**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA TN. S MASALAH UTAMA**

**GANGGUAN PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI PENDENGARAN DENGAN DIAGNOSA MEDIS SKIZOFRENIA DI RUANG**

**GELATIK 2 RUMAH SAKIT JIWA MENUR**

**PROVINSI JAWA TIMUR**



**Oleh:**

**SUCI AGNES ANGGRAINI**

**NIM. 182.0056**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANGTUAH SURABAYA**

**2021**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA TN. S MASALAH UTAMA**

**GANGGUAN PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI PENDENGARAN DENGAN DIAGNOSA MEDIS SKIZOFRENIA DI RUANG**

**GELATIK 2 RUMAH SAKIT JIWA MENUR**

**PROVINSI JAWA TIMUR**

**Karya Tulis Ilmiah Ini Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat**

**Untuk Memperoleh Gelar Ahli Madya Keperawatan**

****

**Oleh:**

**SUCI AGNES ANGGRAINI**

**NIM. 182.0056**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANGTUAH SURABAYA**

**2021**

**SURAT PERNYATAAN**

Saya yang bertanda tangan dibawah 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 di jatuhkan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 16 Juni 2021

Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn.S Dengan Masalah Utama Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran Diagnosa Medis Skizofrenia Di Ruang Gelatik 2 Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa TimurAsuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn.S Dengan Masalah Utama Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran Diagnosa Medis Skizofrenia Di Ruang Gelatik 2 Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa TimurAsuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn.S Dengan Masalah Utama Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran Diagnosa Medis Skizofrenia Di Ruang Gelatik 2 Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa TimurAsuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn.S Dengan Masalah Utama Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran Diagnosa Medis Skizofrenia Di Ruang Gelatik 2 Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa TimurAsuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn.S Dengan Masalah Utama Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran Diagnosa Medis Skizofrenia Di Ruang Gelatik 2 Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa TimurAsuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn.S Dengan Masalah Utama Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran Diagnosa Medis Skizofrenia Di Ruang Gelatik 2 Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa TimurAsuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn.S Dengan Masalah Utama Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran Diagnosa Medis Skizofrenia Di Ruang Gelatik 2 Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur





SUCI AGNES ANGGRAINI

NIM. 18.20056

# HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa:

Nama : SUCI AGNES ANGGRAINI

NIM : 182.0056

Program Studi : D-III Keperawatan

Judul : Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn.S Masalah Utama Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran Dengan Diagnosa Medis Skizofrenia Di Ruang Gelatik 2 Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur

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

**AHLI MADYA KEPERAWATAN (Amd. Kep)**

Surabaya, 16 Juni 2021

Pembimbing



Hidayatus Sya’diyah, S.Kep., Ns., M.Kep

NIP. 03.009

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 16 Juni 2021

# HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah Dari:

Nama : SUCI AGNES ANGGRAINI

NIM : 182.0056

Program Studi : D-III Keperawatan

Judul : Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn.S Masalah Utama Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran Dengan Diagnosa Medis Skizofrenia Di Ruang Gelatik 2 Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.

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

Hari, Tanggal : Rabu, 16 Juni 2021

Bertempat di : STIKES Hang Tuah Surabaya

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 | : Dya Sustrami S.Kep., Ns., M.Kes | ...... .......... |
|  | NIP. 03.007 |  |
| Penguji II | : Dr. A.V. Sri Suhardiningsih, S.Kp., M.Kes | ................. |
| Penguji III | NIP. 04.015  : Hidayatus Sya’diyah, S.Kep., Ns., M. Kep | .......T..y..p...e...text ere |
|  | NIP. 03.009 |  |

Mengetahui,

Stikes Hang Tuah Surabaya

Ka Prodi D-III Keperawatan

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

**NIP. 03.007**

# KATA PENGANTAR

Alhamdulilah puji syukur dipanjatkan 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 yang sebesar-besarnya kepada:

1. Dr. H. Moch. Hafidin Ilham, Sp. An., Selaku kepala Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur, yang telah memberikan ijin dan lahan praktik untuk penyusunan Karya Tulis Ilmiah dan selama kami berada di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
2. Ibu Dr. A.V. Sri Suhardiningsih, S.Kp., M. Kes. Selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada kami untuk praktik di Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur dan menyelesaikan pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya
3. Ibu Dya Sustrami, S.Kep., Ns., M.Kes, selaku kepala Program Studi D-III keperawatan yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningktkan kualitas sumber daya manusia.
4. Hidayatus Sya’diyah, S.Kep., Ns., M.Kep selaku pembimbing dan penguji 3 yang senantiasa memberikan arahan dan bimbingan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Bapak dan Ibu Dosen Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi-materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam menyempurnakan penulisan Karya Tulis Ilmiah ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulis selama menjalani studi dan penulisannya
6. Perpustakaan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah menyediakan sumber pustaka dalam penyusunan dan penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini.
7. Keluarga yang selalu mendukung dan memberikan dorongan, semangat serta do’a yang tak terkira selama proses pendidikan di Stikes Hang Tuah Surabaya
8. Sahabat-sahabat seperjuangan dalam naungan Stikes Hang Tuah Surabaya, khususnya yang telah memberikan dorongan semangat sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan, saya hanya dapat mengucapkan semoga hubungan silaturrahmi ini tetap terjalin
9. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terimakasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdo’a semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini.

Selanjutnya, penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Maka dari itu saran dan kritik yang konstruktif senantiasa penulis harapkan. Akhirnya penulis berharap, semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama bagi Civitas Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 16 Juni 2021

Penulis

# DAFTAR ISI

[HALAMAN PERSETUJUAN ii](#_Toc76079968)

[HALAMAN PENGESAHAN iii](#_Toc76079969)

[KATA PENGANTAR iv](#_Toc76079970)

[DAFTAR ISI vi](#_Toc76079971)

[DAFTAR TABEL ix](#_Toc76079972)

[DAFTAR GAMBAR x](#_Toc76079974)

[DAFTAR SINGKATAN xi](#_Toc76079975)

[BAB 1](#_Toc76079976) [PENDAHULUAN 1](#_Toc76079977)

[1.1 Latar Belakang 1](#_Toc76079978)

[1.2 Rumusan Masalah 3](#_Toc76079979)

[1.3 Tujuan Penulisan 3](#_Toc76079980)

[1.3.1 Tujuan Umum 3](#_Toc76079981)

[1.3.2 Tujuan Khusus 3](#_Toc76079982)

[1.4 Manfaat 4](#_Toc76079983)

[1.5 Metode Penulisan 5](#_Toc76079984)

[1.5.1 Metode 5](#_Toc76079985)

[1.5.2 Teknik Pengumpulan Data 5](#_Toc76079986)

[1.5.3 Sumber Data 5](#_Toc76079987)

[1.5.4 Studi Kepustakaan 6](#_Toc76079988)

[1.6 Sistematika Penulisan 6](#_Toc76079989)

[BAB 2](#_Toc76079990) [TINJAUAN PUSTAKA 8](#_Toc76079991)

[2.1 Konsep Skizofrenia 8](#_Toc76079992)

[2.1.1 Pengertian Skizofrenia 8](#_Toc76079993)

[2.1.2 Etiologi Skizofrenia 8](#_Toc76079994)

[2.1.3 Tanda dan Gejala Skizofrenia 10](#_Toc76079995)

[2.1.4 Macam-Macam Skizofrenia 12](#_Toc76079996)

[2.1.5 Fase Skizofrenia 14](#_Toc76079997)

[2.1.6 Terapi Pengobatan Skizofrenia 15](#_Toc76079998)

[2.2 Konsep Halusinasi 17](#_Toc76079999)

[2.2.1 Pengertian Halusinasi 17](#_Toc76080000)

[2.2.2 Faktor Penyebab Halusinasi 17](#_Toc76080001)

[2.2.3 Tanda Dan Gejala Halusinasi 21](#_Toc76080002)

[2.2.4 Jenis-Jenis Halusinasi 22](#_Toc76080003)

[2.2.5 Rentang Respon Halusinasi 23](#_Toc76080004)

[2.2.6 Tahapan Terjadinya Halusinasi 25](#_Toc76080005)

[2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi 26](#_Toc76080006)

[2.3.1 Pengkajian 26](#_Toc76080007)

[2.3.2 Pemeriksaan Fisik 27](#_Toc76080008)

[2.3.3 Psikososial 27](#_Toc76080009)

[2.3.4 Status Mental 29](#_Toc76080010)

[2.3.5 Kebutuhan Perencanaan Pulang 31](#_Toc76080011)

[2.3.6 Mekanisme Koping 31](#_Toc76080012)

[2.3.7 Masalah Psikososial Dan Lingkungan 32](#_Toc76080013)

[2.3.8 Aspek Pengetahuan 32](#_Toc76080014)

[2.3.9 Aspek Medis 32](#_Toc76080015)

[2.3.10 Pohon Masalah 32](#_Toc76080016)

[2.3.11 Diagnosa Keperawatan 32](#_Toc76080018)

[2.3.12 Perencanaan Keperawatan 33](#_Toc76080020)

[2.3.13 Implementasi Keperawatan 34](#_Toc76080021)

[2.3.14 Evaluasi 35](#_Toc76080022)

[2.4 Konsep Komunikasi Terapeutik 36](#_Toc76080023)

[2.4.1 Pengertian Komunikasi Terapeutik 36](#_Toc76080024)

[2.4.2 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Komunikasi Terapeutik 36](#_Toc76080025)

[2.4.3 Tujuan Komunikasi Terapeutik 38](#_Toc76080026)

[2.4.4 Teknik-Teknik Komunikasi Terapeutik 39](#_Toc76080027)

[2.4.5 Tahap-Tahap Komunikasi Terapeutik 42](#_Toc76080028)

[2.5 Konsep Stress Adaptasi 45](#_Toc76080029)

[2.5.1 Pengertian Stress 45](#_Toc76080030)

[2.5.2 Model Stress 45](#_Toc76080031)

[2.5.3 Sumber Stresor 48](#_Toc76080032)

[2.5.4 Faktor Yang Mempengaruhi Respons Terhadap Stres 49](#_Toc76080033)

[2.4.5 Tahapan Stress 50](#_Toc76080034)

[2.4.6 Manajemen Stress 53](#_Toc76080035)

[2.4.7 Jenis-Jenis Stress 54](#_Toc76080036)

[BAB 3](#_Toc76080037) [TINJAUAN KASUS 55](#_Toc76080038)

[3.1 Pengkajian 55](#_Toc76080039)

[3.1.1 Identitas Klien 55](#_Toc76080040)

[3.1.2 Keluhan Utama atau Alasan Masuk 55](#_Toc76080041)

[3.1.3. Faktor Predisposisi 56](#_Toc76080042)

[3.1.4 Pemeriksaan Fisik 56](#_Toc76080043)

[3.1.5 Psikososial 57](#_Toc76080044)

[3.1.6 Status Mental 59](#_Toc76080045)

[3.1.7 Kebutuhan Persiapan Pulang 61](#_Toc76080046)

[3.1.8 Mekanisme Koping 61](#_Toc76080047)

[3.1.9 Masalah Psikososial dan Lingkungan 62](#_Toc76080048)

[3.1.10 Kurang Pengetahuan Tentang 62](#_Toc76080049)

[3.1.11 Aspek Medis 63](#_Toc76080050)

[3.1.12 Daftar Masalah Keperawatan 63](#_Toc76080051)

[3.1.13 Diagnosa Keperawatan 63](#_Toc76080052)

[3.2 Pohon Masalah 64](#_Toc76080053)

[3.3 Analisa Data 65](#_Toc76080054)

[3.4 Rencana Keperawatan 67](#_Toc76080055)

[3.5 Tindakan Keperawatan Tn. S Dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran 72](#_Toc76080056)

[LAMPIRAN 79](#_Toc76080057)

[BAB 4](#_Toc76080058) [PEMBAHASAN 92](#_Toc76080059)

[4.1 Pengkajian 92](#_Toc76080060)

[4.1.1 Keluhan utama 92](#_Toc76080061)

[4.2 Diagnosis 94](#_Toc76080062)

[4.3 Perencanaan 96](#_Toc76080063)

[4.4 Implementasi Keperawatan 97](#_Toc76080064)

[4.5 Evaluasi 97](#_Toc76080065)

[BAB 5](#_Toc76080066) [PENUTUP 99](#_Toc76080067)

[5.1 Kesimpulan 99](#_Toc76080068)

[5.2 Saran 100](#_Toc76080069)

[DAFTAR PUSTAKA 102](#_Toc76080071)

# DAFTAR TABEL

[Tabel 2. 1: Tahapan Terjadinya Halusinasi 25](#_Toc75866969)

[Tabel 2. 2: Perencanaan Keperawatan 34](#_Toc75866970)

# [Tabel 3. 1 Terapi Medik .63](#_Toc76080388)

[Tabel 3. 2: Analisa Data 65](#_Toc76080389)

[Tabel 3. 3: Rencana Tindakan Keperawatan pada Tn.S 67](#_Toc76080390)

[Tabel 3. 4: Implementasi dan Evaluasi Keperawatan 72](#_Toc76080391)

# DAFTAR GAMBAR

[Gambar 2. 1: Rentang Respon Halusinasi 23](#_Toc75867099)

[Gambar 2. 2: Pohon Masalah 32](#_Toc75867100)

[Gambar 3. 1: Genogram 57](#_Toc76080526)

[Gambar 3. 2: Pohon Masalah Klien dengan Halusinasi 64](#_Toc76080527)

# DAFTAR SINGKATAN

SSP : Sistem Syaraf Pusat

Mg : Miligram

Im : Intramuskular

SP : Strategi Pelaksanaan

SOAP : Subyektif, Obyektif, Assesment, Planning

DS : Data Subyektif

DO : Data Obyektif

TT : Tanda Tangan

TGL : Tanggal

TB : Tinggi Badan

BB : Berat Badan

SMP : Sekolah Menengah Pertama

TD : Tekanan Darah

S : Suhu

RR : Respiratory Rate

N : Nadi

Cm :Centimeter

Kg : Kilo Gram

0C : Derajat Celcius

Tn : Tuan

No : Nomor

Dr : Dokter

D-III :Diploma

% : Persen

ICU : *Intensive Care Unit*

# BAB 1

# PENDAHULUAN

## Latar Belakang

Skizofrenia berasal dari dua kata “Skizo” yang artinya retak atau pecah dan “frenia” yang artinya jiwa. Seorang yang menderita gangguan jiwa skizofrenia adalah orang yang mengalami keretakan jiwa atau keretakan kepribadian (Mubin M. F., 2019). Menurut Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa-III (PPDGJ-III), skizofrenia adalah suatu deskripsi sindroma dengan variasi penyebab (banyak belum diketahui) dan perjalanan penyakit yang luas, serta sejumlah akibat yang tergantung pada pertimbangan pengaruh genetik, fisik dan sosial budaya. Pada psikosis, termasuk juga skizofrenia, dapat ditemukan gejala gangguan jiwa berat seperti halusinasi, waham, perilaku yang kacau, dan pembicaraan yang kacau serta gejala negatif. Sebagian besar penderita skizofrenia mengalami halusinasi pendengaran dengan tanda dan gejala mendengar bisikan yang sebenarnya tidak nyata.

Jumlah kasus gangguan jiwa terus bertambah yang berdampak pada penambahan beban negara dan penurunn produktivitas manusia untuk jangka panjang. Menurut Riset Stuart & Laria dalam (Yosep, 2016), melaporkan bahwa 70% klien skizoprenia mengalami halusinasi. Prevalensi rumah tangga dengan ART gangguan jiwa Skizofrenia mencapai sekitar 14 juta orang atau sekitar 6% dari jumlah penduduk Indonesia. Prevalensi gangguan jiwa di Jawa Timur mencapai 29.000 orang (Kemenkes, 2018). Berdasarkan laporan data di Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur pada bulan Januari sampai April jumlah pasien rawat inap sebanyak 1.299 pasien diantaranya 617 orang (47,5%) dengan halusinasi, 286 pasien (22,02%) dengan perilaku kekerasan, 164 pasien (12,62%) dengan isolasi sosial, 108 pasien (8,31%) dengan harga diri rendah.

Penyebab terjadinya halusinasi ada 2 yaitu faktor predisposisi dan faktor presipitasi. Faktor predisposisi dikarenakan faktor perkembangan yakni klien tidak mampu mandiri sejak kecil, mudah frustasi, hilang percaya diri dan rentan terhadap stress. Adanya stress yang berlebihan didalam tubuh akan dihasilkan suatu zat yang bersifat halusinogik neurokimia. Sedangkan pada faktor presipitasi, respon klien terhadap halusinasi berupa curiga, ketakutan, perasaaan tidak mampu mengambil keputusan serta tidak dapat membedakan keadaan nyata dan tidak nyata (Yosep, 2016). Halusinasi yang dialami pasien dikarenakan lebih suka menyendiri dan tidak mau bersosialisasi kepada orang lain sehingga menimbulkan kenyamanan terhadap kesendirian. Kesendiriannya mengakibatkan munculnya perasaan seperti melihat seseorang ataupun mendengar suaraa berbicara. Ketika pasien sudah memasuki halusinasi dan tidak segera diatasi, masalah serius akan dialami oleh pasien yaitu perilaku kekerasan, sehingga proses penyembuhan pada pasien akan menjadi lama (Damaiyanti, 2017).

Penanganan pada pasien yang mengalami gangguan persepsi sensori dapat dilakukan dengan asuhan keperawatan. perawat sebagai pelaksana asuhan keperawatan bertanggung jawab memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi dan dokumentasi. Setelah kondisi membaik, selanjutnya dilakukan rehabilitasi namun upaya-upaya tersebut dirasa masih kurang berhasil atau belum membuahkan hasil. Menurut (Sinutrat, 2019) dalam pemberian askep, dukungan keluarga sangat penting untuk ikut berperan dalam mencegah terjadinya kekambuhan. Karena peran keluarga yang membuat keyakinan penderita akan kesembuhan tentang dirinya meningkat. Kondisi keluarga yang saling mendukung, menghargai dan mempunyai pandangan positif menghasilkan perasaan positif yang berarti.

## Rumusan Masalah

Bagaimanakah Asuhan Keperawatan Jiwa pada Tn. S masalah utama gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran dengan diagnosa medis skizofrenia di Ruang Gelatik 2 Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur?

