

**KARYA TULIS ILMIAH**

**STUDI DOKUMENTASI GANGGUAN SENSORI PERSEPSI:  
HALUSINASI PENDENGARAN PADA PASIEN DENGAN  
SKIZOAFEKTIF**



Oleh :  
**UYUN DWIRANTO**  
NIM : 2317073

**YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA  
AKADEMI KEPERAWATAN "YKY"  
YOGYAKARTA  
2020**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**STUDI DOKUMENTASI GANGGUAN SENSORI PERSEPSI:  
HALUSINASI PENDENGARAN PADA PASIEN DENGAN  
SKIZOAFEKTIF**

Tugas Akhir Ini Untuk Memenuhi Syarat Menyelesaikan  
Pendidikan Program Diploma III Keperawatan  
Akaademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta

**Oleh :**

**UYUN DWIRANTO  
NIM : 2317073**

**YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA  
AKADEMI KEPERAWATAN “YKY”  
YOGYAKARTA  
2020**

## **PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Uyun Dwiranto

NIM : 2317073

Program Studi : Diploma III Keperawatan

Institusi : Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan pengambilan alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya aku sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Karya Tulis Ilmiah ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Yogyakarta, 03 Juli 2020

Pembuat pernyataan

Uyun Dwiranto

NIM: 2317073

## KARYA TULIS ILMIAH

### STUDI DOKUMENTASI GANGGUAN SENSORI PERSEPSI: HALUSINASI PENDENGARAN PADA PASIEN DENGAN SKIZOAFEKTIF

Oleh :

**UYUN DWIRANTO**  
NIM : 2317073

Telah dipertahankan di depan Dewan Penguji Karya Tulis Ilmiah  
Akper "YKY" Yogyakarta pada tanggal 04 Juli 2020

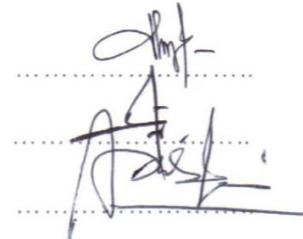
Dewan Penguji :

Tanda Tangan

Nunung Rachmawati, S.Kep.Ns.M.Kep

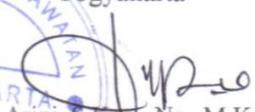
Ns.Sutejo, M.Kep.Sp.Kep.J

Tenang Aristina, S.Kep.Ns.M.Kep



Mengesahkan  
Direktur Akper "YKY"  
Yogyakarta



  
Tri Arini, S.Kep, Ns., M.Kep  
NIK: 114103052

## MOTTO

“Ketika semua hal tidak sejalan dengan kemauan kita, ingatlah bahwa sebuah pesawat terbang melawan angin, bukan mengikutinya.”

(Henry Ford)

“Makin luas ilmunya, makin luas pula kasih sayangnya, begitulah sejatinya seorang lelaki.”

(Ibnu Qayyim Al-Jauziyyah)

“Hidup ini bukan lomba lari, tapi lomba berbagi. Yang berharga bukan seberapa cepat kita meraih impian, tapi seberapa banyak manfaat yang bisa kita berikan kepada orang lain saat impian tersebut akhirnya terwujud.”

(Dwi Suwiknyo)

Al’ilmu kassyajari bilaa tsamarin “ilmu bila tidak diamankan bagaikan pohon yang tak berbuah”, karena ilmu yang bermanfaat adalah amalan yang tidak pernah putus pahalanya sampai akhir zaman.

(Uyun Dwiranto)

## PERSEMBAHAN

*Karya tulis ini ku persembahkan kepada:*

- ☞ Ayah dan Ibu tercinta yang selama ini selalu menyertai dengan doa di setiap langkahku, yang telah memberi dorongan semangat dan memberi dukungan moril serta materi.
- ☞ Adikku Eva S, dan semua keluarga yang telah memberiku dukungan dan semangat.
- ☞ Teman spesialku Rohana M W yang selalu mengiringi dalam setiap langkah, memberi dukungan, semangat, dan banyak membantuku selama kuliah.
- ☞ Teman-teman kelas 3B Akper “YKY” angkatan ke 23 (Bisquad\_23), yang telah memberikan banyak warna selama masa kuliah.
- ☞ Almamaterku Akper “YKY” Yogyakarta.

## **KATA PENGANTAR**

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan segala Rahmatnya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah dengan judul “Studi Dokumentasi Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi Pendengaran Pada Pasien Dengan Skizoafektif” guna memenuhi sebagian persyaratan menyelesaikan Pendidikan Program D III Keperawatan Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta.

Penulis menyadari kelemahan serta keterbatasan yang ada sehingga dalam menyelesaikan studi dokumentasi ini memperoleh bantuan dari beberapa pihak, dalam kesempatan ini penulis mengucapkan terimakasih kepada :

1. Ibu Tri Arini, S.Kep.Ns.M.Kep selaku direktur Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta yang telah memberikan kesempatan dalam melaksanakan studi kasus ini.
2. Ibu Nunung Rachmawati, S.Kep.Ns.M.Kep selaku dosen pembimbing I yang selalu memberi waktu bimbingan dan arahan selama melaksanakan studi kasus ini.
3. Bapak Ns.Sutejo, M.Kep.Sp.Kep.J selaku dosen pembimbing II yang selalu memberi waktu bimbingan dan arahan selama melaksanakan studi kasus ini.
4. Ibu Tenang Aristina, S.Kep.Ns.M.Kep selaku tim penguji pada seminar studi kasus ini.
5. Seluruh Dosen Akademi Keperawatan YKY Yogyakarta yang telah memberikan ilmunya kepada penulis.

Penulis menyadari bahwa studi kasus ini masih banyak kekurangan baik isi maupun susunan. Semoga studi kasus ini dapat bermanfaat tidak hanya bagi penulis juga bagi para pembaca.

Yogyakarta, 04 Juli 2020

Uyun Dwiranto

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN SAMPUL DALAM</b> .....	i
<b>HALAMAN PERNYATAAN KEASLIAN</b> .....	ii
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	iii
<b>HALAMAN MOTTO</b> .....	iv
<b>HALAMAN PERSEMBAHAN</b> .....	v
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	vi
<b>DAFTAR ISI</b> .....	viii
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	x
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	xi
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	xii
<b>ABSTRAK</b> .....	xiii
<b>BAB I PENDAHULUAN</b> .....	1
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	5
C. Tujuan .....	5
D. Ruang Lingkup.....	6
E. Manfaat .....	6
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	8
A. Konsep Skizoafektif .....	8
1. Definisi .....	8
2. Etiologi .....	8
3. Manifestasi .....	8
4. Klasifikasi.....	9
5. Penatalaksanaan.....	9
6. Konsep Dasar Keluarga.....	10
B. Halusinasi .....	11
1. Definisi .....	11
2. Etiologi .....	12
3. Klasifikasi.....	15
4. Fase-fase Halusinasi .....	17
5. Rentang Respon.....	19
6. Pohon Masalah .....	20
7. Tanda dan Gejala.....	21
8. Penatalaksanaan.....	22
C. Asuhan Keperawatan Pada Pasien Halusinasi .....	24
1. Pengkajian .....	24
2. Diagnosa Keperawatan.....	27
3. Perencanaan Keperawatan.....	29
4. Tindakan Keperawatan.....	34
5. Evaluasi Keperawatan .....	34
6. Dokumentasi.....	35
D. Kerangka Teori.....	36
<b>BAB III METODE STUDI KASUS</b> .....	37
A. Jenis dan Rancangan Studi Kasus .....	37

B. Objek Studi Kasus.....	37
C. Lokasi dan Waktu .....	37
D. Definisi Operasional.....	38
E. Instrumen Studi Kasus .....	38
F. Teknik Pengumpulan Data.....	38
G. Analisa Data .....	39
H. Etika Penulisan .....	39
I. Alur Studi Kasus .....	40
<b>BAB IV HASIL dan PEMBAHASAN.....</b>	<b>42</b>
A. Hasil .....	42
B. Pembahasan.....	45
C. Keterbatasan Studi Kasus.....	51
<b>BAB V KESIMPULAN dan SARAN .....</b>	<b>52</b>
A. Kesimpulan .....	52
B. Saran.....	53
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	
<b>LAMPIRAN</b>	

## **DAFTAR TABEL**

Tabel 3.1 Definisi Operasional .....	38
--------------------------------------	----

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Pohon masalah.....	20
Gambar 2.2 Rentang Respon Neurobiologi Halusinasi .....	20
Gambar 2.3 Kerangka Teori.....	36
Gambar 3.1 Alur Studi Dokumentasi.....	42

## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1 Jadwal Kegiatan

Lampiran 2 Bukti Bimbingan

Lampiran 3 Dokumen Asuhan Keperawatan Jiwa

Uyun Dwiranto. (2020). Studi Dokumentasi Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi Pendengaran Pada Pasien Dengan Skizoafektif.

Pembimbing: Nunung Rachmawati, Sutejo

### **Abstrak**

Skizoafektif merupakan gangguan jiwa berat dengan gejala skizofrenia (gangguan berpikir, delusi dan halusinasi) dan gejala afektif (depresi atau manik). Data pasien RSJ Grhasia Yogyakarta selama 3 tahun terakhir sebanyak 14.203 orang, pasien dengan halusinasi sebanyak 19,17%. Apabila pasien dengan halusinasi tidak segera dilakukan pengobatan dapat menyebabkan risiko perilaku kekerasan, perubahan persepsi sensori: halusinasi, isolasi sosial: menarik diri. Tujuan penulisan Karya Tulis Ilmiah ini untuk mengetahui Gambaran Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi Pendengaran Pada Pasien Dengan Skizoafektif. Metode yang digunakan dalam studi kasus ini dengan pendekatan studi dokumentasi, dengan cara penelusuran data historis/mempelajari dokumen laporan asuhan keperawatan jiwa gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran pada pasien skizoafektif di Wisma Arjuna RSJ Grhasia Yogyakarta. Dalam kasus ini pasien mendapat terapi obat clozapine 25 mg/12 jam, frimania 400 mg/8 jam, dan risperidone 2 mg/8 jam. Dari data hasil pengkajian didapatkan masalah keperawatan yang muncul pada Sdr E yaitu gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran, rencana keperawatan yang dibuat sedikit berbeda dengan teori namun untuk secara garis besar isinya sama, pelaksanaan yang dilakukan yaitu tumpukan 1-4, sedangkan tumpukan 5 belum terlaksana, evaluasi dari keseluruhan yaitu masalah teratasi sebagian. Peran keluarga sangat penting dalam proses penyembuhan dan mencegah agar pasien dengan gangguan jiwa tidak kambuh lagi. Kesimpulan dari Karya Tulis Ilmiah ini adalah setelah melakukan studi dokumentasi, penulis mendapatkan gambaran gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran pada pasien dengan skizoafektif.

**Kata kunci:** Halusinasi, Skizoafektif, Studi Dokumentasi

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Kesehatan merupakan hal yang sangat penting dalam kehidupan, baik kesehatan secara fisik maupun kejiwaan. Menurut Yahoda dalam Yosep dan Sutini (2016), kriteria sehat jiwa yaitu: sikap positif terhadap diri sendiri, tumbuh kembang dan aktualisasi diri, *integrasi* (keseimbangan/keutuhan), otonomi, persepsi realita, *environmental mastery* (kecakapan dalam beradaptasi dengan lingkungan).

Pada zaman modern ini, banyak orang yang mengalami stres, kecemasan dan kegelisahan, apabila hal tersebut diabaikan dapat mengakibatkan gangguan jiwa. Seseorang dikatakan mengalami gangguan jiwa apabila ditemukan adanya gangguan fungsi mental, yang meliputi: emosi, pikiran, perilaku, perasaan, motivasi, kemauan, keinginan, daya tilik diri, dan persepsi sehingga mengganggu dalam proses hidup di masyarakat (Nasir dan Muhith, 2011).

Salah satu gangguan jiwa berat adalah skizoafektif. Menurut Hawari (2014), skizoafektif masih termasuk dalam golongan skizofrenia, gambaran klinis pada tipe ini didominasi oleh gangguan pada alam perasaan (*mood, affect*). Gangguan alam perasaan yang menonjol adalah perasaan gembira yang berlebihan (maniakal) dan kesedihan yang mendalam (depresi) yang silih berganti. Gangguan skizoafektif ini juga disertai waham dan halusinasi.

Statistik umum menurut WHO (2012) menunjukkan pada kasus skizoafektif ini sebanyak 0,2% dari 9% pasien yang dirawat di rumah sakit jiwa.

Sedangkan di Indonesia dengan berbagai faktor biologis, psikologis dan sosial dengan keanekaragaman penduduk, maka jumlah kasus gangguan jiwa terus bertambah yang berdampak pada penambahan beban negara dan penurunan produktivitas manusia untuk jangka panjang.

Berdasarkan data Kemenkes RI (2018), jumlah gangguan jiwa berat psikosis/skizofrenia di Indonesia dimana provinsi-provinsi dengan gangguan jiwa berat terbesar yaitu: urutan pertama adalah di Bali (11,0%), urutan kedua Yogyakarta (10,0%), urutan ketiga NTB (9,9%), urutan keempat Aceh (9,0%), dan Jawa Tengah menempati urutan kelima yaitu dengan jumlah (8,9%) dari jumlah penduduk di Indonesia. Secara rinci, penderita gangguan jiwa berat di Kabupaten Kulon Progo 19,37%, Kabupaten Bantul 5,73%, Kota Yogyakarta 7,97%, Kabupaten Gunung Kidul 6,86% dan Kabupaten Sleman 14,41%.

Undang-undang Kesehatan Jiwa No. 18 Tahun 2014 mengatur tentang pemberian pelayanan kesehatan, yang mencakup proses diagnosis dan penatalaksanaan yang tepat sehingga orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) dapat berfungsi kembali secara wajar di lingkungan keluarga, lembaga, dan masyarakat. Penatalaksanaan pada ODGJ dapat dilakukan dengan dua cara yaitu: rawat jalan dan rawat inap. Cara rawat inap dilakukan atas hasil pemeriksaan psikiatrik oleh dokter spesialis kedokteran jiwa dan/atau dokter yang berwenang dengan persetujuan tindakan medis secara tertulis.

Salah satu gejala yang menyertai skizoafektif adalah halusinasi. Halusinasi adalah hilangnya kemampuan manusia dalam membedakan rangsangan internal (pikiran) dan rangsangan eksternal (dunia luar). Klien

memberi persepsi atau pendapat lingkungan tanpa ada objek atau rangsangan yang nyata (Direja, 2017). Menurut Yosep (2010), halusinasi disebabkan oleh dua faktor yaitu: faktor presipitasi (dimensi fisik, dimensi emosional, dimensi intelektual, dimensi sosial, dimensi spiritual), dan faktor predisposisi (faktor perkembangan, faktor sosiokultural, faktor biokimia, faktor psikologis, faktor genetik dan pola asuh).

Halusinasi menjadi salah satu masalah kesehatan jiwa yang cukup serius. Apabila tidak segera mendapat pengobatan maka akan berdampak sangat merugikan diri sendiri maupun orang lain, seperti melukai diri sendiri dan orang lain, terjadi gangguan orientasi realitas, gangguan interpersonal menarik diri, gangguan komunikasi verbal dan nonverbal, koping individu tidak efektif, gangguan perawatan diri, potensi amuk. Halusinasi juga berpotensi menyebabkan gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh (Kusumawati dan Hartono, 2011).

Upaya yang dilakukan perawat pada salah satu wisma di RSJ Ghrasia Yogyakarta diantaranya dengan menggunakan standar asuhan keperawatan (SAK). Perawat sebagai pelaksana asuhan keperawatan bertanggung jawab memberikan asuhan keperawatan secara komperhensif yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, dan dokumentasi. Setelah kondisi membaik, selanjutnya dilakukan rehabilitasi, namun upaya-upaya tersebut dirasa masih kurang berhasil dan belum membuahkan hasil dilihat dari banyaknya pasien dengan masalah gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran.

Menurut Sinurat (2019), dalam pemberian asuhan keperawatan, dukungan keluarga sangat penting untuk ikut berperan dalam mencegah terjadinya kekambuhan, karena peran keluarga yang membuat keyakinan penderita skizofrenia akan kesembuhan tentang dirinya meningkat, menyebabkan penderita skizoafektif mempunyai semangat dan motivasi dalam proses penyembuhan dan rehabilitasi dirinya. Kondisi keluarga yang saling mendukung, menghargai, dan mempunyai pandangan positif menghasilkan perasaan positif yang berarti.

Berdasarkan hasil studi pendahuluan di RSJ Grhasia Yogyakarta pada hari Senin, 3 Februari 2020, didapatkan data jumlah pasien selama 3 tahun terakhir sebanyak 14.203 orang. Dari data tersebut terdapat pasien dengan Risiko Perilaku Kekerasan sejumlah 19,84%, Halusinasi 19,17%, Perilaku Kekerasan 17,57%, Defisit Perawatan Diri 15,08%, Ketidapatuhan 7,29%, Deprivasi Tidur 6,81%, Gangguan Proses Pikir (Waham) 5,86%, Kerusakan Komunikasi Verbal 4,25%, Isolasi Sosial: Menarik Diri 4,13%. Dari data diatas dapat disimpulkan bahwa masalah yang paling sering muncul yaitu risiko perilaku kekerasan, yang kedua halusinasi, dan yang ketiga adalah perilaku kekerasan.

Berdasarkan data yang diperoleh dari buku register pada salah satu wisma di RSJ Grhasia Yogyakarta, selama 3 bulan terakhir jumlah pasien yang masuk yaitu 89 orang. Dari 89 orang pasien tersebut terdapat 66 pasien dewasa, dan 23 orang pasien lansia. Data dari hasil wawancara dengan perawat dan salah satu kepala wisma, dikatakan bahwa kebanyakan dari pasien yang masuk

ke wisma tersebut mengalami masalah risiko perilaku kekerasan dan halusinasi pendengaran.

Berdasarkan uraian diatas, maka penulis tertarik untuk melaksanakan studi kasus dengan judul Studi Dokumentasi Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Pendengaran Pada Pasien Dengan Skizoafektif.

## **B. Rumusan Masalah**

Bagaimana Studi Dokumentasi Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi Pendengaran Pada Pasien Dengan Skizoafektif.

## **C. Tujuan Studi Kasus**

### **1. Tujuan Umum**

Mengetahui Studi Dokumentasi Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi Pendengaran Pada Pasien Dengan Skizoafektif.

