

KARYA TULIS ILMIAH

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



Disusun Oleh:
AZAHRA FELIA RENITA PUTRI
NIM. 2317007

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
Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta

OLEH :
AZAHRA FELIA RENITA PUTRI
NIM : 2317007

YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA
AKADEMI KEPERAWATAN “YKY”
YGYAKARTA
2020

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Azahra Felia Renita Putri

NIM : 2317007

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, 20 Juli 2020

Pembuat pernyataan,

Azahra Felia Renita Putri

2317007

KARYA TULIS ILMIAH
STUDI DOKUMENTASI GANGGUAN SENSORI PERSEPSI:
HALUSINASI PENDENGARAN PADA PASIEN
DENGAN SKIZOAFEKTIF

OLEH:

AZAHRA FELIA RENITA PUTRI

NIM. 2317007

Telah dipertahankan di depan Dewan Penguji proposal
Akademi Keperawatan "YKY" Yogyakarta

pada tanggal

4 Juli 2020

Dewan Penguji :

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

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

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

Tanda Tangan



Mengesahkan
Direktur Akper "YKY"
Yogyakarta



Tri Arini, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIP. 1141 03 052

MOTTO

“ If You have not failed, You haven’t tried anything new”
(Albert Einstein)

“ Kita adalah apa yang kita inginkan, bukan yang mereka inginkan. Tak usah berhenti melangkah. Jatuh dan terluka itu hal yang biasa. Semua akan menang pada waktunya”

(Fiersa Besari dalam buku Catatan Juang)

“ Menuntut ilmu adalah takwa. Mengulang-ulang ilmu adalah zikir. Mencari ilmu adalah jihad”

(Abu Hamid Al-Ghazali)

“ Tuhan akan menggantikan yang lebih dari yang sudah hilang dan sudah kau iklaskan”

(Azahra Felia Renita Putri)

PERSEMBAHAN

Karya Tulis Ini Saya Persembahkan Untuk :

1. Kepada Allah SWT yang selalu memberikan kelancaran dalam segala hal

2. Kedua orang tua saya Bapak Aji Prajoko dan Ibu Endang Mulatsih yang telah memberikan saya dukungan moral, spiritual dan materiil. Terimakasih untuk Bapak dan Ibu yang tak pernah lelah untuk selalu mendoakan serta memberikan waktu, tenaga dan segalanya yang terbaik untuk anaknya.
3. Kakak saya Gilang Alfredo Cahya Putra dan kakak ipar saya Tissa Yoanda Imansari yang telah memberi semangat dan dukungan agar saya terus mau berusaha.
4. Untuk sahabat-sahabatku Liestyaningsih C, Nurul K dan Putri Intan yang selalu ada disetiap suka maupun duka dan yang selalu memberikan semangat.
5. Untuk laki-laki yang selalu menemani saya berjuang dan selalu memberi motivasi dan semangat Angga Bayu Hamsha.
6. Untuk teman seperjuanganku Ela Hening R, Pingkan A, Riska Devi A dan Rahmah K, di Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta Angkatan tahun 2017 yang selalu menyemangati.
7. Teman-teman kelas 3A Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta Angkatan tahun 2017.
8. Almamaterku Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat serta hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan proposal

yang berjudul “Gambaran Sensori Persepsi: Halusinasi Pendengaran pada Pasien dengan Skizoafektif di Wisma Sadewa RSJ Grhasia DIY”.

Proposal ini disusun untuk memenuhi Tugas Akhir Program Ahli Madya Keperawatan.

Tidak lupa, penulis mengucapkan terimakasih kepada:

1. Ibu Tri Arini, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku Direktur Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta yang telah memberikan kesempatan dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
2. Ibu Nunung Rachmawati, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku dosen penguji sekaligus pembimbing yang telah memberikan saran dan bimbingan kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
3. Bapak Ns.Sutejo, M.Kep.,Sp.Kep.J selaku dosen penguji sekaligus pembimbing yang telah memberikan saran dan bimbingan kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
4. Ibu Tenang Aristina, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku dosen penguji yang telah memberikan kritik dan saran sehingga karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan.

Bantul, 1 Juli 2020

Penulis,

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL DEPAN	i
HALAMAN SAMPUL DALAM	ii
HALAMAN PERNYATAAN KEASLIAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
MOTTO	v
HALAMAN PERSEMBAHAN	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR GAMBAR	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
ABSTRAK	xii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan Studi Kasus	4
D. Ruang Lingkup	6
E. Manfaat Studi Kasus	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Landasan Teori	
1. Konsep Skizofrenia	
a. Definisi Skizoafektif	7
b. Tanda dan Gejala Skizoafektif	8
c. Klasifikasi Skizoafektif	10
d. Penatalaksanaan	11
e. Peran Keluarga	13
2. Konsep Halusinasi	
a. Definisi Halusinasi	14
b. Tanda dan Gejala	15
c. Faktor Penyebab	17
d. Rentang Respon Halusinasi	19
e. Tingkatan Halusinasi	19
3. Asuhan Keperawatan	
a. Pengkajian	21
b. Diagnosa Keperawatan	24
c. Perencanaan	25
d. Pelaksanaan	30
e. Evaluasi	31
B. Kerangka Teori	33
C. Alur Studi Kasus	34

BAB III METODE PENELITIAN

A. Rancangan Penelitian	34
B. Subjek Studi Penelitian.....	34
C. Lokasi dan Waktu	34
D. Definisi Operasional.....	35
E. Instrumen Studi Kasus	35
F. Teknik Pengumpulan Data	35
G. Etika Penulisan.....	35
 BAB IV PEMBAHASAN	
A. Hasil	36
B. Pembahasan	40
 BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	
C. Kesimpulan	44
D. Saran	44
 DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Perencanaan	25
Tabel 3.1 Definisi Operasional	36

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Rentang Respon Halusinasi.....	19
Gambar 2.2 Kerangka Teori.....	33
Gambar 3.1 Alur Penelitian.....	34

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Jadwal Pelaksanaan
- Lampiran 2 Dokumen Asuhan Keperawatan Jiwa
- Lampiran 3 Bukti Bimbingan

Azahra Felia Renita Putri. (2020). Studi Dokumentasi: Gangguan Sensori Persepsi:
Halusinasi Pendengaran Pada Pasien Dengan Skizoafektif

Pembimbing : Nunung Rachmawati, Sutejo

ABSTRAK

Skizoafektif merupakan salah satu jenis gangguan jiwa. Data yang didapat dari WHO (2012), menunjukkan sebanyak 0,2% dari 9% pasien mengalami skizoafektif. Salah satu

gejala positif dari skizoafektif yaitu halusinasi. Halusinasi salah satu masalah terbesar ke dua setelah RPK, kedua masalah tersebut ternyata berhubungan dan dibuktikan dengan adanya penelitian yang dilakukan pada tahun 2014. Apabila hal tersebut tidak ditangani dengan tepat maka akan menyebabkan masalah lain muncul dan membuat keadaan pasien lebih parah. Tujuan studi dokumentasi ini mengetahui gambaran asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran. Metode yang digunakan adalah deskriptif berupa studi kasus dengan pendekatan studi dokumentasi yang didapat dari data alumni pada tahun 2015 yang melakukan asuhan keperawatan dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi yang dilakukan pada tanggal 1-5 Juni 2015 di Wisma Sadewa RSJ Grhasia DIY. Hasil pengkajian pasien mengatakan sering mendengar suara-suara, berbicara sendiri dan tiba-tiba tertawa, suara muncul pagi dan sore hari saat sendiri. Pelaksanaan, yaitu membina hubungan saling percaya, mengenal halusinasi, mengontrol halusinasi, patuh minum obat dan perawatan keluarga. Hasil evaluasi dari tindakan tersebut adalah masalah gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran teratasi. Hal ini dibuktikan dari hasil observasi yang pada hari ke empat pasien sudah mulai menerapkan cara baru mengontrol halusinasi dan tampak berbincang-bincang dengan teman sekamar. Setelah dilakukan studi dokumentasi didapatkan gambaran gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran.

Kata kunci: Asuhan Keperawatan, Halusinasi, Skizoafektif, Studi Dokumentasi

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Kesehatan jiwa menurut WHO (*World Health Organization*) tahun 2015 adalah ketika seseorang merasa sehat dan bahagia. Individu juga mampu menghadapi tantangan hidup serta dapat menerima orang lain sebagaimana seharusnya serta mempunyai sikap positif terhadap diri sendiri dan orang lain. Apabila hal tersebut mengalami gangguan atau tidak sesuai, maka seseorang disebut dengan gangguan jiwa.

Maramis (2010) mendefinisikan gangguan jiwa adalah sindrom pola perilaku seseorang secara khas berkaitan dengan suatu gejala penderitaan (*distress*) di dalam satu atau lebih fungsi yang penting dari manusia. Fungsi tersebut yaitu psikologik, perilaku, biologik, dan gangguan itu tidak terletak hanya di dalam hubungan antara orang itu tetapi juga dengan masyarakat. Gangguan jiwa dibagi menjadi dua, yaitu gangguan jiwa berat dan gangguan mental emosional salah satunya adalah skizofrenia.

Skizofrenia menurut Nasir (2011) adalah kelainan jiwa yang menunjukkan gangguan pada fungsi kognitif atau pikiran. Gangguan tersebut berupa disorganisasi, gangguannya berupa pertukaran isi dan arus pikiran.

Data yang didapat dari *World Health Organization* (WHO) (2016) menunjukkan bahwa 21 juta terkena skizofrenia. Berdasarkan data

Kemenkes 2018 kasus skizofrenia menurut kabupaten peringkat pertama Kabupaten Sleman terdapat 1.119 kasus, Kabupaten Bantul dengan 941 kasus, Kabupaten Gunung Kidul sebanyak 677 kasus, Yogyakarta dengan 460 kasus dan yang terakhir Kabupaten Kulon Progo dengan 366 kasus. Skizofrenia dapat diikuti dengan gangguan-gangguan lain antara lain gangguan afek dan disebut dengan skizoafektif.

Gangguan skizoafektif adalah penyakit dengan gejala psikotik yang persisten, seperti halusinasi atau delusi, terjadi bersama-sama dengan masalah suasana (mood disorder) seperti depresi, manik, atau episode campuran. Gangguan skizoafektif diperkirakan terjadi lebih sering daripada gangguan bipolar, Melliza (2013). Statistik umum menurut WHO (2012) menunjukkan pada kasus ini sebanyak 0,2% dari 9% pasien yang dirawat di rumah sakit jiwa. Salah satu gejala skizoafektif yaitu ditandai dengan munculnya halusinasi.

Menurut Sutejo (2018) halusinasi merupakan suatu gejala gangguan jiwa dimana pasien merasakan suatu stimulus yang sebenarnya tidak ada. Pasien mengalami perubahan sensori persepsi; suara, penglihatan, pengecapan, perabaan, atau penciuman. Halusinasi dapat mempengaruhi munculnya masalah baru salah satunya resiko perilaku kekerasan.

Penelitian yang dilakukan oleh Robba dan Pangden tahun 2014 menunjukkan hasil bahwa terdapat hubungan antara halusinasi dan resiko perilaku kekerasan dari penelitian tersebut di terangkan bahwa

halusinasi terjadi dalam empat fase. Fase ke empat *conquering* dimana halusinasi berisi ancaman dan perintah, hal ini dapat menimbulkan risiko perilaku kekerasan. Hal inilah yang menjadikan adanya hubungan antara halusinasi pendengaran dan resiko perilaku kekerasan. Hal ini harus ditangani dengan perawatan yang tepat. Peran pemerintah dalam mengatasi hal tersebut yaitu dengan di buatnya undang-undang kesehatan jiwa.

Undang-undang Kesehatan Jiwa No. 18 tahun 2014 pasal 21 menyebutkan bahwa penatalaksanaan kondisi kejiwaan ODGJ yang dilakukan secara rawat inap sebagaimana dimaksud dalam Pasal 20 ayat (3) huruf b dilakukan atas hasil pemeriksaan psikiatrik. Pemeriksaan dilakukan oleh dokter spesialis kedokteran jiwa dan/atau dokter yang berwenang dengan persetujuan tindakan medis secara tertulis.

Direja (2017) menyebutkan peran perawat yang paling penting pada perawatan pasien di rumah sakit yaitu dengan melakukan asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi serta dokumentasi. Penatalaksanaan tersebut dapat dilihat dari komunikasi terapeutik, adanya terapi aktifitas kelompok (TAK) dan adanya rehabilitasi. Setelah pasien melakukan perawatan di rumah sakit dan diperbolehkan pulang, yang berperan dalam perawatan pasien di rumah adalah keluarga.

Penelitian yang dilakukan oleh Meiantari dan Herdiyanto pada 2018 menunjukkan keluarga sangat berperan atas kekambuhan pasien. Perawatan di rumah oleh keluarga sangat penting dilakukan guna memperkecil kemungkinan kekambuhan pasien. Dukungan keluarga juga sangat penting untuk keadaan psikis pasien, apabila pasien merasa nyaman dengan keluarganya, maka pasien selalu memiliki pikiran yang positif sehingga kekambuhan pasien dapat diminimalisir.

Data yang diperoleh dari Rumah Sakit Jiwa Grhasia Daerah Istimewa Yogyakarta didapatkan dari tahun 2017 sampai 2020 terdapat 14.857 kasus dengan berbagai macam gangguan masalah keperawatan. Dua diagnosa terbanyak adalah resiko perilaku kekerasan 2.818 kasus dan halusinasi atau ilusi 2.723 kasus.

Dari latar belakang di atas, maka halusinasi pendengaran sangat menarik untuk dijadikan kasus penelitian. Hal ini karena halusinasi dapat menyebabkan masalah yang lain muncul apabila tidak segera di tangani dengan tepat dan berdampak lebih buruk untuk pasien.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang sudah di tuliskan di atas, maka rumusan masalah pada studi kasus ini adalah bagaimana studi dokumentasi Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi Pendengaran pada Pasien Skizofrenia di Wisma Sadewa di RSJ Grhasia Yogyakarta.

C. Tujuan

Tujuan dari studi kasus ini dibagi menjadi dua, yaitu:

1. Tujuan Umum

Mengetahui gambaran gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran pada pasien skizoafektif.

2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus studi dokumentasi ini adalah mengetahui gambaran tentang:

- a. Hasil studi dokumentasi pengkajian keperawatan pada pasien dengan gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran dengan skizoafektif di Wisma Sadewa RSJ Grhasia.
- b. Hasil studi dokumentasi penegakan diagnosa keperawatan pada pasien dengan gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran dengan skizoafektif di Wisma Sadewa RSJ Grhasia.
- c. Hasil studi dokumentasi rencana keperawatan pada pasien dengan gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran dengan skizoafektif di Wisma Sadewa RSJ Grhasia.
- d. Hasil studi dokumentasi dari pelaksanaan keperawatan pada pasien dengan gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran dengan skizoafektif di Wisma Sadewa RSJ Grhasia.
- e. Hasil studi dokumentasi dari evaluasi keperawatan pada pasien dengan gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran dengan skizoafektif di Wisma Sadewa RSJ Grhasia.

- f. Hasil studi dokumentasi peran keluarga dalam menangani anggota keluarga yang sakit.

D. Ruang Lingkup

Ruang lingkup studi dokumentasi ini meliputi asuhan keperawatan jiwa pada pasien dengan Gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran pada pasien dengan skizoafektif. Penelitian ini dilakukan di Akper YKY Yogyakarta dengan menggunakan data dari asuhan keperawatan pada KTI mahasiswa yang telah lulus tahun 2015.

E. Manfaat Studi Kasus

1. Manfaat Teoritis

Studi dokumentasi ini dapat digunakan untuk menambah pengetahuan dan pengembangan ilmu keperawatan jiwa mengenai gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran.

2. Manfaat Praktis

Studi dokumentasi ini diharapkan dapat bermanfaat bagi:

- a. Institusi Akper “YKY” Yogyakarta
pembelajaran dan pengembangan ilmu mengenai asuhan keperawatan jiwa.
- b. Pasien dengan gangguan sensori persepsi sensori: halusinasi
Pasien mendapatkan perawatan sesuai dengan standar asuhan keperawatan yang ada di RSJ tersebut .
- c. Keluarga dengan anggota keluarga yang mengalami gangguan sensori persepsi: halusinasi.

