Penerapan Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn.E Dengan Masalah Halusinasi Pendengaran

Monalisa Simatupang

monalisa010596@gmail.com

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Skizofrenia merupakan suatu gangguan jiwa berat yang bersifat kronis yang ditandai dengan gangguan komunikasi, gangguan realitas (halusinasi), afek tidak wajar atau tumpul, gangguan fungsi kognitif serta mengalami kesulitan dalam melakukan aktivitas sehari-hari (Pardede, Keliat & Wardani, 2015). Gejala positif dari skizofrenia adalah halusinasi. Hal inilah yang membuat perlu bantuan keluarga untuk merawat dan memberikan perhatian khusus pada klien skizofrenia (Pardede & Hasibuan, 2020). Fenomena gangguan jiwa pada saat ini mengalami peningkatan yang sangat signifikan, dan setiap tahun di berbagai belahan dunia jumlah penderita gangguan jiwa bertambah. Menurut *World Health Organization* (WHO, 2019) Skizofrenia merupakan suatu gangguan jiwa berat yang bersifat berat dan kronis yang menyerang 20 juta orang di seluruh dunia. Skizofrenia merupakan penyakit kronis, parah, dan melumpuhkan, gangguan otak yang ditandai dengan pikiran kacau, waham, delusi, halusinasi, dan perilaku aneh atau katatonik (Pardede & Laia, 2020).

Halusinasi merupakan 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). Menurut Livana (2020)

dampak yang dapat ditimbulkan oleh klien yang mengalami halusinasi adalah kehilangan kontrol dirinya. Klien akan mengalami panik dan perilakunya dikendalikan oleh halusinasi. Pada situasi ini klien dapat melakukan bunuh diri (suicide), membunuh orang lain (homicide), bahkan merusak lingkungan. Untuk memperkecil dampak yang ditimbulkan halusinasi, dibutuhkan penanganan yang tepat. Dengan banyaknya angka kejadian halusinasi, semakin jelas bahwa dibutuhkan peran perawat untuk membantu klien agar dapat mengontrol halusinasinya.

Survei awal dilakukan di Yayasan Pemenang Jiwa Sumatra dengan jumlah klien 70 orang tetapi yang menjadi subjek di dalam pembuatan asuhan keperawatan ini berjumlah 1 orang dengan klien masah halusinasi pendengaran atas nama inisial Tn.E, penyebabnya Tn.E sebagai subjek di karenakan klien belum bisa mengatasi emosinya 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 Rumusan Masalah

Berdasarkan masalah yang telah di paparkan pada latar belakang maka rumusan masalah dalam askep ini yaitu Asuhan Keperawatan Pada Tn. E Dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran di Yayasan Pemenang Jiwa Sumatera.

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

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

1.3.2 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 mampu menetapkan perencanaan keperawatan pada Tn.E dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran.
4. Mahasiswa mampu melakukan implementasi keperawatan pada Tn.E dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran.
5. Mahasiswa mampu mengevaluasi hasil asuhan keperawatan pada Tn.E dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran.
6. Mahasiswa mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan yang diberikan pada Tn.E dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran.

1.4 Manfaat Penulisan

1. Responden

Diharapkan tindakan yang telah di ajakarkan dapat di terapkan secara mandiri untuk mengontrol emosi dan untuk mendukung kelangsungan kesehatan klien.

2. Yayasan Pemenang Jiwa Sumatera.

Diharapkan dapat menjadi acuan dalam menangani atau dalam memberikan pelayanan kepada klien dengan gangguan jiwa dengan perilaku kekerasan di Yayasan Pemenang Jiwa Sumatera.

BAB 2

TINJAUAN TEORI

2.1 Konsep Halusinasi

2.1.1 Pengertian

Halusinasi adalah salah satu gejala gangguan sensori persepsi yang dialami oleh klien gangguan jiwa, klien merasakan sensasi berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan, atau penghiduan tanpa stimulus nyata. (Keliat, 2014). Halusinasi pendengaran paling sering terjadi ketika klien mendengar suara-suara, halusinasi ini sudah melebur dan klien merasa sangat ketakutan, panik dan tidak bisa membedakan antara khayalan dan kenyataan yang dialaminya (Pardede et al, 2021).