### **2. Tujuan Khusus**

Tujuan khusus studi dokumentasi ini adalah mengetahui gambaran tentang:

- a. Hasil studi dokumentasi pengkajian pada pasien dengan gangguan sensoris persepsi: halusinasi pendengaran.
- b. Hasil studi dokumentasi penegakan diagnosa keperawatan pada pasien dengan gangguan sensoris persepsi: halusinasi pendengaran.
- c. Hasil studi dokumentasi rencana keperawatan pada pasien dengan gangguan sensoris persepsi: halusinasi pendengaran.

- d. Hasil studi dokumentasi dari pelaksanaan keperawatan pada pasien dengan gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran.
- e. Hasil studi dokumentasi dari evaluasi keperawatan pada pasien dengan gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran.
- f. Hasil studi dokumentasi peran keluarga dalam menangani anggota keluarga yang sakit.

#### **D. Ruang Lingkup**

Studi dokumentasi ini termasuk dalam lingkup Keperawatan Jiwa. Materi yang dibahas adalah Gambaran gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran pada pasien dengan skizoafektif dengan metode studi dokumentasi. Studi dokumentasi ini dilakukan di Akper YKY Yogyakarta dengan menggunakan data dari asuhan keperawatan pada KTI mahasiswa yang telah lulus tahun 2017.

#### **E. Manfaat Studi Kasus**

##### 1. Teoritis

Studi dokumentasi ini dapat dijadikan referensi dan pengembangan penelitian dalam perkembangan ilmu keperawatan tentang masalah-masalah kesehatan yang terjadi pada pasien skizoafektif. Terutama yang mengalami gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran.

## 2. Praktis

### a. Pasien Halusinasi

Diharapkan mampu meningkatkan kemampuan pasien halusinasi dalam mengontrol halusinasinya.

### b. Keluarga Pasien

Menambah pengetahuan keluarga mengenai cara merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran khususnya dengan skizoafektif.

### c. Perawat

Memberikan acuan perawat untuk meningkatkan pelayanan dalam menentukan diagnosa dan intervensi keperawatan yang tepat pada pasien gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran dengan skizoafektif.

### d. Rumah Sakit Jiwa Grhasia Yogyakarta

Dapat dijadikan referensi dalam upaya meningkatkan pelayanan, khususnya dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran dengan skizoafektif.

### e. Bagi Institusi Akper "YKY" Yogyakarta

Dapat dijadikan sebagai referensi untuk menambah pengetahuan dan pengalaman nyata khususnya bagi mahasiswa Akper "YKY" Yogyakarta dalam pelaksanaan proses belajar tentang ilmu keperawatan jiwa.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Skizoafektif**

##### 1. Definisi

Skizoafektif merupakan kelainan yang ditandai adanya kombinasi gejala skizofrenia (gangguan berpikir, delusi dan halusinasi) dan gejala afektif (gejala depresif atau manik) (Ahmed, et al, 2011). Gangguan skizoafektif yaitu suatu gangguan jiwa yang gejala skizofrenia dan gejala afektif terjadi bersamaan dan sama-sama menonjol Yani (2015).

##### 2. Etiologi

Belum ada studi yang pasti mengenai penyebab dari gangguan skizoafektif ini. Namun gangguan ini bisa disebabkan oleh kelainan genetik, biokimia (ketidakseimbangan neurotransmitter dalam otak), ataupun karena faktor lingkungan (infeksi virus, *stressor*) (Calin dkk, 2013).

##### 3. Manifestasi

Gejala yang muncul yaitu gejala skizofrenia, diantaranya yaitu gejala positif seperti delusi/waham, halusinasi, kekacauan alam pikir, gaduh, menyimpan rasa permusuhan. Gejala negatif seperti alam perasaan (*affect*), kontak emosional amat “miskin”, pendiam, pasif dan apatis, menarik diri dari pergaulan sosial, sulit dalam berpikir abstrak, pola pikir stereotip, tidak ada/kehilangan dorongan kehendak (*avolition*) (Hawari, 2014).

Gejala-gejala afektif juga harus ada, baik tipe manik maupun depresif. Gejala afektif tipe manik diantaranya yaitu elasi dan ide-ide

kebesaran, tapi kadang-kadang kegelisahan atau iritabilitas disertai oleh perilaku agresif serta ide-ide kejaran. Terdapat peningkatan enersi, aktivitas yang berlebihan, konsentrasi yang terganggu, dan hilangnya hambatan norma sosial. Waham kebesaran, waham kejaran mungkin ada (Yani, 2015). Gejala afektif tipe depresif yaitu kesedihan yang teramat sangat, perasaan tidak berarti dan bersalah, menarik diri dari orang lain, tidak dapat tidur, kehilangan selera makan, kehilangan minat serta kesenangan dalam aktivitas yang sering dilakukan Davison, Neale dan Kring, (2012)

#### 4. Klasifikasi

Menurut Maslim (2002), dalam Ricki (2016), dikatakan bahwa klasifikasi skizoafektif sebagai berikut:

- a. Gangguan Skizoafektif Tipe Manik (F25.0)
- b. Gangguan Skizoafektif Tipe Depresif (F25.1)
- c. Gangguan skizoafektif tipe campuran (F25.2)
- d. Gangguan skizoafektif lainnya (F25.8)
- e. Gangguan skizoafektif YTT (F25.9)

#### 5. Penatalaksanaan

Farmakoterapi untuk mengatasi gejala skizoafektif tipe manik yaitu pengobatan dengan obat antipsikotik yang dikombinasikan dengan obat mood stabilizer atau pengobatan dengan antipsikotik saja. Pada kasus ini, pasien diberikan carbamazepin dan stelazine. Carbamazepine adalah obat antikejang yang digunakan sebagai stabilizer mood. Cara kerja mood stabilizer yaitu membantu menstabilkan kimia otak tertentu yang disebut

neurotransmitters yang mengendalikan temperamen emosional dan perilaku serta menyeimbangkan kimia otak tersebut sehingga dapat mengurangi gejala gangguan kepribadian borderline. Stelazine memiliki efek antiadrenergik sentral, antidopaminergik, dan efek antikolinergik minimal. Hal ini diyakini stelazine dapat bekerja dengan memblokir reseptor dopamin D1 dan D2 di jalur mesokortikal dan mesolimbik, menghilangkan atau meminimalkan gejala skizofrenia seperti halusinasi, delusi, dan berpikir dan berbicara yang tidak terarah (Putra, 2013).

## 6. Konsep Dasar Keluarga

Keluarga adalah sebuah unit kecil dalam kehidupan sosial dimasyarakat yang terdiri atas orang tua dan anak, baik yang terhubung melalui ikatan darah, perkawinan, maupun adopsi (Nasir dan Muhith, 2011).

### a. Peran Keluarga

Alasan keluarga dilibatkan dalam mencegah kekambuhan pada klien karena keluarga merupakan tempat individu pertama memulai hubungan interpersonal dengan lingkungan, keluarga merupakan suatu sistem yang utuh dan tidak terpisahkan sehingga jika ada satu yang terganggu, maka yang lain ikut terganggu, keluarga merupakan salah satu penyebab klien gangguan jiwa menjadi kambuh lagi. Oleh karena itu diharapkan jika keluarga ikut berperan dalam mencegah klien kambuh, setidaknya membantu klien untuk dapat mempertahankan derajat kesehatan mentalnya karena keluarga secara emosional tidak dapat dipisahkan dengan mudah Nasir dan Muhith (2011).

Menurut Sinurat (2019), keluarga merupakan sistem pendukung utama dalam memberi perawatan langsung pada setiap keadaan penderita skizofrenia baik itu sehat maupun sakit. Dukungan keluarga yang tinggi dapat memperkuat setiap individu, menciptakan kekuatan keluarga, memperbesar penghargaan terhadap diri sendiri, dan mempunyai potensi sebagai strategi pencegahan yang utama bagi seluruh keluarga dalam menghadapi tantangan kehidupan sehari-hari.

## **B. Halusinasi**

### **1. Definisi**

Halusinasi merupakan suatu gejala gangguan jiwa di mana klien merasakan suatu stimulus yang sebenarnya tidak ada. Klien mengalami perubahan sensori persepsi; merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan, atau penciuman. Halusinasi merupakan salah satu dari sekian bentuk psikopatologi yang paling parah dan membingungkan. Secara fenomenologis, halusinasi adalah gangguan yang paling umum dan paling penting. Selain itu, halusinasi dianggap sebagai karakteristik psikologis (Sutejo, 2018).

Halusinasi merupakan gangguan atau perubahan persepsi dimana pasien mempersepsikan sesuatu yang sebenarnya tidak terjadi. suatu penerapan panca indra tanpa ada rangsangan dari luar. Suatu penghayatan yang dialami suatu persepsi melalui panca indra tanpa stimulus eksteren: persepsi palsu (Maramis, 2005, dalam Prabowo, 2014).

## 2. Etiologi

Menurut Yosep (2010), halusinasi disebabkan oleh dua faktor yaitu:

### a. Predisposisi:

#### 1) 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.

#### 2) Faktor Sosiokultural

Seseorang yang merasa tidak diterima lingkungannya sejak bayi (*unwanted child*) akan merasa disingkirkan, kesepian, dan tidak percaya pada lingkungannya.

#### 3) Faktor Biokimia

Mempunyai pengaruh terhadap terjadinya gangguan jiwa. Adanya stress yang berlebihan dialami seseorang maka di dalam tubuh akan dihasilkan suatu zat yang dapat bersifat halusinogenik neurokimia seperti *Buffofenon* dan *Dimetytranferase* (DMP). Akibat stress berkepanjangan menyebabkan teraktivasi neurotransmitter otak. Misalnya terjadi ketidakseimbangan *acetylcholin* dan dopamin.

#### 4) Faktor Psikologis

Tipe kepribadian lemah dan tidak bertanggung jawab mudah terjerumus pada penyalahgunaan zat adiktif. Hal ini berpengaruh pada ketidakmampuan klien dalam mengambil keputusan yang tepat

demi masa depannya. Klien lebih memilih kesenangan sesaat dan lari dari alam nyata menuju alam hayal.

5) Faktor genetik dan pola asuh

Penelitian menunjukkan bahwa anak sehat yang diasuh oleh orangtua skizofrenia cenderung mengalami skizofrenia. Hasil studi menunjukkan bahwa faktor keluarga menunjukkan hubungan yang sangat berpengaruh pada penyakit ini.

b. Faktor Presipitasi:

1) Perilaku

Respons klien terhadap halusinasi dapat berupa curiga, ketakutan, perasaan tidak aman, gelisah, dan bingung, perilaku merusak diri, kurang perhatian, tidak mampu mengambil keputusan serta tidak dapat membedakan keadaan nyata dan tidak nyata. Menurut Rawlins dan Heacock (1993, dalam Yosep, 2010) mencoba memecahkan masalah halusinasi berlandaskan atas hakikat keberadaan seorang individu sebagai makhluk yang dibangun atas dasar unsur-unsur bio-psiko-sosio-spiritual sehingga halusinasi dapat dilihat dari lima dimensi yaitu:

a) Dimensi Fisik

Halusinasi dapat ditimbulkan oleh beberapa kondisi fisik seperti kelelahan yang luar biasa, penggunaan obat-obatan, demam hingga delirium, intoksikasi alkohol dan kesulitan untuk tidur dalam waktu yang lama.

b) Dimensi Emosional

Perasaan cemas yang berlebihan atas dasar problem yang tidak dapat diatasi merupakan penyebab halusinasi itu terjadi. Isi dari halusinasi dapat berupa perintah memaksa dan menakutkan. Klien tidak sanggup lagi menentang perintah tersebut hingga dengan kondisi tersebut klien berbuat sesuatu terhadap ketakutan tersebut.

c) Dimensi Intelektual

Dalam dimensi intelektual ini menerangkan bahwa individu dengan halusinasi akan memperlihatkan adanya penurunan fungsi ego. Pada awalnya halusinasi merupakan usaha dari ego sendiri untuk melawan impuls yang menekan, namun merupakan suatu hal yang menimbulkan kewaspadaan yang dapat mengambil seluruh perhatian klien dan tak jarang akan mengontrol semua perilaku klien.

d) Dimensi Sosial

Klien mengalami gangguan interaksi sosial dalam fase awal dan comforting, klien menganggap bahwa hidup bersosialisasi di alam nyata sangat membahayakan. Klien asyik dengan halusinasinya, seolah-olah ia merupakan tempat untuk memenuhi kebutuhan akan interaksi sosial, kontrol diri dan harga diri yang tidak didapatkan dalam dunia nyata. Isi halusinasi dijadikan sistem kontrol oleh individu tersebut,

sehingga jika perintah halusinasi berupa ancaman, dirinya atau orang lain individu cenderung untuk itu. Oleh karena itu, aspek penting dalam melaksanakan intervensi keperawatan klien dengan mengupayakan suatu proses interaksi yang menimbulkan pengalaman interpersonal yang memuaskan, serta mengusakan klien tidak menyendiri sehingga klien selalu berinteraksi dengan lingkungannya dan halusinasi tidak berlangsung.

e) Dimensi Spiritual

Secara spiritual klien halusinasi mulai dengan kehampaan hidup, rutinitas tidak bermakna, hilangnya aktivitas ibadah dan jarang berupaya secara spiritual untuk menyucikan diri. Irama sirkardiannya terganggu, karena ia sering tidur larut malam dan bangun sangat siang. Saat terbangun merasa hampa dan tidak jelas tujuan hidupnya. Ia sering memaki takdir tetapi lemah dalam upaya menjemput rejeki, menyalahkan lingkungan dan orang lain yang menyebabkan takdirnya memburuk.

3. Klasifikasi

Menurut Sutejo (2018), halusinasi diklasifikasikan menjadi 5 jenis, yaitu halusinasi pendengaran, halusinasi penglihatan, halusinasi pengecapan, halusinasi penghidung, dan halusinasi perabaan.

- a. Halusinasi Dengar/Suara (*Auditory hearing voices or sounds Hallucinations*)

1) Data Objektif

Mengarahkan telinga pada sumber suara, marah-marah tanpa sebab yang jelas, bicara atau tertawa sendiri, menutup telinga.

2) Data Subiektif

Mendengar suara atau bunyi gaduh, mendengar suara yang menyuruh untuk melakukan sesuatu yang berbahaya, mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap, mendengar suara orang yang sudah meninggal.

b. Halusinasi Penglihatan (*Visual Hallucinations*)

1) Data Objektif

Ketakutan pada sesuatu atau objek yang dilihat, tatapan mata menuju tempat tertentu, menunjuk ke arah tertentu.

2) Data Subjektif

Melihat makhluk tertentu, bayangan seseorang yang sudah meninggal, sesuatu yang menakutkan atau hantu cahaya.

c. Halusinasi Pengecapan (*Gustawry Hallucinations*)

1) Data Objektif

Adanya tindakan mengecap sesuatu, gerakan mengunyah, sering meludah atau muntah.

2) Data Subjektif

Klien seperti sedang merasakan makanan atau rasa tertentu, atau mengunyah sesuatu.

d. Halusinasi Penghidung (*Olfactory Hallucinations*)

1) Data Objektif

Adanya gerakan cuping hidung karena mencium sesuatu atau mengarahkan hidung pada tempat tertentu.

2) Data Subjektif

Mencium bau dari bau-bauan tertentu, seperti bau mayat, masakan, fases, bayi atau parfum. Klien sering mengatakan bahwa ia mencium suatu bau. Halusinasi penciuman sering menyertai klien demensia, kejang atau penyakit serebrovaskular.

e. Halusinasi Perabaan (*Tactfle Hallucinations*)

1) Data Objektif

Menggaruk-garuk permukaan kulit, klien terlihat menatap tubuhnya dan terlihat merasakan sesuatu yang aneh seputar tubuhnya

2) Data Subjektif

Klien mengatakan ada sesuatu yang menggerayangi tubuh, seperti tangaan, serangga, atau makhluk halus. Merasakan sesuatu yang panas dan dingin, atau tersengat aliran listrik.

4. Fase-fase Halusinasi

Menurut Direja (2017), halusinasi berkembang melalui empat fase, yaitu sebagai berikut:

a. Fase pertama

Disebut juga dengan fase *comforting* yaitu fase yang menyenangkan. Pada tahap ini masuk dalam golongan nonpsikotik. Karakteristik: klien mengalami stress, cemas, perasaan perpisahan, rasa bersalah, kesepian yang memuncak, dan tidak dapat diselesaikan. Klien mulai melamun dan memikirkan hal-hal yang menyenangkan. cara ini hanya menolong sementara. Perilaku klien: tersenyum atau tertawa yang tidak sesuai, menggerakkan bibir tanpa suara, pergerakan mata cepat, respons verbal yang lambat jika sedang asyik dengan halusinasinya, dan suka menyendiri.

b. Fase kedua

Disebut dengan fase *condemning* atau ansietas berat yaitu halusinasi menjadi menjijikkan, termasuk dalam psikotik ringan. Karakteristik: pengalaman sensori menjijikkan dan menakutkan, kecemasan meningkat, melamun, dan berfikir sendiri jadi dominan. Mulai dirasakan ada bisikan yang tidak jelas. Klien tidak ingin orang lain tahu, dan ia tetap dapat mengontrolnya. Perilaku klien: meningkatnya tanda-tanda sistem syaraf otonom seperti peningkatan denyut jantung dan tekanan darah. Klien asyik dengan halusinasinya dan tidak bisa membedakan realitas.

c. Fase ketiga

Adalah fase *controlling* atau ansietas berat yaitu pengalaman sensori menjadi berkuasa. Termasuk dalam gangguan psikotik.

Karakteristik: bisikan, suara, isi halusinasi semakin menonjol, menguasai dan mengontrol klien. Klien menjadi terbiasa dan tidak berdaya terhadap halusinasinya. Perilaku klien: kemauan dikendalikan halusinasi, rentang perhatian hanya beberapa menit atau detik. Tanda-tanda fisik berupa klien berkeringat, tremor, dan tidak mampu mematuhi perintah.

d. Fase keempat

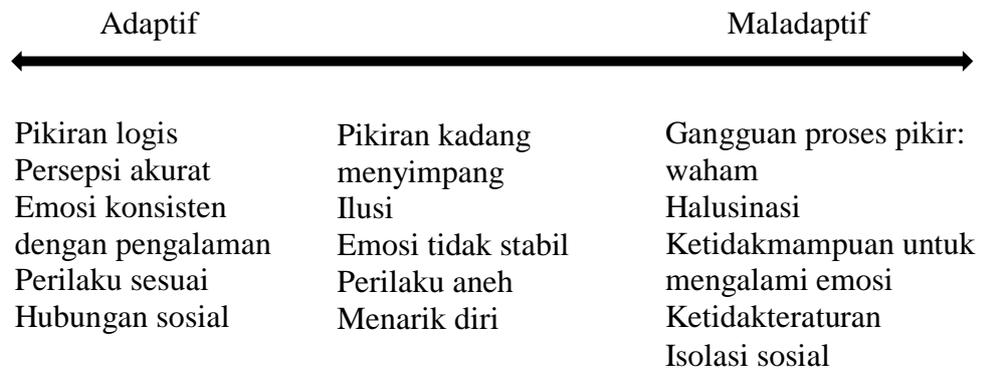
Adalah fase *conquering* atau panik yaitu klien lebur dengan halusinasinya. Termasuk dalam psikotik berat. Karakteristik: halusinasinya berubah menjadi mengancam, memerintah, dan memarahi klien. Klien menjadi takut, tidak berdaya, hilang kontrol, dan tidak dapat berhubungan secara nyata dengan orang lain di lingkungan. Perilaku klien: Perilaku teror akibat panik, potensi bunuh diri, perilaku kekerasan, agitasi, menarik diri atau kakatonik, tidak mampu merespons terhadap perintah kompleks, dan tidak mampu berespon lebih dari satu orang.

