

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN JIWA DENGAN MASALAH UTAMA
GANGGUAN PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI PENDENGARAN
PADA Tn. N DENGAN DIAGNOSA MEDIS SKIZOFRENIA DI RUANG
IV B RUMKITAL Dr. RAMELAN
SURABAYA



Oleh :

ANJAR ADITYA ROCHMAH
NIM. 152.0004

PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA
2018

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA DENGAN MASALAH UTAMA GANGGUAN
PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI PENDENGARAN PADA Tn. N DENGAN
DIAGNOSA MEDIS SKIZOFRENIA DI RUANG VI B
RUMKITAL Dr. RAMELAN
SURABAYA**

**Karya Tulis Ilmiah ini diajukan sebagai salah satu syarat
Untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan**



**Oleh :
ANJAR ADITYA ROCHMAH
NIM. 152.0004**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA
2018**

SURAT PERNYATAAN

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

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

Surabaya, 09 Juli 2018



Anjar Aditya Rochmah
NIM .152.0004

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa:

Nama : ANJAR ADITYA ROCHMAH
N I M : 152.0004
Program Studi : D-III Keperawatan
Judul : **Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Masalah Utama Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran pada Tn. N dengan diagnosa medis Skizofrenia di Ruang VI B Rumkital Dr. Ramelan Surabaya**

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

AHLI MADYA KEPERAWATAN (AMd.Kep)

Surabaya, 09 Juli 2018

Pembimbing



Astrida B. M. Kep.,Ns.,Sp.Kep.Mat
NIP. 03.025

Mengetahui,
Stikes Hang Tuah Surabaya
Ka Prodi D-III Keperawatan



Dya Sustrani S. Kep.,Ns., M.Kes.
NIP. 03.007

Ditetapkan di : Stikes Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 09 Juli 2018

MOTTO & PERSEMBAHAN

” Perubahan diri memerlukan perjuangan, bukan dengan sekedar duduk diam. Berjuanglah demi perubahan diri dan perbetulkan keinginan kita.

Beri ruang pada perubahan “

Ku persembahkan karya sederhana ini kepada :

1. Ayah (Bapak Pardi) dan ibuku (Ibu Kastining) yang telah membesarkanku, membimbingku, memberiku motivasi, kasih sayang baik secara materi maupun moral serta do'a yang tak pernah putus.
2. Kakak saya Adi dan Keponakanku widya, bunga yang selalu ada buatku saat dirumah, yang selalu membantuku jika kesusahan
3. Dosen pembimbingku yaitu Pak shofa yang selalu sabar membimbing kelompok saya dan bu AV yang selalu memberikan masukan tentang KTI ini.
4. Teman-teman kelompokku yaitu putri dan aliffah dessy yang selalu melengkapi satu sama lain saat mengerjakan KTI sampai selesai
5. Keluarga besar dan teman-teman calon wanita sukses yaitu Hilda, Jeje, Linda, Titin, dan Shella yang selalu jadi teman terbaikku
6. Teman hidupku yang selalu Mendengarkan keluh kesahku, membantu disaat senang dan susah dan selalu disampingku yaitu Hilda Krismalisa Prabandari.
7. Teman-teman seperjuangan angkatan 21 Mahasiswa D3 Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya yang selalu kompak, selalu berjuang bersama, memberarti kebersamaan, dan semoga tali silaturrahi ini tak berhenti disini.

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah puji syukur dipanjatkan kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan.

Karya tulis ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Ahli Madya Keperawatan.

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

1. Laksamana Pertama TNI dr. I Dewa Gede Nalendra DI, Sp. B., Sp. BTKV (K)., Selaku Kepala Rumkital Dr. Ramelan Surabaya, yang telah memberikan izin dan lahan praktik untuk penyusunan Karya Tulis Ilmiah dan selama kami berada di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
2. Kolonel Laut (K/W) Wiwiek Liestyningrum, M.Kep, selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada kami untuk praktik di Rumkital Dr. Ramelan Surabaya dan menyelesaikan pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
3. Ibu Dya Sustrami, S.Kep., Ns., M.Kes, selaku Kepala Program Studi D-III Keperawatan yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.

4. Ibu Dr. A.V. Sri Suhardiningih, S.Kp.,M.Kes. selaku pembimbing I yang dengan tulus ikhlas bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan dan arahan dalam penyusunan penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
5. Bapak Shofa Chasani, S.kep.,Ns. Selaku pembimbing II, yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan bimbingan dalam penyusunan dalam penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Bapak dan ibu dosen Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi-materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan Karya Tulis Ilmiah ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulis selama menjalani studi dan penulisan.
7. Perpustakaan Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah menyediakan sumber pustaka dalam penyusunan dan penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
8. Keluarga yang selalu mendukung dan member dorongan, semangat serta do'a yang tak terkira selama proses pendidikan di Stikes Hang Tuah Surabaya.
9. Sahabat-sahabat seperjuangan dalam naungan Stikes Hang Tuah Surabaya khususnya yang telah memberikan dorongan dan semangat sehingga karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan, saya hanya dapat mengucapkan semoga hubungan silaturahmi ini tetap terjalin.
10. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya. Penulis hanya bias berdo'a semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini.

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

Surabaya, 09 Juli 2018

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
SURAT PERNYATAAN	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
MOTTO DAN PERSEMBAHAN	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
DAFTAR SINGKATAN	xiii

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penulisan	4
1.4 Manfaat Penulisan	5
1.5 Metode Penulisan	6
1.6 Sistematika Penulisan	7

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Skizofrenia.....	9
2.1.1 Pengertian Skizofrenia	9
2.1.2 Proses Terjadinya Skizofrenia.....	9
2.1.3 Tanda Dan Gejala Skizofrenia	11
2.1.4 Etiologi Skizofrenia	12
2.1.5 Jenis-jenis Skizofrenia	13
2.1.6 Pengobatan Skizofrenia.....	14
2.2 Konsep Komunikasi Terapeutik.....	15
2.2.1 Definisi Komunikasi Terapeutik	15
2.2.2 Tujuan Komunikasi Terapeutik.....	16
2.2.3 Manfaat Komunikasi Terapeutik.....	16
2.2.4 Teknik-Teknik Komunikasi Terapeutik	17
2.2.5 Tahap-Tahap Komunikasi Terapeutik.....	20
2.2.6 Faktor Yang Mempengaruhi Komunikasi Terapeutik	22
2.3 Konsep Halusinasi.....	23
2.3.1 Pengertian Halusinasi.....	23
2.3.2 Tanda Dan Gejala Halusinasi	24
2.3.3 Faktor Penyebab Halusinasi	25
2.3.4 Rentang Respon Halusinasi	28
2.3.5 Jenis-Jenis Halusinasi.....	29
2.3.6 Tahapan Terjadinya Halusinasi.....	30
2.4 Konsep Asuhan Keperawatan Halusinasi Pendengaran.....	31
2.4.1 Asuhan Keperawatan Halusinasi Pendengaran.....	31
2.4.2 Pengkajian Halusinasi Pendengaran	32
2.4.3 Diagnosa Keperawatan Halusinasi Pendengaran	35

2.4.4 Perencanaan Halusinasi Pendengaran	36
2.4.5 Implementasi Halusinasi Pendengaran	39
2.4.6 Evaluasi Halusinasi Pendengaran	40
BAB 3 TINJAUAN KASUS	
3.1 Pengkajian	41
3.1.1 Identitas Klien	41
3.1.2 Alasan Masuk	41
3.1.3 Faktor Predisposisi	42
3.1.4 Pemeriksaan Fisik	43
3.1.5 Psikososial	43
3.1.6 Status Mental	45
3.1.7 Kebutuhan Persiapan Pulang	48
3.1.8 Mekanisme Koping	51
3.1.9 Masalah Psikososial dan Lingkungan	51
3.1.10 Kurang Pengetahuan Tentang	52
3.1.11 Aspek Medis	52
3.1.12 Daftar Masalah Keperawatan	52
3.1.13 Diagnosa Keperawatan	53
3.2 Analisa Data	54
3.3 Pohon Masalah	56
3.4 Rencana Keperawatan	57
3.5 Implementasi dan Evaluasi	61
BAB 4 PEMBAHASAN	
4.1 Pengkajian	64
4.2 Diagnosa Keperawatan	66
4.3 Perencanaan	68
4.4 Tindakan Keperawatan	69
4.5 Evaluasi	71
BAB 5 PENUTUP	
5.1 Simpulan	73
5.2 Saran	75
DAFTAR PUSTAKA	77
LAMPIRAN	78

DAFTAR TABEL

2.3Jenis Halusinasi Menurut Data Subjektif dan Objektif.....	29
2.3Tahapan Terjadinya Halusinasi	30
3.2Analisa Data	54
3.4 Rencana Keperawatan.....	57
3.5 Tindakan Keperawatan dan Evalasi	61

DAFTAR GAMBAR

2.3 Rentng Respon Neurobiologi.....	28
2.4 Pohon Masalah Halusinasi pendengaran.....	35
3.1 Genogram.....	43
3.3 Pohon Masalah Klien Dengan Halusinasi Pendengaran	56

DAFTAR LAPIRAN

Lampiran 1 SPTK 1	83
Lampiran2 SPTK 2	86
Lampiran 3SPTK 3	88
Lampiran 4 Evaluasi Keampuan	91

DAFTAR SINGKATAN

BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
BB	: Berat Badan
cm	: Centimeter
DKK	: Dan Kawan Kawan
DO	: Data Objektif
DS	: Data Subjektif
Dr	: Dokter
DMP	: Dimetytransferase
DIII	: Diploma
Kg	: Kilo Gram.
mg	: Miligram.
mmHg	: Milimeter Air Raksa.
N	: Nadi.
NO	: Nomor
Tn	: Tuan
Pav	: Pavilliun
RR	: Respiratory Rate
RSAL	: Rumah Sakit Angkatan Laut.
RM	: Rekam Medis
S	: Suhu
SMP	: Sekolah Menengah Pertama
SP	: Strategi Pelaksanaan
SOAP	: Subyektif, Obyektif, Assesment, Planning
STIKES	: Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
TT	: Tanda Tangan
TGL	: Tanggal
TB	: Tinggi Badan.
TD	: Tekanan Darah.
TTV	: Tanda – Tanda Vital.
WHO	: World Health Organisation

WIB : Waktu Indonesia Barat
°C : Derajat Celcius.

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar belakang

Kesehatan jiwa masih menjadi salah satu permasalahan kesehatan yang signifikan di dunia, termasuk di Indonesia. Menurut data WHO (2016). Di Indonesia, dengan berbagai faktor biologis, psikologis dan sosial dengan keanekaragaman penduduk, maka jumlah kasus gangguan jiwa terus bertambah yang berdampak pada penambahan beban Negara dan penurunan produktivitas manusia untuk jangka panjang. Gangguan persepsi sensori (halusinasi) merupakan salah satu masalah keperawatan yang dapat di temukan pada pasien gangguan jiwa. Pasien merasakan sensasi berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan atau penghiduan tanpa stimulus yang nyata (Keliat dkk, 2007). Salah satu halusinasi yang paling sering dijumpai yaitu halusinasi pendengaran. Data Riskesdas 2013 menunjukkan prevalensi gangguan mental emosional yang ditunjukkan dengan gejala-gejala depresi dan kecemasan untuk usia 15 tahun ke atas mencapai sekitar 14 juta orang atau 6% dari jumlah penduduk Indonesia. Sedangkan prevalensi gangguan jiwa berat, seperti skizofrenia mencapai sekitar 400.000 orang atau sebanyak 1,7 per 1000 penduduk. Dari data yang didapatkan Dari data yang didapatkan di Ruang jiwa B Rumkital Surabaya mulai januari sampai bulan juni 2018, terdapat 96 pasien dengan skizofrenia dan terdapat 60 pasien. 28 perempuan dan 32 laki-laki dengan gangguan halusinasi (33,33 %). Penyebab adanya halusinasi ada dua yaitu karena faktor predisposisi dan faktor presipitasi. Pada faktor predisposisi bisa juga dikarenakan faktor perkembangan yang dimaksud adalah tugas

perkembangan klien misalnya rendahnya kontrol dan kehangatan keluarga menyebabkan klien tidak mampu mandiri sejak kecil, mudah frustrasi, hilang percaya diri dan lebih rentan terhadap stress. Adanya stres yang berlebihan dialami seseorang maka didalam tubuh akan dihasilkan suatu zat yang dapat bersifat halusinogenik neurokimia seperti buffofenon dan dimetytranferase (DMP). Sedangkan faktor genetik dan pola asuh penelitian menunjuk bahwa anak sehat yang diasuh oleh orangtua skizofrenia cenderung mengalami skizofrenia. Pada faktor presipitasi adanya faktor perilaku yaitu respons klien terhadap halusinasi berupa curiga, ketakutan, perasaan tidak aman, gelisah, dan bingung, perilaku merusak diri, kurang perhatian, tidak mampu mengambil keputusan serta tidak dapat membedakan keadaan nyata dan tidak nyata. Pada dimensi sosial penderita mengalami gangguan interaksi sosial klien menganggap bahwa hidup bersosialisasi di alam nyata sangat berbahaya, sedangkan pada dimensi spiritual klien mengalami kehampaan dalam hidupnya serta rutinitas yang tidak bermakna sehingga aktivitas ibadah hilang dan jarang berupaya secara spiritual untuk mensucikan diri. Penderita halusinasi jika tidak ditangani dengan baik akan berakibat buruk bagi pasien sendiri, keluarga, orang lain dan lingkungan (Yosep, 2014) . Menurut **Varcarolis** dalam Buku Yosep 2014 (Hal.223), Halusinasi dapat didefinisikan sebagai terganggunya persepsi sensori seseorang, dimana tidak dapat stimulus. Tipe halusinasi yang paling sering adalah halusinasi pendengaran (*Auditory-hearing voices or sounds*), penglihatan (*Visual-seeing persons or things*), penciuman (*Olfactory-smelling odors*), pengecap (*Gustatory-experiencing tastes*)` pasien merasakan stimulus yang sebetulnya tidak ada. Pasien merasakan ada suara

padahal tidak ada stimulus suara. Melihat bayangan seseorang atau sesuatu yang menakutkan padahal tidak ada bayangan tersebut. Membau bau-bauan tertentu padahal orang lain tidak merasakan sensasi serupa. Merasakan mengecap sesuatu padahal tidak sedang makan apapun. Merasakan sensasi rabaan padahal tidak ada apapun dalam permukaan kulit.

Halusinasi di pengaruhi oleh 2 faktor yaitu: faktor presdiposisi dan faktor presipitasi. Faktor presdiposisi adalah faktor yang mempengaruhi fungsi jenis dan jumlah sumber yang dapat dibangkitkan oleh individu untuk mengatasi stress. Faktor presdiposisi dapat meliputi faktor pengembangan, sosiokultural, biologis, psikologis dan genetik. Faktor presipitasi adalah stimulus yang di persiapkan oleh individu sebagai tantangan, ancaman, atau tuntutan yang memerlukan energy ekstra untuk menghadapinya. dimana di dalamnya terdapat perilaku seperti konsep diri rendah, keputusasaan, kehilangan motivasi, tidak mampu memenuhi kebutuhan spiritual. Menurut (Yosep, 2011).

