



**ASUHAN KEPERAWATAN Jiwa PADA Tn. M DAN Tn.
ASKIZOFRENIA DENGAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI :
HALUSINASI PENGLIHATAN DI RSJ Dr. RADJIMAN
WEDIODININGRAT LAWANG MALANG
TAHUN 2017**

LAPORAN TUGAS AKHIR

Oleh :

**Ridho Maulana Istighotsah
NIM 152303101128**

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2018**



**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA Tn. M DAN Tn.
ASKIZOFRENIA DENGAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI :
HALUSINASI PENGLIHATAN DI RSJ Dr. RADJIMAN
WEDIODININGRAT LAWANG MALANG
TAHUN 2017**

LAPORAN TUGAS AKHIR

disusun guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat
untuk menyelesaikan Program Studi Diploma Tiga (D3)
dan mencapai gelar Ahli Madya Keperawatan

Oleh :

**Ridho Maulana Istighotsah
NIM 152303101128**

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2018**

PERSEMBAHAN

Dengan mengucapkan syukur kehadirat Allah SWT, laporan tugas akhir ini penulis persembahkan untuk:

1. Kedua orangtua dan keluarga besar yang selalu mendoakan, memberi semangat, dan memberikan motivasi kepada penulis, sehingga terselesaikanya laporan tugas akhir ini;
2. Teman – teman seperjuangan angkatan 18, seperjuangan satu bimbingan baik pembimbing akademik maupun bimbingan tugas akhir, yang memberi dukungan doa, motivasi penuh pada penulis, sehingga penulis dapat menjalankan tugas akhir ini;
3. Bapak dan ibu dosen Program Studi Diploma Tiga Universitas Jember;

MOTO

“Barang siapa yang menempuh suatu jalan untuk menuntut ilmu, Allah akan memudahkan baginya jalan ke surga”

(HR Muslim)



PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

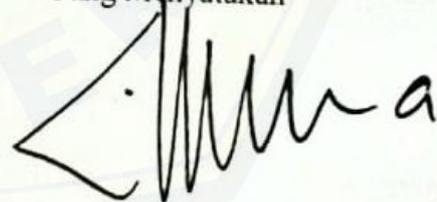
Nama Mahasiswa : Ridho Maulana Istighotsah
NIM : 152303101128

menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya ilmiah yang berjudul "Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. M Dan Tn. A Skizofrenia Dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Penglihatan Di RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang Malang Tahun 2017" adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali kutipan yang sudah saya sebutkan sumbernya, belum pernah diajukan pada institusi mana pun, dan bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa ada tekanan dan paksaan dari pihak mana pun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Lumajang, 04 Juni 2017

Yang Menyatakan



(Ridho Maulana Istighotsah)

NIM 152303101128

LAPORAN TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA Tn. M DAN Tn.
ASKIZOFRENIA DENGAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI :
HALUSINASI PENGLIHATAN DI RSJ Dr. RAJIMAN
WEDIODININGRAT LAWANG MALANG
TAHUN 2017**

Oleh

Ridho Maulana Istighotsah
NIM 152303101128

Dosen Pembimbing : Primasari Mahardika, S.Kep.,Ners.,M.Kep

PENGESAHAN

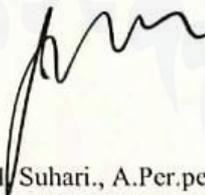
Karya tulis ilmiah berjudul “Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. M Dan Tn. A Skizofrenia Dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Penglihatan Di RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang Malang Tahun 2017” karya Ridho Maulana Istighotsah telah diuji dan disahkan pada:

hari, tanggal : 8 Juni 2018

tempat : D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang

Tim Penguji:

Ketua,



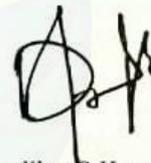
Dr. H. Suhari., A.Per.pen., MM
NIP. 19630302 198603 1 023

Anggota I



R. Endro Sulistyono, S.Kep.,Ners.,M.Kep
NRP 760017249

Anggota II



Primasari Mahardika, S.Kep.,Ners.,M.Kep
NRP. 760017257

Mengesahkan,
Koordinator Program Studi
D3 Keperawatan Universitas Jember



Nurul Hayati, S.Kep., Ners., MM.
NIP 19650629 198703 2 008

RINGKASAN

Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. M Dan Tn. A Skizofrenia Dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Penglihatan Di RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang Malang Tahun 2017; Ridho Maulana Istighotsah; 152303101128; 2018: 104 halaman; Program studi D3 Keperawatan Universitas Jember.

Seseorang mengalami gangguan jiwa apabila ditemukan adanya gangguan pada fungsi mental, yang meliputi: emosi, pikiran, perilaku, perasaan, motivasi, kemauan, keinginan, daya tilik diri, dan persepsi sehingga mengganggu dalam proses hidup di masyarakat dan timbulah perasaan tertekan. Halusinasi merupakan pengalaman panca indera tanpa ada rangsangan (stimulus) dari luar, gangguan sensori ini meliputi seluruh panca indera, halusinasi merupakan salah satu gejala gangguan jiwa yang pasien mengalami perubahan sensori serta merasakan sensasi palsu berupa penglihatan pasien merasakan stimulus yang sebetulnya tidak ada. Halusinasi disebabkan oleh banyak faktor, meliputi faktor predisposisi dan faktor presipitasi. Proses terjadinya halusinasi berkembang melalui empat fase, yaitu fase pertama disebut juga dengan fase *comforting* (fase menyenangkan), fase kedua disebut juga dengan fase *condemning*. Fase ketiga yaitu fase *controlling*. Fase keempat yaitu disebut juga dengan fase *conquering*.

Peran perawat untuk pasien meliputi manajemen halusinasi, yaitu meningkatkan keamanan, kenyamanan, dan orientasi realitas pasien yang mengalami halusinasi. Kurangi jumlah stimulus untuk mencapai input sensori yang sesuai, misalnya lampu yang redup, sediakan kamar pribadi, batasi pengunjung, dan sediakan waktu istirahat untuk pasien. Orientasikan pada orang, tempat, dan situasi dalam setiap interaksi

Desain penulisan yang digunakan dalam penulisan ini, yaitu desain studi kasus. Studi kasus adalah studi untuk mengeksplorasi asuhan keperawatan pada pasien skizofrenia dengan masalah keperawatan gangguan persepsi sensori: penglihatan. Tindakan keperawatan yang dilakukan lainnya adalah latihan

mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, latihan berbicara/ bercakap dengan orang lain saat halusinasi muncul, latihan kegiatan, dan program pengobatan.

Kata kunci: *Skizofrenia, Halusinasi, Mengontrol halusinasi*



SUMMARY

Nursing Care At Mr. M And Tn. A Schizophrenia With Sensory Perception Disorders: Hallucinations of Vision In RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang Malang Year 2017; Ridho Maulana Istighotsah; 152303101128; 2018: 104 pages; Nursing D3 Program of University of Jember.

A person experiences mental disorders whenever there is an impairment of mental function, which includes: emotions, thoughts, behaviors, feelings, motivations, will, desires, self-perceptive power, and perception so disturbing in the process of living in society and arousing feelings. Hallucination is a sensory experience without any stimulus (stimulus) from the outside, this sensory disturbance includes the entire senses, hallucinations is one of the symptoms of mental disorders that patients experience sensory changes and feel the false sensation of vision of patients feel the stimulus that actually does not exist. Hallucinations are caused by many factors, including predisposing factors and precipitation factors. The process of hallucination develops through four phases, the first phase is called the comforting phase, the second phase is also called the condemning phase. The third phase is the controlling phase. The fourth phase is also called the conquering phase.

The role of nurses for hallucinations includes the management of hallucinations, namely improving the safety, comfort, and reality orientation of hallucinated patients. Reduce the amount of stimulus to reach the appropriate sensory input, such as dim lights, provide private rooms, limit visitors, and provide time off for patients. Orient to people, places, and situations in every interaction

Writing design used in this writing, the case study design. Case study is a study to explore nursing care in schizophrenic patients with sensory perceptual perception nursing problems: vision. Other nursing actions are exercises to control hallucinations by rebuking, practicing speaking with others as hallucinations appear, practicing activities, and treatment programs.

Keywords: Schizophrenia, Hallucinations, Controlling hallucinations

PRAKATA

Puji syukur kehadirat Allah SWT. Atas segala rahmat dan karunia-Nya sehinggalapenulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah yang berjudul "Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. M Dan Tn. A Skizofrenia Dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Penglihatan Di RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang Malang Tahun 2017". Karya tulis ilmiah ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat menyelesaikan pendidikan diploma tiga (D3) pada Program studi Diploma 3 Keperawatan Universitas Jember.

Penyusunan karya tulis ilmiah ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis menyampaikan terima kasih kepada:

1. Drs. Moh Hasan, M.Sc., Ph.D., selaku rektor Universitas Jember
2. Ns. Lantin Sulistyorini, S.Kep., M. Kes., selaku dekan fakultas keperawatan Universitas Jember
3. Ibu Nurul Hayati, S.Kep., Ners., MM. Selaku kordinator Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember yang telah memberi izin sehingga dapat melakukan penelitian dan dukungan dalam terselesaikanya laporan tugas akhir ini.
4. Ibu Primasari Mahardika, S.kep.,Ners.,M.kep selaku pembimbing laporan tugas akhir
5. Dr. H. Suhari A., Per.Pen., MM selaku ketua penguji
6. R. Endro Sulistyono., S.Kep., Ners.,M.Kep selaku penguji 2
7. Teman – teman seperjuangan angkatan 18, seperjuangan satu bimbingan baik bimbingan akademik maupun bimbingan tugas akhir,

Penulis juga menerima segala kritik dan saran dari semua pihak demi kesempurnaan karya tulis ilmiah ini. Akhirnya penulis berharap, semoga karya tulis ilmiah ini dapat bermanfaat.

Lumajang, 8 Juni 2018

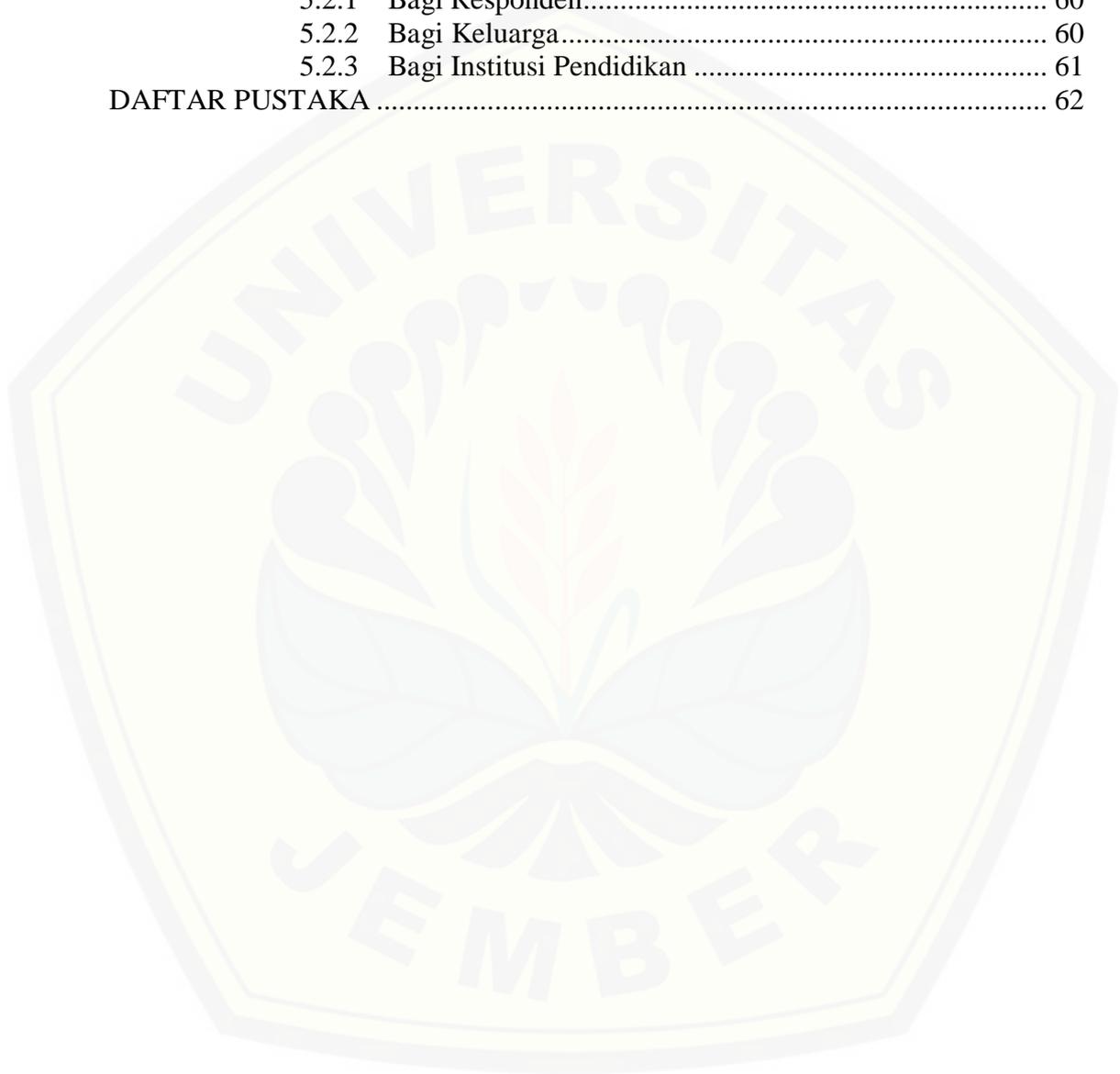
Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
LAPORAN TUGAS AKHIR.....	i
LAPORAN TUGAS AKHIR.....	ii
PERSEMBAHAN.....	iii
MOTO	iv
PERNYATAAN.....	v
LAPORAN TUGAS AKHIR.....	vi
PENGESAHAN.....	vii
RINGKASAN.....	viii
SUMMARY.....	x
PRAKATA.....	xi
DAFTAR ISI.....	xii
DAFTAR TABEL.....	xv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xvi
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	3
1.3 Tujuan Penulisan.....	4
1.4 Manfaat	4
1.4.1 Peneliti.....	4
1.4.2 Rumah Sakit.....	4
1.4.3 Institusi pendidikan	4
1.4.4 Bagi Responden.....	4
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	5
2.1 Konsep Skizofrenia.....	5
2.1.1 Konsep Skizofrenia	5
2.1.2 Etiologi.....	5
2.1.3 Jenis Skizofrenia	6
2.1.4 Penanganan.....	7
2.1.5 Prognosis	9
2.2.1 Definisi Halusinasi	10
2.2.2 Halusinasi Penglihatan	11
2.2.3 Dimensi halusinasi (Muhith, 2015).....	11
2.2.4 Rentang Respon Halusinasi.....	12
2.2.5 Fase-fase Halusinasi (Kusumawati & Hartono, 2012)....	13
2.2.6 Faktor Predisposisi	14
2.2.7 Faktor Presipitasi.....	16

