

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA PASIEN
SKIZOFRENIA DENGAN MASALAH KEPERAWATAN
GANGGUAN PERSEPSI SENSORI: HALUSINASI
PENDENGARAN**

(Studi Kasus Di RSJD dr. Arif Zainuddin Surakarta)



Oleh:

DESTYA EKA RAMADHANING

NIM 21613413

**PRODI D III KEPERAWATAN FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PONOROGO**

2024

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA PASIEN SKIZOFRENIA
DENGAN MASALAH KEPERAWATAN GANGGUAN PERSEPSI
SENSORI: HALUSINASI PENDENGARAN**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan kepada Program Studi D III Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan

Universitas Muhammadiyah Ponorogo Untuk Memenuhi Syarat Penyusunan

Karya Tulis Ilmiah



**PRODI D III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PONOROGO**

2024

HALAMAN PERSETUJUAN PEMBIMBING

Karya Tulis oleh : Destya Eka Ramadhaning

Judul : Asuhan keperawatan jiwa pada pasien skizofrenia dengan
masalah keperawatan gangguan persepsi sensori:
halusinasi pendengaran

Telah disetujui untuk diujikan dihadapan Dewan Penguji Karya Tulis Ilmiah pada
tanggal, 10 Juni 2024

Oleh

Pembimbing 1

Pembimbing 2



Sulistyo Andarmoyo, M.Kes.,Ph.D

NIDN 0715127903



Fria Icha S, M.Kep

NIDN 0731058601

Mengetahui

Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan

Universitas Muhammadiyah Ponorogo



Sulistyo Andarmoyo S.Kep.,Ns.,M.Kes.,Ph.D

NIDN : 0715127903

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Oleh : Destya Eka Ramadhaning

Judul : Asuhan keperawatan jiwa pada pasien skizofrenia dengan
masalah keperawatan gangguan persepsi sensori:
halusinasi pendengaran

Telah diuji dan disetujui oleh Tim Penguji pada Ujian Sidang di Program Studi
Diploma III Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah
Ponorogo. Tanggal 18 Juni 2024.

Tim Penguji

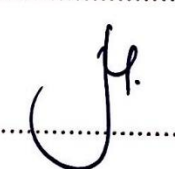
Tanda Tangan

Penguji Utama : Dr. Sugeng Mashudi, M.Kes

Penguji 1 : Metti Verawati, M.Kes

Penguji 2 : Filia Icha S, M.Kep


.....

.....

.....

Mengetahui

Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan

Universitas Muhammadiyah Ponorogo




Sulistyo Andarmoyo S.Kep.,Ns.,M.Kes., Ph.D

NIDN : 0715127903

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Destya Eka Ramadhaning

Nim : 21613413

Instansi : D3 Keperawatan Universitas Muhammadiyah Ponorogo

Menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA PASIEN SKIZOFRENIA DENGAN MASALAH KEPERAWATAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI: HALUSINASI PENDENGARAN” adalah bukan Karya Tulis Ilmiah orang lain baik sebagian maupun keseluruhan, kecuali dalam bentuk kutipan yang telah disebutkan sumbernya.

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya dan apabila pernyataan ini tidak benar, kami bersedia mendapatkan sanksi.

Ponorogo, 10 Juni 2024

Yang menyatakan



Destya Eka Ramadhaning

NIM. 21613413

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA PASIEN SKIZOFRENIA DENGAN MASALAH KEPERAWATAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI: HALUSINASI PENDENGARAN

(Di RSUD Arif Zainudin Surakarta)

Oleh:

Destya Eka Ramadhaning

NIM 21613413

Halusinasi pendengaran yaitu pasien mendengarkan suara yang tidak berwujud. Suara itu biasanya berisi hal-hal yang menyenangkan bahkan sesuatu yang dibenci oleh klien seperti hinaan dan cacian atau suara yang memberikan perintah untuk melakukan sesuatu. Dampak yang akan muncul jika gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran tidak segera ditangani akan mengakibatkan klien mengalami resiko perilaku kekerasan dan juga dapat berdampak pada defisit perawatan diri. Dengan hal ini seseorang yang mengalami halusinasi bisa melakukan tindakan untuk merusak lingkungan, melukai orang lain, bahkan melakukan percobaan untuk bunuh diri.

Asuhan keperawatan ini dilakukan pada tanggal 8 Februari 2024 sampai dengan 16 Februari 2024 di ruang Gatotkaca RSJD dr. Arif Zainudin Surakarta selama 9 hari metode yang digunakan yaitu dengan proses pendekatan asuhan keperawatan.

Dari hasil pengkajian terhadap Tn. E didapatkan pasien mengalami halusinasi pendengaran dikarenakan pasien mendengar suara perempuan yang mengucapkan terimakasih ketika bangun tidur dan saat menyendiri, suara hilang timbul, dan saat suara tersebut timbul mengatakan tidak suka atau kesal. Maka klien diberikan tindakan keperawatan yaitu dengan pemberian strategi pelaksanaan 1 sampai 4 dan intervensi dari SIKI dengan tehnik distraksi mendengarkan musik.

Seseorang yang mengalami halusinasi pendengaran membutuhkan komunikasi terapeutik dengan baik. Maka dari itu dalam pemberian asuhan keperawatan dibutuhkan dukungan dari perawat dalam proses penyembuhan klien.

Kata kunci: Gangguan Persepsi sensori, halusinasi pendengaran, Asuhan Keperawatan

ABSTRACT

MENTAL NURSING CARE FOR SCHIZOPHRENIA PATIENTS WITH NURSING PROBLEMS SENSORY PERCEPTION DISORDERS: HEARING HALLUCINATIONS

(At Arif Zainudin Hospital, Surakarta)

By:

Destya Eka Ramadhani

NIM 21613413

Distraction hallucinations are when the patient experiences unrecognized sounds. The Sulara usually contains things that annoy even the cells that are hated by clients, including insults and insults or the Sulara which gives the ultimate order to carry out the Sulara. The impact that will arise if sensory perception disorders: auditory hallucinations are not treated immediately will result in the client experiencing the risk of violent behavior and can also have an impact on self-care deficits. With this, someone who experiences hallucinations can take action to damage the environment, injure other people, and even attempt suicide.

This nursing care was carried out from 8 February 2024 to 16 February 2024 in the Gatotkaca room at RSJD dr. Arif Zainudin Surakarta for 9 days the method used was the nursing care approach process.

From the results of the study of Mr. E, it was found that the patient experienced auditory hallucinations because the patient heard a woman's voice saying thank you when he woke up and when he was alone, the voice came and went, and when the voice appeared he said he didn't like it or was annoyed. So the client is given nursing action, namely by providing implementation strategies 1 to 4 and intervention from SIKI with the distraction technique of listening to music.

Someone who experiences auditory hallucinations needs good therapeutic communication. Therefore, in providing nursing care, support from nurses is needed in the client's healing process.

Key words: *Sensory perception disorders, auditory hallucinations, nursing care*

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan hidayahnya sehingga saya dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah dengan judul “Asuhan keperawatan jiwa pada pasien Skizofrenia dengan masalah keperawatan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran” tepat pada waktunya. Sholawat serta salam semoga terlimpah dan curahkan kepada baginda Rosullulah Muhammad SAW yang kita nantikan syafaatnya di akhirat nanti.

Karya tulis ilmiah ini disusun untuk memenuhi syarat dalam penyelesaian pendidikan Progam Diploma III di Progam Studi Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Ponorogo. Dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini tidak akan terlaksana sebagai mana yang diharapkan tanpa adanya bantuan dari pihak yang telah memberi banyak bimbingan, arahan, dan motivasi kepada penulis. Untuk itu penulis mengucapkan terimakasih sebanyak-banyaknya kepada:

1. Dr. Happy Susanto, MA selaku Rektor Universitas Muhammadiyah Ponorogo. Yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menempuh pendidikan di prodi D3 Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Ponorogo.
2. Sulistyo Andarmoyo, S.Kep.,Ns.,M.Kes.,Ph.D selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Ponorogo dan selaku pembimbing I yang telah memberikan bimbingan dan arahan selama penyusunan karya tulis ilmiah ini.

3. Rika Maya Sari, S.Kep.,Ns.,M.Kes sebagai kepala Progam Studi D-III Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Ponorogo.
4. Filia Icha S, M.Kep selaku pembimbing II yang telah memberikan bimbingan dan arahan selama penyusunan karya tulis ilmiah ini.
5. Direktur RSJD dr. Arif Zainudin Surakarta yang telah mengizinkan penulis untuk melakukan penelitian studi kasus di RSJD dr. Arif Zainudin Surakarta.
6. Ibu saya yang telah memberikan kasih sayang dan motivasi kepada saya sehingga saya bersemangat untuk menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
7. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu atas bantuan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

Penulis menyadari karya tulis ilmiah ini masih jauh dari kata sempurna, oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun untuk kesempurnaan karya tulis ilmiah ini. Penulis sangat berharap semoga karya tulis ilmiah ini dapat bermanfaat khususnya di bisang keperawatan.

Ponorogo, 12 Juni 2024

Yang menyatakan



Destya Eka Ramadhani

21613413

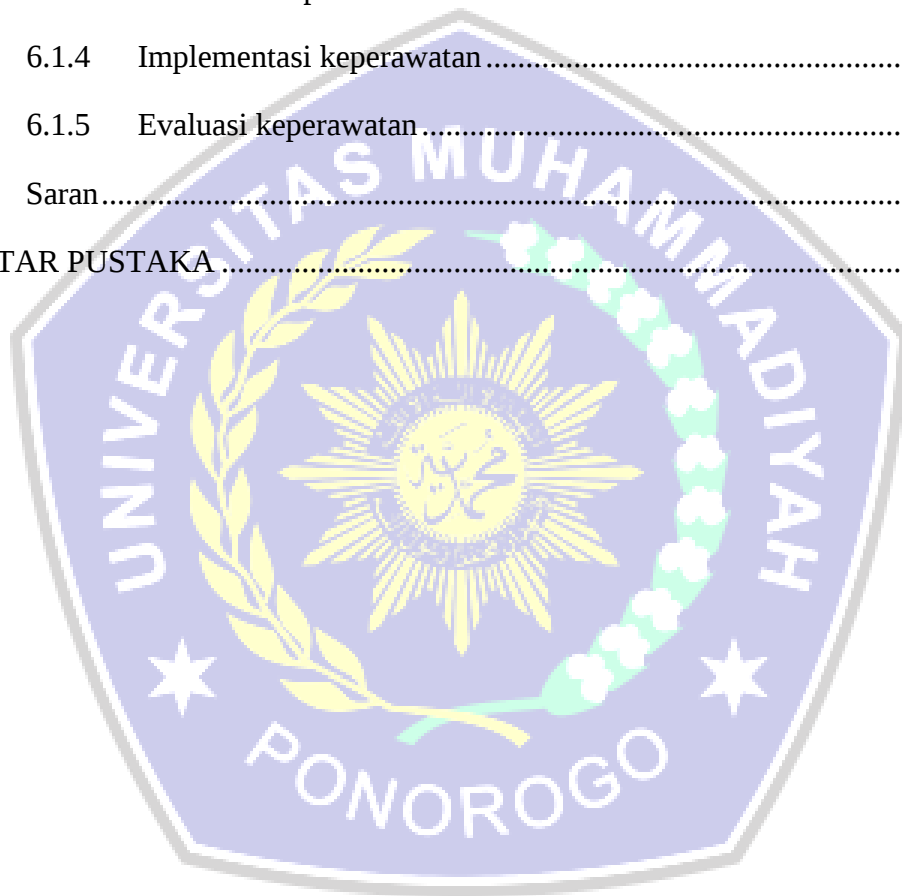
DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN PEMBIMBING	Error! Bookmark not defined.
HALAMAN PENGESAHAN.....	Error! Bookmark not defined.
ABSTRAK.....	v
ABSTRACT.....	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	xiii
DAFTAR GAMBAR.....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xv
DAFTAR SINGKATAN.....	xvi
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan.....	4
1.3.1 Tujuan Umum.....	4
1.3.2 Tujuan Khusus.....	5
1.4 Manfaat.....	5
1.4.1 Manfaat Teoritis	5
1.4.2 Manfaat Praktis.....	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Konsep Dasar Skizofrenia.....	8
2.1.1 Definisi Skizofrenia.....	8
2.1.2 Etiologi Skizofrenia.....	8

2.1.3	Tanda dan Gejala Skizofrenia	11
2.1.4	Fase Perjalanan Penyakit Skizofrenia	12
2.1.5	Klasifikasi Skizofrenia	14
2.1.6	Penatalaksanaan Skizofrenia	16
2.2	Konsep Dasar Halusinasi Pendengaran.....	17
2.2.1	Pengertian.....	17
2.2.2	Tanda dan Gejala Halusinasi Pendengaran	18
2.2.3	Faktor Penyebab Halusinasi Pendengaran	20
2.2.4	Tahap Halusinasi Pendengaran	21
2.2.5	Dimensi Halusinasi Pendengaran.....	23
2.2.6	Rentan Respon.....	25
2.2.7	Sumber Koping.....	28
2.2.8	Mekanisme Koping	28
2.2.9	Pohon Masalah	29
2.2.10	Penatalaksanaan.....	30
2.3	Konsep Asuhan Keperawatan	31
2.3.1	Pengkajian	31
2.3.2	Diagnosis Keperawatan.....	39
2.3.3	Intervensi Keperawatan.....	40
2.3.4	Implementasi Keperawatan	47
2.3.5	Evaluasi Keperawatan	48
2.4	Hubungan Antar Konsep	49
BAB 3 METODE PENELITIAN.....		50
3.1	Metode.....	50
3.2	Teknik Penulisan	50
3.3	Waktu dan Tempat	51

3.4 Alur Kerja.....	52
3.5 Etika	53
BAB 4 ASUHAN KEPERAWATAN	56
4.1 Pengkajian	56
4.1.1 Identitas klien	56
4.1.2 Keluhan utama.....	57
4.1.3 Faktor presipitasi	57
4.1.4 Faktor predisposisi	57
4.1.5 Pengkajian psikososial	59
4.1.6 Pemeriksaan fisik	62
4.1.7 Status mental	62
4.1.8 Kebutuhan perawatan mandiri dirumah	66
4.1.9 Mekanisme koping	68
4.1.11 Aspek pengetahuan.....	69
4.1.12 Aspek medis	70
4.2 Data fokus	71
4.3 Analisa data	72
4.4 Daftar masalah.....	72
4.5 Pohon masalah.....	73
4.6 Prioritas diagnosis keperawatan	73
4.7 Rencana Tindakan keperawatan	74
4.8 Implementasi dan Evaluasi keperawatan	80
BAB 5 PEMBAHASAN	85
5.1 Pengkajian	85
5.2 Diagnosis keperawatan.....	89
5.3 Intervensi keperawatan.....	90

5.4 Implementasi keperawatan	94
5.5 Evaluasi keperawatan	97
BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN	103
6.1 Kesimpulan.....	103
6.1.1 Pengkajian	103
6.1.2 Diagnosis keperawatan.....	104
6.1.3 Intervensi keperawatan.....	104
6.1.4 Implementasi keperawatan	105
6.1.5 Evaluasi keperawatan	106
6.2 Saran.....	106
DAFTAR PUSTAKA	109

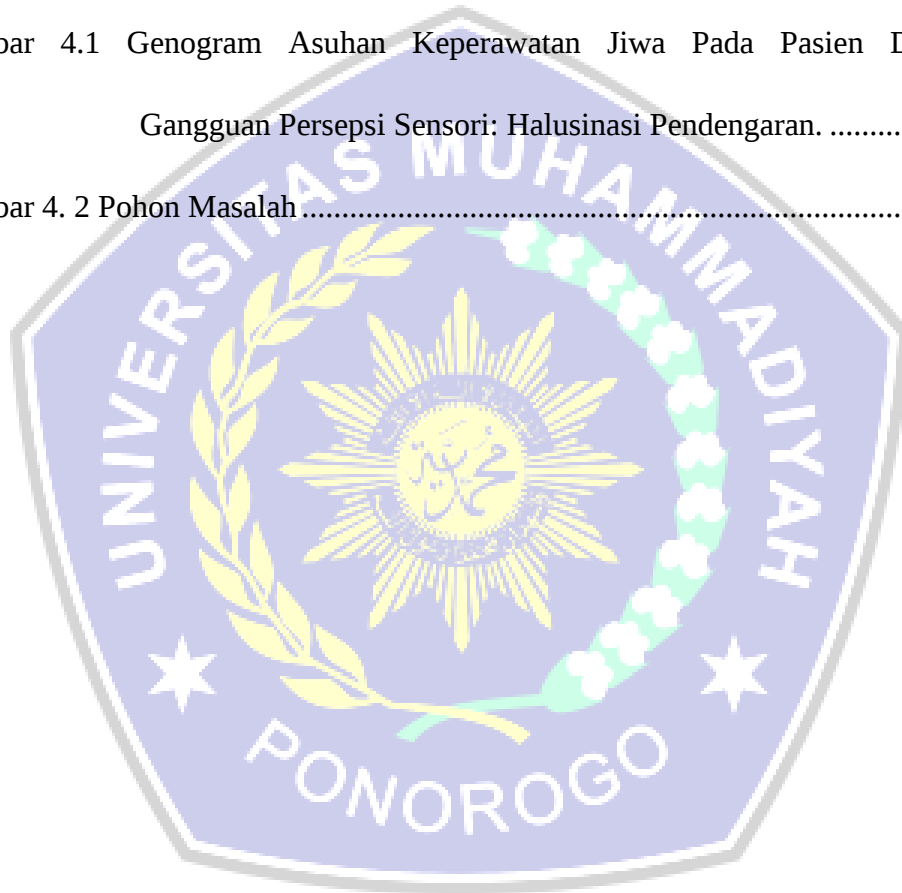


DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Gangguan Persepsi Sensori.....	39
Tabel 2. 2 Intervensi keperawatan menurut SDKI, SLKI, SIKI	40
Tabel 2. 3 Intervensi keperawatan menurut NANDA, NIC, NOC	42
Tabel 4. 1 Pohon Masalah Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran.....	71
Tabel 4. 2 Analisa Data Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran.....	72
Tabel 4. 3 Rencana Tindakan Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran.....	74
Tabel 4. 4 Rencana Tindakan Keperawatan Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran	75
Tabel 4. 5 Implementasi dan Evaluasi Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran.....	80

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Rentan Respon Halusinasi.....	26
Gambar 2. 2 Pohon Masalah	29
Gambar 2. 3 Hubungan Antar Konsep.....	49
Gambar 3. 1 Alur Penelitian.....	52
Gambar 4.1 Genogram Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran.	59
Gambar 4. 2 Pohon Masalah.....	73



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Penjelasan penelitian	111
Lampiran 2 : Informed consent	114
Lampiran 3 : SP Standar Intervensi Keperawatan	115
Lampiran 4 : SP 1 Nursing Interventions Classification.....	117
Lampiran 5 : SP 2 Nursing Interventions Classification.....	120
Lampiran 6 : SP 3 Nursing Interventions Classification.....	122
Lampiran 7 : SP 4 Nursing Interventions Classification.....	125
Lampiran 8 : Jadwal Harian	128
Lampiran 9 : Surat Pengambilan Data Awal.....	129
Lampiran 10 : Surat Permohonan Izin Awal (penelitian).....	130
Lampiran 11 : Surat Pengantar Pra Penelitian	131
Lampiran 12 : Hasil Uji Etik.....	132
Lampiran 13 : Lembar bimbingan pembimbing 1	133

DAFTAR SINGKATAN



SDKI	: Standar Diagnosis Keperawatan
Kemenkes	: Kementrian Kesehatan
WHO	: <i>Wold Healt Organization</i>
NTB	: Nusa Tenggara Barat
Dinkes	: Dinas Kesehatan
TPKJM	: Tim Pengarah Kesehatan jiwa Masyarakat
CT Scan	: <i>Computer Temography Scan</i>
PANSS	: <i>Positive and Negative Symtoms Scale</i>
DMP	: <i>Dimetrytranferense</i>
SIKI	: Standar Intervensi Keperawatan Indonesia
SLKI	: Standar Luaran Keperawatan Indonesia
SP	: Strategi Pelaksanaan
SOP	: <i>Standart Operating Procedur</i>
SOAP	: <i>Subjective, Objective, Assesment dan Plan</i>
NANDA	: <i>Nort American Nursing Diagnosis Association</i>
NIC	: <i>Nursing Interventions Classification</i>
NOC	: <i>Nursing Outcome Classification</i>
RR	: <i>Respirasi Rate</i>
BAK	: Buang Air Kecil
BAB	: Buang Air Besar

SMA : Sekolah Menengah Atas

Dsb. : Dan sebagainya

Tn : Tuan

S.w.t : Subhanahualalla

RSJD : Rumah sakit jiwa daerah

ADL : *Activity of daily living*



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar belakang

Permasalahan kesehatan jiwa menjadi salah satu faktor kesehatan yang perlu diperhatikan, gangguan jiwa adalah sindrom atau kebiasaan seseorang yang dikaitkan dengan gejala kerusakan atau gangguan fungsi (fungsi psikotik, perilaku, biologis dan mental). Salah satu gangguan jiwa yang paling banyak terjadi adalah Skizofrenia (Agustin, 2017). Skizofrenia adalah gangguan jiwa berat yang mempengaruhi fungsi otak, kognitif, emosional dan perilaku seseorang penderita. Pada Skizofrenia ini salah satunya ditandai dengan mendengar suara bisikan tanpa adanya rangsangan yang nyata. Gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran adalah perubahan persepsi terhadap stimulus baik internal maupun eksternal yang disertai dengan respon yang berkurang, berlebihan atau terdistorsi (SDKI, 2017). Halusinasi pendengaran yaitu dimana seseorang mendengar suara atau bisikan berisi perintah atau hanya kebisingan, tetapi tidak ada rangsangan suara atau kebisingan tersebut (Kemenkes, 2019).

Pada tahun 2022, World Health Organization (WHO) penderita penyakit Skizofrenia sebanyak 24 juta jiwa di dunia. Gejala ini ditandai dengan gangguan persepsi dan sensori termasuk halusinasi pendengaran. Jumlah penderita gangguan jiwa di Indonesia saat ini adalah 236 juta jiwa, dengan kategori gangguan jiwa ringan 6% dari populasi dan 0,17% menderita gangguan jiwa berat, 14,3% diantaranya mengalami pasung (Widowati,

2023). Jumlah penderita gangguan jiwa tertinggi di Indonesia terdapat pada provinsi DKI Jakarta (24,3%), Nanggroe Aceh Darusalam (18,5%), Sumatera Barat (17,7%), NTB (10,9%), Sumatera Selatan (9,2%), dan Jawa Tengah (6,8%). Jumlah gangguan jiwa dengan Skizofrenia di Jawa Timur mencapai 64.850 jiwa, paling tinggi terdapat di Kabupaten Sidoarjo sebanyak 3.299 jiwa. Pada usia 0-14 tahun sejumlah 32 jiwa, pada usia 15-59 tahun sejumlah 2.900 jiwa, dan pada usia lebih dari 60 tahun sejumlah 364 jiwa (Dinkes, 2022). Sedangkan data dari Tim Pengarah Kesehatan Jiwa Masyarakat (TPKJM) Provinsi Jawa Tengah menyebutkan bahwa penderita gangguan jiwa di Jawa Tengah tergolong tinggi dimana dengan total 107 ribu penderita atau 2,3% dari jumlah penduduk (Widiyanto, 2015). Menurut Sulahyuningsih et al. (2016), angka kejadian penderita halusinasi di RSJD dr. Arif Zainudin Surakarta mencapai urutan teratas dengan angka kejadian 44% atau sekitar 345 jiwa. Berdasarkan data sekunder tanggal 30 Oktober 2018 di RSDJ dr. Arif Zainudin Surakarta diperoleh data kunjungan pasien rawat inap halusinasi sekitar 4.302 dan di tahun 2018 meningkat menjadi 4.517 jiwa. Hasil data di RSJD dr. Arif Zainudin Surakarta pada bulan Desember 2020 pasien dengan kasus halusinasi sebanyak 3.798 dan dibulan Januari 2021 sebanyak 3.649 pasien (Alfi, 2021).

Beberapa faktor yang dapat mempengaruhi halusinasi pendengaran adalah faktor predisposisi (faktor perkembangan, faktor sosial dan budaya, faktor psikologi, dan faktor genetik) dan faktor presipitasi (hubungan dengan permusuhan, tekanan isolasi, perasaan tidak berguna, putus asa dan tidak berdaya). Pemicu terjadinya gangguan persepsi sensori: halusinasi

pendengaran yaitu isolasi sosial, klien terlalu lama tidak diajak komunikasi dan suasana sosial yang terisolasi. Dampak yang akan muncul jika gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran tidak segera ditangani akan mengakibatkan klien mengalami resiko perilaku kekerasan dan juga dapat berdampak pada defisit perawatan diri (Ulfa & Rizanizarli, 2020).

Untuk mengatasi masalah gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran, perlu di lakukan upaya proses asuhan keperawatan meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Rencana asuhan keperawatan terdiri dari beberapa strategi pelaksanaan yaitu: SP1 (pasien) mengidentifikasi halusinasi, menjelaskan cara menghardik halusinasi, dan memantau penerapan menghardik halusinasi. Rencana tindakan SP2 (pasien) yaitu meminum obat secara teratur. SP3 (pasien) yaitu bercakap cakap atau membangun komunikasi dengan orang lain. Rencana tindakan yang terakhir yaitu SP4 (pasien) melakukan kegiatan yang terjadwal dan rencana tindakan, dengan banyaknya kegiatan yang dilakukan pasien maka dapat meminimalisir terjadinya halusinasi pada pasien (Wahyuni, 2017). Selain strategi pelaksanaan pada pasien diatas juga perlu dilakukan strategi pelaksanaan pada keluarga dan juga tingkat kesembuhan klien akan tinggi bila mendapatkan support oleh keluarga.