Penanganan klien dengan halusinasi perawat bisa memberikan strategi keperawatan yaitu dengan membatu klien mengenal halusinasinya. Berupa isi halusinasi, waktu terjadinya halusinasi, frekuensi terjadinya halusinasi, situasi yang menyebabkan halusinasi muncul serta respons klien jika halusinasi muncul. Mengontrol halusinasi dengan cara menghardik selain itu bisa juga dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain, melakukan aktivitas terjadwal bisa juga mengurangi resiko halusinasi yang muncul, minum obat secara teratur dapat mengontrol halusinasi selain cara yang telah di sebutkan diatas. Dukungan keluarga untuk klien yang mengalami halusinasi sangatlah penting, karena dengan dukungan keluarga kepercayaan diri klien bisa kembali dan klien bias termotivasi

untuk sembuh serta keluarga juga bisa mempertahankan program pengobatan secara optimal. (Keliat, 2010)

Dalam hal ini perlu adanya pemberian asuhan keperawatan jiwa dengan dengan masalah keperawatan gangguan persepsi sensori : Halusinasi pendengaran melalui proses terapeutik yang membutuhkan kerjasama antara perawat dengan pasien, keluarga dan masyarakat untuk mencapai tingkat kesehatan optimal. Selain itu tim medis atau perawat dituntut menjalankan peran dan fungsinya secara optimal dalam mengatasi masalah ini.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas didapatkan rumusan masalah sebagai berikut: “Bagaimana Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Masalah Utama Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran pada Tn. N dengan Diagnosa Medis Skizofrenia di Ruang Paviliun 6B Rumkital Dr. Ramelan Surabaya”?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu mengidentifikasi Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Masalah Utama Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran pada Tn. N dengan Diagnosa Medis Skizofrenia di Ruang Paviliun 6 Rumkital dr. Ramelan Surabaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Masalah Utama Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran pada Tn. N dengan Diagnosa Medis Skizofrenia di Ruang Paviliun 6 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.

2. Merumuskan diagnosa Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Masalah Utama Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran pada Tn. N dengan Diagnosa Medis Skizofrenia di Ruang Paviliun 6 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.
3. Merencanakan Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Masalah Utama Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran pada Tn. N dengan Diagnosa Medis Skizofrenia di Ruang Paviliun 6 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.
4. Melaksanakan Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Masalah Utama Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran pada Tn. N dengan Diagnosa Medis Skizofrenia di Ruang Paviliun 6 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.
5. Mengevaluasi Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Masalah Utama Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran pada Tn. N dengan Diagnosa Medis Skizofrenia di Ruang Paviliun 6 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.
6. Mendokumentasikan Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Masalah Utama Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran pada Tn. N dengan Diagnosa Medis Skizofrenia di Ruang Paviliun 6 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.

1.4 Manfaat

Terkait dengan tujuan tugas akhir ini diharapkan dapat memberi manfaat:

1. Dari segi akademik, merupakan sumbangan untuk ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran
2. Dari segi praktis, tugas ini bermanfaat bagi:
 - a. Bagi pelayanan keperawatan ini akan bermanfaat bagi

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

b. Untuk penulis

Hasil karya tulis ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi para penulis berikutnya yang akan melakukan studi kasus pada asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran

1.5 Metode Penulisan

1. Metode

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

2. Teknik Pengumpulan Data

a. Wawancara

Hasil data diambil/diperoleh melalui percakapan baik dengan klien maupun tim kesehatan lain.

b. Observasi

Hasil data yang diambil ketika wawancara berlangsung dan sesuai dengan kondisi pasien.

c. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik yang dapat menunjang dalam menegakkan diagnosa dan penanganan selanjutnya.

3. Sumber Data

a. Data primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari pasien.

b. Data sekunder

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

4. Studi Kepustakaan

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

1.6 Sistematika Penulisan

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

1. Bagian awal, memuat halaman judul, surat pernyataan, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, pengantar, daftar isi, daftar tabel, daftar gambar dan daftar lampiran.
2. Bagian inti, terdiri dari lima bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub bab sebagai berikut ini :

BAB 1 :

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

BAB 2 :

Tinjauan Pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan jiwa masalah utama Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi

Pendengaran pada Tn. N dengan Diagnosa Medis Skizofrenia di Ruang Pav VI
Rumkital dr. Ramelan Surabaya.

BAB 3 :

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

BAB 4 :

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

BAB 5 :

Penutup, berisi tentang simpulan dan saran.

3. Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab 2 ini akan diuraikan tentang konsep teoritis sebagai landasan dalam studi kasus yang meliputi : Konsep skizofrenia, Konsep halusinasi, Konsep Komunikasi Terapeutik, dan Konsep asuhan keperawatan

2.1 Konsep Dasar Skizofrenia

2.1.1 Pengertian Skizofrenia

Skizofrenia merupakan bentuk gangguan psikotik (penyakit mental berat yang relative sering (Davies & Craig 2009).

Menurut Nancy Andreasen (2008) dalam *Broken Brain, The Biological Revolution in Psychiatry*, bahwa bukti-bukti terkini tentang serangan skizofrenia merupakan suatu hal yang melibatkan banyak sekali faktor. Faktor-faktor itu meliputi perubahan struktur fisik otak, perubahan struktur kimia otak, dan faktor genetik.

Melinda Hermann (2008), mendefinisikan skizofrenia sebagai penyakit neurologis yang mempengaruhi persepsi klien, cara berpikir, bahasa, emosi, dan perilaku sosialnya (*neurological disease that affects a person's perception, thinking, language, emotion, and social behavior*).

2.1.2 Proses Terjadinya Skizofrenia

Di dalam otak terdapat milyaran sambungan sel. Setiap sambungan sel menjadi tempat untuk meneruskan maupun menerima pesan dari sambungan sel yang lain. sambungan sel tersebut melepaskan zat kimia yang disebut *neurotransmitters* yang membawa pesan dari ujung sambungan sel yang satu ke ujung sambungan sel

yang lain. Di dalam otak yang terserang skizofrenia, terdapat kesalahan atau kerusakan pada sistem komunikasi tersebut.

Bagi keluarga dengan penderita skizofrenia di dalamnya, akan mengerti dengan jelas apa yang dialami penderita skizofrenia dengan membandingkan otak dengan telepon. Pada orang normal, sistem switch pada otak bekerja dengan normal. Sinyal-sinyal persepsi yang datang dikirim kembali dengan sempurna tanpa gangguan sehingga menghasilkan perasaan, pemikiran, dan akhirnya melakukan tindakan sesuai kebutuhan saat itu. Pada otak klien dengan skizofrenia sinyal-sinyal yang dikirim mengalami gangguan sehingga tidak berhasil mencapai sambungan yang dituju.

Skizofrenia terbentuk secara bertahap dimana keluarga maupun klien tidak menyadari ada sesuatu yang tidak beres dalam otaknya dalam kurun waktu yang lama. Kerusakan yang perlahan-lahan ini yang akhirnya menjadi skizofrenia yang tersembunyi dan berbahaya. Gejala yang timbul secara perlahan-lahan ini bisa saja menjadi skizofrenia akut. Periode skizofrenia akut adalah gangguan yang singkat dan kuat, yang meliputi halusinasi, penyesatan pikiran (delusi), dan kegagalan berpikir.

Kadang kala skizofrenia menyerang secara tiba-tiba. Perubahan perilaku sangat dramatis terjadi dalam beberapa hari atau beberapa minggu. Serangan yang mendadak selalu memicu terjadinya periode akut secara cepat. Beberapa penderita mengalami gangguan seumur hidup, tapi banyak juga yang bisa kembali hidup secara normal dalam periode akut tersebut. Kebanyakan didapati bahwa mereka dikucilkan, menderita depresi yang hebat, dan tidak dapat berfungsi sebagaimana layaknya orang normal dalam lingkungannya.

Dalam beberapa kasus, serangan dapat meningkat menjadi apa yang disebut skizofrenia kronis. Klien buas, kehilangan karakter sebagai manusia dalam kehidupan sosial, tidak memiliki motivasi sama sekali, depresi dan tidak memiliki kepekaan tentang perasaannya sendiri (Yosep, 2011).

2.1.3 Tanda dan Gejala Skizofrenia

Secara general gejala serangan skizofrenia dibagi menjadi 2 yaitu, gejala positif dan gejala negatif.

1. Gejala positif

Halusinasi selalu terjadi saat rangsangan terlalu kuat dan otak tidak mampu menginterpretasikan dan merespons pesan atau rangsangan yang datang. Klien skizofrenia mungkin mendengar suara-suara atau melihat sesuatu yang sebenarnya tidak ada, atau mengalami suatu sensasi yang tidak biasa pada tubuhnya. *Auditory hallucinations*, gejala yang biasanya timbul, yaitu klien merasakan ada suara dari dalam dirinya. Kadang suara itu dirasakan menyejukkan hati, member kedamaian, tapi kadang suara itu menyuruhnya melakukan sesuatu yang sangat berbahaya, seperti bunuh diri.

Penyesatan pikiran (delusi) adalah kepercayaan yang kuat dalam menginterpretasikan sesuatu yang kadang berlawanan dengan kenyataan. Misalnya pada penderita skizofrenia, lampu trafik di jalan raya yang berwarna merah-kuning-hijau, dianggap sebagai suatu isyarat dari luar angkasa. Beberapa penderita skizofrenia berubah menjadi seorang paranoid. Mereka selalu merasa sedang diamat-amati, diintai, atau hendak diserang.

Kegagalan berpikir mengarah kepada masalah dimana klien skizofrenia tidak mampu memproses atau mengatur pikirannya membuat mereka berbicara secara serampangan dan tidak bisa ditangkap secara logika. Keidakmampuan dalam berpikir mengakibatkan ketidakmampuan mengendalikan emosi dan perasaan. Hasilnya, kadang penderita skizofrenia tertawa atau berbicara sendiri dengan keras tanpa memedulikan sekelilingnya.

2. Gejala negatif

Klien skizofrenia kehilangan motivasi dan apatis berarti kehilangan energi dan minat dalam hidup yang membuat klien menjadi orang yang malas. Karena klien skizofrenia hanya memiliki energi yang sedikit, mereka tidak bisa melakukan hal-hal yang lain selain tidur dan makan. Perasaan yang tumpul membuat emosi klien skizofrenia menjadi datar. Klien skizofrenia tidak memiliki ekspresi baik dari raut muka maupun gerakan tangannya, seakan-akan dia tidak memiliki emosi apapun. Tapi ini tidak berarti bahwa klien skizofrenia tidak bisa merasakan apapun. Mereka mungkin bisa menerima pemberian dan perhatian orang lain, tetapi tidak bisa mengekspresikan perasaan mereka. (Yosep, 2011).

2.1.4 Etiologi Skizofrenia

Terdapat bukti yang kuat adanya komponen genetik, dengan meningkatnya jumlah penderita skizofrenia dan psikosis afektif pada keluarga penderita skizofrenia. Risiko berkembang menjadi penderita skizofrenia diperkirakan sebesar 50% pada seseorang yang memiliki saudara kembar monozigot yang menderita skizofrenia dan 15% pada kembar dizigot. Kajian adoptif menunjukkan bahwa keturunan penderita skizofrenia yang diadopsi keluarga lain akan memiliki peluang yang meningkat

(sekitar 12%) menderita penyakit tersebut. Diperkirakan bahwa sejumlah gen yang mempengaruhi perkembangan otak memperbesar kerentanan menderita skizofrenia (Katona Cornelius, Claudia cooper & Mary Robbertson 2012)

2.1.5 Jenis-Jenis Skizofrenia

Menurut Maramis (2009) jenis-jenisnya sebagai berikut:

1. Skizofrenia Paranoid

Skizofrenia paranoid agak berlainan dari jenis-jenis yang lain dalam jalannya penyakit. Skizofrenia hebefrenik dan katatonik sering lama kelamaan menunjukkan gejala-gejala skizofrenia simplex, atau gejala-gejala hebefrenik dan katatonik bercampuran. Tidak demikian halnya dengan skizofrenia paranoid yang jalannya agak konstan. Gejala-gejala yang mencolok adalah waham primer, disertai dengan waham-waham sekunder dan halusinasi. Baru dengan pemeriksaan yang teliti ternyata ada juga gangguan gangguan proses berpikir, gangguan afek, emosi dan kemauan.

2. Skizofrenia Hebefrenik

Permulaannya perlahan-lahan subakut dan sering timbul pada masa remaja atau antara 15-25 tahun. Gejala yang mencolok adalah : gangguan proses berpikir, gangguan kemauan dan adanya depersonalisasi atau *double personality*. Gangguan psikomotor seperti *mannerism*, neologisme atau perilaku kekanak-kanakan sering terdapat pada skizofrenia hebefrenik. waham dan halusinasinya banyak sekali.

3. Skizofrenia Katatonik

Timbulnya pertama kali antara umur 15-30 tahun, dan biasanya akut serta sering didahului oleh stres emosional. Mungkin terjadi gaduh-gelisah katatonik atau stupor katatonik.

4. Skizofrenia Simplex

Sering timbul pertama kali pada masa pubertas. Gejala utama pada jenis simplex adalah kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan. Gangguan proses berpikir biasanya sukar ditemukan. Waham dan halusinasi jarang sekali terdapat. Jenis ini timbulnya perlahan-lahan sekali. Pada permulaan mungkin penderita mulai kurang memperhatikan keluarganya atau mulai menarik diri dari pergaulan. Makin lama ia makin mundur dalam pekerjaan atau pelajaran dan akhirnya menjadi penganggur. Bila tidak ada yang menolongnya ia mungkin akan menjadi pengemis, pelacur atau “penjahat”.

5. Skizofrenia Residual

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

2.1.6 Pengobatan Skizofrenia

Terapi awal dengan obat antipsikosis merupakan pengobatan utama untuk mengurangi gejala yang tidak menyenangkan dan berbahaya. Terapi ini pertama memerlukan obat penyekat dopamin seperti haloperidol, chlorpromazine, trifluoperazine, sulpride, dan pimazoid. Beberapa obat tersebut hanya tersedia dalam bentuk sediaan oral, dan efek sedatif dan sifat ansietasnya beragam, begitu pula dengan efek sampingnya.

Terapi lanjutan – injeksi depot dengan efek lepas lambat yang stabil dalam waktu satu hingga empat minggu sangat bermanfaat. Obat tersebut meningkatkan kepatuhan, suatu masalah utama pada pasien dengan *insight* yang buruk.

Efek samping merupakan masalah umum, terutama yang melibatkan pergerakan. benzodiazepine sangat berguna untuk mengobati masalah - masalah yang sering ditemukan seperti rangsangan atau ansietas yang berlebihan atau sulit tidur.

Obat antipsikosis “atipikal” terbaru, seperti clozapine atau resperidone, memiliki kerja penyekat tambahan pada reseptor serotonin yang tampaknya mengurangi efek samping dan gejala negatif. Perkembangan obat yang lebih “bersih” tersebut merupakan salah satu aspek yang paling menarik dalam penatalaksanaan skizofrenia (Davies & Craig 2009).

