



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. N DENGAN GANGGUAN  
PERSEPSI SENSORI: HALUSINASI PENDENGARAN DI  
BARAK LAKI-LAKI YAYASAN PANTI GALUH  
BEKASI TIMUR**

Disusun oleh :

**ALYA PUTRI AMBARWATI**

**201801004**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN**

**STIKES MITRA KELUARGA**

**BEKASI**

**2021**



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. N DENGAN GANGGUAN  
PERSEPSI SENSORI: HALUSINASI PENDENGARAN DI  
BARAK LAKI-LAKI YAYASAN PANTI GALUH  
BEKASI TIMUR**

Disusun oleh :

**ALYA PUTRI AMBARWATI**

**201801004**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN  
STIKES MITRA KELUARGA  
BEKASI  
2021**

## LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS

saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Alya Putri Ambarwati

Nim : 201801004

Institusi : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga Program  
Studi DIII Keperawatan

Menyatakan bahwa makalah ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Tn.N dengan Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi Pendegaran di barak laki laki Yayasan Galuh Bekasi Timur “yang dilaksanakan pada tanggal 03 Mei 2021 sampai dengan 07 Mei 2021 adalah hasil karya sendiri dan semua sumber yang digunakan sudah saya nyatakan dengan benar. Orisinalitas makalah ini tanpa ada unsur plagiarisme baik dalam aspek substansi maupun penulisan.

Demikian surat pernyataan ini dibuat dengan sebenar-benarnya. Bila dikemudian hari ditemukan keliruan, maka saya bersedia menanggung resiko atas perbuatan yang saya lakukan sesuai yang berlaku .

Bekasi, 20 Juni 2021

Yang Membuat Pernyataan



Alya Putri

## LEMBAR PERSETUJUAN

Makalah ini dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Tn.N dengan Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Pendengaran di Barak Laki-laki Yayasan Galuh Bekasi timur” ini telah disetujui untuk diujikan pada Ujian sidang dihadapan Tim Penguji.

Bekasi, 21 Juni 2021

Pembimbing makalah



(Ns. Renta Sianturi, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.J)

Mengetahui ,

Koordinator Program Studi DIII Keperawatan

STIKes Mitra Keluarga



(Ns. Devi Susanti, S.Kep.,M.Kep.,Sp.Kep.M.B)

## LEMBAR PENGESAHAN

Makalah Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Tn..N dengan Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi Pendengaran di Barak Yayasan Galuh Bekasi Timurr” yang disusun oleh Alya Putri (201801004) telah diujikan dan dinyatakan LULUS dalam Ujian Sidang dihadapan Tim Penguji pada tanggal 4 Agustus 2021

Bekasi,4 Agustus 2021

Penguji I

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Ns. Desi' followed by a stylized flourish.

Ns. Desi Pramujawati, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.J

Penguji II

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Renta' followed by a stylized flourish.

Ns. Renta Sianturi, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.J

**Nama mahasiswa** : Alya Putri Ambarwati  
**Nim** :201801004  
**Program studi** : DIII Keperawatan  
**Judul karya tulis** : Asuhan Keperawatan pada Tn.N dengan Gangguan  
Sensori Persepsi: Halusinasi Pendengaran di Yayasan  
Galuh Bekasi Timur  
**Halaman** :vii+80 page +5  
**Pembimbing** : Renta Sianturi

#### **ABSTRAK**

**Latar belakang** : gangguan jiwa terbanyak adalah skizofrenia terdapat sebanyak 20 juta yang terkena skizofrenia prevalensi skizofrenia di Indonesia sebanyak 6,7 per 1000 rumah tangga, artinya dari 1000 rumah tangga terdapat 6,7 rumah tangga yang mempunyai anggota yang mengidap skizofrenia. RISKESDAS(2018). Angka kejadian halusinasi di Indonesia cenderung mengalami peningkatan sebesar 400.000 orang. RISKESDA(2018). Angka kejadian halusinasi di Panti Yayasan Galuh dari 44 orang klien yang dikelola oleh mahasiswa sebesar 31,7%.

**Tujuan umum** :Karya tulis ini bertujuan untuk memperoleh pengalaman nyata dan memberikan asuhan pada pasien halusinasi.

**Metode penulisan** :Metode dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini menggunakan metode deskriptif yaitu dengan mengungkapkan fakta-fakta yang sesuai dengan data.

**Hasil** :Berdasarkan hasil pengkajian pada pasien ditemukan faktor predisposisi dan presipitasi, pada pengkajian ditemukan data halusinasi pendengaran yang membuat klien menjadi senang karena pujian dari halusinasi tersebut untuk mengatasinya dilakukan Sp 1 dilakukan 1x pertemuan Sp 2 dilakukan 1x pertemuan Sp 3 dilakukan 1x pertemuan Sp 4 dilakukan 1x pertemuan evaluasi yang dihasilkan tanda dan gejala berkurang seperti suara-suara yang muncul berkurang, kemampuan mengontrol halusinasi bertambah seperti pasien dapat melakukan cara menghardik, klien dapat mengontrol dengan cara 5 benar minum obat, pasien dapat mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap, klien dapat mengontrol halusinasi dengan cara melakukan kegiatan.

**Student name : Alya Putri Ambarwati**

**Nim :201801004**

**Study Program : DIII Nursing**

**The title of the paper: Nursing Care for Mr. N with Disturbances**

**Sensory Perception: Auditory Hallucinations in Foundation**

**Galuh East Bekasi**

**Pages :vii+80 pages +5**

**Supervisor : Renta Sianturi**

### **ABSTRACT**

**Background:** the most mental disorder is schizophrenia, there are as many as 20 million affected by schizophrenia, the prevalence of schizophrenia in Indonesia is 6.7 per 1000 households, meaning that from 1000 households there are 6.7 households that have members who have schizophrenia. RISKESDAS(2018). The incidence of hallucinations in Indonesia tends to increase by 400,000 people. RISKESDAS(2018). The incidence of hallucinations at the Galuh Foundation Panti from 44 clients managed by students was 31.7%.

**General Purpose:** This paper aims to gain real experience and provide care for patients with hallucinations.

**Writing method:** The method in writing this scientific paper uses a descriptive method, namely by revealing facts that are in accordance with the data.

**Results:** Based on the results of the study on the patient, predisposing and precipitation factors were found, the study found auditory hallucinations data that made the client happy because of the praise of the hallucinations to overcome it, Sp 1 was carried out 1x Sp 2 meeting was conducted 1x Sp 3 meeting was conducted 1x Sp 4 meeting was conducted 1x evaluation meeting resulted in reduced signs and symptoms such as reduced voices, increased ability to control hallucinations such as patients being able to rebuke, clients being able to control the correct way of taking medication, patients being able to control hallucinations by talking, clients being able to control hallucinations by doing activities.

## KATA PENGANTAR

Puji Syukur saya panjatkan kepada Tuhan yang Maha Esa yang telah memberikan berkat serta kekuatan kepada saya, sehingga saya dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Tn.N dengan Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi Pendengaran di Yayasan Panti galuh Bekasi Timur”.

Karya tulis ilmiah ini telah saya tulis dengan semaksimal mungkin penulisan karya tulis ilmiah ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak, sehingga dapat memperlancar penulisan karya tulis ilmiah ini. Oleh karena itu dalam kesempatan ini penulis mengucapkan terimakasih dengan rasa hormat kepada:

1. Ns. Renta Sianturi, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.J selaku dosen pembimbing dalam penyusunan karya tulis ilmiah sekaligus sebagai dosen penguji II yang telah meluangkan waktu dan tenaga untuk memberikan masukan kepada penulis dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah dengan sebaik-baiknya.
2. Ns. Desi Pramujiwati, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.J selaku dosen penguji I.
3. Dr. Susi Hartati, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.An selaku ketua STIKes Mitra Keluarga.
4. Ns. Devi Susanti, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.M.B selaku ketua program studi DIII Keperawatan STIKes Mitra Keluarga dan yang telah memberikan motivasi dan dukungan yang berkesan.
5. Ns. Anung Ahadi Pradana, M.Kep., Sp.Kep.Kom selaku dosen pembimbing akademik yang telah memberikan motivasi, semangat, kritik dan selalu memberikan dukungan yang sangat berkesan.
6. Seluruh staf akademik dan non akademik Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga yang telah menyediakan fasilitas demi kelancaran membuat makalah dan karya tulis ilmiah.
7. Tn.N dan Keluarga yang telah memberikan kesempatan dan kerjasama dalam pengambilan kasus ini.
8. Untuk Keluarga Tercinta Alm. Ayahanda Sumarno dan Ibunda Ayu Setyorini dan Adik-Adik yang selalu hadir memberikan dukungan, semangat, motivasi, serta doa untuk penulis.



9. Untuk Keluarga Besar yang selalu memberikan dukungan dan semangat untuk penulis dan selalu mendoakan penulis
10. Teman Spesial Achmad Zidane Juliansyah yang selalu memberikan support, motivasi serta semangat yang tiada henti kepada saya dalam pembuatan karya tulis ilmiah.
11. Hai hai bucin : Cornelia, Lisda, Renata yang selalu menjadi teman baik teman curhat dan selalu memberikan dukungan.
12. Teman-teman seperjuangan kelompok keperawatan jiwa yang saling membantu dan memberikan semangat dalam karya tulis ilmiah.

Penulisan menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaann. Oleh karena itu kritik dan saran yang sifatnya membangun selalu penulis harapkan. Semoga karya tulis ilmiah ini dapat bermanfaat untuk pihak-pihak yang membutuhkannya

Bekasi, 18 Juli 2021



Alya Putri Ambarwati

## DAFTAR ISI

|                                                          |     |
|----------------------------------------------------------|-----|
| COVER DALAM .....                                        | i   |
| LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS .....                     | ii  |
| LEMBAR PERSETUJUAN .....                                 | iii |
| LEMBAR PENGESAHAN .....                                  | iv  |
| ABSTRAK.....                                             | v   |
| ABSTRACT.....                                            | vi  |
| KATA PENGANTAR .....                                     | vii |
| DAFTAR ISI.....                                          | ix  |
| BAB I.....                                               | xi  |
| PENDAHULUAN .....                                        | 1   |
| A. Latar Belakang .....                                  | 1   |
| B. Tujuan Penulisan.....                                 | 3   |
| 1. Tujuan Umum .....                                     | 3   |
| 2. Tujuan Khusus.....                                    | 3   |
| C. Ruang Lingkup.....                                    | 4   |
| D. Metode Penulisan .....                                | 4   |
| E. Sistematika Penulisan .....                           | 4   |
| BAB II.....                                              | 5   |
| TINJAUAN TEORI .....                                     | 5   |
| A. Konsep Pandemi .....                                  | 5   |
| B. Konsep Skizofrenia .....                              | 8   |
| C. Konsep Halusinasi .....                               | 15  |
| D. Konsep Asuhan Keperawatan Jiwa.....                   | 22  |
| Diagram 2.3 Gangguan sensori persepsi : halusinasi ..... | 24  |
| BAB III .....                                            | 31  |
| TINJAUAN KASUS.....                                      | 31  |
| A. Pengkajian keperawatan.....                           | 31  |
| B. Diagnosa Keperawatan .....                            | 43  |
| C. Perencanaan keperawatan .....                         | 43  |
| D. Implementasi Dan Evaluasi Keperawatan .....           | 47  |
| BAB IV .....                                             | 56  |
| PEMBAHASAN .....                                         | 56  |

|                                  |    |
|----------------------------------|----|
| A. Skizofrenia .....             | 56 |
| B. Pengkajian keperawatan.....   | 57 |
| C. Diagnosa keperawatan .....    | 59 |
| D. Perencanaan keperawatan ..... | 60 |
| E. Implementasi keperawatan..... | 61 |
| F. Evaluasi keperawatan.....     | 63 |
| BAB V .....                      | 65 |
| PENUTUP.....                     | 65 |
| A. Kesimpulan .....              | 65 |
| B. Saran .....                   | 66 |
| DAFTAR PUSTAKA .....             | 67 |

## DAFTAR TABEL

|                                                          |    |
|----------------------------------------------------------|----|
| Diagram 2.1 Gangguan sensori persepsi : halusinasi ..... | 24 |
| Diagram 3.1 Genogram keluarga pasien .....               | 33 |
| Tabel 3.2 Analisa data .....                             | 40 |
| Diagram 3.3 pohon masalah pada pasien.....               | 43 |

## DAFTAR LAMPIRAN

|                        |    |
|------------------------|----|
| SP 1 Pertemuan 1 ..... | 69 |
| SP 2 Pertemuan 1 ..... | 73 |
| SP 3 Pertemuan 1 ..... | 77 |
| SP 4 Pertemuan 1 ..... | 80 |

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang**

Semua orang tua mengharapkan anaknya menjadi anak yang berhasil dan berguna. Namun tidak semua anak dapat dituntut sesuai dengan keinginan orang tua. Hal ini menjadi masalah bagi anak-anak. Tuntutan orang tua yang tidak realistis dapat menyebabkan anak menjadi stress. Anak berusaha menjadi anak yang berbakti dan menjadi anak yang sesuai harapan orang tua, namun tidak semuanya dapat terjadi sesuai dengan harapan anak karena kemampuan anak belum tentu sesuai dengan tuntutan orang tua.

Angka tuntutan orang tua yang realitis menurut hasil penelitian Palmer 2012 yang sering merasa tertekan karena tuntutan orang tua dalam kegagalan sebanyak 84,84% yang mengalami ketakutan dan akan mengecewakan kedua orang tua sebanyak 81,81% banyak harapan yang diinginkan oleh keluarga dan tuntutan kedua orang tua yang akan menjadi sumber stress dan kecemasan berlebih Hidayah (2012). Stress yang berkepanjangan akan menyebabkan terjadinya gangguan jiwa karena mengalami kecemasan yang sangat berat sehingga menyebabkan teraktivitasnya neurotransmitter otak, dan mengalami penurunan kemampuan untuk memproses informasi sehingga komunikasi antara sel otak menjadi terganggu dan akan menyebabkan terjadinya gangguan jiwa.

Gangguan jiwa adalah merupakan manifestasi dari bentuk penyimpangan perilaku akibat adanya distorsi emosi sehingga ditemukan ketidakwajaran dalam bertindak laku. Hal itu terjadi karena menurunnya semua fungsi kejiwaan (Sutejo, 2019). Hasil riset kesehatan dasar Kementerian Kesehatan tahun 2013, secara umum gangguan jiwa dibagi menjadi dua yaitu gangguan jiwa ringan yang meliputi gangguan secara mental emosional yang berupa kecemasan, panik dan gangguan alam perasaan dan gangguan jiwa berat yaitu kelompok psikosa seperti mengalami skizofrenia, gangguan skizotipa. Data hasil RISKESDAS (2007) menunjukkan prevalensi gangguan mental emosional yang ditunjukkan gejala-gejala depresi dan kecemasan mencapai sekitar 11,6%. Prevalensi gangguan jiwa berat pada tahun

2007 mencapai sekitar 0,46%. Gangguan jiwa terbanyak di Indonesia terjadi pada skizofrenia.

Skizofrenia merupakan bentuk gangguan jiwa berat yang ditandai adanya halusinasi atau gangguan persepsi sensori, waham atau delusi, gangguan pada pikiran, pembicaraan dan perilaku serta emosi yang tidak sesuai (Yusuf & dkk, 2019). Menurut WHO (2019) terdapat 20 juta orang terkena skizofrenia. Menurut data RISKESDAS (2018) menunjukkan bahwa prevalensi skizofrenia di Indonesia sebanyak 6,7 per 1000 rumah tangga. Artinya, dari 1000 rumah tangga terdapat 6,7 rumah tangga yang mempunyai anggota yang mengindap skizofrenia.

Salah satu gejala positif dari skizofrenia itu adalah halusinasi. Halusinasi adalah Halusinasi adalah salah satu gejala gangguan jiwa dimana klien mengalami perubahan sensori persepsi, merasakan sensasi palsu berupa suara-suara, penglihatan, pengecapan, dan perabaan. Klien merasakan stimulus yang sebetulnya tidak ada halusinasi merupakan gangguan persepsi dimana klien mempersepsikan sesuatu hal yang tidak terjadi (Harkomah, 2019). Halusinasi ada 5 jenis yaitu halusinasi pendengaran, halusinasi penglihatan, halusinasi perabaan, halusinasi pengecapan dan halusinasi penciuman. Tahapan halusinasi Menurut (Nurhalimah, 2018) ada 4 tahap yaitu : Tahap 1 Comforting halusinasi bersifat menenangkan, tingkat ansietas klien sedang pada tahap ini halusinasi secara umum menyenangkan klien Tahap 2 Condemning halusinasi bersifat menyalahkan klien mengalami ansietas berat dan halusinasi bersifat menjijikan untuk klien. Tahap 3 Controlling halusinasi mulai mengendalikan perilaku klien, sehingga klien berada pada tingkat ansietas berat. Tahap 4 Consquering halusinasi pada saat ini, sudah sangat menakutkan dan tingkat ansietas berada pada tingkat panik. Secara umum halusinasi menjadi lebih rumit klien dan klien saling terkait dengan delusi.

Angka kejadian halusinasi di Indonesia cenderung mengalami peningkatan sebesar 400.000 orang RISKESDAS (2018). Angka kejadian halusinasi di Panti Yayasan Galuh dari 44 orang klien yang dikelola oleh mahasiswa sebesar 31,7%.

Dampak halusinasi jika tidak ditangani dapat ditimbulkan oleh klien yang mengalami halusinasi adalah kehilangan kontrol dirinya, dalam kondisi ini klien dapat melakukan bunuh diri, membunuh orang lain, dan bahkan merusak

lingkungan. Penanganan halusinasi perlu dilakukan dengan holistik dan secara menyeluruh. Penanganan halusinasi harus ditangani baik secara holistik dan paripurna. Penanganan oleh nakes ada perubahan saat pandemi ini, yaitu klien menjaga jarak saat interaksi, menggunakan APD berupa masker saat interaksi, menganjurkan klien untuk selalu cuci tangan sebelum berinteraksi dengan klien. Hal ini dilakukan untuk mencegah terjadinya penularan penyakit Covid 19 yang dapat memperberat keadaan klien dengan halusinasi.

Peran perawat dalam penanganan klien dengan halusinasi sebagai care giver, educator, advocate dan collaborator. Peran sebagai care giver dimana perawat melakukan asuhan keperawatan mulai dari pengkajian sampai evaluasi. Peran sebagai Educator yaitu melakukan penjelasan dan pendidikan kesehatan tentang penyakit klien dan cara penanganan. Sebagai advocate yaitu membela hak klien yaitu dalam hal ini mendapatkan pengobatan sesuai dengan keadaan pasien. Sebagai collaborator yaitu berkolaborasi dengan pihak panti untuk meminta dokter menulis dengan benar pendokumentasian obat-obatan klien, karena di rekam medis tidak ada tertulis jadwal minum obat klien. Seluruh peran perawat ini akan membantu klien bisa mengontrol halusinasi. Oleh karena itu penulis ingin membahas lebih lanjut mengenai “Asuhan Keperawatan pada Tn N. dengan Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi Pendengaran di Yayasan Panti Galuh”.

## **B. Tujuan Penulisan**

### **1. Tujuan Umum**

Di dapatkan pengalaman nyata dalam melakukan asuhan keperawatan pada klien gangguan sensori persepsi : Halusinasi pendengaran

### **2. Tujuan Khusus**

Melakukan pengkajian pada klien gangguan sensori persepsi : halusinasi pendengaran.

- a. Menentukan pengkajian pada klien dengan gangguan sensori persepsi halusinasi pendengaran.
- b. Menentukan masalah keperawatan pada klien gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran.
- c. Merencanakan tindakan keperawatan pada klien gangguan sensori persepsi : halusinasi pendengaran.



- d. Melakukan tindakan keperawatan dengan gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran.
- e. Melakukan evaluasi pada klien dengan gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran.
- f. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan sensori persepsi : halusinasi pendengaran.
- g. Melakukan pengkajian pada klien gangguan sensori persepsi halusinasi pendengaran.

### C. Ruang Lingkup

Penulisan karya tulis ilmiah ini merupakan pembahasan pemberian asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran yang berada di Yayasan Panti Galuh Bekasi Timur, yang dilaksanakan pada tanggal 03 Mei 2021 Sampai dengan 07 Mei 2021.

### D. Metode Penulisan

Dalam penulisan karya tulis ilmiah ini penulisan menggunakan deskriptif yaitu dengan mendeskripsikan asuhan keperawatan yang telah diberikan oleh penulis pada pasien gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran. Berikut ini metode yang dilakukan dalam pengumpulan data yaitu studi kasus dengan pemberian asuhan keperawatan berupa wawancara dan observasi pada pasien gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran. Metode buku yaitu dengan cara membaca serta mempelajari buku-buku tentang teori halusinasi untuk mendapatkan teoritis yang bersifat ilmiah

### E. Sistematika Penulisan

Karya tulis ilmiah ini disusun dengan secara sistematis. Bab I terdiri dari Pendahuluan, meliputi Latar belakang penulisan, tujuan penulisan, ruang lingkup, metode penulisan dan sistematis. Bab II tinjauan teori pengertian skizofrenia, klasifikasi skizofrenia, etiologi skizofrenia, tanda dan gejala skizofrenia, dan konsep gangguan sensori persepsi halusinasi. Bab III tinjauan kasus pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi, evaluasi. Bab IV pembahasan meliputi kesenjangan antara teori dengan kasus yang dimulai dari pengkajian sampai evaluasi. Bab V penutup meliputi kesimpulan dan saran.

## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORI**

#### **A. Konsep Pandemi**

##### **1. Pengertian pandemi COVID-19**

COVID-19 adalah penyakit yang menular yang disebabkan oleh corona virus yang baru saja ditemukan. Virus ini berasal dari Wuhan Tiongkok pada bulan desember 2019, corona virus ini adalah suatu kelompok virus yang dapat menyebabkan penyakit pada manusia dan hewan, pada manusia biasanya menyebabkan penyakit infeksi saluran pernafasan, mulai flu biasanya hingga penyakit yang serius seperti *middle east respiratory syndrome (MERS)* dan sindrom pernafasan akut berat/*severe acute respiratory syndrome (SARS)* (WHO,2021).

##### **2. Tanda dan gejala COVID-19**

Mengalami demam suhu 38°C, batuk kering, diare, sesak nafas, mual, gangguan pernafasan, dan sesak nafas (Kemenkes 2021).

##### **3. Komplikasi Covid-19**

###### **a. Pneumonia**

Virus ini dapat berkembang pada saluran pernafasan, bukan itu saja, virus ini dapat menyebar hingga ke paru-paru pada paru-paru yang sehat, oksigen akan masuk melalui aliran darah ke dalam alveoli, virus corona yang masuk ke dalam paru-paru nyata-nyata merusak alveoli. Sistem kekebalan tubuh akan berusaha melawan dan menyebabkan peradangan pada paru-paru, peradangan dapat menyebabkan cairan dan sel mati dalam paru-paru yang menumpuk.(WHO,2021)

###### **b. Sindrom distress pernafasan akut (ARDS)**

Pneumonia yang disebabkan oleh COVID-19 juga dapat memicu sindrom distress pernafasan akut (ARDS) kondisi ini merupakan jenis kegagalan pernafasan progresif yang terjadi ketika kantung udara pada paru-paru terisi cairan.

c. Gangguan hati

Melansir dari *Journal of Hepatology*, laporan terbaru menunjukkan sekitar 2–11 persen pasien dengan COVID-19 sudah memiliki penyakit hati kronis sebelumnya. Dalam masa pandemi, disfungsi hati terlihat meningkat 14–53 persen pada pengidap COVID-19. Peningkatan gangguan hati berkaitan langsung dengan kasus kematian pengidap COVID-19.

Gangguan hati dalam COVID-19 bisa dikaitkan dengan efek sitopatik langsung dari virus, reaksi kekebalan yang tidak terkontrol, kondisi sepsis, hingga efek dari penggunaan obat-obatan untuk meredakan gejala COVID-19.

d. Gagal ginjal akut

gejala COVID-19 yang cukup parah nyatanya mampu menyebabkan gangguan pada ginjal. Meskipun jarang terjadi, tetapi COVID-19 mampu meningkatkan risiko gagal ginjal akut pada pengidap COVID-19.

e. Gangguan neurologis

Paparan virus corona yang tidak segera diatasi dapat memperburuk kondisi ini. Namun, penyakit COVID-19 dengan gejala yang cukup parah dapat berisiko menyebabkan sepsis dan kegagalan organ yang memicu kondisi gangguan neurologis. Gangguan neurologis juga dapat dialami oleh pengidap COVID-19 akibat efek samping dari pengobatan yang dilakukan.

f. Gangguan jantung

Bukan hanya paru-paru, gangguan jantung juga kerap dialami oleh pengidap COVID-19 sebagai komplikasi yang cukup umum terjadi. Biasanya, virus corona menyebabkan gangguan irama jantung atau aritmia. Selain itu, melansir jurnal *American Heart Association*, 22 persen pasien COVID-19 dengan gejala berat mengalami cedera miokard akibat infeksi. Namun, penelitian mengenai kasus ini masih akan dilakukan secara lebih mendalam.

#### 4. Cara penularan COVID-19

Bahwa corona ini dapat ditularkan melalui hewan ke manusia namun manusia juga dapat menular ke manusia.

##### a. Penyebaran virus Corona melalui droplet

Penularan virus Corona bisa terjadi melalui droplet saat seseorang batuk, bersin, bernyanyi, berbicara, hingga bernapas. Saat melakukan hal-hal tersebut, udara yang keluar dari hidung dan mulut mengeluarkan partikel kecil atau aerosol dalam jarak dekat.

##### b. Penyebaran virus Corona melalui udara

Setelah mendapat kritikan dari ratusan ilmuwan terkait penyebaran virus Corona melalui udara, akhirnya WHO pun mengakuinya. Organisasi tersebut mengakui adanya bukti bahwa virus Corona itu bisa menyebar melalui partikel-partikel kecil yang melayang di udara.

##### c. Penyebaran virus Corona melalui permukaan yang terkontaminasi

Cara penularan virus Corona ini terjadi saat seseorang menyentuh permukaan yang mungkin telah terkontaminasi virus dari orang yang batuk atau bersin, lalu virus itu pindah ke hidung, mulut, atau mata yang disentuh setelah menyentuh permukaan yang terkontaminasi.

#### 5. Pencegahan COVID-19

##### a. Menggunakan Masker

Cara pencegahan Covid-19 yang paling efektif untuk dilakukan adalah dengan menggunakan masker. alat ini harus digunakan terutama saat berada di tempat umum atau berinteraksi dengan orang lain, penutup pada mulut dan hidung ampuh untuk menurunkan resiko penyebaran virus covid.

##### b. Mencuci Tangan

mencegah risiko terserang COVID-19 dengan mencuci tangan secara rutin. Cobalah untuk lebih sering mencuci tangan dengan sabun dan air selama 20 detik setelah melakukan beberapa aktivitas, seperti menyentuh suatu benda, memegang bagian depan masker, hingga menyentuh hewan.

c. Menjaga Jarak

5M lainnya yang harus dilakukan untuk pencegahan COVID-19, yaitu menjaga jarak. Saat berada di luar rumah, pastikan untuk menjauhkan diri sekitar 1–2 meter. Pastikan untuk selalu ingat jika beberapa orang tidak memiliki gejala, meski telah terserang virus corona.

d. Menjauh Kerumunan

Saat berada di keramaian atau kerumunan, risiko untuk tertular COVID-19 menjadi lebih tinggi. Jika ingin melakukan interaksi dengan beberapa orang, pastikan berada di luar ruangan, menggunakan masker, dan tidak lebih dari 5 orang. Intensitas dan jumlah orang sangat berpengaruh terhadap tingkat risiko yang dapat terjadi.

e. Mengurangi Mobilitas

Setiap orang harus benar-benar menanamkan pemahaman jika keperluannya tidak terlalu mendesak, ada baiknya untuk tetap di rumah. Meskipun merasa sehat, belum tentu saat berada di rumah tetap dalam keadaan yang sama atau menyebarkan virusnya pada keluarga di rumah. Tingkatkan perhatian terlebih lagi jika terdapat orang tua atau anak-anak di rumah yang masih rentan terhadap COVID-19.

**6. Pemeriksaan penunjang**

- a. PCR berguna untuk mendeteksi virus corona yang berada didalam tubuh (swab test).
- b. Pemeriksaan serologis( rapid test).
- c. Foto thorax.

**B. Konsep Skizofrenia**

1. Definisi Skizofrenia

Menurut Melinda Herman, (2014) definisi skizofrenia sebagai penyakit neurologis yang mempengaruhi persepsi klien, cara berpikir, bahasa, emosi, dan perilaku sosialnya (*Neurological disease that effects a persons perception, thinking, language, emotion, and sosial behavior*). Skizofrenia dapat didefinisikan sebagai suatu sindrom dengan variasi penyebab (banyak yang

belum diketahui), dan perjalanan penyakit (tak selalu bersifat kronis) yang luas, serta sejumlah akibat yang tergantung pada pengaruh genetik, fisik, dan sosial budaya (Kaplan and Sadock, 2010).

Berdasarkan beberapa pengertian di atas, maka dapat disimpulkan bahwa skizofrenia merupakan sekelompok gangguan psikotik yang mempengaruhi persepsi klien, cara berpikir, bahasa, emosi, dan perilaku sosialnya.

## 2. Menurut (Kraepin, 2009) Klasifikasi Skizofrenia

membagi skizofrenia menjadi beberapa jenis. Penderita digolongkan ke dalam salah satu jenis menurut gejala utama yang terdapat padanya. Akan tetapi gejala-gejala dapat berganti-ganti atau mungkin seorang penderita tidak dapat digolongkan ke dalam satu jenis. Pembagiannya adalah sebagai berikut:

### a. Tipe paranoid

Gejala yang mencolok ialah waham primer, disertai dengan waham-waham sekunder halusinasi dengan pemeriksaan yang teliti adanya gangguan proses berfikir, gangguan afek emosi dan kemauan. Ciri-cirinya utama adalah waham yang simetris atau halusinasi pendengaran, dan individu ini dapat penuh curiga argumentasi, kasar, agresif, perilaku kurang regresif, kerusakan lebih sedikit, prognosisi lebih baik dibanding jenis jenis lain.

### b. Tipe hebefrenik

Permulaannya perlahan lahan atau subakut dan sering timbul dimasa remaja atau 15-25 tahun. Gejala yang menyolok ialah gangguan proses berfikir, gangguan psikomotor seperti menerima neologisme atau perilaku kekanak-kanakan sering terdapat waham,halusinasi banyak sekali, Ciri-cirinya utamannya adalah percakapan dan perilaku yang kacau serta afek yang datar atau tidak tepat, gangguan asosiasi juga banyak terjadi, individu tersebut mempunyai sikap yang aneh mengabaikan hygiene dan penampilan diri, perilaku agresif dengan interaksi sosial dan kontrak dengan realitas yang buruk.

c. Tipe katatonik

Timbulnya pertama kali umur 15-30 tahun dan biasanya akut serta sering didahului oleh stress emosional, mungkin terjadi gaduh gelisah katatonik atau stutor katatonik. Ciri-cirinya utama ditandai dengan gangguan psikomotor yang melibatkan imobilitas atau justru aktivitas yang berlebihan, stutor katatonik individu ini dapat menunjukkan ketidakefektifan negativme dan kelenturan tubuh berlebihan(postur abnormal), katatonik excitement melibatkan agitasi yang ekstrim dan dapat disertai dengan ekolalia dan ekopraksi.

d. Tipe Tak Terinci

Tipe tak terinci merupakan skizofrenia yang menampilkan perubahan pola simpton- simpton yang menyangkut semua indicator skizofrenia pasien yang mempunyai halusinasi, waham dan gejala-gejala psikosis aktif yang menonjol (misalnya: kebingungan, inkoheren)emosi yang tidak dapat dipegang karena berubah-ubah, adanya delusi, referensi yanag berubah-ubah atau salah, adanya ketergugahan yang sangat besar, autism seperti mimpi, depresi dan sewaktu-waktu juga ada fase menunjukkan ketakutan.

e. Tipe residual

Tipe ini merupakan kategori yang dianggap telah terlepas dari skizofrenia tetapi masih memperlihatkan gejala-gejala residual atau sisa. Gejala residual itu dapat meliputi penarikan diri secara social, afek datar atau serasi, perilaku eksentik dan pikiran tak logis.

3. Tanda dan gejala skizofrenia

Pembagian gejala skizofrenia cukup bervariasi. Ada yang menyebutkan bahwa skizofrenia terdiri dari 3 kelompok gejala utama yaitu gejala positif misalnya waham dan halusinasi, gejala negatifnya misalnya afek tumpul, avolisi, (asocial), dan defisit kognitif misalnya gangguan pada fungsi aksekutif, *working memory*, dan perhatian. Gejala disorganisasi juga disebut sebagai salah satu domain skizofrenia misalnya perilaku dan pikiran kacau. Namun, ada juga menambahkan dua gejala skizofrenia yaitu afektif misalnya depresi, termasuk juga cemas dan gejala agresif misalnya kekerasan secara fisik ataupun verbal (Yudhantara & Istiqomah, 2018).

- a. Tanda dan gejala primer menurut (Herman dan Direja, 2011) adalah:
  - 1) Gangguan proses berfikir.
  - 2) Gangguan afek emosi.
  - 3) Emosi dan afek serta ekspresinya tidak mempunyai satu kesatuan.
  - 4) Hilangnya kemampuan untuk mengadakan hubungan emosi yang baik.
  - 5) Emosi berlebihan.
  - 6) Gangguan kemauan adalah terjadinya kelemahan kemauan perilaku negativism atas permintaan, otomatisme merasa pikirannya atau perbuatannya dipengaruhi oleh orang lain.
  - 7) Gangguan psikomotor adalah stupor atau hiperkinesia, logorea dan neologisme, stereotipi, katalep yaitu mempertahankan posisi tubuh dalam waktu yang lama, autisme.
- b. Tanda dan gejala sekunder menurut (Herman dan Direja, 2011) adalah
  - 1) Waham
  - 2) Halusinasi
- c. Tanda dan gejala positif menurut (T & Yosep, 2014)
  - 1) Halusinasi (*auditory hallucination*)
 

Klien skizofrenia mungkin mendengar suara suara atau melihat sesuatu yang sebenarnya tidak ada atau mengalami sensasi yang tidak bisa pada tubuhnya, gejala yang biasanya timbul yaitu klien merasakan ada suara dari dalam dirinya. Kadang suara itu dirasakan menyejukan hatinya, member kedamaian, tapi kadang suara itu menyuruhnya melakukan sesuatu yang sangat berbahaya seperti bunuh diri.
  - 2) Penyesatan pikiran
 

Kepercayaan yang kuat dalam menginterpretasikan sesuatu yang kadang berlawanan dengan kenyataan. Beberapa skizofrenia berubah menjadi seseorang paranoid. Mereka selalu merasa sedang diawasi, diintai atau hendak diserang.
  - 3) Kegagalan berfikir
 

Biasanya mengarah kepada masalah dimana klien skizofrenia tidak mampu memproses dan mengatur pikirannya. Karena klien skizofrenia tidak dapat mengatur pikirannya membuat mereka berbicara secara serampang dan tidak bisa ditangkap logika. Dampak ketidakmampuan dan berfikir mengakibatkan ketidakmampuan mengendalikan emosi dan



perasaan. Hasilnya kadang penderita skizofrenia tertawa dan berbicara sendiri dengan keras tanpa memperdulikan sekelilingnya.

Semua itu membuat penderita skizofrenia tidak bisa memahami dirinya, tidak berpakaian, dan tidak bisa mengerti apa itu manusia. Dia juga tidak bisa mengerti kapan dia lahir, dimana dia berada dan sebagiannya.

- 4) Tanda dan gejala negative menurut (T & Yosep, 2014) adalah
  - a) Kehilangan motivasi dan apatis berani kehilangan energi dan minat dalam hidup yang membuat klien menjadi orang yang malas
  - b) Tidak bisa melakukan hal-hal yang lain selain tidur dan makan.
  - c) Klien skizofrenia tidak memiliki ekspresi baik dari raut muka maupun gerakan tangannya seakan-akan dia tidak memiliki emosi apapun.
  - d) Depresi juga tidak mengenal perasaan ingin ditolong dan berharap.
  - e) Tidak merasa memiliki perilaku yang menyimpang, tidak bisa membina hubungan relasi dengan orang lain dan tidak mengenal cinta.
  - f) Depresi yang berkelanjutan pada penderita skizofrenia dapat menimbulkan klien menarik diri dari lingkungannya.
  - g) Mereka selalu merasa aman bila sendirian.

#### 4. Etiologi

Ada beberapa teori penyebab yang dikaitkan dengan skizofrenia yaitu: (Sovitriana, 2019).

##### a. Faktor genetik

pada sebuah penelitian yang difokuskan kepada anak kembar identik menunjukkan 50% resiko mengalami skizofrenia, sedangkan fraternal twins 15% (lehman, 2000 dalam Baradero, 2016). Hasil penelitian ini menunjukkan adanya indikasi skizofrenia sebagian diperoleh genetik. Penelitian lainnya yang juga berkaitan dengan teori genetik menunjukkan resiko 15% bagi anak-anak dari salah satu orangtua yang menderita skizofrenia, dan resiko meningkat 35% apabila kedua orang tua menderita skizofrenia. Anak-anak yang memiliki orang tua biologis dengan riwayat skizofrenia tetapi diadopsi pada saat lahir oleh keluarga tanpa riwayat skizofrenia masih memiliki resiko genetik dari orang tua biologis mereka (Videbeck, 2008).

b. Faktor neuro-anatomik dan neuro-kimia

Saat ini dengan adanya perkembangan non –ivansif seperti ct scan, magnetic resonance imaging (MRI) dan positron emission tomography (PET), para ilmuwan dapat mempelajari struktur otak (neuro-anatomi) serta kegiatan otak (neuro-kimia) dari individu skizofrenia. Penelitian yang dilakukan pada decade terakhir yang memperlihatkan bahwa individu skizofrenia secara relative mempunyai jaringan otak yang lebih kecil dan cairan serebrospinal yang lebih sedikit dibandingkan dengan yang tidak baik menderita skizofrenia. Hal ini dapat terjadi karena gangguan perkembangan jaringan otak atau matinya otak (Flalsman et al. 2000 dalam Baradero, Dayrit, 2016)

Penelitian neuro-kimia menunjukan adanya gangguan pada system neurotransmitter dari individu skizofrenia. Teori neuro-kimia sekarang yang menonjol berkaitan dengan neurotransmitter dopamin. Satu teori mengatakan bahwa kelebihan dopamine dapat menimbulkan skizofrenia. Teori ini didasarkan pada observasi terhadap obat-obatan seperti amfetamin dan levodopa yang dapat meningkatkan aktivitas dopamine, obat-obatan ini dapat menimbulkan reaksi paranoia yang juga nampak pada skizofrenia ((Egan & Hyde, 2000 dalam Baredero, Dayrit & Maratning, 2016) Neuro-kimia lain dalam teori disebut bahwa serotonin dapat mengatur kelebihan dopamine.

c. Faktor imuno-virologik

Teori ini mengatakan bahwa kontak dengan virus atau respon imun terhadap virus dapat mengubah fungsi otak. Sitokin merupakan neurotransmitter diantara sel-sel imun yang menangani peradangan akibat respon imun. Terdapat asumsi bahwa sitokin mempunyai peran dalam akibat pengembangan gangguan mental termasuk skizofrenia.

d. Faktor psikogenik

Skizofrenia juga dapat terjadi karena pengalaman traumatic. Pengalaman traumatic tersebut sangat sulit dilupakaan dan berpotensi memunculkan gejala awal gangguan jiwa. Pengalaman traumatic dapat mengawali dan mengantarkan klien pada suatu kondisi terguncangnya kejiwaan yang ditandai kesulitan membedakan antara fantasi dan realita. Faktor-faktor psikotik yang sering terjadi diantaranya hubungan dalam keluarga,

pekerjaan, permainan dan masyarakat, kehilangan yang mengakibatkan kecemasan, depresi, rasa malu, rasa bersalah dan konsep diri. Berdasarkan hasil penelitian (T & Yosep, 2014), dari tujuh informan didapatkan lima tema yang dapat memunculkan terjadinya skizofrenia, yaitu cita-cita / keinginan tidak tercapai, kegagalan: kehilangan orang yang dicintai, kehilangan pekerjaan, orangtua galak/pola asuh otoriter, dan mendapat tindakan kekerasan.

e. Hipotesis sosiogenik

Beberapa ahli menyatakan bahwa industrialisasi dan urbanisasi ikut terlibat dalam pencetus terjadinya skizofrenia. Meskipun beberapa data mendukung teori tersebut, tetapi sebenarnya stress dianggap dapat menimbulkan efek utama dalam menentukan waktu onset dan keparahan penyakit (Baradero, Dayrit & Maratning, 2016) faktor-faktor sosio-budaya (sosiogenik) atau sosiokultural yang mempengaruhi terjadinya skizofrenia diantaranya adalah kestabilan keluarga, pola asuh anak, tingkat ekonomi, perumahan perkotaan dibandingkan dengan pedesaan kesejahteraan yang tidak memadai, pengaruh nilai dan keagamaan (T & Yosep, 2014).

5. Penatalaksanaan medis

a. Antipsikotik atipikal

Semua obat atipikal berefek menghambat dopamine 2 (D2) dan serotonin (5-HT2) reseptor pasca sinaptik, jadi obat atipikal bersifat sebagai antagonis DA dan 5-HT. aripipirazole adalah antipsikotik atipikal pertama generasi baru sebagai stabilisator dopamine- serotonin. Ini adalah agonis parsial (penambahan) di D2 dan reseptor 5-HT1a dan memiliki aktivitas antagonis (penghambat).