Keluarga memiliki pengetahuan mengenai perawatan anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa agar meminimalkan kekambuhan.

d. Peneliti selanjutnya

Peneliti selanjutnya supaya melakukan penelitian lebih mendalam pada pasien dengan gangguan jiwa khususnya pada pasien dengan gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Konsep Skizoafektif

a. Definisi Skizoafektif

Skizoafektif adalah penyakit dengan gejala psikotik persisten, seperti halusinasi atau delusi, terjadi bersamaan dengan masalah suasana atau *mood* disorder seperti depresi, manik atau episode campuran (Melliza , 2013).

Menurut (Malaspina, dkk, 2013) Skizoafektif ditandai oleh proses pemikiran abnormal dan suasana hati yang tidak stabil .Diagnosis dibuat ketika orang tersebut memiliki gejala skizofrenia (biasanya psikosis) dan gangguan mood baik gangguan bipolar atau depresi tetapi tidak memenuhi kriteria diagnostik untuk skizofrenia atau gangguan mood secara individual. Kriteria utama untuk diagnosis gangguan skizoafektif adalah adanya gejala psikotik setidaknya selama dua minggu tanpa ada gejala suasana hati.

b. Tipe Skizoafektif

Menurut undang-undang kesehatan jiwa tahun 2015 pasal 32 tipe skizoafektif dibagi menjadi 3 yaitu tipe manik, depresi dan campuran. Dari tiga tipe skizoafektif tersebut, masing-masing memiliki tanda dan gejala yang berbeda.

c. Tanda dan Gejala Skizoafektif Tipe Manik

Undang-undang kesehatan jiwa tahun 2015 pasal 32 menyebutkan bahwa tanda dan gejala dari skizoafektif tipe manik adalah Suasana perasaan harus meningkat secara menonjol atau ada peningkatan suasana perasaan yang tidak begitu mencolok dikombinasi dengan iritabilitas atau kegelisahan yang meningkat. Dalam episode yang sama harus jelas ada sedikitnya satu, atau lebih baik lagi dua gejala skizofrenia yang khas (sebagaimana ditetapkan untuk skizofrenia).

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Jaya (2017) menunjukkan hasil bahwa tanda dan gejala pada pasien dengan skizoafektif tipe manik adalah adanya tanda dan gejala skizofrenia yang disertai dengan gangguan afek yang menonjol yaitu dengan labilnya *mood* yang muncul secara bersamaan. Hal ini menjadikan satu ciri khas yang ditunjukkan pada pasien dengan skizoafektif tipe manik. Begitu pula yang disampaikan Malaspina (2013) bahwa delusi dan halusinasi adalah gejala klasik psikosis yang menjadi ciri khas pada pasien skizoafektif.

d. Penyebab Skizoafektif

Penelitian yang dilakukan oleh Wintari (2020) menunjukkan hasil bahwa pada pasien dengan skizoafektif terdapat faktor internal seperti kepribadian, keterampilan *coping*, kerentanan secara genetik dan faktor eksternal seperti dukungan sosial dan afeksi yang tidak

terpenuhi dan stresor sebagai pemicu yang berkontribusi memunculkan gangguan skizoafektif.

e. Penatalaksanaan

Menurut undang-undang kesehatan jiwa tahun 2015 pasal 32 menyebutkan bahwa penatalaksanaan pada pasien dengan diagnosa medis skizoafektif adalah sebagai berikut:

1) Farmakoterapi Injeksi seperti

- a) Olanzapin, dosis 10 mg/mL injeksi intramuskulus, dapat diulang setiap 2 jam, dosis maksimum 30mg/hari
- b) Aripiprazol, dosis 9,75 mg/mL injeksi intramuskulus, dapat diulang setiap 2 jam, dosis maksimum 29,25 mg/hari.
- c) Haloperidol, dosis 5mg/mL injeksi intramuskulus, dapat diulang setiap setengah jam, dosis maksimum 20mg/hari.
- d) Diazepam 10mg/2 mL injeksi intravena/intramuskulus, dosis maksimum 30mg/hari oral.
- e) Olanzapin 1 x 10 – 30 mg / hari atau risperidone 2 x 1-3 mg / hari atau quetiapin hari I (200mg), hari II (400 mg), hari III (600 mg) atau hari I (1x300 mg-XR), dan seterusnya dapat dinaikkan menjadi 1x600 mg-XR) atau aripiprazol 1 x 10-30 mg / hari
- f) Litium karbonat 2 x 400 mg, dinaikkan sampai kisaran terapeutik 0,8-1,2 mEq/L (biasanya dicapai dengan dosis litium karbonat 1200-1800 mg / hari, pada fungsi ginjal

normal) atau divalproat dengan dosis 2 x 250 mg / hari (atau konsentrasi plasma 50-125 µg/L) atau 1-2 x500mg/hari ER.

g) Lorazepam 3 x 1-2 mg/hari kalau perlu (gaduh gelisah atau insomnia).

h) Haloperidol 5-20 mg/hari Terapi (Monoterapi) (1)Olanzapin, Risperidon, Quetiapin, Aripiprazol (2)Litium, Divalproat.

Lama pemberian obat untuk fase akut adalah 2-8 minggu.

2) Psikoedukasi

3) Terapi Lainnya ECT (untuk pasien refrakter)

f. Peran Keluarga

Notoatmodjo (2014) berpendapat bahwa keluarga adalah sistem yang paling dekat dengan pasien sehingga pasien dapat mengembangkan pengetahuan, nilai, keyakinan serta perilaku. Agar keluarga dapat memberikan dampak terhadap klien yang merupakan anggota keluarga tersebut, maka diharapkan anggota keluarga dapat berfungsi dan berperan secara kondusif. Psikoedukasi merupakan salah satu intervensi keluarga yang merupakan bagian dari terapi psikososial. Pada psikoedukasi, keluarga dapat berkolaborasi dengan klinisi dengan anggota keluarga pasien yang menderita gangguan jiwa.

Penelitian yang dilakukan oleh Meiantari dan Herdiyanto pada 2018 menunjukkan keluarga sangat berperan atas kekambuhan pasien. Hal ini ditunjukkan dengan cara penanganan yang umum

dilakukan oleh anggota keluarga yaitu mengajak orang dengan skizofrenia (ODS) untuk melakukan pengobatan ke dokter spesialis jiwa (psikiater) maupun berobat ke rumah sakit jiwa. Kurangnya pengetahuan keluarga dan masyarakat akan deteksi dini dan penanganan pasca pengobatan di rumah sakit jiwa menyebabkan ODS tidak memperoleh penanganan dengan baik. Penanganan yang kurang baik dapat menimbulkan gejala kekambuhan. Kekambuhan ini dipengaruhi oleh tiga faktor yaitu obat, keluarga dan sosial. Pencegahan dapat dilakukan dengan melakukan perlindungan dari stressor, memastikan ODS untuk meminum obat secara teratur, melakukan kontrol rutin, dan mengajak ODS beraktivitas.

Wintari (2020) dalam hasil penelitiannya menyebutkan bahwa penelitian mengenai dinamika psikologis dengan gangguan mental psikotik skizoafektif dapat menjadi acuan mencegah gangguan skizoafektif melalui psikoedukasi kepada keluarga dan membantu penderita gangguan skizoafektif dengan pemberian intervensi melatih regulasi emosi dan keterampilan *coping*.

2. Konsep Halusinasi

a. Definisi Halusinasi

Menurut Sutejo (2018) halusinasi merupakan suatu gejala gangguan jiwa dimana pasien merasakan suatu stimulus yang sebenarnya tidak ada. Pasien mengalami perubahan sensori persepsi; suara, penglihatan, pengecapan, perabaan, atau penciuman.

Menurut Keliat (2015) Halusinasi adalah suatu gejala gangguan jiwa individu yang ditandai dengan perubahan sensori persepsi. Perubahan sensori persepsi tersebut seperti merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan perabaan atau penciuman. Pasien seakan terstimulus yang sebenarnya tidak ada.

Menurut Yusuf, Fitryasari dan Nihayati (2015) halusinasi adalah gangguan sensori persepsi dari suatu obyek tanpa adanya rangsangan dari luar, gangguan sensori persepsi ini meliputi seluruh panca indera. Halusinasi merupakan salah satu gejala gangguan jiwa dimana pasien mengalami perubahan sensori persepsi, serta merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan atau penciuman. Pasien merasakan stimulus yang sebenarnya tidak ada.

Menurut Keliat dan Akemat (2012) halusinasi adalah salah satu gejala gangguan jiwa pada individu yang ditandai dengan perubahan sensori persepsi, merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan, atau penghiduan. Pasien merasakan stimulus yang sebenarnya tidak ada.

b. Tanda dan Gejala Halusinasi

Menurut Yusuf, Rizky dan Nihayati (2015) beberapa halusinasi memiliki tanda dan gejala sebagai berikut:

1) Halusinasi Dengar/ suara

Halusinasi dengar atau suara ditandai dengan beberapa ciri-ciri yaitu diantaranya dari objektifnya dapat dilihat bahwa pasien akan berbicara atau tertawa sendiri, marah-marah tanpa sebab, mengarahkan telinga ke arah tertentu, menutup telinga. Dari subjektifnya, pasien akan mengatakan bahwa mendengar suara-suara atau kegaduhan, mendengar suara yang mengajaknya bercakap-cakap, mendengar suara menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya Halusinasi Penglihatan

2) Halusinasi Penglihatan

Halusinasi penglihatan akan ditandai dengan respon objektifnya seperti menunjuk-nunjuk ke arah tertentu, ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas. Dari subjektifnya pasien akan mengatakan bahwa ia melihat bayangan, sinar, bentuk geometris, bentuk kartun, melihat hantu atau monster.

3) Halusinasi Penciuman

Dilihat dari respon objektifnya pasien tampak mencium seperti sedang membaui bau-bauan tertentu atau seperti mengendus-endus dengan hidungnya dan tampak menutup hidung. Dari respon subjektifnya pasien akan mengatakan bahwa ia

mencium bau-bauan seperti bau darah, urine, feses, dan kadang-kadang bau itu menyenangkan.

4) Halusinasi Pengecapan

Dari respon objektifnya pasien akan terlihat tampak sering meludah, muntah. Dari respon subjektifnya pasien biasanya akan mengatakan bahwa ia merasakan rasa seperti darah, urine atau feses.

5) Halusinasi Perabaan

Dari respon objektifnya pasien akan tampak menggaruk-garuk permukaan kulit. Dari respon subjektifnya pasien akan mengatakan ada serangga di permukaan kulit yang membuatnya ingin menggaruknya atau merasa seperti tersengat listrik.

c. Faktor Penyebab Halusinasi

Menurut Mc.Forlano dan Thomas (2014) ada beberapa faktor yang mempengaruhi munculnya halusinasi. Diantaranya:

1) Faktor presipitasi

a) Sosial budaya

Stress lingkungan dapat menimbulkan terjadinya respon neurobiologis yang maladaptive, misalnya lingkungan yang penuh dengan konflik atau permusuhan, kehilangan harga diri, kerusakan hubungan interpersonal, tekanan dalam pekerjaan. Hal-hal tersebut diyakini bahwa stress yang

menumpuk dapat menunjang terjadinya gangguan psikotik tetapi tidak diyakini sebagai penyebab utama gangguan.

b) Biokimia

Dopamine, norepinephrine, zat halusinagen dapat menimbulkan persepsi yang diinginkan oleh klien sehingga klien cenderung meyakini dan membenarkan apa yang dikhayal.

2) Predisposisi

a) Faktor biologis

Adanya hambatan dalam perkembangan otak khusus korteks lobus provital, temporal dan limbik yang disebabkan gangguan perkembangan dan fungsi susunan saraf pusat. Sehingga menyebabkan hambatan dalam belajar, berbicara, daya ingat dan mungkin perilaku menarik diri, sehingga tidak ada interaksi dengan orang lain. Hal tersebut dapat menyebabkan hilangnya kemampuan dalam menilai dan berespon dengan realita dan sulit membedakan rangsang internal dan eksternal.

b) Faktor Psikologis

Halusinasi dapat terjadi pada orang yang mempunyai keluarga yang overprotektif sangat cemas. Pada keluarga dengan dingin dan tidak harmonis atau pada keluarga yang

kontrol kesadaran. Pada tingkat ini pasien akan menunjukkan perilaku tersenyum, menggerakkan bibir tanpa suara, menggerakkan mata dengan cepat, respons verbal yang lambat, diam dan konsentrasi.

2) Tingkat II (*condemning*)

Pada tingkat ini, dimana keadaan pasien menyalahkan, dalam tingkat ini pasien mengalami tingkat ansietas berat dan halusinasinya menyebabkan rasa antipati. Pada tingkatan ini pasien memiliki pengalaman sensori yang menakutkan, pasien juga akan merasa kehilangan kontrol, merasa dilecehkan oleh pengalaman sensori persepsi dan menarik diru dari orang lain. Perilaku yang ditunjukkan oleh pasien pada tingkat ini adalah peningkatan sistem saraf otak, tanda-tanda ansietas, seperti peningkatan denyut jantung, pernapasan dan tekanan darah. Ditunjukkan juga rentang perhatian yang menyempit dan kehilangan kemampuan membedakan halusinasi dan realita.

3) Tingkat III (*controlling*)

Pada tingkat ini dimana pasien mengontrol tingkat ansietas berat pengalaman sensori tidak dapat di tolak lagi. Pasien pada tingkat ini akan menyerah dan menerima pengalaman sensorinya, Isi halusinasinya menjadi atraktif dan akan merasakan kesepian bila pengalaman sensorinya berakhir. Pada tingkat ini pasien akan menunjukkan perilaku seperti perintah

halusinasi di taati, sulit berhubungan dengan orang lain, rentang perhatian hanya beberapa detik atau menit dan menunjukkan gejala fisika seperti berkeringat, tremor, dan tidak mampu mengikuti perintah.

4) Tingkat IV (*conquering*)

Pada tingkat ini pasien menguasai tingkat ansietas panik yang diatur dan dipengaruhi oleh waham. Dalam tingkatan ini, pasien akan memiliki pengalaman sensori yang menjadi ancaman dan halusinasi dapat berlangsung selama beberapa jam atau hari. Dalam tingkat ini pasien menunjukkan perilaku panik, berpotensi membunuh atau bunuh diri, tindakan kekerasan agitasi, menarik diri, atau katatonia, pasien tidak mampu merespons perintah yang kompleks, tidak mampu merespons terhadap lebih dari satu orang.

3. Asuhan Keperawatan Halusinasi

a. Pengkajian

Stuart (2013) menggunakan konsep stress dalam menjelaskan tentang proses terjadinya halusinasi pada pasien yang meliputi faktor predisposisi dan presipitasi.

