



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. M DENGAN GANGGUAN  
PERSEPSI SENSORI: HALUSINASI PENDENGARAN  
DI WILAYAH PERUMAHAN RAWA LUMBU  
RT 07 RW 02 BEKASI TIMUR**

**Disusun oleh:  
EMMIA AGNES JORETTA  
201701054**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN  
STIKes MITRA KELUARGA  
BEKASI  
2020**



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. M DENGAN GANGGUAN  
PERSEPSI SENSORI: HALUSINASI PENDENGARAN  
DI WILAYAH PERUMAHAN RAWA LUMBU  
RT 07 RW 02 BEKASI TIMUR**

**Disusun oleh:  
EMMIA AGNES JORETTA  
201701054**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN  
STIKes MITRA KELUARGA  
BEKASI  
2020**

## LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS

Saya yang bertanda tangan dibawah ini

Nama : Emmia Agnes Joretta

Nim : 201701054

Institusi : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga Program Studi D3  
Keperawatan

Menyatakan bahwa makalah ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Ny.M dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran di Wilayah Perumahan Rawa Lumbu RT 07 RW 02 Bekasi Timur” yang dilaksanakan pada tanggal 06 Maret 2020 sampai dengan 10 maret 2020 adalah hasil karya sendiri dan semua sumber yang digunakan sudah saya nyatakan dengan benar. Orisanalitas makalah ilmiah tanpa ada unsur *plagiarisme* baik dalam aspek substansi maupun penulisan.

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

Bekasi, 01 Juni 2020



Emmia Agnes Joretta

## LEMBAR PERSETUJUAN

Makalah ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. M Dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran Di Wilayah Perumahan Rawa Lumbu RT 07 RW 02 Bekasi Timur” ini telah disetujui untuk diujikan pada Ujian Sidang diharapkan Tim Penguji.

Bekasi, 01 Juni 2020

Pembimbing Makalah



Ns. Desi Pramujiwati, 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 Ny.M dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran di Wilayah Perumahan Rawa Lumbu RT 07 RW 02 Bekasi Timur” yang disusun oleh Emmia Agnes Joretta (201701054) telah diujikan dan dinyatakan LULUS dalam Ujian Sidang dihadapan Tim Penguji pada tanggal 09 Juni 2020.

Bekasi, 01 Juni 2020

Penguji I



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

Penguji II



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

**Nama Mahasiswa** : Emmia Agnes Joretta  
**NIM** : 201701054  
**Program Studi** : Diploma III Keperawatan  
**Judul karya tulis** : Asuhan Keperawatan pada Ny. M dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran di Wilayah Perumahan Rawa Lumbu RT 07 RW O2 Bekasi timur  
**Halaman** : xiii + 102 halaman + 2 tabel + 4 Diagram+ 1 lampiran  
**Pembimbing** : Desi Pramujwati

#### ABSTRAK

**Latar Belakang:** Menurut data Riskesdas tahun 2018, prevalensi gangguan jiwa berat di Indonesia mencapai 7 % yang berarti terdapat 7 orang yang mengalami gangguan jiwa perseribu penduduk. Prevalensi gangguan jiwa tertinggi terjadi di Bali, yaitu mencapai 11 %, %, sedangkan prevalensi gangguan jiwa di wilayah jawa barat mencapai 5 % dari jumlah penduduk atau sekitar 13 juta orang (Kemenkes, 2018). Menurut Data dari Profil Kesehatan Kota Bekasi tahun 2014, prevalensi skizofrenia dikota Bekasi mencapai 29.053 orang (Dinas Kesehatan Kota Bekasi, 2014). Peran perawat dalam penanganan klien dengan halusinasi yaitu pemberi asuhan, edukator, advokat dan kolaborator.

**Tujuan Umum:** Laporan kasus ini bertujuan untuk memperoleh pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran melalui pendekatan asuhan keperawatan jiwa secara komprehensif.

**Metode Penulisan:** Penulisan karya tulis ilmiah ini menggunakan metode deskriptif yaitu dengan menggambarkan asuhan keperawatan yang telah diberikan oleh penulis pada klien dengan halusinasi dan mengungkapkan fakta sesuai dengan kata-kata yang didapat.

**Hasil:** Hasil pengkajian didapatkan diagnosa gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran dengan data klien mendengar suara, suara yang menghina dirinya, muncul sebanyak 5 kali dalam sehari, muncul selama 20 menit, suara muncul saat sedang diam, dan melamun, klien takut saat suaranya muncul dan upaya yang dilakukan mengucap astagfirullah dan mengajak orang disekitarnya komunikasi. Intervensi keperawatan yang direncanakan Strategi Pelaksanaan 1- 4. SP 1 menghardik, SP 2 5 benar minum obat, SP 3 bercakap-cakap, dan SP 5 melakukan aktivitas. Setelah dilakukan evaluasi didapatkan hasil penurunan tanda gejala dan peningkatan kemampuan klien bertambah.

**Kesimpulan dan Saran:** Asuhan keperawatan pada klien dengan GSP: halusinasi pendengaran dengan intervensi berupa SP cukup efektif dalam kasus ini, sehingga diharapkan dilakukan pembahasan lebih lanjut tentang cara mengontrol halusinasi sesuai dengan kemampuan klien.

**Keyword:** Menghardik, 5 benar minum obat, bercakap-cakap, melakukan aktivitas, gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran.

**Daftar Pustaka:** 40 (2011-2019)

**Student Name** : Emmia Agnes Joretta  
**NIM** : 201701054  
**Study program** : Diploma III in Nursing  
**Title of paper** : Nursing Care for Mrs. M. with Sensory Perception Disorders: Hearing Hallucinations in Rawa Lumbu RT 07 RW O2 East Bekasi  
**Pages** : xiii + 102 pages + 2 tables + 4 pictures + 1 attachments  
**Supervisor** : Desi Pramujiwati

#### ABSTRACT

**Background:** According to the 2018 Riskesdas data, the prevalence of severe mental disorders in Indonesia reached 7 ‰ which means there are 7 people who experience mental disorders one thousand inhabitants. The highest prevalence of mental disorders occurred in Bali, which reached 11 ‰, while the prevalence of mental disorders in the area of West Java reached 5 ‰ of the population or around 13 million people (Ministry of Health, 2018). According to data from the Bekasi City Health Profile in 2014, the prevalence of schizophrenia in the city of Bekasi reached 29,053 people (Bekasi City Health Office, 2014). The role of the nurses in handling patients with hallucinations is care giver, collaborator, advocate, and educator.

**General Objectives:** This case report aims to gain real experience in providing nursing care to clients with Sensory Perception Disorders: Hearing Hallucinations through a comprehensive mental nursing care approach.

**Writing Method:** Method this case study use narative descriptive by describing nursing process that has been given by the authour to patients with hallucinations and disclosing fact in accordance with the data obtained.

**Results:** The result of the study found a diagnosis of perception sensory disorders: auditory hallucinations with patient data hearing voices, instulting sounds, appearing 5 times a day, appearing for 20 minutes, sounds apperaing whil still, and daydreaming, patients are afraid when their voices appear, and efforts are made to say astagfirullah and invite people around her to communicate. Nursing interventions planned 1- 4 implementation strategies. The implementation given SP 1 distraction technique by expelling, SP 2 5 right drug, SP 3 talk, and SP 4 do activities. After the evaluation, the result was a decrease in symptoms and increase in the patients ability to increase

**Conclusions and Recommendations:** Nursing care in patients with sensory perception disorders: auditory hallucinations with interventions in the form of SP it is quite effective in this case, so further discussion is expected on how to control hallucinatory emotions according to the ability of the patient.

**Keyword:** Distraction technique by expelling, 5 right drug, talk, do activities, Sensory Perception Disorders: Hearing Hallucinations

**Bibliography:** 40 (2011-2019)

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas berkat dan karunia-Nya yang telah diberikan kepada penulis selama proses penyusunan tugas akhir ini, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada klien Ny. M dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran di Wilayah Perumahan Rawa Lumbu RT 07 RW 02 Bekasi Timur” dengan tepat waktu.

Selama penyusunan karya tulis ilmiah ini, penulis telah berusaha semaksimal mungkin untuk dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini dengan baik. Selama proses penyusunan karya tulis ilmiah ini, penulis dibantu oleh berbagai pihak sehingga penulisan karya tulis ilmiah ini dapat berjalan dengan lancar. Dalam kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih dengan rasa hormat kepada:

1. Ns. Desi Pramujiwati, M.Kep., Sp.Kep.J, selaku dosen pembimbing sekaligus dosen penguji II yang telah meluangkan waktu untuk membimbing serta memberikan masukan kepada penulis dalam penyusunan karya tulis ilmiah.
2. Ns. Renta Sianturi, M.Kep., Sp.Kep.J, selaku dosen penguji I.
3. Dr. Susi Hartati, SKp., M.Kep., Sp.Kep.An selaku Ketua Sekolah Tinggi Kesehatan Mitra Keluarga.
4. Ns. Devi Susanti, M.Kep., Sp.Kep.MB selaku ketua program studi DIII Keperawatan Sekolah Tinggi Kesehatan Mitra Keluarga.
5. Ns. Aprilia Veranita, M.Kep., selaku dosen pembimbing akademik yang telah memberikan motivasi, semangat, dan dukungan kepada penulis selama proses perkuliahan di SekolahTinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga.
6. Seluruh staff akademik dan non akademik Sekolah Tinggi Kesehatan Mitra Keluarga yang telah menyediakan fasilitas demi kelancaran pembuatan karya tulis ilmiah ini.

7. Seluruh staff akademik dan non akademik Sekolah Tinggi Kesehatan Mitra Keluarga yang telah menyediakan fasilitas demi kelancaran pembuatan karya tulis ilmiah ini.
8. Klien Ny. M yang telah bersedia bekerjasama dan memberikan kesempatan dalam pengambilan kasus.
9. Keluarga Ny.M yang telah memberikan informasi serta meluangkan waktu untuk penulis dalam pengambilan kasus.
10. Bapak tercinta Immanuel Sembiring, Ibunda terkasih Suasti Br. Karo dan Adik Ray Orlando yang selama ini telah memberikan kasih sayang, dukungan, serta doa kepada penulis.
11. Feronika Sitinjak dan Dinda Sekar Arum yang bersedia membantu penulis dalam mencari informasi terkait klien kelolaan dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
12. Sahabat “Friends” yang terdiri dari: Selvi, Kristin, Diana, Feronika, Riska, Tsania yang saling memberikan dukungan dan motivasi dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
13. Sahabat Ka Audy, ka Putri, ka Deby, Ka Bunga Gracia yang telah membantu penulis dan memberikan motivasi penulis dalam menyusun karya tulis ilmiah ini.
14. Teman – teman pengurus permata Ula Kisat: Bang Koko, Bang Kristo, Ka Vivi, Pina, Cirem, Bang Swingly, Yosafat yang telah memberikan dukungan dan motivasi kepada penulis dalam menyusun makalah karya tulis ini.
15. Teman – teman kelompok KTI Keperawatan Jiwa: Sabila, Sepiyani, Rini, Siti Khodijah yang telah mendukung, memberikan motivasi, serta merangkul selama penyusunan makalah karya tulis ilmiah.
16. Teman-teman angkatan VII program studi Diploma III Keperawatan Sekolah Tinggi Kesehatan Mitra Keluarga yang telah berjuang bersama dan saling memotivasi satu sama lain.

Dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini, penulis menyadari sepenuhnya bahwa masih ada kekurangan. Oleh karena itu, penulis sangat mengharapkan saran

maupun kritik yang sifatnya membangun untuk penyempurnaan penulisan karya tulis ilmiah ini.

Bekasi, 01 Juni 2020

Penulis

## DAFTAR ISI

<b>COVER DALAM</b> .....	i
<b>LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS</b> .....	ii
<b>LEMBAR PERSETUJUAN</b> .....	iii
<b>LEMBAR PENGESAHAN</b> .....	iv
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	vii
<b>DAFTAR ISI</b> .....	x
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	xii
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	xiii
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	xiv
<b>BAB I : PENDAHULUAN</b> .....	1
<b>A. Latar Belakang</b> .....	1
<b>B. Tujuan Penulisan</b> .....	5
1. Tujuan Umum .....	5
2. Tujuan khusus .....	6
<b>C. Ruang Lingkup</b> .....	6
<b>D. Metode Penulisan</b> .....	6
<b>E. Sistematika Penulisan</b> .....	7
<b>BAB II : TINJAUAN TEORI</b> .....	8
<b>A. Konsep Skizofrenia</b> .....	8
1. Definisi Skizofrenia .....	8
2. Klasifikasi Skizofrenia .....	9
3. Etiologi Skizofrenia .....	11
4. Proses Terjadinya Skizofrenia .....	18
5. Manifestasi Skizofrenia .....	19
6. Penatalaksanaan Skizofrenia .....	20
<b>B. Konsep Halusinasi</b> .....	23
1. Definisi Halusinasi .....	23
2. Jenis Halusinasi .....	24
3. Etiologi Halusinasi .....	24
4. Rentang Respon Neurobiologis .....	27

5. Manifestasi Halusinasi .....	30
6. Fase Halusinasi.....	32
7. Mekanisme Koping Halusinasi .....	34
8. Penatalaksanaan Halusinasi.....	35
<b>C. Konsep Asuhan Keperawatan Halusinasi.....</b>	<b>36</b>
1. Pengkajian Keperawatan .....	36
2. Diagnosa Keperawatan.....	38
3. Perencanaan Keperawatan.....	38
4. Pelaksanaan Keperawatan .....	43
5. Evaluasi Keperawatan .....	45
<b>BAB III : TINJAUAN KASUS.....</b>	<b>47</b>
A. Pengkajian Keperawatan.....	47
B. Pohon Masalah.....	64
C. Diagnosa Keperawatan.....	64
D. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan .....	69
<b>BAB IV : PEMBAHASAN .....</b>	<b>83</b>
A. Konsep Medik .....	83
B. Konsep Asuhan Keperawatan .....	84
<b>BAB V : PENUTUP .....</b>	<b>95</b>
A. Kesimpulan .....	95
B. Saran.....	96
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>98</b>
<b>LAMPIRAN.....</b>	<b>102</b>

## DAFTAR TABEL

Table 2.2 Fase Halusinasi .....	32
Tabel 3.2 Analisa Data .....	59

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Rentang Respon.....	28
Gambar 2.3 Pohon Masalah .....	37
Gambar 3.1 Genogram Klien.....	51
Gambar 3.3 Pohon Masalah Klien .....	64

## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran I (SP klien 1-4).....	118
--------------------------------	-----

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Kesehatan jiwa adalah suatu kondisi yang memungkinkan perkembangan fisik, intelektual, dan emosional seseorang, dan perkembangan itu selaras dengan perkembangan orang lain. Menurut Undang-Undang No 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa, kesehatan jiwa adalah kondisi dimana seseorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial sehingga individu menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif. Oleh karena itu, seseorang dengan penyakit gangguan kesehatan jiwa / mental tidak boleh di sepelekan atau dikucilkan dilingkungan masyarakat, karena jumlah khususnya untuk saat ini masih mengkhawatirkan, yaitu sudah mencapai 450 juta orang menderita gangguan mental dan perilaku diseluruh dunia (Ayuningtyas, Misnaniarti, & Rahyani, 2018).

Gangguan jiwa adalah kondisi dimana proses fisiologik atau mentalnya kurang berfungsi dengan baik, sehingga terganggunya dalam fungsi sehari-hari. Tanda dan gejala gangguan jiwa, yaitu penurunan dan ketidakmampuan berkomunikasi, gangguan realita, afek tumpul, gangguan kognitif, dan kesulitan melakukan aktivitas sehari-hari. Menurut WHO (2016) terdapat sekitar 35 juta orang terkena depresi, 60 juta orang terkena bipolar, 21 juta orang terkena skizofrenia, dan 47,5 terkena dimensia. Berdasarkan data Riskesdas 2018 prevalensi gangguan jiwa berat di Indonesia tertinggi di Provinsi Bali sebesar 11% dan terendah di Provinsi Kepulauan Riau 3%. Untuk wilayah Jakarta, angka gangguan jiwa sebesar 3 permil dan Provinsi Jawa Barat menjadi provinsi dengan penderita gangguan jiwa tertinggi di Indonesia dari ringan hingga berat, yaitu sebesar 63% (465.975 orang).

Gangguan jiwa terbagi menjadi dua yaitu gangguan jiwa berat dan ringan. Salah satu gangguan jiwa berat yaitu skizofrenia.. Gangguan jiwa ringan adalah depresi

yang tidak terlalu berat dan ditandai dengan gejala murung, tidak bersemangat, dan panik. Gangguan jiwa berat adalah depresi yang ditandai dengan menurunnya kemampuan berpikir kognitif, psikomotorik, dan terlalu cemas akan masa depan. Salah satu contoh gangguan jiwa berat, yaitu skizofrenia (Wanti, Widiyanti, & Fitriya, 2016)

Skizofrenia adalah bentuk gangguan jiwa yang perkembangannya dipengaruhi oleh faktor genetik dan lingkungan, serta ditandai dengan gejala positif dan negatif (Jones, 2011). Skizofrenia membawa dampak bagi individu, seperti dapat menghambat pelaksanaan pekerjaan dalam keluarga, mengganggu masyarakat, dan menjadikan klien tidak produktif. Menurut WHO (2018), terdapat lebih dari 21 juta orang di seluruh dunia mengalami skizofrenia, prevalensi lebih tinggi pada laki-laki yaitu sebesar 12 juta orang dan perempuan sebesar 9 juta orang. Menurut data Riskesdas tahun 2018, prevalensi gangguan jiwa berat di Indonesia mencapai 7 ‰ yang berarti terdapat 7 orang yang mengalami gangguan jiwa perseribu penduduk. Prevalensi gangguan jiwa tertinggi terjadi di Bali, yaitu mencapai 11 ‰, diikuti dengan Daerah Istimewa Yogyakarta sebesar 10 ‰, dan prevalensi terendah di Kepulauan Riau yaitu 3 ‰, sedangkan prevalensi gangguan jiwa di wilayah Jawa Barat mencapai 5 ‰ dari jumlah penduduk atau sekitar 13 juta orang (Kemenkes, 2018). Menurut Data dari Profil Kesehatan Kota Bekasi tahun 2014, prevalensi skizofrenia di Kota Bekasi mencapai 29.053 orang (Dinas Kesehatan Kota Bekasi, 2014).

Skizofrenia mempunyai dua gejala, yaitu gejala positif dan gejala negatif. Gejala positif terdiri dari waham, halusinasi, gaduh gelisah, perilaku aneh, sikap bermusuhan. Sedangkan gejala negatif terdiri dari, sulit memulai pembicaraan, afek tumpul atau datar, kurangnya motivasi, apatis, dan menarik diri dari lingkungan sosial (Rinawati & Alimansur, 2016).

Salah satu gejala positif skizofrenia yaitu halusinasi. Halusinasi adalah salah satu gejala gangguan sensori persepsi yang dialami oleh klien gangguan jiwa. Klien merasakan sensasi berupa suara, penglihatan, pengecapan, pengecapan, tanpa

stimulus yang nyata (Keliat, 2011). Klien dengan mengalami halusinasi pendengaran dan penglihatan secara bersamaan, 70% mengalami halusinasi pendengaran, 20% mengalami halusinasi penglihatan. Halusinasi pendengaran merupakan gejala utama skizofrenia. Prevalensi halusinasi pendengaran pada penderita skizofrenia diperkirakan berkisar antara 64,3% sampai 83,4%. Halusinasi pendengaran berdampak pada kehidupan sehari-hari penderitanya. Tipe halusinasi yang paling sering adalah halusinasi pendengaran, penglihatan, penciuman, dan pengecapan. Meskipun bentuk halusinasinya bervariasi tetapi sebagian besar klien gangguan jiwa dirumah mengalami halusinasi pendengaran. Suara dapat berasal dari individu atau dari luar dirinya (Yosep, 2011). Dampak yang dapat ditimbulkan oleh klien yang mengalami halusinasi adalah kehilangan kontrol dirinya, dimana klien akan mengalami panik dan perilakunya dikendalikan oleh halusinasinya (Twistiandayani & Widati, 2013)

Ketidakmampuan seseorang dalam mengatasi stress yang dihadapi, dapat mengakibatkan terjadinya gangguan mental emosional yang berujung menjadi gangguan jiwa. Pada klien dengan skizofrenia positif dapat menimbulkan halusinasi, perlu mendapatkan pengobatan dan perawatan dalam menangani klien dengan halusinasi di lingkungan keluarga. Pengobatan dan perawatan klien dengan halusinasi dibutuhkan kepatuhan dalam minum obat. Kepatuhan adalah tingkat perilaku klien terhadap pengobatan terkait dengan saran dokter dan petugas kesehatan lainnya (Wardani, Wiarsih, & Susanti, 2012). Kepatuhan pada klien dengan skizofrenia terdiri dari, kepatuhan terhadap terapi setelah pengobatan (kontrol), penggunaan obat secara tepat, mengikuti anjuran perubahan perilaku. Menurut Niven (2002) dalam widodo (2013) menyatakan faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan klien yaitu, pendidikan, akomodasi, modifikasi faktor lingkungan dan sosial, perubahan model dan terapi. Namun pada klien dengan skizofrenia yang mengalami berbagai macam stressor, klien akan lebih memilih untuk putus minum obat dan mengalami kekambuhan. Kekambuhan dapat disebabkan dari beberapa faktor yaitu, ketidakpatuhan minum obat dan tidak kontrol ke dokter secara teratur, menghentikan obat tanpa persetujuan dari dokter, kurangnya dukungan dari keluarga dan masyarakat, serta adanya masalah yang

dapat menimbulkan stress, sehingga klien memutuskan untuk berhenti minum obat dan kembali dirawat di Rumah Sakit (Ahmadi & Widodo, 2013). Penyebab klien tidak patuh minum obat adalah adanya efek samping yang dirasakan klien yaitu badan menjadi kaku, *akatisia*, peningkatan berat badan, dan gangguan fungsi seksual (Yemima & Umar, 2017).