Menurut Howland (2011) dan Stuart (2016) mengatakan bahwa seperti antipsikotik tipikal, antipsikotik atipikal juga memperbaiki gejala positif skizofrenia namun beda dengan obat tipikal, obat tipikal digolongkan juga memperbaiki gejala negatif. Obat golongan antipikal dilaporkan penggunaannya untuk pengobatan suasana hati, sikap bermusuhan, kekerasan, perilaku bunuh diri, kesulitan bersosialisasi dan kerusakan kognitif seperti yang terlihat pada pasien skizofrenia berikut jenis-jenis obat antipsikotik atipikal yaitu Aripiparazole, asanapine,

clozapine, iloperidone, luresidone, olanzapine, paliperidone, risperidone, quetiapine dan ziprasidone.

b. Antipsikotik tipikal

Menurut Howland (2011) dan Stuart (2016) Obat-obat antipsikotik tipikal sebagai adalah dopamine antagonis (DA). Obat ini bekerja dengan cara menghambat reseptor D2 postsinaptik pada beberapa saluran otak bertanggung jawab untuk menurunkan gejala-gejala positif skizofrenia, seperti hanya gejala ekstrapiridal. Adapun jenis-jenis obat yang termasuk obat antipsikotik tipikal yaitu phenothiazine, chlorpromazine, thioridazine, mesoridazine, perphenazine, chlorpromazine, thioridazine, fluphenazine, decanoates, haloperidol, haloperidol deconate, loxapine dan pimozide.

### C. Konsep Halusinasi

#### 1. Definisi

Halusinasi adalah salah satu gejala gangguan jiwa di mana klien mengalami perubahan sensori persepsi, merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecap, perabaan. Klien merasakan stimulus yang sebetulnya tidak ada (Supinganto et al., 2021). Halusinasi merupakan gangguan persepsi dimana klien mempersepsikan sesuatu hal yang tidak terjadi (Harkomah, 2019). Halusinasi adalah gangguan penerimaan pancaindra tanpa stimulasi eksternal (halusinasi pendengaran, penglihatan, pengecap, penciuman, dan perabaan). Halusinasi merupakan salah satu gejala gangguan jiwa pada individu yang ditandai dengan perubahan sensori persepsi; merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecap perabaan atau penghiduan. Klien merasakan stimulus yang sebenarnya tidak ada (Putri & Trimusarofah, 2018).

#### 2. Klasifikasi

##### a. Halusinasi pendengaran:

##### 1) Data Objektif:

- a) Bicara atau tertawa sendiri.
- b) Marah-marah tanpa sebab.

- c) Mengarahkan telinga kearah tertentu.
  - d) Menutup telinga.
- 2) Data Subjektif:
  - a) Mendengar suara-suara atau kegaduhan.
  - b) Mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap.
  - c) Mendengar suara menyeluruh melakukan sesuatu yang berbahaya
- b. Halusinasi penglihatan:
  - 1) Data Subjektif:
    - a) Menunjuk-nunjuk kearah tertentu.
    - b) Ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas.
  - 2) Data Objektif
    - a) Melihat bayangan, sinar, bentuk geometris, bentuk kartun, melihat hantu, atau monster.
- c. Halusinasi penciuman
  - 1) Data Subjektif:
    - a) Mencium seperti sedang membaui bau-bauan tertentu.
  - 2) Data Objektif:
    - b) Membau bau-bauan seperti bau darah, urine, feses
- d. Halusinasi Pengecapan
  - 1) Data Subjektif :
    - a) Sering meludah
    - b) Muntah
  - 2) Data Objektif :
    - a) Merasakan rasa seperti darah,feses atau urine.
- e. Halusinasi Perabaan
  - 1) Data Subjektif
    - a) Menggaruk- garuk permukaan kulit.
  - 2) Data Objektif
    - a) Mengatakan ada serangga di permukaan kulit.

### 3. Tahapan halusinasi

Menurut (Nurhalimah, 2018) halusinasi yang dialami pasien memiliki tahapan sebagai berikut:

a. Tahap I: Halusinasi bersifat menyenangkan, tingkat ansietas pasien sedang.

Pada tahap ini halusinasi secara umum menyenangkan.

Karakteristik: Karakteristik tahap ini ditandai dengan adanya perasaan bersalah dalam diri pasien dan timbul perasaan takut. Pada tahap ini pasien mencoba menyenangkan pikiran untuk mengurangi ansietas. Individu mengetahui bahwa pikiran dan sensori yang dialaminya dapat dikendalikan dan bisa diatasi (non psikotik).

Perilaku yang Teramati:

- 1) Menyeringai/tertawa yang tidak sesuai.
- 2) Menggerakkan bibirnya tanpa menimbulkan suara.
- 3) Respon non verbal yang lambat.
- 4) Diam dan dipenuhi oleh sesuatu yang mengasyikkan.

b. Tahap II: Halusinasi bersifat menyalahkan, pasien mengalami ansietas

tingkat berat dan halusinasi bersifat menjijikkan untuk pasien. Karakteristik: Pengalaman sensori yang dialami pasien bersifat menjijikkan dan menakutkan, pasien yang mengalami halusinasi mulai merasa kehilangan kendali, pasien berusaha untuk menjauhkan dirinya dari sumber yang dipresepsikan, pasien merasa malu karena pengalaman sensorinya dan menarik diri dari orang lain (non psikotik).

Perilaku yang Teramati:

- 1) Peningkatan kerja susunan saraf otonom yang menunjukkan timbulnya ansietas seperti peningkatan nadi, tekanan darah, dan pernafasan.
- 2) Kemampuan konsentrasi menyempit.
- 3) Dipenuhi dengan pengalaman sensori, mungkin kehilangan kemampuan untuk membedakan antara halusinasi dan realita.

c. Tahap III: Pada tahap ini halusinasi mulai mengendalikan perilaku pasien,

pasien berada pada tingkat ansietas berat. Pengalaman sensori menjadi menguasai pasien. Karakteristik: pasien yang berhalusinasi pada tahap ini menyerah untuk melawan pengalaman halusinasi dan membiarkan halusinasi menguasai dirinya. Isi halusinasi dapat berupa permohonan,

individu mungkin mengalami kesepian jika pengalaman tersebut berakhir (Psikotik). Perilaku yang Teramati:

- 1) Lebih cenderung mengikuti petunjuk yang diberikan oleh halusinasinya dari pada menolak.
  - 2) Kesulitan berhubungan dengan orang lain.
  - 3) Rentang perhatian hanya beberapa menit atau detik, gejala fisik dari ansietas berat, seperti: berkeringat, tremor, ketidakmampuan mengikuti petunjuk.
- d. Tahap IV: Halusinasi pada saat ini, sudah sangat menaklukkan dan tingkat ansietas berada pada tingkat panik. Secara umum halusinasi menjadi lebih rumit dan saling terkait dengan delusi.

Karakteristik: pengalaman sensori menakutkan jika individu tidak mengikuti perintah halusinasinya. Halusinasi bisa berlangsung dalam beberapa jam atau hari apabila tidak diintervensi (Psikotik).

Perilaku yang Teramati:

- 1) Perilaku mengerang teror seperti panik.
- 2) Sangat potensial melakukan bunuh diri atau membunuh orang lain.
- 3) Amuk, agitasi, dan menarik diri.
- 4) Tidak mampu berespon terhadap petunjuk yang kompleks.
- 5) Tidak mampu berespon terhadap lebih dari satu orang.

#### 4. Psikodinamika

Menurut (Nurhalimah, 2018) Proses terjadinya halusinasi dapat dijelaskan dengan konsep stress adaptasi.

##### a. Faktor predisposisi

###### 1) Faktor biologis

Dengan adanya riwayat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, trauma penyakit atau terjadinya trauma kepala dan riwayat penggunaan narkoba ataupun psikotropika, dan zat adiktif lain(NAPZA).

###### 2) Faktor psikologis

Klien yang mengalami riwayat kegagalan berulang seperti: menjadi korban, pelaku maupun saksi dari perilaku kekerasan serta kurangnya

perhatian dari orang-orang disekitar atau perilaku orang-orang yang *overprotektif*.

3) Sosiobudaya dan lingkungan

Seseorang dengan halusinasi berasal dari keluarga dengan sosial ekonomi yang rendah, memiliki riwayat penolakan dari lingkungan atau orang lain pada saat usia perkembangan anak, pasien halusinasi seringkali memiliki tingkat pendidikan yang rendah, pernah mengalami kegagalan dalam hubungan sosial (perceraian dan hidup sendiri), dan tidak berkerja.

b. Faktor presipitasi

Adanya riwayat penyakit infeksi, kelainan struktur otak, adanya riwayat kekerasan dalam keluarga, adanya kegagalan dalam hidup, kemiskinan, adanya tuntutan dikeluarga atau masyarakat yang sering tidak sesuai dengan pasien, serta konflik masyarakat(Nurhalimah, 2018).

5. Respon rentang

a. Rentang respons neurobiologis

Rentang respons neurobiologis yang paling adaptif adalah adanya pikiran logis dan terciptanya hubungan yang sosial yang harmonis.

b. Respon psikososial

- 1) Proses pikir terganggu: proses pikir yang menimbulkan gangguan.
- 2) Ilusi: miss inteprestasi atau penilaian yang salah tentang penerapan yang benar- benar.
- 3) Emosi berlebihan atau berkurang.
- 4) Perilaku tidak biasa: sikap dan tingkah laku yang melebihi batas kewajaran.
- 5) Menarik diri: percobaan untuk menghindari interaksi dengan orang lain.

c. Respon maladaptif

Merupakan respon individu dalam menyelesaikan masalah yang menyimpang dari norma sosial budaya dan lingkungan. Respon maladaptif meliputi:

- 1) Kelainan pikiran: keyakinan yang secara kokoh dipertahankan walaupun tidak diyakini oleh orang lain dan bertentangan dengan kenyataan sosial.



- 2) Halusinasi: persepsi sensori yang salah atau persepsi eksternal yang tidak realita atau tidak nyata.
- 3) Kerusakan proses emosi: perubahan sesuatu yang timbul dari hati.
- 4) Perilaku tidak terorganisir merupakan suatu yang tidak teratur.
- 5) Isolasi sosial: kondisi kesendirian yang dialami oleh individu dan diterima sebagai ketentuan oleh orang lain dan sebagai suatu kecelakaan yang negatif mengancam.

#### 6. Tanda dan gejala

Tanda dan gejala halusinasi dinilai dari hasil observasi terhadap pasien serta ungkapan pasien. Adapun tanda dan gejala pasien halusinasi yaitu sebagai berikut:

##### a. Data Subyektif: Pasien mengatakan

- 1) Mendengar suara-suara atau kegaduhan.
- 2) Mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap.
- 3) Mendengar suara menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya.
- 4) Melihat bayangan, sinar, bentuk geometris, bentuk kartun, melihat hantu atau monster.
- 5) Mencium bau-bauan seperti bau darah, urine, feses, kadang-kadang bau itu menyenangkan.
- 6) Merasakan rasa seperti darah, urine, atau feses.
- 7) Merasa takut atau senang dengan halusinasinya.

##### b. Data Obyektif:

- 1) Bicara atau tertawa sendiri.
- 2) Marah-marah tanpa sebab.
- 3) Mengarahkan telinga kearah tertentu.
- 4) Menutup telinga.
- 5) Menunjuk-nunjuk kearah tertentu.
- 6) Ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas.
- 7) Mencium sesuatu seperti sedang membaui bau-bauan tertentu.
- 8) Menutup hidung.
- 9) Sering meludah.
- 10) Muntah.
- 11) Menggaruk-garuk permukaan kulit..

## 7. Mekanisme koping

Menurut (Anelia, 2012) mengatakan bahwa koping adalah proses saat individu berusaha untuk mengatasi ketidaksesuaian antara tuntutan-tuntutan dengan sumber-sumber pada situasi yang stressfull. Menurut (Anelia, 2012) yaitu mekanisme koping berfokus pada masalah (*problem focused coping*) dan mekanisme koping berfokus pada emosi (*emotion focused coping*), yaitu:

- a. Koping yang berfokus pada masalah (*problem focused coping*) *Problem focused coping* merupakan usaha dalam mengatasi stress dengan cara mengatur atau mengubah masalah yang dihadapi dan lingkungan sekitarnya yang menyebabkan tekanan meliputi usaha untuk memperbaiki suatu situasi dengan membuat perubahan atau mengambil beberapa tindakan dan usaha segera untuk mengatasi ancaman pada dirinya. Contoh pada negosiasi, konfrontasi, dan meminta nasehat. Strategi yang dipakai *problem focused coping* ini adalah sebagai berikut:
  - 1) *Confronting coping*: usaha untuk mengubah keadaan yang dianggap menekan dengan cara yang agresif, tingkat kemarahan yang cukup tinggi, dan pengambilan resiko.
  - 2) *Seeking social support*: usaha untuk mendapatkan kenyamanan emosional dan bantuan informasi dari orang lain.
  - 3) *Planful problem solving*: usaha untuk mengubah keadaan yang dianggap menekan dengan cara yang hati-hati, bertahap dan analisis.
- b. Koping yang berfokus pada emosi (*emotion focused coping*) *Emotion focused coping* yaitu usaha untuk mengatasi stress dengan cara mengatur respon emosional dalam rangka menyesuaikan diri dengan dampak yang akan ditimbulkan oleh situasi penuh tekanan, meliputi usaha-usaha dan gagasan yang mengurangi distress emosional. Mekanisme koping berfokus pada emosi tidak memperbaiki situasi tetapi seseorang sering merasa lebih baik. Strategi yang digunakan adalah:
  - 1) *Self control*: usaha untuk mengatur perasaan ketika menghadapi situasi dengan tekanan.
  - 2) *Distancing*: usaha untuk tidak terlibat dalam pemersalahan.
  - 3) *Positive reappraisal*: usaha untuk mencari makna positif dari pemersalahan dengan berfokus pada pengembangan diri.

- 4) *Accepting responsibility*: usaha untuk menyadari tanggung jawab dalam menyelesaikan masalah yang dihadapi dan mencoba menerimanya.
- 5) *Escape/avoidance*: usaha untuk mengatasi situasi menekan dengan lari dari situasi tersebut atau berusaha untuk menghadapinya.

#### **D. Konsep Asuhan Keperawatan Jiwa**

##### **1. Pengkajian**

Menurut (Yusuf, Ah., Rizky Fitryasari PK., 2015) mengatakan bahwa pengkajian untuk pasien dengan halusinasi, yaitu:

##### **a) Faktor Prediposisi**

##### **1) Faktor Perkembangan**

Hambatan perkembangan akan mengganggu hubungan interpersonal yang dapat meningkatkan stres dan ansietas yang dapat berakhir dengan gangguan persepsi sensori. Pasien mungkin menekan perasaannya sehingga pematangan fungsi intelektual dan emosi tidak efektif.

##### **2) Faktor Sosial Budaya**

Berbagai faktor di masyarakat yang membuat seseorang merasa disingkirkan atau kesepian, selanjutnya tidak dapat diatasi sehingga timbul akibat berat, seperti delusi dan halusinasi.

##### **3) Faktor Psikologis**

Hubungan interpersonal yang tidak harmonis, serta peran ganda atau peran yang bertentangan dapat menimbulkan ansietas berat terakhir dengan pengingkaran terhadap kenyataan, sehingga terjadi halusinasi.

##### **4) Faktor Biologis**

Struktur otak yang abnormal ditemukan pada pasien gangguan orientasi realitas, dapat ditemukan atopik otak, pembesaran ventikal, perubahan besar, bentuk sel kortikal, dan limbic.

##### **5) Faktor Genetik**

Gangguan orientasi realities termasuk halusinasi umumnya ditemukan pada pasien skizofrenia, skizofrenia cukup tinggi pada keluarga yang salah satu anggota keluarga mengalami skizofrenia, serta akan lebih tinggi jika kedua orang tua skizofrenia.

b) Faktor Pretisipitasi menurut(Yusuf, Ah., Rizky Fitryasari PK., 2015)

1) Stresor Sosial Budaya

Stres dan kecemasan akan meningkat bila terjadi penurunan stabilitas keluarga, perpisahan dengan orang yang penting, dan atau diasingkan dari kelompok dapat menimbulkan halusinasi.

2) Faktor Biokimia

Berbagai penelitian tentang dopamin, norepinephrin, indolamin, serta zat halusigenik diduga berkaitan dengan gangguan orientasi realistik termasuk halusinasi.

3) Faktor Psikologis

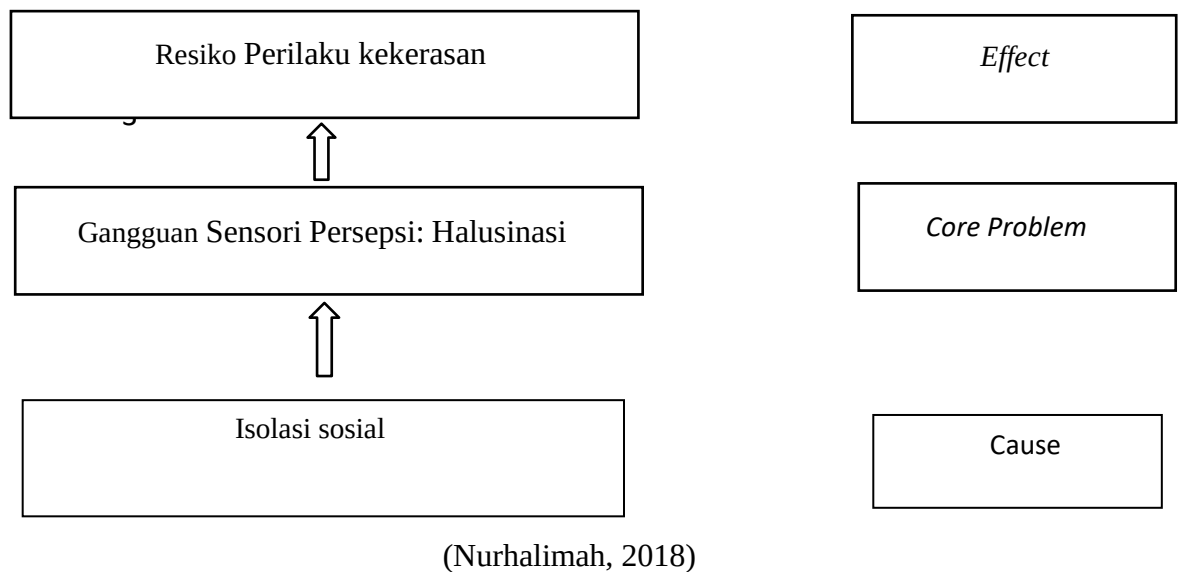
Intensitas kecemasan yang ekstrem dan memanjang disertai terbatasnya kemampuan mengatasi masalah memungkinkan berkembangnya gangguan orientasi realitas. Pasien mengembangkan koping untuk menghindari kenyataan yang tidak menyenangkan.

4) Perilaku yang perlu dikaji pada pasien dengan gangguan orientasi realistik berkaitan dengan perubahan proses pikir, afektif persepsi, motorik, dan sosial.

2. Diagnosa Keperawatan

Menurut(Simamora, 2019) mengatakan bahwa diagnosa adalah suatu pernyataan yang menjelaskan respon manusia (status kesehatan atau resiko perubahan pola) dari individu atau kelompok dimana perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan menurun, membatasi, mencegah, dan merubah. Diagnosa keperawatan memberikan dasar- dasar pemilihan intervensi untuk mencapai hasil yang menjadi tanggung gugat perawat. Adapun persyaratan dari diagnosa keperawatan adalah perumusan harus jelas dan singkat dari respon pasien terhadap situasi atau keadaan yang dihadapi, spesifik dan akurat, memberikan arahan pada asuhan keperawatan , serta mencerminkan keadaan kesehatan klien.

Menurut (D. P. Indonesia & Nasional, 2016) mengatakan bahwa diagnosa adalah gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran penyebabnya kelainan mendengar.



**Diagram 2.1 Gangguan sensori persepsi : halusinasi**

### 3. Intervensi Keperawatan

Menurut (Dinarti dan Mulyanti, 2017) menjelaskan bahwa dalam menyusun rencana keperawatan diwajibkan untuk menggunakan kriteria SMART yaitu; *Specific, Measurable, Achievable, Reasonable, and Time*. Kriteria SMART diterapkan dimana spesifik diterapkan untuk menyusun rencana tindakan keperawatan berupa strategi pelaksanaan (SP), strategi pelaksanaan ini disesuaikan dengan diagnosa yang diangkat yaitu gangguan sensori persepsi: halusinasi. *Measurable* dalam hal ini perawat melakukan pengukuran perkembangan pasien berdasarkan evaluasi. *Achievable* berarti melakukan setiap SP disesuaikan dengan keadaan, perilaku, dan tingkat pengetahuan klien, sehingga dapat mencapai target yang disesuaikan dengan keadaan klien. *Reasonable* merupakan tindakan keperawatan yang dilakukan yang memiliki sebuah rasional. *Time*, perawat wajib mencantumkan waktu spesifik untuk mencapai kriteria kemampuan yang ingin dicapai.

Menurut (Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia, 2018) menjelaskan bahwa dalam menyusun rencana keperawatan yaitu dalam melakukan tindakan Observasi : Monitor perilaku yang mengindikasikan halusinasi, monitor isi halusinasi, untuk tindakan terapeutik: pertahankan lingkungan yang aman, lakukan tindakan keselamatan ketika tidak dapat

mengontrol perilaku, diskusikan perasaan dan respons terhadap halusinasinya, hindari perdebatan tentang validitas halusinasi untuk tindakan edukasi : Anjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi, anjurkan bicara pada orang yang dipercaya untuk member dukungan dan umpan balik korektif terhadap halusinasi. Untuk tindakan kolaborasi : kolaborasi pemberian obat antipsikotik dan antiansietas, jika perlu.