1) Faktor Predisposisi

Hal-hal yang mempengaruhi terjadinya halusinasi adalah:

a) Faktor biologis

Hal yang dikaji pada faktor biologis, meliputi adanya faktor herediter gangguan jiwa, adanya risiko bunuh diri, riwayat penyakit atau trauma kepala, dan riwayat penggunaan NAPZA.

b) Faktor psikologis

Pada pasien yang mengalami halusinasi, dapat ditemukan adanya kegagalan yang berulang, individu korban kekerasan, kurangnya kasih sayang, atau overprotektif.

c) Sosiobudaya dan lingkungan

Pasien dengan halusinasi didapatkan sosial ekonomi rendah, riwayat penolakan lingkungan pada usia perkembangan anak, tingkat pendidikan rendah, dan kegagalan dalam hubungan sosial serta tidak bekerja

2) Faktor presipitasi

Stresor presipitasi pada pasien dengan halusinasi ditemukannya adanya riwayat penyakit infeksi, penyakit kronis atau kelainan struktur otak, kekerasan dalam keluarga, atau kegagalan dalam hidup.

a) Tanda dan Gejala

Tanda gejala dari halusinasi dinilai dari hasil observasi secara subjektif Pasien dengan halusinasi akan mengatakan apa yang dirasakannya adalah mendengar suara-suara atau

kegaduhan, mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap, mendengar suara menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya, merasa takut atau senang dengan halusinasinya. Data objektif berdasarkan observasi seperti bicara atau tertawa sendiri, marah-marah tanpa sebab, mengarahkan telinga ke arah tertentu, menutup telinga, menunjuk-nunjuk ke arah tertentu, ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas.

b) Mengkaji jenis halusinasi

Menurut Sutejo, (2018) ada beberapa jenis halusinasi pada pasien dengan gangguan jiwa. Diantaranya adalah 70% halusinasi yang dialami pasien gangguan jiwa adalah halusinasi dengar/suara, 20% halusinasi penglihatan, dan 10% adalah halusinasi penghidung, pengecapan, dan perabaan.

c) Mengkaji waktu

Perawat perlu mengkaji waktu, frekuensi, dan situasi munculnya halusinasi yang dialami oleh klien untuk menentukan intervensi khusus pada waktu terjadinya halusinasi.

d) Mengkaji respon terhadap halusinasi

Tujuan dilakukannya pengkajian respon terhadap halusinasi ini adalah mengetahui dampak halusinasi pada pasien yang dialaminya.

e) Mengkaji koping

Mekanisme koping yang sering digunakan pasien dengan halusinasi meliputi regresi, regresi berhubungan dengan proses informasi dan upaya yang digunakan untuk menanggulangi ansietas. Selanjutnya proteksi, Pasien mencoba menjelaskan gangguan persepsi dengan mengalihkan tanggung jawab kepada orang lain atau suatu benda. Selanjutnya menarik diri, pasien sulit mempercayai orang lain dan asyik dengan stimulus halusinasinya. Terakhir yaitu keluarga mengingkari masalah yang dialami oleh pasien.

b. Diagnosa Keperawatan

Menurut Sutejo (2018) berdasarkan data yang diperoleh, ditetapkan bahwa diagnosis keperawatan halusinasi adalah gangguan sensori persepsi: halusinasi. Karena yang mengalami gangguan yaitu pada sensorinya yang mempersepsikan suatu hal yang tidak nyata atau tidak ada objek nyata.

c. Perencanaan

Tabel 2.1 Perencanaan

PERENCANAAN			
Tujuan (Tuk/Tum)	Kriteria Evaluasi	Intervensi (Bagi Pasien dan Keluarga)	Rasional
TUM: Pasien tidak mencederai diri sendiri, orang	Ekspresi wajah bersahabat, menunjukkan rasa senang, ada kontak	Bina hubungan saling percaya mengemukakan komunikasi terapeutik.	Hubungan saling percaya merupakan dasar untuk memperlancar interaksi yang

lain dan lingkungan.	mata, mau berjabat tangan, mau menyebutkan nama, mau menjawab salam, pasien mau duduk berdampingan dengan perawat, mau mengutarakan masalah yang dialaminya.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sapa pasien dengan ramah baik verbal maupun non verbal 2. Perkenalkan diri dengan sopan 3. Tanyakan nama lengkap dan nama panggilan yang di sukai 4. Jelaskan tujuan 5. Tunjukkan sikap empati dan menerima pasien apa adanya 6. Berikan perhatian dan perhatikan kebutuhan pasien 	selanjutnya akan dilakukan.
TUK 1: Pasien dapat membina hubungan saling percaya.			
TUK 2: Pasien dapat mengenal halusinasinya.	Pasien dapat menyebutkan waktu, isi, dan frekuensi timbulnya halusinasi.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Adakan kontak sering dan singkat secara bertahap 2. Observasi tingkah laku pasien yang terkait dengan halusinasinya: berbicara dan tertawa sendiri tanpa stimulus dan memandang ke kiri/kanan/ke depan seolah-olah ada teman bicara. 3. Bantu pasien mengenali halusinasinya dengan cara: <ol style="list-style-type: none"> a. Jika menemukan pasien sedang berhalusinasi maka tanyakan apakah ada suara yang didengarnya b. Jika pasien menjawab ada, lanjutkan bertanya apa yang dikatakan suara itu. Katakan bahwa perawat percaya namun perawat tidak mendengarnya 	Selain untuk membina hubungan saling percaya, kontak sering dan singkat akan memutus halusinasi.
			Mengenal perilaku pasien pada saat halusinasi terjadi dapat memudahkan perawat dalam melakukan intervensi.
			Mengenal halusinasi memungkinkan pasien menghindari faktor timbulnya halusinasi.

		<p>c. Katakan bahwa pasien lain tidak mendengarnya</p> <p>d. Katakan bahwa perawat akan membantu pasien.</p>	
		<p>4. Diskusikan dengan pasien:</p> <p>a. Situasi yang menimbulkan halusinasi (jika sendiri, jengkel, atau sedih).</p> <p>b. Waktu dan frekuensi terjadinya halusinasi (pagi, siang, sore, malam atau sewaktu-waktu)</p> <p>c. Diskusikan tentang apa yang dirasakan jika terjadi halusinasi (marah, takut, sedih dan senang), beri kesempatan pasien untuk mengungkapkan perasaannya.</p>	<p>Pengetahuan tentang waktu, isi dan frekuensi munculnya halusinasi dapat mempermudah perawat.</p> <p>Mengidentifikasi pengaruh halusinasi pada pasien.</p>
TUK 3: Pasien dapat mengontrol halusinasinya.	<p>1. Pasien dapat menyebutkan tindakan yang biasanya dilakukan untuk mengendalikan halusinasinya.</p>	<p>1.1 Bersama pasien, identifikasi tindakan yang dilakukan jika terjadi halusinasi (tidur, marah, menyibukkan diri, dll)</p> <p>1.2 Diskusikan manfaat dan cara yang digunakan pasien. Jika bermanfaat, beri pujian kepada pasien.</p>	<p>Usaha untuk memutus halusinasi, sehingga halusinasi tidak muncul kembali.</p> <p>Penguatan dapat meningkatkan harga diri pasien.</p>
	<p>2. Pasien dapat menyebutkan cara baru mengontrol halusinasi</p>	<p>2.1 Diskusikan dengan pasien cara baru mengontrol halusinasinya dengan menghardik/ mengusir/ tidak memedulikan halusinasinya, bercakap-</p>	<p>Memberikan alternatif pilihan untuk mengontrol halusinasi.</p>

		cakap dengan orang lain, melakukan kegiatan sehari-hari.	
		3.1 Beri contoh cara menghardik halusinasi dengan “ pergi! Saya tidak mau mendengar kamu, kamu suara palsu”	Meningkatkan pengetahuan pasien dalam memutus halusinasi.
		3.2 Beri pujian atas keberhasilan pasien	Harga diri pasien meningkat.
3.	Pasien dapat mendemonstrasikan cara menghardik/ mengusir/ tidak memedulikan halusinasinya.	3.3 Minta pasien mengikuti contoh yang diberikan dan minta pasien untuk mengisi jadwal kegiatan. 3.4 Susun jadwal latihan dan minta pasien untuk mengisi jadwal kegiatan.	Memberi pasien kesempatan untuk mencoba cara yang telah dipilih Memudahkan pasien dalam mengendalikan halusinasi.
		4.1 Anjurkan pasien untuk mengikuti terapi aktivitas kelompok, orientasi realita, stimulasi persepsi.	Stimulasi persepsi dapat mengurangi perubahan interpretasi realitas akibat halusinasi.
4.	Pasien dapat mengikuti aktivitas kelompok	5.1 Pasien dapat menyebutkan jenis, dosis dan waktu minum obat, serta manfaat obat tersebut dengan prinsip 5 benar (orang, obat, dosis, waktu dan cara pemberian)	Dengan mengetahui prinsip penggunaan obat, maka kemandirian pasien dalam hal pengobatan dapat di tingkatkan.
5.	Pasien dapat mendemonstrasikan kepatuhan minum obat untuk mencegah halusinasi.	5 Diskusikan dengan pasien jenis obat yang diminum (nama, warna, dan besarnya): waktu minum obat, dosis, cara.	Dengan menyebutkan dosis, frekuensi, dan caranya, pasien melaksanakan program pengobatan.

		5.2 Diskusikan proses minum obat:	Menilai kemampuan pasien dalam pengobatannya
		a. Pasien meminta obat kepada perawat (jika di RS).	
		b. Pasien memeriksa obat sesuai dosisnya	
		c. Pasien minum obat pada waktu yang tepat	
		5.3 Anjurkan pasien untuk bicara dengan dokter mengenai manfaat dan efek samping obat yang dirasakan.	Dengan mengetahui efek sampingnya, pasien akan tahu apa yang harus dilakukan setelah minum obat.
TUK 4: Keluarga dapat merawat pasien di rumah dan menjadi sistem pendukung yang efektif untuk pasien.	1. Keluarga dapat menyebutkan pengertian, tanda, dan tindakan untuk mengendalikan halusinasi.	1.1 Diskusikan dengan keluarga:	Untuk meningkatkan pengetahuan seputar halusinasi dan perawatannya pada pihak keluarga.
		a. Gejala halusinasi yang dialami pasien.	
		b. Cara yang dilakukan pasien dan keluarga untuk memutuskan halusinasi.	
		c. Cara merawat anggota keluarga dengan gangguan halusinasi di rumah: beri kegiatan, jangan biarkan sendiri, makan bersama, bepergian bersama.	
		d. Jika pasien sedang sendiri di rumah, lakukan kontak dengan telepon.	
		e. Berikan informasi tentang tindak lanjut atau kapan perlu mendapat bantuan: halusinasi tidak terkontrol dan risiko mencederai orang.	
		1.2 Diskusikan dengan keluarga tentang jenis,	Dengan menyebutkan

	dosis, waktu pemberian, manfaat, dan efek samping obat.	dosis, frekuensi, dan caranya, keluarga melaksanakan program pengobatan.
2.	Keluarga dapat menyebutkan jenis, dosis, waktu pemberian, manfaat, serta efek samping obat.	2.2 anjurkan kepada keluarga untuk berdiskusi dengan dokter tentang manfaat dan efek samping obat. Dengan mengetahui efek samping obat, keluarga akan tahu apa yang seharusnya dilakukan setelah minum obat.

f. Pelaksanaan

Menurut Keliat (2011), tindakan keperawatan untuk membantu pasien mengatasi halusinasi dimulai dengan melakukan hubungan saling percaya. Tindakan selanjutnya akan lebih mudah tercapai apabila adanya hubungan saling percaya antara pasien dan perawat. Semua tindakan berpacu pada perencanaan atau intervensi yang sudah dibuat untuk mencapai tujuan. Tercapainya tujuan yang dibuat, tentunya dipengaruhi dari bagaimana pelaksanaan yang dilakukan oleh perawat apabila pasien msaih dirawat di rumah sakit. Pelaksanaan saat pasien sudah di rumah juga sangat berpengaruh terhadap kekambuhan pasien. Peran keluarga sangat penting untuk meminimalisir terjadinya kekambuhan pada pasien, seharusnya keluarga yang lebih berperan dalam melakukan perawatan pasien, untuk itulah sangat penting dilakukan pelaksanaan kepada keluarga pasien agar dapat menerapkannya di rumah.

g. Evaluasi

Menurut Hartono (2011) evaluasi merupakan tahap akhir yang dilakukan pada proses keperawatan. Evaluasi dilakukan untuk mengetahui tercapai atau tidaknya tujuan. Evaluasi harus dilakukan secara berkelanjutan dan dilakukan terus-menerus untuk menilai efek dari tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Evaluasi dapat dibagi menjadi dua, yaitu:

- 1) Evaluasi proses (formatif) yang dilakukan setiap selesai melakukan tindakan.
- 2) Evaluasi hasil (sumatif) dilakukan dengan cara membandingkan respons pasien dengan tujuan yang telah ditentukan.

Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP sebagai pola pikir.

S = respons subjektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

O = respons objektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

A = analisis terhadap data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah ada atau telah teratasi atau muncul masalah baru.

P = perencanaan tindak lanjut berdasarkan hasil analisis respon pasien

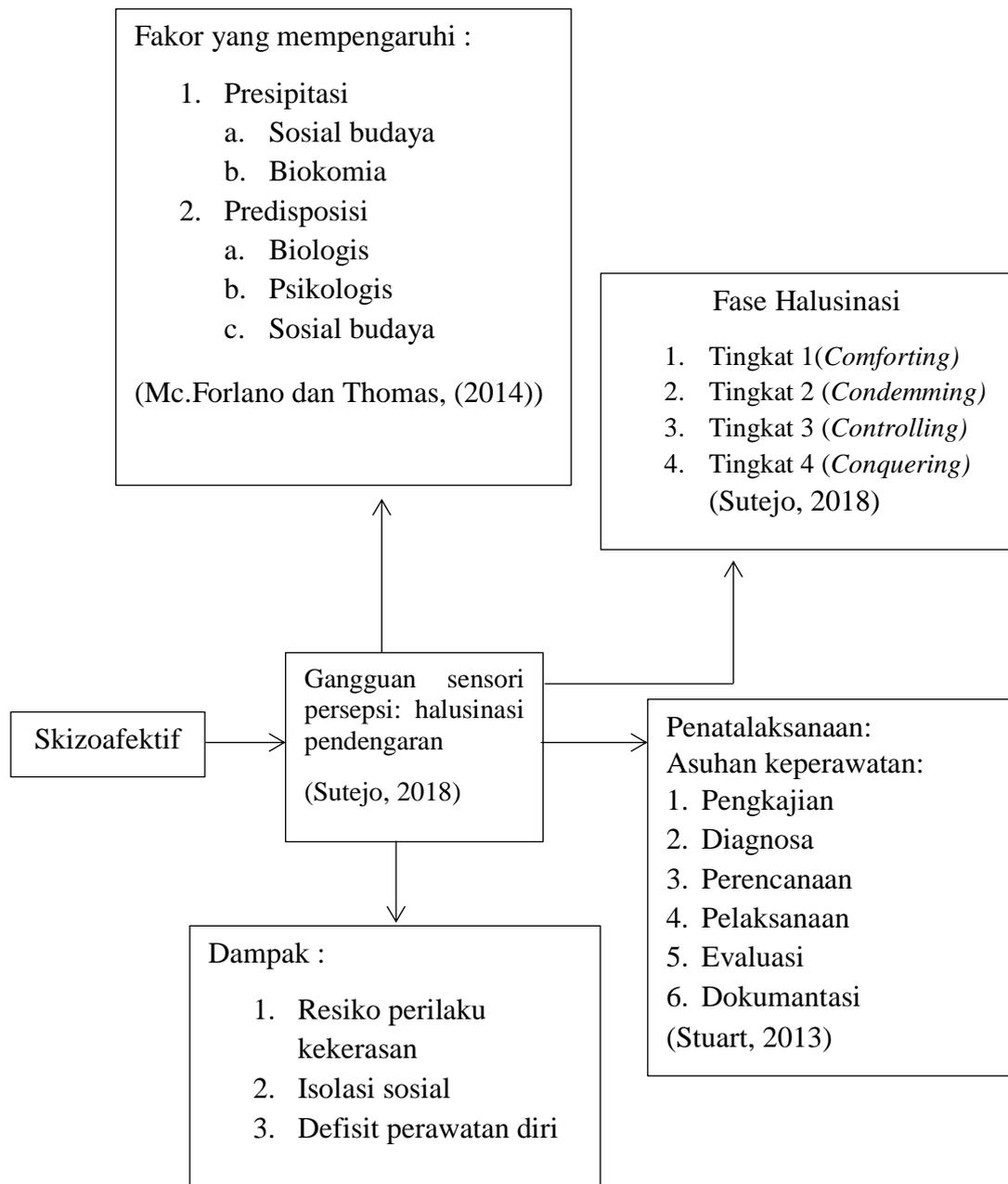
Rencana tindak lanjut dapat berupa hal-hal sebagai berikut:

1. Rencana teruskan apabila masalah tidak berubah.
2. Rencana dimodifikasi apabila masalah masih ada tetapi semua rencana sudah dilakukan dan tidak ada hasil yang memuaskan.
3. Rencana dan diagnosis keperawatan dibatalkan jika ditemukan masalah baru dan bertolak belakang dengan masalah yang ada.
4. Rencana dan diagnosis selesai jika tujuan sudah tercapai.

h. Dokumentasi

Dokumentasi menurut Hartono (2011) merupakan tahap akhir yang wajib dilakukan ketika selesai melakukan tindakan. Dokumentasi juga sebagai tanggung jawab serta tanggung gugat perawat dalam melakukan asuhan keperawatann.

B. Kerangka Teori



Gambar 2.2 Kerangka Teori

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Rancangan Studi Dokumentasi

penelitian ini menggunakan rancangan deskriptif berupa studi kasus dengan pendekatan studi dokumentasi yaitu menggambarkan suatu peristiwa/kasus dengan memanfaatkan dokumentasi laporan asuhan keperawatan Gambaran Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Pendengaran pada pasien Tn.P di Wisma Sadewa RSJ Grhasia Yogyakarta

B. Objek Studi Dokumentasi

Objek Dalam studi dokumentasi ini adalah satu data asuhan keperawatan yang di lampirkan di dalam KTI (Karya Tulis Ilmiah) mahasiswa yang sudah lulus pada tahun 2015.