5. Rentang Respon

Halusinasi merupakan gangguan dari persepsi sensori. Sehingga halusinasi merupakan gangguan dari respons neurobiologi. Oleh karenanya, secara keseluruhan, rentang respons halusinasi mengikuti kaidah rentang respons neurobiologi.

Rentang respons neurobiologi yang paling adaptif adalah adanya pikiran logis, persepsi akurat, emosi yang konsisten dengan pengalaman,

perilaku cocok, dan terciptanya hubungan sosial yang harmonis. Sementara itu, respons maladaptif meliputi adanya waham, halusinasi, kesukaran proses emosi, perilaku tidak terorganisasi, dan isolasi sosial: menarik diri. Berikut adalah gambaran rentang respons neurobiologi.

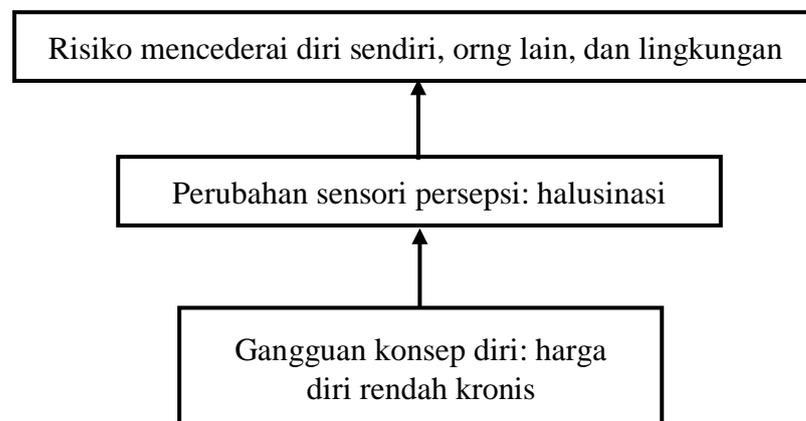


(Sumber: Stuart, 2013, dalam Sutejo, 2018)

**Gambar 2.1** Rentang Respon Neurobiologi Halusinasi

## 6. Pohon Masalah

Berikut ini merupakan pohon masalah diagnosis gangguan sensori persepsi: halusinasi



(Sumber: Keliat, 2006, dalam Sutejo, 2018)

**Gambar 2.2** Pohon masalah diagnosis halusinasi

## 7. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala halusinasi dinilai dari hasil observasi terhadap klien serta ungkapan klien. Adapun tanda dan gejala klien halusinasi menurut Sutejo (2018), adalah:

### a. Data subjektif

Berdasarkan data subjektif, klien dengan halisinasi mengatakan bahwa klien:

- 1) Mendengar suara-suara atau kegaduhan.
- 2) Mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap.
- 3) Mendengar suara menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya.
- 4) Melihat bayangan, sinar, bentuk geometris. bentuk kartun, melihat hantu atau monster
- 5) Mencium bau-bauan seperti bau darah, urine, feses, kadang-kadang bau itu menyenangkan.
- 6) Merasakan rasa seperti darah, urine. atau feses
- 7) Merasa takut atau senang dengan halusinasinya

### b. Data objektif

Berdasarkan data objektif, klien dengan gangguan sensori persepsi halusinasi melakukan hal-hal berikut:

- 2) Bicara atau tertawa sendiri
- 3) Marah-marah tanpa sebab
- 4) Mengarahkan telinga ke arah tertentu
- 5) Menutup telinga

- 6) Menunjuk-nunjuk ke arah tertentu
- 7) Ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas

#### 8. Penatalaksanaan

Menurut Prabowo (2014), penatalaksanaan halusinasi sebagai berikut:

##### a. Farmako terapi

Neuroleptika dengan dosis efektif bermanfaat pada penderita skizofrenia menahun, hasilnya lebih banyak jika mulai diberi dalam dua tahun penyakit. Neuroleptika dengan dosis efektif tinggi bermanfaat pada penderita psikomotorik yang meningkat.

##### b. Psikoterapi dan Rehabilitasi

Psikoterapi suportif individual atau kelompok sangat membantu karena berhubungan dengan praktis dengan maksud mempersiapkan pasien kembali ke masyarakat, selain itu terapi kerja sangat baik untuk mendorong pasien bergaul dengan orang lain, pasien lain, perawat dan dokter. Maksudnya supaya pasien tidak mengasingkan diri karena dapat membentuk kebiasaan yang kurang baik, dianjurkan untuk mengadakan permainan atau latihan bersama, seperti terapi modalitas yang terdiri dari:

##### 1) Terapi aktivitas

##### a) Terapi musik

Fokus: mendengar, memainkan alat musik, bernyanyi. Yaitu memkmati dengan relaksasi musik yang disukai pasien.

b) Terapi seni

Fokus: untuk mengekspresikan perasaan melalui berbagai pekerjaan seni.

c) Terapi menari

Fokus pada: ekspresi perasaan melalui gerakan tubuh.

d) Terapi relaksasi

Belajar dan praktek relaksasi dalam kelompok.

Rasional: untuk coping/prilaku maladaptif/deskriptif, meningkatkan partisipasi dan kesenangan pasien dalam kehidupan.

2) Terapi sosial

Pasien belajar bersosialisasi dengan pasien lain.

3) Terapi kelompok

Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) TAK stimulus persepsi :  
halusinasi

Sesi 1 : mengenal halusinasi

Sesi 2 : mengontrol halusinasi dengan menghardik

Sesi 3 : mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan

Sesi 4 : mencegah halusinasi dengan bercakap-cakap

Sesi 5 : mengontrol halusinasi dengan minum obat

4) Terapi lingkungan

Membuat suasana di rumah sakit seperti suasana di dalam keluarga.

## C. Asuhan Keperawatan Pada Pasien Halusinasi

### 1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan. Dalam melakukan pengkajian keperawatan ini adalah dengan mengkaji data dari klien dan keluarga tentang tanda dan gejala serta faktor penyebab, memvalidasi data dari klien dan keluarga, mengelompokkan data, serta menempatkan masalah klien. Data yang didapatkan bisa dikelompokkan menjadi dua macam yaitu:

#### a. Data subjektif

Merupakan data yang disampaikan secara lisan oleh klien dan keluarga. Data ini didapatkan melalui wawancara oleh perawat kepada klien dan keluarga.

#### b. Data objektif

Data yang ditemukan secara nyata. Data yang didapat melalui observasi atau pemeriksaan langsung oleh perawat. Data yang langsung didapat oleh perawat disebut sebagai data primer, sedangkan data yang diambil dari hasil pengkajian atau catatan tim kesehatan disebut dengan data sekunder. Setelah perawat mendapatkan data subjektif dan objektif, data tersebut dikelompokkan dan dianalisis untuk menyimpulkan masalah keperawatan klien dengan menggunakan konsep/teori keperawatan untuk menentukan masalah keperawatannya (Kusumawati dan Hartono, 2010).

Menurut Yusuf, dkk (2015), pengkajian yang dilakukan pada pasien dengan gangguan halusinasi adalah sebagai berikut :

a. Faktor Predisposisi

1) Faktor perkembangan

Hambatan perkembangan akan mengganggu hubungan interpersonal yang dapat meningkatkan stres dan ansietas yang dapat berakhir dengan gangguan persepsi. Pasien mungkin menekan perasaannya sehingga pematangan fungsi intelektual dan emosi tidak efektif.

2) 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.

3) Faktor psikologis

Hubungan interpersonal yang tidak harmonis, serta peran ganda atau peran yang bertentangan dapat menimbulkan ansietas berat, terakhir dengan pengingkaran terhadap kenyataan, sehingga terjadi halusinasi.

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 ditemukan pada pasien skizofrenia. Skizofrenia ditemukan cukup tinggi pada keluarga yang salah satu anggota keluarganya mengalami skizofrenia, serta akan lebih tinggi jika kedua orang tua skizofrenia.

### b. Faktor presipitasi

#### 1) Stresor sosial budaya

Stres dan kecemasan akan meningkat bila terjadi penurunan stabilitas keluarga, perpisahan dengan orang yang penting, atau diasingkan dari kelompok dapat menimbulkan halusinasi.

#### 2) Faktor biokimia

Berbagai penelitian tentang dopamin, norepinefrin, indolamin, serta zat halusigenik diduga berkaitan dengan gangguan orientasi realitas termasuk halusinasi.

#### 3) Faktor psikologis

Intensitas kecemasan yang ekstrem dan memanjang disertai terbatasnya kemampuan mengatasi masalah memungkinkan berkembangnya gangguan orientasi realitas. Pasien mengembangkan koping untuk menghindari kenyataan yang tidak menyenangkan.

#### 4) Perilaku

Perilaku yang perlu dikaji pada pasien dengan gangguan orientasi realitas berkaitan dengan perubahan proses pikir, afektif persepsi, motorik, dan sosial.

### 2. Diagnosa Keperawatan

Menurut Prabowo (2014), diagnosa keperawatan adalah suatu cara mengidentifikasi, memfokuskan dan mengatasi kebutuhan spesifik pasien serta respon terhadap masalah aktual dan risiko tinggi dan mencakup respon adaptif maupun maladaptif serta stresor yang menunjang.

Data yang didapat dapat dikelompokkan menjadi dua macam yaitu:

- a. Data objektif yang ditemukan secara nyata. Data ini didapatkan melalui observasi atau pemeriksaan langsung oleh perawat.
- b. Data subjektif adalah data yang disampaikan secara lisan oleh pasien dan keluarga. Data ini didapatkan melalui wawancara perawat kepada pasien dan keluarga.

Perawat dapat menyimpulkan kebutuhan atau masalah pasien dari kelompok data yang dikumpulkan. Kemungkinan kesimpulan adalah sebagai berikut:

- a. Tidak ada masalah tetapi ada kebutuhan:
  - 1) Pasien tidak memerlukan peningkatan kesehatan, pasien hanya memerlukan pemeliharaan kesehatan dan memerlukan *follow up* secara periodik karena tidak ada masalah dan pasien telah mempunyai pengetahuan untukantisipasi masalah.

- 2) Pasien memerlukan peningkatan kesehatan berupa upaya preventif dan promosi sebagai program antisipasi terhadap masalah.
- b. Ada masalah dengan kemungkinan
- 1) Risiko terjadi masalah karena sudah ada faktor yang dapat menimbulkan masalah.
  - 2) Aktual terjadi masalah disertai data pendukung.

Menurut Yusuf, dkk (2015), diagnosis yang muncul pada pasien halusinasi yaitu :

- a. Risiko perilaku kekerasan
  - b. Perubahan persepsi sensori : halusinasi
  - c. Isolasi sosial : menarik diri
3. Rencana Keperawatan

Rencana keperawatan terdiri dari tiga aspek yaitu tujuan umum, tujuan khusus, dan rencana tindakan keperawatan. Tujuan umum berfokus pada penyelesaian permasalahan dari diagnosis keperawatan dan dapat dicapai jika serangkaian tujuan khusus tercapai. Tujuan khusus berfokus pada penyelesaian penyebab dari diagnosis keperawatan. Tujuan khusus terdiri dari tiga aspek yaitu kemampuan kognitif, psikomotor, dan efektif yang perlu dimiliki pasien untuk menyelesaikan masalahnya (Kusumawati dan Hartono, 2011)

Menurut Sutejo (2018), rencana keperawatan untuk pasien dengan gangguan sensori persepsi: halusinasi sebagai berikut:

TUM : Klien tidak mencederai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan.

TUK 1: Klien dapat membina hubungan saling percaya.

a. Kriteria Hasil :

- 1) Klien dapat menunjukkan ekspresi wajah bersahabat.
- 2) Klien menunjukan rasa senang.
- 3) Ada kontak mata.
- 4) Klien mau berjabat tangan.
- 5) Klien mau menyebutkan nama.
- 6) Klien mau menjawab salam.
- 7) Klien mau duduk berdampingan dengan perawat.
- 8) Klien mau mengutarakan masalah yang dihadapinya.

b. Intervensi: Bina hubungan saling percaya dengan mengemukakan komunikasi teraupetik.

- 1) Sapa klien dengan ramah baik verbal maupun non verbal.
- 2) Perkenalkan diri dengan sopan.
- 3) Tanyakan nama lengkap klien dan nama panggilan yang disukai klien.
- 4) Jelaskan tujuan pertemuan.
- 5) Tunjukkan sikap empati dan menerima klien apa adanya.
- 6) Beri perhatian pada klien dan perhatikan kebutuhan dasar klien.

TUK II : Klien dapat mengenal halusinasinya.

a. Kriteria Hasil :

- 1) Klien dapat menyebutkan waktu, isi dan frekuensi timbulnya halusinasi.
- 2) Klien dapat mengungkapkan bagaimana perasaannya terhadap halusinasi tersebut.

b. Intervensi :

- 1) Adakan kontak sering dan singkat secara bertahap.
- 2) Observasi tingkah laku klien yang terkait dengan halusinasinya: bicara dan tertawa tanpa stimulus dan memandang ke kiri/kanan/ ke depan seolah-olah ada teman bicara.

3) Bantu klien mengenal halusinasinya dengan cara:

Jika menemukan klien sedang berhalusinasi: tanyakan apakah ada suara yang didengarnya. Jika menjawab ada, lanjutkan: apa yang dikatakan suara itu. Katakan bahwa perawat percaya klien mendengar suara itu, namun perawat sendiri tidak mendengarnya (dengan nada bersahabat tanpa menuduh/menghakimi). Katakan bahwa klien lain juga ada yang seperti klien. Katakan bahwa perawat akan membantu klien.

4) Diskusikan dengan klien:

Situasi yang menimbulkan atau tidak menimbulkan halusinasi (jika sendiri, jengkel atau sedih). Waktu dan frekuensi terjadinya halusinasi (pagi, siang, sore, dan malam: terus menerus atau sewaktu-waktu).

- 5) Diskusikan dengan klien tentang apa yang dirasakannya jika terjadi halusinasi (marah, takut, sedih, dan senang), beri kesempatan pada klien untuk mengungkapkan perasaannya.

TUK III : Klien dapat mengontrol halusinasinya

a. Kriteria Hasil :

- 1) Klien dapat menyebutkan tindakan yang biasanya dilakukan untuk mengendalikan halusinasinya.
- 2) Klien dapat menyebutkan cara baru untuk mengontrol halusinasinya
- 3) Klien dapat mendemonstrasikan cara menghardik/mengusir/ tidak mempedulikan halusinasinya.
- 4) Klien dapat mengikuti aktivitas kelompok.
- 5) Klien dapat mendemonstrasikan kepatuhan minum obat untuk mencegah halusinasi.

b. Intervensi :

- 1) Bersama klien, identifikasi tindakan yang dilakukan jika terjadi halusinasi (tidur, marah, menyibukkan diri, dll).
- 2) Diskusikan manfaat dan cara yang digunakan klien. Jika bermanfaat beri pujian kepada klien.
- 3) Diskusikan dengan klien tentang cara baru mengontrol halusinasinya:

Menghardik/mengusir/ tidak memedulikan halusinasinya, bercakap cakap dengan orang lain jika halusinasinya muncul, dan melakukan kegiatan sehari-hari.

- 4) Beri contoh cara menghardik halusinasi: “Pergi! Saya tidak mau mendengar kamu, saya mau mencuci piring/ bercakap-cakap dengan suster”.
- 5) Beri pujian atas keberhasilan klien.
- 6) Minta klien mengikuti contoh yang diberikan dan minta klien mengulanginya.
- 7) Susun jadwal latihan klien dan minta klien untuk 'mengisi jadwal kegiatan (*self-evaluation*).
- 8) Anjurkan klien untuk mengikuti terapi aktivitas kelompok, orientasi realita, stimulasi persepsi.
- 9) Klien dapat menyebutkan jenis, dosis, dan waktu minum obat, serta manfaat obat tersebut (prinsip 5 benar: benar orang, benar obat, benar dosis, benar waktu, dan benar cara pemberian).
- 10) Diskusikan dengan klien tentang jenis obat yang diminum (nama, warna, dan besarnya): waktu minum obat (jika 3x: pukul 07.00, 13.00, dan 19.00) dosis, cara.
- 11) Diskusikan proses minum obat:  
  
Klien meminta obat kepada perawat (jika di rumah sakit), kepada keluarga (jika di rumah). Klien memeriksa obat sesuai dosisnya. Klien meminum obat pada waktu yang tepat.

- 12) Anjurkan klien untuk bicara dengan dokter mengenai manfaat dan efek samping obat yang dirasakan.

TUK IV : Keluarga dapat merawat klien di rumah dan menjadi system pendukung yang efektif untuk klien.

a. Kriteria Hasil:

- 1) Keluarga dapat menyebutkan pengertian, tanda, dan tindakan untuk mengendalikan halusinasi.
- 2) Keluarga dapat menyebutkan jenis, dosis, waktu pemberian, manfaat serta efek samping obat.

b. Intervensi:

- 1) Diskusikan dengan keluarga (pada saat berkunjung/ pada saat kunjungan rumah) :

Gejala halusinasi yang dialami klien. Cara yang dapat dilakukan klien dan keluarga untuk memutuskan halusinasi. Cara merawat anggota keluarga dengan gangguan halusinasi di rumah: beri kegiatan, jangan biarkan sendiri, makan bersama, berpergian bersama, jika klien sedang sendiri di rumah, lakukan kontak dengan dalam telepon. Beri informasi tentang tindak lanjut (*follow up*) atau kapan perlu mendapatkan bantuan: halusinasi tidak terkontrol dan risiko mencederai orang lain.