Selain menggunakan strategi pelaksanaan yang ada diatas membaca Al-qur'an juga dapat mendatangkan kesembuhan, dengan mengingat Allah S.W.T akan membuat tubuh menjadi rileks dengan cara mengaktifkan kerja system saraf parasimpatik dan juga dapat menekankan kerja saraf system simpatik (Riyadi et al, 2022).

Allah Swt berfirman dalam al-Qur'an,

أَنْتُمْ مَا أُوحِيَ إِلَيْكَ مِنَ الْكِتَابِ وَأَقِمِ الصَّلَاةَ إِنَّ الصَّلَاةَ تَنْهَى عَنِ الْفَحْشَاءِ وَالْمُنْكَرِ وَلَذِكْرُ اللَّهِ أَكْبَرُ وَاللَّهُ يَعْلَمُ مَا تَصْنَعُونَ (العنكبوت ٢٩/ ٤)

"Bacalah Kitab (al-Qur'an) yang telah diwahyukan kepadamu (Muhammad) dan laksanakanlah salat. Sesungguhnya salat itu mencegah dari (perbuatan) keji dan mungkar. Dan (ketahuilah) mengingat Allah Swt (salat) itu lebih besar (keutamaannya dari ibadah yang lain) Allah Swt mengetahui apa yang kamu kerjakan" (al-'Ankabut/29-45).

Berdasarkan hal-hal yang telah diuraikan diatas dan melihat latar belakang dari masalah serta melihat data dari gangguan jiwa dari tahun ketahun semakin meningkat penulis tertarik untuk mengambil kasus tersebut dengan judul “asuhan keperawatan jiwa pada pasien Skizofrenia dengan masalah keperawatan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran”.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimanakah pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk menerapkan pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran.

1.3.2 Tujuan Khusus

Berdasarkan tujuan umum diatas juga terdapat beberapa tujuan khusus antara lain:

1. Melakukan pengkajian pada pasien *Skizofrenia* dengan masalah keperawatam gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran.
2. Menganalisis data masalah kesehatan menjadi diagnosis asuhan keperawatan pada pasien gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran.
3. Merencanakan intervensi keperawatan yang akan diberikan pada pasien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran.
4. Melakukan tindakan keperawatan (implementasi) asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan persepsi sensori: pendengaran.
5. Memberikan evaluasi asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran.
6. Mendokumentasikan pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Dapat menambah ilmu, pengetahuan dan wawasan dalam keperawatan terutama tentang penanganan atau pemberian asuhan keperawatan jiwa pada pasien *Skizofrenia* yang tepat dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Pasien

Mendapatkan pelayanan kesehatan berupa asuhan keperawatan yang tepat dan benar serta menambah wawasan untuk penanganan halusinasi pendengaran.

2. Bagi Keluarga

Keluarga mendapatkan informasi dan cara-cara untuk menangani pasien khususnya dengan gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran.

3. Bagi Profesi Keperawatan

Sebagai ilmu keperawatan yang dapat digunakan untuk referensi landasan dan pedoman dalam melakukan tindakan keperawatan yang efektif dan komprehensif pada pasien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran.

4. Bagi Rumah Sakit

1) Sebagai masukan yang dapat digunakan untuk meningkatkan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran khususnya di rumah sakit dan dapat menjadikan asuhan keperawatan yang profesional.

2) Sebagai bahan pertimbangan dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran.

5. Bagi Penulis

Dapat digunakan dan diterapkan khususnya pada pemberian implementasi keperawatan pada pasien dengan pemenuhan asuhan keperawatan jiwa dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Skizofrenia

2.1.1 Definisi Skizofrenia

Skizofrenia adalah gangguan jiwa berat yang paling umum dengan gejala klinis, perjalanan penyakit serta respon pengobatannya bervariasi. Diagnosis Skizofrenia didasarkan sepenuhnya pada riwayat psikiatri dan pemeriksaan status mental. Tidak ada tes laboratorium untuk Skizofrenia. Gangguan ini tidak hanya mempengaruhi individu tetapi keluarga, pengasuh, dan masyarakat secara keseluruhan (Fitrikasari, 2022).

Skizofrenia ialah gangguan jiwa berat yang dapat berpengaruh terhadap pikiran, perasaan dan perilaku individu. Skizofrenia yaitu bagian dari gangguan psikotik terutama ditandai dengan hilangnya daya tilik diri (Sadok et al., 2017). Gangguan ini biasanya dimulai pada masa awal dewasa atau remaja akhir. Derajat keparahannya ditentukan oleh tingkat, jumlah, durasi dan tanda gejala Skizofrenia (Mashudi, 2021).

2.1.2 Etiologi Skizofrenia

Menurut Videbeck (2020), *skizofrenia* dapat disebabkan oleh beberapa faktor, yaitu:

a. Faktor Predisposisi

1) Faktor Biologis

a) Faktor Genetik

Faktor genetik adalah faktor pencetus dari *Skizofrenia*.

Seorang anak memiliki orang tua biologis yang menderita

Skizofrenia namun diadopsi oleh orang lain tanpa riwayat *Skizofrenia* mereka masih memiliki resiko genetik dari orang tua biologisnya untuk menderita *Skizofrenia*.

b) Faktor Neuroanatomi

Pada individu yang menderita *Skizofrenia* memiliki jaringan otak yang relative lebih sedikit. Pada pemeriksaan CT Scan menunjukkan pembesaran pada ventrikel otak dan pada atrofi korteks otak. Daerah otak yang berpengaruh pada psikotik seseorang adalah sistem limbik. Otak pada penderita *Skizofrenia* terlihat berbeda dengan orang normal pada umumnya. Ventrikel melebar dan beberapa area terjadi peningkatan maupun penurunan pada aktivitas metabolik.

c) Neurokimia

Adanya perubahan neurotransmitter otak pada individu penderita *Skizofrenia*. Pada orang normal system *neurotransmitter* bekerja dengan normal, sinyal dari persepsi sensori yang datang dikembalikan kembali dengan sempurna tanpa gangguan sehingga menghasilkan pemikiran, perasaan dan dapat melakukan tindakan sesuai dengan kebutuhan pada saat itu. Otak pada penderita *Skizofrenia* mengalami gangguan sehingga tidak dapat mencapai sel-sel yang dituju.

2) Faktor Psikologis

Skizofrenia dapat terjadi karena kegagalan dalam menyelesaikan masa perkembangan pada awal psikososial, contoh

anak yang tidak mampu membentuk hubungan saling percaya dapat menimbulkan konflik intrapsikis seumur hidup. Skizofrenia yang berat nampak pada ketidakmampuan untuk mengatasi masalah yang ada.

3) Faktor Sosiokultural dan lingkungan

Faktor ini menunjukkan jumlah penderita Skizofrenia banyak terjadi pada individu yang memiliki ekonomi lebih kecil dibandingkan dengan individu yang memiliki ekonomi tinggi. Faktor ini berhubungan dengan kemiskinan, penduduk yang padat, tidak adanya perawatan pada saat prenatal dan sumber daya untuk menghadapi stress dan keputusan.

b. Faktor Presipitasi

Beberapa faktor presipitasi dari Skizofrenia sebagai berikut:

1) Biologis

Stressor berhubungan dengan respon neurobiologis maladaptive meliputi gangguan komunikasi dan pertukaran umpan balik otak yang mengatur proses informasi, abnormalitas pada mekanisme dalam otak yang mengakibatkan ketidakmampuan menanggapi stimulus secara selektif.

2) Lingkungan

Toleransi terhadap stress yang ditentukan secara biologis untuk berinteraksi dengan stressor lingkungan menentukan terjadinya gangguan pikiran.

3) Pemicu Gejala

Pemicu yang biasanya terjadi pada respon neurobiologis maladaptive yang berhubungan pada lingkungan, kesehatan, sikap dan perilaku individu.

2.1.3 Tanda dan Gejala Skizofrenia

Menurut Fitrikasari (2022) gejala Skizofrenia dibagi menjadi 3 kelompok, yaitu:

- a. Gejala Positif: gejala yang terdapat pada pasien dan tidak ada pada orang normal biasanya dapat diamati. Ini merupakan gejala terkait dengan psikotik akut dan terutama pada gangguan pikiran, termasuk halusinasi, delusi dan perilaku aneh yang lainnya.
- b. Gejala Negatif: gejala ini bisa berada pada orang normal namun pada penderita Skizofrenia lebih berat termasuk tidak adanya pengaruh, pemikiran, motivasi, kesenangan, dan tidak adanya perhatian.
- c. Gejala Kognitif: gejala kognitif pada penderita Skizofrenia mungkin tidak terlihat terutama pada awal terjadinya proses penyakit namun dapat mengganggu dan menyebabkan kecacatan yang terkait dengan gangguan ini. Gejala kognitif antara lain: gangguan perhatian, memori kerja atau pemikiran, dan fungsi eksekutif.

2.1.4 Fase Perjalanan Penyakit Skizofrenia

a. Fase Pramorbid (sebelum sakit)

Tanda gejala premorbid muncul sebelum pada fase prodromal penyakit. Penderita Skizofrenia premorbid memiliki kepribadian yang schizoid dan skizotipal (pendiam, pasif, dan tertutup) sehingga pada masa anak mereka hanya memiliki sedikit teman. Pada masa remaja penderita Skizofrenia mungkin tidak memiliki teman dekat, teman kencan, dan menghindari tim atau sebuah kelompok. Mereka mungkin lebih menikmati menonton TV, film, mendengarkan musik, atau hanya bermain game komputer dengan mengesampingkan kegiatan sosial.

Gejala premorbid mungkin merupakan bukti penyakit meskipun biasanya diketahui secara retrospektif. Tanda-tandanya biasanya dimulai dengan munculnya gejala somatik seperti: sakit kepala, nyeri punggung dan otot, kelemahan, dan masalah pada pencernaan. Beberapa fase perjalanan gangguan Skizofrenia yaitu: fase *prodromal*, aktif, *residual*, dan *recovery*.

b. Fase Prodromal

Tanda dan gejala prodromal adalah bagian dari gangguan yang berkembang. Pada fase prodromal ini terdapat gejala-gejala negatif. Tanda dan gejala prodromal mencakup perilaku yang sangat aneh, afek abnormal, bicara yang tidak biasa, ide-ide aneh, dan pengalaman persepsi yang aneh. Timbulnya gejala dimulai pada masa remaja dan

diikuti dengan perkembangan gejala prodromal dalam beberapa hari hingga beberapa bulan. Perubahan sosial atau lingkungan, seperti pergi ke perguruan tinggi, menggunakan zat, atau kematian kerabat, dapat memicu gejala yang mengganggu, dan sindrom prodromal dapat berlangsung satu tahun atau lebih sebelum timbulnya gejala psikotik yang nyata atau lebih singkat.

c. Fase Aktif

Ditandai dengan munculnya gejala-gejala positif dan memberatnya gejala negatif.

d. Fase Residual

Ditandai dengan mulai berkurang sampai hilangnya gejala positif tetapi masih ada gejala negatif.

e. Fase Remisi

Fase remisi ditentukan dengan menggunakan kriteria delapan butir PANSS (*Positive and Negative Symptoms Scale*) yang nilainya tidak lebih dari tiga dan bertahan selama enam bulan. Fungsi pekerjaan dan sosial tidak menjadi kriteria pada remisi. Kedelapan simptom tersebut adalah:

- 1) P1 (Waham)
- 2) P2 (Kekacauan proses pikir)
- 3) P3 (Perilaku halusinasi)

- 4) G9 (Isi pikir tidak biasa)
- 5) G5 (Menerisme dan postur tubuh)
- 6) N1 (Penumpulan afek)
- 7) N4 (Penarikan diri secara sosial)
- 8) N6 (Kurang spontaneitas dan arus percakapan)

f. Fase Recovery

Penderita dinyatakan pulih (*recovery*) jika penderita bebas dari simptom skizofrenia dan membaiknya fungsi sosial serta pekerjaan pasien yang berlangsung minimal selama dua tahun. Pasien tetap dalam pengobatan.

2.1.5 Klasifikasi Skizofrenia

Beberapa jenis penyakit Skizofrenia menurut Istichomah & Fatihatur (2019) antara lain:

a. Skizofrenia Paranoid

Gejala utama yang dialami oleh penderita Skizofrenia paranoid antara lain kecurigaan, halusinasi, marah, dan delusi. Menurut pemeriksaan yang lebih lanjut terdapat bahwa ada masalah dengan proses pikir dan emosi.

b. Skizofrenia Hebefrenia

Penderita Skizofrenia hebefrenia biasanya dialami pada usia muda. Penderita tersebut mungkin kesulitan untuk berkonsentrasi,

bertidak dengan tidak tepat tidak sesuai dengan arahan, merasa memiliki sedikit motivasi dan emosi yang tinggi.

c. Skizofrenia Katatonia

Penderita Skizofrenia katatonia kebanyakan pada usia 15-30 tahun. Gejala penyakit ini antara lain kurangnya aktivitas dengan lingkungan, gerakan, postur kaku, dan resistensi terhadap instruksi. Selain itu penderita juga mengalami aktivitas yang spontan (stupor).

d. Skizofrenia Akut

Mendiagnosis penderita dengan Skizofrenia akut memiliki karakteristik umum tidak termasuk Skizofrenia delusi, hebefrenik, katatonik, dll.

e. Skizofrenia Residual

Untuk memastikan penderita mengalami Skizofrenia residual gejala dari penyakit ini adalah Skizofrenia bleular primer, tetapi Skizofrenia ini tidak jelas dengan gejala sekundernya. Kemungkinan besar Skizofrenia ini terjadi setelah beberapa episode Skizofrenia.

f. Skizofrenia Simpleks

Untuk mendiagnosis Skizofrenia kompleks sering timbul pada usia pubertas, karena tergandung dengan perkembangan dari gejala Skizofrenia “negative” tanpa riwayat halusinasi dan waham serta timbul secara berlahan.

2.1.6 Penatalaksanaan Skizofrenia

a. Farmakologi Psikotik

Pengobatan farmakologi yang digunakan penderita Skizofrenia merupakan antipsikotik yang digunakan dalam jangka waktu panjang dan mampu untuk mencegah kemampuan, terapi pemeliharaan, mengurangi efek samping penderita Skizofrenia.

b. Terapi Mordalitas

Terapi mordalitas adalah terapi yang paling utama dalam keperawatan untuk pencegahan pasien dengan Skizofrenia. Tujuan dari terapi ini adalah mengubah perilaku pasien dari sikap yang maladaptive menjadi adaptif yang dapat mempertinggi kemampuan yang dimiliki pasien. Beberapa macam terapi mordalitas antara lain:

1) Perawatan individu

Membina hubungan saling percaya antar pasien dan perawatan dapat mengubah cara pasien untuk berperilaku. Tujuan dari pengobatan ini dilakukan secara tertib (terorganisir) sehingga melalui hubungan ini dapat menyesuaikan perilaku pasien sesuai dengan tujuan. Selain itu pasien diharapkan memiliki pilihan untuk mengurangi masalah dan mampu memenuhi kebutuhan dasar mereka.

2) Perawatan lingkungan

Suatu pengobatan yang berencana dilakukan dilingkungan sehingga dapat terjadi perubahan perilaku pasien yang maladaptive menjadi perilaku yang serba bisa. Dengan lingkungan perbaikan akan membuka pintu bagi klien untuk mengubah perilaku dan sikap dengan memusatkan perhatian pada nilai bermanfaat dalam latihan dan kolaborasi.

3) Perawatan kognitif

Perawatan mental merupakan suatu system untuk mengubah keyakinan dan perspektif yang dapat mempengaruhi perasaan dan perilaku pasien untuk membantu stresor yang menyebabkan masalah mental.

4) Perawatan keluarga

Perawatan yang diberikan kepada semua keluarga baik dalam inspirasi, jiwa dan lebih lanjut dari satu kesatuan pengobatan. Tujuannya adalah untuk menghadapi kehancuran dan memenuhi kapasitas sebuah keluarga dan bekerja sama untuk memungkinkan paling ideal.

2.2 Konsep Dasar Halusinasi Pendengaran

2.2.1 Pengertian

Definisi gangguan persepsi sensori menurut SDKI (2017) adalah perubahan stimulus baik internal maupun eksternal yang disertai dengan respon yang berkurang, berlebihan atau terdistorsi. Halusinasi merupakan

distorsi persepsi dan sensori palsu yang terjadi pada respon neurologis maladaptive dan penderita mengalami distorsi sensori sebagai hal yang nyata dan meresponya (Anugrah, 2021). Halusinasi pendengaran yaitu pasien mendengarkan suara yang tidak berwujud. Suara itu biasanya berisi hal-hal yang menyenangkan bahkan sesuatu yang dibenci oleh klien seperti hinaan dan cacian atau suara yang memberikan perintah untuk melakukan sesuatu namun tergantung dengan tingkat level halusinasinya (Ikhwanudin, 2021).

2.2.2 Tanda dan Gejala Halusinasi Pendengaran

Menurut (SDKI, 2017) tanda dan gejala halusinasi terbagi menjadi:

a. Gejala dan tanda mayor

1) Subjektif

a) Mendengar suara bisikan.

2) Objektif

Distorsi sensori (kedaan dimana salah tafsiran pancaindra akibat penyimpangan dalam menangkap rangsangan sensorik).

a) Respon tidak sesuai.

b) Bersikap seolah mendengar sesuatu.

b. Gejala dan tanda minor

1) Subjektif

a) Menyatakan kesal

2) Objektif

a) Menyendiri

- b) Melamun
- c) Konsetrasi buruk
- d) Disorientasi waktu, tempat, orang atau situasi
- e) Curiga
- f) Mondar-mandir
- g) Bicara sendiri

Tanda dan gejala menurut Anugrah (2021) terbagi menjadi:

- a) Berbicara, tertawa dan tersenyum sendiri.
- b) Bersikap seperti mendengarkan sesuatu.
- c) Berhenti berbicara sesaat ditengah-tengah kaimat untuk mendengarkan sesuatu.
- d) Disorientasi.
- e) Tidak mampu atau kurang konsentrasi.
- f) Cepat berubah pikiran.
- g) Alur Social kacau.
- h) Respon yang tidak sesuai.
- i) Menarik diri.
- j) Sering melamun.

2.2.3 Faktor Penyebab Halusinasi Pendengaran

Faktor penyebab halusinasi dibagi menjadi dua, yaitu:

- a. Faktor predisposisi: perkembangan, sosiokultural, biokimia, perkembangan syaraf abnormal, psikologis, genetik.
- b. Faktor perkembangan: Tugas perkembangan klien yang terganggu misalnya rendahnya kontrol dan kehangatan keluarga menyebabkan klien tidak mampu mandiri sejak kecil, mudah frustrasi, hilang percaya diri, dan lebih rentan terhadap stress.
- c. Faktor sosiokultural: Seseorang yang merasa tidak diterima oleh lingkungan nya sejak bayi (unwanted child) akan merasa disingkirkan, kesepian dan tidak percaya pada lingkungannya.
- d. Faktor biokimia: Mempunyai pengaruh terhadap gangguan jiwa. Adanya stress yang berlebihan dialami seseorang maka di dalam tubuh akan dihasilkan suatu zat yang dapat bersifat halusinogenik neurokimia seperti Buffofenon dan Dimetrytranferase (DMP). Akibat stress berkepanjangan menyebabkan teraktifasinya neurotransmitter otak. Misalnya terjadi tidak keseimbangan acetylcholin dan dopamin.
- e. Faktor psikologis: Tipe kepribadian lemah dan tidak bertanggung jawab mudah terjerumus pada penggunaan zat adiktif. Hal ini berpengaruh pada ketidakmampuan klien dalam mengambil keputusan yang tepat demi masa depan nya. Klien lebih memilih kesenangan sesaat dan lari dari alam nyata menuju alam khayal.
- f. Faktor genetik dan pola asuh: Penelitian menunjukkan bahwa anak sehat yang diasuh oleh orang tua skizofernia cenderung mengalami

skizofrenia. Hasil studi menunjukkan bahwa faktor keluarga menunjukkan hubungan yang sangat berpengaruh pada penyakit ini (Farida et al, 2018).

- g. Faktor presipitasi: adanya gejala pemicu proses pengolahan informasi yang berlebihan, mekanisme penghantaran listrik yang abnormal.

2.2.4 Tahap Halusinasi Pendengaran

Beberapa tahapan halusinasi menurut Anugrah (2021) antara lain:

a. Tahap pertama (non-psikotik)

Pada tahapan ini, halusinasi dapat membuat individu merasa nyaman dan orientasi sedang. Pada tahap ini merupakan hal yang paling menyenangkan bagi individu karena mengalami kecemasan, mengalami kesepian, mengalami ketakutan tetapi pikiran dan pengalaman masih dibawah kendali sadar. Beberapa perilaku yang mungkin muncul antara lain:

- 1) Tersenyum dan menertawakan diri sendiri.
- 2) Gerakan bibir dengan tenang.
- 3) Gerakan mata yang cepat
- 4) Menyebarkan respon verbal, diam, atau berkonsentrasi.

b. Tahap kedua (non-psikiatri)

Pada tahap ini biasanya individu menyalahkan diri sendiri dan merasakan kecemasan dengan serius. Individu mengalami pengalaman sensorik yang menakutkan dan mengganggu, mulai merasa lepas

kendali dan keluar dari sosial. Perilaku yang mungkin muncul antara lain:

- 1) Detak jantung yang meningkat.
- 2) Mengurangi kepedulian terhadap lingkungan.
- 3) Berfokus pada pengurangan pengalaman sensorik.
- 4) Hilangnya kemampuan untuk membedakan antara ilusi dan kenyataan.

c. Tahap ketiga (penyakit mental)

Pada tahap ini biasanya klien tidak mampu mengontrol diri sendiri, kecemasan semakin parah, dan halusinasi sangat menarik bagi klien: Pasien menerima pengalaman sensorik dan jika selesai pasien menjadi kesepian. Perilaku yang mungkin muncul antara lain:

- 1) Individu mengikuti perintah dari halusinasi.
- 2) Individu kesulitan untuk berhubungan dengan orang lain.
- 3) Perhatian terhadap lingkungan seakan sedikit.
- 4) Individu tidak mampu melakukan perintah yang sebenarnya.
- 5) Individu terlihat panas dan berkeringat.

d. Tahap keempat (penyakit mental mudah dikendalikan oleh halusinasi dan mulai panik). Perilaku yang mungkin muncul:

- 1) Risiko menciderai tinggi
- 2) Ketidakmampuan untuk merespon rangsangan yang ada.

2.2.5 Dimensi Halusinasi Pendengaran

Respon klien terhadap halusinasi dapat berupa keraguan, ketakutan, kecemasan dan kebingungan, perilaku merusak diri, ketidakmampuan mengambil keputusan, serta tidak dapat membedakan keadaan nyata dan tidak nyata. Permasalahan halusinasi seringkali didasari oleh hakikat keberadaan individu sebagai makhluk yang dibangun atas dasar faktor bio-psiko-sosio-spiritual sehingga halusinasi dapat dilihat dalam lima dimensi (Muhith, 2015) :

1) Dimensi Fisik

Manusia dibangun oleh sistem sensorik untuk merespon rangsangan eksternal yang diberikan oleh lingkungannya. Halusinasi dapat disebabkan oleh beberapa kondisi fisik seperti kelelahan, menggunakan obat-obat, demam tinggi yang menyebabkan delirium, dan sulit tidur dalam jangka waktu yang lama.

2) Dimensi Emosional

Perasaan cemas yang tinggi terhadap masalah yang tidak dapat diselesaikan sendiri menyebabkan munculnya halusinasi. Seringkali halusinasi tampak seperti perintah yang memaksa dan menakutkan.

Pasien dipaksa terus menerus sampai menyebabkan pasien itu melawan dan melukai sistem sarafnya sendiri dan bisa merugikan orang lain.

3) Dimensi Intelektual

Dalam hal ini pasien yang menderita halusinasi biasanya terdapat penurunan ego yang ada pada dirinya sendiri. Pada awalnya ego muncul karena klien terus menerus melawan halusinasinya dengan menggunakan egonya yang ada dan dari situlah ego yang dimilikinya lama kelamaan menghilang. Namun merupakan suatu hal yang menyebabkan kewaspadaan yang dapat mengambil perhatian klien dan tak jarang akan mengontrol egonya semua perilaku klien.

4) Dimensi sosial

Klien mengalami kesulitan dalam berinteraksi dalam fase awal dan comforting, klien merasa hidup didunia sosial nyata sangat berbahaya baginya. Klien sangat asik dengan dunia halusinasinya sendiri dan sangat tidak menyukai dunia luar yang bersosialisasi dengan orang-orang asli seperti pasien pengidap harga diri yang tidak didapatkan didunia nyata. Isi halusinasi dijadikan system kontrol oleh individu tersebut sehingga perintah yang bersumber dari halusinasi berupa ancaman, dirinya atau orang lain individu cenderung untuk itu. Aspek penting dalam penanganan klien dengan mengupayakan suatu proses interaksi yang mungkin menimbulkan pengalaman interpersonal yang sangat memuaskan, juga mengusahakan klien tidak dalam kondisi sendiri dan ajak klien untuk bersosialisasi dengan lingkungan sekitar klien berada untuk percepatan proses kesembuhannya.

5) Dimensi spiritual

Secara spiritual, klien dengan halusinasi seringkali tidak memiliki semangat untuk mempertahankan hidup, kebiasaan hidup yang terkesan sia-sia dan tidak bermakna, serta jarang melaksanakan ibadahnya untuk mensucikan dirinya sendiri karena klien berfikir hidupnya sudah tidak berguna lagi. Ada juga irama sirkadiannya terganggu, karena pasien pada saat malam kurang bisa tidur biasanya tidur larut malam dan bangun pada siang hari. Pada saat bangun merasakan bahwa hidupnya tidak bermakna lagi atau tidak mempunyai semangat untuk hidup lagi. Serta klien merasakan bahwa rejekinya sudah tidak lancar lagi seperti sebelumnya, dan menyalahkan anggota keluarganya.