C. Lokasi dan Waktu

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

D. Definisi Operasional

Tabel 3.1 Definisi Operasional

No.	Variabel	Definisi Operasional
1.	Gangguan sensori persepsi : halusinasi pendengaran	Suatu keadaan dimana pasien mengalami gangguan persepsi pada sensori pendengarannya yang membuat pasien meyakini bahwa adanya suara padahal hal tersebut tidak nyata.
2.	Skizoafektif	Penyakit yang mempengaruhi persepsi ,cara berfikir, bahasa, emosi, dan perilaku sosialnya disertai dengan gangguan afek.

E. Instrumen Studi Dokumentasi

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

F. Teknik Pengumpulan Data

Tekhnik 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 yang sudah lulus pada tahun 2015.

Menurut Sugiyono (2013) 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 penelitian kualitatif

G. Analisa Data

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

H. Etika Studi Kasus

Soekidjo (2014) mengemukakan beberapa etika studi kasus diantaranya:

1. *Informed Consent*

Dengan memberikan *informed consent* maka perawat akan bebas melakukan penelitian tanpa mengganggu atau menghambat proses penelitian perawat tersebut karena dengan *informed consent* berarti penulis bersedia dokumen tersebut dijadikan bahan untuk penelitian.

2. *Beneficence*

Yaitu bermanfaat bagi pasien dan keluarga pasien. Serta bermanfaat bagi dunia pendidikan karena dapat mengembangkan ilmu keperawatan melalui penelitian tersebut.

3. *Justice*

Yaitu keadilan, perawat harus dapat memberlakukan keadilan kepada seluruh pasien yang ada di tempat penelitiannya tersebut.

4. *Non-maleficence*

Yaitu tidak merugikan. Tidak merugikan pasien, perawat, maupun RS yang menjadi tempat penelitian.

5. *Veracity*

Yaitu jujur. Kejujuran sangat diperlukan dalam sebuah penelitian. Karena, jika kejujuran tidak digunakan ketika melakukan penelitian, maka hasil penelitian tersebut belum bisa dikatakan valid.

6. *Fidelity*

Yaitu menepati janji. Jika dalam kontrak awal akan dilakukan penelitian selama 3 hari, maka waktu tersebut harus pas dan tidak boleh bertambah. Karena itu akan berdampak kepada peneliti, karena responden akan

berkurang kepercayaannya kepada kita apabila kita tidak menepati janji sesuai yang sudah disepakati.

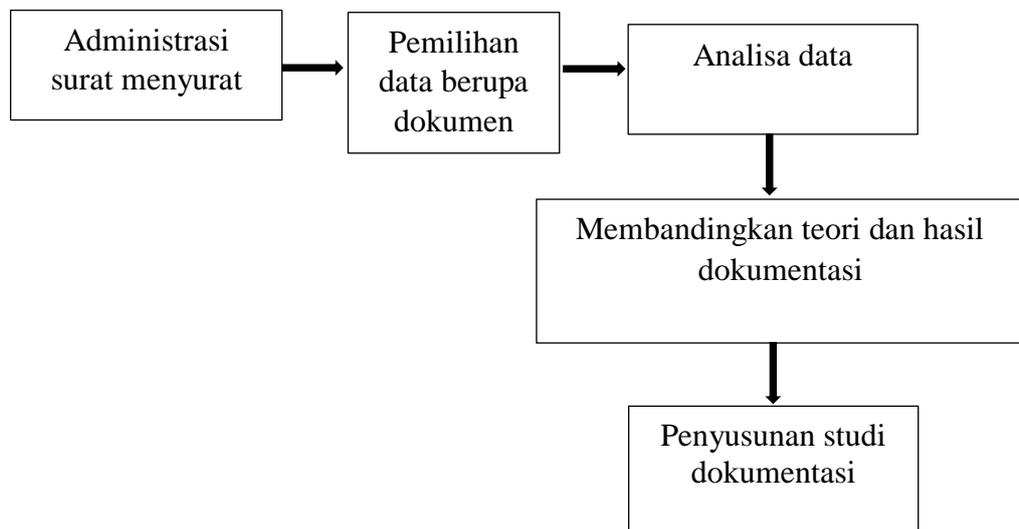
7. *Confidentiality*

Yaitu dapat menjaga kerahasiaan. Kerahasiaan pasien, perawat, dokter dan semua yang berhubungan dengan tempat yang dilakukan penelitian kecuali untuk kepentingan penelitian.

8. *Autonomi*

Yaitu dengan tidak menyebutkan secara jelas nama responden/pasien. Melainkan hanya disebutkan inisialnya saja.

I. Alur Studi Dokumentasi



Gambar 3.1 Alur Studi Dokumentasi

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil

Data yang didapatkan dari dokumen I Wayan Danu Dharana didapatkan hasil pengkajian yang dilakukan pada 5 Juni 2015 ini menggunakan metode wawancara kepada pasien, perawat, dokter dan keluarga pasien. Selain metode tersebut, penulis juga melakukan observasi, pemeriksaan fisik pada pasien Tn.P. Penulis juga melakukan studi dokumentasi data pasien yang ada di wisma tersebut untuk mendapatkan data dan didapatkan hasil nama pasien berinisial Tn.P yang berusia 29 th yang dirawat di Wisma Sadewa RSJ Grhasia Yogyakarta yang beralamatkan di Kadisono, Pajangan, Bantul.

Data yang didapat mengenai alasan Tn.P masuk ke RS diketahui bahwa faktor presipitasi yaitu sudah kurang lebih dua bulan Tn.P selalu mengamuk, memukul motor, marah-marah, ingin pergi dari rumah dan terkadang memukul adik kandungnya. Faktor predisposisi yang didapatkan dari data bahwa pasien mengalami gangguan jiwa sudah tiga tahun lamanya dan sudah pernah di rawat di RSJ Grhasia sebanyak dua kali sebelumnya. Pasien pernah mengalami masalah yang tidak menyenangkan yaitu pasien menjenguk ibunya di rumah sakit dan pasien tidak tega melihat ibunya yang terbaring sakit. Hal tersebut yang membuatnya merasa seperti trauma sampai saat dilakukan pengkajian.

Awal mula pasien dirawat di RS Puri Nirmala, karena kondisi pasien yang memburuk maka pasien di rujuk ke RS Soejono Magelang lalu di rawat sebanyak dua kali di sana. Kondisi pasien mulai membaik kemudian pasien di pindahkan di RS Panti Rapih dan sampai kondisinya membaik pasien diperbolehkan pulang dengan melakukan rawat jalan dan obat rutin. Ketika obat dari RS Panti Rapih sudah habis maka pasien mulai mengamuk lagi. Keluarga pasien tidak ada yang memiliki riwayat gangguan jiwa.

Data psikososial pada pasien ini tidak ada gangguan. Ditunjukkan dari data konsep diri. Pertama, gambaran diri pasien menyukai semua anggota tubuhnya terutama bagian lengannya karena berotot dan bagian rambutnya karena bisa di bentuk-bentuk. Kedua identitas diri, pasien mengatakan saat ini dirinya sedang sakit dan sedang menjadi pasien. Ketiga ideal diri, pasien berharap dirinya dapat berguna bagi dirinya sendiri dan orang lain. Keempat peran diri, pasien mengatakan di dalam keluarganya pasien berperan sebagai anak. Kelima harga diri, pasien saat ini tidak merasa malu dengan keadaan yang dialami sekarang, pasien pernah gagal dalam hal pekerjaan tetapi pasien tidak akan patah semangat dan akan mencari pekerjaan kembali setelah keluar dari RS.

Obat dan terapi yang didapat pasien ini adalah Haloperidol 5 mg dengan dosis $\frac{1}{2}$ - 0 - $\frac{1}{2}$., Clozapine 25 mg dengan dosis $\frac{1}{2}$ - 0 - $\frac{1}{2}$, trihexipenidil dengan dosis 2 mg 1 - 0 - 1. Selain terapi obat, pasien juga

mendapatkan terapi kegiatan rehabilitasi yaitu membuat batako setiap pagi pukul 09.00-10.00.

Hasil pengkajian yang didapatkan, pasien mengatakan mendengar suara-suara yang tidak ada wujudnya, suara itu muncul saat pagi dan siang hari ketika pasien sedang sendiri. Pasien mengatakan ketika suara itu muncul, maka pasien hanya diam saja. Pasien juga merasa senang dan sering berbincang-bincang dengan perawat. Pasien juga sering bertanya cara memutus halusinasi karena pasien merasa terganggu apabila suara-suara itu muncul. Masalah keperawatan yang ditegakkan berdasarkan tanda dan gejala yang muncul yaitu gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran.

Perencanaan yang dibuat untuk mengatasi masalah tersebut yaitu dengan tujuan panjang (TUPAN) yaitu pasien mampu menetapkan dan menguji realita/ kenyataan serta menyingkirkan kesalahan persepsi sensori. Tujuan pendek (TUPEN) yang dituliskan dalam studi kasus tersebut adalah TUPEN satu sampai dengan lima.

TUPEN satu yaitu dengan menciptakan hubungan saling percaya. Yaitu dengan kontak mata, berbicara dengan berhadapan, menunjukkan sikap terbuka, tanyakan nama serta ciptakan lingkungan yang nyaman.

TUPEN dua yaitu mengenal masalah, yaitu dengan membantu pasien mengenali masalah yang dialaminya. Selanjutnya adalah dengan mengobservasi tingkah laku pasien yang berhubungan dengan halusinasi, kemudian bantu pasien mengenali halusinasi, mendiskusikan dengan pasien

apa yang dirasakannya atau di dengarnya, kemudian mengatakan bahwa percaya dengan yang dikatakan oleh pasien tetapi orang lain tidak mendengar apa yang pasien dengar, dengan demikian hal tersebut adalah halusinasi dan gali kembali informasi mengenai jenis, waktu, isi, frekuensi dan respon pasien terhadap halusinasi tersebut.

TUPEN tiga yaitu mengontrol halusinasi. Salah satunya yaitu dengan menghardik halusinasi dengan mengajarkan pasien untuk menutup telinga, melakukan aktivitas, berbincang dengan temannya dan meminta kepada temannya untuk menegurnya saat dia terlihat berbicara sendiri. TUPEN empat yaitu dengan perawatan keluarga.

TUPEN lima yaitu patuh minum obat. Hal ini dilakukan agar pasien mengetahui manfaat, dosis, efek samping serta akibat yang ditimbulkan apabila pasien tidak patuh meminum obat.

Implementasi yang dilakukan pada tanggal 1 Juni 2015 yaitu membina hubungan saling percaya dengan memperkenalkan diri, menunjukkan sikap terbuka dan dengan kontak mata dan mendapatkan hasil pasien mampu memperkenalkan dirinya kepada penulis dan mau berbincang-bincang dengan penulis. Implementasi pada tanggal 2 Juni 2015 yaitu mengenalkan halusinasi, penulis bertanya tentang apa yang dirasakan oleh partisipan, kemudian jenis halusinasinya, isi, frekuensi, waktu serta respon pasien terhadap halusinasinya tersebut dan memberitahu tentang yang dialaminya yaitu sebenarnya adalah halusinasi.

Tanggal 3 Juni 2015 mengajarkan kepada pasien cara memutus halusinasi yaitu dengan menghardik, meminta tolong teman menegurnya saat Ia tampak berbicara sendiri atau tertawa sendiri, melakukan aktifitas dan berbincang dengan teman atau perawat dan hasil yang didapatkan yaitu pasien mengetahui cara memutus halusinasi namun pasien masih sering tampak berbicara sendiri. Kemudian penulis mengajarkan cara baru mengontrol halusinasi yaitu dengan berbincang dengan temannya dan hal tersebut berhasil. Tanggal 4 Juni 2015 yaitu menjelaskan mengenai kepatuhan meminum obat, dosis, waktu dan efek yang akan timbul apabila tidak patuh minum obat dan pasien paham dan akan melaksanakan anjuran dari peneliti. Pada tanggal 5 Juni 2015 dilakukan pendidikan kesehatan kepada keluarga pasien yang bertujuan untuk menurunkan resiko kekambuhan pada pasien dan keluarga mengatakan paham bagaimana cara merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa.

Evaluasi hasil dari pelaksanaan tersebut yaitu TUPEN satu sampai dengan lima teratasi. Dibuktikan dengan hasil observasi yang dilakukan dari hari ke dua sampai dengan hari ke lima pasien tidak berbicara sendiri dan pasien sudah berbincang-bincang dengan teman satu kamarnya.

B. Pembahasan

Hasil studi kasus yang dilakukan pada 1-5 Juni 2015 didapatkan hasil pengkajian bahwa pasien bernama Tn.P usia 29 tahun dimana usia tersebut masuk di dalam periode dewasa awal menurut WHO. Jannah (2017), mengatakan bahwa pada periode ini manusia akan memperlihatkan

perubahan-perubahan seperti perubahan seperti tingkah laku, minat, fungsi jasmaniah dan mulai muncul masalah penyesuaian diri sehubungan adanya tekanan budaya dan harapan masyarakat yang ada pada dirinya. Dari teori tersebut dikatakan bahwa pada usia tersebut seseorang akan mengalami perubahan dan penyesuaian diri yang jika tidak diimbangi dengan dukungan lingkungan dan keluarga maka seseorang akan rentan mengalami gangguan mental.

Data yang didapatkan menunjukkan saat pengkajian Tn.P mengatakan sering mendengar suara-suara yang tidak ada wujudnya. Suara itu muncul saat pagi hari atau siang ketika pasien sedang sendiri. Hal ini dikatakan oleh Wardani dan Aldam (2019) pada penelitian yang dilakukannya bahwa pasien merasakan sesuatu tanpa adanya stimulus eksternal atau hanya dirinya sendiri yang mendengarnya.

Pasien juga bertanya bagaimana cara menghilangkan suara-suara tersebut karena merasa terganggu dengan suara-suara yang muncul tersebut. Hal tersebut membuatnya jengkel dan ingin marah. Alasan Tn.P dibawa ke RSJ Grhasia adalah mengamuk dan melukai adiknya. Data tersebut menunjukkan bahwa Tn.P berada pada fase empat yaitu *conquering* hal ini didukung adanya teori yang dikemukakan oleh Sutejo (2018), pada fase ini pasien akan menunjukkan perilaku tindakan kekerasan.

Dari hasil pengkajian maka didapatkan diagnosa gangguan persepsi persepsi sensori: halusinasi pendengaran. Diagnosa ini berbeda dengan teori yang dikemukakan oleh Sutejo (2018), yang menyatakan bahwa diagnosa

pada masalah tersebut adalah gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran dan teori ini lebih tepat karena yang terganggu dalam masalah ini adalah sensori persepsinya. Diagnosa ini di dukung teori yang di dapatkan dari Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) yang menyebutkan tanda dan gejala mayor dilihat dari data subjektif pasien akan mengatakan mendengar bisikan, ditunjukkan pula dari data objektif pasien akan menunjukkan perilaku seperti berbicara sendiri. Diagnosa kedua adalah resiko perilaku kekerasan. Kedua diagnosa tersebut saling berkaitan dibuktikan dengan adanya penelitian yang dilakukan oleh Robba dan Pangden pada 2014 menyatakan bahwa halusinasi pendengaran berkaitan dengan munculnya resiko kekerasan.

Perencanaan keperawatan untuk mengatasi masalah tersebut adalah dengan dua tujuan yaitu tujuan panjang (TUPAN) dan tujuan pendek (TUPEN). Hal ini sedikit berbeda dengan teori yang disampaikan oleh Sutejo (2018) dimana pada TUPAN Sutejo menyebutnya dengan Tujuan Khusus (TUK) yang berisi pasien tidak mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungannya. Sedangkan peneliti menuliskan TUPAN dari perencanaan ini adalah pasien mampu menetapkan dan menguji realita/ kenyataan serta menyingkirkan kesalahan persepsi sensori. TUPEN satu yaitu dengan menciptakan hubungan saling percaya TUPEN dua yaitu mengenal masalah.

TUPEN tiga yaitu mengontrol halusinasi. TUPEN empat yaitu dengan perawatan keluarga. Perawatan oleh keluarga sangat berperan dalam

meminimalkan tingkat kekambuhan pada anggota keluarga dengan gangguan jiwa dibuktikan dari hasil penelitian yang dilakukan oleh Meiantari dan Herdiyanto pada 2018 menunjukkan keluarga sangat berperan atas kekambuhan pasien karena keluarga adalah yang paling dekat dengan pasien. TUPEN lima yaitu patuh minum obat, hal ini dilakukan agar pasien mengetahui manfaat, dosis, efek samping serta akibat yang ditimbulkan apabila pasien tidak patuh meminum obat.