Halusinasi merupakan distorsi persepsi palsu yang terjadi pada respon neurobiologist maladaptive, penderita sebenarnya mengalami distorsi sensori sebagai hal yang nyata dan meresponnya. Diperkirakan $\geq 90\%$ penderita gangguan jiwa jenis halusinasi. dengan bentuk yang bervariasi tetapi sebagian besarnya mengalami halusinasi pendengaran yang dapat berasal dari dalam diri individu atau dari luar individu tersebut, suara yang didengar bisa dikenalnya, jenis suara tunggal atau multiple yang dianggapnya dapat memerintahkan tentang perilaku individu itu sendiri (Yanti, et al, 2020).

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	1. Mendengar suara atau kegaduhan 2. Mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap

		2. Marah-marah tanpa sebab mencondongkan telinga ke arah tertentu 3. Menutup telinga	3. Mendengar suara yang menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya
2	Halusinasi penglihatan	1. Menunjuk-nunjuk ke arah tertentu 2. Ketakutan pada objek yang tidak jelas	1. Melihat bayangan, sinar, bentuk geometris, bentuk kartun, melihat hantu atau monster
3	Halusinasi penghidu	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

Menurut Marsela & Dirdjo (2016) tanda dan gejala halusinasi adalah:

- a. Bicara, senyum sendiri dan tertawa.
- b. Mengatakan mendengar suara.
- c. Merusak diri sendiri/orang lain/lingkungan.

- d. Tidak dapat membedakan hal yang nyata dan hal yang tidak nyata.
- e. Tidak dapat memusatkan konsentrasi/perhatian.
- f. Pembicaraan kacau kadang tidak masuk akal.
- g. Sikap curiga dan bermusuhan.
- h. Menarik diri, menghindar dari orang lain.
- i. Sulit membuat keputusan.
- j. Ketakutan.
- k. Mudah tersinggung, jengkel, mudah marah.
- l. Menyalahkan diri sendiri/orang lain.
- m. Tidak mampu melaksanakan asuhan mandiri : mandi, berpakaian.
- n. Muka merah kadang pucat.
- o. Ekspresi wajah tegang
- p. Tekanan darah meningkat meningkat.
- q. Nadi cepat.
- r. Banyak berkeringat.

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 teraktivasi 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 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.

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 meganggap 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 sepiritual klien Halusinasi mulai dengan kehampaan hidup, rutinitas tidak bermakna, hilangnya aktifitas ibadah dan jarang berupaya secara sepiritual 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 berlebih 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 :

- Pikiran logis adalah pandangan yang mengarah pada kenyataan. Persepsi akurat adalah pandangan yang tepat pada kenyataan.
- Emosi konsisten dengan pengalaman yaitu perasaan yang timbul dari pengalaman
- Perilaku sosial adalah sikap dan tingkah laku yang masih dalam batas kewajaran.
- 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:

- Kelainan pikiran adalah keyakinan yang secara kokoh dipertahankan walaupun tidak diyakini oleh orang lain dan bertentangan dengan kenyataan sosial.
- Halusinasi merupakan persepsi sensori yang salah atau persepsi eksternal yang tidak realita atau tidak ada.
- 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, yaitu sebagai berikut : (Sari, 2019) :

a. Fase sleep disorder

Klien merasa banyak masalah, ingin menghindari dari lingkungan, takut diketahui oleh orang lain bahwa dirinya banyak masalah. Masalah semakin terasa sulit karena berbagai stressor terakumulasi, misalnya terlibat narkoba, drop out dari kampus, putus cinta. Masalah terasa semakin menekan dan persepsi terhadap masalah semakin buruk, mengalami sulit tidur berangsur terus-menerus hingga terbiasa menghayal. Klien menganggap lamunan-lamunan awal sebagai pemecahan masalah.

b. Fase comforting

Klien mengalami emosi yang berlanjut seperti adanya perasaan cemas, kesepian, perasaan berdosa, ketakutan dan memusatkan pemikiran pada timbulnya kecemasan, beranggapan bahwa pengalaman pikiran dan sensorinya dapat di kontrol bila kecemasannya diatur, dalam tahap ini ada kecenderungan klien merasa nyaman dengan halusinasi.