2.2.8	Mekanisme koping	16
2.2.9	Validasi informasi tentang halusinasi.....	17
2.2.10	Penatalaksanaansecaramedis pada halusinasi	17
2.3	Konsep Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Halusinasi	18
2.3.1	Pengkajian	18
2.3.2	Prioritas diagnosa keperawatan (Muhith, 2015).....	19
2.3.3	Diagnosa keperawatan.....	19
2.3.4	Intervensi Keperawatan (Direja, 2011)	20
2.3.5	Implementasi keperawatan	21
2.3.6	Evaluasi Keperawatan	21
BAB 3. METODE PENULISAN.....		23
3.2	Desain Penulisan	23
3.3	Batasan istilah	23
3.3.1	Asuhan Keperawatan.....	23
3.3.2	Pengkajian	23
3.3.3	Diagnosa keperawatan.....	23
3.3.4	Intervensi keperawatan.....	23
3.3.5	Implementasi	23
3.3.6	Evaluasi	24
3.3.7	Skizofrenia	24
3.4	Partisipan.....	24
3.5	Lokasi dan Waktu	24
3.6	Pengumpulan Data	24
3.6.1	Wawancara	24
3.6.2	Observasi	25
3.7	Uji Keabsahan Data.....	25
3.7.1	Memperpanjang pengamatan/tindakan.....	25
3.8	Analisis Data	25
3.8.1	Pengumpulan data	25
3.8.2	Mereduksi data	25
3.8.3	Penyajian data	26
3.8.4	Kesimpulan.....	26
3.9	Etika penulisan.....	26
3.9.1	<i>Informed Consent</i>	26
3.9.2	<i>Anonimity</i> (Tanpa Nama)	26
3.9.3	<i>Confidentiality</i> (Kerahasiaan).....	26
BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN.....		27
4.1	Gambaran lokasi pengambilan data	27
4.2	Pengkajian	27
4.2.1	Pengumpulan Data	28
4.2.2	Diagnosa Keperawatan.....	40
4.2.3	Intervensi Keperawatan.....	41
4.2.4	Implementasi dan Evaluasi Keperawatan.....	43
BAB 5. PENUTUP.....		59
5.1	Kesimpulan	59

5.1.1	Pengkajian Keperawatan	59
5.1.2	Diagnosa Keperawatan.....	59
5.1.3	Intervensi Keperawatan.....	59
5.1.4	Implementasi	60
5.1.5	Evaluasi	60
5.2	Saran.....	60
5.2.1	Bagi Responden.....	60
5.2.2	Bagi Keluarga.....	60
5.2.3	Bagi Institusi Pendidikan	61
DAFTAR PUSTAKA		62



DAFTAR TABEL

Tabel 4. 1 Identitas Pasien	28
Tabel 4. 2 Alasan Masuk.....	29
Tabel 4. 3 Faktor Presipitasi.....	30
Tabel 4. 4 Faktor Predisposisi.....	31
Tabel 4. 5 Konsep Diri	33
Tabel 4. 6 Hubungan Sosial	34
Tabel 4. 7 Status mental.....	35
Tabel 4. 8 Aspek medis.....	38
Tabel 4. 9 Analisa Data.....	39
Tabel4. 10Diagnosa Keperawatan	41
Tabel 4.11 Intervensi Keperawatan.....	41
Tabel 4.12 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan Klien 1 Pertemuan 1 (Interaksi I)	43
Tabel 4.13 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan Klien 2 Pertemuan 1 (Interaksi I)	51

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Jadwal Penelitian	64
Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan.....	69



BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Seseorang mengalami gangguan jiwa apabila ditemukan adanya gangguan pada fungsi mental, yang meliputi: emosi, pikiran, perilaku, perasaan, motivasi, kemauan, keinginan, daya tilik diri, dan persepsi sehingga mengganggu dalam proses hidup di masyarakat dan timbulah perasaan tertekan. Hal ini ditandai dengan menurunnya kondisi fisik akibat gagalnya pencapaian sebuah keinginan, yang juga akan berimbas pada menurunnya semua fungsi kejiwaan. Perasaan tertekan atau depresi akibat gagalnya seseorang dalam memenuhi sebuah tuntutan tersebut akan mengawali terjadinya keseimbangan kepribadian yang merupakan awal dari terjadinya gangguan jiwa (Nasir & Muhith, 2011)

Halusinasi merupakan pengalaman panca indera tanpa ada rangsangan (stimulus) dari luar, gangguan sensori ini meliputi seluruh panca indera, halusinasi merupakan salah satu gejala gangguan jiwa yang pasien mengalami perubahan sensori serta merasakan sensasi palsu berupa pengelihatannya pasien merasakan stimulus yang sebetulnya tidak ada (Yusuf, Rizky, & Nihayati, 2015).

Skizofrenia menduduki peringkat 4 dari 10 besar penyakit yang membebankan di seluruh dunia. Jumlah penduduk Indonesia jika mencapai 200 juta jiwa, maka diperkirakan sekitar dua juta jiwa mengalami skizofrenia (Maryatun, 2015). WHO (2013) mengungkapkan lebih dari 27 juta penduduk Indonesia mengalami gangguan jiwa. Riset kesehatan dasar (RISKESDAS) 2008 jumlah penderita gangguan jiwa sebanyak 43,78% (394 jiwa). Prevalensi penderita skizofrenia di Indonesia adalah 0,3% sampai 1%, dan terbanyak pada usia sekitar 18-45 tahun, terdapat juga beberapa penderita yang mengalami pada usia 11-12 tahun. Menurut (RISKESDAS) 2013 prevalensi gangguan jiwa berat pada penduduk Indonesia 1,7 per mil (Liana Gracia, 2014) dalam (Syam, Suarni, & Syatriani, 2015). Dari seluruh klien skizofrenia, dari 100% penderita skizofrenia 70% diantaranya mengalami halusinasi. Halusinasi merupakan gangguan persepsi dimana klien mempersepsikan sesuatu yang sebenarnya tidak terjadi (Maramis, 2004). Menurut Stuart dan Sundeen (1995), 70% halusinasi adalah halusinasi

auditorik, 20% halusinasi visual, 10% halusinasi pengecapandan penciuman. Halusinasi yang tidak mendapatkan pengobatan maupun perawatan, lebih lanjut dapat menyebabkan perubahan perilaku seperti agresi, bunuh diri, menarik diri dari lingkungan dan dapat membahayakan diri sendiri, orang lain dan lingkungan (Stuart & Sundeen, 1995) dalam (Wahyuni, 2010).

Di Indonesia peningkatan jumlah penderita gangguan jiwa cukup banyak hal ini dikarenakan dari berbagai aspek misalnya keadaan ekonomi yang rendah, konflik yang sering terjadi, atau bencana yang terjadi dimana-mana. Berbagai aspek masalah tersebut muncul diperkirakan terjadi penderita gangguan jiwa sebanyak 2-3%. Dilihat dari sejarah terdahulu penanganan pasien gangguan jiwa dengan cara dipasung, dirantai atau di ikat kuat-kuat lalu ditempatkan tersendiri ditempat yang jauh bahkan dihutan bila gangguan jiwanya berat. Apabila pasien gangguan jiwanya tidak berbahaya dibiarkan berkeliaran di jalan mencari makan sendiri dan menjadi tontonan serta gunjingan masyarakat umum (Direja, 2011).

Menurut WHO, kesehatan jiwa bukan hanya tidak ada gangguan jiwa, melainkan mengandung berbagai karakteristik positif yang menggambarkan keselarasan dan keseimbangan kejiwaan yang mencerminkan kedewasaan kepribadiannya. Pada tahun 2012 sekitar 450 juta orang diseluruh dunia menderita gangguan mental, dan sepertiganya tinggal di negara berkembang. (Ekawati, 2013).

Halusinasi disebabkan oleh banyak faktor, meliputi faktor predisposisi dan faktor presipitasi. Faktor predisposisi adalah faktor risiko yang mempengaruhi jenis dan jumlah sumber yang dapat dibangkitkan oleh individu untuk dapat mengatasi stress. Beberapa faktor yang termasuk dalam faktor predisposisi yaitu faktor genetik, faktor perkembangan, faktor neurobiology, study neurotransmitter, faktor biokimia. faktor presipitasi adalah stimulus yang dipersepsikan oleh individu sebagai tantangan, ancaman tuntutan yang memerlukan energi ekstra untuk koping (Muhith, 2015).

Proses terjadinya halusinasi berkembang melalui empat fase, yaitu fase pertama disebut juga dengan fase comforting (fase menyenangkan), fase kedua disebut juga dengan fase condemning atau ansietas berat yaitu halusinasi menjadi

menjijikan. Fase ketiga yaitu fase controlling atau ansietas berat yaitu pengalaman sensori menjadi kuasa, termasuk dalam gangguan psikotik. Fase keempat yaitu disebut juga dengan fase conquering atau panic yaitu klien lebur dengan halusinasinya, termasuk dalam psikotik berat (Muhith, 2015). Dampak yang dapat ditimbulkan oleh pasien yang mengalami halusinasi adalah kehilangan kontrol dirinya. Dimana pasien mengalami panic dan perilaku yang tidak dapat dikendalikan oleh halusinasinya. Dalam situasi ini pasien dapat melakukan bunuh diri (suicide), membunuh orang lain (homicide), bahkan merusak lingkungan. Untuk memperkecil dampak yang ditimbulkan, dibutuhkan penanganan halusinasi yang tepat (Hawari, 2009, Chaery 2009) dalam (Irma, 2015).

Peran perawat untuk pasien halusinasi meliputi manajemen halusinasi, yaitu meningkatkan keamanan, kenyamanan, dan orientasi realitas pasien yang mengalami halusinasi. Kurangi jumlah stimulus untuk mencapai input sensori yang sesuai, misalnya lampu yang redup, sediakan kamar pribadi, batasipengunjung, dan sediakan waktu istirahat untuk pasien. Orientasikan pada orang, tempat, dan situasi dalam setiap interaksi (Wilkinson & R. Ahern, 2013)

Tindakan keperawatan yang dilakukan lainnya adalah latihan mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, latihan berbicara/ bercakap dengan orang lain saat halusinasi muncul, latihan kegiatan, dan program pengobatan (Direja, 2011).

Berdasarkan latar belakang masalah tersebut maka peneliti tertarik mengangkat judul “Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. M Dan Tn. A Skizofrenia Dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Penglihatan Di RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang Malang Tahun 2018”

1.2 Rumusan Masalah

Dari latar belakang yang sudah dikemukakan di atas, maka dapat dirumuskan masalah “Bagaimana Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. M Dan Tn. A Skizofrenia Dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Penglihatan Di RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang Malang Tahun 2017?”

1.3 Tujuan Penulisan

Tujuan dari penulisan ini adalah mengeksplorasi Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. M Dan Tn. A Skizofrenia Dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Penglihatan Di RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang Malang Tahun 2017

1.4 Manfaat

Berdasarkan tujuan penelitian maka penelitian ini diharapkan dapat digunakan untuk penulis, institusi tempat penelitian, keluarga dan pasien, serta pengembangan ilmu pengetahuan

1.4.1 Peneliti

Memperoleh pengalaman dan pengetahuan serta mengaplikasikan teori asuhan keperawatan pada pasien yang mengalami gangguan jiwa sehingga dapat memperbaiki kondisi dan kualitas hidupnya sesuai dengan kemampuannya.

1.4.2 Rumah Sakit

Memberikan masukan tentang asuhan keperawatan pada pasien dalam menghadapi halusinasi dan sebagai informasi bagi institusi untuk lebih meningkatkan pengetahuan, ketrampilan dan pelayanan dalam mencegah halusinasi.

1.4.3 Institusi pendidikan

kualitas layanan asuhan keperawatan pada pasien Skizofrenia. Sebagai tambahan informasi untuk asuhan keperawatan yang berfokus pada pasien halusinasi sehingga mendukung dalam kegiatan belajar.

1.4.4 Bagi Responden

Memberikan informasi kepada respon tentang cara yang dapat dilakukan untuk mengontrol halusinasi

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini menerangkan tentang konsep skizofrenia, Etiologi, Jenis Skizofrenia, Penanganan Skizofrenia serta asuhan keperawatan jiwa pada klien skizofrenia dengan halusinasi penglihatan

2.1 Konsep Skizofrenia

2.1.1 Konsep Skizofrenia

Skizofrenia berasal dari bahasa Yunani, schizein yang berarti terpisah atau pecah dan phren yang berarti jiwa. Terjadi pecahnya/ ketidakserasian antara afek, kognitif, dan perilaku (Hendarsyah, 2016).

Skizofrenia adalah suatu bentuk psikosa fungsional dengan gangguan utama pada proses pikir serta disharmoni (keretakan, perpecahan) antara proses pikir, afek/emosi, kemauan dan psikomotor disertai distorsi kenyataan, terutama karena waham dan halusinasi; asosiasi terbagi-bagi sehingga timbul inkoherensi. Skizofrenia merupakan bentuk psikosa yang banyak di jumpai dimana-mana namun faktor penyebabnya belum dapat diidentifikasi secara jelas (Direja, 2011).

Pasien skizofrenia mengalami kemunduran dalam fungsi psikososialnya. Mereka mengalami penurunan kemampuan untuk bergerak dan berkomunikasi dengan orang lain, serta tidak mampu menghadapi realitas (Maryatun, 2015)

2.1.2 Etiologi

Terdapat bukti yang kuat adanya komponen genetik, dengan meningkatnya jumlah penderita skizofrenia dan psikosis afektif pada keluarga penderita skizofrenia. Risiko berkembang menjadi penderita skizofrenia diperkirakan sebesar 50% pada seseorang yang memiliki saudara kembar monozigot yang menderita skizofrenia dan 15% pada kembar dizigot.

a. Hipotesis perkembangan saraf

Faktor yang mengganggu perkembangan awal otak mengakibatkan gangguan yang terlihat pada otak saat dewasa. Bukti tentang hal ini termasuk meningkatnya jumlah penderita skizofrenia pada orang yang lahir pada musim dingin dan besar kemungkinannya terpapar penyakit influenza dari ibu (maternal)

saat pertengahan kehamilan, atau mengalami komplikasi obstetrik, berat lahir rendah, dan trauma perinatal. Perkembangan yang terhambat prestasi akademik rendah, tanda neurologis "halus" (misalnya gerakan abnormal, mixed-handedness (tidak memiliki tangan yang dominan), dan epilepsi lobus temporal dihubungkan dengan skizofrenia. Hipotesis perkembangan saraf juga didukung dengan penemuan meningkatnya ukuran ventrikel dan hilangnya sebagian kecil substansi abu-abu pada hasil CT/MRI.

Orang yang mengisap ganja pada usia remaja besar peluangnya menderita skizofrenia, kemungkinan karena ganja mengganggu perkembangan saraf. Orang yang memiliki gen katekol-O-metil transferase (catechol-O-methyl transferase, coMT) homozigot berpeluang 10 kali lebih besar menderita skizofrenia bila mereka mengisap ganja. Hal ini merupakan contoh interaksi antara lingkungan dan gen.

b. Faktor sosial

Skizofrenia juga berhubungan dengan penurunan sosio-ekonomi dan kejadian hidup yang berlebihan pada tiga minggu sebelum onset gejala akut. Di UK, seluruh kejadian psikosis secara signifikan lebih tinggi ditemukan pada populasi Afrika-Karibia dan Afrika-kulit hitam dibandingkan populasi kulit putih. Penderita skizofrenia pada keluarga dengan ekspresi emosi tinggi (expressed emotion, keluarga yang berkomentar kasar dan mengkritik secara berlebihan) memiliki peluang lebih besar untuk kambuh. Bagaimana interaksi gen, perkembangan saraf, dan faktor sosial menyebabkan skizofrenia pada individu yang rentan belum sepenuhnya dipahami, tetapi alur umum memperlihatkan adanya keterlibatan kelebihan dopamin atau aktivitas berlebihan pada alur mesolimbik (obat perangsang seperti amfetamin, melepaskan dopamin dan menyebabkan psikosis; antipsikotik yang menghambat reseptor dopamin, mengobati psikosis dengan baik); peningkatan reseptor dopamin dijumpai pada pascakematian (post-mortem). Peningkatan 5HT dan penurunan aktivitas glutamat juga ikut terlibat (Katona, Cooper, & Robertson, 2008).