Menurut Wahyuningsih (2014), menyatakan bahwa terapi medikasi pada klien dengan gangguan jiwa yang tidak teratur, dapat menyebabkan relaps pada klien. Relaps adalah suatu keadaan dimana seorang klien skizofrenia yang telah menjalani rawat inap di rumah sakit jiwa dan diperbolehkan pulang, kemudian kembali menunjukkan gejala-gejala sebelum di rawat inap (Amelia & Anwar, 2013). Setiap relaps yang terjadi, berpotensi membahayakan bagi klien dan keluarganya. Apabila relaps terjadi maka klien harus kembali melakukan rawat inap di rumah sakit jiwa (*rehospitalisasi*) untuk ditangani oleh pihak yang berwenang. Relaps terjadi satu tahun pertama sekitar 60%-70% dan dengan kombinasi antipsikotik dan dukungan kelompok edukasi dapat menurunkan relaps sampai 15,7%. Penyebab relaps pada klien skizofrenia adalah faktor ekonomi, yaitu tidak adanya biaya untuk menebus obat setelah keluar dari rumah sakit jiwa. Ketidapatuhan klien pada pengobatan seperti klien tidak minum obat karena efek samping dari obat itu mengganggu aktivitas klien, dan faktor sosial yaitu dari keluarga klien berupa perlakuan kasar dan pertengkaran yang terus menerus dengan saudara kandung, konflik yang berkepanjangan dengan istri, dan emosi (marah) yang diekspresikan secara berlebihan oleh ayah kandung klien (Wahyuningsih, 2014).

Untuk mencegah kondisi relaps tersebut, peran dan dukungan keluarga sangat dibutuhkan. Fungsi dan peran keluarga adalah sebagai sistem pendukung dalam memberikan bantuan, dan pertolongan bagi anggota keluarganya dalam perilaku minum obat, dan anggota keluarga akan siap memberikan pertolongan dan bantuan ketika dibutuhkan (Friedman, 2010). Salah satu fungsi dan peran keluarga adalah memberikan fungsi afektif dalam pemenuhan kasih sayang. Salah satu dari wujud dari fungsi tersebut adalah memberikan dukungan pada anggota keluarga

yang mengalami skizofrenia (Ahmadi & Widodo, 2013). Untuk itu salah satu peran keluarga dalam mengatasi relaps yang terjadi pada salah satu anggota yang mengalami relaps adalah dengan tugas kesehatan keluarga. Tugas kesehatan keluarga yaitu, 1. Mengenal masalah kesehatan keluarga. Kesehatan merupakan kebutuhan keluarga yang tidak boleh diabaikan, karena tanpa kesehatan, segala sesuatu tidak berarti, 2. Memutuskan tindakan kesehatan yang tepat bagi keluarga, 3. Merawat keluarga yang mengalami kesehatan, 4. Memodifikasi lingkungan keluarga untuk menjamin kesehatan keluarga, 5. Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan disekitarnya bagi keluarga (Friedman, 2010).

Untuk menghindari kejadian relaps, maka pentingnya peran tenaga kesehatan terutama perawat. Peran perawat dalam kesehatan jiwa sangatlah penting dan diperlukan penanganan yang kompherensif, sehingga sangat dibutuhkan peran perawat dalam mengatasi masalah gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran. Peran perawat adalah sebagai *care giver*, dilaksanakan dengan memberi asuhan secara langsung dan holistic kepada klien dengan halusinasi pendengaran melalui strategi pelaksanaan halusinasi pendengaran dan komunikasi terapeutik. Peran sebagai educator yaitu dengan memberikan pengetahuan kepada klien mengenai pentingnya sosialisasi bagi kesehatan mental klien. Selanjutnya peran sebagai advokat yaitu memberikan perlindungan kepada klien dalam bentuk asuhan yang tepat dan sesuai kepada klien dengan memperhatikan kebutuhan klien (Yosep, 2011). Berdasarkan data yang ditemukan dan dampak yang ditimbulkan dari halusinasi, serta pentingnya peran perawat dalam menangani klien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran, maka penulis tertarik mengambil judul dengan judul karya tulis ilmiah “Asuhan Keperawatan pada Ny. M dengan Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi Pendengaran Di Wilayah Perumahan Rawa Lumbu Bekasi Timur”

## **B. Tujuan Penulisan**

### **1. Tujuan Umum**

Memperoleh pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan jiwa

pada klien dengan diagnosa keperawatan gangguan persepsi sensori:  
halusinasi pendengaran.

## 2. Tujuan khusus

- a. Melakukan pengkajian pada klien dengan gangguan persepsi sensori:  
halusinasi pendengaran.
- b. Menentukan masalah keperawatan pada klien dengan gangguan persepsi  
sensori: halusinasi pendengaran.
- c. Merencanakan tindakan keperawatan pada klien dengan gangguan persepsi  
sensori: halusinasi pendengaran.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada klien dengan gangguan persepsi  
sensori: halusinasi pendengaran.
- e. Melakukan evaluasi pada klien dengan gangguan persepsi sensori:  
halusinasi pendengaran.
- f. Mengidentifikasi kesenjangan antara teori yang terdapat antara teori dengan  
praktik.
- g. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan  
persepsi sensori: halusinasi pendengaran.

## 3. Ruang Lingkup

Ruang lingkup karya tulis ilmiah ini yaitu Asuhan Keperawatan pada Ny. M dengan Halusinasi Pendengaran di Perumahan Rawalumbu RT 07 RW 02 Bekasi Timur dari tanggal 6 Maret sampai 10 Maret 2020.

## 4. Metode Penulisan

Dalam penulisan karya tulis ilmiah ini penyusun menggunakan metode penulisan naratif deskriptif. Metode pengumpulan data yang digunakan adalah studi kasus yang dilakukan dengan memberikan asuhan keperawatan jiwa pada klien dengan gangguan sensori persepsi : halusinasi pendengaran mulai dari pengkajian keperawatan, perumusan diagnosa keperawatan, penyusunan rencana tindakan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan, serta

studi kepustakaan yaitu dengan teknik mempelajari buku – buku yang berhubungan dengan kasus, melalui media cetak dan media elektronik.

## **5. Sistematika Penulisan**

Karya tulis ilmiah ini terdiri dari lima bab yang disusun secara sistematis Bab 1 pendahuluan meliputi latar belakang penulisan, tujuan penulisan, ruang lingkup penulisan, metode penulisan, dan sistematika penulisan. Bab II tinjauan teori meliputi konsep skizofrenia, konsep halusinasi, dan konsep asuhan keperawatan halusinasi. Bab III tinjauan kasus adalah penyajian kasus yang meliputi pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Bab IV pembahasan meliputi kesenjangan antara teori dan kasus yang dimulai dari pengkajian keperawatan sampai dengan evaluasi keperawatan. Bab V penutup yang meliputi kesimpulan dan saran. Daftar pustaka mengenai sumber–sumber dalam pengambilan keputusan.

## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORI**

Pada bab ini akan di jelaskan teori konsep skizofrenia yang meliputi definisi skizofrenia, klasifikasi skizofrenia, etiologi skizofrenia, proses terjadinya skizofrenia, manifestasi skizofrenia, penatalaksanaan skizofrenia. Konsep halusinasi meliputi definisi halusinasi, jenis halusinasi, etiologi halusinasi, rentang respon neurobiologis, manifestasi halusinasi, fase halusinasi, mekanisme coping halusinasi, penatalaksanaan halusinasi. Penyusunan asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

#### **A. Konsep Skizofrenia**

Skizofrenia berasal dari Bahasa Yunani, “*schizein*” yang memiliki arti terpisah / batu pecah dan “*phren*” yang berarti jiwa. Secara umum skizofrenia diartikan pecahnya/ketidakterkaitan antara afek, kognitif, dan perilaku.

##### **1. Definisi Skizofrenia**

Skizofrenia adalah suatu psikosis fungsional dengan gangguan utama pada proses pikir, afek, atau emosi. Skizofrenia merupakan bentuk psikosis fungsional paling berat dan menimbulkan disorganisasi personalitas terbesar (Sutejo, 2017). Skizofrenia adalah sekelompok gangguan psikotik dengan distorsi khas proses pikir, kadang-kadang mempunyai perasaan bahwa dirinya sedang dikendalikan oleh kekuatan dari luar dirinya, waham yang kadang – kadang aneh, gangguan persepsi, afek abnormal yang terpadu dengan situasi nyata atau sebenarnya, dan autisme (Elvira & Hadisukanto, 2013).

## 2. Klasifikasi Skizofrenia

Menurut edisi ke 5 *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM V) (2013) mengklasifikasikan skizofrenia sebagai berikut (Sutejo, 2017).

### a. Skizofrenia Paranoid

Merupakan sub tipe yang paling umum dimana waham dan halusinasi auditorik jelas terlihat. Gejala utamanya adalah waham kejar atau waham kebesarannya dimana individu merasa dikejar kejar oleh pihak tertentu yang ingin mencelakainya.

#### 1) Halusinasi dan waham harus menonjol:

- a) Suara – suara halusinasi yang mengancam klien atau memberi perintah, atau halusinasi auditorik tanpa bentuk verbal berupa bunyi peluit, mendengung atau bunyi tawa.
- b) Halusinasi pembauan atau pengecapan rasa, atau bersifat seksual, atau lain – lain perasaan tubuh halusinasi visual mungkin ada tetapi jarang menonjol.
- c) Waham dikendalikan (delusion of control), dipegaruhi (delusion of influence), atau “passivity” (delusion of passivity), dan keyakinan dikejar – kejar yang beraneka ragam.
- d) Waham rujukan (reference) seperti mempercayai bahwa orang lain atau televisi, radio atau koran terutama mengarah kepada klien; bila tidak mencapai intensitas waham, isi pikiran tersebut dikenal sebagai ideas of reference.
- e) Waham merasa dirinya tinggi/istimewa (exalted birth), atau mempunyai misi khusus; misalnya, keyakinan bahwa dirinya dilahirkan sebagai Mesias.
- f) Waham perubahan tubuh
- g) Waham cemburu

2) Gangguan affektif, dorongan kehendak dan pembicaraan serta gejala katatonik ataupun hibrefenik secara relatif tidak menonjol. Pada tipe ini, klien cenderung memiliki sikap respons emosional, tegang, mudah

curiga, berjaga-jaga, berhati-hati, dan terkadang bersikap bermusuhan atau agresif, namun terkadang dapat mengendalikan diri mereka secara adekuat pada situasi sosial. Skizofrenia paranoid merupakan bentuk tersering dan klien mungkin tidak tampak sakit jiwa sampai muncul gejala-gejala paranoid.

a) Skizofrenia Disorganisasi (Heberefrenik)

Tipe skizofrenia disorganisasi ditandai dengan perilaku tidak bertanggung jawab dan tidak dapat diramalkan, kecenderungan untuk selalu menyendiri, serta perilaku menunjukkan hampa tujuan dan hampa perasaan. Klien dengan tipe skizofrenia disorganisasi biasanya terjadi pada usia 15-25 tahun di tandai dengan afek tidak wajar, sering disertai cekikikan dan perasaan puas diri, senyum – senyum sendiri, tertawa – tertawa sendiri dan lain-lain. Pada tahap skizofrenia disorganisasi juga, proses berpikir klien juga mengalami disorganisasi dan pembicaraan inkoheren.

b) Skizofrenia Katatonik

Tipe skizofrenia katatonik ini ditandai gangguan psikomotor terlihat menonjol, sering kali muncul bergantian antara mobilitasi motorik dan aktivitas berlebihan. Klien ditahap ini biasanya akut sering didahului stress emosional. Tipe skizofrenia katatonik ini mencakup satu atau lebih dari perilaku yang mendominasi gambaran klinisnya yaitu: stupor, gaduh gelisah, negativisme, rigiditas, fleksibilitas, berpostur (*posturing*). Klien menunjukkan perubahan yang sangat cepat ataupun tidak bergerak sama sekali. Klien dengan tipe skizofrenia katatonik harus dalam pengawasan yang ketat karena klien dapat melukai dirinya sendiri dan orang lain yang berada disekitarnya.

c) Skizofrenia Tak Terdiferensiasi (Tidak Tergolongkan)

Tipe Skizofrenia Tak Terdiferensiasi ini ditandai klien mempunyai gejala yang tidak khas seperti halusinasi, waham, dan gejala gejala psikosis aktif lainnya yang menonjol (misalnya: kebingungan,

inkoheren) atau memenuhi kriteria skizofrenia tetapi tidak dapat digolongkan ke dalam tipe lainnya.

d) Skizofrenia Residual

Tipe Skizofrenia Residual ini ditandai dengan gejala negatif dari skizofrenia menonjol seperti perlambatan psikomotorik, aktivitas menurun, afek tidak wajar, pembicaraan inkoheren. Selain itu adanya riwayat psikotik yang jelas seperti waham dan halusinasi dimasa lampau yang memenuhi kriteria untuk diagnosis skizofrenia dan tidak terdapat gangguan mental.

Ditinjau dari diagnosa atau jenis skizofrenia, hal ini sesuai dengan penelitian yang di temukan jenis skizofrenia terbanyak terdapat pada skizofrenia paranoid sebanyak 40,8%, kemudian diikuti dengan skizofrenia residual sebanyak 39,4%; skizofrenia hebrefenik sebanyak 12%; skizofrenia katatonik sebanyak 3,5%; skizofrenia tak terinci sebanyak 2,1%; skizofrenia lainnya sebanyak 1,4%; dan yang paling sedikit adalah skizofrenia simpleks sebanyak 0,7% (Zahnia & Sumekar, 2016).

### 3. Etiologi Skizofrenia

Gangguan jiwa skizofrenia tidak dapat terjadi dengan sendirinya. Ada beberapa faktor yang menyebabkan skizofrenia yaitu: faktor predisposisi yang meliputi faktor: genetika, prenatal, perinatal, dan kepribadian. Faktor presipitasi meliputi stress psikososial. Faktor penyebab berjelanjutan meliputi faktor sosial dan keluarga klien. Faktor perantara meliputi faktor-faktor neurotransmitter dan neurodegenerasi, serta psikoneuroimunologis dan psikoneuroendokrinologis.

a. Faktor Predisposisi

1) Faktor Genetik

Faktor genetik dihubungkan dengan anggota keluarga lain yang juga menderita skizofrenia. Faktor genetik skizofrenia adalah sejumlah faktor kausatif terimplikasi, termasuk pengaruh genetik,

ketidakseimbangan neurotransmitter, kerusakan struktural otak yang disebabkan oleh infeksi virus prenatal atau kecelakaan dalam proses persalinan dan stresor psikologis. Penting untuk dipelajari seberapa banyak dan macam stress yang membuat seseorang memiliki faktor predisposisi skizofrenia mengembangkan gangguan stress. Fenomena tersebut menyebabkan terjadinya gradasi tingkat keparahan pada tingkat skizofrenia dan dapat menyebabkan semakin banyaknya jumlah anggota keluarga yang terkena penyakit ini.

Hal ini telah dibuktikan dengan penelitian tentang keluarga-keluarga penderita skizofrenia dan terutama anak-anak kembar monozigot. Angka kesakitan bagi saudara tiri adalah 0,9-1,8%; bagi saudara kandung 7-15%; bagi anak dengan salah satu orang tua yang menderita skizofrenia 7-16%; bila kedua orang tua menderita skizofrenia 40- 68%; bagi heterozigot 2-15%; dan bagi monozigot 61-86%. Diperkirakan bahwa yang diturunkan adalah potensi untuk mendapatkan skizofrenia melalui gen yang resesif. Potensi ini mungkin kuat, mungkin juga lemah, tetapi selanjutnya tergantung pada lingkungan individu itu apakah akan terjadi manifestasi skizofrenia atau tidak (Zahnia & Sumekar, 2016).

## 2) Faktor Biologis

Faktor biologis dapat dilihat dari perubahan pada sistem transmisi sinyal penghantar syaraf (neurotransmitter) dan reseptor di sel-sel saraf otak (neuron) dan interaksi zat neurokimia seperti dopamine dan serotonin yang ternyata mempengaruhi sistem atau fungsi kognitif (alam pikir), afektif (alam perasaan) dan psikomotor (perilaku) dalam bentuk gejala gejala positif maupun negatif skizofrenia. Abnormalitas otak yang terjadi dapat menyebabkan respons neurobiologik yang maladaptif dan baru mulai dipahami, yang mencakup hal hal berikut:

- a) Dalam perkembangan skizofrenia, penelitian pencitraan otak mulai menunjukkan keterlibatan otak yang lebih luas. Fenomena ini

meliputi lesi pada area frontal, temporal dan limbik paling berhubungan dengan perilaku psikotik.

b) Kimia dalam otak yang dikaitkan dengan skizofrenia. Hasil penelitian menunjukkan hal berikut.

- (1) Dopamin neurotransmitter yang berlebihan
- (2) Ketidakseimbangan antara dopamin dan neurotransmitter lain
- (3) Masalah pada sistem reseptor dopamine

### 3) Faktor Psikososial

Faktor Psikososial disebabkan oleh perubahan dalam kehidupan seseorang (anak remaja hingga dewasa) sehingga setiap individu dipaksa harus beradaptasi dan mampu menanggulangnya, sehingga timbulah keluhan – keluhan dibidang kejiwaan berupa gangguan jiwa dari yang ringan hingga berat. Pada sebagian orang, perubahan sosial yang serba cepat dapat menjadi stressor psikologis, antara lain: pola kehidupan masyarakat, struktur keluarga, hubungan kekeluargaan (silaturahmi) yang semula erat dan kuat cenderung menjadi longgar dan rapuh, nilai moral etika agama, lembaga perkawinan yang mulai diragukan, ambisi karier dan materi yang tak terkendali (Sutejo, 2017).

### 4) Faktor sosio budaya (sosiogenik) atau sosiokultural

- a) Kestabilan keluarga
- b) Pola mengasuh anak
- c) Tingkat ekonomi
- d) Perumahan: perkotaan lawan pedesaan
- e) Masalah kelompok minoritas yang meliputi prasangka dan fasilitas kesehatan, pendidikan, dan kesejahteraan yang tidak memadai
- f) Pengaruh rasial dan keagamaan

### 5) Faktor prenatal

Skizofrenia lebih sering terjadi pada mereka yang lahir di akhir musim dingin dan awal musim semi. Skizofrenia terutama sering dialami

mereka yang saat prenatal terpajan dengan epidemi influenza antara bulan ketiga dan ketujuh kehamilan. Diperkirakan penyebabnya mungkin adalah *infeksi firus maternal*.

6) Faktor perinatal

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa skizofrenia lebih sering dialami mereka yang menderita *komplikasi obstetric* selama kelahiran. Hal ini mungkin disebabkan trauma pada otak misalnya persalinan dengan forseps dan hipoksia.

7) Kepribadian

Klien yang mengalami *gangguan kepribadian skizotipal* mempunyai keanehan dan anomali pada ide, penampilan, bicara, dan perilaku, serta defisit pada hubungan antarpersonal. Keadaan tersebut lebih sering terjadi pada keluarga tingkat pertama klien dan dianggap sebagai bagian dari *spectrum genetic skizofrenia*.

b. Faktor Presipitasi

Stresor Psikososial

Perhatian terhadap adanya suatu efek memicu menimbulkan anggapan bahwa peristiwa hidup dapat bertindak sebagai faktor presipitasi pada orang yang beresiko mengalami skizofrenia. Namun, secara keseluruhan bukti terbaru tidak konsisten dan tidak memberi dukungan kuat untuk hipotesis ini.

c. Faktor Penyebab Berkelanjutan

1) Faktor sosial

Penelitian telah memperlihatkan bahwa kurangnya stimulasi dalam lingkungan sosial klien dengan skizofrenia kronik, telah mengakibatkan peningkatan gejala – gejala “negative” terutama penarikan diri secara sosial, yang mempengaruhi pengumpulan dan kemiskinan ide. Keadaan

itu disebut *kemiskinan pergaulan sosial* sebaliknya, stimulasi sosial yang berlebihan dapat berperan sebagai suatu stresor psikososial.

#### Keluarga Klien

Terdapat peningkatan angka rekurensi skizofrenia pada mereka yang hidup dengan keluarga yang *ekspresi emosinya tinggi*. Keluarga suka membuat komentar kritis mengenai klien dan cenderung terlibat berlebihan secara emosional. Perubahan pada bangkitan fisiologis mungkin menyebabkan efek ini.

#### d. Faktor Perantara

##### 1) Neurotransmitter

Sistem mesolimbik-mesokortikal adalah suatu sistem dopaminergik yang berasal dari area tegmentum bagian ventral otak yang dapat dianggap tersusun atas dua sistem. Sistem mesolimbik berproyeksi pada sistem limbik, sementara sistem mesokorteks mempersarafi korteks prefrontalis media, enthorinal dan cingulatum. Berdasarkan *hipotesis dopamin skizofrenia*, gambaran klinis gangguan ini disebabkan oleh hiperaktivitas dopaminergik sentral dalam sistem mesolimbik-mesokorteks.

Sistemnya dimulai dari transduksi impuls atau neurotransmisi. Impuls dari perifer akan dibawa oleh saraf menuju otak, terutama ke pusat persepsi yang berada pada girus post-sentralis yang di sebut sensori spesifik. Penyampaian informasi yang dilakukan dari neuron satu ke lainnya dikemas dalam bentuk pesan neurokimia yang diperankan khusus oleh neurotransmitter dengan melibatkan dendrit dan akson. Sedangkan akson menerima pesan neurokimia untuk disampaikan ke dendrit hingga pesan itu sampai pada pusat persepsi melalui media spinalis. Neurotransmitter sendiri merupakan zat kimia yang disintesis dalam neuron yang membantu transmisi informasi ke seluruh tubuh. Terjadinya gangguan disebabkan oleh abnormalitas dari penyampaian pesan karena: kurangnya jumlah neurotransmitter, berlebihnya transmitter, kurangnya jumlah

reseptor, dan berlebihnya jumlah reseptor. Perhatian khusus telah difokuskan pada hal-hal berikut:

- a) Korteks frontal, terlibat dalam gejala negatif skizofrenia
- b) Sistem limbik (dalam lobus temporal), terlibat dalam gejala positif skizofrenia
- c) Sistem neurotransmitter

Studi neurotransmitter menyatakan bahwa area mesolimbik memiliki jalur dopamin yang terlalu aktif, sedangkan jalur dopamin pada prefrontal mesokortikal yang hipoaktif, dan ketidakseimbangan yang terjadi diantara sistem neurotransmitter dopamin dan serotonin.