- 2) Dis-kusikan dengan keluarga tentang jenis. dosis, waktu pemberian. manfaat, dan efek samping obat.

3) Anjurkan kepada keluarga untuk berdiskusi dengan dokter tentang manfaat dan efek samping obat.

#### 4. Tindakan Keperawatan

Tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Pada situasi nyata, implementasi seringkali jauh berbeda dengan rencana. Hal itu terjadi karena perawat belum terbiasa menggunakan rencana tertulis dalam melaksanakan tindakan keperawatan. Yang biasa dilakukan perawat adalah menggunakan rencana tidak tertulis, yaitu apa yang dipikirkan, dirasakan, itu yang dilaksanakan. Hal itu sangat membahayakan klien dan perawat jika tindakan berakibat fatal, dan juga tidak memenuhi aspek legal (Direja, 2017).

#### 5. Evaluasi Keperawatan

Menurut Prabowo (2014), evaluasi adalah proses berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan kepada pasien. Evaluasi dapat dibagi dua yaitu: Evaluasi Proses atau formatif yang dilakukan setiap selesai melaksanakan tindakan, Evaluasi Hasil atau sumatif yang dilakukan dengan membandingkan antara respons pasien dan tujuan khusus serta umum yang telah ditentukan.

Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP, sebagai pola pikir.

S: Respon subjektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan dapat diukur dengan menanyakan: "bagaimana perasaan ibu setelah latihan napas dalam".

O : Respon objektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Dapat diukur dengan mengobservasi "perilaku pasien pada saat tindakan dilakukan.

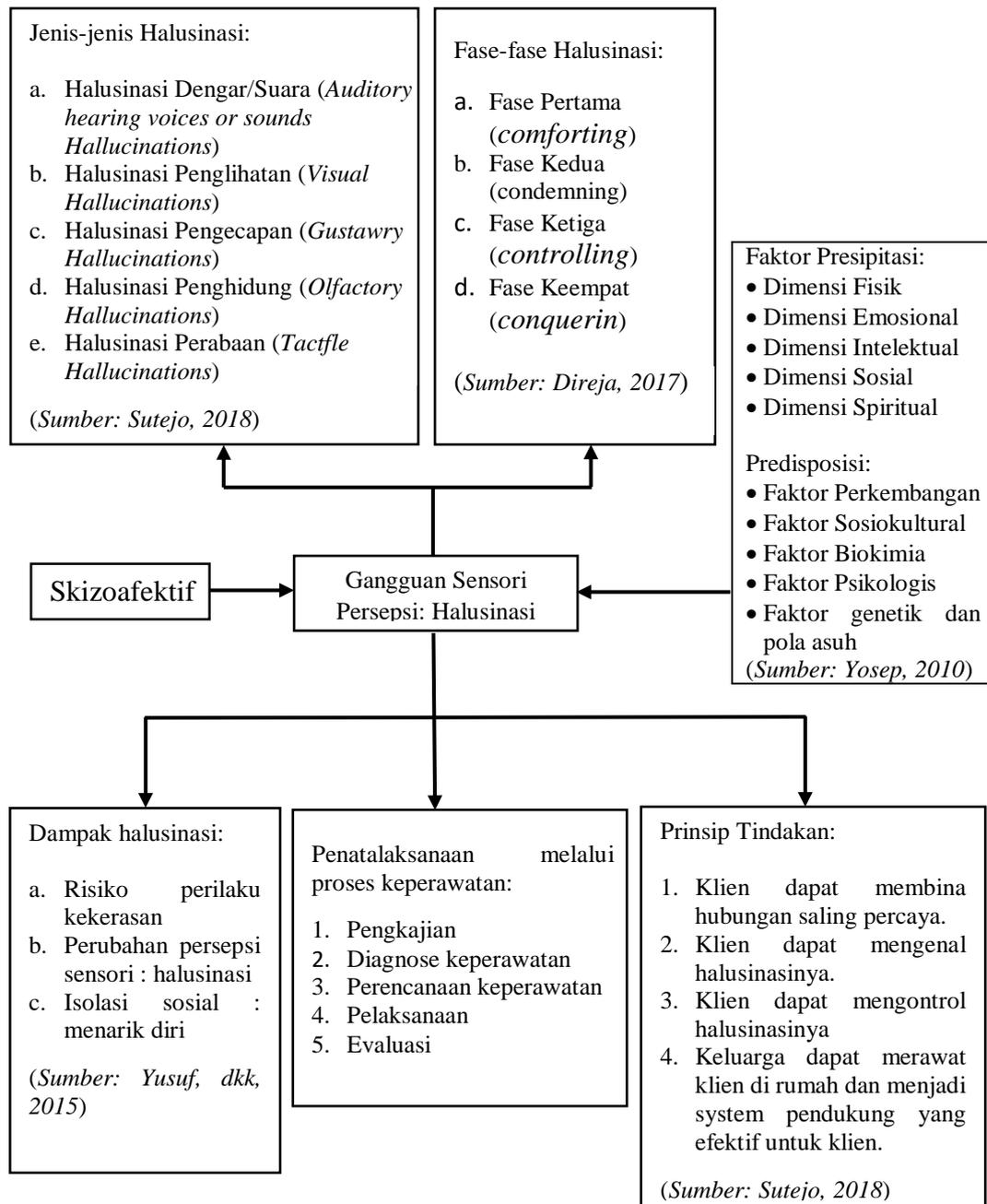
A : Analisis ulang atas data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap atau muncul masalah baru atau ada data yang kontradiksi dengan masalah yang ada.

P : Pereencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisis pada respons pasien yang terdiri dari tindakan lanjut pasien dan tindakan lanjut oleh perawat.

#### 6. Dokumentasi

Dokumentasi implementasi dan evaluasi tindakan keperawatan hendaknya tidak dianggap hal yang sepele oleh perawat maupun peserta didik keperawatan, dan hal ini dianjurkan menggunakan formulir yang sama. Seperti dokumentasi proses keperawatan di unit rawat jalan/ gawat darurat/ rehabilitas/ elektromedik (Direja, 2017).

## D. Kerangka Teori



**Gambar 2.3** Kerangka Teori

### **BAB III**

#### **METODE STUDI DOKUMENTASI**

##### **A. Jenis dan Rancangan Studi Dokumentasi**

Rancangan pada penelitian ini berupa studi dokumentasi yang dilakukan oleh penulis yaitu menggambarkan suatu peristiwa/kasus dengan memanfaatkan dokumentasi laporan asuhan keperawatan Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi Pendengaran pada pasien Sdr E di Wisma Arjuna RSJ Grhasia Yogyakarta.

##### **B. Objek Studi Dokumentasi**

Objek studi dokumentasi adalah sasaran untuk mendapatkan data dengan tujuan dan kegunaan tertentu tentang sesuatu hal yang obyektif, valid dan *reliable* tentang suatu hal (Sugiyono, 2010). Adapun objek dalam studi dokumentasi ini adalah satu data laporan asuhan keperawatan yang dilampirkan di dalam Karya Tulis Ilmiah (KTI) mahasiswa Sdri. Noviana yang sudah lulus tahun 2017.

##### **C. Lokasi dan Waktu**

Studi dokumentasi ini dilakukan di Kampus Akper “YKY” Yogyakarta Program Studi DIII Keperawatan pada bulan Februari sampai dengan bulan Juni 2020, yakni dimulai dari penyusunan proposal sampai dengan penyusunan KTI (Karya Tulis Ilmiah).

## D. Definisi Operasional

**Tabel 3.1** Definisi Operasional

No	Variable	Definisi Operasional
1.	Gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran	Halusinasi adalah suatu keadaan dimana seseorang merasakan rangsangan melalui panca indra (telinga, mata, hidung, lidah, dan kulit) yang sebenarnya rangsangan itu tidak ada/rangsangan palsu.
2.	Skizoafektif	Skizoafektif merupakan salah satu gangguan jiwa berat dengan gejala skizofrenia (gangguan pola pikir, persepsi, tingkah laku dan perilaku sosial) dan diiringi dengan gejala afektif (kesedihan mendalam atau gembira berlebihan)

## E. Instrumen Studi Dokumentasi

Pada studi dokumentasi ini, instrument studi dokumentasi adalah penulis itu sendiri (Sugiyono, 2015). Bahwa dalam studi dokumentasi yang menjadi instrument adalah penulis itu sendiri. Penulis sebagai human instrument berfungsi menetapkan fokus studi dokumentasi, memilih informan sebagai sumber data, melakukan pengumpulan data, menilai kualitas data, analisa data, menafsirkan data dan membuat kesimpulan atas temuannya.

## F. Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan pada penelitian ini dilakukan dengan cara studi dokumentasi dengan menggunakan data sekunder yakni dokumen yang ditulis kembali oleh orang yang tidak langsung mengalami peristiwa berdasarkan informasi yang diperoleh dari orang yang langsung mengalami peristiwa. Data sekunder tersebut berupa data yang terdapat di Perpustakaan Program Studi

DIII Keperawatan Akper “YKY” Yogyakarta berupa satu data asuhan keperawatan yang dilampirkan di dalam KTI mahasiswa Sdri. Noviana yang sudah lulus tahun 2017.

Dokumen merupakan catatan peristiwa yang sudah berlalu. Dokumen bisa berbentuk tulisan, gambar, atau karya-karya monumental dari seorang. Dokumen yang berbentuk tulisan misalnya catatan harian, sejarah kehidupan (*life histories*), ceritera, biografi, peraturan, kebijakan. Dokumen yang berbentuk gambar misalnya foto, gambar hidup, sketsa dan lain-lain. Dokumen yang berbentuk karya misalnya karya seni yang dapat berupa gambar, patung film dan lain-lain. Studi dokumen merupakan pelengkap dari penggunaan metode observasi dan wawancara dalam studi kasus (Sugiyono, 2013).

#### **G. Analisa Data**

Tekhnik analisa data menggunakan tekhnik analisa deskriptif-kualitatif yaitu dengan cara mengevaluasi dan mencermati dokumen yang menghasilkan data untuk selanjutnya diinterpretasikan oleh penulis dan dibandingkan dengan teori atau artikel penelitian yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam studi dokumentasi yang dilakukan.

#### **H. Etika Penulisan**

Menurut Nursalam (2015), menyatakan bahwa secara umum prinsip etika dalam penelitian atau pengumpulan data dapat dibedakan menjadi tiga

bagian, yaitu prinsip manfaat, prinsip menghargai, hak-hak subjek, dan prinsip keadilan.

1. Tanpa nama (*Anonymity*)

Pada studi kasus ini peneliti memberikan jaminan dalam penggunaan nama responden studi kasus dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama lengkap responden, dan hanya menuliskan kode nama pada lembar pengumpulan data studi kasus.

2. Kerahasiaan (*Confidentiality*)

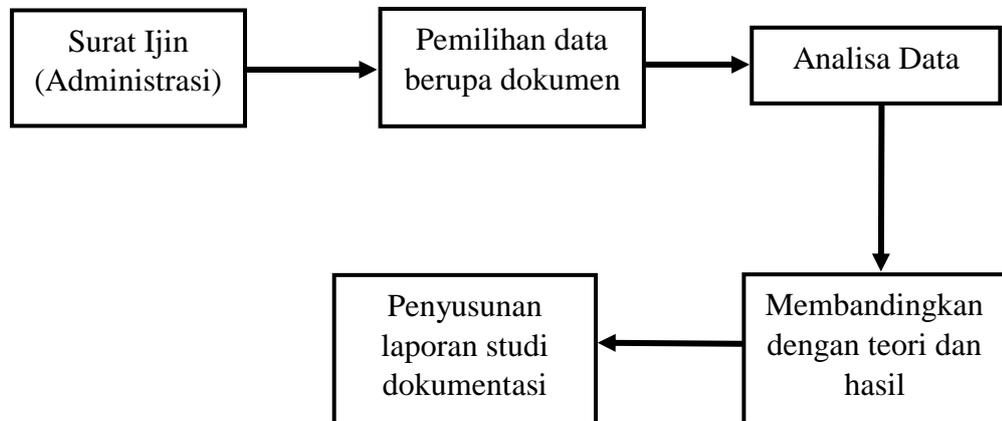
Pada studi kasus ini semua informasi yang dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh penulis, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil riset. Penulis menjaga semua informasi yang diberikan oleh responden dan tidak menggunakan informasi tersebut untuk kepentingan pribadi dan di luar kepentingan keilmuan.

3. Tidak Merugikan (*Non Maleficence*)

Prinsip etik ini diaplikasikan atau digunakan dengan cara melaksanakan tindakan keperawatan yang sesuai dengan Standar Operasional Prosedur (SOP) sehingga tidak merugikan pasien baik secara fisik maupun psikologis. Pada studi kasus ini penulis melaksanakan etika studi kasus dengan cara melakukan tindakan asuhan keperawatan pada pasien skizofrenia sesuai dengan SOP yang sudah ada di rumah sakit sehingga tidak menimbulkan kerugian bagi pasien sebagai responden studi kasus.

## I. Alur Studi Dokumentasi

Adapun rangkaian alur studi kasus yang digunakan oleh penulis sebagai berikut.



**Gambar 3.1** Alur studi dokumentasi

## **BAB IV**

### **HASIL dan PEMBAHASAN**

#### **A. Hasil**

Berdasarkan hasil dari studi dokumentasi, didapatkan data pasien bernama Sdr E berusia 22 tahun, berjenis kelamin laki-laki, beragama islam dan belum menikah. Pasien masuk ke RSJ Grhasia DIY pada tanggal 28 Juni 2017. Pasien datang ke RSJ Grhasia DIY diantar oleh keluarganya karena sebelumnya pasien marah-marah dan merusak barang-barang di rumahnya. Faktor presipitasi pasien masuk RSJ Grhasia DIY karena keluarga menyuruh pasien untuk mendaftar ujian masuk kuliah namun pasien tidak mau, dan marah-marah. Pengalaman masalah pasien yang tidak menyenangkan yaitu pada saat diselingkuhi oleh pacarnya, kemudian setelah itu pacarnya minta putus, hal ini bisa menjadi faktor prediposisi pasien. Pasien baru pertama kali mengalami gangguan jiwa, dan didalam keluarganya belum ada yang mengalami gangguan jiwa.

Data hasil pengkajian yang dilakukan pada tanggal 06 Juli 2017, status mental: penampilan rapi, tidak bisa memulai pembicaraan, afek tumpul, pasien kurang kooperatif, kontak mata kurang. Pasien mengataka mendengar suara-suara yang menyuruhnya berbuat baik dan membagi-bagikan kebaikan, makan dan uang. Pasien mengatakan jika halusinasi itu muncul pasien melakukan apa yang disuruhnya dan terkadang pasien hanya diam saja. pasien mengatakan suara yang menyuruh untuk berbuat kebaikan frekuensinya jarang (satu hari belum tentu datang). Pasien mengatakan halusinasi muncul saat ada keributan dan saat melamun. Pasien mendapat

terapi obat *Clozapine* 25 mg/12 jam, *frimania* 400 mg/8 jam, *risperidone* 2 mg/8 jam.

Berdasarkan data dari hasil pengkajian muncul masalah keperawatan gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran ditandai dengan data subjektif (Ds): pasien mengatakan mendengar suara-suara yang menyuruhnya berbuat baik dan membagi-bagikan kebaikan, makan dan uang. Pasien mengatakan jika halusinasi itu muncul pasien melakukan apa yang disuruhnya dan terkadang pasien hanya diam saja. Pasien mengatakan suara yang menyuruh untuk berbuat kebaikan frekuensinya jarang (satu hari belum tentu datang). Pasien mengatakan halusinasi muncul saat ada keributan dan saat melamun. Data objektif (Do) : Klien tampak antusias saat menceritakan halusinasi yang dialaminya.

Perencanaan keperawatan yang dilakukan pada pasien Sdr E meliputi tujuan jangka panjang (TUPAN) yaitu klien mampu menetapkan dan menguji realita/ kenyataan serta menyingkirkan kesalahan persepsi sensori, dan tujuan jangka pendek (TUPEN) yaitu klien mampu membina hubungan saling percaya, klien mampu mengenal halusinasi, klien mampu mengendalikan halusinasi, klien/keluarga mendapat dukungan dalam mengendalikan halusinasi, klien dapat memanfaatkan obat dengan baik. Sedangkan rencana tindakan yang akan dilakukan pada pasien Sdr E yaitu: bina hubungan saling percaya (*complex relation ship building*), bantu klien mengenal halusinasi, diskusikan cara baru untuk memutuskan/mengendalikan halusinasi, ajarkan pada keluarga cara untuk

merawat anggota keluarga yang mengalami halusinasi, diskusikan dengan klien dan keluarga tentang manfaat, dosis dan efek samping obat.

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada Sdr E tanggal 06 juli 2017 adalah tupen 1 yaitu membina hubungan saling percaya dengan memperkenalkan diri, menanyakan nama klien, menunjukkan sikap terbuka, dan membuat kontrak untuk pertemuan berikutnya. Hari ke 2 tanggal 07 juli 2017 adalah tupen 2 yaitu mengenal halusinasi, penulis membantu klien mengenal halusinasi kemudian penulis menanyakan apakah klien mengalami halusinasi, mendiskusikan dengan klien tentang waktu, isi, frekuensi halusinasi dan membantu klien untuk memutus halusinasinya. Hari ke 3 tanggal 08 juli 2017 adalah tupen 3 yaitu mendiskusikan cara baru untuk memutus/mengendalikan halusinasi dengan berbincang-bincang, mengevaluasi cara mengendalikan halusinasi dengan berbincang-bincang. Hari ke 4 tanggal 09 juli 2017 adalah tupen 4 yaitu menjelaskan kepada keluarga bagaimana cara merawat pasien dengan halusinasi, menganjurkan keluarga untuk selalu memonitor gejala halusinasi yang muncul, menganjurkan keluarga untuk mencari bantuan jika halusinasi tidak terkendali.

Evaluasi keperawatan dari tindakan keperawatan yang dilakukan sejak tanggal 6 Juli 2017 sampai 9 Juli 2017 yaitu teratasi sebagian karena pasien hanya mampu mencapai tupen 4 sedangkan tupen 5 belum tercapai. Adapun tupen yang telah tercapai diantaranya tupen 1 Sdr E mampu memperkenalkan diri dan berjabat tangan, menjaga kontak mata. Tupen 2

Sdr E mengatakan tahu bahwa dia mengalami halusinasi dan mengatakan bahwa ia mendengarkan suara-suara yang menyuruhnya berbuat baik dan membagi-bagikan kebaikan, makan dan uang. Tupen 3 Sdr E mampu menyebutkan dan memilih cara memutuskan halusinasi. Tupen 4 Ibu Sdr E mengatakan mengerti tentang cara mengontrol halusinasi, tahu tentang gejala halusinasi dan tahu meminta bantuan jika halusinasi tidak terkendali. Adapun tupen yang belum tercapai yaitu tupen 5, penyebab tupen 5 belum tercapai karena penulis belum melaksanakannya.