Pelaksanaan yang dilakukan pada tanggal 1-5 Juni 2015 menunjukkan bahwa pelaksanaan dari TUPEN yang ada pada perencanaan keperawatan tersebut. Pada hari pertama berhasil mencapai TUPEN satu yaitu membina hubungan saling percaya dibuktikan dengan pasien mau berbincang-bincang dan menyebutkan nama serta mau mengatakan apa yang sedang dialaminya. Teori akomodasi yang dituliskan oleh Howard Giles (dalam Budyatna,2015) menyebutkan bahwa ketika seseorang melakukan komunikasi maka seseorang akan menyesuaikan tindak tanduk serta pola pikir, maka dapat disimpulkan bahwa membina hubungan saling percaya pada saat pertemuan pertama yang mana didalamnya terdapat komunikasi yang digunakan sangat berperan terhadap penerapan asuhan keperawatan selanjutnya.

Pada hari kedua dilakukan TUPEN dua dengan hasil pasien mampu mengenali halusinasi dan pasien mengetahui bahwa yang dialaminya adalah halusinasi. Pasien juga dapat menyebutkan isi halusinasi tersebut yaitu suara-suara yang membisikinya, frekuensi halusinasi itu muncul sebanyak

dua kali dalam sehari, waktu halusinasi tersebut muncul yaitu pada pagi dan siang hari ketika pasien sedang sendiri dan respon pasien terhadap halusinasinya adalah diam ketika halusinasi tersebut muncul. Sutejo, (2018) menyebutkan rasional dari tindakan ini adalah pasien mampu mengenali halusinasi sehingga pasien mampu mencegah munculnya halusinasi tersebut.

Hari ke tiga pelaksanaan adalah mengajarkan pasien untuk mengontrol halusinasi yaitu dengan menghardik halusinasi ketika halusinasi tersebut muncul. Sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Sutejo (2018) bahwa kontrol halusinasi diperlukan pasien. Peneliti setuju dengan teori tersebut karena apabila pasien mampu mengontrol halusinasinya, maka pasien dapat mencegah munculnya halusinasi sehingga frekuensi kekambuhan pasien akan berkurang. Hari ke tiga di waktu shift yang berbeda dilakukan pelaksanaan yang sama karena dari hasil observasi pasien tampak masih berbicara sendiri.

Hari ke empat yaitu mengajarkan cara baru mengontrol halusinasi yaitu dengan bercakap-cakap dengan orang lain hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Fresa (2015) yang mengatakan bahwa terapi bercakap-cakap pada pasien dengan halusinasi pendengaran sangat efektif untuk mengontrol halusinasinya. Dan ternyata hal tersebut efektif, dibuktikan dengan pasien sudah tidak berbicara sendiri dan berbincang dengan teman satu kamarnya. Hal ini di observasi selama tiga kali pertemuan dan dengan hasil masalah teratasi. Hal ini menunjukkan

keefektifan cara mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap, namun sedikit berbeda dengan Muhith (2014), yang mengatakan bahwa proses melatih pasien dalam mengontrol halusinasi dilakukan selama enam kali pertemuan, sedangkan pada pasien ini baru dilakukan tiga kali pertemuan namun sudah tercapai.

Hari ke empat peneliti mengkaji pengetahuan tentang kepatuhan minum obat pada pasien karena menurut penelitian yang dilakukan oleh Kaunang (2015) kekambuhan yang dialami pasien disebabkan ketidakpatuhan minum obat. Hasil pengkajian tersebut adalah pasien mengetahui nama, dosis, waktu, cara dan efek yang di timbulkan apabila tidak minum obat. Data yang disajikan menunjukkan pasien mendapatkan terapi haloperidol dimana obat ini berfungsi mengurangi halusinasi, kemudian clozapine yang berfungsi untuk mengurangi rasa ingin menyakiti, kemudian adalah trihexipenidil yang berfungsi untuk mengontrol gerakan tidak sadar pada pasien.

Hari ke lima peneliti memberikan penjelasan kepada keluarga cara perawatan anggota keluarga yang mengalami halusinasi pada saat di rumah karena menurut Meiantari dan Herdiyanto 2018 keluarga sangat berperan atas kekambuhan pasien karena keluarga adalah yang paling dekat dengan pasien.

Evaluasi yang didapatkan adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan selama lima kali pertemuan maka TUPEN satu sampai dengan lima teratasi. Namun, dalam penulisan evaluasi ini peneliti tidak menuliskan

evaluasi proses sebaiknya disertakan evaluasi proses karena untuk mengetahui ketercapaian proses keperawatan yang sudah dilakukan. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Aisy, (2019) yang menyebutkan bahwa evaluasi pelaksanaan menentukan tindakan keperawatan selanjutnya.

Evaluasi hasil sebaiknya dilakukan satu kali dalam satu hari sehingga tidak menyebabkan rancu dalam melakukan studi dokumentasi. Hal ini dikatakan pula oleh Hartono (2011), bahwa evaluasi dilakukan untuk mengetahui tercapai atau tidaknya tujuan. Dalam dokumen yang di dapat, dalam tiga kali pertemuan menunjukkan hasil sudah teratasi. Hal ini berbeda dengan teori Muhith (2014), yang mengatakan bahwa proses melatih pasien dalam mengontrol halusinasi dilakukan selama enam kali pertemuan, sedangkan pada pasien ini baru dilakukan tiga kali pertemuan dan sudah tercapai. Hal ini dapat dipengaruhi oleh beberapa hal diantaranya, keadaan pasien yang sudah membaik dan kooperatif maka tujuan tersebut lebih cepat tercapai.

C. Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan penelitian yang dialami adalah data yang kurang lengkap. Data yang tidak lengkap menyebabkan peneliti tidak dapat menganalisis masalah lain yang mungkin muncul pada kasus tersebut. Selain itu, studi dokumentasi membuat penulis tidak bisa menggali pasien lebih dalam dikarenakan tidak melakukan asuhan keperawatan secara langsung sehingga tidak bisa menggali informasi mengenai kondisi yang

dialami pasien. Contoh dari data yang tidak lengkap antara lain dituliskan bahwa pasien dulu rutin minum obat, namun tidak dijelaskan berapa lama pasien rutin minum obat dan berapa lama pasien putus obat. Hal ini dapat mempengaruhi faktor yang memunculkan masalah yang lainnya.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Kesimpulan yang dapat disampaikan dari pembahasan di atas adalah:

1. Pengkajian yang didapatkan menunjukkan pasien dengan halusinasi menunjukkan tanda dan gejala seperti berbicara sendiri, tiba-tiba tertawa sendiri, kemudian mengatakan mendengar suara-suara di saat sedang sendiri dan di waktu pagi dan siang hari.
2. Diagnosa yang dapat ditegakkan dari tanda gejala yang ditunjukkan adalah gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran.
3. Perencanaan yang disusun adalah TUPEN satu sampai dengan TUPEN lima yaitu bina hubungan saling percaya, bantu mengenal masalah (halusinasi), control halusinasi, berikan edukasi tentang perawatan keluarga dengan salah satu anggota keluarga mengalami gangguan jiwa dan patuh minum obat.
4. Pelaksanaan dilakukan mengacu pada perencanaan yang telah di susun, yaitu membina hubungan saling percaya, mengenal halusinasi, mengontrol halusinasi, memberikan edukasi tentang perawatan keluarga dengan salah satu anggota keluarga mengalami gangguan jiwa dan yang terakhir memberikan pemahaman tentang patuh minum obat.
5. Evaluasi yang didapatkan setelah melakukan pelaksanaan selama lima hari yaitu TUPEN satu sampai dengan lima tercapai.

6. Evaluasi mengenai peran keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa setelah dilakukan pemberian edukasi yaitu keluarga sudah tahu cara merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa saat anggota keluarganya sudah di rawat jalan.

B. Saran

Saran yang dapat disampaikan oleh penulis untuk studi dokumentasi selanjutnya adalah:

1. Bagi institusi Akper YKY yaitu lebih mengembangkan ilmu perngethuan tentang pembelajaran mengenai ilmu keperawatan jiwa khususnya untuk metode studi dokumentasi agar mahasiswa dapat menggunakan metode tersebut dengan maksimal.
2. Bagi pasien yaitu untuk dapat mempertahankan saran yang sudah disampaikan oleh perawat dan lanjutkan berlatih mengontrol halusinasi sehingga meminimalkan munculnya halusinasi tersebut.
3. Bagi keluarga yaitu mempertahankan saran yang sudah disampaikan oleh perawat dan lanjutkan perawatan pasien dengan anggota keluarga mengalami gangguan jiwa di rumah dan lebih mendukung untuk kesembuhan pasien ketika di rumah maupun di luar rumah.
4. Bagi peneliti selanjutnya yaitu sebaiknya menggunakan referensi yang terbaru. Selain itu juga lebih *mengekslore* pasien lebih dalam lagi supaya lebih mengetahui karakteristik pasien dan dapat membandingkan dengan teori yang ada dengan maksimal.

DAFTAR PUSTAKA

- Aisy, R D. (2019). Pentingnya Kinerja Perawat dalam Melakukan Pelaksanaan Asuhan Keperawatan di Rumah Sakit. *Journal Keperawatan*. Ejournal.unsrat.ac.id. tanggal 6 Juni 2020 pukul 07.00
- Depkes RI. (2014). Undang-undang Kesehatan Jiwa. <http://Yankes.Kemkes.go.id> diakses pada tanggal 29 April 2020 jam 21.00
- Dermawan, Deden dan Rusdi. *Keperawatan Jiwa Konsep dan Kerangka Kerja Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Gosyen Publishing
- Dharana, I. (2015). *Gambaran Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran pada Pasien Tn.P dengan Skizoafektif di Wisma Sadewa RSJ Grhasia Yogyakarta*. Karya Tulis Ilmiah Diploma III Keperawatan, Akademi Keperawatan YKY Yogyakarta
- Direja, A. (2017). *Buku Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Fresa, O. (2015). Efektifitas Terapi Individu Bercakap-cakap dalam Meningkatkan Kemampuan Mengontrol Halusinasi pada Pasien Halusinasi Pendengaran *Karya Tulis Ilmiah STIKES Telogorejo Volume 4*. ejournal.stikestelogorejo.ac.id. Tanggal 30 Mei 2020 pukul 21.00
- Hawari. (2014). *Skizofrenia Pendekatan Holistik (BPSS) Bio-Psiko-Sosial-Spiritual*. Jakarta: Badan Penerbit FK
- Kaunang, I. (2018). Hubungan Kepatuhan Minum Obat dengan Prevelensi Kekambuhan pada Pasien Skizofrenia yang Berobat Jalan di RSJ Prof. Dr. V. L. Ratumbusang. *Ejournal keperawatan (e-kp)*. Volume 2 nomor 2. Ejournal.unsrat.ac id. Tanggal 19 Juni 2020 jam 09.00
- Kemenkes RI.(2018). *Laporan Provinsi DI Yogyakarta Riskesdas 2018*. Yogyakarta: Lembaga Penerbit Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (LPB)
- Marentek. (2015). Peran Komunikasi Antar Pribadi Perawat dengan Pasien Gangguan Jiwa di RS Ratumbusang Manado. *Ejournal Keperawatan*. Ejournal.unsrat.ac.id. tanggal 18 Juni 2020 jam 21.00
- Melantari, Herdiyanto. (2018). Peran Keluarga terhadap Manajemen Relapse (kekambuhan) pada Orang Dengan Skizofrenia (ODS). *Jurnal Psikologi Undayana* volume 5 nomor 2. Ejournal.unud.ac.id. tanggal 20 Februari 2020 jam 21.00

- Muhith, A. (2014). *Pendidikan Keperawatan Jiwa: Teori dan Aplikasi*. Jakarta: CV Andi Offest
- Nuararif, A dan Hardhi Kusuma. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda Nic-Noc*. Yogyakarta: Mediacion Jogja
- Notoatmodjo, Soekidjo. (2014). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Rabba,Elshy Pangden. (2014). Hubungan antara Halusinasi Pendengaran dengan Resiko Perilaku Kekerasan. *Journal Ilmiah Kesehatan Diagnosis* volume 4 Nomor 4. ejournal.stikesnh.ac.id. tanggal 6 Februari 2020 jam 17.00
- Sutejo. (2018). *Keperawatan Jiwa Konsep dan Praktik Asuhan Keperawatan Kesehatan 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
- Wardani dan Aldam. (2019). Efektifitas Penerapan Standar Asuhan Keperawatan Jiwa Generalis pada Pasien dalam Menurunkan Gejala Halusinasi *Jurnal Ilmiah Keperawatan* ejournal.unimus.ac.id. tanggal 25 Mei 2020 pukul 13.00
- Yusuf, Fitriyasari, Nihayati. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta:Salemba Medika

LAMPIRAN

Lampiran 1

JADWAL KEGIATAN

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	4
1	Studi Pendahuluan	■																							
2	Pengajuan Judul KTI	■																							
3	Penyusunan Proposal	■	■	■																					
4	Seminar Proposal				■																				
5	Revisi Proposal					■	■																		
6	Pembagian data							■	■	■	■														
7	Studi dokumentasi							■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■				
8	Penyusunan KTI							■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■				
9	Uji Sidang KTI																					■			

Lampiran 2 Laporan Dokumen Asuhan Keperawatan

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. PENGKAJIAN

Tanggal : 05 Juni 2015

Waktu : 08.00 WIB

Tempat : Wisma Sadewa, RSJ Grhasia

Oleh : I Wayan Danu Dharana

Sumber Data : Pasien, Rekam Medis, Perawat.

Metode : Wawancara, Observasi, Pemeriksaan Fisik, Studi,
Dokumentasi

1. Identitas pasien

Nama : Tn. "P"

Taggal lahir/umur : 24 Juni 1970 (29 Tahun)

Agama : Islam

Status Perkawinan : Menikah

Pendidikan : SMP

Suku/Bangsa : Jawa/Indonesia
: Kadisono, Guwosari Pajangan Bantul

Alamat : Yogyakarta

b. Penanggungjawab

Nama : Tn. A
Umur : 40 Th
Pekerjaan : Swasta
Alamat : Kadisono, Guwosari, Pajangan Bantul Yogyakarta
Hubungan : Ayah

2. Alasan Masuk Rumah Sakit

Data dari Status diperoleh :

± 2 bulan Sebelum masuk Rumah Sakit, di rumah pasien marah – marah, ingin pergi dari rumah, sulit tidur, memukul motor dan terkadang memukul adik kandungnya.

3. Faktor Presipitasi

Sebelumnya Pasien pernah mengalami gangguan jiwa. Klien mengatakan sudah 2 kali di rawat di RSJ Grhasia.

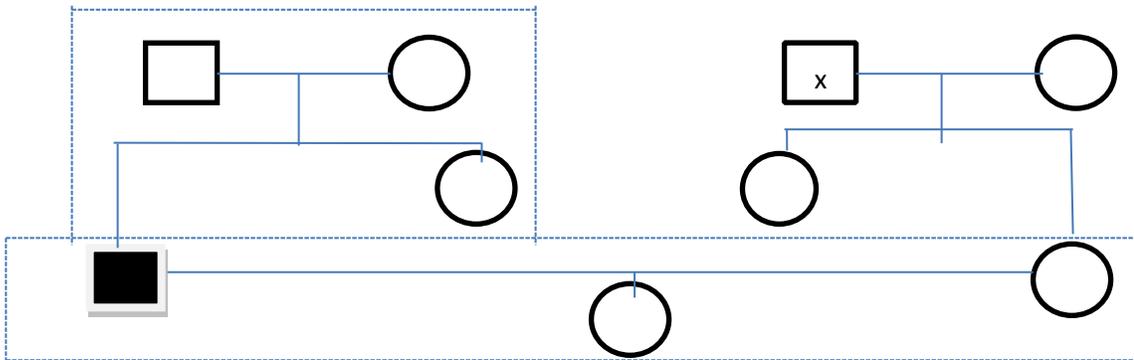
4. Faktor Predisposisi

Pasien mengatakan ini masuk RSJ untuk yang ke dua kalinya.