2.2 Konsep Komunikasi Terapeutik

2.2.1 Definisi

Komunikasi Teraupetik Komunikasi adalah proses perpindahan informasi dari pengirim pesan kepada penerima pesan dengan tujuan saling mempengaruhi satu dengan yang lain dengan tujuan mendapatkan sebuah kesepakatan baik dalam hubungan individu, kelompok, maupun masyarakat secara luas (Priyanto 2014). Sedangkan Menurut Afnuhazi (2014), Komunikasi teraupetik adalah komunikasi yang direncanakan secara sadar, bertujuan dan kegiatannya di pusatkan untuk kesembuhan pasien. Suasana yang menggambarkan komunikasi terapeutik adalah apabila dalam berkomunikasi dengan klien, perawat mendapatkan gambaran yang

jelas tentang kondisi klien yang sedang dirawat, mengenai tanda dan gejala yang ditampilkan serta keluhan yang dirasakan (Nasir, 2009)

2.2.2 Tujuan komunikasi terapeutik

Menurut Afnuhazi (2014), tujuan komunikasi terapeutik adalah membantu klien menjelaskan dan mengurangi beban perasan dan ikiran serta dapat mengambil tindakan untuk mengubah situasi yang ada bila klien percaya pada hal yang diperlukan, mengurangi keraguan, membantu dalam hal mengambil tindakan yang efektif dan mempertahankan kekuatan egonya serta mempengaruhi orang lain, lingkungan fisik dan dirinya sendiri. Tujuan komunikasi terapeutik diarahkan pada pertumbuhan klien yang meliputi :

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

2.2.3 Manfaat komunikasi terapeutik

Manfaat komunikasi terapeutik (Damayanti, 2008) adalah:

- 1) Mendorong dan menganjurkan kerja sama antar perawat dengan pasien melalui hubungan perawat – klien.

- 2) Mengidentifikasi, mengungkapkan perasaan dan mengkaji masalah serta mengevaluasi tindakan yang dilakukan oleh perawat

2.2.4 Teknik-teknik komunikasi terapeutik

Khotimah, Marsito, dkk (2012) menyatakan bahwa pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat sangat mempengaruhi tingkat kepuasan yang dirasakan pasien. Teknik dalam pelaksanaan komunikasi terapeutik sangat penting untuk diperhatikan. Semakin baik pelaksanaan teknik komunikasi terapeutik, maka semakin baik pula kepuasan yang dirasakan pasien. Hasil penelitian Fanada (2012) juga mendukung penelitian tersebut yang menyatakan bahwa penting bagi perawat untuk memperhatikan teknik-teknik dalam melaksanakan komunikasi terapeutik, dimana hal tersebut juga dapat diterapkan pada pasien halusinasi pendengaran. Tenaga keperawatan harus memahami dan mampu menerapkan tahap-tahap dalam proses komunikasi terapeutik pada pasien waham. Pelaksanaan setiap komunikasi terapeutik dengan teknik yang baik dan benar dapat mendorong pasien halusinasi pendengaran mau berinteraksi.

1) Mendengarkan

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

2) Menunjukkan penerimaan

Menerima bukan berarti menyetujui, melainkan bersedia untuk mendengarkan orang lain tanpa menunjukkan sikap ragu atau penolakan. Dalam hal ini sebaiknya perawat

tidak menunjukkan ekspresi wajah yang menunjukkan ketidaksetujuan atau penolakan. Selama klien berbicara sebaiknya perawat tidak menyela atau membantah. Untuk menunjukkan sikap penerimaan sebaiknya perawat menanggukkan kepala dalam merespon pembicaraan klien.

3) Mengulang pernyataan klien

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

4) Klarifikasi Apabila terjadi kesalahpahaman

Perawat perlu menghentikan pembicaraan untuk meminta penjelasan dengan menyamakan pengertian. Ini berkaitan dengan pentingnya informasi dalam memberikan pelayanan keperawatan. Klarifikasi diperlukan untuk memperoleh kejelasan dan kesamaan ide, perasaan, dan persepsi.

5) Memfokuskan Pembicaraan

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

6) Menyampaikan Hasil Pengamatan

Perawat perlu menyampaikan hasil pengamatan terhadap klien untuk mengetahui bahwa pesan dapat tersampaikan dengan baik. Perawat menjelaskan kesan yang didapat dari isyarat nonverbal yang dilakukan oleh klien. Dengan demikian akan

menjadikan klien berkomunikasi dengan lebih baik dan terfokus pada permasalahan yang sedang dibicarakan.

7) Menawarkan Informasi.

Penghayatan kondisi klien akan lebih baik apabila ia mendapat informasi yang cukup dari perawat. Memberikan informasi yang lebih lengkap merupakan pendidikan kesehatan bagi klien. Apabila ada informasi yang tidak disampaikan oleh dokter, perawat perlu meminta penjelasan alasannya. Perawat dimungkinkan untuk memfasilitasi klien dalam pengambilan keputusan, bukan menasihatinya.

8) Diam

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

9) Menunjukkan Penghargaan

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

10) Refleksi

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

mengemukakan pendapatnya, untuk membuat keputusan, dan memikirkan dirinya sendiri. Stuart, (2007) & meidiana (2008).

2.2.5 Tahap-tahap komunikasi teraupetik

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

1) Tahap pre interaksi

Tahap ini adalah masa persiapan sebelum memulai berhubungan dengan klien.

Tugas perawat pada tahap ini, yaitu:

- a) Mengeksplorasi perasaan, harapan dan kecemasannya
- b) Menganalisa kekuatan dan kelemahan diri dengan analisa diri ia akan terlatih untuk memaksimalkan dirinya agar bernilai terapeutik bagi klien.
- c) Mengumpulkan data tentang klien, sebagai dasar dalam membuat rencana interaksi
- d) Membuat rencana pertemuan secara tertulis, yang akan diimplementasikan saat bertemu dengan klien.

2) Tahap orientasi

Tahap ini dimulai pada saat bertemu pertama dengan klien. Saat pertama kali bertemu dengan klien fase ini digunakan perawat untuk berkenalan dengan klien dan merupakan langkah awal dalam membantu hubungan saling percaya. Tugas utama perawat pada tahap ini adalah memberikan situasi lingkungan yang peka dan

menunjukkan penerimaan, serta membantu klien dalam mengekspresikan perasaan dan pikirannya.

Tugas-tugas perawat pada tahap ini adalah:

- a) Membantu hubungan saling percaya, menunjukkan sikap penerimaan dan komunikasi terbuka. Untuk membina hubungan saling percaya perawat harus terbuka, jujur, ikhlas, menerima klien apa adanya, menepati janji dan menghargai klien.
- b) Merumuskan kontrak bersama klien. Kontrak yang harus disetujui bersama dengan klien yaitu tempat, waktu dan topik pertemuan.
- c) Mengenal perasaan dan pikiran serta mengidentifikasi masalah klien.
- d) Merumuskan tujuan dengan klien.

Hal yang perlu diperhatikan pada fase ini antara lain: memberikan salam terapeutik disertai mengulurkan tangan, jabat tangan, memperkenalkan diri perawat, menyepakati kontrak, melengkapi kontrak, evaluasi dan validasi, menyepakati masalah.

3) Tahap kerja

Tahap ini merupakan inti dari keseluruhan proses komunikasi terapeutik. Tahap ini perawat bersama klien mengatasi masalah yang dihadapi klien. Tahap ini berkaitan dengan pelaksanaan rencana asuhan yang telah diterapkan. Teknik komunikasi yang sering digunakan perawat antara lain mengeksplorasi, mendengarkan dengan aktif, refleksi, berbagai persepsi, memfokuskan dan menyimpulkan.

4) Tahap terminasi

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

- a) Mengevaluasi pencapaian tujuan interaksi yang telah dilakukan, evaluasi ini disebut evaluasi objektif
- b) Melakukan evaluasi subjektif dilakukan dengan menanyakan perasaan klien setelah berinteraksi atau setelah melakukan tindakan tertentu.
- c) Menyetujui tindak lanjut terhadap interaksi yang telah dilakukan.
- d) Membuat kontrak untuk pertemuan berikutnya, kontrak yang perlu disepakati adalah topik, waktu dan tempat pertemuan.

2.2.6 Faktor yang mempengaruhi komunikasi terapeutik

Menurut Potter and Perry (1987) dalam Yusman (2013) adalah :

- 1) Persepsi: suatu bentuk penerimaan tentang sesuatu yang terjadi disekitarnya, berkaitan dengan panca indra manusia.
- 2) Nilai: suatu keyakinan yang sangat dekat dengan masalah etika yang dianut seseorang.
- 3) Emosi: situasi yang dirasakan berkaitan dengan keadaan subjektif seseorang dilingkungannya.

- 4) Latar belakang social budaya: faktor ini menjadi pedoman perawat dalam berinteraksi dengan klien.
- 5) Pengetahuan: hasil dari pendidikan dengan harapan perawat dapat berinteraksi dengan pasien yang memiliki perbedaan tingkat pengetahuan.
- 6) Peran dan hubungan: seseorang mampu menempatkan diri ketika berinteraksi dengan orang lain dan dapat menjalin hubungan sesuai dengan peran masing-masing
- 7) Kondisi lingkungan: lingkungan social sebagai tempat komunikasi berlangsung.

2.3 Konsep Halusinasi

2.3.1 Pengertian Halusinasi

Halusinasi adalah penginderaan tanpa rangsangan eksternal yang berhubungan dengan salah satu jenis indera tertentu yang khas (Kaplan dan Saddock 1997, Dalam buku Rusdi Dermawan. D 2013).

Halusinasi adalah gerakan penyerapan (persepsi) panca indera tanpa ada rangsangan dari luar yang dapat meliputi semua sistem panca indera terjadi pada saat kesadaran individu penuh / baik (Depkes RI 2000, Dalam buku Rusdi Dermawan. D 2013).

Halusinasi merupakan salah satu respon maladaptive individu yang berada dalam rentang neuro biologi (Stuart dan Laraia 2005 Dalam buku Rusdi Dermawan. D 2013)

Menurut *Varcarolis*, Halusinasi dapat didefinisikan sebagai terganggunya persepsi sensori seseorang, dimana tidak terdapat stimulus. Tipe halusinasi yang paling sering adalah halusinasi pendengaran (*Auditory-hearing voices or sounds*),

penglihatan (*Visual-seeing persons or things*), penciuman (*Olfactory-smelling odors*), pengecapan (*Gustatory-experiencing tastes*).

Paien merasakan stimulus yang sebetulnya tidak ada. Pasien merasa ada suara padahal tidak ada stimulus suara. Melihat bayangan orang atau sesuatu yang menakutkan padahal tidak ada bayangan tersebut. Membau bau-bauan tertentu padahal orang lain tidak merasakan sensasi serupa. Merasakan mengecap sesuatu padahal tidak sedang akan apapun dalam permukaan kulit.

2.3.2 Tanda dan Gejala Halusinasi

Menurut Hamid (2000), perilaku klien yang terkait dengan halusinasi adalah sebagai berikut :

1. Bicara sendiri
2. Senyum sendiri
3. Ketawa sendiri
4. Menggerakkan bibir tanpa suara
5. Pergerakan mata yang cepat
6. Respon verbal yang lambat
7. Menarik diri dari orang lain
8. Berusaha untuk menghindari orang lain
9. Tidak dapat membedakan yang nyata dan tidak nyata
10. Terjadi peningkatan denyut jantung, pernafasan dan tekanan darah
11. Perhatian dengan lingkungan yang kurang atau hanya beberapa detik
12. Berkonsentrasi dengan pengalaman sensori

13. Sulit berhubungan dengan orang lain
14. Ekspresi muka tegang
15. Mudah tersinggung, jengkel, dan marah
16. Tidak mampu mengikuti perintah dari perawat
17. Tampak tremor dan berkeringat
18. Perilaku panik
19. Agitasi dan kataton
20. Curiga dan bermusuhan
21. Bertindak merusak diri, orang lain dan lingkungan
22. Ketakutan
23. Tidak mengurus diri
24. Biasa terdapat disorientasi, waktu, tempat dan, orang

2.3.3 Faktor Penyebab halusinasi

a. Faktor predisposisi

menurut Yosep (2014) faktor predisposisi klien dengan halusinasi di bagi 5 faktor :

1) Faktor perkembangan

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

2) Faktor sosiokultural

Seseorang yang merasa tidak diterima di lingkungannya sejak bayi (*unwanted child*) akan merasa disingkirkan, kesepian, dan tidak percaya pada lingkungannya.

3) Faktor biokimia

Mempunyai pengaruh terhadap terjadinya gangguan jiwa. Adanya stress yang berlebihan dialami seseorang maka di dalam tubuh akan dihasilkan suatu zat yang bersifat halusinogenik neurokimia. Akibat stress berkepanjangan menyebabkan teraktivitasnya neurotransmitter otak. Misalnya terjadi ketidakseimbangan acetylcholin dan dopamin.

4) Faktor 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 hayal.

5) Faktor genetik dan pola asuh

Penelitian menunjukkan bahwa anak sehat yang diasuh oleh orang tua schizofrenia cenderung mengalami skizofrenia. Hasil studi menunjukkan bahwa faktor keluarga menunjukkan hubungan yang sangat berpengaruh pada penyakit ini.

b. faktor presipitasi

menurut (Rawlins dan Heacock 1993, dikutip dari buku yosep 2014) mencoba memecahkan masalah halusinasi berlandaskan atas hakikat keberadaan seorang individu sebagai makhluk yang dibangun atas dasar unsur-unsur bio-psiko-sosio-spiritual. Sehingga halusinasi dapat dilihat dari lima dimensi yaitu :

1) Dimensi fisik

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

2) 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 sesuatuterdapat ketakutan tersebut

3) Dimensi intelektual

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 tak jarang akan mengontrol semua perilaku klien.

4) Dimensi sosial

Klien mengalami gangguan interaksi sosial dalam fase awal dan comforting, klien menganggap bahwa hidup bersosialisasi di dalam bersosialisasi didalam 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. Isi halusinasi dijadikan sistem kontrol oleh individu tersebut, sehingga jika perintah halusinasi berupa ancaman, dirinya atau orang lain individu cenderung untuk itu. Oleh karena itu, aspek penting dalam melaksanakan intervensi keperawatan klien dengan mengupayakan suatu proses interaksi yang menimbulkan pengalaman interpersonal yang memuaskan, serta mengusahakan klien tidak menyendiri

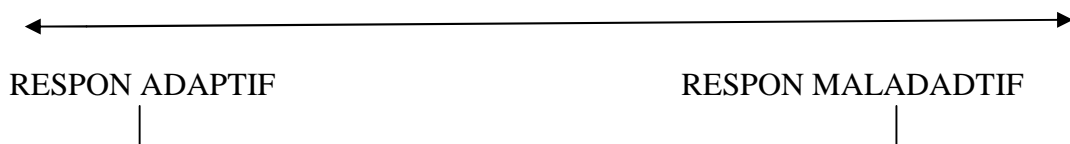
sehingga klien selalu berinteraksi dengan lingkungannya dengan halusinasi tidak berlangsung.

5) Dimensi spiritual

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

2.3.4 Rentang Respon Halusinasi

Halusinasi adalah hilangnya kemampuan manusia dalam membedakan rangsangan internal (pikiran) dan rangsangan eksternal (dunia luar). klien memberi persepsi atau pendapat tentang lingkungan tanpa ada objek atau rangsangan yang nyata.



○ Pikiran logis	- Distorsi pikiran	○ Gangguan pikir/
○ Persepsi akurat	- Ilusi	delusi
○ Emosi konsisten	- Reaksi emosi >/<	○ Sulit merespon
dengan	- Perilaku aneh/	emosi
Pengalaman.	Tidak biasa	○ Perilaku disorgan-
○ Perilaku sesuai	- Menarik diri	isasi

- Berhubungan sosial
- Isolasi sosial

Gambar 2.3 Rentang respon neurobiologi (Stuart dan Laraia, 2005)

2.3.5 Jenis-Jenis Halusinasi

1. Halusinasi Pendengaran (Auditory)

Klien mendengar suara dan bunyi tidak berhubungan dengan stimulasi nyata dan orang lain tidak mendengarnya.

