**KARYA TULIS ILMIAH**

# HALAMAN COVER LUAR

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA TN. R MASALAH UTAMA GANGGUAN PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI PENDENGARAN DENGAN DIAGNOSA MEDIS *OTHER NONORGANIC***

***PSYCHOTIC DISORDER* DI RUANG GELATIK**

**RUMAH SAKIT JIWA MENUR**

**PROVINSI JAWA TIMUR**



**Oleh :**

**DINA JAYANTI**

**NIM. 182.0009**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA**

**2021**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA TN. R MASALAH UTAMA GANGGUAN PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI PENDENGARAN DENGAN DIAGNOSA MEDIS *OTHER NONORGANIC***

***PSYCHOTIC DISORDER* DI RUANG GELATIK**

**RUMAH SAKIT JIWA MENUR**

**PROVINSI JAWA TIMUR**

# **HALAMAN COVER DALAM**

**Karya Tulis Ilmiah ini diajukan sebagai salah satu syarat**

**Untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan**



**Oleh :**

**DINA JAYANTI**

**NIM. 182.0009**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA**

**2021**

# **SURAT PERNYATAAN**

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

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

Surabaya, 15 Juni 2021



DINA JAYANTI

Nim. 182.0009

# **HALAMAN PERSETUJUAN**

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing :

Nama : Dina Jayanti

NIM : 182.0009

Program Studi : D-III Keperawatan

Judul : Asuhan Keperawatan Jiwa dengan Masalah Utama Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran pada Tn. R dengan diagnosa medis Other Nonorganic Pyschotic Disorder di Ruang Gelatik I RS Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur

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

**AHLI MADYA KEPERAWATAN (AM.d Kep)**

Surabaya, 15 Juni 2021



Pembimbing

Dr. A.V. Sri Suhardiningsih, S.Kp., M.Kes

NIP. 04.015

Ditetapkan Di : Stikes Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 15 Juni 2021

# **HALAMAN PENGESAHAN**

Karya Tulis Ilmiah dari :

Nama : Dina Jayanti

Nim. : 1820009

Program Studi : D3 Keperawatan

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Jiwa dengan Masalah Utama Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran pada Tn. R dengan diagnosa medis Other Nonorganic Pyschotic Disorder di Ruang Gelatik I RS Jiwa Menur Surabaya

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

Hari, Tanggal : Selasa, 15 Juni 2021

Bertempat di : Rumah (Daring)

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

Penguji I : Hidayatus Sya’diyah, S.Kep.,Ns.,M.Kep (……………….)

Nip. 03.009

Penguji II : Dya Sustrami, S.Kep., Ns.,M.Kes (……………….)

Nip. 03.007

Penguji III : Dr. AV Sri Suhardiningsih, S.Kp.,M.Kes (……………….)

Nip. 04.015

**Mengetahui,**

**Stikes Hang Tuah Surabaya**

**Ka Prodi D-III Keperawatan**

**Dya Sustrami, S.Kep., Ns.,M.Kes**

**Nip. 03.007**

Ditetapkan Di : Stikes Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 15 Juni 2021

# **KATA PENGANTAR**

 Alhamdulillah, Puji Syukur Kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Karya tulis ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Ahli Madya Keperawatan.

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

1. Dr. H. Moch. Hafidin Ilham, Sp. An selaku Kepala Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya, yang telah memberikan ijin dan lahan praktik untuk penyusunan karya tulis dan selama kami berada di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
2. Dr. AV. Sri Suhardiningsih, S.Kp.,M.Kes Selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada kai untuk praktik di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya dan menyelesaikan pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
3. Dya Sustrami, S.Kep., Ns., M.Kes selaku Kepala Program Studi D-III Keperawatan yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
4. Ibu Hidayatus Sya’diyah, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku penguji ketua, yang telah bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan, arahan dan masukan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
5. Ibu Dr. AV. Sri Suhardiningsih, S.Kp.,M.Kes selaku penguji dan pembimbing, yang dengan tulus dan ikhlas telah memberikan arahan dan masukan yang sangat banyak dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
6. Ibu Dya Sustrami, S.Kep., Ns., M.Kes selaku penguji II, yang dengan tuluss iklhas telah memberikan arahan, motivasi dan semangat dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
7. Bapak dan Ibu Dosen Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi – materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan karya tulis ilmiah ini, juga kepada seluruh tenaga adminitrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulis selama menjalani studi dan penulisan.
8. Orang tua dan kakak saya tercinta, yang selalu memberikan support dan mengiyakan kemauan saya dalam memberi waktu luang supaya saya mengerjakan karya tulis ilmiah ini dengan tenang, saya mengucapkan terima kasih sebanyak – banyaknya.
9. Sahabat kampus saya yaitu Suci Agnes yang selalu memberikan motivasi, dukungan dan selalu mendampingi saya dikala susah dan bahagia, saya hanya mengucapkan terima kasih dan semoga selesainya karya tulis ilmiah ini kita bisa main bareng lagi.
10. Mantan saya yaitu Bainur Rofiq yang selalu memberikan semangat, membantu saya untuk mengedit karya tulis ilmiah ini, dan selalu menemani saya dikala suntuk saat mengerjakan karya tulis ilmiah, saya hanya mengucapkan banyak terimakasih dan semoga kita selalu bersama.
11. Teman – teman kampus saya yang tidak bisa saya sebutkan satu – persatu, terima kasih telah menjadi pengingat, dukungan, dan memotivasi supaya semangat untuk mengerjakan karya tulis ilmiah ini, i love u all but not to much.
12. ”Pretty Face Doesn’t Mean A Pretty Heart, Teruslah Berjuang dan Berusaha untuk hasil mari kita serahkan kepada Allah SWT”

Surabaya, 15 Juni 2021

Penulis

# **DAFTAR ISI**

[HALAMAN COVER LUAR i](#_Toc76408347)

[HALAMAN COVER DALAM ii](#_Toc76408348)

[SURAT PERNYATAAN iii](#_Toc76408349)

[HALAMAN PERSETUJUAN iv](#_Toc76408350)

[HALAMAN PENGESAHAN v](#_Toc76408351)

[KATA PENGANTAR vi](#_Toc76408352)

[DAFTAR ISI ix](#_Toc76408353)

[DAFTAR TABEL xii](#_Toc76408354)

[DAFTAR GAMBAR xiii](#_Toc76408355)

[DAFTAR LAMPIRAN xiv](#_Toc76408356)

[DAFTAR SINGKATAN xv](#_Toc76408357)

[BAB 1 PENDAHULUAN 1](#_Toc76408358)

[1.1 Latar Belakang 1](#_Toc76408359)

[1.2 Rumusan Masalah 4](#_Toc76408360)

[1.3 Tujuan Penulisan 4](#_Toc76408361)

[1.3.1 Tujuan Umum 4](#_Toc76408362)

[1.3.2 Tujuan Khusus 4](#_Toc76408363)

[1.4 Manfaat 5](#_Toc76408364)

[1.4.1 Akademis 5](#_Toc76408365)

[1.4.2 Secara Praktisi, Tugas akhir ini akan bermanfaat : 5](#_Toc76408366)

[1.5 Metode Penulisan 6](#_Toc76408367)

[1.5.1 Metode 6](#_Toc76408368)

[1.5.2 Teknik Pengumpulan Data 6](#_Toc76408369)

[1.5.3 Sumber Data 7](#_Toc76408370)

[1.5.4 Studi Kepustakaan 7](#_Toc76408371)

[1.6 Sistematika Penulisan 7](#_Toc76408372)

[BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA 9](#_Toc76408373)

[2.1 Konsep Dasar Gangguan Psikotik 9](#_Toc76408374)

[2.2 Konsep Dasar Skizofrenia 10](#_Toc76408375)

[2.2.1 Pengertian Skizofrenia 10](#_Toc76408376)

[2.2.2 Proses Terjadinya Skizofrenia 10](#_Toc76408377)

[2.2.3 Tanda dan Gejala Skizofrenia 11](#_Toc76408378)

[2.2.4 Etiologi Skizofrenia 13](#_Toc76408379)

[2.2.5 Jenis Skizofrenia 14](#_Toc76408380)

[2.2.6 Pengobatan 16](#_Toc76408381)

[2.3 Konsep Halusinasi 16](#_Toc76408382)

[2.3.1 Pengertian Halusinasi 16](#_Toc76408383)

[2.3.2 Rentang Respon Halusinasi 17](#_Toc76408384)

[2.3.3 Jenis Halusinasi 18](#_Toc76408385)

[2.3.4 Tahapan Halusinasi 21](#_Toc76408386)

[2.3.5 Etiologi Halusinasi 22](#_Toc76408387)

[2.3.6 Tanda dan Gejala Halusinasi 24](#_Toc76408388)

[2.3.7 Psikopatologi 25](#_Toc76408389)

[2.4 Konsep Asuhan Keperawatan Halusinasi Pendengaran 25](#_Toc76408390)

[2.5.1 Asuhan Keperawatan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran 25](#_Toc76408391)

[2.5.2 Pengkajian 26](#_Toc76408392)

[2.5.3 Diagnosa Keperawatan 28](#_Toc76408393)

[2.5.4 Perencanaan 29](#_Toc76408394)

[2.5.5 Implementasi 32](#_Toc76408395)

[2.5.6 Evaluasi 32](#_Toc76408396)

[2.5 Konsep Komunikasi Terapeutik 33](#_Toc76408397)

[2.4.1 Definisi Komunikasi Terapeutik 33](#_Toc76408398)

[2.4.2 Tujuan Komunikasi Terapeutik 34](#_Toc76408399)

[2.4.3 Manfaat Komunikasi Terapeutik 34](#_Toc76408400)

[2.4.4 Teknik Komunikasi Terapeutik 34](#_Toc76408401)

[2.4.5 Tahap – Tahap Komunikasi Terapeutik 37](#_Toc76408402)

[2.4.6 Faktor Yang Mempengaruhi Komunikasi Terapeutik 39](#_Toc76408403)

[2.6 Konsep Stress Adaptasi 40](#_Toc76408404)

[2.6.1 Pengertian Stress 40](#_Toc76408405)

[2.6.2 Faktor Stress 40](#_Toc76408406)

[2.6.3 Gejala Stress 41](#_Toc76408407)

[2.6.4 Jenis Stress 42](#_Toc76408408)

[2.6.5 Dampak Stress 43](#_Toc76408409)

[2.6.6 Tahapan Stress 44](#_Toc76408410)

[2.6.7 Manajemen Stress 46](#_Toc76408411)

[BAB 3 TINJAUAN KASUS 47](#_Toc76408412)

[3.1 Identitas Klien 47](#_Toc76408413)

[3.2 Identitas Pada Konsep Diri 47](#_Toc76408414)

[3.3 Data Pengkajian 47](#_Toc76408415)

[3.3.1 Alasan Masuk 47](#_Toc76408416)

[3.3.2 Faktor Predisposisi 48](#_Toc76408417)

[3.1.1 Pemeriksaan Fisik 49](#_Toc76408418)

[3.3.3 Psikososial 49](#_Toc76408419)

[3.3.4 Status Mental 51](#_Toc76408420)

[3.3.5 Kebutuhan Persiapan Pulang 54](#_Toc76408421)

[3.3.6 Mekanisme Koping 57](#_Toc76408422)

[3.3.7 Masalah Psikososial dan Lingkungan 57](#_Toc76408423)

[3.3.8 Kurang Pengetahuan Tentang 58](#_Toc76408424)

[3.3.9 Aspek Medis 58](#_Toc76408425)

[3.3.10 Daftar Masalah Keperawatan 58](#_Toc76408426)

[3.3.11 Diagnosa Keperawatan 59](#_Toc76408427)

[3.4 Analisa Data 60](#_Toc76408428)

[3.5 Pohon Masalah 61](#_Toc76408429)

[3.6 Rencana Keperawatan 62](#_Toc76408430)

[3.7 Implementasi 68](#_Toc76408431)

[3.8 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan 77](#_Toc76408432)

[BAB 4 PEMBAHASAN 87](#_Toc76408433)

[4.1 Pengkajian 87](#_Toc76408434)

[4.2 Diagnosa Keperawatan 89](#_Toc76408435)

[4.3 Rencana Keperawatan 90](#_Toc76408436)

[4.4 Implementasi Keperawatan 91](#_Toc76408437)

[4.5 Evaluasi 93](#_Toc76408438)

[BAB 5 PENUTUP 95](#_Toc76408439)

[5.1 Kesimpulan 95](#_Toc76408440)

[5.2 Saran 97](#_Toc76408441)

[DAFTAR PUSTAKA 99](#_Toc76408442)

# **DAFTAR TABEL**

[Tabel 2. 1 Tahapan Halusinasi 21](#_Toc75859288)

[Tabel 3. 1 Analisa Data …….60](#_Toc75859468)

[Tabel 3. 2 Rencana Keperawatan 62](#_Toc75859469)

[Tabel 3. 3 Implementasi Keperawatan 68](#_Toc75859470)

# **DAFTAR GAMBAR**

[Gambar 2. 1 Rentang Respon Neurobiologis (Yosep & Sutini, 2016). 18](#_Toc75859525)

[Gambar 2. 2 Pohon Masalah Halusinasi 28](#_Toc75859526)

[Gambar 3. 1 Genogram Keluarga Tn. R …….. 49](#_Toc75859535)

[Gambar 3. 3 Pohon Masalah Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran 61](#_Toc75859536)

# **DAFTAR LAMPIRAN**

[Lampiran 1 Strategi Pelaksanaan (SP 1) 77](#_Toc76409686)

[Lampiran 2 Strategi Pelaksanaan (SP 2) 81](#_Toc76409687)

[Lampiran 3 Strategi Pelaksanaan (SP 2) 84](#_Toc76409688)

[Lampiran 4 Hasil Evaluasi Kemampuan Klien 86](#_Toc76409689)

# **DAFTAR SINGKATAN**

BAB : Buang Air Besar

BAK : Buang Air Kecil

BB : Berat Badan

cm : Centimeter

DO : Data Objektif

DS : Data Subjektif

Dr : Dokter

DIII : Diploma

Kg : Kilo Gram.

mg : Miligram.

mmHg : Milimeter Air Raksa.

N : Nadi.

NO : Nomor

Tn : Tuan

RR : Respiratory Rate

RM : Rekam Medis

RSJ : Rumah Sakit Jiwa

RS : Rumah Sakit

S : Suhu

SP : Strategi Pelaksanaan

SOAP : Subyektif, Obyektif, Assesment, Planning

TTD : Tanda Tangan

TGL : Tanggal

TB : Tinggi Badan.

TD : Tekanan Darah.

TTV : Tanda – Tanda Vital.

WHO : World Health Organisation

WIB : Waktu Indonesia Barat

℃ : Derajat Celcius

# **BAB 1**

# **PENDAHULUAN**

## **Latar Belakang**

Kesehatan meliputi kesehatan fisik dan kesehatan psikis maka dari itu kesehatan merupakan keadaan dengan kondisi sehat badan jasmani, rohani, spiritual dan sosial, bukan hanya keadaan bebas dari penyakit. Kesehatan jiwa adalah kondisi seseorang mengalami perkembangan fisik, intelektual dan emosional yang optimal untuk membentuk kepribadian dan perilaku seseorang tersebut. Salah satunya adalah Halusinasi merupakan salah satu gejala gangguan jiwa yang dialami pasien yaitu perubahan sensori persepsi serta merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan atau penciuman yang sebetulnya tidak ada (Yusuf, A.H & ,R & Nihayati, 2015). Halusinasi Pendengaran paling sering dijumpai dapat berupa bunyi mendenging atau suara bising yang tidak mempunyai arti, tetapi lebih sering terdengar sebagai sebuah kata atau kalimat yang bermakna, biasanya suara tersebut ditujukan pada penderita sehingga tidak jarang penderita bertengkar dan berdebat dengan suara tersebut (Yosep & Sutini, 2016). Persepsi adalah proses diterimanya rangsang sampai rangsang tersebut disadari dan dimengerti penginderaan atau sensasi, sedangkan gangguan persepsi merupakan ketidakmampuan manusia dalam membedakan antara rangsang yang timbul dari sumber internal (pikiran, perasaan) dan stimulus eksternal (Dermawan & Rusdi, 2013).

Menurut World Health Organization (WHO) kondisi kesehatan jiwa meningkat hingga 13% diseluruh dunia, termasuk Indonesia. Hal ini yang menyebabkan 1 dari 5 tahun hidup dengan kecacatan, sekitar 20% dari orang dewasa di dunia memiliki kondisi kesehatan mental, seperti dengan bunuh diri dan penggunaan narkoba yang berdampak besar pada semua bidang kehidupan. Menurut Undang – Undang RI No. 18 tahun 2014 tentang kesehatan jiwa yaitu kondisi dimana seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual dan sosial sehingga individu tersebut menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya. Data Riskesdas 2018 menunjukkan prevalensi gangguan mental emosional yang ditunjukkan dengan gejala – gejala depresi dan kecemasan untuk usia > 15 tahun mencapai sekitar 19 juta orang atau 9,8% dari jumlah penduduk Indonesia. Sedangkan prevalensi gangguan jiwa berat, seperti skizofrenia mencapai sekitar 400.000 orang atau sebanyak 7 per 1000 penduduk (Kemenkes, 2018). Berdasarkan laporan data yang didapatkan di Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur periode bulan Januari sampai April 2021 terjumlah 1299 klien, laki – laki berjumlah 879 sedangkan perempuan hanya 420. Dari data tersebut adapun diagnosa dengan Skizofrenia 47,5% yaitu 617 klien, Perilaku Kekerasan 22% yaitu 286 klien, Isolasi Sosial 12,62% yaitu 164 klien, Defisit Perawatan Diri 4,06% yaitu 53 klien, Gangguan Citra Diri 2,5% yaitu 32 klien, Harga Diri Rendah 8,31% yaitu 108 klien, Waham 2,23% yaitu 29, Risiko Bunuh Diri 0,76% yaitu 10 klien.

Penyebab halusinasi ada dua karena faktor predisposisi dan faktor presipitasi. Menurut Stuart dan Laraia, 2005), faktor predisposisi seperti faktor risiko yang memengaruhi jenis dan jumlah sumber yang didapat dibangkitkan oleh individu untuk mengatasi stress. Sementara, faktor presipitasi yaitu stimulus yang di persepsikan oleh individu sebagai tantangan, ancaman / tuntutan yang memerlukan energi ekstra untuk koping individu karena dapat meningkatkan stress dan kecemasan yang merangsang tubuh mengeluarkan zat halusinogenik. Mekanisme koping yang sering digunakan klien dengan halusinasi meliputi regresi atau menjadi malas beraktivitas sehari – hari, proyeksi atau mencoba menjelaskan gangguan persepsi dengan mengalihkan tanggung jawab kepada orang lain atau sesuatu benda, menarik diri seperti sulit mempercayai orang lain dan asyik dengan stimulus internal dan keluarga mengingkari masalah yang sedang dialami (Muhith, 2015). Kurangya komunikasi dan kehangatan keluarga juga menyebabkan klien tidak mampu mandiri sejak kecil dan mudah frustasi, hilang kepercayaan diri dan lebih rentan terhadap stress. Respon pasien terhadap halusinasi yaitu bicara, senyum, tertawa sendiri, pembicaraan kacau, menghindari dari orang lain, mengatakan mendengarkan suara, tidak dapat membedakan hal yang nyata dan hal yang tidak nyata (Nurhalimah, 2012).