Pasien mengatakan mengalami gangguan jiwa sejak 3 tahun yang lalu, Pasien mengatakan dulu dirawat di Puri Nirmala dua kali lalu pasien dipindah di RS Sujono Magelang, disana dirawat satu kali, karena kondisinya kurang membaik dipindah di RS Panti Rapih satu kali. Lalu klien dipulangkan karena kondisinya mulai membaik dan diberi obat jalan.

Pasien mengatakan habis obat jalan dari RS Panti Rapih pasien mulai mengamuk lagi. Pasien mengatakan dulu minum obat secara teratur. Klien tidak mengalami penganiayaan dan keluarga tidak ada yang mengalami gangguan jiwa.

Genogram :



Sumber : 3.1 Genogram

Keterangan :

□ : Laki-laki

○ : Perempuan

— : Menikah

| : Garis keturunan

■ : Pasien

■ X : Meninggal

----- : Tinggal satu rumah

Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan

Pasien mengatakan ibunya dirawat di RS karena sakit, lalu Pasien menjenguk di rumah sakit, pasien tidak tega melihat ibunya yang di rawat di rumah sakit.

5. Pemeriksaan Fisik

a. Tanda-Tanda Vital

TD : 120/90 mmHg N: 80x/mnt

S: 36°C

RR: 22x/mnt

b. Status Gizi

BB 55 Kg

TB 170 cm

IMT : $(BB/(TB)^2) = 55/170^2 = 19,03$ (Normal)

Nilai Standar

<20 : Under Weight

20-25 : Normal

25 : Over Weight

>30 : Obesitas

Status Gizi Under Weight <20

c. Keluhan Fisik

Tidak ada

TD : 120/80 mmHg (tanggal pemeriksaan 03 Juni 2015)

HB : 13,8 g/dL

Eritrosit : 4,75

HBsAg : Negatif

} juta/ μ l (tanggal pemeriksaan 15 Mei 2015)

6. Psikososial

a. Konsep Diri

1) Citra Tubuh /Gambaran Diri

Pasien mengatakan menyukai semua bagian tubuhnya terutama bagian lengan karena merasa kuat dan berotot. Dan bagian rambutnya yang habis dipotong karena dapat dibentuk-bentuk.

2) Identitas Diri

Sebelum dirawat

Pasien mengatakan status sebagai pekerja swasta, pasien sadar bahwa dirinya berjenis kelamin laki-laki. Pasien dapat menyebutkan identitas dirinya dengan baik dibuktikan pasien dapat menyebutkan nama lengkap, alamat dan umur.

Selam dirawat : Pasien mengatakan sebagai pasien.

Kepuasan pasien terhadap status dan posisinya : Pasien mengatakan menerima dengan keadaannya sekarang

3) Ideal Diri

Harapan Pasien terhadap dirinya, klien ingin menjadi orang yang bermanfaat bagi diri sendiri dan orang lain.

4) Peran Diri Dalam Keluarga

Didalam keluarga Pasien berperan sebagai anak

5) Harga Diri

Pasien mengatakan tidak minder / malu dengan keadaan pasien sekarang. Pasien juga mengatakan pernah gagal dalam pekerjaan dan Pasien tidak malu tetap mencari pekerjaan lain.

7. Hubungan Sosial

a. Orang yang berarti

Pasien mengatakan orang yang berarti dalam hidupnya adalah ibu dan istrinya, klien juga mengatakan kalau ada masalah Pasien cerita sama istri dan ibunya.

b. Peran serta dalam kegiatan kelompok

Pasien mengatakan sering ikut partai kampanye PDIP setiap 5 tahun sekali. Peran di masyarakat sebagai anggota masyarakat biasa.

c. Hambatan dalam hubungan dengan orang lain

Pasien mengatakan hubungan dengan tetangga kurang baik karena bersaing.

8. Spiritual

a. Nilai dan Keyakinan

Pasien mengatakan beragama Islam

b. Kegiatan Ibadah

Pasien mengatakan beragama islam, dan selama di rumah sakit pasien rutin beribadah.

9. Faktor Mental

a. Penampilan

Pasien berpenampilan rapi, klien memakai seragam RS Grhasia, kancing baju selalu dikancingkan, rambut bersih dan rapi.

b. Pembicaraan

Pasien berbicara jelas dan keras, saat dilakukan pengkajian pasien kooperatif

c. Aktivitas Motorik

Pasien mengatakan sering ikut rehab, membuat batako

d. Alam Perasaan

Pasien mengatakan senang di RSJ. Grhasia bisa mempunyai banyak teman dan tempat nyaman dan tenang.

e. Afek

Afek Pasien sesuai, yaitu Pasien dapat berespon sesuai dengan stimulus, Pasien tersenyum jika diajak bergurau.

f. Interaksi selama wawancara

Saat diajak wawancara klien kooperatif, kontak mata pasien ada, pembicaraan baik, Pasien tampak tenang.

g. Persepsi

Pasien mengalami halusinasi pendengaran.

Yang pertama klien mengatakan masuk RSJ karena mendengar suarasuara atau bisikan – bisikan yang menyuruhnya untuk bermain tidak tahu itu apa. Pasien mengatakan bisikan itu membuatnya jengkel dan yang membisikinya adalah seorang laki – laki suara bisikan itu muncul

2 x pada pagi dan siang hari.

h. Isi Pikir

Pasien tidak mengalami gangguan isi pikir. Tidak ada tanda – tanda terjadi isi pikir.

i. Proses Fikir

Proses fikir klien Sirkumtansial

Ini dibuktikan ketika pasien menjawab pertanyaan berbelit-belit tetapi sampai pada tujuan.

j. Tingkat Kesadaran

Pasien mengetahui bahwa dirinya sekarang berada di bangsal Sadewa RSJ Grhasia. Klien dapat membedakan mana perawat dan mana Pasien.

Pasien juga dapat membedakan pagi, siang, malam dan diungkapkan

Pasien ”ini pagi mas”

k. Memori

Memori jangka panjang Pasien baik, itu dibuktikan dengan Pasien dapat menceritakan kejadian pertama kali mengalami gangguan jiwa tahun 1999.

Memori jangka pendek Pasien baik. dibuktikan pasien mengatakan disini baru satu bulan.

l. Tingkat Konsentrasi Berhitung

Pada saat dilakukan wawancara konsentrasi baik, Pasien mendengarkan dengan seksama, Pasien dapat berhitung perhitungan sederhana.

Contoh : $50 : 2 = 25$

m. Kemampuan Penilaian

Pasien tidak mengalami gangguan penilaian ringan atau gangguan bermakna sewaktu diberi pilihan cuci tangan dulu sebelum makan atau sebaliknya. Klien menjawab cuci tangan dulu sebelum makan.

n. Daya titik Diri

Pasien menyadari bahwa dirinya sakit dan ingin berobat disini

10. Kebutuhan Pasien Persiapan Pulang

a. Kemampuan Pasien memenuhi kebutuhan

Pasien mampu makan sendiri dan mampu ganti baju/pakaian sendiri,

Pasien tinggal dengan orang tua.

b. Kegiatan hidup sehari-hari

1) Perawatan diri

Pasien mandi 3x /hari, cuci rambut 2x /minggu, mengganti baju 1x /hari, menggosok gigi 1x /hari.

2) Nutrisi

Pasien makan dengan teman-temannya, makan 3x/hari, nafsu makan baik, 1 porsi habis.

3) Tidur

Pasien mengatakan tidak ada masalah dalam tidurnya, tidur siang kurang lebih 2 jam, tidur malam kurang lebih 8 jam.

4). Penggunaan obat (01 Juni – 03 Juni 2015)

Haloperidol : 5 mg 1/2 - 0 - 1/2

Clozapine : 25 mg 1/2 - 0 – 1/2

Thirexipenidil : 2 mg 1 - 0 – 1

5) Pemeliharaan Kesehatan

Pasien mengatakan menginginkan rutin kontrol

6) Aktivitas luar rumah

Pasien mengatakan berkumpul di rumah teman. Di RSJ Grhasia Pasien diperbolehkan ikut rehab.

Aspek kepribadian Pasien cenderung terbuka, Pasien ramah dengan orang lain dan lingkungannya saat Di RSJ Grhasia.

11. Mekanisme Koping

Pasien mengatakan jika ada masalah selalu cerita dengan istrinya.

12. Masalah Psikososial dan Lingkungan

a. Masalah dukungan kelompok

Pasien mengatakan selama dirawat pasien dikunjungi keluarga I minggu 1x setiap hari Rabu.

b. Masalah hubungan dengan lingkungan

Pasien mengatakan hubungan dengan orang lain baik, di bangsal klien mampu berinteraksi, bersosialisasi dengan teman-teman lain.

c. Masalah dengan pendidikannya

Pasien dapat menyelesaikan pendidikan SMA

d. Masalah dengan pekerjaan

Pasien mengatakan dulu pernah bekerja tapi keluar karena gajinya kecil.

e. Masalah dengan rumah

Pasien tinggal dengan bapak, ibu, istri, anak dan adiknya.

f. Masalah dengan pelayanan kesehatan

Pasien dulu pernah mengalami gangguan jiwa dan dirawat di Puri

Nirmala dua kali, Lalu saat ini dirawat di RSJ Grhasia di Wisma

Sadewa.

13. Aspek Medis

Axis I : F25.0 (Skizoafektif Tipe Manik)

Axis II : -

Axis III : -

Axis IV : Tidak Jelas

Axis V : 51 – 60 (sedang)

Terapi Medis

Tanggal 01 Juni - 03 Juni 2015

a. Haloperidol : 5 mg : 1/2 - 0 - 1/2

b. Clozapine : 25 mg : 1/2 - 0 - 1/2

c. Thirexypenidil : 2 mg 1-0-1

ANALISIS DATA

No	Data	Penyebab	Masalah
1.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sering mendengar suara-suara atau bisikan-bisikan yang menyuruhnya untuk bermain tidak tahu itu apa. - Pasien mengatakan bisikan itu membuatnya merasa tidak nyaman, dan yang membisikinya adalah seorang lakilaki, suara bisikan itu muncul 2x pada pagi dan siang hari. <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak sekali menghardik ketika suara itu muncul. 	<p>Perubahan Penangkapan Sensori</p>	<p>Gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran</p>
2.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sering jengkel atau marah ketika ada suarasuara yang membisikinya. <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ± 2 bulan Sebelum 		

	<p>masuk Rumah Sakit, di rumah pasien marah – marah, ingin pergi dari rumah, sulit tidur, memukul motor dan terkadang memukul adik kandungnya.</p> <p>Sebelum masuk Rumah Sakit pasien marahmarah, mengamuk, memukul motor dan adik</p> <p>- kandungnya.</p>	<p>Status Kesehatan Mental : Psikosis Berat</p>	<p>Resiko Perilaku kekerasan</p>
--	--	---	----------------------------------

DIAGNOSA KEPERAWATAN PRIORITAS

1. Gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran b.d Perubahan

Penangkapan Sensori ditandai dengan :

DS :

- Klien mengatakan sering mendengar suara - suara atau bisikan bisikan yang menyuruhnya untuk bermain tidak tahu itu apa.
- klien mengatakan bisikan itu membuatnya merasa tidak nyaman. Dan yang membisikinya adalah seorang laki - laki, suara bisikan itu muncul 2x pada pagi dan siang hari.

DO : Klien tampak sekali menghardik ketika suara itu muncul

2. Resiko Perilaku kekerasan b.d Status Kesehatan Mental : Psikosis Berat ditandai

dengan :

DS : klien mengatakan sering jengkel atau marah ketika ada suara yang membisikinya

DO : ± 2 bulan Sebelum masuk Rumah Sakit, di rumah pasien marah – marah, ingin pergi dari rumah, sulit tidur, memukul motor dan terkadang memukul adik kandungnya. Sebelum masuk Rumah Sakit pasien marah-marah, mengamuk, memukul motor dan adik kandungnya.

ASUHAN KEPERAWATAN

Nama Pasien : Tn. P
No. M : 056144

Wisma : Sadewa

Hari/Tgl/ Jam	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		Pelaksanaan	Evaluasi
		Tujuan	Rencana Tindakan		
Senin/01 Juni 2015 08.00	Gangguan persepsi sensorial halusinasi (pendengaran) b.d Perubahan Penangkapan Sensorial ditandai dengan : DS : - Klien mengatakan sering mendengar suara-suara atau bisikan yang menyuruhnya untuk bermain entah itu apa. - Klien mengatakan bisikan itu membuatnya merasa tidak nyaman. Dan	TUPAN Klien mampu menetapkan dan menguji realita/ kenyataan serta menyingkirkan kesalahan persepsi sensorial. TUPEN 1. Setelah dilakukan interaksi selama 1x klien mampu membina hubungan saling percaya dengan indikator : - Menunjukkan pemahaman verbal, tertulis, atau sinyal yang rileks - Menunjukkan gerakan dan ekspresi wajah yang rileks	1.Bina hubungan terapeutik dan saling percaya. a. Perkenalkan diri dengan sopan. b. Tanyakan nama lengkap dan nama panggilan yang disukai klien. c. Buat kontak mata/ persetujuan tentang tujuan dan cara pertemuan yang saling dapat diterima dengan cara yang tepat. d. Dipelihara postur tubuh terbuka. e. Ciptakan iklim yang hangat dan menerima secara tepat.	Senin, 1/Juni/2015 Jam 08.15 WIB 1. Membina hubungan saling percaya 2. Memperkenalkan diri dengan sopan 3. Menanyakan nama lengkap dan nama panggilan yang disukai pasien 4. Menunjukkan keterkaitan dengan pasien dengan memperhatikan kontak mata 5. Memelihara postur tubuh terbuka 6. Menanyakan	Senin,1/Juni/2015 Jam 09.00 WIB S : - Klien mengatakan nama saya "P" - Klien mengatakan lebih senang dipanggil mas "p" - Pasien mengatakan senang ketemu dengan perawat O : - Klien mau menyebutkan nama, mau berjabat tangan, duduk di samping perawat, kontak mata ada A : TUPEN 1

Hari/Tgl/ Jam	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		Pelaksanaan	Evaluasi
		Tujuan	Rencana Tindakan		
	<p>yang membisikinya adalah seorang laki-laki, suara bisikan itu muncul 2x pada pagi dan siang hari</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak sekali menghardik ketika suara itu muncul - TD : 120/80 mmHg - N : 80x/Mnt - RR : 21x/Mnt - S : 36oC 	<ul style="list-style-type: none"> - Menunjukkan kontak mata mau menjabat tangan, mau menjawab salam, menyebutkan nama, mau duduk berdampingan/ berhadapan. 2. Setelah dilakukan interaksi selama 2x klien mampu mengenal halusinasi dengan indikator : a. Klien mampu menyebutkan waktu isi frekuensi munculnya halusinasi. b. Klien mampu menyebutkan perilaku yang biasanya dilakukan saat 	<p>2.Manajemen Halusinasi (Halusination Management)</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Observasi tingkah laku yang berhubungan dengan halusinasi b. Bantu klien mengenal halusinasi. <ul style="list-style-type: none"> 1) Jika dari hasilobservasi ditemukan tampak klien mengalami halusinasi tanyakan apakah klien mengalami halusinasi. 2) Jika dijawab ada tanyakan apa yang didengar dilihat/ dirasakan. 3) Katakan bahwa perasaan percaya apa yang dialami 	<p>perasaan klien</p> <p>(Dhanu)</p>	<p>Tercapai</p> <p>P : Lanjutkan Tupen2</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observasi tingkah laku yang berhubungan dengan Pasien. <p>(Dhanu)</p>

Hari/Tgl/ Jam	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		Pelaksanaan	Evaluasi
		Tujuan	Rencana Tindakan		
		<p>halusinasi muncul.</p> <p>c. Klien mampu menyebutkan akibat perilaku yang biasa dilakukan saat halusinasi terjadi.</p> <p>3. Setelah dilakukan interaksi selama 2x klien mampu mengendalikan halusinasi dengan indikator/ kriteria hasil</p> <p>a. Klien dapat menyebutkan cara baru untuk mengendalikan halusinasi</p> <p>b. Klien dapat memilih dan mengendalikan halusinasi</p>	<p>klien tetapi perawat sendiri tidak mendengar/ melihat/ merasakan</p> <p>4) Katakan bahwa klien lainjuga ada yang mengalami hal yang sama</p> <p>5) Katakana bahwa akan membantu klien</p> <p>c.Diskusikan dengan klien waktu, isi, frekuensi dan situasi pengatur munculnya halusinasi.</p> <p>d.Diskusikan dengan klien apa yang diraskana klien jika halusinasinya muncul</p> <p>e.Beri kesempatan klien untuk mengungkapkan perasaannya</p> <p>f. Identifikasi dan diskusikan dengan</p>		

