Manajemen Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. E. Dengan Masalah Halusinasi Di Pandan - Sibolga

Mellin W. Hutagalung

mellinwidya10@gmail.com

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Skizofrenia merupakan salah satu dari gangguan mental klasifikasi berat dan kronik (psikotik) yang menjadi beban utama pelayanan kesehatan jiwa di Indonesia sampai saat ini. Penderita skizofrenia menjadi beban tidak hanya bagi keluarga, masyarakat, dan negara karena penderita skizofrenia adalah orang-orang yang berada dikisaran usia produktif. Dari 220 juta jiwa penduduk Indonesia, dengan prevalensi penderita skizofrenia di Indonesia 92 sebesar 0,3-1 persen maka diperkirakan sekitar 2 juta orang menderita skizofrenia. Karena ciri pokok keruntuhan fungsi dan peran itu sehingga penderita menjadi tidak produktif dan harus ditanggung hidupnya selamanya oleh sanak keluarga, masyarakat atau pemerintah. (Setyanto, Hartini & Alfian, 2017).

Skizofrenia menimbulkan distorsi pikiran, distorsi persepsi, emosi, dan tingkah laku sehingga pasien dengan skizofrenia memiliki risiko lebih tinggi berperilaku agresif di mana perubahan perilaku secara dramatis terjadi dalam beberapa hari atau minggu. Hal inilah yang membuat perlu bantuan keluarga untuk merawat dan memberikan perhatian khusus pada pasien skizofrenia (Pardede & Siregar, 2016). Fenomena gangguan jiwa pada saat ini mengalami peningkatan yang sangat signifikan, dan setiap tahun di berbagai belahan dunia jumlah penderita gangguan jiwa bertambah.

Berdasarkan data dari (WHO, 2013) ada sekitar 450 juta orang di dunia yang mengalami gangguan jiwa. Berdasarkan hasil penelitian dari (Pardede, & Hasibuan, 2019).

Halusinasi adalah suatu gejala pada individu dengan gangguan jiwa yang mengalami gangguan perubahan persepsi sensori yang ditandai dengan klien merasakan sensasi berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan, atau penghiduan tanpa stimulus yang nyata (Keliat, 2014). Halusinasi sudah melebur dan pasien merasa sangat ketakutan, panik dan tidak bisa membedakan antara khayalan dan kenyataan yang dialaminya (Nurlaili, 2019). Survei awal dilakukan di Imasyarakat dengan jumlah klien 1 orang tetapi yang menjadi subjek di dalam pembuatan askep ini berjumlah 1 orang dengan pasien masalah halusinasi pendengaran atas nama inisial Tn.E penyebabnya Tn.E sebagai subjek di karenakan pasien belum bisa mengatasi halusinasinya selain minum obat. Maka tujuan asuhan keperawatan yang akan di lakukan ialah untuk mengajarkan standar pelaksanaan masalah halusinasi pendengaran pada saat Tn. E mengalami halusinasinya.

1.2 Tujuan

1.2.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu memberikan asuhan keperawatan secara holistik dan komprehensif kepada Tn. E dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran.

1.2.2 Tujuan Khusus

1. Mahasiswa mampu melakukan pengkajian pada Tn. E dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran.
2. Mahasiswa mampu menegakkan diagnosa keperawatan yang ada pada Tn. E dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran.
3. Mahasiswa menetapkan perencanaan keperawatan pada Tn. E dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran.

4. Mahasiswa melakukan implementasi keperawatan pada Tn. E dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran.
5. Mahasiswa mengevaluasi hasil asuhan keperawatan pada Tn. E dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran.
6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan yang diberikan pada Tn. E dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran.

BAB 2

TINJAUAN TEORI

2.1 Konsep Dasar Halusinasi Pendengaran

2.1.1 Pengertian

Halusinasi merupakan distorsi persepsi yang tidak nyata dan terjadi pada respon neurobiologis maladaptive. Halusinasi yang dialami oleh individu dapat disebabkan melalui faktor predisposisi dan precipitasi (Isnaeni & Upoyo 2018)

Halusinasi merupakan persepsi yang diterima oleh panca indera tanpa adanya stimulus eksternal. Klien dengan halusinasi sering merasakan keadaan/kondisi yang hanya dapat dirasakan olehnya namun tidak dapat dirasakan oleh orang lain. Tujuan laporan kasus ini yaitu untuk menganalisis mengenai tandar asuhan keperawatan generalis pada pasien skizofrenia dalam menurunkan gejala halusinasi. (Satria Fajrullah Said AldamIce & Yulia Wardani, 2019)

2.1.2 Klasifikasi Halusinasi

Menurut (Yusuf, 2015) klasifikasi halusinasi dibagi menjadi 5 yaitu :

No	Jenis halusinasi	Data Objektif	Data Subjektif
1	Halusinasi Pendengaran	1. Bicara atau tertawa sendiri tanpa lawan bicara 2. Marah-marah tanpa sebab mencondongkan telinga ke arah tertentu 3. Menutup telinga	1. Mendengar suara atau kegaduhan 2. Mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap 3. Mendengar suara yang menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya
2	Halusinasi	1. Menunjuk-	1. Melihat bayangan,

	penglihatan	nunjuk ke arah tertentu 2. Ketakutan pada objek yang tidak jelas	sinar, bentuk geometris, bentuk kartun, melihat hantu atau monster
3	Halusinasi penghindu	1. Menghindu seperti sedang membaui bau-bauan tertentu 2. Menutup hidung	1. Membau bau-bauan seperti bau darah, urine, feses, 2. kadang-kadang bau itu menyenangkan
4	Halusinasi pengecepan	1. Sering meludah 2. Muntah	1. Merasakan rasa seperti darah, urine, feses
5	Halusinasi perabaan	Menggaruk-garuk permukaan kulit	1. Mengatakan ada serangga di permukaan kulit 2. Merasa seperti tersengat listrik

2.1.3 Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala halusinasi dinilai dari hasil observasi terhadap pasien serta ungkapan pasien menurut (Oktiviani, 2020) :

1. Menyeringai atau tertawa yang tidak sesuai
2. Menggerakkan bibirnya tanpa menimbulkan suara
3. Gerakan mata cepat
4. Menutup telinga
5. Respon verbal lambat atau diam
6. Diam dan dipenuhi oleh sesuatu yang mengasyikkan
7. Terlihat bicara sendiri
8. Menggerakkan bola mata dengan cepat
9. Bergerak seperti membuang atau mengambil sesuatu

10. Duduk terpaksa, memandang sesuatu, tiba-tiba berlari ke ruangan lain
11. Disorientasi (waktu, tempat, orang)
12. Perubahan kemampuan dan memecahkan masalah
13. Perubahan perilaku dan pola komunikasi
14. Gelisah, ketakutan, ansietas
15. Peka rangsang
16. Melaporkan adanya halusinasi

2.1.4 Etiologi

Faktor predisposisi klien halusinasi menurut (Oktiviani, 2020) :