Penanganan pada klien yang mengalami gangguan persepsi sensori halusinasi dapat dilakukan asuhan keperawatan dengan cara wawancara dan pengkajian mendalam terhadap berbagai faktor penyebab halusinasi serta urutan kejadian peristiwa pada klien. Selain dengan asuhan keperawatan bisa juga dengan dukungan keluarga karena keluarga sangat berperan penting dalam mencegah terjadinya kekambuhan dan meningkatkan kesembuhan selain fasilitas rehabilitasi, (Keliat & Susanti, 2011). Dalam hal ini perlu adanya pemberian asuhan keperawatan jiwa yang membutuhkan kerjasama antara perawat dengan pasien, keluarga dan masyarakat untuk mencapai tingkat kesehatan yang optimal.

## **Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang di atas didapatkan rumusan masalah sebagai berikut: “Bagaimana Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. R Dengan Masalah Utama Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran dengan Diagnosa Medis Skizofrenia Di Ruang Gelatik I RS Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur” ?

## **Tujuan Penulisan**

### **Tujuan Umum**

Mahasiswa mampu mengidentifikasi Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. R Dengan Masalah Utama Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran dengan Diagnosa Medis Skizofrenia Di Ruang Gelatik I RS Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.

### **Tujuan Khusus**

1. Melakukan Pengkajian Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. R Dengan Masalah Utama Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran dengan Diagnosa Medis Skizofrenia Di Ruang Gelatik I RS Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.
2. Merumuskan Diagnosa Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. R Dengan Masalah Utama Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran dengan Diagnosa Medis Skizofrenia Di Ruang Gelatik I RS Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.
3. Merencanakan Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. R Dengan Masalah Utama Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran dengan Diagnosa Medis Skizofrenia Di Ruang Gelatik I RS Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.
4. Melaksanakan Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. R Dengan Masalah Utama Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran dengan Diagnosa Medis Skizofrenia Di Ruang Gelatik I RS Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.
5. Mengevaluasi Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. R Dengan Masalah Utama Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran dengan Diagnosa Medis Skizofrenia Di Ruang Gelatik I RS Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.
6. Mendokumentasi Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. R Dengan Masalah Utama Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran dengan Diagnosa Medis Skizofrenia Di Ruang Gelatik I RS Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.

## **Manfaat**

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

### **Akademis**

Sumbangan untuk ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran.

### **Secara Praktisi, Tugas akhir ini akan bermanfaat :**

1. Bagi Pelayanan Keperawatan

Hasil karya ini dapat menjadi masukan dan dapat mengaplikasikan asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran dalam kegiatan sehari – hari.

1. Bagi Peneliti

hasil karya tulis ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi para penulis berikutnya yang akan melakukan studi kasus pada asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran.

1. Bagi Profesi Kesehatan

Sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada klien Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran.

## **Metode Penulisan**

### **Metode**

Metode deskriptif yaitu metode yang sifatnya mengungkapkan peristiwa atau gejala yang terjadi pada waktu sekarang yang meliputi studi literatur atau kepustakaan yang mempelajari, mengumpulkan, membahas data dengan studi pendekatan proses keperawatan dengan langkah – langkah yaitu: pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

### **Teknik Pengumpulan Data**

1. Wawancara

Hasil data diperoleh melalui percakapan dengan klien dan tim kesehatan lainnya

1. Observasi

Hasil data yang diperoleh ketika wawancara berlangsung dan sesuai dengan kondisi pasien

1. Pemeriksaan

Pemeriksaan fisik yang dapat menunjang dalam menegakkan diagnosa dan penanganan selanjutnya

### **Sumber Data**

1. Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari klien

1. Data Sekunder

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

### **Studi Kepustakaan**

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

## **Sistematika Penulisan**

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

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

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

BAB 2 : Tinjauan Pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan klien dengan diagnosa Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran, serta kerangka masalah.

BAB 3 : Tinjauan Kasus, berisi tentang deskripsi data hasil pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi.

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

BAB 5 : Penutup, berisi tentang kesimpulan dan saran.

1. Bagian Akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

# **BAB 2**

# **TINJAUAN PUSTAKA**

Pada bab 2 ini akan diuraikan tentang konsep teoritis sebagai landasan dalam studi kasus yang meliputi : Konsep Psychotic Disorder, Konsep Skizofrenia, Konsep Halusinasi, Konsep Komunikasi Terapeutik, Konsep Asuhan Keperawatan.

## **Konsep Dasar Gangguan Psikotik**

Gangguan jiwa yang ditandai dengan tidak mampunya individu menilai kenyataan yang sedang dialaminya seperti terdapat halusinasi pendengaran atau melihat hal yang tidak nyata, delusi menyakini hal yang tidak benar, waham atau tingkah laku yang aneh serta kacau itu yang dimaksud dengan gangguan psikotik atau *Psychotic Disorder*. Zat psikoaktif yang dapat menyebabkan sindroma psikotik, zat yang paling sering di konsumsi dikalangan remaja salah satunya yaitu alkohol. Penyebab psikotik yang umum tidak diketahui tapi biasanya disebabkan karena stress yang parah seperti kejadian traumatis, konflik keluarga, masalah pekerjaan, kecelakaan, sakit parah, kematian orang yang disayang.

Psikotik yang paling dikenal yaitu Sindrom Misidentifikasi Waham (*Delusional Misidentification Syndrome, DMS)* seperti *Sindrom Copgras* yang ditandai dengan adanya waham, sedangkan *Sindrom Fregoli* lebih jarang terjadi termasuk waham berupa keyakinan bahwa orang asing yang sedang ditemui klien adalah penyiksa yang sedang menyamar. Adapula, Non-Psikotik atau *Sindrom Munchausen* biasa disebut gangguan *Factilious* dalam ICD-1- dan DSM-IV ditandai dengan gejala berpura – pura sakit, biasnya gejala fisik seperti nyeri pada abdomen tetapi kadang berupa gejala psikiatri seperti berpura – pura berhalusinasi, kesedihan, atau penyiksaan seksual yang berulang. (Katona et al., 2012).

## **Konsep Dasar Skizofrenia**

### **Pengertian Skizofrenia**

Skizofrenia merupakan gangguan jiwa berat yang ditandai dengan penurunan atau ketidakmampuan berkomunikasi, gangguan realitas (Halusinasi atau Waham), afek tidak wajar atau tumpul, gangguan kognitif (tidak mampu berpikir abstrak) serta mengalami kesukaran melakukan aktivitas sehari – hari (Keliat & Susanti, 2011). Skizofrenia pada umumnya ditandai oleh penyimpangan karakteristik dari pikiran dan persepsi, serta oleh afek yang tidak wajar (Inappropriate) or tumpul (blunted), kemampuan intelektual tetap baik walaupun kemunduran kognitif tertentu dapat berkembang kemudian (Maslim, 2013). Skizofrenia adalah sekelompok gangguan psikotik dengan distorsi khas proses pikir, kadang – kadang mempunyai perasaan bahwa dirinya sedang dikendalikan oleh kekuatan dari luar dirinya, waham yang kadang – kadang aneh, gangguan persepsi, afek abnormal yang terpadu dengan situasi nyata atau sebenarnya, dan autisme (Zahnia & Wulan Sumekar, 2016).

### **Proses Terjadinya Skizofrenia**

Skizofrenia terbentuk secara bertahap dimana keluarga maupun klien tidak menyadari ada sesuatu yang tidak beres di dalam otak dalam kurun waktu yang lama. Kerusakan yang perlahan – lahan yang akhirnya menjadi skizofrenia yang tersembunyi dan berbahaya dengan gejala yang ditimbulkan secara perlahan bisa menjadi skizofrenia akut. Periode skizofrenia akut adalah gangguan yang singkat dan kuat meliputi halusinasi, penyesatan pikiran atau delusi dan kegagalan dalam berpikir. Perubahan perilaku sangat dramatis terjadi dalam beberapa hari atau minggu dengan serangan yang mendadak memicu terjadinya periode akut secara cepat. Beberapa penderita mengalami gangguan tersebut seumur hidup, adapun yang bisa kembali hidup secara normal dalam periode akut tersebut.

Kebanyakan dari klien yang mengalami skizofrenia dikarenakan mereka dikucilkan atau memang mereka jarang bersosialisasi dengan masyarakat, menderita depresi yang hebat akibat tekanan dan tidak dapat berfungsi sebagaimana layaknya orang normal dalam lingkungannya. Dalam beberapa kasus serangan dapat meningkat menjadi skizofrenia kronis. klien menjadi buas, kehilangan karakter sebagaimana manusia dalam kehidupan sosial, tidak memiliki motivasi sama sekali, depresi dan tidak memiliki kepekaan terhadap perasaan sendiri

### **Tanda dan Gejala Skizofrenia**

Ciri khas dari klien dengan skizofrenia adalah menarik diri dari lingkungan sosial dan hubungan personal serta hidup dalam dunianya sendiri dan halusinasi yang berlebihan (Maulana et al., 2021). Indikator premorbid (pra-sakit) pre-skizofrenia antara lain ketidakmampuan seseorang mengekspresi emosi seperti wajah dingin, jarang tersenyum, acuh tak acuh, dan klien sulit untuk melakukan pembicaraan terarah selalu berputar – putar, serta klien menjadi pemalu, lebih tertutup dan menarik diri secara sosial, tidak bisa menikmati rasa senang dan suka menantang tanpa alasan jelas (Azizah et al., 2016).

Menurut Yosep secara general gejala serangan skizofrenia dibagi menjadi 2 yaitu gejala positif dan gejala negatif (Yosep & Sutini, 2016).

1. Gejala Positif

Klien dengan skizofrenia mungkin mendengar suara – suara atau melihat sesuatu yang sebenarnya tidak ada atau mengalami suatu sensasi yang tidak biasa pada tubuhnya. Halusinasi selalu terjadi saat rangsangan terlalu kuat dan otak tidak menginterprestasikan dan merespon pesan atau rangsangan yang datang. Gejala yang timbul pada *Auditory Hallucinations* yaitu klien merasa ada suara dari dalam dirinya, kadang suara itu dirasakan menyejukkan hati, memberikan kedamaian, terkadang suara itu menyuruhnya melakukan sesuatu yang sangat berbahaya seperti bunuh diri.

Beberapa penderita skizofrenia berubah menjadi seorang paranoid, mereka selalu merasa sedang diamati, diintai atau hendak diserang oleh seseorang. Kegagalan berpikir mengarah pada masalah klien skizofrenia tidak mampu berproses dan mengatur pikirannya, tidak mampu memahami hubungan antara kenyataan dan logika karena klien skizofrenia tidak mampu mengatur pikirannya membuat mereka berbicara secara serampangan dan tidak bisa ditangkap secara logika. Dari tidak mampunya dalam berpikir juga menjadi penyebab tidak mampu mengendalikan emosi dan perasaan, maka dari itu klien dengan skizofrenia sering tertawa atau berbicara sendiri dengan keras tanpa peduli dengan sekelilingnya. Semua itu yang membuat klien skizofrenia tidak mengenali dirinya.

1. Gejala Negatif

Perasaan yang tumpul membuat emosi klien dengan skizofrenia menjadi datar dan tidak memiliki ekspresi baik dari raut muka maupun gerakan tangannya, seakan – akan dia tidak memiliki emosi apapun. Tetapi bukan berarti bahwa klien dengan skizofrenia tidak bisa merasakan apapun, mereka mungkin bisa menerima pemberian dan perhatian orang lain, melainkan tidak bisa mengekspresikan perasaan mereka. Klien dengan skizofrenia kehilangan motivasi dan apatis berarti kehilangan energi dan minat dalam hidup yang membuat klien menjadi malas.

### **Etiologi Skizofrenia**

Adanya komponen genetik yang kuat dengan meningkatnya jumlah penderita skizofrenia dan psikosis afektif pada keluarga penderita skizofrenia. Risiko perkembangan menjadi penderita skizofrenia diperkirakan sebesar 50% pada seseorang yang memiliki saudara kembar monozigot bahwa keturunan penderita skizofrenia yang diadopsi keluarga lain akan memiliki peluang yang meningkat sekitar 12% menderita penyakit tersebut (Katona et al., 2012).

1. Teori Somatogenik
2. Keturunan
3. Endokrin, timbulnya skizofrenia pada waktu pubertas, waktu kemailan atau periperium dan waktu klimakterium.
4. Metabolisme, karean penderita skizofrenia tampak pucat, ujung eksremitas agak sianosis, nafsu makan berkurang dan berat badan menurun dengan stupor katatonik konsumsi zat asam menurun.
5. Susunan Saraf Pusat, pada diensefalon atau kortek otak tetapi kelainan patologis yang mungkin disebakan oleh perubahan postmortem atau artefak.
6. Teori Psikogenik Menurut Eugen Bleuler

Skizofrenia adalah jiwa yang terpecah belah, adanya keretakan atau disharmoni antara proses perpikir, perasaan dan perbuatan. Gejala dibagi menjadi dua kelompok yaitu gejala primer (gangguan proses pikiran, gangguan emosi, gangguan kecemasan dan otisme), gejela sekunder (waham, halusinasi dan gejala katatonik atau gangguan psikomotorik).

### **Jenis Skizofrenia**

Kraepelin membagi skizofrenia dalam beberapa jenis berdasarkan gejala utama antara lain :

1. Skizofrenia Simplex

Timbul secara perlahan – lahan pertama kali pada usia pubertas dengan gejala utama berupa kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan. Gangguan proses berpikir sukar ditemukan, waham dan halusinasi jarang didapatkan.

1. Skizofrenia Heberfrenia

Timbul secara perlahan – lahan atau subakut dan timbul pada masa remaja antara 15-25 tahun dengan gejala yang mencolok seperti gangguan proses fikir, gangguan kemauan dan adanya depersonalisasi atau double personality, gangguan psikomotor seperti mannerism, neologisme atau perilaku kekanak – kanakan, serta terdapat waham dan halusinasi.

1. Skizofrenia Katatonik

Timbul pertama kali umur 15-30 tahun dan biasanya akut serta sering didahului oleh stress emosional, dan mungkin terjadi gaduh gelisah katatonik atau stupor katatonik.

1. Skizofrenia Paranoid

Timbul dengan gejala yang mencolok seperti waham primer disertai dengan waham sekunder dan halusinasi, harus dilakukan pemeriksaan yang teliti dan didapatkan adanya gangguan proses pikir, gangguan afek emosi dan kemauan.

1. Skizofrenia Akut

Timbul secara mendadak dan klien seperti dalam keadaan mimpi, kesadarannya mungkin sedikit hilang. Dalam keadaan ini timbul perasaan seakan – akan dunia luar maupun dirinya sendiri berubah, semuanya mempunyai suatu arti khusus baginya.

1. Skizofrenia Residual

Jenis ini adalah keadaan kronis dari skizofrenia dengan riwayat sedikitnya satu episode psikotik yang jelas dan gejala yang berkembang ke arah gejala negatif yang lebih menonjol. Timbul setelah beberapa kali serangan skizofrenia dengan gejala primer Bleuler, tetapi tidak jelas adanya gejala sekunder.

1. Skizofrenia Afektif

Gejala skizofrenia terdapat menonjol secara bersamaan juga gejala – gejala depresi (skizo depresif) atau gejala mania (Psiko-manik). Jenis ini cenderung untuk menjadi sembuh tanpa defek, tetapi mungkin juga timbul serangan lagi yang berulang dan terus menerus.

1. Skizofrenia *Undifferentiated*

Tipe skizofrenia yang menampilkan perubahan pola symptom yang cepat menyangkut semua indikator skizofrenia, contohnya indikasi yang ruwet, kebingungan (*Confusion)*, emosi yang tidak dapat dipegang karena berubah – ubah, adanya delusi, referensi yang berubah atau salah, adanya ketergugahan yang sangat besar, autism seperti mimpi, depresi dan sewaktu – waktu juga ada fase yang menunjukkan ketakutan.

### **Pengobatan**

Pengobatan harus secepat mungkin karena keadaan psikotik yang lama menimbulkan kemungkinan yang lebih besar bahwa penderita menuju ke kemunduran mental.

1. Farmakologi

Neroleptika dengan dosis efektid rendah lebih bermanfaat pada penderita dengan skizofrenai yang menahun dengan dosis efektif tinggi lebih berfaedah pada penderita dengan psikomotorik yang meningkat. Memerluka obat penyekat dopamin seperti haloperidol, chlorpromazine, trifluoperazine, sulpride dan pimazoid, beberapa obat tersebut hanya tersedia dalam bentuk sediaan oral dan efek sedatife dan sifat ansietasnya beragam begitu pula dengan efek sampingnya.

1. Terapi Elektro Konvulsi (TEK)

Terapi konvulsi dengan cara kerjanya elektrokonvulsi belum diketahui dengan jelas dan dapat dikatakan bahwa terapi konvulsi dapat memperpendek serangan skizofrenia serta mempermudah kontak dengan klien, tetapi tidak dapat mencegah serangan yang akan datang.

1. Psikoterapi dan Rehabilitasi

Psikoterapi dalam bentuk psikoanalisa tidak membawa hasil yang diharapkan bahkan ada yang berpendapat tidak boleh dilakukan pada klien dengan skizofrenia.

## **Konsep Halusinasi**

### **Pengertian Halusinasi**

Halusinasi adalah persepsi yang tanpa dijumpai adanya rangsangan dari luar, walaupun tampak sebagai sesuatu yang “khayal” halusinasi sebenarnya bagian dari kehidupan mental penderita yang teresepsi (Yosep & Sutini, 2016). Menurut Varcaolis, halusinasi didefinisikan sebagai terganggunya persepsi sensori seseorang, dimana tidak terdapat stimulus. Halusinasi adalah gangguan persepsi sensori dari suatu objek tanpa adanya rangasangan dari luar, gangguan persepsi sensori ini meliputi seluruh panca indra yang merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan perabaan atau penciuman (Yusuf, A.H & ,R & Nihayati, 2015). Halusinasi adalah gejala gangguan jiwa berupa respon panca-indra yaitu penglihatan, pendengaran, penciuman, perabaan, dan pengecapan terhadap sumber yang tidak nyata (Keliat et al., 2017).

### **Rentang Respon Halusinasi**

Menurut Stuart dan Laraia merupakan salah satu respon maladaptif individu yang berada dalam rentang respon neurobiologist. Jika klien sehat persepsinya akurat, mampu mengidentifikasi dan menginteprestasikan stimulus berdasarkan informasi yang diterima melalui pancaindra (pendengaran, penglihatan, penciuman, pengecepan dan perabaan). Respon individu yang mengalami kelainan persepsi, stimulus yang diterimanya disebut sebagai ilusi dari ilusi tersebut jika intepretasi yang dilakukan terhadap stimulus pancaindra tidak akurat sesuai dengan stimulus yang diterima (Muhith, 2015). Rentang respons neurobiologi yang paling adaptif adalah pikiran logis dan terciptanya hubungan sosial yang harmonis. Sedangkan rentang respons yang mal adaptif adalah adanya waham, halusinasi, isolasi sosial menarik (Yusuf, A.H & ,R & Nihayati, 2015).