Hari/Tgl/ Jam	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		Pelaksanaan	Evaluasi
		Tujuan	Rencana Tindakan		
		<p>c. Klien melakukan cara yang dipilih untuk mengendalikan halusinasi</p> <p>4. Setelah dilakukan interaksi selama 1X dengan keluarga, klien mendapat dukungan dalam mengendalikan halusinasi dengan indikator/kriteria hasil :</p> <p>a. Keluarga dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat</p> <p>b. Keluarga dapat menyebutkan pengertian, tanda dan tindakan untuk</p>	<p>klien perilaku yang dilakukan saat halusinasi muncul.</p> <p>g. Diskusikan manfaat dan akibat dari cara/perilaku yang dilakukan klien.</p> <p>h. Libatkan klien dalam TAK SP : Halusinasi (sesi 1)</p> <p>3.Manajemen Halusinasi</p> <p>a. Diskusikan cara baru untuk memutus/mengendalikan halusinasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Dengan mengusir halusinasi 2) Berbicara dengan orang lain (perawat,klien lain) 3) Menyusun jadwal kegiatan harian 4) Meminta pada orang lain untuk 		

Hari/Tgl/ Jam	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		Pelaksanaan	Evaluasi
		Tujuan	Rencana Tindakan		
		<p>mengatasi halusinasi</p> <p>5. Setelah dilakukan interaksi selama 2x klien dapat memanfaatkan obat dengan baik dengan indikator/kriteria hasil:</p> <p>a. Klien dan keluarga dapat menyebutkan manfaat, dosis dan efek samping obat.</p> <p>b. Klien dapat mendemonstrasikan penggunaan obat dengan benar.</p> <p>c. Klien dan keluarga memahami akibat berhenti minum obat</p>	<p>menyapa jika tampak bicara sendiri</p> <p>b. Bantu klien memilih dan melatih cara memutus/mengendalikan halusinasi secara bertahap</p> <p>c. Beri klien kesempatan melakukan cara mengendalikan atau memutus halusinasi yang telah dipilih dan dilatih</p> <p>d. Evaluasi bersama klien cara baru yang telah dipilih dan diterapkan dibandingkan dengan cara yang biasa dilakukan</p> <p>e. Beri <i>reinforcement</i> kepada klien terhadap cara yang telah</p>		

Hari/Tgl/ Jam	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		Pelaksanaan	Evaluasi
		Tujuan	Rencana Tindakan		
		<p>tanpa rekomendasi dari career.</p> <p>(Dhanu)</p>	<p>dipilih dan diterapkan.</p> <p>f. Libatkan klien dalam TAK Orientasi Realita, TAK SP Umum, TAK SP Halusinasi.</p> <p>4. Pendidikan Kesehatan : Proses Penyakit dan Perawatan (<i>teaching : disease Process</i>)</p> <p>a. Bina hubungan saling percaya</p> <p>b. Diskusikan dengan keluarga :</p> <p>1) Gejala halusinasi yang dialami klien</p> <p>2) Cara yang dapat dilakukan klien dan keluarga untuk</p>		

Hari/Tgl/ Jam	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		Pelaksanaan	Evaluasi
		Tujuan	Rencana Tindakan		
			<p>mengontrol halusinasi</p> <p>3) Cara merawat anggota keluarga yang mengalami halusinasi dirumah (misalnya : beri kegiatan, jangan biarkan sendiri, berpergian bersama)</p> <p>c. Anjurkan keluarga untuk mencari bantuan apabila tanda dan gejala halusinasi tidak terkendali.</p> <p>d. Berikan informasi tentang kondisi klien kepada keluarga dengan cara yang tepat.</p>		

Hari/Tgl/ Jam	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		Pelaksanaan	Evaluasi
		Tujuan	Rencana Tindakan		
			<p>5. Fasilitasi Kebutuhan Belajar (<i>Learning Fascilitation</i>)</p> <p>a. Kaji tingkat pengetahuan klien dan keluarga tentang obat dan manfaatnya.</p> <p>b. Diskusikan dengan klien dan keluarga tentang manfaat, dosis, dan efek samping obat.</p> <p>c. Anjurkan klien minta sendiri obat pada perawat (jika waktunya minum obat) dan merasakan manfaatnya.</p> <p>d. Berikan penjelasan pada klien akibat berhenti minum obat tanpa</p>		

Hari/Tgl/ Jam	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		Pelaksanaan	Evaluasi
		Tujuan	Rencana Tindakan		
			konsultasi. e. Diskusikan dengan klien (Dhanu)		

ASUHAN KEPERAWATAN

Nama Pasien : Tn. T
 No. M : 056144

Wisma : Sadewa

Hari/Tgl / Jam	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		Pelaksanaan	Evaluasi
		Tujuan	Rencana Tindakan		
Senin, 01 Juni 2015 08.00 WIB	Resiko perilaku kekerasan b.d Status Kesehatan Mental : Psikosis Berat ditandai dengan : DS : Pasien mengatakan sering marah ketika ada suara-suara yang membisikinya . DO : Sebelum masuk Rumah Sakit Pasien marah-marah, mengamuk memukul motor dan	TUPAN Setelah dilakukan tindakan keperawatan, klien tidak melakukan tindakan kekerasan baik pada orang lain, diri sendiri, dan lingkungan. TUPEN 1. Setelah dilakukan interaksi selama 1x, klien lebih mengenal lebih awal tanda-tanda akan terjadi perilaku kekerasan dengan indikator : a. Klien mampu menyebutkan tanda-tanda kekerasan seperti perasaan	1.Bantuan control marah a. Bantu klien mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan - Emosi : jengkel, arah, perasaan ingin merusak/memukul - Fisik : mengepalkan tangan, muka merah, mata melotot, pandangan tajam. - Social : kasar pada orang lain - Intelektual : dominan	Senin, 1/Juni/2015 Jam 15.30 WIB - Mengobservasi tanda-tanda perilaku kekerasan pada klien - Membantu klien mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekesaran - Mendukung klien dan fasilitasi klien untuk mencari bantuan saat muncul marah (Dhanu)	Senin, 1/Juni/2015 Jam 16.00 WIB S : - Klien mengatakan paham dengan apa yang telah disampaikan perawat. - Klien mengatakan mengerti tandatanda perilaku kekerasan yaitu mata melotot bicara keras. O : Klien mampu menyebutkan tanda-tanda perilaku/ tindakan kekerasan A : TUPEN 1 Tercapai

Hari/Tgl / Jam	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		Pelaksanaan	Evaluasi
		Tujuan	Rencana Tindakan		
	adik kandungnya.	<p>jengkel, ingin memukul, merusak, dll</p> <p>b. Klien bersedia melaporkan pada petugas kesehatan saat muncul tandatanda akan melakukan kekerasan</p> <p>2. setelah berinteraksi selama 2 x, klien dapat mengendalikan perilaku agresi/amuk dengan indikator/kriteria hasil a. klien menyebutkan waktu dan situasi yang</p>	<p>b. Jelaskan pada klien tentang respon marah</p> <p>c. Dukung dan fasilitasi klien untuk mencari bantuan saat marah.</p> <p>d. Observasi tanda-tanda perilaku kekerasan.</p> <p>e. Bantu klien mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan.</p> <p>2.a.Bantuan kontrol marah (<i>Anger Control Assistance</i>)</p> <p>1) bantu klien mengidentifikasi waktu dan situasi yang memicu</p>		<p>mampu menyebutkan tanda-tanda akan melakukan perilaku kekerasan</p> <p>P : Lanjutkan Tupen</p> <p>- 2 Observasi tanda-tanda perilaku kekerasan</p> <p>(Dhanu)</p>

Hari/Tgl / Jam	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		Pelaksanaan	Evaluasi
		Tujuan	Rencana Tindakan		
		<p>memicu terjadi perilaku kekerasan.</p> <p>b. Klien menahan ledakan kemarahan atau perilaku kekerasan yang dapat membahayakan dirinya.</p> <p>c. Klien mempraktekkan penyaluran energy positif dari perilaku kekerasan /marah.</p> <p>d. Klien minum obat sesuai</p>	<p>perilaku kekerasan.</p> <p>2) diskusikan dengan klien pengaruh negatif perilaku kekerasan terhadap dirinya, oarang lain, dan lingkungan.</p> <p>3) jelaskan pada klien cara mengeluarkan marahdan atau perilaku kekerasan secara adaptif dan konstruktif : - Kegiatan fisik : Olahraga, melakukan kegiatan sehari – hari seperti membersihkan rumah dan kegiatan fisik</p>		

Hari/Tgl / Jam	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		Pelaksanaan	Evaluasi
		Tujuan	Rencana Tindakan		
		<p>dengan terapi dokter.</p> <p>e. Klien dapat menyebutkan manfaat minum obat untuk kontrol marah.</p> <p>3. setelah berinteraksi dengan klien selama 2 x, klien dapat menentukan cara adaptif menyalurkan energi marah dengan indikator/kriteria hasil :</p> <p>a. klien memilih cara adaptif untuk menyalurkan marah(Mis : olahraga,</p>	<p>yang positif, relaksasi.</p> <p>- Kegiatan spiritual : berdoa, melakukan ibadah.</p> <p>- Sosial : meminta sesuatu kepada orang lain dengan cara yang baik sehingga orang lain tidak tersinggung.</p> <p>4) Jelaskan pada klien manfaat minum obat untuk mengendalikan marah/ perilaku kekerasan.</p> <p>5) Berikan <i>reinforcement</i> untuk ekspresi</p>		

Hari/Tgl / Jam	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		Pelaksanaan	Evaluasi
		Tujuan	Rencana Tindakan		
		berdoa, dsb). b. Klien mampu mendemonstrasikan cara adaptif yang dipilih. c. Klien mengungkapkan perasaannya setelah mendemonstrasikan cara adaptif yang dipilihnya. 4. Setelah berinteraksi dengan keluarga selama 1 x, klien mendapat dukungan dari keluarga dngan indikator /kriteria hasil : a. Keluarga mengenal penanganan klien dengan perilaku kekerasan. b. Keluarga dapat	marah / perilaku kekerasan. 6) Libatkan klien dalam TAK GP : PK b.Manajemen Lingkungan (<i>Environmental Management</i>) 1) Jauhkan barang yang dapat membahayakan klien. 2) lakukan pembatasan (seklusi) terhadap perilaku kekerasan klien baik perilaku verbal maupun non verbal agar tidak menyakiti atau meluakai orang lain. 3) tempatkan klien pada lingkungan yang <i>restrictive</i> (isolasi : untuk		

Hari/Tgl / Jam	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		Pelaksanaan	Evaluasi
		Tujuan	Rencana Tindakan		
		<p>menyebutkan penanganan klien dengan perilaku kekerasan /marah.</p> <p>c. Keluarga memutuskan memberikan bantuan adaptif dalam menghadapi klien dengan perilaku kekerasan.</p> <p>d. Keluarga menerapkan cara yang dipilih untuk merubah perilaku klien.</p> <p>e. Klien mampu memanfaatkan dukungan keluarga untuk merubah perilakunya.</p>	<p>observasi).</p> <p>4) diskusikan bersama keluarga tentang tujuan tindakan seklusi.</p> <p>3.Latihan mengontrol Rangsang (<i>Impulse Control Training</i>)</p> <p>a. Jelaskan pada klien manfaat penyaluran energi marah.</p> <p>b. Bantu klien memilih sendiri cara marah yang adaptif.</p> <p>c. Bantu klien mengambil keputusan untuk mengeluarkan energy marah/ perilaku kekerasan yang adaptif.</p> <p>d. Beri kesempatan pada klien untuk mendiskusikan cara yang dipilihnya.</p>		

Hari/Tgl / Jam	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		Pelaksanaan	Evaluasi
		Tujuan	Rencana Tindakan		
			<p>e. Anjurkan klien mempraktikkan cara yang dipilihnya.</p> <p>f. Beri kesempatan pada klien untuk mendiskusikan cara yang telah dipraktekkan.</p> <p>g. Evaluasi perasaan klien tentang cara yang dipilih dan telah dipraktikkan.</p> <p>4.Libatkan Kleuarga dalam Perawatan/ Penanganan Klien (Family Mobilization)</p> <p>a. Identifikasi peran, kultur, dan situasi keluarga dalam pengaruhnya terhadap perilaku klien.</p> <p>b. Berikan informasi</p>		

Hari/Tgl / Jam	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		Pelaksanaan	Evaluasi
		Tujuan	Rencana Tindakan		
			<p>yang tepat tentang penanganan klien dengan perilaku marah/kekerasan.</p> <p>c. Ajarkan ketrampilan koping efektif yang digunakan untuk penanganan klien marah/perilaku kekerasan.</p> <p>d. Bantu keluarga memilih/menentukan bantuan dalam menghadapi klien marah/perilaku kekerasan.</p> <p>e. Berikan konseling pada keluarga.</p> <p>f. Fasilitasi pertemuan keluarga dengan <i>career/</i> pemberia perawatan.</p> <p>g. Beri kesempatan</p>		

Hari/Tgl / Jam	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		Pelaksanaan	Evaluasi
		Tujuan	Rencana Tindakan		
			<p>pada keluarga untuk mendiskusikan cra yang dipilih.</p> <p>(Dhanu)</p>		

CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien : Tn. "P"

No. C M : 056144

Wisma : Sadewa

HR/TGL/ JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PELAKSANAAN	CATATAN PERKEMBANGAN (S O A P)
<p>Senin, 01 Juni 2015 16.00 WIB</p>	<p>Gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran</p>	<p>Jam 16.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengobservasi tingkah laku yang berhubungan dengan halusinasi 2. Membantu Klien untuk mengenal Halusinasi 3. Menanyakan apakah klien mengalami halusinasi 4. Menanyakan apa yang di dengar, dilihat dan dirasakan. 5. Mendiskusikan dengan klien waktu, isi, Frekwensi dan situasi pencetus <p>(Dhanu)</p>	<p>Jam 19.00 WIB S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tiba-tiba saat berbincangbincang mengatakan kalau yang berbisik-bisik tidak ada wujudnya adalah halusinasi. - Klien juga bertanya "kalau ada suara yang datang dan berisik tidak ada wujudnya itu bagaimana cara mengusirnya?" - Klien mengatakan halusinasinya datang kalau pagi atau siang dan apabila sendiri - Klien mengatakan senang berbincangbincang dengan perawat. - Klien mengatakan bila suara halusinasi datang pasien hanya diam.