2. Halusinasi Penglihatan (visual)

Klien melihat gambar yang jelas atau samar tanpa stimulus yang nyata dan orang lain tidak melihat

3. Halusinasi penciuman (Olfactory)

Klien mencium bau yang muncul dari sumber tentang tanpa stimulus yang nyata dan orang lain tidak mencium

4. Halusinasi pengecapan (Gusfactory)

Klien merasa makan sesuatu yang tidak nyata. Biasa merasakan makanan yaang tidak enak.

5. Halusinasi perabaan (Taktil)

Klien merasakan sesuatu pada kulit tanpa stimulus yang nyata.

Tabel 2.3 Jenis halusinasi menurut data subjektif dan objektif (Keliat, 2009)

Jenis Halusinasi	Data Objektif	Data Subjektif
Dengar /Suara	Bicara atau tertawa sendiri Marah tanpa sebab	Mendengar suara-suara atau kegaduhan Mendengar suara yang

	Mencondongkan telinga ke arah tertentu Menutup telinga	mengajak bercakap-cakap Mendengar suara memerintah melakukan sesuatu yang berbahaya
Penglihatan	Menunjuk-nunjuk ke arah tertentu Ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas	Melihat bayangan, sinar, bentuk geometris, bentuk kartun, melihat hantu atau monster
Penghidu	Tampak seperti sedang mencium bau-bauan tertentu Menutup hidung	Mencium bau-bauan, seperti bau darah, urine, feses, terkadang bau yang menyenangkan
Pengecapan	Sering meludah Muntah	Merasakan rasa seperti darah, urine, feses
Perabaan	Menggaruk-garuk permukaan kulit	Mengatakan ada serangga di permukaan kulit Merasa seperti tersengat listrik

2.3.6 Tahapan terjadinya halusinasi

Tabel 2.3 Tahapan terjadinya halusinasi (Yosep, 2010)

<p>Stage 1 : <i>Sleep Disorder</i></p> <p>Fase awal seseorang sebelum muncul halusinasi</p>	<p>Klien merasa banyak masalah, ingin menghindari dari lingkungan, takut diketahui orang lain bahwa dirinya banyak masalah. Masalah makin terasa sulit karena berbagai stressor terakumulasi, misalnya kekasih hamil, terlibat narkoba, dkhianati kekasih, masalah dikampus, <i>drop out</i> dan sebagainya. Masalah terasa menekan karena terakumulasi sedangkan <i>support system</i> kurang dan persepsi terhadap masalah sangat buruk. Sulit tidur berlangsung terus-menerus sehingga terbiasa menghayal. Klien menganggap lamunan-lamunan awal tersebut sebagai pemecahan masalah.</p>
<p>Stage II : <i>Comforting Moderate Level of Anxiety</i></p> <p>Halusinasi secara umum ia terima sebagai sesuatu yang alami</p>	<p>Pasien mengalami emosi yang berlanjut seperti adanya perasaan cemas, kesepian, perasaan berdosa, ketakutan dan mencoba memusatkan pikiran pada timbulnya kecemasan. Ia beranggapan bahwa pengalaman pikiran dan sensorinya dapat ia</p>

	kontrol bila kecemasannya diatur, dalam tahap ini ada kecenderungan klien merasa nyaman dengan halusinasinya
<p>Stage III : <i>Condemning Severe Level of Anxiety</i></p> <p>Secara umum halusinasi sering mendatangi klien</p>	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.
<p>Stage IV : <i>Controlling Severe Level of Anxiety</i></p> <p>Fungsi sensori menjadi tidak relevan dengan kenyataan</p>	Klien mencoba melawan suara-suara atau sensori abnormal yang datang. Klien dapat merasakan kesepian bila halusinasinya berakhir. Dari sinilah dimulai fase gangguan psikotik.
<p>Stage V : <i>Conquering Panic Level of Anxiety</i></p> <p>Klien mengalami gangguan dalam menilai lingkungannya</p>	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 minimal 4 jam atau seharian bila klien tidak mendapatkan komunikasi terapeutik terjadi gangguan psikotik berat.

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan Halusinasi Pendengaran

2.4.1 Asuhan Keperawatan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran

Proses keperawatan menjelaskan bagaimana perawat mengelola asuhan pada individu, keluarga, kelompok, dan komunitas dengan pendekatan penyelesaian masalah yang sistematis dalam pemberian asuhan keperawatan. Saat ini proses keperawatan dijelaskan sebagai proses siklik lima bagian yang meliputi pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi (Damaiyanti dan Iskandar, 2012)

2.4.2 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan. Tahap pengkajian terdiri atas pengumpulan data dan perumusan kebutuhan, atau masalah klien. Data yang dikumpulkan meliputi data biologis, psikologis, sosial, dan spiritual (Keliat, 2005). Isi pengkajian meliputi :

1. Identitas

Di dalam identitas berisikan nama, usia, alamat, pendidikan, pekerjaan, agama dan status perkawinan.

2. Alasan masuk

Biasanya klien masuk dengan alasan perilaku yang berubah misalnya tertawa sendiri, marah-marah sendiri ataupun terkadang berbicara sendiri

3. Faktor predisposisi

a. faktor perkembangan

Jika rendahnya kontrol dan kehangatan keluarga menyebabkan individu tidak mampu mandiri sejak kecil, mudah frustrasi, hilang percaya diri dan lebih rentan terhadap stress adalah merupakan salah satu tugas perkembangan yang terganggu.

b. Faktor sosiokultural

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

c. Faktor biokimia

Mempunyai pengaruh terhadap terjadinya gangguan jiwa. Adanya stress yang berlebihan dialami individu maka di dalam tubuh akan dihasilkan suatu zat yang dapat bersifat halusinogenik neurokimia seperti *Buffenon* dan *Dimetytransferase*

(DMP) akibat stress berkepanjangan menyebabkan teraktifasinya neurotransmitter otak, misal terjadi ketidakseimbangan acetylcholin dan dopamine.

d. Faktor psikologik

Tipe kepribadian yang lemah dan tidak bertanggung jawab mudah terjerumus pada penyalahgunaan zat adiktif. Selain itu ibu yang pencemas, overprotektif, dingin, tidak sensitive, pola asuh tidak adekuat, konflik perkawinan, koping tidak adekuat juga berpengaruh pada ketidakmampuan individu dalam mengambil keputusan yang tepat demi masa depannya. Klien lebih memilih kesenangan sesaat dan lari dari alam nyata menu alam hayal.

e. Faktor genetik dan pola asuh

Penelitian menunjukkan bahwa anak yang di asuh oleh orangtua skizofrenia cenderung akan mengalami skizofrenia juga.

4. Faktor presipitasi

Dimana di dalamnya terdapat perilaku seperti konsep diri rendah, keputusasaan, kehilangan motivasi, tidak mampu memenuhi kebutuhan spiritual, bertindak berbeda dengan orang lain, kurang keterampilan sosial, perilaku agresif dan amuk.

5. Fisik

Mengukur dan observasi tanda-tanda vital, mengukur tinggi badan dan berat badan klien, menanyakan keluhan yang dialami klien .

6. Psikososial

a. Genogram

Membuat genogram tiga generasi yang menggambarkan hubungan klien dan keluarga.

b. Konsep diri

Di dalam konsep diri terdapat citra tubuh klien, identitas diri klien, peran klien, ideal diri klien, dan harga diri klien.

c. Hubungan sosial

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

d. Spiritual

Pandangan dan keyakinan terhadap gangguan jiwa sesuai norma budaya dan agama yang dianut, pandangan masyarakat tentang gangguan jiwa. Kegiatan ibadah dirumah klien bagaimana lalu tanggapan klien tentang kegiatan ibadahnya.

7. Status mental

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

8. Kebutuhan persiapan pulang

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

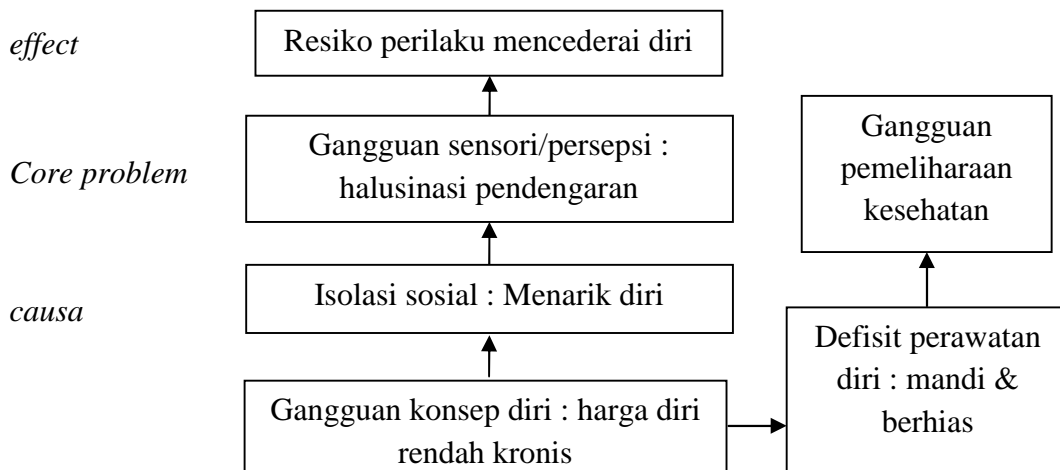
9. Mekanisme koping

10. Masalah psikososial dan lingkungan

2.4.3 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah pernyataan yang menggambarkan respon manusia (keadaan sehat atau perubahan pola interaksi aktual/potensial) dari individu atau kelompok tempat perawat secara legal mengidentifikasi dan perawat dapat memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan atau untuk mengurangi, menyingkirkan atau mencegah perubahan (Rohmah, 2012).

Pohon masalah klien dengan halusinasi :



Gambar 2.4 Pohon masalah gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran (keliat, 2005)

Dari pohon masalah diatas didapatkan Diagnosis keperawatan sebagai berikut :

1. Resiko perilaku mencederai diri berhubungan dengan halusinasi pendengaran
2. Gangguan sensori/persepsi : halusinasi pendengaran berhubungan dengan menarik diri
3. Isolasi sosial : menarik diri berhubungan dengan harga diri rendah kronis
4. Gangguan Pemeliharaan kesehatan berhubungan dengan defisit perawatan diri : mandi dan berhias (Keliat, 2005).

2.4.4 Perencanaan

Rencana tindakan keperawatan merupakan serangkaian tindakan yang dapat mencapai setiap tujuan khusus. Perawat dapat memberikan alasan ilmiah terbaru dari tindakan yang diberikan. Alasan ilmiah merupakan pengetahuan yang berdasarkan pada literatur, hasil penelitian atau pengalaman praktik. Rencana tindakan disesuaikan dengan standart asuhan keperawatan jiwa Indonesia (Keliat, 2005).

1. SP 1 pasien :
 - a. membina hubungan saling percaya.
 - b. Mengidentifikasi jenis halusinasi klien.
 - c. Mengidentifikasi isi halusinasi klien.
 - d. Mengidentifikasi waktu halusinasi klien.
 - e. Mengidentifikasi frekuensi halusinasi klien.
 - f. Mengidentifikasi situasi yang menimbulkan halusinasi
 - g. Mengidentifikasi respons klien terhadap halusinasi
 - h. Mengajarkan klien menghardik halusinasi.
 - i. Menganjurkan klien memasukkan cara menghardik halusinasi dalam jadwal kegiatan harian

Kriteria Hasil:

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

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

Kriteria hasil :

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

3. SP 3 pasien :
- a. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien
 - b. Melatih klien mengendalikan halusinasi dengan melakukan kegiatan (kegiatan yang biasa dilakukan klien)
 - c. Menganjurkan klien memasukkan kegiatan kebiasaan dirumah ke dalam jadwal kegiatan harian

Kriteria hasil :

Klien dapat mengontrol halusinasinya dengan cara melakukan kegiatan terjadwal.

4. SP 4 pasien :

- a. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien
- b. Memberikan pendidikan kesehatan mengenai penggunaan obat secara teratur
- c. Menganjurkan klien memasukkan penggunaan obat secara teratur ke dalam jadwal kegiatan harian

Kriteria hasil :

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

5. SP 1 keluarga :

- a. Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat klien
- b. Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala, jenis halusinasi serta proses terjadinya halusinasi
- c. Menjelaskan cara merawat klien dengan keluarga

Kriteria hasil :

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

6. SP 2 keluarga :

- a. Melatih keluarga mempraktikkan cara merawat klien dengan halusinasi
- b. Memberi kesempatan kepada keluarga untuk memperagakan cara merawat klien halusinasi secara langsung dihadapan klien

Kriteria hasil :

Keluarga mampu merawat lansung klien dengan halusinasi

7. SP 3 Keluarga

- a. Membantu keluarga membentuk jadwal aktifitas di rumah termasuk minum obat
- b. Menjelaskan *follow up* klien setelah pulang

Kriteria hasil :

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

2.4.5 Implementasi

Implementasi tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Pada situasi nyata implementasi sering kali jauh berbeda dengan rencana. Hal itu terjadi karena perawat belum terbiasa menggunakan rencana tertulis dalam melaksanakan tindakan keperawatan, yang biasa dilakukan perawat adalah menggunakan rencana tidak tertulis yaitu apa yang dipikirkan, dirasakan itu yang dilaksanakan. Hal itu sangat membahayakan klien dan perawat jika tindakan berakibat fatal, dan juga tidak memenuhi aspek legal. Sebelum melaksanakan tindakan yang sudah direncanakan perawat perlu memvalidasi dengan singkat apakah rencana tindakan masih dibutuhkan dan sesuai oleh keadaan klien saat ini (*her and now*). Pada saat akan melaksanakan tindakan perawat membuat kontrak terlebih dahulu dengan klien yang isinya menjelaskan apa yang akan dikerjakan dan peran serta yang diharapkan klien. Dokumentasikan semua tindakan yang telah dilaksanakan beserta respon klien (Keliat, 2005)

2.4.6 Evaluasi

Evaluasi adalah proses berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada klien. Evaluasi dilakukan terus-menerus pada respon klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Evaluasi dibagi dua, yaitu evaluasi proses atau formatif yang dilakukan setiap selesai melaksanakan tindakan, evaluasi hasil atau sumatif yang dilakukan dengan membandingkan antara respon klien dan tujuan khusus serta umum yang telah ditentukan. Evaluasi dapat dilakukan menggunakan pendekatan SOAP (Keliat, 2005) sebagai pola pikir yaitu :

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

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

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

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

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Pada bab ini akan disajikan hasil pelaksanaan asuhan keperawatan yang dimulai dari tahap pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi pada tanggal 04 Juni 2018 sampai dengan 06 Juni 2018 di ruang jiwa B Rumkital dr.ramelan Surabaya.

3.1 Pengkajian

3.1.1 Identitas Klien

Klien merupakan seorang laki-laki bernama Tn.N berusia 48 tahun, klien tinggal di daerah Surabaya, klien beragama Islam, klien sudah menikah dilakukan pengkajian tanggal 04 Juni 2018 pada pukul 10.00 WIB. Tanggal dirawat klien tanggal 28 Mei 2018, nomor rekam medik 55xxxx, klien dirawat di ruang jiwa B, Anamnesa diperoleh dari klien, perawat dan rekam medis.