#### (1) Dopamin

Suatu neurotransmitter yang terutama terdapat di batang otak, berfungsi sebagai pengontrolan gerakan yang kompleks, motif, kognitif, serta pengaturan reseptor emosional. Bersifat eksitasi dan disintesis dari tirosin, suatu asam amino dalam makanan. Dopamine terlibat dalam menimbulkan skizofrenia dan psikomotor lainnya, gangguan gerakan seperti Parkinson. Antipsikosis bekerja dengan menyekat reseptor dopamine dan menurunkan aktivitasnya.

#### (2) Serotonin

Suatu neurotransmitter yang hanya ditemukan di otak. Sebagian besar berfungsi sebagai inhibisi dan berperan penting dalam menimbulkan gangguan ansietas dan mood, serta skizofrenia. Serotonin berperan dalam perilaku waham, halusinasi, dan menarik diri pada penderita skizofrenia. Berasal dari triptopan, yang merupakan suatu asam amino dalam makanan. Selain itu serotonin terlibat dalam pengontrolan asupan makanan, tidur, dan terjaga pengaturan suhu tubuh, pengontrolan nyeri, perilaku seksual, serta pengaturan emosi. Beberapa antidepresan menyekat re-uptake serotonin sehingga serotonin tersedia di sinaps lebih lama, yang menyebabkan mood pada klien membaik.

### (3) Norepinefrin

Merupakan neurotransmitter yang dominan pada sistem saraf, terutama terdapat di batang otak dan berperan dalam perubahan perhatian, belajar, memori tidur dan terjaga, serta pengaturan mood. Norepinefrin yang berlebihan menyebabkan berbagai gangguan ansietas, sedangkan kekurangan norepinefrin dapat menyebabkan kehilangan memori, menarik diri dari masyarakat, dan depresi. Beberapa antidepresan menyekat re-uptake norepinefrin dan antidepresan yang lain menghambat *mono amin oksidase* (MAO) memetabolisme norepinefrin. Distribusi norepinefrin dalam otak terbatas, tetapi norepinefrin mengontrol respons *fight or flight* pada sistem saraf perifer.

### (4) Asetikolin

Merupakan neurotransmitter yang ditemukan di otak, medulla spinalis, dan sistem saraf perifer, khususnya di neuromuskular otot skelet. Bisa bersifat eksitasi maupun inhibisi. Disintesis oleh kolin yang ditemukan dalam makanan seperti daging merah dan sayuran, juga terbukti mempengaruhi siklus tidur, serta memberi tanda aktifnya otot (Stuart, 2016).

## 2) Faktor – faktor psikoimunologis

Perubahan imunologis yang ditemukan pada skizofrenia meliputi perubahan sel darah putih dan immunoglobulin serta adanya kemungkinan disebabkan infeksi oleh virus.

## 3) Faktor – faktor psikoneuroendokrinologis

Hormon yang telah dilaporkan tampak berubah pada skizofrenia meliputi gonadotropin, somatotropin, somatostatin, substansi P dan hormon pelepas tirotropin (TRH). Beberapa zat hormonal, seperti fragmen yang menyerupai kolesistokinin (CCK), CCK-8, bermanfaat dalam pengobatan skizofrenia.

#### 4) Proses Terjadinya Skizofrenia

Di dalam otak terdapat milyaran sambungan sel. Setiap sambungan sel menjadi tempat untuk meneruskan maupun menerima pesan dari sambungan sel yang lain. Sambungan sel tersebut melepaskan zat kimia yang disebut *neurotransmitters* yang membawa pesan dari ujung sambungan sel yang lain. Di dalam otak yang terserang skizofrenia, terdapat kesalahan atau kerusakan pada sistem komunikasi tersebut.

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

Skizofrenia terbentuk secara bertahap dimana keluarga maupun klien tidak menyadari ada sesuatu yang tidak beres dalam otaknya dalam kurun waktu yang lama. Kerusakan yang perlahan-lahan ini yang akhirnya menjadi skizofrenia yang tersembunyi dan berbahaya. Gejala yang timbul secara perlahan-lahan ini bisa saja menjadi *schizophrenia acute*. Periode skizofrenia akut adalah gangguan yang singkat dan kuat, yang meliputi halusinasi, penyesatan pikiran (delusi), dan kegagalan berpikir kadang kala skizofrenia menyerang secara tiba-tiba. Perubahan perilaku yang sangat dramatis terjadi dalam beberapa hari atau minggu. Serangan yang mendadak selalu memicu terjadinya periode akut secara cepat. Beberapa penderita mengalami gangguan seumur hidup, tapi banyak juga yang bisa kembali hidup secara normal dalam periode akut tersebut.

Kebanyakan didapati bahwa mereka dikucilkan, menderita depresi yang hebat, dan tidak dapat berfungsi sebagaimana layaknya orang normal dalam lingkungannya.

Dalam beberapa kasus, serangan dapat meningkat menjadi apa yang disebut skizofrenia kronis. Klien menjadi buas, kehilangan karakter sebagai manusia dalam kehidupan sosial, tidak memiliki motivasi sama sekali, depresi, dan tidak memiliki kepekaan tentang perasaannya sendiri (Yosep & Sutini, 2014).

#### 4. Manifestasi Skizofrenia

Berdasarkan kriteria *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Health IV* (DSM –IV), ciri terpenting dari skizofrenia adalah adanya campuran dari dua karakteristik baik gejala positif maupun gejala negatif. Secara umum, karakteristik gejala skizofrenia dapat digolongkan menjadi tiga gejala yaitu gejala positif, gejala negatif, dan gejala lainnya.

- a. Gejala positif, yaitu tanda yang biasanya pada orang kebanyakan tidak ada namun pada klien skizofrenia itu muncul. Seperti meyakini hal – hal yang menurut kebanyakan orang tidak nyata atau tidak benar (waham atau delusi), melihat atau mendengar hal- hal yang tidak dilihat atau didengar orang lain (halusinasi), merasa cemas atau takut berlebihan, dan sulit untuk berkonsentrasi.
- b. Gejala negatif, yaitu menurunnya atau tidak adanya perilaku tertentu, seperti perasaan yang datar, tidak adanya perasaan yang bahagia dan gembira, menarik diri, obrolan pembicaraan yang tidak berisi, mengalami gangguan sosial, serta kurangnya motivasi klien untuk beraktivitas sehari-hari, seperti: kehilangan minat atau mood untuk melakukan aktivitas atau kegiatan sehari – hari, memiliki emosi yang datar atau reaksi perasaan yang tidak sesuai untuk situasi tertentu, merasa terasingkan oleh orang lain disekitarnya, dan klien juga mengalami kesulitan berkomunikasi dengan orang lain yang ada disekitarnya.

- c. Gejala lainnya (disorganisasi) ini ditandai dengan perilaku yang aneh dan disorganisasi pembicaraan. Perilaku yang aneh ini, misalnya katatonia, dimana klien menampilkan perilaku tertentu berulang – ulang menampilkan pose tubuh yang aneh atau *waxy flexibility*, yaitu klien melihat orang lain dapat memutar atau membentuk posisi tertentu dari anggota badan klien, yang akan dipertahankan dalam waktu yang lama. Sedangkan disorganisasi pembicaraan adalah masalah dalam mengorganisasikan ide dan pembicaraan, sehingga orang lain mengerti, dikenal dengan gangguan berpikir formal, seperti: keterbatasan fungsi dalam bekerja atau sekolah, keterbatasan fungsi dalam hubungan interpersonal atau sosialisasi, dan keterbatasan dalam kemampuan mengurus diri (Yusuf, 2015).

## 5. Penatalaksanaan Skizofrenia

Terapi pada klien skizofrenia diberikan secara komprehensif sesuai tanda gejala dan penyebab terjadinya penyakit. Pengalaman terapis akan menentukan pilihan alternatif terapi yang tepat, dan merupakan kombinasi antara satu terapi dengan lainnya. Beberapa alternatif terapi yang dapat diberikan antara lain dengan pendekatan farmakologi, psikososial, rehabilitasi, dan program intervensi keluarga.

### a. Terapi farmakologi

Pada pendekatan farmakologis, penderita skizofrenia biasanya diberikan obat antipsikotik atau yang dikenal neuroleptik. Gejala-gejala positif umumnya memberikan respon lebih baik daripada gejala-gejala negatif kronik. Salah satu neuroleptik yang paling luas digunakan adalah *chlorpromazine*. Bila efek hipotensi *chlorpromazine* harus dihindari, misalnya pada lansia, neuroleptik alternatif yang kemungkinan kecil menyebabkan hipotensi sebaiknya digunakan, seperti haloperidol dan trifluoperazine. Namun, pada penggunaan dua zat tadi, efek samping ekstrapiramidal lebih mungkin terjadi. Sulpirid, berbeda secara struktural dengan neuroleptik lain dan tidak terlalu sedatif dibandingkan *chlorpromazine*.

Antipsikotik atipikal clozapine dapat digunakan pada klien yang tidak memberikan respons terhadap atau tidak menoleransi neuroleptik lain karena clozapine dapat menyebabkan agranulositosis, jumlah sel darah putih, neutrofil serta kadar trombosit klien-klien ini perlu diperiksa secara teratur. Jenis obat antipsikotik atipikal lainnya adalah Amisulpiride, Olanzapine, Quetipine, Risperidone. Antipsikotik tipikal biasanya digunakan untuk gejala positif, contoh obatnya adalah Flupentixol, Decanoate, Fluphenazine, Haloperidol, Pipotiazin, dan Zuclopenthixol.

Ini dibuktikan dengan penelitian Jenis antipsikotik yang digunakan pada penderita skizofrenia yang paling banyak digunakan pada terapi tunggal adalah risperidon sebanyak 21,1%. Risperidone merupakan derivat dari benzisoksazol yang diindikasikan untuk terapi skizofrenia baik untuk gejala negatif maupun positif. Efek samping ekstrapiramidal umumnya lebih ringan dibandingkan dengan antipsikosis tipikal. Pada terapi kombinasi yang paling banyak digunakan adalah haloperidol dan klorpromazin sebanyak 23,2%. Haloperidol merupakan golongan potensi rendah untuk mengatasi penderita dengan gejala dominan gaduh, gelisah, hiperaktif, dan sulit tidur. Haloperidol berguna untuk menenangkan keadaan mania klien psikosis. Reaksi ekstrapiramidal timbul pada 80% klien yang diobati haloperidol. Klorpromazin merupakan golongan potensi tinggi untuk mengatasi sindrom psikosis dengan gejala dominan apatis, hipoaktif, waham, dan halusinasi. Klorpromazin menimbulkan efek sedasi yang disertai acuh tak acuh terhadap rangsang dari lingkungan (Zahnia & Sumekar, 2016).

Menurut MIMS (2015), obat-obatan antipsikotik memiliki fungsi yang berbeda-beda. Berikut adalah daftar obat yang biasa digunakan untuk klien dengan skizofrenia.

Chlorpromazine, masuk ke dalam jenis obat antipsikotik tipikal. Dosis yang digunakan biasanya 10-25 mg tiap 4-6 jam untuk dewasa. Indikasi pemakaian obat untuk penderita skizofrenia dan kondisi yang berhubungan

dengan psikosis, transkuilisasi, dan kontrol darurat untuk gangguan perilaku, terapi tambahan untuk gangguan perilaku karena retardasi mental. Kontraindikasi obat ini adalah penekanan sumsum tulang, gangguan hati dan ginjal berat, sindrom Fleye, koma karena barbiturat atau alkohol, dan anak kurang dari 6 tahun. Efek samping obat ini adalah ikterus, hipotensi postural, pernapasan sesak, distonia akut, dan gangguan penglihatan.

1) Risperidone, masuk ke dalam jenis obat antipsikotik atipikal. Dosis yang digunakan biasanya 0,5 mg dan bisa ditingkatkan menjadi 1-2 mg/hari. Indikasi pemakaian obat ini untuk penderita skizofrenia akut, kronik, dan kondisi psikosis lain serta meringankan gejala afektif yang berhubungan dengan skizofrenia. Kontraindikasi obat ini adalah klien demensia dengan riwayat serangan serebrovaskular atau serangan iskemik sepiintas, defisiensi Lapp laktase atau malabsorpsi glukosa-galaktosa, dan laktasi. Obat ini dikonsumsi apabila sudah makan. Efek samping obat ini adalah hiperglikemia, agitasi, gangguan kecemasan, sakit kepala, dan gelisah.

2) Trihexipenidyl, masuk ke dalam jenis obat antiparkinson. Dosis yang biasa diberikan sekitar 1-3 mg/hari. Indikasi obat ini adalah penderita parkinson, gangguan ekstrapiramidal yang disebabkan obat SSP. Efek samping obat ini adalah mulut kering, penglihatan kabur, pusing, cemas, konstipasi, retensi urin, takikardi, dilatasi pupil, dan sakit kepala.

a. Terapi Psikososial

Salah satu dampak yang terjadi pada penderita skizofrenia adalah menjalin hubungan sosial yang sulit. Hal ini dikarenakan skizofrenia merusak fungsi sosial penderitanya. Untuk mengatasi hal tersebut, penderita diberikan terapi psikososial yang bertujuan agar dapat kembali beradaptasi dengan lingkungan sosialnya, mampu merawat diri sendiri, dan tidak bergantung pada orang lain.

b. Rehabilitasi

Program rehabilitasi biasanya diberikan dibagian lain rumah sakit jiwa yang dikhususkan untuk rehabilitasi. Terdapat banyak kegiatan, diantaranya terapi okupasional yang meliputi kegiatan membuat kerajinan tangan, melukis, menyanyi, dan lain-lain. Pada umumnya program rehabilitasi ini berlangsung 3-6 bulan.

c. Program Intervensi Keluarga

Intervensi keluarga memiliki banyak variasi, namun pada umumnya intervensi yang dilakukan difokuskan pada aspek praktis dari kehidupan sehari – hari, mendidik anggota keluarga tentang skizofrenia, mengajarkan bagaimana cara berhubungan dengan cara yang tidak terlalu frontal terhadap anggota keluarga yang menderita skizofrenia, meningkatkan komunikasi dalam keluarga, dan memacu pemecahan masalah, dan keterampilan coping yang baik.

## **B. Konsep Halusinasi**

### 1. Definisi Halusinasi

Halusinasi adalah gangguan persepsi sensori dari suatu objek tanpa adanya rangsangan dari luar, gangguan persepsi sensori ini meliputi seluruh pancaindra. Halusinasi merupakan salah satu gejala gangguan jiwa yang klien bisa mengalami perubahan sensori persepsi, serta merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecap, perabaan, atau penciuman yang sebenarnya stimulus itu tidak ada (Fitryasari, 2015). Halusinasi adalah gerakan penyerapan (persepsi) panca indra tanpa ada rangsangan dari luar yang meliputi semua sistem panca indra pada saat kesadaran individu penuh (Yusuf, 2015).

Kesimpulan dari beberapa definisi halusinasi diatas yaitu gangguan pikiran atau perasaan tanpa adanya rangsangan dari luar yang dapat berhubungan salah satu panca indera, tetapi orang lain tidak merasakan hanya klien yang merasa gejala tersebut.

## 2. Jenis Halusinasi

Menurut AH.Yusuf, Rizki, Nihayati, & Dian (2019) menyatakan bahwa halusinasi terdiri dari dua jenis yaitu halusinasi non patologis dan halusinasi patologis.

### a. Halusinasi Non Patologis

Menurut NAMI (*National Alliance for Mentally III*) menyatakan bahwa halusinasi dapat terjadi pada seseorang yang bukan penderita gangguan jiwa. Pada umumnya terjadi pada klien yang mengalami stress yang berlebihan atau kelelahan bisa juga karena pengaruh obat-obatan (halusinasiogenik). Halusinasi ini antara lain:

- 1) Halusinasi hipnagonik yaitu persepsi sensori yang palsu yang terjadi sesaat sebelum tertidur
- 2) Halusinasi hipnopomik adalah persepsi sensori yang palsu yang terjadi pada saat seseorang terbangun dari tidur.

### b. Halusinasi Patologis

Halusinasi itu sendiri terdiri dari lima macam, yaitu:

- 1) Halusinasi pendengaran (*auditory*): klien mendengar suara dan bunyi tidak berhubungan dengan stimulasi nyata dan orang lain tidak bisa mendengarnya.
- 2) Halusinasi penglihatan: klien melihat gambar yang jelas atau samar tanpa stimulus yang nyata dan orang lain tidak bisa melihat.
- 3) Halusinasi penciuman: klien mencium bau yang muncul dari sumber tertentu tanpa stimulus yang nyata dan orang lain tidak bisa mencium.
- 4) Halusinasi pengecapan: klien merasa makan sesuatu yang tidak nyata. Biasanya klien merasakan makanan yang tidak enak.
- 5) Halusinasi perabaan: klien merasakan sesuatu pada kulit tanpa stimulus yang nyata.

## 3. Etiologi Halusinasi

Penyebab dari timbulnya halusinasi meliputi dua faktor: yaitu faktor predisposisi dan faktor presipitasi (Yosep I. , 2010).

a. Faktor predisposisi

Faktor predisposisi terdiri dari faktor perkembangan, faktor sosiokultural, faktor faktor biokimia, faktor psikologis, faktor genetik, dan pola asuh.

1) Faktor perkembangan

Di faktor perkembangan ini terjadi karena, tugas perkembangan klien yang terganggu misalnya rendahnya kontrol dan kehangatan keluarga menyebabkan klien tidak mampu mandiri sejak kecil, mudah frustrasi, hilang percaya diri, dan lebih rentan terhadap stress.

2) Faktor sosiokultural

Di faktor sosiokultural ini terjadi karena seseorang yang merasa tidak diterima lingkungannya sejak bayi (*unwanted child*) akan merasa disingkirkan, merasa kesepian, dan tidak percaya pada lingkungan yang ada di sekitarnya.

3) Faktor Biokimia

Di faktor biokimia ini terjadi karena adanya stress yang berlebihan yang dialami seseorang maka didalam tubuh akan dihasilkan suatu zat yang dapat bersifat halusinogenik neurokimia seperti Buffofenon dan dimetytranferase (DMP). Hal Ini terjadi akibat stress yang berkepanjangan dan dapat menyebabkan teraktivasinya neurotransmitter otak, misalnya terjadi ketidakseimbangan acetylcholine dan dopamin.

4) Faktor Psikologis

Di faktor psikologis ini terjadi karena tipe kepribadian seseorang yang lemah dan tidak bertanggung jawab terhadap dirinya sendiri sehingga seseorang lebih mudah terjerumus pada penyalahgunaan zat adiktif. Hal ini berpengaruh pada ketidakmampuan seseorang dalam mengambil keputusan yang tepat demi masa depannya. Di faktor ini, klien lebih baik memilih kesenangan sesaat dan lari dari alam nyata atau dunia nyata menuju dunia khayalan.

#### 5) Faktor Genetik dan Pola Asuh

Dalam faktor ini, penelitian menunjukkan bahwa anak sehat yang diasuh oleh orangtua yang sedang mengalami skizofrenia cenderung akan mengalami skizofrenia juga. Hasil studi menunjukkan bahwa faktor keluarga menunjukkan hubungan yang sangat berpengaruh pada penyakit skizofrenia.

#### b. Faktor Presipitasi

##### 1) Perilaku

Di dalam faktor presipitasi, ada faktor perilaku. Dalam faktor ini, respons klien terhadap halusinasi dapat berupa curiga, ketakutan, perasaan tidak aman, gelisah, tampak bingung, tampak perilaku yang sering melukai diri sendiri, kurang mendapat perhatian dari lingkungan sekitar, klien juga tidak mampu mengambil keputusan yang tepat dan tidak bisa membedakan keadaan nyata dan keadaan tidak nyata. Menurut Rawlins & Heacock (1993) mengatakan bahwa, mencoba memecahkan masalah halusinasi berlandaskan hakikat keberadaan individu sebagai makhluk bio-psiko-sosio-spiritual, sehingga halusinasi dapat dilihat dari lima dimensi yaitu:

##### a) Dimensi Fisik

Halusinasi dapat meliputi kelima indera, dan halusinasi yang paling sering ditemukan adalah halusinasi pendengaran. Halusinasi dapat ditimbulkan dari beberapa kondisi seperti kelelahan yang luar biasa.