2.1.3 Jenis Skizofrenia

a. Skizofrenia Simplex

Dengan gejala utama kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan

b. Skizofrenia Hebefrenik

Gejala utama gangguan proses pikir gangguan kemauan dan depersonalisasi. banyak terdapat waham dan halusinasi

c. Skizofrenia Katatonik : Dengan gejala utama pada psikomotor seperti stupor maupun gaduh gelisah katatonik

d. Skizofrenia Paranoid : dengan gejala utama kecurigaan yang ekstrim di sertai waham kejar atau kebesaran

e. Skizofrenia Akut (lir schizoprenia) : adalah kondisi akut mendadak yang disertai dengan perubahan kesadaran ,kesadaran mungkin berkabut

f. Skizofrenia Psiko-afektif : yaitu adanya gejala utama Skizofrenia yang menonjol dengan di sertai gejala depresi atau mania

g. Skizofrenia Residual adalah schizoprenia dengan gejala-gejala primernya dan muncul setelah beberapa kali serangan skizofrenia (Direja, 2011).

2.1.4 Penanganan

Penanganan memerlukan obat-obat antipsikotik dan intervensi psikologis dan sosial.

a. Pengobatan

Antipsikotik merupakan penatalaksanaan yang utama. Antipsikotik efektif mengobati “gejala positif” pada episode akut (misalnya halusinasi, waham, fenomena *passivity*) dan mencegah kekambuhan. Antipsikotik tipikal (konvensional) dan atipikal (generasi ke-2) sama-sama efektif dalam mengobati gejala positif tetapi mempunyai riwayat efek samping yang berbeda. Antipsikotik atipikal menyebabkan efek samping motorik yang lebih ringan, tetapi beberapa berhubungan dengan penambahan berat badan dan diabetes. Hanya klopazin, prototipe obat psikotik atipikal yang telah terbukti efektif dalam mengobati psikosis yang tidak merespons obat antipsikotik lainnya. Antipsikotik atipikal dapat efektif mengobati gejala negatif, meskipun bukti tentang hal ini kurang jelas untuk obat selain klopazin. Pasien yang tidak tenang, overaktif, atau kasar memerlukan penenang (dengan antipsikotik tipikal atau atipikal atau

dengan benzodiazepin) dengan catatan pasien yang menggunakan klopazin memerlukan pemantauan hematologi (Katona, Cooper, & Robertson, 2008).

Pengobatan dapat dilakukan secara oral, intramuskular, atau dengan injeksi depot jangka panjang. Sediaan depot memberikan profilaksis jangka panjang, meningkatkan kepatuhan memungkinkan kontak secara teratur dengan perawat psikiatri komunitas (*community psychiatric nurses*, CPN) atau klinik, dan menghindari metabolisme tahap awal. Namun demikian, sebagian besar pasien lebih menyukai pengobatan oral. penatalaksanaan harus dilakukan sesegera mungkin setelah diagnosis, sebagaimana terbukti bahwa waktu yang panjang antara onset gejala dan penatalaksanaan yang efektif, dapat berdampak lebih buruk. Penatalaksanaannya adalah dengan dosis terendah yang secara efektif mengendalikan gejala dan meminimalkan efek samping, sebagian teknik ini berkaitan dengan kepatuhan yang rendah. Apabila pasien mengalami efek samping ekstrapiramidal (misalnya distonia, *oculogyric crisis*), obat antikolinergik (misalnya prosiklidin, benztropin) harus diberikan segera, bila perlu secara intramuskular. Obat antiparkinson yang teratur harus dihindari karena obat tersebut mengakibatkan efek samping yang tidak diinginkan (misalnya penglihatan rabun, mulut kering), yang dapat menyiksa dan dapat memperburuk atau mencetuskan diskinesia tardif (*tardive dyskinesia*, TD). TD dapat merespons terhadap pengurangan/penghentian antipsikotik atau tetrabenazin, tetapi kondisi ini ireversibel pada 50% kasus. Seiring dengan peningkatan berat badan, aritmia jantung dan diabetes dapat menjadi masalah saat pengobatan dengan antipsikotik atipikal, pasien memerlukan pemantauan teratur berat badan, profil lipid dan glukosa, serta ECG. Penderita skizofrenia dapat menjadi tertekan dan memerlukan obat antidepresan. Jarang ditemui, *electroconvulsive therapy* (ECT) yang berguna (misalnya pada stupor katatonik, kegembiraan berlebihan) (Katona, Cooper, & Robertson, 2008).

b. Penatalaksanaan psikologis

Terapi perilaku kognitif (*cognitive behavioural therapy*, CBT) seringkali bermanfaat dalam membantu pasien mengatasi waham dan halusinasi yang menetap. Tujuannya adalah untuk mengurangi penderitaan dan ketidakmampuan,

dan tidak secara langsung menghilangkan gejala. Dukungan psikologis penting bagi penderita skizofrenia dan keluarganya. Terapi keluarga dapat membantu mereka mengurangi ekspresi emosi yang berlebihan, dan terbukti efektif mencegah kekambuhan. Bantuan mandiri (contoh organisasi Hearing Voices) dapat membantu penderita psikosis untuk berbagi pengalaman dan cara untuk menghadapi gejalanya. Psikoanalisis jarang berguna (Katona, Cooper, & Robertson, 2008).

c. Dukungan sosial

Membantu penderita untuk kembali bekerja atau sekolah sangat penting dalam menjaga kepercayaan diri dan kualitas hidupnya. Bila hal ini tidak dapat dilakukan, pusat rehabilitasi dapat membantu merestrukturisasi kegiatan mereka.

Tempat tinggal yang layak sangat penting. Penderita dengan gejala (contoh gejala negatif dan kognitif) mungkin tidak dapat hidup mandiri. Rawat inap dan layanan rehabilitasi masyarakat bertujuan untuk memaksimalkan kemandirian pasien (contohnya dengan melatih keterampilan hidup sehari-hari). Berbagai layanan untuk hidup sehari-hari, mulai dari tempat penampungan/rumah singgah dengan staf yang bekerja 24 jam hingga perumahan khusus dengan pekerja pendukung yang datang seminggu sekali, tersedia untuk memenuhi kebutuhan.

Penderita psikosis tidak dirawat di rumah sakit tetapi komunitasnya bila memungkinkan, walaupun rawat inap mungkin diperlukan bila terdapat risiko tinggi pasien ditelantarkan, bunuh diri, atau melukai orang lain. Bila pasien menolak untuk diobati, penahanan pasien untuk dirawat berdasarkan UU Kesehatan Jiwa mungkin diperlukan. Memberikan perawatan yang positif dan tanpa stigma diperlukan bagi pasien yang akan kembali berhubungan dengan tim perawat agar mematuhi perawatan (Katona, Cooper, & Robertson, 2008).

2.1.5 Prognosis

Sebanyak 90% pasien yang mengalami episode psikotik yang pertama akan sembuh dalam waktu 1 tahun, tetapi sekitar 80% akan mengalami episode berikutnya dalam 5 tahun. Penelitian baru-baru ini menemukan bahwa 75% pasien akan menghentikan pengobatannya dalam waktu 18 bulan pertama, dan

mereka yang menghentikan pengobatan antipsikotik tersebut memiliki peluang 5 kali lebih besar untuk kambuh. Selain menjalani pengobatan, menghindari penggunaan zat terlarang (khususnya ganja) dan stres yang berlebihan dapat mengurangi risiko kambuh.

Penelitian secara kohort menemukan bahwa setelah 10 tahun sejak pasien didiagnosis menderita skizofrenia, sebagian kecil pasien (sekitar 15%) sembuh sepenuhnya, sekitar 50% mengalami kekambuhan tanpa atau dengan disabilitas ringan yang relatif di antara periode periode kambuh, dan 25% menderita penyakit kronis dengan gejala yang menetap dan disabilitas yang signifikan. Prognosis yang lebih baik dijumpai di negara berkembang, hal ini mungkin karena struktur sosial, dukungan keluarga, dan/atau kecilnya stigma. Faktor prognosis yang baik mencakup onset yang akut, gejala positif, komponen afektif yang kuat (misalnya tertekan), subtype paranoid, kepribadian pramorbid yang baik, trauma lahir, kecerdasan lebih tinggi, dan hasil pemeriksaan MRI/ CT scan yang normal

Faktor prognosis yang buruk mencakup jenis kelamin pria, onset pada saat usia muda, lajang, isolasi sosial, penggunaan obat terlarang, onset awal yang tersembunyi, gejala negatif, kelas sosio- ekonomi rendah, kepribadian pramorbid abnormal, dan riwayat keluarga positif skizofrenia.

Risiko bunuh diri selama hidup adalah 10%. Risiko ini lebih tinggi pada pria muda dengan halusinasi atau waham yang menetap dan pada penderita dengan riwayat penggunaan obat-obatan terlarang dan percobaan bunuh diri sebelumnya, khususnya sebelum/ selama 3 bulan pertama setelah selesai perawatan (Katona, Cooper, & Robertson, 2008).

2.2 Konsep Halusinasi

2.2.1 Definisi Halusinasi

Halusinasi adalah gangguan persepsi sensori dari suatu obyek tanpa adanya rangsangan dari luar, gangguan persepsi sensori ini meliputi seluruh panca indra. Halusinasi merupakan salah satu gejala gangguan jiwa yang pasien mengalami perubahan sensori persepsi, serta merasakan sensasi palsu berupa

suara penglihatan, pengecapan perabaan, atau penciuman. Pasien merasakan stimulus yang sebelumnya tidak ada (Yusuf, Fitriyasari, & Nihayati, 2015).

Halusinasi merupakan gangguan persepsi dimana klien mepersepsikan sesuatu yang sebenarnya tidak terjadi. Suatu pencerapan panca indera tanpa adanya rangasangan dari luar (Maramis,1998). Suatu penghayatan yang dialami seperti suatu persepsi melalui panca indera tanpa stimulus eksternal; palsu (Muhith, 2015).

2.2.2 Halusinasi Penglihatan

Stimulus visual dalam bentuk kilatan cahaya, gambaran geometris, gambaran kartun, bayangan yang rumit dan kompleks. Bayangan bisa menyenangkan atau menakutkan seperti melihat monster (Muhith, 2015).

Data objektif dari halusinasi penglihatan seperti menunjuk-nunjuk kearah tertentu, ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas. Data subjektif seolah melihat bayangan, sinar, bentuk geometris, bentuk kartun, melihat hantu, atau monster (Yusuf, Fitriyasari, & Nihayati, 2015).

2.2.3 Dimensi halusinasi (Muhith, 2015)

Masalah halusinasi berlandaskan atas hakikat keberadaan seorang individu sebagai makhluk yang dibangun atas dasar unsur-unsur bio-psiko-sosio-spiritual sehingga halusinasi dapat dilihat dari lima dimensi (Stuart dan Laraia, 2005).

a. Dimensi fisik

manusia dibangun oleh sistem indera untunk menanggapi rangsang eksternal yang diberikan lingkungannya. Halusinasi dapat timbul oleh beberapa kondisi fisik seperti kelelahan luar biasa, obat-obatan, demam hingga delirium, alkohol, sulit tidur dalam waktu yang lama.

b. Dimensi emosional

Perasaan cemas yang berlebihan atas dasar masalah yang tidak dapat diatasi merupakan penyebab halusinasi itu terjadi. Isi dari halusinasi dapat berupa perintah memaksa dan menakutkan. Klien tidak sanggup lagi menentang perintah

tersebut hingga dengan kondisi tersebut klien berbuat sesuatu terhadap ketakutan tersebut.

c. Dimensi intelektual

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

d. Dimensi sosial

Individu dengan halusinasi menunjukkan adanya kecenderungan untuk menyendiri. Individu asyik dengan halusinasinya, seolah-olah ia merupakan tempat untuk memenuhi kebutuhan akan interaksi sosial, kontrol diri, dan harga diri yang tidak didapatkan dalam dunia nyata. Isi halusinasi dijadikan sistem kontrol oleh individu tersebut sehingga jika perintah halusinasi berupa ancaman, maka individu tersebut bisa membahayakan orang lain.

e. Dimensi spiritual

Manusia diciptakan Tuhan sebagai makhluk sosial sehingga interaksi dengan manusia lainnya merupakan kebutuhan yang mendasar. Individu yang mengalami halusinasi cenderung menyendiri hingga proses di atas tidak terjadi, individu tidak sadar dengan keberadaannya sehingga halusinasi menjadi sistem kontrol dalam individu tersebut. Saat halusinasi menguasai dirinya, individu kehilangan kontrol kehidupan dirinya (Stuart dan Laraia, 2005) dalam (Muhith, 2015).

2.2.4 Rentang Respon Halusinasi

Rentang respon halusinasi dibedakan menjadi Respon adaptif sampai respon maladaptif mengikuti kaidah rentang respons neurobiologi (Yusuf, Fitriyasari, & Nihayati, 2015).

RESPON ADAPTIF		RESPON MALADAPTIF
<ul style="list-style-type: none"> • Pikiran Logis • Persepsi akurat • Emosi konsisten dengan pengalaman • Perilaku cocok • Hubungan sosial harmonis 	<ul style="list-style-type: none"> • Distorsi pikiran • Ilusi • Emosi tidak stabil • Perilaku aneh/tidak biasa • Menarik diri 	<ul style="list-style-type: none"> • Gangguan pikir/waham • Halusinasi • Kesukaran proses emosi • Perilaku disorganisasi • Isolasi sosial

2.2.5 Fase-fase Halusinasi (Kusumawati & Hartono, 2012)

Halusinasi berkembang melalui empat fase, yaitu sebagai berikut.

a. Fase Pertama

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

b. Fase Kedua

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

c. Fase Ketiga

Fase *controlling* atau ansietas berat yaitu pengalaman sensori menjadi berkuasa. Termasuk dalam gangguan psikotik. terdapat bisikan, suara, isi

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

d. Fase Keempat

Fase *conquering* atau panik yaitu klien lebur dengan halusinasinya. Termasuk dalam psikotik berat. Karakteristik, halusinasinya berubah menjadi mengancam, memerintah, dan memarahi klien. Klien menjadi takut, tidak berdaya, hilang kontrol, dan tidak dapat berhubungan secara nyata dengan orang lain di lingkungan. Perilaku klien, perilaku teror akibat panik, potensi bunuh diri, perilaku kekerasan, agitasi, menarik diri atau katatonik, tidak mampu merespons terhadap perintah kompleks, dan tidak mampu berespons lebih dari satu orang (Direja, 2011).

2.2.1 Faktor yang mempengaruhi terjadinya halusinasi

Halusinasi merupakan salah satu gejala dalam menentukan diagnosis klien yang mengalami psikotik, khususnya Skizofrenia. Halusinasi dipengaruhi oleh faktor, di bawah ini antara lain (Stuart dan Laraia, 2005). (Muhith, 2015)

2.2.6 Faktor Predisposisi

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

a. Faktor Genetik

secara genetik skizofrenia diturunkan melalui kromosom-kromosom tertentu. Namun demikian, kromosom yang keberapa yang menjadi faktor penentu gangguan ini sampai sekarang masih dalam tahap penelitian. Anak kembar identik memiliki kemungkinan mengalami skizofrenia sebesar 50% jika salah satunya mengalami skizofrenia, sementara jika dizygote peluangnya sebesar 15%. Seorang anak yang salah satu orang tuanya mengalami skizofrenia berpeluang

15% mengalami skizofrenia, sementara bila kedua orang tuanya skizofrenia maka peluangnya menjadi 35%.

b. Faktor Perkembangan

jika tugas perkembangan mengalami hambatan dan hubungan interpersonal terganggu, maka individu akan mengalami stres dan kecemasan.

c. Faktor neurobiology

ditemukan bahwa korteks pre frontal dan korteks limbic pada klien dengan skizofrenia tidak pernah berkembang penuh. Ditemukan juga pada klien skizofrenia terjadi penurunan volume dan fungsi otak yang abnormal. Neurotransmitter juga tidak ditemukan tidak normal, khususnya dopamin, serotonin dan glutamat.

d. Study neurotransmitter

Skizofrenia diduga juga disebabkan oleh adanya ketidakseimbangan neurotransmitter serta dopamin berlebihan, tidak seimbang dengan kadar serotonin.

e. Faktor Biokimia

mempunyai pengaruh terhadap terjadinya gangguan jiwa. Dengan adanya stress yang berlebihan yang dialami seseorang, maka tubuh akan menghasilkan suatu zat yang bersifat halusinogenik neurokimia seperti amfetamin dan dimetylantranferas (DMP).

f. Teori virus

paparan virus influenzae pada trimester ke-3 kehamilan dapat menjadi faktor predisposisi skizofrenia.

g. Psikologis

beberapa kondisi psikologis yang menjadi faktor predisposisi skizofrenia, antara lain anak yang diperlakukan oleh ibu yang pencemas, terlalu melindungi, dingin dan tidak berempati, sementara ayah yang mengambil jarak dengan anaknya. Hubungan interpersonal yang tidak harmonis serta adanya peran ganda yang bertentangan dan sering diterima oleh anak akan mengakibatkan stress dan kecemasan yang tinggi dan berakhir dengan gangguan orientasi realitas.

h. Faktor Sosiokultural

berbagai faktor di masyarakat dapat menyebabkan seorang merasa disingkirkan oleh kesepian terhadap lingkungan tempat klien dibesarkan (Muhith, 2015).