3.1.2 Alasan Masuk

Pada saat pengkajian klien mengatakan dibawa oleh keluarganya yaitu anak dan istrinya ke RSAL, bahwa dirinya merasa bingung, mendengar suara bisikan dan digoda oleh barang goib. Pasien mendengar bisikan tersebut setiap hari, pagi, sore, dan pada malam hari sehingga membuatnya sulit tidur. Suara tersebut berisi tentang ancaman bahwa dirinya akan dibunuh dan keluarganya akan berantakan. Bisikan tersebut sering muncul terutama pada malam hari. Yang membisikinya adalah seorang laki-laki, saat digoda barang goib klien merasa dadanya seperti di setrum, dan kepalanya terasa sakit cunat-cunat. Klien mengaku bisa terbang dan tidak mau

makan. Pada 1 bulan yang lalu klien mengaku jalan dan loncat dari satu rumah ke rumah lainnya.

3.1.3 Faktor Predisposisi

1. Riwayat gangguan jiwa di masa lalu

Klien mengatakan sudah pernah mengalami gangguan jiwa sekitar 1 tahun yang lalu, tetapi dirawat dirumah oleh keluarganya. Pengobatan sebelumnya sempat berhasil, tetapi 3 minggu kemudian kambuh lagi. Klien juga mengatakan pernah dirawat di RSI sekitar 3 bulan yang lalu. Pengobatan berhenti karena tidak ada efeknya.

2. Pernah mengalami penganiayaan fisik

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

Masalah keperawatan : Tidak ditemukan masalah keperawatan

3. Adakah anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa

Klien mengatakan bahwa adik dan kakaknya mengalaami gangguan jiwa. Adik pasien mengalami depresi karena tidak memiliki keturunan, sedangkan kakaknya mengalami depresi karena penyakit jantungnya yang tidak kunjung sembuh.

Masalah keperawatan : Ketidak efektifan koping keluarga : ketidakmampuan

4. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan

Saat dikaji klien mengatakan pengalaman yang tidak menyenangkan yaitu pada saat ada tekanan dan juga bisikan-bisikan goib yang sering mengganguinya sehingga sempat merasa putus asa dengan keadaannya yang tak kunjung sembuh.

Masalah keperawatan : Ketidakefektifan koping keluarga: ketidakmampuan

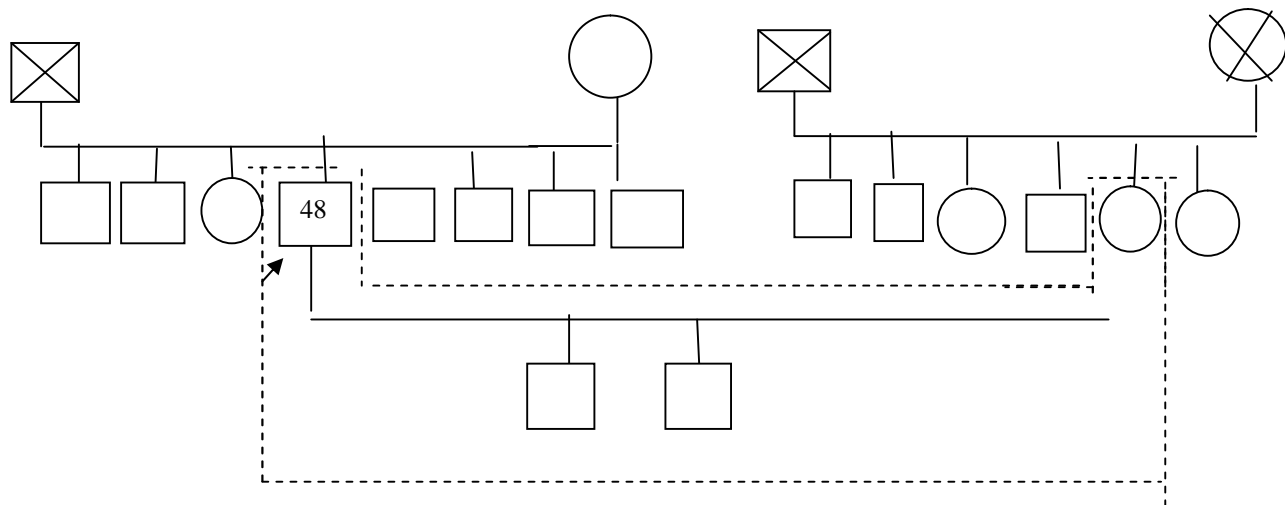
3.1.4. Pemeriksaan Fisik

1. Tanda-tanda vital: TD 120/70 mmHg N:78x/menit, S:36,7°c RR:20x/menit.
2. TB: 170 cm, BB: 65 kg
3. Keluhan Fisik : Pada saat pengkajian tidak ada keluhan fisik yang dirasakan klien

Masalah Keperawatan : Tidak ditemukan masalah keperawatan

3.1.5 Psikososial

1. Genogram



Gambar 3.1 Genogram Keluarga Tn. N

Keterangan:

- : Laki-laki
- : Perempuan
- ⊗ : Meninggal
- ↗ : Klien
- : Tinggal Serumah

Klien anak ke empat dari 8 bersaudara, klien berstatus menikah dan mempunyai 2 orang anak laki-laki. Orang tua klien yaitu ayahnya sudah meninggal dunia, sedangkan kedua mertuanya juga sudah meninggal dunia. Klien tinggal serumah dengan istri dan kedua anaknya. Pola komunikasi di dalam keluarga klien terjalin baik, pengambil keputusan di dalam keluarga klien adalah dirinya sendiri.

2. Konsep Diri

- a. Gambaran Diri: Klien mengatakan biasa saja dan tidak merasa malu, karena dirinya menyadari keadaannya yang sekarang.
- b. Identitas Diri: Klien mengatakan dirinya sebagai seorang laki-laki berusia 48 tahun status menikah dan klien mempunyai 2 orang anak
- c. Peran Diri: Sebelum masuk rumah sakit klien berperan sebagai kepala keluarga, sebelumnya juga bekerja sebagai kuli bangunan di suatu proyek dan sebagai ayah dari kedua anaknya, selama dirumah sakit klien sebagai pasien di ruang jiwa B.
- d. Ideal Diri: Klien mengatakan bersyukur memiliki tubuh yang normal dan tidak ada keterbatasan fisik
- e. Harga Diri: Klien mengatakan tidak malu dengan keadaannya yang sekarang dialaminya, klien juga mengatakan ingin bekerja kembali, dan klien berkata bahwa dirinya akan pulih kembali atau normal kembali.

Masalah Keperawatan: Tidak ditemukan masalah keperawatan

3. Hubungan Sosial

- a. Orang terdekat: klien mengatakan orang terdekat dalam hidupnya adalah istri dan kedua anaknya, karena istrinya selalu mendukung dan selalu ada untuk

klien disaat sakit, sedangkan anak-anaknya juga selalu ada untuk klien, anak yang pertama selalu menafkahi keluarganya ketika klien sakit.

b. Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat :

Klien dulunya tertutup, mengikuti kegiatan jika ada perkumpulan saja. Klien juga sering melakukan kegiatan di RS seperti bersih-bersih dan mengikuti kegiatan seperti TAK. Klien mengatakan selama di RS tidak pernah melakukan kegiatan ibadah karena tidak ada tempat.

c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain :

Klien mengatakan tidak ada hambatan dalam berhubungan dengan orang lain.

Klien juga mengatakan sering berinteraksi dengan teman lainnya.

Masalah Keperawatan : Tidak ditemukan masalah keperawatan

4. Spiritual

a. Nilai dari keyakinan: Klien mengatakan bahwa dirinya beragama islam. Dan klien juga mengatakan bahwa sakit yang dialaminya ini adalah karena cobaan.

b. Kegiatan ibadah: Sebelum masuk rumah sakit klien mengatakan taat beribadah, sering beribadah ke masjid. Ketika di RS pasien mengatakan tidak pernah melakukan ibadah.

Masalah Keperawatan: Distress Spiritual

3.1.6 Status Mental

1. Penampilan : Saat pengkajian, penampilan klien tampak rapi, rambutnya tersisir dan sesuai dengan cara berpakaian pada umumnya (wajar). Klien juga tidak berbau

Masalah Keperawatan: Tidak ditemukan masalah keperawatan

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

Masalah Keperawatan: Tidak ditemukan masalah keperawatan

3. Aktivitas Motorik : Klien selalu melakukan aktivitas sehari-hari seperti menyapu, membersihkan tempat tidurnya setiap hari agar tidak membuatnya jenuh / bosan.

Masalah Keperawatan: Tidak ditemukan masalah keperawatan

4. Alam Perasaan: Saat pengkajian klien mengatakan jika terdengar suara bisikan klien merasa takut, gelisah dan sedih

Masalah Keperawatan: Perubahan persepsi sensori : halusinasi pendengaran

5. Afek: Saat diajak bicara raut wajah pasien adekuat

Masalah keperawatan: Tidak ditemukan masalah keperawatan

6. Interaksi selama wawancara: Saat di ajak berbicara klien ada kontak mata meskipun kurang, terkadang klien memalingkan wajahnya, klien mampu menjawab pertanyaan, klien kooperatif

Masalah keperawatan: Hambatan komunikasi

7. Persepsi: Klien mengatakan bahwa sebelum dibawa ke RSAL mendengar bisikan makhluk goib yang mengancam dia akan dibunuh keluarganya akan berantakan, bisikan tersebut adalah suara seorang laki-laki,. Bisikan itu muncul seriap hari, yang paling sering pada malam hari, saat klien tidak beraktifitas atau saat klien sedang sendirian, suara itu semakin lama semakin

terdengar keras, respon klien saat bisikan itu muncul klien hanya diam dan berdo'a

Masalah keperawatan: Gangguan persepsi sensori: Halusinasi Pendengaran

8. Proses Pikir : Pembicaraan klien tidak berbelit-belit dan tidak berulang-ulang klien jika diberi pertanyaan mampu menjawab dengan sesuai dan langsung ke intinya.

Masalah keperawatan: Tidak ditemukan masalah keperawatan

9. Isi Pikir : Pikiran magis, klien mengatakan bahwa dirinya sudah sembuh, sudah normal kembali seperti orang-orang pada umumnya, dan klien meyakini bahwa dunia ghoib itu sebenarnya ada. Klien mengaku memiliki ilmu kebatinan yang diajarkan oleh mertuanya

Masalah keperawatan : Gangguan proses pikir

10. Tingkat Kesadaran : Klien ketika ditanya ini jam berapa klien dapat menjawab dengan benar Kalau misal sekarang jam 09.00 wib, ketika klien ditanya akrab atau tidak dengan teman-teman lainnya klien menjawab akrab tetapi terkadang lupa dengan nama-namanya, klien juga tahu kalau saat ini dirinya di rawat di ruang jiwa B Rumkital dr.ramelan Surabaya.

Masalah keperawatan: Tidak ditemukan masalah keperawatan

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

Masalah keperawatan: Tidak ditemukan masalah keperawatan

12. Tingkat konsentrasi dan berhitung

Klien mampu mengingat kapan ia dirawat di ruang jiwa B, yaitu pada bulan Mei 2018.

Masalah keperawatan: Tidak ditemukan masalah keperawatan

13. Kemampuan penilaian

Kemampuan penilaian klien baik dan tidak ada masalah, klien dapat mengambil keputusan terhadap dirinya sendiri , misalnya klien akan mandi dulu setelah bangun kemudian klien baru makan.

Masalah keperawatan: Tidak ditemukan masalah keperawatan

14. Daya tilik diri

Klien mengatakan bahwa dirinya itu sesbenarnya setara dengan manusia yang lainnya, hanya saja klien mengaku mempunyai kemampuan untuk menyembuhkan orang yang dirasuki oleh makhluk ghoib, klien juga mengatakan pernah menyembuhkan 2 orang yang dirasuki oleh makhluk tak kasap mata.

Masalah keperawatan: Gangguan proses pikir

3.1.7 Kebutuhan Persiapan Pulang

1. Kemampuan klien memenuhi kebutuhan:

- a. Makan: Klien mengatakan kalau di RS gizi sudah pasti tercukupi karena klien makan 3x sehari nasi sayur lauk pauk dan buah

- b. Keamanan : Klien mengatakan bahwa selama di RS merasa aman karena dipantau oleh perawat dan klien juga bisa menjaga dirinya sendiri. Sudah bisa mengontrol jika ada suara yang mengganggunya.
- c. Perawatan kesehatan : Klien mendapat perawatan kesehatan di rumah sakit oleh perawat dan dokter
- d. Pakaian : Klien memiliki pakaian sendiri yang dibawakan oleh istrinya ketika menjenguknya di RS.
- e. Transportasi : Klien pulang jika dijemput oleh keluarganya
- f. Tempat tinggal : Klien memiliki tempat tinggal/ rumah di daerah surabaya
- g. Uang : Klien memiliki uang yang diperoleh dari keluarganya, klien mengatakan sementara ini klien dibiayai oleh anaknya, dan diberi uang oleh anaknya.

Klien mampu memenuhi kebutuhan dasar sehari- hari

Masalah keperawatan : Tidak ditemukan masalah keperawatan

- 2. Kegiatan hidup sehari- hari :
 - a. Perawatan diri :
 - 1) Mandi : Klien mengatakan mandi tanpa bantuan 2x sehari yaitu pada saat pagi hari sekitar jam 05:30 dan pada sore hari sekitar jam 16:00
 - 2) Kebersihan: Klien mengatakan membersihkan tempat tidurnya sendiri setiap hari, klien mandi 2x sehari dengan menggunakan sabun,dan klien menggosok giginya meskipun sekali sehari setiap mandi dan juga keramas 2 hari sekali..

- 3) BAB/BAK : Klien dapat pergi ke toilet sendiri dan klien mampu membersihkan dirinya sendiri tanpa bantuan
- 4) Ganti pakaian : Klien mengatakan dapat mengganti pakaiannya sendiri terkadang sehari sekali mengganti pakaian
 - a. Nutrisi : Klien makan 3x sehari ditambah udapan 1x sehari

Masalah keperawatan: Tidak ditemukan masalah keperawatan

- b. Tidur

Saat klien ditanya mengenai istirahat tidurnya, klien mengatakan bahwa selama di rumah sakit klien lebih sering tidur

Tidur siang lama : 12:00-15:00

Tidur malam lama : 20:00-05:00

Masalah keperawatan: Tidak ditemukan masalah keperawatan

3. Kemampuan klien dalam hal- hal berikut :
 - a. Mengantisipasi kebutuhan sendiri: Klien mengatakan mampu mengantisipasi kebutuhan sendiri
 - b. Membuat keputusan berdasarkan keinginan sendiri: Klien mengatakan mampu membuat keputusan berdasarkan keinginan sendiri
 - c. Mengatur penggunaan obat: Klien mengatakan tidak mengetahui jenis obat yang dikonsumsi
 - d. Melakukan pemeriksaan kesehatan: tidak

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

Masalah keperawatan: Ketidakefektifan Penatalaksanaan Program Terapeutik

4. Klien memiliki sistim pendukung: Klien mempunyai sistem pendukung dari keluarganya terutama istrinya dan terapis (perawat dan dokter) yang merawat.