## Tujuan Penulisan

### Tujuan Umum

Mahasiswa mampu mengidentifikasi asuhan keperawatan jiwa pada Tn. S masalah utama gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran dengan diagnosa medis Skizofrenia di ruang Gelatik 2 Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur

### Tujuan Khusus

1. Melaksanakan pengkajian asuhan keperawatan jiwa pada Tn.S masalah utama gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran diagnosa dengan medis skizofrenia di ruang Gelatik 2 Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur
2. Merumuskan Diagnosa Asuhan Keperawatan Jiwa pada Tn.S masalah utama gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran dengan diagnosa medis skizofrenia di ruang Gelatik 2 Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur
3. Merencanakan Asuhan Keperawatan Jiwa pada Tn.S masalah utama gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran dengan diagnosa medis skizofrenia di ruang Gelatik 2 Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur
4. Melaksanakan Asuhan Keperawatan Jiwa pada Tn.S masalah utama gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran dengan diagnosa medis skizofrenia di ruang Gelatik 2 Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur
5. Mengevaluasi Asuhan Keperawatan Jiwa pada Tn.S masalah utama gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran dengan diagnosa medis skizofrenia di ruang Gelatik 2 Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur
6. Mendokumentasikan Asuhan Keperawatan Jiwa pada Tn.S masalah utama gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran dengan diagnosa medis skizofrenia di ruang Gelatik 2 Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur

## Manfaat

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

1. Akademis, hasil studi kasus ini merupakan penambah referensi tentang bagaimana pendokumentasian asuhan keperawatan jiwa khususnya dengan masalah gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran
2. Dari segi praktis, tugas akhir ini bermanfaat bagi:
3. Bagi pelayanna keperawatan Rumah Sakit

Hasil studi ini dapat menjadi masukan bagi pelayanan di Rumah Sakit agar dapat mengaplikasikan asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran dalam kegiatan sehari-hari.

1. Bagi peneliti

Hasil karya tulis ini, menjadi salah satu tujukan bagi peneliti berikutnya yang akan melakukan studi kasus pada asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama gangguan persepsi sensori halusinasi keperawatan

## Metode Penulisan

### Metode

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

### Teknik Pengumpulan Data

1. Wawancara

Data diambil atau diperoleh melalui percakapan baik dengan klien maupun tim kesehatan lain

1. Observasi

Hasil data yang diambil ketika wawancara berlangsung dan ssuai dengan kondisi klien

1. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik yang apat menunjang dalam menegakkan diagnosa dan penanganan selanjutnya

### Sumber Data

1. Data primer

Data primer adalah data yang diperoleh langsung dari klien

1. Data sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat pasien dan rekam medik

### Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul studi kasus dan masalah yang dibahas

## Sistematika Penulisan

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam mempelajari dan memahami studi kasus ini, secara keseluruhan dibagi menjadi bagian yaitu:

1. Bagian awal, memuat halaman judul,surat pernyataan, kata pengantar, daftar isi, daftar tabel, daftar gambar dan daftar lampiran.
2. Bagian inti, terdiri dari lima bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub bab sebagai berikut:

BAB I:

Pendahuluan, berisi tentang latar belakang, rumusan masalah, tujuan manfaat penelitian, metode dan sistematika penulisan studi kasus

BAB 2:

Tinjauan pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan jiwa pada Tn. S masalah utama Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran dengan diagnosa medis Skizofrenia di ruang Gelatik 2 Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.

BAB 3:

Tinjauan kasus berisi tentang diskripsi data hasil pengkajian, masalah, diagnosa, analisa data, pohon masalah, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

BAB 4:

Pembahasan, yang berisi tentang perbandingan antara teori dengan kenyataan yang ada di lapangan.

BAB 5:

Penutup, berisi tentang simpulan dan saran

1. Bagian Akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran

# BAB 2

# TINJAUAN PUSTAKA

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

## 2.1 Konsep Skizofrenia

### Pengertian Skizofrenia

Skizofrenia merupakan gangguan psikiatri yang menimbulkan disabilitas yang cukup luas (Mubin, 2019). Skizofrenia adalah salah satu gangguan jiwa berat yang dapat mempengaruhi pikiran, perasaan dan perilaku individu yang ditandai dengan kehilangan pemahaman terhadap realitas (Yudhatara, 2018).

Skizofrenia adalah suatu gangguan jiwa berat yang ditandai dengan penurunan atau ketidakmampuan berkomunikasi, gangguan realitas ( halusinasi atau waham), afek tidak wajar atau tumpul, gangguan kognitif (tidak mampu berfikir abstrak) serta mengalami kesukaran melakukan aktivitas sehari-hari (Keliat B. A., 2014)

### Etiologi Skizofrenia

Menurut (Yosep&Sutini, 2016). Etiologi skizofrenia adalah:

1. Teori Somatogenik
2. Keturunan

Keturunan telah dibuktikan dengan penelitian bahwa angka kesakitan bagi saudara tiri 0,9 – 1,8%, bagi saudara kandung 7-15%, bagi anak dengan salah satu orang tua yang menderita skizofrenia 40-69%, kembar 2 telur 2-15%, dan kembar 1 telur 61-86%.

1. Endokrin

Teori ini mengemukakan berhubungan dengan seringnya timbul skizofrenia pada waktu pubertas, waktu kehamilan atau peurperium dan waktu klimakterium, tetapi teori ini tidak dapat dibuktikan.

1. Metabolisme

Teori ini didasarkan karena penderita skizofrenia tampak pucat, tidak sehat, ujung ekstremitas agak sianosis, nafsu makan berkurang dan berat badan menurun serta pada penderita dengan stupor katatonik konsumsi zat asam menurun. Hipotesa ini masih dalam pembuktian dengan pemberian obat halusinasi.

1. Susunan saraf pusat penyebab Skizofrenia

Teori ini diarahkan pada kelainan sistem saraf pusat (SSP) yaitu pada diensefalon atau korteks otak, tetpi kelainan patologis yang ditemukan mungkin disebabkan oleh perubahan pstmortem atau merupakan artefak pada waktu membuat sediaan.

1. **Teori Psikogenik**
2. Teori Adolf Meyer:

Skizofrenia tidak disebabkan oleh penyakit badaniah, sebab hingga sekarang tidak dapat ditemukan kelainan patologis anatomis atau fisiologis yang khas pada SSP, tetapi meyer mengakui bahwa suatu konstitusi ang inferior atau penyakit badaniah dapat mempengaruhi timbulnya skizofrenia. Menurut Mayer Skizofrenia merupakan suatu reaksi yang salah, suatu maladaptasi, sehingga timbul disorganisasi kepribadian dan lama kelamaan orang tersebut menjauhkan diri dari kenyataan.

1. Teori Sigmud Freud

Skizofrenia terdapat :

1. Kelemahan ego, yang dapat timbul karena penyebab psikogenik ataupun somatik
2. Super ego dikesampingkan sehingga tidak bertenaga lagi
3. Kehilangan kapasitas untuk pemindahan (transference) sehingga terpi psikoanalitik tidak mungkin
4. Teori Eugen Bleuler

Penggunaan istilah skizofrenia menonjolkan gejala utama penyakit ini yaitu jiwa yang terpecah belah, adanya keretakan tau disharmoni antara proses berfikir, perasaan dan perbuatan. Bleuler membagi gejala skizofrenia menjadi 2 yaitu gejala primer (gangguan proses pikir, gangguan emosi, gangguan kemauan atau autisme) gejala sekunder (waham, halusinasi dan gejala katatonik atau gangguan psikomotor yang lain).

### Tanda dan Gejala Skizofrenia

Skizofrenia ditandai dengan 2 gejala yaitu gejala positif dan gejala negatif (Yosep&Sutini, 2016)

1. Gejala positif skizofrenia

Berfokus pada distorsi fungsional seperti waham, halusinasi. Halusinasi selalu terjadi saat rangsangan terlalu kuat dan kontak tidak mampu menginterprestasikan dan merespon pesan atau rangsangan yang datang. Klien dengan skizofrenia mungkin mendengar suara atau melihat sesuatu yang sebenarnya tidak ada.

Penyesatan pikiran (delusi) adalah keperayaan yang kuat dalam menginterprestasikan sesuatu yang kadang berlawanan dengan kenyataan. Beberapa penderita skizofrenia berubah menjadi seorang paranoid mereka selalu merasa sedang diamat-amati, diintai atau hendak diserang.

Kegagalan berpikir mengarah pada masalah dimana klien skizofrenia tidak mampu memproses dan mengatur pikirannya. Kebanyakan klien tidak mampu memahami hubungan antara kenyataan dan logika, karena klien skizofrenia tidak mampu mengatur pikirannya sehingga mereka berbicara secara serempangan dan tidak bisa ditangkap secara logika. Ketidakmampuan dalam berpikir mengakibatkan ketidakmampan mengendalikan emosi dan perasaan yang membuat penderita tertawa atau berbicara sendiri tanpa memperdulikan sekelilingnya.

1. Gejala negatif

Klien skizofrenia kehilangan motivasi dan apatis berarti kehilangan energi dan minat dalam hidup yang membuat klien menjadi orang yang malas, karena klien skizofrenia hanya memiliki energi yang sedikit. Perasaan yang tumpul seperti membuat emosi klien menjadi datar. Klien skizofrenia tidak memiliki ekspresi seakan-akan dia tidak memiliki emosi apapun. Meskipun tidak bisa merasakan apapun, mereka masih bisa menerima pemberian dan perhatian tetapi tidak bisa mengekspresikan perasaan mereka.

Perilaku yang menyimpang, tidak bisa membina hubungan relasi dan tidak mengenal cinta. Perasaan depresi adalah sesuaatu yang sangat menyakitkan. Depresi yang berkelanjutan akan membuat klien menarik diri dari lingkungannya. Mereka selalu merasa aman bila sendirian.

### Macam-Macam Skizofrenia

Menurut (Yosep&Sutini, 2016) macam-macam skizofrenia antara lain:

1. Skizofrenia Hibefrenik

Skizofrenia hibefrenik ditandai oleh regresi yang nyata pada perilaku primitive dan tidak teratur. permulaannya perlahan-lahan atau sub akut dan sering timbul pada usia antara 15-25 tahun gejala yang menyolok ialah gangguan proses berfikir, gangguan kemauan, adanya double personality dan gangguan psikomotor seperti mannerism, neologism/perilaku kekanak-kanakan. Respon emosionalnya tidak sesuai dan mereka sering memperlihatkan tingkah laku aneh misalnya tertawa meledak tanpa alasan.

1. Skizofrenia Katatonik

Timbul pertama kali umur 15-30 tahun dan biasanya akut serta sering didahului oleh stress emosional. Gejala umum skinzofrenia katatoria yaitu gangguan psikomotor (seperti stupor, negativisme,rigiditas, gairah, postur aneh). Mutisme, ekolalia (pengulangan kata/kalimat), ekoproksia (meniru gerakan oranglain). Pasien sering menunjukkan perubahan yang cepat antara kegembiraan/stupor. Pasien skizfrenia memerlukan pengawasan yang ketat karena pasien dapat melukai dirinya sendiri atau orang lain. Perawatan medis mungkin diperlukan karena kemungkinan adanya malnutrisi, kelelahan, cidera yang disebabkan oleh diri sendiri.

1. Skizofrenia Paranoid

Sering timbul sesudah umur 30 tahun. kekuatan ego pasien pasien skizofrenia paranoid cenderung mempunyai ide kebesaran dibanding pasien dengan sizofrenia katatonik dan hibefrenik. Gejala umum klien paranoid yaitu pikiran klien dipenuhi dengan waham kebesaran, halusinasi pendengaran, ansietas, marah, argumentatif dan berpotensi melakukan perilaku kekerasan pada diri sendiri atau orang lain.

Pasien dengan skizofrenia paranoid menunjukkan regresi lambat dalam hal kemampuan mental, respon emosional dan perilakunya. Pasien skizofrenia paranoid mempunyai sikap tegang, pencuriga, berhati-hati dan tak ramah. Mereka dapat bersikap seperti musuh/agresif. Pasien skizofrenia paranoid kadang-kadang dapat menempatkan diri mereka sendiri secara adekuat. Kecerdasan mereka tetap utuh dan tidak terpengaruh oleh kecenderungan psikosis mereka.

1. Skizofrenia Simplex

Sering timbul pada masa pubertas. Gejala utama pada jenis simplex yaitu kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan. Gangguan proses berfikir biasanya sukar ditemukan waham dan halusinasu jarang sekali terdapat. Jenis ini timbulnya perlahan-lahan sekali.

1. Skizofrenia Akut

Gejala skizofrenia akut timbul secara mendadak dan pasien seperti dalam keadaan mimpi, kesadarannya mungkin berkabut. Dalam keadaan ini timbul perasaan sakan-akan dunia luar maupun dirinya berubah, semuanya seakan-akan mempunyai suatu arti yang khusus lainnya

1. Skizofrenia Residual

Pada skizofrenia jenis ini adalah keadaan kronis dari skizofrenia dengan riwayat sedikitnya satu episode psikotik yang jelas dan gejala-gejala berkembang ke arah gejala negatif yang lebih menonjol antara lain kelambatan psikomotor, penurunan aktivitas, penumpukan afek, pasif dan tidak ada inisiatif, kemiskinan pembicaraan, ekspresi nonverbal yang menurun, serta buruknya perawatan diri dan fungsi sosial.

1. Skizofrenia Afektif

Disamping gejala skizofrenia terdapat menonjol serta bersamaan juga gejala-gejala depresi (skizo depresi) atau gejala mania (psiko manik). Jenis ini cenderung untuk menjadi sembuh tanpa defek, teetapi mungkin juga timbul serangan lagi.

1. Skizofrenia tak terinci

Merupakan tipe skizofrenia yang menampilkan perubahan pola symtom-symtom yang cepat menyangkut semua indikator skizofrenia. Misalnya, indikasi yang ruwet, kebingungan, emosi yang tidak dapat dipegang karena berubah-ubah, adanya ketergugahan yang sangat besar, autism seperti mimpi, depresi dan sewaktu-waktu juga ada fase yang menunjukkan ketakutan.

### Fase Skizofrenia

Menurut (Yosep&Sutini, 2016) Perjalanan klinis gangguan skizofrenia berlangsung secara perlahan-lahan meliputi beberapa fase, dimulai dengan keadaan prodromal (fase awal), fase aktif dan fase residual (sisa).

1. Fase Prodromal

Fase prodromal adalah tanda dan gejala awal suatu penyakit. Pemahaman pada fase prodromal menjadi sangat penting untuk deteksi dini, karena dapat memberi kesempatan suatu peluang yang lebih besar untuk mencegah berlarutnya gangguan, disabilitas dan memberi kemungkinan kesembuhan yang lebih besar jika diberi terapi yang tepat.

Tanda dan gejala prodromal skizofrenia berupa cemas (perasaan khawatir, was-was, tidak berani sendiri, takut keluar rumah dan merasa diteror), depresi, keluhan somatik (misalnya nyeri kepala, nyeri punggung, kelemahan dan gangguan pencernaan), perubahan perilaku dan timbulnya minat baru yang tak lazim. Gejala prodromal tersebut dapat berlangsung dalam waktu lama 6 sampai 12 bulan dalam tingkat fungsi perawatan diri, sosial, waktu luang, pekerjaan atau akademik. Munculnya gejala prodromal ini dapat terjadi dengan atau tanpa pencetus, misalnya trauma emosi, frustasu karena permintaannya tidak terpenuhi, penyalahgunaan zat, berpisah dengan orang yang dicintai.

1. Fase Aktif

Fase aktif skizofrenia ditandai dengan gangguan jiwa yang nyata secara klinis yakni kekacauan alam pikir, perasaan dan perilaku. Penilaian pasien terhadap realita mulai terganggu dan pemahaman dirinya buruk atau bahkan tidak adaPengenalan pemberian obat dan modalitas terapeutik lainnya. Perawatan difokuskan pada rehabitasi psikiatrik saat klien belajar untuk hidup dengan penyakit yang mempengaruhi pikiran, perasaan dan perilaku.

1. Fase Residual

Pada fase ini ditandai dengan hilangnya beberapa gejala klinis skizofrenia hanya tersisa beberapa gejala sisa, misalnya berupa penarikan diri, perilaku aneh, afek tumpul afek datar, merasa mampu meramal atau peristiwa yang belum terjjadi, ide atau gagasan yang aneh atau tidak masuk akal

### Terapi Pengobatan Skizofrenia

Menurut (Keliat B. A., 2014) diagnosis Skizofrenia akut ditetapkan sejak munculnya gejala waham atau sebelum 6 bulan, ditandai dengan salah satu atau lebih gejala waham dan halusinasi. Diagnosis skizofrenia kronik ditetapkan setelah 6 bulan atau lebih, ditandai dengan 2 atau lebih gejala halusinasi, waham, inkoheren atau neulogisme, perubahan perilaku, dan gejala negatif. Menurut Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa-III rumusan diagnosisnya adalah *F20#: skizofrenia dan gangguan psikotik kronik lain.*

Pengobatan gangguan ini menggunakan obat antipsikotik untuk mengatasi gejala psikotik (misalnya perubahan perilaku, agitasi, agresif, sulit tidur, halusinasi, waham, proses pikir kacau).

Obat-obatan untuk pasien skizofrenia yaitu:

Pengobatan pada fase akut:

1. Dalam keadaan akut yang disertai agitasi dan hiperaktif, berikan injeksi:
2. Haloperidol 3x5 mg (tiap 8 jam ) melalui intramuskular
3. Klorpromazin 25-50 mg (tiap 6-8 jam sampai keadaan akut teratasi) diberikan intramuskular yang dalam.
4. Kombinasi haloperidol 5 mg melalui IM, Diazepam 10 mg IM dengan interval 1-2 menit. Dengan kombinasi ini, jarang dibutuhkan suntikan kedua.
5. Dalam keadaan tidak agitasi dan tidak hiperaktif, beikan tablet:
6. Haloperidol 2x 1,5 mg sehari
7. Klorpromazin 2x100 mg sehari
8. Triheksifenidil 2x2 mg sehari

Pengobatan fase kronis

1. Berikan obat dalam bentuk tablet:
2. Haloperidol 2x 0,5-1 mg sehari
3. Klorpromazin 1x50 mg sehari
4. Triheksifenidil 1-2 x 2 mg sehari
5. Tingkatkan perlahan-lahan, beri kesempatan obat untuk bekerja, dan lakukan tindakan perawatan dan pendidikan kesehatan
6. Dosis maksimal:
7. Haloperidol 40mg sehari (tablet)
8. Klorprolazim 600mg sehari dalam bentuk tablet

## Konsep Halusinasi

### Pengertian Halusinasi

Suatu persepsi yang salah tanpa dijumpai adanya rangsangan dari luar. Walaupun tampak segai sesuatu yang khayal, halusinasi sebenarnya merupakan bagian dari kehidupan mental penderita yang “terepsesi”. Halusinasi dapat terjadi karena dasar-dasar organik fungsional, psikotik maupun histerik (Yosep&Sutini, 2016).

Menurut halusinasi adalah salah satu gejala gangguan jiwa dimana klien mengalami perubahan sensori persepsi, merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan atau penghinduan. Klien merasa stimulus yang sebetul-betulnya tidak ada (Damaiyanti&Iskandar, 2014).

### Faktor Penyebab Halusinasi

Faktor penyebab terjadinya halusinasi (Damaiyanti&Iskandar, 2014):

1. Faktor predisposisi

Menurut (Yosep&Sutini, 2016) faktor predisposisi pada klien halusinasi adalah:

* 1. Faktor perkembangan

Tugas perkembangan klien terganggu misalnya rendahnya kontrol dan kehangatan keluarga menyebabkan klien tidak mampu mandiri sejak kecil, mudah frustasi, hilang percaya diri dan lebih rentan terhadap stress.

* 1. Faktor sosiokultural

Seseorang merasa tidak diterima lingkungannya sejak bayi akan merasa disingkirkan, ksepian, dan tidak percaya pada lingkungannya.