##### b) Dimensi Emosional

Dimensi emosional dapat terjadi karena ada perasaan cemas yang berlebihan yang tidak dapat diatasi merupakan penyebab halusinasi itu terjadi. Isi halusinasi tersebut adalah diawali dengan perintah memaksa dan menakutkan lalu halusinasi tersebut tidak dapat dikontrol dan menentang. Sehingga klien dapat berbuat sesuatu terhadap kekuatan dari suara halusinasi tersebut.

c) Dimensi Intelektual

Dimensi intelektual dapat terjadi karena penurunan fungsi ego klien. Awalnya halusinasi merupakan usaha ego sendiri melawan impuls yang menekan lalu dapat menimbulkan kewaspadaan dengan mengontrol perilaku dan mengambil seluruh perhatian klien.

d) Dimensi Sosial

Klien mengalami gangguan interaksi sosial dalam fase awal dan *comforting*, klien menganggap bahwa hidup bersosialisasi di alam nyata sangat membahayakan. Dalam dimensi ini klien asyik dengan halusinasinya, seolah olah ia merupakan tempat untuk memenuhi kebutuhan akan interaksi sosial, kontrol diri dan harga diri yang tidak didapatkan dalam dunia nyata. Isi halusinasi dijadikan sistem kontrol oleh individu tersebut, sehingga jika perintah halusinasi berupa ancaman, dirinya akan cenderung untuk suara halusinasi yang berupa ancaman itu. Oleh karena itu, aspek penting dalam melaksanakan intervensi keperawatan klien dengan mengupayakan suatu proses interaksi yang menimbulkan pengalaman interpersonal yang memuaskan, serta mengusahakan klien tidak menyendiri sehingga klien selalu berinteraksi dengan lingkungannya dan halusinasi tidak berlangsung.

e) Dimensi Spiritual

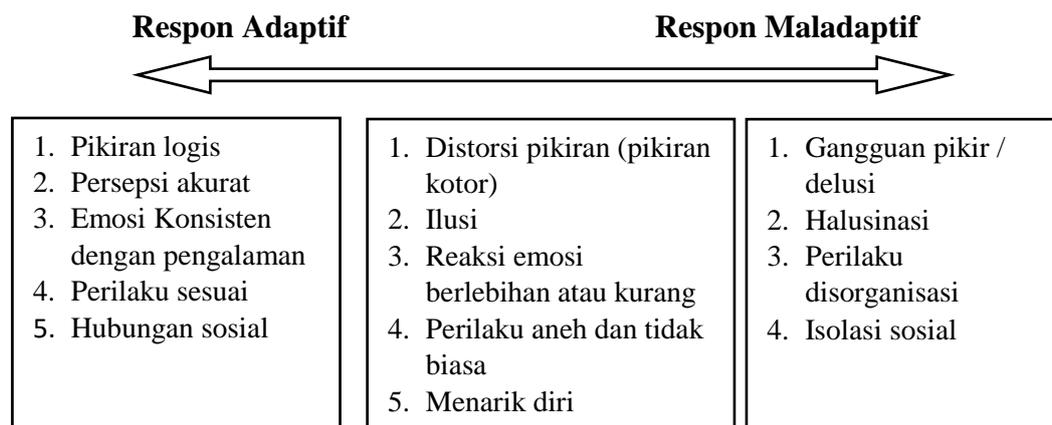
Klien yang mengalami halusinasi yang merupakan makhluk sosial, mengalami ketidakharmonisan berinteraksi. Penurunan kemampuan untuk menghadapi stress dan kecemasan serta menurunnya kualitas untuk menilai keadaan disekitarnya. Karena halusinasi sudah menguasai dirinya, klien akan kehilangan kontrol terhadap kehidupannya dan bisa mengganggu kenyamanan orang lain yang ada disekitarnya (Dermawan, 2013).

#### **4. Rentang Respon Neurobiologis**

Halusinasi adalah persepsi diri yang tanpa dijumpai adanya rangsangan dari luar. Walaupun tampak sebagai sesuatu yang “khayal”, halusinasi sebenarnya

merupakan bagian dari kehidupan mental penderita yang “teresepsi” yang mengganggu isi pikiran. Halusinasi adalah perubahan dalam jumlah atau pola stimulus yang datang disertai gangguan respon yang kuran, berlebihan, atau distorsi terhadap stimulus tersebut (NANDA, 2012). Halusinasi merupakan salah satu respon maladaptif individu yang berada dalam rentang respon neurobiologist. Jika klien sehat persepsinya akurat, mampu mengidentifikasi dan menginterpretasikan stimulus yang klien terima dalam pancaindera nya yang meliputi pendengaran, penciuman, perabaan, penglihatan, dan pengecapan. Klien dengan halusinasi mempersepsikan suatu stimulus panca indra walaupun sebenarnya stimulus sebenarnya tidak ada. Respon individu yang salah mempersepsikan stimulus yang diterimanya yang disebut sebagai ilusi.

Gambar 2.1 Rentang Respon



a. Respon Adaptif

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

- 1) Pikiran logis adalah suatu pandangan yang mengarah pada kenyataan.
- 2) Persepsi akurat adalah pandangan yang tepat pada kenyataan.

- 3) Emosi konsisten dengan pengalaman yaitu perasaan yang timbul dari pengalaman ahli.
- 4) Perilaku sosial adalah sikap dan tingkah laku yang masih dalam batas kewajaran.
- 5) Hubungan sosial adalah proses suatu interaksi dengan orang lain dan lingkungan.

b. Respon Psikososial

Respon psikososial meliputi:

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

c. Respon Maladaptif

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

- 1) Kelainan pikiran adalah keyakinan yang secara kokoh dipertahanan walaupun tidak diyakini oleh orang lain dan bertentangan dengan kenyataan sosial.
- 2) Halusinasi merupakan persepsi sensori yang salah atau persepsi eksternal yang tidak realita atau tidak ada.
- 3) Kerusakan proses emosi adalah perubahan sesuatu yang timbul dari hati.
- 4) Perilaku tidak terorganisir merupakan suatu yang tidak teratur.

- 5) Isolasi sosial adalah kondisi kesendirian yang dialami oleh individu dan diterima sebagai ketentuan oleh orang lain dan sebagai suatu kecelakaan yang negatif mengancam.

## 5. Manifestasi Halusinasi

Menurut (Yosep I, 2011) menyatakan bahwa tanda dan gejala dari halusinasi yaitu:

### a. Halusinasi Pendengaran

Data subjektif:

- 1) Klien mendengar sesuatu menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya.
- 2) Klien mengatakan mendengar suara atau bunyi yang aslinya suara itu tidak ada.
- 3) Klien mengatakan mendengar suara yang mengajak klien untuk bercakap – cakap.
- 4) Klien mengatakan mendengar suara seseorang yang sudah meninggal.
- 5) Klien mengatakan mendengar suara yang mengancam klien atau orang lain atau yang membahayakan.

Data objektif:

- 1) Mengarahkan telinga pada sumber suara yang didengar Klien tersebut.
- 2) Klien berbicara dan tertawa sendiri.
- 3) Klien marah – marah tanpa ada penyebabnya.
- 4) Klien menutup telinganya dan mulutnya tampak komat – kamit sendiri.
- 5) Klien melakukan tindakan yang dapat membahayakan diri sendiri dan orang lain yang ada disekitarnya sesuai dengan apa yang dikatakan suara tersebut.

### b. Halusinasi Penglihatan

Data subjektif:

- 1) Klien mengatakan melihat orang yang sudah meninggal.

- 2) Klien mengatakan melihat makhluk tertentu yang tidak dapat dilihat oleh orang lain.
- 3) Klien mengatakan melihat bayangan.
- 4) Klien mengatakan dapat melihat sesuatu yang menakutkan, menyedihkan, menyenangkan.
- 5) Klien mengatakan melihat cahaya yang sangat terang.

Data objektif:

- 1) Tatapan mata fokus pada tempat tertentu.
- 2) Klien menunjukkan ke arah tertentu.
- 3) Klien tampak ketakutan pada objek yang dilihat.

c. Halusinasi Penciuman

Data subjektif:

- 1) Klien mengatakan mencium sesuatu seperti bau mayat, darah, bayi, feses, bau masakan, dan bau parfum yang menyengat.
- 2) Klien mengatakan sering mencium bau sesuatu, seperti bau darah.

Data objektif:

- 1) Ekspresi wajah klien tampak seperti sedang mencium aroma sesuatu.
- 2) Klien tampak menutup hidung.
- 3) Klien tampak mengarahkan hidungnya pada tempat tertentu.

d. Halusinasi Perabaan

Data subjektif:

- 1) Klien mengatakan seperti ada Sesuatu yang menjalar ditubuhnya.
- 2) Klien mengatakan merasa ada sesuatu yang ada di tubuhnya.
- 3) Klien mengatakan merasakan ada sesuatu yang ada di bawah kulit.
- 4) Klien mengatakan merasakan sangat panas dan dingin dikulitnya.
- 5) Klien mengatakan merasakan tersengat listrik di kulitnya.

Data objektif:

- 1) Klien tampak mengusap atau menggaruk kulitnya.

- 2) Klien tampak meraba di permukaan kulitnya.
  - 3) Klien tampak menggerak gerakan badannya.
  - 4) Klien tampak memegang area kulit yang ia rasakan ada yang menjalar itu.
- e. Halusinasi Pengecapan

Data subjektif:

- 1) Klien merasakan seperti sedang makan sesuatu.
- 2) Klien merasakan ada yang dikunyah di mulutnya.

Data objektif:

- 1) Klien tampak seperti mengecap sesuatu.
- 2) Klien tampak mengunyah yang tidak ada sesuatu didalam mulutnya.
- 3) Klien tampak meludah atau muntah di sembarang tempat.

## 6. Fase Halusinasi

Yusuf (2015) menyatakan bahwa halusinasi yang dialami klien bisa berbeda intensitas dan tingkat keparahannya yang dialami dan kemampuan klien dalam mengendalikan dirinya ada empat fase. Semakin berat fase halusinasi yang dialami klien, klien semakin berat mengalami ansietas dan klien semakin dikendalikan oleh halusinasinya. Didalam tahapan halusinasi ada lima fase, yaitu:

Table 2.2 Fase Halusinasi

<b>Fase Halusinasi</b>	<b>Karakteristik</b>	<b>Perilaku klien</b>
Fase 1: <i>Comforting</i> tingkat ansietas sedang yang memberikan rasa nyaman.	1. Klien mengalami ansietas kesepian, rasa bersalah, dan ketakutan. 2. Klien mencoba berfokus pada pikiran yang dapat menghilangkan	1. Klien tampak tersenyum dan tertawa sendiri. 2. Klien tampak menggerakkan bibirnya tanpa suara. 3. Pergerakkan mata

	<p>ansietas.</p> <p>3. Pikiran dan pengalaman sensori masih ada dalam kontrol kesadaran (jika klien dapat mengontrol kecemasan yang dialaminya).</p>	<p>yang cepat.</p> <p>4. Respon verbal klien yang lambat.</p> <p>5. Klien tampak diam dan berkonsentrasi.</p>
<p>Fase II: <b>Condemning</b> tingkat ansietas yang berat yang Menyalahkan dan halusinasi menjadi menjijikan.</p>	<p>1. Pengalaman sensori yang menakutkan.</p> <p>2. Klien mulai merasa kehilangan control.</p> <p>3. Klien merasa dilecehkan oleh pengalaman sensori tersebut.</p> <p>4. Klien mulai menarik diri dari orang lain.</p> <p style="text-align: center;"><b>Non Psikotik</b></p>	<p>1. Peningkatan sistem saraf otak, tanda tanda ansietas seperti peningkatan denyut jantung.</p> <p>2. Rentang perhatian klien menyempit.</p> <p>3. Klien akan Konsentrasi dengan pengalaman sensori.</p> <p>4. Klien akan kehilangan kemampuan membedakan halusinasi dari realita.</p>
<p>Fase III <b>Controlling</b> Tingkat ansietas berat yang mengontrol klien. Pengalaman sensorik</p>	<p>1. Klien akan menyerah dan menerima pengalaman sensorinya.</p> <p>2. Isi halusinasi klien menjadi atraktif.</p> <p>3. Klien akan kesepian bila pengalaman sensorinya berakhir.</p>	<p>1. Klien mengikuti perintah dari halusinasinya tersebut.</p> <p>2. Klien akan sulit berhubungan dengan orang lain.</p> <p>3. Rentang perhatian</p>

menjadi lebih berkuasa.	<b>Psikotik</b>	klien hanya beberapa detik atau menit. 4. Ansietas berat berkeringat, tremor, dan klien tidak mampu mengikuti perintah dari perawat.
Fase IV <i>Conquering</i> tingkat ansietas yang panik secara umum diatur dan dipengaruhi oleh waham.	1. pengalaman sensori menjadi ancaman. 2. Halusinasi dapat berlangsung selama beberapa jam atau hari.  <b>psikotik</b>	1. Timbul perilaku panik pada klien. 2. Potensial tinggi untuk bunuh diri atau dapat membunuh orang lain juga. 3. Tindakan kekerasan agitasi, menarik diri, atau katatonia. 4. Tidak mau berespon terhadap perintah yang kompleks. 5. Klien tidak mampu berespon terhadap lebih dari satu orang.

#### 7. Mekanisme Koping Halusinasi

Menurut Keliat & Pasaribu (2016) menyatakan bahwa, pada fase gangguan jiwa aktif, klien menggunakan beberapa mekanisme pertahanan yang tidak disadari sebagai upaya untuk melindungi diri dari pengalaman menakutkan yang disebabkan oleh penyakit mereka.

a. Regresi

Berhubungan dengan masalah dalam proses informasi dan pengeluaran sejumlah besar tenaga dalam upaya untuk mengelola ansietas dan menyisakan sedikit tenaga untuk aktivitas sehari-hari.

b. Proyeksi

Upaya untuk menjelaskan persepsi yang membingungkan dengan menetapkan tanggung jawab kepada orang lain atau sesuatu.

c. Menarik Diri

Berkaitan dengan masalah membangun kepercayaan dan keasyikan dengan pengalaman internal.

d. Peningkaran

Sering digunakan oleh klien dan keluarga. Mekanisme koping ini adalah sama dengan penolakan yang terjadi setiap kali seseorang menerima informasi yang menyebabkan rasa takut dan ansietas.

8. Penatalaksanaan Halusinasi

Penatalaksanaan klien dengan halusinasi yaitu:

a. Farmakoterapi

Cara utama pengobatan skizofrenia adalah penggunaan obat-obat antipsikotik. Salah satu neuroleptic yang paling luas digunakan adalah chlorpromazine. Bila efek hipotensi chlorpromazine harus dihindari, misalnya pada lansia, neuroleptik alternatif yang kemungkinan kecil menyebabkan hipotensi sebaiknya digunakan, seperti haloperidol dan trifluoperazine. Namun, pada penggunaan dua zat tadi, efek samping extrapyramidal lebih mungkin terjadi. Sulpirid berbeda secara structural dengan neuroleptic lain dan tidak terlalu sedatif dibandingkan chlorpromazine. Antipsikotik atipikal meliputi Amisulpiride, Olanzapine, Quetiapine, dan Risperidone.

b. Terapi elektrokonvulsif (ECT).

c. Terapi Aktivitas kelompok (TAK).

## C. Konsep Asuhan Keperawatan Halusinasi

### 1. Pengkajian Keperawatan

#### a. Faktor Presipitasi

##### 1) Sosial Budaya

Teori ini mengatakan bahwa stress lingkungan dapat menyebabkan terjadi respon neurobiologis yang maladaptif, misalnya lingkungan yang penuh dengan kritik (bermusuhan); kehilangan kemandirian dalam kehidupan, kehilangan harga diri, kerusakan dalam hubungan interpersonal dan gangguan dalam hubungan interpersonal yaitu kesepian, tekanan dalam pekerjaan, dan kemiskinan. Teori ini mengatakan bahwa stress yang menumpuk dapat menunjang terhadap terjadi gangguan psikotik tetapi tidak diyakini sebagai penyebab utama gangguan.

##### 2) Faktor Biokimia

Dopamine, norepineprin, zat halusinagen dapat menimbulkan persepsi yang dingin oleh klien sehingga klien cenderung membenarkan apa yang dikhayal.

##### 3) Faktor Psikologis

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

##### 4) Perilaku

Perilaku yang perlu dikaji pada klien dengan gangguan orientasi realitas berkaitan dengan perubahan proses pikir, afektif persepsi, motorik, dan sosial.

#### b. Faktor Predisposisi

##### 1) Faktor Perkembangan

Hambatan perkembangan akan mengganggu hubungan interpersonal yang dapat meningkatkan stress dan ansietas yang dapat berakhir dengan gangguan persepsi. Klien mungkin

menekan perasaannya sehingga pematangan fungsi intelektual dan emosi tidak efektif.

2) Faktor Sosial Budaya

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

3) Faktor Psikologis

Halusinasi dapat terjadi pada orang yang mempunyai keluarga overprotectif sangat cemas. Hubungan dalam keluarga yang dingin dan tidak harmonis, perhatian dengan orang lain yang sangat berlebih ataupun yang sangat kurang sehingga menyebabkan coping individu dalam menghadapi stress tidak adaptif.

4) Faktor Biologis

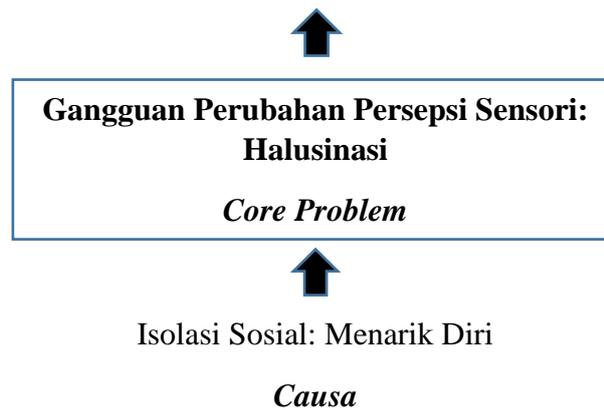
Adanya hambatan dalam perkembangan otak khusus konteks lobus provital, temporal dan limbik yang disebabkan gangguan perkembangan dan fungsi susunan saraf pusat. Sehingga menyebabkan hambatan dalam belajar, berbicara, daya ingat dan mungkin perilaku menarik diri dapat menyebabkan orang tidak mau bersosialisasi sehingga kemampuan dalam menilai dan berespon dengan realita dapat hilang serta sulit membedakan rangsangan internal dan eksternal, serta sangat berlebih ataupun yang sangat kurang sehingga menyebabkan coping individu dalam menghadapi stress tidak adaptif (Dermawan, 2013).

Berdasarkan dari pengkajian diatas, maka dapat disimpulkan pohon masalah menurut Dermawan (2013), yaitu:

Gambar 2.3 Pohon Masalah

Risiko Perilaku Kekerasan (Mencederai diri sendiri, Orang lain, dan Lingkungan)

*Effect*



## 2. Diagnosa Keperawatan

Menurut Dermawan (2013) menyatakan bahwa menyimpulkan diagnosa keperawatan klien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi adalah sebagai berikut:

- a. Gangguan persepsi sensori: halusinasi.
- b. Isolasi sosial.
- c. Resiko perilaku kekerasan (diri sendiri, orang lain, dan lingkungan).

## 3. Perencanaan Keperawatan

Menurut Dermawan (2013) menyatakan bahwa rencana keperawatan adalah jenis sasaran yang ditetapkan untuk klien. Hasil yang diharapkan merupakan perilaku klien yang dapat diukur yang mengindikasikan apakah klien sudah mencapai manfaat yang diharapkan dari asuhan keperawatan. Hasil yang diharapkan memiliki karakteristik sebagai berikut: *Specific* (tujuan keperawatan harus spesifik) dimana setiap orang termasuk klien mengetahui apa yang akan terjadi. *Measurable* (tujuan keperawatan dapat diukur): perilaku dapat diobservasi dan diukur. *Achivable* (tujuan keperawatan berorientasi pada klien): klien dan bukan perawat yang diharapkan untuk mencapai hasil ini. *Reasonable* (tujuan keperawatan dapat dipertanggung jawabkan): hasil harus berada dalam kapasitas dan kemampuan klien, mempertimbangkan keterbatasan kondisi klien. *Time*

(tujuan keperawatan tercapai dalam jangka waktu yang telah ditentukan):  
klien diharapkan mencapai hasil dalam berbagai jangka waktu.

a. Tindakan Keperawatan Halusinasi pada Klien

Menurut Dermawan (2013) rencana tindakan keperawatan, yaitu:

Tujuan tindakan keperawatan, untuk klien, meliputi:

- 1) Klien mengenali halusinasi yang dialaminya.
- 2) Klien dapat mengontrol halusinasinya.
- 3) Klien mengikuti program pengobatan secara optimal.

b. Tindakan Keperawatan

- 1) Membina hubungan saling percaya dan membantu klien mengenali halusinasi dengan cara berdiskusi dengan klien tentang isi halusinasi (apa yang didengar/dilihat), waktu terjadi halusinasi, frekuensi terjadinya halusinasi, situasi yang menyebabkan halusinasi muncul, dan respon klien saat halusinasi muncul.

**Rencana Tindakan:**

- a) Sapa klien dengan ramah baik verbal maupun nonverbal.
- b) Perkenalkan nama, nama panggilan, dan tujuan perawat berkenalan.
- c) Tanyakan nama lengkap dan panggilan yang disukai klien
- d) Buat kontrak yang jelas.
- e) Tunjukkan sikap jujur dan menunjukkan sikap empati serta menerima apa adanya.
- f) Beri perhatian kepada klien dan perhatikan kebutuhan dasar klien.
- g) Beri kesempatan klien untuk mengungkapkan perasaannya.
- h) Dengarkan ungkapan klien dengan penuh perhatian pada ekspresi perasaan klien.
- i) Jika menemukan yang sedang halusinasi, tanyakan apakah ada suara yang didengar. Jika klien menjawab ada, lanjutkan: apa yang dikatakan. Katakan bahwa perawat percaya klien mendengar suara itu, namun perawat sendiri tidak mendengarnya (dengan nada bersahabat tanpa menuduh atau

menghakimi) katakan kepada klien bahwa ada juga yang seperti klien.

- j) Diskusikan dengan klien situasi yang menimbulkan atau tidak menimbulkan halusinasi, waktu dan frekuensi terjadinya halusinasi (pagi, siang, sore, dan malam atau jika sendiri, jengkel atau sedih).
- k) Diskusikan dengan klien apa yang dirasakan jika terjadi halusinasi (marah atau takut, sedih, senang) beri kesempatan mengungkapkan perasaannya.

## 2) Melatih klien mengontrol halusinasi

Untuk melatih klien dalam mengontrol halusinasi, ada empat cara yang dilakukan untuk mengendalikan halusinasi, yaitu:

### a) Menghardik Halusinasi

Menghardik halusinasi adalah upaya mengendalikan diri terhadap halusinasi dengan cara menolak halusinasi yang muncul. Klien dilatih untuk mengatakan tidak terhadap halusinasi yang muncul atau tidak memperdulikan halusinasinya. Kalau ini dapat dilakukan, klien akan mampu mengendalikan diri dan tidak mengikuti halusinasi yang muncul. Kemungkinan muncul lagi halusinasi tetap ada, namun dengan kemampuan ini klien tidak akan larut untuk mengikuti apa yang ada dalam halusinasinya.