Masalah keperawatan: Tidak ditemukan masalah keperawatan

5. Apakah klien menikmati saat bekerja, kegiatan produktif atau hobi : Ya, klien menikmati pekerjaanya sebagai tukang kuli bangunan di suatu proyek saat klien belum masuk rumah sakit

Masalah keperawatan: Tidak ditemukan masalah keperawatan

3.1.8 Mekanisme Koping

klien bisa berkomunikasi dengan orang lain dengan baik, klien senang berkumpul dengan teman-temannya

Masalah keperawatan: Tidak ditemukan masalah keperawatan

5.1.9 Masalah Psikososial dan Lingkungan

1. Masalah dengan dukungan kelompok , spesifik : klien mengatakan suka bergaul dengan orang lain selama di RS.
2. Masalah berhubungan dengan lingkungan, spesifik: klien mampu bersosialisasi dengan teman-temannya.
3. Masalah dengan pendidikan, spesifik: klien mengatakan sekolahnya hanya tamat SMP
4. Masalah dengan perumahan, spesifik: tidak ada masalah dalam perumahan
5. Masalah ekonomi, spesifik : klien termasuk dari keluarga yang berkecukupan

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

Masalah keperawatan: Tidak ditemukan masalah keperawatan

3.1.10 Kurang Pengetahuan Tentang

Klien mengatakan tidak mengetahui jenis-jenis obat yang dikonsumsinya saat di rumah sakit, pernah diberi tahu jenis obat-obatan yang dikonsumsinya tetapi sering lupa

Masalah keperawatan: Defisit pengetahuan

3.1.11 Aspek Medis

Diagnosa medis : Skizofrenia

Terapi medik :

- CLOSARYL 25 mg = 0-0-1
- HEXYMER 2 mg = 1-0-1
- STELAZINE 5mg = 1-0-1

3.1.12 Daftar Masalah Keperawatan

1. Gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran
2. Ketidak efektifan koping keluarga : Ketidakmampuan
3. Distress spiritual
4. Defisit pengetahuan
5. Ketidakefektifan Penatalaksanaan Program Terapeutik
6. Gangguan proses pikir
7. Hambatan komunikasi

3.1.13 Diagnosa Keperawatan

Perubahan persepsi sensori : halusinasi pendengaran

Surabaya, 04 Juni 2018

Mahasiswa

ANGAR

Anjar Aditya Rcochmah

3.2 Analisa Data Sintesa

NAMA : Tn. N

RM : 55-xx- xx

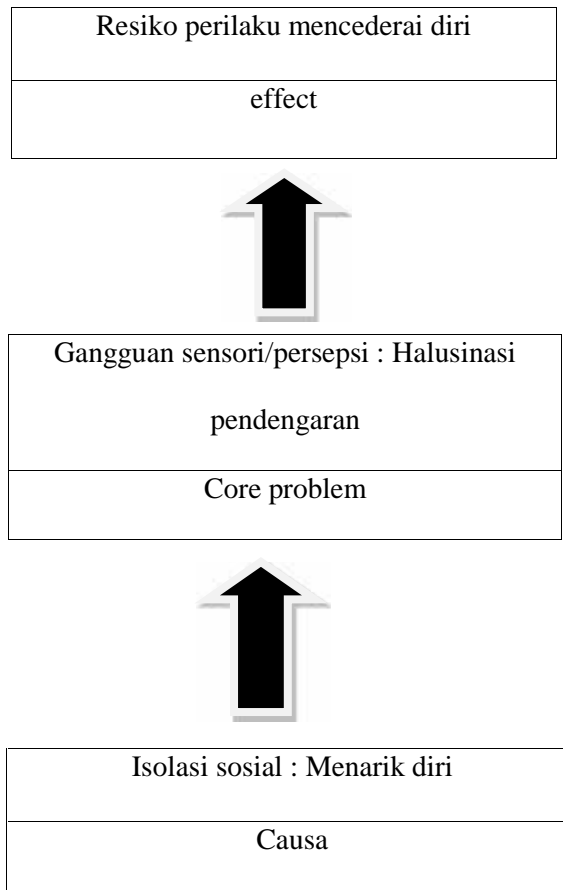
RUANGAN : JIWA B

Tabel 3.2 Analisa Data Sintesa

TGL	ANALISA DATA	MASALAH	TT
04 JUNI 2018	<p>DS: Klien mengatakan bahwa sebelum dibawa ke RSAL mendengar bisikan makhluk goib yang mengancam dia akan dibunuh keluarganya akan berantakan, bisikan tersebut adalah suara seorang laki-laki,. Bisikan itu muncul seriap hari, yang paling sering pada malam hari, saat klien tidak beraktifitas atau saat klien sedang sendirian, suara itu semakin lama semakin terdengar keras, respon klien saat bisikan itu muncul klien hanya diam dan berdo'a.</p> <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien terlihat mondar mandi keluar masuk kamar 2. Klien terlihat menyendiri di tempat tidur 	<p>Gangguan persepsi sensori : Halusinasi pendengaran</p>	<i>ANGAR</i>
	<p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan bosan ingin cepat pulang 2. Klien mengatakan sering tidur dikamar <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Saat diajak bicara kontak mata klien 	<p>Isolasi sosial : Menarik diri</p>	<i>ANGAR</i>

	<p>terhadap perawat kurang</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Klien terlihat keluar masuk kamar 3. Klien terlihat menyendiri di kamar 		
	<p>DS : Klien mengatakan pernah lompat dari atas loteng dan lari-lari pada saat halusinasinya muncul</p> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien terlihat bingung 2. Klien mampu menjelaskan penyebabnya 3. Kontak mata kurang 	Resiko perilaku mencederai diri	<i>ANGAR</i>

3.3 Pohon Masalah



Gambar 3.3 Pohon masalah klien dengan halusinasi pendengaran

Tabel 3.4 Rencana Keperawatan

No	Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		
			Tujuan	Kriteria Evaluasi	Tindakan Keperawatan
1	04/2018	Gangguan Persepsi sensori : Halusinasi pendengaran	<p>SP 1:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien dapat Membina hubungan saling percaya 2. Klien mampu mengenali halusinasinya 3. Klien mampu mengontrol halusinasinya dengan cara menghardik 4. Klien mampu memasukkan cara menghardik ke dalam jadwal kegiatan harian 	<ol style="list-style-type: none"> 1. <ul style="list-style-type: none"> - Klien menunjukkan ekspresi wajah bersahabat - Menunjukkan rasa sayang - Ada kontak mata - Mau berjabat tangan - Mau menjawab salam, - Mau menyebutkan nama - Mau duduk berdampingan dengan perawat - Mau mengutarakan masalah yang dihadapi 2. Klien menyebutkan : waktu, isi, dan frekuensi situasi dan kondisi yang menimbulkan halusinasi, serta respon dari halusinasi 3. Klien dapat mengontrol halusinasinya dengan cara menghardik 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik 2. Identifikasi jenis, isi, waktu, frekwensi, situasi halusinasi klien 3. Ajarkan kepada klien cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik 4. Anjurkan klien memasukkan cara menghardik halusinasi ke dalam jadwal kegiatan harian klien

			<p>SP 2:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien dapat Membina hubungan saling percaya 2. Klien mampu mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain 3. Klien mampu memasukkan ke dalam jadwal harian 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Klien dapat memasukkan cara menghardik ke dalam jadwal kegiatan harian <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mampu berorientasi dengan baik dan pasien mampu mengingat nama perawat 2. Klien dapat mengontrol halusinasinya dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan komunikasi terapeutik 2. Evaluasi jadwal kegiatan harian klien dan kontrak waktu selanjutnya 3. Latih klien mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain 4. Anjurkan klien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian
--	--	--	--	--	---

			<p>SP 3:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien dapat Membina hubungan saling percaya 2. Evaluasi SP2, mempraktekkan cara mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain 3. Klien mampu mengontrol halusinasi dengan melaksanakan aktivitas terjadwal 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mampu berinteraksi dengan baik 2. Klien mampu mempraktikkan kembali hasil dari SP 2 (Bercakap-cakap dengan orang lain) 3. Klien dapat mengontrol halusinasinya dengan cara melakukan kegiatan terjadwal 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bina hubungan saling percaya 2. Evaluasi klien cara mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain 3. Latih klien mengendalikan halusinasinya dengan melakukan kegiatan (kegiatan yang biasa dilakukan klien) 4. Anjurkan klien memasukkan dalam kegiatan harian
--	--	--	--	--	--

			<p>SP 4:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien dapat Membina hubungan saling percaya 2. Evaluasi SP 3 yaitu tentang mengontrol halusinasi dengan melaksanakan aktivitas terjadwal 3. Memberikan penjelasan kepada klien tentang minum obat secara teratur 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mampu berinteraksi dengan baik 2. Klien mampu mempraktikkan kembali SP 3 (Cara mengontrol halusinasi dngan cara melakukan aktivitas terjadwal) 3. Klien dapat mengontrol halusinasinya dengan cara minum obat dan klien dapat menyebutkan nama/ jenis obat, warna obat, waktu obat diminum, fungsi obat dan efek samping obat yang diminum 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bina hubungan saling percaya 2. evaluasi jadwal kegiatan harian klien 3. berikan pendidikan kesehatan tentang penggunaan obat secara teratur 4. anjurkan klien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.
--	--	--	--	---	---

Tabel 3.5 Tindakan keperawatan Tn. N Dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran

TGL	DIAGNOSA	IMPLEMENTASI	EVALUASI	TT
04 JUNI 2018	Gangguan persepsi sensori : Halusinasi Pendengaran	<p>09:15</p> <p>1. Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik (“Selamat pagi, perkenalkan nama saya perawat Anjar saya perawat yang dinas pagi ini dari jam 07.00 sampai jam 14.00 siang, boleh saya tau nama bapak siapa ? suka dipanggil apa?”“nama saya N, panggil saja saya N berumur 48 tahun, saya berasal dari surabaya, saya disini sudah dari 2 mingguan “Bolehkan kita mengobrol sebentar tentang apa yang bapak rasakan” iya mbak” “ baiklah bu, berapa lama kita akan mengobrol, bagaimana kalau 20 menit?” “ iya mbak”, “ kalau begitu ibu mau mengobrol dimana?”,” “</p>	<p>S: Klien mengatakan: Mendengar bisikan yang mengancam dirinya akan mati dibunuh dan keluarga akan berantakan</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mau menyebutkan namanya 2. Klien Bersedia diajak berbicara dengan perawat 3. Klien mau berjabat tangan dengan perawat <p>A : Secara afektif, kognitif dan psikomotor</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mampu memperkenalkan diri dengan baik, mampu menyebutkan namanya dengan benar 2. Klien mampu menjelaskan tentang mengidentifikasi halusinasinya 3. Klien mampu mengontrol halusinasinya dengan cara menghardik, dan mempraktekkannya <p>P : Perawat : Mengevaluasi kembali cara menghardik halusinasi, melanjutkan dan mengajarkan cara kedua mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain Pasien : Diharapkan klien berlatih mengontrol</p>	<i>ANJAR</i>

<p>04 JUNI 2018</p>		<p>di teras ya mbak” “ baik pak N”</p> <p>09:20</p> <p>2. Mengidentifikasi jenis,isi, waktu, frekwensi, situasi halusinasi klien (“ Pak kalau boleh saya tau apa sih yang dirasakan bapak sekarang? Mungkin saya bisa bantu menyelesaikan masalah bapak”, “ Iya mbak saya ini di ganggu oleh mahluk goib, saya sering mendengar suara bisikan laki-laki yang mengancam saya akan mati dan keluarga saya akan berantakan, bisikan itu muncul setiap hari, yang paling sering itu pada malam hari.”)</p> <p>09:35</p> <p>3. Ajarkan kepada klien cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik (“ pak saya ajari cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik ya? “Jadi Kalau bapak</p>	<p>halusinasi dengan cara menghardik secara mandiri, dan emasukkan kedalam jadwal harian secara mandiri</p>	
------------------------------------	--	--	---	--

		<p>mendengar bisikan tersebut langsung usir bisikan itu dengan cara menutup kedua telinga bapak dan berkata pergi pergi jangan ganggu saya, kamu suara palsu, gitu ya pak, dan diulangi terus menerus sampai suara itu hilang!”, “ Oh jadi seperti itu ya mbak? “ Iya pak, biasanya bapak kalau mengusir suara itu bagaimana? “ Ya saya Cuma diam dan berdo’a mbak”. “ wah bagus sekali pak, coba nanti dipakai cara yang saya ajarkan tadi ya”</p> <p>09:45</p> <p>4. Anjurkan klien memasukkan cara menghardik halusinasi ke dalam jadwal kegiatan harian klien (“ Nah pak tadi kan sudah saya ajarkan cara menghardik halusinasi bapak, cara ini bapak masukkan ke dalam jadwal harian bapak ya, jadi setiap hari bapak berlatih cara</p>		
--	--	---	--	--

		<p>menghardik”. “ Oh iya mbak, saya kan akan berlatih supaya tidak diganggu terus”.</p> <p>Pada saat pengkajian tidak ada keluarga klien.</p>		
<p>05 JUNI 2018</p>	<p>Halusinasi pendengaran</p>	<p>09:00</p> <p>1. Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan komunikasi terapeutik (“selamat pagi pak, saya perawat Anjar yang kemarin mengobrol dengan bapak” “selamat pagi juga mbak, oh iya mbak anjar ya saya ingat”,</p> <p>09:05</p> <p>2. Evaluasi kegiatan jadwal klien dan kontrak waktu selanjutnya (“ oh iya pak N apa bapak sudah mempraktekkan apa yang saya ajarkan kemaren? Coba bapak praktekkan “ Iya sudah mbak, sudah saya coba“, “ wah bagus pak, bagaimana kalau kita mengobrol tentang cara yang ke 2 mengontrol</p>	<p>S : Klien mengatakan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mampu mempraktekkan mengontrol halusinasi dengan cara menghardik 2. Klien mampu memasukkan cara mengontrol halusinasi dengan menghardik ke dalam jadwal harian <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mampu memperagakan cara menghardik halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain 2. Klien mampu mengevaluasi cara yang pertama yaitu menghardik <p>A :</p> <p>Secara afektif, motorik dan psikomotor</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mampu menjelaskan kedua cara yang diajarkan oleh perawat <p>P :</p> <p>Perawat : Evaluasi kembali cara yang kedua yaitu bercakap-cakap dengan orang lain, dan anjurkan untu sering berlatih, lanjutkan cara yang ke tiga yaitu melatih klien mengontrol halusinasi dengan cara</p>	<p><i>ANJAR</i></p>

<p>05 JUNI 2018</p>		<p>halusinasi dengan cara bercakap cakap dengan orang lain , bagaimana kalau 15 menit? “oh iya mbak ayo“,)</p> <p>09:10</p> <p>3. Latih klien cara mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap cakap dengan orang lain (“Nah sesuai kesepakatan kita kemarin, kita sekarang belajar cara mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain ya pak, jadi gini misalnya bapak lagi sendiri kemudian mendengar suara bisikan, bapak langsung ajak teman bapak yang sekamar atau bisa saja dengan perawat diruangan, gini “ Ayo ngobrol dengan saya, saya sedang mendengr suara bisikan itu, bisa ya pak?”, “ Oh jadi gitu ya mbak, saya sudah sering mbak kalo ngajak ngorol teman sekamar, soalnya supaya</p>	<p>melaksanakan aktivitas terjadwal</p> <p>Pasien : Diharapkan klien berlatih melakukan aktivitas harian secara mandiri</p>	
------------------------------------	--	---	---	--