1. Faktor Predisposisi

a. Faktor perkembangan

Tugas perkembangan klien terganggu misalnya rendahnya kontrol dan kehangatan keluarga menyebabkan klien tidak mampu mandiri sejak kecil, mudah frustrasi, hilang percaya diri.

b. Faktor sosiokultural

Seseorang yang merasa tidak diterima dilingkungan sejak bayi akan merasa disingkirkan, kesepian, dan tidak percaya pada lingkungan.

c. Biologis

Faktor biologis Mempunyai pengaruh terhadap terjadinya gangguan jiwa. Adanya stress yang berlebihan dialami seseorang maka didalam tubuh akan dihasilkan suatu zat yang dapat bersifat halusinogen neurokimia. Akibat stress berkepanjangan menyebabkan teraktifasinya neurotransmitter otak.

d. Psikologis

Tipe kepribadian lemah dan tidak bertanggung jawab mudah terjerumus pada penyalahgunaan zat adiktif. Hal ini

berpengaruh pada ketidakmampuan klien dalam mengambil keputusan yang tepat demi masa depannya, klien lebih memilih kesenangan sesaat dan lari dari alam nyata menuju alam khayal.

e. Sosial Budaya

Meliputi klien mengalami interaksi sosial dalam fase awal dan *comforting*, klien meyakini bahwa hidup bersosialisasi di alam nyata sangat membahayakan. Klien asyik dengan Halusinasinya, seolah-olah ia merupakan tempat untuk memenuhi kebutuhan akan interaksi sosial, kontrol diri dan harga diri yang tidak didapatkan dalam dunia nyata.

2. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi merupakan stimulus yang dipersepsikan oleh individu sebagai tantangan, ancaman, atau tuntutan yang memerlukan energi ekstra untuk menghadapinya. Seperti adanya rangsangan dari lingkungan, misalnya partisipasi klien dalam kelompok, terlalu lama tidak diajak komunikasi, objek yang ada di lingkungan dan juga suasana sepi atau terisolasi, sering menjadi pencetus terjadinya halusinasi. Hal tersebut dapat meningkatkan stress dan kecemasan yang merangsang tubuh mengeluarkan zat halusinogenik. Penyebab Halusinasi dapat dilihat dari lima dimensi (Oktiviani, 2020) yaitu :

- a. Dimensi fisik: Halusinasi dapat ditimbulkan oleh beberapa kondisi fisik seperti kelelahan yang luar biasa, penggunaan obat-obatan, demam hingga delirium, intoksikasi alkohol dan kesulitan untuk tidur dalam waktu yang lama.
- b. Dimensi Emosional: Perasaan cemas yang berlebihan atas dasar problem yang tidak dapat diatasi merupakan penyebab halusinasi itu terjadi. Isi dari halusinasi dapat berupa perintah memaksa dan menakutkan. Klien tidak sanggup lagi menentang perintah tersebut hingga dengan kondisi tersebut klien berbuat sesuatu terhadap ketakutan tersebut.

- c. Dimensi Intelektual: Dalam dimensi intelektual ini menerangkan bahwa individu dengan halusinasi akan memperlihatkan adanya penurunan fungsi ego. Pada awalnya halusinasi merupakan usaha dari ego sendiri untuk melawan impuls yang menekan, namun merupakan suatu hal yang menimbulkan kewaspadaan yang dapat mengambil seluruh perhatian klien dan tidak jarang akan mengontrol semua perilaku klien.
- d. Dimensi Sosial: Klien mengalami interaksi sosial dalam fase awal dan comforting, klien menganggap bahwa hidup bersosialisasi di alam nyata sangat membahayakan. Klien asyik dengan Halusinasinya, seolah-olah ia merupakan tempat untuk memenuhi kebutuhan akan interaksi sosial, kontrol diri dan harga diri yang tidak didapatkan dalam dunia nyata.
- e. Dimensi Spiritual: Secara spiritual klien Halusinasi mulai dengan kehampaan hidup, rutinitas tidak bermakna, hilangnya aktifitas ibadah dan jarang berupaya secara spiritual untuk menyucikan diri. Saat bangun tidur klien merasa hampa dan tidak jelas tujuan hidupnya. Individu sering memaki takdir tetapi lemah dalam upaya menjemput rezeki, menyalahkan lingkungan dan orang lain yang menyebabkan takdirnya memburuk.

Adaptif	Mal Adaptif
Pikiran logis Persepsi akurat emosi konsisten dengan pengalaman perilaku sesuai hubungan social	Distorsi pikiran (pikiran kotor) Ilusi Reaksi emosi berlebihan atau kurang perilaku aneh dan tidak bisa menarik diri
	Gangguan pikir/delusi Halusinasi Perilaku disorganisasi Isolasi sosial

1. Respon Adaptif

Respon adaptif respon yang dapat diterima oleh 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 :

- a. Pikiran logis adalah pandangan yang mengarah pada kenyataan. Persepsi akurat adalah pandangan yang tepat pada kenyataan.
- b. Emosi konsisten dengan pengalaman yaitu perasaan yang timbul dari pengalaman
- c. Perilaku sosial adalah sikap dan tingkah laku yang masih dalam batas kewajaran.
- d. Hubungan sosial adalah proses suatu interaksi dengan orang lain dan lingkungan.

2. Respon Maladaptif

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

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

2.1.5 Fase Halusinasi

Halusinasi terbagi atas beberapa fase (Oktiviani, 2020):

- a. Fase Pertama / *Sleep disorder*
pada fase ini Klien merasa banyak masalah, ingin menghindar dari lingkungan, takut diketahui orang lain bahwa dirinya

banyak masalah. Masalah makin terasa sulit karna berbagai stressor terakumulasi, misalnya kekasih hamil, terlibat narkoba, dikhianati kekasih, masalah dikampus, drop out, dst. Masalah terasa menekan karena terakumulasi sedangkan support sistem kurang dan persepsi terhadap masalah sangat buruk. Sulit tidur berlangsung terus-menerus sehingga terbiasa menghayal. Klien menganggap lamunan-lamunan awal tersebut sebagai pemecah masalah

b. Fase Kedua / *Comforting*

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

c. Fase Ketiga / *Condemning*

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.

d. Fase Keempat / *Controlling Severe Level of Anxiety*

Klien mencoba melawan suara-suara atau sensori abnormal yang datang. Klien dapat merasakan kesepian bila halusinasinya berakhir. Dari sinilah dimulai fase gangguan psikotik.

e. Fase ke lima / *Conquering Panic Level of Anxiety*

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. Terjadi gangguan psikotik berat.