### **Rencana Tindakan:**

- (1) Jelaskan cara menghardik halusinasi ke klien.
- (2) Peragakan atau praktikkan cara menghardik.
- (3) Bantu klien dengan memperagakan ulang cara menghardik.
- (4) Berikan kesempatan klien untuk memperagakan cara menghardik halusinasi.
- (5) Evaluasi hasilnya dan berikan pujian kepada klien jika berhasil.

b) Menggunakan obat secara teratur

Untuk mengontrol halusinasi nya, klien juga harus dilatih untuk menggunakan obat secara teratur. Klien gangguan jiwa yang dirawat dirumah, sering sekali mengalami putus obat sehingga akibatnya klien mengalami kekambuhan. Bila kekambuhan terjadi, maka untuk mencapai kondisi seperti semula akan lebih sulit. Untuk itu klien perlu dilatih menggunakan obat sesuai program dan berkelanjutan.

**Rencana Tindakan:**

- (1) Jelaskan manfaat kegunaan obat.
- (2) Jelaskan akibat bila putus obat.
- (3) Jelaskan cara mendapatkan obat atau berobat.
- (4) Jelaskan cara menggunakan obat dengan prinsip 6 benar (benar obat, benar klien, benar cara, benar guna, benar waktu, dan benar dosis).

c) Bercakap – cakap dengan orang lain

Untuk mengontrol halusinasi dapat dilakukan dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain. Ketika klien bercakap – cakap dengan orang lain maka terjadi distraksi. Fokus perhatian klien akan beralih dari halusinasi ke percakapan yang dilakukan dengan orang lain tersebut.

**Rencana Tindakan:**

- (1) Jelaskan cara bercakap – cakap dengan orang lain.
- (2) Peragakan atau praktikan cara mengontrol halusinasi dengan bercakap – cakap dengan orang lain.
- (3) Bantu klien dengan memperagakan ulang cara mengontrol halusinasi dengan bercakap – cakap dengan orang lain.
- (4) Berikan kesempatan klien untuk memperagakan cara mengontrol halusinasi dengan bercakap – cakap dengan orang lain.

(5) Evaluasi hasilnya, pantau penerapan cara ini dengan menemui orang lain (perawat, dokter, teman, anggota keluarga) untuk bercakap – cakap.

d) Melakukan aktivitas yang terjadwal

Dengan beraktivitas secara terjadwal, klien tidak akan mengalami banyak waktu luang sendiri yang sering kali mencetuska halusiansi. Untuk itu klien yang megalami halusinasi bisa dibantu untuk mengatasi halusinasi nya dengan cara beraktivitas secara teratur dari bangun pagi sampai tidur malam, tujuh hari dalam seminggu.

**Rencana Tindakan:**

- (1) Jelaskan pentingnya aktivitas yang teratur untuk mengatasi halusinasi.
- (2) Diskusikan aktivitas yang biasa dilakukan klien
- (3) Latih klien melakukan aktivitas.
- (4) Susun jadwal aktivitas sehari – hari sesuai dengan aktivitas yang telah dilatih.
- (5) Pantau pelaksanaan jadwal kegiatan.
- (6) Berikan penguatan terhadap perilaku klien yang positif.

c. Tindakan Keperawatan Halusinasi pada Keluarga

Tindakan keperawatan tidak hanya ditunjukkan untuk klien tetapi juga diberikan kepada keluarga, sehingga keluarga mampu mengarahkan klien dalam mengontrol halusinasi. Tindakan keperawatan dilakukan pada keluarga, dilanjutkan kepada klien dan dioperkan kembali kepada keluarga untuk membimbing dan memantau kondisi klien halusinasi.

1) Tujuan tindakan keperawatan

- a) Keluarga dapat terlibat dalam perawatan klien baik di rumah sakit maupun di rumah.
- b) Keluarga dapat menjadi sistem pendukung yang efektif untuk klien.

- c) Keluarga dapat menciptakan suasana keluarga dan lingkungan untuk mengontrol halusinasi.
- d) Keluarga mampu mengenal tanda dan gejala kekambuhan yang memerlukan rujukan segera ke fasilitas kesehatan.
- e) Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan untuk *follow up* klien secara teratur.

## 2) Tindakan Keperawatan Keluarga

Menurut Damaiyanti & Iskandar (2012) menyatakan bahwa tindakan keperawatan keluarga, yaitu:

- a) Diskusikan masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat klien.
- b) Berikan pendidikan kesehatan tentang pengertian halusinasi, jenis halusinasi yang dialami klien, tanda dan gejala halusinasi, proses terjadinya halusinasi, serta cara merawat klien halusinasi.
- c) Latih keluarga cara merawat klien halusinasi.
- d) Berikan kesempatan kepada keluarga untuk memperagakan cara merawat klien dengan halusinasi langsung di hadapan klien.
- e) Latih keluarga menciptakan suasana tanda dan gejala kekambuhan yang memerlukan rujukan segera ke fasilitas kesehatan.
- f) Buat perencanaan pulang dengan keluarga.
- g) Anjurkan *follow up* ke fasilitas pelayanan kesehatan secara teratur.

## 4. Pelaksanaan Keperawatan

- a. Tindakan keperawatan pada klien dengan gangguan sensori persepsi: halusinasi.

Tujuan: klien mampu

- 1) Membina hubungan saling percaya.

- a) Sapa klien dengan ramah baik verbal maupun nonverbal.
- b) Memperkenalkan nama, nama panggilan, dan tujuan perawat berkenalan.
- c) Menanyakan nama lengkap dan panggilan yang disukai klien.
- d) Membuat kontrak yang jelas.
- e) Menunjukkan sikap jujur dan menunjukkan sikap empati serta menerima apa adanya.
- f) Memberi perhatian kepada klien dan perhatikan kebutuhan dasar klien.
- g) Memberikan kesempatan klien untuk mengungkapkan perasaannya.
- h) Mendengarkan ungkapan klien dengan penuh perhatian pada ekspresi perasaan klien.
- i) Jika menemukan yang sedang halusinasi, tanyakan apakah ada suara yang didengar. Jika klien menjawab ada, lanjutkan: apa yang dikatakan. Katakan bahwa perawat percaya klien mendengar suara itu, namun perawat sendiri tidak mendengarnya (dengan nada bersahabat tanpa menuduh atau menghakimi) katakan kepada klien bahwa ada juga yang seperti klien.
- j) Mendiskusikan dengan klien situasi yang menimbulkan atau tidak menimbulkan halusinasi, waktu dan frekuensi terjadinya halusinasi (pagi, siang, sore, dan malam atau jika sendiri, jengkel atau sedih).
- k) Mendiskusikan dengan klien apa yang dirasakan jika terjadi halusinasi (marah atau takut, sedih, senang) beri kesempatan mengungkapkan perasaannya.

2) Melatih klien mengontrol halusinasi.

Secara rinci tahapan melatih klien mengontrol halusinasi dapat dilakukan sebagai berikut:

- a) Menjelaskan cara mengontrol halusinasi dengan menghardik, bercakap–cakap dengan orang lain, melakukan aktivitas seperti merapikan tempat tidur, mencuci piring dan gelas, dan enam benar minum obat.
- b) Memperagakan atau praktikkan cara menghardik, bercakap – cakap dengan orang lain, melakukan aktivitas seperti merapikan tempat tidur, mencuci piring dan gelas, dan enam benar minum obat.
- c) Membantu klien dengan memperagakan ulang cara menghardik, bercakap–cakap dengan orang lain, melakukan aktivitas seperti merapikan tempat tidur, mencuci piring dan gelas, dan enam benar minum obat.
- d) Memberikan kesempatan klien untuk memperagakan cara menghardik, bercakap–cakap dengan orang lain, melakukan aktivitas seperti merapikan tempat tidur, mencuci piring dan gelas, dan enam benar minum obat.
- e) Mengevaluasi hasilnya dan berikan pujian kepada klien untuk tindakan yang telah dilakukan.
- f) Siap mendengarkan ekspresi perasaan klien untuk mengontrol halusinasi. Tetap memberikan semangat dan dorongan kepada klien untuk klien tetap semangat dan terus meningkatkan latihannya.

## 5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi hasil atau sumatif menurut Dermawan (2013) dilakukan dengan membandingkan respon klien pada tujuan umum dan tujuan khusus yang telah ditentukan. keberhasilan tindakan keperawatan yang sudah dilakukan untuk klien halusinasi akan diuraikan dalam SOAP adalah sebagai berikut:

**Subjektif:** respon subjektif klien terhadap tindakan keperawatan telah dilaksanakan.

**Objektif:** respon objektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

**Analisa:** analisa ulang terhadap data subjektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap atau muncul masalah baru atau ada data yang kontraindikasi dengan masalah yang ada.

**Planning:** perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisa pada respon klien.

Evaluasi keberhasilan tindakan keperawatan yang sudah dilakukan untuk klien halusinasi adalah sebagai berikut:

- a. Klien mempercayai kepada perawat.
- b. Klien mampu mengungkapkan isi halusinasi yang dialaminya.
- c. Klien mampu mengungkapkan waktu, frekuensi, dan perasaan ketika mengalami halusinasi.
- d. Klien menyadari bahwa yang dialaminya tidak ada objeknya dan merupakan masalah yang harus diatasi.
- e. Klien dapat mengontrol halusinasi dengan melakukan strategi pelaksanaan yaitu dengan:
  - 1) Klien dapat menghardik ketika mengalami halusinasi.
  - 2) Klien dapat bercakap - cakap dengan orang lain.
  - 3) Klien dapat melakukan aktivitas yang di sukai.
  - 4) Klien dapat mematuhi prinsip 6 benar minum obat dengan teratur.
- f. Keluarga mampu merawat klien dirumah, ditandai dengan hal berikut:
  - 1) Keluarga mampu menjelaskan masalah halusinasi yang dialami oleh klien.
  - 2) Keluarga mampu menjelaskan cara merawat klien di rumah.
    - 3) Keluarga mampu memperagakan cara bersikap terhadap klien.
    - 4) Keluarga mampu menjelaskan fasilitas kesehatan yang dapat digunakan untuk mengatasi masalah klien.
    - 5) Keluarga melaporkan keberhasilannya merawat klien.

## **BAB III**

### **TINJAUAN KASUS**

Pada Bab III tinjauan kasus akan dijelaskan mengenai penyajian kasus yang meliputi pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

#### **A. Pengkajian Keperawatan**

Perawat melakukan pengkajian pada sabtu, 07 Maret 2020 di rumah klien Perumahan Rawa lumbu RT 07 RW 02, Bekasi Timur. Klien dengan diagnosa skizofrenia paranoid. Sumber data yang didapatkan yaitu dari klien dan keluarga klien.

##### **1. Identitas klien**

Klien atas nama Ny. M (38 tahun), jenis kelamin perempuan, status perkawinan: bercerai, beragama Islam, suku Betawi, dan pendidikan terakhir klien adalah SMA.

##### **2. Keluhan Utama**

Klien mengatakan gelisah sebelum perawat datang ke rumah, klien mendengar suara wanita dan pria yang menyeramkan dan mengatakan dirinya bodoh, jelek dan tidak berguna selama 20 detik. Klien merasa terganggu dengan suara tersebut, dan berdoa untuk membantu menghilangkan suara tersebut.

##### **3. Faktor Predisposisi**

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

Klien mengatakan bahwa sepupu kandung dan ayahnya, mengalami penyakit serupa dengan klien (penyakit gangguan jiwa). Tahun 1997 bulan September saat klien kelas 2 SMA mengalami gejala marah-marah yang tidak terkontrol dan pernah mencoba bunuh diri dengan cara melukai tangannya memakai pisau. Keluarga mengurung klien

dibelakang rumah dengan dipasung. Tahun 1998 klien dibawa ke RSCM dan dirawat inap selama 1 bulan. setelah kembali kerumah klien melakukan pengobatan rutin dari RSCM. Klien mengatakan berobat rawat jalan sampai bulan Mei tahun 1999.

Tahun 2000 klien tidak minum obat karena mengalami peristiwa traumatik dan kemudian oleh keluarga dibawa ke RSCM. Klien mendapatkan rujukan ke RSMM Bogor dan mendapatkan perawatan selama 1 bulan. Tahun 2001 dan tahun 2002 klien mengatakan kembali dirawat di RS Marzoeki Mahdi Bogor selama sebulan. Klien mengatakan kembali dirawat karena klien merasa tidak ada yang peduli dengan dirinya, tidak ada yang memotivasi dirinya untuk bisa sembuh. Tahun 2003 klien memutuskan untuk tidak minum obat karena sedang hamil. Klien mengatakan tidak ingin anaknya terkena penyakit gangguan jiwa seperti dirinya.

Tahun 2007 klien tidak minum obat lagi, karena kehilangan suami suami yang dicintai. keluarga membawa klien ke Rumah Sakit Marzuki Mahdi di Bogor karena klien menunjukkan gejala kekambuhan. Tahun 2012 klien berobat ke RSUD Bekasi. Keluarga mengatakan terlalu jauh jika berobat selalu ke Rumah Sakit Marzoeki Mahdi di Bogor. Kemudian tahun 2019, klien berobat ke Rumah Sakit Bella di Bekasi Timur pada bulan September 2019.

#### b. Psikologis

Klien memiliki tipe kepribadian yang *introvert* yaitu saat lagi ada masalah, klien tidak menceritakan kepada siapapun dan hanya ingin memendam sendiri. Saat klien sekolah SMA mendapatkan perlakuan kasar yaitu perundungan oleh temen sekolah atau teman pesantren. Pada saat masih bersekolah SMA di pesantren tahun 1996 klien ingin membalas perbuatan teman-temannya namun klien hanya memendam masalahnya dalam hati. Saat klien dirumah, klien mengatakan tidak

boleh keluar jika tidak ditemani kakaknya. Jadi klien hanya berada di rumah dan tidak boleh keluar dengan alasan apapun jika tidak ditemani kakaknya.

Tahun 2000 klien memiliki pengalaman yang tidak menyenangkan saat masih dalam pengobatan. Klien mengatakan mengalami pelecehan seksual dari teman laki-lakinya. Tahun 2007 suami klien meninggal karena kecelakaan dan klien merasa ketakutan dan kehilangan orang yang dicintai. Klien mengatakan jadi merasa takut karena tidak ada yang menyayangi serta mengerti kondisi klien selain suaminya, dan merasa kurang percaya diri jika harus membesarkan anaknya seorang diri. Tahun 2012, klien dijodohkan oleh temannya dengan tukang ojek yang dikenal oleh teman klien. Namun pernikahan klien dan pasangannya tidak berlangsung lama karena suami memperlakukan dirinya kasar. Klien menjadi korban keresaran dari suami.

#### c. Sosiokultural

Tahun 1999 klien dapat melanjutkan pendidikan SMA nya kembali yang sempat putus sekolah tahun 1998 dengan paket C. Klien menikah 2 kali dimana suami pertama meninggal dunia dan suami kedua melakukan kekerasan. Ekonomi rumah tangga klien yang kedua mengalami kekurangan. Tahun 2011, klien pisah dengan suaminya yang kedua. Klien mengatakan setelah berpisah, pindah ke rumah orang tuanya bersama anak pertamanya. Klien mengatakan untuk memenuhi kebutuhannya sehari-hari, bekerja sebagai asisten cuci gosok di salah satu tempat laundry di dekat rumahnya.

### 4. Faktor presipitasi

#### a. Biologis

Keluarga mengatakan Agustus 2019 klien kembali putus obat dan oleh keluarga dibawa ke RS Bella. Keluarga mengatakan selama berobat di RS Bella September 2019 mendapatkan obat Trihexyphenidil 2mg

diminum 1 kali sehari, Haloperidol dosisnya 25 mg diminum 2 kali sehari, obat Risperidone 2 mg berwarna oranye diminum 1 kali sehari.

b. Psikologis

Klien mengatakan hal yang paling menyakitkan adalah saat dimarahi oleh anaknya karena klien tidak bisa menuruti keinginan anaknya, sehingga anaknya berani berkata kasar. Klien mengatakan sedih dan ingin marah tetapi berusaha memendam keinginan tersebut.

c. Sosiokultural

Klien merupakan janda dengan 1 anak. Klien bekerja untuk memenuhi kebutuhan diri sendiri dan anaknya dengan bekerja di tempat *laundry* sebagai tukang gosok dan jualan kerupuk kulit, salad buah.

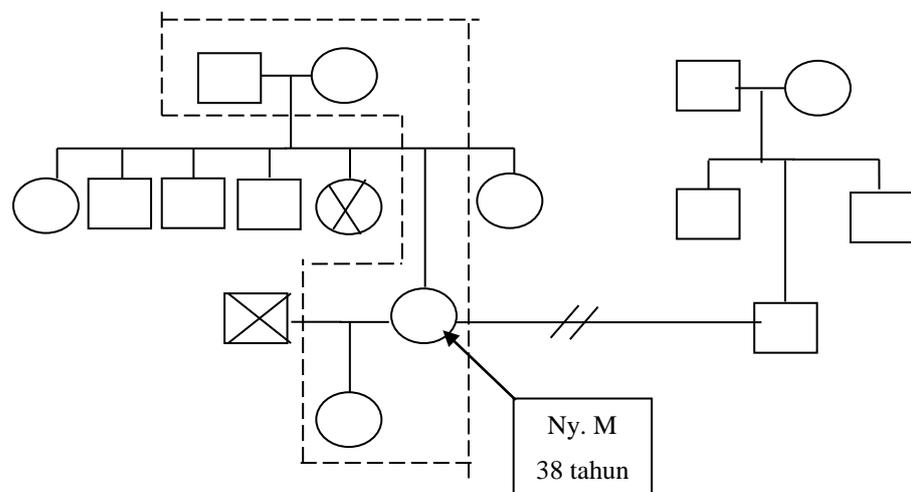
**Masalah Keperawatan: Resiko perilaku kekerasan, Harga Diri Rendah, Regimen Terapeutik Tidak Efektif**

5. Pemeriksaan Fisik

Hasil pemeriksaan fisik ditemukan tanda-tanda vital yaitu TD: 120/70 mmHg, nadi: 82x/menit, suhu: 36,8<sup>0</sup>C, pernafasan: 19x/menit, TB: 166 cm, dan BB: 55 kg. Klien mengatakan tidak ada keluhan fisik

6. Psikososial

a. Genogram



Gambar 3.1 Genogram Klien

Keterangan:

	: Laki-laki
	: Perempuan
	: Klien
	: Tinggal serumah
	: Garis pernikahan
	: Putus Hubungan
	: Meninggal

Penjelasan:

Klien mengatakan anak ke enam dari tujuh bersaudara. Klien mengatakan paling dekat oleh adiknya yang perempuan. Ibu klien mengatakan Ny.M hanya mau bercerita kepada adiknya yang perempuan. Selain itu klien tidak mau bercerita kepada siapapun. Pola asuh yang keluarga terapkan adalah pola asuh otoriter yaitu pola asuh cara orang tua mengasuh anak dengan menetapkan standar perilaku bagi anak, tetapi kurang responsif pada hak dan keinginan anak. Seperti ibu klien yang selalu mengambil keputusan memaksakan kehendaknya dan tidak mau menerima pendapat dari klien. Dan pola asuh *appeasers* yaitu pengasuhan yang mengedepankan perlindungan secara penuh. Seperti klien mengatakan kakak klien selalu melarang klien untuk keluar rumah sendirian jika tidak ditemani kakaknya, dilarang membawa teman laki-laki ke dalam rumah.

## b. Konsep Diri

### 1) Gambaran diri

Klien mengatakan sudah menerima kondisi tubuhnya yang gemuk dan harus mensyukuri semua bagian tubuhnya karena merupakan pemberian dari Tuhan.

## 2) Identitas

Klien mengatakan senang dengan jenis kelaminnya sebagai perempuan.

## 3) Peran diri

Klien mengatakan baik-baik saja dengan posisinya sebagai *Single Parent* dalam keluarga dan sebagai bagian dari masyarakat. Klien mengatakan tugasnya sebagai seorang *Single Parent* adalah menafkahi anak dengan bekerja keras dari pagi sampai malam untuk memenuhi kebutuhan anak. Selain itu peran ibu untuk membereskan rumah, seperti menyapu, mengepel, mencuci baju, dan bisa melakukan tugas itu sehari-hari.

## 4) Ideal diri

Klien mengatakan ingin segera cepat sembuh dan bisa lebih membahagiakan anak, bisa beraktivitas seperti biasa lagi, menjadi Ibu yang baik, tetap bekerja sebagai penjual kerupuk kulit dan salad buah. dan dapat membantu masyarakat lainnya.

## 5) Harga diri

Klien mengatakan malu belum menjalankan perannya sebagai ibu belum terlaksana dengan baik, masih kurang percaya diri jika berbicara dengan orang, karena klien merasa tidak seperti ibu ibu normal yang dapat mengurus keluarganya dengan baik.

### c. Hubungan Sosial

#### 1) Orang yang berarti

Klien mengatakan lebih dekat dengan adiknya yang perempuan. Klien mengatakan tidak ada kelompok di masyarakat yang diikuti oleh klien mempunyai teman dekat disekitar lingkungannya.

#### 2) Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat

Klien mengatakan selalu mengikuti pengajian dirumah nya setiap hari.

### 3) Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain

Klien mengatakan suka malu untuk berkomunikasi dengan orang lain disekitarnya karena kalau diajak ngobrol dengan nada sedikit keras, maka klien bisa marah-marah dengan orang tersebut.

#### d. Spiritual

##### 1) Nilai dan Keyakinan

Klien mengatakan bisa sembuh dan berkeyakinan untuk fokus mengurus anak tunggalnya.

##### 2) Kegiatan Ibadah

Klien mengatakan beragama Islam, dan klien mengatakan setiap hari selalu shalat lima waktu dan selalu melakukan pengajian. Klien mengatakan setiap sebelum makan dan tidur selalu berdoa kepada Tuhan.