## **B. Pembahasan**

Berdasarkan data dari asuhan keperawatan pada KTI mahasiswa tahun 2017 yang dilakukan di Wisma Arjuna RSJ Grhasia Yogyakarta didapatkan bahwa Sdr E memiliki diagnosa medis skizoafektif dan masalah keperawatan gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran. Hal ini sesuai dengan teori (Ahmed, et al, 2011) mengatakan bahwa skizoafektif merupakan kelainan yang ditandai adanya kombinasi gejala skizofrenia (gangguan berpikir, delusi dan halusinasi) dan gejala afektif (gejala depresif atau manik). Dalam hal ini antara hasil dan teori sudah sesuai. Sehingga dapat dikatakan bahwa halusinasi pendengaran yang dialami oleh Sdr E merupakan salah satu tanda ditegakkannya diagnosa medis skizoafektif.

Data dari hasil pengkajian didapatkan bahwa Sdr E berjenis kelamin laki-laki. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Choiri, (2017) di RSJD Surakarta dikatakan bahwa sebanyak 20 pasien dari 44 pasien skizoafektif (45,45%)

berjenis kelamin laki-laki. Namun dalam penelitian Pandhy & Hedge (2015), dikatakan bahwa wanita ternyata lebih mudah terkena gangguan skizoafektif daripada pria, yang dimungkinkan karena perubahan hormon estrogen sehingga mempengaruhi mood. Hasil penelitian Pandhy & Hedge (2015), juga diperkuat dengan hasil penelitian Ainsworth (2000), dalam Choiri (2017), bahwa perempuan dua kali lipat beresiko lebih tinggi mengalami suasana *mood* daripada laki-laki. Sehingga dapat dikatakan bahwa faktor resiko berdasarkan dari jenis kelamin yaitu perempuan lebih beresiko mengalami skizoafektif daripada laki-laki.

Pada data pengkajian didapatkan Sdr E berusia 22 tahun. Menurut penelitian yang dilakukan Bertolote (1992), dalam Choiri (2017), mengatakan bahwa penyakit skizoafektif biasanya baru muncul pada usia 15-30 tahun. Namun dalam penelitian Braga, et al (2015), mengatakan bahwa kejadian puncak onset pada laki-laki yaitu berusia 15-25 tahun. Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Choiri (2017), mengatakan bahwa pada rentang usia 25-34 tahun sebanyak 24 orang (54,54%), merupakan persentase kejadian skizoafektif paling tinggi. Hal ini disebabkan karena pada rentang usia tersebut masuk dalam usia produktif, dimana salah satu penyebab skizoafektif ini sendiri adalah stress, stress yang dipicu oleh berbagai urusan dan masalah yang dialami oleh pasien, mulai dari masalah keluarga, rekan kerja, pekerjaan, dan bahkan ekonomi sehingga gangguan kejiwaan mudah terjadi serta cenderung terkena skizoafektif.

Pendidikan terakhir yang ditempuh Sdr E adalah SMA, berdasarkan penelitian yang dilakukan Choiri (2017), menunjukkan jenjang pendidikan pasien skizoafektif yang terbanyak yaitu pendidikan SMA 61,36%. Menurut Choiri (2017), hal ini mungkin berkaitan dengan masalah yang dialami remaja seperti pendidikan. Pada sebagian besar remaja hambatan-hambatan dalam kehidupan akan sangat mengganggu kesehatan fisik dan emosi mereka, menghancurkan motivasi dan kemampuan menuju sukses di sekolah. Masalah yang dialami remaja pada saat ini merupakan manifestasi dari stres, di antaranya depresi, kecemasan, pola makan yang tidak teratur dan penyalahgunaan obat.

Data pengkajian yang didapatkan pada pasien Sdr E yaitu mengalami keluhan bahwa Sdr E mengataka mendengar suara-suara yang menyuruhnya berbuat baik dan membagi-bagikan kebaikan, makan dan uang. Klien mengatakan jika halusinasi itu muncul klien melakukan apa yang disuruhnya dan terkadang klien hanya diam saja. Klien mengatakan suara yang menyuruh untuk berbuat kebaikan frekuensinya jarang (satu hari belum tentu datang). Klien mengatakan halusinasi muncul saat ada keributan dan saat melamun. Hasil dari observasi dari data tersebut klien kadang hanya diam saja saat halusinasi muncul. Dalam pengkajian ini sudah sesuai dengan teori Keliat (2011), yang mengatakan bahwa dalam pengkajian halusinasi harus dijelaskan jenis, isi, frekuensi, waktu dan situasi yang menyebabkan halusinasi serta respon pasien.

Diagnosa yang muncul pada Sdr E yaitu gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran, data subjektifnya Sdr E mengatakan mendengar suara-suara yang menyuruhnya berbuat baik dan membagi-bagikan kebaikan, makan dan uang. Klien mengatakan jika halusinasi itu muncul klien melakukan apa yang disuruhnya dan terkadang klien hanya diam saja. Klien mengatakan suara yang menyuruh untuk berbuat kebaikan frekuensinya jarang (satu hari belum tentu datang). Klien mengatakan halusinasi muncul saat ada keributan dan saat melamun. Data objektifnya klien tampak antusias saat menceritakan halusinasi yang dialaminya. Kondisi ini sesuai dengan teori dari Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI), dan didukung dengan teori Yusuf et al, (2015) dalam Tutupoho, (2018) yang mengatakan bahwa karakteristik pada pasien halusinasi pendengaran adalah data subjektif yaitu mendengar suara atau kegaduhan, mendengar suara yang bercakap-cakap, mendengar suara yang menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya, dan data objektif yaitu berbicara atau tertawa sendiri, marah-marah tanpa sebab, mengarahkan telinga ke arah tertentu, menutup telinga. Dalam kasus ini Sdr E telah memenuhi beberapa batasan karakteristik halusinasi pendengaran secara subjektif sehingga tidak ada kesenjangan antara teori dengan fakta pada kasus.

Rencana keperawatan yang dilakukan pada Sdr E meliputi tujuan dan tindakan yang ingin dicapai. tujuan jangka panjang (TUPAN) yaitu pasien mampu menetapkan dan menguji realita/ kenyataan serta menyingkirkan kesalahan persepsi sensori. Tujuan jangka pendek (TUPEN) yaitu pasien mampu membina hubungan saling percaya, pasien mampu mengenal

halusinasi, pasien mampu mengendalikan halusinas pasien/keluarga mendapat dukungan dalam mengendalikan halusinasi, pasien dapat memanfaatkan obat dengan baik. Menurut teori Sutejo (2018), rencana keperawatan meliputi tupan: pasien tidak mencederai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan. Tupen: pasien dapat membina hubungan saling percaya, pasien dapat mengenal halusinasinya, pasien dapat mengontrol halusinasinya, keluarga dapat merawat pasien di rumah dan menjadi system pendukung yang efektif untuk pasien. Sehingga dapat dikatakan bahwa rencana keperawatan yang dilakukan pada Sdr E dan teori dari Sutejo (2018), sudah sesuai, hanya saja perencanaan yang dilakukan pada Sdr E terdapat 5 tupen, sedangkan pada teori Sutejo (2018), hanya terbagi menjadi 4 tupen, namun secara garis besar tujuannya sama.

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada Sdr E pada hari pertama adalah tupen 1 yaitu membina hubungan saling percaya dengan memperkenalkan diri, menanyakan nama pasien, menunjukkan sikap terbuka, dan membuat kontrak untuk pertemuan berikutnya. Hari ke 2 adalah tupen 2 yaitu mengenal halusinasi, penulis membantu pasien mengenal halusinasi kemudian penulis menanyakan apakah pasien mengalami halusinasi, mendiskusikan dengan pasien tentang waktu, isi, frekuensi halusinasi dan membantu pasien untuk memutus halusinasinya. Hari ke 3 adalah tupen 3 yaitu mendiskusikan cara baru untuk memutus/ mengendalikan halusinasi dengan berbincang-bincang, mengevaluasi cara mengendalikan halusinasi dengan berbincang-bincang. Hari ke 4 adalah tupen 4 yaitu menjelaskan kepada keluarga bagaimana cara merawat pasien dengan halusinasi, menganjurkan

keluarga untuk selalu memonitor gejala halusinasi yang muncul, menganjurkan keluarga untuk mencari bantuan jika halusinasi tidak terkendali. Hal ini sesuai dengan teori Prabowo (2014), bahwa implementasi keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan dan kondisi pasien saat ini. Sehingga dapat dikatakan bahwa tidak terjadi kesenjangan antara hasil implementasi keperawatan pada Sdr E dan teori Prabowo (2014).

Tupen 4 yaitu menjelaskan kepada keluarga bagaimana cara merawat pasien dengan halusinasi, menganjurkan keluarga untuk selalu memonitor gejala halusinasi yang muncul, menganjurkan keluarga untuk mencari bantuan jika halusinasi tidak terkendali. Menurut hasil penelitian yang dilakukan oleh Gajali, Mustikasari, dan Susanti (2014), mengatakan bahwa bahwa psikoedukasi keluarga mampu meningkatkan kemampuan keluarga dalam klien dengan halusinasi. Sedangkan menurut Nasir dan Muhith (2011), alasan keluarga dilibatkan dalam mencegah kekambuhan pada klien karena keluarga merupakan tempat individu pertama memulai hubungan interpersonal dengan lingkungan, keluarga merupakan suatu sistem yang utuh dan tidak terpisahkan sehingga jika ada satu yang terganggu, maka yang lain ikut terganggu, keluarga juga merupakan salah satu penyebab klien gangguan jiwa menjadi kambuh lagi.

Evaluasi hasil dari data asuhan keperawatan yang dilakukan pada Sdr E dengan masalah keperawatan gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran selama 4 hari mulai dari tanggal 06-09 Juli 2017 yaitu teratasi sebagian karena pasien hanya mampu mencapai tupen 4 sedangkan tupen 5

belum tercapai. Adapun tupen yang telah tercapai diantaranya tupen 1 Sdr E mampu memperkenalkan diri dan berjabat tangan, menjaga kontak mata. Tupen 2 Sdr E mengatakan tahu bahwa dia mengalami halusinasi dan mengatakan bahwa ia mendengarkan suara-suara yang menyuruhnya berbuat baik dan membagi-bagikan kebaikan, makan dan uang. Tupen 3 Sdr E mampu menyebutkan dan memilih cara memutuskan halusinasi. Tupen 4 Ibu Sdr E mengatakan mengerti tentang cara mengontrol halusinasi, tahu tentang gejala halusinasi dan tahu meminta bantuan jika halusinasi tidak terkendali. Adapun tupen yang belum tercapai yaitu tupen 5, penyebab tupen 5 belum tercapai karena penulis belum melaksanakannya. Hal ini sesuai dengan teori Kusumawati & Hartono (2011) bahwa evaluasi merupakan proses yang dilakukan berkelanjutan dan secara terus-menerus untuk mengetahui keefektifan tindakan keperawatan yang dilakukan.

### **C. Keterbatasan Studi Kasus**

Keterbatasan dalam penyusunan studi kasus ini adalah karena dampak adanya COVID 19 seperti proses bimbingan yang tidak bisa dilakukan secara tatap muka langsung hanya melalui media online (*daring*) membuat mahasiswa kesulitan dalam memahaminya. Metode yang digunakan dalam penyusunan KTI baru pertama dilakukan yaitu dengan menggunakan studi dokumentasi yang diambil dari KTI mahasiswa yang telah lulus pada tahun 2017 dan tidak mengelola pasien secara langsung, penulis merasa kesulitan dalam memahami dan menganalisa asuhan keperawatannya karena data-data dalam studi kasus

kurang lengkap dan ada beberapa kata yang susah untuk dipahami. Pengkajian yang dilakukan kepada pasien oleh penulis kurang mendalam.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

##### 1. Pengkajian

Data dari pengkajian didapatkan bahwa Sdr E mengatakan mendengar suara-suara yang menyuruhnya berbuat baik dan membagikan kebaikan, makan dan uang. Pasien mengatakan jika halusinasi itu muncul klien melakukan apa yang disuruhnya dan terkadang klien hanya diam saja. Pasien mengatakan suara yang menyuruh untuk berbuat kebaikan frekuensinya jarang (satu hari belum tentu datang). Pasien mengatakan suara-suara itu muncul saat ada keributan dan saat melamun, dan Sdr E tampak antusias saat menceritakan halusinasi yang dialaminya.

##### 2. Diagnosa

Dari data hasil pengkajian muncul masalah gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran.

##### 3. Perencanaan

Untuk mengatasi masalah tersebut maka disusunlah rencana keperawatan. Rencana keperawatan yang dilakukan pada pasien Sdr E meliputi tujuan jangka panjang (TUPAN) yaitu pasien mampu menetapkan dan menguji realita/ kenyataan serta menyingkirkan kesalahan persepsi sensori. Dan tujuan jangka pendek (TUPEN 1-5) yaitu pasien mampu membina hubungan saling percaya, pasien mampu mengenal halusinasi, pasien mampu mengendalikan halusinasi, pasien/keluarga mendapat

dukungan dalam mengendalikan halusinasi, pasien dapat memanfaatkan obat dengan baik.

#### 4. Pelaksanaan

Tindakan keperawatan yang dilakukan sudah berdasarkan rencana keperawatan yang dibuat. Dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan pada Sdr E selama 4 hari mulai dari tanggal 06-09 juli 2017 berhasil mencapai 4 tupen yaitu tupen 1-4.

#### 5. Evaluasi

Didapatkan hasil evaluasi yaitu masalah keperawatan gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran teratasi sebagian karena tupen 5 belum tercapai.

#### 6. Peran Keluarga

Peran keluarga dalam menangani anggota keluarga yang mengalami gangguan sensori persepsi: halusinasi sebagaimana dituliskan pada pelaksanaan tupen 4, yaitu keluarga mendapat pendidikan kesehatan tentang bagaimana cara merawat salah satu anggota keluarga yang mengalami gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran. Dengan respon keluarga menjadi mengerti tentang halusinasi, cara merawat anggota keluarga yang mengalami halusinasi, dan meminta bantuan apabila halusinasi tidak terkendali.

## **B. Saran**

Berdasarkan pengalaman penulis dalam menyusun karya tulis ilmiah studi dokumentasi gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran pada pasien dengan skizoafektif, maka penulis dapat menuliskan beberapa saran:

1. Bagi pasien dengan gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran, agar mengaplikasikan/mempraktikan cara untuk mengontrol halusinasi yang telah diajarkan oleh perawat.
2. Bagi keluarga pasien dengan gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran, agar dapat merawat/membantu pasien memutus halusinasinya, serta membantu mencegah agar pasien tidak kambuh lagi.
3. Bagi Rumah Sakit Jiwa Grhasia Yogyakarta, perlu dipertahankan asuhan keperawatan yang holistik pada pasien gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran dengan skizoafektif dan selalu melibatkan keluarga dalam proses penyembuhan pasien.
4. Bagi institusi Akper YKY Yogyakarta, untuk Ujian Akhir Praktik (UAP) sebaiknya mahasiswa melakukan asuhan keperawatan langsung kepada pasien, sehingga mahasiswa benar-benar mendapatkan pengalaman serta mengetahui tindakan dan kondisi pasien secara intensif. Menyediakan referensi yang lebih banyak lagi baik offline maupun online guna menunjang proses belajar mahasiswa dan untuk membantu dalam proses penyusunan tugas akhir.

## DAFTAR PUSTAKA

- Ahmed R, Namboodiri V, Tahira F. 2011. Mood Stabilisers for Schizoaffective Disorder (Protocol), *Cochrane Database of Systematic Review*.
- Braga MEM *et al.* 2015. Schizoaffective Disorder and Depression. A Case Study of a Patient from ceara. *Psychiatry & Metal Herlth* 8:1755-7682
- Calin DL, Mitrea M, Sintea C, Francu, Paduraru D. 2013. Schizoaffective Disorder: Neuroanatomic Characterization and Oral manifestation, *Clinical Anatomy*, XII, 1, 72.
- Choiri, I. 2017. *Rasionalitas Penggunaan Obat Antidepresan Pada Pasien Skizoafektif Di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta*. Diakses pada 02 Mei 2020 dari <http://repository.setiabudi.ac.id/1093/2/SKRIPSI%20IMAM.pdf>
- Davison, C., & Neale, J., Kring, A. (2010). Psikologi Abnormal. Ed. Ke-9. Jakarta: Raja Grafindo Persada
- Direja, A. H. (2017). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Hawari, D. (2014). *Skizofrenia*. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia
- Kaplan HI, Sadock BJ, Sadock VA. 2015. *Buku Ajar Psikiatri Klinis*. Edisi 2. Jakarta: EGC.
- Keliat. (2011). *Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas*. Jakarta : EGC
- Kemenkes RI. 2018. *Riset Kesehatan Dasar; RISKESDAS*. Yogyakarta: Lembaga Penerbit Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (LPB).
- Kusumawati, F., & Hartono, Y. (2010). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta: Salemba Medika.
- Kusumawati, F., & Hartono, Y. (2011). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC
- Nasir, A., & Muhith, A. (2011). *Dasar-dasar Keperawatan Jiwa: Pengantar dan Teori*. Jakarta: Salemba Medika.
- Notoatmodjo, S. (2012). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta

- Noviana.(2017). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi Pendengaran Dengan Skizoafektif Di Wisma Arjuna RSJ Grhasia Yogyakarta*. Karya Tulis Ilmiah, Akper YKY Yogyakarta.
- Nursalam. (2015). *Manajemen Keperawatan Aplikasi Dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Jakarta: Salemba Medika.
- Pandhy S, Hegde A. 2015. Schizoaffective Disorder : Evolution and Current of the Concept, *Turkish Journal of Psychiatry*.
- Prabowo, E. (2014). *Konsep dan Aplikasi Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Putra, G O R K.(2013). *Gangguan skizoafektif tipe manik*. laporan kasus, Fakultas Kedokteran Universitas Udayana, Denpasar, Bali.
- Rahman, G., Mustikasari., & susanti, Y. E (2014). Pengaruh *family psychoeducation therapy* terhadap kemampuan keluarga merawat pasien skizofrenia dengan halusinasi di Kota Samarinda Kalimantan Timur. *Jurnal Kesehatan Husada Mahakam*. Vol. IV. No. 3. PISSN 1978-8355 EISSN 2461-0402.
- Ricki A. (2016). *Skizoafektif Tipe Depresif. Referat*. Diakses 25 April 2020 dari [https://scholar.google.co.id/scholar?hl=id&as\\_sdt=0%2C5&q=Etiologi+skizoafektif+&btnG=#d=gs\\_qabs&u=%23p%3DfMRjhJjD-vQJ](https://scholar.google.co.id/scholar?hl=id&as_sdt=0%2C5&q=Etiologi+skizoafektif+&btnG=#d=gs_qabs&u=%23p%3DfMRjhJjD-vQJ)
- Sinurat, A.E.(2019).Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kekambuhan Penderita Skizofrenia Di Poliklinik Jiwa Rumah Sakit Jiwa Prof.Dr. Muhammad Ildrem Medan Tahun 2019. Diakses pada tanggal 24 Februari 2020.
- Sugiyono. (2013). *Cara mudah menyusun skripsi, tesis dan disertasi*. Bandung : Alfabeta
- Sutejo. (2018). *Keperawatan Jiwa Konsep dan praktik Asuhan Keperawatan Jiwa: Gangguan Jiwa dan Psikososial*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik*. Jakarta: Dewan Pengurus PPNI
- Tutupoho, R. A. N., Azizah, L. M., Sudarsih, S. 2018. *Asuhan Keperawatan Pada Klien Yang Mengalami Halusinasi Pendengaran Pada Kasus Skizofrenia Paranoid Di Wilayah Kerja Puskesmas Wates Kota Mojokerto*. Diakses pada 02 Mei 2020 dari <http://repository.stikes->

[ppni.ac.id:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/478/MANUSKRIP.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://ppni.ac.id:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/478/MANUSKRIP.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 18 Tahun 2014 Tentang Kesehatan Jiwa. Diakses 04 Februari 2020, dari <http://yankes.kemkes.go.id/assets/downloads/UU%20No.%2018%20Th%202014%20ttg%20Kesehatan%20Jiwa.pdf>

Yani F. 2015. Kelainan Mental Manik Tipe Skizoafektif. *Jurnal Medula*. Diakses 25 April 2020 Dari <https://juke.kedokteran.unila.ac.id/index.php/medula/article/view/788>

Yosep, H. I. (2010). *Keperawatan Jiwa*. Bandung: PT Refika Aditama.