2.1.6 Penatalaksanaan Medis

Halusinasi merupakan salah satu gejala yang paling sering terjadi pada gangguan Skizofrenia. Dimana Skizofrenia merupakan jenis psikosis, adapun tindakan penatalaksanaan dilakukan dengan berbagai terapi (Pardede, Keliat, & Wardani, 2013) yaitu :

1. Psikofarmakologis

Obat sangat penting dalam pengobatan skizofrenia, karena obat dapat membantu pasien skizofrenia untuk meminimalkan gejala perilaku kekerasan, halusinasi, dan harga diri rendah. Sehingga pasien skizofrenia harus patuh minum obat secara teratur dan mau mengikuti perawatan.

a. Haloperidol (HLD)

Obat yang dianggap sangat efektif dalam pengelolaan hiperaktivitas, gelisah, agresif, waham, dan halusinasi.

b. Chlorpromazine (CPZ)

Obat yang digunakan untuk gangguan psikosis yang terkait skizofrenia dan gangguan perilaku yang tidak terkontrol

c. Trihexilpenidyl (THP)

Obat yang digunakan untuk mengobati semua jenis parkinson dan pengendalian gejala ekstrapiramidal akibat terapi obat.

1. Dosis

- a) Haloperidol 3x5 mg (tiap 8 jam) intra muscular.
- b) Clorpromazin 25-50 mg diberikan intra muscular setiap 6-8 jam sampai keadaan akut teratasi.

2. Dalam keadaan agitasi dan hiperaktif diberikan tablet:

- a) Haloperidol 2x1,5 – 2,5 mg per hari.
- b) Klorpromazin 2x100 mg per hari
- c) Triheksifenidil 2x2 mg per hari

3. Dalam keadaan fase kronis diberikan tablet:

- a) Haloperidol 2x0,5 – 1 mg perhari
- b) Klorpromazin 1x50 mg sehari (malam)

- c) Triheksifenidil 1-2x2 mg sehari
- d) Psikosomatik

2. Terapi kejang listrik (Electro Compulsive Therapy), yaitu suatu terapi fisik atau suatu pengobatan untuk menimbulkan kejang *grand mal* secara artifisial dengan melewatkan aliran listrik melalui elektroda yang dipasang pada satu atau dua temples pada pelipis. Jumlah tindakan yang dilakukan merupakan rangkaian yang bervariasi pada setiap pasien tergantung pada masalah pasien dan respon terapeutik sesuai hasil pengkajian selama tindakan. Pada pasien Skizofrenia biasanya diberikan 30 kali. ECT biasanya diberikan 3 kali seminggu walaupun biasanya diberikan jarang atau lebih sering. Indikasi penggunaan obat: penyakit depresi berat yang tidak berespon terhadap obat, gangguan bipolar di mana pasien sudah tidak berespon lagi terhadap obat dan pasien dengan bunuh diri akut yang sudah lama tidak mendapatkan pertolongan.

3 Psikoterapi

Membutuhkan waktu yang relatif lama, juga merupakan bagian penting dalam proses terapeutik. Upaya dalam psikoterapi ini meliputi: memberikan rasa aman dan tenang, menciptakan lingkungan terapeutik, memotivasi klien untuk dapat mengungkapkan perasaan secara verbal, bersikap ramah, sopan, dan jujur terhadap klien.

2.1.8 Komplikasi

Halusinasi dapat menjadi suatu alasan mengapa klien melakukan tindakan perilaku kekerasan karena suara-suara yang memberinya perintah sehingga rentan melakukan perilaku yang tidak adaptif. Perilaku kekerasan yang timbul pada klien skizofrenia diawali dengan adanya perasaan tidak berharga, takut dan ditolak oleh lingkungan sehingga individu akan menyingkir dari hubungan

interpersonal dengan orang lain, komplikasi yang dapat terjadi pada klien dengan masalah utama gangguan sensori persepsi: halusinasi, antara lain: resiko perilaku kekerasan, harga diri rendah dan isolasi sosial (Keliat, 2014).

2.2 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengkajian Keperawatan

Menurut (Keliat, 2014). Bahwa faktor-faktor terjadinya halusinasi meliputi:

1. Faktor predisposisi

a. Faktor biologis

Pada keluarga yang melibatkan anak kembar dan anak yang diadopsi menunjukkan peran genetik pada schizophrenia. Kembar identik yang dibesarkan secara terpisah mempunyai angka kejadian Schizophrenia lebih tinggi dari pada saudara sekandung yang dibesarkan secara terpisah.

b. Faktor psikologis

Hubungan interpersonal yang tidak harmonis akan mengakibatkan stress dan kecemasan yang berakhir dengan gangguan orientasi realita.

c. Faktor sosial budaya

Stress yang menumpuk awitan schizophrenia dan gangguan psikotik lain, tetapi tidak diyakini sebagai penyebab utama gangguan.

2. Faktor presipitasi

b. Biologis

Stressor biologis yang berhubungan dengan respon neurobiologis maladaptif adalah gangguan dalam komunikasi dan putaran umpan balik otak dan abnormalitas pada mekanisme pintu masuk dalam otak, yang

mengakibatkan ketidakmampuan untuk secara selektif menanggapi stimulus.

c. Lingkungan

Ambang toleransi terhadap stres yang ditentukan secara biologis berinteraksi dengan stresor lingkungan untuk menentukan terjadinya gangguan perilaku.

d. Stres sosial / budaya

Stres dan kecemasan akan meningkat apabila terjadi penurunan stabilitas keluarga, terpisahnya dengan orang terpenting atau disingkirkan dari kelompok.

e. Faktor psikologik

Intensitas kecemasan yang ekstrem dan memanjang disertai terbatasnya kemampuan mengatasi masalah dapat menimbulkan perkembangan gangguan sensori persepsi halusinasi.

f. Mekanisme koping

Perilaku yang mewakili upaya untuk melindungi pasien dari pengalaman yang menakutkan berhubungan dengan respons neurobiologis maladaptif meliputi : *regresi*, berhubungan dengan masalah proses informasi dan upaya untuk mengatasi ansietas, yang menyisakan sedikit energi untuk aktivitas sehari-hari. *Proyeksi*, sebagai upaya untuk menjejalkan kerancuan persepsi dan menarik diri.

g. Sumber koping

Sumber koping individual harus dikaji dengan pemahaman tentang pengaruh gangguan otak pada perilaku. Orang tua harus secara aktif mendidik anak-anak dan dewasa muda tentang keterampilan koping karena mereka biasanya tidak hanya belajar dari pengamatan. Disumber keluarga dapat

pengetahuan tentang penyakit, finansial yang cukup, faktor ketersediaan waktu dan tenaga serta kemampuan untuk memberikan dukungan secara berkesinambungan.

h. Perilaku halusinasi

Batasan karakteristik halusinasi yaitu bicara teratawa sendiri, bersikap seperti mendengar sesuatu, berhenti bicara ditengah – tengah kalimat untuk mendengar sesuatu, disorientasi, pembicaraan kacau dan merusak diri sendiri, orang lain serta lingkungan.

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Menurut NANDA 2015-2017 yakni gangguan persepsi. Dengan faktor berhubungan dan batasan karakteristik disesuaikan dengan keadaan yang ditemukan pada tiap-tiap partisipan. Topik yang diteliti yakni kemampuan mengontrol halusinasi dengar (Aji, 2019).

