengidentifikasi isi halusinasi klien.
- d. Mengidentifikasi waktu halusinasi klien.
- e. Mengidentifikasi frekuensi halusinasi klien.
- f. Mengidentifikasi situasi yang menimbulkan halusinasi
- g. Mengidentifikasi respons klien terhadap halusinasi
- h. Mengajarkan klien menghardik halusinasi.
- i. Mengajarkan klien memasukkan cara menghardik halusinasi dalam jadwal kegiatan harian

#### Kriteria Hasil:

Klien menunjukkan ekspresi wajah bersahabat, menunjukkan rasa sayang, ada kontak mata, mau berjabat tangan, mau menjawab salam, mau menyebutkan nama, mau duduk berdampingan dengan perawat, mau mengutarakan masalah yang dihadapi

- a. Klien menyebutkan : waktu, isi, dan frekuensi situasi dan kondisi yang menimbulkan halusinasi, serta respon dari halusinasi
- b. Klien dapat mengontrol halusinasinya dengan cara menghardik
- c. Klien dapat memasukkan cara menghardik ke dalam jadwal kegiatan harian

**2. SP 2 pasien :**

- a. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien
- b. Melatih mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain.
- c. Menganjurkan klien memasukkan kegiatan bercakap-cakap dengan orang lain dalam jadwal kegiatan harian.

Kriteria hasil :

Klien dapat mengontrol halusinasinya dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain.

**3. SP 3 pasien :**

- a. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien
- b. Melatih klien mengendalikan halusinasi dengan melakukan kegiatan (kegiatan yang biasa dilakukan klien).
- c. Menganjurkan klien memasukkan kegiatan kebiasaan dirumah ke dalam jadwal kegiatan harian

Kriteria hasil :

Klien dapat mengontrol halusinasinya dengan cara melakukan kegiatan terjadwal.



**4. SP 4 pasien :**

- a. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien
- b. Memberikan pendidikan kesehatan mengenai penggunaan obat secara teratur
- c. Menganjurkan klien memasukkan penggunaan obat secara teratur ke dalam jadwal kegiatan harian.

Kriteria hasil :

Klien dapat mengontrol halusinasinya dengan cara minum obat dan klien dapat menyebutkan nama/ jenis obat, warna obat, waktu obat diminum, fungsi obat dan efek samping obat yang diminum.

**5. SP 1 keluarga :**

- a. Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat klien
- b. Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala, jenis halusinasi serta proses terjadinya halusinasi
- c. Menjelaskan cara merawat klien dengan keluarga

Kriteria Hasil :

Keluarga mengetahui mengetahui penyakit yang diderita oleh klien dan keluarga mengerti tentang pengertian, jenis, tanda dan gejala, serta proses terjadinya halusinasi dan keluarga juga mengerti tentang bagaimana cara merawat klien dengan halusinasi

**6. SP 2 keluarga :**

- a. Melatih keluarga mempraktikkan cara merawat klien dengan halusinasi

- b. Memberi kesempatan kepada keluarga untuk memperagakan cara merawat klien halusinasi secara langsung dihadapan klien

Kriteria Hasil : Keluarga mampu merawat lansung klien dengan halusinasi

## 7. SP 3 Keluarga

- a. Membantu keluarga membentuk jadwal aktifitas di rumah termasuk minum obat
- b. Menjelaskan *follow up* klien setelah pulang

Kriteria Hasil :

Keluarga mampu melanjutkan jadwal aktifitas klien selama di rumah sakit jika sudah pulang ke rumah.

### 2.3.12 Implementasi

Menurut Yosep & Titin 2014 tindakan keperawatan pada pasien dengan halusinasi sebagai berikut.

#### SP 1 Membina hubungan saling percaya

1. Membantu klien dengan mengenali halusinasi

Perawat mencoba menanyakan pada klien tentang isi halusinasi, (apa yang didengar/dilihat), waktu terjadi halusinasi, frekuensi terjadinya halusinasi, situasi yang menyebabkan halusinasi muncul dan perasaan pasien saat halusinasi muncul.

2. Melatih pasien mengontrol halusinasi dengan cara menghardik
  - a) Menjelaskan cara menghardik halusinasi
  - b) Memperagakan cara menghardik halusinasi
  - c) Meminta pasien memperagakan ulang

- d) Memantau penerapan cara menghardik

### **SP 2 Melatih bercakap-cakap dengan orang lain**

Untuk mengontrol Halusinasi, dapat dilakukan juga dengan bercakap-cakap dengan orang lain. Ketika pasien bercakap-cakap dengan orang lain maka terjadi distraksi (Fokus perhatian pasien dapat beralih dari halusinasi ke percakapan yang dilakukan dengan orang lain tersebut) sehingga salah satu cara yang efektif untuk mengontrol halusinasi adalah dengan bercakap-cakap.

### **SP 3 Melatih klien beraktivitas secara terjadwal**

1. Menjelaskan pentingnya aktivitas yang teratur untuk mengatasi halusinasi
2. Mendiskusikan aktivitas yang biasa dilakukan oleh pasien
3. Melatih pasien melakukan aktivitas
4. Menyusun jadwal aktivitas sehari-hari sesuai dengan aktivitas yang telah dilatih. Upayakan klien mempunyai aktivitas dari bangun pagi sampai tidur malam
5. Memantau pelaksanaan jadwal kegiatan

### 2.3.13 Evaluasi

Evaluasi adalah tindakan berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada klien, dilakukan terus-menerus pada respon klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP antara lain :

- **S:** Respon subjektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Dapat diukur dengan menanyakan “Bagaimana perasaan bapak setelah latihan menghardik?”
- **O:** Respon objektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Dapat diukur dengan mengobservasi perilaku klien pada saat tindakan dilakukan atau menanyakan kembali apa yang telah diajarkan atau memberi umpan balik sesuai dengan hasil observasi.
- **A:** Analisis ulang atas data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap muncul masalah baru atau ada data yang kontraindikasi dengan masalah yang ada. Dapat pula membandingkan hasil dengan tujuan.
- **P:** Perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisis pada respon klien yang terdiri dari tindak lanjut klien dan tindak lanjut perawat.

## **BAB 3**

### **TINJAUAN KASUS**

Bab ini menyajikan gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan jiwa dengan Halusinasi Kenestetik maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 27 sampai 29 Juni 2019 dengan data pengkajian pada tanggal 27 Juni 2019 jam 09.00 WIB diruang Ruang VI Rumkital Dr.Ramelan Surabaya, Anamnesa diperoleh dari pasien dengan file No. Register 5578xxx dengan data sebagai berikut:

#### **3.1 Pengkajian**

##### **3.1.1 Identitas Pasien**

Pasien bernama Tn. S, pasien berusia 27 tahun, pasien berjenis kelamin laki-laki, status perkawinan pasien belum menikah, saat ini pasien tidak berkerja, pasien beragama Islam dan pasien berpendidikan SMA. Pasien mengatakan tinggal bersama dengan keluarganya di Surabaya, pasien dirawat di ruang Ruang VI Rumkital Dr. Ramelan Surabaya, tanggal pengkajian 27 juni 2019 pada pukul 09.00 WIB dengan No RM. 5578xx.

##### **3.1.2 Alasan Masuk**

Pasien datang ke IGD diantar oleh satpam pada tanggal 2 Mei 2019 pukul 12.00 karena pasien memukul ayahnya berkali-kali dengan menggunakan tangan yang mengepal karena pasien tidak mau minum obat, pasien tampak bingung dan mengeluh mual. Pada saat pengkajian pasien mengatakan bahwa pasien tidak sadar telah

memukul ayahnya yang sedang sholat dan hal tersebut disaksikan oleh ibunya, pasien merasa bahwa sebelum melakukan hal tersebut pasien merasa ada yang mengendalikan tubuhnya sehingga pasien tidak sadar saat melakukan hal tersebut, sehingga keluarga memanggil satpam untuk membantu membawa pasien beserta ayahnya ke rumah sakit. Pasien merasakan ada yang mengendalikan tubuhnya dari jauh sehingga pasien mengalami gerakan-gerakan aneh yang tidak bisa dikontrol.

Keluhan Utama: Pasien tidak sadar telah memukul ayahnya

### **Masalah Keperawatan : Perilaku Kekerasan**

#### **3.1.3 Faktor Predisposisi**

##### 1. Riwayat Gangguan Jiwa di masa lalu

Pasien sebelumnya pernah masuk rumah sakit jiwa 7 kali sejak tahun 2009 dan pasien juga sering keluar masuk rumah sakit dengan tanda dan gejala yang berbeda-beda dari yang di alaminya sekarang.

### **Masalah Keperawatan: Kekambuhan**

##### 2. Riwayat Pengobatan sebelumnya

Pasien mendapatkan obat yang diberikan dari rumah sakit sebelumnya namun pasien tidak teratur untuk meminum obatnya. Riwayat pengobatan sebelumnya kurang berhasil karena pasien tidak rutin meminum obat.

### **Masalah Keperawatan: Penatalaksanaan pengobatan terapeutik inefektif**

### 3. Pengalaman Masa lalu yang berkaitan dengan Perilaku kekerasan

Dimasa lalunya saat pasien berusia 18 tahun pasien mengatakan pernah menjadi korban dan mengalami kekerasan fisik seperti dipukuli oleh teman SMA dan oleh Ayahnya. Pada usia 27 tahun pasien menjadi pelaku kekerasan karena telah memukul ayahnya yang sedang sholat.

#### **Masalah Keperawatan: Respon Pasca Trauma**

### 4. Riwayat Gangguan jiwa pada keluarga

Saat ditanya adakah anggota keluarga yang pernah mengalami sakit yang sama seperti pasien, pasien mengatakan tidak ada yang sakit seperti saya dan tidak ada yang di rawat di RS Jiwa.