Gambar 2. 1 Rentang Respon Neurobiologis (Yosep & Sutini, 2016).

 Respon adaptif adalah respon yang dapat diterima norma – norma sosial budaya yang berlaku dengan kata lain individu tersebut masih dalam batas normal jika menghadapi suatu masalah akan dapat memecahkan masalahnya. Sedangkan, Respon Maladaptif adalah respon individu dalam menyelesaikan masalah yang menyimpang dari norma – norma sosial budaya dan lingkungan.

### **Jenis Halusinasi**

Menurut (Yosep & Sutini, 2016) halusinasi terdiri dari delapan jenis. Penjelasan secara detail mengenai karakteristik dan setiap jenis halusinasi sebagai berikut :

1. Halusinasi Pendengaran ( *Auditif*, Akustik)

Muncul dapat berupa bunyi mendenging atau suara bising yang tidak mempunyai arti, tetapi lebih sering terdengar sebagai sebuah kata atau kalimat yang bermakna dan ditujukan pada klien sehingga tidak jarang klien bertengkar dan berdebat dengan suara – suara tersebut.

1. Halusinasi Penglihatan ( *Visual,* Optik )

Terjadi pada keadaan delirium (penyakit organik) muncul secara bersamaan dengan penurunan kesadaran, menimbulkan rasa takut akibat gambaran yang mengerikan.

1. Halusinasi Penciuman ( *Olfactory )*

Biasanya berupa mencium sesuatu bau tertentu dan dirasakan tidak enak, melambangkan rasa bersalah pada klien. Bau tersebut dilambangkan sebagai pengalaman yang dianggap klien sebagai suatu kombinasi moral.

1. Halusinasi Pengecapan (*Gustatorik)*

Pada umumnya jarang terjadi, biasanya muncul secara bersamaan dengan halusinasi penciuman, seperti klien merasa pengecap sesuatu.

1. Halusinasi Perabaan (Taktil)

Biasanya seperti merasa diraba, disentuh, ditiup atau seperti ada ulat yang bergerak dibawah kulit terutama pada keadaan delirium toksis dan skizofrenia.

1. Halusinasi Seksual

Pada halusinasi tipe ini klien merasa diraba dan diperkosa lebih banyak terjadi pada klien skizofrenia dengan waham kebesaran terutama mengenai organ – organ.

1. Halusinasi Kinistetik

Klien merasa badannya bergerak – gerak dalam suatu ruang atau anggota badannya saja yang bergerak – gerak. Contohnya “Phantom phenomenom” atau tungkai yang diamputasi selalu bergerak -gerak (phantom limb). Lebih sering terjadi pada klien skizofrenia dalam keadaan toksik akibat pemakaian obat tertentu.

1. Halusinasi Viseral
2. Depersonalisasi adalah perasaan aneh pada dirinya bahwa pribadinya sudah tidak seperti biasanya lagi tidak sesuai dengan kenyataan yang ada, sering terjadi pada klien skizofrenia dan sindrom lobus parientalis. Contohnya sering merasa dirinya terpecah dua.
3. Derealisasi adalah suatu perasaan aneh tentang lingkungannya yang tidak sesuai dengan kenyataan, contohnya perasaan segala sesuatu yang dialaminya seperti dalam impian.

Dalam buku (Dermawan & Rusdi, 2013) jenis halusinasi dibagi menjadi 2 yaitu halusinasi Non Patologis dan Halusinasi Patologis. Berikut penjelasannya:

1. Halusinasi Non Patologis

Dapat terjadi pada seseorang yang bukan penderita gangguan jiwa, pada umumnya klien mengalami stress yang berlebihan atau kelelahan bisa juga karena pengaruh obat – obatan ( *Halusinasinogenik* ) antara lain :

1. Halusinasi Hipnogonik : berupa persepsi sensori palsu yang terjadi saat sebelum tidur.
2. Halusinasi hipnogonik : berupa persepsi sensori palsu yang terjadi saat terbangun dari tidur.
3. Halusinasi Patologis

Pada jenis ini dibagi menjadi 5 yaitu Halusinasi Pendengaran ( *Auditory* ), Halusinasi Penglihatan ( *Visual* ), Halusinasi Penciuman ( *Olfactory* ), Halusinasi Pengecapan ( *Gusfactory* ), Halusinasi Perabaan ( *Taktil* ).

### **Tahapan Halusinasi**

Tabel 2. 1 Tahapan Halusinasi

Sumber dari buku (Yusuf, A.H & ,R & Nihayati, 2015).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tahap** | **Penjelasan** | **Perilaku** **Halusinasi** | **Perilaku Pasien** |
| 1. | Fase diawal seseorang sebelum muncul halusinasi | Menarik diri  | 1. Ingin menghindar dari lingkunga
2. Takut diketahui orang lain bahwa dirinya banyak masalah
3. Klien merasa banyak masalah
 |
| 2.Comforting | Memberi rasa nyaman, tingkat ansietas sedang, secara umum halusinasi merupakan suatu kesenangan | 1. Mengalami ansietas kesepian, rasa bersalah, dan ketakutan.
2. Mencoba berfokus pada pikiran yang dapat menghilangkan ansietas
3. Pikiran dan pengalaman sensori masih ada dalam kontrol kesadaran (jika kecemasan dikontrol)
 | 1. Tersenyum / tertawa sendiri
2. Menggerakkan bibir tanpa suara
3. Penggerakkan mata yang cepat
4. Respon verbal yang lambat
5. Diam dan berkonsentrasi
 |
| 3.Condemning | Menyalahkan, tingkat kecemasan berat secara umum halusinasi menyebabkan rasa antipati | 1. Pengalaman sensori menakutkan
2. Mulai merasa kehilangan kontrol
3. Merasa dilecehkan oleh pengalaman sensori
4. Menarik diri dari orang lain.

**NON PSIKOTIK** | 1. Peningkatan sistem saraf otak, tanda – tanda ansietas seperti peningkatan denyut jantung, pernapasan dan tekanan darah.
2. Rentang perhatian menyempit
3. Konsentrasi dengan pengalaman sensori
4. Kehilangan kemampuan membedakan halusinasi dari realita
 |
| 4.Controlling Severe Level Of Anxiety | Mengontrol tingkat kecemasan berat pengalaman sensori tidak dapat ditolak lagi. | 1. Klien menyerah dan menerima pengalaman sensori
2. Isi halusinasi menjadi atraktif
3. Kesepian bila pengalaman sensori berakhir

**PSIKOTIK** | 1. Perintah halusinasi ditaati
2. Sulit berhubungan dengan orang lain
3. Rentang perhatian hanya beberapa detik atau menit
4. Gejala fisika ansietas berat berkeringat, tremor, dan tidak mampu mengikuti perintah
 |
| 5.Controlling Panic Level Of Anxiety | Mengusai tingkat kecemasan panik secara umum diatur dan dipengaruhi oleh waham | 1. Pengalaman sensori menjadi ancaman
2. Halusinasi dapat berlangsung selama beberapa jam atau hari

**PSIKOTIK** | 1. Perilaku panik
2. Potensial tinggi untuk bunuh diri atau membunuh
3. Tindakan kekerasan agitasi, menarik diri atau katatonia
4. Tidak mampu berespon terhadap yang kompleks
5. Tidak mampu berespons terhadap lebih dari satu orang
 |

### **Etiologi Halusinasi**

1. Faktor Predisposisi
2. Faktor perkembangan yaitu tugas perkembangan klien yang terganggu contohnya rendahnya kontrol dan kehangatan keluarga menyebabkan klien tidak mampu mandiri sejak kecil, mudah frutasi, hilang percaya diri dan lebih rentan terhadap stress.
3. Faktor sosiokultural yaitu seseorang yang merasa tidak terima lingkungannya sejak bayi akan merasa disingkirkan, kesepian, dan tidak percaya pada lingkungannya.
4. Faktor biologis yaitu adanya stress yang berlebihan dialami seseorang maka di dalam tubuh akan dihasilkan suatu zat yang dapat bersifat halusinogenik neurokimia akibat stress berkepanjangan menyebabkan teraktivasinya neurotransmitter otak.
5. Faktor psikologis yaitu tipe kepribadian lemah dan tidak bertanggung jawab mudah terjerumus pada penyalahgunaan zat adiktif dan berpengaruh pada ketidakmampuan klien dalam mengambil keputusan yang tepat dimasa depannya. Klien lebih memilih kesenangan sesaat dan lari dari alam nyata menuju alam khayal.
6. Faktor genetik dan pola asuh menunjukkan bahwa anak sehat yang diasuh oleh orang tua skizofrenia cenderung mengalami skizofrenia.
7. Faktor Presipitasi

Respon klien terhadap halusinasi dapat berupa curiga, ketakutan, perasaan tidak aman, gelisah dan bingung, perilaku menarik diri, kurang perhatian, tidak mampu mengambil keputusan serta tidak dapat membedakan keadaan nyata dan tidak. Sehingga halusinasi dapat dilihat dari lima dimensi (Yusuf, A.H & ,R & Nihayati, 2015) :

1. Dimensi fisik : bisa timbul karena kelelahan yang luar biasa, penggunaan obat – obatan, demam hingga delirium, intoksikasi alkohol dan kesulitan untuk tidur dalam waktu yang lama.
2. Dimensi emosional : perasaan cemas yang berlebihan atas dasar masalah yang tidak dapat diatasi, klien tidak sanggup menentang perintah hingga menyebabkan ketakutan tersebut.
3. Dimensi intelektual : adanya penurunan fungsi ego untuk melawan impuls yang menekan.
4. Dimensi sosial : klien menganggap bahwa hidup bersosialisasi dialam nyata sangat membahayakan, klien asyik dengan halusinasinya seolah – olah ia merupakan tempat untuk memenuhi kebutuhan akan interaksi sosial, kontrol diri dan harga diri yang tidak didapatkan dalam dunia nyata.
5. Dimensi spiritual : klien merasa hidupnya hampa, rutinitas tidak bermakna, hilangnya aktivitas ibadah dan jarang berupaya secara spiritual untuk mensucikan diri, irama sirkadiannya terganggu.

### **Tanda dan Gejala Halusinasi**

Dalam buku (Keliat et al., 2019) tanda dan gejala halusinasi berikut :

1. Mayor

Subjektif : a. Mendengar suara orang berbicara tanpa orangnya

 b. Melihat benda, orang atau sinar tanpa ada objeknya

 c. Mencium bau – bauan yang tidak sedap

 d. Merasakan pengecapan yang tidak enak

 e. Merasakan rabaan atau gerakan badan

Objetiktif : a. Bicara Sendiri

 b. Tertawa Sendiri

 c. Melihat Ke Satu Arah

 d. Mengarahkan Telinga Ke Arah Tertentu

 e. Tidak Dapat Memfokuskan Pikiran

 f. Diam Sambil Menikmati Halusinasinya

1. Minor

Subjektif : a. Sulit Tidur

 b. Khawatir

 c. Takut

Objektif : a. Konsentrasi Buruk

 b. Disorientasi Waktu, Tempat, Orang atau situasi

 c. Afek Datar

 d. Curiga

 e. Menyendiri, melamun

 f. Mondar – mandir

 g. Kurang mampu Merawat Diri

### **Psikopatologi**

Banyak teori yang diajukan untuk menekankan pentingnya faktor – faktor psikologik, fisiologik dan lain – lain. Halusinasi dimulai dengan keinginan yang direpresi ke unconsicious kemudian karena kepribadian rusak dan kerusakan pada realitas tingkat kekuatan keinginan sebelumnya diproyeksikan keluar dalam bentuk stimulus eksternal. Dari hal tersebut, beberapa orang mengatakan bahwa situasi keamanan otak normal dibombardir oleh aliran stimulus yang berasal dari tubuh atau luar tubuh (Yosep & Sutini, 2016).

## **Konsep Asuhan Keperawatan Halusinasi Pendengaran**

### **Asuhan Keperawatan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran**

Proses keperawatan dijelaskan sebagai proses siklus lima bagian yang meliputi pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi (Damaiyanti & Iskandar, 2014). Sangat penting untuk mengkaji perintah yang diberikan lewat isi halusinasi klien karena mungkin saja klien mendengar perintah menyakiti orang lain, membunuh atau loncat dari jendela (Yosep & Sutini, 2016).

### **Pengkajian**

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan. Tahap pengkajian terdiri atas pengumpulan data dan perumusan kebutuhan, atau masalah klien. Isi pengkajian meliputi :

1. Identitas

Berisi nama, usia, alamat, pendidikan, pekerjaan, agama dan status perkawinan

1. Alasan masuk

Awal kejadian klien masuk dengan alasan perilaku yang berubah misalnya tertawa sendiri, marah – marah sendiri, suka mengurung diri ataupun terkadang berbicara sendiri.

1. Faktor predisposisi
2. Faktor perkembangan

Rendahnya kontrol dan kehangatan keluarga menyebabkan individu tidak mampu mandiri sejak kecil, mudah frustasi, hilang percaya diri dan lebih rentan terhadap stress merupakan tugas perkembangan terganggu.

1. Faktor sosiokultural

Individu yang merasa tidak diterima di lingkungannya akan merasa disingkirkan, kesepian dan tidak percaya pada lingkungannya.

1. Faktor biokimia

adanya stress yang berlebihan dialami seseorang maka di dalam tubuh akan dihasilkan suatu zat yang dapat bersifat halusinogenik neurokimia akibat stress berkepanjangan menyebabkan teraktivasinya neurotransmitter otak.

1. Faktor psikologis

tipe kepribadian lemah dan tidak bertanggung jawab mudah terjerumus pada penyalahgunaan zat adiktif dan berpengaruh pada ketidakmampuan klien dalam mengambil keputusan yang tepat dimasa depannya. Klien lebih memilih kesenangan sesaat dan lari dari alam nyata menuju alam khayal.

1. Faktor genetik dan pola asuh menunjukkan bahwa anak sehat yang diasuh oleh orang tua skizofrenia cenderung mengalami skizofrenia.
2. Faktor presipitasi

Terdapat perilaku seperti konsep diri rendah, keputusasaan, kehilangan motivasi, tidak mampu memenuhi kebutuhan spiritual, bertindak berbeda dengan orang lain, kurang ketrampilan sosial, perilaku agresif dan amuk.

1. Fisik

Mengukur dan mengobservasi tanda – tanda vital, mengukur tinggi badan dan berat badan klien, menanyakan keluhan yang dialami klien.

1. Psikososial
2. Genogram

Membuat genogram tiga generasi yang menggambarkan hubungan klien dan keluarga

1. Konsep diri

Terdapat citra tubuh klien, identitas diri klien, peran klien, ideal diri klien, dan harga diri klien.

1. Hubungan sosial

Menanyakan klien dekat dengan siapa didalam keluarganya untuk tempat mengadu, tempat berbicara dan meminta bantuan, lalu kegiatan klien sewaktu di masyarakat apa saja.

1. Spiritual

Mengenai pandangan dan keyakinan terhadap gangguan jiwa sesuai norma budaya dan agama yang dianut, pandangan masyarakat tentang gangguan jiwa, kegiatan ibadah sewaktu dirumah dan dirumah sakit lalu menanyakan tanggapan klien tentang ibadahnya.

1. Status Mental

Terdapat penampilan klien, pembicaraan klien, aktivitas motorik yang dilakukan klien, alam perasaan yang sedang dialami klien, afek klien, interaksi selama wawancara, persepsi, proses pikir, isi pikir, tingkat kesadaran, memori, tingkat konsentrasi dan berhitung, kemampuan penilaian, daya tilik diri.

1. Kebutuhan Persiapan Pulang

Makan, BAB / BAK, mandi, berpakaian, istirahat dan tidur, penggunaan obat, pemeliharaan kesehatan, aktivitas dirumah, aktivitas diluar rumah.

1. Mekanisme Koping
2. Masalah Psikososial dan Lingkungan

### **Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan adalah pernyataan respon klien (keadaan sehat atau perubahan pola interaksi aktual/potensial) dari individu atau kelompok. Pohon masalah klien dengan halusinasi pendengaran :

Gambar 2. 2 Pohon Masalah Halusinasi

Dari pohon masalah diatas didapatkan Diagnosis Keperawatan sebagai berikut (Azizah et al., 2016) :

1. Risiko Perilaku mencederai diri berhubungan dengan halusinasi pendengaran
2. Gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran berhubungan dengan menarik diri.
3. Isolasi Sosial : menarik diri

### **Perencanaan**

Rencana tindakan keperawatan merupakan serangkaian tindakan yang dapat mencapai setiap tujuan khusus. Perawat dapat memberikan alasan ilmiah terbaru dari tindkan yang diberikan.

1. SP 1 pasien :
2. membina hubungan saling percaya.
3. Mengidentifikasi jenis halusinasi klien.
4. Mengidentifikasi isi halusinasi klien.
5. Mengidentifikasi waktu halusinasi klien.
6. Mengidentifikasi frekuensi halusinasi klien.
7. Mengidentifikasi situasi yang menimbulkan halusinasi
8. Mengidentifikasi respons klien terhadap halusinasi
9. Mengajarkan klien menghardik halusinasi.
10. Menganjurkan klien memasukkan cara menghardik halusinasi dalam jadwal kegiatan harian

Kriteria Hasil :

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

1. Klien menyebutkan : waktu, isi, dan frekuensi situasi dan kondisi yang menimbulkan halusinasi, serta respon dari halusinasi
2. Klien dapat mengontrol halusinasinya dengan cara menghardik
3. Klien dapat memasukkan cara menghardik ke dalam jadwal kegiatan harian.
4. SP 2 pasien :
5. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien
6. Melatih mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain.
7. Menganjurkan klien memasukkan kegiatan bercakap-cakap dengan orang lain dalam jadwal kegiatan harian.

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

1. SP 3 pasien :
2. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien
3. Melatih klien mengendalikan halusinasi dengan melakukan kegiatan (kegiatan yang biasa dilakukan klien)
4. Menganjurkan klien memasukkan kegiatan kebiasaan di rumah ke dalam jadwal kegiatan harian

Kriteria hasil : Klien dapat mengontrol halusinasinya dengan cara melakukan kegiatan terjadwal.