2.2.3 Perencanaan Keperawatan

Rencana tindakan pada keluarga (Keliat, 2014) adalah ;

1. Diskusikan masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat pasien
2. Berikan penjelasan meliputi : pengertian halusinasi, proses terjadinya halusinasi, jenis halusinasi yang dialami, tanda dan gejala halusinasi, proses terjadinya halusinasi.
3. Jelaskan dan latih cara merawat anggota keluarga yang mengalami halusinasi : menghardik, minum obat, bercakap-cakap, melakukan aktivitas.
4. Diskusikan cara menciptakan lingkungan yang dapat mencegah terjadinya halusinasi.
5. Diskusikan tanda dan gejala kekambuhan
6. Diskusikan pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan terdekat untuk *follow up* anggota keluarga dengan halusinasi.

Rencana tindakan keperawatan pada klien dengan diagnosa gangguan persepsi sensori halusinasi meliputi pemberian tindakan keperawatan berupa terapi (Sulah, Pratiwi, & Teguh. 2016) yaitu :

1. Bantu klien mengenal halusinasinya meliputi isi, waktu terjadi halusinasi, isi, frekuensi, perasaan saat terjadi halusinasi respon klien terhadap halusinasi mengontrol halusinasi dengan cara menghardik,
2. meminum obat secara teratur.
3. Melatih bercakap-cakap dengan orang lain,
4. Menyusun kegiatan terjadwal dan dengan aktifitas

2.2.4 Implementasi

Implementasi disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Pada situasi nyata sering pelaksanaan jauh berbeda dengan rencana, hal ini terjadi karena perawat belum terbiasa menggunakan rencana tertulis dalam melaksanakan tindakan keperawatan. Sebelum melaksanakan tindakan keperawatan yang sudah direncanakan, perawat perlu memvalidasi dengan singkat apakah rencana tindakan masih sesuai dan dibutuhkan klien sesuai dengan kondisinya (*here and now*). Perawat juga menilai diri sendiri, apakah kemampuan interpersonal, intelektual, teknis sesuai dengan tindakan yang akan dilaksanakan, dinilai kembali apakah aman bagi klien. Setelah semuanya tidak ada hambatan maka tindakan keperawatan boleh dilaksanakan.

Adapun pelaksanaan tindakan keperawatan jiwa dilakukan berdasarkan Strategi Pelaksanaan (SP) yang sesuai dengan masing-masing masalah utama. Pada masalah gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran, terdapat 2 jenis SP, yaitu SP Klien dan SP Keluarga.SP klien terbagi menjadi SP 1 (membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi halusinasi “jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi, perasaan dan respon halusinasi”, mengajarkan cara

menghardik, memasukan cara menghardik ke dalam jadwal; SP 2 (mengevaluasi SP 1, mengajarkan cara minum obat secara teratur, memasukan ke dalam jadwal); SP 3 (mengevaluasi SP 1 dan SP 2, menganjurkan klien untuk mencari teman bicara); SP 4 (mengevaluasi SP 1, SP 2, dan SP 3, melakukan kegiatan terjadwal).

SP keluarga terbagi menjadi SP 1 (membina hubungan saling percaya, mendiskusikan masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat pasien, menjelaskan pengertian, tanda dan gejala halusinasi, jenis halusinasi yang dialami klien beserta proses terjadinya, menjelaskan cara merawat pasien halusinasi); SP 2 (melatih keluarga mempraktekan cara merawat pasien dengan halusinasi, melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada pasien halusinasi); SP 3 (membantu keluarga membuat jadwal aktivitas di rumah termasuk minum obat (discharge planing), menjelaskan follow up pasien setelah pulang).

Pada saat akan dilaksanakan tindakan keperawatan maka kontrak dengan klien dilaksanakan dengan menjelaskan apa yang akan dikerjakan dan peran serta klien yang diharapkan, dokumentasikan semua tindakan yang telah dilaksanakan serta respon klien.

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah proses hasil atau sumatif dilakukan dengan membandingkan respon klien pada tujuan umum dan tujuan khusus yang telah ditentukan. Halusinasi pendengaran tidak terjadi perilaku kekerasan, klien dapat membina hubungan saling percaya, klien dapat mengenal halusinasinya, klien dapat mengontrol halusinasi dengar dari jangka waktu 4x24 jam didapatkan data subjektif keluarga menyatakan senang karena sudah diajarkan teknik mengontrol halusinasi, keluarga menyatakan pasien mampu melakukan beberapa teknik mengontrol halusinasi. Data objektif

pasien tampak berbicara sendiri saat halusinasi itu datang, pasien dapat berbincang-bincang dengan orang lain, pasien mampu melakukan aktivitas terjadwal, dan minum obat secara teratur (Aji, 2019)

BAB 3

TINJAUAN KASUS

3.1 Identitas Klien

Inisial	: Tn. E
Tanggal Pengkajian	: 16 februari 2021
Umur	: 39 Tahun
Agama	: Kristen
Informan	: Klien dan Status Klien

3.2 Alasan Masuk

Klien Awalnya marah-marah karena kesal, melamun, sering bicara sendiri, mondar mandir, mendengar suara-suara tanpa wujud, tertawa sendiri.

3.3 Faktor Predisposisi

Klien sebelumnya pernah mengalami gangguan jiwa $\pm$ 6 bulan yang lalu tepatnya pada tahun 2021 dan pulang kerumah dalam keadaan tenang. Dirumah klien tidak rutin minum obat, tidak mau kontrol ke RSJ sehingga timbul gejala-gejala seperti diatas kemudian klien kambuh lagi. Klien awalnya marah-marah dan melempar barang-barang karena kesal, suka menyendiri, melamun, sering bicara sendiri, mondar mandir, mendengar suara-suara tanpa wujud, tertawa sendiri akhirnya keluarga membawa klien kembali di rawat di rumah

3.4 Fisik

Klien tidak memiliki keluhan fisik, saat dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital, didapatkan hasil TD : 110/80 mmHg ; N : 82x/i ; S : 36,5°C ; P : 20x/i. Klien memiliki tinggi badan 168 cm dan berat badan 67 Kg

3.5 Psikososial

3.5.1 Genogram

Penjelasan :

Klien merupakan anak keempat dari 4 bersaudara, klien memiliki 2 abang dan 1 kakak perempuan. Klien belum menikah.

Keterangan :

□ : Laki-laki

○ : Perempuan

■ : Klien

---- : Tinggal dalam satu rumah

⊗ : meninggal

3.5.2 Konsep diri

- Gambaran diri : Klien menyukai seluruh tubuhnya dan tidak ada yang cacat
- Identitas : Klien anak ke 4 dari 4 bersaudara.
- Peran : Klien hanya lulusan SMP yang saat ini tidak memiliki pekerjaan
- Ideal diri : Klien merasa malu terhadap teman – teman tetangganya

- e. Harga diri : Klien mengatakan merasa malu berada di rumah dan merasa bosan.