* 1. Faktor biologis

Faktor ini mempunyai terhadap terjadinya gangguana jiwa. Adanya stress yang berlebihan dialami seseorang maka didalam tubuh akan dihasilkan suatu zat yang bersifat halusinogenik neurokimia. Akibat sress berkepanjangan menyebabkan aktivasinya neurotransmitter otak

* 1. Faktor psikologis

Tipe kepribadian lemah dan tidak bertanggung jawan terjerumus pada penyalahgunaan zat adiktif. Hal ini berpengaruh pada ketidakmampuan klien dalam mengambil keputusan yang tepat demi masa depannya. Klien lebih memilih kesenangan sesaat dan lari dari alam nyata menuju alam hayal.

* 1. Faktor genetik dan pola asuh

Penelitian menunjukkan bahwa anak sehat yang diasuh oleh orang tua schizofrenia cenderung mengalami skizofrenia. Hal studi menunjukkan bahwa faktor keluarga menunjukkan hubungan yang sangat berpengaruh pada penyakit ini. Secara genetik skizofrenia diturunkan melalui kromosom-kromosom tertentu. Namun demikian, kromosom yang keberapa menjadi faktor penentu gangguan ini sampai sekarang masih dalam tahap penelitian.

1. Faktor presipitasi
2. Perilaku

Respons klien terhadap halusinasi dapat berupa curiga, ketakutan, perasaan tidak aman, gelisah, dan bingung, perilaku merusak diri, kurang perhatian, tidak mampu mengambil keputusan serta tidak dapat membedakan keadaan nyata dan tidak nyata. Menurut Rawlins dan Heacock (1993) mencoba memecahkan masalah halusinasi berlandaskan atas hakikat keberadaan seorang individu sebagai makhluk yang dibangun ata dasar unsur bio-psiko-sosio-spiritual sehingga halusinasi dapat dilihat dari 5 dimensi yaitu:

* + - 1. Dimensi fisik

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

* + - 1. Dimensi emosional

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

* + - 1. Dimensi Intelektual

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

* + - 1. Dimensi Sosial

Klien mengalami gangguan interaksi sosial dalam fase awal dan comforting. Klien menganggap bahwa hidup bersosialisasi dialam nyata sangat membahayakan. Klien asyik dengan halusinasinya, seolah-olah ia merupakan tempt untuk memenuhi kebutuhan akan interaksi sosial, kontrol diri dan harga diri yang tidak didapatkan dalam dunia nyata.

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

* + - 1. Dimensi Spiritual

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

### Tanda Dan Gejala Halusinasi

Menurut (Damaiyanti&Iskandar2014), perilaku klien yang 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. Respon verbal yang lambat
7. Menarik diri dari orang lain
8. Berusaha untuk menghindari orang lain
9. Tidak dapat membedakan yang nyata dan tidak nyata
10. Terjadi peningkatan denyut jantung, pernapasan dan tekanan darah
11. Perhatian dengan lingkungan yang kurang atau hanya beberapa detik
12. Berkonsentrasi dengan pengalaman sensori
13. Sulit berhubungan dengan orang lain
14. Ekspresi muka tegang
15. Mudah tersinggung, jengkel dan marah
16. Tidak mampu mengikuti perintah dari perawat
17. Tampak tremor dan berkeringat
18. Perilaku panik
19. Agitasi dan kataton
20. Curiga dan bermusuhan
21. Bertindak merusak diri, orang lain dan lingkungan
22. Ketakutan
23. Tidak dapat mengurus diri
24. Bisa terdapat disorientasi waktu, tempat dan orang.

### Jenis-Jenis Halusinasi

Menurut (Yosep&Sutini, 2016) ada beberapa jenis halusinasi yaitu:

1. Halusinasi pendengaran (auditif, akustik)

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 pnderita sehingga tidak jarang penderita bertengkar dan berdebat dengan suara-suara tersebut.

Suara tersebut dapat dirasakan berasal dari jauh atau dekat, bahkan mungkin datang dari tiap bagian tubuhnya sendiri. suara bisa menyenangkan, menyuruh berbuat baik, tetapi dapat pula berupa ancaman, mengejek, memaki atau bahkan yang menakutkan dan kadang-kadang mendesak/memerintah untuk berbuat sesuatu seperti membunuh dan merusak.

1. Halusinasi penglihatan (visual, optik)

Lebih sering terjadi pada kedaan delirium (penyakit organik). Biasanya sering muncul bersamaan dengan penurunan kesadaran, menimbulkan rasa takut akibat gambaran-gambaran yang mengerikan.

1. Halusinasi penciuman (olfaktori)

Halusinasi ini biasanya berupa mencium sesuatu bau tertentu dan dirasakan tidak enak, melambangkan rasa bersalah pada penderita sebagai suatu kombinasi moral.

1. Halusinasi pengecapan (gustatorik)

Walaupun jarang terjadi, biasanya bersamaan dengan halusinasi penciuman, penderita merasa mengecap sesuatu. Halusinasi gastorik lebih jarang dari halusinasi gustatorik.

1. Halusinasi raba (taktil)

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

1. Halusinasi seksual (termasuk halusinasi raba)

Penderita merasa diraba dan diperkosa, sering pada skizofrenia dengan waham kebesaran terutama mengenai organ-organ.

1. Halusinasi kinestetik

Penderita merasa badannya bergerak-gerak dalam suatu ruang atau anggota badannya yang bergerak-gerak, misalnya phantom phenomenon atau tungkai yang diamputasi selalu bergerak-gerak. Seiring pada skizofrenia dalam keadaan toksik tertentu akibat pemakaian obat tertentu.

1. Halusinasi viseral

Timbulnya perasaan tertentu didalam tubuhnya.

### Rentang Respon Halusinasi

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Respon Adaptif** |  | **Respon Maladaptif** |
| pikiran logis | Distorsi pikiran | Gangguan proses fikir |
| Persepsi akurat | Ilusi | Halusinasi |
| Emosi konsisten dengan pengalaman | Reaksi emosional | Kerusakan proses emosi |
| Perilaku sesuai | Perilaku aneh | Perilaku disorganisasi |
| Hubungan sosial | Menarik diri | Isolasi sosial |

Gambar 2. 1: Rentang Respon Halusinasi (Damaiyanti&Iskandar, 2014)

1. Respon Adaptif

Respon adaptif adalah respon yang dapat diterima norma-norma sosial budaya yang berlaku. Dengan kata lain individu tersebut dalam batas normal jika menghadapi suatu masalah akan dapat memecahkan masalah tersebut. Respon adaptif:

1. Pikiran logis adalah pandangan yang mengarah pada kenyataan.
2. Persepsi akurat adalah pandangan yang tepat pada kenyataan.
3. Emosi konsisten dengan pengalaman yaitu perasaan yang timbul dari pengalaman ahli.
4. Perilaku sosial adalah sikap dan tingkah laku yang masih dalam batas kewajaran.
5. Hubungan sosial adalah proses suatu interaksi dengan orang lain dan lingkungan.
6. Respon Psikososial

Respon psikososial meliputi:

1. Proses pikir terganggu adalah proses pikir yang menimbulkan gangguan.
2. Ilusi adalah interpretasi atau penilaian yang salah tentang penerapan yang benar-benar terjadi (objek nyata) karena rangsangan panca indera.
3. Emosi berlebihan atau kurang.
4. Perilaku tidak biasa adalah sikap dan tingkah laku yang melebihi batas kewajaran
5. Menarik diri adalah percobaan untuk menghindari interaksi dengan orang lain.
6. Respon Maladaptif

Respon maladaptif adalah respon individu dalam menyelesaikan masalah yang menyimpang dari norma-norma sosial budaya dan lingkungan, adapaun respon maladaptif meliputi:

1. Kelainan pikiran adalah keyakinan yang secara kokoh dipertahankan walaupun tidak diyakini oleh orang lain dan bertentangan dengan kenyataan sosial
2. Halusinasi merupakan persepsi sensori yang salah atau persepsi eksternal yang tidak realita atau tidak ada.
3. Kerusakan proses emosi adalah perubahan sesuatu yang timbul dari hati
4. Perilaku tidak terorganisir merupakan suatu yang tidak teratur
5. Isolasi sosial adalah kondisi kesendirian yang dialami oleh individu dan diterima sebagai ketentuan oleh orang lain dan sebagai suatu kecelakaan yang negatif mengancam.

### Tahapan Terjadinya Halusinasi

Tabel 2. 1: Tahapan Terjadinya Halusinasi (Damaiyanti&Iskandar, 2014)

|  |  |
| --- | --- |
| Stage 1 : Sleep Disorder  Fase awal seseorang sebelum muncul halusinasi | Klien merasa banyak masalah, ingin menghindar dari lingkungan, takut diketahui orang lain bahwa dirinya banyak masalah. Masalah semakin terasa sulit karena berbagai stressor terakumulasi, misalnya kekasih hamil, terlibat narkoba, dikhianati kekasih. Masalah terasa menekan karena terakumulasi sedangkan support sistem kurang dan persepsu terhadap masalah sangat buruk. Sulit tidur berlangsung terus-menerus sehingga terbiasa menghayal. Klien menganggaop lamunan-lamunan awal tersebut sebagai pemecahan masalah. |
| Stage II: comforting  Halusinasi secara umum ia terima sebagai sesuatu yang alami | Klien mengalami emosi yang berlanjut seperti adanya perasaan cemas, kesepian, perasaan berdosa, ketakutan dan mencoba memusatkan pemikiran pada timbulnya kecemasan. Ia beranggapan bahwa pengalaman pikiran dan sensorinya dapat dia kontrol bila kecemasannya diatur, dalam tahap ini ada kecenderungan klien merasa nyaman dengan halusinasinya. |
| Stage III: Condemning  Secara umum halusinasi sering mendatangi klien  (Fase Psikotik) | Pengalaman sensori klien menjadi sering datang dan mengalami bias. Klien mulai merasa tidak mampu lagi mengontrolnya dan mulai berupaya menjaga jarak antara dirinya dengan objek yang dipersepsikan klien mulai menarik diri dari orang lain, dengan intensitas waktu yang lama. |
| Stage IV: Controlling Severe Level Of Ansiety  Fungsi sensori menjadi tidak relevan dengan kenyataan | Klien mencoba melawan suara-suara atau sensori abnormal yang datang. Klien dapat merasakan kesepian bila halusinasinya berakhir. Dari sinilah dimulai fase gangguan psikotik |
| Stage V: Conquering Panic Level Of Anxiety  klien mengalami gangguan dalam menilai lingkungannya | Pengalaman sensorinya terganggu. Klien mulai terasa terancam dengan datangnya suara-suara terutama bila klien tidak dapat menuruti ancaman atau perintah yang ia dengar dari halusinasinya. Halusinasi dapat berlangsung selama minimal empat jam atau seharian bila klien tidak mendapatkan komunikasi terapeutik. Pada fase ini klien terjadi ganggua psikotik berat. |

## Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi

Klien yang mengalami halusinasi sukar mengontrol diri dan susah berhubungan dengan orang lain. Untuk itu, perawat harus mempunyai kesadaran yang tinggi agar dapat mengenal, menerima dan mengevaluasi perasaan sensitif sehingga dapat memakai dirinya secara terapeutik dalam merawat klien. Dalam memberikan asuhan keperawatan pasien, perawat harus jujur, empati, terbuka, dan pnuh penghargaan, tidak larut dalam halusinasu klien dan tidak menyangkal (Damaiyanti&Iskandar, 2014).

### Pengkajian

Untuk mendapatkan informasi tentang klien diperlukan formulir pengkajian dan petunjuk teknis pengkajian agar memudahkan dalam pengkajian, isi pengkajian meliputi:

1. Identitas klien

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, tanggal pengkajian, pendidikan, agama, dan alamat

1. Keluhan utama atau alasan masuk

Alasan klien datang ke Rumah Sakit dengan mendengar suara, biasanya klien sering berbicara sendiri atau tertawa sendiri

1. Faktor predisposisi
2. Apakah klien pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu yang tidak menyenangkan
3. Apakah pasien pernah mengalami aniaya fisik, seksual, kekerasan dalam rumah tangga, atau tindak kriminal
4. Apakah pasien pernah mengalami pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan atau tidak
5. Apakah di anggota keluarga ada yang mengalami gangguan jiwa atau tidak

### Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaaan tanda-tanda vital yang meliputi: tinggi badan, berat badan, dan tanyakan ke klien apakah ada keuhan fisik yang dirasakan klien atau tidak.

### Psikososial

1. Genogram

Genogram dibuat minimal 3 generasi yang menggambarkan hubungan klien dengan keluarga, masalah yang terkait dengan komunikasi, pengambilan keputusan, pola asuh, pertumbuhan individu dan keluarga.

1. Konsep Diri
2. Gambaran diri

Tanyakan persepsi klien terhadap tubuhnya, bagian tubuh yang disukai, reaksi klien terhadap bagian tubuh yang tidak disukai dan bagian yang disukai.

1. Identitas diri

Klien dengan halusinasi tidak puas akan dirinya sendiri merasa bahwa klien tidak berguna.

1. Peran

Tugas atau peran klien dalam keluarga, pekerjaan, kelompok, masyarakat. kemampuan klien dalam melaksanakan fungsi atau perannya dan bagaimana perasaan klien akibat perubahan tersebut. Pada klien halusinasi bisa berubah atau berhenti fungsi peran yang disebabkan penyakit, trauma akan masa lalu, menarik diri dari orang lain, perilaku, agresif.

1. Ideal diri

Harapan klien terhadap keadaan tubuh yang ideal. Posisi, tugas, peran dalam keluarga, pekerjaan atau sekolah, harapan klien terhadap lingkungan, harapan klien terhadap penyakitnya. Bagaimana jika kenyataan tidak sesuai dengan harapannya. Pada klien yang mengalami halusinasi cenderung tidak peduli dengan diri sendiri maupun sekitarnya.

1. Harga diri

Klien yang mengalami halusinasi cenderung menerima diri tanpa syarat meskipun telah melakukan kesalahan, kekalahan dan kegagalan tetap merasa dirinya sangat berharga.

1. Hubungan Sosial

Tanyakan siapa orang terdekat di kehidupan klien tempat mengadu,brbicara, minta bantuan atau dukungan. Serta tanyakan organisasi yang diikuti dalam kelompok atau masyarakat.

1. Spiritual

Nilai dan keyakinan, kegiatan ibadah atau menjalankan keyakinan, keputusan dalam menjalankan keyakinan.

### Status Mental

1. Penampilan

Melihat penampilan klien dari ujung rambut sampai ujung kaki.pada klien dengan halusinasi mengalami defidit perawatn diri (penampilan tidak rapi, penggunaan pakaian tidak sesuai, cara berpakaian tidak seperti biasanya, rambut kotor, rambut seperti tidak disisir, gigi kotor dan kuning, kuku panjang dan hitam). Raut wajah tampak takut, kebingungan dan cemas.

1. Pembicaraan

Klien dengan halusinasi cenderung suka berbicara sendiri, ketika diajak bicara tidak fokus. Terkadang yang dibicarakan tidak masuk akal.

1. Aktivitas motorik

Klien dengan halusinasi tampak gelisah, kelesuan, ketegangan, agitasi, tremor. Klien terlihat sering menutup telinga, menunjuk-menunjuk ke arah tertentu, menggaruk-garuk permukaan kulit, sering meludah dan menutup hidung.

1. Afek emosi

Pada klien halusinasi tingkat emosi lebih tinggi, perilaku agresif, ketautan yang berlebih.

1. Interaksi selama wawancara

Klien dengan halusinasi cenderung tidak kooperatif dan kontak mata kurang serta mudah tersinggung.

1. Persepsi sensori

Ada beberapa yang harus dikaji pada klien halusinasi yaitu mengidentifikasi jenis halusinasi, isi halusinasi, waktu halusinasi (pagi, siang, sore, malam), frekuensi halusinasi (terus-menerus, kadang-kadang, jarang, hanya sekali), situasi halusinasi, respon terhadap halusinasi.

1. Proses pikir
2. Bentuk fikir, bentuk fikir tidak sesuai dengan kenyataan yang ada atau tidak mengikuti logika secara umum. Klien dengan halusinasi sering was-was terhadap hal yang dialaminya.
3. Isi fikir: selalu merasa curiga terhadap suatu hal dan depersonalisasi yaitu perasaan aneh yang atau asing terhadap diri sendiri, orang lain, lingkungan seekitarnya
4. Tingkat kesadaran

Pada klien halusinasi seringkali merasa bingung, apatis

1. Memori
2. Daya ingat jangka panjang: klien dapat mengingat kejadian di masal lalu (lebih dari 1 bulan)
3. Daya ingat jangka menengah: klien dapat mengingat kejadian yang terjadi 1 minggu terakhir
4. Daya ingat jangka pendek: klien dapat menginat kejadian yang terjadi saat ini.
5. Tingkat konsentrasi berhitung

Pada klien dengan halusinasi tidak dapat berkonsentrasi dan dapat menjelaskan kembali pembicaraan yang baru saja dibicarakan dirinya atau orang lain. Klien mampu menjawab pertanyaan berhitung mudah dengan cepat dan benar.

1. Kemampuan penilaian mengambil keputusan
2. Gangguan ringan: dapat mengambil keputusan secara sederhama baik dibantu orang lain atau tidak
3. Gangguan bermakna: klien tidak dapat mengambil keputusan secara sederhana cenderung mendengar atau melihat ada yang diperhatikan.
4. Daya tilik diri

Ada klien halusinasi cenderung mengingkari penyakit yang diderita: klien tidak menyadari gejala penyakit pada dirinya dan merasa tidak perlu minta pertolongan atau klien menyangkal keadaan penyakitnya, klien tidak mau bercerita tentang penyakitnya.

### Kebutuhan Perencanaan Pulang

Kemampuan klien memenuhi atau menyediakan kebutuhan seperti makan, berpakaian, keamanan serta perawatan kesehatan. Apakah klien mampu atau tidak dalam memenuhi kebutuhan tersebut.

### Mekanisme Koping

Biasanya pada klien halusinasi cenderung berperilaku maladaptif, seperti mencederai diri, melampiaskan kemarahannya dengan mengkonsumsi alkohol. Perubahan suatu persepsi dengan berusaha untuk mengalihkan tanggung jawab kepada orang lain.

### Masalah Psikososial Dan Lingkungan

Biasanya pada klien halusinasi mempunyai masalah dalam kelompok, pekerjaan dan hubungan dengan lingkungan sekitarnya.

### Aspek Pengetahuan

Pada klien halusinasi kurang mengetahui tentang penyakit jiwa karena tidak merasa hal yang dilakukan dalam tekanan.

### Aspek Medis

Memberikan penjelasan tentang diagnostik dan terapi medis.pada klien halusinasi terapi medis seperti haloperidol (HLP), clapromazine (CPZ), Trihexphenidyl (THP).