		<p>nggak jenuh dan gak diganggu suara itu. “ Nah iya bagus sekali pak, kalau bapak dirumah juga sama, bapak bisa mengajak ngobrol istri ataupun anak bapak. “ Iya mbak saya akan coba terus”. “ Iya pak bagus, pertahankan.)</p> <p>09:15</p> <p>4. Menganjurkan klien memasukkan kedalam jadwal harian (“ Nah pak N jangan lupa cara yang ke dua ini dimasukkan dalam jadwal hariannya bapak ya. “ Loh cara ini juga ta mbak?, “ Iya pak, pokoknya setiap cara yang saya ajarkan ke bapak itu semua maukkan ke dalam jadwal harian” , iya mbak anjar”.)</p>		
--	--	--	--	--

<p>06 JUNI 2018</p>		<p>09:10</p> <p>1. Klien dapat membina hubungan saling percaya dengan menggunakan komunikasi terapeutik (“ Selamat pagi pak N bagaimana perasaan hari ini ? “ Ahamdulillah baik mbak anjar.)</p> <p>2. Evaluasi klien dengan cara mengontrol halusinasi bercakap-cakap dengan orang lain (“ Nah pak masih ingat kan kemaren yang saya ajarkan cara ke dua? “ Iya mbak, ngobrol dengan teman kn ?, “ Iya pak benar, sekarang coba bapak praktekan kembali, “ Iya mbak, ayo ngobrol dengan saya, saya sedang mendengar suara itu, gitu kan mbak? ,” Nah bagus sekali pak”.</p> <p>09:20</p> <p>3. Latih klien dengan mengendalikan halusinasinya dengan melakukan kegiatan yang bisa dilakukan klien (“</p>	<p>S : Klien mengatakan :</p> <p>1. Jarang mendengar bisikan yang mengancamnya</p> <p>O :</p> <p>1. Klien dapat mengingat nama perawat</p> <p>2. Klien mampu menjawab dan memperagakan ketiga cara tersebut</p> <p>A :</p> <p>Secara afektif, motorik dan psikomotor :</p> <p>1. Klien mampu melakukan aktivitas terjadwal seperti membersihkan tempat tidur, menyapu, dan berolahraga (senam)</p> <p>P :</p> <p>Perawat : Evaluasi dan latih kembali mengendalikan halusinasinya dengan melakukan kegiatan yang bisa dilakukan, lanjutkan sp selanjutnya yaitu mengkonsumsi obat secara teratur</p> <p>Pasien : Diharapkan klien berlatih aktivitas terjadwal secara mandiri</p>	<p><i>ANGAR</i></p>
------------------------------------	--	--	---	---------------------

		<p>Pak sekarang bapak saya latih dalam melakukan aktivitas terjadwal ya, jadi kegiatan bapak selama disini apa saja ?”, “ Ya bersih bersih kamar mbak, kadang juga nyapu, kalau ada senam ya senam. “ Oh jadi itu ya pak, gini pak di jam-jam.in aja jadwalnya, jam 06.00 pagi waktunya bersih-bersih kamar, kemudian jam 07:00 makan pagi, jam 08:00 senam pagi, atau jalan-jalan kecil didepan, bisa ngatunya kan pak ?. “ Ya bisa bisa aja mbak, kan sudah jadi kebiasaan. “ bagus kalau begitu pak”.)</p> <p>09:25</p> <p>4. Anjurkan memasukkan ke dalam jadwal harian (“ Nah pk jangan lupa ya dijadikan ke latihan jadwal setiap harinya, “ Iya mbak.”)</p>		
--	--	--	--	--

BAB 4

PEMBAHASAN

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

4.1 Pengkajian

Pada tahap pengumpulan data, penulis tidak mengalami kesulitan karena penulis telah mengadakan perkenalan dan menjelaskan maksud penulis yaitu untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien sehingga pasien terbuka dan mengerti serta kooperatif.

Menurut data yang didapat pasien pertama kali dirawat di RS Rumkital Dr. Ramelan Surabaya di ruang jiwa B pada tanggal 28 Mei 2018 dengan Diagnosa Medis Skizofrenia. Pasien juga pernah dirawat dirumahnya sendiri oleh keluarganya dengan mendatangkan dokter di rumah klien, tetapi pengobatan tidak berhasil.

Dalam tinjauan pustaka disebutkan jika pasien dengan resiko mencederai diri mengakibatkan Halusinasi Pendengaran. Dimana Halusinasi timbul karena pasien di bisiki oleh makhluk ghoib yang mengancam dirinya, kemudian pasien sering menyendiri dan terkadang melamun, disitulah dapat menyebabkan pasien Halusinasi Pendengaran.

Pada tanda dan gejala dalam tinjauan pustaka masalah yang dituliskan menurut Hamid (2000) dalam Damaiyanti (2012) perilaku pasien yang terkait dengan Halusinasi adalah sebagai berikut :

1. Bicara sendiri
2. Senyum sendiri
3. Ketawa sendiri
4. Menggerakkan bibir tanpa suara
5. Pergerakan mata yang cepat
6. Respon verbal yang lambat
7. Menarik diri dari orang lain
8. Berusaha untuk menghindari orang lain
9. Tidak dapat membedakan yang nyata dan yang tidak nyata
10. Terjadi peningkatan denyut jantung, pernapasan, dan tekanan darah
11. Perhatian dengan lingkungan yang kurang atau hanya beberapa detik
12. Berkonsentrasi dengan pengalaman sensori
13. Sulit berhubungan dengan orang lain
14. Ekspresi muka tegang
15. Mudah tersinggung, jengkel dan marah
16. Tidak mampu mengikuti perintah dari perawat
17. Ketakutan
18. Bertindak merusak diri, orang lain dan lingkungan

Dari beberapa kesenjangan tinjauan pustaka maka dapat disimpulkan bahwa ada beberapa perilaku pasien yang muncul pada tinjauan kasus, hal ini

sesuai dengan teori menurut Hamid (2000) dalam Damaiyanti (2012), bahwa tanda dan gejala pasien Halusinasi adalah sebagai berikut :

1. Menarik diri dari orang lain

Pasien suka terlihat menyendiri didalam kamar, Saat dikaji respon pasien mengajak orang lain bercakap – cakap.

2. Bertindak merusak diri, orang lain dan lingkungan

Pasien sebelum dibawa ke RSAL pernah meompat dari loteng rumah, lompat dari satu rumah ke rumah lain

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

4.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian pada tinjauan kasus, didapatkan data fokus pasien sering mendengar bisikan seorang laki – laki yang mengancam dirinya. Bisikan itu muncul pada saat pasien sendiri. Pada saat muncul bisikan tersebut pasien hanya diam dan berdo'a . Sehingga munculnya diagnosa keperawatan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran, hal ini sesuai dengan teori menurut Nanda (2012) bahwa batasan karakteristik keperawatan pasien dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi adalah perubahan dalam respon yang biasa dalam stimulus dan halusinasi.

Dari pohon masalah didapatkan masalah keperawatan didapatkan masalah keperawatan sebagai berikut :

1. Ketidak efektifan koping keluarga : Ketidakmampuan, muncul karena klien mengatakan bahwa adik dan kakaknya juga mengalami gangguan jiwa
2. Distress Spiritual, muncul karena klien mengatakan tidak pernah melakukan ibadah saat di Rumah Sakit
3. Hambatan Komunikasi, muncul karena saat klien dikaji kontak mata klien kurang dan sering memalingkan wajahnya
4. Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran, muncul karena klien mengatakan bahwa mendengar suara-suara atau bisikan makhluk goib yang mengancam dia akan dibunuh dan diancam bahwa keluarganya akan berantakan, yang membisikinya adalah suara seorang laki-laki.
5. Gangguan Proses pikir, muncul bahwa klien mengatakan dirinya sudah sembuh, sudah normal kembali seperti orang-orang pada umumnya, dan klien meyakini bahwa dunia ghoib itu sebenarnya ada.
6. Ketidakefektifan penatalaksanaan program terapeutik, muncul karena klien tidak mengetahui jenis obat yang dikonsumsi
7. Kurang pengetahuan, muncul karena klien mengatakan tidak mengerti jenis obat yang dikonsumsi, dan tidak menghafalkannya

Terdapat 7 masalah keperawatan dalam tinjauan kasus tetapi didalam tinjauan pustaka terdapat 3 masalah yang muncul yaitu:

Adapun diagnosa keperawatan klien yang muncul klien dengan gangguan persepsi sensorial :halusinasi adalah sebagai berikut :

1. Gangguan persepsi sensorial : Halusinasi
2. Isolasi sosial : Menarik Diri
3. Resiko Perilaku Mencederai Diri

Namun dari 7 masalah keperawatan diatas, kami ambil 1 masalah utama tunggal yang kami tetapkan untuk dilakukan rencana dan tindakan keperawatan yaitu Gangguan persepsi sensori : Halusinasi pendengaran. Dalam penegakan diagnosa terdapat kesenjangan dalam masalah keperawatan, jika dalam tinjauan pustaka terdapat 3 masalah keperawatan utama yang mengacu pada pohon masalah untuk tinjauan kasus tidak karena banyak beberapa faktor pendukung munculnya masalah tambahan dalam pengambilan masalah keperawatan, misalnya seperti perilaku mencederai diri yang mengakibatkan klien loncat loncat dari rumah ke rumah lainnya. Maka dalam tinjauan kasus dan tinjauan pustaka berbeda karena dalam tinjauan kasus malah keperawatan yang muncul lebih kompleks.

4.3 Perencanaan

Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran setelah berinteraksi diharapkan pasien dapat menunjukkan tanda – tanda percaya pada perawat, ekspresi wajah bersahabat, menunjukkan rasa saling senang, ada kontak mata, mau berjabat tangan, mau menyebutkan nama, menjawab salam, mau mengungkapkan masalah yang dihadapi, hal ini sesuai teori menurut Keliat (2006).

Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran setelah berinteraksi diharapkan pasien menyebutkan isi, waktu frekuensi, situasi dan kondisi yang menimbulkan halusinasi, respon pasien saat halusinasi muncul (marah, takut, sedih, senang, cemas, jengkel), setelah berinteraksi pasien menyebutkan tindakan yang bisa dilakukannya untuk mengontrol halusinasinya, setelah berinteraksi

pasien menyebutkan cara mengontrol halusinasinya dengan menghardik halusinasinya, hal ini sesuai dengan teori Keiliat (2006).

Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaraan pasien dapat mendemostrasikan bercakap – cakap dengan orang lain, hal ini sesuai dengan teori menurut Keiliat (2006).

Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran setelah berinteraksi diharapkan pasien menyebutkan manfaat minum obat, kerugian minum obat, nama, warna, dosis dan efek samping, hal ini sesuai dengan teori menurut Keiliat (2006).

4.4 Tindakan keperawatan

Tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan pada situasi nyata implementasi sering kali jauh lebih berbeda dengan rencana tertulis dalam melaksanakan tindakan keperawatan, yang biasa dilakukan perawat setelah menggunakan rencana tidak tertulis yaitu apa yang difikirkan, dirasakan itu yang dilaksanakan. Sebelum melaksanakan tindakan yang sudah direncanakan perawat perlu memvalidasi dengan singkat apakah rencana tindakan masih dibutuhkan dan sesuai dengan keadaan pasien saat ini. Sesuai dengan teori, pada saat akan melaksanakan tindakan perawatan membuat kontrak/ janji terlebih dahulu dengan pasien yang isinya menjelaskan apa yang akan dikerjakan dan peran serta yang diharapkan pasien. Kemudian dokumentasi semua tindakan yang telah dilaksanakan beserta respon pasien, namun direncana tindakan menggunakan tujuan umum dan tujuan khusus, di implementasi menggunakan strategi pelaksanaan sesuai dengan kriteria keperawatan.

Pada tanggal 04 Juni 2018 dilakukan SP 1 yang isinya mencakup: perawat membina hubungan saling percaya dengan pasien, mengidentifikasi jenis, isi, waktu, frekuensi, respon, dan mengajarkan pasien cara menghardik halusinasi dalam jadwal kegiatan harian. Dalam pertemuan pertama pasien mau menyebutkan nama dan asalnya lalu pasien juga mendengar suara bisikan yang mengancam dirinya akan dibunuh, bisikan itu muncul ketika pasien tidak sedang beraktifitas melainkan sedang sendirian, saat mendengar suara bisikan itu pasien hanya diam dan berdo'a. Pada pelaksanaan SP 1 pasien tidak ada hambatan yang terjadi saat hasil wawancara respon pasien secara verbal dari mulai perkenalan pasien mengatakan “ pagi mbak, nama saya Tn. N biasa dipanggil N”, kemudian oleh penulis ditanyakan tentang halusinasi pasien, pasien menjawab “ mendengar suara yang mengancam bahwa dirinya akan dibunuh dan keluarganya akan berantakan. Pasien menjawab” pergi-pergi!kamu tidak nyata,saya tidak mau dengar dan kamu tidak nyata. Untuk asumsi penulis pasien mampu mengontrol halusinasi dengan cara menghardik dan pasien kooperatif, selanjutnya menganjurkan pasien memasukkan cara menghardik ke dalam jadwal kegiatan.

Pada tanggal 05 juni 2018 dilakukan SP 2 yang isinya mencakup : pasien mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain, dan menganjurkan pasien memasukkan cara menghardik halusinasi dan di dalam pelaksanaan pasien mampu mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan teman sekamar saat halusinasi itu muncul “saya mendengar suara-suara ayo kita berbincang-bincang “. Secara obyektif pasien bisa menyebutkan cara pertama mengontrol halusinasi, pasien mampu mempraktekkannya. Untuk asumsi

penulis, pasien mampu mempraktekkan dari mulai cara menghardik sampai dengan cara bercakap-cakap dengan temannya.

Pada tanggal 06 juni 2018 dilakukan SP 3 yang isinya mencakup : mengevaluasi latihan bercakap-cakap dengan temannya, melatih pasien mengendalikan halusinasi dengan melakukan kegiatan(kegiatan yang biasa dilakukan pasien setiap hari), menganjurkan pasien memasukkan kegiatan menghardik dan bercakap-cakap. Pasien mengatakan kepada perawat kegiatannya saat bangun tidur merapikan tempat tidur, mandi dan mencuci baju. Saat suara itu muncul saya akan menerapkan kegiatan yang diajarkan oleh perawat agar suara itu cepat hilang dan pergi. Secara obyektif pasien tampak antusias dalam menceritakan kegiatan dan pasien tampak tenang. Untuk asumsi penulis, pasien mampu mempraktekkan cara memasukkan kegiatan yang terjadwal sesuai yang perawat ajarkan.

4.5 Evaluasi

Belum dapat dilaksanakan karena merupakan kasus semu. Sedangkan pada tinjauan kasus evaluasi dapat dilakukan karena dapat diketahui keadaan pasien dan masalahnya secara langsung.

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

Untuk SP 2 pasien dapat mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien, pasien dapat mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap – cakap dengan

orang lain, pasien dapat memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian. Pasien cukup kooperatif dan mampu berlatih apa yang diajarkan oleh perawat. SP 3 pasien dapat mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien, pasien dapat mengendalikan halusinasi dengan cara melakukan kegiatan, pasien dapat memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian. Pasien kooperatif dan mampu berlatih apa yang diajarkan oleh perawat. Pada akhir evaluasi semua tujuan dapat dicapai karena adanya kerjasama yang baik antara pasien dan perawat. Hasil evaluasi pada Tn. H sudah selesai dengan harapan masalah teratasi.