			<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak tenang - Klien kooperatif - Kontak mata ada. <p>A : TUPEN 2 tercapai</p> <p>P : Lanjutkan TUPEN 3</p> <p>Perawat</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diskusikan cara baru untuk memutus halusinasi. <p>Klien : klien mampu menyebutkan, memilih dan mempraktekkan cara baru memutus halusinasi.</p> <p style="text-align: right;">(Dhanu)</p>
Selasa, Juni/ 2015 09:00 WIB pagi	Gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran	Tupen 3 Jam 09:30 WIB <ul style="list-style-type: none"> 1. Mendiskusikan cara baru untuk memutus/mengendalikan halusinasi. 2. Menyebutkan cara-cara baru yang bisa dilakukan oleh klien untuk mengusir 	Jam 11.00 WIB <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien mengatakan lebih suka dengan cara berbicara dengan teman lain untuk mengendalikan halusinasi - Klien mengatakan akan melakukan cara yang dipilih apabila halusinasinya muncul. <p>O : - Kontak mata ada,</p>

		<p>halusinasi, yaitu : berbicara dengan orang lain perawat/teman lain, menyusun jadwal kegiatan, meminta pada orang lain untuk menyapa jika tampak bicara sendiri.</p> <p>3. Membantu klien memilih dan melatih cara memutuskan halusinasi/mengendalikan halusinasi</p> <p>(Dhanu)</p>	<p>klien tampak gelisah, tidak tampak bicara sendiri</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mampu Menyebutkan, memilih dan mempraktekkan cara baru memutuskan halusinasi. <p>: TUPEN 3 Teratasi Sebagian</p> <p>: Lanjutkan TUPEN 3</p> <p>A</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observasi kemampuan klien mempratekkan cara yang dipilih saat halusinasi muncul. <p>P</p> <p>(Dhanu)</p>
--	--	--	--

<p>Selasa, 02/Juni 2015 14.00 WIB</p>	<p>Gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran</p>	<p>Jam 14.20 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengobser vasi kemampuan pasien memprakte kkan cara yang dipilih untuk mengusir halusinasi 	<p>Selasa, Jam 15.00 WIB</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan belum mencoba cara baru yang diajarkan. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien Tampak bicara dengan temannya di dalam kamar
---	---	---	--

		<p>(Dhanu)</p>	<p>A : TUPEN 3 Belum Teratasi</p> <p>P : Lanjutkan TUPEN 3</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observasi kemampuan klien memutus hlausinansinya dengan cara yang dipilihnya <p>(Dhanu)</p>
--	--	----------------	--

<p>Selasa, 02/juni 2015 16.00 WIB</p>	<p>Gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran</p>	<p>Jam 16.20 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengobservasi kemampuan pasien mempraktekkan cara yang dipilih untuk mengusir halusinasi saat halusinasi muncul - Memotivasi pasien untuk mempraktekkan cara yang dipilih. <p>(Dhanu)</p>	<p>Selasa, Jam 20:00 WIB</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sudah sedikit sedikit mencobas melaksanakan jadwal yang dipilihnya <p>O : Klien tampak mampu melaksanakan jadwal yang telah disusun, klien melaksanakan jadwal jam 19:00 yaitu sholat.</p> <p>A : TUPEN 3 Teratasi Sebagian</p> <p>P : Lanjutkan TUPEN 3</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observasi klien melakukan cara yang dipilihnya untuk memutus halusinasi.
---	---	---	--

			<ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan pasien untuk mempraktekkan cara baru yang dipilih untuk mengendalikan halusinasi. <p>(Dhanu)</p>
--	--	--	---

<p>Rabu, 03 juni 2015 08:00 WIB</p>	<p>Gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran</p>	<p>Jam 08:15 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengobservasi kemampuan pasien mempraktekkan cara yang dipilih untuk mengusir halusinasi muncul <p>(Dhanu)</p>	<p>Jam 11.15 WIB</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien mengatakan kesulitan dengan susunan jadwal yang dibuat - klien mengatakan lebih mudah cara yang ke 2 yaitu berbicara dengan orang lain. Seperti kemarin sudah saya lakukan berbicara dengan orang lain sebelum tidur. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak tiduran di tempat tidurnya sebelum diajak bicara dengan perawat. - Klien mengatakan bingung dengan kegiatan yang terjadwal. <p>A : TUPEN 3 Teratasi Sebagian</p> <p>P : Lanjutkan TUPEN 3</p> <ul style="list-style-type: none"> - mendiskusikan dengan klien cara baru yang
---	---	---	---

			<p>dipilihnya untuk mengendalikan halusinasi</p> <p>(Dhanu)</p>
--	--	--	---

<p>Rabu, 03 Juni 2015 Jam : 13:00 WIB</p>	<p>gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi pendengaran</p>	<p>Jam 13 : 30 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - menjelaskan cara memutuskan halusinasi dengan cara menghardik , berbincangbincang dengan orang lain, membuat jadwal rutinitas yang terjadwal, suka menyapa orang lain atau perawat bila sedang berbicara sendiri, minum obat secara teratur/ - mendiskusikan dengan klien dan membantu memilih cara baru yang digunakan untuk memutuskan 	<p>Jam 15.00 WIB</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan lebih suka cara yang berbincangbincang dengan orang lain dan biasa lakukan kalau bisikan itu muncul. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien memilih Tupen yang ke 3 cara yang ke 2 - Klien setuju dengan pilihannya. <p>A: TUPEN 3 teratasi Sebagian</p> <p>P : Lanjutkan TUPEN 3</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan klien mempraktekkan cara baru yang dipilih untuk mengendalikan halusinasi <p style="text-align: right;">(Dhanu)</p>
---	---	--	--

		atau mengontrol halusinasi. (Dhanu)	
Rabu, 03 Juni 2015 Jam : 17 : 00 WIB	Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran	Jam : 17 : 30 WIB 1. Mengobservasi kemampuan klien mempraktekkan cara yang dipilih untuk mengusir halusinasi saat halusinasi muncul. (Dhanu)	Jam : 18 :30 WIB S : - Klien mengatakan lebih suka dengan cara berbicara dengan temannya untuk memutus halusinasi. O : - Klien tampak berbicara dengan temannya seruangan tempat tidur. A : TUPEN 3 Teratasi P : Lanjutkan TUPEN 5 - Memberikan penjelasan kepada pasien akibat berhenti minum obat. (Dhanu)
Rabu, 03 Juni 2015 Jam : 20 : 00 WIB	Gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran	Jam 20 : 30 WIB 1. Mengkaji tingkat pengetahuan pasien tentang obat dan	Jam 09 : 00 WIB S : - Pasien mengastakan tahu tentang manfaat dan akibat tidak minum obat

		<p>manfaatnya</p> <p>2. Memberikan penjelasan kepada pasien akibat berhenti minum obat</p> <p>3. Memberikan penjelasan tentang dosis, manfaat dan efek samping obat.</p> <p>(Dhanu)</p>	<p>secara rutin.</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak menjelaskan akibat berehnti minum obat - Pasien tampak mengerti penjelasan yang disampaikan perawat. <p>A : TUPEN 5 Tercapai</p> <p>P : Lanjut TUPEN 4</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memberikan penjelasan keluarga tentang perawatan halusinasi. <p>(Dhanu)</p>
<p>Jumat, 05 Juni 2015 14:00 WIB</p>	<p>Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran.</p>	<p>Jam 14 : 30 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memberikan penjelasan keluarga tentang perawatan halusinasi. <p>(Dhanu)</p>	<p>Jumat, 05 Juni 2015 Jam 15 : 00 WIB</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan sudah tahu tentang pengertian, tanda gejala dan cara merawat pasien di rumah jika kambuh. - Keluarga pasien mengatakan sudah tahu manfaat obat jika tidak diminum secara teratur. - Keluarga pasien

			<p>mengatakan jika pasien dirumah hanya merasa tertekan karena bapaknya selalu menyuruhnyuruh, pasien merasa tertekan sehingga terkadang kambuh sakitnya.</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none">- Keluarga pasien tampak antusias saat dijelaskan.- Keluarga pasien sudah paham saat di evaluasi tentang cara menangani halusinasi.- Kontak mata ada- Koping keluarga efektif. <p>A : TUPEN 4 tercapai</p> <ul style="list-style-type: none">- Keluarga klien sudah tahu tentang tanda gejala halusinasi dan manfaat obat. <p>P : Hentikan Intervensi</p> <p>(Dhanu)</p>
--	--	--	--

HR/TGL/ JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PELAKSANAAN	CATATAN PERKEMBANGAN (S O A P)
<p>Senin, 01 Juni 2015 16.00 WIB</p>	<p>Resiko perilaku kekerasan</p>	<p>Jam : 06 : 30</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mempertahankan komunikasi terapeutik 2. Mempertahan sikap yang konsisten (menepati janji) 3. Menjelaskan pada pasien beberapa tanda marah : Emosi : jengkel, marah, perasaan ingin merusak/ memukul Fisik : mengepalkan tangan, muka merah, mata melotot, pandangan tajam Sosial : kasar pada orang lain <p>(Dhanu)</p>	<p>Jam 18.00 WIB</p> <p>S : - Klien mengatakan marah jika mendengarkan suara-suara yang didengarnya</p> <p>- Klien mengatakan suara-suara itu isinya mengejek dan menghina klien</p> <p>- Klien mengatakan belum tahu tentang tandatanda marah</p> <p>O : - Klien bersikap rileks</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kontak mata pasien ada - Klien tampak kooperatif - Klien tampak belum mampu mengidentifikasi kan tanda-tanda marah <p>A : TUPEN 1 tercapai</p> <p>P : Lanjutkan TUPEN 2</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bantu klien mengidentifikasi tanda marah. <p>(Dhanu)</p>

<p>Selasa, 02 Juni 2015 10.00 WIB</p>	<p>Resiko perilaku kekerasan</p>	<p>Jam 11.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mempertahankan komunikasi terapeutik 2. Menjelaskan pada pasien beberapa tandatanda marah yaitu : Emosi : jengkel, marah, perasaan ingin merusak / memukul Fisik : mengepalkan tangan, muka merah, mata melotot, pandangan tajam Sosial : kasar pada orang lain 3. Mengobservasi tanda-tanda perilaku pasien <p>(Dhanu)</p>	<p>Jam 14.00 WIB</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien mengatakan mengetahui tanda-tanda marah <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien bersikap rileks, Kontak mata pasien ada, Klien tampak kooperatif Pasien tampak mampu mengidentifikasi tanda-tanda marah <p>A : Tupen 2 Tercapai</p> <p>P : Lanjutkan tupen 3</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan pada pasien menyalurkan marah <p>(Dhanu)</p>
<p>Rabu, 03 Juni 2015 13.00 WIB</p>	<p>Resiko perilaku kekerasan</p>	<p>Jam 13.30 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Membantu klien mengidentifikasi waktu / situasi yang memicu perilaku kekerasan 	<p>Jam 14.00 WIB</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien mengatakan marah / emosi datang saat halusinasinya datang

		<ul style="list-style-type: none"> - Mendiskusikan dengan klien pengaruh negatif perilaku kekerasan terhadap dirinya, orang lain dan lingkungan <p>Menjelaskan pada klien cara</p> <ul style="list-style-type: none"> - mengeluarkan energi marah secara adaptif dan konstruktif <p>Menjelaskan pada klien manfaat</p> <ul style="list-style-type: none"> - minum obat <p>(Dhanu)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - klien mengatakan pengaruh negatifnya dapat merugikan diri sendiri, orang lain dan lingkungan - klien mengatakan manfaat minum obat adalah untuk mengontrol marahnya - Klien mengatakan cara mengontrol marah ada 3 yaitu fisik, kegiatan spiritual dan social - Klien mengatakan lebih suka dengan beraktivitas untuk mengeluarkan marah <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien kooperatif saat diajarkan cara mengeluarkan energi marah <p>A : TUPEN 3 tercapai</p> <p>P : Lanjutkan TUPEN 4</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi peran keluarga terhadap perilaku klien
--	--	--	---

			(Dhanu)
Jumat, 05 Juni 2015 14.00 WIB	Resiko Perilaku Kekerasan	<p>Jam 14 : 30 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi peran keluarga terhadap perilaku klien 2. Memberikan informasi tentang penanganan marah 3. Mengajarkan ketrampilan coping yang digunakan untuk penanganan pasien marah 4. Membantu keluarga memilih bantuan dalam menghadapi klien marah 5. Menganjurkan pada keluarga untuk menerapkan cara yang dipilih <p>(Dhanu)</p>	<p>S : 14:30 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu Klien mengatakan akan mengajak klien untuk lebih mendekatkan diri kepada Tuhan - Ibu klien mengatakan akan melatih klien dengan cara beraktivitas untuk mengendalikan marah <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - keluarga - kooperatif <p>Keluarga mampu mengenal penanganan klien dengan perilaku marah</p> <p>tujuan 4 Tercapai</p> <p>harapkan hasil klien dan keluarga dalam klien. proses kesembuhan</p> <p>(Dhanu)</p>

Lampiran 3 Lembar Bukti bimbingan



YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA
AKADEMI KEPERAWATAN "YKY"

LEMBAR BIMBINGAN KTI

Nama Mahasiswa : Azahra Felia Renita Putri
NIM : 2317007
Nama Pembimbing 1 : Nunung Rachmawati, S.Kep.,Ns.,M.Kep
Judul KTI : Gambaran Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi Pendengaran pada Pasien dengan Skizoafektif

No	Tgl Bimbingan	Materi Bimbingan	Metode Bimbingan	Saran Pembimbing	Tanda Tangan & Nama	
					Pembimbing	Mhs
1.	5 Februari 2020	Pengajuan judul	Tatap muka	Acc judul		(azahra)
2.	12 Februari 2020	BAB I-III	Tatap muka	<ul style="list-style-type: none"> • BAB I perbaiki kerangka penulisan, bahasa dan penulisan referensi. Di tambahkan konsep sehat jiwa • BAB II bahas diagnose medis terlebih dahulu • BAB III tambahkan alur penelitian 		(azahra)
3.	Jumat, 21 Februari 2020	BAB I	Tatap muka	BAB I lebih di ringkas		(azahra)
4.	25 Februari		Tatap muka	Perbaiki penulisan, lengkapi lampiran		(azahra)

5.	26 Februari 2020		Tatap muka	Acc seminar proposal		(azahra)
6.	13 Mei 2020	BAB I-III	Online (email)	<ul style="list-style-type: none"> • BAB I: <ul style="list-style-type: none"> -Tambahkan kalimat penghubung di setiap paragraph. -Studi pendahuluan RS di hilangkan -Koreksi huruf kecil dan besar, skizofrenia diganti skizofektif • BAB II <ul style="list-style-type: none"> -Kerangka teori di pindahkan ke BAB III 		(azahra)
7.	18 Juni 2020	BAB I-V dan naskah publikasi	Online (email)	<ul style="list-style-type: none"> • Abstrak: perbaiki sistematika, lengkapi bagian hasil, saran di hapus, urutkan sesuai abjad pada kata kunci • BAB IV: <ul style="list-style-type: none"> -Pada paragraf pertama pecah menjadi 2 paragraf -Gunakan SDKI pada pembahasan -Tambahkan teori untuk membandingkan hasil. • Naskah publikasi: cek kembali sistematika, pada bagian hasil dan pembahasan. 		(azahra)
8.	22 Juni 2020	BAB IV Dan naskah publikasi	Online (email)	BAB IV: pada pembahasan paragraph		



YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA
AKADEMI KEPERAWATAN "YKY"

FORMAT BIMBINGAN KTI

Nama Mahasiswa : Azahra Felia Renita Putri
NIM : 2317007
Nama Pembimbing 2 : Ns. Sutejo, M.Kep., Sp.Kep.J
Judul KTI : Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi Pendengaran pada Pasien dengan Skizoafektif

No	Tgl Bimbingan	Materi Bimbingan	Metode Bimbingan	Saran Pembimbing	Tanda Tangan & Nama	
					Pembimbing	Mhs
1.	5 Februari 2020	Pengajuan judul	Tatap muka	Acc judul		(azahra)
2.	15 Februari 2020	BAB I	Tatap muka	<ul style="list-style-type: none">• Tambahkan UU tentang kesehatan jiwa beserta pasalnya• Perbaiki sistematika penulisan• Proporsi paragraph diratakan• Konsistensi penulisan kutipan		(azahra)
3.	17 Februari 2020	BAB I	Tatap muka	<ul style="list-style-type: none">• Perbaiki tata letak penulisan• Tambahkan UU menenai kuratif• Tambahkan data WHO• Perbaiki spasi		(azahra)
4.	21 Februari 2020	BAB II	Tatap muka	<ul style="list-style-type: none">• Gejala diganti gejala positif dan negative• Perencanaan untuk keluarga		(azahra)

5.	25 Februari 2020		Tatap muka	Perbaiki penulisan daftar pustaka		(azahra)
6.	26 Februari 2020		Tatap muka	ACC seminar proposal		(azahra)
7.	31 Maret 2020		Online (WA)	ACC Proposal		(azahra)
8.	24 Juni 2020	BAB IV-V	Online (Google Meet)	<p>BAB IV: masukkan data dari dokumen yang sudah didapat dengan berurutan dan lebih di perjelas antara factor predisposisi dan presipitasi</p> <p>BAB V: bandingkan teori di BAB II dan dari jurnal dengan hasil yang ada. Urutkan dan bahas dari karakteristik, bahas mengenai usia pasien termasuk dalam fase apa dan bagaimana hubungannya. Bagian diagnose kaitan dengan diagnose yang lain adakah keterkaitan dengan diagnose utama? Sertakan jurnal penelitiannya. Lengkapi sampai dengan evaluasi.</p>		(azahra)
9.	30 Juni 2020	Abstrak, BAB IV-V ACC Usid	Online (video call WA)	<p>Pahami sistematika abstrak dan isi dari abstrak.</p> <p>BAB V: pastikan kesimpulan sudah menjawab tujuan dan saran menjawab manfaat.</p>		

				Manfaat bagi pasien sebaiknya di tulis agar pasien tetap menjalankan saran dari perawat dan terus berlatih tentang cara-cara yang sudah di ajarkan.		(azahra)
--	--	--	--	---	--	----------

Yogyakarta,
Pembimbing 2

(.....)