1. SP 4 pasien :
2. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien
3. Memberikan pendidikan kesehatan mengenai penggunaan obat secara teratur
4. Menganjurkan klien memasukkan penggunaan obat secara teratur ke dalam jadwal kegiatan harian

Kriteria hasil :

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

1. SP 1 keluarga :
2. Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat klien
3. Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala, jenis halusinasi serta proses terjadinya halusinasi
4. Menjelaskan cara merawat klien dengan keluarga

Kriteria hasil :

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

1. SP 2 keluarga :
2. Melatih keluarga mempraktikkan cara merawat klien dengan halusinasi
3. Memberi kesempatan kepada keluarga untuk memperagakan cara merawat klien halusinasi secara langsung dihadapan klien

Kriteria hasil : Keluarga mampu merawat langsung klien dengan halusinasi

1. SP 3 Keluarga
2. Membantu keluarga membentuk jadwal aktiftas di rumah termasuk minum obat
3. Menjelaskan follow up klien setelah pulang

Kriteria hasil :

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

### **Implementasi**

Implementasi tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Pada situasi nyata implementasi sering kali jauh berbeda dengan rencana. Hal itu terjadi karena perawat belum terbiasa menggunakan rencana tertulis dalam melaksankan tindakan keperawatan, yang biasa dilakukan perawat adalah menggunkan rencana tidak tertulis yaitu apa yang dipikirkan, dirasakan itu yang dilaksanakan. Hal itu sangat membahayakan klien dan perawat jika tindakan berakibat fatal, dan juga tidak memenuhi aspek legal. Sebelum melaksanakan tindakan yang sudah direncanakan perawat perlu memvalidasi dengan singkat apakah rencana tindakan masih dibutuhkan dan sesuai oleh keadaan klien saat ini (her and now). Dokumentasikan semua tindakan yang telah dilaksanakan beserta respon klien.

### **Evaluasi**

Evaluasi adalah proses berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada klien. Evaluasi dilakukan terus-menerus pada respon klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Evaluasi dibagi dua, yaitu evaluasi proses atau formatif yang dilakukan setiap selesai melaksanakan tindkan, evaluasi hasil atau sumatif yang dilakukan dengan membandingkan antara respon klien dan tujuan khusus serta umum yang telah ditentukan.

S: Respon subjektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Dapat diukur dengan menanyakan “ Bagaimana perasaan ibu setelah latihan nafas dalam ?”

O: Respon objektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Dapat diukur dengan mengobservasi perilaku klien pada saat tindakan dilakukan atau menanyakan kembali apa yang telah diajarkan atau memberi umpan balik sesuai dengan hasil observasi.

A: Analis ulang atas data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap muncul masalah baru atau ada data yang kontraindikasi dengan masalah yang ada. Dapat pula membandingkan hasil dengan tujuan.

P: Perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisis pada respon klien yang terdiri dari tindak lanjut klien dan tindak lanjut perawat.

## **Konsep Komunikasi Terapeutik**

### **Definisi Komunikasi Terapeutik**

Komunikasi terapeutik adalah proses dari perpindahan informasi dari pengirim kepada penerima dengan tujuan saling mempengaruhi satu sama lain dan mendapatkan sebuah kesepakatan baik dalam hubungan individu, kelompok, maupun masyarakat secara luas. Sedangkan menurut (Afnuazi, 2015), komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang direncanakan secara sadar, bertujuan dan kegiatanya di pusatkan untuk kesembuhan pasien.

### **Tujuan Komunikasi Terapeutik**

Menurut (Afnuazi, 2015), tujuan komunikasi terapeutik adalah membantu klien menjelaskan dan menggurangi beban perasaan dan pikiran serta dapat mengambil tindakan untuk mengubah situasi yang ada bila klien percaya pada hal yang diperlukan, menggurangi keraguan, membantu dalam hal mengambil tindakan yang efektif dan mempertahankan kekuatan egonya serta mempengaruhi orang lain, lingkungan fisik dan dirinya sendiri. Tujuan komunikasi teraupetik diarah kan pada pertumbuhan klien yang meliputi :

1. Realisasi diri, penerimaan diri dan peningkatan penghormatan terhadap diri.
2. Rasa identitas personal yang jelas dan peningkatan integritas diri.
3. Kemampuan membina hubungan interpersonal, saling tergantung dan intim dengan kapasits untuk mencintai dan di cintai.
4. Peningkatan fungsi dan kemampuan untuk memuaskan kebutuhan serta mencapai tujuan personal yang realita

### **Manfaat Komunikasi Terapeutik**

Manfaat komunikasi teraupetik (Damaiyanti & Iskandar, 2014) adalah:

1. Mendorong dan menganjurkan kerja sama antar perawat dengan pasien melalui hubungan perawat – klien.
2. Mengidentifikasi, mengungkapkan perasaan dan mengkaji masalah serta mengevaluasi tindakan yang dilakukan oleh perawat.

### **Teknik Komunikasi Terapeutik**

Tenaga keperawatan harus memahami dan mampu menerapkan tahap-tahap dalam proses komunikasi terapeutik pada pasien waham. Pelaksanaan setiap komunikasi terapeutik dengan teknik yang baik dan benar dapat mendorong pasien halusinasi pendengaran mau berinteraksi.

1. Mendengarkan

Informasi yang disampaikan oleh klien dengan penuh empati dan perhatian. Ini dapat ditunjukan dengan memandang kearah klien selama berbicara, menjaga, kontak pandang yang menunjukkan keingintahuan, dan menganggukan kepala pada saat berbicara tentang hal yang dirasakan penting atau memerlukan umpan balik.

1. Menunjukan penerimaan

Menerima bukan berarti menyetujui, melainkan bersedia untuk mendengarkan orang lain tanpa menunjukkan sikap ragu atau penolakan. Dalam hal ini sebaiknya perawat tidak menunjukan eksperi wajah yang menunjukkan ketidaksetujuan atau penolakan. Selama klien berbicara sebaiknya perawat tidak menyela atau membantah. Untuk menunjukkan sikap penerimaan sebaiknya perawat menanggukkan kepala dalam meespon pembicaraan klien.

1. Mengulang peryataan klien

Perawat memberikan umpan balik sehingga klien mengetahui bahwa pesanya mendapatkan respon dan berharap komunikasi dapat berlanjut. Menggulang pokok pikiran klien menunjukan indikasi bahwa perawat mengikuti pembicaraan klien.

1. Klarifikasi

Apabila terjadi kesalahpahaman Perawat perlu mengehentikan pembicaraan untuk meminta penjelasan dengan menyamakan pengertian. Klarifikasi diperlukan untuk memperoleh kejelasan dan kesamaan ide, perasaan, dan persepsi.

1. Memfokuskan Pembicaraan

Tujuan penerapan metode ini untuk membatasi materi pembicaraan agar lebih spesifik dan mudah dimengerti. Perawat tidak perlu menyela pembicaraan klien ketika menyampaikan masalah penting kecuali apabila tidak membuahkan informasi baru.

1. Menyampaikan Hasil

Pengamatan Perawat perlu menyampaikan hasil pengamatan terhadap klien untuk mengetahui bahwa pesan dapat tersampaikan dengan baik. Perawat menjelaskan kesan yang didapat dari isyarat nonverbal yang dilakukan oleh klien. Dengan demikian akan menjadikan klien berkomunikasi dengan lebih baik dan terfokus pada permasalahan yang sedang dibicarakan.

1. Menawarkan Informasi.

Penghayatan kondisi klien akan lebih baik apabila ia mendapat informasi yang cukup dari perawat. Memberikan informasi yang lebih lengkap merupakan pendidikan kesehatan bagi klien. Perawat dimungkinkan untuk memfasilitasi klien dalam pengambilan keputusan, bukan menasihatinya.

1. Diam

Dengan diam akan terjadi proses pengorganisasian pikiran dipihak perawat dan klien. Penerapan metode ini memerlukan ketrampilan dan ketepatan waktu agar tidak menimbulkan ketrampilan dan ketepatan waktu agar tidak menimbulkan perasaan tidak enak. Diam memungkinkan klien berkomunikasi dengan dirinya sendiri, menghimpun pikirannya, dan memproses informasi.

1. Menunjukkan Penghargaan

Menunjukkan penghargaan dapat dinyatakan dengan mengucapkan salam kepada klien, terlebih disertai menyebutkan namanya. Hal ini akan diterima oleh klien sebagai suatu penghargaan yang tulus. Dengan demikian klien merasa keberadaannya dihargai.

1. Refleksi

Refleksi menganjurkan klien untuk mengemukakan dan menerima ide dan perasaannya sebagai bagian dari dirinya. Dengan demikian perawat mengidentifikasi bahwa pendapat klien adalah berharga dan klien mempunyai hak untuk mengemukakan pendapatnya, untuk membuat keputusan, dan memikirkan dirinya sendiri.

### **Tahap – Tahap Komunikasi Terapeutik**

Komunikasi terapeutik terdiri dari empat tahapan, yaitu:

1. Tahap pre interaksi Tahap ini adalah masa persiapan sebelum memulai berhubungan dengan klien. Tugas perawat pada tahap ini, yaitu:
2. Mengeksplorasi perasaan, harapan dan kecemasannya
3. Menganalisa kekuatan dan kelemahan diri dengan analisa diri ia akan terlatih untuk memaksimalkan dirinya agar bernilai terapeutik bagi klien.
4. Mengumpulkan data tentang klien, sebagai dasar dalam membuat rencana interaksi.
5. Membuat rencana pertemuan secara tertulis, yang akan diimplementasikan saat bertemu dengan klien.
6. Tahap orientasi Tahap ini dimulai pada saat bertemu pertama dengan klien. Saat pertama kali bertemu dengan klien fase ini digunakan perawat untuk berkenalan dengan klien dan merupakan langkah awal dalam membantu hubungan saling percaya. Tugas utama perawat pada tahap ini adalah memberikan situasi lingkungan yang peka dan menunjukkan penerimaan, serta membantu klien dalam mengekspresikan perasaan dan pikirannya. Tugas-tugas perawat pada tahap ini adalah:
7. Membantu hubungan saling percaya, menunjukkan sikap penerimaan dan komunikasi terbuka. Untuk membina hubungan saling percaya perawat harus terbuka, jujur, ikhlas, menerima klien apa adanya, menepati janji dan menghargai klien.
8. Merumuskan kontrak bersama klien. Kontrak yang harus disetujui bersama dengan klien yaitu tempat, waktu dan topik pertemuan.
9. Mengenali perasaan dan pikiran serta mengidentifikasi masalah klien.
10. Merumuskan tujuan dengan klien. Hal yang perlu diperhatikan pada fase ini antara lain: memberikan salam terapeutik disertai mengulurkan tangan, jabat tangan, memperkenalkan diri perawat, menyepakati kontrak, melengkapi kontrak, evaluasi dan validasi, menyepakati masalah.
11. Tahap kerja Tahap ini merupakan inti dari keseluruhan proses komunikasi terapeutik. Tahap ini perawat bersama klien mengatasi masalah yang dihadapi klien. Tahap ini berkaitan dengan pelaksanaan rencana asuhan yang telah diterapkan. Teknik komunikasi yang sering digunakan perawat antara lain mengoksplorasi, mendengarkan dengan aktif, refleksi, berbagai persepsi, memfokuskan dan menyimpulkan.
12. Tahap terminasi

Fase ini merupakan fase yang sulit dan penting, karena hubungan saling percaya sudah terlena dan berada pada tingkat optimal. Bisa terjadi terminasi pada saat perawat mengak mengakhiri tugas pada unit tertentu atau saat klien akan pulang. Perawat dan klien meninjau kembali proses keperawatan yang telah dilalui dan pencapaian tujuan. Terminasi merupakan akhir dari pertemuan perawat dibagi 2 yaitu terminasi sementara dan terminasi akhir. Terminasi terjadi jika perawat telah menyelesaikan proses keperawatan secara menyeluruh. Tugas perawat pada fase ini:

1. Mengevaluasi pencapaian tujuan interaksi yang telah dilakukan, evaluasi ini disebut evaluasi objektif.
2. Melakukan evaluasi subjektif dilakukan dengan menanyakan perasaan klien setelah berinteraksi atau setelah melakukan tindakan tertentu.
3. Menyepakati tindak lanjut terhadap interaksi yang telah dilakukan.
4. Membuat kontrak untuk pertemuan berikutnya, kontrak yang perlu disepakati adalah topik, waktu dan tempat pertemuan.

### **Faktor Yang Mempengaruhi Komunikasi Terapeutik**

1. Persepsi: suatu bentuk penerimaan tentang sesuatu yang terjadi disekitarnya, berkaitan dengan panca indra manusia.
2. Nilai: suatu kenyakinan yang sangat dekat dengan masalah etika yang dianut seseorang.
3. Emosi: situasi yang dirasakan berkaitan dengan keadaan subjektif seseorang dilingkungannya
4. Latar belakang social budaya: faktor ini menjadi pedoman perawat dalam berinteraksi dengan klien.
5. Pengetahuan: hasil dari pendidikan dengan harapan perawat dapat berinteraksi dengan pasien yang memiliki perbedaan tingkat pengetahuan.
6. Peran dan hubungan: seseorang mampu menempatkan diri ketika berinteraksi dengan orang lain dan dapat menjalin hubungan sesuai dengan peran masing- masing
7. Kondisi lingkungan: lingkungan social sebagai tempat komunikasi berlangsung.

## **Konsep Stress Adaptasi**

## **Pengertian Stress**

Stress diawali dengan adanya ketidakseimbangan antara tuntunan dan sumber daya yang dimiliki individu, semakin tinggi kesenjangan terjadi semakin tinggi pula tingkat stress yang dialami individu, dan merasa terancam. Stress merupakan isti,ah yang berasal dari bahasa latin “stingere” yang berarti “Keras” (Stricus). Stress merupakan bukan reaksi fisik, mental dan kimiawi dari tubuh terhadap situasi yang menakutkan, mengejutkan, membingungkan, membahayakan, dan merisaukan seseorang, Menurut Jannah, 2013 dalam buku (Widiyawati, 2020). Sedangkan menurut (Yosep & Sutini, 2016), Stress keadaan atau kondisi yang tercipta bila transaksi seseorang yang mengalami stress dan mendatangkan stress membuat orang yang bersangkutan melihat ketidaksepadanan antara keadaan dan kondisi dan sistem sumber daya biologis, psikologis dan sosial yang ada padanya.

## **Faktor Stress**

1. Faktor stress secara umum menjelaskan ada 3 aspek yang menjadi sumber stress seseorang :
2. Diri sendiri : terjadi antara keinginan dan kenyataan yang berbeda, mengingat pada dasarnya manusia adalah makhluk rohani dan jasmani maka stressor spiritual, stessor psikologi / mental, serta jasmani / fisikal.
3. Keluarga : terjadi karena adanya perselisihan masalah keluarga, masalah ekonomi / keuangan serta adanya tujuan yang berbeda dari anggota keluarga lainnya.
4. Masyarakat dan lingkungan : sumber stress dalam diri karena kurang adanya hubungan interpersonal serta kurang adanya pengakuan dimasyarakat, merupakan penyebab stress dari lingkungan masyarakat.
5. Faktor penyebab stress lain.
6. Frustasi atau kekecewaan : situasi dimana terjadinya karena kegagalan individu dalam mencapai tujuannya.
7. Konflik : dimana adanya pertentangan baik dari dalam dirinya ataupun dari luar.
8. Desakan : keadaan dimana sesuatu hal mendesak individu dalam situasi tertentu.
9. Perubahan : adanya berbagai perubahan yang terjadi didalam atau diluar diri dari individu.
10. Kekeliruan dalam berpikir : cara berpikir yang salah atau keliru tentang dirinya atau orang lain.

## **Gejala Stress**

Menurut Cary Cooper & Alison Straw dalam buku (Donsu, 2017), gejala stress dibagi dalam beberapa aspek yaitu :

1. Fisik : nafas seperti memburu, mulut dan tenggorokan akan kerin, tangan lembab, panas, otot tegang, penceraan akan sedikit terganggu (sembelit), latih dan gelisah.
2. Perilaku : akan terlihat bingung, sedikit cemas, perasaan sedih, kesal, akan ada rasa salah paham, merasa tidak menarik, tidak bersemangat dan susah konsentrasi.
3. Watak & kepribadian : akan berlebih-lebihan dalm berhati-hati, mudah panik dan marah serta akan kurang percaya diri.

Selain itu Bram juga menyatakan beberapa gejala stress lainnya seperti (Donsu 2017):

1. Fisik : Akan mengalami insomnia, gangguan sakit kepala, sulit buang air besar, radang usus dan merasakan gatal-gatal.
2. Emosional : Akan mudah merasa marah, mudah tersinggung, agak sedikit sensitif, gelisah, selalu merasa cemas, mudah sedih, cengen dan moodyan.
3. Intelektual : Mudah lupa, memiliki pemikiran yang kacau, daya ingat menjadi menurun, selalu melamun.
4. Interpersonal : Menjadi acuh tak acuh, menjadi kurang percaya pada orang lain, mudah ingkar janji, introvert, mudah untuk menyalahkan orang lain.

## **Jenis Stress**

1. Stres akut Stres yang juga dikenal sebagai fight or flightresponse yaitu sebuah respon tubuh terhadap ancaman tertentu. Respon akut yang intensif dapat menimbulkan gemetaran.
2. Stres kronis Stres akut kecil ini adalah stres yang dapat memberikan keuntungan dimana dapat membantu melakukan sesuatu, memotivasi dan memberi semangat.

Selain itu Wangsa (2009) membagi 2 jenis stres yaitu:

1. Eustress yaitu hasil dari respon terhadap stres yang bersifat sehat, positif, dan konstruktif atau bersifat membangun. Hal tersebut termasuk kesejahtraan individu dan juga organisasi yang diasosiasikan dengan pertumbuhan, fleksibilitas, kemampuan adaptasi dan tingkat performance yang tinggi
2. Distres yaitu hasil dari respon terhadap stres yang bersifat tidak sehat, negatif, destruktuf atau bersifat merusak. Hal tersebut termasuk konsekuensi individu dan juga organisasi seperti penyakit kardiovaskuler dan tingkat ketidakhadiran yang tinggi, yang diasosiasikan dengan keadaan sakit, penurunan dan kematian.

## **Dampak Stress**

Pada dosis kecil, stress dapat memberikan dampak yang positif seperti memotivasi dan memberikan semangat dalam menghadapi tantangan dan pada stress yang tinggi dapat menimbulkan depresi.