## 7. Status mental

### a. Penampilan

Penampilan klien secara keseluruhan tampak rapi, rambut tidak acak acakan, baju tidak terbalik, penggunaan pakaian sesuai dengan waktu, yaitu mengenakan pakaian santai saat dirumah. Klien tampak menggunakan pakaian yang sesuai dengan jenis kelaminnya.

### b. Pembicaraan

Klien tampak kooperatif dan mampu memulai pembicaraan saat berbicara dengan perawat. Klien tampak berbicara dengan inkoheren dengan volume yang pelan (tidak menggunakan emosi, tidak gagap, tidak cepat, tidak apatis, dan tidak membisu), kontak mata kurang dari 20 detik, dan mampu untuk memfokuskan kembali.

### c. Aktivitas motoric

Klien tampak tenang tidak gelisah, tegang, dan tidak lesu saat berkomunikasi dengan perawat.

d. Alam perasaan

Klien mengatakan saat ini merasa sedih belum bisa membahagiakan anak satu satunya karena pekerjaannya hanya sebagai tukang gosok di tempat *laundry* dan menjual salad buah dari temannya namun klien tidak merasa putus asa dan akan selalu bekerja keras supaya anaknya berhasil. Klien tidak merasakan kekhawatiran maupun ketakutan. Raut wajah klien tampak sedih suara klien terdengar pelan dan kecil. Anak klien mengatakan, klien adalah ibu yang sangat sayang dan selalu bekerja untuk memenuhi kehidupan keluarga.

e. Afek

Afek klien tampak sesuai. Klien tampak menunjukkan raut ekspresi wajah sesuai dengan perasaannya, klien tampak mengontrol sikapnya, tidak marah, tersenyum dan tenang saat bercerita dengan perawat. Contohnya: ketika perawat membuat sebuah cerita lucu, klien tertawa, dan ketika perawat bertanya tentang masa lalu, klien menjawab dengan raut ekspresi wajah sesuai dengan perasaannya.

f. Interaksi selama wawancara

Klien tampak kooperatif; kontak mata klien kurang dari 30 detik, volume suara klien tampak tenang tidak terlalu keras dan tidak pelan. Klien tampak berhadapan dengan perawat saat berinteraksi.

g. Persepsi

Klien mengatakan mendengar suara bisikan laki-laki dan perempuan hampir setiap hari saat tidak ada aktivitas. Klien mengatakan suara bisikan hinaan “Marni kamu itu bodoh bego, kamu tidak bisa apa apa. kamu itu gila” kepada klien. Klien mengatakan suara tersebut muncul selama 5 kali dalam sehari ketika klien sedang diam, melamun dan tidak beraktivitas. Klien mengatakan suara sering datang setiap sebelum dan sesudah adzan maghrib. Sekitar pukul 07.00, 12.00, 15.00, 17.00, 22.00, 23.00 Dan durasi sekitar 20 menit. Klien mengatakan sedih, kesal dan takut mendengar suara tersebut. Klien mengatakan untuk mengusir suara tersebut, klien hanya mengucapkan istigfar kepada Allah, dan mengajak berkomunikasi dengan orang yang ada

disekitarnya. Klien mengatakan menyadari apa yang di dengarnya itu adalah suatu hinaan bagi klien yang perkataannya tidak baik. Klien mengatakan sangat merasa terganggu dan kadang tidak merasa terganggu. Klien tampak sedih ketika menceritakan halusinasinya.

h. Proses pikir

Klien mampu menjawab pertanyaan dengan sesuai apa yang di tanya, klien mampu menceritakan pengalamannya, klien tidak tampak tanda-tanda (sirkumtansial, *flight of ideas*)

i. Isi pikir

Klien tidak mengalami gangguan isi pikir dan tidak ada waham. Klien mampu mengenal dirinya terlebih kekurangan dan kelebihan yang klien miliki, percaya pada keyakinan, dan tidak terlihat waham.

j. Tingkat kesadaran

Tingkat kesadaran klien adalah composmentis. Klien tidak mengalami disorientasi. Klien dapat berorientasi yaitu klien dapat menyebutkan bahwa sekarang adalah tanggal 9 Maret 2020, klien tampak sadar saat berkomunikasi dengan perawat, klien mengatakan bahwa dirinya sekarang berada di rumah di perumahan Rawalumbu dan klien mengatakan tinggal bersama anaknya dan orang tuanya. Klien dapat menyebutkan nama perawat.

k. Memori

Klien tidak mengalami gangguan pada memori. Pada memori jangka panjang: klien dapat mengingat kejadian >1 bulan yaitu klien dapat menyebutkan mulai pernah berobat dari tahun 1998. Pada memori jangka pendek: klien dapat mengingat kejadian enam bulan terakhir yaitu klien berobat ke RS. Bella Bekasi Timur pada tanggal 11 September 2019 sendirian. Pada memori saat ini: klien dapat mengingat kejadian yang baru terjadi yaitu klien mengatakan baru selesai pengkajian.

l. Tingkat konsentrasi dan berhitung

Klien dapat berhitung secara sederhana dan tampak konsentrasi saat pembagian makanan dengan baik. Contohnya saat pembagian makanan, klien dapat membagi makanannya dengan

m. Kemampuan penilaian

Klien dapat menilai dengan baik. Saat diberikan pilihan, klien lebih memilih makan terlebih dahulu daripada mandi, agar saat mandi tidak terpikir untuk makan.

n. Daya tilik diri

Klien mengatakan mengetahui bahwa dirinya mengalami gangguan jiwa, suara yang didengar halusinasi.

8. Kebutuhan persiapan pulang

a. Makan

Klien mengatakan makan 3 kali sehari, jenis makanan seperti nasi uduk, telur, ayam, dan sayuran. Makanan setiap hari bervariasi. Klien mengatakan bisa menyiapkan makanan dan makan secara mandiri. Klien mengatakan bisa mencuci piring sendiri.

b. BAB/BAK

Klien mengatakan dapat pergi ke toilet secara mandiri. Klien mengatakan setelah BAB/BAK klien langsung membersihkan diri dan tempat BAB/BAK, serta merapikan pakaian setelah BAB/BAK.

c. Mandi

Klien mengatakan mandi 2 kali sehari, cara mandi yang biasa dilakukan adalah dengan menyiram seluruh tubuh dengan air, kemudian menyabuni tubuh dan menyikat gigi, setelah itu menyiram tubuh hingga busanya hilang dan mengeringkan badan serta mengenakan baju. Klien mengatakan gosok gigi 3 kali sehari, mencuci rambut 1 kali sehari dan menggunting kuku jika sudah panjang. Klien tampak bersih dan rapi.

d. Berpakaian/berhias

Klien mengatakan dapat mengambil, memilih, dan mengenakan pakaian dan alas kaki secara mandiri. Klien mengatakan ganti baju dan sisiran dan bedakan setiap setelah mandi dan berangkat kerja. Penampilan klien tampak rapi.

e. Istirahat dan tidur

Klien mengatakan tidur malam mulai pukul 22:00-05:00 WIB. Klien mengatakan kegiatan sebelum tidur adalah main Hp. Klien mengatakan sebelum tidur selalu, gosok gigi, dan kadang-kadang mencuci kaki. Klien mengatakan kegiatan setelah bangun tidur adalah merapikan tempat tidur terlebih dahulu, lalu membuat sarapan dan bekal buat anaknya. Klien mengatakan setelah bangun tidur selalu cuci muka, tetapi tidak menyikat gigi karena biasanya dilakukan pada saat mandi pagi.

f. Penggunaan obat

Klien mengatakan obatnya ada 3 jenis, warnanya kuning dan biru, dan efek samping dari obat nya adalah mengantuk. Klien mengatakan minum obat bisanya tidak dibantu.

g. Pemeliharaan kesehatan

Klien mengatakan adanya perawatan lanjutan. Klien mengatakan ada keluarga untuk membantu perawatan, seperti mengingatkan untuk berobat.

h. Kegiatan di dalam rumah

Klien mengatakan dapat menyiapkan makanan sendiri, menjaga kerapian rumah seperti menyapu, mencuci pakaian sendiri.

i. Kegiatan di luar rumah

Klien mengatakan bekerja sebagai tukang gosok di laundry punya tetangga nya dan berjualan kerupuk kulit dan salad buah dengan menitipkan di warung dan jalan berkeliling.

j. Mekanisme koping

Klien mengatakan jika ada masalah, klien hanya menyimpannya sendiri dan tidak menceritakan pada orang lain. Klien mengatakan, selama dipesantren ingin marah dan membalas perbuatan teman-temannya tapi tidak bisa dan selalu memendam perasaannya sendiri. Ibu klien mengatakan klien hanya ingin bercerita dengan ibunya dan adiknya perempuan yang ke enam. ada masalah yang dialami dan klien merupakan orang yang tertutup serta jika ada masalah selalu dijadikan beban pikiran; klien adalah orang yang mudah merasa kesal dan mudah tersinggung. Mekanisme koping yang digunakan adalah menarik diri.

k. Masalah psikososial dan lingkungan

Klien mengatakan tidak ada masalah yang spesifik terkait dukungan kelompok, lingkungan, pekerjaan, perumahan, ekonomi, pelayanan kesehatan, serta dukungan lingkungan fisik.

l. Pengetahuan

Klien mengatakan penyakit jiwa mempunyai gejala seperti cemas dan susah tidur. Klien dapat menyebutkan faktor yang menyebabkan klien mengalami gangguan jiwa, koping yang digunakan, dan sistem pendukung.

m. Tugas kesehatan keluarga:

n. Mengenal masalah kesehatan

Ibu klien mengatakan anaknya mengalami tekanan jiwa. Tanda dan gejalanya adalah sering bicara sendiri, suka marah-marah tanpa sebab, dan suka tertawa sendiri. Keluarga mengetahui obat – obat yang diminum klien. Namun keluarga tidak terlalu mengingatkan klien untuk selalu minum obat.

o. Mengambil keputusan

Ibu klien mengatakan anaknya sudah pernah dibawa ke orang pintar sekali pada tahun 1998, empat kali ke Rumah Sakit yaitu ke RSCM satu tahun tujuh bulan sampai tahun 2000, pengobatan di RS. Marzuki Bogor sudah menjalani pengobatan sudah empat tahun sampai tahun

2007, menjalani pengobatan di RSUD Bekasi sampai tahun 2019, dan menjalani pengobatan di RS Bella Bekasi Timur dari bulan Juli sampai saat ini .

p. Perawatan kesehatan

Keluarga hanya mengetahui perawatan kesehatan klien adalah minum obat-obatan, tetapi keluarga klien belum melakukan perawatan kesehatan seperti membantu klien dalam mengatur emosinya, cara bersosialisasi dengan lingkungan disekitar supaya klien tidak pasif di lingkungan sekitar.

q. Memodifikasi lingkungan

Keluarga belum menciptakan suasana lingkungan sesuai kondisi klien, yaitu ayah klien masih jarang mengobrol dengan klien.

r. Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan

Klien sudah menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan, seperti menggunakan BPJS untuk mengambil obat-obatan klien.

s. Terapi medik

t. Diagnosa medik adalah F20.0 skizofrenia paranoid.

u. Obat-obatan : Trihexyphenidil 1x2mg, Risperidone 1x2mg, dan Haloperidol 2x25mg

v. Analisa Data

Tabel 3.2 Analisa Data

Hari/ tanggal/ waktu	Data	Masalah
Sabtu, 07 Maret 2020 Jam 19.00	<p><b>Data Subjektif:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan mendengar suara bisikan perempuan hampir setiap hari saat tidak ada aktivitas</li> <li>- Klien mengatakan suara bisikan hinaan “Marni kamu itu bodoh bego, kamu tidak bisa apa apa. kamu itu gila” kepada klien</li> </ul>	<p>Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Pendengaran</p>

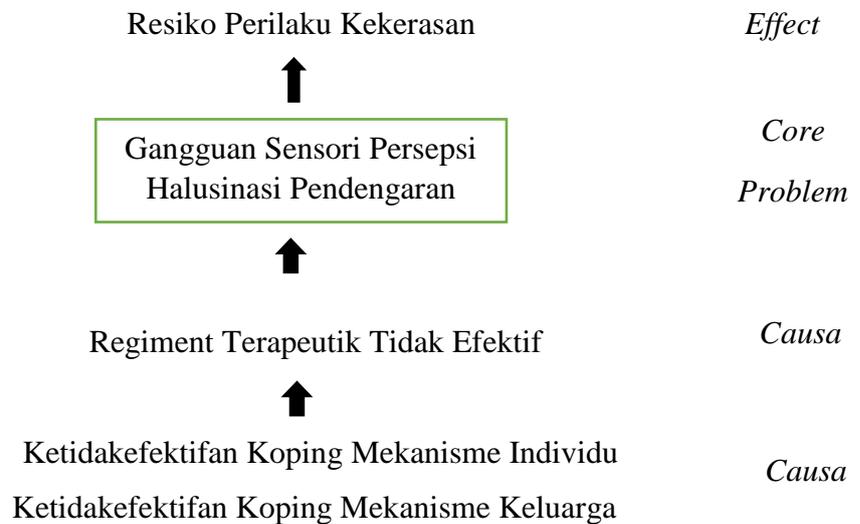
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan suara tersebut muncul selama 5 kali dalam sehari ketika klien sedang diam, melamun dan tidak beraktivitas.</li> <li>- Klien mengatakan suara sering datang setiap sebelum dan sesudah adzan maghrib. Sekitar pukul 07.00, 12.00, 15.00, 17.00, 22.00 Dan durasi sekitar 20 detik.</li> <li>- Klien mengatakan sedih, kesal dan takut mendengar suara tersebut.</li> <li>- Klien mengatakan untuk mengusir suara tersebut, klien hanya mengucapkan istigfar kepada allah, dan mengajak berkomunikasi dengan orang yang ada disekitarnya</li> <li>- Klien mengatakan menyadari apa yang di dengarnya itu adalah suatu hinaan bagi klien yang perkataannya tidak baik.</li> <li>- Klien mengatakan sangat merasa terganggu dan kadang tidak merasa terganggu.</li> </ul> <p><b>Data Objektif:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak sedih ketika menceritakan halusinasinya.</li> </ul>	
Minggu 8 maret 2020 Jam 19.00	<p><b>Data Subjetif:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ibu klien mengatakan klien adalah orang yang mudah tersinggung dan mudah merasa kesal</li> <li>- Klien mengatakan jika, ia tidak dapat menuruti permintaan anaknya,</li> </ul>	Resiko perilaku Kekerasan

	<p>maka klien akan merasa menyalahkan kepada dirinya sendiri.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan sampai saat ini, ia masih kesal dengan teman-teman yang pernah membully klien.</li> <li>- Klien mengatakan sampai saat ini masih kesal karena pernah menjadi korban kekerasan seksual oleh teman pria nya saat masih SMK</li> <li>- Klien mengatakan hampir pernah memukul anaknya saat masih bayi, karena selalu menangis.</li> </ul> <p><b>Data Objektif:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak tegang saat menceritakan peristiwa yang tidak menyenangkan</li> <li>- Klien tampak bicara cepat dan intonasinya cepat.</li> <li>- Klien tampak mengepalkan tangannya selama &gt;10 detik.</li> </ul>	
<p>Selasa, 10 Maret 2020 19.00</p>	<p><b>Data Subjetif:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ibu klien mengatakan pada tahun 2000, klien pernah putus minum obat selama seminggu.</li> <li>- Ibu klien mengatakan tahun 2002, klien kembali dirawat di RS Marzoeki Mahdi Bogor klien pernah putus minum obat selama 3-4 hari</li> <li>- Tahun 2003 bulan Februari klien sedang mengandung anaknya yang</li> </ul>	<p>Regimen Terapeutik Tidak Efektif</p>

	<p>pertama. Klien mulai putus minum obat. Klien mengatakan tidak ingin anaknya terkena penyakit gangguan jiwa seperti dirinya</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tahun 2007 suaminya meninggal dan sangat sedih ketika mendapat kabar seperti itu. Ibu klien mengatakan klien menjadi putus minum obatnya selama lima hari.</li> <li>- Tahun 2010 Klien mengatakan putus minum obat selama 4 hari. Karena klien sering disakiti oleh suaminya</li> </ul> <p><b>Data Objektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Obat klien terakhir diminum terakhir ada 3 jenis obat.</li> </ul>	
<p>Selasa, 10 Maret 2020 19.00</p>	<p><b>Data Subjektif:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengatakan pendapatnya tidak pernah didengarkan oleh keluarganya.</li> <li>- klien mengatakan selalu menuruti keinginan orangtua dan saudara saudaranya</li> <li>- klien mengatakan saat masih sekolah SMA selalu dijaga oleh kakaknya, tidak boleh pulang malam, dan pulang tidak boleh diantar temannya.</li> <li>- Ibu klien mengatakan setiap klien mengamuk, klien langsung dipasung dan diberi obat saja.</li> <li>- Klien mengatakan orang tua nya</li> </ul>	<p>Ketidakefektifan mekanisme koping keluarga</p>

	<p>tidak pernah memberikan <i>reward</i> kepada klien, bahkan ketika klien mencapai suatu hal, ibu dan kakak-kakaknya selalu menganggap itu adalah hal yang biasa dan meremehkannya.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ibu klien mengatakan, dari dulu setiap klien menang lomba, jarang memberikan selamat atau hadiah kepada klien.</li> </ul> <p><b>Data Objektif:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pola asuh yang diterapkan orangtua adalah pola asuh otoriter</li> <li>- Pada bagian kedua kaki klien, terlihat bekas luka pasung</li> </ul>	
<p>Selasa, 10 Maret 2020 19.00</p>	<p><b>Data Subyektif:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan jika mempunyai masalah memilih untuk dipendam saja dan tidak ingin orang lain tahu masalahnya.</li> <li>- Klien sempat mendapat perkataan tidak baik oleh orangtuanya dan anaknya yang membuat klien tertekan.</li> <li>- Klien mengatakan keluarganya saat ini sudah tidak peduli lagi dengan keadaannya</li> </ul> <p><b>Data Obyektif:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Raut wajah klien tampak sedih</li> <li>- Suara klien terdengar pelan dan kecil</li> </ul>	<p>Ketidakefektifan mekanisme koping individu</p>

## B. Pohon Masalah



Gambar 3.3 Pohon Masalah Klien

## C. Diagnosa Keperawatan

1. Halusinasi Pendengaran.
2. Regiment Terapeutik Tidak Efektif.
3. Ketidakefektifan Mekanisme Koping Individu.
4. Ketidakefektifan Mekanisme Koping Keluarga.
5. Risiko Perilaku Kekerasan.

## D. Perencanaan Keperawatan

Rencana keperawatan untuk klien dengan gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran.

Tujuan umum: klien dapat mengontrol halusinasinya yang dialami

Tujuan khusus:

- 1) TUK 1: klien dapat membina hubungan saling percaya

Kriteria hasil: setelah dilakukan 2 x interaksi, klien mampu membina hubungan saling percaya dengan perawat, dengan kriteria ekspresi wajah bersahabat, menunjukkan rasa senang, ada kontak mata, mau berjabat

tangan, mau menyebutkan nama, mau membalas salam, mau berdampingan dengan perawat, dan mau mengungkapkan perasaannya.

Tindakan keperawatan:

- a) Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik
  - (1) Sapa klien dengan ramah baik verbal maupun non verbal.
  - (2) Perkenalkan nama, nama panggilan, dan tujuan perawat.
  - (3) Tanyakan nama lengkap dan panggilan yang disukai klien.
  - (4) Buat kontrak yang jelas.
  - (5) Tunjukkan sikap jujur dan menunjukkan sikap empati serta menerima apa adanya.
  - (6) Beri perhatian kepada klien dan perhatikan kebutuhan dasar klien.
  - (7) Beri kesempatan klien untuk mengungkapkan perasaannya.
  - (8) Dengarkan ungkapan klien dengan penuh perhatian pada ekspresi perasaan klien.

## 2) TUK 2: klien dapat mengenal halusinasinya

Kriteria hasil: setelah dilakukan 2x interaksi, klien dapat menyebutkan isi, waktu, frekuensi, situasi dan kondisi yang dapat menimbulkan halusinasi.

Tindakan keperawatan:

- a) Adakan kontak sering dan singkat secara bertahap.
- b) Observasi tingkah laku yang terkait dengan halusinasi (verbal dan non verbal).
- c) Bantu mengenal halusinasinya.
- d) Jika klien tidak sedang berhalusinasi, klarifikasi tentang adanya pengalaman halusinasi, diskusikan dengan klien isi, waktu, dan frekuensi halusinasi, situasi, dan kondisi yang dapat memicu muncul atau tidaknya halusinasi.
- e) Diskusi tentang apa yang dirasakan saat terjadi halusinasi.
- f) Dorong untuk mengungkapkan perasaan saat terjadi halusinasi.
- g) Diskusikan tentang dampak yang akan dialaminya, jika klien menikmati halusinasinya.

3) TUK 3: klien dapat mengontrol halusinasinya.

Kriteria hasil: setelah 2x interaksi klien dapat mengontrol halusinasinya.

Tindakan keperawatan:

- a) Identifikasi bersama tentang cara tindakan jika terjadi halusinasi.
- b) Diskusikan manfaat cara yang digunakan klien:
  - (1) Jika cara tersebut adaptif, beri pujian kepada klien.
  - (2) Jika cara maladaptif, diskusikan dengan klien apa kerugiannya.
- c) Diskusikan cara mengontrol halusinasinya seperti menghardik.
- d) Bantu klien memilih cara yang sudah dianjurkan dan latih klien untuk mencobanya.
- e) Pantau pelaksanaan tindakan yang telah dipilih dan dilatih. Jika berhasil, berikan klien pujian.

4) TUK 4: klien dapat mengetahui cara untuk mengontrol halusinasi.

Kriteria hasil: setelah 2x interaksi klien dapat memahami ada empat cara mengontrol halusinasi dan melakukannya.

Tindakan keperawatan:

- Diskusikan cara mengontrol halusinasinya:

- a) Melawan: menghardik.
- b) Mengendalikan: minum obat.
- c) Distraksi: bercakap-cakap.
- d) Distraksi: melakukan kegiatan.

5) TUK 5: klien dapat memanfaatkan obat dengan baik.