3.5.3 Hubungan social

Klien menganggap bahwa keluarganya adalah orang yang sangat berarti dalam hidupnya, terutama orangtuanya. Klien mengatakan tidak mengikuti kegiatan di kelompok/masyarakat. Klien mengatakan mempunyai hambatan dalam berhubungan dengan orang lain karena klien sulit bergaul dan selalu ingin menyendiri.

3.5.5 Spiritual

- a. Nilai dan Keyakinan: Klien beragama kristen dan yakin dengan agamanya.
- b. Kegiatan Ibadah : Klien melakukan ibadah sekali seminggu

3.5.6 Status Mental

1. Penampilan pasien rapi seperti berpakaian biasa pada umumnya.
2. Pembicaraan
Klien bicara dengan lambat.
3. Aktivitas Motorik
Klien mengatakan bisa melakukan aktivitas sehari – hari.
4. Suasana perasaan
klien tidak mampu mengekspresikan perasaan nya pada saat mendengarkan suara – suara.
Masalah keperawatan ; Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi
5. Afek
Penjelasan :efek wajah sesuai dengan topik pembicaraan
6. Interaksi selama wawancara
Penjelasan :Klien kooperatif saat wawancara
7. Persepsi

Penjelasan :Klien mengatakan bahwa ia mendengar ada suara-suara

Masalah keperawatan : Gangguan persepsi sensori : halusinasi

8. Proses Pikir

Penjelasan : Klien mampu menjawab apa yang ditanya dengan

9. Isi pikir

Penjelasan :Klien dapat mengontrol isi pikirnya,klien tidak mengalami gangguan isi pikir dan tidak ada waham. Klien tidak mengalami fobia, obsesi ataupun depersonalisasi.

10. Tingkat kesadaran

Penjelasan :Klien tidak mengalami gangguan orientasi, klien mengenali waktu, orang dan tempat.

11. Memori

Penjelasan :Klien mampu menceritakan kejadian di masa lalu dan yang baru terjadi.

12. Tingkat konsentrasi berhitung

Penjelasan: Klien mampu berkonsentrasi dalam perhitungan sederhana tanpa bantuan orang lain.

13. Kemampuan penilaian

Penjelasan : Klien dapat membedakan hal yang baik dan yang buruk (mampu melakukan penilaian)

14. Daya tilik diri Penjelasan: Klien tidak mengingkari penyakit yang diderita, klien mengetahui bahwa dia sedang sakit dan dirawat di rumah sakit jiwa.

3.6 Mekanisme Koping

Klien mengalami mekanisme koping adaptif yaitu klien dapat berbicara baik dengan orang lain.

3.7 Masalah Psikososial dan Lingkungan

Klien mengatakan sulit berteman dengan orang lain karena klien selalu ingin menyendiri.

3.8 Pengetahuan Kurang Tentang Gangguan Jiwa

Klien tidak mengetahui tentang gangguan jiwa yang di alaminya dan obat yang dikonsumsi.

3.9 Aspek Medik

Diagnosa medis : Skizofrenia Paranoid

Terapi medis yang diberikan:

- a. Resperidon tablet 2 mg 2x1

3.10 Analisa Data

No	Data	Masalah keperawatan
1	<p>Ds</p> <ul style="list-style-type: none">- Klien merasa tidak berguna karena tidak dapat membantu keluarga- Klien merasa minder karena penyakit yang di alaminya- Klien sedih berada di yayasan pemenang jiwa <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none">- Klien tampak murung- Lebih banyak diam- Nada bicara pelan	Gangguan konsep diri : harga diri rendah kronis
2	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none">- Keluarga klien mengatakan bahwa klien sering berteriak- Klien sering mendengarkan suara – suara tanpa wajah yang menyuruhnya untuk selalu ibadah- Klien mengatakan suara – suara tersebut muncul 3 kali / hari,	Gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran

	<p>muncul pada saat klien sedang menyendiri</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien merasa gelisah dan takut jika mendengar suara tersebut <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien sering marah – marah, mondar – mandir, bicara sendiri, bicara ngawur, sering senyum – senyum sendiri 	
3	<p>Ds :</p> <p>Klien mengatakan pernah melempar barang-barang yang ada dirumahnya, pernah hampir memukul keluarganya dan marah-marah.</p> <p>Do :</p> <p>Klien tampak memandang orang lain dengan tatapan bermusuhan dan tampak gelisah.</p>	Resiko perilaku kekerasan

3.11 Masalah Keperawatan

1. Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran
2. Gangguan resiko perilaku kekerasan
3. Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah

3.12 Pohon Masalah

3.13 Diagnosa Keperawatan

1. Gangguan persepsi Sensorik : Halusinasi pendengaran
2. Resiko perilaku kekerasan

3.14 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa	Intervensi
1.	<p>Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien sering marah – marah, mondar – mandir, berbicara sendiri, berbicara ngawur, sering senyum-senyum sendiri. <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga klien mengatakan bahwa klien sering berteriak – teriak di rumah - Klien sering mendengarkan suara – suara tanpa wajah - Klien mengatakan suara – 	<p>SP 1:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi isi, waktu terjadi, situasi pencetus, dan respon terhadap halusinasi 2. Mengontrol halusinasi dengan cara menghardik <p>SP 2:</p> <p>Mengontrol Halusinasi dengan cara minum obat secara teratur</p> <p>SP 3:</p> <p>mengontrol halusinasi dengan cara bercakap – cakap dengan orang lain</p> <p>SP 4:</p>

	<p>suara tersebut muncul 2 kali/ hari, muncul pada saat melamun</p> <p>- Klien merasa gelisah dan takut jika mendengar suara tersebut.</p>	<p>mengontrol halusinasi dengan cara melakukan aktifitas terjadwal</p>
--	--	--

No.	Diagnosa	Intervensi
1.	Resiko perilaku kekerasan	<p>1.Membina hubungan saling percaya dengan cara (menjelaskan maksud dan tujuan interaksi, jelaskan tentang kontrak yang akan dibuat, beri rasa aman dan sikap empati)</p> <p>2. Diskusikan bersama klien tentang perilaku kekerasan (penyebab, tanda dan gejala, perilaku yang muncul dan akibat dari perilaku tersebut).</p>
		<p>Sp 1 :</p> <p>Latih klien melakukan cara mengontrol</p> <p>Kemarahan: Ajakan tehnik relaksasi nafas dalam Pukul bantal</p>
		<p>Sp 2 :</p> <p>Bantu klien mengontrol perilaku kekerasan pasien dengan minum obat</p>

		secara teratur
		<p>Lakukan SP 3 :</p> <p>pasien risiko perilaku kekerasan</p> <p>: Ajarkan kepada klien bicara yang baik bila sedang marah. Ada tiga cara:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meminta dengan baik tanpa marah • Menolak dengan baik • Mengungkapkan perasaan kesal
		<p>Lakukan SP 4 :</p> <p>pasien risiko perilaku kekerasan :</p> <p>Diskusikan bersama klien cara mengendalikan risiko perilaku kekerasan dengan cara beribadah</p>