#### **Masalah Keperawatan: Tidak ada Masalah Keperawatan**

### **3.1.4 Pemeriksaan Fisik**

#### 1. Tanda-Tanda Vital : 27 Juni 2019

TD : 130/80 mmHg

S : 36 °C

N : 98 x/ Menit

RR : 20 x/ Menit

#### 2. Ukur :

TB : 160 Cm

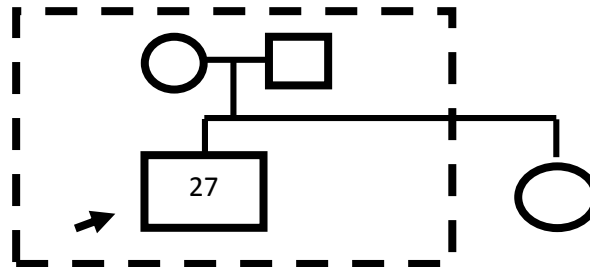
BB : 78 Kg

#### 3. Keluhan Fisik : Pasien mengatakan tidak ada keluhan Fisik

## Masalah Keperawatan: Tidak ada Masalah Keperawatan

### 3.1.5 Psikososial

#### 1. Genogram



Gambar 3.1 Genogram Tn. S

Keterangan:

□ : Laki-laki

○ : Perempuan

- - : Tinggal Serumah

➔ : Pasien

Data diatas didapatkan dari keterangan pasien, pasien mampu menjelaskan genogram keluarga dari mulai ayah dan ibunya saja, pasien tidak mampu menjelaskan gambaran dari kakek dan neneknya, bila ditanya mengenai kakek dan neneknya pasien menjawab lupa, pasien memiliki saudara perempuan yang tinggal dengan suaminya, pasien mengatakan hanya tinggal serumah dengan ayah dan ibunya saja. Pasien mengatakan ayah dan ibunya selalu memberikan dukungan yang baik kepada pasien untuk segera sembuh dari penyakitnya. Pola komunikasi didalam keluarga pasien mengatakan



terjalin dengan baik karena pasien selalu mendiskusikan apapun dengan ibu dan ayahnya.

### **Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah**

#### 2. Konsep Diri

- a) **Gambaran Diri:** Pasien mengatakan menyukai seluruh anggota tubuhnya tetapi yang paling disukai adalah tangannya karna pasien suka menggambar dan dengan tangannya.
- b) **Identitas:** Pasien dapat menjelaskan identitas pasien dengan benar seperti namanya adalah Tn. S, berusia 27 tahun, lulusan SMA, pasien belum bekerja.
- c) **Peran:** Saat diberikan pertanyaan peran Tn S selama dirumah, pasien menjawab berperan sebagai anak kedua dari dua bersaudara yang seharusnya pada usia yang ke 27 tahun ini pasien dapat membantu ekonomi keluarga, tetapi karena pasien sakit jiwa pasien tidak dapat berbuat apa-apa dalam membantu ekonomi keluarga.
- d) **Ideal Diri:** Pasien mengatakan jika pasien ingin segera sembuh dan bila sudah sembuh pasien akan melanjutkan keinginannya untuk membuat studio musik dan ingin membantu ekonomi keluarganya.
- e) **Harga Diri:** saat pasien diberikan pertanyaan mengenai harga dirinya pasien mengatakan iya malu karena aku gila, tidak waras dan bipolar jadi saya merasa terasingkan dan merasa berbeda karena saya tidak seberuntung orang-orang yang waras.

**Masalah Keperawatan : Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah**

## 3. Hubungan Sosial

- a) Orang Yang Berarti : Saat ditanya siapa orang yang paling berarti bagi Tn. S mengatakan orang yang paling berharga adalah ibunya.
- b) Peran serta dalam kegiatan kelompok/Masyarakat : Pasien mengatakan jarang mengikuti kegiatan kelompok, Pasien mengatakan jarang mengikuti kegiatan kelompok, pasien lebih suka mendengarkan music di kamar dan lebih suka menggambar, pasien jarang sekali berkumpul dengan temannya dan lebih sering berada dikamar.
- c) Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain : Pasien mengatakan sudah mengenal beberapa orang yang ada di rumah sakit ini tapi kebanyakan lupa dengan namanya karena pasien jarang bercakap-cakap dengan temannya.

**Masalah Keperawatan : Isolasi Sosial**

## 4. Spiritual

## a) Nilai dan Keyakinan

pasien mengatakan ia beragama islam, saat ditanya “menurut keyakinan bapak, keadaan bapak saat ini bagaimana?” pasien menjawab “Keadaan saya yang sekarang lebih mendingan daripada yang dulu, karena yang sekaran lebih suka sholat jadinya lebih tenang”

## b) Kegiatan Ibadah

Pasien mengatakan ia selalu menjalankan sholat meskipun terkadang tidak tepat pada waktunya atau lebih sering terlambat.

**Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan.**

### **3.1.6 Status Mental**

1. Penampilan : Penampilan pasien tampak rapi, baju pasien tampak bersih, pasien tampak setelah mandi selalu melakukan mencuci baju dan menjemurnya di halaman depan.

**Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan.**

2. Pembicaraan: Saat dilakukan pengkajian dengan tehnik wawancara pembicaraan yang dilakukan pasien tampak terlalu cepat sehingga sulit dimengerti dan berubah-ubah topik tidak sesuai kebutuhan.

**Masalah Keperawatan : Hambatan Komunikasi Verbal.**

3. Aktivitas Motorik : Pasien tampak lebih senang duduk dan menggambar serta bila pasien bosan pasien sering mondar-mandir dari tempat duduk ke kamar dan sebaliknya. Pasien tampak adanya gangguan Tik seperti gerakan-gerakan kecil pada tangan, tidak ditemukan gerimasen dan tremor.

**Masalah Keperawatan :Gangguan Motorik**

4. Alam Perasaan : Pasien mengatakan khawatir karena sekarang daya ingatnya sangat lemah sehingga pasien sering lupa tentang apa yang dilakukan sekarang, dan kemungkinan akan ia lupakan beberapa saat kemudian.

**Masalah Keperawatan : Gangguan Proses Fikir**

5. Afek : saat diajak berbicara atau dilakukan pengkajian respon pasien tampak datar dan menghindari kontak mata, dan apabila diberi stimulus menyedihkan atau senang emosi pasien tampak labil.

**Masalah Keperawatan : Hambatan Interaksi sosial**

6. Interaksi selama Wawancara : saat pasien diajak berbicara tampak kurangnya kontak mata karena pasien sering mengalihkan pandangan dari satu titik ke titik yang lain.

**Masalah Keperawatan : Hambatan Interaksi Sosial**

7. Persepsi : persepsi pasien tentang halusinasi kenestetik, pasien mengatakan kadang-kadang tubuhnya terasa aneh seperti ada sesuatu yang menempel dan merasukinya sehingga pasien secara tidak sadar dapat melakukan hal-hal yang dapat menyakiti dirinya dan orang lain disekitarnya secara tidak terkendali dan sering kali setelah pasien melakukannya pasien tidak merasakan adanya suatu penyesalan.

**Masalah Keperawatan : Gangguan Persepsi sensori: Halusinasi Kenestetik**

8. Proses Fikir : Saat dikaji pasien diberikan suatu pertanyaan dan pasien menjawabnya secara berbelit-belit dan meloncat dari satu topic ke topic yang lainnya, masih ada hubungan yang tidak logis dan tidak sampai pada tujuannya.

**Masalah Keperawatan : Gangguan Proses Fikir**

9. Isi Pikir : Waham somatik, saat proses pengkajian pasien mengatakan bila pasien memukul ayahnya tersebut karena ditubuhnya merasa ada yang menempel dan mengambil alih konsisi dan prilaku yang dilakukan oleh pasien sehingga pasien tidak sadar tentang apa yang telah dilakukan oleh ayahnya.

**Masalah Keperawatan : Gangguan Proses Fikir**

10. Tingkat Kesadaran : pasien tampak bingung mengolah kata-kata yang akan disampaikannya, pasien meyakini bahwa pasien masuk dan berada di ruang pav VI sudah sejak 3 bulan yang lalu.

**Masalah Keperawatan : Gangguan Proses Fikir**

11. Memori : saat pengkajian dan saat pasien diberikan pertanyaan “apa yang terjadi kepada bapak sehingga bapak dapat berada disini sekarang?” “kegiatan apa yang sering bapak lakukan disini?” berapa sekarang usia bapak?” apakah ada kejadian di masalalu yang membuat bapak ketakutan sampai sekarang?” pasien dapat menjelaskan dan menjawab sesuai dengan apa yang ditanyakan oleh petugas.

**Masalah Keperawatan : Tidak Ada masalah keperawatan**

12. Tingkat konsentrasi dan berhitung : saat pasien diberi pertanyaan mengenai berapa usianya saat ini bila ditambahkan dengan 4 tahun lagi pasien dapat menjawabnya dengan benar.

**Masalah Keperawatan :Tidak ada masalah keperawatan**

13. Kemampuan Penilaian : pasien mampu di arahkan oleh petuas jika diberi arahan yang sederhana seperti “ bapak mau berbincang dengan saya sekarang atau nanti” dan pasien menjawab “sekarang saja mbak”

**Masalah Keperawatan :Tidak ada masalah keperawatan**

14. Daya Tilik Diri : saat diberikan pertanyaan tentang “Bagaimana bapak dapat masuk kesini? Pasien menjawab bahwa “saya dirawat disini karena memukul ayah saya yang sedang sholat, karena tubuh saya seperti ada yang menggerakkan gitu mbak, awalnya seperti ada yang menempel gitu lo terus tiba-tiba tubuh saya gak bisa terkendali ahirnya mukul ayah saya mbak”

**Masalah Keperawatan : Gangguan Proses Fikir**

**3.1.7 Kebutuhan Persiapan Pulang**

1. Makan

Pasien mampu melakukan makan dan minum secara mandiri, pasien menyukai semua jenis makanan termasuk jajanan ringan, saat sakit pasien makan 3x/ hari dengan porsi 1 porsi habis, pasien tidak memiliki alergi makanan dan pantangan untuk makan, biasanya pasien melakukan makan di meja makan bersama dengan teman-temannya.