2.2.7 Faktor Presipitasi

yaitu stimulus yang dipersepsikan oleh individu sebagai tantangan, ancaman tuntutan yang memerlukan energi ekstra untuk coping. Adanya rangsang lingkungan yang sering yaitu seperti partisipasi klien dalam kelompok, terlalu lama diajak komunikasi dan suasana sepi/isolasi sering sebagai pencetus terjadinya halusinasi karena hal tersebut dapat meningkatkan kecemasan yang merangsang tubuh mengeluarkan zat halusinogenik. Disamping itu juga oleh karena proses penghambatan dalam proses transduksi dari suatu impuls yang menyebabkan terjadinya penyimpangan dalam proses interpretasi dan interkoneksi sehingga dengan demikian faktor-faktor pencetus respon neurobiologis dapat dijabarkan sebagai berikut: (Muhith, 2015)

- a. Berlebihnya proses informasi pada sistem syaraf yang menerima dan memproses informasi di thalamus dan frontal otak.
- b. Mekanisme penghantaran listrik di syaraf terganggu (*mekanisme gaitting abnormal*)
- c. Gejala-gejala pemicu seperti kondisi kesehatan, lingkungan, sikap, dan perilaku.

2.2.8 Mekanisme coping

Mekanisme coping yang sering digunakan klien dengan halusinasi (Stuart, Laraia, 2005) meliputi: (Muhith, 2015)

- a. Regresi: menjadi malas beraktivitas sehari-hari
- b. Proyeksi: mencoba menjelaskan gangguan persepsi dengan mengalihkan tanggung jawab kepada orang lain atau sesuatu benda
- c. Menarik diri: sulit mempercayai orang lain dan asyik dengan stimulus internal
- d. Keluarga mengingkari masalah yang dialami oleh klien

2.2.9 Validasi informasi tentang halusinasi

Harus dilakukan tidak hanya sekedar mengetahui jenis halusinasinya saja. Validasi informasi tentang halusinasi yang diperlukan meliputi:

a. Isi halusinasi yang dialami oleh klien.

Ini dapat dikaji dengan dikatakan menanyakan suara siapa yang didengar dan apa yang dikatakan berkata jika halusinasi yang dialami adalah halusinasi dengan bentuk bayangan bagaimana yang dilihat klien bila jenis halusinasinya adalah halusinasi penglihatan.

b. Waktu dan frekuensi halusinsi.

Ini dapat dikaji dengan menanyakan kepada klien kapan pengalaman halusinasi muncul berapa hari sekali, seminggu atau bulan pengalaman halusinasi itu muncul. Informasi ini penting untuk mengidentifikasi pencetus halusinasi dan menentukan bilamana klien perlu diperhatikan saat mengalami halusinasi

c. Situasi pencetus halusinasi.

Perawat perlu mengidentifikasi situasi yang dialami klien sebelum mengalami halusinasi. Ini dapat dikaji dengan menanyakan kepada klien peristiwa atau kejadian yang di alami sebelum halusinasi ini muncul. Selain itu perawat juga bisa mengobservasi apa yang dialami klien menjelang muncul halusinasi untuk memvalidasi pernyataan klien.

d. Respon klien.

Untuk menentukan sejauh mana halusinasi telah mempengaruhi klien, bisa dikaji dengan menanyakan apa yang di lakukan klien saat mengalami pengalaman halusinasi. Apakah klien masih bisa mengontrol stimulus halusinasi atau sudah tidak berdaya lagi terhadap halusinasi(Muhith, 2015).

2.2.10 Penatalaksanaansecaramedis pada halusinasi

Penatalaksanaan klien skizofrenia yang mengalami halusinasi adalah dengan pemberian obat-obatan dan tindakan lain yaitu

a. Psikofarmakologis

kelompok yang umum digunakan adalah Fenotiazin Asetofenazin (Tindal), Klorpromazin(Thorazine),Flufenazine(Prolixine,Permitil),Mesoridazin(Serentil),P

erfenazin (Trilafon), Proklorperazin (Compazine), Promazin (Sparine), Tioridazin (Mellaril), Trifluoperazin (Stelazine), Trifluopromazin (Vesprin) 60-120 mg, Tioksanten Klorprotiksen (Taractan), Tiotiksen (Navane) 75-600 mg, Butirofenon Haloperidol (Haldol) 1-100 mg, Dibenzodiazepin Klozapin (Clorazil) 300-900 mg, Dibenzokasazepin Loksapin (Loxitane) 20-150 mg, Dihidroindolon Molindone (Moban) 15-225 mg

b. Terapi kejang listrik/Electro Compulsive Therapy (ECT)

c. Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) (Muhith, 2015).

Pengkajian merupakan langkah pertama dari proses keperawatan dengan mengumpulkan data-data yang akurat dari pasien sehingga akan diketahui berbagai permasalahan yang ada. Pengetahuan dan kemampuan yang harus dimiliki oleh perawat perawat diantaranya tentang kebutuhan atau sistem biopsikososial dan spiritual bagi manusia yang memandang manusia dari aspek biologis, sosial dan tinjauan dari aspek spiritual, juga pengetahuan akan kebutuhan perkembangan manusia (tumbuh kembang ketuhanan dasar), konsep sehat sakit, patofisiologi penyakit, sistem keluarga dan kultur budaya serta nilai-nilai keyakinan (Hidayat A. Z., 2008).

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Halusinasi

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan. Terdiri atas pengumpulan data dan perumusan kebutuhan atau masalah klien. data pengkajian jiwa dapat dikelompokkan menjadi faktor predisposisi, presipitasi, penilaian terhadap stressor, sumber coping, dan kemampuan coping yang dimiliki pasien (Stuart & Larai, 2001) dalam (Direja, 2011).

Faktor predisposisi	Faktor perkembangan terlambat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Usia bayi, tidak terpenuhi kebutuhan makanan, minum, dan rasa aman. 2. Usia balita, tidak terpenuhi kebutuhan terlambat otonomi 3. Usia sekolah mengalami peristiwa yang tidak terselesaikan
	Faktor psikologis	kecewa, mudah putus asa, kecemasan tinggi, menutup diri, ideal diri tinggi, harga diri rendah, identitas diri tidak jelas, krisis peran, gambaran diri negatif, dan coping destruktif.

	Faktor sosial budaya	sosial pada yang usia lanjut, cacat, sakit krouis. Luntutan lingkungan yang terlalu tinggi
	Faktor biologis	kejadian terhadap fisik, berupa atrofi otak, pembesaran vertikel, perubahan besar dan bentuk sel korteks dan limbic.
	Faktor genetik	pengaruh herediter(keturunan) herupa anggota keluarga terdahulu yang mengalami schizofrenia dan kembar.
Perilaku	Perilaku yang sering tampak pada klien antara lain	mat-kamit, tertawa sendiri, bicara tampak pada klien sendiri, kepala mengangguk-angguk, dengan halusinasi seperti mendengar sesuatu, tiba-tiba menutup telinga, gelisah, bergerak seperti antara lain mengambil atau membuang sesuatu, tiba tiba marah dan menyerang, duduk terpaku, memandang satu arah, menarik diri.
Fisik	ADL	tidak adekuat bila halusinasi memerintahkan untuk tidak makan, tidur terganggu karena ketakutan, kurang kebersihan diri atau tidak mandi, tidak mampu berpartisipasi dalam kegiatan aktivitas fisik yang berlebihan, agitasi gerakan atau kegiatan ganjil..
	Kebiasaan	di dari minuman keras, penggunaan Kebiasaan obat-obatan, zat halusinogen, tingkah laku merusak diri.
	Riwayat kesehatan	schizofrenia, delirium berhubungan dengan riwayat demam dan penyalahgunaan obat.
Fungsi sistem tubuh		<ol style="list-style-type: none"> 1. Perubahan berat badan, hipertermia (demam) 2. Neurologikal perubahan mood, disorientasi 3. Ketidakefektifan endokrin oleh peningkatan temperatur
Status emosi		tidak sesuai, perasaan bersalah atau malu, sikap negatif dan bermusuhan, kecemasan berau atau panik, suka berkelahi
Status intelektual		gangguan persepsi, penglihatan. pendengaran, penciuman dan kecap, isi pikir tidak realistis, tidak logis dan sukar diikuti atau kaku, kurang motivasi, koping regresi dan denial serta sedikit bicara.
Status sosial		rendah, menurunnya kualitas kehidupan, ketidakmampuan mengatasi stress dan kecemasan. (Laraia, 2005).

2.3.2 Prioritas diagnosa keperawatan (Muhith, 2015)

Masalah Keperawatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Risiko perilaku kekerasan 2. Halusinasi 3. Harga diri rendah 4. Gangguan hubungan sosial
Tujuan Asuhan Keperawatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien dapat membina hubungan saling percaya 2. Klien mengenal halusinasi yang dialaminya 3. Klien dapat mengontrol halusinasi 4. Klien dapat mendukung keluarga untuk meagontrol halusinasi 5. Klien dapat memanfaatkan obat untuk mengatasi halusinasi

(Stuart, Laraia, 2005).

2.3.3 Diagnosa keperawatan

Gangguan persepsi sensori: halusinasi

a. Definisi

perubahan pada jumlah atau pola stimulus yang diterima, yang disertai respons terhadap stimulus tersebut yang dihilangkan, dlebihkan, disimpangkan, atau dirusakkan. (Wilkinson & R. Ahern, 2011)

b. Batasan karakteristik (Wilkinson & R. Ahern, 2011)

1) Subjektif:

Distorsi sensori

2) Objektif:

Perubahan pola perilaku, kemampuan penyelesaian masalah, ketajam sensori, respons yang biasanya terhadap stimulus

Disorientasi

Halusinasi

Hambatan komunikasi

Iritabilitas

Konsentrasi buruk

Gelisah

c. Faktor yang berhubungan

Perubahan resepsi, transmisi, dan /atau integrasi sensori

Ketidakseimbangan biokimia, elektrolit

Stimulus lingkungan yang berlebihan

Ketidakcukupan stimulus lingkungan

Stres psikologis. (Wilkinson & R. Ahern, 2011)

2.3.4 Intervensi Keperawatan (Direja, 2011)

a. SP 1

1) Bantu pasien mengenal haslusinasi (isi, waktu, terjadinya, frekuensi, situasi pencetus)

2) Latih mengontrol halusinasi dengan cara menghardik.

b. SP 2

1) Evaulasi kegiatan yang lalu (SP 1)

2) Latih berbicara/ bercakap dengan orang lain saat halusinasi muncul

3) Masukkan dalam jadwal kegiatan pasien

c. SP 3

1) Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1&2)

2) Latih kegiatan agar halusinasi tidak muncul

d. SP 4

1) Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1,2&3)

2) Tanyakan program pengobatan

3) Jelaskan pentingnya penggunaan obat pada gangguan jiwa

4) Jelaskan akibat bila putus obat

5) Jelaskan cara mendapatkan obat/ berobat

6) Jelaskan pengobatan (6 benar)

7) Latih pasien minum obat

8) Masukkan dalam jadwal harian pasien

2.3.5 Implementasi keperawatan

Merupakan langkah keempat tahapan dalam proses keperawatan dengan melaksanakan berbagai strategi keperawatan (tindakan keperawatan) yang telah direncanakan dalam rencana tindakan keperawatan. Dalam tahap ini perawat harus mengetahui berbagai hal diantaranya bahaya-bahaya fisik dan perlindungan pada klien, teknik komunikasi, kemampuan dalam prosedur tindakan, pemahaman tentang hak-hak dari pasien serta dalam memahami tingkat perkembangan pasien. Dalam pelaksanaan rencana tindakan terdapat dua jenis tindakan, yaitu tindakan jenis mandiri dan tindakan kolaborasi. Sebagai profesi, perawat mempunyai kewenangan dan tanggung jawab dalam menentukan asuhan keperawatan. (Hidayat A. Z., 2008)

a. SP 1 Membantu pasien menegnal halusinasi dan mengontrol halusinasi dengan cara menghardik

b. SP 2 Melatih berbicara/ bercakap dengan orang lain saat halusinasi muncul dan masukkan dalam jadwal kegiatan pasien

c. SP 3 Latih kegiatan agar halusinasi tidak muncul

d. SP 4 Jelaskan pentingnya penggunaan obat pada gangguan jiwa

2.3.6 Evaluasi Keperawatan

Merupakan langkah terakhir dari proses keperawatan dengan cara melakukan identifikasi sejauh tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Dalam melakukan evaluasi perawat seharusnya memiliki pengetahuan dan kemampuan dalam memahami respons terhadap intervensi keperawatan, kemampuan menggambarkan kesimpulan tentang tujuan yang dicapai serta kemampuan dalam menghubungkan tindakan keperawatan pada kriteria hasil. Pada tahap evaluasi ini terdiri dari dua kegiatan yaitu kegiatan yang dilakukan dengan mengevaluasi selama proses perawatan berlangsung atau menilai dari respons klien disebut evaluasi, dan kegiatan melakukan evaluasi dengan target tujuan yang diharapkan disebut dengan evaluasi hasil. (Hidayat A. Z., 2008)

(Yusuf, Fitriyarsi, & Nihayati, 2015) yaitu klien mempercayai kepada perawat, klien menyadari bahwa yang dialaminya tidak ada objeknya dan merupakan masalah yang harus diatasi, klien dapat mengendalikan halusinasi dengan cara menghardik.

a. Jenis evaluasi

- 1) Evaluasi formatif, menyatakan evaluasi yang dilakukan pada saat memberikan intervensi dengan respons segera.
- 2) Evaluasi sumatif, merupakan rekapitulasi dari hasil observasi dan analisis status pasien ada waktu tertentu berdasarkan tujuan yang direncanakan pada tahap perencanaan.

BAB 3. METODE PENULISAN

3.2 Desain Penulisan

Desain penulisan yang digunakan dalam penulisan ini, yaitu desain studi kasus. Studi kasus adalah studi untuk mengeksplorasi asuhan keperawatan pada pasien skizofrenia dengan masalah keperawatan gangguan persepsi sensori: penglihatan di RSJ Dr. Radjiman Widioningrat Lawang Malang.

3.3 Batasan istilah

Batasan istilah dalam studi kasus ini adalah asuhan keperawatan pada pasien skizofrenia dengan masalah keperawatan gangguan persepsi sensori: halusinasi penglihatan di RSJ Dr. Radjiman Widioningrat Lawang Malang.

3.3.1 Asuhan Keperawatan

merupakan proses rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan yang diberikan langsung kepada pasien diberbagai pelayanan kesehatan, dilaksanakan berdasarkan kaidah-kaidah keperawatan sebagai suatu profesi yang berdasarkan ilmu dan kiat keperawatan.

3.3.2 Pengkajian

kegiatan menggali informasi yang dibutuhkan sebagai dasar penentuan diagnosa dan perencanaan.