1.15 Implementasi dan Evaluasi

Hari/ tanggal	Implementasi	Evaluasi
Kamis 4/03/2020 16.00	<p>DATA:</p> <p>SP 1 : Klien dapat membina hubungan saling percaya</p> <p>DS : Klien mengatakan mendengar bisikan- bisikan yang menyuruhnya untuk melakukan sesuatu</p> <p>DO : Kontak mata kurang pada saat bercerita, pasien juga tampak mengarahkan telinga kearah-arah tertentu</p>	<p>S: klien mengatakan senang dengan kunjungan mahasiswa/i kesehatan</p>

	<p>Diagnosa Keperawatan:</p> <p>Gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran</p>	<p>O: ada kontak mata, mau berjabat tangan, mau menyebutkan nama, mau menjawab salam, klien mau duduk berdampingan dengan perawat, mau mengutarakan masalah yang di hadapi.</p> <p>A: SP 1 teratasi</p> <p>P: lanjutkan SP 2</p>
<p>Jumat 05/03/2021 13.00</p>	<p>DATA:</p> <p>SP 2 :Klien dapat mengenali halusinasinya DS : klien mengatakan senang dengan kunjungan mahasiswa/i kesehatan</p> <p>DO : ada kontak mata, mau berjabat tangan, mau menyebutkan nama, mau menjawab salam, klien mau duduk berdampingan dengan perawat, mau mengutarakan masalah yang di hadapi.</p>	<p>S: klien mengatakan sudah mengetahui apa yang dialaminya saat ini</p> <p>O: Klien dapat menyebutkan waktu, isi, frekuensi timbulnya halusinasi</p> <p>A: SP 2 teratasi</p>

		P: lanjutkan SP 3
Sabtu 06/03/2021 14.00	<p>DATA:</p> <p>SP 3: Klien dapat mengontrol halusinasinya DS : klien mengatakan sudah mengetahui apa yang dialaminya saat ini</p> <p>DO : Klien dapat menyebutkan waktu, isi, frekuensi timbulnya halusinasi</p> <p>DiagnosaKeperawatan: Gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran</p>	<p>S: klien mengatakan masih mendengar bisikan-bisikan pada saat ingin istirahat dimalam hari</p> <p>O: Klien dapat menyebutkan tindakan yang biasa dilakukan untuk mengendalikan halusinasinya yaitu dengan cara mencari kesibukan</p> <p>A: SP 3 belum teratasi</p> <p>P: lanjutkan SP 3 dan SP 4</p>
	<p>1. Data :</p> <p>Tanda dan gejala : mudah marah-marah, mudah</p>	<p>S : antusias dan bersemangat</p> <p>O :</p>

	<p>tersinggung,tatapan sinis, ,suka menyendiri, merasa tidak dihargai</p> <p>2. Diagnosa</p> <p>Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan Harga Diri Rendah</p> <p>Tindakan keperawatan</p> <p><u>Sp 1 Risiko Perilaku Kekerasan:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi penyebab risiko perilaku kekerasan yaitu jika kemauan klien tidak dituruti - Mengidentifikasi tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan yaitu klien marah, mengamuk tanpa jelas, merusak barang-barang, dan cenderung melukai orang lain - Menyebutkan cara mengontrol risiko perilaku kekerasan adalah dengan latihan fisik 1 : tarik napas dalam latihan fisik 2 : pukul kasur bantal - Membantu klien latihan tarik napas dalam dan pukul kasur bantal. <p>4. RTL:</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Klien - Klien mampu pukul kasur bantal dengan mandiri - <p>A : Risiko Perilaku kekerasan (+)</p> <p>P : Latihan fisik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tarik nafas dalam 1x/ hari - Pukul kasur bantal 1x/ hari
--	---	---

	<p>Sp2 Risiko Perilaku Kekerasan:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Mengontrol risiko perilaku ✓ kekerasan dengan minum obat secara teratur 	
	<p>1. Data :</p> <p>Tanda dan gejala : mudah marah- marah, mudah tersinggung,tatapan sinis, merasa tidak dihargai</p> <p>Kemampuan : berjualan depan rumah</p> <p>2. Diagnosa</p> <p>Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan</p> <p>Harga Diri Rendah</p> <p>3. Tindakan keperawatan:</p> <p><u>Sp 2 Risiko Perilaku Kekerasan</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi kemampuan klien untuk tarik nafas dalam dan pukul kasur bantal 2. Memberikan informasi tentang penggunaan obat <p>4. RTL:</p> <p>Sp 3 :</p> <p>Risiko Perilaku Kekerasan</p>	<p>S : senang dan antusias</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mampu melakukan tarik nafas dalam dengan mandiri - Klien mampu pukul kasur bantal secara mandiri <p>A : Risiko Perilaku kekerasan (+)</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Latihan tarik nafas dalam 1 x/hari - Latihan pukul kasur bantal 1 x/hari

	Komunikasi secara verbal: Asertif/bicara baik-baik.	
Sabtu 10/03/2021	<p>1. Data :</p> <p>Tanda dan gejala : mudah marah-marah, mudah tersinggung, tatapan sinis, merasa tidak dihargai</p> <p>Kemampuan : berjualan</p> <p>2. Diagnosa Keperawatan:</p> <p>Risiko Perilaku Kekerasan</p> <p>Harga Diri Rendah</p> <p>3. Tindakan keperawatan:</p> <p><u>Sp 4 Risiko Perilaku Kekerasan</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Mengevaluasi kemampuan klien ✓ dalam tarik nafas dalam dan ✓ pukul kasur bantal, minum obat ✓ secara teratur dan bicara baik- baik. ✓ Melatih klien untuk ✓ melaksanakan kegiatan spiritual yang sudah diatur. <p>RTL :</p> <p>Risiko Perilaku Kekerasan : Follow up dan evaluasi SP 1-4 risiko Perilaku Kekerasan</p>	<p>S : senang</p> <p>O :</p> <p>Klien mampu melaksanakan kegiatan ibadah dengan baik misalnya gereja</p> <p>A : Risiko perilaku kekerasan (+)</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Latihan tarik nafas dalam dan pukul kasur bantal 2x/hari - Berobat - Latihan melakukan komunikasi secara verbal asertif/bicara baik-baik <p>Latihan klien</p>

		<p>untuk melaksanakan kegiatan spiritual yang sudah diatur.</p>
--	--	---

BAB 4

PEMBAHASAN

Setelah penulis melaksanakan asuhan keperawat kepada Tn. E dengan gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran di Masyarakat, maka penulis pada BAB ini akan membahas kesenjangan antara teoritis dengan tinjauan kasus. Pembahasan dimulai melalui tahapan proses keperawatan yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

4.1 Pengkajian

Pada pembahasan ini diuraikan tentang hasil pelaksanaan tindakan keperawatan dengan pemberian terapi generalis pada klien halusinasi pendengaran. Pembahasan menyangkut analisis hasil penerapan terapi generalis terhadap masalah keperawatan halusinasi pendengaran. Tindakan keperawatan didasarkan pada pengkajian dan diagnosis keperawatan yang terdiri dari tindakan generalis yang dijabarkan sebagai berikut.