Kriteria hasil: setelah 2x interaksi, klien dapat menyebutkan manfaat, dosis, dan efek samping obat serta frekuensi, mendemonstrasikan penggunaan obat, memahami akibat berhentinya obat tanpa konsultasi, menyebutkan prinsip lima benar penggunaan obat.

Tindakan keperawatan:

- Diskusikan bersama klien, cara minum obat dengan benar
  - a) Diskusikan dengan klien mengenai manfaat, dosis, frekuensi, dan efek samping.
  - b) Diskusikan akibat berhenti konsumsi obat tanpa konsultasi.
  - c) Bantu klien menggunakan obat dengan prinsip 5 benar.
  - d) Mendemonstrasikan cara penggunaan obat.

6) TUK 6: keluarga dapat merawat klien dirumah dan menjadi sistem pendukung yang efektif untuk klien.

Kriteria hasil: setelah 2x berinteraksi, keluarga dapat menyebutkan pengertian, tanda, dan tindakan untuk mengendalikan halusinasi.

- Diskusikan dengan keluarga (pada saat kunjungan rumah):
  - (1) Gejala halusinasi yang dialami klien.
  - (2) Cara yang dapat dilakukan klien dan keluarga untuk memutuskan halusinasi.
  - (3) Cara merawat anggota keluarga dengan gangguan halusinasi dirumah beri kegiatan, jangan biarkan sendiri, makan bersama, berpergian bersama, jika klien sedang sendiri di rumah, lakukan kontak dengan telepon.
  - (4) Beri informasi tentang tindak lanjut (*follow up*) atau kapan perlu mendapat bantuan: halusinasi tidak terkontrol dan risiko mencederai orang lain.

Kriteria hasil: setelah 2x berinteraksi keluarga dapat menyebutkan jenis, dosis, waktu pemberian, manfaat, serta efek samping obat.

- a) Diskusikan dengan keluarga tentang jenis, dosis, waktu pemberian, manfaat, serta efek samping obat.
- b) Anjurkan kepada keluarga berdiskusi dengan dokter tentang manfaat dan efek samping obat.

Berdasarkan tujuan khusus diatas, penulis meringkas dalam bentuk strategi pelaksanaan.

#### 1. Strategi Pelaksanaan 1 : Menghardik

Setelah dilakukan 2 kali pertemuan, klien mampu melakukan cara mengontrol halusinasi dengan menghardik secara mandiri.

- a. Bina hubungan saling percaya.
- b. Identifikasi isi, frekuensi, waktu terjadi, situasi pencetus, perasaan, respon klien, serta upaya yang telah dilakukan klien untuk mengontrol halusinasi.
- c. Jelaskan pengertian, penyebab, tanda dan gejala halusinasi.
- d. Jelaskan cara mengontrol halusinasi dengan menghardik.
- e. Berikan contoh cara menghardik.
- f. Berikan waktu klien untuk mencontohkan cara menghardik.
- g. Berikan pujian atas setiap tindakan.

#### 2. Strategi Strategi Pelaksanaan 2 : Minum Obat

Setelah dilakukan 2 kali pertemuan, klien mampu melakukan cara mengontrol halusinasi dengan menggunakan prinsip 5 benar minum obat.

- a. Evaluasi tanda dan gejala halusinasi.
- b. Validasi kemampuan klien mengenal halusinasi dalam mengontrol halusinasi dengan menghardik.
- c. Berikan pujian atas setiap tindakan.
- d. Berikan contoh cara 5 benar minum obat (obat, klien, cara, waktu, dan dosis).
- e. Berikan kesempatan klien mempraktekkan cara 5 benar minum obat (obat, klien, cara, waktu, dan dosis).
- f. Berikan pujian atas setiap tindakan.

#### 3. Strategi Pelaksanaan 3 : Bercakap-cakap

Setelah dilakukan 2 kali pertemuan, klien mampu melakukan cara mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain.

- a) Evaluasi tanda dan gejala halusinasi.
- b) Jelaskan cara mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap.
- c) Berikan contoh cara bercakap-cakap.
- d) Berikan kesempatan klien mempraktekkan cara bercakap-cakap.
- e) Beri pujian atas setiap kemajuan interaksi yang telah dilakukan oleh klien.
- f) 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. Strategi Pelaksanaan 4 : Melakukan aktivitas kegiatan

Setelah dilakukan 2 kali pertemuan, klien mampu melakukan cara mengontrol halusinasi dengan melakukan aktivitas kegiatan secara mandiri.

- a) Jelaskan pentingnya aktivitas yang teratur untuk mengatasi halusinasi
- b) Diskusikan aktivitas yang biasa dilakukan klien
- c) Latih klien melakukan aktivitas
- d) Susun jadwal aktivitas sehari-hari sesuai dengan aktivitas yang telah dilatih. Upayakan klien mempunyai aktivitas dari bangun pagi sampai tidur malam, 7 hari dalam seminggu
- e) Pantau pelaksanaan jadwal kegiatan; memberikan penguatan terhadap perilaku klien yang positif.

#### E. **Implementasi** dan Evaluasi Keperawatan

Nama Klien / Umur: Ny.M / 38 Tahun

Diagnosa Keperawatan: GSP: Halusinasi pendengaran

##### 1. **Implementasi hari ke 1: individu**

Sabtu, 07 Maret 2020 (19.00 – 21.00)

Data Subyektif:

- a. Klien mengatakan suka mendengar suara suara wanita dan pria yang mengatakan bahwa dirinya bodoh, bego, gila dan tidak berguna dalam keluarga.
- b. Klien mengatakan mendengar suara tersebut muncul selama 5 kali dalam sehari ketika klien sedang diam, melamun dan tidak beraktivitas.
- c. Klien mengatakan suara sering datang setiap sebelum dan sesudah adzan maghrib. Sekitar pukul 07.00, 12.00, 15.00, 17.00, 22.00, 23.00 dan durasi sekitar 20 menit.
- d. Klien mengatakan saat suara itu muncul, klien mengatakan sedih, kesal dan takut mendengar suara tersebut.
- e. Klien mengatakan untuk mengusir suara tersebut, klien hanya mengucapkan istigfar kepada allah, dan mengajak berkomunikasi dengan orang yang ada disekitarnya.
- f. Klien mengatakan sangat merasa terganggu dan kadang tidak merasa terganggu.

Data Obyektif :

- a. Klien tampak sedih ketika menceritakan halusinasinya.

**Melakukan SP 1** Pertemuan pertama kepada Ny. M:

Membina hubungan saling percaya

- a. Membina hubungan saling percaya

Hasil: klien menyebutkan nama dan panggilan kesukaan

- b. Mengidentifikasi isi, frekuensi, waktu terjadi, situasi pencetus, perasaan, respon klien, serta upaya yang telah dilakukan klien untuk mengontrol halusinasi.

Hasil: Klien mengatakan mendengar suara bisikan perempuan hampir setiap hari saat tidak ada aktivitas. Klien mengatakan suara bisikan hinaan “Marni kamu itu bodoh bego, kamu tidak bisa apa apa. kamu itu gila” kepada klien. Klien mengatakan suara tersebut muncul selama 5 kali dalam sehari ketika klien sedang diam, melamun dan tidak beraktivitas. Klien mengatakan suara sering datang setiap

sebelum dan sesudah adzan maghrib. Sekitar pukul 07.00, 12.00, 15.00, 17.00, 22.00, 23.00 Dan durasi sekitar 20 detik. Klien mengatakan sedih, kesal dan takut mendengar suara tersebut. Klien mengatakan untuk mengusir suara tersebut, klien hanya mengucapkan istigfar kepada Allah, dan mengajak berkomunikasi dengan orang yang ada disekitarnya. Klien mengatakan menyadari apa yang di dengarnya itu adalah suatu hinaan bagi klien yang perkataannya tidak baik. Klien mengatakan sangat merasa terganggu dengan suara halusinasi tersebut. Klien tampak menceritakan isi halusinasi nya dengan suaranya yang kecil dan ekspresi muka tampak sedih.

- c. Menjelaskan pengertian, penyebab, tanda dan gejala Halusinasi  
 Hasil: klien tampak memperhatikan dan tampak bingung  
 Menjelaskan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik  
 Hasil: klien tampak fokus memperhatikan
- d. Mempraktikan kembali contoh cara menghardik  
 Hasil: klien tampak fokus dan memperhatikan
- e. Memberikan kesempatan kepada klien untuk mencontohkan cara menghardik  
 Hasil: klien tampak dapat melakukan menghardik dengan baik.
- f. Memberikan kesempatan klien untuk mengungkapkan perasaannya.  
 Hasil: klien mengatakan tidak cemas lagi sudah mengetahui cara menghardik untuk mengusir halusinasi

#### Rencana Tindak Lanjut:

- a. Melatih SP 2 mengontrol halusinasi dengan cara minum obat enam benar
- b. Melatih SP 3 mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap
- c. Melatih SP 4 mengontrol halusinasi dengan cara melakukan kegiatan.

**Evaluasi:****Subjektif:**

- a. Klien mengatakan mendengar suara bisikan perempuan hampir setiap hari saat tidak ada aktivitas.
- b. Klien mengatakan suara bisikan hinaan “Marni kamu itu bodoh bego, kamu tidak bisa apa apa. kamu itu gila” kepada klien.
- c. Klien mengatakan suara tersebut muncul selama 5 kali dalam sehari ketika klien sedang diam, melamun dan tidak beraktivitas.
- d. Klien mengatakan suara sering datang setiap sebelum dan sesudah adzan maghrib. Sekitar pukul 07.00, 12.00, 15.00, 17.00, 22.00, 23.00 Dan durasi sekitar 20 menit.
- e. Klien mengatakan sedih, kesal dan takut mendengar suara tersebut. Klien mengatakan untuk mengusir suara tersebut, klien hanya mengucapkan istigfar kepada Allah, dan mengajak berkomunikasi dengan orang yang ada disekitarnya.
- f. Klien mengatakan menyadari apa yang di dengarnya itu adalah suatu hinaan bagi klien yang perkataannya tidak baik.
- g. Klien mengatakan sangat merasa terganggu dengan suara halusinasi tersebut.
- h. Klien tampak menceritakan isi halusinasi nya dengan suaranya yang kecil dan ekspresi muka tampak sedih.

**Objektif:**

- a. Klien tampak kooperative dan fokus kepada perawat.
- b. Klien dapat melakukan cara menghardik dengan benar tetapi tidak terlalu lancar.
- c. Klien tampak dapat menyebutkan jenis halusinasi. Klien dapat menjawab 2 dari 4 tanda dan gejala halusinasi

**Analisa:**

- a. GSP : Halusinasi Pendengaran

- b. Kemampuan klien bertambah dalam mengontrol halusinasi dengan cara menghardik

### **Planning**

- a. Klien : Evaluasi cara mengontrol halusinasi SP 1 dengan menghardik
- b. Perawat : Latih cara mengontrol halusinasi SP 2 yaitu dengan cara 5 benar minum obat

## **2. Implementasi hari ke 2 (individu)**

### **Strategi Pelaksanaan (SP 2) Minggu, 08 Maret 2020 (19.00-22.00)**

#### Data Subyektif:

- a. Klien mengatakan perasaannya hari ini baik.
- b. Klien mengatakan masih ingat dengan perawat dan memanggilnya perawat
- c. Klien mengatakan semalam dan sebelum perawat E datang, klien mendengar suara yang mengatakan dirinya bodoh, dan tidak berguna.
- d. Klien mengatakan mendengar suara tersebut selama 5 menit. Dan di siang hari klien mendengar suara itu menyuruhnya untuk membanting meja dirumahnya. Pada saat itu respon klien hanya kesal dan sedih.
- e. Klien mengatakan sudah menghardik saat suara itu muncul. Klien mengatakan melakukan mengahardik dengan cara tutup telinga dan berkata “Pergi kamu pergi saya tidak mau dengar kamu” dan mengucapkan istigfar.
- f. Klien mengatakan obatnya hanya ada 3 yaitu biru, kuning, dan putih. Cara minumnya dengan cara diminum melalui mulut. Waktu minum obat pukul 07.00, 14.00 dan 18.00 WIB. Namun obat warna putih sebelum tidur.

#### Data obyektif :

- a. Klien kooperatif tampak baik hari ini. klien dapat melawan halusinasi dengan cara menghardik. Klien masih ingat dengan perawat. Klien dapat menyebutkan warna, cara, dan waktu minum obat.

- b. Klien tampak menunjukkan ekspresi sedih ketika menceritakan halusinasinya.

**Melakukan SP 2 Pertemuan pertama kepada Ny.M:**

- a. Megevaluasi tanda dan gejala halusinasi  
Hasil: klien tampak fokus dan dapat menjelaskan dengan baik tanda dan halusinasi
- b. Memvalidasi kemampuan klien mengenal halusinasi dan mengontrol halusinasi dengan menghardik  
Hasil: klien tampak mampu melakukan menghardik dengan baik
- c. Memberikan pujian atas setiap tindakan  
Hasil: klien tampak tersenyum kepada perawat
- d. Mengkaji pengobatan, menjelaskan pentingnya minum obat  
Hasil: klien mengatakan saat ini tidak pernah putus minum obat
- e. Menjelaskan akibat tidak minum obat sesuai program medis  
Hasil: klien tampak memperhatikan dengan fokus
- f. Menjelaskan 5 benar minum obat, manfaat dan jenis, serta efek sampingnya  
Hasil: klien tampak memperhatikan dengan baik dan fokus
- g. Memberi kesempatan klien kembali mempraktikkan cara lima benar minum obat .  
Hasil: klien dapat menjelaskan kembali cara lima benar minum obat Sampingnya

**Rencana Tindak Lanjut:**

- a. Melatih klien berlatih berinteraksi secara bertahap: bercakap-cakap dengan orang lain.

**Evaluasi:**

**Subjektif:**

- a. Klien mengatakan obatnya hanya ada 3 berwarna biru, kuning, dan putih.

- b. Klien mengatakan obat pertama yg warna putih itu Trihexyphenidil HCL, dosisnya 25 mg, dan diminum 1 kali sehari pada pagi dan malam hari, obat kedua yang warna haloperidol dosisnya 25 mg diminum 2 kali sehari pada pagi dan malam dan yang terakhir obat Clozapine berwarna kuning, dosisnya 25mg, dan diminum 2 kali pada pagi dan malam hari
- c. Klien mengatakan tidak boleh putus minum obat supaya tidak rawat lagi di Rumah sakit.
- d. Klien mengatakan efek samping yang dirasakan adalah kadang pusing dan terasa ngantuk jika habis minum obat.
- e. Klien mengatakan manfaat minum obat yaitu untuk mengontrol supaya tidak cepat marah dan tidak mendengar suara-suara halusinasi lagi.
- f. Klien mengatakan bentuk obat adalah tablet dengan cara diminum.
- g. Klien mengatakan Cara minumnya dengan cara diminum melalui mulut. Waktu minum obat pukul 07.00, 14.00 dan 19,00 WIB. Namun obat berwarna putih hanya diminum sekali sebelum tidur.

### **Obyektif**

- a. Klien tampak Kooperatif dapat melakukan menghardik. Klien masih ingat dengan perawat.
- b. Klien dapat menyebutkan warna, cara, dan waktu minum obat.

### **Analisa:**

- a. Klien dapat melakukan cara mengontrol halusinasi yang pertama dengan menghardik
- b. Klien tampak mampu menyebutkan nama nama obat yang diminum
- c. Klien tampak mampu menyebutkan lima cara benar minum obat (waktu, kegunaan obat, efek samping, dan tanggal kadaluarsa)

### **Planning:**

- a. Klien: latih cara mengontrol halusinasi secara bertahap: bercakap-cakap

b. Perawat:

- 1) Evaluasi cara mengontrol halusinasi SP 1 dan SP 2 yaitu dengan cara menghardik dan minum obat.
- 2) Latih cara mengontrol halusinasi dengan SP 3 cara Bercakap - cakap dengan orang lain.

**3. Implementasi hari ke 3 (individu)**

**Strategi Pelaksanaan (SP 3) Senin, 09 Maret 2020 (19.00-22.00)**

Data Subyektif:

- a. Klien mengatakan terakhir marah pada anaknya yaitu pada siang hari tadi karena anak klien berbicara dengan klien dengan nada yang tinggi dan sedikit keras
- b. Klien mengatakan mendengar suara perempuan dan laki-laki 3 kali. Dan suara tersebut terdengar selama 5 menit. Klien mengatakan suara itu menyuruhnya untuk memarahi anaknya. Klien mendengar suara tersebut sangat mengganggu aktivitasnya. Klien mengatakan setelah memarahi anaknya, klien langsung mengucapkan istigfar.
- c. Klien mengatakan obat yang dikonsumsi ada tiga warna yaitu biru, kuning, dan putih.
- d. Klien mengatakan obat pertama yg warna putih itu Trihexyphenidil. dosisnya 25 mg, dan diminum 1 kali sehari pada pagi dan malam hari, obat kedua yang warna haloperidol dosisnya 25 mg diminum 2 kali sehari pada pagi dan malam dan yang terakhir obat Clozapine berwarna kuning, dosisnya 25mg, dan diminum 2 kali pada pagi dan malam hari. Klien mengatakan tidak boleh putus minum obat dan kontrol sebulan sekali

Data Obyektif:

- a. Klien tampak tegang
- b. Ketika membicarakan terkait penyebab marah, intonasi suara klien berubah menjadi tinggi. mengatakan terakhir marah pada ayahnya yaitu pada hari rabu setelah pulang dari kampung.

**Melakukan SP 3 Pertemuan pertama kepada Ny.M:**

- a. Memvalidasi kemampuan klien lima benar minum obat  
 Hasil: klien dapat melakukan enam benar minum obat dengan baik
- b. Mengevaluasi jenis masing-masing obat dan manfaat melakukan menghardik  
 Hasil: klien dapat mengingat nama nama obat dan dapat melakukan menghardik.
- c. Melatih cara mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain  
 Hasil: klien dapat melakukan dengan baik
- d. Memasukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik, minum obat dan bercakap-cakap

**Rencana Tindak Lanjut:**

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

**Evaluasi:**

**Subjektif:**

- a. Klien mengatakan baik perasaannya pada hari ini. Klien mengatakan mengenal perawat E.
- b. Klien mengatakan melawan halusinasi dengan cara menghardik, minum obat, bercakap – cakap sesuai dengan jadwal
- c. Klien mengatakan mendengar suara-suara tetapi sudah jarang. Klien mengatakan cara menghardik dengan cara tutup telinga dan berkata “Pergi kamu pergi saya tidak mau dengar kamu”. Klien mengatakan obatnya ada 3 yang berwarna biru, kuning, dan putih. Klien mengatakan obatnya diminum melalui mulut dan minum obat sesuai jadwal. Klien mengatakan senang bercakap-cakap dengan temannya.

**Objektif**

- a. Klien dapat mengontrol halusinasi dengan menghardik.
- b. Klien dapat menyebutkan warna obatnya.
- c. Klien dapat mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain.

**Analisa:**

- a. Klien dapat melakukan cara mengontrol halusinasi yang pertama dengan menghardik
- b. Klien tampak mampu menyebutkan nama nama obat yang diminum
- c. Klien tampak mampu menyebutkan lima cara benar minum obat (waktu, kegunaan obat, efek samping, dan tanggal kadaluarsa)

**Planning:**

- a. Klien : latihan cara mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan
- b. Perawat:
  - 1) Evaluasi SP 1, SP 2, dan SP 3
  - 2) Lanjutkan SP 4 lanjutkan cara mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan

**4. Implementasi hari ke 4 (individu)**

- a. Memvalidasi kemampuan klien bercakap-cakap dengan orang lain  
Hasil: klien dapat bercakap cakap dengan ibu nya
- b. Mengevaluasi kemampuan klien bercakap-cakap dengan orang lain, jenis masing-masing obat, manfaat melakukan menghardik,  
Hasil: klien dapat berinteraksi bersama ibu dan anaknya dengan baik, klien dapat mengingat nama nama obat dan dapat melakukan cara menghardik.
- c. Melatih cara mengontrol halusinasi dengan cara melakukan aktivitas  
Hasil: klien dapat melakukan dengan baik

- d. Memasukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik, minum obat bercakap-cakap dan melakukan aktivitas.

**Rencana Tindak Lanjut:**

- a. Mengevaluasi cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik
- b. Mengevaluasi cara mengontrol halusinasi dengan cara minum obat enam benar
- c. Mengevaluasi cara mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap
- d. Mengevaluasi cara mengontrol halusinasi dengan cara melakukan kegiatan

**Evaluasi:**

**Subjektif:**

- a. Klien mengatakan melawan halusinasi dengan cara menghardik, minum obat, bercakap – cakap sesuai dengan jadwal
- b. Klien mengatakan mendengar suara-suara laki – laki dan perempuan tetapi sudah jarang. Klien mengatakan hari ini, hanya 3 kali mendengarkan suara itu.
- c. Klien mengatakan cara menghardik dengan cara tutup telinga dan berkata “Pergi kamu pergi saya tidak mau dengar kamu”.
- d. Klien mengatakan obatnya ada 3 yang berwarna biru, kuning, dan putih. Klien mengatakan obatnya diminum melalui mulut dan minum obat sesuai jadwal.
- e. Klien mengatakan senang bercakap-cakap dengan ibunya.
- f. Klien mengatakan lebih senang melakukan aktivitas bekerja membersihkan rumah dan membuat kerupuk untuk dijual.

**Objektif**

- a. Klien dapat mengontrol halusinasi dengan menghardik.
- b. Klien dapat menyebutkan warna obatnya.
- c. Klien dapat mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain.

- d. Klien dapat melakukan aktivitas membersihkan rumah dengan baik.

**Analisa:**

- a. Klien dapat melakukan cara mengontrol halusinasi yang pertama dengan menghardik
- b. Klien tampak mampu menyebutkan nama nama obat yang diminum
- c. Klien tampak mampu menyebutkan lima cara benar minum obat (waktu, kegunaan obat, efek samping, dan tanggal kadaluarsa)
- d. Kemampuan klien menambah dengan melakukan aktivitas yang disukai ketika nanti mendengar halusinasi tersebut.