Menurut (Sutejo, 2017) mengemukakan bahwa perencanaan keperawatan gangguan sensori persepsi: halusinasi adalah sebagai berikut.

a. Tujuan umum

Pasien tidak mencederai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan.

b. Tujuan khusus

1) TUK 1: klien dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat.

Kriteria hasil: membalas sapaan perawat, ekspresi wajah klien bersahabat, ada kontak mata, mau berjabat tangan, mau menyebutkan nama klien, klien mau duduk berdampingan dengan perawat, klien mau mengutarakan masalah yang dihadapi.

Tindakan keperawatan meliputi: sapa klien dengan ramah baik verbal dan nonverbal, memperkenalkan diri dengan sopan, tanyakan nama lengkap klien, dan nama panggilan, jelaskan maksud dan tujuan interaksi, berikan perhatian pada klien, perhatikan kebutuhan dasarnya, beri kesempatan klien mengungkapkan perasaannya, dengarkan ungkapan klien dengan empati.

2) TUK 2: klien dapat mengenali halusinasinya.

Kriteria hasil: klien dapat menyebutkan waktu, timbulnya halusinasi, klien dapat mengidentifikasi kapan, frekuensi, situasi saat terjadinya halusinasi, klien dapat mengungkapkan perasaannya saat muncul halusinasi.

Tindakan keperawatan meliputi: adakan kontak sering dan singkat secara bertahap, tanyakan apa yang didengar dari halusinasinya, tanyakan kapan halusinasinya datang, tanyakan isi halusinasinya, bantu klien mengenal halusinasinya, diskusikan dengan klien: situasi, waktu, frekuensi, terjadinya halusinasi, diskusikan dengan klien apa yang

dirasakan jika terjadi halusinasi, beri kesempatan klien untuk mengungkapkan perasaannya.

3) TUK 3: klien dapat mengontrol halusinasi.

Kriteria hasil: klien dapat mengidentifikasi tindakan yang dilakukan untuk mengendalikan halusinasinya, klien dapat menunjukkan cara baru untuk mengontrol halusinasinya.

Tindakan keperawatan meliputi: identifikasi bersama klien tindakan yang biasa dilakukan bila terjadi halusinasi, diskusikan manfaat dan cara yang digunakan klien, jika bermanfaat dan beri pujian, diskusikan cara memutus/mengontrol timbulnya halusinasi, katakanlah “saya tidak mau dengar kamu”, temui orang lain untuk bercakap-cakap/mengatakan halusinasi yang di dengar, bantu klien memilih dan melatih cara memutus halusinasi secara bertahap, beri kesempatan untuk melakukan cara yang dilatih, evaluasi hasilnya dan beri pujian jika berhasil, anjurkan klien mengikuti TAK, jenis orientasi realita atau stimulasi klien.

4) TUK 4: klien dapat dukungan dari keluarga dalam mengontrol halusinasi.

Kriteria hasil: klien dapat memilih cara mengatasi halusinasi, klien melaksanakan cara yang telah dipilih memutus halusinasi, dan klien dapat mengikuti TAK.

Tindakan keperawatan: anjurkan klien untuk memberitahu keluarga jika mengalami halusinasi, diskusi dengan keluarga, gejala halusinasi yang dialami, cara yang dapat dilakukan klien dan keluarga untuk memutus halusinasi, cara merawat anggota keluarga yang mengalami halusinasi di rumah, beri waktu informasi follow up atau kapan perlu mendapat bantuan halusinasi tidak terkontrol dan resiko menciderai orang lain.

5) TUK 5: klien dapat menggunakan obat dengan benar untuk mengendalikan halusinasi.

Kriteria hasil: keluarga dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat, keluarga dapat menyebutkan pengertian, tanda dan tindakan untuk mengendalikan halusinasinya, klien dan keluarga dapat menyebutkan manfaat, dosis dan efek samping obat, klien minum obat secara teratur, klien dapat informasi tentang manfaat dan efek samping

obat, klien dapat memahami akibat berhenti minum obat tanpa konsultasi, klien dapat menyebutkan prinsip 5 benar penggunaan obat. Tindakan keperawatan: anjurkan klien bicarakan dengan dokter tentang manfaat dan efek samping obat yang dirasakan, diskusikan akibat berhenti obat tanpa konsultasi, dan bantu klien menggunakan obat dengan prinsip 5 benar minum obat.

Tujuan khusus yang ada didalam perencanaan dituliskan dalam bentuk strategi pelaksanaan (SP) yang terdiri dari:

a) SP 1: menghardik

Setelah dilakukan 1x pertemuan, pasien mampu mengontrol halusinasi dengan menghardik secara mandiri.

- 1) Bina hubungan saling percaya
- 2) Identifikasi jenis, isi, frekuensi, waktu terjadi, situasi, respon dan upaya yang telah dilakukan pasien untuk mengontrol halusinasi.
- 3) Jelaskan pengertian, penyebab, tanda dan gejala halusinasi.
- 4) Jelaskan cara mengontrol halusinasi dengan menghardik.
- 5) Berikan contoh cara menghardik.
- 6) Berikan waktu pasien untuk mencontohkan cara menghardik.
- 7) Berikan pujian atas setiap tindakan.

b) SP 2: minum obat

Setelah dilakukan 1x pertemuan, pasien mampu melakukan cara mengontrol halusinasi dengan menggunakan prinsip 5 benar minum obat.

- 1) Evaluasi tanda dan gejala halusinasi.
- 2) Validasi kemampuan pasien mengenal halusinasinya
- 3) Evaluasi cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik.
- 4) Berikan pujian atas setiap tindakan
- 5) Berikan contoh 5 cara benar minum obat (obat, pasien, cara, waktu, dan dosis).
- 6) Jelaskan manfaat obat, efek samping, cara menangani efek samping, akibat putus obat, kontrol ke pelayanan kesehatan.

c) SP 3: bercakap-cakap



Setelah dilakukan 3x pertemuan, pasien mampu melakukan cara mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap.

- 1) Evaluasi tanda dan gejala halusinasi.
- 2) Jelaskan cara mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap.
- 3) Berikan contoh cara bercakap-cakap.
- 4) Berikan kesempatan pasien mempraktekkan cara bercakap-cakap.
- 5) Berikan pujian atas setiap kemajuan interaksi yang telah dilakukan oleh pasien.

d) SP 4: melakukan aktivitas

Setelah dilakukan 1 pertemuan pasien mampu melakukan cara mengontrol halusinasi dengan melakukan aktivitas kegiatan secara mandiri.

- 1) Jelaskan pentingnya aktivitas yang teratur untuk mengatasi halusinasi.
- 2) Diskusikan aktivitas yang biasa dilakukan pasien.
- 3) Latih pasien melakukan aktivitas.
- 4) Susun jadwal aktivitas sehari-hari sesuai dengan aktivitas yang telah dilatih.
- 5) Pantau pelaksanaan jadwal kegiatan dan memberikan terhadap perilaku pasien yang positif.

Menurut (Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawatan Nasional Indonesia, 2019) bahwa dilakukan perawatan 24 jam diharapkan klien bisa:

- a. Verbalisasi mendengar bisikan menurun.
- b. Ketajaman mendengar menurun.
- c. Identifikasi tempat saat ini meningkat.
- d. Menyampaikan pesan yang koheren meningkat .
- e. Komunikasi meningkat.
- f. Menarik diri menurun.
- g. Konsentrasi membaik.
- h. Proses pikir membaik.
- i. Perawatan diri membaik.

### 3. Implementasi Keperawatan

Menurut(Trimelia, 2011) mengatakan bahwa implementasi keperawatan adalah sebagai berikut.

- a. Bina hubungan saling percaya
  - 1) Mengucapkan salam setiap kali berinteraksi dengan pasien.
  - 2) Berkenalan dengan klien: perkenalkan nama dan nama panggilan yang perawat sukai, serta tanyakan nama dan nama panggilan yang disukai klien.
  - 3) Menanyakan perasaan dan keluhan klien saat ini.
  - 4) Buat kontrak asuhan apa yang perawat akan lakukan bersama klien, berapa lama akan dikerjakan dan tempat pelaksanaan asuhan keperawatan.
  - 5) Jelaskan bahwa perawat akan merahasiakan informasi yang diperoleh untuk kepentingan terapi.
  - 6) Setiap saat tunjukkan sikap empati terhadap klien.
  - 7) Penuhi kebutuhan dasar klien bila kemungkinan.
- b. Membantu klien menyadari gangguan sensori persepsi halusinasi
  - 1) Tanyakan pendapat klien tentang halusinasi yang dialaminya: tanpa mendukung dan menyangkal halusinasinya.
  - 2) Mengidentifikasi isi, frekuensi, waktu terjadinya, situasi pencetus, perasaan, respon dan upaya yang sudah dilakukan klien untuk menghilangkan atau mengontrol halusinasi.
- c. Melatih klien cara mengontrol halusinasi
  - 1) Jelaskan cara mengontrol halusinasi dengan menghardik, 5 benar minum obat, bercakap-cakap dan melakukan kegiatan dirumah seperti membereskan kamar, merapihkan tempat tidur serta mencuci baju.
  - 2) Berikan contoh cara menghardik, 5 cara benar minum obat, bercakap-cakap dan melakukan kegiatan dirumah seperti membereskan kamar tidur, merapihkan tempat tidur serta mencuci baju.
  - 3) Berikan kesempatan pasien mempraktekkan cara menghardik, 5 cara benar minum obat, bercakap-cakap dan melakukan kegiatan dirumah seperti membereskan kamar tidur, merapihkan tempat tidur serta mencuci baju.
  - 4) Beri pujian untuk setiap kemajuan interaksi yang telah dilakukan oleh pasien.

- 5) Siap mendengarkan ekspresi perasaan klien setelah melakukan tindakan keperawatan untuk mengontrol halusinasi. Mungkin klien akan mengungkapkan keberhasilan atau kegagalannya. Beri dorongan terus menerus agar klien tetap semangat meningkatkan latihannya.

#### 4. Evaluasi Keperawatan

Menurut(Astuti, 2014) mengungkapkan bahwa evaluasi keperawatan adalah membandingkan data yang terkumpul dengan tujuan dan pencapaian tujuan atau kegiatan yang membandingkan antara hasil implementasi dengan kriteria hasil standar yang telah ditetapkan untuk melihat keberhasilan menurut (Astuti, 2014) mengatakan evaluasi dapat dilihat dengan tidak berhasil, kurang, atau berhasil setiap implementasi yang tidak berhasil atau berhasil perlu rencana keperawatan yang baru. Pada tahap evaluasi yang dilakukan meliputi evaluasi formatif dengan menilai hasil implementasi secara bertahap sesuai dengan kegiatan yang dilakukan secara kontak pelaksanaan atau evaluasi SOAP, sedangkan evaluasi sumatif dengan menilai secara keseluruhan terhadap pencapaian diagnosa keperawatan rencana yang dilanjutkan diteruskan,sebagai diteruskan dengan perubahan intervensi atau hentikan dan menilai tingkat kemandirian keluarga(Nurhalimah, 2018) mengatakan bahwa evaluasi tindakan keperawatan yang sudah dilakukan untuk peran gangguan sensori persepsi halusinasi sebagai berikut.

- a. Mengungkapkan isi halusinasi yang dialaminya.
- b. Menjelaskan waktu frekuensi halusinasi yang dialami.
- c. Menjelaskan situasi yang mencetuskan halusinasi.
- d. Menjelaskan perasaan ketika mengalami halusinasi.
- e. Menerapkan 4 cara mengontrol halusinasi :
  - 1) Menghardik halusinasi
  - 2) Mematuhi program pengobatan
  - 3) Bercakap-cakap dengan orang lain disekitarnya bila timbul halusinasi.
  - 4) Menyusun jadwal kegiatan dari bangun tidur di pagi hari sampai mau tidur di malam hari selama 7 hari dalam seminggu dan melaksanakan jadwal secara mandiri
- f. Menilai manfaat cara mengontrol halusinasi dalam mengendalikan halusinasi.

## **BAB III**

### **TINJAUAN KASUS**

#### **A. Pengkajian keperawatan**

Perawat melakukan pengkajian kepada klien pada tanggal 4 Mei 2021 di Yayasan Galuh Bekasi Timur. Perawat mendapatkan informasi dari klien keluarga klien, rekam medis melalui wawancara, observasi, dan pemeriksaan fisik.

##### **1) Identitas Pasien**

Klien Bp.N berusia 52 tahun, status belum menikah, beragama islam dan pendidikan terakhir SMA (lulus SMA).

##### **2) Alasan Masuk**

Klien Bp.N masuk panti pada tahun 2005 diantar oleh keluarga dengan riwayat klien memukul keponakan klien tanpa alasan, klien juga memukul suami dari adik klien, klien menggamuk-ngamuk tanpa sebab, klien suka berbicara sendiri, klien mengatakan sering mendengar suara-suara yang tidak ada wujudnya.

##### **Keluhan utama**

Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 04 Mei 2021 klien tampak berbicara sendiri, klien tampak tertawa-tawa tanpa sebab, klien tampak fokus ke satu arah saja, kontak mata klien kurang.

##### **3) Faktor Prediposisi**

###### **a. Biologis**

Keluarga klien mengatakan klien pernah rawat jalan ke Rumah Sakit Grogol pada bulan Juni tahun 1988 mendapatkan obat dan diminum secara rutin, namun klien tidak mengalami perubahan, kemudian klien mendengar suara yang menyuruh klien untuk masuk ke dalam sumur sehingga klien mengikuti suara tersebut dan klien dibawa ke Rumah Sakit Duren Sawit pada tahun 1989 dan melakukan rawat jalan klien sudah mendapatkan obat dan sudah diminum secara rutin dan keluarga klien mengatakan tidak pernah putus obat, namun pasien tidak ada perubahan

setelah mendapatkan terapi obat. Keluarga klien mengatakan keluarganya tidak memiliki riwayat gangguan jiwa.

b. Psikologis

Klien mengatakan dan keluarga mendukung bahwa pada usia 20 tahun klien pernah melakukan penganiayaan fisik kepada keponakan dan suami adiknya klien memukul tanpa ada sebab. Klien mengatakan tidak mengalami aniaya seksual namun klien pernah mengalami penolakan dari teman-teman kuliahnya pada tahun 1989 klien mengalami bullying karena pasien terlalu pintar. Klien mengatakan tidak pernah mengalami tindakan kriminal tetapi klien pernah menjadi korban kriminal yaitu pencurian uang pada tahun 1989. Tidak mengalami pelaku tindakan kriminal dan atau saksi tindakan kriminal.

c. Sosialkultural

Dalam perekonomian klien tidak mengalami kekurangan.

**Masalah keperawatan: Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi Pendengaran, Resiko Perilaku Kekerasaan, Harga Diri Rendah.**

#### 4) Faktor presipitasi

a. Biologis

Klien mengatakan mempunyai riwayat gangguan jiwa dimasa lalu. Klien tidak pernah mengalami trauma kepala, klien tidak menggunakan alkohol dan klien tidak merokok.

b. Psikologis

Klien merasa sedih karena sudah lama tidak bertemu dengan keluarga, keluarga sudah 1 tahun tidak menjenguk klien sejak klien berada dipanti.

c. Sosialkultural

Klien mengatakan bulan Desember 2019 klien kesal dengan temannya dikarenakan ada penolakan saat melakukan kegiatan pengajian dan senam.

**Masalah keperawatan: Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi Pendengaran, isolasi sosial, resiko perilaku kekerasan.**

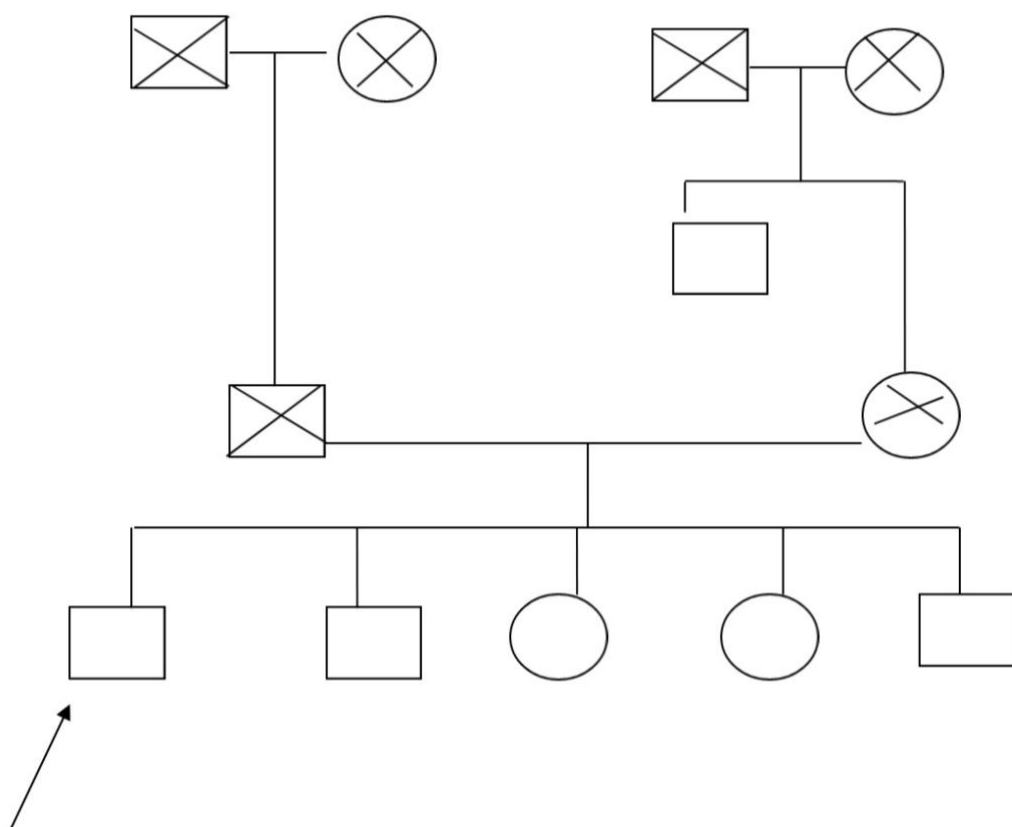
### 5) Pemeriksaan fisik

Saat dilakukan pemeriksaan fisik, didapatkan hasil tekanan darah 110/90mmHg, nadi 90x/menit, frekuensi pernafasan 18x/menit suhu 36°C, tinggi badan 160, berat badan 48kg, dan indeks massa tubuh 18,75(normal).

Jelaskan: Keluhan fisik iya terdapat panu pada area wajah klien, klien mengatakan gatal-gatal diarea wajah.

**Masalah keperawatan: Defisit Perawatan Diri**

### 6) Psikososial



**a. Diagram 3.1 Genogram keluarga pasien**

Keterangan

□ = Laki-laki

○ = Perempuan

✕ = Meninggal

----- = Tinggal Bersama

→ = Pasien

**b. Diagram genogram keluarga Bp. N**

Klien anak 1 dari 5 bersaudara, dan ke4 saudaranya tidak mengalami gangguan jiwa klien dekat dengan kedua orangtua pola komunikasi klien baik, klien selalu bercerita kepada orangtuanya tetapi papahnya ingin anaknya menjadi anak yang dewasa dan mandiri dan harus bisa menjadi orang sehingga klien harus bisa menyelesaikan masalahnya sendiri. Klien mengatakan lebih sering dimarahi papahnya dibandingkan ibunya, pola asuh dalam keluarga baik karena klien dan saudaranya diasuh oleh papah dan ibunya dengan penuh kasih sayang.

**Masalah Keperawatan: Koping individu tidak efektif**

**c. Konsep diri**

**1) Gambaran diri:**

Klien mengatakan suka dengan semua bagian tubuhnya, karena terlihat baik-baik saja dan ini adalah anugrah dari Allah.

**2) Identitas:**

Klien mengatakan puas berjenis laki laki, klien tetap ingin menjadi laki-laki.

**3) Peran:**

Klien mengatakan perannya sebagai anak yang tidak membahagiakan orangtua, perasaan klien sedih karena tidak bisa mewujudkan keinginan ayahnya.

**4) Ideal diri:**

Klien berharap ingin sembuh dan tidak mendengar suara-suara yang menggangunya.

**5) Harga diri:**

Klien mengatakan malu karena tidak bisa mewujudkan keinginan orang tua dan menjadi orang sukses

**masalah keperawatan : harga diri rendah**

**d. Hubungan sosial**

**a. Orang yang berarti:**

Klien mengatakan orang yang paling berarti dalam hidupnya adalah ibu pasien sangat baik kepada klien, sering cerita dengan klien dan tidak pernah berbicara kasar.

**b. Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat:**

Klien hanya mengikuti kegiatan panti berjemur, senam dan pengajian saja.

**c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain:**

Klien mengatakan lebih baik menyendiri dan tidak mau berinteraksi sama orang lain karna lebih nyaman sendiri

**Masalah keperawatan: Isolasi Sosial**

**e. Spiritual**

**1) Nilai dan Keyakinan**

Klien mengatakan dikeluarganya hanya melakukan sholat dan istigfar saja, klien yakin bahwa diri klien akan sehat dan tidak mendengar suara-suara.

**2) Kegiatan Ibadah**

Klien mengatakan beragama islam, klien mengatakan saat dirumah terkadang sholat 3 waktu kadang 2 waktu saat dirumah saat klien sudah dipanti mengatakan tidak sholat karena tidak membawa perlengkapan sholat.