### Pohon Masalah

### Resiko Perilaku Kekerasan *effect* (akibat)

Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran *core promblem*

Isolasi sosial : menarik diri *Causa*

Gambar 2. 2: Pohon Masalah (Damaiyanti&Iskandar, 2014)

### Diagnosa Keperawatan

### Diagnosa keperawatan menurut (Damaiyanti&Iskandar, 2014)

1. Gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran
2. Isolasi sosial: menarik diri
3. Resiko perilaku kekerasan

### Perencanaan Keperawatan

Tindakan keperawatan merupakan serangkaian tindakan yang dapat mencapai setiap tujuan khusus. Perawat dapat memberikan alasan ilmiah terbaru dari tindakan yang diberikan. Alasan ilmiah merupakan pengetahuan yang berdasarkan pada literatur, hasil penelitian atau pengalaman praktik.

|  |  |
| --- | --- |
| Strategi Pelaksanaan | |
| SP 1 Pasien | SP 1 Keluarga |
| 1. Mengidentifikasi jenis halusinasi | 1. Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat klien |
| 1. Mengidentifikasi isi halusinasi | 1. Memberikan pendidikan kesehatan tentang pengertian halusinasi, jenis halusinasi yang dialami klien, tanda dan gejala halusinasi, serta proses terjadinya halusinasi |
| 1. Mengidentifikasi waktu halusinasi | 3.Menjelaskan cara merawat klien dengan halusinasi |
| 1. Mengidentifikasi frekuensi halusinasi |  |
| 1. Mengidentifikasi situasi halusinasi |  |
| 1. Mengidentifikasi respon halusinasi |  |
| 1. Mengajarkan klien menghardik |  |
| 1. Menganjurkan klien memasukkan cara menghardik kedalam kegiatan harian |  |
| SP 2 Pasien | SP 2 Keluarga |
| 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian 2. Melatih klien mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain 3. Menganjurkan klien memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian | 1. Melatih keluarga mempraktikkan cara merawat klien dengan halusinasi 2. Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada klien halusinasi |
| SP 3 Pasien | SP 3 Keluarga |
| 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien 2. Melatih klien mengendalikan halusinasi dengan cara melakukan kegiatan 3. Menganjurkan klien memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian | 1. Membentu keluarga membuat jadwal aktivitas dirumah termasuk minum obat 2. Menjelaskan pollow up klien setelah pulang |
| SP 4 Pasien |  |
| 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien 2. Memberikan pendidikan kesehatan tentang penggunaan obat secara teratur 3. Menganjurkan klien memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian. |  |

Tabel 2. 2: Perencanaan Keperawatan

### Implementasi Keperawatan

Menurut (Yosep&Sutini, 2016) tindakan keperawatan pada pasien dengan halusinasi sebagai berikut:

1. SP1: membina hubungan saling percaya
   * + - 1. Membantu klien dengan mengenali halusinasi.

Perawat mencoba menanyakan pada klien tentang isi halusinasi (apa yang didengar/dilihat), waktu terjadi halusinasi, frekuensi terjadinya halusinasi, situasi yang menyebabkan halusinasi muncul dan perasaan pasien saat halusinasi muncul.

* + - * 1. Melatih pasien mengontrol halusinasi dengan cara menghardik

1. Menjelaskan cara menghardik
2. Memperagakan cara menghardik halusinasi
3. Meminta pasien memperagakan ulang
4. Memantau penerapan cara menghardik
   * 1. SP 2: melatih bercakap-cakap dengan orang lain

Untuk mengontrol halusinasinya, dapat dilakukan dengan bercakap-cakap dengan orang lain. Ketika pasien bercakap-cakap dengan orang lain maka terjadi distraksi (fokus pasien teralihkan ke percakapan yang dilakukan dengan orang lain tersebut) sehingga salah satu cara yang efektif untuk mengontrol halusinasi adalah dengan bercakap-cakap.

* + 1. SP 3: melatih klien beraktivitas secara terjadwal

1. Menjelaskan pentingnya aktivitas yang teratur untuk mengatasi halusinasi
2. Mendiskusikan aktivitas yang biasa dilakukan oleh pasien
3. Melatih pasien melakukan aktivitas
4. Menyusun jadwal aktivitas sehari-hari sesuai dengan aktivitas yang telah dilatih. Upayakan klien mempunyai aktivitas dari bangun pagi sampai tidur malam
5. Memantau pelaksanaan jadwal kegiatan
   * 1. SP 4: meminum obat
6. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien
7. Memberikan pendidikan kesehatan mengenai penggunaan obat secara teratur
8. Menganjurkan klien memasukkan penggunaan obat secara teratur kedalam jadwal kegiatan harian.

### Evaluasi

Evaluasi adalah tindakan berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada klien, dilakukan terus-menerus pada respon klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP yaitu:

S: respon subjektif (yang dikatakan klien) terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Dapat diukur dengan menanyakan “bagaimana perasaan bapak/ibu setelah latihan menghardik halusinasi?)

O: respon objektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Dapat diukur dengan mengobservasi perilaku klien pada saat tindakan dilakukan atau menannyakan apa yang telah diajarkan.

A: analisis ulang atas data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah tetap muncul atau ada masalah baru yang muncul.

P: perencanaan atau tindakan selanjutnya yang akan diberikan berdasarkan hasil analisis pada respon klien yang terdiri dari tindak lanjut klien dan tindak lanjut perawat.

## Konsep Komunikasi Terapeutik

### Pengertian Komunikasi Terapeutik

Dalam Praktek Keperawatan, Komunikasi adalah suatu alat yang penting untuk membina hubungan terapeutik dan dapat mempengaruhi kualitas pelayanan keperawatan. Komunikasi terapeutik merupakan komunikasi profesional bagi perawat yang direncanakan dan dilakukan untuk membantu penyembuhan dan pemulihan pasien (Kusumo&Mahendro, 2017).

Komunikasi Terapeutik adalah komunikasi interpersonal antara perawat dan klien yang dilakukan secara sadar ketika perawat dan klien saling mempengaruhi dan memperoleh pengalaman bersama yang bertujuan untuk membantu mengatasi masalah klien, memperbaiki pengalaman emosional klien dan mencapai kesembuhan klien (Anjaswari, 2016).

### Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Komunikasi Terapeutik

Menurut (Anjaswari, 2016) berhasilnya pencapaian tujuan dari suatu komunikasi sangat tergantung dari faktor-faktor yang mempengaruhi yaitu sebagai berikut:

1. Spesifikasi tujuan komunikasi

Komunikasi akan berhasil jika tujuan telah direncanakan dengan jelas. Misalnya tujuan dari komunikasi adalah mengubah perilaku klien, maka komunikasi diarahkan untuk mengubah perilaku dari yang maladaptif ke adaptif.

1. Lingkungan nyaman

Lingkungan yang kondusif untuk terjalinnya hubungan dan komunikasi antara pihak-pihak yang terlibat. Lingkungan yang tenang/tidak ganduh atau lingkungan yang sejuk adalah lingkungan yang nyaman untuk berkomunikasi. Lingkungan yang dapat melindungi privasi memungkinkan komunikan dan komunikator saling terbuka dan bebas untuk mencapai tujuan.

1. Privasi (Terpeliharanya privasi kedua belah pihak)

Kemampuan komunikator dan komunikan untuk menyimpan privasi masing-masing lawan bicara serta dapat menumbuhan hubungan saling percaya yang menjadi kunci efektivitas komunikasi.

1. Percaya diri

Kepercayaan diri masing-masing komunikator dan komunikan dalam komunikasi dapat menstimulasi keberanian untuk menyampaikan pendapat sehingga komunikasi efektif.

1. Berfokus pada klien

Komunikasi terapeutik dapat mencapai tujuan jika komunikasi diarahkan dan berfokus pada apa yang dibutuhkan klien. Segala upaya yang dilakukan perawat adalah memenuhi kebutuhan klien.

1. Stimulus yang optimal

Penggunaan dan pemilihan komunikasi yang tepat sebagai stimulus untuk tercapainya komunikasi terapeutik.

1. Mempertahankan jarak personal

Jarak komunikasi yang nyaman untuk terjalinnya komunikasi yang fektif harus diperhatikan perawat. Jarak untuk terjalinnya komunikasi terapeutik adalah ±40 cm. Jarak komunikasi ini berbeda-beda tergantung pada keyakinan masing-masing.

### Tujuan Komunikasi Terapeutik

Menurut (Afnuazi, 2015), tujuan komunikasi terapeutik adalah membantu klien menjelaskan dan mengurangi beban perasaan dan fikiran serta mengambil tindakan untuk mengubah situasi yang ada bila klien percaya pada hal yang diperlukan, mengurangi keraguan, membantu dalam hal mengambil tindakan yang efektif dan mempertahankan akan egonya dan mempengaruhi orang lain, lingkungan fisik dan dirinya sendiri. tujuan komunikasi terapeutik diarahkan pada pertumbuhan klien yang meliputi:

1. Realisasi diri, penerimaan diri dan peningkatan integritas diri
2. Rasa identitas personal yang jelas dan peningkatan integritas diri
3. Kemampuan membina hubungan interpersonal, saling tergantung dan intim dengan kapasitas untuk mencintai dan dicintai.
4. Peningkatan fungsi dan kemampuan untuk memuaskan kebutuhan serta mencapai tujuan personal yang realitas.

### Teknik-Teknik Komunikasi Terapeutik

Menurut hasil penelitian (Purba M. , 2012) mengatakan bahwa pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat sangat mempengaruhi kepuasan yang dirasakan pasien. Oleh karena itu, teknik dalam pelaksanaan komunikasi terapeutik harus diperhatikan karena semakin baik pelaksanaan komunikasi terapeutik maka semakin pula kepuasan yang dirasakan oleh pasien. Penerapan komunikasi terapeutik dengan teknik yang baik dapat mendorong pasien halusinasi mengalami peningkatan kemampuan dalam mengenali dan mengontrol halusinasinya (Apriliani, 2020).

1. Mendengarkan (*Listening)*

Mendengarkan dengan penuh perhatian merupakan upaya untuk mengerti seluruh pesan verbal dan nonverbal yang sedang dikomunikasikan. Ketrampilan mendengarkan dengan penuh perhatian dengan ditunjukkan dengan sikap sebgai berikut:

* + - * 1. Pandang klien ketika sedang berbicara
        2. Pertahankan kontak mata yang memancarkan keinginan untuk mendengarkan
        3. Hindarkan gerakan yang tidak perlu
        4. Anggukkan kepala jika klien membicarakan hal penting atau memerlukan umpan balik
        5. Condongkan tubuh kearah lawan bicara

1. Menunjukkan penerimaan (*accepting)*

Menerima tidak berarti menyetujui, menerima berarti bersedia untuk mendengarkan orang lain, tanpa menunjukkan keraguan atau tidak setuju. Sebagai perawat tidak harus menerima semua perilaku klien. Perawat sebaiknya menghindarkan ekspresi wajah dan gerakan tubuh yang menunjukkan tidak setuju.

1. Menanyakan pertanyaan yang berkaitan

Tujuan perawat bertanya adalah untuk mendapatkan informasi yang spesifik mengenai klien. Paling baik jika pertanyaan dikaitkan dengan topik yang dibicarakan dan gunakan kata-kata dalam konteks sosial budaya klien.

1. Mengulang (*restating)*

Teknik mengulang kembali ucapan klien dengan bahasa perawat. Teknik ini dapat memberikan makna bahwa perawat memberikan umpan balik sehingga klien mengetahui bahwa pesannya dimengerti dan mengharapkan komunikasi berlanjut.

1. Klarifikasi (*clarification)*

Teknik ini dilakukan jika perawat ingin memperjelas maksud ungkapan klien. Teknik ini digunakan jika perawat tidak mengerti, tidak jlas, atau tidak mendengar apa yang dibicarakan klien. Perawat perlu mengklarifikasi untuk menyamakan persepsi dengan klien.

1. Memfokuskan (*focusing)*

Metode ini bertujuan untuk membatasi bahan pembicaraan sehingga lebih spesifik dan dimengerti. Perawat tidak seharusnya memutus pembicaraan klien ketika menyampaikan masalah yang penting, kecuali jika pembicaraan berlanjut tanpa informasi yang baru. Perawat membantu klien membicarakan topik yang telah diilih dan penting.

1. Merefleksikan (*reflecting/feedback)*

Perawat perlu memberikan umpan balik kepada klien dengan menyatakan hasil pengamatannya sehingga dapat diketahui apakah pesan diterima dengn benar. Perawat menguraikan kesan yang ditimbulkan oleh syarat nonverbal klien.

1. Memberi informasi (*informing)*

Memberikan informasi merupakan teknik yang digunakan perawat untuk menyampaikan informasi-informasi penting melalui pendidikan kesehatan. Apabila ada informsi yang ditutupi oleh dokter, perawat perlu mengklarifikasi alasannya. Setelah informasi disampaikan, perawat memfasilitasi klien untuk membuat keputusan.

1. Diam

Diam memberikan kesempatan klien dan perawat untuk mengorganisasi pikirannya. Penggunaan metode diam memerlukan ketrampilan dan ketetapan waktu. Diam memungkinkan klien untuk berkomunikasi terhadap dirinya sendiri dan memproses informasi. Bagi perawat, diam berarti memberi kesempatan klien untuk berpikir dan berpendapat.

1. Identifikasi tema

Identifikasi tema berarti menyimpulkan ide pokok/tema yang telah dikomnikasikan secara singkat untuk membantu topik yang telah dibahas sebelum merumuskan dan melanjutka pembicaraandengan topik yang berkaitan.

1. Memberikan penghargaan

Menunjukkan perubahan yang terjadi pada klien adalah upaya untuk menghargai klien. Penghargaan tersebut jangan sampai menjadi beban bagi klien yang menyebabkan klien melakukan segala upaya untuk mendapatkan pujian

1. Menawarkan diri

Klien mungkin belum siap untuk berkomunikasi, oleh karena itu perawat dapat berperan dalam menstimulasi klien untuk mengambil inisiatif dalam membuka pembicaraan.

1. Memberi kesempatan untuk memulai pembicaraan

Memberi kesempatan klien untuk berinisiatif dalam memilih topik pembicaraan, perawat berperan menstimulasi klien untuk membuka pembicaraan.

1. Menganjurkan untuk meneruskan pembicaraan

Hal ini merupakan teknik mendengarkan yang aktif, yaitu perawat menganjurkan atau mengarahkan pasien untuk terus bercerita. Teknik ini mengindikasikan bahwa perawat sedang mengikuti apa yang sedang dibicarakan klien dan tertarik dengan apa yang dibicarakan selanjutnya.

1. Refleksi

Refleksi yaitu menganjurkan klien untuk mengemukakan serta menerima ide dan perasaannya sebagai bagian dari dirinya sendiri.

1. Humor

Humor ini bertujuan untuk mrnjaga keseimbangan antara ketegangan dan relaksasi. Perawat harus berhti-hati dalam menggunakan teknik ini karena ketidaktepatan waktu penggunaan dapat menyinggung perasaan klien yang berakibat pada ketidakpercayaan kepada perawat.

### Tahap-Tahap Komunikasi Terapeutik

Menurut (Priyoto, 2015) komunikasi terapeutik mempunyai tujuan dan berfungsi sebagai terapi bagi klien, karena itu pelaksanaan komunikasi terapeutik harus direncanakan dan terstruktur dengan baik. Komunikasi terapeutik terdiri dari 4 tahapan yaitu:

1. Tahap pra interaksi

Tahap ini merupakan tahap persiapan yang dilakukan perawat sebelum berinteraksi dan berkomunikasi denganklien. Pada tahap ini, perawat mengeksplorasi perasaan, menganalisis kekuatan dan kelemahan profesional diri. Perawat juga mendapatkan data tentang klien dan jika memungkinkan merencanakan pertemuan. Perawat dapat bertanya kepada dirinya untuk mengukur kesiapan beriteraksi dan berkomunikasi dengan klien.

1. Tahap Orientasi

Tahap ini merupakan tahap awal interaksi antara perawat dengan klien dan merupakan langkah awal dalam membantu hubungan saling percaya. Peran utama perawat pada tahap ini yaitu memberikan situasi lingkungan yang peka dan menunjukkan penerimaan, serta membantu klien dalam mengekspresikan perasaan dan pikirannya. Tugas perawat pada tahap ini yaitu:

* 1. Membantu hubungan saling percaya, menunjukkan sikap penerimaan dan komunikasi terbuka. Untuk membina hubungan saling percaya perawat harus terbuka, jujur, ikhlas, menerima klien apa adanya dan menghargai klien.
  2. Merumuskan kontrak bersama, kontrak harus disetujui bersama dengan klien yaitu tempat, waktu dan topik pertemuan.
  3. Mengenali perasaan dan pikiran serta mengidentifikasi masalah klien.
  4. Merumuskan tujuan dengan klien, hal yang perlu diperhatikan yaitu memberikan salam terapeutik disertai mengulurkan tangan, berjabat tangan, memperkenalkan diri perawat, menyepakati kontrak, melengkapi kontrak, evaluasi dan validasi, menyepakati masalah.

1. Tahap Kerja

Tahap ini merupakan inti dari keseluruhan proses komunikasi terapeutik. Pada tahap ini perawat bersama klien mengatasi masalah yang dihadapi yang berkaitan dengan pelaksanaan rencana asuhan yang telah ditetapkan. Tahap ini merupakan tahap terpenting dalam pelaksanaan komunikasi terapeutik karena menyangkut kualitas hubungan perawat dn klien dalam asuhan keperawatan. selama berlangsungnya tahap ini , perawat tidak hanya mencapai tujuan yang diinginkan bersama tetapi bertujuan untuk memandirikan klien.

1. Tahap Terminasi

Tahap ini merupakan fase yang tersulit, karena hubungan saling percaya sudah pada tempat yang optimal. Bisa terjadi terminasi pada saat perawat mengakhiri tugas pada unit tertentu saat klien pulang.

Perawat dan klien meninjau kembali proses keperawatan yang telah dilalui dan pencapaian tujuan terminasi merupaka akhir dari pertemuan perawat. 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 dan dilakukan tindakan keperawatan.
        3. Menyepakati tinda lanjut terhadap interaksi yang dilakukan
        4. Membuat kontrak selanjutnya untuk pertemuan berikutnya yang meliputi topik, waktu dan tempat.

## Konsep Stress Adaptasi

### 2.5.1 Pengertian Stress

Stress merupakan masalah umum yang terjadi dalam kehidupan manusia. Hal ini dikarenakan stress sudah menjadi bagian hidup yang bisa menimpa siapapun termasuk anak-anak, remaja, dewasa, atau yang sudah lanjut usia (Gaol, 2016).

Stress ialah suatu reaksi berbagai mmacam rangsangan baik diluar maupun didalam seseorang yang dapat menimbulkan reaksi-reaksi pertahanan diri yang bersifat sangat individual, sehingga suatu stress bagi satu orang belum tentu sama dengan orang lain (Donsu, 2017).

### Model Stress

Menurut (Widiyawati, 2020) terdapat beberapa model stress yaitu:

1. Model stres stimulus

Pendekatan model stimulus ini menganggap stress sebagai ciri-ciri dari stimulus lingkungan yang dalam beberapa hal dianggap mengganggu atau merusak, model yang digunakan pada dasarnya adalah stressor eksternal akan menimbulkan stress dalam individu. Pendekatan ini menekankan stress sebagai sesuatu yang dipelajari dan menekankan pada stimulus yang merupakan diagnosa stress. Kelemahan dari model sstimulus ini adalah kegagalannya memperhitungkan cara orang menyatakan realita dari stimulus lingkungan terhadap respon.