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

## 2. Defekasi/ Berkemih

Pasien mampu melakukan defekasi dan berkemih secara mandiri di WC tanpa dibantu oleh petugas ataupun teman-temannya.

**Masalah Keperawatan : Tidak ada Masalah Keperawatan**

## 3. Mandi

Pasien biasanya mandi 2x sehari, melakukan sikat gigi 2x sehari

**Masalah Keperawatan : Tidak ada Masalah Keperawatan**

## 4. Berpakaian atau Berhias

Pasien memilih dan berpakaian sendiri secara mandiri tanpa dibantu oleh orang lain, pasien tampak selalu berganti pakaian 1x sehari dan selalu mencuci baju saat mandi.

**Masalah Keperawatan : Tidak ada Masalah Keperawatan**

## 5. Istirahat Tidur

Pasien mengatakan kalau siang kadang-kadang bisa tidur dan juga kadang tidak tidur, tidur malam biasanya setelah mendengarkan musik biasanya kurang lebih 7 sampai 8 jam, kegiatan yang dilakukan sebelum tidur biasanya adalah berdoa dan mendengarkan musik.

**Masalah Keperawatan : Tidak ada Masalah Keperawatan**

## 6. Penggunaan Obat

Pasien mendapatkan obat Hexymer 2 mg, Abilify 10 mg dan ikalep 250 mg untuk pagi dan malam, pasien mengatakan selalu meminum obatnya tepat waktu.

**Masalah Keperawatan : Tidak ada Masalah Keperawatan**

## 7. Aktivitasn dalam rumah

Pasien mengatakan aktivitasnya dirumah hanyalah menggambar karna merupakan hal yang disukai oleh pasien.

**Masalah Keperawatan : Tidak ada Masalah Keperawatan**

## 8. Aktivitas Diluar Rumah

Pasien mengatakan pada waktu sebelum masuk rumah sakit pasien selalu rajin mencuci baju, menyapu dan dapat mengatur keuangan secara mandiri.

**Masalah Keperawatan : Tidak ada Masalah Keperawatan**

9. Kegiatan diluar rumah: pasien mengatakan hanya dirumah saja dan bila dirumah pasien selalu melakukan kegiatan kesukaannya yaitu menggambar.

**Masalah Keperawatan : Mekanisme koping tidak efektif**

### 3.1.8 Mekanisme Koping

Saat ditanya bagaimana bapak dalam menyelesaikan masalah saat ini yang ada di diri bapak? Pasien menjawab apapun yang terjadi sekarang ya saya terima



mbak, saya tidak masalah dan menerima saja apa yang sedang terjadi lalu berdoa yang terbaik saja”

**Masalah Keperawatan : Tidak ada Masalah Keperawatan**

### **3.1.9 Masalah Psikososial dan Lingkungan**

1. Masalah dengan dukungan kelompok, spesifik:

Pasien mengatakan tidak ada masalah dalam bergaul dengan teman-temannya selama diruangan.

2. Masalah berhubungan dengan lingkungan, spesifik:

Pasien tampak sangat bersosialisasi dengan lingkungan sekitar

3. Masalah dengan pendidikan, spesifik:

Pasien mengatakan sekolahnya tamatan SMA

4. Masalah dengan perumahan, spesifik:

Pasien mengatakan “lebih enak disini lebih banyak teman”

5. Masalah ekonomi, spesifik:

Pasien termasuk dalam keluarga yang berkecukupan

6. Masalah dengan pelayanan kesehatan, spesifik:

Pasien mendapat pelayanan yang baik dari perawat dan dokter

**Masalah Keperawatan : Tidak ada Masalah Keperawatan**

### **3.1.10 Pengetahuan Kurang Tentang**

Pasien tidak tahu dan sadar tentang penyakit yang dialaminya saat ini, karena pasien hanya mengira bila dirinya terkena kerasukan karena tubuhnya di ambil alih oleh mahluk lain.

**Masalah Keperawatan : Defisit Pengetahuan**

### **3.1.11 Aspek Medis**

Diagnosa Medik : Skizofrenia Afektif

Terapi Medik : 27 Juni 2019

- Abilify 10 mg 1-0-1
- Ikalep 250 mg 1-0-1
- Hexymer 2 mg 1-0-1

### **3.1.12 Daftar Masalah Keperawatan**

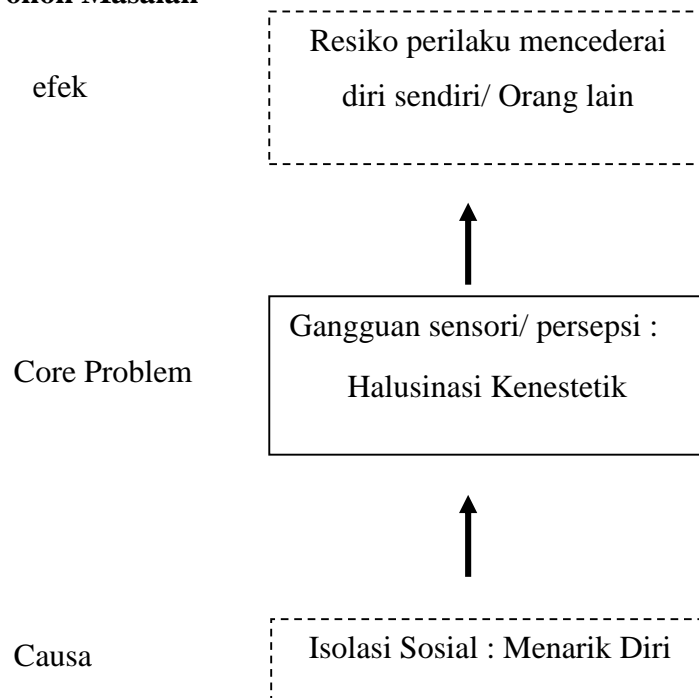
- Prilaku Kekerasan
- Kekambuhan
- Penatalaksanaan Pengobatan Terapiutik Inafektif
- Respon Pasca Trauma
- Harga Diri Rendah
- Isolasi Sosial
- Isolasi sosial
- Defisit Pengetahuan (Penyakit jiwa)

- Hambatan Interaksi Sosial
- Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Kenestetik
- Gangguan Komunikasi Verbal
- Gangguan Proses Fikir
- Mekanisme koping tidak efektif

### 3.1.13 Diagnosa Keperawatan

Gangguan persepsi sensori : Halusinasi Kenestetik

### 3.2 Pohon Masalah



Gambar 3.2 Pohon Masalah : Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Kenestetik

### 3.3 Analisa Data

Nama : Tn S NIRM : 5578xxx

Ruangan : Ruang VI RSAL

<b>Tgl</b>	<b>DATA</b>	<b>ETIOLOGI</b>	<b>MASALAH</b>
27-06-2019	<p>DS :</p> <p>Pasien mengatakan “saya disini karena memukul ayah saya yang sedang sholat, karena tubuh saya seperti ada yang menggerakkan gitu mbak, awalnya seperti ada yang menempel gitu lo terus tiba-tiba tubuh saya gak bisa terkendali ahirnya mukul ayah saya mbak.”</p> <p>DO :</p> <p>Pasien tampak bingung, dan tampak mondar-mandir, tampak adanya Tik pada tangan.</p>	Isolasi Sosial	<p>Gangguan Persepsi</p> <p>Sensori : Halusinasi</p> <p>Kenestetik (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016)</p>
27-06-2019	<p>DS :</p> <p>Pasien mengatakan bahwa pasien tidak sadar telah memukul</p>	Halusinasi Kenestetik	Resiko mencederai diri sendiri/ orang lain

	<p>ayahnya yang sedang sholat dan hal tersebut disaksikan oleh ibunya.</p> <p>DO :</p> <p>Pasien tampak mudah berubah emosi, pandangan mata kurang.</p> <p>N: 98x/Menit</p>		(Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016)
27-06-2019	<p>DS:</p> <p>Pasien mengatakan jarang mengikuti kegiatan kelompok, pasien lebih suka mendengarkan music di kamar dan lebih suka menggambar, pasien jarang sekali berkumpul dengan temannya dan lebih sering berada dikamar.</p> <p>DO :</p> <p>Pasien lebih banyak diam, kontak mata kurang, saat ditanya nama temannya pasien lupa.</p>	Perubahan status mental	Isolasi sosial : Menarik diri (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016)

### 3.4 Rencana Keperawatan

Nama : Tn. S

Nama Mahasiswa : Mitha Novianti

No. RM : 5578xxx

Institusi : STIKES Hang Tuah Surabaya

Ruangan : Ruang VI

No	Tgl	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		Intervensi	Rasional
			Tujuan	Kriteria Hasil		
1	27/06 /2019	Gangguan Persepsi sensori : Halusinasi Kenestetik	<ol style="list-style-type: none"> <li>Pasien dapat membina hubungan saling percaya</li> <li>Pasien mampu mengontrol halusinasinya dengan cara pertama (menghardik)</li> </ol>	<p>SP 1:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pasien menunjukkan ekspresi wajah bersahabat                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ada kontak mata, pasien mau berjabat tangan, mau menjawab salam , mau menyebutkan nama, mau duduk berdampingan dengan perawat, pasien mau mengutarakan masalah yang dihadapi</li> </ul> </li> <li>Pasien menyebutkan : jenis, waktu, isi,</li> </ol>	<p>SP 1 :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sapa Pasien dengan ramah, tanyakan nama lengkap pasien, dan nama panggilan yang disukai, Jelaskan tujuan pertemuan, tunjukkan sikap empati dan menerima Pasien apa adanya, beri perhatian pada Pasien dan penuhi kebutuhan Pasien</li> </ul> </li> <li>Identifikasi halusinasi Pasien (jenis, isi waktu,</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Membina hubungan saling percaya menumbuhkan rasa percaya dan aman kepada pasien</li> <li>Untuk mengetahui jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi,</li> </ol>