c. Fase condemnig

Pengalaman sensori klien menjadi sering datang dan mengalami bias atau prasangka. Klien merasa tidak mampu lagi mengontrolnya dan mulai menjaga jarak antara dirinya dengan objek yang dipersepsikan, klien mulai menarik diri dari orang lain dengan intensitas waktu yang lama.

d. Fase controlling

Klien mencoba melawan suara-suara atau sensory abnormal yang datang. Klien dapat merasakan kesepian bila halusinasinya berakhir, disinilah dimulai gangguan ppsychotic.

e. Fase conquering

Pengalaman sensorinya terganggu, klien mulai merasa terancam dengan datangnya suara-suara terutama bila klien tidak dapat menuruti ancaman atau perintah yang ia dengar dari halusinasinya. Halusinasi dapat berlangsung 4 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 klien skizofrenia untuk meminimalkan gejala perilaku kekerasan, halusinasi, dan harga diri rendah. Sehingga klien 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 melewati aliran listrik melalui elektroda yang dipasang pada satu atau dua temples pada pelipis. Jumlah tindakan yang dilakukan merupakan rangkaian yang bervariasi pada setiap klien tergantung pada masalah klien dan respon terapeutik sesuai hasil pengkajian selama tindakan. Pada klien 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 klien sudah tidak berespon lagi terhadap obat dan klien 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 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 schizofrenia. Kembar identik yang dibesarkan secara terpisah mempunyai angka kejadian Schizofrenia 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

a. 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.

b. Lingkungan

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

c. Stres sosial / budaya

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

d. Faktor psikologik

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

e. Mekanisme koping

Perilaku yang mewakili upaya untuk melindungi klien 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 menjelaskan kerancuan persepsi dan menarik diri.

f. 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.

g. 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

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial Diagnosa keperawatan yang dapat ditegakkan antara lain (Cressella, 2020) :

- a. Gangguan persepsi sensori: Halusinasi pendengaran
- b. Isolasi sosial
- c. Harga diri rendah

2.2.3 Perencanaan Keperawatan

Rencana tindakan pada keluarga (Keliat, 2014) adalah ;

1. Diskusikan masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat klien
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 adalah tahapan ketika perawat mengaplikasikan ke dalam bentuk intervensi keperawatan guna membantu klien mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kemampuan yang harus dimiliki oleh perawat pada tahap implementasi adalah kemampuan komunikasi yang efektif, kemampuan untuk menciptakan saling percaya dan saling membantu, kemampuan melakukan teknik, psikomotor, kemampuan melakukan observasi sistemis, kemampuan memberikan pendidikan kesehatan, kemampuan advokasi dan kemampuan evaluasi (Anggit, 2021).

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 klien mampu melakukan beberapa teknik mengontrol halusinasi. Data objektif klien tampak berbicara sendiri saat halusinasi itu datang, klien dapat berbincang-bincang dengan orang lain, klien mampu melakukan aktivitas terjadwal, dan minum obat secara teratur (Aji, 2019).

BAB 3

TINJAUAN KASUS

3.1 Identitas Klien

Inisial	: Tn. E
Tanggal Masuk RS	: 15 Februari 2019
Tanggal Pengkajian	: 04 Maret 2021
Umur	: 54 Tahun
Agama	: Kristen
Informan	: Klien

3.2 Alasan Masuk

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.

Masalah keperawatan : Gangngguan Sensori Persepsi Halusinasi Pendengaran

3.3 Faktor Predisposisi

Klien sebelumnya pernah mengalami gangguan jiwa $\pm$ 2 tahun yang lalu tepatnya pada tahun 2019 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 Yayasan pemenangan jiwa Sumatera Utara pada tanggal 05 Maret 2019. Keluarga klien tidak ada yang pernah mengalami gangguan jiwa.

Masalah keperawatan : Gangngguan Sensori Persepsi Halusinasi Pendengaran.

3.4 Fisik

Klien tidak memiliki keluhan fisik, saat dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital, didapatkan hasil TD : 120/80 mmHg ; N : 82x/i ; S : 36,5°C ; P : 20x/i.

Klien memiliki tinggi badan 167 cm dan berat badan 65 Kg.