Yosep, H. I., & Sutini, T. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa dan Advance Mental Health Nursing*. Bandung: PT Refika Aditama.

Yusuf, A. H., PK, R. F., & Nihayati, H. E. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta: Salemba Medika.

# LAMPIRAN

### JADWAL KEGIATAN STUDI KASUS

NO	KEGIATAN	FEBRUARI				MARET				APRIL				MEI				JUNI				JULI		
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3
1.	Studi Pendahuluan	■																						
2.	Pengajuan Judul	■																						
3.	Bimbingan Penyusunan Proposal	■	■	■																				
4.	Seminar Proposal				■																			
5.	Revisi Proposal				■	■	■																	
6.	Pengumpulan Proposal							■	■															
7.	Pengambilan Data									■														
8.	Bimbingan KTI Online									■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
9.	Seminar KTI																						■	
10.	Revisi KTI																							■
11.	Pengumpulan KTI																							

(Nunung Rachmawati, S.Kep.Ns.M.Kep)

(Ns.Sutejo, M.Kep.Sp.Kep.J) NIP: 198112092010121003



YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA  
AKADEMI KEPERAWATAN "YKY"

LEMBAR BIMBINGAN KTI

Nama Mahasiswa : Uyun Dwiranto  
NIM : 2317073  
Nama Pembimbing 1 : Nunung Rachmawati, S.Kep.Ns.M.Kep  
Judul KTI : Studi Dokumentasi Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi  
Pendengaran Pada Pasien Skizoafektif

No	Tgl Bimbingan	Materi Bimbingan	Metode Bimbingan	Saran Pembimbing	Tanda Tangan	
					Pemb	Mhs
1	05/02/2020	Pengajuan judul Proposal	Tatap muka	Acc judul		
2	14/02/2020	Konsul BAB I	Tatap muka	- Penulisan cover - koreksi penyusunan (umum-khusus) - ketelitian penulisan/typo		
3	21/02/2020	- Revisi BAB I - Konsul BAB II	Tatap muka	• Revisi BAB I: - Koreksi penyusunan (umum-khusus) - Isi paragraf • Revisi BAB II: - Penulisan sumber - Kerangka teori - Perencanaan keperawatan - Koreksi typo		
4	27/02/2020	Konsul final	Tatap muka	- Revisi sedikit - ACC Proposal seminar		
5	18/03/2020	Revisi BAB I, II, III	Online (Email)	Belum ditanggapi		
6	25/03/2020	Tindak lanjut bimbingan sebelumnya	Online (Email)	▪ Revisi Proposal BAB III ▪ ACC proposal cetak		
7	24/06/2020	Konsul KTI BAB I-V	Online (Email)	Revisi semua BAB		
8	03/07/2020	▪ Revisi BAB I-V	Online (Email)	ACC KTI ujian sidang		
9	08/07/2020	Revisi KTI Post usid	Online (Email)	Segera rivisi		

10	11/07/2020	Revisi ke 2 KTI post used	Online (Email)	Silahkan segera revisi		
11	12/07/2020	Revisi ke 2 KTI post usid	Online (Email)	ACC KTI Cetak		

Yogyakarta, 13 Juli 2020  
Pembimbing 1

(Nunung Rachmawati, S.Kep.Ns.M.Kep)  
NIK: 114113165



YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA  
AKADEMI KEPERAWATAN "YKY"  
FORMAT BIMBINGAN KTI

Nama Mahasiswa : Uyun Dwiranto  
NIM : 2317073  
Nama Pembimbing 1 : Ns.Sutejo, M.Kep.Sp.Kep.J  
Judul KTI : Studi Dokumentasi Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi  
Pendengaran Pada Pasien Skizoafektif

No	Tgl Bimbingan	Materi Bimbingan	Metode Bimbingan	Saran Pembimbing	Tanda Tangan	
					Pemb	Mhs
1	05/02/2020	Pengajuan judul Proposal	Tatap muka	Acc judul		
2	19/02/2020	Konsul BAB I, II	Tatap muka	<ul style="list-style-type: none"><li>• BAB I :<ul style="list-style-type: none"><li>- koreksi penyusunan (umum-khusus)</li><li>- UU. No. 18. 20214 ssebagai upaya kuratif</li><li>- Revisi manfaat studi kasus</li></ul></li><li>• BAB II:<ul style="list-style-type: none"><li>- Tambah renpra keluarga</li><li>- Skizofrenia dibuat simpel dan ringkas</li><li>- Koreksi typo</li></ul></li></ul>		
3	25/02/2020	- Revisi BAB I, II - Konsul BAB III	Tatap muka	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Pembuatan kerangka teori</li><li>▪ Alur studi kasus</li><li>▪ Cara penulisan sumber</li><li>▪ Teliti penulisan</li></ul>		
4	26/02/2020	Konsul final	Tatap muka	<ul style="list-style-type: none"><li>- Penulisan sumber</li><li>- Daftar pustaka</li><li>- Finishing proposal</li><li>- ACC Proposal seminar</li></ul>		
5	28/02/2020	Konsul PPT Sempro	Online (Email)	ACC PPT Sempro		
6	18/03/2020	Revisi BAB I, II,III	Online (Email)	Revisi BAB II		
7	31/03/2020	▪ Revisi BAB II	Online (Email)	ACC proposal cetak		
8	24/06/2020	- Konsul KTI BAB I-V	Online (VC WA + email)	Revisi BAB IV, V		

		- Persamaan persepsi hasil dan pembahasan				
9	30/06/2020	▪ Konsul final pra usid	Online (VC WA + email)	ACC KTI ujian sidang		
10	08/07/2020	Konsul full KTI	Online (Email)	- Perbaiki isi pada abstrak - Perbaiki penulisan pada keterbatasan		
11	13/07/2020	Revisi pada abstrak dan keterbatasan	Online (Email)	ACC KTI Cetak		

Yogyakarta, 14 Juli 2020  
Pembimbing 2

(Ns.Sutejo, M.Kep.Sp.Kep.J)  
NIP: 198112092010121003

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN GANGGUAN SENSORI PERSEPSI:  
HALUSINASI PENDENGARAN DENGAN SKIZOAFEKTIF  
DI WISMA ARJUNA RSJ GRHASIA YOGYAKARTA**

**A. PENGKAJIAN**

Hari/ Tanggal	:Kamis, 06 Juli 2017
Pengkajian	:Noviana
Ruangan	:Arjuna
Jam	:07.00 WIB – 19.00 WIB
Sumber Data	:Pasien, Keluarga Pasien, Perawat, Rekam Medik
Metode	:Observasi, Wawancara, Pemeriksaan Fisik

**B. IDENTITAS**

**1. Identitas pasien**

Nama	:Sdr. "E"
Umur	:22 Tahun
Jenis kelamin	:Laki - laki
Agama	:Islam
Status perkawinan	:Belum menikah
Pendidikan	:SMA
Suku/Bangsa	:Jawa/Indonesia
Bahasa yang di gunakan	:Bahasa Indonesia
Alamat	:Perum Griya Kencana Permai Blok C-1, No 8, RT 37, RW 00, Argorejo Sedayu Bantul Yogyakarta
Diagnosa medis	: F 25.0
No RM	:0090897
Tanggal masuk	:28 Juni 2017

**2. Identitas penanggung jawab**

Nama	:Nn "F"	Umur	:28 Tahun
Pendidikan	:S1		
Pekerjaan	:Ibu Rumah Tangga		
Alamat	:Pucang Gading RT 43/11 Hargo Mulyo Kokap Kulon Progo		
Hubungan Dengan Pasien	:Kakak Kandung		

**C. RIWAYAT PENYAKIT**

**1. Alasan Masuk Rumah Sakit**

Pasien mengatakan di rumah marah-marah dan merusak barang yang ada di dekatnya kemudian di bawa oleh keluarga ke RSJ Grhasia Daerah Istimewa Yogyakarta.

2. Faktor Presipitasi

Keluarganya mengatakan klien marah-marah karena disuruh daftar ujian kuliah dan klien tidak mau.

3. Faktor predisposisi

Keluarga klien mengatakan klien baru pertama kali mengalami gangguan jiwa. Dan di dalam keluarganya belum ada yang mengalami gangguan jiwa. Pengalaman masalah yang tidak menyenangkan pada klien saat di selingkuhi oleh pacarnya dan pacarnya minta putus.

D. PEMERIKSAAN FISIK

1. Tanda –tanda Vital

TD : 130/80 mmHg                      S : 36°C  
R : 20x/ menit                            N : 80 x/ menit

2. Status gizi

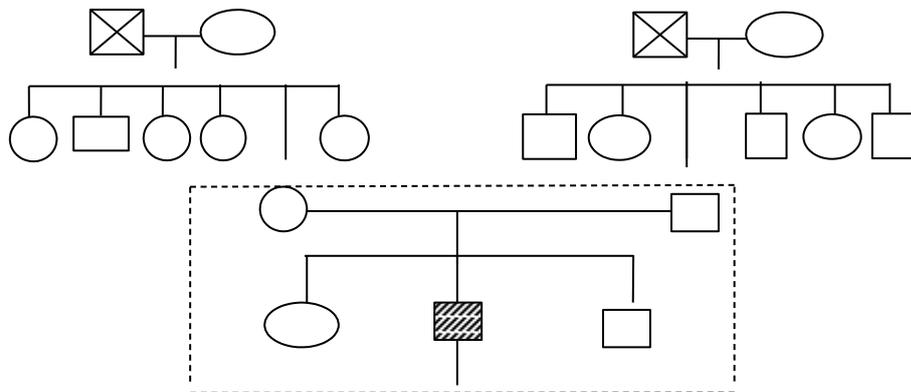
TB                      : 160 cm  
BB                     : 70kg  
IMT                    : 27,3 (over wight)  
Nilai standar  
<20                    : Under weight  
20-25                : Normal  
25                     : Over wight  
>30                    : Obesitas  
Status gizi         : Normal

3. Keluhan Fisik

Klien mengatakan tidak mempunyai keluhan

E. PSIKOSOSIAL

1. Genogram



Sdr E 22tn

Gambar 3.1 Genogram

#### Keterangan

-  : Laki - laki
-  : Perempuan
-  : Laki – laki meninggal
-  : Pasien
- | : Garis keturunan
- : Garis perkawinan
- ..... : Tinggal serumah

Dalam keluarga tidak ada memilikirwayat penyakit gangguan jiwa klien tinggal

#### F. STATUS MENTAL

##### 1. Penampilan

Klien memakai baju seragam RS dengan rapi.

##### 2. Pembicaraan

Klien saat di lakukan pembicaraan tidak bisa memulai pembicaraan .

##### 3. Aktivitas motorik

Pada saat di lakukan pengkajian klien tampak lesuh .

##### 4. Alam perasaan

Pada saat di lakukan pengkajian biasa saja dan datar.

##### 5. Afek

Pada saat dilakukan pengkajian afek klien tumpul, perlu di berikan stimulus.

##### 6. Interaksi selama wawancara

Saat berinteraksi klien kurang koepertif kontak mata kurang.

##### 7. Persepsi

Klien mengataka mendengarkan sura-surannya yang menyuruhnya berbuat baik dan membagi-bagikan kebaikan, makan dan uang. Klien mengatakan jika halusinasi itu muncul klien melakukannya apa yang di suruhnya dan terkadang pasien hanya diam saja. Pasien mengatakan suara yang menyuruh untuk berbuat kebaikan frekuensinya jarang (satu hari belum tentu datang), waktunya saat ada keributan dan saat melamun.

##### 8. Isi pikir

Pada saat di lakukan pengkajian klien mengatakan bahwa tangannya jika terkena benda tajam tidak merasakan sakit. Klien mengatakan bahwa dirinya menyakini mempunyai pelindung di dalam tubuhnya yaitu berupa singa yang di turunkan dari nenek moyangnya.

##### 9. Proses pikir

Pasien tidak tampak berbicara memutar-mutar dan ketika di tanya, langsung sampai tujuan yang di tanya.

##### 10. Tingkat kesadaran

Pasien tampak tidak bingung dan sadar penuh sedang di ajak bicara oleh perawat.

11. Memori

Klien mampu mengingat kejadian yang baru terjadi, dan yang kemarin terjadi, klien tidak mampu mengingat kejadian yang terjadi di masa lalu dengan jelas.

12. Tingkat konsentrasi dan berhitung

Klien sulit berkonsentrasi. Klien mampu berhitung 1-10 dan berhitung mundur. Saat di tanya  $1+9=$  10 klien mampu berhitung dengan benar.

13. Kemampuan penilaian

Klien di beri pertanyaan oleh perawat untuk memilih dan klien mampu memilih (gangguan ringan)

14. Daya tilik diri

Klien menyadari bahwa dirinya sedang di RSJ Grhasia Daerah Istimewa Yogyakarta mengalami gangguan jiwa, pasien mengatakan dirinya masuk rumah sakit karena marah-marah dan mengamuk di rumah.

## G. KEBUTUHAN PERSIAPAN PULANG

1. Makan

Klien dapat makan sendirisecara mandiri. Menu makan klien tidak memilih- milih makan, makan apa yang di sajikan klien mau menghabiskanya.

2. BAB/BAK

Klien dapat BAB/BAK di kamar mandi dan pasien dapat melakukan sendiri tanpa bantuan orang lain.

3. Mandi

Klien dapat mandi sendiri, mandi pakai air dengan menggunakan sabun dan shampo. Rambut dan kulit klien tampak bersih.

4. Berpakain dan berhias

Klien mampu menggunakan pakain yang di sediakan RS, pakain tampak rapi.

5. Istirahat dan tidur

Klien dapat tidur siang dan tidur malam saat tidur klien sudah tidak terbangun lagi.

6. Penggunaan obat

Klien mau minum obat dengan teratur tanpa paksaan.

7. Pemeliharaan kesehatan

Klien mengatakan kalau sudah sembuh ingin pulang dan ingin bekerja di perusahaan ayahnya .

8. Aktivitas di dalam rumah

Klien mampu memenuhi kebutuhan sendiri, seperti makan, mandi toileting dan berpakaian.

9. Aktivitas di luar rumah

Klien mengatakan tidak mengikuti kegiatan di luar rumah.

## H. MEKANISME KOPING

Mekanisme coping kurang adaptif. Klien mengatakan jika mempunyai masalah jarang mau bercerita dengan orang lain, kadang hanya diam saja dan mengurung diri di dalam kamar.

#### I. ASPEK MEDIS

AXIS I :F.25.00 Skizoafektif tipe manik

AXIS II :-

AXIS II :Tidak ada

AXIS IV :-

AXIS V :-

#### J. TERAPI

Terapi yang di berikan

1. Clozapine 25 mg, waktu pemberian 0 ½` ½`
2. Frimania 400 mg, waktu pemberian 1 1 1
3. Risperidone 2mg , waktu pemberian 1 1 1

#### ANALISA DATA

No	DATA	MASALAH
1.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Klien mengataka mendengarkan sura-surana yang menyuruhnya berbuat baik dan membagi-bagikan kebaikan , makan dan uang.</li> <li>-Klien mengatakan jika halusinasi itu muncul klien melakukannya apa yang di suruhnya dan terkadang klien hanya diam saja.</li> <li>- Klien mengatakan suara yang menyuruh untuk berbuat kebaikan frekuensinya jarang ( satuhari belum tentu datang), waktunya saat ada keributan dan saat melamun.</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Klien tampak antusias saat menceritakan halusinasinya yang di alaminya.</li> </ul>	Gangguan persepsi sensori halusinasi
2.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan selama di rumah sakit Grhasia klien lebih sering di kamarnya dan klien belum pernah mengikuti rehabilitas</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Klien terlihat menyendiri dikamar dan jarang berinteraksi dengan teman-teman yang ada di bangsal.</li> </ul>	Isolasi sosial
3.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengataka susah berinteraksi dengan orang lain hanya berinteraksi dengan teman di kamar saja.</li> <li>- Klien mengatakan tidak percaya diri dengan dirinya. Karna pasien tahu bahwa dirinya mengalami gangguan jiwa.</li> </ul>	Hargadiri rendah

4.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan bahwa tangannya jika terkena benda tajam tidak merasakan sakit.</li> <li>-Klien mengatakan bahwa dirinya menyakini mempunyai pelindung di dalam tubuhnya yaitu berupa singa yang di turunkan dari nenek moyangnya.</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Klien tampak antusias saat menceritakan dirinya bahwa memiliki ilmu pelindung di dalam tubuhnya.</li> </ul> <p style="text-align: center;">(Noviana)</p>	<p>Gangguan Proses Pikir (Noviana)</p>
----	--	--

## DIAGNOSA KEPERAWATAN SESUAI PRIORITAS

### 1. Gangguan persepsi sensori halusinasi

DS:

- Klien mengataka mendengarkan sura-surat yang menyuruhnya berbuat baik dan membagi-bagikan kebaikan , makan dan uang.
- Klien mengatakan jika halusinasi itu muncul klien melakukannya apa yang di suruhnya dan terkadang klien hanya diam saja.
- Klien mengatakan suara yang menyuru untuk berbuat kebaikan frekuensinya jarang ( satu hari belum tentu datang), waktunya saat ada keributan dan saat melamun.