				<p>dan frekuensi situasi dan kondisi yang menimbulkan halusinasi, serta respon dari halusinasi</p> <p>3. Pasien dapat mengontrol halusinasinya dengan cara menghardik</p> <p>4. Pasien dapat memasukkan cara menghardik ke dalam jadwal kegiatan hari</p>	<p>frekuensi, situasi, kondisi dan respon halusinasi).</p> <p>3. Ajarkan kepada Pasien cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik</p> <p>4. Anjurkan Pasien memasukkan cara menghardik halusinasi ke dalam jadwal kegiatan harian Pasien</p>	<p>kondisi dan repon halusinasi Pasien.</p> <p>3. Menghardik halusinasi adalah upaya mengendalikan diri terhadap halusinasi dengan cara menolak halusinasi yang muncul.</p> <p>4. Pasien dilatih untuk mengatakan “tidak mau dengar/pergi-pergi kamu suara palsu” terhadap halusinasi yang muncul atau tidak memedulikan halusinasinya</p>
	28/06 /2019			<p>SP 2 :</p> <p>1. Pasien menunjukkan wajah yang bersahabat, Pasien mau menjawab salam perawat</p>	<p>SP 2:</p> <p>1. Bina hubungan saling percaya</p>	<p>1. Menjaga kepercayaan pasien dengan perawat</p>

			<p>SP 2  Pasien dapat mengontrol halusinasi dengan cara kedua yaitu bercakap-cakap dengan orang lain.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Pasien mengingat cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik</li> <li>3. Pasien dapat mengontrol halusinasinya dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain</li> <li>4. Pasien dapat memperagakan dan mempraktekan cara mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain</li> <li>5. Pasien dapat memasukkan cara kedua (bercakap-cakap dengan orang lain) kedalam jadwal harian</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Evaluasi jadwal kegiatan harian Pasien cara pertama mengontrol halusinasi</li> <li>3. Jelaskan kepada Pasien mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain</li> <li>4. Latih Pasien mengontrol halusinasi dengan cara kedua yaitu bercakap-cakap dengan orang lain.</li> <li>5. Anjurkan Pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Mengingatkan Pasien untuk mengontrol halusinasi dengan cara pertama (menghardik).</li> <li>3. Bentuk upaya mengendalikan diri terhadap halusinasi</li> <li>4. Ketika Pasien bercakap-cakap dengan orang lain maka terjadi distraksi, fokus perhatian Pasien dapat beralih dari halusinasi ke percakapan yang dilakukan dengan orang lain.</li> <li>5. Membantu Pasien dalam mengalihkan halusinasi yang dialami Pasien</li> </ol>
--	--	--	---	--	--	---



	29/06 /2019		<p>SP 3</p> <p>Pasien dapat mengontrol halusinasi dengan cara ketiga yaitu melakukan aktivitas terjadwal.</p>	<p>SP 3 :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mau menjawab salam, Pasien menunjukkan wajah bersahabat.</li> <li>2. Pasien dapat mengontrol halusinasinya dengan cara melakukan kegiatan terjadwal</li> <li>3. Pasien dapat mengontrol halusinasi dengan kegiatan yang sudah terjadwal</li> <li>4. Pasien dapat memasukkan kedalam jadwal harian</li> </ol>	<p>SP 3 :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bina hubungan saling percaya</li> <li>2. Evaluasi cara mengontrol halusinasi dengan cara sebelumnya (menghardik dan bercakap-cakap dengan orang lain).</li> <li>3. Latih Pasien mengendalikan halusinasinya dengan cara ketiga yaitu melakukan kegiatan harian yang biasanya dilakukan Pasien</li> <li>4. Anjurkan Pasien memasukkan dalam kegiatan harian</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menjaga kepercayaan pasien dengan perawat</li> <li>2. Mengingatkan Pasien mengendalikan halusinasi dengan cara menghardik san bercakap-cakap dengan orang lain</li> <li>3. Membantu Pasien dalam mengendalikan halusinasi yang dialami Pasien</li> <li>4. Membantu Pasien mencegah bila halusinasinya muncul.</li> </ol>
--	----------------	--	---	---	---	--

Sumber: Damaiyanti & Iskandar. (2014). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Bandung: Refika

### 3.5 Implementasi dan Evaluasi

Nama : Tn. S                                      Nama Mahasiswa : Mitha Novianti  
 No. RM : 5578xxx                                Institusi : STIKES Hang Tuah Surabaya.  
 Ruangan : Ruang VI

<b>Tgl</b>	<b>Diagnosa Keperawatan</b>	<b>Implementasi</b>	<b>Evaluasi</b>	<b>T.T</b>
27-6-2019 Jam 07.00- 14.00 WIB	Gangguan sensori persepsi: Halusinasi Kenestetik	Sp 1: 1. Membina hubungan saling percaya. 2. Mengidentifikasi jenis halusinasi pasien 3. Mengidentifikasi isi halusinasi	<b>Evaluasi</b> <b>S:</b> - Pasien mengatakan bahwa namanya adalah Tn.S senang di panggil “S” - Pasien mengatakan“saya nggak tau maksudnya apa tapi biasanya badan saya bergerak sendiri tanpa saya mau” serta pasien mengatakan“Waktu munculnya halusinasinya tidak tentu mbak, kadang muncul kadang juga tidak”.	<b>Mitha</b>

		<p>4. Mengidentifikasi waktu halusinasi</p> <p>5. Mengidentifikasi frekuensi halusinasi</p> <p>6. Mengidentifikasi situasi yang menimbulkan halusinasi</p> <p>7. Mengidentifikasi respon yang dilakukan saat terjadi halusinasi</p> <p>8. Mengajarkan Pasien menghardik halusinasi.</p> <p>9. Mengajarkan Pasien memasukkan cara</p>	<p>- Pasien mengatakan “Nanti kalau saya denger suara itu lagi saya coba menghardik mbak kata-kata yang dari mbaknya ya mbak, seperti berhenti-berhenti saya tidak merasakan apa-apa kamu hanya ilusi jangan kendalikan tubuh saya”.</p> <p><b>O:</b></p> <p><b>Kognitif:</b></p> <p>- Pasien mau menyebutkan namanya</p> <p>- Pasien mampu menyebutkan apa yang dia alami</p> <p>- Pasien mampu menyebutkan jenis, isi, frekuensi dan waktu serta cara mengontrol halusinasi</p> <p><b>Afektif</b></p> <p>- Pasien tampak kooperatif</p> <p>- Kontak mata ada</p> <p><b>Psikomotor</b></p>	
--	--	--	---	--

		menghardik halusinasi dalam jadwal kegiatan harian	- Pasien mampu mengulang mengulang kembali kalimat menghardik <b>A:</b> Sp 1 Tercapai <b>P:</b> Lanjutkan SP 2 Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Kenestetik pada pertemuan ke 2 pada hari jum'at 28 juni 2019	
28-6-2019 Jam 07.00-14.00 WIB	Gangguan sensori persepsi: Halusinasi Kenestetik	SP 2 1. Mengevaluasi SP 1 cara menghardik 2. Menjelaskan dan mengajarkan cara mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain. 3. Menganjurkan Pasien memasukkan kegiatan	SP 2 <b>S :</b> - Pasien mengatakan “Selamat pagi mbak, keadaan saya semakin baik hari ini”. - Pasien mengatakan “kalau badan saya bergerak-gerak sendiri saya harus bilang berhenti-berhenti saya tidak merasakan apaapa kamu hanya ilusi, jangan kendalikan tubuh saya. - Pasien mengatakan “Ayo mbak mau tanya apa biar saya nggak merasakan tubuh saya yang bergerak sendiri”.	<b>Mitha</b>

		<p>bercakap-cakap dengan orang lain dalam jadwal kegiatan harian.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan “Nanti kalau tubuh saya gerak-gerak sendiri muncul saya ajak teman atau mbak untuk ngobrol deh ya”.</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <p>Kognitif</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mampu membalas salam dan mengatakan keadaannya</li> </ul> <p>Afektif</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak kooperatif</li> <li>- kontak mata ada</li> </ul> <p>Psikomotor</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mampu mengulang kembali cara mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain.</li> <li>- Pasien mampu membuat jadwal hariannya dan memasukkan cara mengontrol halusinasi dalam jadwal harian.</li> </ul>	
--	--	---	---	--

			<p><b>A:</b> Sp 2 Tercapai</p> <p><b>P:</b> Lanjutkan SP 3 Halusinasi Kenestetik pada hari sabtu, 29 Juni 2019.</p>	
<p>29-6-2019</p> <p>Jam 07.00-14.00 WIB</p>	<p>Gangguan sensori persepsi: Halusinasi Kenestetik</p>	<p>Sp 3</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian Pasien</li> <li>2. Melatih Pasien mengendalikan halusinasi dengan melakukan kegiatan (kegiatan yang biasa dilakukan Pasien.</li> <li>3. Menganjurkan Pasien memasukkan kegiatan kebiasaan dirumah ke</li> </ol>	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan “selamat pagi juga mbak, kabar saya baik hari ini”.</li> <li>- Pasien mengatakan “Iya mbak saya masih ingat, cara menghardiknya bilang berhenti-berhenti saya tidak merasakan apaapa kamu hanya ilusi, jangan kendalikan tubuh saya” gitu kan mbak.</li> <li>- Pasien mengatakan “Saya biasanya merapikan tempat tidur, terus mencuci baju setelah mandi, senam kecil-kecil juga saya suka mbak tapi yang paling saya suka itu menggambar mbak”.</li> <li>- Pasien mengatakan “Berarti nanti kalau gerak-geraknya tubuh saya muncul lagi saya bisa senam kecil-kecil biar gerakan-gerakan aneh di tubuh saya bisa hilang ya mbak, terus melakukan jadwal kegiatan yang dibuat ini kan ya”.</li> </ul>	<p><b>Mitha</b></p>

		<p>dalam jadwal kegiatan harian.</p>	<p><b>O :</b></p> <p>Kognitif</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mampu membalas salam dan mengatakan keadaannya</li> </ul> <p>Afektif</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien kooperatif</li> <li>- Pandangan mata Ada</li> </ul> <p>Psikomotor</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mampu melakukan kegiatan olahraga kecil bersama perawat bila halusinasinya muncul</li> </ul> <p><b>A :</b> Sp 3 Tercapai</p> <p><b>P :</b> Lanjutkan Intervensi (Sp 1, Sp 2 &amp; Sp 3)</p>	
--	--	--------------------------------------	--	--

## **BAB 4**

### **PEMBAHASAN**

Pembahasan pada bab ini penulis menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan pada klien dengan diagnose Gangguan persepsi sensori: Halusinasi Kenestetik di Ruang IV Rumkital Dr. Ramelan Surabaya yang meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

#### **4.1 Pengkajian**

Pada tahap pengumpulan data, penulis tidak mengalami kesulitan karena penulis telah mengadakan perkenalan dan menjelaskan maksud penulis yaitu untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada klien sehingga klien dan keluarga terbuka dan mengerti serta kooperatif.