3.5 Psikososial

3.5.1 Genogram

Penjelasan :

Klien merupakan anak ke dua dari 6 bersaudara ,klien memiliki 1 abang dan 2 adek perempuan dan 2 laki-laki. Klien belum menikah.

Keterangan :

□ : Laki-laki

○ : Perempuan

■ : Klien

---- : Tinggal dalam satu rumah

⊗ : meninggal

3.5.2 Konsep diri

- a. Gambaran diri : Klien menyukai seluruh tubuhnya dan tidak ada yang cacat
- b. Identitas : Klien anak ke 2 dari 6 bersaudara.
- c. Peran : klien hanya lulusan SMA yang saat ini tidak memiliki pekerjaan
- d. Ideal diri : Klien merasa malu karena klien dirawat di RSJ dan ingin cepat pulang ke rumah.
- e. Harga diri : Klien mengatakan merasa malu berada di rumah sakit jiwa dan merasa bosan.

Masalah keperawatan : Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah

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.

Masalah keperawatan: Isolasi Sosial : Menarik Diri

3.5.5 Spiritual

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

3.5.6 Status Mental

- 1. Penampilan klien rapi seperti berpakaian biasa pada umumnya
- 2. Pembicaraan
Klien bicara dengan lambat.
- 3. Aktivitas Motorik
Klien mengatakan bisa melakukan aktivitas sehari – hari.

4. Alam perasaan
Klien sedih karena tinggal di yayasan, terlebih keluarga jarang datang menjenguk. klien sangat rindu dengan keluarga nya.
Masalah keperawatan ; Harga Diri Rendah
5. Afek
Afek wajah datar, klien menjawab pertanyaan dari perawat.
6. Interaksi selama wawancara
Klien kooperatif saat wawancara
7. Persepsi
Klien mengatakan bahwa ia mendengar ada suara-suara
Masalah keperawatan : Gangguan persepsi sensoris : halusinasi
8. Proses Pikir
Klien mampu menjawab apa yang ditanya dengan
9. Isi pikir
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
Klien tidak mengalami gangguan orientasi, klien mengenali waktu, orang dan tempat.
11. Memori
Klien mampu menceritakan kejadian di masa lalu dan yang baru terjadi.
12. Tingkat konsentrasi berhitung
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

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.

Masalah keperawatan : Isolasi sosial ; menarik diri

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. Risperidon tablet 2 mg 2x1
- b. Chlozapine tablet 25 mg 1x1

3.10 Analisa Data

No	Data	Masalah keperawatan
1	<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, muncul pada saat klien sedang menyendiri - 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 	Gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran
2	<p>Ds :</p> <p>Klien mengatakan dibuang oleh keluarganya dan merasa minder dengan orang lain karena di rawat di yayasan pemenang jiwa</p> <p>Do:</p> <p>Klien tampak malu dan gelisah, dan tampak sedih saat di kaji</p>	Gangguan konsep diri : harga diri rendah
3	Ds :	Isolasi Sosial : Menarik Diri

	<p>Klien mengatakan tidak mau bergaul dan lebih suka menyendiri karena penyakitnya.</p> <p>Do :</p> <p>Klien tampak tidak dapat mempertahankan kontak mata dengan perawat</p>	
--	---	--

3.11 Masalah Keperawatan

1. Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran
2. Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah

3.12 Pohon Masalah

3.13 Prioritas Diagnosa Keperawatan

1. Gangguan persepsi Sensorik : Halusinasi pendengaran
2. Isolasi Sosial: Menarik Diri
3. Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah

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 – suara tersebut muncul 2 kali/ hari, muncul pada saat melamun - Klien merasa gelisah dan takut jika mendengar suara tersebut. 	<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 bercakap – cakap dengan orang lain</p> <p>SP 3:</p> <p>Mengontrol halusinasi dengan cara melakukan aktifitas terjadwal</p> <p>SP 4:</p> <p>Mengontrol Halusinasi dengan cara minum obat secara teratur</p>
2.	<p>Gangguan konsep diri : harga diri rendah kronis</p>	<p>SP 1:</p>

	<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. 	<p>Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki oleh klien.</p> <p>SP 2:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menilai kemampuan yang dapat digunakan 2. Menetapkan / memilih kegiatan sesuai kemampuan 3. Melatih kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih 2 <p>SP 3:</p> <p>Melatih kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih 2.</p> <p>SP 4:</p> <p>Melatih kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih 3.</p>
--	---	---