1. Dampak bagi spiritualitas : sebagai penghilang keyakinan dan keimanan yang terdapat dalam diri. Stress yang tidak terkontrol dapat menganggu spiritualitas berupa keyakinan kita pada tuhan.
2. Dampak bagi tubuh : orang-orang yang terserang stres sangat mudah terserang berbagai penyakit fisik

Selain itu adapun dampak berkepanjangan dapat menimbulkan gangguan pada tubuh ialah:

1. Penyakit jantung (Angina pektoris)
2. Gangguan vaskular (hipertensi)
3. Gangguan pernafasan (asma)
4. Gangguan gastrointestinal (anoreksia)
5. Gangguan muskuloskeletal (sakit kepala, nyeri panggung)
6. Gangguan kulit (jerawat)
7. Gangguan sistem imun (Infeksi yang sering)
8. Gangguan reproduksi (Impotensi)
9. Gangguan perilaku (makan dan tidur tidak teratur)
10. Gangguan psikologis (keletihan, depresi)

## **Tahapan Stress**

1. Stres tingkat I : Tahapan paling ringan dan biasanya di sertai dengan perasaan-perasaan sebagai berikut :
2. Semangat yang besar
3. Penglihatan yang tajam tidak seperti biasa.
4. Energi dan gugup yang berlebihan serta dapat menyelesaikan pekerjaan lebih dari sebelumnya.
5. Stres tingkat II : Dalam tahapan stres kedua ini efek menyenangkan mulai menghilang dan timbul berbagai keluhan karena kurangannya energi. Keluhan yang dirasakan sebagai berikut :
6. Lebih merasa letih saat bangun pagi.
7. Lebih merasa lelah setelah makan siang.
8. Lebih merasa lelah menjelang sore d) Terkadang merasakan gangguan dalam sistem pencernaan.
9. Merasakan tegangan pada otot-otot punggung.
10. Perasaan tidak santai.
11. Stres tingkat III : Pada tahap ini keletihan semakin nampak dengan gejala-gejala :
12. Gangguan usus terasa (mulas)
13. Otot tersa tegang
14. Perasaan menjadi tegang
15. Gangguan tidur
16. Badan terasa lemas.
17. Stres tingkat IV
18. Untuk bisa bertahap terasa sulit.
19. Kegiatan yang awalnya menyengankan terasa sulit.
20. Kehilangan mood.
21. Tidur menjadi lebih sulit.
22. Perasaan menjadi negatif.
23. Kemampuan konsentrasi menurun
24. Stres tingkat V
25. Keletihan semakin mendalam.
26. Merasa pekerjaan yang sederhana menjadi sulit.
27. Adanya gangguan sistem pencernaan.
28. Perasaan takut semakin menjadi-jadi.
29. Stres tingkat VI
30. Debar jantung menjadi sangat keras.
31. Sesak nafas menjadi meningkat.
32. Badan terasa bergetar, tubuh menjadi lebih dingin.

## **Manajemen Stress**

1. Apabila stressor memiliki komponen yang berhubungan dengan psikologis, seseorang yang mengalami stress didorong untuk membicarakan rasa kekhawatirannya dengan orang terdekat sampai dengan ahli terapi. Karna dengan berbicara dapat mengurangi efek stress yang berkepanjangan.
2. Apabila yang dimiliki stresor yang berhubungan dengan fisik, yaitu dengan intervensi yang dapat mengurangi nyeri dan mencegah infeksi yang merupakan dampak stresor bagi fisik. Salah satu caranya ialah dengan teknik relaksasi.
3. Relakasi progresif dimana teknik tersebut lebih berfokus dalam relaksasi dalam otot yang dimana teknik tersebut dapat mengurangi ketegangan dalam otot. Cara untuk melakukannya ialah terlentang ditempat tidur atau bersandar pada kursi yang nyaman.

# **BAB 3**

# **TINJAUAN KASUS**

Pada bab ini disajikan hasil pelaksanaan asuhan keperawatan jiwa dengan dimulai dari tahap pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi keperawatan pada tanggal 07 Mei 2021 sampai dengan 09 Mei 2021 di ruang Gelatik RSJ Menur Surabaya.

## **Identitas Klien**

Klien merupakan seorang laki – laki bernama Tn. R berusia 24 tahun, klien tinggal di daerah Sidoarjo dan tinggal dengan orang tua, klien beragama Islam, klien belum menikah, pendidikan terakhir SMK, klien belum bekerja. Klien pertama kali dirawat di RSJ Menur dan dilakukan pengkajian pada tanggal 07 Mei 2021 pada pukul 09.00 WIB. Tanggal dirawat klien tanggal 04 Mei 2021, nomor rekam medik 35xxxx, klien dirawat diruang jiwa Gelatik, Anamnesa diperoleh dari klien, perawat dan rekam medis.

## **Identitas Pada Konsep Diri**

klien mengatakan dirinya sebagai seorang laki – laki berusia 24 tahun dengan status belum menikah serta belum mempunyai pekerjaan, sebelumnya juga bekerja sebagai cleaning service di restoran.

## **Data Pengkajian**

### **Alasan Masuk**

Pada saat pengkajian klien mengatakan dibawa oleh keluarganya yaitu orang tuanya ke RSJ Menur, bahwa dirinya merasa bingung, mendengar suara bisikan. Pasien mendengar bisikan tersebut setiap hari pada sore dan malam hari saat hendak tidur sehingga membuatnya sulit tidur. Suara tersebut berisi tentang Ibu dari Tn. R menyuruh bekerja. Bisikan tersebut sering muncul terutama pada malam hari. Yang membisikinya adalah seorang perempuan seperti suara ibunya. Keluarga pasien mengatakan pasien mulai 5 bulan terakhir suka senyum – senyum sendiri dan tidak mau makan. Gejala semakin parah 3 bulan terakhir pasien mengoceh sendiri, kadang melantur terutama saat malam hari sehingga tidak tidur, baru tidur pagi hari. Pada 2 bulan lalu pasien mengaku membakar ijazah SMK-nya tanpa sebab dan pasien suka berkendara pada malam hari serta mengonsumsi pil koplo bersama temannya.

### **Faktor Predisposisi**

1. Riwayat gangguan jiwa di masa lalu

Klien mengatakan belum pernah mengalami gangguan jiwa dan tidak pernah dilakukan pengobatan.

1. Pernah mengalami penganiayaan fisik

Menurut klien tidak pernah mengalami penganiayaan fisik, aniaya seksual, penolakan, kekerasan dalam keluarga dan tindakan kriminal selama ini.

**Masalah Keperawatan : Tidak Ditemukan masalah keperawatan**

1. Adakah anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa

Klien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.

**Masalah Keperawatan : Tidak Ditemukan masalah keperawatan**

1. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan

Saat dikaji klien mengatakan pengalaman yang tidak menyenangkan yaitu saat ada tekanan seperti suara yang menyuruhnya bekerja dan juga bisikan yang sering menganggunya sehingga merasa sedih dan jengkel dengan lingkungan di keluarganya

**Masalah Keperawatan : Koping keluarga tidak efektif**

### **Pemeriksaan Fisik**

1. Tanda – Tanda Vital : TD 119/76 mmHg, N: 98 x/menit, S : 36,5℃ RR : 19 x/menit
2. TB : 168 cm, BB : 47 kg
3. Keluhan Fisik : pada saat pengkajian tidak ada keluhan fisik yang dirasakan klien

**Masalah Keperawatan : Tidak Ditemukan masalah keperawatan**

### **Psikososial**

1. Genogram



Gambar 3. 1 Genogram Keluarga Tn. R

Keterangan :

Klien anak ke 2 dari 2 bersaudara, klien berstatus belum menikah dan mempunyai 2 orang anak laki – laki. Kedua orang tua klien masih hidup, ayah klien bekerja sebagai supir truk dan ibunya hanya ibu rumah tangga. Klien tinggal serumah dengan kedua orang tuanya serta kakek nenek dari ibunya. Pola komunikasi keluarga klien terjalin kurang baik dikarenakan klien lebih suka memendam masalah sendiri daripada bercerita ke orang tua, pengambil keputusan di dalam keluarga klien adalah orang tua.

1. Konsep Diri
2. Gambaran Diri : klien mengatakan bingung dan merasa malu.
3. Identitas diri : klien mengatakan dirinya sebagai seorang laki – laki berusia 24 tahun dengan status belum menikah serta belum mempunyai pekerjaan, sebelumnya juga bekerja sebagai cleaning service di restoran.
4. Peran Diri : Sebelum masuk rumah sakit klien berperan sebagai anak, selama dirumah sakit klien sebagai pasien di ruang Gelatik I
5. Ideal Diri : klien mengatakan bersyukur memiliki tubuh yang normal dan tidak ada keterbatasan fisik
6. Harga Diri : Klien mengatakan malu dengan keadaannya yang sekarang dialaminya, klien juga mengatakan ingin pulang dan segera melamar pekerjaan dan klien berkata bahwa dirinya sudah pulih atau normal kembali.

**Masalah Keperawatan : Harga Diri Rendah**

1. Hubungan Sosial
2. Orang terdekat : klien mengatakan orang terdekat dalam hidupnya adalah Ibunya, karena ibunya yang selalu ada untuk klien.
3. Peran serta dalam kegiatan kelompok / masyarakat :

Klien sedikit tertutup, mengikuti kegiatan seperti karang taruna di lingkungan rumahnya. Klien selama di rumah sakit hanya tidur tidak pernah ikut serta dalam kegiatan RS dan tidak pernah melakukan kegiatan ibadah karena tidak ada tempat.

1. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain :

Sebelum masuk Rumah Sakit Klien mengatakan tidak ada hambatan dalam berhubungan dengan orang lain, klien juga mengatakan sering berinteraksi dengan teman lainnya. Saat masuk rumah sakit klien lebih banyak diam dan menyendiri di kamar, tidak pernah mengobrol dengan teman sekamar.

**Masalah Keperawatan : Isolasi Sosial Menarik Diri**

1. Spiritual
2. Nilai dari Keyakinan : Klien mengatakan bahwa dirinya beragama islam dan klien juga mengatakan bahwa sakit yang dialaminya ini adalah karena cobaan
3. Kegiatan ibadah : Sebelum masuk rumah sakit klien mengatakan ibadahnya bolong – bolong atau jarang. Ketika di RS pasien mengatakan tidak pernah melakukan ibadah

**Masalah Keperawatan : Distress Spiritual**

### **Status Mental**

1. Penampilan : saat pengkajian, penampilan klien sedikit tidak rapi, rambutnya tidak disisir dan cara berpakaian rapi pada umumnya (wajar), klien juga tidak bau.

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

1. Pembicaraan : Saat pengkajian, klien berbicara dengan normal tidak berbelit – belit saat dikaji dan langsung ke inti permasalahan.

**Masalah Keperawatan : Tidak ditemukan masalah keperawatan**

1. Aktivitas motorik : Klien hanya membersihkan tempat tidur, tidak menyapu kamar ataupun mengepel.

**Masalah Keperawatan : Ketidakberdayaan**

1. Alam Perasaan : Saat pengkajian klien mengatakan jika terdengar suara bisikan klien gelisah berusaha untuk menghilangkannya.

**Masalah Keperawatan : Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran**

1. Afek : saat diajak bicara raut wajah pasien adekuat dan hanya bereaksi bila ada stimulus emosi yang kuat ( Tumpul )

**Masalah Keperawatan : Tidak ditemukan masalah keperawatan**

1. Interaksi selama wawancara : saat diajak berbicara klien ada kontak mata meskipun kurang, klien mampu menjawab pertanyaan, klien kooperatif.

**Masalah Keperawatan : Tidak ditemukan masalah keperawatan**

1. Persepsi : klien sebelum dibawa ke IGD RSJ Menur mendengar bisikan yang terdengar seperti suara Ibunya yang menyuruhnya bekerja. Bisikan itu muncul setiap hari dan lebih sering pada malam hari, saat klien tidak beraktifitas atau saat klien sedang sendirian, suara itu semakin lama semakin jelas dan keras, respon klien saat bisikan itu muncul hanya diam dan menutup telinganya sambil tertawa.

**Masalah Keperawatan : Gangguan persepsi sensori : Halusinasi Pendengaran**

1. Proses Pikir : Pembicaraan klien berbelit – belit dan tidak berulang, klien jika diberi pertanyaan mampu menjawab dengan sesuai dan langsung ke intinya.

**Masalah Keperawatan : Tidak ditemukan masalah keperawatan**

1. Isi Pikir : Pikiran klien obsesi seperti pikiran yang selalu muncul walaupun klien berusaha untuk menghilangkannya, klien mengatakan bahwa dirinya sudah sembuh seperti orang – orang pada umumnya. Klien merasa takut ibunya sendirian dirumah.

**Masalah Keperawatan : Gangguan Pola Pikir**

1. Tingkat Kesadaran : klien saat ditanya sekarang jam berapa, klien dapat menjawab dengan benar kalau sekarang jam 09.00 WIB. Klien mengatakan dirumah sering berkumpul dengan teman – temannya, tetapi ketika dirumah sakit klien ditanya akrab atau tidak dengan teman – teman lainnya klien menjawab tidak karena yang diajak bicara tidak nyambung dan tidak mengetahui nama teman – temannya, klien mengetahui kalau saat ini dirinya sedang dirawat di Ruang Gelatik I RSJ Menur Surabaya.

**Masalah Keperawatan : Gangguan Interaksi Sosial**

1. Memori : Memori Klien masih baik, klien masih bisa atau masih mampu mengingat kejadian yang terjadi pada tahun lalu yang dialaminya, mulai dari pertama dirinya dirawat dan sampai bisa di bawa ke RSJ Menur klien mengingatnya.

**Masalah Keperawatan : Tidak ditemukan masalah keperawatan**

1. Tingkat Konsentrasi dan Berhitung : Klien mampu mengingat kapan ia mulai dirawat di ruang Gelatik I yaitu pada tanggal 4 Mei 2021 dan klien masih mampu berhitung saat ditanya 4 x 6, jawaban pasien benar.

**Masalah Keperawatan : Tidak ditemukan masalah keperawatan**

1. Kemampuan Penilaian : Kemampuan penilaian klien terhadap diri sendiri dan terhadap orang lain masih baik dan tidak ada masalah, klien dapat mengambil keputusan terhadap dirinya sendiri, misalnya klien akan makan dulu setelah bangun kemudian baru mandi karena lapar tidak bisa ditahan.

**Masalah Keperawatan : Gangguan Kemampuan Penilaian Ringan**

1. Daya Tilik Diri : klien mengatakan bahwa dirinya itu setara dengan manusia yang lainnya, klien sedikit bisa mengontrol suara – suara yang muncul, sering kali merasa tidak perlu pertolongan tetapi dirinya ingin ditolong orang lain saat suara tersebut muncul.

**Masalah Keperawatan : Penyangkalan Tidak Efektif**

### **Kebutuhan Persiapan Pulang**

1. Kemampuan klien memenuhi kebutuhan :
2. Makan : Klien mengatakan kalau di RS makan hanya 3x sehari nasi sayur lauk pauk dan buah.
3. Keamanan : Klien mengatakan bahwa selama di RS merasa aman karena dipantau oleh perawat dan klien juga bisa menjaga dirinya sendiri. klien juga mengatakan sudah sedikit mampu mengontrol jika ada suara yang menganggunya.
4. Perawatan Kesehatan : klien mendapatkan perawatan kesehatan di rumah sakit oleh perawat dan dokter
5. Pakaian : klien memiliki pakaian sendiri yang dibawakan oleh ibunya ketika awal masuk di RS.
6. Transportasi : Klien pulang jika di jemput oleh keluarganya
7. Tempat Tinggal : klien memiliki tempat tinggal / rumah didaerah Sidoarjo
8. Uang : Klien masih meminta uang kepada orang tuanya, klien mengatakan dibiayai oleh Ibunya.

**Masalah Keperawatan : Tidak ditemukan masalah keperawatan**

1. Kegiatan hidup sehari – hari :
2. Perawatan Diri :
3. Mandi : klien mengatakan mandi tanpa bantuan 2x sehari yaitu pada saat pagi hari sekitar jam 07.00 dan pada sore hari sekitar jam 17.00
4. Kebersihan : Klien mengatakan tidak membersihkan tempat tidurnya, klien mandi 2x sehari dengan menggunakan sabun dan menggosok giginya dan keramas 3 hari sekali.
5. BAB / BAK : klien dapat pergi ke toilet secara mandiri dan klien mampu membersihkan dirinya tanpa bantuan orang lain.
6. Ganti Pakaian : klien mengatakan dapat mengganti pakaiannya sendiri terkadang sehari sekali mengganti pakaian
7. Penggunaan Obat : Pasien minum obat secara mandiri, klien tidak mengetahui jenis obat yang dikonsumsi dan klien mengatakan bahwa setelah minum obat rasanya ngantuk.

**Masalah Keperawatan : Tidak ditemukan masalah keperawatan**

1. Nutrisi : klien makan 3x sehari tanpa bantuan

**Masalah Keperawatan : Tidak ditemukan masalah keperawatan**

1. Tidur : Saat klien ditanya mengenai istirahat tidurnya, klien mengatakan bahwa selama di rumah sakit lebih sering tidur daripada melakukan aktivitas.

Tidur siang lama : 12.30 – 16.00

Tidur malam lama : 19.00 – 06.00

**Masalah Keperawatan : Tidak ditemukan masalah keperawatan**

1. Kemampuan klien dalam hal – hal berikut :
2. Mengantisipasi kebutuhan sendiri : klien mengatakan mampu mengantisipasi kebutuhan sendiri
3. Membuat keputusan berdasarkan keinginan sendiri : Klien mengatakan mampu membuat keputusan berdasarkan keinginan sendiri.
4. Mengatur penggunaan Obat : klien mengatakan tidak mengetahui jenis obat yang dikonsumsi dan kegunaannya untuk apa
5. Melakukan pemeriksaan kesehatan : Tidak

Penjelasan : penggunaan obat dan pemeriksaan kesehatan dilakukan oleh perawat rumah sakit dan dokter yang bertanggung jawab terhadap klien

**Masalah Keperawatan : Defisit Pengetahuan**

1. Klien memiliki sistem pendukung : klien mempunyai sistem pendukung dari keluarganya yaitu Ibunya dan terapis ( Perawat dan Dokter ) yang merawat.

**Masalah keperawatan : Tidak ditemukan masalah keperawatan**

1. Apakah klien menikmati saat bekerja, kegiatan produktif atau hobi : Ya, klien menikmati hobinya yaitu memancing saat klien belum masuk rumah sakit. Klien mengatakan dulu saat bekerja menikmati pekerjaannya.

**Masalah Keperawatan : Tidak ditemukan masalah keperawatan**

### **Mekanisme Koping**

Klien bisa berkomunikasi dengan orang lain dengan baik, klien senang berkumpul bersama teman – temannya, sebelum masuk ke rumah sakit klien mengatakan cara untuk menghilangkan stress dengan minum pil koplo bersama temannya, serta pernah membakar ijazah SMK tanpa sebab

**Masalah Keperawatan : Penyalahgunaan Obat & Risiko Perilaku Mencederai Diri Sendiri**

### **Masalah Psikososial dan Lingkungan**

1. Masalah dengan dukungan kelompok, spesifik : klien mengatakan lebih suka sendiri selama di RS karena menurutnya banyak pasien yang tidak nyambung saat diajak ngobrol.
2. Masalah berhubungan dengan lingkungan, spesifik : klien mampu bersosialisasi dengan teman – temannya.
3. Masalah dengan pendidikan, spesifik : klien mengatakan sekolahnya hanya tamat SMK dan tidak melanjutkan ke jenjang lebih tinggi yaitu kuliah.
4. Masalah dengan perumahan, spesifik : tidak ada masalah dalam rumah
5. Masalah Ekonomi, spesifik : klien termasuk dari keluarga yang bercukupan karena ayahnya bekerja sebagai supir truk dan ibunya membantu kakek nenek bekerja di sawah.
6. Masalah dengan pelayanan kesehatan, spesifik : klien tidak pernah kerumah sakit jika sakit, hanya diobati dengan obat beli di warung.

**Masalah Keperawatan : Koping Keluarga Tidak Efektif**

### **Kurang Pengetahuan Tentang**

Klien mengatakan tidak mengetahui jenis – jenis obat yang di konsumsinya saat di rumah sakit, hanya diberi tahu obat tersebut harus diminum.