**6. Status mental**

**a. Penampilan**

Pakaian klien bajunya terbalik, pakaian klien tidak rapih, celana tidak dikancingkan rambut klien tampak kotor dan kulit kepala terkelupas, kuku kotor, tidak pakai sandal, banyak koreng dibagian perut/ badan terlihat panu diarea muka.

**Masalah keperawatan: Defisit Perawatan Diri**



b. Pembicaraan

Klien berbicara pelan klien tidak mampu memulai pembicaraan dan harus perawat yang memulai pembicaraan terlebih dahulu klien saat diajak berbicara tampak inkhoren atau tidak nyambung dalam berbicara.

Masalah keperawatan: Isolasi Sosial.

c. Aktivitas motorik

Klien tidak ada tanda aktivitas motorik yang gelisah, klien tampak tenang dan klien kooperatif ketika dengan perawat.

Masalah keperawatan: tidak ada masalah keperawatan.

d. Alam perasaan

Klien tampak sedih karena berada dipanti dan tidak bisa menikah karena tidak boleh menikah satu darah.

Masalah keperawatan: isolasi sosial dan harga diri rendah.

e. Afek

Klien tampak menunjukkan afek tumpul pada saat pengkajian klien hanya berinteraksi bila ada stimulus yang kuat apabila ada orang disekeliling tertawa maka klien tertawa.

Masalah keperawatan: Halusinasi pendengaran.

f. Interaksi selama wawancara

Klien mengatakan lebih suka menyendiri, pasien tampak menghindari kontak mata pada perawat kontak mata kurang dari 3 detik saja intonasi suara klien pelan terkadang tidak terdengar. Klien tampak kooperatif tetapi suka tidak nyambung saat menjawab pertanyaan, kontak mata klien kurang tidak melihat kearah perawat.

Masalah keperawatan : Isolasi Sosial.

g. Persepsi

Klien mengatakan mendengar suara suara perempuan, suara tersebut memuji klien bahwa klien pintar sehingga klien merasakan senang dan klien tampak tertawa-tawa , suara itu datang sehari tiga kali pada siang hari pukul 10.00 WIB sore hari pukul 16.20 WIB dan malam hari pukul 20.00 WIB dalam durasi waktu 5 menit.

Masalah keperawatan: Halusinasi Pendengaran.

h. Proses pikir

Saat berinteraksi klien tidak nyambung saat berbicara klien tertawa-tawa tanpa sebab sehingga tujuan pembicaraan tidak sampai pada tujuan.

Masalah keperawatan: halusinasi pendengaran

i. Isi pikir

Klien mengatakan masih mendengar suara perempuan yang masih memuji klien dan tampak tidak ada waham.

Masalah keperawatan: Halusinasi Pendengaran

j. Tingkat kesadaran

Klien sadar penuh ketika dikaji oleh perawat klien mengatakan dirinya ada dipanti galuh klien mengatahui hari selasa 4 Mei 2021 pukul 10.30 WIB.

Masalah keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

k. Memori

Klien tidak memiliki gangguan daya ingat jangka panjang, hal itu dibuktikan bahwa pasien pernah dibawa kerumah Sakit Grogol dan Duren Sawit tetapi klien mengatakan lupa dengan nama-nama obat.

Masalah keperawatan: Tidak Ada Masalah Keperawatan

l. Tingkat konsentrasi dan berhitung

Klien mampu menghitung dari 1 sampai 5 dan pasien bisa menjawab 1 sampai 5 dan bisa mengulangnya dari 1 sampai 5, klien mampu menghitung tambah-tambahan  $3+2=5$  klien bisa menjawab pertanyaan yang diberikan.

Masalah keperawatan: Tidak Ada Masalah Keperawatan.

m. Kemampuan penilaian

Klien mampu mengambil keputusan yang sederhana. Contohnya klien memilih cuci tangan terlebih dahulu sebelum makan agar tangan tetap bersih .

Masalah keperawatan: tidak ada masalah keperawatan

n. Daya tilik diri

Klien mengetahui bahwa dirinya pernah mengalami gangguan jiwa sejak usia dini.

Masalah keperawatan: tidak ada masalah keperawatan

**7. Kebutuhan persiapan pulang**

a. Makan

Klien mengatakan saat dipanti pasien makan 3x sehari dan klien tidak di bantuan saat makan dan pasien bisa makan sendiri.

b. BAB/BAK

Klien mengatakan BAB dan BAK sendiri.

c. Mandi

klien tampak mandi sendiri tetapi klien harus diperlihatkan agar tidak salah untuk melakukan cara mandi dan pasien mandi jarang.

c. Berpakaian/berhias

Klien mampu memakai baju sendiri tetapi baju terbalik dan tidak bisa mengancingkan celana, kuku tampak kotor dan hitam, tidak maemakai sandal.

e. Istirahat dan tidur

Klien tampak kesulitan untuk tidur siang dan tidur pada saat malam hari dan klien mengatakan tidak bisa tidur.

f. Penggunaan obat

Perawat klien mengatakan diberikan obat kalau klien kambuh saja penyakitnya.

g. Pemeliharaan kesehatan

Klien mengatakan tidak ada masalah fisik.

h. Kegiatan didalam rumah

Keluarga klien mengatakan kalau dirumah klien lebih suka belajar dan membaca buku.

i. Kegiatan di luar rumah

Klien mengatakan tidak ada kegiatan diluar rumah.

## 8. Mekanisme koping

Klien mengatakan ketika pasien memiliki masalah klien tidak pernah cerita kepada orang tua atau teman klien, klien lebih baik mengurung diri sampai tenang, klien akan memulai cerita kalau klien sudah ditanyakan kepada orangtua.

Masalah keperawatan: koping individu tidak efektif

## 9. Masalah psikososial dan lingkungan

a. Masalah dengan dukungan kelompok, spesifik

Keluarga klien mengatakan mengikuti aktivitas kelompok dengan lingkungan klien tetapi hanya pengajian dan berjemur saja.

b. Masalah berhubungan dengan lingkungan

Keluarga klien mengatakan tidak percaya diri dan klien mempunyai dunianya sendiri.

c. Masalah dengan pendidikan

Keluarga klien selalu naik kelas namun klien hanya sampai SMA dikarenakan keluar dari kampus gizi disebabkan tidak nyaman dengan lingkungan sekitar sehingga klien harus keluar dari kampus tersebut.

d. Masalah dengan pekerjaan

Keluarga klien belum pernah merasakan kerja dan klien tidak mempunyai masalah dalam kerja.

e. Masalah dengan perumahan

Keluarga klien tidak mengalami masalah dengan keluarga.

f. Masalah ekonomi

Keluarga klien mengatakan dalam perekonomian klien tidak mengalami masalah.

g. Masalah dengan pelayanan kesehatan

Keluarga klien mengatakan tidak ada masalah dengan pelayanan rumah Sakit Grogol dan Duren Sawit.

h. Masalah dengan dukungan lingkungan

Klien mengatakan awal masuk ada penolakan dari teman-teman tetapi sekarang sudah tidak ada masalah dalam dukungan lingkungan.

Masalah keperawatan: Harga diri rendah dan isolasi social

**10. Pengetahuan kurang tentang:**

Klien mengatakan tidak mengetahui berasal dari mana suara-suara yang klien dengar dan klien lupa dengan nama-nama obat-obat yang sudah diberikan di Rumah Sakit Grogol maupun Duren Sawit dan Panti Galuh.

**11. Aspek medik**

a. Diagnosa medik:

Skizofrenia paranoid

b. Terapi medik:

Haroperidol:1,5mg

Cpz :100mg

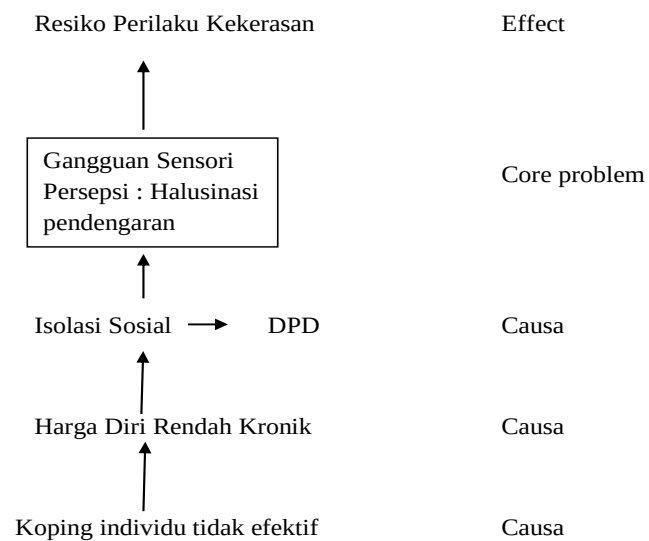
hexymer 2 :25mg

**3.2 Tabel analisa data**

| <b>Tanggal/ hari</b> | <b>Data Fokus</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>Masalah Keperawatan</b>                         |
|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| 04 Mei 2021          | Data Subjektif : <ul style="list-style-type: none"> <li>Klien mengatakan mendengar suara perempuan.</li> <li>Klien mengatakan suara perempuan itu memuji klien.</li> <li>Klien mengatakan suara itu muncul 3x/hari, suara-suara tersebut muncul pada pagi hari sekitar pukul 10.00 WIB, pada sore hari pukul 16.20 WIB dan pada malam hari pukul 20.00 WIB.</li> </ul> | Gangguan sensori persepsi : halusinasi pendengaran |

|             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                           |
|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
|             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan suara-suara itu muncul kurang lebih 5 menit.</li> <li>• Klien mengatakan respon klien dengan halusinasinya adalah tertawa-tawa.</li> </ul> <p>Data objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak melihat satu arah</li> <li>• Klien tampak menggerakkan bibirnya seperti komat-kamit</li> </ul> |                           |
| 04 Mei 2021 | <p>Data Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keluarga klien mengatakan kalau klien pernah memukul suami dari adiknya klien</li> <li>• Keluarga klien mengatakan klien suka memukul anak-anaknya (keponakan ) kelurga.</li> <li>• Klien mengatakan kesal dengan temannya.</li> </ul> <p>Data Objektif:</p> <p>Pandangan klien sangat tajam.</p>                | Resiko perilaku kekerasan |
| 04 Mei 2021 | <p>Data Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan lebih suka menyendiri dan tidak mau berinteraksi sama orang karna klien nyaman sendirian.</li> <li>• Klien tidak dapat memulai pembicaraan.</li> <li>• Klien berbicara pelan dan klien diajak berbicara tampak inkoheren atau tidak nyambung dalam berbicara.</li> </ul> <p>Data objektif:</p>  | Isolasi sosial            |

|             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                               |
|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
|             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kontak mata klien kurang dari 3 detik</li> <li>• Klien saat berbicara intonasi suaranya pelan</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                               |
| 04 Mei 2021 | <p>Data Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan malu karena tidak bisa mewujudkan keinginan orangtuanya</li> <li>• Klien mengatakan pernah mengalami penolakan saat masuk panti</li> </ul> <p>Data objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak menyendiri</li> <li>• Klien tampak tidak percaya diri murung dan suka menyendiri.</li> </ul>                                                      | Harga diri rendah kronik      |
| 04 Mei 2021 | <p>Data subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan kalau mandi bisa sendiri tetapi dibantu untuk melakukan oral hygiene.</li> </ul> <p>Data objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Baju klien tampak terbalik</li> <li>• Klien mengalami panu dibagian wajah</li> <li>• Kuku klien tampak hitam</li> <li>• Klien tidak memakai sandal</li> <li>• Rambut klien kotor banyak kulit kepala/ ketombe.</li> </ul> | Defisit Perawatan diri        |
| 04 Mei 2021 | <p>Data subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan kalau mempunyai masalah klien pendam sendiri</li> </ul> <p>Data objektif :</p> <p>-</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Koping individu tidak efektif |



### 3.2 Diagram pohon masalah pada pasien

#### B. Diagnosa Keperawatan

1. Gangguan sensori persepsi: Halusinasi pendengaran
2. Resiko perilaku kekerasan
3. Isolasi sosial
4. Harga diri rendah kronik
5. Defisit perawatan diri
6. Koping individu tidak efektif

#### C. Perencanaan keperawatan

- 1) Tujuan umum

Klien tidak mecederai diri sendiri dan orang lain.

- 2) Tujuan khusus

- a. TUK 1: klien dapat membina hubungan saling percaya kriteria hasil yang diharapkan meliputi ekspresi wajah bersahabat, menunjukkan rada tenang, ada kontak mata, mau berjabat tangan, mau menyebutkan nama, mau menjawab salam, mau duduk berdampingan dengan perawat, dan mau mengutarakan masalah yang dihadapi. Tindakan keperawatan yang dilakukan meliputi sapa klien dengan ramah dan baik secara verbal maupun non verbal, perkenalkan diri dengan sopan, tanyakan nama lengkap klien dan nama panggilan yang disukai klien, jelaskan tujuan pertemuan, jujur dan



menepati janji, tujukan sikap empati, menerima pasien apa dasar klien, beri perhatian pada klien, dan perhatikan kebutuhan dasar klien.

b. TUK 2: klien dapat mengenal halusinasi

Kriteria hasil yang diharapkan meliputi klien dapat menyebutkan waktu, isi dan frekuensi timbulnya halusinasi, dan klien dapat mengungkapkan perasaan terhadap halusinasinya. Tindakan keperawatan yang dilakukan meliputi adakan sering dan singkat secara bertahap, serta observasi tingkah laku klien terkait dengan halusinasinya. Bicara dan tertawa tanpa stimulus, memandang ke kiri dan ke kanan seolah-olah ada teman bicara, bantu klien mengenal halusinasinya dengan cara yaitu jika menemukan klien sedang halusinasi tanyakan apakah ada suara yang didengar, jika klien menjawab ada maka lanjutkan apa yang di katakan, katakan bahwa perawat percaya pada klien mendengar suara itu namun perawat sendiri tidak mendengarnya (dengan nada sehabat tanpa menuduh/menghakimi), katakan pada klien bahwa ada juga klien lain yang sama seperti dia, katakan bahwa perawat akan membantu klien, diskusikan dengan klien tentang situasi yang menimbulkan/tidak menimbulkan halusinasi dan waktu serta frekuensi terjadinya halusinasi (pagi, siang, sore dan malam atau jika sendiri, jengkel, sedih), diskusikan dengan klien apa yang dirasakan jika terjadi halusinasi (marah, takut, sedih, tenang), dan beri kesempatan mengungkapkan perasaan.

c. TUK 3: Klien dapat mengontrol halusinasinya Kriteria hasil yang diharapkan meliputi klien dapat menyebutkan tindakan yang biasanya dilakukan untuk mengendalikan halusinasinya, klien dapat menyebutkan cara baru, klien dapat memilih cara mengatasi halusinasi seperti yang telah didiskusikan dengan klien, klien dapat melakukan cara yang telah dipilih untuk mengendalikan halusinasi, dan klien dapat mengetahui aktivitas kelompok. Tindakan keperawatan yang dapat dilakukan yaitu identifikasi bersama klien tindakan yang dilakukan jika terjadi halusinasi (tidur menyibukkan diri sendiri, dan lain-lain), diskusikan manfaat cara yang digunakan klien, jika bermanfaat beri pujian, diskusikan cara baru untuk memutuskan halusinasi mengontrol timbulnya halusinasi dengan mengatakan “Saya tidak mau dengar kamu” pada saat halusinasi muncul, menemui orang lain atau perawat, teman atau anggota keluarga yang lain

untuk bercakap-cakap atau mengatakan halusinasi yang didengar, membuat jadwal sehari-hari agar halusinasi tidak sempat muncul, dan meminta keluarga/teman/perawat, jika tampak bicara sendiri. Bantu klien memilih cara dan melatih cara untuk memutus halusinasi secara bertahap, misalnya dengan mengambil air wudhu dan sholat atau membaca alQur'an, membersihkan rumah dan alat-alat rumah tangga, mengikuti keanggotaan sosial di masyarakat (pengajian, gotong royong), mengikuti kegiatan olahraga dan mencari teman untuk ngobrol. Beri kesempatan untuk melakukan cara yang telah dilatih. Evaluasi hasilnya dan beri pujian jika berhasil. Anjurkan pasien untuk mengikuti terapi aktivitas kelompok, orientasi realita, dan stimulasi persepsi.

- d. TUK 4: klien dapat memanfaatkan obat dengan baik Kriteria hasil yang diharapkan meliputi klien dan keluarga dapat menyebutkan manfaat, dosis dan efek samping obat. klien dapat mendemonstrasikan penggunaan obat dengan benar. Klien mendapat informasi tentang efek dan efek samping obat. klien dapat memahami akibat berhenti minum obat tanpa konsultasi. klien dapat menyebutkan prinsip 5 benar penggunaan obat. Tindakan keperawatan yang dapat dilakukan meliputi diskusikan dengan klien tentang dosis serta frekuensi serta manfaat minum obat. Anjurkan klien minta sendiri obat pada perawat dan merasakan manfaatnya. Anjurkan klien untuk bicara dengan dokter tentang manfaat dan efek samping obat yang dirasakan. Diskusikan akibat berhenti minum obat tanpa konsultasi dengan dokter. Bantu klien menggunakan obat dengan prinsip 5 benar (benar dosis, benar obat, benar waktunya, benar caranya, dan benar kliennya)

Tujuan khusus dalam perencanaan dilakukan dalam bentuk strategi pelaksanaan yang terdiri dari.

- a. Sp 1: menghardik setelah dilakukan 1 hari pertemuan, klien mampu melakukan cara mengontrol halusinasi dengan menghardik secara mandiri.
  - 1) Bina hubungan saling percaya
  - 2) Identifikasi isi, frekuensi, waktu terjadi, situasi pencetus, perasaan respon klien, serta upaya telah dilakukan klien untuk mengontrol halusinasi

- 3) Jelaskan pengertian, penyebab, serta tanda dan gejala halusinasi
  - 4) Jelaskan cara mengontrol halusinasi dengan menghardik
  - 5) Berikan waktu klien untuk mencontohkan cara menghardik
  - 6) Berikan pujian atas setiap tindakan
- b. Sp 2: minum obat setelah dilakukan 1 kali pertemuan, klien mampu melakukan cara mengontrol halusinasi dengan menggunakan prinsip 5 benar minum obat
- 1) Evaluasi Sp 1: mengontrol halusinasi dengan cara menghardik
  - 2) Latih cara mengontrol halusinasi dengan minum obat.
    - a. Prinsip 5 benar minum obat
    - b. Manfaat obat.
    - c. Efek samping obat.
    - d. Cara menangani efek samping obat.
    - e. Menjelaskan akibat putus obat.
  - 3) Masukkan ke dalam jadwal Sp 2
- c. Sp 3: bercakap- cakap setelah dilakukan 1 kali pertemuan klien mampu melakukan cara mengontrol halusinasi dengan bercakap- cakap dengan orang lain.
- 1) Evaluasi SP 1 dan SP 2.
  - 2) Latih mengontrol halusinasi dengan bercakap- cakap
  - 3) Masukkan kedalam jadwal kegiatan.
- d. Sp 4: melakukan kegiatan setelah 2 kali pertemuan klien mampu melakukan cara mengontrol halusinasi dengan melakukan aktivitas kegiatan secara mandiri
- 1) Jelaskan pentingnya aktivitas yang teratur untuk mengatasi halusinasi
  - 2) Diskusikan aktivitas yang biasa dilakukan klien
  - 3) Latih pasien melakukan aktivitas menulis.
  - 4) Masukkan kedalam jadwal kegiatan

### Terapi Aktivitas Kelompok

#### 1) Sesi 1: Mengenal Halusinasi

Tak sesi 1 bertujuan untuk melatih klien agar mampu mengenal isi halusinasi, mengenal waktu terjadinya halusinasi, mengenal situasi terjadinya halusinasi, dan mengenal perasaannya pada saat terjadi halusinasi.

#### 2) Sesi 2: Mengontrol Halusinasi Dengan Cara Menghardik

Tak sesi 2 bertujuan untuk melatih klien agar mampu menjelaskan cara yang selama ini dilakukan untuk mengatasi halusinasi, memahami cara menghardik halusinasi, dan dapat memperagakan cara menghardik halusinasi.

#### 3) Sesi 3: Mengontrol Halusinasi Dengan Cara Melakukan Kegiatan

Tak sesi 3 bertujuan untuk melatih klien agar mampu memahami pentingnya melakukan kegiatan untuk mencegah munculnya halusinasi dan menyusun jadwal kegiatan untuk mencegah terjadinya halusinasi.

#### 4) Sesi 4: Mencegah Halusinasi Dengan Becakap-Cakap

Tak sesi 4 bertujuan untuk melatih klien agar mampu memahami pentingnya bercakap-cakap dengan orang lain untuk mencegah munculnya halusinasi.

#### 5) Sesi 5: Mencegah Halusinasi Dengan Minum Obat

TAK sesi 5 bertujuan untuk melatih klien agar mampu menyebutkan 5 benar minum obat, keuntungan minum obat, dan menyebutkan akibat tidak patuh minum obat.