3.15 Implementasi dan Evaluasi

Hari /Tgl	Implementasi	Evaluasi
Jumat, 05 Maret 2021	<p>1. Data</p> <p>Tanda dan gejala : bicara sendiri, marah – marah tanpa sebab, memalingkan muka ke arah</p>	<p>S : Senang</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mampu mengenali halusinasi yang dialaminya : isi, frekuensi, waktu

<p>Jam 11.00 s/d selesai</p>	<p>telingga, ketakutan pada suatu yang tidak jelas,</p> <p>2.Diagnosa Keperawatan Husinasi pendengaran</p> <p>3.Tindakan Keperawatan <u>Sp 1 Halusinasi pendengaran :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Melatih klien mengidentifikasi halusinasinya; isi, frekuensi, watu terjadi, sruasi pencetus, perasaan dan respon halusinasi - Mengontrol halusinasi dengan cara menghardik <p><u>Sp 2 Halusianasi pendengaran</u> Mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain.</p> <p>RTL Sp 3-4;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain - Mengontrol halusinasi dengan cara melakukan aktivitas terjadwal. 	<p>terjadi, sruasi pencetus,perasaan, respon dengan mandiri</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mampu Mengontrol halusinasinya dengan cara menghardik dengan bantuan - Klien mampu mengontrol halusinasi dengan minum obat secara teratur dengan bantuan pengawas yayasan. - Klien mampu melakukan komunikasi secara verbal : asertif/bicara baik-baik dengan motivasi. <p>A : Halusinasi (+)</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Latihan mengidentifikasi halusinasinya ; isi, frekuensi, waktu terjadi, sruasi pencetus, perasaan dan respon halusinasi 3x/hari - Latihan menghardik halusinasi 3x/ hari
--------------------------------------	---	--

		<ul style="list-style-type: none"> - Latihan komunikasi secara verbal : asertif/bicara baik-baik 3x/ hari.
<p>Sabtu, 06 Maret 2021 Jam 11.00 s/d selesai</p>	<p>1. Data</p> <p>Tanda dan gejala : klien tampak berbicara sendiri. mulut klien – ketakutan pada suatu yang tidak jelas, sering meludah..</p> <p>Kemampuan: bermain alat musik gitar.</p> <p>2. Diagnosa keperawatan</p> <p>Halusinasi pendengaran.</p> <p>3. Tindakan keperawatan</p> <p><u>Sp 3 Halusinasi pendengaran :</u></p> <p>Mengontrol halusinasi dengan cara melakukan aktivitas terjadwal.</p> <p><u>Sp 4 Halusinasi pendengaran :</u></p> <p>mengontrol halusinasi dengan cara minum obat secara teratur.</p> <p>RTL :</p> <p>Follow up dan evaluasi klien dengan SP 1-4 Halusinasi</p>	<p>S : klien mengatakan dia merasa senang bisa bercakap-cakap dengan orang lain</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mempraktekkan cara bercakap-cakap dengan orang lain - Klien mempraktekkan cara bercakap-cakap dengan orang lain <p>A : Halusinasi pendengaran (+)</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Latihan menghardik halusinasi 3 x/ hari - Latihan minum obat dengan prinsip 6 benar 2 x/ hari - Latihan bercakap-cakap dengan orang lain 3x/ hari - Latihan kegiatan spritual
<p>Rabu, 17 Maret 2021</p>	<p>1. Data :</p> <p>Tanda dan gejala : Hilang kepercayaan diri, merasa gagal karena tidak mampu mencapai</p>	<p>S :</p> <p>Antusias dan bersemangat</p> <p>O :</p>