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

Pada tinjauan kasus, evaluasi dapat dilakukan karena dapat diketahui keadaan pasien dan masalah secara langsung, dilakukan setiap hari selama pasien di rawat di ruang jiwa B.

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan jiwa secara langsung pada pasien dengan kasus Halusinasi pendengaran, di Ruang Jiwa B Rumkital Dr. Ramelan Surabaya, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pada pasien halusinasi pendengaran.

5.1 Kesimpulan

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

1. Pengkajian keperawatan pada Tn.N dengan masalah utama gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran di ruang jiwa pav 6 B Rumkital Dr. Ramelan Surabaya, didapati bahwa halusinasi adalah persepsi klien terhadap lingkungan tanpa stimulus yang nyata, artinya klien menginterpretasikan sesuatu yang nyata tanpa stimulus/rangsang dari luar. Respon ini dapat menimbulkan kerugian baik pada diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan. Melihat dampak dari kerugian yang ditimbulkan, penanganan klien pada halusinasi pendengaran perlu dilakukan secara cepat dan tepat oleh tenaga yang profesional.
2. Diagnosa keperawatan pada asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran pada Tn. N dengan diagnosa medis skizofrenia di ruang jiwa pav 6 B Rumkital Dr. Ramelan

Surabaya, didapatkan 3 masalah keperawatan antara lain yaitu gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran, isolasi sosial : menarik diri, resiko perilaku mencederi diri.

3. Rencana keperawatan yang diberikan kepada klien dan keluarga klien. Strategi yang diberikan kepada klien ada 4 strategi pelaksanaan yaitu SP 1 bertujuan untuk membantu klien mengenali halusinasinya yaitu mencakup isi halusinasi (apa yang didengar), waktu terjadinya halusinasi, frekuensi terjadinya halusinasi, situasi yang menyebabkan halusinasi muncul lalu respon klien saat halusinasi muncul. Melatih klien mengontrol halusinasi yaitu cara pertama dengan cara menghardik, SP 2 yaitu melatih klien mengontrol halusinasinya dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain, SP 3 yaitu melakukan aktivitas terjadwal, dan yang SP 4 yaitu melatih klien minum obat secara teratur karena dengan minum obat secara teratur. Ada pula strategi pelaksanaan yang ditujukan untuk keluarga yaitu memberikan pendidikan kesehatan tentang pengertian halusinasi, jenis halusinasi yang dialami klien, tanda dan gejala halusinasi, cara-cara merawat klien halusinasi. melatih keluarga praktik merawat klien dengan halusinasi langsung dihadapan klien, memberi kesempatan kepada keluarga untuk memperagakan cara merawat klien dengan halusinasi langsung dihadapan klien dan yang terakhir membuat perencanaan pulang bersama keluarga.
4. Implementasi dilakukan mulai tanggal 04-06 Juni 2018 dengan menggunakan rencana yang telah dibuat, selama tiga hari klien belum mampu untuk mengontrol halusinasinya sampai dengan hari ke empat.

5. Evaluasi didapatkan hasil bahwa klien sudah mampu untuk mengenal jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi, respon klien terhadap halusinasinya, namun klien belum mampu mengontrol halusinansinya dengan menggunakan cara menghardik.
6. Dokumentasi kegiatan dilakukan setiap hari setelah melakukan strategi pelaksanaan, yang didokumentasikan adalah pendapat klien atau data subjektif yang dikatakan klien, data objektif yang bisa di observasi setiap harinya, lalu assessment dan yang terakhir adalah planning atau tindak lanjut untuk hari berikutnya.

5.2 Saran

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

1. Bagi Institusi Pendidikan

Untuk menambah lagi pengetahuan dan keterampilan bagi mahasiswa khususnya tentang pemberian asuhan keperawatan pada pasien jiwa, sehingga mahasiswa lebih profesional dalam mengaplikasikan pada kasus secara nyata.

2. Bagi Rumah Sakit

Untuk meningkatkan pelayanan yang ada dirumah sakit terutama dalam menerapkan asuhan keperawatan jiwa khususnya dengan masalah utama gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran dengan diagnosa medis skizofrenia.

3. Bagi Mahasiswa

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

DAFTAR PUSTAKA

- Afnuazi, Ns Ridhyalla, (S.Kep). 2015. *Komunikasi Terapeutik dalam Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta. Gosyen Publishing
- Deden. D. dan Rusdi. (2013). *Keperawatan Jiwa; Konsep Dan Kerangka Kerja Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Gosyen Publising.
- Damaiyanti, Mukhriyah, (S.Kep., Ns.). 2012. *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Bandung: PT Refika Aditama
- Damayanti, M. Dan Iskandar. (2014). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Bandung: Refika Aditama
- Katona, C., Cooper, C., & Robetson, Mary (2012). *At a Glance PSIKIATRI Edisi Keempat*. Indonesia: Erlangga
- Keliat, Budi, Anna, (DR, S.Kp, M.App.Sc). 2005. *Proses Keperawatan Kesehatan Jiwa edisi 2*. Jakarta. Buku Kedokteran EGC
- Keliat, B. A. dan Akemat. (2007). *Model Praktkl Keperawatan Profesional Jiwa*. Jakarta: ECG.
- Yosep, I. (2011). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa. Bandung* : Refika Aditama

Lampiran 1

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

Pada pasien Halusinasi pendengaran

Nama Pasien : Tn. N

Hari/tanggal : Senin/04 Juni 2018

Pertemuan : Ke-1

Masalah Keperawatan : Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi pendengaran

A. Proses Keperawatan

1. Keadaan umum pasien
 - a. Pasien Menyendiri di kamar
 - b. Pasien tampak tenang
2. Diagnosa keperawatan
Gangguan persepsi sensori: Halusinasi pendengaran
3. Tujuan khusus
 - a. Bina hubungan saling percaya
 - b. Menjelaskan isi halusinasi
 - c. Menjelaskan jenis halusinasi
 - d. Menjelaskan respon halusinasi
 - e. Menjelaskan frekuensi halusinasi
 - f. Menjelaskan waktu halusinasi
4. Tindakan keperawatan
 - a. Membina hubungan saling percaya
 - b. Menanyakan isi halusinasi

- c. Menanyakan jenis halusinasi
- d. Menanyakan respon halusinasi
- e. Menanyakan frekuensi halusinasi
- f. Menanyakan waktu halusinasi

B. Fase Orientasi

“Selamat pagi bapak, perkenalkan nama saya anjar aditya rochmah bisa di panggil Anjar. Saya dari mahasiswa Stikes Hang tuah Surabaya. Saya praktek disini selama 3 hari. Bapak namanya siapa ?suka dipanggil siapa ? “ bagaimana perasaan bapak hari ini?Apakah boleh saya bicara sebentar sama bapak ?Baiklah bapak, bagaimana kalau kita bercakap-cakap tentang halusinasi bapak ?berapa lama bapak punya waktu untuk berbincang-bincang dengan saya? Bagaimana kalau 15-20 menit saja?”setuju?,Oke”. Besok bapak mau berbincang-bincang dimana? Bagaimana kalau di teras saja?

C. Fase kerja

“apakah bapak mendengar suara tanpa ada wujudnya? Apa yang di katakan bayangan itu ?apakah suara itu sering muncul? Pada saat apa suara itu terdengar ? apa yang dikatakan suara itu ? apa yang bapak lakukan saat suara itu muncul ? “ oh begitu ya pak, jadi kalau suara itu muncul bapak Cuma diam dan berdo’a ya pak?” terus apalagi yang bapak lakukan selain kedua hal itu?”“ oh jadi Cuma itu aja ya pak”. “ terus dalam satu hari berapa kali suara itu muncul?” “ oh sering ya pak, dikatakan sering itu saat kapan saja?” “ jadi setiap hari yapak, paling sering malam hari” “biasanya kalau malam hari jika suara itu muncul apa yang bapak lakukan?, apa sama seperti apa yang bapak lakukan biasanya?, oh jadi sama saja

ya pak”, “gini pak kalau suara itu tetap muncul bapak bias melakukan seperti yang biasanya bapak lakukan, bagaimana kalau kita besok saya Tanya lagi mengenai suara-suara yang sering bapak dengar, bagaimana?”

D. Fase terminasi

“Bagaimana perasaan bapak setelah kita berbincang-bincang ?” Apa yang bapak lakukan jika mendengar suara tersebut? Kapan suara itu muncul? Apa terus-terusan suara itu muncul? “Kalau bayangan itu muncul bagaimana kalau kita besok bertemu lagi untuk belajar cara pertama menghardik halusinasi itu ? Kira-kira kita besok bertemu jam berapa? Bagaimana kalau pukul 10.00 WIB? Besok bapak mau berbincang-bincang dimana? Bagaimana kalau di gazebo saja?”

Lampiran 2

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

Pada pasien Halusinasi pendengaran

Nama Pasien : Tn. N

Hari/tanggal : Selasa/05 juni 2018

Pertemuan : Ke-2

Masalah Keperawatan : Halusinasi pendengaran

A. Proses Keperawatan

1. Keadaan umum pasien

a. Pasien tampak tenang

2. Diagnosa keperawatan

Gangguan persepsi sensori: Halusinasi pendengaran

3. Tujuan khusus

a. Membina hubungan saling percaya

b. Dapat mengontrol halusinasi dengan berbicara dengan orang lain.

4. Tindakan keperawatan

a. Bina hubungan saling percaya

- b. Memberikan cara untuk mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain.

B. Fase Orientasi

“Selamat siang pak”bagaimana kabar bapak hari ini?”apa bapak masih ingat saya ? nama saya siapa pak ? Bagaimana perasaan bapak hari ini?” apakah bapak masih ingat dengan saya? Bagaimana kalau kita berbicara lagi seperti kemarin ? bagaimana kalau kita sekarang bicara cara mengontrol halusinasi yang kedua “berapa lama bapak mau berbincang-bincang dengan saya? Bagaimana jika 15 menit.” “Kita ngobrolnya dimana Pak? Disini saja ya seperti kemarin.”

C. Fase Kerja

“ Bapak masih ingat dengan saya ! apa yang bapak rasakan sekarang? Apa bapak masih mendengar suara-suara? Apakah bapak sudah dipakai cara yang kita latih kemarin? Apa berkurang suara-suaranya ? sekarang kita lakukan cara yang kedua ya pak, dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain ! caranya jika bapak mulai mendengar suara-suara langsung bapak cari teman untuk diajak ngobrol. Minta teman untuk ngobrol dengan bapak, contohnya begini bapak ,” tolong saya mulai mendengar suara-suara, ayo ngobrol degan saya! Atau kalau bapak dirumah misalnya istri, katakan “ buk ayo ngobrol dengan aku, aku sedang mendengar suara-suara.’begitu ya pak. Coba bapak lakukan sperti yang saya tadi lakukan. Ya , begitu pak. Bagus ! coba sekali lagi! Bagus ! nah latih terus ya pak! Bapak dapat mengajak perawat atau pasien lain untuk bercakap-cakap

D. Fase Terminasi

“Bagaimana perasaan bapak setelah kita belajar dan berbincang bersama? Sudah ada berapa cara yang tadi bapak pelajari untuk mencegah suara itu? Bagus, cobalah kedua cara ini kalau bapak mendengar suara itu? “baiklah bapak, bagaimana kalau besok kita bertemu lagi untuk belajar dan latihan mengontrol halusinasi cara yang ketiga? Kira-kira kita besok bertemu jam berapa? Bagaimana kalau pukul 10.00 WIB ? “Besok bapak mau berbincang-bincang dimana? Bagaimana kalau di teras depan saja ya pak

Lampiran 3

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama Pasien : Tn. N

Hari/tanggal : Rabu/06 Juni 2018

Pertemuan : Ke-3

Masalah Keperawatan : Halusinasi pendengaran

A. Proses Keperawatan

1. Keadaan umum pasien

a. Pasien tampak keluar masuk kamar

b. Pasien tampak tenang

2. Diagnosa keperawatan

Gangguan persepsi sensori: Halusinasi pendengaran.

3. Tujuan khusus

a. Bina hubungan saling percaya

b. Melatih pasien mengontrol halusinasi dengan cara melakukan aktivitas/
kegiatan yang terjadwal

4. Tindakan keperawatan

a. Membina hubungan saling percaya

b. Memberikan cara untuk mengontrol halusinasi dengan cara melakukan aktivitas terjadwal.

B. Fase Orientasi

“Selamat siang pak”bagaimana perasaan bapak hari ini? masih ingat dengan saya! “ bagaimana perasaan bapak hari ini ! apakah suara-suara masih muncul? Apakah sudah dilakukan dua cara yang kita latih kemarin. “sesuai dengan janji kita kemarin, hari ini kita akan belajar cara yang ketiga untuk mencegah halusinasi yaitu melakukan kegiatan terjadwal.” berapa lama bapak mau berbincang-bincang dengan saya? Bagaimana jika 15-20 menit.” “Kita ngobrolnya dimana Pak? bagaimana kalau di gazebo depan lagi seperti kemarin pak”

C. Fase Kerja

“apa saja yang biasa bapak lakukan ? pagi –pagi yang bapak lakukan”. “apa saja yang biasa bapak lakukan ? pagi –pagi yang bapak lakukan, terus jam berikutnya apa? Wah banyak sekali kegiatannya ! Mari kita latih kegiatan hari ini ! Bagus sekali jika bapak lakukan untuk mencegah suara tersebut muncul. Dari kegiatan pagi sampai malam kegiatan apa yang bapak sukai?, kegiatan yang saya sukai mencuci baju dan merapikan tempat tidur mbak”. Kegiatan bapak selama pagi sampai malam itu ngapain saja?, kegiatan saya jam 06.00 merapikan tempat tidur, setelah itu jam 06.30 sarapan pagi dan minum obat jam 07.00 mandi, terkadang juga cuci baju jam 11.00 makan siang lalu minum obat.” Ohh begitu ya pak berarti bapak banyak kegiatan ya setiap harinya.

D. Fase terminasi

“Bagaimana perasaan bapak setelah kita bercakap-cakap cara yang ketiga untuk mencegah suara itu muncul ! Sudah ada berapa cara yang bapak pelajari untuk mencegah suara itu muncul ? coba lakukan sesuai jadwal ya pak. Baiklah bapak, bagaimana kalau besok kita bertemu lagi untuk membahas cara minum obat. Kirakira kita besok bertemu jam berapa? Bagaimana kalau pukul 10.00 WIB ? “Besok bapak mau bercakap-cakap dimana? Bagaimana kalau disini lagi ya pak?”sampai jumpa besok

Lampiran 4**Evaluasi Kemampuan Pasien Halusinasi**

Nama pasien : Tn. N

Ruangan : Ruang Jiwa B Rumkital Dr. Ramelan Surabaya

Nama perawat : Anjar Aditya Rochmah

Petunjuk :

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

No.	Kemampuan	Tanggal		
		04	05	06
A	Pasien			
1.	Mengenal jenis halusinasi			
2.	Mengenal isi halusinasi			
3.	Mengenal waktu halusinasi			
4.	Mengenal frekuensi halusinasi			
5.	Mengenal situasi yang menimbulkan halusinasi			
6.	Menjelaskan respon terhadap halusinasi			
7.	Mampu menghardik halusinasi			
8.	Mampu bercakap-cakap jika terjadi halusinasi			
9.	Membuat jadwal harian			
10.	Melakukan kegiatan harian sesuai jadwal			
11.	Minum obat secara teratur			