1. Model stress berdasarkan respon

Model ini mengidentifikasi stress sebagai respon individu terhadap stressor yang dapat diterima. Stress sebagai respon non spesifik yang timbul terhadap tuntutan lingkungan. Respon umum ini disebut *General adaption syndrome* (GAS) yang dibagi menjadi 3 fase yaitu fase sinyal, fase perlawanan dan fase keletihan (respon siaga) dimana pada fase ini terjadi peningkatan hormon kortisol, emosi dan ketegangan.

1. Model stress berdasarkan transaksional

Pendekatan ini mengacu pada interaksi yang timbul antara manusia dan lingkungannya terhadap proses penilaian kognitif yang menjadi mediatornya. Terdapat tiga tahap dalam mengukur potensial yang mengandung stress yaitu pengukuran situasi potensial mengandung stress:

1. Pengukuran primer: menggali persepsi individu terhadap masalah.
2. Pengukuran sekunder: mengkaji kemampuan seseorang untuk mngatasi masalah.
3. Pengukur tersier: berfokus pada perkiraan keefektifan perilaku koping dalam mengurangi dan menghadapi ancaman.
4. Model stress adaptasi
5. Faktor predisposisi

Yaitu faktor resiko yang menjadi sumber terjadinya stres dari individu untuk menghadapi stres baik yang biologis, psikososial, dan sosiokultural. Adapun faktor predisposisi meliputi:

1. Biologi: latar belakang genetik, status nutrisi dan kesehatan umum
2. Psikologis: kecerdasan, pengalaman masa lalu dan konsep diri
3. Sosiokultural: usia, pendidikan, latar belakang budaya dan politik
4. Faktor presipitasi

Faktor presipitasi adalah faktor yang mengancam individu. Stressor predisposisi ini meliputi sifat, asal, waktu, dan jumlah.

1. Penilaian terhadap stressor

Penilaian terhadap stressor meliputi pemahaman terhadap situasi stressor terhadap individu. Penilaian terhadap stressor ini meliputi:

1. Respon kognitiv: faktor ini memainkan peran sentral dalam adaptasi, sehingga faktor ini jembatan psikologis antara individu dengan lingkungannya yang menghadapi potensi kerusakan.
2. Respon afektiv: membangun perasaan seperti sedih, takut dan tidak percaya. Dalam penilaian terhadap stressor ini adalah reaksi tidak spesifik atau reaksi kemasan dalam hal ini diekspresikan dalam bentuk emosi.
3. Respon fisiologis: respon melawan atau menghindar menstimulasi divisi simpatik dari sisitem saraf autonomi dan meningkatkan aktivitas adrenal. Stress dapat mempengaruhi sistem imun dan mempengaruhi melawan penyakit.
4. Respon perilaku: respon ini hasil dari respon emosional dan fisiologis
5. Respon sosial: respon ini didasarkan tiga aktivitas yaitu mencari arti, atribut sosial dan perbandingan sosial.
6. Sumber koping

Sumber koping meliputi aset ekonomi, kemampuan dan ketrampilan, teknik pertahanan, dukungan sosial dan motivasi.

1. Mekanisme koping

Mekanisme koping adalah suatu usaha dalam memanajemen stress. Mekanisme koping dapat bersifat konstruktif terjadi ketika kecemasan diperlakukan sebagai sinyal peringatan dan individu menerima sebagai tantangan untuk menyelesaikan masalah sedangkan mekanisme dekstruktif menghindari kecemasan tanpa menyelesaikan konflik.

1. Rentang respon koping

Menurut modal adaptasu stress Stuart, respon individu terhadap stress berdasarkan predisposisi. Sifat stressor, persepsi terhadap situasi dan analis sumber koping dan mekanisme koping dievaluasi dalam satu rentang yaitu adaptif dan maladaptif.

### Sumber Stresor

Terdapat 3 aspek yang menjadi sumber stress seseorang yaitu (Donsu, 2017):

1. Diri sendiri

Sumber stress berasal dari diri sendiri, pada umumnya karena adanya konflik yang terjadi perbedaan antara keinginan dan kenyataan.mengingat pada dasarnya manusi ialah makhluk rohani dan makhluk jasmani, maka stressor dibagi menjadi 3 yaitu stressor spiritual, stresor psikologi, serta stresor jasmani.

1. Keluarga

Stress juga bersumber dari adanya suatu masalah dalam keluarga, biasanya terjadi karena adanya perselisihan masalah keluarga, masalah ekonomi serta adanya tujuan yang berbeda dari anggota keluarga yang lainnya.

1. Masyarakat dan lingkungan

Pada satu sisi, masyarakat dan lingkungan merupakan suatu sumber stress dam diri. Kurang adanya hubungan interpersonal, serta kurang adanya pengakuan dimasyarakat, merupakan penyebab stress dari lingkungan dan masyarakat.

### 2.5.4 Faktor Yang Mempengaruhi Respons Terhadap Stres

Respon terhadap stressor yang diberikan setiap individu akan berbeda berdasarkan faktor yang akan mempengaruhi dari stressor tersebut, dan koping yang dimiliki individu, diantara stressor yang dapat mempengaruhi respons tubuh (Lestari, 2016).

1. Sifat stressor

Sifat stressor dapat berubah secara tiba-tiba atau berangsur-angsur, sifat ini pada setiap individu dapat berbeda tergantung dari pemahaman arti stressor.

1. Durasi stressor

Lamanya stressor yang dialami individu akan mempengaruhi respons tubuh.

1. Jumlah stressor

Jumlah stressor yang dialami individu dapat menentukan respons tubuh. Semakin banyak stressor yang dialamu individu maka semakin besar dampaknya bagi fungsi tubuh dan jug sebaliknya.

1. Pengalaman masa lalu

Semakin banyak stressor yang dialami individu dan mampu menghadapinya, maka semakin baik dalam mengatasinya sehingga kemampuan adaptifnya akan semakin baik pula.

1. Tipe kepribadian

Apabila seseorang memiliki tipe kepribadian A, maka lebih rentan terkena stress dibandingkan dengan tipe kepribadian B. Tipe kepribadian A memiliki ciri ambisius, agresif, kompetitif dan kurang sabar, mudah tegang, mudah marah, mudah tersinggung, bicara cepat, bekerja tidak kenal waktu. Sedangkan tipe kepribadian B memiliki ciri tidak agresif, penyabar, senang, tidak mudah marah dan tersinggung, kerjasama. Cara kerja tidak tergesa-gesa, dan mudah bergaul.

1. Tingkat perkembangan

Tingkat perkembangan pada individu juga dapat mempengaruhi respons tubuh dimana semakin matang dalam perkembaangannya, maka semakin baik pula kemampuan mengatasi stress.

### Tahapan Stress

Gejala-gejala stress pada diri seseorang seringkali tidak disadari karena perjalanan awal tahapaan stress timbul secara lambat dan baru dirasakan bilamana tahapan gejala sudah lanjut dan mengganggu fungsi kehidupannya sehari-hari baik di rumah, ditempat kerja maupun lingkungan sosialnya. Berikut tahapan-tahapan stress (Lestari, 2016):

1. Stress tahap I:

Tahapan ini merupakan tahapan stress yang paling ringan dana biasanya disertai dengaan perasaan-perasaan sebagai berikut:

1. Semangat bekerja besar, berlebihan (*over acting)*
2. Penglihatan tajam tidak sebagaimana biasanya
3. Merasa mampu menyelesaikan pekerjaan lebih dari biasanya, namun tanpa disadari cadangan energi semakin menipis
4. Stress tahap II

Dalam tahap ini dampak stress yang semula “menyenangkan” sebagaimana diuraikan pada tahap I diatas mulai menghilang, dan timbul keluhan-keluhan yang disebabkan karena cadangan energi yang tidak lagi cukup sepanjang hari, karena tidak cukup waktu untuk beristirahat. Istirahat yang dimaksud yaitu tidur yang cukup, bermanfaat mengisi atau memulihkan cadangan energi yang mengalami defisit. Keluhan-keluhan yang sering ditemykan oleh seseorang yang berada pada stress tahap II adalah:

1. Merasa letih sewaktu bangun pagi yang seharusnya merasa segar
2. Merasa mudah lelah sesudah makan siang
3. Lekas merasa lelah menjelang sore hari
4. Sering mengeluh lambung atau perut tidak nyaman
5. Detakan jantung lebih keras dari biasanya (berdebar-debar)
6. Otot-otot punggung dan tengkuk terasa tegang
7. Tidak bisa santai.
8. Stress Tahap III

Apabila seseorang tetap memaksakan diri dalam pekerjaannya tanpa menghiraukan keluhan-keluhan pada stress tahap II, maka akan menunjukkan keluhan-keluhan yang semakin nyata dan mengganggu yaitu:

1. Gangguan lambung dan usus semakin nyata, misalnya keluhan maag, diare.
2. Ketegangan otot semakin terasa
3. Perasaan ketidaktenangan dan ketegangan emosional semakin meningkat
4. Gangguan pola tidur, seperti insomnia, terbangun tengah malam atau bangun terlalu pagi.
5. Koordinasi tubuh terganggu, misalnya badan terasa oyong dan terasa ingin pingsan
6. Pada tahap ini seseoang sudah harus berkonsultasu pada dokter untuk memperoleh terapi, atau beban stress hendaknya dikurangi dan tubuh memperoleh kesempatan untuk beristirahat guna menambah suplai energi yang mengalami defisit.
7. Stress Tahap IV

Gejala stress pada tahap IV akan muncul yang ditandai dengan:

1. Merasa sulit untuk bertahan sepanjang hari
2. Aktivitas pekerjaan yang semula menyenangkan dan mudah diselesaikan menjadi membosankan dan terasa lebih sulit.
3. Yang semula tanggap terhadap situsi menjadi kehilngan kemampuan untuk merespons secara memadai
4. Ketidakmampuan untuk melaksanakan kegiatan rutin sehari-hari
5. Gangguan pola tidur disertai dengan mimpi-mimpi yang menegangkan
6. Seringkali menolak ajakan karena tidak ada semangat dan tidak ada kegairahan
7. Daya konsentrasi dan daya ingat menurun
8. Timbul perasaan ketakutan dan kecemasan yang tidak dapat dijelaskan apa penyebabnya.
9. Stress tahap V

Bila keadaan berlanjut, maka seseorang akan jatuh dalam tahap stres selanjutnya yang ditandai dengan:

1. Kelelahan fisik dan mental yang semakin mendalam
2. Ketidakmampuan untuk menyelesaikan pekrjaan sehari-hari yang ringan dan sederhana
3. Gangguan sistem pencernaan semakin berat
4. Timbul perasaan ketakutan, kecemasan semakin meningkat, mudah bingung dan panik.
5. Stress tahap VI

Tahapan ini merupakan tahapan klimaks, seseorang mengalami serangan panik dan perasaan takut mati. Tidak jarang orang yang mengalami stress tahap VI ini berulang dibawa ke Unit Gawat Darurat bahkan ICU, meskipun pada akhirnya dipulangkan karena tidak ditemukan kelainan fisik organ tubuh. Gambaran stres tahap ini adalah:

1. Debaran jantung cepat dan keras
2. Susah bernapas
3. Sekujur badan terasa gemetar, dingin dan keringat bercucuran
4. Ketiadaan tenaga untuk hal-hal yang ringan
5. Pingsan atau kejang

Bila dikaji maka keluhan atau gejala lebih didominasi oleh keluhan-keluhan fisik yang disebabkan oleh gagasan fungsional organ tubuh, sebagai akibat stressor psikososial yang melebihi kemampuan seseorang untuk mengatasinya.

### Manajemen Stress

Ada beberapa cara dan kiat dalam mengatasi dan mengurangi dampak stress (Donsu, 2017) yaitu:

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

### Jenis-Jenis Stress

Ada 2 tipe pembagian dalam stress (Annisa, 2018):

1. Stress Akut

Sress akut biasanya dikenal sebagai *Fight Or Fightresponse* yaitu sebuah respon tubuh terhadap ancaman tertentu. Respon akut yang intensif dapat mnimbulkan gemeteran.

1. Stress Kronis

Yaitu stress akut kecil yang dapat memberikan keuntungan dimana dapat membantu melakukan sesuatu, memotivasi dan memberi semangat.

# BAB 3

# TINJAUAN KASUS

Pada bab ini akan disajikan hasil pelaksanaan asuhan keperawatan yang dimulai dari tahap pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi pada tanggal 07 Mei 2021 di ruang Gelatik 2 Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.

## 3.1 Pengkajian

### 3.1.1 Identitas Klien

Klien merupakan seorang laki-laki bernama Tn. S yang berusia 40 tahun, klien tinggal didaerah Lamongan dan tinggal dengan anaknya. Klien beragama Islam, klien sudah menikah, pendidikan terakhir klien SMP, klien bekerja sebagai buruh petani dan tambak. Klien sudah pernah masuk Rumah Sakit Jiwa Menur pada tahun 2005, Pengkajian dilakukan pada tanggal 07 mei 2021 pada pukul 09.00 di Ruang Gelatik 2. Klien dirawat sejak tanggal 24 April 2021, diantar oleh adik kandungnya ke IGD Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur. Pasien MRS diruang Jiwa Gelatik 2 dengan nomor rekam medik 35.xx.xx, anamnesa diperoleh dari klien, perawat dan rekam medik.

### Keluhan Utama atau Alasan Masuk

Pada saat pengkajian, klien mengatakan dibawa ke Rumah Sakit Jiwa Menur oleh adik kandungnya, bahwa dirinya mendengar suara bisikan juragannya yang menyuruhnya pulang membantu panen. Pasien mendengar suara bisikan setiap hari tetapi paling sering saat malam hari. Saat klien sedang melamun, suara tersebut semakin sering terdengar dan semakin lama semakin terdengar keras. Klien juga mengatakan bahwa obatnya tidak diminum secara teratur karena merasa dirinya sudah sembuh. Keluarga pasien mengatakan sejak 2 minggu yang lalu pasien sering berbicara sendiri..

### 3.1.3. Faktor Predisposisi

1. Riwayat Gangguan Jiwa Di Masa Lalu

Klien mengatakan pernah mengalami gangguan jiwa sekitar tahun 2005.

2. Pengobatan Sebelumnya

Pengobatan sebelumnya belum berhasil karena obat tidak diminum secara teratur karena klien merasa sudah sembuh sehingga obatnya tidak diminum.

3. Aniaya Fisik

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

**Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan**

4. Adakah anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa

Klien mengatakan bahwa keluarganya tidak ada yang mengalami gangguan jiwa.

**Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan**

5. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan

Saat dikaji, pasien mengatakan pengalaman yang tidak menyenangkan yaitu menikah 2kali tetapi saat sakit selalu ditinggal istrinya, klien mengatakan tidak ingin menikah lagi dan fokus merawat anaknya yang berusia 10 tahun.

**Masalah Keperawatan: Resiko Sindrom Pascatrauma (SDKI, D0104)**

### 3.1.4 Pemeriksaan Fisik

1. Tanda-tanda Vital : TD: 100/67 mmHg N: 90x/menit

RR: 18x/menit S: 36,50C

2. TB: 163 cm BB:49 cm

3. Keluhan Fisik: pada saat pengkajian, tidak ada keluhan fisik yang dirasakan klien

**Masalah Keperawatan: Tidak ada Masalah Keperawatan**

### 3.1.5 Psikososial

1. Genogram

40

Gambar 3. 1: Genogram

: laki-laki

: perempuan

: tinggal serumah

: Klien

: Meninggal

Sebelum sakit klien tinggal bersama dengan istri dan anaknya, tetapi saat klien sakit istrinya meninggalkan rumah dan klien hanya tinggal dengan anaknya yang berusia 10 tahun.

**Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan**

2. Konsep Diri

a. Gambaran Diri: klien mengatakan biasa saja dan tidak merasa malu, karena dirinya menyadari keadaanya yang sekarang.

b. Identitas Diri: klien mengatakan dirinya sebagai seorang laki-laki yang berusia 40 tahun status menikah dan klien mempunyai 1 anak laki-laki.

c. Peran Diri: Sebelum masuk Rumah Sakit klien bekerja sebagai buruh petani dan seorang ayah dari anak laki-lakinya.

d. Ideal Diri: klien mengatakan bersyukur memiliki tubuh yang normal dan tidak ada keterbatasan fisik

e. Harga Diri: klien mengatakan tidak malu dengan keadaannya yang sekarang dialaminya. Klien juga mengatakan ingin cepat pulang dan bekerja kembali. Klien mengatakan bahwa dirinya akan pulih atau normal kembali. Klien mengatakan saat dirumah, diolok-olok sama anak kecil yang memanggilnya orang gila.

**Masalah Keperawatan : Harga Diri Rendah (SDKI, D.0086)**

3. Hubungan Sosial

1. Orang yang berarti:

Klien mengatakan orang terdekat dalam hidupnya adalah ibunya dan anaknya, karena ibunya selalu mendukung dan selalu ada untuk klien disaat sakit, sedangkan anaknya selalu mendukung agar klien cepat sembuh.

1. Peran serta dalam kegiatan kelompok / masyarakat:

Saat klien dirumah, hanya mengikuti kegiatan jika ada acara saja. Saat dirumah sakit klien jarang melakukan kegiatan seperti olahraga.

1. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain

Saat dirumah, klien mengatakan sering berinteraksi dengan orang lain. Sedangkan saat di rumah sakit, klien jarang berinteraksi dengan teman sekamarnya, karena klien lebih memilih duduk di tempat tidurnya

**Masalah Keperawatan: Isolasi sosial (SDKI, D.0121)**

4. Spiritual

1. Nilai dan Keyakinan:

Klien mengatakan bahwa beragama islam dan klien yakin kalau Allah itu ada

1. Kegiatan Ibadah:

Sebelum masuk Rumah Sakit klien sholat 5 waktu, ketika di RS klien tidak menjalankan sholat karena tidak ada musholla

**Masalah Keperawatan: Tidak Ada Masalah Keperawatan**

### 3.1.6 Status Mental

1. Penampilan: saat pengkajian, penampilan klien tampak bersih dan rapi, rambutnya terpotong pendek dan rapi, cara berpakaian rapi pada umumnya, klien juga tidak berbau.

**Masalah Keperawatan: Tidak Ada Masalah Keperawatan**

1. Pembicaraan : saat pengkajian, klien mampu menjawab pertanyaan dengan cepat dan nada bicara sedang kadang pelan
2. Aktivitas Motorik: saat pengkajian, pasien terlihat gelisah dan kadang melihat ke kanan dan kekiri. Klien selalu melakukan aktivitas sehari-hari seperti membersihkan tempat tidurnya setiap hari

**Masalah Keperawatan : Ansietas (SDKI, D.0080)**

1. Alam perasaan: saat pengkajian, klien mengatakan khawatir dengan anaknya yang dirumah dan juragannya yang akan panen.

**Masalah Keperawatan: Ansietas (SDKI, D.0080)**

1. Afek: saat diajak bicara raut wajah klien tampak koopratif, jika diajak membahas tentang anak kecil yang mengejeknya gila saat di rumah klien akan bereaksi emosi seperti wajah memerah, suara keras, bicara kasar dan mata melotot.

**Masalah Keperawatan: Resiko Perilaku Kekerasan (SDKI, D. 0132)**

1. Interaksi selama wawancara: saat diajak berbicara klien ada kontak mata meskipun kadang teralihkan, klien kadang memalingkan wajahnya, klien mampu menjawab pertanyaan dengan tepat.