Tahap pengkajian pada klien halusinasi dilakukan interaksi perawat-klien melalui komunikasi terapeutik untuk mengumpulkan data dan informasi tentang status kesehatan klien. Pada tahap ini terjadi proses interaksi manusia, komunikasi, transaksi dengan peran yang ada pada perawat sebagaimana konsep tentang manusia yang bisa dipengaruhi dengan adanya proses interpersonal.

Selama pengkajian dilakukan pengumpulan data dari beberapa sumber, yaitu dari pasien dan tenaga kesehatan di ruangan. Penulis mendapat sedikit kesulitan dalam menyimpulkan data karena keluarga pasien jarang mengunjungi pasien di rumah sakit jiwa. Maka penulis melakukan pendekatan kepada pasien melalui komunikasi terapeutik yang lebih terbuka membantu pasien untuk memecahkan perasaannya dan juga melakukan observasi kepada pasien.

Adapun upaya tersebut yaitu:

- a. Melakukan pendekatan dan membina hubungan saling percaya diri pada klien agar klien lebih terbuka dan lebih percaya dengan menggunakan perasaan.
- b. Mengadakan pengkajian klien dengan wawancara
- c. Mengadakan pengkajian dengan cara membaca status, melihat buku rawatan dan bertanya kepada pegawai ruangan sorik merapi.

Dalam pengkajian ini, penulis menemukan kesenjangan karena ditemukan. Pada kasus Ny. L, klien mendengar suara-suara yang menyuruh untuk melakukan sholat, gelisah, mondar-mandir, tampak tegang, putus asa, sedih dan lain-lain. Gejala gejala yang muncul tersebut tidak semua mencakup dengan yang ada di teori klinis dari halusnasi (Keliat,.2014). Akan tetapi terdapat faktor predisposisi maupun presipitasi yang menyebabkan kekambuhan penyakit yang dialami oleh Tn. E

Tindakan keperawatan terapi generalis yang dilakukan pada Tn. E adalah strategi pertemuan pertama sampai pertemuan empat. Strategi pertemuan pertama meliputi mengidentifikasi isi, frekuensi, jenis, dan respon klien terhadap halusinasi serta melatih cara menghardik halusinasi. Strategi pertemuan kedua yang dilakukan pada Tn. E meliputi melatih cara mengendalikan dengan bercakap-cakap kepada orang lain. Strategi pertemuan yang ketiga adalah menyusun jadwal kegiatan bersama-sama dengan klien. Strategi pertemuan keempat adalah mengajarkan dan melatih Tn. E cara minum obat yang teratur.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Pada Teori Halusinasi (NANDA, 2015-2017), diagnosa keperawatan yang muncul sebanyak 3 diagnosa keperawatan (Aji, 2019) yang meliputi:

1. Harga diri rendah
2. Isolasi social
3. Halusinasi

Sedangkan pada kasus Tn. E ditemukan lima diagnosa keperawatan yang muncul yang meliputi: harga diri rendah, isolasi sosial, halusinasi, koping individu inefektif, regimen terapeutik inefektif. Dari hal tersebut di atas dapat dilihat terjadi kesamaan antara teori dan kasus. Dimana semua diagnosa pada teori muncul pada kasus Tn. E

4.3 Implementasi

Implementasi, adalah tahap dimana perawat memulai melakukan tindakan penulis hanya mengatasi masalah keperawatan halusinasi pendengaran. Dengan melakukan strategi pertemuan yaitu mengidentifikasi isi, frekuensi, waktu terjadi, perasaan, respon halusinasi. Kemudian strategi pertemuan yang dilakukan yaitu latihan mengontrol halusinasi dengan cara menghardik. Strategi pertemuan yang kedua yaitu anjurkan minum obat secara teratur, strategi pertemuan yang ke tiga yaitu latihan dengan cara bercakap - cakap pada saat aktivitas dan latihan strategi pertemuan ke empat yaitu melatih klien melakukan kegiatan terjadwal.

4.4 Evaluasi

Pada tinjauan teoritis evaluasi yang diharapkan adalah: Pasien mempercayai perawat sebagai terapis, pasien menyadari bahwa yang dialaminya tidak ada objeknya, dapat mengidentifikasi halusinasi, dapat mengendalikan halusinasi melalui menghardik, latihan bercakap-cakap, melakukan aktivitas serta menggunakan obat secara teratur.

Pada tinjauan kasus evaluasi yang didapatkan adalah: Klien mampu mengontrol dan mengidentifikasi halusinasi, Klien mampu melakukan latihan bercakap-cakap dengan orang lain, Klien mampu melaksanakan jadwal yang telah dibuat bersama, Klien mampu memahami penggunaan obat yang benar: 5 benar. Selain itu, dapat dilihat dari setiap evaluasi yang dilakukan pada asuhan keperawatan, dimana terjadi penurunan gejala yang dialami oleh Tn. E dari hari kehari selama proses interaksi.

BAB V

PENUTUP

3.1 Kesimpulan

Berdasarkan uraian pada pembahasan di atas, maka penulis dapat disimpulkan bahwa:

1. Pengkajian dilakukan secara langsung pada klien dan juga dengan menjadikan status klien sebagai sumber informasi yang dapat mendukung data-data pengkajian. Selama proses pengkajian, perawat menggunakan komunikasi terapeutik serta membina hubungan saling percaya antara perawat-klien. Pada kasus TN. E , diperoleh bahwa klien mengalami gejala-gejala halusinasi seperti mendengar suara-suara, gelisah, sulit tidur, tampak tegang, mondar-mandir, tidak dapat mempertahankan kontak mata, sedih, malu, putus asa, menarik diri, mudah marah dan lain-lain. Faktor predisposisi pada Tn. E yaitu pernah mengalami gangguan jiwa sebelumnya serta memiliki riwayat mengonsumsi alkohol dan obat terlarang.
2. Diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus Tn. E. : Halusinasi pendengaran, isolasi sosial, koping individu tidak efektif, regimen terapeutik keluarga tidak efektif, harga diri rendah serta keputusan. Tetapi pada pelaksanaannya, penulis fokus pada masalah utama yaitu halusinasi pendengaran.
3. Perencanaan dan implementasi keperawatan disesuaikan dengan strategi pertemuan pada pasien halusinasi pendengaran dan harga diri.
4. Evaluasi diperoleh bahwa terjadi peningkatan kemampuan klien dalam mengendalikan halusinasi yang dialami serta dampak pada penurunan gejala halusinasi pendengaran yang dialami.