2.2.6 Rentan Respon

Halusinasi adalah suatu reaksi maladaptif individu yang berbeda dari rentang respon neurobiologis (Stuart, 2016). Jika klien memiliki pandangan yang sehat pasti akan mampu mengenali dan menafsirkan rangsangan Menurut panca indera (pendengaran, Penglihatan, penciuman, rasa dan sentuhan) klien halusinasi stimulusnya di antara kedua tanggapan yang terpisah, Karena mengalami sosial yang abnormal, yaitu Stimulus yang diterimanya adalah ilusi. Rentang responsnya adalah sebagai berikut:

RESPON ADAPTIF	➔	RESPON MALADAPTIF
1. Pikiran logis	1. Distorsi pikiran	1. Gangguan piker
2. Persepsi akurat	2. Ilusi	2. Berhalusinasi
3. Emosi konsisten dengan pengalaman	3. Reaksi emosional	3. Terganggunya emosi
4. Perilaku sesuai	4. Perilaku aneh atau tidak biasa	4. Tingkah laku tidak terorganisir
5. Berhubungan sosial	5. Menarik diri	5. Menarik diri

Gambar 2. 1 Rentan Respon Halusinasi (Sumber : Anugrah, (2021))

Rentang respon

Keterangan:

- a. Respon adaptif adalah respon yang dapat diterima oleh norma-norma social budaya yang berlaku. Individu tersebut dalam batas normal jika menghadapi sesuatu akan dapat memecahkan masalah tersebut.

Meliputi:

- 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 ahli.
- 4) Perilaku sesuai adalah sikap dan tingkah laku yang masih dalam batas kewajaran.
- 5) Hubungan social adalah proses suatu interaksi dengan orang lain dan lingkungan.

b. Respon Psikososial

- 1) Pemikiran kacau adalah suatu pemikiran yang abnormal sehingga munculah suatu masalah.
- 2) Ilusi adalah kegagalan untuk merespon suatu obyek yang nyata karena stimulus.
- 3) Emosi yang fluktuatif.
- 4) Perilaku yang abnormal adalah perilaku yang lebih dari normal atau lebih dari wajar.
- 5) Mengisolasi diri adalah suatu usaha untuk menolak berinteraksi dengan orang lain.

c. Respon Maladaptif

Yaitu umpan balik untuk menanggapi sesuatu dengan penyimpangan.

- 1) Gangguan piker adalah persepsi yang dilakukan meskipun tidak diakui oleh individu lain serta bertolak belakang dengan kenyataan.
- 2) Berhalusinasi adalah gangguan stimulus pada otak ketika mempersepsikan sesuatu.
- 3) Terganggunya emosi adalah kerusakan sifat dari hati.
- 4) Tingkah laku tidak terorganisir adalah tidak sesuai dengan perilaku atau tingkah laku.
- 5) Menarik diri adalah keinginan individu menolak komunikasi dan senang dengan kesendirian yang dialami oleh individu.

2.2.7 Sumber Koping

Sumber koping dapat mempengaruhi individu saat merespon atau menanggapi stress (Prabowo, 2014) :

- a. Personal ability: Pasien tidak mampu memecahkan masalah, ada gangguan dari aktifitas fisik, pasien tidak mampu berhubungan dengan orang lain, tidak mengetahui penyakitnya kemiskina intelektual, emosi yang tidak adekuat.
- b. Sosial support : hubungan individu dengan keluarga, teman, masyarakat tidak adekuat, komitmen dengan jaringan sosial kurang adekuat.
- c. Material asset : Ketidakmampuan mengelola keuangan, contohnya boros atau pelit, ketidakmampuan uang untuk berobat, tidak memiliki tabungan, tidak memiliki kekayaan/kemiskinan.dan tidak mampu mengatasi masalah keuangan.
- d. Berfikir positif : kurangnya spiritual, tidak memiliki motivasi, penilaian yang negative terhadap pelayanan kesehatan, tidak menganggap adanya suatu gangguan.

2.2.8 Mekanisme Koping

Menurut Muhith (2015) mekanisme koping yang sering digunakan klien dengan halusinasi meliputi:

- a. Regresi : menjadi malas beraktifitas sehari-hari, tidak mau berkerja.
- b. Proyeksi : mencoba menjelaskan gangguan persepsi dengan mengalihkan tanggung jawab kepada orang lain.
- c. Menarik diri : sulit mempercayai orang lain dan asyik dengan stimulus internal.

- d. Keluarga mengingkari atau tidak menanggapi masalah yang terjadi pada klien.

2.2.9 Pohon Masalah

Klien yang mengalami halusinasi dapat kehilangan kontrol dirinya sehingga bisa membahayakan dirinya maupun orang lain, pada fase berat klien di kendalikan oleh isi halusinasi sehingga kehilangan kemampuan penilaian realitas terhadap lingkungan. Dalam situasi ini, klien dapat melakukan bunuh diri (*Suicide*) membunuh orang lain (*Homicide*), dan bahwa merusak lingkungan selain masalah yang diakibatkan oleh halusinasi, klien biasanya juga mengalami masalah – masalah keperawatan yang menjadi penyebab (*triger*) munculnya halusinasi. Masalah – masalah itu antara lain harga diri rendah dan isolasi sosial (Muhith, 2015). Dari masalah tersebut, di temukan pohon masalah pohon masalah sebagai berikut:

Efek

Resiko mencederai diri sendiri atau orang lain atau Resiko perilaku kekerasan.

Core Problem

Gangguan persepsi sensori (pendengaran)

Causa

Isolasi sosial

Gambar 2. 2 Pohon Masalah

2.2.10 Penatalaksanaan

a. Mencari permasalahan yang dihadapi

Tenaga medis mampu menjalin hubungan kepercayaan antara klien Disamping itu tenaga medis dapat mencari masalah-masalah yang dihadapi yang menyebabkan timbul gangguan tersebut dan menyelesaikannya Sumber-sumber diperoleh dari teman dekat maupun keluarga.

b. Terciptanya lingkungan terapeutik

Guna mengatasi tingkat cemas individu, panik, serta ketakutan, sebaiknya melakukan pendekatan secara individu agar hubungan bisa terjalin. Sebaiknya mungkin klien jangan di isolasi guna meyakinkan kita dapat membantu masalahnya. Setiap mendekati dan meninggalkan usahakan untuk memberitahu Disamping itu, pada ruangan sebaiknya diberikan fasilitas guna menstimulus individu untuk melakukan hubungan saling percaya dengan realistis. misalnya hiasan dinding, gambar, maupun permainan.

c. Memberi aktivitas

Sebaiknya perawat mengajak klien untuk mengaktifkan kondisi tubuh seperti olahraga, permainan, atau aktifitas lainnya. Hal tersebut bisa membuat arah menuju kehidupan yang sebenarnya serta membina komunikasi baik.

d. Mengikutsertakan pihak tertentu ketika proses keperawatan

Orang tua, saudara serta tenaga medis perlu memperoleh informasi terkait individu guna opini yang ada dapat berjalan dengan

berkesinambungan dalam proses keperawatan. Sebaiknya perawat menyarankan klien untuk tidak sendirian, ajarkan untuk melakukan aktivitas atau permainan yang disukai.

e. Melakukan program terapi dari dokter

Tidak jarang klien menolak jika diberikan obat oleh dokter. Jadi lakukan pendekatan yang optimal secara persuasif. Sebaiknya mungkin perawat mengamati apakah obat yang diberikan benar-benar ditelan atau tidak. Amati juga reaksi obat yang diberikan.

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan

Proses keperawatan merupakan sarana kerja dengan klien, pada tahap awal seringkali peran perawat lebih besar dibandingkan dengan klien, namun pada proses akhir diharapkan peran klien lebih besar dari peran perawat, sehingga kemandirian klien dapat dicapai. Tahap keperawatan meliputi: Pengkajian, Diagnosa keperawatan, rencana tindakan keperawatan, implementasi dan evaluasi (Muhith, 2015).

2.3.1 Pengkajian

Menurut Muhith (2015), pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien.

a. Identitas pasien

Meliputi nama inisial pasien (Ny.X/Tn.X), jenis kelamin laki laki atau perempuan biasanya Skizofrenia banyak terjadi pada laki-laki (Hermawati, 2022). Usia dihitung sejak pasien dilahirkan jika diketahui

atau ulang tahun terakhir, biasanya terjadi pada rentan usia 24-40 th (Hapsari, 2019). Alamat cukup ditulis dengan nama kota tempat pasien tinggal, agama, pekerjaan atau jenis pekerjaan terakhir yang dilakukan oleh pasien yang menghasilkan uang atau pendapatan, tanggal atau hari pertama pasien dirawat dirumah sakit saat ini, nomor rekam medis yang tertera pada buku catatan medik pasien, keluarga yang dapat dihubungi.

b. Keluhan utama

Apa yang menyebabkan pasien atau keluarga datang, atau dirawat dirumah sakit. Biasanya masalah yang dialami pasien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi yaitu berbicara sendiri, berbicara kacau dan kadang tidak masuk akal, tertawa atau menangis atau menangis tanpa sebab, tidak bisa membedakan hal yang nyata dan tidak nyata, menarik diri dan menghindari orang lain, perasaan curiga, cemas, takut, bingung, dan kontak mata kosong.

c. Faktor predisposisi

1) Faktor perkembangan

Terlambat seperti pada usia bayi tidak terpenuhi kebutuhan makanan, minum, dan rasa aman. Usia balita, tidak dipenuhi kebutuhan otonom. Usia sekolah, mengalami peristiwa yang tidak terselesaikan. Hambatan perkembangan akan mengganggu hubungan interpersonal yang dapat meningkatkan stres dan ansietas yang dapat berakibat dengan gangguan persepsi. Pasien mungkin menekan perasaannya sehingga pematangan fungsi intelektual dan emosi tidak efektif (Rahmawati, 2020).

2) Faktor psikologis

Hubungan interpersonal yang tidak harmonis, serta peran ganda atau peran yang bertentangan dapat menimbulkan ansietas berat terakir dengan peningkatan terhadap kenyataan, sehingga terjadi halusinasi (Rahmawati, 2020).

3) Faktor sosial budaya

Berbagai faktor di masyarakat yang membuat seseorang merasa disingkirkan atau kesepian, selanjutnya tidak dapat diatasi sehingga timbul akibat berat seperti delusi dan halusinasi (Rahmawati, 2020).

4) Faktor biologis

Struktur otak yang abnormal ditemukan pada pasien gangguan orientasi realitas,serta dapat ditemukan atropik otak, pembesaran ventikal, perubahan besar, serta bentuk sel kortikal dan limbik.

5) Faktor genetik

Gangguan orientasi realitas termasuk halusinasi umumnya di temukan pada pasien skizofrenia. skizofrenia ditemukan cukup tinggi pada keluarga yang salah satu anggota mengalami skizofrenia, serta akan lebih tinggi jika kedua orang tua skizofrenia (Yusuf et al, 2015).

d. Pemeriksaan fisik

Meliputi tekanan darah, nadi, suhu dan RR pemeriksaan secara keseluruhan tubuh yaitu pemeriksaan head to toe yang biasanya penampilam klien yang kotor dan acak-acakan serta penampilan tidak terawat.

e. Psikososial

1) Genogram

Menggambarkan pasien dengan anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.

2) Konsep diri

a. Citra tubuh

Presepsi pasien tentang tubuhnya, bagian tubuh yang di sukai dan tidak disukai

b. Identitas diri

Kaji status dan posisi pasien sebelum pasien dirawat, kepuasan pasien terhadap status dan posisinya, kepuasan pasien pada laki-laki atau perempuan, keunikan yang dimiliki sesuai dengan jenis kelamin dan posisinya

3) Peran diri

Meliputi tugas atau peran pasien dan keluarga/ pekerjaan/ kelompok/ masyarakat, kemampuan pasien dalam melaksanakan fungsi atau perannya, perubahan yang terjadi saat pasien sakit dan dirawat, bagaimana perasaan pasien akibat perubahan tersebut (Rahmawati, 2020).

4) Ideal diri

Berisi harapan pasien terhadap keadaan tubuh yang ideal, posisi, tugas, peran dalam keluarga, pekerjaan atau sekolah, harapan pasien terhadap lingkungan sekitar serta harapan pasien terhadap penyakitnya (Rahmawati, 2020).

5) Harga diri

Mengkaji tentang hubungan pasien dengan orang lain sesuai dengan kondisi, dampak pada pasien berhubungan dengan orang lain fungsi peran tidak sesuai dengan harapan, penilaian pasien terhadap pandang atau penghargaan orang lain (Ikhwanudin, 2021).

6) Hubungan sosial

Adanya hambatan dalam hubungan dengan orang lain, minat berinteraksi dengan orang lain.

7) Spiritual

a) Nilai dan keyakinan

Nilai dan keyakinan terhadap agama pasien terganggu, karena tidak menghiraukan lagi dirinya.

b) Kegiatan ibadah

Kegiatan ibadah pasien tidak dilakukan Ketika pasien mengalami gangguan jiwa.

8) Status mental

Menurut Rahmawati (2020).

a) Penampilan

Terkadang penampilan pasien sangat tidak rapi, tidak tahu cara berpakaian, dan penggunaan tidak sesuai.

b) Cara bicara / pembicaraan

Sering kali pasien berbicara ngelantur dan tidak terkontrol. Terkadang cara bicara pasien lambat, gagap, sering berhenti atau boking.

c) Aktivitas motorik

Biasanya klien tampak lesu, gelisah, tremor dan komplusif atau kegiatan yang di lakukan berulang – ulang.

d) Alam perasaan

Keadaan pasien tampak sedih, putus asa, menurunnya kualitas kehidupan, ketidak mampuan mengatasi stress dan kecemasan.

e) Afek

Afek pasien tampak datar (tidak menunjukkan roman dan ekspresi wajah) tumpul (pasien hanya mau memberikan pertanyaan dengan intonasi keras) , emosi pasien berubah – ubah, malu, sikap negatif dan bermusuhan, kecemasan berat atau panik.

f) Interaksi selama wawancara

Respon pasien saat wawancara tidak kooperatif berbicara ngelantur, mudah tersigung, kontak kurang serta curiga yng menunjukan sikap atau peran tidak percaya kepada wawancara atau orang lain.

g) Persepsi

Terkadang pasien berhalusinasi tentang ketakutan apapun kegembiraan terhadap hal – hal yang sebetulnya tidak ada, baik halusinasi pendengaran, perabaan, pengecapan maupun penglihatan.

h) Proses pikir

Biasanya pembicaraan pasien terbelit – belit tapi sampai pada tujuan pembicaraan, namun tidak sampai pada tujuan yang di

inginkan perawat kehilangan asosiasi pembicaraan meloncat dari topik satu ke topik lainnya dan kadang pembicaraan berhenti tiba – tiba.

9) Kebutuhan pasien pulang

a) Makan

Klien mampu menyiapkan dan membersihkan alat makan.

b) Berpakaian

Klien mampu berpakaian, memilih pakaian dan frekuensi ganti pakaian

c) Mandi

Klien mampu mandi dan membersihkan diri dengan baik.

d) BAB/BAK

Klien mampu BAB, BAK, menggunakan dan membersihkan WC.

e) Istirahat

Klien dapat melakukan istirahat dan tidur tanpa kesulitan.

f) Penggunaan obat

Apabila pasien mendapat obat, biasanya pasien minum obat tidak teratur.

g) Aktivitas dalam rumah

Klien dapat melakukan aktivitas dalam dan di luar rumah.

10) Mekanisme koping.

a) Adaptif

Biasanya pasien tidak mau berbicara dengan orang lain, tidak bisa menyelesaikan masalah yang ada, pasien tidak mampu berolahraga karena pasien selalu malas.

b) Maldaptif

Biasanya pasien bereaksi sangat lambat atau kadang berlebihan, pasien tidak mau bekerja sama sekali, selalu menghindari orang lain dan mencederai diri.

11) Masalah psikososial dan lingkungan

Biasanya pasien mengalami masalah psikososial seperti berinteraksi dengan orang lain dan lingkungan, biasanya disebabkan oleh kurangnya dukungan dari keluarga, Pendidikan, masalah dengan ekonomi dan pelayanan Kesehatan.

12) Pengetahuan

Pada pasien halusinasi. Mengalami gangguan kognitif sehingga tidak mengambil keputusan.

13) Sumber koping

Sumber koping merupakan suatu evaluasi terhadap pilihan koping dan strategi seseorang. Individu dapat mengatasi stress dan ansietas dengan menggunakan sumber koping yang ada di lingkungannya. Sumber koping tersebut dijadikan sebagai modal untuk menyelesaikan masalah. Dukungan sosial dan keyakinan budaya

dapat membantu seseorang mengintegrasikan pengalaman yang menibukan stress dan mengadopsi strategi koping yang efektif.

2.3.2 Diagnosis Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau respon kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (SDKI, 2017). Pada studi kasus ini diagnosis keperawatan yang diambil antara lain gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran.

Tabel 2. 1 Gangguan Persepsi Sensori

Gejala dan Tanda Mayor	
Subjektif	Objektif
1. Mendengar suara bisikan	1. Distorsi sensori 2. Respons tidak sesuai 3. Bersikap seolah mendengar sesuatu
Gejala dan Tanda Minor	
Subjektif	Objektif
1. Menyatakan kesal	1. Menyendiri 2. Melamun 3. Konsentrasi buruk 4. Disorientasi waktu, tempat, orang atau situasi 5. Curiga 6. melihat ke satu arah 7. Mondar-mandir

Sumber : SDKI (2017)

2.3.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan (SIKI, 2018).

Tabel 2. 2 Intervensi keperawatan menurut SDKI, SLKI, SIKI

Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI)	Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)	Standar Intervensi keperawatan indonesia (SIKI)
D.0085 Gangguan Sensori: Pendengaran	L.09083 Persepsi Sensori Definisi : Persepsi-realitas terhadap stimulus baik internal maupun eksternal Ekspektasi : Membaik Kriteria Hasil : 1. Verbalisasi mendengar bisikan menurun 2. Verbalisasi melihat bayangan menurun 3. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra perabaan menurun 4. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra penciuman menurun 5. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra pengecapan menurun 6. Distorsi Sensori menurun 7. Perilaku Halusinasi menurun 8. Menarik diri menurun 9. Melamun menurun 10. Curiga menurun 11. Mondar-mandir menurun	1.09288 Manajemen Halusinasi Definisi : Mengidentifikasi dan mengelola peningkatan keamanan, kenyamanan dan orientasi realita. Tindakan : <i>Observasi</i> 1. Monitor perilaku yang mengindikasikan halusinasi 2. Monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulasi lingkungan 3. Monitor isi halusinasi (mis. kekerasan atau membahayakan diri) <i>Terapeutik</i> 4. Pertahankan lingkungan yang aman 5. Lakukan tindakan keselamatan ketika tidak dapat mengontrol perilaku (mis. limit setting, pembatasan wilayah, pengekangan fisik) 6. Diskusikan perasaan dan respons terhadap halusinasi 7. Hindari perdebatan tentang validitas

12. Respons sesuai stimulus membaik	halusinasi
13. Konsentrasi orientasi membaik	<i>Edukasi</i>
	8. Anjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi
	9. Anjurkan bicara pada orang yang percaya untuk memberi dukungan dan umpan balik korektif terhadap halusinasi
	10. Anjurkan melakukan distraksi (mis. mendengarkan musik, melakukan aktivitas dan teknik relaksasi).
	11. Ajarkan pasien dan keluarga cara mengontrol halusinasi
	<i>Kolaborasi</i>
	12. Kolaborasi pemberian antipsikotik antiansietas.
	obat dan

Tabel 2. 3 Intervensi keperawatan menurut NANDA, NIC, NOC

Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria evaluasi	Intervensi
Gangguan persepsi sensori halusinasi	TUM: Pasien mampu mengontrol halusinasi yang di alaminya. TUK 1: Klien dapat membina hubungan saling percaya TUK 2: Klien dapat mengenal halusinasinya	Ekspresi wajah bersahabat, menunjukkan rasa senang, ada kontak mata, mau berjabat mau menyebut nama, mau menjawab salam, klien mau duduk berdampingan dengan perawat dan mau mengutarakan masalah yang dihadapi 1. Klien dapat menyebutkan waktu, isi, frekuensi, timbulnya halusinasi 2. Klien dapat mengungkapkan perasaan terhadap halusinasinya	Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik. 1. Sapa klien dengan ramah baik verbal maupun non verbal 2. Perkenalkan diri dengan sopan 3. Tanyakan nama lengkap klien dan nama panggilan yang di sukai 4. Jelaskan tujuan pertemuan 5. Jujur dan menepati janji 6. Tunjukkan sikap empati dan menerima klien apa adanya 7. Beri perhatian kepada klien dan pastikan kebutuhan dasar klien. a. Adanya kontak sering dan singkat secara bertahap b. Observasi tingkah lakulien dengan halusinasinya bicara dan tertawa tanpa stimulus memandang ke kiri kanan/ depan seolah-olah ada teman bicara



-
- c. Bantu klien mengenal halusinasi:
 - 1. Jika menemukan klien yang sedang halusinasi tanyakan apakah ada sesuatu yang di lihat
 - 2. Jika klien menjawab ada, lanjutkan dengan menanyakan apa yang di lihat.
 - 3. Katakan bahwa perawat percaya klien melihat hal itu, namun perawal sendiri tidak melihatnya (dengan nada bersahabat tanpa menuduh dan menghakimi).
 - 4. Katakana bahwa klien lain juga ada yang seperti klien
 - 5. Katakana bahwa perawat akan membantu klien.
 - d. Diskusikan dengan ken
 - 1. Suasi yang menimbulkan / tidak menimbulkan halusinasi.
 - 2. Waktu dan terjadinya halusinasi 9 pagi, siang, malam atau, atau jika sendiri, jengkel/ sedih).
 - e. Diskusikan dengan klien apa yang di rasakan jika terjadi halusinasi (marah/ takut, sedih, senang) beri kesempatan untuk mengungkapkan perasaannya.
 - f. Diskusikan dengan klien apa yang dilakukan untuk mengatasi perasaan tersebut.
 - g. Diskusikan tentang dampak yang akan di alaminya bila klien menikmati halusinasinya.
-

TUK 3: Klien dapat mengontrol halusinasi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1-2 hari klien mengetahui cara-cara mengontrol halusinasi	Sp1
a. Klien dapat mengontrol halusinasi dengan cara menghardik.	Klien dapat mengontrol halusinasi dengan cara menghardik. Klien mampu menirukan perawat saat diajarkan menghardik.	1. Identifikasi halusinasi: isi halusinasi, frekuensi, waktu terjadinya halusinasi, situasi, pencetus halusinasi, perasaan klien bila halusinasi itu muncul, respon klien terhadap halusinasi. 2. Jelaskan mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, meminum obat, bercakap-cakap, serta melakukan aktivitas terjadwal. 3. Latih cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik. 4. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk menghardik.
b. Klien dapat mengontrol halusinasi dengan cara meminum obat dengan benar	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1-2 hari klien mampu mengontrol halusinasi dengan cara minum obat dengan benar: 1. Klien mampu menyebutkan manfaat, dosis, dan efek samping obat. 2. Klien mendemonstrasikan penggunaan obat. 3. Klien mendapat informasi tentang manfaat dan efek samping obat. 4. Klien dapat memahami akibat dari berhetinya meminum	SP 2 1. Evaluasi kegiatan menghardik dan beri pujian. 2. Latih cara mengontrol halusinasi dengan cara meminum obat (jelaskan 6 benar cara meminum obat: 3. Masukkan pada jadwal kegiatan menghardik dan meminum obat.

- obat tanpa konsultasi terlebih dahulu.
5. Klien dapat menyebutkan prinsip 6 benar penggunaan obat.
- c. Klien mampu mengontrol halusinasinya dengan cara bercakap-cakap. Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1-2 hari klien dapat mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap. Klien mampu menirukan perawat saat diajarkan bercakap-cakap. SP 3
1. Evaluasi kegiatan menghardik dan meminum obat serta berikan pujian.
 2. Latih cara mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap.
 3. Masukan pada jadwal kegiatan untuk menghardik, meminum obat dan bercakap-cakap.
- d. Klien mampu mengontrol halusinasi dengan cara melakukan aktivitas yang terjadwal. Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1-2 hari klien dapat mengontrol halusinasi dengan cara beraktivitas yang terjadwal. Klien mampu menirukan perawat saat diajarkan aktivitas yang terjadwal. SP 4
1. Evaluasi kegiatan latihan menghardik, meminum obat dan bercakap cakap serta berikan pujian.
 2. Latih cara mengontrol halusinasi dengan cara melakukan aktivitas yang terjadwal dan beri pujian.
 3. Masukan pada jadwal kegiatan harian untuk latihan menghardik, meminum obat, bercakap-cakap, dan aktivitas yang terjadwal.

TUK 4:

Klien mendapatkan dukungan dari keluarga untuk mengontrol halusinasinya.

1. Keluarga dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat.
2. Keluarga dapat menyebutkan pengertian, tanda dan tindakan untuk mengendalikan halusinasinya.