DO:

- Klien tampak antusias saat menceritakan halusinasinya yang di alaminya.

### 2. Isolasi sosial

DS:

- Klien mengatakan selama di rumah sakit Grhasia klien lebih sering di kamarnya dan klien belum pernah mengikuti rehabilitas

DO:

- Klien terlihat menyendiri dikamar dan jarang berinteraksi dengan teman-teman yang ada di bangsal.

### 3. Harga diri rendah

DS:

- Klien mengatakan susah berinteraksi dengan orang lain hanya berinteraksi dengan teman di kamar saja.
- Klien mengatakan tidak percaya diri dengan dirinya. Karna klien tahu bahwa dirinya mengalami gangguan jiwa.

DO:-

### 4. Gangguan proses pikir

DS:

- Klien mengatakan bahwa tangannya jika terkena benda tajam tidak merasakan sakit.
- Klien mengatakan bahwa dirinya menyakini mempunyai pelindung di dalam tubuhnya yaitu berupa singa yang di turunkan dari nenek moyangnya.

DO:

- Klien tampak antusias saat menceritakan dirinya bahwa memiliki ilmu pelindung di dalam tubuhnya.

(Noviana)

ASUHAN KEPERAWATAN

Nama pasien / No RM :Sdr "E"/ 0090XXX  
:22 Tahun

Ruang: Wiama Arjuna Umur

Hari Tgl Jam	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		Pelaksanaan	Evaluasi
		Tujuan	Tindakan		
Kamis, 06 Juli 2017 08.00 WIB	Gangguan persepsi sensori halusinasi: Pendengaran DS: - Klien mengataka mendengarkan sura- suran yang menyuruhnya berbuat baik dan membagi- bagikan kebaikan , akan dan uang. -klien mengatakan jika halusinasi itu muncul klien melakukannya apa yang di suruhnya dan terkadang klien hanya diam saja.  (Noviana)	Tupan : Klien mampu menetapkan dan menguji realita/ kenyataan serta menyingkirkan kesalahn persepsi sensori Tupan : 1.Setelah dilakukan tindakan 1x pertemuan klien mampu membina hubungan saling percaya dengan indikator/kriteria hasil :  (Noviana)	15. Bina hubungan saling percaya (Complex Relation ship Building) a. Perkenalkan diri dengan sopan b. Tanyakan nama lengkap dan nama panggilan yang di suka klien c. Buat kontrak/persetujuan tentang pertemuan yang dapat di terimaverbal tertulis, sinyal respon d. Pelihara postur tubuh terbuka  (Noviana)	Kamis, 06 Juli 20017 08.20 WIB Tupen 1 Membina hubungan saling percaya 1. Memerkenalkan diri dengan sopan 2. Menanyakan nama lengkap dan nama panggilan yang di suka klien 3. Membuat kontrak/persetujuan tentang pertemuan yang dapat di terimaverbal tertulis, sinyal respon  (Noviana)	Kamis, 06 Juli 20017 10..00 WIB S: -Klien mengatakan nama lengkap E.Y dan nama panggilan yang di sukai "E" -Klien mengatakan setuju dengan kontrak jam 13.00 WIB  (Noviana)

Nari Tgl Jam	Diaganosa Keperawatan	Perencanaan		Pelaksanaan	Evaluasi
		Tujuan	Tindakan		
	<p>- Klien mengatakan suara yang menyuru untuk berbuat kebaikan frekuensinya jarang (satu hari belum tentu datang), waktunya saat ada keributan dan saat melamun. DO: -Klien tampak antusias saat menceritakan halusinasinya yang di alaminya.</p> <p>(Noviana)</p>	<p>a. Menunjukkan pemahan verbal tertulis, sinyal respon b. Menunjukkan gerakan dan ekspresi wajah yang relaks c. Menunjukkan kontak mata, mau berjabat tangan., mau menjawab salam, menyebut nama, mau duduk berdampingan/berhadapan</p> <p>(Noviana)</p>	<p>e. Ciptakan iklim yang hangat dan menerima secara tepat f. Berespon pada pesan non verbal klien dengan cara yang tepat g. Tunjukan keterampilan pada klien dengan mempertahankan kontak mata, posisi mata sejajar, saat berbicara perawat sedikit membungkuk jika di perlukan</p> <p>(Noviana)</p>	<p>4. Mempelihara postur tubuh terbuka</p> <p>(Noviana)</p>	<p>O: - Klien mau berjabat tangan dan mau memperkenalkan diri - Klien mampu mempertahankan kontak mata -Klien mau duduk berhadapan - Klien tampak rilaks A: Masalah tupen 1 capai P: lanjut tupen 2 -Perawat diskusi isi, frekuensi - -Klien - Sebutkan isi, waktu frekuensi</p> <p>(Noviana)</p>

Nari Tgl Jam	Diaganosa Keperawatan	Perencanaan		Pelaksanaan	Evaluasi
		Tujuan	Tindakan		
		<p>2. Setelah dilakukan interaksi selama 2x pertemuan mengenal halusinasi dengan indikator/kriteria hasil:</p> <p>a. Klien mampu menyebutkan, waktu, frekuensi, isi, memunculkan halusinasi</p> <p>b. Klien mampu menyebutkan perilaku yang bisa di lakukan saat halusinasi muncul</p> <p>c. Klien mampu menyebutkan akibat perilaku yang bisa dilakukan saat halusinasi terjadi</p>	<p>2. Manajemen halusinasi</p> <p>a. Observasi tingkahlaku yang berhubungan dengan halusinasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Jika dari hasil observasi ditemukan tampak klien mengalami halusinasi, tanyakan apakah klien mengalami halusinasi</li> <li>2) Jika jawaban klien ada tanyakan apa yang di dengar/dirasakan</li> <li>3) Katakan bahwa percaya apa yang di alami klien, tetap perawat sendiri tidak mendengar/melihat merasakan</li> <li>4) Katakan bahwa klien lain juga mengalami hal yang sama</li> <li>5) Katakan bahwa perawat akan membantu klien</li> </ol> <p>b. Bantu klien mengenal halusinasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Diskusiksn pada klien isi, waktu frekuensi, dan situasi pencetus halusinasi</li> </ol>		

			<ol style="list-style-type: none"><li>2) Diskusikan dengan klien apa yang dirasakan saat halusinasi muncul</li><li>3) Beri klien kesempatan untuk mengungkapkan perasaannya</li><li>4) Identifikasi dan diskusikan dengan klien perilaku yang dilakukan saat halusinasi muncul</li><li>5) Diskusikan manfaat dan akibat dari cara/perilaku yang</li><li>6) Libatkan klien dalam TAK SP: Halusinasi (sesi I)</li></ol>		
--	--	--	---	--	--

Nari Tgl Jam	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		Pelaksanaan	Evaluasi
		Tujuan	Tindakan		
		<p>3. Setelah dilakukan interaksi selama 2x pertemuan klien mampu mengendalikan halusinasi dengan indikator/kriteria hasil: a. Klien dapat menyebutkan cara baru mengendalikan halusinasi</p> <p>b. Klien dapat memilih dan menyebutkan cara baru mengendalikan halusinasi</p> <p>c. Klien dapat melaksanakan cara yang di pilih untuk mengendalikan halusinasi</p> <p>(Noviana)</p>	<p>Managemen halusinasi:</p> <p>a. Diskusikan cara baru untuk memutuskan?</p> <p>Mengendalikan halusinasi:</p> <p>b. Dengan mengusir halusinasi</p> <p>c. Bicara dengan orang lain ( perawat, klien lain)</p> <p>d. Menyusun jadwal kegiatan harian</p> <p>e. Meminta kepada orang lain menyapa jika tampak berbicara sendiri</p> <p>f. Bantu klien memilih dan melatih cara memutuskan/mengendalikan halusinasi secara bertahap</p> <p>g. Beri klien kesempatan cara mengendalikan? Memutus halusinasi yang telah di pilih dan dilatih</p> <p>h. Evaluasi bersama klien cara baru yang telah dipilih dan di terapkan di bandingkan dengan cara yang biasanya di lakukan</p> <p>i. Berikan reconferent kepda klien terhadap cara yang telah di pilih dan di terapkan</p> <p>j. Libatkan klien dalmal TAK SP: halusinasi</p>		

hari Tgl Jam	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		Pelaksanaan	Evaluasi
		Tujuan	Tindakan		
		<p>4. Setelah dilakukan interaksi selama 1x pertemuan klien/keluarga mendapat dukungan dalam mengendalikan halusinasi dengan indikator/ kriteria hasil:</p> <p>a. Keluarga dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat</p> <p>b. Klien dapat menyebutkan pengertian, tanda dan tindakan untuk mengatasi halusina</p> <p>(Noviana)</p>	<p>1) Bina hubungan saling percaya</p> <p>2) Gejala halusinasi yang di alami klien</p> <p>3) Cara yang dapat di alami klien dan keluarga untuk mengontrol halusinasi</p> <p>4) Cara merawat keluarga untuk mengotrol halusinasi</p> <p>5) Keluarga untuk mencari bantuan jika halusinasi tidak terkendali</p> <p>6) Berikan informasi tentang kondisi klien kepada keluarga degan cara yang tepat</p> <p>(Noviana)</p>		

Nari Tgl Jam	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		Pelaksanaan	Evaluasi
		Tujuan	Tindakan		
		<p>5. Setelah dilakukan interaksi selama 1x pertemuan klien dapat memanfaatkan obat dengan baik indikator/kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Klien dan keluarga dapat menyebutkan manfaat, dosis dan efek samping obat</li> <li>b. Klien dapat mendemonstrasikan penggunaan obat dengan benar</li> <li>c. Klien dan keluarga</li> </ul> <p>(Noviana)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Kaji pengetahuan klien dengan keluarga tentang obat dan manfaatnya</li> <li>b. Diskusikan dengan klien dan keluarga tentang manfaat, dosis dan efek samping obat</li> <li>c. Anjurkan klien minta sendiri obat pada perawat dan merasakan manfaatnya</li> <li>d. Beri penjelasan pada klien akibat berhenti minum obat tanpa konsultasi/resikomendai</li> <li>e. Diskusikan dengan klien tentang akibat berhenti minum obat tanpa konsultasi</li> <li>f. Berikan penjelasan pada klien dan keluarga tentang manfaat dan efek samping obat</li> <li>g. Fasilitasi pertemuan klien/keluarga dokter</li> </ul> <p>(Noviana)</p>		

ASUHAN KEPERAWATAN

Nama pasien / No RM :Sdr "E"/ 0090XXX

Ruang: Wiama Arjuna

Umur :22 Tahun

Nari Tgl Jam	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		Pelaksanaan	Evaluasi
		Tujuan	Tindakan		
Kamis 6 Juli 2017 jam 08.00	<p>Isolasi sosial DS: - Klien mengatakan selama di rumah sakit Grhasia pasien lebih sering di kamarnya dan klien belum pernah mengikuti rehabilitas</p> <p>DO: -Klien terlihat menyendiri dikamar dan jarang berinteraksi dengan teman- teman yang ada di bangsal</p> <p>(Noviana)</p>	<p>Tupan Klien mampu mendemostrasikan keterlibatan sosisl secara mandiri dan mempunyai sistem pendukung mengespresikan perasaan dan pikirannya</p> <p>Tupen Setelah dilakaukan interaksi selama 1x pertemuan klien dapat memulai hubungan interaksi dengan orang lain dengan indikator kriteria hasil:</p> <p>a. Klien mampu memperkenalkan dirinya dengan orang lain, berjabat tangan, ada salam, ada kontak mata dan meluangkan duduk berdampingan dengan orang lain/perawat</p> <p>b. Klien mau menyebutkan alasan menarik/mengisolasi</p>	<p>Tingkatkan sosialisasi sosial (socialization enhancement)</p> <p>a. BHSP ( prinsip komunikasi treapeutik , pertahankan sikap konsisten, terbuka, tepat janji, dan hindari kesan negatif )</p> <p>b. Observasi perilaku menarik diri klien.</p> <p>c. Kaji Pengetahuan klien tentang perilaku mengisolasi dirinya.</p> <p>d. Diskusikan dengan klien hal-hal yang menyebabkan klien mengisolasi diri.</p> <p>e. Berikan kesempatan pada klien untuk menceritakan perasaan terkait dengan isolasi diri</p> <p>f. Dorong klien untuk membagi masalah yang di hadapi/ dimiliki</p>	<p>Kamis 6 Juli 2017 jam 10.00 Tupen 1</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mempertahankan sikap terbuka dan hindari kesan negatif</li> <li>2. Mengobservasi perilaku menarik diri klien.</li> <li>3. Mengkaji Pengetahuan klien tentang perilaku mengisolasi dirinya</li> <li>4. Mendiskusikan dengan klien hal-hal yang menyebabkan klien mengisolasi diri.</li> <li>5. Pada klien untuk menceritakan perasaan yang terkait isolasi sosial</li> <li>6. Mendorong klien untuk membagi masalah yang di hadapi/ dimiliki</li> </ol>	<p>Kamis 6 Juli 2017 jam 10.30 S: -Klien mengatakn malas berinteraksi dengan teman di luar kamar. -Klien mengataka lebih suka tidur di kamar O: - Klien terlihat menyendiri di kamar - Klien mengerti tentang bagaimana cara berkenalan dengan orang lain - Klien tampak kooperatif saat di ajak bicara A: tupen 1 tercapai P: Tupen 2 - Perawat Jelaskan dengan klien manfaat berinteraksi dengan orang lain</p>

		<p>diri</p> <p>c. Klien mau mengutarakan masalahnya</p> <p>(Noviana)</p>	<p>g. Dukung klien untuk jujur dan menunjukkan identitas dirinya dengan orang lain</p> <p>h. Libatkan TAKS</p> <p>(Noviana)</p>	<p>7. Mendukung klien untuk jujur dan menunjukkan identitas dirinya dengan orang lain</p> <p>(Noviana)</p>	<p>- Jelaskan kerugian tidak berinteraksi dengan orang lain</p> <p>- Klien</p> <p>Klien paham</p> <p>(Noviana)</p>
--	--	--	---	--	--

Hari Tgl Jam	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		Pelaksanaan	Evaluasi
		Tujuan	Tindakan		
		<p>2. Setelah dilakukan interaksi selama 1x pertemuan klien mampu mengungkapkan perasaannya dengan indikator/kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Mampu mengungkapkan perasaan setelah berinteraksi dengan orang lain</li> <li>b. klien dapat mengungkapkan manfaat dan keuntungan berinteraksi dengan orang lain.</li> <li>c. Klien dapat menyebutkan kerugian mengisolasi diri/tidak berinteraksi dengan orang laenc.</li> <li>d. Klien dapat mempertahankan keinginan dan kebutuhannya berinteraksi dengan orang lain.</li> </ul> <p>(Noviana)</p>	<p>Manajemen kestabilan mood serta perasaan aman dan nyaman(mood management)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Observasi kesesuaian antara afek dan ungkapan secara verbal klien.</li> <li>b. Berikan perasaan aman dan nyaman pada klien</li> <li>c. Dorong klien mengungkapkan perasaannya dan mengespresikannya secara tepat.</li> <li>d. Bantu klien mengidentifikasi perasaan yang mendasari keinginan klien untuk tidak Melakuakan interaksi dengan orang laen.</li> <li>e. Dorong klien untuk mengungkapkan hambatan dan kesulitan untuk berinteraksi dengan orang lain.</li> <li>f. Diskusikan dengan klien manfaat berinteraksi dengan orang lain.</li> <li>g. Diskusikan kerugian tidak berinteraksi dengan orang lain.</li> <li>h. Kelola pemberian obat untuk menjaga kestabilan mood/mood stabilizing(antidepressan t, lithium, hormon dan vitamin-vitamn)</li> </ul>		

			<ul style="list-style-type: none"><li>i. Monitor efek samping dalam obat dan dampaknya terhadap klien.</li><li>j. Libatkan klien dalam TAK, SS, SP Umum</li><li>k. Lakukan kolaborasi dengan psikiater bila di perlukan ( mis: ECT).</li></ul> <p>(Noviana)</p>		
--	--	--	---	--	--

Nari Tgl Jam	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		Pelaksanaan	Evaluasi
		Tujuan	Tindakan		
		<p>3. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x pertemuan klien dapat mengembangkan hubungan/interaksi sosial dengan indikator/kriteria hasil:</p> <p>3) Klien mau melakukan interaksi dengan perawat/petugas, teman /klien lain dan keluarga.</p> <p>4) Klien dapat berpartisipasi dalam aktifitas di ruang perawat.</p> <p>(Noviana)</p>	<p>.Tingkatkan sosialisasi( socialization enhancement)</p> <p>a. Bantu klien mengidentifikasi kelebihan hambatan dan kesulitan dalam komunikasi dengan orang lain.</p> <p>b. Tingkatkan kesadaran klien terhadap kelebihan dan keterbatasan dalam berkomunikasi tersebut.</p> <p>c. Dukung klien untuk mengembangkan hubungan/interaksi yang telah terbina.</p> <p>d. Dukung dalam beraktifitas di ruang perawat</p> <p>e. Beri reinforcement atas kemampuan dan keberhasilan klien.</p> <p>f. Libatkan klien dalam TAKS</p> <p>(Noviana)</p>		