### **D. Implementasi Dan Evaluasi Keperawatan**

#### **Implementasi tindakan keperawatan :**

##### **1. Sp 1 pertemuan 1 4 mei 2021 , pukul 11.00WIB-11.30WIB**

#### **Data subjektif:**

- Klien mengatakan mendengar suara perempuan.
- Klien mengatakan suara perempuan itu memuji klien.

- Klien mengatakan suara itu muncul 3x/hari, suara-suara tersebut muncul pada pagi hari sekitar pukul 10.00 WIB, pada sore hari pukul 16.20 WIB dan pada malam hari pukul 20.00 WIB.
- Klien mengatakan suara-suara itu muncul kurang lebih 5 menit.
- Klien mengatakan respon klien dengan halusinasinya adalah tertawa-tawa.  
Data objektif :
- Klien tampak melihat satu arah
- Klien tampak menggerakkan bibirnya seperti komat-kamit

### **Diagnosa gangguan sensori persepsi: Halusinasi Pendengaran**

#### **Implementasi Keperawatan**

Melakukan startegi pelaksanaan 1 halusinasi :

- a. Membina hubungan saling percaya  
respon: klien menyebutkan nama klien
- b. Mengidentifikasi isi, frekuensi, waktu terjadi, situasi pencetus, perasaan, respon pasien, dan upaya yang telah dilakukan pasien untuk mengontrol halusinasi  
Respon: klien mengatakan mendengar suara perempuan yang memuji klien , durasi kurang lebih 5 menit, sebanyak 3x dalam sehari muncul pada saat pagi hari pukul 10.00WIB, pada sore hari pukul 16.20WIB, dan pada malam hari pukul 20.00WIB dan saat berinteraksi klien tampak teratawa-tawa sendiri.
- c. Menjelaskan pengertian, penyebab, serta tanda dan gejala halusinasi  
Respon: Klien tampak memperhatikan saat diberikan penjelasan tentang pengertian, penyebab dan tanda gejala halusinasinya oleh perawat.

- d. Menjelaskan cara mengontrol dengan cara menghardik  
Respon: Klien tampak memperhatikan perawat saat menjelaskan cara mengontrol dengan cara menghardik.
- e. Memberikan waktu pasien untuk mencontohkan cara menghardik  
Respon: Klien mengatakan mau melakukan cara menghardik, klien tampak sudah bisa melakukan kegiatan menghardik.
- f. Memberikan pujian atas setiap tindakan  
Respon: Klien tampak tersenyum saat diberi pujian
- g. Masukan kedalam jadwal SP 1  
Respon : Klien mengatakan mau melakukan menghardik 2x sehari waktunya pukul 09.00 dan 11.00.

#### **Rencana tidak lanjut**

- a. Mengevaluasi kegiatan SP 1 dengan cara menghardik.
- b. Melatih mengontrol halusinasi: minum obat dengan 5 benar minum obat.
- c. Melatih mengontrol halusinasi: bercakap-cakap
- d. Melatih mengontrol halusinasi: melakukan kegiatan.

#### **Evaluasi keperawatan:**

##### **Evaluasi subjektif:**

- a. Klien menyebutkan nama klien Nurahman
- b. Klien mendengar suara perempuan yang memuji klien.
- c. Klien mengatakan mau melakukan cara menghardik.
- d. Klien mengatakan mau melakukan menghardik 2x sehari waktunya pukul 09.00WIB dan 11.00WIB.
- e. Klien mengatakan durasi kurang lebih 5 menit, sebanyak 3x dalam sehari muncul pada saat pagi hari pukul 10.00WIB, pada sore hari pukul 16.20WIB, dan pada malam hari pukul 20.00WIB.

**Evaluasi objektif:**

- a. Klien tampak memperhatikan saat diberikan penjelasan tentang pengertian, penyebab dan tanda gejala halusinasi oleh perawat.
- b. Klien tampak memperhatikan perawat saat menjelaskan cara mengontrol dengan cara menghardik.
- c. Klien tampak sudah bisa melakukan kegiatan menghardik.
- d. Klien tersenyum saat diberikan pujian,

**Analisa**

- a. Gangguan sensori persepsi : Halusinasi Pendengaran
- b. Kemampuan pasien bertambah mengontrol halusinasi pendengaran dengan cara menghardik.

**Planning:**

- a. Perawat melanjutkan SP2 pertemuan 1
- b. Pasien: latih cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik 2x sehari pukul 09.00WIB dan 11.00 WIB.

**2. SP 2 Pertemuan 1, tanggal 5 mei 2021, 10.30 WIB- 11.20WIB****Data subjektif**

- Klien mengatakan mendengar suara perempuan.
- Klien mengatakan suara perempuan itu memuji klien.
- Klien mengatakan suara itu muncul 3x/hari, suara-suara tersebut muncul pada pagi hari sekitar pukul 10.00 WIB, pada sore hari pukul 16.20 WIB dan pada malam hari pukul 20.00 WIB.
- Klien mengatakan suara-suara itu muncul kurang lebih 5 menit.
- Klien mengatakan respon klien dengan halusinasinya adalah tertawa-tawa.

**Data objektif :**

- Klien tampak melihat satu arah
- Klien tampak menggerakkan bibirnya seperti komat-kamit

**Diagnosa keperawatan : gangguan sensori persepsi: Halusinasi Pendengaran**

### **Implementasi keperawatan:**

Melakukan strategi pelaksanaan 2 halusinasi:

- a. Mengevaluasi kemampuan klien mengenal halusinasi dalam mengontrol halusinasi dengan menghardik.

Respon: Klien mampu melakukan cara menghardik.

- b. Memberikan pujian setiap tindakan

Respon: Klien tersenyum saat diberikan pujian.

- c. Memberikan contoh cara 5 benar minum obat (benar pasien, benar obat, benar cara, benar waktu, benar cara pemberian, benar dosis, benar kadaluwarsa) dan manfaat obat, efek samping obat dan cara menangani efek samping obat.

Respon: Klien tampak memperhatikan penjelasan tentang cara 5 prinsip benar minum obat, manfaat obat, efek samping obat, cara menangani efek samping obat.

- d. Memberikan kesempatan klien mempraktekan cara 5 benar minum obat (benar pasien, benar obat, benar dosis, benar waktu, benar cara pemberian, benar kadaluwarsa) dan manfaat obat, efek samping obat, cara menangani efek samping obat.

Respon: klien mengatakan minum obat ada 5 prinsip yaitu benar nama pasien, benar obat, benar dosis, benar pemberian, benar kadaluarsa, klien mengatakan mengetahui nama obat yaitu obat cpz, haloperidol dan hexymer warna obat tersebut yaitu cpz berwarna orange, haloperidol berwarna pink, obat hexymer berwarna kuning manfaat obat cpz merilekskan kerja otak efek sampingnya adalah membuat mengantuk untuk mengatasinya dengan cara tidur, haloperidol untuk mengurangi suara-suara efek sampingnya adalah membuat bibir menjadi kering cara mengatasinya dengan minum air putih obat hexymer untuk merilekskan otot tubuh/ menyeimbangkan efek samping cpz atau haloperidol efek samping adalah sulit untuk buang air besar cara mengatasinya dengan memakan buah-buahan.



**Rencana tidak lanjut:**

- a. Latih mengontrol cara menghardik
- b. Latih cara mengontrol halusinasi dengan cara minum obat

**Evaluasi keperawatan:****Evaluasi subjektif**

- a. klien mengatakan minum obat ada 5 prinsip yaitu benar nama pasien, benar obat, benar dosis, benar pemberian, benar kadaluarsa, klien mengatakan mengetahui nama obat yaitu obat cpz, haloperidol dan hexymer warna obat tersebut yaitu cpz berwarna orange, haloperidol berwarna pink, obat hexymer berwarna kuning manfaat obat cpz merilekskan kerja otak efek sampingnya adalah membuat mengantuk untuk mengatasinya dengan cara tidur, haloperidol untuk mengurangi suara-suara efek sampingnya adalah membuat bibir menjadi kering cara mengatasinya dengan minum air putih obat hexymer untuk merilekskan otot tubuh/ menyeimbangkan efek samping cpz atau haloperidol efek samping adalah sulit untuk buang air besar cara mengatasinya dengan memakan buah- buahan.

**Evaluasi objekif:**

- a. Klien mampu mengontrol halusinasi dengan cara menghardik.
- b. Klien sudah mampu menjelaskan tentang cara 5 prinsip benar minum obat, manfaat obat, efek samping obat, cara menangani efek samping obat, warna obat dan dosis obat.
- c. Klien tersenyum saat diberikan pujian.

**Analisa:**

- a. Gangguan persepsi sensori: Halusinasi pendengaran
- b. Kemampuan pasien dalam mengontrol halusinasi bertambah dengan cara minum obat

**Planning:**

- a. Perawat lanjutkan Sp 3 pertemuan 1

### 3) Sp 3, tanggal 6 mei 2021, pukul 10.30- 11.30WIB

#### Data subjektif:

- Klien mengatakan mendengar suara perempuan.
- Klien mengatakan suara perempuan itu memuji klien.
- Klien mengatakan suara itu muncul 2x/hari, suara-suara tersebut muncul pada pagi hari sekitar pukul 10.00 WIB dan pada malam hari pukul 20.00 WIB.
- Klien mengatakan suara-suara itu muncul kurang lebih 5 menit.
- Klien mengatakan respon klien dengan halusinasinya adalah tertawa-tawa.

#### Data objektif :

- Klien tampak melihat satu arah
- Klien tampak menggerakkan bibirnya seperti komat-kamit

#### Implementasi keperawatan

Melakukan strategi pelaksanaan 3 halusinasi

##### a. Mengevaluasi Sp 1 dan Sp 2

Respon : klien mampu mengontrol halusinasi dengan cara menghardik dan klien mampu menjelaskan 5 prinsip benar minum obat, manfaat obat, efek samping obat dan cara menangani efek samping obat.

##### b. Melatih mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap

Respon : klien tampak ingin berkenalan dengan perawat, klien mengatakan tidak mendengar suara perempuan saat bercakap-cakap dengan perawat.

##### c. Masukkan kedalam jadwal kegiatan :

Respon : klien mengatakan mau melakukan cara bercakap cakap dengan teman-temannya sehari 1x pukul 11.00 WIB.

**Diagnosa keperawatan: gangguan sensori persepsi : Halusinasi pendengaran**

#### Rencana tidak lanjut:

Melatih mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap.

**Evaluasi keperawatan****Evaluasi subjektif:**

- a. klien mampu mengontrol halusinasi dengan cara menghardik dan klien mampu menjelaskan 5 prinsip benar minum obat, manfaat obat, efek samping obat dan cara menangani efek samping obat.

**Evaluasi objektif**

- a. Klien tampak ingin berkenalan dengan perawat, klien mengatakan tidak mendengar suara perempuan saat bercakap- cakap dengan perawat.
- b. Klien mau melakukan cara bercakap cakap dengan temannya sehari 1x pukul 11.00 WIB.

**Analisa :**

- a. Gangguan persepsi sensori: Halusinasi pendengaran
- b. Kemampuan pasien dalam mengontrol halusinasi bertambah dengan cara bercakap-cakap

**Planning :**

- a. Melakukan cara mengontrol halusinasi dengan kegiatan .

**4) Sp 4 pertemuan 1 tanggal 07 mei 2021 pukul 14.00-14.30WIB****Data subjektif :**

- Klien mengatakan mendengar suara perempuan.
- Klien mengatakan suara perempuan itu memuji klien.
- Klien mengatakan suara itu muncul 1x/hari, suara-suara tersebut muncul pada pagi hari sekitar pukul 10.00 WIB.
- Klien mengatakan suara-suara itu muncul kurang lebih 5 menit.
- Klien mengatakan respon klien dengan halusinasinya adalah tertawa-tawa.

**Data objektif :**

- Klien tampak melihat satu arah
- Klien tampak menggerakkan bibirnya seperti komat-kamit

### **Implementasi keperawatan**

Melakukan strategi pelaksanaan 4 halusinasinya

- a. Mengevaluasi Sp 1, Sp 2 dan Sp 3

Respon : klien mampu mengontrol halusinasi dengan cara menghardik , mampu menjelaskan 5 prinsip benar minum obat , manfaat obat,efek samping obat dan cara menangani efek samping obat.klien mampu mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap.

Klien mampu melakukan pengenalan dengan perawat

- b. Mengontrol halusinasi dengan cara melakukan kegiatan

Respon : klien melakukan kegiatan dengan cara menulis, klien mengatakan saat menulis tidak mendengar suara-suara yang memberikan pujian kepada klien.

- c. Masukan kedalam jadwal

Respon : klien mengatakan ingin melakukan kegiatan menulis 2x sehari pada pukul 10.00 WIB dan 12,00 WIB

**Diagnosa keperawatan: gangguan sensori persepsi: halusinasi pendegaran**

### **Evaluasi subjektif:**

- a. Klien mampu mengontrol halusinasi dengan cara menghardik , mampu menjelaskan 5 prinsip benar minum obat , manfaat obat,efek samping obat dan cara menangani efek samping obat.klien mampu mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap.
- b. Klien melakukan kegiatan dengan cara menulis, klien mengatakan saat menulis tidak mendengar suara-suara yang memberikan pujian kepada klien.

### **Evaluasi objektif :**

- a. Klien mengatakan ingin melakukan kegiatan menulis 2x sehari pada pukul 10.00 WIB dan 12,00 WIB.

### **Analisa**

- a. Gangguan persepsi sensori: Halusinasi pendengaran
- b. Kemampuan pasien dengan melakukan kegiatan bersama teman

**Planning: melakukan TAK**

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Pada pembahasan ini, penulisan ingin menyampaikan terkait hal-hal yang perlu dibahas antara teori dengan kasus yaitu konsep medik dan asuhan keperawatan, adapun bagian-bagian dari asuhan keperawatan yang akan dibahas yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

#### **A. Skizofrenia**

Pada Kasus Tn. N, Tn. N mengalami Skizofrenia paranoid. Menurut Kraepin, (2009) Skizofrenia paranoid memiliki gejala yang mencolok ialah waham primer, disertai dengan waham–waham sekunder dan halusinasi. Pada pengkajian didapatkan bahwa klien mengalami halusinasi pendengaran, terkadang tampak kebingungan saat ditanya oleh perawat, seperti klien tampak diam saat ditanya kemudian bila perawat mengulangi pertanyaan maka klien bisa menjawab pertanyaan dari perawat. Klien terkadang tampak inkoheren/tidak nyambung dalam berbicara. Melihat data- data pengkajian tersebut perawat mengambil kesimpulan bahwa diagnosa medik skizofrenia tak terperinci.

Menurut Howland (2011) dan Stuart (2016) Obat-obat antipsikotik tipikal adalah sebagai dopamine antagonis (DA). Obat ini bekerja dengan cara menghambat reseptor D2 postsinaptik pada beberapa saluran otak bertanggung jawab untuk menurunkan gejala-gejala positif skizofrenia, seperti hanya gejala ekstrapiramidal. Adapun jenis-jenis obat yang termasuk obat antipsikotik tipikal yaitu phenothiazine, chlorpromazine, thioridazine, mesoridazine, perphenazine, chlorpromazine, thioridazine, fluphenazine, decanoates, haloperidol, haloperidol deconate, loxapine dan pimozide. Pada Tn. N sudah mendapatkan terapi obat sebelum perawat melakukan pengkajian. Namun sesuai dengan kebijakan yang ada di panti klien akan diberikan obat pada saat klien mengalami kambuh saja. Perawat menjelaskan manfaat dan 5 prinsip benar minum obat yaitu benar pasien, benar dosis, benar waktu, benar cara pemberian dan benar obat. Obat-obatan yang didapatkan oleh klien adalah obat Haloperidol 1,5 mg; CPZ 100 mg dan Hexymer 25 mg.

Obat Haloperidol berfungsi untuk mengatasi suara halusinasi yang di dengar oleh klien. Obat ini memiliki efek samping dapat menyebabkan bibir menjadi kering dan menyebabkan kaku pada tubuh. Upaya untuk mengatasi efek samping dari mengkonsumsi

obat Haloperidol dengan cara mengkonsumsi air putih agar bibir tidak kering. Pada Tn. N obat Haloperidol ini berfungsi untuk mengurangi suara yang di dengar oleh klien, sehingga pasien tidak mendengar suara dari halusinasinya, efek yang di timbulkan setelah mengkonsumsi obat ini adalah bibir Tn. N menjadi kering dan jika bibir Tn. N kering klien langsung meminum air putih.

Obat Chlorpromazine berfungsi untuk merilekskan kerja otak. Efek sampingnya adalah mengantuk dan membuat kaku pada tubuh. Upaya untuk mengatasi efek samping dari mengkonsumsi obat CPZ dengan cara pasien tidur. Pada Tn. N obat CPZ berfungsi untuk membuat pasien menjadi tenang, efek yang timbul setelah mengkonsumsi obat ini klien menjadi ngantuk dan klien mengatasi efek sampingnya dengan cara tidur.

Obat Hexymer berfungsi untuk mengurangi kekakuan otot setelah mengkonsumsi obat CPZ dan Haloperidol. Efek samping setelah mengkonsumsi obat Hexymer adalah konstipasi, cara mengatasi efek sampingnya dengan cara mengkonsumsi makanan atau buah-buahan. Pada Tn. N setelah mengkonsumsi obat Hexymer untuk mencegah terjadinya konstipasi klien mengkonsumsi buah papaya.

## **B. Pengkajian keperawatan**

Menurut teori faktor predisposisi adalah faktor biologis dengan adanya riwayat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, trauma penyakit atau terjadinya trauma kepala dan riwayat penggunaan narkotika ataupun psikotropika lainnya. Faktor psikologis klien yang mengalami riwayat kegagalan berulang seperti: menjadi korban, pelaku maupun saksi dari perilaku kekerasan serta kurangnya perhatian dari orang-orang disekitar atau perilaku orang-orang yang overprotektif. Faktor sosiobudaya dan lingkungan seseorang dengan halusinasi berasal dari keluarga dengan sosial ekonomi yang rendah, memiliki riwayat penolakan dari lingkungan atau orang lain pada saat usia perkembangan anak. Faktor genetik gangguan orientasi realities termasuk halusinasi umumnya ditemukan pada klien

skizofrenia, skizofrenia cukup tinggi pada keluarga yang salah satu anggota keluarga mengalami skizofrenia, serta akan lebih tinggi jika kedua orang tua skizofrenia.

Faktor presipitasi Menurut Yusuf, Ah., Rizky Fitryasari ,( 2015) Stresor Sosial budaya stres dan kecemasan akan meningkat bila terjadi penurunan stabilitas keluarga, perpisahan dengan orang yang penting, dan atau diasingkan dari kelompok menimbulkan halusinasi. Faktor Biokimia berbagai penelitian tentang dopami, serta zat halusigenik diduga berkaitan dengan gangguan orientasi realistik termasuk halusinasi. Faktor Psikologis intensitas kecemasan yang ekstrem dan memanjang disertai terbatasnya kemampuan mengatasi masalah memungkinkan keterbatasan berkembangnya gangguan orientasi realitas pada klien. Klien dapat mengembangkan koping untuk menghindari kenyataan yang tidak menyenangkan pada klien. Faktor Perilaku yang perlu dikaji pada klien dengan perubahan proses pikir, afektif persepsi, motorik, dan sosial. Pada kasus Tn.N faktor presipitasi yang muncul pada faktor biologis adalah klien mengatakan mempunyai riwayat gangguan jiwa dimasa lalu, klien tidak pernah mengalami trauma kepala, klien tidak mengkonsumsi alkohol dan klien tidak merokok. Faktor psikologis adalah klien merasa sedih karena sudah lama tidak bertemu dengan keluarga dan keluarga sudah 1 tahun tidak menjenguk klien sejak klien berada di panti. Faktor sosialkultural adalah klien mengatakan bulan Desember 2019 klien kesal dengan temannya dikarenakan klien mengalami penolakan saat melakukan kegiatan senam dan pengajian .

Menurut kasus faktor predisposisi adalah faktor biologis Keluarga klien mengatakan klien pernah rawat jalan ke rumah sakit Grogol pada bulan juni 1988 mendapatkan terapi obat dan diminum secara rutin ,namun klien tidak mengalami perubahan , kemudian klien mendengar suara-suara yang menyuruh klien untuk masuk kedalam sumur sehingga klien mengikuti suara tersebut dan klien dibawa ke Rumah Sakit Duren Sawit pada tahun 1988 dan melakukan rawat jalan klien sudah mendapatkan obat dan diminum secara rutin keluarga klien mengatakan tidak pernah putus obat, namun klien , faktor psikologis klien mengatakan dan keluarga mendukung bahwa usia klien 20 tahun klien pernah melakukan penganiayaan fisik kepada keponakan dan suami adiknya klien memukul tanpa sebab klien mengatakan

tidak mengalami aniaya seksual namun klien pernah mengalami penolakan dari teman-teman klien kuliahnya pada tahun 1989 klien mengalami bullying karena klien pintar, klien pernah menjadi korban keimnal yaitu pencurian uang pada tahun 1989. Tidak terdapat kesenjangan antara kasus dan teori yang dialami klien.