- a. Ajurkan klien untuk memberitahu keluarga jika mengalami halusinasi.
 - b. Diskusikan dengan keluarga (pada saat keluarga berkunjung):
 1. Gejala halusinasi yang alami klien
 2. Cara yang dilakukan klien dengan keluarga untuk memutus halusinasi
 3. Cara merawat anggota keluarga yang mengalami halusinasi di rumah beri kegiatan, jangan biarkan sendiri makan bersama, bepergian bersama.
 4. Beri informasi waktu follow up atau kapan perlu mendapat bantuan halusinasi tidak terkontrol dan resiko mencederai orang lain.
-

Sumber: SIKI (2018), SDKI (2017), SLKI (2019), NANDA-I (2020), Moorhead (2018), Butcher (2018)

2.3.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah tindakan atau aktivitas spesifik yang dilakukan perawat berdasarkan intervensi yang telah ditetapkan untuk mengatasi masalah keperawatan pada pasien (SIKI, 2018). Implementasi keperawatan jiwa biasanya diwujudkan melalui strategi pelaksanaan (SP). Tujuan dilaksanakannya implementasi untuk membantu klien mencapai kesembuhannya, pemulihan kesehatan yang lebih kompleks, pencegahan penyakit tambah banyak, memfasilitasi coping. Adapun strategi pelaksanaan pada halusinasi adalah sebagai berikut:

PASIEN

SP 1	Membantu pasien mengenal halusinasi, menjelaskan cara-cara mengontrol halusinasi, mengajarkan pasien mengontrol halusinasi dengan cara pertama : menghardik halusinasi.
SP 2	Membantu pasien mengontrol halusinasi dengan cara kedua: menggunakan obat secara teratur.
SP 3	Membantu pasien untuk melatih mengontrol halusinasi dengan cara ketiga: bercakap-cakap dengan orang lain.
SP 4	Membantu pasien mengontrol halusinasi dengan cara keempat: melakukan aktivitas terjadwal.

KELUARGA

SP 1	Memberikan pendidikan kesehatan tentang pengertian, jenis halusinasi, tanda dan gejala halusinasi yang dialami pasien serta cara merawat pasien dengan halusinasi.
SP 2	Melatih keluarga secara langsung merawat pasien dengan halusinasi.
SP 3	Membuat perencanaan pulang bersama keluarga.

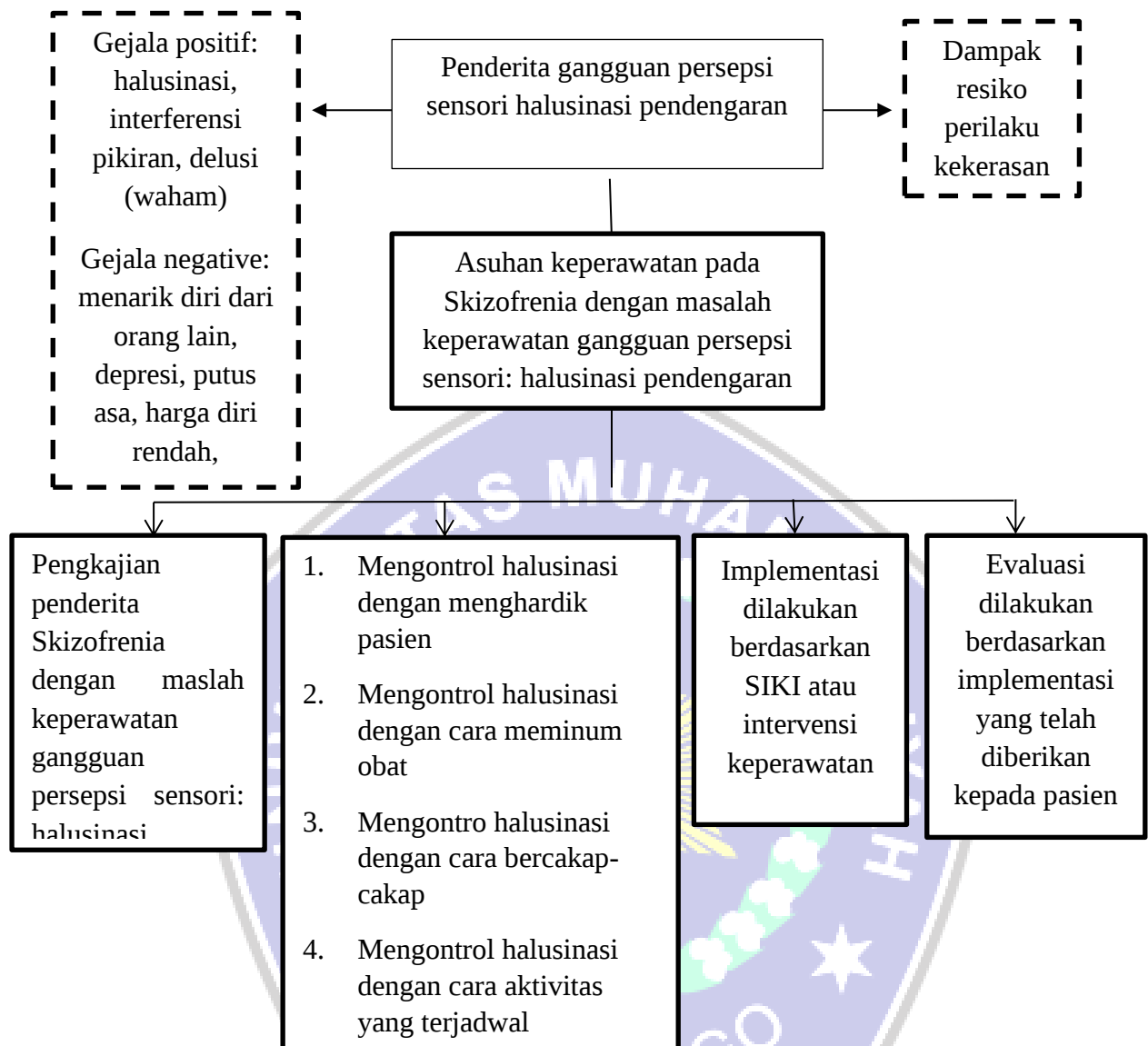
(Sumber: Keliat & Akemat (2015))

2.3.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada klien. Evaluasi dilakukan terus menerus pada respon klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan selalu melibatkan klien dan keluarga agar dapat melihat perubahan dan berupaya mempertahankan dan memelihara, diperlukan reinforcement untuk menguatkan perubahan yang positif. Perawat mengevaluasi perkembangan Kesehatan terhadap tindakan dan mencapai tujuan sesuai rencana yang telah ditetapkan dan merevisi data dasar perencanaan (Muhith, 2015). Hasil evaluasi keperawatan menurut SLKI (2012) yang diharapkan pada pasien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran antara lain:

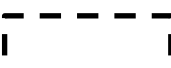
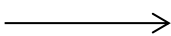
1. Verbalisasi mendengar suara atau bisikan menurun
2. Distorsi sensori menurun
3. Perilaku halusinasi menurun
4. Menarik diri menurun
5. Melamun menurun
6. Curiga menurun
7. Mondar-mandir menurun
8. Respon sesuai dengan stimulus membaik
9. Konsentrasi dan orientasi membaik

2.4 Hubungan Antar Konsep



Gambar 2. 3 Hubungan Antar Konsep

Keterangan:

-  : Konsep utama ditelaah
 : Tidak ditelaah dengan baik
 : Berpengaruh
 : Berhubung

BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1 Metode

Metode merupakan cara yang digunakan untuk menyelesaikan suatu permasalahan. Metode yang digunakan dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini yaitu dengan studi kasus metode pemecahan masalah (*problem solving*) menggunakan pendekatan proses keperawatan. Studi kasus merupakan suatu rancangan penelitian yang mencakup pengkajian dari suatu penelitian yang sistematis (Ramadhani & Bina, 2021). Sumber data yang digunakan yaitu data primer yang didapatkan dari klien secara langsung dan data sekunder yang didapatkan dari keluarga, tenaga medis dan rekam medis secara langsung.

3.2 Teknik Penulisan

Teknik penulisan yang digunakan dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini yaitu menggunakan deskriptif, dimana pada studi kasus ini merupakan asuhan keperawatan pada penderita *Skizofrenia* dengan masalah keperawatan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran di RSJD dr. Arif Zainudin Surakarta, maka dari itu penyusunan karya tulis ilmiah ini harus mencantumkan atau menjabarkan tentang konsep *Skizofrenia* dan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran.

3.3 Waktu dan Tempat

Dalam penelitian studi kasus ini dilaksanakan dan dimulai pada:

1. Waktu penelitian

- a. Persiapan dan penyusunan proposal : September-November 2023
- b. Pengumpulan data awal : -
- c. Ujian proposal : 28 November – 9 Desember 2023
- d. Pengambilan kasus : Desember 2023-Maret 2024
- e. Ujian KTI : April-Juni 2024

2. Tempat penelitian

Tempat penelitian akan dilaksanakan di RSJD dr. Arif Zainudin Surakarta.



3.4 Alur Kerja



Gambar 3. 1 Alur Penelitian

3.5 Etika

Etika menggambarkan aspek etim yang digunakan untuk pertimbangan dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien sampai proses dokumentasi dilakukan. Etika penelitian merupakan suatu bentuk hubungan berupa sopan santun, tata susila, dan budi pekerti dalam memberikan atau melaksanakan penelitian dengan menggunakan metode ilmiah yang telah teruji secara reliabilitas dan validitas (Hermanus et al, 2015). Berikut beberapa prinsip etika yang digunakan dalam proses pemberian asuhan keperawatan, antara lain (*Autonomi, justice, Nonmaleficence, veracity, confidentiality, accountability, fidelity*).

a. *Autonomi* (otonomi)

Merupakan prinsip yang didasarkan pada keyakinan bahwa individu mampu berpikir secara logis dan mampu membuat keputusan secara mandiri. Penulis menggunakan prinsip ini karena memberikan hak kepada pasien untuk memilih tempat yang akan digunakan dalam pemberian asuhan keperawatan.

b. *Justice* (keadilan)

Etik pada praktek profesional keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan dilakukan dengan benar sesuai dengan standar operasional prosedur dan keyakinan untuk memperoleh kualitas pelayanan kesehatan. Penulis menggunakan etik ini ketika memberikan tindakan atau asuhan keperawatan kepada pasien dengan benar sesuai SOP dan tidak pilih kasih.

c. *Nonmaleficence* (tidak merugikan)

Pada prinsip ini berarti tidak diperkenankan menimbulkan bahaya atau cedera pada pasien baik dari segi fisik maupun segi psikologis. Penulis menggunakan etik ini ketika memberikan strategi pelaksanaan kepada pasien dengan ikhlas sepenuh hati agar tidak menimbulkan bahaya atau cedera pada pasien ketika memberikan asuhan keperawatan.

d. *Veracity* (kejujuran)

Etik ini tidak hanya dilakukan oleh perawat namun juga seluruh tenaga kesehatan untuk menyampaikan informasi kepada pasien dengan sebenar-benarnya dan informasi yang diberikan juga harus akurat.

e. *Confidentiality* (kerahasiaan)

Penulis akan menjaga informasi dan dokumentasi tentang kesehatan pasien. Tidak akan melakukan diskusi tentang kesehatan pasien diluar area pelayanan atau diluar area rumah sakit. Penulis akan menggunakan etik ini untuk menjaga kerahasiaan pasien, sebagai contohnya nama pasien ditulis dengan nama inisial.

f. *Accountability* (akuntabilitas)

Merupakan standar yang pasti bahwa tindakan seorang profesional dinilai dalam situasi yang tidak jelas atau tanda terkecuali. Penulis menggunakan prinsip ini untuk memberikan jawaban kepada otoritas yang lebih tinggi atas tindakan yang telah diberikan oleh penulis kepada pasien. Penulis juga harus melalui beberapa tahap pengurusan perijinan setelah mendapat persetujuan barulah

dilaksanakan memperhatikan etika-etika penelitian dengan menggunakan informed consent atau surat persetujuan.

g. *Fidelity* (menepati janji)

Tanggung jawab besar seorang perawat yaitu meningkatkan pelayanan kesehatan. Untuk mencapai hal tersebut penulis menepati janji dan memiliki komitmen saling menghargai kepada orang lain. Penulis menggunakan etik ini ketika kontrak waktu dengan pasien dan akan menepati janji sesuai dengan waktu yang telah ditentukan dan disepakati.



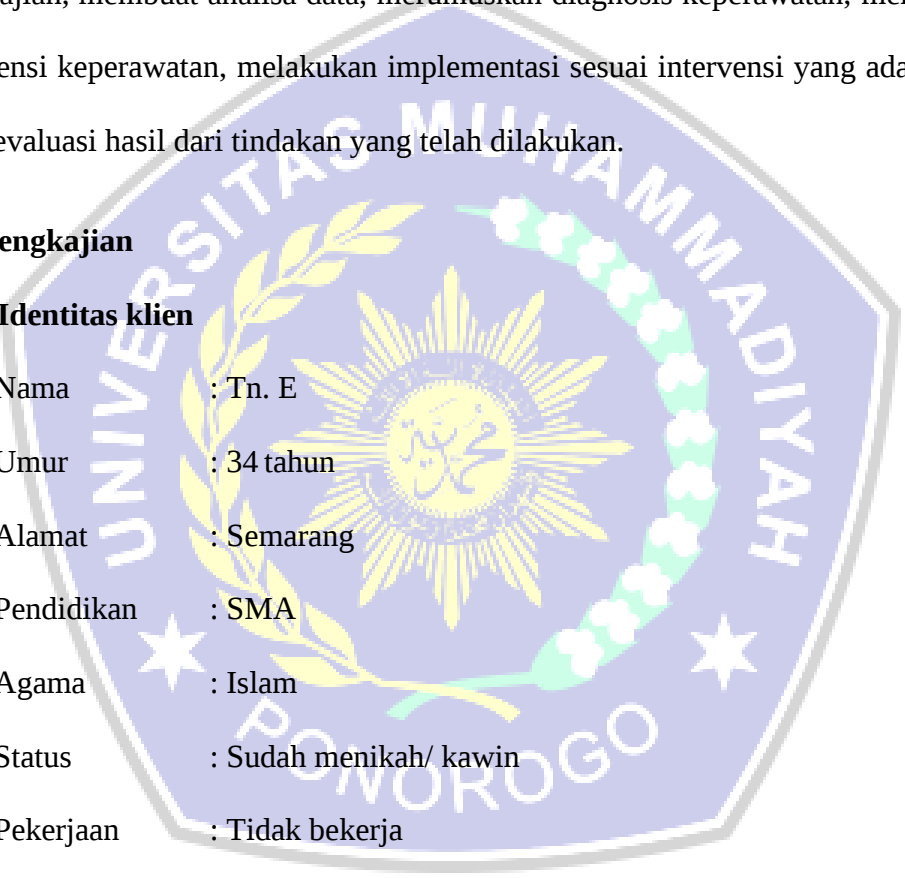
BAB 4

ASUHAN KEPERAWATAN

Pada bab ini menguraikan tentang Asuhan keperawatan jiwa pada pasien Skizofrenia dengan masalah keperawatan Gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran di RSJD dr. Arif Zainudin yang dilakukan pada tanggal 8 Februari 2024 sampai dengan 16 Februari 2024. Asuhan keperawatan ini dimulai dari pengkajian, membuat analisa data, merumuskan diagnosis keperawatan, membuat intervensi keperawatan, melakukan implementasi sesuai intervensi yang ada serta mengevaluasi hasil dari tindakan yang telah dilakukan.

4.1 Pengkajian

4.1.1 Identitas klien



Nama : Tn. E
Umur : 34 tahun
Alamat : Semarang
Pendidikan : SMA
Agama : Islam
Status : Sudah menikah/ kawin
Pekerjaan : Tidak bekerja
No. Reg : 00108xxx

4.1.2 Keluhan utama

Pasien mengatakan sering mendengar suara seorang perempuan yang mengucapkan terimakasih terutama disaat bangun tidur dan menyendiri, suara hilang timbul dan saat suara tersebut muncul pasien mengatakan kesal.

4.1.3 Faktor presipitasi

Pasien mengatakan dibawa kerumah sakit jiwa oleh dinas sosial karena sering marah-marah dan mengacak-acak pasar, pasien seolah-olah mendengar suara yang tidak ada wujudnya seperti menyuruh pasien tersebut untuk mencari obat di dalam pasar tersebut. Pasien mendengar suara bisikan tersebut setiap pagi dini hari muncul 3-4 kali dalam sehari. Pasien mengikuti arahan dari suara tersebut sehingga pasien mengacak-acak pasar.

4.1.4 Faktor predisposisi

1. Pernah mengalami keluhan terkait pikiran, perasaan dan perilaku dimasa lalu?

Pasien mengatakan tidak pernah mengalami terkait pikiran, perasaan, dan perilaku dimasa lalunya.

2. Faktor penyebab atau pendukung:

- a. Riwayat trauma

Pasien mengatakan tidak pernah mengalami trauma seperti dianiaya fisik, seksual, penolakan dan kekerasan dalam keluarga serta tindak kriminal.

- b. Pernah melakukan ancaman, isyarat, dan atau upaya percobaan untuk bunuh diri

Pasien mengatakan tidak pernah mengancam orang lain, memiliki isyarat dan upaya untuk percobaan bunuh diri.

- c. Pengalaman masalah yang tidak menyenangkan (peristiwa kegagalan, kematian, perpisahan, kehilangan, pernah diolok-olok, dikecewakan, dsb).

Pasien mengatakan tidak memiliki pengalaman masalah yang tidak menyenangkan seperti peristiwa kegagalan dalam hidup, kematian, perpisahan maupun dikecewakan.

- d. Pernah mengalami penyakit fisik (termasuk gangguan tubuh kembang).

Pasien mengatakan tidak memiliki penyakit fisik maupun gangguan dalam tumbuh kembang.

- e. Riwayat penggunaan NAPZA (apa, kapan, lama pemakaian)

Pasien mengatakan pernah mengonsumsi NAPZA atau obat-obatan yang terlarang jenis narkoba sejak 2016, pasien mengatakan lupa untuk lama pemakaian narkoba.

3. Upaya yang telah dilakukan untuk mengatasi terkait kondisi diatas dan hasilnya.

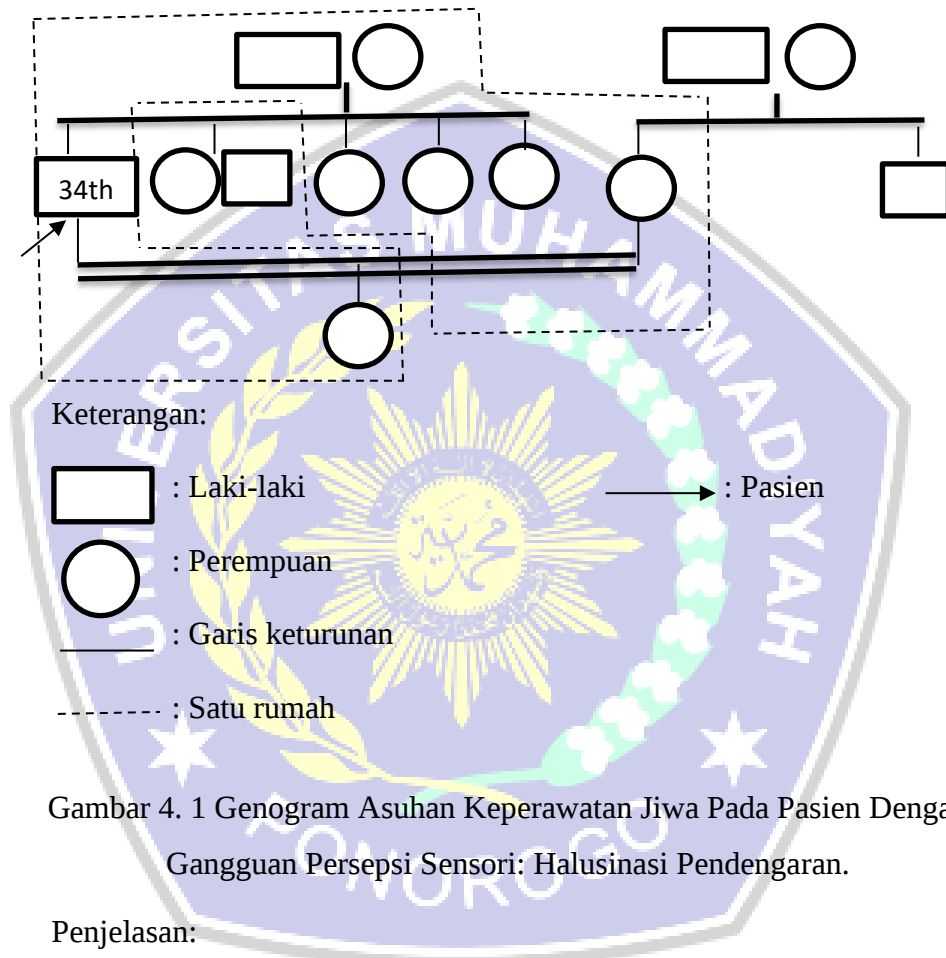
Pasien mengatakan untuk berhenti mengonsumsi narkoba dengan cara dihancurkan narkoba tersebut, dan hasilnya pasien mengalami gangguan jiwa.

4. Riwayat penyakit keluarga

Pasien mengatakan keluarga tidak ada satupun yang mengalami gangguan jiwa.

4.1.5 Pengkajian psikososial

Genogram (tiga generasi dari klien)



Gambar 4. 1 Genogram Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran.

Penjelasan:

Pasien mengatakan tinggal bersama keluarganya pasien merupakan anak pertama dari 5 bersaudara memiliki 4 adek perempuan 1 sudah menikah dan 3 adiknya belum menikah, pasien mengatakan sudah menikah dan memiliki satu anak perempuan. Pasien mengatakan pola komunikasi dalam keluarganya baik saat mengambil keputusan didiskusikan bersama dengan istrinya dan mau mengurus Tn. E yang sedang sakit jiwa.

1. Konsep diri

a. Citra tubuh

Pasien mengatakan senang/suka terhadap bentuk tubuh dan fungsi tubuhnya. Pasien mengatakan tidak suka dengan giginya yang berwarna hitam.

b. Identitas

Pasien mengatakan seorang laki-laki sudah menikah dan memiliki satu anak perempuan, pasien berperilaku seperti laki-laki dan berpakaian seperti laki-laki.

c. Peran

Pasien mengatakan sebagai seorang suami dan seorang ayah dari anak perempuannya merasa malu karena tidak bekerja dan tidak mampu untuk menghidupi keluarganya. Pasien juga mengikuti kegiatan dilingkungan seperti gotong-royong, dan terkadang bermain bola/futsal bersama teman-temanya.

d. Ideal diri

Pasien mengatakan ingin menjadi yang terbaik untuk kedepannya, ingin segera sembuh agar bisa segera pulang kerumah dan bisa bekerja untuk menghidupi keluarganya.

e. Harga diri

Pasien mengatakan tidak terlalu dekat dengan keluarganya, pasien merasa malu dan kesal ketika ada orang lain yang menyebutnya dia gila, pasien selalu memandang baik terkait penilaian orang lain terhadap dirinya.

2. Hubungan social

a. Orang yang berarti/ terdekat, paling nyaman untuk bercerita

Pasien mengatakan orang yang paling dekat dengan dirinya dan tempat untuk bercerita yaitu temannya Tn. A dan saat dirawat di rumah sakit pasien mengatakan orang yang paling dekat dengannya yaitu perawat karena sering diajak untuk mengobrol dan bercerita.

b. Peran serta dalam kegiatan kelompok/ masyarakat dan hubungan social

Pasien mengatakan saat di rumah mengikuti kegiatan seperti gotong-royong dilingkungan dan bermain futsal bersama teman-temannya.

c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain

Pasien mengatakan hambatan saat berhubungan dengan orang lain yaitu ketika ada orang yang menyebut/ mengolok-olok kalau dia sakit jiwa.

3. Spiritual

a. Nilai dan keyakinan

Pasien mengatakan yakin dengan adanya Allah s.w.t sebagai tuhan

b. Kegiatan ibadah

Pasien mengatakan tidak pernah melakukan sholat saat di rumah maupun saat dirawat di rumah sakit.

4.1.6 Pemeriksaan fisik

1. Keadaan umum

Keadaan umum baik, pasien sering senyum-senyum sendiri dan tertawa terbahak-bahak, pandangan tajam ketika melihat orang lain/ orang yang tidak dia kenal.

2. Kesadaran

Composmentis

3. Tanda vital

TD : 120/80 mmhg

N : 80 x/mnt

S : 36,5°C

RR : 20 x/mnt

4. Ukur

BB : pasien mengatakan lupa

TB : 170 cm

5. Keluhan fisik

Pasien mengatakan tidak terdapat keluhan fisik

4.1.7 Status mental

1. Penampilan (penampilan usia, cara berpakaian dan kebersihan)

Pasien tampak bersih cara berpakaian benar sesuai dengan usia menggunakan pakaian dari rumah sakit, pasien mampu berpakaian secara mandiri terdapat gigi berwarna hitam, dan didapatkan data obyektif pasien tampak senyum-senyum sendiri. Tertawa terbahak-

bahak, sering menyendiri di samping tempat tidurnya, bicara terkadang tidak sesuai dengan yang ditanyakan perawat.

Masalah keperawatan : Gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran

2. Pembicaraan (koheren, logorhea, frekuensi, volume, jumlah, karakter)

Respon terkadang tidak sesuai dengan yang ditanyakan perawat, mampu menggunakan kalimat yang jelas, sedikit lama saat memberikan jawaban, dan mudah terpengaruh atau terdistrac.

3. Aktivitas motorik/ psikomotor

Pasien tidak memiliki gangguan pada aktivitas motorik dan psikomotor.

4. Mood dan afek

a. Mood

Mood pasien mengalami perubahan Auforia atau terlalu bergembira, pasien sering tersenyum sendiri dan tertawa terbahak-bahak.

b. Afek

Afek atau perasaan pasien tidak sesuai

5. Interaksi selama wawancara

Saat berinteraksi dengan pasien kontak mata pasien kurang, pasien sering menunduk tidak menatap perawat saat diajak berinteraksi maupun berkomunikasi.