##### **1. Keluhan Utama**

Menurut data yang didapatkan dari pasien bernama Tn. S Pasien dirawat di Rumkital Dr. Ramelan Surabaya pada tanggal 02 mei 2019 Dengan Diagnosa Medis Skizofrenia Afektif, pasien sering sekali keluar dan masuk rumah sakit jiwa karena pengobatan dirumah yang tidak berhasil. Pasien pernah berobat berjalan dan hanya diberi obat namun pasien sering lalai dalam meminum obatnya sehingga penyakit yang dialami pasien sering terjadi dirumah.

Pada tanda dan gejala yang dialami oleh pasien dengan Halusinasi yang dituliskan pada tinjauan pustaka menurut Hamid dalam Damaiyanti (2012) perilaku pasien yang terkait dengan Halusinasi adalah sebagai berikut :



1. Bicara sendiri
2. Senyum sendiri
3. Ketawa sendiri
4. Menggerakkan bibir tanpa suara
5. Pergerakan mata yang cepat
6. Respon verbal yang lambat
7. Menarik diri dari orang lain
8. Berusaha untuk menghindari orang lain
9. Tidak dapat membedakan yang nyata dan yang tidak nyata
10. Terjadi peningkatan denyut jantung, pernapasan, dan tekanan darah
11. Perhatian dengan lingkungan yang kurang atau hanya beberapa detik
12. Berkonsentrasi dengan pengalaman sensori
13. Sulit berhubungan dengan orang lain
14. Ekspresi muka tegang
15. Mudah tersinggung, jengkel dan marah
16. Tidak mampu mengikuti perintah dari perawat
17. Ketakutan
18. Bertindak merusak diri, orang lain dan lingkungan

Dalam tinjauan kasus didapatkan tanda dan gejala yang muncul pada pasien adalah

1. Tidak mampu mengikuti perintah dari perawat, didapatkan data pada tinjauan kasus bahwa pasien dapat mengikuti perintah perawat seperti menghardik halusinasinya bila halusinasi muncul kembali dan bercakap-cakap dengan teman bila halusinasinya muncul.

2. Tidak dapat membedakan yang nyata dan yang tidak nyata, karena pasien meyakini bahwa saat pasien memukul ayahnya itu adalah karna ulah makhluk ghoib yang merasukinya dan mengambil alih tubuhnya sehingga pasien melukai ayahnya.
3. Respon Verbal yang lambat pada pasien tidak didapatkan adanya respon verbal yang lambat, pasien tamak terlalu cepat berbicara sehingga kalimat yang diucapkan pasien sulit dimengerti dan berubah-ubah topik.

Berdasarkan data yang diperoleh terdapat kesenjangan antara tinjauan teori dan tinjauan kasus dan dapat disimpulkan bahwa pasien dengan halusinasi tidak harus memiliki tanda dan gejala yang sama seperti yang ditampilkan dalam tinjauan teori.

## **2. Faktor Predisposisi**

Pada tinjauan teori didapatkan faktor yang mempengaruhi terjadinya halusinasi adalah faktor genetik yaitu gangguan orientasi realitas yang dapat ditemukan pada pasien dengan skizofrenia terutama pada keluarga yang memiliki genetika kembar identik. Faktor perkembangan mengalami hambatan dalam berhubungan secara interpersonal akan terganggu sehingga klien dapat mengalami stress dan ansietas yang dapat berahir dengan gangguan persepsi yang menyebabkan klien mengalami gangguan pada persepsinya. Faktor biokimia, bila seseorang mengalami stress yang berlebihan maka tubuh akan mengeluarkan zat yang bersifat halusinogenik neurokimia seperti buffofenon dan dimetytransferase yang dapat berkaitan dengan gangguan orientasi realita termasuk halusinasi. Faktor psikologis yaitu adanya hubungan yang tidak harmonis dengan keluarga dan adanya peran ganda yang bertentangan akan menyebabkan stress dan kecemasan yang tinggi sehingga dapat mengakibatkan gangguan oreientasi realitas.

Dalam tinjauan kasus didapatkan pasien mengalami gangguan jiwa 7 kali sejak tahun 2009 dan pasien sering keluar masuk rumah sakit dengan tanda dan gejala yang berbeda, pasien sembuh dan kembali sakit lagi karena pengobatan yang kurang berhasil. Pasien pernah mengalami hal yang kurang menyenangkan di hidupnya karena mengalami kekerasan fisik saat pasien berusia 18 tahun oleh teman SMAnya dan oleh ayah kandungnya. Hal tersebut menyebabkan pasien merasa tidak berdaya dan sering merasa terkucilkan dirumahnya, didalam anggota keluarganya tidak ada yang memiliki gangguan kejiwaan pada masa lalunya.

Menurut penulis, data yang didapatkan dalam tinjauan teori dan tinjauan kasus mengalami kesenjangan karena terbukti dalam salah satu mekanisme diatas tidak termasuk dalam faktor penyebab halusinasi yaitu faktor genetic yang dimana pasien tidak memiliki anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa seperti yang dialami pasien.

### **3. Konsep Diri**

Dalam tinjauan pustaka yang didapatkan pada ideal diri pasien dengan halusinasi cenderung tidak peduli tentang dirinya sendiri orang lain dan lingkungan sekitar, serta pasien dapat menerima dirinya tanpa syarat meskipun telah melakukan kesalahan, kegagalan ia akan merasa dirinya sangatlah berharga. Dalam tinjauan kasus didapatkan pengkajian tentang ideal diri dan harga diri pasien mengatakan bahwa pasien ingin segera sembuh dan membantu ekonomi keluarganya karena pasien merasa malu di usia yang ke 27 tahun ini pasien tidak mampu melakukan apa-apa sebagai anak laki-laki dikeluarganya.

Menurut penulis hal tersebut tidak sesuai dan mengalami kesenjangan karena pasien dapat memikirkan untuk membantu ekonomi keluarganya bila pasien sudah sembuh.

#### **4.2 Diagnosa Keperawatan**

Berdasarkan hasil pengkajian yang dari tinjauan kasus yang didapatkan dari pasien maka didapatkan data fokus pada pasien berupa alasan pasien masuk dalam rumah sakit karena pasien memukul ayahnya yang sedang sholat, alasan pasien memukul ayahnya adalah pasien merasakan adanya sesuatu yang mengambil alih tubuhnya, pasien meyakini bahwa hal tersebut merupakan ulah makhluk ghoib. Sehingga dari hal tersebut maka munculah diagnosa keperawatan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Kenestetik, hal ini sesuai dengan teori menurut Nanda (2012) bahwa batasan karakteristik keperawatan pasien dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi adalah perubahan dalam respon yang biasa dalam stimulus dan halusinasi.

Dari pohon masalah didapatkan masalah keperawatan didapatkan masalah keperawatan sebagai berikut :

- Perilaku Kekerasan, muncul karena pasien dibawa ke Rumkital Dr.Ramelan Surabaya karena memukul ayahnya yang sedang sholat.
- Isolasi Sosial, muncul karena pasien lebih senang berdiam diri dirumah dan melakukan aktivitas yang disukai seperti menggambar
- Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Kenestetik, muncul karena pasien mengatakan alasannya masuk rumah sakit jiwa adalah karena pasien memukul ayahnya yang sedang sholat, pasien mengatakan bahwa pasien merasa tubuhnya ada yang mengambil alih seperti makhluk ghoib yang sehingga menyebabkan pasien tidak sadar telah memukul ayahnya.

Adapun diagnosa keperawatan klien yang muncul klien dengan Gangguan persepsi sensori : Halusinasi adalah sebagai berikut :

1. Gangguan persepsi sensori : Halusinasi Kenestetik
2. Isolasi sosial : Menarik Diri
3. Resiko perilaku mencederai diri sendiri/ Orang lain.

Penulis mengambil 1 masalah utama yang ditetapkan untuk dilakukan rencana dan tindakan keperawatan yaitu Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Kenestetik. Dalam penegakan diagnosa terdapat kesenjangan dalam masalah keperawatan, jika dalam tinjauan pustaka terdapat 3 masalah keperawatan utama yang mengacu pada pohon masalah untuk tinjauan kasus tidak, karena banyak beberapa faktor pendukung tentang munculnya masalah tambahan dalam pengambilan masalah keperawatan, misalnya seperti perilaku mencederai diri sendiri/orang lain yang dilakukan oleh pasien seperti memukul ayahnya sendiri dalam keadaan pasien mengatakan bahwa tubuhnya diambil alih oleh makhluk ghoib. Maka dalam tinjauan kasus dan tinjauan pustaka berbeda karena dalam tinjauan kasus malah keperawatan yang muncul lebih kompleks.

### **4.3 Perencanaan**

Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Kenestetik setelah dilakukan interaksi diharapkan pasien dapat menunjukkan tanda-tanda: Pasien dapat melakukan hubungan saling percaya dengan perawat dan menunjukkan ekspresi wajah yang bersahabat seperti adanya kontak mata, pasien mampu berjabat tangan, mau menyebutkan nama, mau mengutarakan masalah yang dihadapi, kesenjangan ini

sesuai dengan dengan teori dalam buku dan didalam tinjauan kasus (Damaiyanti & Iskandar 2014).

Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Kenestetik setelah dilakukan interaksi diharapkan pasien dapat menyebutkan waktu munculnya halusinasi, isi halusinasi dan frekuensi terjadinya halusinasi dengan perawat juga dapat menjelaskan respon yang dilakukan pasien bila halusinasi muncul dan setelah dilakukan interaksi dengan pasien diharapkan pasien mampu mengontrol Halusinasi dengan menghardik Halusinasinya.

Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Kenestetik diharapkan setelah dilakukan interaksi dengan pasien maka pasien dapat melakukan aktivitas yang lain seperti bercakap-cakap dengan teman sekitarnya.

Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Kenestetik diharapkan setelah dilakukan interaksi dengan pasien maka pasien dapat melakukan aktivitas yang terjadwal seperti menggambar atau membersihkan kamar tidur.

#### **4.4 Tindakan**

Tindakan keperawatan telah disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan pada situasi yang nyata, implementasi sering kali jauh berbeda dengan rencana yang tertulis dalam tindakan keperawatan yang biasa dilakukan perawat setelah melakukan rencana. Sebelum melakukan tindakan yang sudah direncanakan perawat perlu memvalidasi dengan singkat apakah rencana tindakan masih dibutuhkan dan sesuai dengan keadaan pasien saat ini. Sesuai dengan teori, pada saat akan melaksanakan tindakan keperawatan hendaknya perawat membuat kontrak atau janji terlebih dahulu dengan pasien yang isinya menjelaskan apa yang

akan dikerjakan dan peran serta yang diharapkan oleh perawat kepada pasien, kemudian didokumentasikan semua tindakan yang telah dilaksanakan serta hasil respon pasien dalam tindakan keperawatan yang telah diberikan.

Pada tanggal 27 Juni 2019 dilakukan tindakan SP 1 yang mencakup membiha hubungan saling percaya antara perawat dengan pasien dan mengidentifikasi jenis halusinasi, waktu terjadinya halusinasi, frekuensi, respon, isi halusinasi serta mengajarkan cara menghardik halusinasi dalam jadwal kegiatan harian, dan kemudian mengajarkan pasien untuk bercakap-cakap dengan orang lain untuk mengalihkan halusinasi yang dimilikinya. Dalam pertemuan pertama pasien mampu dan mau melakukan BHSP dengan perawat, seperti mengatakan nama, usianya dan alasannya pasien masuk rumah sakit. Seperti pasien tidak sadar telah memukul ayahnya yang sedang sholat dengan tangan karena psien merasa bahwa ada yang mengambil alih tubuhnya seperti makhluk ghoib serta pasien juga diajarkan oleh perawat untuk menghardik halusinasi yang dialaminya. Pada pelaksanaan SP 1 pasien tidak mengalami hambatan yang terjadi saat hasil wawancara respon pasien secara verbal sangat kooperatif mampu menyebutkan dan menjelaskan bagaimana halusinasinya dapat terjadi, isi dan waktu timbulnya halusinasi serta frekuensi terjadinya halusinasi.

Pada tanggal 28 Juni 2019 dilakukan tindakan SP 2 yang isinya mencakup mengajarkan pasien untuk mengontrol halusinasinya dengan cara bercakap-cakap dengan teman atau orang lain, dan menganjurkan pasien untuk memasukkan jadwal cara menghardik halusinasi dan cara mengontrol halusinasi. Didalam pelaksanaan pasien mampu mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan

teman, saat halusinasi muncul, secara obyektif pasien mampu menyebutkan cara pertama mengontrol halusinasi, pasien mampu mempraktekkan menghardik dan bercakap-cakap dengan temannya.

Pada tanggal 29 Juni 2019 dialukan SP 3 yang isinya mencakup mengevaluasi latihan bercakap-cakap dengan teman serta melatih pasien dalam mengendalikan halusinasi dengan melakukan kegiatan harian yang biasanya pasien lakukan, serta menganjurkan pasien untuk menulis dan memasukkan kegiatannya. Saat halusinasi muncul pasien mampu mengatasinya dengan cara melakukan kegiatan harian yang biasanya dilakukan oleh pasien. Secara obyektif pasien tampak antusias dalam melakukan kegiatan harian. Untuk asumsi penulis pasien mampu mempraktekkan cara melakukan kegiatan terjadwal sesuai dengan apa yang diajarkan perawat.

#### **4.5 Evaluasi**

Belum dapat dilaksanakan karena merupakan kasus semu. Sedangkan pada tinjauan kasus evaluasi dapat dilakukan karena dapat diketahui keadaan pasien dan masalahnya secara langsung.

Pada waktu dilaksanakan evaluasi SP 1 pasien dapat mengerti jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi yang dapat menimbulkan halusinasi pasien, respon pasien terhadap halusinasi, pasien mampu menghardik halusinasi yang dialaminya, pasien mampu memasukkan cara menghardik halusinasinya. Pasien cukup kooperatif dan mampu berlatih apa yang di ajarkan oleh perawat.

Untuk SP 2 pasien dapat mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien, pasien dapat mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap – cakap dengan



teman atau orang lain, pasien dapat memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian. Pasien cukup kooperatif dan mampu berlatih apa yang diajarkan oleh perawat.

Dalam SP 3 pasien juga dapat mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien, pasien dapat mengendalikan halusinasi dengan cara melakukan kegiatan harian, dan pasien juga dapat memasukkan kegiatan kedalam jadwal harian. Pasien kooperatif dan mampu berlatih apa yang diajarkan oleh perawat. Pada akhir evaluasi semua tujuan dapat dicapai karena adanya kerjasama yang baik antara pasien dan perawat. Hasil evaluasi pada Tn. S sudah selesai dengan harapan masalah teratasi.

Pada tinjauan teori evaluasi adalah proses berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada pasien. Evaluasi dilakukan terus-menerus pada respon pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Evaluasi dapat dilakukan menggunakan pendekatan SOAP.

Pada tinjauan kasus, evaluasi dapat dilakukan karena dapat diketahui keadaan pasien dan masalah secara langsung, dilakukan setiap hari selama pasien di rawat di ruang jiwa.

## **BAB 5**

### **PENUTUP**

Setelah melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan jiwa secara langsung pada pasien dengan kasus Halusinasi Kenestetik, di Ruang VI Rumkital Dr. Ramelan Surabaya, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pada pasien halusinasi kenestetik.

#### **5.1 Kesimpulan**

Dari hasil uraian yang telah menguraikan tentang asuhan keperawatan pada pasien Halusinasi Kenestetik, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Pengkajian keperawatan pada Tn.S dengan masalah utama Gangguan persepsi sensori:

Halusinasi Kenestetik di Ruang IV Rumkital Dr. Ramelan Surabaya, didapati bahwa halusinasi adalah persepsi klien terhadap lingkungan tanpa stimulus yang nyata, artinya klien menginterpretasikan sesuatu yang nyata tanpa stimulus/rangsang dari luar. Respon ini dapat menimbulkan kerugian baik pada diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan. Melihat dampak dari kerugian yang ditimbulkan, penanganan klien pada halusinasi pendengaran perlu dilakukan secara cepat dan tepat oleh tenaga yang profesional.

2. Diagnosa keperawatan pada asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama

Gangguan persepsi sensori : Halusinasi Kenestetik pada Tn. S dengan diagnosa medis skizofrenia afektif di Ruang VI Rumkital Dr. Ramelan Surabaya, didapatkan 3 masalah keperawatan antara lain yaitu gangguan persepsi sensori : halusinasi

kenestetik, isolasi sosial : menarik diri, resiko perilaku mencederi diri sendiri/orang lain.

3. Rencana keperawatan yang diberikan hanya kepada klien. Strategi yang diberikan kepada klien ada 3 strategi pelaksanaan yaitu SP 1 bertujuan untuk membantu klien mengenali halusinasinya yaitu mencakup isi halusinasi, waktu terjadinya halusinasi, frekuensi terjadinya halusinasi, situasi yang menyebabkan halusinasi muncul lalu respon klien saat halusinasi muncul. Melatih klien mengontrol halusinasi yaitu cara pertama dengan cara menghardik, SP 2 yaitu melatih klien mengontrol halusinasinya dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain, serta SP 3 yaitu melakukan aktivitas terjadwal.
4. Implementasi dilakukan mulai tanggal 27-29 Juni 2018 dengan menggunakan rencana yang telah dibuat, selama tiga hari klien mampu untuk mengontrol halusinasinya.
5. Evaluasi didapatkan hasil bahwa klien sudah mampu untuk mengenal jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi, respon klien terhadap halusinasinya.
6. Dokumentasi kegiatan dilakukan setiap hari setelah melakukan strategi pelaksanaan, yang didokumentasikan adalah pendapat klien atau data subjektif yang dikatakan klien, data objektif yang bisa di observasi setiap harinya, lalu assessment dan yang terakhir adalah planning atau tindak lanjut untuk hari berikutnya.

## 5.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan yang telah diuraikan di atas, maka saran yang dapat diberikan penulis sebagai berikut :

### 1. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan hasil studi ini dapat menambah pengetahuan dan keterampilan bagi mahasiswa khususnya tentang pemberian asuhan keperawatan pada pasien jiwa, sehingga mahasiswa lebih profesional dalam mengaplikasikan pada kasus yang ada secara nyata.

### 2. Bagi Rumah Sakit

Diharapkan dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang profesional alangkah baiknya diadakan suatu seminar atau suatu pertemuan yang membahas tentang masalah kesehatan yang ada pada pasien gangguan jiwa secara serentak.