**Masalah Keperawatan: Tidak Ada Masalah Keperawatan**

1. Persepsi: klien mengatakan sering mendengar suara juragannya yang menyuruhnya untuk pulang membantu panen. Bisikan itu muncul setiap hari, paling sering saat malam hari. saat klien sedang melamun suara tersebut semakin sering terdengar dan semakin lama semakin terdengar keras. Respon klien saat bisikan itu muncul hanya diam dan kadang melihat ke kanan dan kiri disekitarnya.

**Masalah Keperawatan: Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran (SDKI, D. 0085)**

1. Proses pikir: ketika dilakukan pengkajian dengan teknik wawancara, klien menjawab pertanyaan dengan benar tetapi berbelit-belit.
2. Isi pikir: pikiran obsesi, klien selalu memikirkan juragannya yang sedang panen disawah dan ditambak, meskipun klien sudah mencoba menghilangkannya dengan aktivitas.
3. Tingkat kesadaran: klien ketika ditanya tempatnya sekarang dimana dapat menjawab dengan benar kalau klien di Rumah Sakit Jiwa Menur dan pasien bisa menjelaskan kapan pasien masuk Rumah Sakit.

**Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan**

1. Memori: memori klien masih baik, klien masih bisa atau mampu mengingat yang terjadi pada tahun lalu yang dialaminya, klien juga masih bisa mengingat kegiatan sebelum dirinya dirawat di Rumah Sakit.

**Masalah Keperawatan: Tidak Ada Masalah Keperawatan**

1. Tingkat Konsentrasi dan Berhitung: klien mampu menjawab pertanyaan dengan cepat dan tepat, konsentrasi klien dapat menyebutkan cara brhitung sederhana.

**Masalah Keperawatan: Tidak Ada Masalah Keperawatan**

1. Kemampuan Penilaian: kemampuan penilaian klien baik dan tidak ada masalah, klien dapat mengambil keputusan terhadap dirinya sendiri, misalnya klien lebih memilih mandi terlebih dahulu kemudian klien makan.

**Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan**

1. Daya Tilik Diri: klien mengatakan bahwa dirinya itu sebenarnya setara dengan manusia yang lainnya, hanya saja klien menyadari jika dirinya sedang sakit gangguan syaraf.

**Masalah Keperawatan: Tidak Ada Masalah Keperawatan**

### 3.1.7 Kebutuhan Persiapan Pulang

Klien mampu memenuhi atau menyediakan kebutuhan seperti makan, berpakaian, berhias, keamanan serta perawatan kesehatan, apakah klien mampu atau tidak memenuhi kebutuhan tersebut. Untuk perawatan kesehatan membutuhkan bantuan total agar klien rutin meminum obatnya.

### 3.1.8 Mekanisme Koping

Sebelum masuk Rumah Sakit klien bisa berkomunikasi dengan orang lain dengan baik, klien hanya diam dan kadang melihat area sekitar ketika suara bisikan itu muncul. Klien belum bisa menggunakan teknik relaksasi saat suara tersebut muncul.

**Masalah Keperawatan : Koping Tidak Efektif (SDKI, D.0096)**

### 3.1.9 Masalah Psikososial dan Lingkungan

1. Masalah dengan dukungan kelompok, spesifik: klien mengatakan mampu berkomunikasi baik dengan orang lain

2. Masalah berhubungan dengan lingkungan, spesifik: klien mampu bersosialisasi dengan teman-temannya

3. Masalah dengan pendidikan, spesifik : klien mengatakan sekolahnya hanya tamatan smp

4. Masalah dengan pekerjaan, spesifik: pasien mengatakan bekerja sebagai buruh tani dan tambak

5. Masalah dengan perumahan, spesifik: tidak ada masalah dengan perumahan

6. Masalah ekonomi, spesifik: klien mengatakan jika ekonominya cukup

7. Masalah dengan pelayanan kesehatan, spesifik: klien ke rumah sakit jika sakit dan memelihara kesehatannya

8. Masalah lainnya, spesifik: pasien mengatakan sadar akan sakitnya yang dialami oleh klien

**Masalah Keperawatan: Tidak Ada Masalah Keperawatan**

### 3.1.10 Kurang Pengetahuan Tentang

Klien mengatakan saat dirumah jika penyakitnya dirasa sudah sembuh, maka klien berhenti meminum obat-obatan dari Rumah Sakit.

**Masalah Keperawatan:Manajemen Kesehatan Tidak Efektif (SDKI, D. 0116)**

### 3.1.11 Aspek Medis

Diagnosa Medis: *Undifferentiated Skizofrenia*

Terapi Medik:

Tabel 3. 1 Terapi Medik

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Medikasi | Dosis | Indikasi |
| 1. | Clozapine | 25 mg ( 1-0-1) | Untuk meredakan gejala skizofrenia dan menangani gejala psikosis |
| 2. | Trihexyphenidyl | 2 mg (1-0-1) | Untuk mengatasi gejala parkinson dan sindrom *ekstrapiramidal* (pada pasien skizofrenia |
| 3. | Trifluoperazine | 5 mg (1-1-0) | Untuk mengobati gangguan mental, kecemasan jangka pendek |

### 3.1.12 Daftar Masalah Keperawatan

1. Resiko Sindrom Pasca Trauma
2. Harga Diri Rendah
3. Isolasi Sosial
4. Ansietas
5. Resiko Perilaku Kekerasan
6. Gangguan Persepsi Sensori
7. Koping Tidak Efektif
8. Manajemen Kesehatan Tidak Efektif

### 3.1.13 Diagnosa Keperawatan

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

Surabaya, 16 Juni 2021

Mahasiswa



SUCI AGNES ANGGRAINI

## Pohon Masalah

Resiko Perilaku Kekerasan

*(Effect)*

Gangguan Persepsi Sensori:

Halusinasi Pendengaran

*(Core Problem)*

Isolasi Sosial

*(Causa)*

Gambar 3. 2: Pohon Masalah Klien dengan Halusinasi

## Analisa Data

Nama : Tn. S No. RM: 35.xx.xx

Ruangan: Gelatik 2

Tabel 3. 2: Analisa Data

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tgl | Analisa Data | Masalah | TTD |
| 07 Mei 2021 | DS:  Klien mengatakan bahwa dirinya mendengar suara juragannya yang menyuruhnya pulang untuk membantu panen. Bisikan itu muncul setiap hari, saat klien melamun dan malam hari. suara tersebut semakin lama semakin terdengar keras. Respon klien saat bisikan itu muncul hanya diam dan kadang melihat ke kanan dan kiri disekitarnya.  DO:   1. Klien terlihat sering menengok ke kanan atau ke kiri 2. Klien terlihat menyendiri di tempat tidurnya | Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran (SDKI, D.0085) | 208303c2-6028-470d-b3b2-e45c96c2b5d0.jpg |
|  | DS:  -Klien mengatakan saat di rumah sering berinteraksi dengan orang lain, tetapi saat Masuk Rumah Sakit klien jarang berinteraksi dengan teman sekamarnya.  -Klien mengatakan lebih senang duduk diatas tempat tidurnya dari pada ikut bercerita dengan teman sekamarnya  DO:  - Klien lebih sering duduk diatas tempat tidurnya  -Kontak mata ada meskipun kadang teralihkan  -Klien tampak lesu | Isolasi Sosial  ( SDKI, D. 0121) | 208303c2-6028-470d-b3b2-e45c96c2b5d0.jpg |
|  | DS:   * klien mengatakan emosi jika mendengar anak kecil yang mengejeknya gila * klien menceritakan dengan suara keras dan mengumpaat dengan kata-kata kasar   DO:  Ketika menceritakannya, klien terlihat:   1. mata melotot dan tajam 2. bicara keras 3. bicara kotor 4. wajah memerah | Resiko Perilaku Kekerasan  (SDKI, D.0132) | 208303c2-6028-470d-b3b2-e45c96c2b5d0.jpg |

## 3.4 Rencana Keperawatan

Nama : Tn. S No. RM: 35.xx.xx

Ruangan: Gelatik 2 Nama Mahasiswa: Suci Agnes Anggraini

Tabel 3. 3: Rencana Tindakan Keperawatan pada Tn.S

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Tanggal | Diagnosa Keperawatan | Tujuan & Kriteria Hasil | Perencanaan  Tindakan Keperawatan  (SP1-4) | Rasional |
|  | 07 Mei 2021 | Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran | 1. Secara kognitif diharapkan pasien dapat: 2. Menyebutkan penyebab halusinasi 3. Menyebutkan karakteristik halusinasi yang dirasakan seperti jenis, isi, frekuensi, durasi, waktu, situasi yang menyebabkan halusinasi dan respon terhadap halusinasi 4. Menyebutkan akibat yang ditimbulkan dari halusinasi 5. Menyebutkan cara yang selama ini digunakan untuk mengendalikan halusinasi 6. Menyebutkan cara mengendalikan halusinasi yang tepat 7. Secara psikomotor diharapkan pasien dapat: 8. Melawan halusinasi dengan menghardik. 9. Mengabaikan halusinasi dengan bersikap cuek 10. Secara afektif diharapkan pasien dapat: 11. Merasakan manfaat cara-cara mengatasi halusinasi. 12. Membedakan perasaan sebelum dan sesudah latihan. | SP 1   1. Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik: 2. Sapa klien dengan ramah baik verbal maupun non verbal 3. Perkenalkan diri dengan sopan 4. Tanyakan nama lengkap klien dan nama panggilan kesukaan klien 5. Jelaskan maksud dan tujuan interaksi 6. Berikan perhatian pada klien, perhatikan kebutuhan dasarnya 7. Identifikasi halusinasi klien (jenis, waktu, frekuensi, isi, durasi, situasi dan respon) 8. Ajarkan mengontrol halusinasi dengan cara menghardik 9. Anjurkan klien memasukkan cara menghardik halusinasi kedalam jadwal kegiatan harian klien | 1. Membina hubungan saling percaya merupakan langkaha awal untuk menentukan keberhasilan rencana selanjutnya 2. Dengan mengidentifikasi halusinasi klien dapat menentukan tindakan yang akan diberikan 3. Agar klien mampu mengontrol halusinasinya dengan cara menghardik 4. Agar klien menerapkan tindakan yang sudah diberikan |
|  | 07 Mei 2021 | Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran | 1. Secara kognitif diharapkan pasien dapat: 2. Menyebutkan cara mengendalikan halusinasi yang tepat. 3. Menyebutkan tindakan yang telah diberikan 4. Secara psikomotor diharapkan pasien dapat: 5. Mengalihkan halusinasi dengan cara distraksi yaitu bercakap-cakap dengan orang lain. 6. Secara afektif diharapkan pasien dapat: 7. Merasakan manfaat cara-cara mengatasi halusinasi. 8. Membedakan perasaan sebelum dan sesudah latihan. | SP 2:   1. Bina hubungan saling percaya. 2. Evaluasi jadwal kegiatan harian klien dan kontrak waktu selanjutnya 3. Melatih klien mengendalikan halusinasinya dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain 4. Anjurkan klien memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian | * 1. Membina hubungan saling percaya merupakan langkah awal untuk menentukan keberhasilan rencana selanjutnya   2. Mengevaluasi kemampuan pasien   3. Agar klien mampu mengendalikan halusinasinya dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain   4. Agar klien berlatih dan menerapkan dalam kegiatan sehari-hari |
|  | 07 Mei 2021 | Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran | * 1. Secara kognitif diharapkan pasien dapat:  1. Menyebutkan cara mengendalikan halusinasi yang tepat. 2. Menyebutkan tindakan yang telah diberikan sebelumnya dari cara menghardik dan bercakap-cakap dengan orang lain.    1. Secara psikomotor diharapkan pasien dapat: 3. Mengalihkan halusinasi dengan cara distraksi yaitu melakukan aktivitas terjadwal.    1. Secara afektif diharapkan pasien dapat: 4. Merasakan manfaat cara-cara mengatasi halusinasi. 5. Membedakan perasaan sebelum dan sesudah latihan. | 1. Membina hubungan saling percaya 2. Evaluasi klien cara mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain. 3. Melatih klien mengendalikan halusinasinya dengan melakukan aktifitas 4. Anjurkan klien memasukkan dalam kegiatan harian | 1. Membina hubungan saling percaya merupakan langkaha awal untuk menentukan keberhasilan rencana selanjutnya 2. Untuk mengetahui kemampuan klien dalam mengontrol halusinasinya 3. Untuk mengontrol halusinasi klien dengan aktifitas terjadwal 4. Agar klien berlatih tindakan yang sudah diberikan |
|  | 07 Mei 2021 | Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi pendengaran | * 1. Secara kognitif diharapkan pasien dapat:  1. Menyebutkan pengobatan yang telah diberikan. 2. Menyebutkan tindakan yang telah diberikan sebelumnya dari cara menghardik, bercakap-cakap dengan orang lain dan melakukan aktivitas terjadwal.    1. Secara psikomotor diharapkan pasien dapat:    2. Minum obat dengan prinsip 8 benar yaitu benar nama klien, benar manfaat obat, benar dosis obat, benar frekuensi obat, benar cara, benar tanggal kadaluarsa, dan benar dokumentasi.    3. Secara afektif diharapkan pasien dapat:    4. Merasakan manfaat cara-cara mengatasi halusinasi.    5. Membedakan perasaan sebelum dan sesudah latihan. | 1. Membina hubungan saling percaya 2. Evaluasi jadwal kegiatan harian klien 3. Berikan pendidikan kesehatan tentang penggunaan obat secara teratur 4. Anjurkan klien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian. | * + 1. Membina hubungan saling percaya merupakan langkaha awal untuk menentukan keberhasilan rencana selanjutnya     2. Untuk mengevaluasi tindakan yang sudah diberikan     3. Agar pasien mengerti penggunaan obat dengan benar     4. Agar klien mudah menerapkan jadwal kegiatan |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Diagnosa Masalah | Tujuan SP Keluarga | Tindakan |
| 1. | Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran | 1. Keluarga klien mampu mendiskusikan masalah keluarga dalam merawat klien 2. Keluarga mengerti tentang pengertian halusinasi, jenis halusinasi, tanda gejala dan proses terjadinya halusinasi klien 3. Keluarga klien mampu cara merawat klien dengan halusinasi | 1. Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat klien. 2. Memberikan pendidikan kesehatan tetang halusinasi 3. Menjelaskan cara merawat anggota keluarga dengan halusinasi |
| 2. | Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran | 1. Keluarga klien mampu mempraktikkan cara merawat klien halusinasi langsung ke klien | 1. Melatih keluarga mempraktikkan cara merawat klien dengan halusinasi 2. Membantu keluarga cara merawat langsung kepada klien halusinasi |
| 3. | Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran | Keluarga klien mampu melaksanakan jadwal aktifitas setelah klien pulang | 1. Membantu keluarga membuat jadwal aktivitas dirumah termasuk minum obat. 2. Menjelaskan pollow up klien setelah pulang |