6. Persepsi sensori (halusinasi/ilusi)

Pasien mengalami gangguan halusinasi pendengaran, pasien mengatakan sering mendengar suara perempuan yang mengucapkan terimakasih pada setiap bangun tidur, hilang timbul dan saat suara tersebut muncul pasien merasa tidak suka atau kesal.

Masalah keperawatan: Gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran.

7. Kesadaran

a. Orientasi (waktu, tempat, orang)

Pasien mengerti jam atau waktu saat ditanyakan perawat yaitu pukul 17.20, pasien ingat dengan nama perawat dan namanya dan pasien pasien lupa sekarang berada dimana pasien hanya paham sekarang berada di sel namun ketika dipancing pasien ingat kembali bahwa berada di rumah sakit jiwa solo.

8. Memori

Klien mengalami daya ingat jangka menengah (24 jam - < 1 bulan) karena saat pertama kali masuk rumah sakit pasien diajarkan menghardik oleh perawat/ petugas namun pasien mengatakan lupa bagaimana cara menghardik halusinasi tersebut.

9. Tingkat konsentrasi dan berhitung

a. Konsentrasi

Konsentrasi pasien berkurang terkadang pasien tidak sesuai saat diberikan pertanyaan saat pengkajian oleh perawat.

b. Berhitung

Pasien mampu berhitung dengan baik 1 sampai 10, 2+2, 12+18, 15+15.

10. Proses pikir

Terjadi sirkumtansial pada pasien pasien sering berbicara berbelit belit pada saat dilakukan pengkajian namun sampai pada tujuan yang diharapkan.

11. Isi pikir

Waham: Tidak terdapat waham pada pasien.

Bentuk pikir: pasien berfikir sesuai kenyataan atau realita yang ada.

Arus pikir: saat dilakukan pengkajian pasien berbicara atau menjawab pertanyaan dari perawat dengan berbelit – belit namun sampai dengan tujuannya.

12. Kemampuan penilaian (pertanyaan seputar peristiwa berdasarkan norma baik buruk atau yang lain).

Pasien mengalami gangguan ringan, saat diberikan pilihan oleh perawat untuk mengkonsumsi narkoba lagi atau tidak pasien mengatakan lebih memilih mengkonsumsi narkoba lagi karena enak.

13. Daya tilik diri

Daya tilik diri pasien baik karena pasien menyadari bahwa dirinya memiliki sakit jiwa, pasien mengerti saat ini sedang berobat.

4.1.8 Kebutuhan perawatan mandiri dirumah

1. Kemampuan klien memenuhi kebutuhan

Pasien mengatakan saat berada dirumah pasien bisa mengendarai sepeda motor secara mandiri, pasien dirumah tinggal bersama keluarganya, mendapatkan uang dari istrinya yang bekerja untuk memenuhi kebutuhan keluarganya, pasien mengatakan mampu memasak secara mandiri saat berada dirumah, dan saat sakit pasien di urus oleh istrinya dan keluarganya.

2. Kegiatan hidup sehari-hari

a. Perawatan diri

1) Mandi

Pasien mengatakan mandi 2x sehari setiap pagi dan sore, tidak menggosok gigi, mencuci rambut hanya terkadang saja.

2) Berpakaian, berhias dan berdandan

Pasien mengatakan bisa berpakaian secara mandiri

3) Makan

Pasien mengatakan makan 3 kali sehari 1 porsi habis, jenis makanan yang dimakan yaitu seperti sayur, nasi, lauk, dll

4) Toileting BAB dan BAK

BAK: pasien mengatakan lupa sehari BAK berapa kali

BAB: pasien mengatakan BAB tidak menentu/ kadang kadang

b. Nutrisi

Frekuensi makan :

Pasien makan 3 kali sehari habis, makanan yang dimakan yaitu nasi, sayur, ikan atau daging dan buah.

Nafsu makan :

Nafsu makan pasien baik

Berat badannya :

Pasien mengatakan lupa dengan berat badanya

c. Tidur

1) Istirahat dan tidur

Tidur siang, lama: 11.00 – 12.00

Tidur malam, lama: 22.00 – 05.00

Aktivitas sebelum atau sesudah tidur: pasien mengatakan hanya duduk dilantai saja dan tiduran di lantai

Jelaskan: pasien mengatakan tidur siang pukul 11.00 sampai dengan 12.00, tidur malam pada pukul 22.00 malam sampai dengan 05.00 pagi, aktivitas yang dilakukan sebelum dan sesudah tidur hanya duduk di lantai dan tiduran di lantai samping tempat tidurnya, pasien mengatakan tidak mau tidur di Kasur karena terasa panas.

2) Gangguan

Tidak ada

3. System pendukung

Pasien mengatakan system pendukungnya saat ini dirumah sakit yaitu perawat dan mahasiswa yang selalu menemaninya untuk mengobrol, saat dirumah system pendukungnya yaitu keluarga dan temanya yang Bernama Tn. E.

4.1.9 Mekanisme koping

Mekanisme koping pasien konstruktif karena pasien mengatakan jika memiliki masalah atau merasa bosan dan kesal saat dirumah pasien memasak.

4.1.10 Masalah psikososial dan lingkungan

- 1) Masalah dengan dukungan kelompok (konflik dengan tetangga/ teman/ saudara) dan spesifiknya.

Pasien mengatakan tidak terdapat masalah dengan saudara-saudaranya dan teman-temanya, namun pasien merasa malu dan kesal ketika tetangganya menyebutkan jika dia sakit jiwa/ gila.

- 2) Masalah berhubungan dengan lingkungan (mengucilkan diri, atau di kucilkan, tidak bisa berbaur, kesulitan berkumpul dengan orang banyak) spesifiknya.

Pasien mengatakan tidak terdapat masalah ketika berhubungan dengan lingkungannya

- 3) Masalah dengan pendidikan (putus sekolah, tidak ada motivasi belajar, di bully di sekolah, atau takut bertemu guru), spesifiknya

Pasien lulusan SMA sederajat dan mengatakan tidak memiliki masalah saat berada di sekolahnya

- 4) Masalah dengan pekerjaan (di PHK, tidak segera mendapat pekerjaan, konflik dengan teman kantor dsb), spesifiknya

Pasien mengatakan tidak bekerja, pasien merasa malu karena tidak bekerja dan tidak bisa menghidupi keluarganya.

- 5) Masalah dengan perumahan (tanggungan cicilan, tidak punya tempat tinggal layak, pindah pindah selalu), spesifiknya

Pasien mengatakan tidak terdapat masalah dengan perumahan, pasien tinggal bersama keluarganya dan tidak memiliki cicilan rumah/ perumahan.

- 6) Masalah dengan ekonomi (keuangan yang dimiliki, pemasukan dan pengeluaran, cicilan dan hutang, tidak bisa memenuhi kebutuhan), spesifiknya

Pasien mengatakan mendapatkan uang dari istrinya yang bekerja untuk menghidupi keluarga.

- 7) Masalah dengan pelayanan kesehatan (akses jauh, tidak ada transportasi, tidak memiliki BPJS, tidak ada waktu, pelayanan tidak memadai dsb), spesifiknya

Pasien mengatakan tidak memiliki masalah dengan pelayanan Kesehatan.

4.1.11 Aspek pengetahuan

Apakah klien mempunyai masalah yang berkaitan dengan pengetahuan yang kurang tentang suatu hal?

Pasien mengatakan dan menyadari apa itu sakit jiwa/ gila namun pasien belum mengetahui jenis apa yang dialami oleh pasien, pasien juga

mengatakan belum bisa melawan halusinasi yang dialami dan sering muncul tersebut terutama setiap bangun tidur.

4.1.12 Aspek medis

1. Diagnosis medis

F.20.3

2. Terapi medis

1. Trifluoperazine 2x5 mg

Obat yang digunakan untuk mengatasi psikosis/antipsikotik topikal yang terutama untuk mengobati skizofrenia (penderita kesulitan untuk membedakan kenyataan dan imajinasi) dan digunakan untuk terapi jangka pendek untuk mengatasi kecemasan.

2. Trihexyphenidyl 2x2 mg

Membantu menurunkan rasa kaku pada otot, keringat berlebih, dan produksi air liur berlebih/ Parkinson.

3. Chorpromazin 1x1 mg

Obat antipsikotik dan antimetik obat ini dapat membantu mengurangi halusinasi.

4.2 Data fokus

Tabel 4. 1 Pohon Masalah Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran.

Data subyektif	Data obyektif
1. Pasien mendengar suara perempuan yang mengucapkan terimakasih ketika bangun tidur dan saat menyendiri, suara hilang timbul, dan saat suara tersebut timbul mengatakan tidak suka atau kesal. 2. Terjadi distorsi sensori pasien seoral-olah mendengar suara perempuan yang tidak ada wujudnya 3. Pasien mengatakan dibawa kerumah sakit karena sering marah-marah dan mengacak-ngacak pasar 4. Pasien mengatakan sebagai laki laki dan seorang ayah merasa malu karena tidak bekerja dan tidak bisa menghidupi keluarganya 5. Pasien mengatakan tidak terlalu dekat dengan keluarganya 6. Pasien merasa malu ketika orang lain atau tetangganya menyebutkan jika dia gila. 7. Pasien mengatakan tidak menyukai dengan giginya yang berwarna hitam	1. Pasien tampak senyum- senyum sendiri 2. Pasien sering tertawa terbahak-bahak sendiri 3. Pasien sering duduk sendiri disamping tempat tidurnya 4. Bicara terkadang tidak sesuai dengan yang ditanyakan perawat 5. Pandangan tajam ketika melihat orang yang tidak dikenal 6. Saat diajak berinteraksi kontak mata kurang pasien sering menunduk 7. Mudah terdistrac

4.3 Analisa data

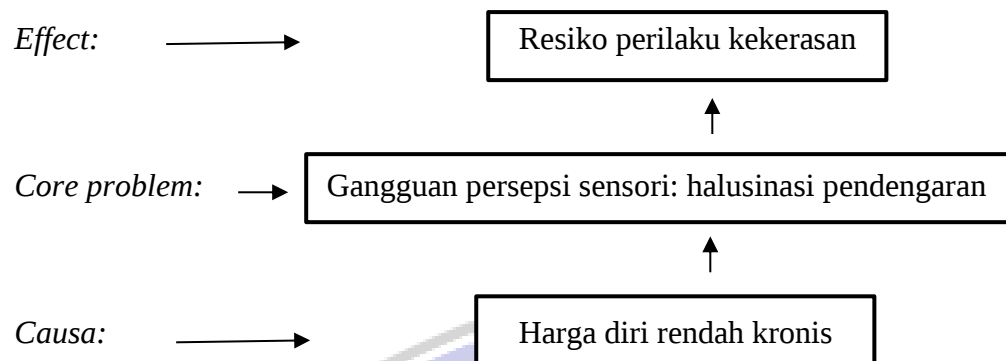
Tabel 4. 2 Analisa Data Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran.

Data	Masalah keperawatan
Data subyektif: Pasien mendengar suara perempuan yang mengucapkan terimakasih ketika bangun tidur dan saat menyendiri, suara hilang timbul, dan saat suara tersebut timbul mengatakan tidak suka atau kesal.	Gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran
Data obyektif:	
1. Pasien tampak senyum-senyum sendiri	
2. Pasien tampak tertawa terbahak-bahak sendiri	
3. Terjadi distorsi sensori pasien seolah-olah mendengar suara perempuan	
4. Pasien sering duduk sendiri disamping tempat tidurnya	
5. Bicara terkadang tidak sesuai dengan yang ditanyakan perawat	
6. Mudah terdistrac	

4.4 Daftar masalah

Dalam studi kasus ini didapatkan masalah keperawatan yaitu gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran.

4.5 Pohon masalah



(Sumber: Muhith (2015))

Gambar 4. 2 Pohon Masalah

4.6 Prioritas diagnosis keperawatan

Dalam studi kasus ini didapatkan prioritas masalah keperawatan yang muncul adalah gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran.

4.7 Rencana Tindakan keperawatan

a. Standart diagnosis keperawatan Indonesia

Tabel 4. 3 Rencana Tindakan Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran.

Diagnosis keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria hasil (SLKI)	Intervensi keperawatan (SIKI)
Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran (D.0085)	Persepsi sensori (L.09083) Setelah dilakukan perawatan 9 x 24 jam maka persepsi sensori membaik dengan kriteria hasil : 1. Verbalisasi mendengar bisikan ,menurun 2. Perilaku halusinasi, menurun 3. Distorsi sensori, membaik 4. Melamun, menurun 5. Mondar-mandir, menurun 6. Respon sesuai stimulus, membaik 7. Konsentrasi, membaik 8. Orientasi, membaik	Manajemen Halusinasi (I.09288) Tindakan ; Observasi 1. Monitor perilaku yang mengidentifikasi halusinasi 2. Monitor isi Halusinasi (mis,kekerasan/ membahayakan diri) Terapeutik : 3. Pertahankan lingkungan yang aman 4. Diskusikan perasaan dan respon terhadap halusinasi Edukasi : 5. Anjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya haluisnasi 6. Anjurkan bicara kepada orang yang percaya untuk memberi dukungan dan umpan balik korektif terhadap halusinasi 7. Anjurkan melakukan distraksi/aktivitas Kolaborasi 8. Kolaborasi pemberian obar antipsikotik dan anti ansietas, jika perlu

b. Intervensi keperawatan menurut NANDA, NIC, NOC

Tabel 4. 4 Rencana Tindakan Keperawatan Asuhan Keperawatan Jiwa
Pada Pasien Dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran

Diagnosis keperawatan	Tujuan TUM/TUK	Kriteria evaluasi	intervensi
Gangguan persepsi sensori halusinasi	TUM: Pasien mampu mengontrol halusinasi yang di alaminya.	Setelah 2 kali interaksi dengan perawat menunjukkan ekspresi wajah bersahabat, menunjukkan rasa senang, ada kontak mata, mau berjabat mau menyebut nama, mau menjawab salam, klien mau duduk berdampingan dengan perawat dan mau mengutarakan masalah yang dihadapi	1. Sapa klien dengan ramah baik verbal maupun non verbal 2. Perkenalkan diri dengan sopan 3. Tanyakan nama lengkap klien dan nama panggilan yang di sukai 4. Jelaskan tujuan pertemuan 5. Jujur dan menepati janji 6. Tunjukkan sikap empati dan menerima klien apa adanya 7. Beri perhatian kepada klien dan pastikan kebutuhan dasar klien
	TUK 1. Klien dapat membina hubungan saling percaya 2. Klien dapat mengenal halusinasinya	Setelah dilakukan 2 kali pertemuan klien dapat menyebutkan waktu, isi, frekuensi, timbulnya halusinasi dan dapat mengungkapkan perasaan terhadap halusinasinya	a) Adanya kontak sering dan singkat secara bertahap b) Observasi tingkah lakulien dengan halusinasinya bicara dan tertawa tanpa stimulus memandang ke kiri kanan/depan seolah-olah ada teman bicara c) Bantu klien mengenal



halusinasi:

1. Jika menemukan klien yang sedang halusinasi tanyakan apakah ada sesuatu yang di lihat
2. Jika klien menjawab ada, lanjutkan dengan menanyakan apa yang di lihat.
3. Katakan bahwa perawat percaya klien melihat hal itu, namun perawal sendiri tidak melihatnya (dengan nada bersahabat tanpa menuduh dan menghakimi).
4. Katakan bahwa klien lain juga ada yang seperti klien
5. Katakan bahwa perawat akan membantu klien.
- d) Diskusikan dengan klien.
 1. Situasi yang menimbulkan atau tidak menimbulkan halusinasi
 2. Waktu dan terjadinya halusinasi jam 9 pagi, siang, malam, atau jika sendiri (jengkel/sedih).
- e) Diskusikan dengan klien apa yang dirasakan jika terjadi halusinasi (marah atau takut, sedih, senang) beri kesempatan untuk mengungkapkan perasaanya.
- f) Diskusikan dengan klien apa yang

dilakukan untuk mengatasi perasaan tersebut.

- g) Diskusikan tentang dampak yang akan dialaminya bila klien menikmati halusinasi.

3. Klien dapat mengontrol halusinasi Klien dapat mengontrol halusinasi dengan cara menghardik.

Setelah dilakukan pertemuan selama 2 kali klien mengetahui cara-cara mengontrol halusinasi klien dapat mengontrol halusinasi dengan cara menghardik. klien mampu menirukan perawat saat diajarkan menghardik

Sp 1

1. Mengidentifikasi halusinasi: isi halusinasi, frekuensi, waktu terjadinya halusinasi, situasi, pencetus halusinasi, perasaan klien bila halusinasi itu muncul, respon klien terhadap halusinasi.
2. Jelaskan mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, meminum obat, bercakap-cakap, serta melakukan aktivitas terjadwal.
3. Latih cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik. Masukan pada jadwal kegiatan untuk menghardik.

- a. Klien dapat mengontrol halusinasi dengan cara meminum obat dengan benar

Setelah dilakukan pertemuan selama 2 kali klien mampu mengontrol halusinasi dengan cara minum obat

SP 2

1. Evaluasi kegiatan menghardik dan beri pujian. Latih cara mengontrol halusinasi dengan cara

dengan benar:

1. Klien mampu menyebutkan manfaat, dosis, dan efek samping obat.
2. Klien mendemonstrasikan penggunaan obat.
3. Klien mendapat informasi tentang manfaat dan efek samping obat.
4. Klien dapat memahami akibat dari berhetinya meminum obat tanpa konsultasi terlebih dahulu.
5. Klien dapat menyebutkan prinsip 6 benar penggunaan obat.

meminum obat (jelaskan 6 benar cara meminum obat)
2. Masukan pada jadwal kegiatan menghardik dan meminum obat.

- b. Klien mampu mengontrol halusinasinya dengan cara bercakap-cakap.

Setelah dilakukan SP 3 pertemuan selama 2 kali klien dapat mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap. Klien mampu menirukan perawat saat diajarkan bercakap-cakap.

Setelah dilakukan pertemuan selama 2 kali klien dapat mengontrol halusinasi dengan cara beraktivitas yang terjadwal. Klien

1. Evaluasi kegiatan menghardik dan meminum obat serta berikan pujian.
2. Latih cara mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap.
3. Masukan pada jadwal kegiatan untuk menghardik, meminum obat dan bercakap-cakap.

c. Klien mampu mengontrol halusinasi dengan cara melakukan aktivitas yang terjadwa	mampu menirukan perawat saat diajarkan aktivitas yang terjadwal.	SP 4	1. Evaluasi kegiatan latihan menghardik, meminum obat dan bercakap cakap serta berikan pujian. 2. Latih cara mengontrol halusinasi dengan cara melakukan aktivitas yang terjadwal dan beri pujian. Masukan pada jadwal kegiatan harian untuk latihan menghardik, meminum obat, bercakap-cakap, dan aktivitas yang
--	--	------	--

(Sumber: Tim Pokja SIKI (2018), SDKI (2017), SLKI (2019), NANDA-I (2020), Moorhead (2018), Butcher (2018))



4.8 Implementasi dan Evaluasi keperawatan

Tabel 4. 5 Implementasi dan Evaluasi Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran.

Tanggal Jam	Implementasi keperawatan	Evaluasi	TTD
9 Feb 2024 09.40	Tindakan : Sp 1 1. Mengidentifikasi halusinasi: isi halusinasi, frekuensi, waktu terjadinya halusinasi, situasi, pencetus halusinasi, perasaan klien bila halusinasi itu muncul, respon klien terhadap halusinasi. 2. Jelaskan mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, meminum obat, bercakap-cakap, serta melakukan aktivitas terjadwal. 3. Latih cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik. Masukan pada jadwal kegiatan untuk menghardik. RTL: 1. Ulangi SP 1 cara menghardik halusinasi 2. Mengajarkan SP 2 cara mengkonsumsi obat-obatan, 5 benar cara meminum obat, jenis obat-obatan yang dikonsumsi dan efeknya	10 Feb 2024 11.00 Subyektif Pasien mengatakan setelah mendiskusikan halusinasi yang dialami dan cara menghardik pasien merasa senang, pasien mengatakan masih mendengar suara yang tidak ada wujudnya terutama saat bangun tidur, suara tersebut berisi perempuan mengucapkan terimakasih dan seseorang yang menyuruh untuk mengusap/mengelap pintu sel kamar, pasien mengatakan lupa dengan cara menghardik halusinasi yang telah diajarkan. Obyektif 1. Pasien tampak senyum-senyum sendiri 2. Kontak mata pasien saat diajak berkomunikasi masih kurang sering menunduk 3. Pasien tampak tidak berkonsentrasi saat diajak berkomunikasi karena terpengaruh oleh lingkungan	

Assesment:

Gangguan persepsi sensori:
halusinasi pendengaran

Planning :

Lanjutkan intervensi
mengajarkan cara mengontrol
halusinasi dengan
mengonsumsi obat-obatan, 5
benar cara meminum obat,
jenis obat-obatan yang
dikonsumsi dan efeknya

10 Feb 2024 Tindakan:

11.20 Melatih cara mengontrol
halusinasi kedua yaitu obat-
obatan
RTL:
Latih cara mengontrol
hausinasi ketiga yaitu
bercakap-cakap

13 Feb 2024

13.00 Subyektif
Pasien mengatakan merasa
senang setelah diajak
berbincang-bincang cara
mengontrol halusinasi dengan
meminum obat, pasien masih
mendengar suara-suara yang
tidak ada wujudnya hilang
timbul waktu pagi hari
setelah bangun tidur suara
tersebut cewek mengucapkan
terimakasih, pasien mengatakan
lupa ketika diminta untuk
mengulangi cara menghardik
halusinasi dengan meminum
obat-obatan.



Obyektif

1. Kontak mata bertambah
pasien tidak sering untuk
menunduk saat
berkomunikasi
 2. Pasien mudah terdistrac
 3. Pasien masih tampak
senyum-senyum sendiri
 4. Pasien masih mengingat
cara menghardik
halusinasi
-

Assesment

Gangguan persepsi sensori:
halusinasi pendengaran

Planning

Lanjutkan intervensi cara
mengontrol halusinasi dengan
bercakap-cakap

13 Feb 2024 Tindakan:

13.10

Melatih cara menghardik
halusinasi ketiga yaitu
bercakap-cakap
RTL:
Latih cara mengontrol
halusinasi yang ke empat
yaitu aktivitas yang terjadwal

16.30

Subyektif

Pasien mengatakan sudah
tidak mendengar halusinasi
lagi, pasien mengatakan
kapan saya pulang ya kakak?
Pasien masih mengingat cara
mengontrol halusinasi dengan
cara menghardik dan jenis
obat-obatan yang dikonsumsi,
Pasien harus dipancing
terlebih dahulu ketika
mengulangi cara mengontrol
halusinasi dengan bercakap-
cakap

Obyektif

1. Kontak mata ada
2. Terkadang masih suka
senyum-senyum sendiri
3. Pasien masih terpengaruh
oleh lingkungan

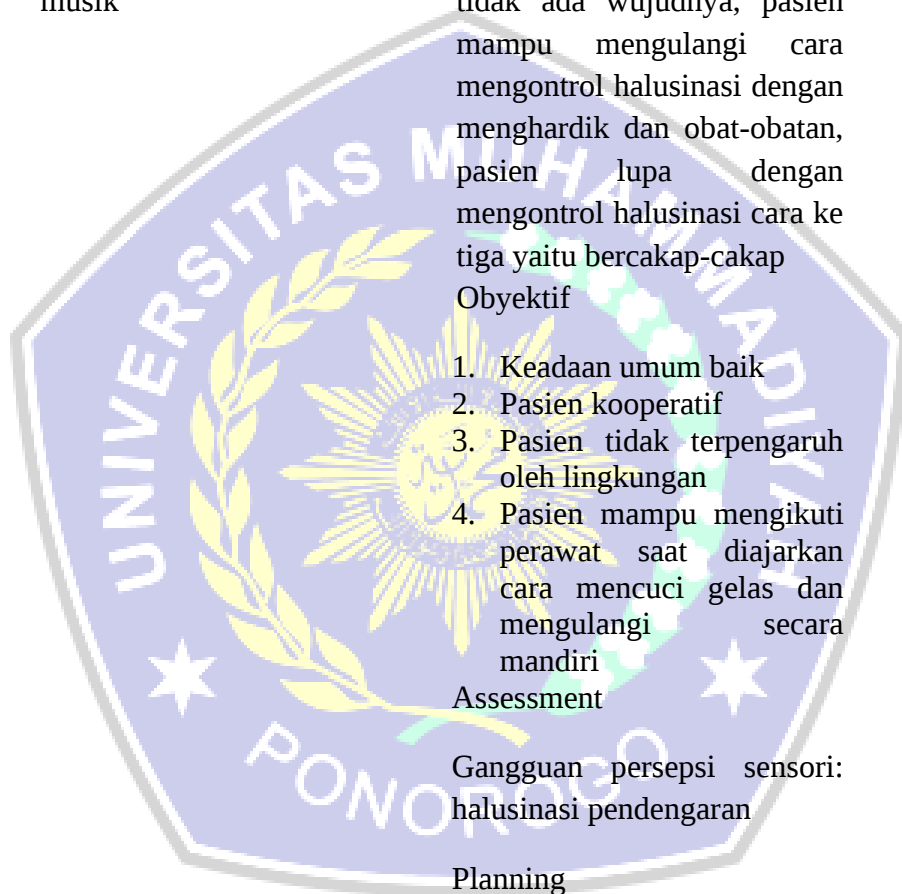
Assessment

Gangguan persepsi sensori:
halusinasi pendengaran

Planning

Lanjutkan intervensi cara
mengontrol halusinasi dengan
cara ke empat yaitu aktivitas
yang terjadwal

15 Feb 2024	Tindakan:	15 Feb 2024
16.00	Melatih cara mengontrol halusinasi dengan cara yang ke empat yaitu aktivitas yang terjadwal (mencuci gelas) RTL:	10.00
	Latih cara menghardik halusinasi dengan cara distraksi mendengarkan musik	Subyektif
		Pasien mengatakan merasa senang setelah belajar cara mengontrol halusinasi dengan aktivitas yang terjadwal yaitu mencuci gelas sudah tidak mendengar suara halus yang tidak ada wujudnya, pasien mampu mengulangi cara mengontrol halusinasi dengan menghardik dan obat-obatan, pasien lupa dengan mengontrol halusinasi cara ke tiga yaitu bercakap-cakap
		Obyektif
		1. Keadaan umum baik 2. Pasien kooperatif 3. Pasien tidak terpengaruh oleh lingkungan 4. Pasien mampu mengikuti perawat saat diajarkan cara mencuci gelas dan mengulangi secara mandiri
		Assessment
		Gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran
		Planning
		Lanjutkan intervensi cara mengontrol halusinasi dengan distraksi mendengarkan music

16 Feb 2024	Tindakan:	16 Feb 2024
06.30	Mengajarkan cara mengontrol halusinasi dengan distraksi mendengarkan music RTL:	14.40
		Subyektif
		Pasien mengatakan sudah tidak mendengarkan suara



Mengevaluasi cara yang tidak ada wujudnya mengontrol halusinasi yang seperti suara perempuan yang telah diajarkan mengucapkan terimakasih dan seseorang yang menyuruh untuk mengelap pintu engsel kamar.