Mekanisme koping menurut Anelia,( 2012)mengatakan bahwa koping adalah proses saat individu berusaha untuk mengatasi ketidaksesuaian antara tuntutan-tuntutan orang tuanya untuk mengatasi ancaman pada diri klien. Menurut kasus mekanisme koping klien mengatakan ketika klien memiliki masalah klien tidak pernah cerita kepada orang tua atau teman klien, klien lebih baik mengurung diri sampai tenang, klien akan memulai cerita kalau klien sudah ditanyakan kepada orangtua. Tidak terdapat kesenjangan antara kasus dan teori yang dialami klien.

Pohon masalah menurut Nurhalimah,( 2018) isolasi sosial, halusinasi pendengaran core problem dan effect perilaku kekerasan dan menurut kasus pohon masalahnya koping individu tidak efektif, harga diri rendah kronik, isolasi sosial, deficit perawat diri termasuk ke causa dan core problem halusinasi pendengaran effectnya itu resiko perilaku kekerasan. Tidak adanya kesenjangan antara teori dan kasus.

Faktor pendukung yang mempermudah perawat dalam melakukan pengkajian adalah adanya kerjasama dengan petugas panti dalam memberikan informasi terkait klien,klien yang kurang kooperatif selama proses pengkajian. Faktor yang menghambat perawat saat pengkajian adalah kontak mata kurang, kurang lengkapnya sarana dan prasarana seperti rekam medis di panti, dan keterbatasan kemampuan mahasiswa dalam berinteraksi karena merupakan pengalaman pertama kali untuk melakukan pengkajian langsung kepada dengan klien dengan gangguan jiwa. Untuk mengatasi masalah tersebut perawat harus melakukan kontak sesering mungkin dengan klien, serta dapat bertanya kepada petugas panti, dan melalui rekam medis untuk membina hubungan saling percaya agar didapatkan data yang benar-benar valid.

### **C. Diagnosa keperawatan**



Diagnosa prioritas pada kasus adalah halusinasi, karena dalam status mental didapatkan data persepsi klien mengatakan mendengar suara-suara perempuan yang memuji klien klien mengatakan muncul suara perempuan 3x sehari pada pagi hari, sore hari dan malam hari, klien mengatakan suara itu muncul kurang lebih 5 menit respon klien hanya tertawa-tawa Nurhalimah, (2018) menyebutkan terdapat tiga masalah keperawatan pada halusinasi meliputi: gangguan persepsi sensori: halusinasi adalah sebagai *core problem*, isolasi sosial adalah sebagai *causa*, risiko perilaku kekerasan (diri sendiri, orang lain atau verbal). Berdasarkan data diatas terdapat kesenjangan antara teori dan kasus, dimana pada kasus ditemukan diagnosa harga diri rendah kronik, mekanisme koping individu tidak efektif dan defisit perawatan diri, isolasi sosial, halusinasi pendengaran, resiko perilaku kekerasan. Pada diagnosa halusinasi dibuktikan bahwa klien mendengar suara-suara perempuan yang memuji klien.

Faktor pendukung yang mempermudah dalam merumuskan diagnosa keperawatan adalah adanya buku referensi yang jelas terkait diagnosa dan didapatkan sesuai diagnosa yang didapatkan diteori dan tidak dapat faktor penghambat dalam merumuskan diagnosa.

#### **D. Perencanaan keperawatan**

Menurut (Dinarti dan Mulyanti, 2017) menjelaskan bahwa dalam menyusun rencana keperawatan diwajibkan untuk menggunakan kriteria SMART yaitu; *Specific, Measurable, Achievable, Reasonable, and Time*. Kriteria SMART diterapkan dimana spesifik diterapkan untuk menyusun rencana tindakan keperawatan berupa strategi pelaksanaan (SP), strategi pelaksanaan ini disesuaikan dengan diagnosa yang diangkat yaitu gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran. *Measurable* yaitu perawat melakukan pengukuran perkembangan pasien berdasarkan evaluasi, artinya dapat dilihat dari kriteria hasil, seperti contoh pasien mampu menyebutkan 5 benar dari 5 benar minum obat. *Achievable* berarti melakukan setiap SP disesuaikan dengan kondisi, perilaku, dan tingkat pengetahuan klien, sehingga keberhasilan dari target yang diinginkan dicapai disesuaikan dengan kondisi dan kemampuan klien, seperti sudah bisa melakukan cara menghardik maka penulisan perencanaan yaitu membudayakan cara

menghardik dengan benar. , *Reasonable* dimana didalamnya setiap tindakan memiliki sebuah rasional seperti pasien tampak kooperatif, maka begitu dalam SP1 –SP 2 dilakukan 2x pertemuan dan SP 3-SP 4 dilakukan 1x pertemuan pasien dapat mencapai kriteria hasil dengan baik . *Time* yaitu dalam setiap perencanaan perawat mencantumkan waktu spesifik untuk mencapai kriteria kemampuan yang ingin dicapai.pada teori time menunjukan bahwa lamanya perawatan dalam jumlah jam sedangkan dalam keperawatan jiwa time berarti kualitas setiap pertemuan, seperti contoh Sp 1 direncanakan 1x pertemuan dengan lama 20-30 menit. Pada kasus Tn. N Sp 1 direncanakan 2x pertemuan dengan lama 30-45 menit. Sp 2 direncanakan 2x pertemuan dengan lama 20-30 menit. Sp 3 direncanakan 1x pertemuan dengan lama 20-30 menit dan Sp 4 direncanakan 1x pertemuan dengan lama 15-25 menit.

TAK pada klien dengan gangguan sensori persepsi: Halusinasi pendengaran meliputi 5 sesi. TAK 1 bertujuan untuk melatih klien agar mampu mengenal isi, waktu, situasi terjadinya,perasaannya. Klien dapat dukungan dari keluarga dalam mengontrol halusinasi. TAK 2 bertujuan untuk meragakan cara menghardik halusinasi TAK 3 bertujuan berlatih agar memahami pentingnya melakukan kegiatan dan untuk mencegah munculnya gangguan sensori persepsi : halusinasi pendengaran. TAK 4 bertujuan untuk melatih pentingnya bercakap-cakap dengan orang lain untuk mencegah munculnya halusinasi.TAK 5 bertujuan untuk melatih menyebutkan 5 prinsip benar minum obat, keuntungan, efek samping obat TAK stimulasi persepsi: halusinasi direncanakan akan dilakukan 5 sesi menurut penelitian (Sutejo, 2017). TAK 1 Sampai TAK 5 klien mampu menjelaskan kepada keluarga.

#### **E. Implementasi keperawatan**

Menurut Trimelia,( 2011) mengatakan bahwa implementasi keperawatan adalah bina hubungan saling percaya dimana dalam hubungan saling percaya perlu dipertimbangkan bahwa klien merasa nyaman saat berinteraksi dengan perawat lalu melatih dengan cara. Menghardik halusinasi dimana menghardik merupakan upaya pengendalian diri terhadap halusinasi. Kemudian dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain. Dimana klien bercakap-cakap dengan orang mampu beralihnya

halusinasi. Dengan adanya aktivitas secara terjadwal klien tidak akan mengalami waktu luang sendiri seringkali mencetuskan halusinasi.

Strategi pelaksanaan (SP), yang terdiri dari SP 1 sampai SP 4, adapun untuk SP 1 direncanakan 2x pertemuan namun tindakan pelaksanaan hanya 1 kali karena klien ingin berkenalan dengan perawat, serta cukup kooperatif sehingga pada saat dievaluasi telah mencapai kriteria yang diharapkan. Lanjutkan SP 2 direncanakan 2x pertemuan namun tindakan pelaksanaan hanya 1x karena klien kooperatif. Perawat menjelaskan 5 prinsip benar minum obat yang dimana terdiri dari benar pasien, benar obat, benar dosis, benar waktu dan benar kadaluarsa. Perawat juga menjelaskan tentang warna, manfaat obat yang dikonsumsi, efek samping dan cara mengatasi efek samping dari obat yang dikonsumsi oleh Tn. N. Pada saat Tn. N diberikan kesempatan untuk menjelaskan apa yang sudah dijelaskan oleh perawat Tn. N mampu menyebutkan 5 prinsip benar minum obat, klien mengetahui warna, manfaat, efek samping dan cara mengatasi efek samping dari obat yang dikonsumsi. Dalam SP 2 tidak dilakukan minum obat karena kebijakan dari rumah adalah klien diberikan obat ketika sedang kambuh saja. Pada saat dievaluasi sudah mencapai kriteria yang diharapkan. Lanjutkan SP3 direncanakan 1x pertemuan, pada saat tindakan sudah sesuai karena pasien kooperatif saat diberikan penjelasan dan dicontohkan tentang cara mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap klien mau melakukannya dengan perawat dan klien sudah tidak mendengar suara-suara ketika sedang bercakap-cakap dengan perawat. Sehingga saat dievaluasi sudah mencapai kriteria yang diharapkan. Lanjutkan SP4 yang direncanakan 1x pertemuan pada saat tindakan sudah sesuai karena klien kooperatif dan saat diberikan penjelasan dan diberikan contoh untuk mengatasi halusinasi dengan melakukan kegiatan, klien mau melakukan kegiatan tersebut karena dengan melakukan suatu kegiatan klien tidak merasa sendirian sehingga suara-suara dari halusinasinya tidak muncul. Saat dilakukan evaluasi klien sudah mencapai kriteria yang diharapkan.

Pada pelaksanaan TAK direncanakan 5 sesi halusinasi tetapi tidak dilakukan hanya dilakukan TAK isolasi sosial sebanyak 1x. Kemampuan respon klien dan keluarga klien mampu memperagakan kepada keluarga cara menghardik saja dikarenakan keluarga tidak bisa memiliki banyak waktu sehingga klien hanya mampu

memperagakan cara menghardik. Faktor pendukung dalam penulis melakukan implementasi adalah adanya kerjasama dari pihak petugas panti, sehingga penulis dapat melakukan asuhan keperawatan langsung kepada klien. Faktor penghambat dalam melakukan implementasi dari rencana keperawatan keperawatan yang telah disusun adalah kurang tersedianya fasilitas di panti, serta jadwal kegiatan tidak diberikan kemahasiswa.

#### **F. Evaluasi keperawatan**

Menurut (Astuti, 2014) mengatakan evaluasi dapat dilihat dengan tidak berhasil, kurang, atau berhasil setiap implementasi yang tidak berhasil atau berhasil perlu rencana keperawatan yang baru. Pada tahap evaluasi yang dilakukan meliputi evaluasi formatif dengan menilai hasil implementasi secara bertahap sesuai dengan kegiatan yang dilakukan secara kontak pelaksanaan atau evaluasi SOAP, sedangkan evaluasi sumatif dengan menilai secara keseluruhan terhadap pencapaian diagnosa keperawatan rencana yang dilanjutkan diteruskan, sebagai diteruskan dengan perubahan intervensi atau hentikan dan menilai tingkat kemandirian keluarga sebelum dilakukan pelaksanaan keperawatan, pasien mengatakan mendengar suara dan suara perempuan yang memuji klien dan muncul 3x sehari pasien saat berinteraksi sama perawat suka menggerakkan bibir sendiri, klien tidak mampu memulai pembicaraan pelaksanaan perawat pada pasien tanda dan gejala yang dialami pasien sudah mulai berkurang seperti halusinasinya hanya muncul 2x saja.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan didapatkan hasil evaluasi SP 1 dengan pertemuan sebanyak 1x kemampuan mengontrol halusinasi klien bertambah, serta tanda gejala pasien belum berkurang. Pada evaluasi SP2 dengan pertemuan sebanyak 1x klien sudah prinsip 5 benar minum obat dan mengetahui apa saja obat yang di konsumsi klien, warna, manfaat, efek samping dan cara mengatasi efek samping dari setiap obat. Sesuai dengan kebijakan yang ada di panti bahwa klien akan diberikan obat ketika klien sedang kambuh, klien sudah mengetahui bahwa klien akan diberikan obat jika klien melakukan tindakan kekerasan dan jika halusinasinya sudah mulai merasa mengganggu. Tindakan kolaborasi yang sudah dilakukan dengan pihak panti adalah membantu klien untuk melakukan kegiatan di panti untuk mencegah klien mendengar suara dari halusinasinya. Pada evaluasi SP3 dengan pertemuan sebanyak 1x klien mampu mengontrol halusinasi dengan

bercakap-cakap dengan teman disekitarnya. Klien meminta izin untuk berkenalan dengan orang yang belum di kenalnya dan jika klien sudah kenal dengan temannya klien menanyakan kesediaannya untuk di ajak mengobrol. Pada evaluasi SP 4 dengan pertemuan 1x klien mampu melakukan kegiatan menulis nama keluarga klien dan itu harus dilakukan untuk mengontrol halusinasi. Setelah dilakukan tindakan Sp 4 klien mengatakan gejalanya sudah berkurang menjadi 1x dalam sehari dengan durasi 5 menit.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

Klien Tn.N yang berusia 52 tahun dengan diagnosa medis halusinasi pendengaran skizofrenia paranoid. Faktor predisposisi terjadi halusinasi pada kasus adalah faktor biologis, faktor psikologis, faktor sosialkultural , sedangkan faktor presipita terjadi halusinasi pada Tn.N adalah faktor biologis dan psikososial, sosialkultural , pada saat pengkajian perawat klien Tn. N pernah mengalami halusinasi pendengaran yang dimana Tn.N mendengar suara suara perempuan yang memuji klien, suara itu muncul 3x sehari dengan durasi kurang lebih 5 menit.

Diagnosa keperawatan yang muncul adalah isolasi sosial sebagai causa halusinasi pendengaran sebagai core problem, dan perilaku kekerasan sebagai effect. Perencanaan keperawatan pada Tn.N melakukan Sp 1 sebanyak 1 kali interaksi Sp 2 sebanyak 1x interaksi Sp 3 sebanyak 1x interaksi dan Sp 4 dilakukan 1x dan kepada keluarga dilakukan pasien mampu memperagakan cara menghardik untuk mengontrol dan hanya dilakukan cara menghardik saja karena keluarga tidak terlaksana karena keterbatasan waktu.

Evaluasi kepewatan yang didapatkan adalah saat dilaakukan Sp 1 respon klien tampak mengikuti dan bisa melakukan kegiatan menghardik dengan cara mengusir halusinasi pendengaranya, Sp 2 respon klien tampak mengikuti prinsip 5 benar obat dan jenis obat tersebut dan klien mengetahui manfaat obat tersebut klien mengetahui efek samping obat tersebut klien mengetahui cara mengatasi efek samping tersebut, Sp 3 respon pasien ingin bercakap-cakap kepada teman klien saat menengar suara dengan cara membicarakan suatu topik, Sp 4 respon klien tampak melakukan kegiatan menulis respon klien menunjukan klien tampak senang.

**B. Saran**

## 1. Bagi mahasiswa

Diharapkan dapat mengembangkan kemampuan komunikasi secara teraupetik untuk merawat klien gangguan jiwa.

## 2. Bagi institusi pendidikan

Untuk lahan praktek diharapkan memberikan waktu lebih lama untuk mahasiswa belajar di lahan praktek agar mahasiswa dapat mendalami keperawatan jiwa

## 3. Bagi panti

Untuk panti diharapkan jika meningkatkan interaksi kepada klien dan keluarga klien sehingga asuhan keperawatan dapat dilaksanakan dengan baik.

## DAFTAR PUSTAKA

- (Egan & Hyde, 2000 dalam Baredero, Dayrit & Maratning, 2016). (2016). *skizofrenia*. Anelia, nicky. (2012). Hubungan Tingkat Stres dengan Mekanisme Koping pada mahasiswa Reguler Program Profesi Ners FIK UI Tahun Akademik 2011/2012. Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia Depok. In *Hubungan Tingkat Stres dengan Mekanisme Koping pada mahasiswa Reguler Program Profesi Ners FIK UI Tahun Akademik 2011/2012. Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia Depok*.
- Astuti, S. P. . (2014). Variasi Menu Makanan yang Mengandung Zat Besi untyk Mengatasi Masalah Anemia pada Remaja. Skripsi. Fakultas Ilmu Keperawatan Program Studi Ners . In *Variasi Menu Makanan yang Mengandung Zat Besi untyk Mengatasi Masalah Anemia pada Remaja. Skripsi. Fakultas Ilmu Keperawatan Program Studi Ners* .
- Baradero, Dayrit& Maratning, 2016. (2016). *psikiatri*.
- Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawatan Nasional Indonesia. (2019). Standar Luaran Keperawatan Indonesia. In *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*.
- Dinarti dan Mulyanti, 2017. (2017). asuhan keperawatan halusinasi. In *asuhan keperawatan halusinasi*.
- Flalsman et al. 2000 dalam Baradero, Dayrit, &Maatning. (2016). skizofrenia. In *skizofrenia*.
- Harkomah, I. (2019). Analisis Pengalaman Keluarga Merawat Pasien Skizofrenia dengan Masalah Halusinasi Pendengaran Pasca Hospitalisasi. *Jurnal Endurance*, 4(2), 282. <https://doi.org/10.22216/jen.v4i2.3844>
- Herman dan Direja. (2011). *skizofrenia*.
- Hidayah, D. (2012). Persepsi Mahasiswa Tentang Harapan Orang Tua Terhadap Pendidikan Dan Ketakutan Akan Kegagalan. *Educational Psychology Journal*, 1(1), 62–67.
- Indonesia, D. P., & Nasional, P. P. P. P. (2016). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia. In *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*.
- Indonesia, D. P. P. P. P. N. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. In *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Cetakan pertama maret 2018.
- Kementerian Kesehatan RI. (2019). Situasi Kesehatan Jiwa DI Indonesia. In



- InfoDATIN* (p. 12).
- Kraepin. (2009). *Asuhan Keperawatan Jiwa*.
- Kusumawardhani, A. agung, Lukman, redayani petrin, & Kaligis, F. (2018). *Psikiatri*. Elsevier.
- lehman,2000 dalam Baradero, D. & maratning. (2016), Buku Ajar Asuhan Keperawatan Jiwa.
- Melanie, N. M. (2018). Community And Family Health Nursing. In *Community And Family Health Nursing*. Elsevier.
- Melinda Herman. (2014). *Gangguan jiwa, Asuhan Keperawatan Jiwa*.
- Nurhalimah. (2018). Keperawatan Jiwa. In *Keperawatan Jiwa*. Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.
- Nurjannah, I., Anggalina, D. T., & Puspitasari, R. S. (2019). Inovasi Pelayanan Kesehatan : Posyandu Penanganan Orang Dengan Gangguaan Jiwa (odgj). In *Inovasi Pelayanan Kesehatan : Posyandu Penanganan Orang Dengan Gangguaan Jiwa (odgj)*. Pusat Data Daan Informasi.
- Putri, V. S., & Trimusarofah, T. (2018). Pengaruh Penerapan Strategi Pelaksanaan Keluarga Terhadap Kemampuan Keluarga Merawat Pasien Halusinasi Di Kota Jambi Tahun 2017. *Jurnal Akademika Baiturrahim Jambi*, 7(1), 17. <https://doi.org/10.36565/jab.v7i1.57>
- Rahman, A., Marchira, C. R., & Rahmat, I. (2016). Peran dan motivasi perawat kesehatan jiwa dalam program bebas pasung: studi kasus di Mataram. *MATARAM : (BKM Journal of Community Medicine and Public Health)*, 32(8), 287–294.
- Riskesdas, 2018. (n.d.). *Riskesdas*.
- Ruswadi, I. (2021). Keperawatan Jiwa. In *Keperawatan Jiwa*. CV. Adanu Abimata.
- Simamora, N. F. (2019). Sifat dan tahap-tahap dalam proses keperawatan. In *Sifat dan tahap-tahap dalam proses keperawatan*.
- Sovitriana, R. (2019). *Dinamika Psikologis Kasus Penderita Skizofrenia*. Uwais Inspirasi Indonesia.
- Supinganto, A., Yani, A. L., Kuswanto, Darmawan, D., Paula, V., Marlina, T., Nasution, R. A., Mukarromah, I., Agustine, U., Florensa, M. V. A., Nompoo, R. S., Mukhoirotin, Marwati, H., & Jaya, M. A. (2021). *Keperawatan Jiwa Dasar*. Yayasan Kita Menulis.

- Sutejo. (2017). *Asuhan keperawatan perencanaan halusinasi*. PT Pustaka Baru.
- T, S., & Yosep, I. (2014). Buku Ajar Keperawatan Jiwa Dan Advance Mental Healt Nursing. In *Buku Ajar Keperawatan Jiwa Dan Advance Mental Healt Nursing*. Cetakan Keenam bandung.
- Trimelia, S. (2011). *Asuhan keperawatan klien halusinasi*. cv.trans info media.
- Videbeck, S. . (2008). Buku Ajar Keperawatan Jiwa. In *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*.
- Yudhantara, D. S., & Istiqomah, R. (2018). *Sinopsis Skizofrenia Untuk Mahasiwa Kedokteran*. UB Press.
- Yusuf, Ah., Rizky Fitryasari PK., & H. E. N. (2015). Buku ajar keperawatan Jiwa. In *Buku ajar keperawatan Jiwa*. Salemba Medika.
- Zahnia, S., & Wulan Sumekar, D. (2016). Kajian Epidemiologis Skizofrenia. *Majority*, 5(5), 160–166.  
<http://juke.kedokteran.unila.ac.id/index.php/majority/article/view/904/812>

**SP 1 Pertemuan 1**  
**Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan**  
**Strategi Pelaksanaan 1 Diagnosa Gangguan Sensori**  
**Persepsi : Halusinasi Pendengaran**

Insial nama : Tn. N

Hari/tanggal/jam : Senin 03 Mei 2021

**A. Kondisi pasien**

Data subjektif :

- a. Pasien mengatakan suara itu mengajak pasien untuk bunuh diri
- b. Pasien mengatakan muncul kalau pasien lagi menyendiri dan terdiam
- c. Pasien mengatakan mendengar suara itu 3x pada saat siang hari pukul 10.00 WIB dan sore hari pukul 16,00WIB dan malam hari pada pukul 21.00WIB
- d. Pasien mengatakan mendengar suara itu munculnya lumayan lama 10-15 menit
- e. Pasien mengatakan upaya mengatasi hanya terdiam saja.
- f. Pasien mengatakan mampu akan mencoba lagi cara menghardik sendiri saat suara-suara muncul

Data objektif :

- a. Pasien tampak melihat ke satu arah
- b. Pasien berinteraksi dengan pasien menggerakan bibir dan ketawa-ketawa kurang lebih 3 detik
- c. Pasien dapat memasukana menghardik kedalam jadwal harinya.