Nari Tgl Jam	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		Pelaksanaan	Evaluasi
		Tujuan	Tindakan		
		<p>4. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x pertemuan klien mampu meningkatkan interaksi sosial secara mandiri dengan indikator/ kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Klien mampu dan mau bekerja sama dengan orang lain</li> <li>b. Bersikap ramah perhatian</li> <li>c. Terhadap orang</li> </ul> <p>(Noviana)</p>	<p>Modifikasi perilaku:keterampilan sosial( behavior modification; social skills)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Bantu klien mengidentifikasi masalah-masalah interpersonal ynung menyebabkan menurunnya/ kurangnya interaksi dengan orang lain.</li> <li>b. Dorong klien untuk mengungkapkan perasaannya terkait dengan masalahnya interpersonal yang di hadapi.</li> <li>c. Bantu klien mengidentifikasi hasil yang ingin di capai dari hubungan interpersonal yang di capai dengan orang lain.</li> <li>d. Dorong klien meningkatkan interaksi dengan orang lain di sekitarnya.</li> <li>e. Dorong klien mengikuti aktivitas di ruang perawat.</li> <li>f. Dorong klien mengisi waktu luangnya dengan aktifitas</li> <li>g. Libatkan klien dalam TAKS.</li> <li>h. Rujuk klien untuk mengikuti aktifitas di ruang rehabilitas</li> </ul> <p>(Noviana)</p>		

Nari Tgl Jam	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		Pelaksanaan	Evaluasi
		Tujuan	Tindakan		
		<p>5. Setelah dilakuan interaksi selama 1x klien dapat mendapat dukungan keluarga dan dapat memanfaatkan perasaan dan pikirannya</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Klien dapat dukungan keluargaselama dalam perawatan</li> <li>Klen mampu mengungkapkan perasaanya keinginana dan harapannya dari dukungan keluarganya</li> <li>Klien dan keluarga terlibat aktif terhadap upaya perawatan</li> <li>Secara periodik/teratur keluarga mengunjungi klien selama klen di rawat</li> <li>Keluarga mengerti dan mampu menjelaskan kembali cara perawatan klien dengan isolasi sosial</li> </ol> <p>(Noviana)</p>	<p>Tingkatkan keterlibatkan keluarga(family involvement promotion)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Indentifikasi kemampuan dan keterlibatan anggota keluarga dalam perawatan klien.</li> <li>Kaji tingkat pengetahuan keluargatentang hal-hal dan situasi situasi yang berpengaruh.</li> <li>Identifikasi harapan/ekspresi keluarga</li> <li>Terhadap kondisi klien.</li> <li>Tentukan sikap ketergantungan klien terhadap keluarga.</li> <li>Beri informasi tentang kondisi klienn kepada keluarga</li> <li>Jelaskan kepada keluarga cara merawat klien dengan isolasi sosial</li> <li>Jelaskan pentingnya keterlibatan keluarga dalam perawat klien.</li> <li>Dorong keluaru untuk terlibat aktif dalam upaya perawatan yang di berikan</li> <li>Fasilitasi pertemuan klien dengan keluarga/teman/orang.</li> </ol> <p>(Noviana)</p>		

ASUHAN KEPERAWATAN

Nama pasien / No RM  
Umur

:Sdr "E"/ 0090XX  
:22 Tahun

Ruang: Wiama Arjuna

Nari Tgl Jam	Diaganosa Keperawatan	Perencanaan		Pelaksanaan	Evaluasi
		Tujuan	Tindakan		
Kamis 06 juli 20017 08 .00	Harga diri rendah DS: - Klien mengataka susah berinteraksi dengan orang lain hanya berinteraksi dengan teman di kamar saja. - Klien mengatakan tidak percaya diri dengan dirinya. Karna pasien tahu bahwa dirinya mengalami gangguan jiwa. D0:.-  (Noviana)	Tupan Klien mampu meningkatkan harga dirinya dan mempunyai sistem pendukung yang dapat membantu mengespresikan dan pikiran secara optimal Tupen 1. Setelah melakukan interaksi dengan klien mampu mengungkapkan dengan indikator/kriteria hasil: a. Klien mampu membina hubungan saling percaya dengan perawat b. Klien mampu mempertahankan kontak mata c. Klien mampu mempertahankan postur tubuh yang tegak  (Noviana)	Tingkat harga diri (self esteem enhancement) a. Bina hubungan saling percaya b. Prinsip komunikasi terapetik (preinteraksi, terminasi) c. Pertahankan sikap yang komsisten: menepati janji, sikap yang terbuka, kongruin, hindari sikap yang non verbal yang dapat menimbulkan kesan negatif d. Obserfasi perilaku klien e. Monitor pernyataan- pernyataan klien tentang ngritik diri f. Dorong klien untuk mengungkapkan perasanya g. Anjurkan klien mempertahanka n kontak mata dan postur terbuka/tegak.  (Noviana)	Kamis 06 Juli 20017 09.00  1. Membina hubungan terapeutik. 2. Mengopservasi perilaku klien 3. Memonitor pernyataan- pernyataan kliententang kritik diri 4. Mendorong klien mengungkapkan perasaannya. 5. Menganjurkan klien mempertahankan kontak mata dan postur terbuka/tegak  (Noviana)	Kamis 06 Juli 20017 11.0 IB S: - Klien mengatakan bernama "E" - Klien mengatakan lebih senang di dalam kamar di bandingkan berinteraksi di luar kamar dengan teman- temannya - Klien mengatakan merasa malu memiliki penyakit gangguan jiwa O: - Klien mampu berjabat tangan - Klien kooperatif saat di ajak bicara - Postur tubuh tegak A: tupen 1 tercapai P: tupen 2 a. Perawat pasien menyakinkan klien bahwa klien dapat menghadapi situasi apapun b. Klien Klien mampu menghadapi situasi apapun

					(Noviana)
--	--	--	--	--	-----------

Nari Tgl Jam	Diaganosa Keperawatan	Perencanaan		Pelaksanaan	Evaluasi
		Tujuan	Tindakan		

		<p>2. setelah berinteraksi dengan klie 1x pertemuan mampu mengidentifikasi aspek positif dari dirinya dengan indikator/kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> <li> klien mampu mengungkapkan penerimaan dari dirinya.</li> <li> Klien mamampu mengungkapkan aspek dari dirinya secara wajar.</li> <li> Klien mampu mengungkapkan keterimaan dirinya terhadap keterbatasan dirinya</li> <li> Klien mampu menerima kritik yang membangun</li> <li> Klien mampu berpartisipasi dalam berhubungan sosial dan bersikap terbuka</li> </ol> <p>(Noviana)</p>	<p>2. tingkatkan harga diri (self esteem enhancemen)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li> explore alasan klien mengkritik diri.</li> <li> Identifikasi kelebihan/hal positif yang di miliki yang ada di diri klien</li> <li> Explore keberhasilan- keberhasilan yang pernah di capai klien</li> <li> Berikan reword/ reinforcement positif terhadap keberhasilan dan kelebihan klien.</li> <li> Yakinkan klien bahwa klien mampu menghadapi situasi apapun</li> <li> Evaluasi bersama klien perilaku yang dulu dan sekarang</li> <li> Bantu klien untuk menyusun tujuan hidup yang realistis</li> <li> Fasilitasi lingkungan dan aktivitas yang dapat meningkatkan harga diri</li> <li> Libatkan klien dengan kegiatan TAK soialisasi</li> <li> Anjurkan keluarga untuk memberikan dukungan/support pada klien</li> <li> Kolaborasi dengan tim medis untuk pemberian medikasi/terapi</li> </ol> <p>(Noviana)</p>		
--	--	--	---	--	--

CATATAN PERKEMBANGAN

Nama pasien / No RM : Sdr "E" / 0090XXX

Ruang : Wisma Arjuna

Umur : 22 Tahun

Hari tanggal jam	Diagnosa keperawatan	Pelaksanaan	Evaluasi
<p>Jumat 7 Juli 2017 10.00 WIB</p>	<p>Tupen 2 Gangguan persepsi sensori halusinasi</p>	<p>Tupen 2</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membina hubungan terapeutik</li> <li>2. Menanyakan namanya</li> <li>3. Membantu klien mengenal halusinasi</li> <li>4. Mendiskudikan dengan klien waktu, isi, frekuensi</li> <li>5. Membantu klien untuk memutuskan halusinasi</li> </ol> <p>(Noviana)</p>	<p>Jumat 7 Juli 2017 10.15 wib S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan namanya "E"</li> <li>Klien mengatakan CATATAN PERKEMBANGAN</li> <li>- tahu bahwa dia mengalami halusinasi.</li> <li>- Klien mengatakan mendengarkan sura-suran yang menyuruhnya berbuat baik dan membagi-bagikan kebaikan, makan dan uang.</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Klien tidak fokus saat di ajak berbicara</li> <li>Klien dapat menyebutkan isi, frekuensi dan situasi pencetus munculnya halusinasi</li> </ul> <p>A: tupen 1 tercapai P: lanjut tupen 2</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perawat Bantu klien memutuskan halusinasi</li> <li>- Klien Dapat mempraktekan halusinasi</li> </ul> <p>(Noviana)</p>

CATATAN PERKEMBANGAN

Nama pasien / No RM : Sdr "E" / 00908XXX

Ruang : Wisma Arjuna

Umur : 22 Tahun

Hari Tanggal Jam	Diagnosa keperawatan	Pelaksanaan	Evaluasi
<p>Jumat 7 Juli 2017 16.00 WIB</p>	<p>Tupen 2 Gangguan persepsi sensori halusinasi</p>	<p>Tupen 2 1. Membina hubungan terapeutik 2. Membantu klien mengenal halusinasi 3. Menanyakan apakah klien mengalami halusinasi 4. Mendiskudikan dengan klien waktu, isi, frekuensi 5. Membantu klien untuk memutuskan halusinasi yang dilakukan dan situasi pencetus  (Noviana)</p>	<p>Jumat 7 Juli 2017 16.00 wib S: - Klien mengatakan mendengarkan sura-suran yang menyuruhnya berbuat baik dan membagi-bagikan kebaikan, makan dan uang. O: Klien mampu memperagakan kembali apa yang sudah di contohkan perawat dengan benar klien dapat menyebutkan isi, frekuensi dan situasi pencetus munculnya halusinasi A: tupen 2 tercapai P: lanjut tupen 3 - Perawat Ajarkan klien mengontrol halusinasi dengan berbincang bincang dengan perawat, teman dan keluarga - Klien Latih cara mengontrol halusinasi klien  (Noviana)</p>

CATATAN PERKEMBANGAN

Nama pasien / No RM : Sdr "E" / 0090XXX

Ruang : Wisma Arjuna

Umur : 22 Tahun

Hari Tanggal Jam	Diagnosa keperawatan	Pelaksanaan	Evaluasi
Sabtu 8 Juli 2017 Jam 11.00 WIB	Tupen 3 Gangguan persepsi: halusinasi	Tupen 3 1. Mendiskusikan cara baru untuk memutuskan / mengendalikan halusinasi dengan bercakap – cakap (perawat, teman dan keluarga) 2. Memberi kesempatan pasien untuk mengulangi apa yang sudah di contohkan perawat 3. Mengevaluasi teknik mengendalikan halusinasi dengan cara berbincang-bincang  (Noviana)	Sabtu 8 juli 2017 jam 11.00 S: -Klien mengatakan mengerti tentang cara mengendalikan halusinasi - Klien mengatakan lebih suka dengan cara bercakap cakap untuk menghilangkan halusinasi O: - Klien mampu menyebutkan dan memilih cara memutuskan halusinasi A: tupen 3 tercapai P: lanjut tupen 4 berkolaborasi dengan perawat yang ada di wisma arjuna perawat Ajarkan pasien mengontrol halusinasi dengan memasukan ke jadwal harian pasien - Klien latih cara mengontrol halusinasi dengan cara memasukan ke dalam jadwal harian  (Noviana)

CATATAN PERKEMBANGAN

Nama pasien / No RM : Sdr "E"/ 0090XXX  
 Ruang : Wisma Arjuna  
 Umur : 22 Tahun

Hari Tanggal Jam	Diagnosa keperawatan	Pelaksanaan	Evaluasi
Minggu, 09 Juli 2017 Jam 11.00 WIB	Tupen 4 Gangguan persepsi sensori: halusinasi	Tupen 4 7) Membina hubungan saling percaya 8) Memonitor gejala halusinasi yang di alami klien 9) Membantu merawat keluarga untuk mengotrol halusinasi 10) Membantu keluarga untuk mencari bantuan jika halusinasi tidak terkendali  (Noviana)	Minggu, 09 Juli 2017 Jam 14.00 WIB S: - Ibu klien bernama Ny N - Ibu klien mengatakan setuju tentang pendidikan kesehatan yang akan di berikan - Ibu klien mengatakan mengerti tentang cara mengontrol halusinasi - Ibu klien mengatakan tahu tentang gejala halusinasi O: - ibu klien tampak antusias - Ibu klien memnyambut dengan baik - ibu klien tahu tentang mencari bantua jika halusinasi tidak terkendali A: tupen 4 tercapai P: lanjut tupen 5 - Perawat Pemberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga Sdr E - Keluarga Tampak antusias saat di berikan pendidikan kesehatan dan paham atas apa yg sudah di berikan.  (Noviana)

CATATAN PERKEMBANGAN

Nama pasien / No RM : Sdr "E"/ 0090XXX  
 Ruang : Wisma Arjuna  
 Umur : 22 Tahun

Hari Tanggal Jam	Diagnosa keperawatan	Pelaksanaan	Evaluasi
Jumat 7 Juli 2017 Jam 13.00 WIB  Jam 16. 30 WIB	Isolasi sosial	Tupen 2 1. monitor kesesuaian antara afek dan lingkungan secara verbal klien 2. memberikan perasaan aman dan nyaman kepada klien 3. mendorong klien mengungkapkan perasaan dan pengespresikan secara tepat 4. mendiskusikan dengan pasien berinteraksi dengan pasien dan manfaat berinteraksi 5. pemberian obat  (Noviana)  (Noviana)	Jumat 7 juli 2017 jam 16. 40 WIB S: - Klien mengatakan bernama "E" - Klien mengatakan selama di rumah sakit Grhasia klien lebih sering di kamarnya dan klien belum pernah mengikuti rehabilitas O: -Klien tampak tersenyum saat berinteraksi Klien dapat menyebutkan kerugian tidak berkomunikasi dengan orang lain A: tupen 2 teratasi P: lanjut tupen 3 - Perwat jelaskan kelebihan dan keterbatasan komunikasi - Klien - paham dengan penjelasan yang di berikan  (Noviana)

### CATATAN PERKEMBANGAN

Nama pasien / No RM : Sdr "E"/ 0090XXX

Ruang : Wisma Arjuna

Umur : 22 Tahun

Hari Tanggal Jam	Diagnosa keperawatan	Pelaksanaan	Evaluasi
<p>Jumat, 07 Juli 2017 15.00</p>	<p>Tupen 3 Isolasi sosial</p>	<p>Tupen 3</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bantu klien mengidentifikasi kelebihan hambatan dan kesulitan dalam berkomunikasi dengan orang lain.</li> <li>2. Tingkatkan kesadaran klien terhadap kelebihan dan keterbatasan dalam berkomunikasi dengan orang lain</li> <li>3. Dukung klien mengembangkan hubungan/interaksi yang telah terbina</li> </ol> <p style="text-align: center;">(Noviana)</p>	<p>Jumat, 07 juli 2017 16.00 WIB</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan bersedia menjalin hubungan dengan mengembangkan dengan berkenalan dengan orang lain</li> <li>- Klien mengatakan bersedia berkenalan dengan teman sebangsalnya</li> <li>- Klien mengatakn sulit berkomunikasi karena tidak kenal dengan teman sebangsalnya</li> </ul> <p>O: Klien tampak kooperatif Klien mau berinteraksi dengan teman sebangsal A: Tupen 3 tercapai P: Tupen 4 Perawat bantu klien mengidentifikasi hasil yang ingin di capai dalam melatih hubungan interpersonal/interaksi dengan orang lain Klien Klien dapat mencapai hubungan yang di ungkapkan</p> <p style="text-align: center;">(Noviana)</p>

CATATAN PERKEMBANGAN

Nama pasien / No RM : Sdr "E"/ 0090XXX  
 Ruang : Wisma Arjuna  
 Umur : 22 Tahun

Hari Tanggal Jam	Diagnosa keperawatan	Pelaksanaan	Evaluasi
Sabtu,08 Juli 2017 15.00 WIB	Tupen 4 Isolasi sosial	Tupen 4 1. Membantu klien mengidentifikasi masalah – masalah inter personal yang menyebabkan kurangnya interaksi dengan orang lain. 2. Membantu pasien mengidentifikasi hasil yang tercapai dari hubungan interpersonal yang di lakukan. 3. Mengidentifikasi keterampilan yang ingin di fokuskan pada latihan berinteraksi dengan orang lain. 4. Mendorong pasien meningkatkan interaksi orang lain di sekitarnya.  (Noviana)	Sabtu,08 Juli 2017 16.00 WIB S: - Klien mengatakan merasa sulit memulai komunikasi. - Klien mengatakan ingin punya teman dan berinteraksi dengan teman yang ada di Wisma Arjuna - Klien mengatakan mengikuti aktifitas ruang seperti nonton tv, TAK. O: - Klien lebih tampak percaya diri - Klien berinteraksi dengan teman sebelah dengan baik saat main di teman sebangsalnya. A: tupen 4 tercapai sebagian P: lanjut tupen 4 Berkolaborasi dengan perawat di Wisma Arjuna - Perawat membantu klien meningkatkan interaksi dengan orang lain. - Klien Klien ingin berinteraksi lagi dengan orang di sekitarnya.  (Noviana)

CATATAN PERKEMBANGAN

Nama pasien / No RM : Sdr "E"/ 0090XXX  
 Ruang : Wisma Arjuna  
 Umur : 22 Tahun

Hari Tanggal Jam	Diagnosa keperawatan	Pelaksanaan	Evaluasi
Sabtu, 08 Juli 2017 16.00 WIB	Hargadiri rendah	Tupen 2 1. Mengesplora alasan klien mengritik diri 2. Mengidentifikasi kelebihan aktifitas yang di miliki yang ada di dirinya 3. Menyakinkan klien bahwa ia mampu menghadapi situasi apapun 4. Membantu klien untuk menyusun hidup yang realistis  (Noviana)	Sabtu, 08 iuli 2017 16.00 WIB S: - Klien mengatakan tidak mempunyai kelebihan dalam dirinya - Klien mengatakn ingin cepat sembuh dan ingin cepat kerja di perusahaan ayahnya - Klien mengatak yakin bahwa dirinya ingin sembuh O: - Klien tampak kooperatif - Klien tampak yakin saat mengatakan bahwa dia ingin cepat sembuh - Klien tampak menyusun tujuan hidiup A: tupen 2 tercapai sebagian P: lanjut tupen 2 berkolaborasi denga perawat Wisma Arjuan - Perawat - Memotivasi pasien untuk meyakinkan pasien bahwa pasien mempunyai kelebihan yang pasien punya - Klien Klien dapat menggali kelebihan yang pasien punya.  (Noviana)