Obyektif

1. Kontak mata ada
2. Keadaan umum baik
3. Konsentrasi baik
4. Pasien mampu mengulangi cara menghardik halusinasi
5. Pasien mampu menyebutkan obat-obatan yang dikonsumsi setiap hari beserta efeknya
6. Pasien mampu melakukan aktivitas mencuci gelas secara mandiri
7. Pasien mampu melakukan distraksi mendengarkan music melalui perawat secara mandiri
8. Mampu bercakap-cakap dengan baik sesuai dengan pertanyaan yang diberikan oleh perawat

Assessment

Gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran teratasi

Planning

Hentikan intervensi masalah gangguan persepsi sensori: halusinasi teratasi pasien rencana pulang

BAB 5

PEMBAHASAN

Peneliti akan menjelaskan pengkajian secara rinci yang telah dilakukan terhadap Tn. E dengan pemberian Asuhan keperawatan jiwa pada pasien *Skizofrenia* dengan masalah keperawatan Gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran di ruang Gatotkaca RSJD dr. Arif Zainudin Surakarta mulai dari pengkajian sampai dengan evaluasi. Pengkajian dimulai pada tanggal 8 Februari 2024 pukul 17.00 WIB.

5.1 Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada tanggal 8 Februari 2024 pukul 17.00 WIB. Pengkajian dilakukan di ruang Gatotkaca ketika pengumpulan data dengan wawancara dan observasi terhadap Tn. E maka sumber informasi diperoleh langsung dari pasien. Pasien berjenis kelamin laki-laki berusia 34 tahun, menurut teori Puspita (2020) dimana biasanya *Skizofrenia* terjadi pada rentan usia 24-40 th. Hal ini menunjukkan ada kesamaan antara teori dan fakta, klien mengalami *Skizofrenia* pada usia 34 tahun. Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat keturunan gangguan jiwa dari keluarganya.

Ketika dilakukan pengkajian pada bagian persepsi sensori ditemukan gejala yang muncul pada pasien yaitu pasien sering mendengar suara yang tidak ada wujudnya yang berisi suara perempuan yang mengucapkan terimakasih ketika bangun tidur dan saat menyendiri, suara hilang timbul, dan saat suara tersebut timbul mengatakan tidak suka atau kesal, pasien tampak senyum-senyum dan tertawa terbahak-bahak sendiri dan saat

menjawab pertanyaan yang diberikan terkadang tidak sesuai dengan yang ditanyakan perawat dan pasien sering duduk sendiri disamping tempat tidurnya. Menurut teori Nikmah, Farkhan (2021) tanda dan gejala pasien dengan halusinasi yaitu pasien mendengar suara yang tidak ada wujudnya atau bisikan yang tidak nyata, pasien mendengar suara yang mengajak pasien untuk berbincang-bincang atau tertawa sendiri, marah tanpa sebab, menutup telinga, gelisah, ketakutan, banyak terdiam menarik diri, menyendiri, mondar-mandir dan pasien melihat bayangan yang tidak nyata. Dari beberapa data yang telah dicantumkan pada teori ada yang tidak sesuai dengan kasus Tn. E, namun data yang didapatkan saat pengkajian pada Tn. E sudah memenuhi syarat yang harus ada pada pasien dengan Gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran yaitu sesuai dengan teori SDKI (2018) antara lain mendengar suara bisikan, distorsi sensori, respon tidak sesuai, menyendiri, konsentrasi buruk, dll. Pada pasien ditemukan sering mendengar suara atau bisikan seorang perempuan yang mengucapkan terimakasih, pasien sering tersenyum dan tertawa terbahak-bahak sendiri, pasien sering menyendiri di samping tempat tidurnya, pasien terkadang berbicara tidak sesuai dengan yang ditanyakan oleh perawat, dan saat diajak berinteraksi pasien mudah terdistrac. Beberapa data yang telah didapatkan tersebut dapat digunakan untuk data focus yang dapat mendukung untuk menegaskan suatu diagnosis keperawatan. Dari hal ini penulis menemukan kesamaan antara teori dan fakta, yaitu mulai dari halusinasi yang dialami, waktu muncul

halusinasi, suara yang muncul saat terjadi halusinasi, dan bagaimana respon dari klien disaat halusinasi tersebut tiba-tiba muncul.

Pada data subyektif yang muncul pada pasien dengan Gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran yaitu Tn. E mendengar suara yang tidak ada wujudnya yang berisi suara perempuan yang mengucapkan terimakasih ketika bangun tidur dan saat menyendiri, suara hilang timbul, dan saat suara tersebut timbul mengatakan tidak suka atau kesal. Dalam data obyektif ditemukan tn. E Pasien tampak senyum- senyum sendiri, pasien sering tertawa terbahak-bahak sendiri, pasien sering duduk sendiri disamping tempat tidurnya, bicara terkadang tidak sesuai dengan yang ditanyakan perawat dan saat diajak berinteraksi pasien mudah terdistrac.

Pada pengkajian Tn. E ditemukan faktor predisposisi yaitu pasien mengatakan pernah mengkonsumsi NAPZA atau obat-obatan yang terlarang jenis narkoba sejak 2016, namun pasien mengatakan lupa untuk lama pemakaian narkoba tersebut. Menurut teori Lestari (2019:286) penyalahgunaan narkoba dapat menyebabkan suatu gangguan mental karena narkoba berpengaruh pada otak dengan mempercepat atau memperlambat kerja system saraf pusat. Sehingga dapat mengakibatkan perubahan perasaan, pikiran dan perilaku yang mengkonsumsinya. Seseorang yang mengguankan narkoba jenis ganja dapat menimbulkan paranoid, gejala psikotik seperti pemikiran yang tidak teratur, berhalusinasi dan delusi. Hal ini sesuai dengan teori dan fakta dimana NAPZA dapat menyebabkan seseorang mengalami gangguan mental sampai dengan berhalusinasi, klien pernah mengkonsumsi NAPZA jenis narkoba namun lupa untuk lama pemakaiannya.

Pada pengkajian factor presipitasi pasien mengatakan dibawa kerumah sakit jiwa oleh dinas karena sering marah-marah dan mengacak-acak pasar, pasien seolah-olah mendengar suara yang tidak ada wujudnya seperti menyuruh pasien tersebut untuk mencari obat di dalam pasar tersebut. Pasien mendengar suara bisikan tersebut setiap pagi dini hari muncul 3-4 kali dalam sehari. Pasien mengikuti arahan dari suara tersebut sehingga pasien mengacak-acak pasar. Menurut teori Muhith (2015) pasien yang mengalami halusinasi dapat kehilangan kontrol dirinya sehingga bisa membahayakan dirinya maupun orang lain. Hal ini sesuai dengan teori dan fakta dimana pada fase ini pasien dikendalikan oleh isi halusinasinya, selain pasien mampu merusak lingkungan, pasien juga akan bisa melakukan hal-hal yang lain seperti melakukan bunuh diri, melukai atau membunuh orang lain, pasien juga bisa mengalami masalah keperawatan yang lainnya yang menjadi penyebab dari munculnya halusinasi tersebut.

Pada pengkajian konsep diri ditemukan Tn. E Pasien mengatakan sebagai laki laki dan seorang ayah merasa malu karena tidak bekerja dan tidak bisa menghidupi keluarganya, pasien mengatakan tidak terlalu dekat dengan keluarganya, pasien merasa malu ketika orang lain atau tetangganya menyebutkan jika dia gila, pasien mengatakan tidak menyukai dengan giginya yang berwarna hitam. Menurut teori Muhith (2015) pasien dengan halusinasi biasanya juga mengalami masalah – masalah keperawatan yang menjadi penyebab (*trigger*) munculnya halusinasi, masalah itu diantaranya adalah harga diri rendah dan isolasi sosial. Menurut penulis ada kesamaan antara teori dan fakta dimana pada seseorang yang mengalami halusinasi bisa

disebabkan karena harga diri rendah dimana pasien merasa minder malu terutama sampai pasien tidak berani untuk keluar rumah dan akan mengalami distorsi pada sensorinya yang dapat membuat pasien mengalami halusinasi. Data tersebut bisa digunakan penulis untuk memunculkan Causa atau penyebab terjadinya halusinasi pada Tn. E yaitu Harga diri rendah kronis dimana Tn. E merasa malu atas dirinya atau yang dialaminya.

5.2 Diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan yang ditegakan yaitu menggunakan standart diagnosis keperawatan indonesia (SDKI) yang meliputi Gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran dengan kode D. 0085. Gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran adalah suatu perubahan persepsi terhadap stimulus baik eksternal maupun internal yang disertai dengan respon yang berkurang, berlebih atau yang terdistorsi. Gejala tanda mayor meliputi subyektif: pasien seolah-olah mendengar suara atau bisikan yang tidak nyata dan pada data obyektif ditemui pasien mengalami distorsi sensori, perilaku yang abnormal, bersikap seolah mendengarkan sesuatu yang tidak nyata. Sedangkan pada gejala dan tanda minor ditemui data subyektif: mengatakan kesal, data obyektif: pasien terlihat menyendiri, sering melamun, konsentrasi berkurang, terlihat mondar-mandir, dan berbicara sendiri (Nikmah, Farkhah Hidayatun 2021).

Dari hasil pengkajian yang didapatkan oleh penulis, penulis menegaskan diagnosis keperawatan utama yaitu Gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran. Ada data yang bisa mendukung untuk menegaskan suatu diagnosis Gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran antarlain

didapatkan pada data subyektif yaitu Tn. E mengatakan sering mendengar suara yang tidak ada wujudnya yang berisi suara perempuan yang mengucapkan terimakasih ketika bangun tidur dan saat menyendiri, suara hilang timbul, dan saat suara tersebut timbul mengatakan tidak suka atau kesal, dan pada data obyektif ditemukan Tn. E tampak sering tersenyum dan tertawa terbahak-bahak sendiri, pasien sering duduk sendiri disamping tempat tidurnya, konsentrasi pasien berkurang terkadang pasien bicara atau menjawab pertanyaan tidak sesuai dengan yang ditanyakan oleh perawat, Tn. E mudah terdistrac saat diajak berinteraksi. Dalam penegakan diagnosis keperawatan penulis sesuai dengan teori menurut SDKI atau standart diagnosis keperawatan Indonesia.

Dalam hal ini sudah sesuai dengan teori dalam SDKI untuk penentuan penegakan suatu diagnosis keperawatan pada Tn. E, dilihat dari data-data pengkajian yang dilakukan oleh penulis sangat mendukung untuk menegakan diagnosis keperawatan yang utama yaitu Gangguan persepsi sensoris: halusinasi pendengaran.

5.3 Intervensi keperawatan

Pada studi kasus ini masalah keperawatan yang dilakukan pada tanggal 8 Februari sampai dengan 16 februari 2024 adalah Gangguan persepsi sensoris: halusinasi pendengaran, penulis menyusun rencana tindakan keperawatan yang dilakukan terhadap Tn. E dengan menggunakan strategi pelaksanaan 1-4 dan juga menggunakan manajemen halusinasi dari standart intervensi keperawatan Indonesia (SIKI). Setelah dilakukan tindakan keperawatan

selama 3x24 jam diharapkan Tn. E mampu mengontrol halusinasinya secara mandiri dan juga persepsi sensori yang dialami oleh Tn. E membaik.

Menurut Stuart, GW dan Sundeen (2006) dalam Muhith (2015), rencana tindakan keperawatan dibagi menjadi beberapa karakteristik berupa: pendidikan kesehatan, konseling, perawatan mandiri dan ADL, terapi modalitas keperawatan, perawatan berkelanjutan, kolaborasi terapi somatic, dan kolaborasi psikofarmaka. Hal ini sesuai dengan teori namun penulis hanya mengambil beberapa dari teori menurut Stuart, GW dan Sundeen (2006) dalam Muhith (2015).

Rencana Tindakan keperawatan yang digunakan penulis untuk pasien dengan Gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran diantaranya: dengan tujuan khusus yang pertama klien dapat membina hubungan saling percaya, dengan kriteria hasil setelah dilakukan 2 kali interaksi dengan perawat menunjukkan ekspresi wajah bersahabat, menunjukkan rasa senang, ada kontak mata, mau berjabat tangan, mau menyebutkan nama, mau menjawab salam dari perawat, pasien mau duduk disamping atau berdampingan perawat dan mau mengutarakan masalah yang dihadapi oleh pasien. Dilakukan dengan cara menyapa klien dengan ramah baik verbal maupun nonverbal, memperkenalkan diri dengan sopan, menanyakan nama lengkap pasien dan nama panggilan yang disukai, menjelaskan tujuan melakukan pertemuan dengan klien, jujur menepati janji, menunjukkan sikap empati dan menerima klien apa adanya, memberikan perhatian kepada klien dan pastikan kebutuhan dasar klien.

Tujuan khusus yang ke 2 yaitu pasien mampu mengenali halusinasinya, dengan kriteria hasil setelah dilakukan 2 kali pertemuan pasien mampu menyebutkan waktu, isi, frekuensi, timbulnya halusinasi dan dapat mengungkapkan perasaan terhadap halusinasinya dengan melakukan kontak sering dan singkat secara bertahap, mendiskusikan situasi, waktu, isi, waktu, timbulnya halusinasi dan bagaimana perasaan klien ketika mendengarkan suara yang tidak ada wujudnya tersebut.

Tujuan khusus yang ke 3 yaitu pasien dapat mengontrol halusinasi dengan cara menghardik dengan kriteria hasil setelah dilakukan 2 kali pertemuan pasien mengetahui cara-cara mengontrol halusinasi, pasien mampu mengontrol halusinasi dengan cara menghardik dan pasien mampu menirukan perawat saat mengajarkan menghardik. Dengan cara menjelaskan cara mengontrol halusiansi dengan 4 strategi pelaksanaan menghardik, meminum obat, bercakap-cakap dan aktivitas yang terjadwal, melatih pasien cara mengontrol halusinasi dengan menghardik dengan cara memejamkan mata sambil mengucapkan didalam hati pergi-pergi kamu suara palsu aku tidak mau mendengarmu diulang sampai suara tersebut hilang.

Tujuan khusus ke 3 poin A pasien mampu mengontrol halusinasi dengan cara meminum obat dengan benar, dengan kriteria hasil setelah dilakukan 2 kali pertemuan pasien mampu mengontrol halusinasi dengan cara meminum obat, pasien mampu mengetahui atau menyebutkan manfaat, efek samping, dosis, obat yang dikonsumsi setiap harinya. Dengan cara melatih mengontrol halusinasi dengan meminum obat (5 benar cara meminum obat) jenis obat / warna yang dikonsumsi dan jumlah yang dikonsumsi setiap hari.

Tujuan khusus ke 3 poin B pasien mampu mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap, dengan kriteria hasil setelah dilakukan 2 kali pertemuan pasien mampu mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dan mampu menirukan perawat saat diajarkan bercakap-cakap untuk mengontrol halusinasi yang dialaminya. Dengan cara melatih mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap kepada perawat atau temanya.

Tujuan khusus ke 3 poin C pasien mampu mengontrol halusinasi dengan cara aktivitas yang terjadwal, dengan kriteria hasil setelah dilakukan 2 kali pertemuan pasien mampu mengontrol halusinasi dengan cara beraktivitas yang terjadwal dan mampu menirukan perawat saat diajarkan aktivitas. Dengan cara mengajarkan atau melatih pasien mengontrol halusinasi dengan cara aktivitas yang terjadwal. Disini berhubung pasien dirawat di rumah sakit jiwa dan keterbatasan tempat perawat memilih untuk beraktivitas dengan cara mencuci gelas pasien.

Untuk Intervensi menurut SIKI, 2018 dengan tujuan dan kriteria hasil setelah dilakukan tindakan 3 kali interaksi verbalisasi mendengar bisikan menurun, perilaku halusinasi menurun, distorsi sensori membaik, melamun menurun, mondar-mandir menurun, respon sesuai stimulus membaik, konsentrasi membaik, orientasi membaik dengan intervensi keperawatan Manajemen halusinasi. Tindakan meliputi observasi antarlain monitor perilaku yang mengidentifikasi halusinasi, monitor isi halusinasi misalnya kekerasan atau membahayakan diri sendiri maupun orang lain, selanjutnya terapeutik antara lain pertahankan lingkungan yang aman, diskusikan perasaan dan respon terhadap halusinasi, selanjutnya edukasi antarlain

anjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi, anjurkan berbicara kepada orang yang dipercaya untuk memberi dukungan dan umpan balik korektif terhadap halusinasi, anjurkan melakukan distraksi atau aktivitas, dan yang terakhir adalah kolaborasi yaitu kolaborasi pemberian obat antipsikotik dan anti ansietas jika diperlukan.

Dalam penyusunan rencana tindakan keperawatan ini penulis tidak melakukan modifikasi perencanaan, menurut penulis teori rencana tindakan keperawatan sudah sesuai dengan keadaan pasien dan bisa di implementasikan secara langsung kepada pasien.

5.4 Implementasi keperawatan

Implementasi dilakukan selama 5 hari dimulai pada tanggal 9 Februari 2024 sampai dengan tanggal 16 Februari 2024. Berikut penulis memaparkan strategi pelaksanaan (SP) yang telah diberikan atau dilaksanakan terhadap pasien Tn. E.

Implementasi pada hari pertama dilakukan pada tanggal 9 Februari 2024 pukul 09.40 WIB dengan tindakan yang diberikan yaitu mengidentifikasi halusinasi: isi halusinasi, frekuensi, waktu terjadinya halusinasi, situasi, pencetus halusinasi, perasaan klien bila halusinasi itu muncul, respon klien terhadap halusinasi. menjelaskan mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, meminum obat, bercakap-cakap, serta melakukan aktivitas yang terjadwal. melatih strategi pelaksanaan yang pertama dengan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik yaitu dengan cara mengucapkan didalam hati sambil menutup mata pergi-pergi kamu suara palsu aku tidak mau pendengaramu dan memasukan pada jadwal kegiatan untuk menghardik. Saat

diberikanya tindakan atau implementasi pada hari pertama pasien kurang kooperatif karena pasien sering menunduk tidak mau menatap perawat dan berkomunikasi masih kurang.

Implementasi hari ke 2 dilakukan pada tanggal 10 Februari 2024 pada pukul 11.22 WIB dengan tindakan yang diberikan yaitu memberikan strategi pelaksanaan yang ke 2 yaitu melatih cara mengontrol halusinasi kedua yaitu obat-obatan. Sebelum dilakukan implementasi yang kedua Tn. E mampu meragakan ulang cara menghardik halusinasi yaitu dengan cara memejamkan mata sambil mengucapkan didalam hati pergi-pergi kamu suara palsu aku tidak mau mendengarmu meskipun harus dipancing terlebih dahulu oleh perawat agar ingat Kembali. Saat dilakukan tindakan implementasi yang ke 2 pasien tampak kooperatif dan mampu mengikuti perawat dengan baik. Tn. E mampu mengulang jenis obat-obatan yang dikonsumsi setiap harinya yang meliputi Trifluoperazine berwarna biru, Trihexyphenidyl berwarna kuning, Chlorpromazin berwarna oren namun hanya bisa menyebutkan warna dari obat tersebut dan efek dari minum obat yaitu merasakan kantuk atau mengantuk.

Implementasi hari ke 3 dilakukan pada tanggal 13 Februari 2024 pada pukul 16.00 WIB tindakan yang diberikan yaitu pemberian strategi pelaksanaan yang ketiga melatih cara menghardik halusinasi ketiga yaitu bercakap-cakap. Sebelum dilakukanya SP yang ke 2 pasien mampu mengulang kembali cara menghardik halusinasi dengan menutup mata dan mengucapkan didalam hati pergi-pergi kamu suara palsu aku tidak mau mendengarmu, pasien juga mampu mengulangi kembali warna obat-obatan

yang dikonsumsi setiap harinya dan efek dari meminum obat yaitu mengantuk. Saat dilakukan implementasi yang SP 3 pasien tampak kooperatif dan mengikuti perawat dengan baik meskipun pasien sering lupa kembali bagaimana cara bercakap-cakap dengan orang lain dan cara berbicaranya masih berbelit-belit ketika mendengar suara yang tidak ada wujudnya tersebut.

Implementasi hari ke 4 dilakukan pada tanggal 15 Februari 2024 pada pukul 16.00 WIB dengan mengajarkan SP yang ke 4 yaitu melatih cara mengontrol halusinasi dengan cara yang ke empat yaitu aktivitas yang terjadwal (mencuci gelas). Sebelum perawat mengajarkan SP 4 tersebut pasien mengatakan cara mengontrol halusinasi dengan mandiri yaitu dengan cara melakukan kegiatan memasak ketika pasien dirumah. Sebelum dilakukan strategi pelaksanaan yang ke 4 pasien mampu mengulang cara menghardik halusinasi, obat-obatan yang dikonsumsi setiap hari, namun pasien lupa bagaimana cara bercakap-cakap dengan orang lain ketika mendengar suara yang tidak ada wujudnya tersebut. Saat dilakukannya tindakan pasien sangat kooperatif pasien mampu mengikuti dan kontak mata pasien bertambah pasien mampu menatap mata perawat.

Implementasi hari ke 5 dilakukan pada tanggal 16 Februari 2024 pada pukul 06.30 WIB mengajarkan distraksi relaksasi dengan mendengarkan musik. Saat pasien ditanya apakah suka mendengarkan music? Pasien menjawab tidak suka musik saat dirawat pasien hanya melihat dan mendengarkan teman-temannya berlatih menyanyi. Ketika dilakukannya tindakan mengontrol halusinasi dengan mendengarkan musik pasien

kooperatif mau mengikuti, pasien mengatakan mau meminta kepada petugas jaga untuk mendengarkan musik ketika mendengarkan suara yang tidak ada wujudnya.

Penulis tidak menerapkan implementasi yang akan diberikan oleh keluarga karena penulis tidak bisa bertemu dengan keluarga pasien. Pentingnya penerapan strategi pelaksanaan Penulis tidak menerapkan implementasi SP 4, penulis juga tidak melakukan implementasi strategi pelaksanaan yang berhubungan dengan keluarga karena penulis tidak dapat bertemu dengan keluarga pasien. Pentingnya menerapkan strategi pelaksanaan pada keluarga sangat berpengaruh pada proses penyembuhan pasien dengan dukungan dari keluarga yang baik akan mempermudah pasien untuk mampu mengontrol halusinasi pendengaran yang dialaminya. Jika strategi pelaksanaan terhadap keluarga tidak dilaksanakan maka berdampak pada kondisi yang dialami pasien dimana akan berkemungkinan pasien mengalami kekambuhan karena tidak mendapatkan perawatan yang maksimal atau dukungan keluarga saat dirumah, seharusnya penulis melakukan Pendidikan pada keluarga agar keluarga mampu memberikan perawatan yang maksimal kepada pasien ketika dirumah.

5.5 Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan yang penulis lakukan dengan menggunakan pendekatan subyektif, obyektif, assessment, perencanaan atau SOAP. Dalam studi kasus ini evaluasi yang diharapkan telah sesuai dengan target pencapaian diantaranya verbalisasi mendengar suara bisikan menurun, perilaku halusinasi menurun, distorsi sensori membaik, respon sesuai stimulus membaik, konsentrasi membaik dan orientasi membaik.

Evaluasi hari pertama dilakukan pada tanggal 10 Februari 2024 pukul 11.00 WIB yaitu masalah pasien belum teratasi, pasien belum mengenali

halusinasinya namun setelah dilakukan interaksi pasien mengatakan pasien belum mengenali halusinasinya namun saat diajak berinteraksi pasien mengatakan mendengar suara perempuan yang mengucapkan terimakasih ketika bangun tidur dan saat menyendiri, suara hilang timbul, dan saat suara tersebut timbul mengatakan tidak suka atau kesal. Pasien mampu mengikuti cara mengontrol halusinasi yang diajarkan oleh perawat. Evaluasi dibuktikan dengan tanda subyektif: pasien mengatakan setelah mendiskusikan halusinasi yang dialami dan cara menghardik pasien merasa senang, pasien mengatakan masih mendengar suara yang tidak ada wujudnya terutama saat bangun tidur, suara tersebut berisi perempuan mengucapkan terimakasih dan seseorang yang menyuruh untuk mengusap/ menggelap pintu sel kamar, pasien mengatakan lupa dengan cara menghardik halusinasi yang telah diajarkan oleh perawat. Data obyektif: pasien tampak senyum-senyum sendiri, kontak mata pasien saat diajak berkomunikasi atau berinteraksi masih kurang sering menunduk, pasien tampak tidak berkonsentrasi ketika saat diajak berkomunikasi karena terpengaruh oleh lingkungan. Assesment: masalah Gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran belum teratasi. Planning: melanjutkan intervensi mengajarkan cara mengontrol halusinasi dengan mengkonsumsi obat-obatan, 5 benar cara meminum obat, jenis obat-obatan yang dikonsumsi dan efeknya.