**Masalah Keperawatan : Defisit Pengetahuan**

### **Aspek Medis**

Diagnosa Medis : Other Nonorganic Psychotic Disorder

Terapi Medik :

* Risperidone 2 mg = 1-0-1
* Clozapine 25 mg = 0-0-1

### **Daftar Masalah Keperawatan**

1. Gangguan persepsi sensori : Halusinasi pendengaran (SDKI, hal 190)
2. Isolasi Sosial : Menarik Diri (SDKI, Hal 268)
3. Harga Diri Rendah (SDKI, Hal 192)
4. Ketidakberdayaan (SDKI, Hal 202)
5. Gangguan Kemampuan penilaian : Ringan
6. Penyangkalan tidak efektif (SDKI, Hal 214)
7. Koping keluarga tidak efektif (SDKI, Hal 204)
8. Gangguan Interaksi Sosial (SDKI, Hal 262)
9. Defisit pengetahuan (SDKI, Hal 246)
10. Distress Spiritual (SDKI, Hal 184)
11. Penyalahgunaan Obat

### **Diagnosa Keperawatan**

Pada kesempatan ini penulis hanya mengambil diagnosis Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran

Surabaya, 09 Mei 2021

Mahasiswa



(DINA JAYANTI)

NIM. 1820009

## **Analisa Data**

NAMA : Tn. R RM : 35-xx-xx

USIA : 24 Tahun RUANGAN : GELATIK I

Tabel 3. 1 Analisa Data

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **TGL** | **ANALISA DATA** | **MASALAH**  | **TTD** |
| 07 Mei 2021 | DS: Klien mengatakan bahwa sebelum di bawa ke RSJ Menur mendengar bisikan yang menyuruhnya bekerja, suara tersebut seperti suara ibunya. Bisikan tersebut muncul setiap hari, paling sering pada malam hari, saat klien tidak beraktifitas dan hendak tidur atau saat klien sendirian, suara itu semakin lama jelas dan keras, respon klien saat bisikan itu muncul menutup telinganya dan tertawa.DO:1. Klien terlihat tertawa sendiri dan senyum – senyum sendiri
2. Klien terlihat menyendiri di tempat tidur
 | Gangguan persepsi sensori : Halusinasi pendengaran(SDKI Hal. 190) |  |
|  | DS: 1. Klien mengatakan bosan ingin cepat pulang
2. Klien mengatakan lebih banyak tidur dikamar

DO:1. Saat diajak bicara kontak mata klien terhadap perawat kurang
2. Klien terlihat menyendiri di kamar
3. Klien jarang bicara dengan teman lainnya
 | Isolasi Sosial : Menarik Diri(SDKI Hal. 268 ) |  |
|  | DS: Klien mengatakan pernah membakar ijazah SMK tanpa sebab saat halusinasinya munculDO: 1. Klien terlihat bingung
2. Kontak mata kurang
 | Risiko Mutilasi Diri(SDKI Hal. 310 ) |  |

## **Pohon Masalah**



Gambar 3. 2 Pohon Masalah Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran (Yusuf, A.H & ,R & Nihayati, 2015)

## **Rencana Keperawatan**

Tabel 3. 2 Rencana Keperawatan

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **TANGGAL** | **DIAGNOSA****KEPERAWATAN** | **PERENCANAAN** |
| **TUJUAN DAN KRITERIA HASIL** | **INTERVENSI** | **RASIONAL** |
| **1.** | 08/05/2021 | Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran | Kognitif, Klien mampu:1. Menyebutkan penyebab halusinasi
2. Menyebutkan karakteristik halusinasi yang dirasakan: Jenis, isi, frekuensi, durasi, waktu, situasi yang menyebabkan dan respons
3. Menyebutkan akibat yang ditimbulkan dari halusinasi
4. Menyebutkan cara yang selama ini digunakan untuk mengendalikan halusinasi
5. Menyebutkan cara mengendalikan halusinasi yang tepat.

Psikomotor, klien mampu:1. Melawan halusinasi dengan menghardik
2. Mengabaikan halusinasi dengan bersikap cuek

Afektif, klien mampu:1. Merasakan manfaat cara-cara mengatasi halusinasi
2. Membedakan perasaan sebelum dan sesudah latihan.

(Diambil dari buku (Keliat et al., 2019) | Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik.SP 11. Identifikasi jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi halusinasi klien.
2. Ajarkan kepada klien cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik.
3. Ajarkan klien memasukkan cara menghardik halusinasi ke dalam jadwal kegiatan harian klien
 | 1. Hubungan saling percaya merupakan langkah awal menentukan keberhasilan rencana selanjutnya agar klien dapat terbuka pada perawat.
2. Mengenalkan pada klien terhadap halusinasinya dan mengidentifikasi faktor pencetus halusinasinya.
3. Menentukan tindakan yang sesuai bagi klien untuk mengontrol halusinasinya.
4. Melatih pasien untuk menerapkan tindakan yang sudah diberikan
 |
| Kognitif, Klien mampu:1. Menyebutkan penyebab halusinasi
2. Menyebutkan karakteristik halusinasi yang dirasakan: Jenis, isi, frekuensi, durasi, waktu, situasi yang menyebabkan dan respons
3. Menyebutkan akibat yang ditimbulkan dari halusinasi
4. Menyebutkan cara yang selama ini digunakan untuk mengendalikan halusinasi
5. Menyebutkan cara mengendalikan halusinasi yang tepat.

Psikomotor, klien mampu:1. Mengalihkan halusinasi dengan cara distraksi yaitu bercakap – cakap dan melakukan aktivitas

Afektif, klien mampu:1. Merasakan manfaat cara-cara mengatasi halusinasi
2. Membedakan perasaan sebelum dan sesudah latihan.

(Diambil dari buku (Keliat et al., 2019) | Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik.SP 21. Evaluasi cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik dan kontrak waktu selanjutnya.
2. Latih klien mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap- cakap dengan orang lain.
3. Anjurkan klien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian
 | 1. Hubungan saling percaya merupakan langkah awal menentukan keberhasilan rencana selanjutnya agar klien dapat terbuka pada perawat.
2. Membantu klien untuk menentukan kegiatan selanjutnya
3. Membantu klien menentukan cara mengontrol halusinasi
4. Membantu klien untuk mengingat dan menerapkan tindakan yang sudah diberikan.
 |
| Kognitif, Klien mampu:1. Menyebutkan penyebab halusinasi
2. Menyebutkan karakteristik halusinasi yang dirasakan: Jenis, isi, frekuensi, durasi, waktu, situasi yang menyebabkan dan respons
3. Menyebutkan akibat yang ditimbulkan dari halusinasi
4. Menyebutkan cara yang selama ini digunakan untuk mengendalikan halusinasi
5. Menyebutkan cara mengendalikan halusinasi yang tepat.

Psikomotor, klien mampu:1. Melawan halusinasi dengan melakukan aktivitas terjadwal

Afektif, klien mampu:1. Merasakan manfaat cara-cara mengatasi halusinasi
2. Membedakan perasaan sebelum dan sesudah latihan.

(Diambil dari buku (Keliat et al., 2019) | Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik.SP 31. Evaluasi klien cara mengontrol halusinasi dengan cara bercakap- cakap dengan orang lain.
2. Latih klien mengendalikan halusinasinya dengan melakukan kegiatan (kegiatan yang biasa dilakukan klien).
3. Anjurkan klien memasukkan dalam kegiatan harian
 | 1. Hubungan saling percaya merupakan langkah awal menentukan keberhasilan rencana selanjutnya agar klien dapat terbuka pada perawat.
2. Membantu klien untuk menentukan kegiatan selanjutnya
3. Membantu klien mengontrol halusinasi
4. Agar klien mengingat tentang tindakan yang sudah diberikan
 |
| Kognitif, Klien mampu:1. Menyebutkan penyebab halusinasi
2. Menyebutkan karakteristik halusinasi yang dirasakan: Jenis, isi, frekuensi, durasi, waktu, situasi yang menyebabkan dan respons
3. Menyebutkan akibat yang ditimbulkan dari halusinasi
4. Menyebutkan cara yang selama ini digunakan untuk mengendalikan halusinasi
5. Menyebutkan cara mengendalikan halusinasi yang tepat.

Psikomotor, klien mampu:1. Melawan halusinasi minum obat dengan prinsip 8 benar yaitu benar nama, benar obat, benar manfaat, benar dosis, benar frekuensi, benar cara, benar tanggal kadaluwarsa, dan benar dokumentasi

Afektif, klien mampu:1. Merasakan manfaat cara-cara mengatasi halusinasi
2. Membedakan perasaan sebelum dan sesudah latihan.

(Diambil dari buku (Keliat et al., 2019) | Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik.1. Evaluasi jadwal kegiatan harian klien
2. Berikan pendidikan kesehatan tentang penggunaan obat secara teratur
3. Anjurkan klien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.
 | 1. Hubungan saling percaya merupakan langkah awal menentukan keberhasilan rencana selanjutnya agar klien dapat terbuka pada perawat.
2. Membantu mempercepat penyembuhan dan memastikan obat sudah diminum oleh klien
3. Meningkatkan pengetahuan tentang manfaat dan efek samping obat
4. Mengetahui reaksi setelah minum obat dan membantu penyembuhan
5. Membantu klien agar dapat mudah diterapkan dalam sehari – hari
 |

## **Implementasi**

Tabel 3. 3 Implementasi Keperawatan

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **TGL** | **DIAGNOSA** | **IMPLEMENTASI** | **EVALUASI** | **TTD** |
| 07 Mei2021 | Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran | Membina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik.**SP 1****09.25**1. Berkenalan dengan pasien dan kontrak waktu(“Selamat pagi, perkenalkan nama saya perawat Dina, saya perawat yang berdinas pagi ini dari jam 07.00 sampai jam 12.00 siang, boleh saya tahu nama bapak siapa? Suka di panggil apa?” “Nama saya R, panggil saja saya R” “Boleh saya tahu umur bapak berapa? Dan tinggal dimana?” “umur saya 24 tahun, tinggal di Sidoarjo” “bapak disini sudah berapa lama dan apakah sudah pernah dirawat disini?” “saya baru pertama kali disini, saya disini sudah 3 hari” “Baiklah, saya panggil mas R ya? Bolehkan kita mengobrol sebentar tentang apa yang mas rasakan” “iya mbak” “baik, berapa lama kita akan mengobrol? Bagaimana kalau 20 menit?” “iya mbak boleh” “kalau begitu mas ingin kita mengobrol dimana?” “Terserah mbak, di teras juga bisa” “Baik mas R”.)**09.30**2. Mengidentifikasi Jenis, Isi, Waktu, Frekuensi, Situasi, Halusinasi Klien(“Mas R kalau boleh saya tahu apa yang sekarang mas rasakan? Mungkin saya bisa bantu mas R menyelesaikan masalahnya” “saya juga gak tau mbak, saya tahunya diantar kesini sama ibu katanya dititipin” “oh begitu, sebelumnya apakah waktu dirumah apakah mas sering mendengar suara – suara yang tidak ada wujudnya?” “Iya mbak, suara perempuan tapi tidak tahu siapa” “kalau boleh tahu, suaranya berbicara seperti apa ya mas?” “ya pertama suaranya pelan, menyuruh kerja dan kerja lama – lama seperti dibentak mbak ya saya reflek teriak tutup telinga” “baiklah, berarti suaranya berisi seperti menekan mas suruh bekerja ya, kalo boleh tahu diwaktu apa mas mendengar suara tersebut?” “kadang kalo saya sendirian, setiap mau tidur lebih sering mbak” “baiklah mas, mas lebih sering mendengar saat malam hari hendak tidur ya mas dengan suara yang berisi tekanan untuk bekerja? Apakah betul seperti itu?” “iya mbak”.)**09.40**3. Ajarkan kepada klien cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik(“mas R, saya ajari cara mengontrol suara - suara dengan cara menghardik ya? Apakah mau?” “iya mbak mau” “jadi kalau mas mendengar suara tersebut langsung usir bisikan itu dengan cara menutup kedua telinga mas dan berkata pergi – pergi jangan ganggu saya, kamu suara palsu, begitu mas sampai suara tersebut hilang” “oh jadi diusir begitu ya mbak” “iya mas, biasanya mas kalau mengusir suara itu bagaimana?” “saya diam dan menutup telinga saya mbak, kalo suaranya makin keras saya teriak” “oh begitu ya mas, bagus sekali, coba nanti teriaknya diganti dengan cara diusir seperti yang sudah saya ajarkan tadi ya mas” “iya mbak”)**09.50**4. Berpamitan dengan pasien karena kontrak waktu sudah habis(“baiklah mas, mas sudah bisa cara menghardik suara tersebut, saya ajarkan satu cara lagi ya mas untuk tenangkan diri mas setelah mendengar suara tersebut” “iya mbak pakai cara apalagi mbak” “pertama silangkan kedua tangan dan pegang bahu mas, lalu tepuk secara pelan – pelan sampai mas tenang kalau bisa sambil mata tertutup karena lebih efektif” “saya coba ya mbak” “Iya mas silahkan dicoba, nah bagus mas sudah bisa. Itu dengan cara butterfly hug mas, bagaimana perasaan mas setelah berbincang – bincang dengan saya dan mencoba 2 cara dengan menghardik dan butterfly hug?” “makasih mbak, sudah cukup tenang, saya jadi tahu caranya” “iya mas R, jangan lupa dipraktikkan saat suara tersebut muncul lagi.”**10.00**5. Kontrak waktu untuk pertemuan selanjutnya(“Besok kita ketemu lagi ya mas, kita akan mengobrol tentang mengontrol suara dengan bercakap – cakap dengan orang lain serta memasukkan ke jadwal kegiatan hari mas, bagaimana apakah mas R mau?” “iya mbak mau, jam berapa ya mbak?” “bagaimana kalau jam 09.00? setelah mas sarapan ya?” “iya mbak, di meja makan itu saja ya mbak?” “baiklah mas, saya pamit ya, ayo saya antar ke dalam kamar lagi.”)  | **S** : klien mengatakan mendengar suara seperti menekan ia bekerja dan bekerja**O :** 1. Klien mau menyebutkan namanya
2. Klien bersedia diajak berbicara dengan perawat

**A :** Secara afektif, kognitif dan psikomotor1. Klien mampu memperkenalkan diri dengan baik, mampu menyebutkan namanya dengan benar
2. Klien mampu menjelaskan tentang isi halusinasinya
3. Klien mampu mengontrol halusinasinya dengan cara menghardik dan mempraktikkannya
4. Klien mampu tenangkan dirinya dengan butterfly hug

**P :** Perawat : mengevaluasi kembali cara menghardik halusinasi, melanjutkan dan mengajarkan cara kedua mengontrol halusinasi dengan cara bercakap – cakap dengan orang lain.Pasien : diharapkan klien berlatih mengontrol halusinasi dengan cara menghardik secara mandiri dan memasukkan ke dalam jadwal harian secara mandiri |  |
| 08 Mei 2021 | bina hubungan saling percaya dengan menggunakan komunikasi terapeutik**SP 2****09.00**1. Menyapa klien dan kontrak waktu (“selamat pagi mas, saya perawat Dina yang kemarin mengobrol dengan mas R, masih ingat saya mas?” “pagi juga mbak, iya ingat kok mbak” “apa mas R masih ingat hari ini kita mau berbicara tentang apa?” “Iya mbak ingat, berlatih bercakap – cakap dengan orang lain” “Bagus, mas R benar.”)**09.05**2. Evaluasi kegiatan jadwal klien dan kontrak waktu selanjutnya.(“Mas R apakah sudah mempraktikkan apa yang saya ajarkan kemarin? Coba mas praktikkan” “iya mbak sudah, sudah saya coba” “Wah bagus mas, bagaimana kalau kita mengobrol tentang cara yang ke 2 yaitu mengontrol suara – suara itu dengan bercakap – cakap dengan orang lain, bagaimana kalau 15 menit?” “iya mbak ayo gapapa”.)**09.10**3. latih klien dengan mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap – cakap dengan orang lain.(“nah sesuai dengan kesepakatan kita tadi ya mas, kita sekarang belajar cara mengontrol suara - suara dengan bercakap – cakap dengan orang lain. Jadi gini, saya jelaskan dulu ya. Contoh mas R lagi sendiri kemudian suara tersebut muncul lagi, nah langsung saja ajak teman mas R yang sekamar dengan mas R berbicara, gini “ ayo ngobrol dengan saya, saya sedang mendengar suara yang tidak ada wujudnya, apakah bapak pernah begitu?” “oh jadi begitu ya mbak, saya diajak bicara sama teman Cuma ditanya kamu orang mana begitu saja mbak” “kenapa mas R tidak coba ajak bicara terlebih dahulu jika suara tersebut muncul?” “soalnya orang di sini kalau diajak ngomong kadang tidak nyambung mbak” “oh begitu, coba nanti saat suara tersebut muncul, mas R ceritakan yang mas alamin ke teman mas. Seperti yang saya ajarkan” “iya mbak, saya coba nanti” “baiklah mas.”)**09.20**4. mengajarkan klien memasukkan ke dalam jadwal harian.(“Nah mas R jangan lupa cara yang kedua ini harus dimasukkan ke dalam jadwal hariannya mas R ya” “itu bagaimana ya mbak?” “mas R cukup mengingat apa yang saya ajarkan dari awal, seperti cara mengontrol suara - suara dengan cara menghardik lalu dengan cara kedua bercakap – cakap dengan orang lain.” “itu harus ya mbak?” “iya mas, harus karena itu cara untuk mengontrol halusinasi mas.”)**09.25**5. Berpamitan dengan pasien dan kontrak waktu selanjutnya(“baik mas, waktu kita sudah habis. Saya tanya mas ya, coba mas sebutkan dari awal saya mengajarkan apa saja untuk mengontrol suara – suara tersebut?” “waduh sebentar, pertama dengan cara menghardik seperti mengusir suara tersebut, lalu tadi latihan bercakap – cakap dengan orang lain. Dan semua yang diajarkan mbak harus dimasukkan ke dalam jadwal harian” “Nah, Benar sekali mas R, jangan lupa ya kalau ingin tenang setelah mendengar suara tersebut lakukan butterfly hug” “oh iya mbak, saya akan lakukan” “besok kita bertemu lagi ya mas untuk mempraktikkan mengontrol suara – suara dengan bercakap - cakap dengan orang lain, jam berapa kita akan mengobrol?” “mungkin seperti tadi saja mbak, sesudah saya sarapan di meja makan saja ya mbak” “baiklah mas, mari saya antar ke kamar mas R”) | **S :** klien mengatakan 1. Mampu mempraktikkan mengontrol halusinasi dengan cara menghardik
2. Klien mampu memasukkan cara mengontrol halusinasi dengan menghardik ke dalam jadwal harian

**O :**1. Klien mampu memperagakan cara menghardik halusinasi dengan cara bercakap – cakap dengan orang lain.
2. Klien mampu mengevaluasi cara yang pertama yaitu menghardik