11.00 s/d selesai	<p>keinginan sesuai ideal diri, perasaan tidak berharga, tidak berarti dan rendah diri yang berkepanjangan</p> <p>1. Diagnosa Keperawatan Harga Diri Rendah</p> <p>2. Tindakan keperawatan : <u>Sp 1 Harga Diri Rendah :</u></p> <p>a. Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien</p> <p>RTL : Sp 2 Harga Diri Rendah :</p> <p>a. Menilai kemampuan yang dapat digunakan</p> <p>b. Menetapkan atau memilih kegiatan sesuai kemampuan</p> <p>c. Melatih kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih 1</p>	<p>a. Klien mampu Mengidentifikasi aspek positif yang dimiliki pasien yaitu berdoa dan bersyukur.</p> <p>b. Klien mampu memilih dan melatih kegiatan sesuai kemampuan yaitu masak.</p> <p>A : Harga Diri Rendah (+)</p> <p>P :</p> <p>a. Klien selalu memulai segala aktivitas nya dengan bersyukur dan Doa.</p> <p>b. Klien melatih kemampuan memasak yang dimiliki nya</p>
Rabu, 17 Maret 2021 11.30 s/d selesai	<p>1. Data : Tanda dan gejala : Hilang kepercayaan diri, merasa gagal karena tidak mampu mencapai keinginan sesuai ideal diri, perasaan tidak berharga, tidak berarti dan rendah diri yang berkepanjangan</p> <p>2. Diagnosa Keperawatan : Harga Diri Rendah</p> <p>3. Tindakan keperawatan:</p>	<p>S : Senang dan antusias</p> <p>O : Klien mampu memilih dan melatih kegiatan sesuai kemampuan yaitu masak.</p> <p>A : Harga Diri Rendah (+)</p> <p>P : Klien melatih kemampuan memasak yang dimiliki nya</p>

	<p><u>Sp 2 Harga Diri Rendah :</u></p> <p>a. Menilai kemampuan yang dapat digunakan</p> <p>b. Menetapkan atau memilih kegiatan sesuai kemampuan</p> <p>c. Melatih kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih 1.</p> <p>RTL:</p> <p>Sp 3 : Melatih kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih 2</p>	
<p>Jumat, 19 Maret 2021 11.00 s/d selesai</p>	<p>1. Data :</p> <p>Tanda dan gejala : Hilang kepercayaan diri, merasa gagal karena tidak mampu mencapai keinginan sesuai ideal diri, perasaan tidak berharga, tidak berarti dan rendah diri yang berkepanjangan</p> <p>2. Diagnosa Keperawatan</p> <p>Harga Diri Rendah</p> <p>3. Tindakan keperawatan :</p> <p><u>Sp 3 Harga Diri Rendah :</u></p> <p>Melatih kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih 2</p> <p>RTL :</p> <p>Sp 4 Melatih kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih 3</p>	<p>S :</p> <p>Senang dan antusias</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mampu melatih kegiatan sesuai kemampuan yaitu menyuci piring. • Melatih kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih yaitu menyapu rumah <p>A : Harga Diri Rendah (+)</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Latihan Membantu Menyapu 3x perhari • Menyuci piring 3x perhari
<p>Jumat, 19 Maret 2021</p>	<p>1. Data :</p> <p>Tanda dan gejala : Hilang kepercayaan diri, merasa gagal</p>	<p>S : Senang</p>

11.30 s/d selesai	<p>karena tidak mampu mencapai keinginan sesuai ideal diri, perasaan tidak berharga, tidak berarti dan rendah diri yang berkepanjangan</p> <p>2. Diagnosa Keperawatan Harga Diri Rendah</p> <p>3. Tindakan keperawatan:</p> <p><u>Sp 4 Harga Diri Rendah :</u></p> <p>Melatih kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih 3</p> <p>RTL :</p> <p>Harga Diri Rendah : Follow up dan evaluasi SP 1-4</p>	<p>O : Melatih kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih yaitu menyapu rumah</p> <p>A : Harga diri rendah (+)</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Berdoa, Mengikuti ibadah • Membantu Masak • Menyuci piring • Menyapu Halaman
----------------------	---	---

BAB 4

PEMBAHASAN

Setelah penulis melaksanakan asuhan keperawat kepada Tn.E dengan gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran di Yayasan pemenang jiwa sumatra utara, maka penulis pada BAB ini akan membahas kesenjangan antara teoritis dengan tinjauan kasus. Pembahasan dimulai melalui tahapan proses keperawatan yaitu pengkajian, diagnosa keparawatan, 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 klien dan tenaga kesehatan di ruangan. Penulis mendapat sedikit kesulitan dalam menyimpulkan data karena keluarga klien jarang mengunjungi klien di rumah sakit jiwa. Maka penulis melakukan pendekatan kepada klien melalui komunikasi terapeutik yang lebih terbuka membantu klien untuk memecahkan perasaannya dan juga melakukan observasi kepada klien.