### 3. Bagi Mahasiswa

Diharapkan mahasiswa mampu meningkatkan dan mengembangkan pengetahuan tentang ilmu keperawatan jiwa sesuai perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi. Serta mengetahui terlebih dahulu beberapa masalah utama dan diagnosa medis yang meliputi keperawatan jiwa

## DAFTAR PUSTAKA

- Damaiyanti, M. dan Iskandar. (2014). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Bandung: PT revika Aditama
- Ibrahim, Ayub Sani. (2011). *Skizofrenia Spliting Personality*. Yanggerang: Jelajah Nusa
- Kusumawati, F., & Hartono, Y. (2010). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nanda, (2012). *Diagnosa Keperawatan : Definisi dan Klasifikasi 2012-2014*. Buku Kedokteran : ECG
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia* (Dewan Pengurus Pusat PPNI, ed.). Jakarta Selatan.
- Yusuf, A., Fitriyasari P.K, R., & Nihayati, H. E. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta Selatan: Salemba Medika.
- Yosep, Iyus (2010). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Bandung : Refika Aditama
- Yosep, Iyus & Sutini, Titin (2014). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Bandung: PT Refika Aditama

## Lampiran 1

### STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

#### INTERAKSI 1

Hari/Tanggal : Kamis, 27 Juni 2019

Waktu : 09.00 WIB

Pertemuan : Ke-1 (SP 1)

Nama Mahasiswa : Mitha Novianti

NIM : 162.0053

#### A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Klien : Pasien tampak bingung, Kontak mata Kurang.
2. Diagnosa Keperawatan : Halusinasi Kenestetik
3. Tujuan Umum : Membantu Pasien mengenal halusinasi, menjelaskan cara-cara mengontrol halusinasi, mengajarkan pasien tentang mengontrol halusinasi dengan cara menghardik.
4. Tujuan Khusus SP 1
  - a) Klien dapat membina hubungan saling percaya
  - b) Klien dapat mengetahui jenis halusinasinya
  - c) Klien dapat mengetahui isi halusinasinya
  - d) Klien dapat mengetahui waktu kapan muncul halusinasinya
  - e) Klien dapat mengetahui frekuensi halusinasinya muncul

- f) Klien dapat mengetahui situasi yang menimbulkan halusinasinya muncul
- g) Klien dapat mengetahui bagaimana respon yang dilakukan saat halusinasi muncul
- h) Klien dapat mengontrol halusinasi dengan cara menghardik halusinasi

#### 5. Tindakan Keperawatan

- a) Membina hubungan saling percaya
- b) Mengidentifikasi jenis halusinasi klien
- c) Mengidentifikasi isi halusinasi klien
- d) Mengkaji waktu terjadinya halusinasi
- e) Mengkaji frekuensi halusinasi muncul
- f) Mengkaji situasi yang menyebabkan halusinasinya muncul
- g) Mengkaji respon pasien saat halusinasi itu muncul

#### B. Proses pelaksanaan Tindakan

##### 1. ORIENTASI

- a) Salam Terapiutik

“Selamat pagi Bapak, Perkenalkan nama Saya Mitha Novianti mahasiswa D3 Stikes Hang Tuah Surabaya yang akan bertugas disini selama 3 hari kedepan, hari ini saya yang akan merawat bapak, Kalau boleh tahu nama bapak siapa ya? Sukanya dipanggil apa?”

- b) Evaluasi Validasi

“Bagaimana Perasaan Bapak hari ini? Wajah bapak tampak segar, apakah sekiranya saya boleh berbincang-bincang dengan bapak? Semoga setelah kita bertemu nantinya kita dapat mengobrol tentang banyak hal ya pak?”

c) Kontrak

- 1) Topik : Apakah bapak tidak keberatan untuk mengobrol dengan saya?  
Mungkin tentang apa yang bapak rasakan sekarang?
- 2) Waktu : Kita bisa mengobrol kurang lebih 10 sampai 15 menit kedepan
- 3) Tempat : Agar bapak merasa nyaman mengobrol dengan saya bapak mau kita mengobrol dimana?

2. KERJA

- a) “Apakah ada perasaan yang aneh dalam diri bapak saat ini? Kalau begitu apa yang aneh pak sekarang? Bagaimana keadaan itu bisa terjadi pak?” berapa lama frekuensi yang timbul saat keadaan itu muncul?” kira-kira apa ya pak yang menyebabkan hal tersebut dapat terjadi?” dalam waktu yang bagaimana hal tersebut bisa terjadi?” bagaimana pendapat bapak mengenai hal tersebut?”
- b) “Sekarang bagaimana kalau kita belajar cara mencegah hal tersebut datang lagi, kita buat jadwalnya di buku ya pak, yang pertama adalah dengan cara menghardik, yang kedua adalah dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain, yang ketiga adalah dengan cara melakukan aktivitas yang terjadwal, yang keempat adalah dengan cara meminum obat secara teratur.
- c) “Nah kalau begitu, bagaimana kalau kita belajar cara pertama dulu yaitu dengan cara menghardik, jadi begini ketika bapak mengetahui bila anggota



gerak bapak bergerak tanpa kendali muncul bapak langsung saja bilang “Berhenti saya tidak merasakan apaapa kamu hanya ilusi, jangan kendalikan tubuh saya”, begitu terus berulang-ulang sampai pergerakan itu hilang. Coba bapak sekarang peragakan! Nah begitu bapak, iya bagus. Coba sekali lagi bapak! Nah benar bapak sudah bisa.”

### 3. TERMINASI

#### 1. Evaluasi Respon

“Bagaimana perasaan bapak setelah kita berbincang dan ngobrol tentang apa yang bapak rasakan saat ini”

#### 2. Tindak Lanjut Klien

“Baiklah karna waktu kontrak kita hanya 10 sampai 15 menit untuk berbincang-bincang telah habis maka kita akan melanjutkan kegiatan selanjutnya besok ya pak?”

#### a) Kontrak yang akan Datang

1) Topik : “Besok kita akan melakukan kegiatan lain yang sesuai dengan jadwal tadi yaitu bercakap-cakap dengan orang lain yang berada di dalam ruangan.

2) Waktu : “Besok kira-kira pukul 09.00 ya pak kuang lebih sekitar 10-15 menit lagi”

3) Tempat : “Bapak maunya kita ngobrol dimana? Baik kalau begitu saya permisi dulu ya pak” Selamat pagi.

## Lampiran 2

### STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

#### INTERAKSI 2

Hari/Tanggal : Kamis, 28 Juni 2019

Waktu : 09.00 WIB

Pertemuan : Ke-2 (SP 2)

Nama Mahasiswa : Mitha Novianti

NIM : 162.0053

#### A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Klien : Pasien tampak bingung, Kontak mata Kurang.
2. Diagnosa Keperawatan : Halusinasi Kenestetik
3. Tujuan Umum : Melatih pasien mengontrol halusinasinya dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain.
4. Tujuan Khusus SP 2
  - a) Klien dapat mengetahui situasi yang menimbulkan halusinasinya muncul.
  - b) Klien dapat mengetahui bagaimana respon yang dilakukan saat halusinasi muncul
  - c) Klien dapat mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan teman didalam ruangan
5. Tindakan Keperawatan

- a) Membina hubungan saling percaya
- b) Mengidentifikasi jenis, isi, waktu, frekuensi dan situasi yang dapat menyebabkan halusinasi pada klien
- c) Mengkaji respon pasien saat halusinasi itu muncul
- d) Mengajarkan proses bercakap-cakap dengan teman diruangan

## B. Proses pelaksanaan Tindakan

### 1. ORIENTASI

- a) Salam Terapiutik

“Selamat pagi Bapak, apa yang sedang bapak lakukan sekarang?”

- b) Evaluasi Validasi

“Bagaimana Perasaan Bapak hari ini? Wajah bapak tampak lebih segar dibandingkan dengan kemarin, apakah sekiranya saya boleh berbincang-bincang dengan bapak? Kemarin kita sudah kontrak waktu ya pak? Nah sekarang saya tanya bagaimana cara menghardik halusinasi yang kemarin? Apa yang harus bapak ucapkan saat halusinasinya muncul? Iya bagus pak berarti bapak sudah tahu ya mengenai menghardik halusinasi, berarti sekarang kita lanjutkan ya pak kegiatan yang sudah kita kontrak kemarin?”

### 2. Kontrak

- 1) Topik : Tidak masalah kan pak bila bapak berbicara dengan saya tentang bagaimana cara bercakap-cakap dengan teman?
- 2) Waktu : Kita bisa mengobrol kurang lebih 10 sampai 15 menit kedepan ya pak?

- 3) Tempat : Agar bapak merasa nyaman mengobrol dengan saya bapak mau kita mengobrol dimana?

### 3. KERJA

- a) “Apakah ada perasaan yang aneh dalam diri bapak saat ini? Kalau begitu apa yang aneh pak sekarang? Kalau begitu kita lanjutkan ya pak kegiatan selanjutnya yang akan kita lakukan?”
- b) “Sekarang bagaimana kalau kita belajar cara bercakap-cakap dengan orang lain bisa dengan teman, yang pertama adalah kita harus menatap mata lawan bicara kita ya pak coba di praktekan, kemudian mencari topic pembicaraan seperti menanyakan kesukaan atau hoby yang dapat dilakukan di ruangan, kemudian untuk mengahiri percakapan hendaknya berpamitan”
- c) “Nah kalau begitu, bagaimana kalau kita mempraktikkan cara bercakap cakap dengan teman bapak ya pak, iya bagus lalu apa lagi pak?”

### 4. TERMINASI

#### 1. Evaluasi Respon

“Bagaimana perasaan bapak setelah kita berbincang dan ngobrol tentang bagaimana proses bercakap-cakap dengan orang lain”

#### 2. Tindak Lanjut Klien

“Baiklah karna waktu kontrak kita hanya 10 sampai 15 menit untuk berbincang-bincang telah habis maka kita akan melanjutkan kegiatan selanjutnya besok ya pak?”

- a) Kontrak yang akan Datang

- 1) Topik : “ Besok kita akan melakukan kegiatan lain yang sesuai dengan jadwal tadi yaitu mengontrol halusinasi dengan cara melaksanakan aktivitas yang terjadwal.
- 2) Waktu : “Besok kira-kira pukul 09.00 ya pak kurang lebih sekitar 10-15 menit lagi ya pak?”
- 3) Tempat : “Bapak maunya kita ngobrol dimana? Baik kalau begitu saya permisi dulu ya pak” Selamat pagi.