3.2 Saran

1. Bagi Perawat

Diharapkan dapat menerapkan komunikasi terapeutik dalam pelaksanaan strategi pertemuan 1-4 pada klien dengan halusinasi sehingga dapat mempercepat proses pemulihan klien.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Dapat meningkatkan bimbingan klinik kepada mahasiswa profesi ners sehingga mahasiswa semakin mampu dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien-pasien yang mengalami halusinasi pendengaran

3. Bagi Tempat

Laporan ini diharapkan dapat menjadi acuan dan referensi dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan halusinasi pendengaran.

DAFTAR PUSTAKA

1. Aji, W. M. H. (2019). Asuhan Keperawatan Orang Dengan Gangguan Jiwa Halusinasi Dengar Dalam Mengontrol Halusinasi. <https://doi.org/10.31219/osf.io/n9dgs>
2. Anggraini, T & Maula, (2021). Asuhan Keperawatan Jiwa Pada An S Dengan Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran. Karya Tulis Ilmiah, Universitas Kusuma Husada Surakarta.
3. Damaiyanti & Iskandar. (2014). Asuhan Keperawatan Jiwa. Bandung : Refika Aditama. <http://repository2.unw.ac.id/id/eprint/102>
4. Isnaeni, J., Wijayanti, R., & Upoyo, A. S. (2018). Efektivitas Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Persepsi Halusinasi terhadap Penurunan Kecemasan Klien Halusinasi Pendengaran di Ruang Sakuran RSUD Banyumas. *Jurnal Keperawatan Soedirman*, 3(1), 32-39. <http://dx.doi.org/10.20884/1.jks.2008.3.1.159>
5. Satria Fajrullah Said AldamIce &Yulia Wardani.(2019) *Efektivitas penerapan standar asuhan keperawatan jiwa generalis pada pasien skizofrenia dalam menurunkan gejala halusinasi*
6. Setyanto, A. T., Hartini, N., & Alfian, I. N. (2017). Penerapan Social Support untuk meningkatkan Kemandirian pada penderita Skizofrenia. *Wacana*, 9(1). DOI: <https://doi.org/10.13057/wacana.v9i1.114>
7. Hernandi, B. (2020). *Penerapan Aktivitas Terjadwal Pada Klien Dengan Gangguan Halusinasi Di Wilayah Kerja Puskesmas Godean 1* Skripsi, Poltekkes Kemenkes Yogyakarta. <http://eprints.poltekkesjogja.ac.id/id/eprint/2581>
8. Keliat B,. (2014). *Proses Keperawatan Jiwa Edisi II*. Jakarta : EGC.
9. Keliat, Budu A. (2011). *Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas*. EGC, Jakarta.
10. Keliat, B.A & Akemat. (2012). *Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa*. Jakarta:EGC.
11. Kemenkes RI. (2019). Riset Kesehatan Dasar, Riskesdas.Jakarta: Kemenkes RI.<https://databoks.katadata.co.id/datapublish/2019/10/08/persebaran-prevalensi-skizofreniapsikosis-di-indonesia>
12. Manao, B. M., & Pardede, J. A. (2019). Beban Keluarga Berhubungan Dengan Pencegahan Kekambuhan Pasien Skizofrenia. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 12(3).
13. Mubarta, AF . (2011). Gambaran Distribusi Penderita Gangguan Jiwa di Wilayah Banjarmasin dan Banjarbaru. Tesis. <http://dx.doi.org/10.33757/jik.v1i1.29>

14. Mubin, M. F & P. H. Livana. (2019). Hubungan Kepatuhan Minum Obat Dengan Kekambuhan Pasien Skizofrenia Paranoid." *Jurnal Farmasetis* (8).1
<https://doi.org/10.32583/farmasetis.v8i1.493>
15. Nyumirah, S. (2013). Peningkatan kemampuan interaksi sosial (kognitif, afektif dan perilaku) melalui penerapan terapi perilaku kognitif di rsj dr amino gondohutomo semarang. *Jurnal keperawatan jiwa*, 1(2)..
<https://doi.org/10.26714/jkj.1.2.2013.%25p>
16. Oktiviani, D. P. (2020). Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. K dengan masalah Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran di Ruang Rokaan Rumah Sakit Jiwa Tampan. Skripsi, Poltekkes Kemenkes Riau.
<http://repository.pkr.ac.id/id/eprint/498>
17. Pardede, J. A., & Hasibuan, E. K. (2019). Dukungan Caregiver Dengan Frekuensi Kekambuhan Pasien Skizofrenia. *Idea Nursing Journal*, 10(2).
<http://e-repository.unsyiah.ac.id/INJ/article/view/17161>
18. Pardede, J. A., & Hasibuan, E. K. (2020). Lamanya Perawatan Pasien Skizofrenia Rawat Jalan Dengan Tingkat Stres Keluarga. *Indonesian Trust Health Journal*, 3(1), 283-288. <https://doi.org/10.37104/ithj.v3i1.49>
19. Pardede, J. A., Keliat, B. A., & Yulia, I. (2015). Kepatuhan dan Komitmen Klien Skizofrenia Meningkatkan Setelah Diberikan Acceptance And Commitment Therapy dan Pendidikan Kesehatan Kepatuhan Minum Obat. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 18(3), 157-166.
<http://dx.doi.org/10.7454/jki.v18i3.419>
20. Pardede, J. A., Keliat, B. A., & Wardani, I. Y. (2013). Pengaruh Acceptance And Commitment Therapy Dan Pendidikan Kesehatan Kepatuhan Minum Obat Terhadap Gejala, Kemampuan Berkomitmen Pada Pengobatan Dan Kepatuhan Pasien Skizofrenia. [10.7454/jki.v18i3.419](http://dx.doi.org/10.7454/jki.v18i3.419)
21. Pardede, J. A., & Siregar, R. A. (2016). Pendidikan Kesehatan Kepatuhan Minum Obat Terhadap Perubahan Gejala Halusinasi Pada Klienskiizofrenia. *Mental Health*, 3(1).
22. Satria F. S.A & Ice Y. W. (2019). Efektivitas Penerapan StandarAsuhan Keperawatan Jiwa Generalis Pada Pasien *Skizofrenia* Dalam Menurunkan Gejala Halusinasi.
<http://jurnal.unimus.ac.id/index.php/JKJ/article/view/4855/pdf>
23. Setyanto, A. T., Hartini, N., & Alfian, I. N. (2017). Penerapan Social Support untuk meningkatkan Kemandirian pada penderita Skizofrenia. *Wacana*, 9(1).
<https://doi.org/10.13057/wacana.v9i1.114>
24. Stuart, G. W. (2013). *Buku Saku Keperawatan Jiwa* . Edisi 5. Jakarta. EGC.
25. Townsend, M. C. (2014). *Psychiatric Mental Healt Nursing : Concepts of Care in Evidence-BasedPractice*(6thed.), Philadelphia: F.A. Davis.
<https://books.google.co.id/books?hl=id&lr=&id=3a0->

26. Yosep I. (2011). Keperawatan Jiwa (Edisi Revisi). Bandung: Refika Aditama
<http://repository.um-surabaya.ac.id/id/eprint/3356>
27. Yusuf, A. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta Salemba Medika.