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 Tn. E , 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. Gangguan Persepsi Sensori : Hausinasi Pendengaran
2. Isolasi Sosial
3. Gangguan Konsep Diri : Harga diri rendah

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: Klien mempercayai perawat sebagai terapis, klien 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 5

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

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. Pada kasus Tn. E, diperoleh bahwa klien mengalami gejala-gejala halusinasi seperti mendengar suara-suara, gelisah, sulit tidur, mondar-mandir, sedih, malu, menarik diri, dan lain-lain. Diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus Tn. E, Halusinasi pendengaran, isolasi sosial, harga diri rendah. Tetapi pada pelaksanaannya, penulis fokus pada masalah utama yaitu halusinasi pendengaran.
2. Perencanaan dan implementasi keperawatan disesuaikan dengan strategi pertemuan pada pasien halusinasi pendengaran dan harga diri.
3. Evaluasi diperoleh bahwa terjadi peningkatan kemampuan klien dalam mengendalikan halusinasi yang dialami serta dampak pada penurunan gejala halusinasi pendengaran yang dialami.

5.2.Saran

1. Bagi pasien hendaknya dapat mengontrol emosi dengan menerapkan strategi pelaksanaan, mengidentifikasi isi, frekuensi, waktu terjadi, perasaan, respon halusinasi, latihan mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, manjurkan minum obat secara teratur, latihan dengan cara bercakap-cakap pada saat aktivitas dan melatih klien melakukan semua jadwal kegiatan.
2. Bagi Yayasan Pemenang Jiwa hendaknya memberikan pelayanan kesehatan yang baik dan membuat suasana lingkungan menjadi lebih nyaman agar klien tidak melakukan risiko perilaku kekerasan. Usahakan memberikan saran, nasehat dan motivasi kepada klien agar klien mendapatkan cara tentang bagaimana mengontrol marah.

DAFTAR PUSTAKA

- Pardede, J. A., Keliat, B. A., & Yulia, I. (2015). Kepatuhan dan Komitmen Klien Skizofrenia Meningkat 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>
- Ana, F. (2019). Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Klien Halusinasi Pendengaran Terintegrasi Dengan Keluarga Di Wilayah Kerja Puskesmas Lempake Samarinda (Doctoral dissertation, Poltekkes).
<http://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/359/>
- Aji, W. M. H. (2019). Asuhan Keperawatan Orang Dengan Gangguan Jiwa Halusinasi Dengar Dalam Mengontrol Halusinasi.
<https://doi.org/10.31219/osf.io/n9dgs>
- Anggraini, T & Maula, (2021). Asuhan Keperawatan Jiwa Pada An S Dengan Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran. Karya Tulis Ilmiah, Universitas Kusuma Husada Surakarta.
<http://eprints.ukh.ac.id/id/eprint/1510/1/NASKAH%20PUBLIKASI%20TITANIA%20ANGGRAINI.pdf>
- Cressela, U. (2020). *Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi Pendengaran Pada Kasus Skizofrenia Terhadap Ny. R Di Ruang Melati Rs Jiwa Daerah Provinsi Lampung Tanggal 25-29 Maret 2019*. (Doctoral dissertation, Poltekkes Tanjungkarang).
<http://repository.poltekkes-tjk.ac.id/1988/>
- Damaiyanti & Iskandar. (2014). Asuhan Keperawatan Jiwa. Bandung : Refika Aditama. <http://repository2.unw.ac.id/id/eprint/102>
- 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>
- Keliat B,. (2014). *Proses Keperawatan Jiwa Edisi II*. Jakarta : EGC.
- Keliat, Budu A. (2011). *Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas*. EGC, Jakarta.
- Keliat, B.A & Akemat. (2012). *Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa*. Jakarta:EGC.
- Kemenkes RI. (2019). Riset Kesehatan Dasar, Riskesdas.Jakarta: Kemenkes RI.
<https://databoks.katadata.co.id/datapublish/2019/10/08/persebaran-prevalensi-skizofreniapsikosis-di-indonesia>