### Lampiran 3

#### STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

##### INTERAKSI 3

Hari/Tanggal : Kamis, 29 Juni 2019

Waktu : 09.00 WIB

Pertemuan : Ke-3 (SP 3)

Nama Mahasiswa : Mitha Novianti

NIM : 162.0053

#### C. Proses Keperawatan

6. Kondisi Klien : Pasien tampak bingung, pasien tampak tenang
7. Diagnosa Keperawatan : Halusinasi Kenestetik
8. Tujuan Umum : Melatih pasien mengontrol halusinasinya dengan cara melaksanakan aktivitas terjadwal
9. Tujuan Khusus SP 3
  - d) Klien dapat mengetahui situasi yang menimbulkan halusinasinya muncul.
  - e) Klien dapat mengontrol halusinasi dengan cara melaksanakan aktivitas terjadwal
10. Tindakan Keperawatan
  - e) Membina hubungan saling percaya dengan pasien
  - f) Mengidentifikasi jenis, isi, waktu, frekuensi dan situasi yang dapat menyebabkan halusinasi pada klien

- g) Mengajarkan cara mengontrol halusinasinya dengan cara melaksanakan aktivitas terjadwal.

#### D. Proses pelaksanaan Tindakan

##### 4. ORIENTASI

- c) Salam Terapiutik

“Selamat pagi Bapak, apa yang sedang bapak lakukan sekarang?”

- d) Evaluasi Validasi

“Bagaimana Perasaan Bapak hari ini? Wajah bapak tampak sangat segar dibandingkan dengan kemarin, apakah sekiranya saya boleh berbincang-bincang dengan bapak? Kemarin kita sudah kontrak waktu ya pak? Nah sekarang saya tanya bagaimana cara menghardik halusinasi yang kemarin? Apa yang harus bapak ucapkan saat halusinasinya muncul? Lalu apa saja cara dan langkah-langkah untuk bercakap-cakap dengan orang lain? Iya bagus pak berarti bapak sudah tahu ya mengenai menghardik halusinasi, dan cara bercakap-cakap dengan orang lain? berarti sekarang kita bisa melanjutkan kegiatan selanjutnya ya pak yaitu kegiatan yang sudah kita kontrak kemarin? Melaksanakan aktivitas terjadwal.”

##### 5. Kontrak

- 4) Topik : Tidak masalah kan pak bila bapak berbicara dengan saya tentang melaksanakan aktivitas terjadwal?
- 5) Waktu : Kita bisa mengobrol kurang lebih 10 sampai 15 menit kedepan ya pak?

- 6) Tempat : Agar bapak merasa nyaman mengobrol dengan saya bapak mau kita mengobrol dimana?

#### 6. KERJA

- d) “Apakah ada perasaan yang aneh dalam diri bapak saat ini? Kalau begitu apa yang aneh pak sekarang? Kalau begitu kita lanjutkan ya pak kegiatan selanjutnya yang akan kita lakukan?”
- e) “Sekarang bagaimana kalau kita membuat jadwal aktivitas yang dapat dilakukan bapak dari pagi hingga siang hari? Kalau begitu kita siapkan pensil dan buku ya pak untuk membuat jadwalnya? Sekarang kita tulis kegiatan pertama yang dilakukan bapak setelah bangun tidur apa ya pak? Lalu setelah mandi apa lagi pak? Menyapu atau membersihkan kamar ya pak? Lalu apa lagi pak lebih banyak lebih bagus pak?”
- f) “Nah kalau begitu, kita lakukan jadwal yang sudah kita buat tadi ya pak?”

#### 4. TERMINASI

##### 3. Evaluasi Respon

“Bagaimana perasaan bapak setelah kita berbincang dan melakukan aktivitas terjadwal”

##### 4. Tindak Lanjut Klien

“Baiklah karna waktu kontrak kita hanya 10 sampai 15 menit untuk berbincang-bincang telah habis maka kita akan melanjutkan kegiatan selanjutnya besok ya pak?”

##### b) Kontrak yang akan Datang

4) Topik : “Melatih minum obat sesuai waktu”.



- 5) Waktu : “Besok kira-kira pukul 09.00 ya pak kuang lebih sekitar 10-15 menit lagi ya pak?”
- 6) Tempat : “Bapak maunya kita ngobrol dimana? Baik kalau begitu saya permisi dulu ya pak” Selamat pagi.

#### Lampiran 4

#### Kegiatan Harian

Nama : Tn. S

Nama Mahasiswa : Mitha Novianti

No. RM : 5578xxx

Institusi : STIKES Hang Tuah Surabaya.

Ruangan : Ruang VI

<b>Tgl</b>	<b>Diagnosa Keperawatan</b>	<b>Jam</b>	<b>Implementasi</b>	<b>T.T</b>
27-6-2019	Gangguan sensori persepsi: Halusinasi Kenestetik	07.00 - 07.10  07.10 - 07.15  07.15 - 08.00  08.00 - 08.20	10. Membina hubungan saling percaya dengan pasien dengan memulai percakapan yang ringan, mengucapkan salam memperkenalkan nama.  11. Memberikan Obat kepada pasien  Hexymer 2mg, Abilify 10 mg, Ikalep 250 mg  12. Melakukan pengkajian kepada pasien  13. Melakukan pemeriksaan TTV kepada pasien	<b>Mitha</b>

			TD: 130/ 80 N: 98X/Menit S: 36°C RR: 20X/Menit	
		08.20 - 09.00	14. Bercakap-cakap dengan pasien tentang apa yang dirasakan sekarang	
		09.00 -09.20	15. Mengidentifikasi penyakit yang dialami pasien	
		09.20 - 09.30	16. Bercakap-cakap dengan pasien dan menjelaskan apa yang sedang terjadi kepada pasien.	
		09.30 – 11.00	17. Mengajarkan Pasien cara menghardik halusinasi dan memperagakannya.	
		11.00 – 11.20	18. Mengajarkan Pasien membuat jadwal kegiatan harian	
		11.30 – 12.00	19. Membantu pasien dalam makan siang	
		12.00 – 12.05	20. Mengingatkan pasien untuk sholat	
		13.00 – 13.10	21. Membantu pasien dalam membersihkan kamar tidur	
		15.00-15.05	22. Mengingatkan pasien mandi sore	
		15.05 – 15.20	23. Mengingatkan pasien untuk mengganti pakaiannya	
28-6-2019	Gangguan sensoris	07.00-07.10	4. Bertegur sapa dengan pasien	<b>Mitha</b>
		07.10-07.15	5. Memberikan obat pagi kepada pasien	

	persepsi:Halusinasi Kenestetik		Hexymer 2mg, Abilify 10 mg, Ikalap 250 mg	
		08.00 – 08.20	6. Menanyakan keadaan pasien tentang kegiatan yang dilakukan pai ini	
		08.20 - 09.00	7. Menyarankan pasien untuk mandi dan menggosok giginya	
		10.15 - 10.20	8. Menyarankan pasien dalam berganti pakaian	
		10.20 - 10.30	9. Mengevaluasi kegiatan harian pasien	
		10.30 – 10.40	10.Menjelaskan dan mengajarkan cara mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain.	
		10.40 - 11.00	11.Mengajarkan pasien cara bercakap-cakap dengan teman	
		11.00 – 11.30	12.Melatih pasien dalam berinteraksi	
		11.30 – 12.00	13.Membantu pasien dalam membersihkan tempat tidurnya	
		12.00 – 12.05	14.Mengajarkan pasien tentang doa sebelum makan	
		12.05 – 12.30	15.Membantu pasien makan siang	
		12.30 – 12.35	16.Menyarankan kepada pasien untuk mengembalikan piring saji	
		12.35 – 13.00	17.Melakukan pemeriksaan TTV kepada pasien	
			TD: 120/ 90 N: 99 X/Menit S: 36°C RR: 20X/Menit	

		13.00 – 13. 10	18.Menganjurkan Pasien memasukkan kegiatan bercakap-cakap dengan orang lain dalam jadwal kegiatan harian.	
		13.10-13.20	19.Menganjurkan pasien untuk tidur siang	
		15.00-15.05	20.Menganjurkan pasien untuk mand sore	
29-6-2019	Gangguan sensori persepsi:Halusinasi Kenestetik	07.00-07.30	4. Bercakap-cakap dengan pasien	<b>Mitha</b>
		07.30 - 07.10	5. Memberikan minum obat pagi kepada pasien Hexymer 2mg, Abilify 10 mg, Ikalep 250 mg	
		07. 10 - 07.20	6. Menanyakan kembali tentang perasaannya hari ini	
		07.20 - 07.25	7. Menanyakan kembali tentang apa yang dirasakan oleh pasien	
		07.25 - 07.50	8. Mengevaluasi hasil latihan menghardik dan bercakap-cakap	
		07.50 -08.10	9. Melakukan pemeriksaan TTV kepada pasien  TD: 120/ 80 N: 95 X/Menit S: 36°C RR: 20X/Menit	
		08.10- 09.00		

		09.00-10.00	10. Melatih Pasien mengendalikan halusinasi dengan melakukan kegiatan (kegiatan yang biasa dilakukan Pasien.	
		10.00 – 11.00	11. Menganjurkan Pasien memasukkan kegiatan kebiasaan dirumah ke dalam jadwal kegiatan harian.	
		11.00- 11.05	12. Menganjurkan pasien untuk membersihkan tempat tidurnya	
		12.00-12.30	13. Mengajarkan doa sebelum makan	
		12.30 – 12.35	14. Membantu pasien dalam makan siang	
		12.35 – 12. 55	15. Menganjurkan pasien untuk sholat	
		12. 55- 13.00	16. Membantu pasien dalam persiapan sholat	
		15.00-15.05	17. Menganjurkan pasien untuk tidur siang	
			18. Menganjurkan pasien untuk mand sore	