3.3.3 Diagnosa keperawatan

pernyataan yang dibuat oleh perawat professional yang memberi gambaran tentang masalah atau status kesehatan klien baik aktual maupun potensial, yang ditetapkan berdasarkan interpretasi data hasil pengkajian untuk penentuan intervensi yang tepat.

3.3.4 Intervensi keperawatan

serangkaian rencana yang akan dilakukan untuk mengatasi masalah yang terjadi pada pasien

3.3.5 Implementasi

tindakan dari intervensi yang telah disusun

3.3.6 Evaluasi

tahap akhir dari proses keperawatan yang merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana antara hasil akhir yang teramati dan tujuan atau criteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Evaluasi dilakukan secara berkesinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya.

3.3.7 Skizofrenia

Gangguan mental kronis yang menyebabkan penderitanya mengalami delusi, halusinasi, pikiran kacau, dan perubahan perilaku.

Halusinasi adalah gangguan persepsi sensori dari suatu obyek tanpa adanya rangsangan dari luar, gangguan persepsi sensori ini meliputi seluruh panca indra.

3.4 Partisipan

Partisipan dalam penyusunan studi kasus ini adalah 2 klien Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Skizofrenia Dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Penglihatan di RSJ Dr.Radjiman Wediodiningrat Lawang Malang 2017.

3.5 Lokasi dan Waktu

Pada studi kasus ini dilakukan pada bulan Mei Tahun 2017 pada pasien skizofrenia dengan gangguan persepsi sensori : Halusinasi Penglihatan di ruang Bangau RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat, Lawang, Malang.

3.6 Pengumpulan Data

3.6.1 Wawancara

Pengumpulan data dengan menanyakan secara langsung kepada klien dan keluarga terkait dengan masalah yang dihadapi klien biasanya juga disebut anamnesa.

3.6.2 Observasi

Pengumpulan data yang dilakukan dengan mengamati pasien untuk memperoleh data tentang klien Skizofrenia Dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Penglihatan. Observasi dilakukan dengan menggunakan penglihatan dan alat indera lainnya, melalui rabaan, sentuhan dan pendengaran. Melakukan pengkajian terhadap faktor predisposisi, perilaku, fisik, fungsi sistem tubuh, status emosi, status intelektual, status sosial.

3.6.3 Dokumentasi

Merupakan teknik pengumpulan data yang tidak langsung ditunjukkan kepada subyek penelitian

3.7 Uji Keabsahan Data

Uji keabsahan data halusinasi dimaksudkan untuk menguji kualitas data/informasi yang diperoleh sehingga menghasilkan data dengan validitas tinggi. Disamping integritas penulis (karena penulis menjadi instrument utama), uji keabsahan data dilakukan yaitu dengan :

3.7.1 Memperpanjang pengamatan/tindakan

Sumber informasi tambahan menggunakan triangulasi dari tiga sumber data utama yaitu klien, perawat dan keluarga klien yang berkaitan dengan masalah yang akan diteliti.

3.8 Analisis Data

3.8.1 Pengumpulan data

Data dikumpulkan dari hasil WOD (wawancara, observasi dan dokumen). Hasil ditulis dalam bentuk catatan lapangan, kemudian disalin dalam bentuk transkrip (catatan terstruktur).

3.8.2 Mereduksi data

Dari hasil wawancara yang terkumpul dalam bentuk catatan lapangan dijadikan satu dalam bentuk transkrip dan dikelompokkan menjadi data subjektif dan objektif, dianalisis berdasarkan hasil pemeriksaan diagnostik kemudian dibandingkan dengan nilai normal.

3.8.3 Penyajian data

Penyajian data dapat dilakukan dalam bentuk tabel, gambar, bagan dan teks naratif. Kerahasiaan klien dijaga dengan cara mengaburkan identitas dari klien.

3.8.4 Kesimpulan

Dari data yang disajikan, kemudian data dibahas dan dibandingkan dengan hasil-hasil penulisan terdahulu dan secara teoritis dengan perilaku kesehatan. Penarikan kesimpulan dilakukan dengan cara induksi. Data yang dikumpulkan terkait dengan data pengkajian, diagnosa, perencanaan, tindakan dan evaluasi.

Data dikumpulkan dari hasil WOD (wawancara, observasi dan dokumen). Hasil ditulis dalam bentuk catatan lapangan, kemudian disalin dalam bentuk transkrip (catatan terstruktur).

3.9 Etika penulisan

3.9.1 *Informed Consent*

Informed consent merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dengan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. *Informed consent* tersebut diberikan sebelum penelitian dilakukan dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Tujuan *Informed consent* adalah agar subjek mengerti maksud dan tujuan penelitian, mengetahui dampaknya. Jika responden bersedia, maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan. Jika responden tidak bersedia, maka peneliti harus menghormati hak pasien (Hidayat A. A., 2012).

3.9.2 *Anonimity* (Tanpa Nama)

Penggunaan subjek penelitian dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur. Nama responden diganti dengan inisial, nomor atau kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan (Hidayat A. A., 2012).

3.9.3 *Confidentiality* (Kerahasiaan)

Semua informasi maupun masalah-masalah responden akan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti. Hanya pengelompokan data tertentu yang akan disajikan atau dilaporkan pada hasil penelitian (Hidayat A. A., 2012).

BAB 5. PENUTUP

Pada bab ini kami uraikan tentang kesimpulan dan saran dari study kasus sebelumnya.

5.1 Kesimpulan

5.1.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian pada klien 1 dan klien 2 didapatkan manifestasi klinik yang mengarah pada diagnosa keperawatan gangguan persepsi sensori: halusinasi penglihatan dan juga terdapat persamaan pada faktor presdiposisi yaitu kedua klien sering keluar masuk RSJ untuk mendapatkan pengobatan sehingga gangguan jiwa pada kedua klien sering kambuh. Sedangkan faktor presipitasi dari klien 1 dan klien 2 terjadi persamaan yaitu kedua klien tidak patuh dalam minum obat. Didalam pengkajian presdiposisi kedua klien juga memiliki pengalaman yang tidak menyenangkan yaitu klien 1 pernah tidak naik kelas sedangkan klien 2 memiliki riwayat *brokenhome*. dan kedua klien memiliki koping yang buruk sehingga dari data yang saya peroleh besar kemungkinan menjadi pencetus terjadinya halusinasi penglihatan

5.1.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan pada klien 1 dan klien 2 yang di rumuskan adalah gangguan persepsi sensori halusinasi penglihatan. Diagnosa ini di ambil sudah sesuai dengan manifestasi klinis serta faktor pendukung lainnya.

5.1.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi yang diberikan kepada klien 1 dan klien 2 menggunakan intervensi yang sama, tidak ada perbedaan antara klien 1 dan klien 2.

5.1.4 Implementasi

Implementasi pada klien 1 sudah mampu melaksanakan mulai dari SP1 hingga SP4 yang meliputi menghardik, meminum obat secara teratur, bercakap-cakap dengan oranglain, dan melakukan aktifitas terjadwal, sedangkan klien 2 hanya mampu melaksanakan hingga SP1 saja yang meliputi menghardik.

5.1.5 Evaluasi

Evaluasi pada klien 1 dan klien 2 sudah tercapai, meskipun awalnya terkendala oleh klien yang tidak kooperatif terhadap perawat. Klien mampu melakukan semua intervensi yang di rencanakan oleh perawat.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Responden

Pada klien skizofrenia sebaiknya harus lebih patuh dalam meminum obat untuk dapat mencegah kekambuhan pada klien.

5.2.2 Bagi Keluarga

Keluarga memiliki peran yang sangat penting untuk merawat klien pasca perawatan dari rumah sakit agar tidak kambuh lagi gangguan jiwa yang dialami oleh klien tersebut, serta menganjurkan kepada keluarga klien untuk melanjutkan kegiatan-kegiatan yang sudah diajarkan dan dijadwalkan selama klien dirawat. Keluarga harus selalu melakukan pendekatan, berkomunikasi dan tidak membiarkan klien melamun dan menyendiri, untuk orang terdekatnya yang berpengaruh terhadap kesembuhan klien dirumah, keluarga merupakan pengontrol dan pengawas dalam keteraturan klien dalam minum obat bagi klien dengan Gangguan persepsi sensori : Halusinasi penglihatan

5.2.3 Bagi Institusi Pendidikan

Lebih ditingkatkan lagi dalam pengadaan literatur bukukeperawatan atau kesehatan jiwa khususnya buku tentan Gangguan persepsi sensori : Halusinasi Penglihatan



DAFTAR PUSTAKA

- Berhimpong, E., Rompas, S., & Karundeng, M. (2016). Pengaruh Latihan Keterampilan Sosialisasi Terhadap Kemampuan Berinteraksi Klien Isolasi Sosial. *E-Journal Keperawatan* , 4.
- Dalami, Ermawati dkk. 2009. *Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Jiwa*. Jakarta: Cv. Trans Info Media
- Dermawan & Rusdi. 2013. *Keperawatan Jiwa: Konsep dan Kerangka Kerja Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Gosyen Publisng
- Direja, A. H. (2011). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Hendarsyah, F. (2016). Diagnosis dan Tatalaksana Skizofrenia Paranoid. *Jurnal Medula Unila* , 58.
- Hidayat, A. A. (2012). *Riset Keperawatan dan Teknik Penulisan Ilmiah*. Jakarta: Salemba medika.
- Hidayat, A. Z. (2008). *Pengantar Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Ibrahim. (2011). *SKIZOFRENIA, Spliting Personality*. Tangerang: Jelajah Nusa
- Ilahi, S., Hendarsih, S., & Sutejo. (2015). *Gambaran Kualitas Hidup Pasien Skizofrenia Di Poliklinik Jiwa Rumah Sakit Grhasia Yogyakarta*. Yogyakarta: Poltekes Kemenkes Yogyakarta.
- Irma. (2015). *Efektifitas tak-sp (sesi 1 sesi 2) terhadap kemampuan pasien menghardik halusinasi di ruang parkit rsj dr.radjiman wediodingrat lawang*
- Katona, C., Cooper, C., & Robertson, M. (2008). *Psychitry At a Glance Fourth Edition*. Jakarta: Penerbit Erlangga.
- Kusumawati, F., & Hartono, R. (2012). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta: Salemba Medika.
- Maramis, W. F. (2009). *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa edisi 2*. Surabaya: Airlangga University Press.

- Maryatun, s. (2015). Peningkatan kemandirian perawatan diri pasien skizofrenia. *Jurnal keperawatan sriwijaya* , 109.
- Muhith, A. (2015). *Pendidikan Keperawatan Jiwa Teori dan Aplikasi*. Yogyakarta: ANDI.
- Nafi, A. M., Perwitasari, D. A., & Darmawan, E. (2016). Kepatuhan Minum Obat Pasien Rawat Jakan Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa Prof. DR. Soerojo Magelang. *Jurnal Ilmiah Farmasi* , 8.
- Nasir, a., & muhith, a. (2011). *Dasar-dasar keperawatan jiwa*. Jakarta: Salemba Medika.
- Patricia, G., Winifred, Z., & karen, A. (2013). *Keperawatan Kesehatan Jiwa psikiatrik: teori dan praktik*. Jakarta: EGC.
- Reynaldi, G. (2016). *Upaya peningkatan aktualitas Diri Pada Klien Dengan Harga Diri Rendah di RSJD Arif Zainudin Surakarta*. Surakarta: Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Wahyuni, S. (2010). *Hubungan Lama Hari Rawat dengan Kemampuan Pasien Dalam Mengontrol Halusinasi*. Riau. Waloyo, A., Widodo, D., & Rahayu, W. (2017). Hubungan Pola Asuh Keluarga Dengan Kemampuan Sosialisasi Pada Klien Skizofrenia Di Yayasan As-Syifa Rehabilitasi Jiwa . *Nursing News* , 450.
- Wilkinson, J. M., & R. Ahern, N. (2011). *Buku Saku Diagnosis Keperawatan: diagnosis NANDA, intervensi NIC, kriteria hasil NOC*. Jakarta: EGC.
- Workshop Keperawatan Jiwa Ke-X. Universitas Indonesia 2016. *Standar Asuhan Keperawatan Jiwa*. Program Studi Ners Spesialis Keperawatan Jiwa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
- Yusuf, A., Fitriyasaki, R. P., & Nihayati, H. E. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: Salemba Medika.

Lampiran 1

KETERANGAN	TAHUN AKADEMIK 2017/2018																																							
	TAHUN 2017																																							
	FEB				APR				JUNI				AGUSTUS				SEPT				OKT				NOV				DES				JAN							
	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	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
Informasi Penelitian																																								
Konfirmasi Penelitian																																								
Konfirmasi Judul																																								
Penyusunan Proposal Studi Kasus																																								
Sidang Proposal																																								
Revisi																																								
Pengumpulan Data																																								
Analisa Data																																								
Konsul Penyusunan Data																																								
Ujian Sidang																																								
Revisi																																								
Pengumpulan Studi Kasus																																								

JADWAL PENELITIAN

KETERANGAN	TAHUN AKADEMIK 2017/2018																																			
	2018																																			
	NOV				DES				JAN				FEB				MAR				APR				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	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Pengumpulan Data	■	■	■	■	■	■	■	■																												
Analisa Data								■																												
Konsul Penyusunan Data								■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■								
Ujian Sidang																									■											
Revisi																									■	■	■	■	■							
Pengumpulan Laporan																																				
Tugas Akhir																													■	■	■	■				

**STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN
PADA KLIEN 1 (Tn.M)**

Hari : Selasa, 23 Mei 2017

Interaksi I

A. PROSES KEPERAWATAN

1. Kondisi Klien :

DS :Klien mengatakan sering melihat gelembung dan warna semu dengan beberapa warna yang menyerupai pelangi yang perlahan mendekati dirinya.

DO :

- a. Klien tampak cemas, bingung, dan setiap kali diajak bicara pandangan tampak kosong.
- b. Klien juga suka menyendiri dan nampak melamun.

2. Diagnosa Keperawatan

Gangguan persepsi sensori : Halusinasi penglihatan

3. Tujuan Khusus (TUK)

- a. Membina hubungan saling percaya
- b. Membantu klien mengenali halusinasi
- c. Membantu klien mengontrol halusinasi dengan cara menghardik

4. Tindakan Keperawatan

- a. Bantu klien mengenal halusinasi (isi, frekuensi, waktu terjadinya, situasi pencetus, perasaan saat terjadi)
- b. Melatih mengontrol halusinasi dengan cara menghardik
- c. Menjelaskan cara menghardik
- d. Meminta klien untuk meragakan cara menghardik
- e. Memantau penerapan cara menghardik dan beri penguatan atau pujian bila klien dapat melakukannya dengan benar
- f. Menganjurkan klien untuk memasukkan cara menghardik halusinasi ke jadwal kegiatan

B. STRATEGI KOMUNIKASI DALAM PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

a. FASE ORIENTASI

1. Salam Terapeutik

Assalamualaikum pak, perkenalkan saya mahasiswa keperawatan Lumajang, nama saya Ridho Maulana, saya biasa di panggil Ridho. Disini saya akan merawat bapak selama 2 minggu kedepan. Nama bapak siapa ?

2. Evaluasi atau Validasi

Apa benar ini dengan bapak M ? Bagaimana perasaan bapak hari ini ? Apa keluhan bapak M saat ini ? bagaimana kalau kita bercakap-cakap tentang bayangan yang selama ini bapak lihat.

3. Kontrak

Topik : Bagaimana jika kita bercakap-cakap tentang bayangan yang selama ini bapak lihat tetapi tak ada wujudnya, untuk menghilangkan bayangan itu dengan cara pertama yaitu menghardik.