**A :** Secara afektif, motorik dan psikomotor 1. Klien mampu menjelaskan kedua cara yang diajarkan oleh perawat

**P :** Perawat : Evaluasi kembali cara yang kedua yaitu bercakap-cakap dengan orang lain, dan anjurkan untuk sering berlatihPasien : Diharapkan klien berlatih melakukan aktivitas harian secara mandir |  |
| 09 Mei 2021 | membina hubungan saling percaya dengan menggunakan komunikasi terapeutik**SP 2****09.30**1. Menyapa klien dan Kontrak waktu (“selamat pagi mas R, bagaimana perasaan hari ini?” “pagi mbak, baik kok mbak” “apakah mas masih ingat dengan saya?” “iya mbak, saya ingat mbak dina.”)2. Mengevaluasi klien dengan cara mengontrol halusinasi bercakap – cakap dengan orang lain.(“ Nah mas masih ingat kan kemarin yang saya ajarkan cara kedua? Apakah sudah di lakukan?” “iya mbak saya ingat, saya sudah mencoba bercakap – cakap dengan teman sebelah kasur saya” “wah bagus mas, sekarang coba mas R praktikkan lagi” “mbak, ayo ngobrol dengan saya, saya sedang mendengar suara yang tidak ada wujudnya, benar begitu kan mbak. Kemarin saya coba begitu ke teman saya” “bagus mas, sudah benar mas hebat.”)**09.40**3. latih klien dengan mengendalikan halusinasinya dengan melakukan kegiatan yang bisa dilakukan klien.(“mas kalau boleh tahu kegiatan mas selama di sini apa saja” “ya tidak ngapa – apain mbak, bangun jam 06.00 mandi jam 07.00 lalu sarapan, sudah mbak lalu tidur, di sini tidak boleh keluar kamar jalan – jalan mbak jadi hanya dikamar saja” “Nah Bagus, tapi lebih bagusnya lagi jangan terlalu banyak tidur saat pagi mas, lebih baik digunakan mengobrol dengan teman ya ?” “iya mbak”)4. Anjurkan memasukkan ke dalam jadwal harian (“Nah mas, jangan lupa ya dijadikan ke latihan jadwal setiap harinya” “iya mbak.”)**09.50**5. berpamitan dengan pasien(“baiklah mas, cukup kita akhiri mengobrol tentang mengontrol suara – suara. Saya berpamitan karena saya tidak dinas lagi di sini, semoga mas cepat sembuh. Jangan lupa ya mas tetap lakukan kegiatan yang ada dijadwal, jika suara itu muncul mas harus apa?” “saya harus mengusir suara tersebut dengan cara menghardik jika masih terdengar saya akan mengajak ngobrol teman untuk menghilangkan suara tersebut” “Nah Bagus, di ingat dan di praktikkan ya mas. Mari saya antar ke dalam kamar”) | **S :** klien mengatakan Klien jarang mendengar suara tekanan yang menyuruhnya bekerja**O :** 1. Klien dapat mengingat nama perawat
2. Klien mampu menjawab dan memperagakan ketiga cara tersebut
3. Klien tampak tenang

**A :** Secara afektif, motorik dan psikomotor :1. Klien mampu melakukan aktivitas terjadwal seperti membersihkan tempat tidur, berhias.

**P :** Perawat : Evaluasi dan latih kembali mengendalikan halusinasinya dengan cara bercakap – cakap dengan orang lainPasien : Diharapkan klien berlatih melakukan aktivitas terjadwal secara mandiri |  |

## **Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan**

Lampiran 1 Strategi Pelaksanaan (SP 1)

**STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN**

**PADA PASIEN HALUSINASI PENDENGARAN**

Nama Pasien : Tn. R

Hari / Tanggal : Jumat, 07 Mei 2021

Pertemuan : Ke-1

Masalah Keperawatan : Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi

1. Proses Keperawatan
2. Keadaan Umum Pasien :
3. Pasien tampak tenang
4. Pasien menyendiri di kamar
5. Diagnosa Keperawatan

Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran

1. Tujuan Khusus
2. Bina hubungan saling percaya.
3. Menjelaskan isi halusinasi
4. Menjelaskan jenis halusinasi
5. Menjelaskan respon halusinasi
6. Menjelaskan frekuensi halusinasi
7. Menjelaskan waktu halusinasi
8. Tindakan Keperawatan
9. Membina hubungan saling percaya
10. Menanyakan isi halusinasi
11. Menanyakan jenis halusinasi
12. Menanyakan respon halusinasi
13. Menanyakan frekuensi halusinasi
14. Menanyakan waktu halusinasi
15. Fase Orientasi

“Selamat pagi, perkenalkan nama saya perawat Dina, saya perawat yang berdinas pagi ini dari jam 07.00 sampai jam 12.00 siang, boleh saya tahu nama bapak siapa? Suka di panggil apa?” “Nama saya R, panggil saja saya R” “Boleh saya tahu umur bapak berapa? Dan tinggal dimana?” “umur saya 24 tahun, tinggal di Sidoarjo” “bapak disini sudah berapa lama dan apakah sudah pernah dirawat disini?” “saya baru pertama kali disini, saya disini sudah 3 hari” “Baiklah, saya panggil mas R ya? Bolehkan kita mengobrol sebentar tentang apa yang mas rasakan” “iya mbak” “baik, berapa lama kita akan mengobrol? Bagaimana kalau 20 menit?” “iya mbak boleh” “kalau begitu mas ingin kita mengobrol dimana?” “Terserah mbak, di teras juga bisa” “Baik mas R”

1. Fase Kerja

“Mas R kalau boleh saya tahu apa yang sekarang mas rasakan? Mungkin saya bisa bantu mas R menyelesaikan masalahnya” “saya juga gak tau mbak, saya tahunya diantar kesini sama ibu katanya dititipin” “oh begitu, sebelumnya apakah waktu dirumah apakah mas sering mendengar suara – suara yang tidak ada wujudnya?” “Iya mbak, suara perempuan tapi tidak tahu siapa” “kalau boleh tahu, suaranya berbicara seperti apa ya mas?” “ya pertama suaranya pelan, menyuruh kerja dan kerja lama – lama seperti dibentak mbak ya saya reflek teriak tutup telinga” “baiklah, berarti suaranya berisi seperti menekan mas suruh bekerja ya, kalo boleh tahu diwaktu apa mas mendengar suara tersebut?” “kadang kalo saya sendirian, setiap mau tidur lebih sering mbak” “baiklah mas, mas lebih sering mendengar saat malam hari hendak tidur ya mas dengan suara yang berisi tekanan untuk bekerja? Apakah betul seperti itu?” “iya mbak” ” “mas R, saya ajari cara mengontrol suara - suara dengan cara menghardik ya? Apakah mau?” “iya mbak mau” “jadi kalau mas mendengar suara tersebut langsung usir bisikan itu dengan cara menutup kedua telinga mas dan berkata pergi – pergi jangan ganggu saya, kamu suara palsu, begitu mas sampai suara tersebut hilang” “oh jadi diusir begitu ya mbak” “iya mas, biasanya mas kalau mengusir suara itu bagaimana?” “saya diam dan menutup telinga saya mbak, kalo suaranya makin keras saya teriak” “oh begitu ya mas, bagus sekali, coba nanti teriaknya diganti dengan cara diusir seperti yang sudah saya ajarkan tadi ya mas” “iya mbak” “baiklah mas, mas sudah bisa cara menghardik suara tersebut, saya ajarkan satu cara lagi ya mas untuk tenangkan diri mas setelah mendengar suara tersebut” “iya mbak pakai cara apalagi mbak” “pertama silangkan kedua tangan dan pegang bahu mas, lalu tepuk secara pelan – pelan sampai mas tenang kalau bisa sambil mata tertutup karena lebih efektif” “saya coba ya mbak” “Iya mas silahkan dicoba, nah bagus mas sudah bisa. Itu dengan cara butterfly hug mas, bagaimana perasaan mas setelah berbincang – bincang dengan saya dan mencoba 2 cara dengan menghardik dan butterfly hug?” “makasih mbak, sudah cukup tenang, saya jadi tahu caranya” “iya mas R, jangan lupa dipraktikkan saat suara tersebut muncul lagi.”

1. Fase Terminasi

“Bagaimana perasaan Tn. R setelah berbincang – bincang dengan saya? Apa yang Tn. R lakukan jika mendengar suara tersebut? Kapan suara itu muncul? Apa terus – terusan suara itu muncul?” “bagaimana kalau kita bertemu lagi besok untuk belajar cara pertama menghardik halusinasi itu? Kira – kira kita besok bertemu jam berapa? Bagaimana kalau jam 09.00 WIB? Besok Tn. R mau berbincang – bincang di mana? Bagaimana kalau di tempat makan saja? Baiklah Tn. R.”

Lampiran 2 Strategi Pelaksanaan (SP 2)

**PADA PASIEN HALUSINASI PENDENGARAN**

Nama Pasien : Tn. R

Hari / Tanggal : Sabtu, 08 Mei 2021

Pertemuan : Ke-2

Masalah Keperawatan : Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi

1. Proses Keperawatan
2. Keadaan Umum Pasien :
3. Pasien tampak tenang
4. Pasien menyendiri di kamar
5. Diagnosa Keperawatan

Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran

1. Tujuan Khusus
2. Membina hubungan saling percaya
3. Dapat mengontrol halusinasi dengan berbicara dengan orang lain
4. Tindakan Keperawatan
5. Bina hubungan saling percaya
6. Memberikan cara untuk mengontrol halusinasi dengan cara bercakap – cakap dengan orang lain.
7. Fase Orientasi

“Selamat pagi mas, bagaimana kabar mas hari ini?” “apakah mas masih ingat dengan saya? Nama saya siapa pak?” “apakah mas masih ingat kita hari ini mau berbicara tentang apa? Betul mas” “kita akan bicara tentang cara mengontrol halusinasi yang kedua yaitu bercakap – cakap dengan orang lain. Berapa lama kita akan berbincang – bincang mas? Bagaimana kalau 20 menit saja? Kita mengobrol di mana mas? Di ruang sini saja ya mas? Baiklah” “Mas R apakah sudah mempraktikkan apa yang saya ajarkan kemarin? Coba mas praktikkan” “iya mbak sudah, sudah saya coba” “Wah bagus mas, bagaimana kalau kita mengobrol tentang cara yang ke 2 yaitu mengontrol suara – suara itu dengan bercakap – cakap dengan orang lain, bagaimana kalau 15 menit?” “iya mbak ayo gapapa”.

1. Fase Kerja

“nah sesuai dengan kesepakatan kita tadi ya mas, kita sekarang belajar cara mengontrol suara - suara dengan bercakap – cakap dengan orang lain. Jadi gini, saya jelaskan dulu ya. Contoh mas R lagi sendiri kemudian suara tersebut muncul lagi, nah langsung saja ajak teman mas R yang sekamar dengan mas R berbicara, gini “ ayo ngobrol dengan saya, saya sedang mendengar suara yang tidak ada wujudnya, apakah bapak pernah begitu?” “oh jadi begitu ya mbak, saya diajak bicara sama teman Cuma ditanya kamu orang mana begitu saja mbak” “kenapa mas R tidak coba ajak bicara terlebih dahulu jika suara tersebut muncul?” “soalnya orang di sini kalau diajak ngomong kadang tidak nyambung mbak” “oh begitu, coba nanti saat suara tersebut muncul, mas R ceritakan yang mas alamin ke teman mas. Seperti yang saya ajarkan” “iya mbak, saya coba nanti” “baiklah mas.” (“Nah mas R jangan lupa cara yang kedua ini harus dimasukkan ke dalam jadwal hariannya mas R ya” “itu bagaimana ya mbak?” “mas R cukup mengingat apa yang saya ajarkan dari awal, seperti cara mengontrol suara - suara dengan cara menghardik lalu dengan cara kedua bercakap – cakap dengan orang lain.” “itu harus ya mbak?” “iya mas, harus karena itu cara untuk mengontrol halusinasi mas.”

1. Fase Terminasi

”Bagaimana perasaan mas setelah kita belajar dan berbincang – bincang bersama? Sudah ada berapa cara yang tadi mas pelajari untuk mengontrol suara tersebut?” “Bagus Tn. R, cobalah cara ini kalau mas mendengar suara itu! Baiklah mas, bagaimana kalau besok kita bertemu lagi untuk belajar dan latihan mengontrol halusinasi dengan cara yang ketiga? Kira – kira kita besok bertemu jam berapa ya? Bagaimana kalau jam 09.30 WIB? Besok mas mau kita berbincang – bincang di mana? Bagaimana kalau di teras depan saja ya mas!”

Lampiran 3 Strategi Pelaksanaan (SP 2)

**PADA PASIEN HALUSINASI PENDENGARAN**

Nama Pasien : Tn. R

Hari / Tanggal : Minggu, 09 Mei 2021

Pertemuan : Ke-3

Masalah Keperawatan : Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi

1. Proses Keperawatan
2. Keadaan Umum Pasien :
3. Pasien tampak tenang
4. Pasien menyendiri di kamar
5. Diagnosa Keperawatan

Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran

1. Tujuan Khusus
2. Bina hubungan saling percaya
3. Melatih pasien mengontrol halusinasi dengan cara melakukan aktivitas kegiatan yang terjadwal
4. Tindakan Keperawatan
5. Membina hubungan saling percaya
6. Melatih pasien mengontrol halusinasi dengan cara bercakap – cakap dengan orang lain.
7. Fase Orientasi

“Selamat pagi Tn. R? bagaimana perasaan mas hari ini? Apakah masih ingat dengan saya?” “apakah suara – suara itu masih muncul? Apa sudah dilakukan dua cara yang kita latih kemarin?” “sesuai kesepakatan kemarin ya, hari ini kita akan belajar masih cara yang kedua untuk mengontrol halusinasi yaitu dengan mengontrol halusinasi dengan bercakap – cakap dengan orang lain” “berapa lama kita akan mengobrol mas? Bagaimana kalau 15 menit?” “kita bercakap – cakap di mana mas? Bagaimana kalau di meja makan saja? Baiklah mas”

1. Fase Kerja

“Nah mas masih ingat kan kemarin yang saya ajarkan cara kedua? Apakah sudah di lakukan?” “iya mbak saya ingat, saya sudah mencoba bercakap – cakap dengan teman sebelah kasur saya” “wah bagus mas, sekarang coba mas R praktikkan lagi” “mbak, ayo ngobrol dengan saya, saya sedang mendengar suara yang tidak ada wujudnya, benar begitu kan mbak. Kemarin saya coba begitu ke teman saya” “bagus mas, sudah benar mas hebat.” (“mas kalau boleh tahu kegiatan mas selama di sini apa saja” “ya tidak ngapa – apain mbak, bangun jam 06.00 mandi jam 07.00 lalu sarapan, sudah mbak lalu tidur, di sini tidak boleh keluar kamar jalan – jalan mbak jadi hanya dikamar saja” “Nah Bagus, tapi lebih bagusnya lagi jangan terlalu banyak tidur saat pagi mas, lebih baik digunakan mengobrol dengan teman ya ?” “iya mbak”

1. Fase Terminasi

“Bagaimana perasaan mas setelah kita berlatih cara yang kedua untuk mengontrol suara itu muncul? Sudah ada berapa cara yang Tn. R pelajari untuk mencegah suara itu muncul? Coba lakukan sesuai jadwal ya mas.!” “Baiklah mas, saya juga ingin berpamitan dengan mas karena saya sudah tidak praktik lagi di sini. Semoga mas cepat sembuh dan apa yang sudah saya ajarkan dan mas pelajari bisa membuat mas bisa mengontrol halusinasi mas. Terima kasih mas sudah mau bekerja sama dengan saya, sampai jumpa lagi mas.”

Lampiran 4 Hasil Evaluasi Kemampuan Klien

**EVALUASI KEMAMPUAN PASIEN HALUSINASI**

Nama Pasien : Tn. R

Ruangan : Gelatik 1 RSJ Menur Surabaya

Nama Perawat : Dina Jayanti

Petunjuk :

Berilah tanda *checklist* (√) Jika pasien mampu melakukan kemampuan di bawah ini.

Tabel 1 Lampiran Evaluasi Kemampuan Pasien Halusinasi Pendengaran

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **No** | **Kemampuan** | **Tanggal** |
| 07 | 08 | 09 |
| **A.** | **Pasien** |
| 1. | Mengenal jenis halusinasi | √ | √ | √ |
| 2. | Mengenal isi halusinasi | √ | √ | √ |
| 3. | Mengenal waktu halusinasi | √ | √ | √ |
| 4. | Mengenal frekuensi halusinasi | √ | √ | √ |
| 5. | Mengenal situasi yang menimbulkan halusinasi | √ | √ | √ |
| 6. | Menjelaskan respon terhadap halusinasi | √ | √ | √ |
| 7. | Mampu menghardik halusinasi | √ | √ | √ |
| 8. | Mampu bercakap – cakap jika terjadi halusinasi |  | √ | √ |
| 9. | Membuat jadwal harian |  |  | √ |
| 10 | Melakukan kegiatan harian sesuai jadwal | √ | √ | √ |
| 11. | Minum obat secara teratur | √ | √ | √ |

# **BAB 4**

# **PEMBAHASAN**

Dalam pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan jiwa masalah utama Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran dengan Diagnosa Medis Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya yang meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

## **Pengkajian**

Pada tahap pengumpulan data, penulis tidak mengalami kesulitan karena penulis telah mengadakan perkenalan dan menjelaskan maksud penulis yaitu untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien sehingga pasien terbuka dan mengerti serta kooperatif. Pada pengkajian penulis sedikit mendapat kendala karena keluarga tidak pernah datang untuk berkunjung ke Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.

Menurut data yang di dapat dari pasien, pasien pertama kali di rawat di RSJ Menur Surabaya di Ruang Gelatik 1 pada tanggal 04 Mei 2021 dengan Diagnosa Medis Other Nonorganik Psychotic Disorder. Saat dilakukan observasi, didapatkan bahwa klien sering menyendiri, tidak bercakap – cakap dengan teman sekamar dan lebih banyak tidur.

Dalam tinjauan pustaka disebutkan jiwa pasien dengan Depresi mengakibatkan Halusinasi Pendengaran. Dimana Halusinasi timbul karena pasien mendengar suara orang yang menyuruhnya bekerja, kemudian pasien sering menyendiri dan terkadang melamun serta tertawa sendiri, disitulah dapat menyebabkan pasien Halusinasi Pendengaran.

Pada tanda dan gejala dalam tinjauan pustaka masalah yang di tuliskan menurut (Damaiyanti & Iskandar, 2014). Perilaku pasien terkait dengan Halusinasi sebagai berikut :

1. Bicara sendiri
2. Senyum sendiri
3. Ketawa sendiri
4. Menggerakkan bibir tanpa suara
5. Pergerakan mata yang cepat
6. Menarik diri dari orang lain
7. Berusaha untuk menghindari orang lain
8. Tidak dapat membedakan nyata dan yang tidak nyata
9. Terjadi peningkatan denyut jantung, pernafasan dan tekanan darah
10. Berkonsentrasi dengan pengalaman sensori
11. Sulit berhubungan dengan orang lain
12. Ekspresi muka tegang
13. Tidak mampu mengikuti perintah dari perawat
14. Ketakutan
15. Bertindak merusak diri, orang lain dan lingkungan.