## 3.5 Tindakan Keperawatan Tn. S Dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran

Tabel 3. 4: Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| TGL | DIAGNOSA | IMPLEMENTASI | EVALUASI | TT |
| 07 mei 2021 | Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran | **SP 1**  **09.30**  1.Membina hubungan saling percaya  (“Selamat pagi pak, perkenalkan nama saya Suci Agnes mahasiswa Stikes Hang Tuah Surabaya yang akan bertugas disini selama 3 hari kedepan, hari ini saya akan bertugas merawat bapak. Kalau boleh tahu nama bapak siapa? Senang dipanggil apa?” **“Selamat pagi bu, nama saya S, panggil saja bapak S”** “Boleh saya tahu umur bapak berapa? Dan tempat tinggalnya dimana?” **“umur saya 40 tahun bu, rumah saya di Lamongan”** “Sebelumnya, apakah bapak pernah dirawat disini?” **“Pernah mbak tapi sudah lama sejak tahun 2005”)** “Baiklah pak, bagaimana kalau kita bercakap-cakap tentang suara bisikan yang selama ini bapak dengar tetapi tak tampak wujudnya?” **“Baik mbak, saya mau diajak ngobrol”.**“Kalau begitu bapak ingin ngobrol dimana? Bagaimana kalau di depan pintu kamar saja pak?”  **“Iya bu, ngobrolnya di depan pintu kamar saya ya mbak”** “Berapa lama kita ngobrol ya pak? Bagaimana kalau 20 menit saja? **“ baik bu, 20 menit saja ya bu.”**  **09.40 WIB**  2.Pasien mengenal halusinasinya.  “Apakah bapak mendengar suara tanpa ada wujudnya? Apa yang dikatakan suara itu?” **“ iya mbak saya mendengar suara juragan yang menyuruh saya pulang membatunya panen”** “Apakah bapak terus-menerus mendengar suara tersebut?” **“ biasanya muncul saat saya melamun dan kadang saat malam hari mbak”** “dalam sehari berapa kali bapak mendengar suara itu? Dan berapa lama saat suara itu muncul?” **“muncul 3 kali dalam durasi 5 menit mbak”** “Apa yang bapak lakukan jika suara tersebut muncul?” **“ saya hanya diam kadang ya melihat lingkungan”** “Apakah dengan bapak diam suara tersebut bisa hilang?” **“Tidak mbak, semakin lama semakin terdengar keras sehingga membuat saya risih”**  **09.55 WIB**   1. Mengajarkan kepada klien cara mengontrol halusinasinya dengan cara menghardik   (“Baiklah pak, bagaimana kalau kita belajar mencegah suara-suara itu muncul?” **“iya mbak, saya mau”** “Baik pak, ada 4 cara mencegah suara-suara itu muncul. Pertama, dengan menghardik suara tersebut, kedua dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain, ketiga dengan melakukan kegiatan yang sudah terjadwal, keempat dengan minum obat yang teratur. bagaimana kalau kita belajar cara yang pertama terlebih dahulu yaitu dengan cara menghardik”. “Caranya saat suara-suara itu muncul, bapak langsung bilang ‘saya tidak mendengar kamu, kamu suara palsu, pergi kamu’. Begitu diulang-ulang terus sampai suara itu tidak terdengar lagi. Coba bapak peragakan”. **“Saya menutup telinga dengan telapak tangan lalu bilang saya tidak mendengar kamu, kamu suara palsu pergi kamu”.** “nah begitu bagus pak! Ayo coba lagi” **“saya tidak mendengar kamu, kamu suara palsu pergi kamu”**  **10.05 WIB**  4. Menganjurkan klien memasukkan cara menghardik halusinasi kedalam jadwal kegiatan harian klien.  (“ya bagus, bapak sudah bisa melakukannya, sekarang cara ini bapak masukkan kedalam jadwal ya pak, bapak harus melatih cara menghardik halusinasi setiap mendengar suara bisikan ya pak?” **“iya mba, saya akan berlatih terus”** | **S:**   1. Selamat pagi bu, nama saya S, panggil saja bapak S, umur saya 40 tahun, rumah saya di Lamongan 2. Klien mengatakan pernah dirawat pada tahun 2005 3. Klien mengatakan saya mendengar suara juragan yang menyuruh saya pulang membantunya panen. 4. Kien mengatakan suara bisikan tersebut biasanya muncul saat klien melamun dan kadang saat malam hari mbak dalam sehari muncul 3 kali dalam durasi 5 menit, klien hanya diam kadang mengalihkan dengan melihat lingkungan sekitar 5. Klien mengatakan apabila halusinasinya muncul klien akan berkata “Saya tidak mendengar kamu, kamu suara palsu, pergi kamu.”   **O:**  Secara afektif, kognitif dan psikomotor:   1. klien mau menyebutkan namanya dengan benar 2. klien bersedia diajak berbicara dengan perawat 3. klien mau duduk berdampingan dengan perawat 4. kontak mata baik meskipun kadang teralihkan melihat kanan dan kiri disekitarnya 5. klien mencatat tindakan yang telah diberikan   **A:**  Secara Afektif, kognitif dan psikomotor   1. klien mampu memperkenalkan diri. 2. Klien mampu menjelaskan tentang isi halusinasinya 3. Klien mampu mengontrol halusinasinya dengan cara menghardik dan mempraktikkannya 4. Klien dapat memasukkan cara menghardik kedalam jadwal kegiatan harian   P:  Perawat: mengevaluasi kembali cara menghardik halusinasi, melanjutkan dan mengajarkan cara mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap.  Klien: diharapkan klien berlatih mengontrol halusinasinya dengan cara menghardik secara mandiri dan memasukkan kedalam jadwal harian secara mandiri. | 208303c2-6028-470d-b3b2-e45c96c2b5d0.jpg |
| 08 Mei 2021 | Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran | **09.00 WIB**   1. Bina hubungan saling percaya   (“Selamat pagi bapak, bagaimana perasaan bapak hari ini?” **“Selamat pagi mbak, keadaan saya lebih baik dari kemarin”**)  **09.05 WIB**   1. Mengevaluasi kegiatan jadwal dan kontak waktu selanjutnya   ( “Apakah sudah dipakai cara yang telah kita latih kemarin? Apakah berkurang suara-suaranya?” **“Iya sudah saya coba mbak, sekarang saya sudah jarang mendengar bisikan itu”).** “Sesuai janji kita kemarin, saya akan melatih cara yang kedua untuk mengontrol halusinasi yaitu dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain” **“iya mbak boleh”** “Kita akan berlatih selama 20 menit ya pak” **“Iya mbak”** “Sesuai janji kemarin kita berbincang di teras ya pak” **“iya mbak”**)  **09.10 WIB**   1. Latih klien mengendalikan halusinasinya dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain.   (“Jadi cara yang kedua untuk mencegah dan mengintrol halusinasi adalah dengan bercakap-cakap dengan orang lain. Jadi kalau bapak mendengar suara bisikan langsung saja bapak mencari teman untuk diajak ngobrol. Contohnya seperti ini, “tolong pak, saya mendengar suara bisikan ayo kita mengobrol” **“Oo begitu ya mbak”** “iya pak, coba bapak ulangi cara yang tadi saya ajarkan” **“pak tolong, saya mendengar suara bisikan ayo kita mengobrol”** “bagus sekali pak”)  **09.20 WIB**   1. Menganjurkan klien memasukan kedalam jadwal harian   (“Bagus sekali pak, bapak S dapat mengajak ngobrol temannya apabila mulai mndengarkan bisikan-bisikan tersebut, mari kita masukkan kedalam jadwal kegiatan harian bapak” **“iya mbak”)** | **S:** klien mengatakan   1. Selamat pagi mbak, keadaan saya lebih baik dari kemarin 2. Saya sudah jarang mendengar suara bisikan itu 3. Ayo kita mengobrol karena suara itu muncul lagi   **O:**   1. Klien dapat mengingat nama perawat 2. Klien mampu mengevaluasi cara yang pertama yaitu menghardik 3. Klien mampu memperagaka cara menghardik halusinasi dengan cara kedua yaitu bercakap-cakap dengan orang lain   **A:**  Secara Afektif, Motorik, dan Psikomotor   1. Klien mampu mempraktikkan dan menjelaskan cara yang sudah diajarkan perawat   **P:**  Perawat: mengevaluasi kembali cara yang kedua, yaitu menghardik halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain dan menganjurkan untuk memasukkan ke jadwal harian klien, melanjutkan cara yang ketiga yaitu melatih klien mengontrol halusinasinya dengan melaksanakan aktivitas terjadwal  Pasien: diharapkan klien berlatih melakukan aktivitas harian secara mandiri | 208303c2-6028-470d-b3b2-e45c96c2b5d0.jpg |
| 9 Mei 2021 | Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran | **09.00 WIB**   * + 1. Bina hubungan saling percaya   (“Selamat pagi bapak, bagaimana perasaan bapak hari ini?” **“Pagi mbak, keadaan saya lebih baik dari kemarin.”** )  **09.10 WIB**   * + 1. Evaluasi klien cara mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain dan kontrak selanjutnya   (“Saat suara-suara itu muncul Apakah sudah dipakai dua cara yang telah kita latih kemarin? bagaimana hasilnya**?” “sudah mbak, setelah saya belajar dua cara yang kemarin, saya sudah tidak mendengar suara bisikan itu”** “Bagus pak, tetap dilatih ya pak”  (“Sesuai janji kemarin, kita akan latihan cara yang ketiga untuk mengontrol halusinasi yaitu dengan cara melakukan kegiatan terjadwal” **“iya mbak”**. “Kita akan berlatih selama 20 menit ya pak” **“Iya mbak”**.“Sesuai janji kemarin kita berbincang di teras ya pak” **“iya mbak”**  **09.15 WIB**   * + 1. Latih klien mengendalikan halusinasinya dengan melakukan kegiatan (kegiatan yang biasa dilakukan klien)   (“Apa saja yang biasa dilakukan bapak pada pagi hari?” **“saya biasanya bangun tidur jam 06.00 kemudian merapikan tempat tidur setelah itu mandi mbak. Kemudian jam 07.00 makan pagi, kemudian sekitar jam 08.00 saya biasanya jalan-jalan di dalam kamar saja mbak”** “Bagus sekali bapak sudah bisa melakukan kegiatan. Jadi kegiatan yang biasanya dilakukan bapak ini bisa digunakan untuk mencegah munculnya suara bisikan. Jadi, bapak harus membuat jadwal harian setiap pukul 07.00 sampai pukul 11.00” **“oh begitu ya mbak”**)  **09.25 WIB**   * + 1. Anjurkan klien memasukkan dalam kegiatan harian   Jadi kegiatan yang biasanya dilakukan bapak ini bisa digunakan untuk mencegah munculnya suara bisikan. Jadi, bapak harus membuat jadwal harian setiap pukul 07.00 sampai pukul 11.00” **“oh begitu ya mbak”** | **S:** klien mengatakan:   1. Keadaan saya lebih baik dari sebelumnya 2. Setelah saya belajar dua cara yang kemarin, saya sudah tidak mendengar suara bisikan itu. 3. Saya biasanya membersihkan dan merapikan tempat tidur mbak. Biasanya bangun tidur jam 06.00 kemudian merapikan tempat tidur, setelah itu mandi mandi mbak, kemudian jam 07.00 makan pagi, kemudian jam 8 biasanya jalan-jalan di dalam kamar saja mbak”.   **O:**   1. Klien dapat mengingat nama perawat 2. Klien mampu menjawab dan memperagakan ketiga cara tersebut   **A:**  Secara Afektif, Motorik dan Psikomotor   1. Klien mampu mengontrol halusinasinya dengan jadwal aktivitas harian 2. Klien mampu melakukan aktivitas terjadwal seperti membersihkan tempat tidur, dan jalan-jalan kecil didalam kamar   **P:**  Perawat: evaluasi dan latih kembali cara mengendalikan halusinasinya dengan melakukan kegiatan yang siasa dilakukan. Melanjutkan SP selanjutnya yaitu mengkonsumsi obat secara teratur  Klien: diharapkan klien berlatih aktivitas terjadwal secara mandiri | 208303c2-6028-470d-b3b2-e45c96c2b5d0.jpg |

LAMPIRAN **1**

**STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN DIAGNOSA GANGGUAN PERSEPSI**

**SENSORI: HALUSINASI PENDENGARAN**

**(SP 1 HALUSINASI)**

Nama pasien : Tn. S

Umur : 40 Tahun

Pertemuan : ke 1 (satu)

Tanggal : 7 Mei 2021

1. Proses Keperawatan
2. Kondisi Klien

Kondisi Tn. S saat itu sedang menyendiri di kamar dan kontak mata kurang, pasien kooperatif

1. Diagnosis/Masalah Keperawatan

Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran

1. Tujuan

SP I:

* 1. Klien dapat membina hubungan saling percaya
  2. Klien dapat mengenal halusinasinya
  3. Klien dapat mengontrol halusinasinya

1. Tindakan Keperawatan
   1. Membina hubungan saling percaya dengan menggunakan komunikasi terapeutik
   2. Observasi tingkah laku klien terkait dengan halusinasinya dan diskusikan dengan klien mengenai isi, jenis, waktu, frekuensi, situasi, respon yang menimbulkan halusinasi. Hal yang dirasakan jika halusinasinya muncul, serta dampak yang dialaminya.
   3. Identifikasi bersama klien cara atau tindakan yang dilakukan jika terjadi halusinasi
   4. Diskusi cara baru untuk memutus atau mengontrol timbulnya halusinasi
   5. Bantu klien memilih satu cara yang sudah dianjurkan dan latih untuk mencobanya.
2. Strategi Pelaksanaan
3. Orientasi
4. Salam Terapeutik

“Selamat pagi pak, perkenalkan nama saya Suci Agnes mahasiswa Stikes Hang Tuah Surabaya yang akan bertugas disini selama 3 hari kedepan, hari ini saya akan bertugas merawat bapak. Kalau boleh tahu nama bapak siapa? Senang dipanggil apa?” **“Selamat pagi bu, nama saya S, panggil saja bapak S”** “Boleh saya tahu umur bapak berapa? Dan tempat tinggalnya dimana?” **“umur saya 40 tahun bu, rumah saya di Lamongan”** “Sebelumnya, apakah bapak pernah dirawat disini?” **“Pernah mbak tapi sudah lama sejak tahun 2005”**

1. Evaluasi/Validasi

“ Bagaimana perasaannya hari ini pak? Bagaimana tidurnya semalam?” **“alhamdulillah baik mbak, semalam bisa tidur meskipun terbangun sebentar karena mendengar suara juragan saya dikampung”**

1. Kontrak
   * + 1. Topik

“Baiklah pak, bagaimana kalau kita bercakap-cakap tentang suara bisikan yang selama ini bapak dengar tetapi tak tampak wujudnya?” **“Baik mbak, saya mau diajak ngobrol”**

* + - 1. Tempat

“Kalau begitu bapak ingin ngobrol dimana? Bagaimana kalau di depan pintu kamar saja pak?” **“ Iya bu, ngobrolnya di depan pintu kamar saya ya mbak”**

* + - 1. Waktu

“ Berapa lama kita ngobrol ya pak? Bagaimana kalau 20 menit saja? **“ baik bu, 20 menit saja ya bu”**

1. Kerja

“Apakah bapak mendengar suara tanpa ada wujudnya? Apa yang dikatakan suara itu?” **“ iya mbak saya mendengar suara juragan yang menyuruh saya pulang membatunya panen”** “Apakah bapak terus-menerus mendengar suara tersebut?” **“ biasanya muncul saat saya melamun dan kadang saat malam hari mbak”** “dalam sehari berapa kalai bapak mendengar suara itu? Dan berapa lama saat suara itu muncul?” **“muncul 3 kali dalam durasi 5 menit mbak”** “Apa yang bapak lakukan jika suara tersebut muncul?” **“ saya hanya diam kadang ya melihat lingkungan”** “Apakah dengan bapak diam suara tersebut bisa hilang?” **“Tidak mbak, semakin lama semakin terdengar keras sehingga membuat saya risih”** “baiklah pak bagaimana kalau kita belajar mencegah suara-suara itu muncul?” **“iya mbak, saya mau”** “Baik pak, ada 4 cara mencegah suara-suara itu muncul. Pertama, dengan menghardik suara tersebut, kedua dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain, ketiga dengan melakukan kegiatan yang sudah terjadwal, keempat dengan minum obat yang teratur. bagaimana kalau kita belajar cara yang pertama terlebih dahulu yaitu dengan cara menghardik”. “Caranya saat suara-suara itu muncul, bapak langsung bilang ‘saya tidak mendengar kamu, kamu suara palsu, pergi kamu’. Begitu diulang-ulang terus sampai suara itu tidak terdengar lagi. Coba bapak peragakan”. **“Saya menutup telinga dengan telapak tangan lalu bilang saya tidak mendengar kamu, kamu suara palsu pergi kamu”.** “nah begitu bagus pak! Ayo coba lagi” **“saya tidak mendengar kamu, kamu suara palsu pergi kamu”** “ya bagus bapak sudah bisa melakukannya, sekarang cara ini bapak masukkan kedalam jadwal ya pak, bapak harus melatih cara menghardik halusinasi setiap mendengar suara bisikan ya pak?” **“iya mba, saya akan berlatih terus”**

1. Terminasi
2. Evaluasi Respon Pasien
3. Subjektif

“Bagaimana perasaan bapak S setelah latihan tadi?” “**alhamdulillah saya sudah tau cara mengontrol suara bisikan yang membuat saya risih, saya akan berlatih terus supaya suaranya hilang”**

1. Objektif

“Bisa bapak ulangi apa saja cara yang bisa digunakan untuk mencegah suara-suara muncul?” **“menutup telinga dengan telapak tangan dan mengucap saya tidak mendengar kamu, kamu suara palsu pergi kamu”, bercakap-cakap dengan orang lain, melakukan aktivias dan minum obat secara teratur”** “Wah bagus sekali, bapak S masih ingat cara mengontrol suara-suara bisikan, bapak juga sudah bisa peragakan cara yang pertama”

1. Tindak Lanjut Klien

“Kapan bapak harus melatih cara yang pertama?”. **“ saat suara bisikan itu muncul bu”** “benar sekali pak, jadi nanti kalau suara itu terdengar atau bapak sedang menyendiri bapak harus latihan ya!”

1. Kontrak waktu yang akan datang

“Bapak, kita sudah berbincng selama 20 menit, bagaimana kalau besok kita bertemu lagi untuk belajar dan latihan mengendalikan suara bisikan dengan cara yang kedua?” **“iya mbak boleh”** “jam berapa pak?” **“Jam 09.00 aja ya mbak”** “baik pak, untuk tempatnya bapak mau dimana?bagaimana kalau diteras saja?” **“iya mbak diteras saja”**

**Lampiran 2**

**STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN DIAGNOSA GANGGUAN PERSEPSI**

**SENSORI: HALUSINASI PENDENGARAN**

**(SP 2 HALUSINASI)**

Nama pasien : Tn. S

Umur : 40 Tahun

Pertemuan : ke 2 (dua)

Tanggal : 8 Mei 2021

* + - * 1. Proses Keperawatan
  1. Kondisi Klien

Klien sedang menyendiri di tempat tidurnya

* 1. Diagnosis/Masalah Keperawatan

Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran

* 1. Tujuan

SP 2:

* + - * 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien
        2. Melatih pasien mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain
        3. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal harian
  1. Tindakan Keperawatan
     + - 1. Membina hubungan saling percaya dengan menggunakan komunikasi terapeutik.
         2. Observasi tingkah laku klien terkait dengan halusinasinya dan diskusikan dengan klien tentang cara bercakap-cakap dengan orang lain.
         3. Diskusi cara baru untuk memutus atau mengontrol timbulnya halusinasi
         4. Bantu klien memilih satu cara yang sudah dianjurkan dan latih untuk mencobanya.

1. Strategi Pelaksanaan
2. Orientasi
3. Salam Terapeutik

“Selamat pagi bapak, bagaimana perasaan bapak hari ini?” **“pagi mbak, keadaan saya lebih baik dari kemarin”**

1. Evaluasi/Validasi

“Apakah suara-suara itu muncul? Apakah sudah sudah dipakai cara yang telah kita latih kemarin? Apakah berkurang suara-suaranya?” **“setelah saya belajar cara yang kemarin, saya sudah jarang mendengar suara bisikan itu”**

1. Kontrak
2. Topik

“Sesuai janji kita kemarin, saya akan melatih cara yang kedua untuk mengontrol halusinasi yaitu dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain” **“iya mbak boleh”**

1. Waktu

“Kita akan berlatih selama 20 menit ya pak” **“Iya mbak”**

1. Tempat

“Sesuai janji kemarin kita berbincang di teras ya pak” **“iya mbak”**

1. Kerja

“Jadi cara yang kedua untuk mencegah dan mengintrol halusinasi adalah dengan bercakap-cakap dengan orang lain. Jadi kalau bapak mendengar suara bisikan langsung saja bapak mencari teman untuk diajak ngobrol. Contohnya seperti ini, “tolong pak, saya mendengar suara bisikan ayo kita mengobrol” **“ oo begitu ya mbak”** “iya pak, coba bapak ulangi cara yang tadi saya ajarkan” **“pak tolong, saya mendengar suara bisikan ayo kita mengobrol”** “bagus sekali pak”

1. Terminasi
2. Evaluasi Respon Pasien
3. Subjektif

“Bagaimana perasaan bapak setelah kami latihan cara yang kedua**?” “saya jadi tau mbak ternyata berbincang dengan teman bisa mengontrol suara-suara”** “coba bapak ulangi cara yang tadi saya ajarkan” **“pak tolong, saya mendengar suara bisikan ayo kita mengobrol”** “bagus, latih terus ya pak cara ini” “baik mba, saya akan mencoba terus”

1. Objektif

“Coba bapak sebutkan sudah berapa cara yang sudah kita lakukan untuk mencegah suara bisikan” **“ Yang pertama bilang saya tidak mendengar kamu, kamu suara palsu pergi kamu, yang kedua bercakap-cakap dengan orang lain yaitu dengan cara tolong pak, saya mendengar suara bisikan ayo kita mengobrol”**

1. Tindak Lanjut Klien

“Bagus sekali pak, bapak S dapat mengajak ngobrol temannya apabila mulai mndengarkan bisikan-bisikan tersebut, mari kita masukkan kedalam jadwal kegiatan harian bapak” **“iya mbak”**

1. Kontrak waktu yang akan datang
2. Topik

“Bagaimana kalau besok kita melatih cara yang ketiga yaitu melakukan aktifitas terjadwal?” **“iya mbak boleh”**

1. Waktu

“Besok kita ketemu jam berapa ya pak? Bagaimana kalau jam 09.00?” **“iya mbak jam 09.00 saja”**

1. Tempat

“Besok tempatnya dimana pak? Gimana kalau disini saja?” “**iya mbak disini saja”** “baiklah pak besok kita bertemu kembali ya jam 09.00 di tempat ini?” “ baik pak, sampai jumpa besok”

**Lampiran 3**

**STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN DIAGNOSA GANGGUAN PERSEPSI**

**SENSORI: HALUSINASI PENDENGARAN**

**(SP 3 HALUSINASI)**

Nama pasien : Tn. S

Umur : 40 Tahun

Pertemuan : ke 3 (Tiga)

Tanggal : 9 Mei 2021

A.Proses Keperawatan

1. Kondisi Klien

Klien sedang berbincang-bincang dengan temannya

* + - 1. Diagnosis/Masalah Keperawatan

Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran

* + - 1. Tujuan

SP 3:

* + - * 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien
        2. Melatih pasien mengendalikan halusinasi dalam melakukan kegiatan
        3. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.