Waktu : Bapak mau berapa lama ? Bagaimana kalau 15 menit

Tempat : Bapak maunya dimana ? Bagaimana kalau kita di halaman depan

b. FASE KERJA

Apakah bapak melihat bayangan yang tanpa ada wujudnya ? apa yang dilakukan itu ? apakah terus-menerus terlihat atau sewaktu-waktu ? Kapan paling sering melihat bayangan itu ? Berapa kali sehari bapak melihat bayangan itu ? apakah pada waktu sendiri bapak melihat bayangan itu ? apa yang bapak rasakan pada saat melihat bayangan itu ? Apa yang bapak lakukan saat melihat bayangan itu ? apakah dengan cara itu bayangan itu hilang ? bagaimana kalau kita belajar cara untuk mencegah bayangan itu muncul ? Ada empat cara untuk mencegah bayangan-bayangan itu muncul. Pertama dengan menghardik bayangan tersebut, kedua dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain, ketiga melakukan kegiatan yang sudah terjadwal, dan yang keempat minum obat secara teratur. Bagaimana kalau kita belajar satu cara dulu, yaitu dengan menghardik. Begini caranya saat bayangan itu muncul bapak langsung bilang “Pergi saya tidak mau melihat, kamu itu bayangan palsu” Begitu diulang-ulang sampai bayangan itu tidak terlihat lagi. Coba bapak peragakan, nah bagus !coba lagi, ya bagus bapak sudah bisa.

3. TERMINASI

a. Evaluasi respon klien terhadap tindakan keperawatan

Evaluasi subyektif (klien)

Bagaimana perasaan bapak setelah peragaan latihan tadi ?

Evaluasi obyektif (perawat)

Kalau bayangan itu muncul lagi silahkan bapak coba lakukan cara menghardik.

b. Rencana tindak lanjut

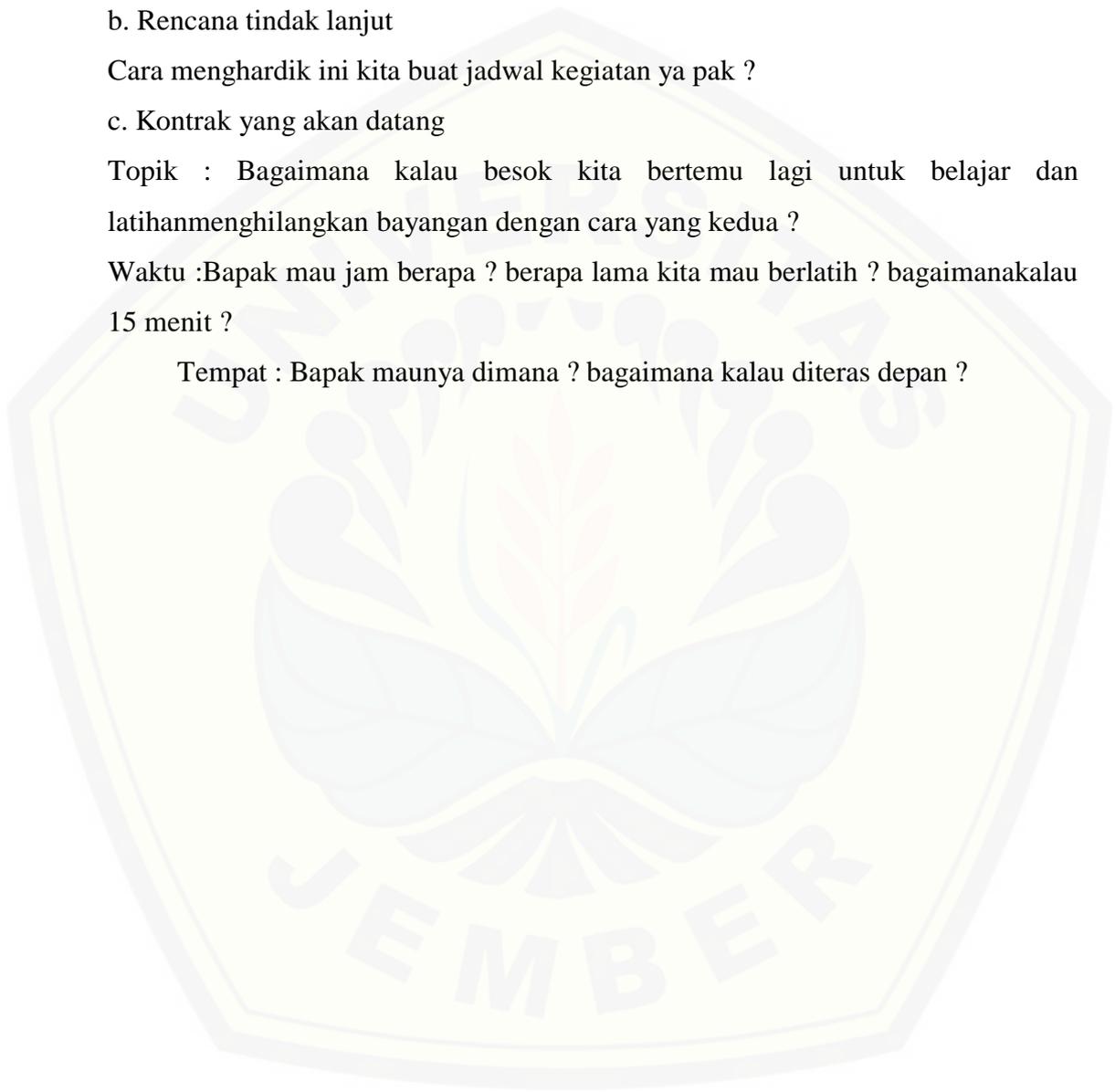
Cara menghardik ini kita buat jadwal kegiatan ya pak ?

c. Kontrak yang akan datang

Topik : Bagaimana kalau besok kita bertemu lagi untuk belajar dan latihan menghilangkan bayangan dengan cara yang kedua ?

Waktu :Bapak mau jam berapa ? berapa lama kita mau berlatih ? bagaimanaka
15 menit ?

Tempat : Bapak maunya dimana ? bagaimana kalau diteras depan ?



**STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN
PADA KLIEN 1 (Tn. M)**

Hari :Rabu, 24Mei 2017

Interaksi II

A. PROSES KEPERAWATAN

1. Kondisi Klien :

DS :Klien mengatakan sering melihat gelembung dan warna semu dengan beberapa warna yang menyerupai pelangi yang perlahan mendekati dirinya

DO :

- a. Wajah klien mengikuti ke bayangan yang dilihatnya
- b. Klien sering menyendiri ketika tidak ada aktivitas
- c. Klien bingung ketika diajak bicara antara pertanyaan dan jawaban terkadang tidak sama

2. Diagnosa Keperawatan

Gangguan persepsi sensori : Halusinasi penglihatan

3. Tujuan Khusus (TUK)

- a. Membantu klien mengenali halusinasi
- b. Membantu klien mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain

4. Tindakan Keperawatan

- a. Melatih mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain
- b. Menjelaskan cara bercakap-cakap dengan orang lain
- c. Menganjurkan klien untuk memfokuskan perhatiannya dari halusinasi ke percakapan dengan orang lain
- d. Meminta klien untuk meragakan cara bercakap-cakap dengan orang lain
- e. Memantau penerapan cara bercakap-cakap dengan orang lain dan beri penguatan positif atau pujian bila klien dapat melakukannya dengan benar
- f. Menganjurkan klien untuk memasukkan cara bercakap-cakap dengan orang lain ke jadwal kegiatan

B. STRATEGI KOMUNIKASI DALAM PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

a. FASE ORIENTASI

1. Salam Terapeutik

Selamat pagi pak ? Bagaimana perasaan bapak hari ini ?

2. Evaluasi atau Validasi

Apa bapak masih melihat bayangan-bayangan ? Apakah bapak sudah memakai kedua cara yang kemarin saya ajarkan ? Apakah kedua cara saya ajarkan sudah dimasukkan ke dalam jadwal harian bapak ?

3. Kontrak

Topik : Bagaimana kalau kita hari ini berlatih cara yang ke tiga dan cara ke empat untuk mengontrol halusinasi dengan cara melakukan aktivitas terjadwal dan melatih minum obat secara teratur. Kita belajar cara yang ketiga dulu ya pak ? Nanti waktu bapak makan siang dilanjutkan belajar cara yang keempat ?

Waktu : Bapak mau berapa lama ? Bagaimana kalau 20 menit

Tempat : Bapak maunya dimana ? Bagaimana kalau kita duduk di ruang tamu

b. FASE KERJA

Aktivitas apa saja yang bapak lakukan mulai bangun tidur pagi sampai malam hari akan tidur ? Banyak sekali aktivitas bapak ? Mari kita belajar berlatih dua aktivitas ya pak ? Aktivitas terjadwal ini bisa bapak lakukan untuk mencegah suara petir yang muncul.

3. TERMINASI

a. Evaluasi respon klien terhadap tindakan keperawatan

Evaluasi subyektif (klien)

Bagaimana perasaan bapak setelah latihan cara yang ke tiga ini yaitu mendengarkan musik dan jalan-jalan didepan ? Jadi ada berapa cara yang bapak pelajari untuk mencegah halusinasi ?

Evaluasi obyektif (perawat)

Kalau bayangan itu muncul lagi silahkan bapak coba lakukan ke tiga cara ini yaitu menghardik, bercakap-cakap dengan orang lain dan melakukan aktivitas.

b. Rencana tindak lanjut

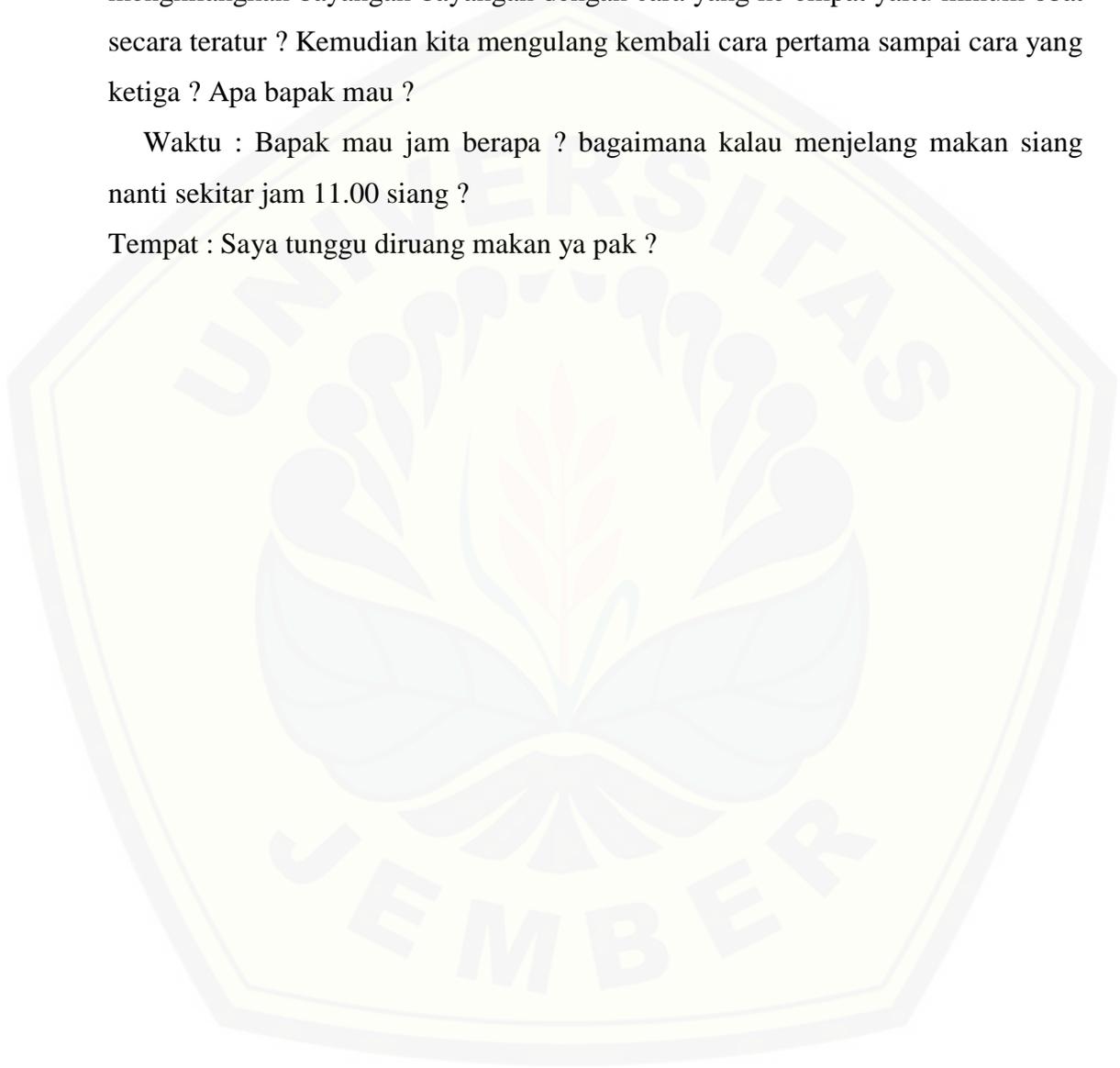
Bagaimana kalau cara aktivitas ini kita masukkan ke jadwal harian bapak ?

c. Kontrak yang akan datang

Topik : Bagaimana kalau besok kita bertemu lagi untuk belajar dan latihan menghilangkan bayangan-bayangan dengan cara yang ke empat yaitu minum obat secara teratur ? Kemudian kita mengulang kembali cara pertama sampai cara yang ketiga ? Apa bapak mau ?

Waktu : Bapak mau jam berapa ? bagaimana kalau menjelang makan siang nanti sekitar jam 11.00 siang ?

Tempat : Saya tunggu diruang makan ya pak ?



**STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN
PADA KLIEN 1 (Tn. M)**

Hari :Kamis 25 Mei 2017

Interaksi III

A. PROSES KEPERAWATAN

1. Kondisi Klien :

DS :Klien mengatakan sering melihat gelembung dan warna semu dengan beberapa warna yang menyerupai pelangi yang perlahan mendekati dirinya

DO :

- a. Wajah klien mengikuti ke bayangan yang dilihatnya
- b. Klien sering menyendiri ketika tidak ada aktivitas
- c. Klien bingung ketika diajak bicara antara pertanyaan dan jawaban terkadang tidak sama

2. Diagnosa Keperawatan

Gangguan persepsi sensori : Halusinasi penglihatan

3. Tujuan Khusus (TUK)

Membantu klien mengontrol halusinasi dengan cara melakukan aktivitas terjadwal

4. Tindakan Keperawatan

- a. Melatih mengurangi halusinasi dengan melakukan aktivitas terjadwal
- b. Menjelaskan pentingnya aktivitas yang terjadwal
- c. Mendiskusikan aktivitas yang biasa dilakukan klien
- d. Melatih klien untuk melakukan aktivitasnya
- e. Menyusun jadwal aktivitas sehari-hari sesuai dengan aktivitas yang terlatih mulai dari bangun pagi sampai akan tidur malam hari
- f. Memantau penerapan cara melakukan aktivitas yang terjadwal dan beri penguatan positif atau pujian bila klien dapat melakukannya dengan benar

B. STRATEGI KOMUNIKASI DALAM PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

a. FASE ORIENTASI

1. Salam Terapeutik

Selamat pagi pak ? Bagaimana perasaan bapak hari ini ?

2. Evaluasi atau Validasi

Apa bapak masih melihat bayang-bayangan ? Apakah bapak sudah memakai kedua cara yang kemarin saya ajarkan ? Apakah kedua cara saya ajarkan sudah dimasukkan ke dalam jadwal harian bapak ?

3. Kontrak

Topik : Bagaimana kalau kita hari ini berlatih cara yang ke tiga dan cara ke empat untuk mengontrol halusinasi dengan cara melakukan aktivitas terjadwal dan melatih minum obat secara teratur. Kita belajar cara yang ketiga dulu ya pak ? Nanti waktu bapak makan siang dilanjutkan belajar cara yang keempat ?