Dari beberapa kesenjangan tinjauan pustaka maka dapat disimpulkan bahwa ada beberapa perilaku pasien yang muncul pada tinjauan kasus, hal ini sesuai dengan teori, bahwa tanda dan gejala pasien halusinasi adalah sebagai berikut :

1. Menarik diri dari orang lain

Pasien suka terlihat menyendiri di dalam kamar, saat dikaji respon pasien menjawab seadanya dan singkat

1. Bertindak merusak barang di sekitarnya

Pasien sebelum dibawa ke RSJ Menur pernah membakar ijazah SMK tanpa alasan.

Dari beberapa kesenjangan antara tinjauan kasus dan teori, maka dapat disimpulkan bahwa hampir semua yang terdapat dalam tinjauan teori ada beberapa yang muncul dengan sedikit dinamika yang lebih komplek.

## **Diagnosa Keperawatan**

Berdasarkan hasil pengkajian pada tinjauan kasus, didapatkan data fokus pasien sering mendengar suara perempuan yang menekan dirinya menyuruh bekerja. Suara itu muncul pada saat pasien sendiri. Pada saat muncul suara tersebut pasien menutup telinga dan berteriak, sehingga munculnya diagnosa keperawatan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran adalah perubahan dalam respon yang biasa dalam stimulus dan halusinasi.

Dari pohon masalah didapatkan masalah keperawatan sebagai berikut:

1. Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran
2. Isolasi Sosial : Menarik Diri
3. Risiko Perilaku Mencederai Diri

Namun dari 3 masalah keperawatan di atas, kami ambil 1 masalah utama tunggal yang kami tetapkan untuk dilakukan rencana dan tindakan keperawatan yaitu Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran. Dalam penegakkan diagnosa terdapat kesenjangan dalam masalah keperawatan, jika dalam tinjauan pustaka terdapat 3 masalah keperawatan utama yang mengacu pada pohon masalah untuk tinjauan kasus tidak karena beberapa faktor pendukung munculnya masalah tambahan dalam pengambilan masalah keperawatan, contohnya seperti Isolasi Sosial Menarik diri yang mengakibatkan klien stress dan merasa tertekan lalu munculnya Halusinasi. Maka dalam tinjauan kasus dan tinjauan pustaka berbeda karena dalam tinjauan kasus keperawatan yang muncul lebih kompleks.

## **Rencana Keperawatan**

Tindakan yang dilakukan perawat dalam mengurangi Halusinasi salah satunya dengan menggunakan strategi pelaksanaan (SP). SP merupakan pendekatan yang bersifat membina hubungan saling percaya antara klien dengan perawat dan dampak apabila tidak diberikan SP akan membahayakan diri sendiri maupun lingkungannya. SP 1 Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran yaitu mengontrol halusinasi dengan menghardik, setelah berinteraksi diharapkan pasien dapat menunjukkan tanda – tanda percaya pada perawat, ekspresi wajah bersahabat, menunjukkan rasa saling senang, ada kontak mata, mau berjabat tangan, mau menyebutkan nama, menjawab salam, mau mengungkapkan masalah yang dihadapi, hal ini sesuai teori menurut (Keliat & Susanti, 2011).

SP 2 Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran yaitu mengontrol halusinasi dengan bercakap – cakap dengan orang lain, setelah berinteraksi diharapkan pasien menyebutkan isi, waktu frekuensi, situasi dan kondisi yang menimbulkan halusinasi, respon pasien saat halusinasi muncul (marah, takut, sedih, senang, cemas, jengkel), setelah berinteraksi pasien menyebutkan tindakan yang bisa dilakukannya untuk mengontrol halusinasinya, setelah berinteraksi pasien menyebutkan cara mengontrol halusinasinya dengan menghardik halusinasinya.

SP 3 Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran yaitu Mengontrol Halusinasi dengan melakukan aktivitas terjadwal, setelah pasien dapat mendemostrasikan bercakap – cakap dengan orang lain diharapkan halusinasi berkurang. SP 4 Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran yaitu Minum Obat secara teratur, setelah berinteraksi diharapkan pasien menyebutkan manfaat minum obat, kerugian minum obat, nama, warna, dosis dan efek samping. SP Keluarga tidak dapat direncanakan dikarenakan keluarga klien tidak pernah datang untuk berkunjung di Rumah Sakit Jiwa Menur.

## **Implementasi Keperawatan**

Pada tinjauan kasus SP Keluarga tidak dapat direncanakan dan dilaksanakan karena selama pengkajian keluarga tidak pernah datang untuk berkunjung ke Rumah Sakit Jiwa Menur. Tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan kenyataannya, eksekusi sering kali sangat berbeda dari rencana ditulis dalam melakukan tindakan keperawatan. Sebelum menerapkan tindakan yang direncanakan perawat perlu memverifikasi secara singkat bahwa rencana tindakan masih valid kebutuhan dan sesuai dengan keadaan pasien saat ini. Menurut teori, dalam tanda tangani kontrak atau komitmen terlebih dahulu saat memperbaiki pertama jelaskan ke pasien dan partisipasi pasien yang diharapkan. Kemudian catat semua operasi telah dilaksanakan dengan respon pasien, tetapi berencana untuk mengambil tindakan gunakan tujuan umum dan tujuan khusus, di implementasi penggunaannya menerapkan strategi berdasarkan standar keperawatan.

Pada tanggal 07 Mei 2021 dilakukan SP 1 yang isinya mencakup : perawat membina hubungan saling percaya dengan pasien, mengidentifikasi jenis, isi, waktu, frekuensi, respon dan mengajarkan pasien cara menghardik halusinasi dalam jadwal kegiatan harian. Dalam pertemuan pertama pasien mau menyebutnya nama dan asalnya lalu pasien juga mendengar suara yang menekan dirinya untuk bekerja, suara tersebut muncul saat pasien sendirian di malam hari, saat mendengar suara itu pasien menutup telinga dan berteriak. Pada pelaksanaan SP 1 pasien tidak ada hambatan yang terjadi saat hasil wawancara respon pasien secara verbal dari mulai perkenalan pasien mengatakan “pagi mbak, nama saya Tn. R biasa dipanggil R”. kemudian oleh penulis ditanyakan tentang halusinasi pasien, pasien menjawab “saya mendengar suara yang menekan saya untuk bekerja”. Pasien menjawab “Pergi kamu! Kamu tidak nyata, saya tidak mau dengar kamu! Pergi Kamu”. Untuk asumsi penulis pasien mampu mengontrol halusinasinya dengan cara menghardik dan pasien kooperatif, selanjutnya menganjurkan pasien memasukkan cara menghardik ke dalam jadwal harian.

Pada tanggal 08 Mei 2021 dilakukan SP 2 yang isinya mencakup : pasien mengontrol halusinasi dengan cara bercakap – cakap dengan orang lain dan menganjurkan pasien untuk memasukkan cara menghardik halusinasi. Dalam pelaksanaan pasien mampu mengontrol halusinasi dengan cara bercakap – cakap dengan teman sekamar saat halusinasi itu muncul “saya mendengar suara yang tidak nyata, ayo mengobrol dengan saya!” secara objektif pasien bisa menyebutkan cara pertama mengontrol halusinasi dan pasien mampu mempraktikkannya. Untuk asumsi penulis, pasien mampu mempraktikkan dari mulai cara menghardik sampai dengan cara bercakap – cakap dengan temannya maupun perawat.

Pada tanggal 09 Mei 2021 dilakukan SP 2 yang isinya mencakup : mengevaluasi latihan bercakap – cakap dengan temannya, melatih pasien mengendalikan halusinasi dengan melakukan kegiatan (kegiatan yang biasanya dilakukan pasien setiap harinya), menganjurkan pasien memasukkan kegiatan menghardik dan bercakap – cakap. Pasien mengatakan kepada perawat mengenai kegiatannya saat bangun tidur merapikan tempat tidur, mandi dan mencuci baju. Saat suara itu muncul saya akan menerapkan kegiatan yang diajarkan oleh perawat agar suara itu cepat menghilang dan pergi. Secara objektif pasien tampak antusias dalam mencerita kegiatan dan pasien tampak tenang dan senang. Untuk asumsi penulis, pasien mampu mempraktikkan cara memasukkan kegiatan yang terjadwal sesuai yang perawat ajarkan.

SP 3 dan SP 4 serta SP keluarga tidak dilaksanakan dikarenakan keterbatasan dalam waktu praktik dan kondisi pasien serta keluarga pasien tidak datang untuk mengunjungi pasien. Dari hasil penelitian dan dilakukan asuhan keperawatan jiwa pada Tn. R bahwa setelah dilakukan pelaksanaan SP 1 dan SP 2 didapatkan klien sudah sesuai dengan kriteria hasil seperti klien mampu menjawab salam sapa dan mampu menyebutkan nama dan asal, klien dapat mengenali isi, frekuensi, respons dari halusinasi, klien juga didapatkan mampu mengontrol halusinasinya dengan cara menghardik dan bersikap cuek, dan klien mampu mengalihkan halusinasinya dengan bercakap – cakap dengan teman kamar..

## **Evaluasi**

Pada waktu dilaksanakan evaluasi SP 1 pasien dapat mengerti jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi yang dapat menimbulkan halusinasi pasien, respon pasien terhadap halusinasi, pasien mampu menghardik halusinasi, pasien belum mampu memasukkan cara menghardik ke dalam kegiatan harian. Pasien cukup kooperatif dan mampu berlatih apa yang diajarkan oleh perawat.

Pada SP 2 pasien dapat mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien, pasien dapat mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap – cakap dengan orang lain, pasien dapat memasukkan ke dalam jadwal harian. Pasien cukup kooperatif dan mampu berlatih apa yang diajarkan oleh perawat. SP 3 pasien dapat mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien, pasien dapat mengontrol halusinasi dengan cara melakukan kegiatan harian, pasien dapat memasukkan ke dalam jadwal harian. Pasien kooperatif dan mampu berlatih apa yang diajarkan oleh perawat. Pada akhir evaluasi semua tujuan dapat dicapai karena adanya kerja sama yang baik antara pasien dan perawat. Hasil evaluasi pada Tn. R sudah selesai dengan harapan masalah teratasi. Pada SP 3 dan SP 4 tidak bisa dilakukan evaluasi karena belum tindakan serta keterbatasan waktu praktik.

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

Pada tinjauan kasus, evaluasi dapat dilakukan karena dapat diketahui keadaan pasien dan masalah secara langsung, dilakukan setiap hari selama pasien dirawat di ruang Gelatik RSJ Menur.

# **BAB 5**

# **PENUTUP**

 Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan jiwa secara langsung pada pasien dengan kasus Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran di Ruang Gelatik 1 Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pada pasien Halusinasi Pendengaran.

## **Kesimpulan**

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

1. Pengkajian keperawatan pada Tn. R dengan masalah utama Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran di ruang Gelatik 1 Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya, didapati bahwa halusinasi adalah persepsi klien terhadap lingkungan tanpa stimulus yang nyata tanpa stimulus / rangsang dari luar. Respon ini dapat menimbulkan kerugian baik pada diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan. Melihat dampak dari kerugian yang ditimbulkan, penanganan klien pada halusinasi pendengaran perlu dilakukan secara cepat dan tepat oleh tenaga yang profesional.
2. Diagnosa keperawatan pada asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran pada Tn. R dengan diagnosa medis Other Nonorganic Psychotic Disorder di ruang Gelatik 1 Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya, didapatkan 3 masalah keperawatan antara lain yaitu Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran, Isolasi Sosial : Menarik Diri, Risiko Perilaku Mencenderai Diri.
3. Rencana keperawatan yang diberikan kepada klien dan keluarga klien. Strategi yang diberikan kepada klien ada 4 strategi pelaksanaan yaitu SP 1 bertujuan untuk membantu klien mengenali halusinasinya yaitu mencakup isi halusinasi (apa yang didengar), waktu terjadinya halusinasi, frekuensi terjadinya halusinasi, situasi yang menyebabkan halusinasi muncul lalu respon klien saat halusinasi muncul. Melatih klien mengontrol halusinasi yaitu cara pertama dengan cara menghardik, SP 2 yaitu melatih klien mengontrol halusinasinya dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain, SP 3 yaitu melakukan aktivitas terjadwal, dan yang SP 4 yaitu melatih klien minum obat secara teratur karena dengan minum obat secara teratur. Ada pula strategi pelaksanaan yang ditujukan untuk keluarga yaitu memberikan pendidikan kesehatan tentang pengertian halusinasi, jenis halusinasi yang dialami klien, tanda dan gejala halusinasi, cara-cara merawat klien halusinasi. melatih keluarga praktik merawat klien dengan halusinasi langsung di hadapan klien, memberi kesempatan kepada keluarga untuk memperagakan cara merawat klien dengan halusinasi langsung di hadapan klien dan yang terakhir membuat perencanaan pulang bersama keluarga. Tetapi
4. Implementasi dilakukan mulai tanggal 07 – 09 Mei 2021 dengan menggunakan rencana yang telah dibuat, pendekatan asuhan keperawatan komprehensif dengan strategi pelaksanaan bertingkat dan berlanjut selama tiga hari klien mampu untuk mengontrol halusinasinya dan mengatasi permasalahan utama yang menjadi penyebab permasalahan halusinasi. Tindakan keperawatan yang dilakukan hanya sampai pada SP 2 untuk SP 3 dan SP 4 serta SP Keluarga belum dilaksanakan karena keterbatasan waktu, tidak memungkinkan kondisi klien untuk diteruskan, dan keluarga tidak pernah datang RSJ Menur untuk berkunjung.
5. Evaluasi di dapatkan pada tanggal 09 Mei 2021 hasil bahwa klien sudah mampu untuk mengenal jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi, respon klien terhadap halusinasinya, namun klien belum mampu mengontrol halusinasinya dengan menggunakan cara menghardik.
6. Dokumentasi kegiatan dilakukan setiap hari mulai dari tanggal 07 – 09 Mei 2021 setelah melakukan strategi pelaksaan, yang didokumentasikan adalah pendapat klien atau data subjektif yang dikatakan klien, data objektif yang bisa di observasi setiap harinya, lalu assesment dan yang terakhir adalah planning atau tindak lanjut untuk hari berikutnya.

## **Saran**

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

1. Bagi Institusi Pendidikan

Untuk Menambah pengetahuan dan keterampilan kepada mahasiswa khususnya keperawatan pasien gangguan jiwa, sehingga mahasiswa dapat lebih profesional dalam kasus yang sebenarnya.

1. Bagi Rumah Sakit

Untuk meningkatkan pelayanan yang ada di rumah sakit terutama dalam menerapkan asuhan keperawatan jiwa khususnya dengan masalah utama Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran Dengan Diagnosa Medis Other Nonorganic Psychotic Disorder.

1. Bagi Mahasiswa

Sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi, untuk meningkatkan dan mengembangkan ilmu keperawatan jiwa mahasiswa. Dan diketahui beberapa masalah utama dan diagnosis medis sebelumnya, termasuk perawatan psikiater.

# **DAFTAR PUSTAKA**

Afnuazi, N. R. (2015). *Komunikasi Terapeutik Dalam Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta : Gosyen Publishing.

Azizah, M. lilik, Zainuri, I., & Akbar, A. (2016). Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa Teori dan Aplikasi Praktik Klinik. *Indomedia Pustaka*, 657.

Damaiyanti, M., & Iskandar. (2014). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Bandung : PT Refika Aditama.

Dermawan, D., & Rusdi. (2013). *Keperawatan Jiwa : Konsep Dan Kerangka Kerja Asuhan Keperawatan Jiwa* (T. Rahayuningsih (ed.); 1st ed.). Yogyakarta : Gosyen Publishing.

Donsu, J. D. T. (2017). *Psikologi Keperawatan*. Yogyakarta : Pustaka Baru Press.

Katona, C., Cooper, C., & Robertson, M. (2012). *Psychiatry At a Glance Fourth Edition* (R. Astikawati (ed.)). Jakarta : EMS.

Keliat, B. A., Erawati, E., & Moritz, S. (2017). *Terapi Metakognitif : Pada Pasien Skizofrenia Dengan Waham*. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC.

Keliat, B. A., Soimah, Mulia, M., Wibawa, I. R., Triyaspodo, K., Rasmawati, & Khoirunnisa, M. L. (2019). *Asuhan Keperawatan Jiwa* (M. Ester (ed.)). Jakarta : Buku Kedokteran EGC.

Keliat, B. A., & Susanti, W. (2011). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. EGC : jakarta.

Kemenkes. (2018). Laporan Nasional RISKESDAS 2018 FINAL. In *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan* (p. 198). http://labdata.litbang.kemkes.go.id/images/download/laporan/RKD/2018/Laporan\_Nasional\_RKD2018\_FINAL.pdf

Maslim, R. (2013). *Buku Saku Diagnosis Gangguan Jiwa Rujukan Ringkas dari PPDGJ - III dan DSM - 5* (2nd ed.). Jakarta : PT Nuh Jaya.

Maulana, I., Hernawati, T., & Shalahuddin, I. (2021). Pengaruh terapi aktivitas kelompok terhadap penurunan tingkat halusinasi pada pasien skizofrenia: literature review. *Pengaruh Terapi Aktivitas Kelompok Terhadap Penurunan Tingkat Halusinasi Pada Pasien Skizofrenia: Literature Review*, *9*(1), 153–160.

Muhith, A. (2015). *Pendidikan Keperawatan Jiwa (Teori dan Aplikasi)* (M. Bendetu (ed.); I). Yogyakarta : CV ANDI OFFSET. https://books.google.co.id/books?hl=id&lr=&id=Yp2ACwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR7&dq=modul+keperawatan+jiwa&ots=vHiyR4WNQ\_&sig=53kaIFhQ4bQbIbtEd2eKHzRiO6w&redir\_esc=y#v=onepage&q=modul keperawatan jiwa&f=true

Nurhalimah, N. (2012). Modul Ajar Keperawatan Jiwa. In *Kementrian Kesehatan Republik Indonesia* (Vol. 66, pp. 37–39). Jakarta : Pusdik SDM Kesehatan.

Widiyawati, W. (2020). *Keperawatan Jiwa* (A. Ariyanto (ed.); 1st ed.). Malang : Literasi Nusantara. https://books.google.co.id/books?hl=id&lr=&id=2dMoEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR1&dq=info:PAUvUa4AYVgJ:scholar.google.com/&ots=gKaAjOFJqH&sig=IY9Qu6SvrVA-F8P7v-Wq5wrk-CM&redir\_esc=y#v=onepage&q&f=true

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

Yusuf, A.H, F., & ,R & Nihayati, H. . (2015). Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa. *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*, 1–366. https://doi.org/ISBN 978-xxx-xxx-xx-x

Zahnia, S., & Wulan Sumekar, D. (2016). Kajian Epidemiologis Skizofrenia. *Majority*, *5*(5), 160–166. http://juke.kedokteran.unila.ac.id/index.php/majority/article/view/904/812