4.Tindakan Keperawatan

1. Membina hubungan saling percaya dengan menggunakan komunikasi terapeutik.
2. Observasi tingkah laku klien terkait dengan halusinasinya dan diskusikan dengan klien tentang melakukan kegiatan harian.
3. Diskusi cara baru untuk memutus atau mengontrol timbulnya halusinasi.
4. Bantu klien memilih satu cara yang sudah dianjurkan dan latih untuk mencobanya.

B.Strategi Pelaksanaan

* + - 1. Orientasi
         1. Salam Terapeutik

“Selamat pagi bapak, bagaimana perasaan bapak hari ini?” **“pagi mbak, keadaan saya lebih baik mbak”**

* + - * 1. Evaluasi/Validasi

“Saat suara-suara itu muncul Apakah sudah sudah pakai dua cara yang telah kita latih kemarin?bagaimana hasilnya**?” “sudah mbak, setelah saya belajar dua cara yang kemarin, saya sudah tidak mendengar suara bisikan itu”** “Bagus pak, tetap dilatih ya pak”

* + - * 1. Kontrak

1). Topik

“Sesuai janji kemarin, kita akan latihan cara yang ketiga untuk mengontrol halusinasi yaitu dengan cara melakukan kegiatan terjadwal” **“iya mbak”**

2). Waktu

“Kita akan berlatih selama 20 menit ya pak” **“Iya mbak”**

3). Tempat

“Sesuai janji kemarin kita berbincang di teras ya pak” **“iya mbak”**

* + - 1. Kerja

“Apa saja yang biasa dilakukan bapak pada pagi hari?” **“saya biasanya bangun tidur jam 06.00 kemudian merapikan tempat tidur setelah itu mandi mbak. Kemudian jam 07.00 makan pagi, kemudian sekitar jam 08.00 saya biasanya jalan-jalan di dalam kamar saja mbak”** “Bagus sekali bapak sudah bisa melakukan kegiatan. Jadi kegiatan yang biasanya dilakukan bapak ini bisa digunakan untuk mencegah munculnya suara bisikan. Jadi, bapak harus membuat jadwal harian setiap pukul 07.00 sampai pukul 11.00” **“oh begitu ya mbak”**

* + - 1. Terminasi

1. Evaluasi Respon Pasien
2. Subjektif

“Bagaimana perasaan bapak setelah kami berbincang tentang jadwal kegiatan harian?” **“senang mbak, karena saya bisa mengetahui cara mengontroldan mencegah munculnya suara bisikan”**

1. Objektif

“Coba bapak sebutkan kembali 3 cara yang sudah kita lakukan untuk mencegah timbulnya suara bisikan” **“baik mbak jadi yang pertama itu menutup telinga dan mengucap saya tidak mendengar kamu, kamu suara palsu pergi kamu. Kemudian yang kedua berbincang-bincang dengan orang lain, dan yang ketiga membuat jadwal harian”**

1. Tindak Lanjut Klien

“Bagus sekali pak, mari kita masukkan kedalam jadwal kegiatan harian bapak” **“iya mbak”** “jadi bapak harus terus melatih ketiga cara tersebut ya pak” **“iya mbak”**

1. Kontrak waktu yang akan datang

“Bagaimana perasaan bapak setelah kita bercakap cara yang ketiga untuk mencegah suara itu muncul? Sudah berapa banyak yang bapak pelajari untuk mencegah suara itu muncul? Lakukan sesuai dengan jadwal ya pak. Baiklah pak, bagaimana kalau besok kita bertemu lagi untuk membahas cara yang keempat yaitu cara meminum obat? Kira-kira besok bertemu jam berapa ya pa? Bagaimana kalau jam 10.00?. besok bapak mau bercakap-cakap dimana? Bagaimana kalau di ruang tunggu? Baik pak besok kita bertemu di ruang tunggu ya, sampai jumpa”

# BAB 4

# PEMBAHASAN

Dalam pembahasan ini perawat akan menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi di tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan jiwa pada Tn. S masalah utama gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran dengan diagnosa medis Skizofrenia diruang Gelatik 2 Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur, 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 melaksanakan asusuhan keperawatan pada pasien. Sehingga pasien terbuka dan mengerti serta kooperatif.

### Keluhan utama

Menurut data yang didapatkan dari pasien bernama Tn.S dirawat di Rumah Sakit Jiwa Menur pada tanggal 24 April 2021 dengan diagnosa medis *Skizofrenia Undifferentiated*. Sebelumnya pasien pernah di rawat di Rumah Sakit Jiwa Menur pada tahun 2005 dan kembali masuk Rumah Sakit Jiwa karena pengobatan dirumah kurang berhasil. Pasien pernah berobat jalan dan hanya diberi obat namun pasien sering lalai sehingga terjadi kekambuhan.

Pada tanda dan gejala yang dialami pasien dengan halusinasi yang dituliskan di tinjauan pustaka menurut (Damaiyanti, 2012) perilaku pasien yang 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. Respon verbal yang lambat
7. Menarik diri dari orang lain
8. Berusaha untuk menghindari orang lain
9. Tidak dapat membedakan yang nyata dan tidak nyata
10. Terjadi peningkatan denyut jantung, pernapasan dan tekanan darah
11. Perhatian dengan lingkungan yang kurang atau hanya beberapa detik
12. Berkonsentrasi dengan pengalaman sensori
13. Sulit berhubungan dengan orang lain
14. Ekspresi muka tegang
15. Mudah tersinggung, jengkel dan marah
16. Tidak mampu mengikuti perintah dari perawat
17. Tampak tremor dan berkeringat
18. Perilaku panik
19. Agitasi dan kataton
20. Curiga dan bermusuhan
21. Bertindak merusak diri, orang lain dan lingkungan
22. Ketakutan
23. Tidak dapat mengurus diri
24. Bisa terdapat disorientasi waktu, tempat dan orang.

Dalam tinjauan kasus didapatkan tanda dan gejala yang muncul pada pasien adalah:

1. Tidak mampu mengikuti perintah perawat, didapatkan data pada tinjauan kasus bahwa pasien dapat mengikuti perintah perawat seperti menghardik halusinasinya bila halusinasi muncul kembali, bercakap-cakap dengan teman atau orang disekitarnya.
2. Terjadi peningkatan tekanan darah, nadi dan pernapasan. Pada pasien tidak didapatkan adanya peningkatan tekanan darah, nadi dan pernapasan.
3. Ketakutan, pada pasien tidak didapatkan tanda-tanda pasien mengalami ketakutan karena saat diwawancarai pasien kooperatif.
4. Menarik diri dari orang lain, pada pasien didapatkan pasien kooperatif dan menuruti perintah perawat seperti duduk bersebelahan dengan perawat.
5. Tidak dapat mengurus diri, pada tinjauan kasus pasien dapat mengurus diri seperti mandi, makan, berganti pakaian secara mandiri

Berdasarkan data diatas, didapatkan kesenjangan antara tinjauan teori dan tinjauan kasus. Oleh karena itu, penulis menyimpulkan bahwa pasien dengan halusinasi tidak harus memiliki tanda dan gejala yang sama.

## Diagnosis

Berdasarkan hasil pengkajian di tinjauan kasus, didapatkan data fokus pada pasien berupa alasan masuk Rumah Sakit Jiwa Menur karena pasien bicara sendiri selama 2 minggu. Saat pengkajian, didapatkan data pasien mendengar suara juranggannya yang menyuruhnya pulang membantu panen, bisikan itu muncul pada saat pasien melamun dan malam hari. pada saat bisikan itu muncul klien hanya diam dan kadang mengalihkan pandangan. Dari data diatas munculnya diagnosa keperawatan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi pendengaran. Sesuai dengan teori SDKI (2016) bahwa gejala dan tanda pasien dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi adalah perubahan persepsi terhadap stimulus baik internal maupun eksternal disertai respon yang berkurang, berlebih atau terdistorsi. Dari pohon masalah didapatkan masalah keperawatan sebagai berikut:

1. Resiko Sindrom Pasca Trauma
2. Harga Diri Rendah
3. Isolasi Sosial
4. Ansietas
5. Resiko Perilaku Kekerasan
6. Gangguan Persepsi Sensori
7. Koping Tidak Efektif
8. Manajemen Kesehatan Tidak Efektif

Dalam tinjauan kasus terdapat 3 masalah keperawatan tetapi di dalam tinjauan pustaka diagnosa keperawatan yang muncul yaitu

1. Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran
2. Resiko Perilaku Kekerasan
3. Isolasi Sosial

Namun, dari masalah keperawatan yang muncul diatas, penulis mengambil 1 diagnosa masalah utama tunggal yang ditetapkan untuk dilakukan rencana dan tindakan keperawatan yaitu Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran. Dalam pengkajian diagnosa terdapat kesenjangan dalam masalah keperawatan, jika dalam tinjauan pustaka terdapat masalah keperawatan utama yang mengacu pada pohon masalah. Sedangkan untuk tinjauan kasus tidak karena banyak beberapa faktor pendukung munculnya masalah tambahan dalam pengambilan masalah keperawatan, misalnya adanya tanda-tanda pasien emosi seperti wajah memerah, tangan mengepal dan berbicara keras ketika diajak membahas tentang anak kecil yang mengejeknya gila saat masih di rumah. Maka dalam tinjauan kasus dan tinjauan pustaka berbeda karena dalam tinjauan kasus masalah keperawatan yang muncul lebih kompleks.

## Perencanaan

Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran setelah dilakukan interaksi diharapkan pasien dapat menunjukkan tanda-tanda: pasien dapat melakukan hubungan saling percaya dengan perawat dan menunjukkan ekspresi wajah yang bersahabat seperti adanya kontak mata, mau menyebutkan nama, mau mengutarakan masalah yang dihadapi, kesenjangan ini sesuai dengan teori didalam tinjauan kasus (Damaiyanti, 2012)

Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran, setelah dilakukan interaksi diharapkan pasien dapat menyebutkan waktu munculnya halusinasi, isi halusinasi, dan frekuensi terjadinya halusinasi dengan perawat juga dapat menjelaskan respon yang dilakukan klien bila halusinasinya muncul. Setelah dilakukan interaksi dengan pasien cara menghardik halusinasi.

Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran, diharapkan setelah dilakukan interaksi antara klien dengan perawat, klien dapat melakukan aktifitas yang lain seperti bercakap-cakap dengan orang disekitarnya untuk menghardik halusinasinya.

Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran, diharapkan setelah dilakukan interaksi dengan klien, klien dapat melakukan aktivitas yang terjadwal.

## Implementasi Keperawatan

Tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan pada situasinya. Implementasi sering kali jauh lebih berbeda dengan rencana tertulis dalam melakukan tindakan keperawatan yang biasanya dilakukan perawat setelah melakukan rencana. Sebelum melakukan tindakan yang sudah direncanakan perawat perlu memvalidasi dengan singkat apakah rencana masih dibutuhkan sesuai dengan kondisi klien saat ini. Tindakan dilakukan sampai SP3 saja karena keterbatasan waktu saat melakukan Tindakan ke pasien. Pada saat tindakan tidak dilakukan SP keluarga, karena tidak ada keluarga yang mendampingi klien selama di Rumah Sakit.

Sesuai dengan teori, sebelum melaksanakan tindakan keperawatan hendaknya perawat membuat kontrak atau janji dengan pasien terlebih dahulu. Selain kontrak waktu, perawat menjelaskan tindakan apa yang akan dilakukan dan peran serta yang diharapkan klien. Kemudian dokumentasikan semua tindakan yang telah dilaksanakan beserta respon klien selama tindakan keperawatan yang sudah diberikan.

## Evaluasi

Pada tinjauan teori belum dapat dilaksanakan karena merupakan kasus semu. Sedangkan pada tinjauan kasus dapat dilakukan karena dapat diketahui keadaan pasien dan masalahnya secara langsung.

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

Untuk SP 2 pasien dapat mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien, pasien dapat mengendalikan halusinasinya dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain, pasien dapat memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian. Pasien cukup koopertif dan mampu berlatih apa yang diajarkan oleh perawat.

Untuk SP 3 pasien dapat mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien, pasien dapat mengendalikan halusinasinya dengan cara melakukan aktifitas kegiatan harian, dan pasien juga dapat memasukkan kegiatan kedalam jadwal harian-harian. Pasien cukup kooperatif dan mampu berlatih apa yang diajarkan oleh perawat. Pada akhir evaluasi semua tujuan belum dapat semua dicapai karena keterbatasannya waktu perawat dalam melakukan tindakan. Sedangkan SP Keluarga belum terlaksana karena tidak ada keluarga yang mendampingi klien dan tidak ada keluarga yang menjenguk klien di Rumah Sakit.

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 jiwa.

# BAB 5

# PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan daan melaksnakan asuhan keperawatan jiwa secara langsung pada pasien dengan kasus halusinasi pendengaran di Ruang Gelatik 2 Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur. Maka penulis dapat beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermaanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pada pasien halusinasi pendengaran.

## 5.1 Kesimpulan

Dari hasil uraian yang telah menguraikan tentang asuhan keperawatan jiwa pada psien halusinasi pendengaran, maka penulis mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Pengkajian Keperawatan pada Tn. S Masalah Utama Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran diagnosa dengan medis skizofrenia diruang Gelatik 2 Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur, didapati bahwa halusinasi adalah persepsi klien terhadap lingkungan tanpa stimulus yang nyata. Maksudnya, klien menginterprestasikan sesuatu yang nyata tanpa stimulus atau rangsang dari luar sehingga respon ini menimbulkan kerugian baik pada diri sendiri, orang lain maupun lingkungan. Melihat dampak dari kerugin yang ditimbulkan, penanganan klien pada halusinasi pendengaran perlu dilakukan secara cepat dan tepat oleh tenaga yang profesional.
2. Diagnosa Keperawatan pada Tn. S Masalah Utama Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran di Ruang Gelatik 2 Rumah Sakit Jiwa Menur

Provinsi Jawa Timur, didapatkan 3 masalah keperawatan gangguan persesp sensori: Halusinasi pendengaran, Isolasi Sosial : Menarik Diri, Resiko Perilaku Kekerasan.

1. Rencana Keperawatan yang diberikan kepada klien, strategi yang diberikan kepada klien terdapat 3 strategi pelaksanaan yaitu SP 1 yang bertujuan untuk membantu klien mengenali halusinasinya yang mencangkup isi halusinasi, waktu terjadinya halusinasi, frekuensi terjadi halusinasi, situasi yang menyebabkan halusinasi muncul dan respon klien saat halusinasi muncul, melatih klien mengontrol halusinasi dengan cara pertama yaitu cara menghardik, SP 2 yaitu melatih bercakap-cakap, SP 3 yaitu melatih klien beraktivitas secara terjadwal.

## 5.2 Saran

## Berdasarkan kesimpulan yang telah diuraikan diatas, maka saran yang dapat diberikan penulis sebagai berikut:

1. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan hasil studi ini dapat menambah pengetahuan dan ketrampilan bagi mahasiswa khususnya tentang pemberian Asuhan Keperawatan Jiwa pada Pasien Jiwa, sehingga mahasiswa lebih profesional dalam mengaplikasikan pada kasus yang ada secara nyata.

1. Bagi Rumah Sakit

Diharapkan dapat meningkatkan mutu pelayanan yang ada di rumah sakit terutama dalam menerapkan asuhan keperawatan jiwa khususnya dengan masalah utama gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran dengan diagnosa medis skizofrenia.

1. Bagi Mahasiswa

Diharapkan mahasiswa mampu meningkatkan dan mengembangkan pengetahuan mahasiswa tentang ilmu keperawatan jiwa sesuai perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi. Serta mengetahui terlebih dahulu beberapa masalah utama dan diagnosa medis yang meliputi keperawatan jiwa.

# 

# DAFTAR PUSTAKA

A.Ibrahim. (2011). *Skizofrenia Spliting Personality*. Tanggerang: Jelajah Nusa.

Afnuazi. (2015). *Komunikasi Terapeutik Dalam Keperawatan Jiwa.* Yogyakarta: Gosyan Publishing.

Anjaswari, T. (2016). *Modul Komunikasi Dalam Keperawatan.* Jakarta Selatan.

Annisa, R. (2018). *Hubungan Antara Persepsi Guru Terhadap Prestasi Akademik Siswa Dengan Stres Kerja Guru Di Smpn 4 Samarinda* .

Apriliani, Y. W. (2020). *Pemberian Komunikasi Terapeutik Pada Pasien Skizofrenia Dalam Mengontrol Halusinasi Di RS Jiwa Menur Surabaya* , 61.

Damaiyanti. (2012). *Asuhan Keperawatan Jiwa.* Bandung: refika aditama.

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

Donsu. (2017). *Psikologi Keperawatan.*Yogyakarta: Pustaka Baru Press.

F. Psikologi, U. (2017). *Konsep diri penderita skizofrenia setelah rehabilitasi* , 110-124.

Gaol, N. L. (2016). *Teori Stress: Stimulus, Respons, dan Transaksional* , 1.

Keliat, Wiyono, & Susanti (2011). *MANAJEMEN KASUS GANGGUAN JIWA :CMHN (INTERMEDIATE COURSE).* Jakarta: EGC.

Keliat, B. A., & Akemat. (2014). *MODEL PRAKTIK KEPERAWATAN PROFESIONAL JIWA.* Jakarta: Buku Kedokteran EGC

Kemenkes. (2018). *Laporan\_Nasional\_RKD2-18\_FINAL* .

Kusumo&Mahendro, P. (2017). *Pengaruh Komunikasi Terapeutik perawat terhadap kepuasan pasien di rawat jalan RSUD jogja* , 72-81.

Lestari, H. D. (2016). *Modul Stress dan Adaptasi* .

M.Mubin, K. J. (2019). *hubungan kepatuhan minum obat dengan kekambuhan pasien skizofrenia* , 21-22.

Prasetyo Kusumo, M. (2017). *Pengaruh Komunikasi Terapeutik Perawat Terhadap Kepuasan Pasien di Rawat Jalan RSUD Jogja* , 72-81

Priyoto. (2015). *Perubahan Dalam Perilaku Kesehatan: Konsep dan Aplikasi.* Yo

gyakarta: Graha Ilmu.

Purba, M. (2012). *Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat dengan Kepuasan Pelayanan Keperawatan di ruang Inayah Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gobong* , 153-158.

Sasmito, P., Majadanlipah, M., Raihan, R., & Ernawati, E. (2019). *Penerapan Teknik Komunikasi Terapeutik Oleh Perawat pada Pasien* , 58

Sunaryo. (2013). *Psikologi Untuk Keperawatan*. Jakarta. EGC.

Widiyawati, W. (2020). *Keperawatan Jiwa.* Malang: Literasi Nusantara.

Yosep, I., & Sutini, T. (2016*). Buku Ajar Keperawatan Jiwa dan Advance Mental Health Nursing.* In D. Wildani (Ed.), *Cetakan Ketujuh. Bandung: Refika Aditama*.