- Livana, P. H., Ruhimat, I. I. A., Sujarwoo, S., Suerni, T., Kandar, K., Maya, A., & Nugroho, A. (2020). Peningkatan Kemampuan Klien dalam Mengontrol Halusinasi melalui Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Persepsi. *Jurnal Ners Widya Husada*, 5(1), 35-40. <https://doi.org/10.33666/jners.v5i1.328>
- Manao, B. M., & Pardede, J. A. (2019). Beban Keluarga Berhubungan Dengan Pencegahan Kekambuhan Klien Skizofrenia. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 12(3).
- Marsela, R., & Dirdjo, M. M. (2016). Asuhan Keperawatan pada Ibu S yang Mengalami Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran di Ruang Punai Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda. Karya Tulis Ilmiah Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Samarinda. <https://dspace.umkt.ac.id/handle/463.2017/1103?show=full>
- Mubarta, AF . (2011). Gambaran Distribusi Penderita Gangguan Jiwa di Wilaya Banjarmasin dan Banjarbaru. Tesis. <http://dx.doi.org/10.33757/jik.v1i1.29>
- Mubin, M. F & P. H. Livana. (2019). Hubungan Kepatuhan Minum Obat Dengan Kekambuhan Klien Skizofrenia Paranoid." *Jurnal Farmasetis* (8).1 <https://doi.org/10.32583/farmasetis.v8i1.493>
- 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>
- 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>
- Pardede, J. A., & Hasibuan, E. K. (2019). Dukungan Caregiver Dengan Frekuensi Kekambuhan Klien Skizofrenia. *Idea Nursing Journal*, 10(2). <http://e-repository.unsyiah.ac.id/INJ/article/view/17161>
- Pardede, J. A., & Laia, B. (2020). Decreasing Symptoms of Risk of Violent Behavior in Schizophrenia Patients Through Group Activity Therapy. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 3(3), 291-300. <http://dx.doi.org/10.32584/jikj.v3i3.621>

- Pardede, J. A., Keliat, B. A., & Yulia, I. (2015). Kepatuhan dan Komitmen Klien Skizofrenia Meningkat 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>
- Pardede, J. A., Irwan, F., Hulu, E. P., Manalu, L. W., Sitanggang, R., & Waruwu, J. F. A. P. (2021). Asuhan keperawatan Jiwa Dengan Masalah Halusinasi.
<https://doi.org/10.31219/osf.io/fdqzn>
- Sari, J. R. (2019). *Asuhan Keperawatan Jiwa dengan Gangguan Presepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran pada kasus Sizofrenia terhadap Tn. A di Wilayah Kerja Puskesmas Kotabumi II Tanggal 13–16 Mei 2019* (Doctoral dissertation, Poltekkes Tanjungkarang).
<http://repository.poltekkes-tjk.ac.id/1025/>
- Satria F. S.A & Ice Y. W. (2019). Efektivitas Penerapan Standar Asuhan Keperawatan Jiwa Generalis Pada Klien *Skizofrenia* Dalam Menurunkan Gejala Halusinasi.
<http://jurnal.unimus.ac.id/index.php/JKJ/article/view/4855/pdf>
- Stuart, G. W. (2013). *Buku Saku Keperawatan Jiwa* . Edisi 5. Jakarta. EGC.
- Townsend, M. C. (2014). *Psychiatric Mental Health Nursing : Concepts of Care in Evidence-Based Practice* (6th ed.), Philadelphia: F.A. Davis.
<https://books.google.co.id/books?hl=id&lr=&id=3a0->
- Yanti, D. A., Sitepu, A. L., Sitepu, K., & Purba, W. N. B. (2020). Efektivitas Terapi Musik Klasik Terhadap Penurunan Tingkat Halusinasi Pada Pasien Halusinasi Pendengaran Di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. M. Ildrem Medan Tahun 2020. *Jurnal Keperawatan Dan Fisioterapi (Jkf)*, 3(1), 125-131.
<https://doi.org/10.35451/jkf.v3i1.527>
- Yosep I. (2011). *Keperawatan Jiwa* (Edisi Revisi). Bandung: Refika Aditama
<http://repository.um-surabaya.ac.id/id/eprint/3356>
- Yusuf, A. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta Salemba