Evaluasi keperawatan hari ke 2 dilakukan pada tanggal 13 Februari 2024 pukul 13.00 WIB yaitu dengan melatih strategi pelaksanaan yang ke 2 mengajarkan cara mengontrol halusinasi dengan mengkonsumsi obat-obatan, 5 benar cara meminum obat, jenis obat-obatan yang dikonsumsi dan efeknya.

Didapatkan data obyektif: pasien mengatakan merasa senang setelah diajak berbincang-bincang cara mengontrol halusinasi dengan minum obat, pasien masih mendengar suara-suara yang tidak ada wujudnya hilang timbul waktu pagi hari setelah bangun tidur suara tersebut cewek mengucapkan terimakasih, pasien mengatakan lupa ketika diminta untuk mengulangi cara menghardik halusinasi dengan minum obat-obatan. Data obyektif: kontak mata bertambah pasien tidak sering untuk menunduk saat berkomunikasi, pasien mudah terdistrac, pasien masih tampak senyum-senyum sendiri, pasien masih mengingat cara menghardik halusinasi. Assesment: masalah Gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran belum teratasi. Planning: melanjutkan intervensi cara mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap.

Evaluasi keperawatan ke 3 dilakukan pada tanggal 13 Februari 2024 pukul 16.30 WIB ditemukan hasil evaluasi keperawatan dengan data subyektif: pasien mengatakan sudah tidak mendengar halusinasi lagi, pasien mengatakan kapan saya pulang ya kakak? Pasien masih mengingat cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik dan jenis obat-obatan yang dikonsumsi, pasien harus dipancing terlebih dahulu ketika mengulangi cara mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap. Data obyektif: kontak mata ada, terkadang masih suka senyum-senyum sendiri, pasien masih mudah terdistrac. Assessment: masalah Gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran teratasi. Planning: lanjutkan intervensi melatih cara mengontrol halusinasi dengan cara ke empat yaitu aktivitas yang terjadwal.

Evaluasi keperawatan hari ke 4 dilakukan pada tanggal 15 Februari 2024 pukul 10.00 WIB ditemukan hasil data subyektif: pasien mengatakan merasa

senang setelah belajar cara mengontrol halusinasi dengan aktivitas yang terjadwal yaitu mencuci gelas, pasien sudah tidak mendengar suara halusinasi yang tidak ada wujudnya, pasien mampu mengulangi cara mengontrol halusinasi dengan menghardik dan obat-obatan, pasien lupa dengan mengontrol halusinasi cara ke tiga yaitu bercakap-cakap. Data obyektif: keadaan umum pasien baik, pasien kooperatif, pasien tidak terdistrac oleh lingkungan, pasien mampu mengikuti perawat saat diajarkan cara mencuci gelas dan mengulangi secara mandiri. Assessment: masalah Gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran teratasi. Planning: melanjutkan intervensi cara mengontrol halusinasi dengan distraksi mendengarkan music.

Evaluasi keperawatan hari ke 5 dilakukan pada tanggal 16 Februari 2024 pada pukul 14.40 WIB didapatkan data subyektif: pasien mengatakan sudah tidak mendengarkan suara yang tidak ada wujudnya seperti suara perempuan yang mengucapkan terimakasih dan seseorang yang menyuruh untuk mengelap pintu engsel kamar, pasien mampu mengulangi cara menghardik halusinasi, obat-obatan yang dikonsumsi dan efek jika tidak mengonsumsi obat, distraksi dengan mendengarkan music, cara aktivitas yang terjadwal mencuci gelas, namun pasien lupa dengan cara mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap. Data obyektif: kontak mata ada, keadaan umum pasien baik, konsentrasi pasien baik, pasien mampu bercakap-cakap atau berkomunikasi dengan baik sesuai dengan pertanyaan yang diberikan oleh perawat. Assessment: masalah Gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran teratasi. Planning: hentikan intervensi masalah gangguan persepsi sensori:

halusinasi pendengaran teratasi. Planing: intervensi keperawatan dihentikan pasien rencana pulang.

Dalam pandangan islam terhadap seseorang yang mengalami gangguan termasuk halusinasi pendengaran bahwa setiap cobaan yang dihadapi manusia merupakan ujian kehidupan yang diberikan oleh Allah S.W.T. Al-qur'an juga memberikan petunjuk tentang bagaimana seharusnya kita bersikap dalam menghadapi cobaan dan ujian termasuk dengan Gangguan persepsi sensoris: halusinasi pendengaran.

Qur'an surah Al-Baqarah ayat 286:

اِيْكَفِ اللّٰهُ نَفْسًا اِلَّا وُسْعَهَا لَهَا مَا كَسَبَتْ وَعَلَيْهَا مَا اكْتَسَبَتْ رَبَّنَا لَا تُؤَاخِذْنَا اِنْ نَسِيْنَا اَوْ اَخْطَاْنَا رَبَّنَا
وَلَا تَحْمِلْ عَلَيْنَا اِصْرًا كَمَا حَمَلْتَهُ عَلٰى الَّذِيْنَ مِنْ قَبْلِنَا رَبَّنَا وَلَا تُحَمِّلْنَا مَا لَا طَاقَةَ لَنَا بِهِ وَاَعْفُ عَنَّا
وَاعْفِرْ لَنَا وَاَرْحَمْنَا اَنْتَ مَوْلَانَا فَانصُرْنَا عَلٰى الْقَوْمِ الْكَافِرِيْنَ ﴿٢٨٦﴾

“ Allah S.W.T tidak membebani seseorang melainkan sesuai dengan kesanggupannya. Ia mendapat pahala (dari kebajikan) yang diusahakannya dan mendapatkan siksa (dari kejahatan) yang dikerjakan. (Mereka berdoa): ya Tuhan kami janganlah Engkau hukum kami jika kami lupa atau kami tersalah. Ya Tuhan kami janganlah Engkau bebankan kepada kami beban yang berat sebagaimana Engkau bebankan kepada orang-orang sebelum kami. Ya Tuhan kami, janganlah Engkau pikulkan kepada kami apa yang tidak sanggup kami memikulnya. Beri maaf kepada kami dan rahmatilah kami. Engkau penolong kami maka tolonglah kami terhadap kaum yang kafir (Al-baqarah, 286)”.

Gangguan persepsi sensoris: halusinasi pendengaran adalah ujian dari Allah yang harus kita hadapi dengan sabar dan tawakal. Dalam pemberian evaluasi keperawatan pada Gangguan persepsi sensoris: halusinasi pendengaran harus

dilakukan dengan penuh kehati-hatian dan kebijaksanaan, serta selalu mengingatkan diri untuk selalu berdoa dan memohon kepada Allah S.W.T dalam menghadapi cobaan.



BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 Kesimpulan

Penulis telah melakukan asuhan keperawatan pada Tn.E dengan masalah keperawatan Gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran selama 9 hari dimulai tanggal 8-16 Februari 2024. Metode pengambilan data melalui proses keperawatan yakni; melalui pengkajian, membuat analisa data, menegakkan diagnosis keperawatan, menyusun intervensi keperawatan, melakukan implementasi dari rencana yang sudah dibuat, serta mengevaluasi hasil tindakan yang telah dilakukan. Keseluruhan data diperoleh penulis baik dari wawancara, observasi, studi dokumentasi secara langsung dengan tindakan keperawatan yang telah dilakukan pada klien dengan diagnosa medis skizofrenia dengan masalah keperawatan Gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran diperoleh kesimpulan meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan sebagai berikut :

6.1.1 Pengkajian

Dari hasil pengkajian yang didapatkan data pasien berusia 34 tahun, jenis kelamin laki-laki, pasien tinggal di kabupaten S, pasien tidak memiliki riwayat keturunan gangguan jiwa. Data subjektif yang didapatkan yaitu Pasien mendengar suara perempuan yang mengucapkan terimakasih ketika bangun tidur dan saat menyendiri, suara hilang timbul, dan saat suara tersebut timbul mengatakan tidak suka atau kesal. Data objektif

yang didapatkan yaitu . Pasien tampak senyum- senyum sendiri, pasien tampak sering tertawa terbahak-bahak, pasien sering duduk sendiri disamping tempat tidurnya, berbicara terkadang tidak sesuai dengan yang ditanyakan perawat, mudah terdistraksi oleh lingkungan.

6.1.2 Diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan yang muncul pada pasien berdasarkan data pengkajian yang didapatkan adalah Gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran.

6.1.3 Intervensi keperawatan

Intervensi atau rencana keperawatan yang dilakukan penulis terhadap pasien yaitu berdasarkan tujuan dan kriteria hasil dari SIKI yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 kali interaksi persepsi sensori pasien membaik dengan kriteria hasil: verbalisasi mendengar bisikan menurun, perilaku halusinasi menurun, distorsi sensori membaik, melamun menurun, mondar-mandir menurun, respon sesuai stimulus membaik, konsentrasi membaik, orientasi membaik. Intervensi keperawatan yang telah diberikan diharapkan dapat mengontrol halusinasi yang dialaminya dan pada tujuan khusus diharapkan pasien mampu membina hubungan saling percaya dengan perawat, pasien dapat mengenali halusinasinya, pasien mampu mengontrol halusinasinya dengan cara menghardik, meminum obat dengan benar, bercakap-cakap dengan orang lain ketika halusinasinya tersebut muncul dan melakukan aktivitas yang terjadwal serta mengontrol halusinasi dengan distraksi mendengarkan music.

6.1.4 Implementasi keperawatan

Tindakan keperawatan yang dilakukan kepada pasien selama 9 hari berupa pelaksanaan SP 1 yaitu melatih strategi pelaksanaan yang pertama dengan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik yaitu dengan mengucapkan didalam hati sambil menutup mata pergi-pergi kamu suara palsu aku tidak mau pendengaramu. Untuk SP 2 yaitu mengajarkan kepada pasien cara mengontrol halusinasi dengan mengkonsumsi obat-obatan jenis obat-obatan yang dikonsumsi setiap harinya yang meliputi Trifluoperazine berwarna biru, Trihexyphenidyl berwarna kuning, Chlorpromazine berwarna oranye namun hanya bisa menyebutkan warna dari obat tersebut dan efek dari minum obat yaitu merasakan kantuk atau mengantuk. Untuk SP ke 3 yaitu mengajarkan pasien cara bercakap-cakap dengan orang lain ketika mendengarkan suara halusinasi tersebut, Selanjutnya SP yang ke 4 yaitu mengajarkan pasien cara mengontrol halusinasi dengan melatih melakukan aktivitas yang terjadwal (mencuci gelas), penulis memilih kegiatan mencuci gelas karena keterbatasan kegiatan yang ada atau yang bisa dilakukan di rumah sakit. Untuk intervensi atau perencanaan yang selanjutnya yaitu mengontrol halusinasi dengan cara distraksi mendengarkan music. Pasien juga ada SP keluarga namun peneliti tidak merencanakan dan melakukan SP keluarga karena studi kasus ini dilakukan di rumah sakit dan pasien tidak dikunjungi oleh keluarga.

6.1.5 Evaluasi keperawatan

Evaluasi pada pasien dengan masalah keperawatan Gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran dapat tercapai sesuai dengan target setelah 5 kali interaksi pasien sudah mampu mengontrol halusinasi sesuai dengan tindakan keperawatan yang sudah diberikan kepada pasien. Meskipun pasien sering terlupa cara mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dan harus dipancing terlebih dahulu agar mengingat kembali. Sesuai dengan kriteria hasil yang sudah ditentukan dengan bukti pasien mampu mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, pasien masih mengingat jenis obat-obatan dari warna yang setiap hari dikonsumsi dan bagaimana efek dari tidak mengonsumsi obat-obatan setiap hari, Pasien mampu melakukan aktivitas dengan mencuci gelas secara mandiri dan pasien mengatakan ketika halusinasi tersebut muncul di rumah pasien melakukan kegiatan atau melakukan aktivitas memasak untuk mengontrolnya. Target yang dicapai adalah persepsi sensori pasien membaik dengan verbalisasi mendengarkan suara bisikan menurun, perilaku halusinasi sering tersenyum dan tertawa sendiri menurun, distorsi sensori pasien membaik, respon sesuai stimulus atau konsentrasi pasien membaik, orientasi pasien membaik.

6.2 Saran

1. Bagi profesi keperawatan

Diharapkan perawat bisa mengembangkan dan memanfaatkan lagi intervensi keperawatan Gangguan persepsi sensori: halusinasi

pendengaran dalam karya tulis ini agar dapat memberikan pelayanan yang terbaik bagi pasien. Selain itu karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat menambah wawasan khususnya dibidang keperawatan terutama saat pemberian Asuham keperawatan pada pasien *Skizofrenia* dengan masalah keperawatan Gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran.

2. Bagi rumah sakit

Diharapkan hasil dari larya tulis ilmiah ini dapat menjadi referensi lain serta dapat menjadi acuan untuk dikembangkan terutama dalam pemberian Asuham keperawatan pada pasien *Skizofrenia* dengan masalah keperawatan Gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran.

3. Bagi institusi

Diharapkan hasil dari karya tulis ilmiah ini dapat menjadi tambahan referensi dan dapat menjadi bahan ajar yang efektif terutama untuk mata kuliah keperawatan jiwa.

4. Bagi peneliti

Diharapkan hasil dari studi kasus ini dapat menjadi literatur bagi peneliti selanjutnya untuk mengembangkan ilmu keperawatan khususnya dalam pemberian Asuham keperawatan pada pasien *Skizofrenia* dengan masalah keperawatan Gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran.

5. Bagi pasien

Diharapkan pasien dengan masalah keperawatan Gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran ini dapat mengontrol halusinasinya secara mandiri sesuai dengan cara yang telah diajarkan perawat selama dirawat di Rumah Sakit Jiwa dengan tujuan agar pasien mampu mengontrol halusinasinya secara mandiri ketika halusinasinya tersebut tiba-tiba muncul dan agar tidak berefek yang lebih parah atau dapat membahayakan diri sendiri dan orang lain.



DAFTAR PUSTAKA

- Agustin, A. (2017). Aplikasi Menghardik Terhadap Penurunan Tingkat Halusinasi Pendengaran Pada Pasien Skizofrenia Di RSJD dr. Amino Gondohutomo Semarang (Doctoral dissertation, Universitas Muhammadiyah Semarang).
- Alfi, A. F. (2021). Pembinaan Keagamaan Pada Lansia dan Anak Terlantar di Panti Pelayanan Sosial Lanjut Usia Sudagaran Banyumas. (Doctoral dissertation, IAIN Purwokerto).
- Anugrah, T. (2021). Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn . E Dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran Di Ruangan Dolok Sangguli i.1– 38.<https://doi.org/10.31219/osf.io/c3dzx>
- Butcher H. K., Bulechek G. M., Dochterman J. N., & Wagner C.M., (2018).Nursing Interventions Classification (NIC). Edisi ke tujuh. Editor Bahasa Indonesia: Intansari Nurjannah dan Roxsana Devi Tumanggor. Jakarta: Penerbit Elsevier Inc.
- Dinkes Jatim. (2022). Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur 2022. Surabaya: Dinkes Jatim.
- Farida, F., Eva, N., & Viatrie, D. I. (2018). Hubungan Status Sosial Ekonomi dan Subjective Well Being Pada Ibu Penderita Skizofrenia. *Jurnal Sains Psikologi*, 7(1), 107-109.
- Fitrikasari, A. (2022) Buku ajar skizofrenia. Semarang : UNDIP Press
- Hapsari, N. S. (2019). *Pengaruh Afirmasi Positif Terhadap Tingkat Halusinasi Pada Pasien Skizofrenia Di Rsj Prof. Dr. Soeroyo Magelang* (Doctoral dissertation, Skripsi, Universitas Muhammadiyah Magelang).
- Hermanus, M. B., Polii, B., & Mandey, L. C. (2015). Aerob and Anaerob Treatments to BOD, COD, pH, and Dominant of Bacteria of Dessicated Coconut Industry Wastewater of PT. Global Coconut, Radey, South Minahasa. *Jurnal Ilmu dan Teknologi Pangan*, 3(2).
- Ikhwanudin, N. (2021). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Skizofrenia Dengan Masalah Keperawatan Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi (Pendengaran) Di RSJD Dr. Arif Zainudin Surakarta (Doctoral dissertation, Universitas Muhammadiyah Ponorogo).
- Istichomah, I., & Fatihatur, R. (2019). The Effectiveness Of Family Knowledge About Schizophrenia Toward Frequency Of Recurrence Of Schizophrenic Family Members At Poly Mental Grhasia Mental Hospital DI Yogyakarta. *Jurnal Kesehatan Samodra Ilmu*, 10(2), 116-126.
- Keliat & Akemat (2015). Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa, Jakarta: EGC

- Kemenkes, R. I. (2019). Situasi kesehatan jiwa di Indonesia. *Jakarta: Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI (Infodatin)*.
- Lestari, M. D. (2019). *Analisis hubungan faktor kepatuhan minum obat dengan tingkat kekambuhan (Relapse) pada pasien rawat jalan Skizofrenia di Rumah Sakit khusus hayunanto Medical Center Malang periode 2016 dan 2017* (Doctoral dissertation, Universitas Islam Negeri Maulana Malik Ibrahim).
- Moorhead S., Swanson E., Johnson M dan Maas M.L. (2018). Klasifikasi Luaran Keperawatan/ Nursing Outcomes Classification (NOC): Pengukuran Outcome Kesehatan. Edisi keenam. Editor Bahasa Indonesia: Intansari Nurjannah. Jakarta: Penerbit Elsevier Inc.
- Muhith, A. (2015). Pendidikan Keperawatan Jiwa(Teori dan Aplikasi). Yogyakarta: Andi.
- NANDA-I. (2020). NANDA-I diagnosis keperawatan: definisi dan klasifikasi 2021-2023. Edisi 12, editor: T. Heather Herdman, Shigemi Kamitsuru, Camila Takao Lopes; alih Bahasa Budi Anna Keliat, Henny Suzana Mediani, Tantut Sutanto; editor penyelaras: Monica Ester, Pamilih eko Karyuni, edisi 12. Jakarta: EGC.
- Ni'mah, U. (2022). The Living Qur'an: Self-Healing dengan Ayat-ayat al-Qur'an. *Al-Manar: Jurnal Kajian Alquran dan Hadis*, 8(2), 65-88.
- Prabowo, E. (2014). Konsep & aplikasi asuhan keperawatan jiwa. *Yogyakarta: Nuha Medika*.
- Ramadhani, R., & Bina, N. S. (2021). Statistika Penelitian Pendidikan: Analisis Perhitungan Matematis dan Aplikasi SPSS. Prenada Media.
- Riyadi, A., Rahman, H. F., & Baitus, S. (2022). Pengaruh Terapi Murattal Al-Qur'an Terhadap Tingkat Skala Halusinasi Pendengaran Pasien Skizofrenia di Ruang Rawat Inap Jiwa Paviliun Seroja RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso. *Al-Asalmiya Nursing: Jurnal Ilmu Keperawatan (Journal of Nursing Sciences)*, 11(1).
- Sadok, I., Gamian, A., & Staniszevska, M. M. (2017). Chromatographic analysis of tryptophan metabolites. *Journal of separation science*, 40(15), 3020-3045.
- SDKI. (2017). Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Perawat Nasional Indonesia.
- SIKI. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Perawat Nasional Indonesia.
- SLKI. (2019). Standar Luaran Keperawatan Indonesia. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Perawat Nasional Indonesia.
- Stuart, G. W. (2016). Prinsip dan Praktik Keperawatan Jiwa Stuart Buku 2: Edisi Indonesia. *Elseiver, Singapore*.

- Sulahyuningsih, E., Pratiwi, A., & Teguh, S. (2016). Pengalaman Perawat Dalam Mengimplementasikan Strategi Pelaksanaan (Sp) Tindakan Keperawatan Pada Pasien Halusinasi Di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta (Doctoral dissertation, Universitas Muhammadiyah Surakarta).
- Ulfa, M., & Rizanizarli, R. (2020). Tindak Pidana Turut Serta Melakukan Kekerasan Terhadap Anak Oleh Anak (Suatu Penelitian di Wilayah Hukum Pengadilan Negeri Jantio). *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Bidang Hukum Pidana*, 4(2), 315-324.
- Wahyuni, D. (2017). Perbedaan Perpanjangan Interval QTc Antara Perempuan dengan Skizofrenia Suku Melayu yang Mendapat Pengobatan Olanzapin dan Risperidon (Doctoral dissertation, Universitas Sumatera Utara).
- Widiyanto, D. (2015). Penderita sakit jiwa di Jawa Tengah masih tinggi. Retrieved from <http://krjogja.com/read/258461/penderita-sakit-jiwa-dijawa-tengah-masih-tinggi-kr>
- Widowati, I., Pratikwo, S., & Saleh, R. (2023). Asuhan Keperawatan Jiwa Risiko Perilaku Kekerasan dan Latihan Mengontrol Marah Dengan Cara Fisik Ke-2 (Memukul Bantal atau Kasur) Pada Sdr.I dan Sdr.S di Ruang Gatotkaca RSJD Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah. *Jurnal Lintas Keperawatan*, 4(1), 12.
- Videbeck, S. L. (2020). *Psychiatric-Mental Health Nursing Eight Edition*.
- Yusuf, A. H., Fitryasari P. K. R., & Nihayati, H. E. (2015). Buku ajar keperawatan kesehatan jiwa.
- Mashudi, S. (2021) Buku Ajar ASUHAN KEPERAWATAN SKIZOFRENIA. Global Aksara Pres, Indonesia. ISBN 978-623-62423-3-8

Lampiran 1 Penjelasan mengikuti studi kasus

PENJELASAN UNTUK MENGIKUTI STUDI KASUS

1. Kami adalah peneliti berasal dari institusi Universitas Muhammadiyah Ponorogo jurusan Keperawatan program studi D III Keperawatan dengan ini meminta anda untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam studi kasus yang berjudul Asuhan keperawatan jiwa pada pasien *Skizofrenia* dengan masalah keperawatan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran.
2. Tujuan dari studi kasus ini adalah untuk menerapkan pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran yang dapat memberikan manfaat berupa menambah ilmu, pengetahuan dan wawasan dalam keperawatan terutama tentang penanganan atau pemberian asuhan keperawatan jiwa pada pasien Skizofrenia yang tepat dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran, studi kasus ini akan berlangsung selama kurang lebih 6 bulan.
3. Prosedur pengambilan bahan data dengan cara wawancara terpimpin dengan menggunakan pedoman wawancara yang akan berlangsung kurang lebih 15-20 menit. Cara ini menyebabkan ketidaknyamanan tetapi anda tidak perlu khawatir karena studi kasus ini untuk kepentingan pengembangan asuhan keperawatan atau pelayanan keperawatan.
4. Keuntungan yang anda peroleh dalam keikutsertaan anda pada studi kasus ini adalah anda turut terlibat aktif mengikuti perkembangan asuhan atau tindakan yang diberikan.

5. Nama dan jati diri anda beserta seluruh informasi yang saudara sampaikan akan tetap dirahasiakan.
6. Jika saudara membutuhkan informasi sehubungan dengan studi kasus ini, silahkan menghubungi peneliti pada nomor: 08885923945

PENELITI



Destya Eka Ramadhaning
21613413



Lampiran 1 Informed consent

INFORMED CONSENT**(Persetujuan Menjadi Partisipan)**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai studi kasus yang akan dilakukan oleh Destya Eka Ramadhaning dengan judul Asuhan keperawatan jiwa pada pasien Skizofrenia dengan masalah keperawatan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran.

Saya memutuskan setuju untuk ikut berpartisipasi pada studi kasus ini secara sukarela tanpa paksaan. Bila selama studi kasus ini saya menginginkan mengundurkan diri, maka saya dapat mengundurkan diri sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun.

Rabu, 8 Februari 2024.....

Sanksi


(Kharisma - A.K.)

Yang memberi persetujuan


(.....)

Rabu, 8 Februari 2024.....

Peneliti


Destya Eka Ramadhaning

21613413

Lampiran 2 SP Standar Intervensi Keperawatan

A. PROSES KEPERAWATAN

1. Kondisi Klien :
2. Diagnosis Keperawatan :
3. Tujuan :
4. Tindakan Keperawatan :

1. Mengevaluasi SP 1-4

2. Mengajarkan cara mengontrol halusinasi dengan tehnik distraksi mendengarkan musik

B. STRATEGI KOMUNIKASI

Fase orientasi

“Assalamualaikum, selamat siang Tn. E masih ingat dengan saya, hayoo siapa nama saya? Bagus sekali..., Tn. E siang ini terlihat ganteng dan bersemangat sekali.. Bagaimana Tn. E masih mendengar suara bisikan atau suara-suara yang tidak berwujud? Alhamdulillah.. Tn. E masih ingat cara untuk distraksi sembari menghardik halusinasi bila suara tersebut tiba-tiba muncul? Coba Tn. E praktikan! Baguss sekali.. bagaimana kalau obat yang di minum oleh Tn. E masih ingat? Coba disebutkan dan efek samping yang mungkin muncul apa saja jika Tn. E mengkonsumsi obat tersebut? Waahh luar biasa baguss.. kalau cara untuk bercakap-cakap jika suara-suara tersebut tiba-tiba muncul? Coba Tn. E praktikan! Baguss sekali luar biasa.. kalau mengontrol halusinasi dengan cara aktivitas mencuci gelas bagaimana caranya masih ingat? Baguss sekali Tn. E”. “sesuai kontak tadi pagi kita siang ini akan belajar cara

mengontrol halusinasi dengan melakukan distraksi mendengarkan musik. Mau dimana kita mengobrol? Berapa lama? 10 menit atau 15 menit? Baik..”