Waktu : Bapak mau berapa lama ? Bagaimana kalau 20 menit

Tempat : Bapak maunya dimana ? Bagaimana kalau kita duduk di ruang tamu

b. FASE KERJA

Aktivitas apa saja yang bapak lakukan mulai bangun tidur pagi sampai malam hari akan tidur ? Banyak sekali aktivitas bapak ? Mari kita belajar berlatih dua aktivitas ya pak ? Aktivitas terjadwal ini bisa bapak lakukan untuk mencegah bayangan gelembung yang muncul.

3. TERMINASI

a. Evaluasi respon klien terhadap tindakan keperawatan

Evaluasi subyektif (klien)

Bagaimana perasaan bapak setelah latihan cara yang ke tiga ini yaitu mendengarkan musik dan jalan-jalan didepan ? Jadi ada berapa cara yang bapak pelajari untuk mencegah halusinasi ?

Evaluasi obyektif (perawat)

Kalau bayangan itu muncul lagi silahkan bapak coba lakukan ke tiga cara ini yaitu menghardik, bercakap-cakap dengan orang lain dan melakukan aktivitas.

b. Rencana tindak lanjut

Bagaimana kalau cara aktivitas ini kita masukkan ke jadwal harian bapak ?

c. Kontrak yang akan datang

Topik : Bagaimana kalau besok kita bertemu lagi untuk belajar dan latihan menghilangkan bayangan dengan cara yang ke empat yaitu minum obat secara teratur ? Kemudian kita mengulang kembali cara pertama sampai cara yang ketiga ? Apa bapak mau ?

Waktu : Bapak mau jam berapa ? bagaimana kalau menjelang makan siang nanti sekitar jam 12.00 siang ?

Tempat : Saya tunggu diruang makan ya pak ?



STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KLIEN 1 (Tn. M)

Hari :Jumat, 26 Mei 2017

Interaksi IV

A. PROSES KEPERAWATAN

1. Kondisi Klien :

DS :Klien mengatakan sering melihat gelembung dan warna semu dengan beberapa warna yang menyerupai pelangi yang perlahan mendekati dirinya

DO :

- a. Wajah klien mengikuti ke bayangan yang dilihatnya
- b. Klien sering menyendiri ketika tidak ada aktivitas
- c. Klien bingung ketika diajak bicara antara pertanyaan dan jawaban terkadang tidak sama

2. Diagnosa Keperawatan

Gangguan persepsi sensori : Halusinasi penglihatan

3. Tujuan Khusus (TUK)

Membantu klien untuk mengevaluasi kembali cara mencegah halusinasi dengan cara menghardik, bercakap-cakap dengan orang lain, membuat aktivitas terjadwal, dan minum obat secara teratur

4. Tindakan Keperawatan

- a. Melatih klien mengontrol halusinasi dengan cara menghardik
- b. Melatih klien mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain
- c. Melatih klien mengontrol halusinasi dengan cara membuat aktivitas
- d. Melatih klien mengontrol halusinasi dengan cara minum obat secara teratur
- e. Memantau penerapan cara mengontrol halusinasi dengan ke empat cara serta memberi penguatan positif atau pujian bila klien dapat melakukannya dengan benar
- f. Menganjurkan klien untuk memasukkan ke empat cara mengontrol halusinasi ke dalam jadwal kegiatan

B. STRATEGI KOMUNIKASI DALAM PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

a. FASE ORIENTASI

1. Salam Terapeutik

Selamat pagi pak ? Bagaimana perasaan bapak pagi hari ini ?

2. Evaluasi atau Validasi

Apa bapak masih melihat bayangan-bayangan ? Apakah bapak sudah memakai caramengontrol halusinasi yang kemarin saya ajarkan ?

3. Kontrak

Topik : Bagaimana kalau kita hari ini berlatih untuk mengulang kembali ke empat cara mengontrol halusinasi

Waktu : Bagaimana kalau 20 menit

Tempat : Di ruang tamu ya pak ?

b. FASE KERJA

Apa bapak masih ingat cara mengontrol halusinasi dengan ke empat cara ? Coba sebutkan ? Apa bapak sudah mencoba ke empat cara yang sudah saya ajarkan ? Apakah ada perubahan setelah melakukan ke empat cara ? Apa bayangan itu hilang setelah melakukan cara mengontrol halusinasi ?

3. TERMINASI

a. Evaluasi respon klien terhadap tindakan keperawatan

Evaluasi subyektif (klien)

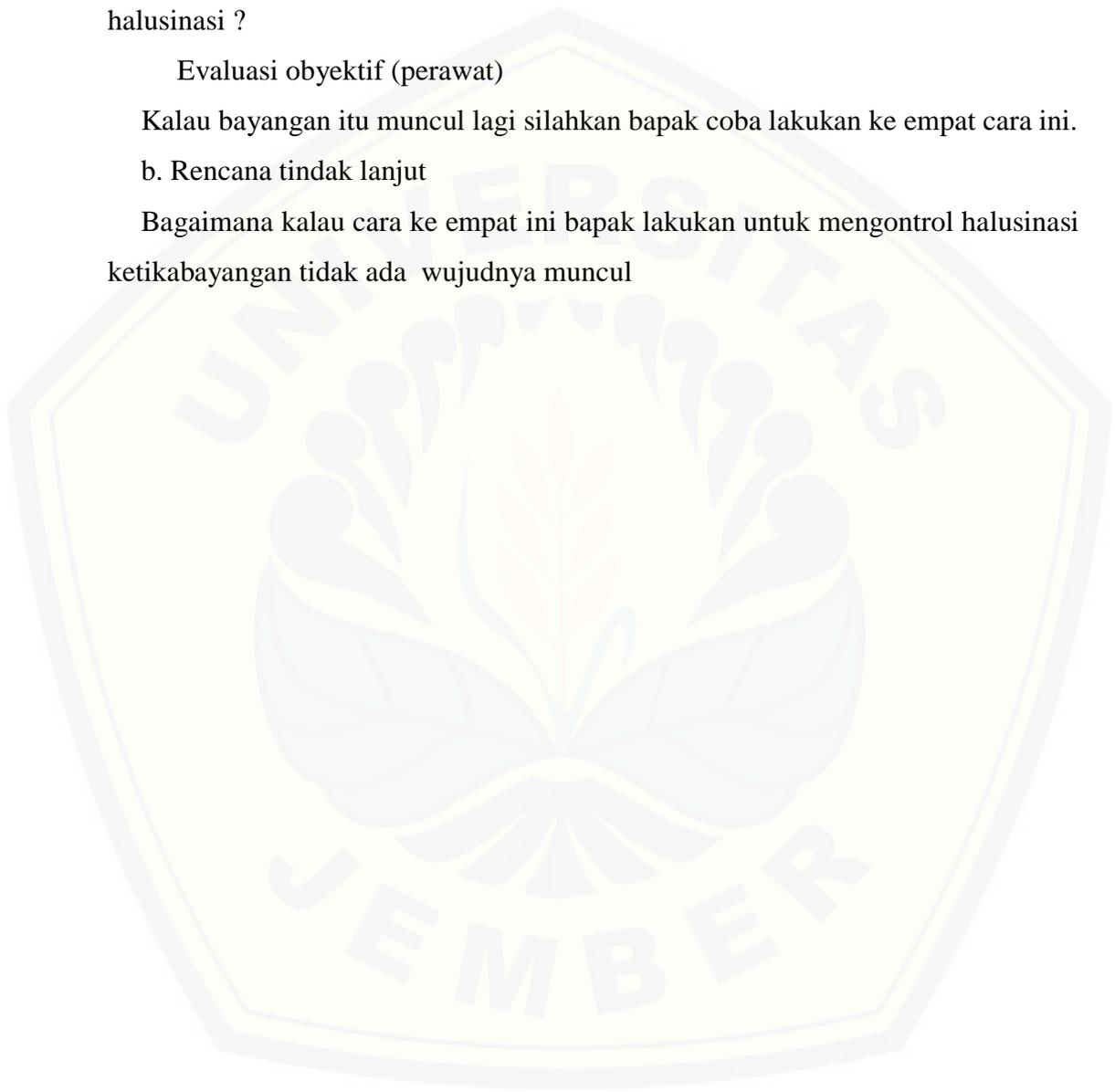
Bagaimana perasaan bapak setelah melakukan ke empat cara mengontrol halusinasi ?

Evaluasi obyektif (perawat)

Kalau bayangan itu muncul lagi silahkan bapak coba lakukan ke empat cara ini.

b. Rencana tindak lanjut

Bagaimana kalau cara ke empat ini bapak lakukan untuk mengontrol halusinasi ketikabayangkan tidak ada wujudnya muncul



**STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN
PADA KLIEN II (Tn. A)**

Hari :Selasa, 23 Mei 2017

Interaksi I

A. PROSES KEPERAWATAN

1. Kondisi Klien :

DS:

Klien mengatakan sering melihat harimau putih yang mengajaknya untuk bertarung.

DO:

Klien tampak cemas, mondar-mandir, suka menyendiri, memandang hanya terfokus pada satu pandangan bicara dan tertawa sendiri.

2. Diagnosa Keperawatan

Gangguan persepsi sensori : Halusinasi penglihatan

3. Tujuan Khusus (TUK)

a. Membina hubungan saling percaya

b. Membantu klien mengenali halusinasi

a. Membantu klien mengontrol halusinasi dengan cara menghardik

4. Tindakan Keperawatan

a. Bantu klien mengenal halusinasi (isi, frekuensi, waktu terjadinya, situasi pencetus, perasaan saat terjadi)

b. Melatih mengontrol halusinasi dengan cara menghardik

c. Menjelaskan cara menghardik

d. Meminta klien untuk meragakan cara menghardik

e. Memantau penerapan cara menghardik dan beri penguatan atau pujian bila klien dapat melakukannya dengan benar

f. Mengajukan klien untuk memasukkan cara menghardik halusinasi ke jadwal kegiatan

B. STRATEGI KOMUNIKASI DALAM PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

a. FASE ORIENTASI

1. Salam Terapeutik

Assalamualaikum pak, saya mahasiswa keperawatan Lumajang, nama saya Ridho Maulana Istighotsah, saya biasa di panggil Ridho. Disini saya akan merawat bapak selama 2 minggu kedepan. Nama bapak siapa ?

2. Evaluasi atau Validasi

Apa benar ini dengan bapak A ? Bagaimana perasaan bapak hari ini ? Apa keluhan bapak A saat ini ? bagaimana kalau kita bercakap-cakap tentang bayangan yang selama ini bapak lihat

3. Kontrak

Topik : Bagaimana kalau kita bercakap-cakap tentang bayangan yang selama ini bapak lihat tetapi tak ada wujudnya, untuk menghilangkan bayangan itu dengan cara pertama yaitu menghardik.

Waktu : Bapak mau berapa lama ? Bagaimana kalau 20 menit

Tempat : Bapak maunya dimana ? Bagaimana kalau kita duduk diruang tamu

b. FASE KERJA

Apakah bapak melihat bayangan yang tanpa ada wujudnya ? apa yang dikatakan bayangan itu ? apakah terus-menerus terdengar atau sewaktu-waktu ? Kapan paling sering melihat bayangan itu ? Berapa kali sehari bapak melihat bayangan itu ? apakah pada waktu sendiri bapak melihat bayangan itu ? apa yang bapak rasakan pada saat melihat bayangan itu ? Apa yang bapak lakukan saat melihat bayangan itu ? apakah dengan cara itu bayangan-bayangan itu hilang ? bagaimana kalau kita belajar cara untuk mencegah bayangan itu muncul ? Ada empat cara untuk mencegah bayangan itu muncul. Pertama dengan menghardik bayangan tersebut, kedua dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain, ketiga melakukan kegiatan yang sudah terjadwal, dan yang keempat minum obat secara teratur. Bagaimana kalau kita belajar satu cara dulu, yaitu dengan menghardik. Caranya saat bayangan itu muncul bapak langsung bilang “Pergi saya tidak mau melihat, kamu itu bayangan palsu” Begitu diulang-ulang sampai bayangan itu tidak terlihat lagi. Coba bapak peragakan, nah bagus !coba lagi, ya bagus bapak sudah bisa.

3. TERMINASI

a. Evaluasi respon klien terhadap tindakan keperawatan

Evaluasi subyektif (klien)

Bagaimana perasaan bapak setelah peragaan latihan tadi ?

Evaluasi obyektif (perawat)

Kalau bayangan itu muncul lagi silahkan bapak coba lakukan cara menghardik.

b. Rencana tindak lanjut

Cara menghardik ini kita buat jadwal kegiatan ya pak ?

c. Kontrak yang akan datang

Topik : Bagaimana kalau besok kita bertemu lagi untuk belajar dan latihan menghilangkan bayangan itu dengan cara yang pertama dulu ?

Waktu : Bapak mau jam berapa ? berapa lama kita mau berlatih ? bagaimana kalau 20 menit ?

Tempat : Bapak maunya dimana ? bagaimana kalau diteras depan ?

**STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN
PADA KLIEN II (Tn. A)**

Hari :Rabu, 24 Mei 2017

Interaksi II

A. PROSES KEPERAWATAN

1. Kondisi Klien :

DS:

Klien mengatakan sering melihat harimau putih yang mengajaknya untuk bertarung.

DO:

Klien tampak cemas, mondar-mandir, suka menyendiri, memandang hanya terfokus pada satu pandangan bicara dan tertawa sendiri.

2. Diagnosa Keperawatan

Gangguan persepsi sensori : Halusinasi penglihatan

3. Tujuan Khusus (TUK)

- a. Membantu klien mengenali halusinasi
- b. Membantu klien mengontrol halusinasi dengan cara menghardik

4. Tindakan Keperawatan

- a. Bantu klien mengenal halusinasi (isi, frekuensi, waktu terjadinya, situasi pencetus, perasaan saat terjadi)
- b. Melatih mengontrol halusinasi dengan cara menghardik
- c. Menjelaskan cara menghardik
- d. Meminta klien untuk meragakan cara menghardik
- e. Memantau penerapan cara menghardik dan beri penguatan atau pujian bila klien dapat melakukannya dengan benar
- f. Menganjurkan klien untuk memasukkan cara menghardik halusinasi ke jadwal kegiatan

B. STRATEGI KOMUNIKASI DALAM PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

a. FASE ORIENTASI

1. Salam Terapeutik

Selamat pagi pak, Apa bapak masih ingat dengan saya ? Bagaimana perasaan bapak hari ini ?

2. Evaluasi atau Validasi

Apa bapak masih melihat bayangan itu ? Apa bapak sudah mencoba cara yang sudah saya ajarkan kemarin ? Apa caranya sudah dimasukkan ke jadwal harian bapak ?

3. Kontrak

Topik : Bagaimana kalau kita hari ini belajar kembali tentang menghilangkan bayangan yang dengan cara pertama yaitu menghardik.

Waktu : Bapak mau berapa lama ? Bagaimana kalau 20 menit

Tempat : Bapak maunya dimana ? Bagaimana kalau kita duduk diruang tamu

b. FASE KERJA

Apakah bapak melihat bayangan yang tanpa ada wujudnya ?apa yang dikatakan bayangan itu ? apakah terus-menerus terlihat atau sewaktu-waktu ? Kapan paling sering melihat bayangan itu ? Berapa kali sehari bapak melihat bayangan itu ?apakah pada waktu sendiri bapak melihat bayangan itu ? apa yang bapak rasakan pada saat melihat bayangan itu ? Apa yang bapak lakukan saat melihat bayanganitu ?apakah dengan cara itu bayangan itu hilang ? bagaimana kalau kita belajar cara untuk mencegah bayangan itu muncul ? Bagaimana kalau kita belajar satu cara dulu, yaitu dengan menghardik. Caranya saat bayangan-bayangan itu muncul bapak langsung bilang “Pergi saya tidak mau melihat, kamu itu bayangan palsu” Begitu diulang-ulang sampai suara itu tidak terlihat lagi. Coba bapak peragakan, nah bagus !coba lagi, ya bagus bapak sudah bisa.