**B. Diagnosa keperawatan**

Halusinasi pendengaran

**C. Tindakan keperawatan**

- 1. Bina hubungan saling percaya.

2. Identifikasi isi, frekuensi, waktu terjadi, situasi pencetus, perasaan, respon pasien, serta upaya yang telah dilakukan pasien untuk mengontrol gangguan sensori persepsi: halusinasi.
3. Jelaskan pengertian, penyebab, serta tanda dan gejala halusinasi.
4. Jelaskan cara mengontrol halusinasi dengan menghardik.
5. Berikan contoh cara menghardik.
6. Berikan waktu pasien untuk mencontohkan cara menghardik.
7. Berikan pujian atas setiap tindak

#### **D. Komunikasi**

##### **1. Tahap pra-interaksi**

Siapkan laporan pendahuluan, strategi pelaksanaan, asuhan keperawatan, pasien, dan diri perawat.

##### **2. Tahap Orientasi**

###### **a. Salam terapeutik**

Selamat pagi pak, saya dengan suster alya, Bapak bisa sebutkan namanya? bapak senang dipanggil apa?

###### **b. Evaluasi**

Bagaimana perasaan bapak hari ini? Apakah bapak masih mendengar suara-suara tersebut?

###### **c. Validasi**

Apa yang sudah bapak lakukan saat mendengar suara-suara?”.

###### **d. Kontrak**

##### **1) Topik dan tujuan**

Baik pak, sekarang kita akan membicarakan cara mengatasi suara-suara yang bapak dengar. Tujuannya supaya suara yang bapak dengar dapat berkurang dan bapak bisa menggunakan cara ini sendiri. Apakah bapak setuju?.

##### **2) Waktu**

Bapak mau berapa lama kita membicarakan cara mengatasi suara tersebut?.

##### **3) Tempat**

Bagaimana kalau kita membicarakan disini saja?

### **3.Tahapan kerja**

#### **a.Pengkajian**

Baik pak, sekarang kita akan membahas tentang suara yang bapak dengar. Nah sekarang suster ingin bertanya apa yang dikatakan suara tersebut? berapa kali dalam satu hari? berapa lama suara itu muncul? kapan dan pada saat apa suara itu muncul? bagaimana perasaan bapak saat suara itu muncul? dan apa upaya bapak untuk menghilangkan halusinasi itu? apakah dengan upaya itu suara itu hilang?. Saya percaya apa yang bapak dengar, tetapi saya tidak bisa dengar suara tersebut.

#### **b.Penjelasan**

Bapak mohon maaf sebelumnya berdasarkan pengamatan saya dari tadi ditemukan bapak tampak tampak melihat kesatu arah, saat berinteraksi dengan perawat sesekali bapak menggerakkan bibir tanpa mengeluarkan suara (kurang lebih 20 detik) dan bapak mengatakan mendengar suara-suara yang hanya bapak sendiri yang mendengar namun perawat tidak mendengarnya. Tanda dan gejala yang saya sebutkan tadi bahwa bapak mengalami halusinasi.. Hal itu hanya bapak sendiri yang melihatnya tetapi kami tidak melihatnya.Gangguan sensori persepsi: halusinasi dibedakan menjadi 5, yang pertama yaitu gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran, yang kedua halusinasi gangguan sensori persepsi: penglihatan, yang ketiga gangguan sensori persepsi: halusinasi penghidu, yang keempat gangguan sensori persepsi: halusinasi pengecap dan kelima yaitu gangguan sensori persepsi: halusinasi perabaan. Nah, cara mengatasi suara-suara yang bapak dengar yaitu dengan cara menghardik, minum obat, bercakap-cakap dan melakukan aktivitas. Adapun cara menghardik yaitu dengan cara kedua tangan bapak menutup telinga sembari bapak katakan “Pergi-pergi kamu suara palsu saya tidak mau dengar, lakukan itu berulang kali hingga suara itu hilang.

**c.Stimulasi:** (perawat mencontohkan cara menghardik).

**d.Redemonstrasi:** Setelah saya contohkan sekarang waktunya bapak melakukan apa yang saya contohkan tadi. Wah, bapak hebat.

#### **4.Tahap Terminasi**

##### **a.Evaluasi subjektif**

Bagaimana perasaan bapak setelah melakukan latihan ini?.

##### **b.Evaluasi objektif**

Coba bapak ulangi lagi cara menghardik. Kalau suara itu muncul lagi, bapak bisa menggunakan cara itu secara sendiri ya.

##### **c.Rencana tindak lanjut**

Bagaimana kalau kita buat jadwal latihannya. Jadi bapak melakukan cara ini ketika mendengar suara-suara tersebut.

##### **d.Rencana yang akan datang**

Besok kita akan bertemu lagi ya pak untuk pertemuan kedua yaitu mengontrol halusinasi dengan cara minum obat dengan prinsip 5 benar, tujuannya supaya bapak dapat minum obat dengan prinsip 5 benar, besok mau pukul berapa pak? mau diskusi dimana?"

**SP 2 Pertemuan 1**  
**Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan**  
**Strategi Pelaksanaan 1 Diagnosa Gangguan Sensori**  
**Persepsi : Halusinasi Pendengaran**

Insial nama : Tn. N

Hari/tanggal/jam : Selasa 04 Mei 2021

Kondisi pasien

Data subjektif :

- a. Pasien mengatakan suara itu mengajak pasien untuk bunuh diri
- b. Pasien mengatakan muncul kalau pasien lagi menyendiri dan terdiam
- c. Pasien mengatakan mendengar suara itu 3x pada saat siang hari pukul 10.00 WIB dan sore hari pukul 16,00WIB dan malam hari pada pukul 21.00WIB
- d. Pasien mengatakan mendengar suara itu munculnya lumayan lama 10-15 menit
- e. Pasien mengatakan upaya mengatasi hanya terdiam saja.
- f. Pasien mengatakan mampu akan mencoba lagi cara menghardik sendiri saat suara-suara muncul

Data objektif :

- a. Pasien tampak melihat ke satu arah
- b. Pasien berinteraksi dengan pasien menggerakan bibir dan ketawa-ketawa kurang lebih 3 detik
- c. Pasien dapat memasukana menghardik kedalam jadwal harinya.

**B. Diagnosa keperawatan**

Gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran.

C. Tindakan keperawatan

1. Evaluasi tanda dan gejala halusinasi.
2. Validasi kemampuan pasien mengenal halusinasi dalam mengontrol gangguan sensori perspsi: halusinasi dengan menghardik.
3. Berikan pujian atas setiap tindakan.
4. Berikan contoh cara 5 benar minum obat (obat, pasien, cara, waktu, dan dosis).

5. Berikan kesempatan pasien mempraktekkan cara 5 benar minum obat (obat, pasien, cara, waktu, dan dosis).
6. Berikan pujian atas setiap tindakan.

#### D. Komunikasi

##### 1. Tahap pra-interaksi

Siapkan laporan pendahuluan dan strategi pelaksanaan

##### 2. Tahap orientasi

###### a. Salam teraupetik

Salam pagi pak, masih ingat dengan suster?, banar ya pak dengan suster alya.

###### b. Evaluasi

Bagaimana kabar bapak hari ini? Apakah masih mendengar suara- suara tersebut pada pagi, sore, dan malam hari?’

###### c. Validasi

Apa yang sudah bapak lakukan hari ini? apakah bapak sudah minum obat?, wah bagus pak.

###### d. Kontrak

##### 1) Topik dan tujuan

Hari ini kita akan melatih kembali mengontrol halusinasi dengan cara kedua yaitu dengan minum obat. Tujuannya agar suara-suara yang muncul dapat dikurangi dan dicegah dengan 5 prinsip minum obat. Apakah bapak bersedia?

##### 2) Waktu

Waktunya mau berapa lama pak?

##### 3) Tempat

Tempatnya mau disini saja atau bagaimana pak?

### 3. Tahap kerja

#### a. Pengkajian

Baik pak, sekarang kita akan membahas tentang suara yang bapak dengar.

Nah sekarang suster ingin bertanya apa yang dikatakan suara tersebut? berapa kali dalam satu hari? berapa lama suara itu muncul? kapan dan pada saat apa suara itu muncul? bagaimana perasaan bapak saat suara itu



muncul?, apa upaya bapak untuk menghilangkan halusinasi itu?, dan apakah dengan upaya itu suara itu hilang?.

#### **b. Penjelasan**

“Baik pak, saya akan menjelaskan cara kedua yaitu dengan minum obat.

Sekarang suster tanya, jumlah obat yang bapak minum berapa?, warnanya apa aja pak?, kapan saja bapak minum obat ini?, bapak tau efek samping dan fungsinya?,bapak tau jumlah dan waktu minum obat?,bagus ya pak. Jadi bapak punya 3 buah obat ketiga ibat ini berwarna kuning yang membedakan obat ini adalah namanya. Obat ini semuanya ada tulisan nama bapak (Tn.N), ketiga obat ini diminum dengan cara dibawa kemulut dan telan. Obat yang pertama namanya haloperidol gunanya untuk membuat bapak meredakan halusinasi . Obat ini diminum 1 kali dalam sehari yaitu pada siang hari pukul 12.00 WIB, efek

samping obat ini yaitu lelah, mengatuk, dan pusing. Obat yang kedua yaitu bernama CPZ dimana obat ini gunanya untuk meringankan efek samping dari kedua obat tersebut. Obat ini diminum 1 kali dalam sehari yaitu pada siang hari pukul 12.00 WIB Obat ketiga namanya xeymer, obat ini gunanya untuk memperkuat otot . Obat ini diminum 1 kali dalam sehari yaitu pada malam hari pukul 19.00 WIB. Semua obat ini harus diminum teratur ya tidak boleh sampai putus atau berhenti”.

c. Simulasi :perawat mensimulasikan cara minum obat dengan prinsip 5 benar).

d. Redemonstrasi :Setelah saya contohkan sekarang waktunya bapak melakukan apa yang saya contohkan tadi. Wah, bapak hebat”.

### **4. Tahap Terminasi**

#### **a. Evaluasi subjektif**

Bagaimana perasaan bapak setelah melakukan latihan ini? Apakah kemampuan bapak dalam mengontrol halusinasi bertambah?

#### **b. Evaluasi objektif**

Bisakah bapak ulangi lagi penjelasan 5 benar minum obat. Wah, bapak hebat, benar ya pak.

**c. Rencana tindak lanjut**

Bapak masih ada kekurangan dalam menyebutkan nama dan dosis obat tadi.

Jadi, diingat-ingat lagi ya pak dan bapak harus minum obat ini sesuai jadwalnya ya

**d. Rencana yang akan datang**

Baik pak, besok saya masih akan menjelaskan cara mengontrol halusinasi dengan cara minum obat ya yaitu dengan 5 benar minum obat. Mau pukul berapa pak? mau dimana pak?

**SP 3 Pertemuan 1**  
**Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan**  
**Strategi Pelaksanaan 1 Diagnosa Gangguan Sensori**  
**Persepsi : Halusinasi Pendengaran**

Insial nama : Tn. N

Hari/tanggal/jam : Rabu 05 Mei 2021

Kondisi pasien

Data subjektif :

- a. Pasien mengatakan suara itu mengajak pasien untuk bunuh diri
- b. Pasien mengatakan muncul kalau pasien lagi menyendiri dan terdiam
- c. Pasien mengatakan mendengar suara itu 3x pada saat siang hari pukul 10.00 WIB dan sore hari pukul 16,00WIB dan malam hari pada pukul 21.00WIB
- d. Pasien mengatakan mendengar suara itu munculnya lumayan lama 10-15 menit
- e. Pasien mengatakan upaya mengatasi hanya terdiam saja.
- f. Pasien mengatakan mampu akan mencoba lagi cara menghardik sendiri saat suara-suara muncul

Data objektif :

- a. Pasien tampak melihat ke satu arah
- b. Pasien berinteraksi dengan pasien menggerakan bibir dan ketawa-ketawa kurang lebih 3 detik
- c. Pasien dapat memasukana menghardik kedalam jadwal harinya.

**B. Diagnosa keperawatan**

Gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran.

**C. Tindakan keperawatan**

1. Evaluasi tanda dan gejala halusinasi.

2. Evaluasi SP 1 dan Sp 2

3. Lakukan bercakap-cakap

4. Berikan pujian atas setiap tindakan.

D. Komunikasi

1. Tahap pra-interaksi

Siapkan laporan pendahuluan dan strategi pelaksanaan

2. Tahap orientasi

a. Salam terapeutik

Salam pagi pak, masih ingat dengan suster?, banar ya pak dengan suster alya

b. Evaluasi

Bagaimana kabar bapak hari ini? Apakah masih mendengar suara-suara tersebut pada pagi, sore, dan malam hari?’

c. Validasi

Apa yang sudah bapak lakukan hari ini?

d. Kontrak

1) Topik dan tujuan

Hari ini kita akan melatih kembali mengontrol halusinasi dengan cara melakukan bercakap-cakap Apakah bapak bersedia?

2) Waktu

Waktunya mau berapa lama pak?

3) Tempat

Tempatnya mau disini saja atau bagaimana pak?

### **3. Tahapan kerja**

#### **a. Pengkajian**

Baik pak, sekarang kita akan membahas tentang suara yang bapak dengar. Nah sekarang suster ingin bertanya apa yang dikatakan suara tersebut? berapa kali dalam satu hari? berapa lama suara itu muncul? kapan dan pada saat apa suara itu muncul? bagaimana perasaan bapak saat suara itu muncul? dan apa upaya bapak untuk menghilangkan

halusinasi itu? apakah dengan upaya itu suara itu hilang?. Saya percaya apa yang bapak dengar, tetapi saya tidak bisa dengar suara tersebut.

### **b.Penjelasan**

Bapak mohon maaf sebelumnya berdasarkan pengamatan saya dari tadi ditemukan bapak tampak tampak melihat kesatu arah, saat berinteraksi dengan perawat sesekali bapak menggerakkan bibir tanpa mengeluarkan suara (kurang lebih 20 detik) dan bapak mengatakan mendengar suara-suara yang hanya bapak sendiri yang mendengar namun perawat tidak mendengarnya. Tanda dan gejala yang saya sebutkan tadi bahwa bapak mengalami halusinasi.. Hal itu hanya bapak sendiri yang melihatnya tetapi kami tidak melihatnya. Nah, cara mengatasi suara-suara yang bapak dengar yaitu dengan cara bercakap-cakap untuk mengontrol halusinasi jadi kalau bapak merasa ada yang bisikan bapak langsung berkenalan dengan teman panti tersebut ya pak.

**c.Stimulasi:** (perawat mencontohkan cara bercakap-cakap)

**d.Redemonstrasi:** Setelah saya contohkan sekarang waktunya bapak melakukan apa yang saya contohkan tadi. Wah, bapak hebat.

### **4.Tahap Terminasi**

a.Evaluasi subjektif

Bagaimana perasaan bapak setelah melakukan latihan ini?.

b.Evaluasi objektif

Coba bapak ulangi lagi cara bercakap-cakap Kalau suara itu muncul lagi, bapak bisa menggunakan cara itu secara sendiri ya.

c.Rencana tindak lanjut

Bagaimana kalau kita buat jadwal latihannya. Jadi bapak melakukan cara ini ketika mendengar suara-suara tersebut.

d.Rencana yang akan datang

Besok kita akan bertemu lagi ya pak untuk pertemuan keempat melakukan kegiatan yaitu mengontrol halusinasi dengan cara benar, besok mau pukul berapa pak? mau diskusi dimana?"

**SP 4 Pertemuan 1**  
**Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan**  
**Strategi Pelaksanaan 1 Diagnosa Gangguan Sensori**  
**Persepsi : Halusinasi Pendengaran**

Insial nama : Tn. N

Hari/tanggal/jam : Rabu 06 Mei 2021

Kondisi pasien

Data subjektif :

- a. Pasien mengatakan suara itu mengajak pasien untuk bunuh diri
- b. Pasien mengatakan muncul kalau pasien lagi menyendiri dan terdiam
- c. Pasien mengatakan mendengar suara itu 3x pada saat siang hari pukul 10.00 WIB dan sore hari pukul 16,00WIB dan malam hari pada pukul 21.00WIB
- d. Pasien mengatakan mendengar suara itu munculnya lumayan lama 10-15 menit
- e. Pasien mengatakan upaya mengatasi hanya terdiam saja.
- f. Pasien mengatakan mampu akan mencoba lagi cara menghardik sendiri saat suara-suara muncul
- g. Pasien mengatakan mampu akan mencoba lagi cara menghardik dan melakukan bercakap-cakap bersama teman.

Data objektif :

- a. Pasien tampak melihat ke satu arah
- b. Pasien berinteraksi dengan pasien menggerakan bibir dan ketawa-ketawa kurang lebih 3 detik
- c. Pasien dapat memasukana menghardik kedalam jadwal harinya.

**B. Diagnosa keperawatan**

Gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran.

**C. Tindakan keperawatan**

1. Evaluasi tanda dan gejala halusinasi.
2. Evaluasi SP 1 dan Sp 3
3. Lakukan kadwal kegiatan
4. Berikan pujian atas setiap tindakan.

#### D. Komunikasi

##### 1. Tahap pra-interaksi

Siapkan laporan pendahuluan dan strategi pelaksanaan

##### 2. Tahap orientasi

###### a. Salam teraupetik

Salam pagi pak, masih ingat dengan suster?, banar ya pak dengan suster alya

###### b. Evaluasi

Bagaimana kabar bapak hari ini? Apakah masih mendengar suara-suara tersebut pada pagi, sore, dan malam hari?’

###### c. Validasi

Apa yang sudah bapak lakukan hari ini?

##### d. Kontrak

###### 1) Topik dan tujuan

Hari ini kita akan melatih kembali mengontrol halusinasi dengan cara melakukan melakukan kegiatan Apakah bapak bersedia?

###### 2) Waktu

Waktunya mau berapa lama pak?

###### 3) Tempat

Tempatnya mau disini saja atau bagaimana pak?

### 3. Tahapan kerja

#### a. Pengkajian

Baik pak, sekarang kita akan membahas tentang suara yang bapak dengar. Nah sekarang suster ingin bertanya apa yang dikatakan suara tersebut? berapa kali dalam satu hari? berapa lama suara itu muncul? kapan dan pada saat apa suara itu muncul? bagaimana perasaan bapak saat suara itu muncul? dan apa upaya bapak untuk menghilangkan

halusinasi itu? apakah dengan upaya itu suara itu hilang?. Saya percaya apa yang bapak dengar, tetapi saya tidak bisa dengar suara tersebut.

#### **b.Penjelasan**

Bapak mohon maaf sebelumnya berdasarkan pengamatan saya dari tadi ditemukan bapak tampak tampak melihat kesatu arah, saat berinteraksi dengan perawat sesekali bapak menggerakkan bibir tanpa mengeluarkan suara (kurang lebih 20 detik) dan bapak mengatakan mendengar suara-suara yang hanya bapak sendiri yang mendengar namun perawat tidak mendengarnya. Tanda dan gejala yang saya sebutkan tadi bahwa bapak mengalami halusinasi.. Hal itu hanya bapak sendiri yang melihatnya tetapi kami tidak melihatnya. Nah, cara mengatasi suara-suara yang bapak dengar yaitu dengan cara bercakap-cakap untuk mengontrol halusinasi jadi kalau bapak merasa ada yang bisikan bapak langsung berkenalan dengan teman panti tersebut ya pak.

**c.Stimulasi:** (perawat mencontohkan cara melakukan kegiatan )

**d.Redemonstrasi:** Setelah saya contohkan sekarang waktunya bapak melakukan apa yang saya contohkan tadi. Wah, bapak hebat.

#### **4.Tahap Terminasi**

a.Evaluasi subjektif

Bagaimana perasaan bapak setelah melakukan latihan ini?.

b.Evaluasi objektif

Coba bapak ulangi lagi cara melakukan kegiatan Kalau suara itu muncul lagi, bapak bisa menggunakan cara itu secara sendiri ya.

c.Rencana tindak lanjut

Bagaimana kalau kita buat jadwal latihannya. Jadi bapak melakukan cara ini ketika mendengar suara-suara tersebut.

d.Rencana yang akan datang

Besok kita akan bertemu lagi ya pak untuk pertemuan terapi aktivitas kelompok ?”