Fase kerja

“Untuk cara mengontrol halusinasi dengan tehnik distraksi mendengarkan music jika Tn. E tiba-tiba mendengar suara yang tidak ada wujudnya lagi Tn. E bisa meminta tolong kepada petugas untuk menyalakan sebuah music kesukaan Tn. E. Saya praktikan terlebih dahulu ya bagaimana caranya! Pertama Tn. E mendekat ke petugas pak/bu saya mendengar suara yang tidak ada wujudnya saya ingin mendengarkan music kesukaan saya agar suara tersebut hilang! Sekarang coba Tn. E yang mempraktikan kembali! Waahh bagus sekali Tn. E luar biasa.. cara ini bisa digunakan untyk mengontrol halusinasi jika tiba-tiba suara yang tidak ada wujudnya itu muncul kembali.”

Fase terminasi

“Bagaimana perasaan Tn. E setelah kita belajar bersama tentang cara mengontrol halusinasi dengan tehnik distraksi mendnegarkan musik? Coba sekarang Tn. E peragakan lagi cara mengontrol halusinasi dengan cara mendengarkan musik! Wahh bagus sekali, Tn. E bisa melakukan hal tersebut bila suara- suara yang tidak ada wujudnya itu muncul”. “Mau berapa kali Tn. E mengontrol halusinasi dengan cara distraksi mendengarkan music dalam sehari? Baik saya masukan ke jadwal harian ya, nanti bisa melakuakan secara mandiri ya”. Nanti siang kita latihan lagi ya, mau dijam berapa? Jam 14.00? baik ... berapa menit 10 menit atau 15 menit? Baik.. mau dimana di halaman belakang atau di ruang tamu? Baik, sampai jumpa nanti.. Assalamualaikum..

Lampiran 3 SP 1 Nursing Interventions Classification

A. PROSES KEPERAWATAN

1. Kondisi Klien :
2. Diagnosis Keperawatan :
3. Tujuan :
4. Tindakan Keperawatan :
 1. Memonitor isi halusinasi, mendiskusikan persaan dan respon terhadap halusinasi, mengajarkan cara menghardik halusinasi.
 2. Menganjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi.

B. STRATEGI KOMUNIKASI

Fase Orientasi

“Selamat pagi, assalamualaikum bolehkah saya berkenalan dengan anda? Nama saya Destya Eka Ramadhaning saya senang dipanggil Destya. Kalau saya boleh tau nama anda siapa? Senang dipanggil siapa? Baik...”

“Bagaimana kalau kita hari ini mengobrol tentang suara-suara yang sering didengar oleh Tn. E yang tidak tampak wujudnya? Berapa lama kita ngobrol? 10 menit atau 15 menit? Baik. Dimana kita akan berbincang-bincang? Diruang tamu atau ditaman belakang? Baik.”

Fase Kerja

“apakah Tn. E sering mendengar suara yang tanpa ada wujudnya? Apa yang dikatakan oleh suara itu? Apakah suara itu terus muncul atau hanya sewaktu-waktu saja? Kapan Tn. E paling sering mendengar suara tersebut? Berapa kali dalam sehari? Pada waktu kapan apakah pada saat Tn. E sendiri? Baik...”.

“Bagaimana perasaan Tn. E saat mendengar suara yang tidak ada wujudnya tersebut? Baik..”. “Apa yang Tn. E lakukan ketika suara tersebut muncul? Apakah dengan cara tersebut suara tersebut akan hilang?”. “Bagaimana kalau kita belajar cara untuk mengontrol halusinasi agar suara-suara tersebut tidak muncul?”. “Ada 4 cara Tn. E pertama dengan cara menghardik halusinasi kedua dengan cara meminum obat ketiga dengan cara bekap-cakap atau berkomunikasi dengan orang lain dan yang keempat dengan cara melakukan distraksi misalnya melakukan aktivitas”. “Bagaimana kalau kita belajar 1 cara dulu yaitu mengontrol halusinasi dengan cara menghardik? Caranya seperti ini jika Tn. E mendengar suara tersebut Tn. E bilang didalam hati pergi-pergi kamu suara palsu saya tidak ingin mendengarmu. Begitu diulang sampai suara tersebut hilang”. “Coba Tn. E peragakan! Waahhh baguss sekali Tn. E! coba diulang sekali lagi! Ya baguss luarbiasaaa”. “Saya masukan ke jadwal harian ya nanti jika Tn. E melakukannya dengan cara mandiri conteng yang huruf M, jika melakukan dengan di ingatkan atau dengan bantuan conteng yang huruf B, jika Tn. E tidak melakukan conteng yang huruf T”.

Tahap Terminasi

“Bagaimana perasaan Tn. E setelah kita berbincang bincang tadi? Coba sekarang Tn. E peragakan lagi cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik! Wahh bagus sekali, Tn. E bisa melakukan hal tersebut bila suara- suara yang tidak ada wujudnya itu muncul”. “Mau berapa kali Tn. E mengontrol halusinasi dengan cara menghardik dalam sehari? Baik saya masukan ke jadwal harian ya, nanti bisa melakuakan secara mandiri ya”. Nanti siang kita latihan lagi ya, mau dijam berapa? Jam 14.00? baik ... berapa

menit 10 menit atau 15 menit? Baik.. mau dimana di halaman belakang atau di ruang tamu? Baik, sampai jumpa nanti.. Assalamualaikum..



Lampiran 4 SP 2 Nursing Interventions Classification

A. PROSES KEPERAWATAN

1. Kondisi Klien :
2. Diagnosis Keperawatan :
3. Tujuan :
4. Tindakan Keperawatan :
 1. Mengevaluasi SP 1
 2. Mengajarkan cara mengontrol halusinasi dengan minum obat-obatan.

B. STRATEGI KOMUNIKASI

Fase Orientasi

“Selamat siang, assalamualaikum Tn. E bagaimana apakah masih mendengar suara-suara yang tidak ada wujudnya? Alhamdulillah, Tn. E masih ingat tadi bagaimana cara menghardik halusinasi jika halusinasi tersebut tiba-tiba muncul? Wahh bagusssss, coba Tn. E praktikan Kembali! Bagusss sekali Tn. E masih ingat cara menghardik halusinasi yang kita pelajari tadi pagi. Sesuai kontrak siang ini kita berbincang-bincang lagi tentang cara minum obat dengan benar mau dimana? Berapa lama 15 menit? Baikkk”

Fase Kerja

“ Tn. E sebelum saya perkenalkan obat-obatan yang akan Tn. E minum saya akan memperkenalkan 5 benar cara minum obat terlebih dahulu, yang pertama yaitu benar pasien, yang kedua yaitu benar obat, yang ketiga yaitu benar dosis, yang keempat yaitu benar cara meminumnya, yang ke lima yaitu benar waktunya, coba Tn. E ulangi kembali 5 benar cara minum obat!

Bagusss sekaliii Tn. E, selanjutnya saya akan menjelaskan obat-obatan yang akan diminum oleh Tn. E, ini yang warna oren Namanya Clorpmazine (CPZ), yang warna putih Namanya Trihexyphenidyl (THP), yang berwarna biru ini namanya Risperidon. Obat-obat ini diminum 2x sehari masing-masing 1 tablet tidak lebih dan tidak kurang ya. Efeknya setelah Tn. E minum obat ini akan mengantuk, lemas dan ingin tidur terus tetapi tidak apa-apa. Bagaimana apakah bapak/ibu sudah mengerti? Baik bagusss sekalii... Tn. E nanti tidak boleh berhenti meminum obat tanpa instruksi dari dokter. Jika Tn. E berhenti meminum obat tanpa instruksi dari dokter gejala-gejala seperti mendengarkan sesuatu tersebut akan kambuh Kembali.”

Fase Terminasi

“Bagaimana Tn. E perasaanya setelah kita berbincang-bincang tentang 5 benar cara meminum obat dan macam-macam obat yang diminum oleh Tn. E? Alhamdulillahhh, Coba Tn. E ulangi Kembali 5 benar cara meminum obat dan macam-macam obat yang diminum oleh Tn. E! wahhhhh bagusss sekaliii, sekarang kita masukan ke jadwal harian yaa, Tn. E mau memasukannya sendiri? Bagusss sekalii...”. “Bagaimana jika besok pagi kita berbincang lagi tentang cara yang ke tiga yaitu bercakap-cakap? Kira-kira besok mau dijam berapa? Jam 9? Mau di halaman belakang atau di ruang sini lagi? Baik Tn. E sampai jumpa besok, selamat siang...”

Lampiran 5 SP 3 Nursing Interventions Classification

A. PROSES KEPERAWATAN

1. Kondisi Klien :
2. Diagnosis Keperawatan :
3. Tujuan :
4. Tindakan Keperawatan :
3. Mengevaluasi SP 2.
4. Mengajarkan berbicara dengan orang lain yang dapat dipercaya (mis. Perawat atau teman) untuk memberikan dukungan dan umpan balik.
5. Mengajarkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi.

B. STRATEGI KOMUNIKASI

Fase Orientasi

“Assalamualaikum, selamat pagi Tn. E bagaimana tidurnya semalam nyenyak? Alhamdulillah..... Masih mendengar suara-suara yang tidak ada wujudnya? Tn. E masih ingat cara mengontrol halusinasi dengan cara distraksi nafas dalam sembari menghardik halusinasi sesuai yang diajarkan kemarin? Coba Tn. E praktikan kembali! Bagus sekali Tn. E masih ingat.. bagaimana kalau cara meminum obat dan obat-obatan yang Tn. E minum masih ingat? Luarr biasa bagus sekali Tn. E masih mengingat semuanya..., Selanjutnya hari ini sesuai kontrak kemarin sore kita akan belajar tentang cara berbincang-bincang dengan orang lain atau berkomunikasi dengan orang

yang dipercaya jika halusinasi tersebut tiba-tiba muncul mau dinamakan? Disini atau di halaman belakang? Berapa lama 10 menit atau 15 menit? Baikkk...”

Fase Kerja

“Sekarang kita belajar dengan cara yang ketiga yaitu bercakap-cakap dengan orang lain. Jadi jika Tn. E mendengar suara yang tidak ada wujudnya tersebut langsung saja Tn. E mencari teman untuk diajak mengobrol, meminta teman untuk mengobrol dengan Tn. E. Contohnya seperti ini: tolong, saya mendengar bisikan atau suara yang tidak ada wujudnya ayo mengobrol dengan saya agar suara tersebut hilang! Begitu.. coba Tn. E lakukan sesuai dengan apa yang telah saya contohkan.. Ya begitu, bagus sekali. Coba lakukan sekali lagi, iya bagus.. nah dilatih terus yaa.”

Fase Terminasi

“Bagaimana Tn. E setelah kita mengobrol cara bercakap-cakap dengan orang lain agar suara-suara tersebut hilang? Alhamdulillah... Apakah Tn. E masih ingat dengan cara yang saya ajarkan tadi? Bagusss.... coba Ny. X praktikan kembali! Bagusss sekali Tn. E luar biasa.. kita masukan jadwal harian yaa.. mau saya yang memasukan atau Tn. E sendiri yang memasukan? Bagusss silahkan Tn. E masih ingat ya untuk huruf M Tn. E melakukan sendiri untuk huruf B Tn. E melakukan dengan bantuan dan huruf T jika Tn. E tidak melakukan..bagusss.. mau berapa kali dalam sehari Tn. E latihan secara mandiri? Baikkk..”. “Tn. E nanti siang bagaimana kalau kita mengobrol Kembali?, mau dijam berapa? Bagaimana kalau jam 2? Mau dimana?

Halaman depan atau halaman belakang atau diruangan? Baikk.. sampai berjumpa nanti siang Tn. E assalamualaikum...”



Lampiran 6 SP 4 Nursing Interventions Classification

A. PROSES KEPERAWATAN

1. Kondisi Klien :
2. Diagnosis Keperawatan :
3. Tujuan :
4. Tindakan Keperawatan :
 1. Mengevaluasi SP 4
 2. Mengajarkan distraksi dengan melakukan aktivitas
 3. Mengajarkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi

B. STRATEGI KOMUNIKASI

Fase Orientasi

“Assalamualaikum, selamat siang Tn. E masih ingat dengan saya, hayoo siapa nama saya? Bagus sekali..., Tn. E siang ini terlihat ganteng dan bersemangat sekali.. Bagaimana Tn. E masih mendengar suara bisikan atau suara-suara yang tidak berwujud? Alhamdulillah.. Tn. E masih ingat cara untuk distraksi sembari menghardik halusinasi bila suara tersebut tiba-tiba muncul? Coba Tn. E praktikan! Bagus sekali.. bagaimana kalau obat yang di minum oleh Tn. E masih ingat? Coba disebutkan dan efek samping yang mungkin muncul apa saja jika Tn. E mengkonsumsi obat tersebut? Waahh luar biasa bagusss.. kalau cara untuk bercakap-cakap jika suara-suara tersebut tiba-tiba muncul? Coba Tn. E praktikan! Bagus sekali luar biasa..”. “sesuai kontak tadi pagi kita siang ini akan belajar cara mengontrol halusinasi dengan melakukan aktivitas. Mau dimana kita mengobrol? Berapa lama? 10 menit atau 15 menit? Baik..”

Fase Kerja

“Tn. E masih ingat kegiatan apa yang Tn. E lakukan Ketika ada di rumah bisa disebutkan? Saya masukan ke daftar yaa.. baguss sekali, ada lagi? Bagussss.. Ada 4 kegiatan yang Tn. E ingat dan bisa dilakukan di rumah sakit. Bagaimana kalau kita belajar kegiatan yang pertama dahulu yaitu membereskan tempat tidur jadi Ketika bangun tidur suara tersebut muncul Tn.E bisa mengalihkan dengan cara merapikan tempat tidur, Saya ajari terlebih dahulu yaa.. yang pertama sisihkan dulu selimut, bantal dan guling setelah itu bersihkan tempat tidur menggunakan sapu lidi setelah bersih rapikan terlebih dahulu seprainya dengan cara memasukan sisa seprai di pojok maupun di samping seperti ini yaa, setelah itu lipat selimut dan taruh diatan tengah lalu bantal dan guling nahh seperti ini.. Coba sekarang Tn. E praktikan kembali! Baguss sekali Tn. E sekarang bisa dibedakan sebelum dan sesudah dirapikan. Tn. E bisa melakukan setiap bangun tidur atau Ketika suara tersebut tiba-tiba muncul.

Fase Terminasi

“Bagaimana perasaanya Tn. E setelah kita mengobrol tentang cara mengontrol halusinasi dengan cara melakukan aktivitas yang terjadwal? Tn. E masih ingat bagaimana caranya tadi? Coba Tn. E praktikan kembali! Baguss sekali, jika suara tersebut muncul Tn. E bisa melakukan hal tersebut.. Kita masukan ke jadwal harian yaa, .. kita masukan kejadwal harian yaa.. mau saya yang memasukan atau Tn. E sendiri yang memasukan? Baguss silahkan Tn. E masih ingat ya untuk huruf M Tn. E melakukan sendiri untuk huruf B Tn. E melakukan dengan bantuan dan huruf T Tn. E tidak

melakukan..bagusss.. mau berapa kali dalam sehari Tn. E melakukan aktivitas tersebut dalam sehari? Bagus sekali..”. “Bagaimana kalau kita besok pagi berbincang-bincang lagi untuk Latihan aktivitas yang terjadwal kedua yaitu membersihkan kamar tidur dengan cara menyapu? Mau dimana? Jam berapa? Bagaimana kalau jam 2? Baik... Sampai jumpa besok pagi Tn. E assalamualaikum.”



Lampiran 8 Surat Pengambilan Data Awal



UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PONOROGO FAKULTAS ILMU KESEHATAN

Jl. Budi Utomo No. 10 Ponorogo 63471 Jawa Timur Indonesia
Telepon (0352) 481124, Faksimile (0352) 461796, email: akademik@umpo.ac.id website :
www.umpo.ac.id
Akreditasi Institusi oleh BAN-PT = B
(SK Nomor 77/SK/BAN-PT-PPJ/PT/IV/2020)

Nomor : 518/IV.6/PN/2023

Ponorogo, 18 Oktober 2023

Hal : Permohonan Ijin Data Awal

Kepada :

Yth. Direktur RSJD dr. Arif Zainuddin Surakarta

Di-

Surakarta

Assalamu 'alaikum wr. wb.

Disampaikan dengan hormat bahwa sebagai rangkaian pelaksanaan Ujian Akhir Program (UAP) Mahasiswa Program Studi D3 Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Ponorogo Tahun Akademik 2023/2024, maka mahasiswa / mahasiswi diwajibkan untuk menyusun Data Awal lingkup Keperawatan, maka bersama ini mengharap bantuan dan kerjasama Bapak / Ibu dapatnya memberikan kemudahan dalam melaksanakan izin data awal untuk Karya Tulis Ilmiah (KTI). Data yang di perlukan adalah: **Data pasien Skizofrenia dengan Gangguan persepsi sensori Halusinasi pendengaran**
Adapun nama mahasiswa / mahasiswi sebagai berikut :

Nama : DESTYA EKA RAMADHANING
NIM : 21613413
Prodi : D3 Keperawatan

Demikian, atas bantuan dan kerjasamanya di sampaikan terima kasih.

Wassalamu 'alaikum wr. wr.



Destya Andarmoyo, S. Keperawatan, Ns., M. Kes., Ph.D
NIK 19791215 200302 12

Lampiran 9 Surat Permohonan Izin Awal (penelitian)



UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PONOROGO
FAKULTAS ILMU KESEHATAN

Jl. Budi Utomo No. 10 Ponorogo 63471 Jawa Timur Indonesia
Telepon (0352) 481124, Faksimile (0352) 461796, email: akademik@umpo.ac.id website :
www.umpo.ac.id
Akreditasi Institusi oleh BAN-PT = B
(SK NO. 77/SK/BAN-PT/Ak/PPJ/PT/IV/2020)

Nomor: 88/IV.6/KM-PN/2024

Ponorogo, 5 Februari 2024

H a l : Permohonan Izin Studi Kasus (Penelitian)

Yth. Direktur RSJD dr. Arif Zainudin

Di-

Surakarta

Assalamu'alaikum wr. wb.

Disampaikan dengan hormat bahwa sebagai rangkaian pelaksanaan Ujian Akhir Program (UAP) Pendidikan Prodi D-3 Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Ponorogo Tahun Akademik 2023/2024, maka mahasiswa / mahasiswi diwajibkan untuk menyusun Karya Tulis Ilmiah (Studi Kasus) lingkup Keperawatan.

Untuk kegiatan dimaksud mengharap bantuan dan kerjasama Bapak / Ibu dapatnya memberikan izin kepada mahasiswa / mahasiswi kami dalam pengambilan Studi Kasus penyusunan Karya Tulis Ilmiah. Adapun nama mahasiswa / mahasiswi sebagai berikut :

Nama : Destya Eka Ramadhani
NIM : 21613413
Lokasi : RSJD dr. Arif Zainudin Surakarta
Waktu : 2 minggu
Judul Riset/KTI : Asuhan keperawatan jiwa pada pasien Skizofrenia dengan masalah keperawatan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran

Demikian, atas bantuan dan kerjasamanya di sampaikan terima kasih.

Wassalamu 'alaikum wr. wb.



Sulistyo Andarmoyo, S. Kep., Ns., M. Kes., Ph.D
NIK 19791215 200302 12

08885925945

Lampiran 10 Surat Pengantar Pra Penelitian



PEMERINTAH PROVINSI JAWA TENGAH
RUMAH SAKIT JIWA DAERAH Dr. ARIF ZAINUDIN
 Jalan Ki Hajar Dewantoro 80 Jebres Kotak Pos 187 Surakarta 57126
 Telepon (0271) 641442 Faksimile (0271) 648920
 E-mail : rsjsurakarta@jatengprov.go.id Website : <http://rsjd-surakarta.jatengprov.go.id>

SURAT PENGANTAR PRA PENELITIAN

Yang bertandatangan dibawah ini Kepala Sub Bagian Pendidikan dan Pengembangan Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. Arif Zainudin Provinsi Jawa Tengah, menerangkan bahwa :

Nama : Destya Eka Ramadhaning
 NIM : 21613413
 Institusi : Universitas Muhammadiyah Ponorogo

Adalah mahasiswa yang sedang melaksanakan **Pra Penelitian** di Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. Arif Zainudin selama 1 (satu) bulan terhitung dari tanggal 16 Februari s/d 16 Maret 2024. Maka mohon untuk dapat memfasilitasi kegiatan mahasiswa tersebut.

Demikian Surat Pengantar ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya dengan penuh tanggung jawab.

Surakarta, 16 Februari 2024
 Kepala Sub Bagian Pendidikan & Pengembangan
 RSJD Dr. Arif Zainudin Provinsi Jawa Tengah


Juli Muhamad Kartiko, S.Kep, Ns
 NIP. 19710723 199403 1 003

Lampiran 11 Hasil Uji Etik



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
 INSTITUT ILMU KESEHATAN STRADA INDONESIA
KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN
HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE
 Jalan Manila No. 37 Sumberece Kediri - 64133, Jawa Timur - Indonesia
 Telp. 081335721919, Fax (0354) 695130, website: <http://www.kepk-ik-strada.ac.id>, e-mail: kepkstrada@gmail.com

KETERANGAN KELAIKAN ETIK "ETHICAL CLEARANCE"

Nomor: 000696/EC/KEPK/I/01/2024

Komite Etik Penelitian Kesehatan Institut Ilmu Kesehatan STRADA Indonesia dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan subyek penelitian kesehatan, telah mengkaji dengan teliti protokol berjudul:

The Health Research Ethics Committee Institut Ilmu Kesehatan STRADA Indonesia in the effort to protect the rights and welfare of research subjects of health, has reviewed carefully the protocol entitled: Asuhan keperawatan jiwa pada pasien Skizofrenia dengan masalah keperawatan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran

Peneliti Utama : Destya Eka Ramadhaning
Principal Researcher
 Anggota Peneliti :
Members of Researcher
 Nama Institusi : Universitas Muhammadiyah Ponorogo
Name of Institution

Dan telah menyetujui protokol tersebut di atas.
And approved the above-mentioned protocol.



Ditetapkan di : Kediri
Specified in
 Tanggal : 10 Januari 2024
Date
 Ketua,
Chairwoman,

Erma Retnaningtyas, SST.,Bd.,SKM.,M.Kes
 NIK : 13.07.1972

Keterangan: Notes:

Persetujuan etik ini berlaku selama satu tahun sejak tanggal ditetapkan
This ethical clearance is effective for one year from the due date

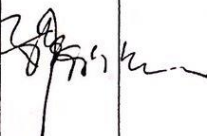
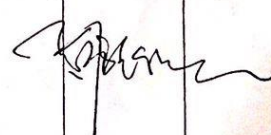
Pada akhir penelitian, laporan pelaksanaan penelitian harus diserahkan ke Komisi Etik Penelitian Kesehatan
In the end of the research, progress and final summary report should be submitted to the Health Research Ethics Committee

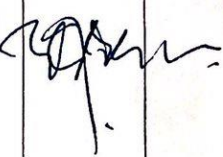
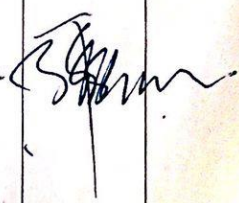
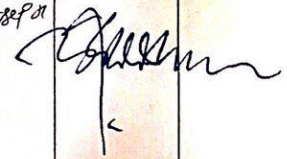
Jika ada perubahan atau penyimpangan protokol dan atau perpanjangan penelitian, harus mengajukan kembali permohonan kajian etik penelitian

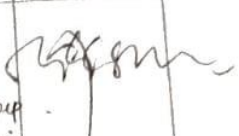
If there be any protocol modification or deviation and or extension of the study, the principal investigator is required to resubmit the protocol for approval

Jika ada kejadian serius yang tidak diinginkan (KTD) harus segera dilaporkan ke Komisi Etik Penelitian Kesehatan
If there are Serious Adverse Events (SAE) should be immediately reported to the Health Research Ethics Committee

Lampiran 12 Lembar bimbingan pembimbing 1

NO.	HARI/TANGGAL	REKOMENDASI	TANDA TANGAN
1		Acc judul Diperkenankan melanjutkan BAB I	
2.		- Introduction masukan dari Gangguan jiwa, Skizofrenia, Halusinasi - Justifikasi fullir hasil data di RS jiwa - motto fullir mining - buktipan (nama belakang, tahun). - Dr - dr.	
3	27-10-2023	merapikan bab fulliran.	

NO.	HARI/TANGGAL	REKOMENDASI	TANDA TANGAN
3.	5 November 2023	1. cek tanda baca 2. cek penulisan /, jarak 3. cek / kalimat asing ditulis ulang -	
1.	15 November 2023	1. koreksi keseluruhan 2. Cek penulisan 3. future konsep ulang.	
5	21 November 2023	tambahkan SP persapa sensor kalibrasi 1.	

NO.	HARI/TANGGAL	REKOMENDASI	TANDA TANGAN
	19/05/29.	1. Sub bab ditulis bold. 2. Implementasi ditulis sesuai dgn rencana Askep. 3. Bulat ttp implementasi	
	29/mei 2029	1. Perbaiki penulisan. 2. Judul -> Askep. 3. Konsul bab 6.	
	9/mei 2029	1. Konsul keseluruhan	