3. TERMINASI

a. Evaluasi respon klien terhadap tindakan keperawatan

Evaluasi subyektif (klien)

Bagaimana perasaan bapak setelah peragaan latihan tadi ?

Evaluasi obyektif (perawat)

Kalau bayangan itu muncul lagi silahkan bapak coba lakukan cara menghardik.

b. Rencana tindak lanjut

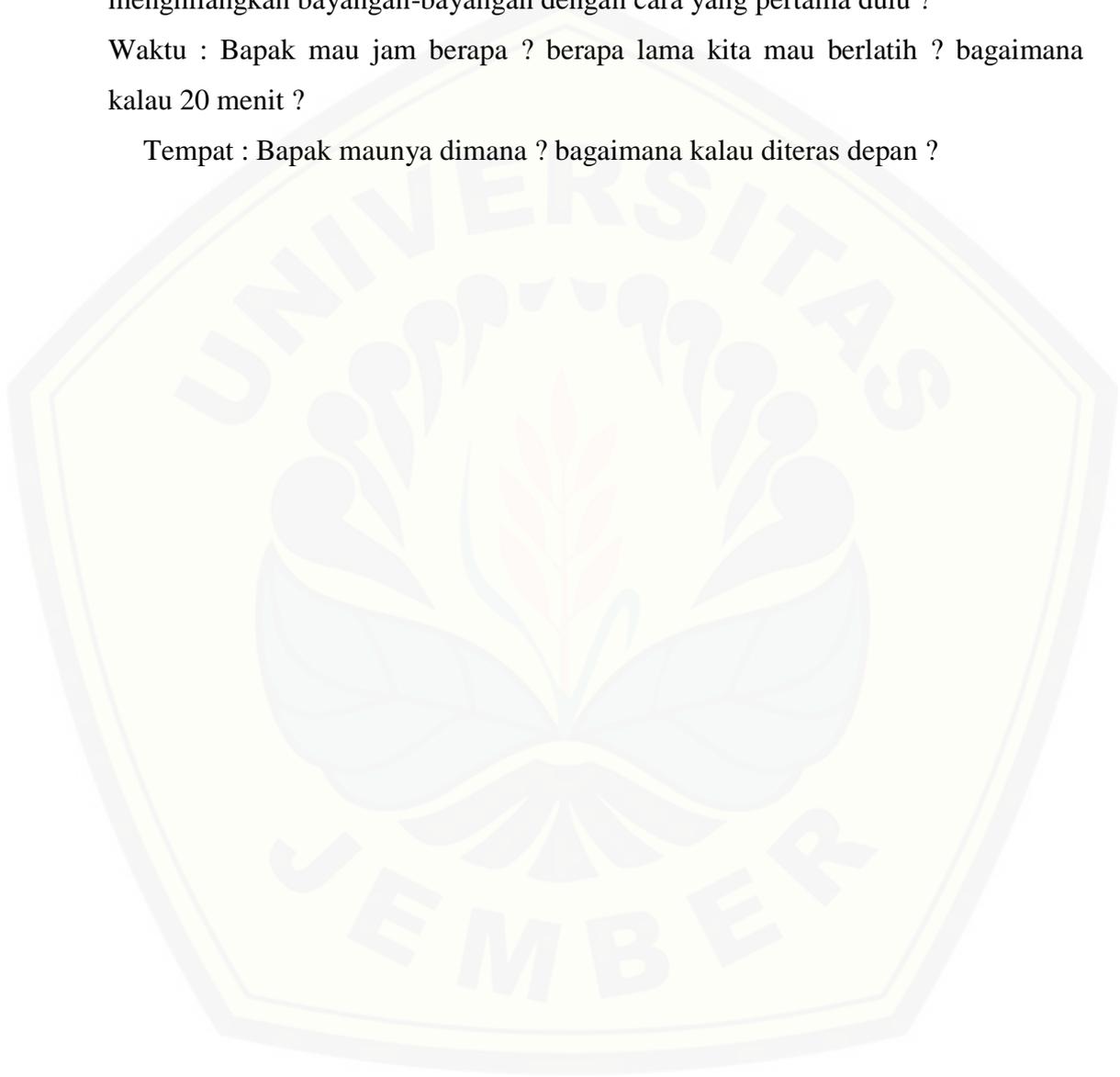
Cara menghardik ini kita buat jadwal kegiatan ya pak ?

c. Kontrak yang akan datang

Topik : Bagaimana kalau besok kita bertemu lagi untuk belajar dan latihan menghilangkan bayangan-bayangan dengan cara yang pertama dulu ?

Waktu : Bapak mau jam berapa ? berapa lama kita mau berlatih ? bagaimana kalau 20 menit ?

Tempat : Bapak maunya dimana ? bagaimana kalau diteras depan ?



**STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN
PADA KLIEN II (Tn. A)**

Hari :Kamis , 25 Mei 2017

Interaksi III

A. PROSES KEPERAWATAN

1. Kondisi Klien :

DS:

Klien mengatakan sering melihat harimau putih yang mengajaknya untuk bertarung.

DO:

Klien tampak cemas, mondar-mandir, suka menyendiri, memandang hanya terfokus pada satu pandangan bicara dan tertawa sendiri.

2. Diagnosa Keperawatan

Gangguan persepsi sensori : Halusinasi penglihatan

3. Tujuan Khusus (TUK)

- a. Membina hubungan saling percaya
- b. Membantu klien mengenali halusinasi
- b. Membantu klien mengontrol halusinasi dengan cara menghardik

4. Tindakan Keperawatan

- a. Bantu klien mengenal halusinasi (isi, frekuensi, waktu terjadinya, situasi pencetus, perasaan saat terjadi)
- b. Melatih mengontrol halusinasi dengan cara menghardik
- c. Menjelaskan cara menghardik
- d. Meminta klien untuk meragakan cara menghardik
- e. Memantau penerapan cara menghardik dan beri penguatan atau pujian bila klien dapat melakukannya dengan benar
- f. Mengajukan klien untuk memasukkan cara menghardik halusinasi ke jadwal kegiatan

B. STRATEGI KOMUNIKASI DALAM PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

a. FASE ORIENTASI

1. Salam Terapeutik

Selamat pagi pak, Apa bapak masih ingat dengan saya ? Bagaimana perasaan bapak hari ini ?

2. Evaluasi atau Validasi

Apa benar ini dengan bapak A ? Bagaimana perasaan bapak hari ini ? Apa keluhan bapak A saat ini ? bagaimana kalau kita bercakap-cakap tentang bayangan yang selama ini bapak lihat

3. Kontrak

Topik : Bagaimana kalau kita bercakap-cakap tentang bayangan yang selama ini bapak lihat tetapi tak ada wujudnya, untuk menghilangkan bayangan itu dengan cara pertama yaitu menghardik.

Waktu : Bapak mau berapa lama ? Bagaimana kalau 20 menit

Tempat : Bapak maunya dimana ? Bagaimana kalau kita duduk diruang tamu

b. FASE KERJA

Apakah bapak melihat bayangan yang tanpa ada wujudnya ? apa yang dikatakan bayangan itu ? apakah terus-menerus terlihat atau sewaktu-waktu ? Kapan paling sering melihat bayangan itu ? Berapa kali sehari bapak melihat bayangan itu ? apakah pada waktu sendiri bapak melihat bayangan itu ? apa yang bapak rasakan pada saat melihat bayangan itu ? Apa yang bapak lakukan saat melihat bayangan itu ? apakah dengan cara itu bayangan-bayangan itu hilang ? bagaimana kalau kita belajar cara untuk mencegah bayangan itu muncul ? Ada empat cara untuk mencegah bayangan itu muncul. Pertama dengan menghardik bayangan tersebut, kedua dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain, ketiga melakukan kegiatan yang sudah terjadwal, dan yang keempat minum obat secara teratur. Bagaimana kalau kita belajar satu cara dulu, yaitu dengan menghardik. Caranya saat bayangan itu muncul bapak langsung bilang “Pergi saya tidak mau melihat, kamu itu bayangan palsu” Begitu diulang-ulang sampai bayangan itu tidak terlihat lagi. Coba bapak peragakan, nah bagus !coba lagi, ya bagus bapak sudah bisa.

3. TERMINASI

a. Evaluasi respon klien terhadap tindakan keperawatan

Evaluasi subyektif (klien)

Bagaimana perasaan bapak setelah peragaan latihan tadi ?

Evaluasi obyektif (perawat)

Kalau suara itu muncul lagi silahkan bapak coba lakukan cara menghardik.

b. Rencana tindak lanjut

Cara menghardik ini kita buat jadwal kegiatan ya pak ?

c. Kontrak yang akan datang

Topik : Bagaimana kalau besok kita bertemu lagi untuk belajar dan latihan menghilangkan bayangan itu dengan cara yang pertama dulu ?

Waktu : Bapak mau jam berapa ? berapa lama kita mau berlatih ? bagaimana kalau 20 menit ?

Tempat : Bapak maunya dimana ? bagaimana kalau diteras depan ?

**STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN
PADA KLIEN II (Tn. A)**

Hari :Jumat, 26 Mei 2017

Interaksi IV

A. PROSES KEPERAWATAN

1. Kondisi Klien :

DS:

Klien mengatakan sering melihat harimau putih yang mengajaknya untuk bertarung.

DO:

Klien tampak cemas, mondar-mandir, suka menyendiri, memandang hanya terfokus pada satu pandangan bicara dan tertawa sendiri.

2. Diagnosa Keperawatan

Gangguan persepsi sensori : Halusinasi penglihatan

3. Tujuan Khusus (TUK)

- a. Membantu klien mengenali halusinasi
- b. Membantu klien mengontrol halusinasi dengan cara menghardik

4. Tindakan Keperawatan

- a. Bantu klien mengenal halusinasi (isi, frekuensi, waktu terjadinya, situasi pencetus, perasaan saat terjadi)
- b. Melatih mengontrol halusinasi dengan cara menghardik
- c. Menjelaskan cara menghardik
- d. Meminta klien untuk meragakan cara menghardik
- e. Memantau penerapan cara menghardik dan beri penguatan atau pujian bila klien dapat melakukannya dengan benar
- f. Menganjurkan klien untuk memasukkan cara menghardik halusinasi ke jadwal kegiatan

B. STRATEGI KOMUNIKASI DALAM PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

a. FASE ORIENTASI

1. Salam Terapeutik

Selamat pagi pak, Apa bapak masih ingat dengan saya ? Bagaimana perasaan bapak hari ini ?

2. Evaluasi atau Validasi

Apa bapak masih melihat bayangan itu ? Apa bapak sudah mencoba cara yang sudah saya ajarkan kemarin ? Apa caranya sudah dimasukkan ke jadwal harian bapak ?

3. Kontrak

Topik : Bagaimana kalau kita hari ini belajar kembali tentang menghilangkan bayangan yang dengan cara pertama yaitu menghardik.

Waktu : Bapak mau berapa lama ? Bagaimana kalau 20 menit

Tempat : Bapak maunya dimana ? Bagaimana kalau kita dudukdiruang tamu

b. FASE KERJA

Apakah bapak melihat bayangan yang tanpa ada wujudnya ?apa yang dikatakan bayangan itu ? apakah terus-menerus terlihat atau sewaktu-waktu ? Kapan paling sering melihat bayangan itu ? Berapa kali sehari bapak melihat bayangan itu ?apakah pada waktu sendiri bapak melihat bayangan itu ? apa yang bapak rasakan pada saat melihat bayangan itu ? Apa yang bapak lakukan saat melihat bayanganitu ?apakah dengan cara itu bayangan itu hilang ? bagaimana kalau kita belajar cara untuk mencegah bayangan itu muncul ? Bagaimana kalau kita belajar satu cara dulu, yaitu dengan menghardik. Caranya saat bayangan-bayangan itu muncul bapak langsung bilang “Pergi saya tidak mau melihat, kamu itu bayangan palsu” Begitu diulang-ulang sampai bayangan itu tidak terlihat lagi. Coba bapak peragakan, nah bagus !coba lagi, ya bagus bapak sudah bisa.

3. TERMINASI

a. Evaluasi respon klien terhadap tindakan keperawatan

Evaluasi subyektif (klien)

Bagaimana perasaan bapak setelah peragaan latihan tadi ?

Evaluasi obyektif (perawat)

Kalau bayangan itu muncul lagi silahkan bapak coba lakukan cara menghardik.

b. Rencana tindak lanjut

Cara menghardik ini kita buat jadwal kegiatan ya pak ?

c. Kontrak yang akan datang

Topik : Bagaimana kalau besok kita bertemu lagi untuk belajar dan latihan menghilangkan bayangan-bayangan dengan cara yang pertama dulu ?

Waktu : Bapak mau jam berapa ? berapa lama kita mau berlatih ? bagaimana kalau 20 menit ?

Tempat : Bapak maunya dimana ? bagaimana kalau diteras depan ?



	FORMULIR		No. Dok. :
	LOG BOOK PENYUSUNAN PROPOSAL MAHASISWA		Berlaku Sejak Revisi :

**LOG BOOK PENYUSUNAN PROPOSAL KTI
MAHASISWA D3 KEPERAWATAN UNEJ KAMPUS LUMAJANG**

NAMA MAHASISWA : Ridho Maulana I
NIM : 152303101128
PROGRAM STUDI : D3 Keperawatan
JUDUL KARYA TULIS ILMIAH : "Asuhan Keperawatan Jwa Pada Pasien Skizofrenia dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Penglihatan di RSJ Radjiman Wediodiningrat Lumajang"

TAHAP PENULISAN PROPOSAL

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2		4		6
1	7/2018 /2	Konisi Bab 4	Pembahasan pada teori, opini tulis penulisan. sumber terbaru minimal 2008.	5	6
2	8/2018 /2	Lanjut + Pembahasan Bab 4.	<ul style="list-style-type: none"> - Pembahasan rangkai pengantian data - Pengelolaan data. - Penulisan Pendekatan dg ETO - Bab 11 dan Bab IV harus Singkron. - Reduksi data yg tidak relevan	5	6

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
3	9/10 2	melanjutkan Bab 4	F.T.O. tambahkan.	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
4	15/10 2	Konsul Bab 4	menemani 5 Jurnal	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
5	20/10 2	Konsul Bab 4	Konsul Jurnal + Bab 4	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
6	25/10 2	Konsul Bab 4.	Revisi Bab 4 STP : Ide dan fitur yang belum & usia	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
7	5/10 3	Konsul Bab 4	Revisi Presipitasi : Pengaliran, Hutan, mengorgan : Riwayat (Penerapan) : Geometri (Penerapan) Peta dan	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
8	21/10 5	Konsul Bab 4	Revisi Presipitasi : Faktor Presipitasi : Geometri.	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
9	23/10 5	Konsul Bab 4	Revisi Presipitasi : Konsep lain.	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
10	25/18 5	Konsul Bab 9	- Teori pada genogram	[Signature]	[Signature]
11	28/18 5	Konsul Bab 9	- Leuambanch pengalana - Riak menyenagha.	[Signature]	[Signature]
12	4/18 6	Konsul Bab 5	Perkahan Roda saran	[Signature]	[Signature]
			Aene pu	[Signature]	[Signature]
13	7/18 7	Konsul KTI	REVISI DATA KLIEN REVISI DAPUS	[Signature]	[Signature]
14	2/18 7	KONSUL KTI	- PENULISAN, Fet Genogram - DAFTAR 'uji	[Signature]	[Signature]
15	11/18 7	Konsul KTI	- Siswa (PS) Ace Perjanji - kata pengantar konsep Habis - Daftar Pustaka - awal penelitian.	[Signature]	[Signature]

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
				5	6
	2/7	Konsep KTI	Identifikasi Klien - Daftar Riwayat - Pemeriksaan Umum Babuk.		
	2/10		ACC		
					