**Planning:**

- a. Klien : latihan cara mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan
- b. Perawat: Evaluasi SP 1, SP 2, SP 3, dan evaluasi SP 4 melakukan aktivitas

**5. Implementasi: Pertemuan 1 (keluarga)**

Tanggal 09 Maret 2020, (19.00-21.00) WIB

Data Subyektif:

- a. Ibu klien mengatakan anaknya mengalami tekanan jiwa. Tanda dan gejalanya adalah sering bicara suka mengamuk, marah tanpa sebab, dan suka menyendiri.
- b. Ibu klien mengatakan anaknya sudah pernah dipasung sekali, berobat ke RSCM dua tahun, berobat rawat inap di RS Marzuki di Bogor kontrol selama empat tahun, berobat rawat jalan di RS Marzuki Bogor selama empat tahun, berobat di RSUD Bekasi selama tujuh tahun, dan berobat di RS Bella selama setahun sampai saat ini.
- c. Ibu klien mengatakan kadang bingung mau ngobrol apa dengan klien, karena takut klien merasa tersinggung.

**Data Obyektif:**

- a. Keluarga hanya mengetahui perawatan kesehatan klien adalah minum obat-obatan, tetapi belum melakukan perawatan kesehatan seperti membantu klien dalam mengatur emosinya serta bersosialisasi.
- b. Keluarga belum menciptakan suasana lingkungan sesuai kondisi klien, yaitu ayah klien masih sering menyindir dan jarang berbicara dengan klien.
- c. Keluarga sudah menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan, seperti membawa klien ke RSCM, RS Marzuki Bogor, RSUD Bekasi, RS Bella, Keluarga menggunakan BPJS untuk mendapatkan pengobatan dan mengambil obat-obatan klien.

**Melakukan Implementasi: SP 1 pertemuan pertama keluarga**

Hari/Tanggal, Jam: Selasa, 09 Maret 2020 (19.00-21.00)

- a. Buat kontrak pertemuan dengan keluarga (waktu, tempat, topic).
- b. Diskusikan dengan keluarga tentang pengertian halusinasi, tanda dan gejala, proses terjadinya, cara yang bisa dilakukan oleh klien dan keluarga untuk memutuskan halusinasi, obat-obat halusinasi, cara merawat klien halusinasi dirumah, beri informasi waktu follow up atau kapan perlu mendapat bantuan.
- c. Beri reinforcement positif atas keterlibatan keluarga.
- d. Melatih keluarga menciptakan suasana keluarga yang tenang dan perhatian.
- e. Menganjurkan membantu klien sesuai jadwal dan memberi pujian.

**Rencana Tindak Lanjut:** Lakukan SP 2 keluarga: cara merawat.

**Evaluasi keperawatan****Subyektif:**

- a. Ibu klien mengatakan masalah yang dirasakan hanya kurang mempunyai waktu untuk berinteraksi dengan klien dan takut klien merasa tersinggung.

- b. Ibu klien mengatakan klien beresiko untuk marah-marah seperti memukul dan berbicara yang keras.
- c. Ibu klien mengatakan obat-obatan yang klien konsumsi ada 3 dan setiap bulan harus control.

**Obyektif:**

- a. Ibu klien tampak paham dan dalam melakukan perawatan klien
- b. Ibu klien tampak kurang kooperatif dengan perawat.

**Analisa :** Ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan (kemampuan yang bertambah yaitu mengenal masalah Halusinasi).

**Planning:**

- a. Keluarga: melatih cara merawat klien dengan Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi.
- b. Perawat: Ulangi SP 1 keluarga.

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Pada bab ini akan di jelaskan adakah kesenjangan antara teori dengan kasus yang telah ditemukan pada bab sebelumnya, seperti adanya faktor – faktor pendukung atau penghambat dalam penyusunan asuhan keperawatan.

#### **A. Konsep Medik**

Pada kasus, klien mengalami skizofrenia tipe paranoid dengan gejala positif yaitu halusinasi pendengaran. Data yang mendukung diagnosa tersebut adalah adanya gejala – gejala yang muncul yang terdapat pada klien yaitu, klien mengalami halusinasi pendengaran. Tanda gejala yang dialami klien seperti mendengar suara-suara yang mengatakan dirinya bodoh, jelek dan tidak berguna selama 20 detik. Faktor yang memicu terjadinya skizofrenia paranoid pada kasus adalah pengalaman *bullying* yang dialami oleh klien. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian yang menyebutkan bahwa *bullying* menjadi salah satu pengalaman interpersonal negatif yang dikaitkan dengan munculnya ide paranoid dan kecurigaan (Masillo, 2017), Klien mendapat terapi Trihexyphenidil 1x2mg, Risperidone 1x2mg, dan Haloperidol 2x25mg. Terapi Trihexylpenidyl bersifat antiparkinson yaitu untuk mengurangi efek samping yang dihasilkan dari Risperidone dan Haloperidol.

Pemberian terapi tersebut sudah sesuai dengan tanda dan gejala yang dialami klien, yaitu klien lebih cenderung mengarah ke gejala positif seperti halusinasi. lalu klien diberi terapi Risperidone adalah jenis terapi antipsikotik atipikal, sedangkan terapi obat haloperidol merupakan jenis terapi antipsikotik tipikal. Umumnya penggunaan obat Haloperidol diberikan untuk gejala positif seperti halusinasi, gejala agresif, dan gejala dominan. Sedangkan untuk obat jenis atipikal seperti Risperidone, diberikan kepada

klien yang memiliki gejala positif dan negatif (Aryani, 2016). Jadi tidak ada kesenjangan antara teori dengan kasus.

## **B. Konsep Asuhan Keperawatan**

### **1. Pengkajian Keperawatan**

#### **a. Faktor Predisposisi**

Faktor Predisposisi pada kasus yaitu klien mengatakan mempunyai sepupu kandung dari keluarga ayahnya dan kakek dari ayahnya yang mengalami penyakit gangguan jiwa. Klien mengatakan pernah mengalami peristiwa yang tidak menyenangkan yaitu dirundung oleh teman dipesantrennya, dipasung oleh keluarga klien selama sebulan, selain itu, klien menjadi korban pelecehan seksual. Faktor predisposisi yang dialami klien didukung dengan adanya penelitian yang menyatakan bahwa pengalaman yang tidak menyenangkan yang dialami oleh klien seperti: korban aniaya seksual, mendapat perilaku *bullying*, dikucilkan oleh teman-teman pesantren dan lingkungan disekitarnya. Selain itu faktor biologis atau faktor keturunan, seperti: saudara laki-laki klien dari keluarga Ayah dan kakek klien dari Ayah mengalami gangguan jiwa skizofrenia. Dalam hal ini, faktor predisposisi yang dialami klien dan faktor keturunan dari keluarga klien dapat menyebabkan klien mengalami gangguan jiwa. Selain itu konflik dengan teman, orangtua, yang tidak terselesaikan dapat memicu klien mengalami stressor yang berlebihan. Klien yang mengalami stressor berlebihan, namun mekanisme coping individu yang tidak efektif dapat mengalami gangguan jiwa (Rinawati & Alimansur, 2016).

Faktor predisposisi pada kasus adalah klien kurang mendapatkan perhatian dan dukungan dari keluarga, karena kurangnya interaksi dalam keluarga antara ibu, ayah, saudara klien, dan anak. Serta pola asuh keluarga yang diterapkan keluarga klien berbeda-beda antara ibu dan kakak laki-laki klien. Ibu klien menerapkan pola asuh otoriter sedangkan kakak klien yang pertama menerapkan pola asuh yang

*appeasers*. Diantara kedua pola asuh ini yang paling menonjol adalah pola asuh otoriter yang diterapkan ibu klien. Hal ini didukung dengan adanya penelitian yang mengatakan, bahwa pola asuh keluarga yang patogenik (seperti otoriter) mempunyai resiko 4,5 kali untuk mengalami gangguan jiwa skizofrenia dibandingkan dengan pola asuh keluarga non patogenik (Erlina & Diby, 2010). *American Pschyatric* mencatat pola asuh orangtua yang otoriter merupakan salah satu faktor predisposisi yang mengakibatkan gangguan jiwa. Ketidak-lenturan (*non resiliences*) jiwa seseorang, akan memudahkan dirinya mengalami gangguan jiwa (Association, 2013 dalam Siregar 2010).

Tipe kepribadian yang dimiliki pada klien adalah *introvert*. Tipe kepribadian tertutup merupakan penyebab terbanyak seseorang mengalami gangguan jiwa. Seseorang dengan kepribadian *Introvert* atau tertutup, cenderung menyimpan segala permasalahannya sendiri dan tidak menceritakan kepada siapapun. Semakin banyak menyimpan masalahnya sendiri dan tidak bercerita kepada siapapun, dapat membuat masalah semakin menumpuk. Semakin menumpuk permasalahannya, semakin susah juga untuk menyelesaikan permasalahan yang dihadapi dengan sendiri, tanpa meminta bantuan kepada orang terdekat yang dapat mengakibatkan seseorang menjadi stress dan mengalami gangguan jiwa. Hal ini juga didukung dengan penelitian yang dilakukan di Desa Paringan Kecamatan Jenangan Ponorogo. Hasil penelitian menunjukkan bahwa gangguan jiwa lebih banyak pada responden yang memiliki tipe kepribadian *introvert* yaitu sebanyak 21 (53.8%) responden. Tipe kepribadian terdiri dari *introvert* dan *ekstrovert*, hal ini sejalan dengan penelitian Yanuar (2012) yang menemukan pada klien dengan tipe kepribadian *ekstrovert* 4 orang (13,33%) tidak mengalami gangguan jiwa, dan yang memiliki tipe kepribadian *introvert* sebanyak 26 orang (86,67%) yang mengalami gangguan jiwa.

b. Faktor Presipitasi

Faktor Presipitasi klien mengatakan hal yang paling menyakitkan adalah saat klien pernah dimarahi oleh anaknya karena klien tidak bisa menuruti keinginan anaknya. Klien mengatakan ingin marah, namun klien berusaha untuk memendamnya dalam hati. Klien juga mengatakan pernah sakit hati ketika ibunya berkata kasar kepada klien kalau klien tidak bisa menjadi Ibu yang baik bagi anak perempuannya, dan Ayah klien yang tidak pernah membela klien saat mendengar perkataan ibunya tersebut. Klien pun semakin malu dan tidak percaya diri dengan perkataan seperti itu. Klien mengatakan ingin marah, namun klien berusaha untuk memendamnya sendiri dalam hati. Klien semakin sedih, kesal, dan menyalahkan dirinya. Klien juga mengatakan menjadi kurang percaya diri karena masih harus minum obat gangguan jiwa dan efeknya bentuk tubuhnya yang melebar ke samping dan pipinya yang semakin gendut. Klien mengatakan semakin malu dan menjadi putus minum obat selama seminggu.

Hal ini didukung dengan penelitian yang menyebutkan bahwa klien yang mengalami gangguan jiwa kebanyakan harus minum obat seumur hidupnya. Hal ini menyebabkan klien akan menghentikan minum obat. Selain merasa minder, klien dengan pengetahuan yang kurang akan menghentikan minum obat karena merasa sudah sembuh atau gejala tidak muncul. Hal ini akan memicu kekambuhan gangguan jiwa (Rinawati, 2016). Hasil penelitian lain juga menyebutkan bahwa klien diperkirakan akan kambuh 50% pada tahun pertama, 70% pada tahun kedua, dan 100% pada tahun kelima setelah pulang dari rumah sakit. Hasil penelitian menunjukkan 25% sampai 50% klien yang pulang dari rumah sakit jiwa tidak minum obat secara teratur sehingga cenderung akan mempercepat kekambuhan yang dikarenakan ketidakpatuhan minum obat (Astuti, 2017).

Dari faktor-faktor tersebut dapat di lihat bahwa terkait masalah klien, klien hanya memendam semua masalah yang di alaminya sehingga berdampak stress bagi klien. Dari faktor-faktor tersebut dapat di lihat bahwa terkait masalah klien, klien hanya memendam semua masalah yang di alaminya sehingga berdampak stress bagi klien. Hal ini di buktikan pada teori dari faktor predisposisi terjadi halusinasi salah satunya dari sosial budaya serta psikologis (Dermawan, 2013). Terjadi persamaan antara teori dengan kasus, salah satunya pada faktor psikologis Pada teori dijelaskan intensitas kecemasan di sertai kemampuan mengatasi masalah, sehingga mekanisme koping yang di gunakan yaitu menghindari kenyataan yang tidak menyenangkan.

Tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus. Menurut Yosep I , (2011) tanda dan gejala halusinasi terdapat data subyektif dan data obyektif, hal ini di buktikan pada kasus. Data subyektif klien mengatakan mendengar suara laki-laki dan perempuan hampir setiap hari saat tidak ada aktivitas, klien mengatakan suara bisikan hinaan “Marni kamu itu bodoh bego, kamu tidak bisa apa apa. kamu itu gila” kepada klien, klien mengatakan suara tersebut muncul selama 5-6 kali dalam sehari ketika klien sedang diam, melamun dan tidak beraktivitas. Klien mengatakan suara sering datang setiap sebelum dan sesudah adzan maghrib. Sekitar pukul 07.00, 12.00, 15.00, 17.00, 22.00., 23.00 dan durasi sekitar 10-20 menit. Klien mengatakan saat suara itu muncul, klien mengatakan sedih, kesal dan takut mendengar suara tersebut.

Data obyektif yang terdapat pada kasus Kontak mata klien lebih dari 30 detik, klien tampak tegang ketika menceritakan halusinasinya, klien tampak menggaruk garuk telinga nya. Pada teori menurut (Yosep I, 2011) yaitu klien mengatakan Mendengar suara atau bunyi yang aslinya suara itu tidak ada, mengatakan melihat bayangan, klien mengatakan dapat melihat sesuatu yang menakutkan, menyedihkan,

menyenangkan, tatapan mata focus pada tempat tertentu, klien tampak ketakutan pada objek yang dilihat, dan klien tampak menggaruk telinganya. Dalam hal ini tidak terjadi kesenjangan antara teori dengan kasus dalam hal tanda dan gejala.

Pada fase halusinasi menurut (Yusuf, 2015) yaitu *comforting*, *condemning*, *controlling*, dan *conquering*. Pada kasus berada pada tahap *Condemning*. Hal ini dapat di buktikan klien mendengar suara laki-laki dan perempuan yang berbisik-bisik pada klien “Marni kamu itu bodoh bego, kamu tidak bisa apa apa. kamu itu gila”. Klien mengatakan mengetahui jika halusinasinya itu mengatakan hal yang menakutkan dan menyedihkan buat klien, sehingga klien tidak menyukai halusinasinya, merasa terganggu saat halusinasinya datang. Pada kasus menggunakan strategi koping menarik diri, klien menunjukkan lebih baik sendiri. Klien mengatakan memiliki empat orang teman, namun klien merasa malu bila jalan bareng dengan temannya. Klien tidak mau memulai untuk berkenalan dan menanggapi berbicara dengan lingkungan warga sekitar sehingga klien menunjukkan kesendiriannya. Menurut (Keliat & Pasaribu, 2016), strategi koping yang sering digunakan pada klien halusinasi adalah regresi, proyeksi, dan menarik diri.

Faktor pendukung yang mempermudah perawat dalam melakukan pengkajian adalah klien yang cukup antusias selama proses pengkajian dan adanya *supportsystem* dengan petugas kesehatan yang ada di Rumah Sakit dalam memberikan data-data sekunder terkait kesehatan klien. Faktor penghambat dalam melakukan pengkajian adalah kurangnya informasi dari keluarga klien yang tidak terlalu kooperatif sehingga data sekunder tidak sepenuhnya terkaji dalam melakukan pengkajian. Untuk mengatasi hal tersebut perawat harus menerapkan bina hubungan saling percaya serta lebih sering berinteraksi pada klien

agar mendapatkan data yang valid serta lebih aktif dalam bertanya pada keluarga klien khususnya orang tua klien.

## 2. Diagnosa Keperawatan

Pada diagnosa keperawatan terjadi kesenjangan antara teori dengan kasus. Pada kasus klien di temukan enam diagnosa keperawatan, yaitu Gangguan persepsi sensori: Halusinasi sebagai *core problem*, Resiko perilaku kekerasan (RPK) sebagai *effect*, Regimen Terapeutik Tidak Efektif, Ketidakefektifan mekanisme koping Individu, Ketidakefektifan Mekanisme Koping Keluarga sebaagi *causa*. Sedangkan pada teori ditemukan tiga diagnosa keperawatan, antara lain Gangguan persepsi sensori: Halusinasi sebagai *core problem*, Isolasi sosial sebagai *causa*, dan Resiko perilaku kekerasan (diri sendiri, orang lain, lingkungan dan verbal) sebagai *effect* (Dermawan, 2013). Alasan ditegakkan diagnosa keperawatan utama halusinasi karena pada saat pengkajian dan observasi, data yang muncul adalah halusinasi dimana pada kasus di temukan Diagnosa Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi sebagai *Core Problem*. Pada kasus diagnosa keperawatan Regimen Terapeutik Tidak Efektif, ketidakefektifan mekanisme koping keluarga, dan ketidakefektifan mekanisme koping individu juga diangkat. Diagnosa regimen terapeutik tidak efektif dibuktikan dengan klien pernah putus minum obat karena efek yang membuat klien pusing, sakit kepala, dan keluarga tidak tahu cara menangani klien saat sedang kambuh. lalu diagnosa ketidakefektifan mekanisme koping keluarga tidak efektif dibuktikan dengan keluarga hanya mengetahui, jika klien kambuh langsung dipasung dan dikasih obat. Dan ketidakefektifan mekanisme koping individu tidak efektif dibuktikan dengan jika mempunyai masalah, klien mengatakan lebih baik dipendam sendiri. Sedangkan pengangkatan diagnosa resiko perilaku kekerasan adalah klien sempat mencoba memukul tetangga nya karena meledeki klien orang gila dan tidak bisa menjadi orangtua yang baik. Faktor pendukung dalam merumuskan diagnosa keperawatan adalah adanya buku referensi dalam teori yang memadai serta didapatkannya data yang sesuai

dengan diagnosa pada teori. Faktor penghambat dalam merumuskan diagnosa keperawatan tidak ada.

### 3. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan harus memiliki beberapa kriteria disusun sesuai *Spesific, Measurable, Acceptable, Rasionable, Time* (SMART) (Rosdahl, 2014). Dalam perencanaan keperawatan tersusun tiga tindakan keperawatan, yaitu tindakan keperawatan untuk klien, tindakan terapi aktivitas kelompok, dan tindakan keperawatan untuk keluarga. Pada klien, *spesifik* adalah perawat melakukan asuhan keperawatan kepada klien dengan halusinasi dan memberikan strategi pelaksanaan untuk klien dengan halusinasi, *Measurable* berarti pada strategi pelaksanaan 1 klien menyebutkan 3 dari 4 tanda dan gejala halusinasi, *Achivable* artinya kemampuan klien dalam mengontrol halusinasi bertambah serta tanda dan gejala berkurang, *Reasonable* artinya diharapkan setelah dilakukan tindakan strategi pelaksanaan, perawat mampu menghadirkan realita kepada klien, dan *Time* adalah frekuensi pertemuan yang diharapkan agar klien mampu mengontrol halusinasi secara mandiri.

Perencanaan keperawatan untuk klien dengan halusinasi terdiri dari tiga tindakan keperawatan, antara lain tindakan keperawatan klien, tindakan keperawatan keluarga, dan terapi aktivitas kelompok (Keliat, 2015). Tindakan keperawatan yang dibuat berupa Strategi Pelaksanaan (SP) yang disesuaikan dengan kondisi klien atau sesuai dengan *core problem* yaitu gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran yang terdiri dari Strategi Pelaksanaan (SP) 1 Menghardik, SP 2: Minum obat secara teratur, SP 3: Bercakap-cakap dengan orang lain, dan yang terakhir SP 4: Melakukan aktivitas. Pada SP 1 perawat merencanakan tiga kali tatap muka dengan tujuan membantu klien mengenal halusinasi, menjelaskan cara mengontrol halusinasi, mengajarkan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, tujuannya supaya frekuensi suara halusinasi dapat berkurang. Hal ini didukung dengan tahap halusinasi yang dialami

yaitu tahap condeming. Lalu Pada SP 2 perawat merencanakan tiga kali tatap muka dengan tujuan melatih klien mengontrol halusinasinya dengan minum obat secara teratur. Hal tersebut agar klien dapat mengenali obat, jadwal minum obat, serta bagaimana cara menggunakan obat. Hal ini didukung oleh pernyataan klien belum mengetahui manfaat obat yang diminum sehingga membuat klien untuk malas minum obat. Lalu pada SP 3 perawat merencanakan tiga kali tatap muka dengan tujuan melatih klien mengontrol halusinasi dengan bercakap – cakap dengan orang lain. Hal tersebut agar klien dapat mengalihkan halusinasi yang di dengarnya dan membangun komunikasi yang baik dengan tetangga disekitar rumahnya, hal ini didukung dengan pernyataan bahwa klien masih tertutup dengan tetangganya karena klien takut diledaki orang gila oleh tetangga sekitar rumahnya. Dan pada SP 4 perawat merencanakan tiga kali tatap muka dengan tujuan klien dapat melakukan aktivitas yang klien sukai dan mengurangi frekuensi suara halusinasi tersebut. Hal ini didukung dengan pernyataan, suara halusinasi muncul saat klien tidak melakukan aktivitas kegiatan.

Dalam hal perencanaan terdapat kesenjangan antara teori dengan kasus. Pada kasus di temukan hanya dua dalam tindakan keperawatan yaitu pada individu dalam melakukan strategi pelaksanaan (SP), tidak dilakukan terapi aktivitas kelompok karena klien sudah berada di lingkungan keluarga dan lingkungan disekitar klien tidak ada kelompok-kelompok khusus yang sesuai dengan kondisi klien, sedangkan terapi ini membutuhkan beberapa individu dengan gejala yang sama, sehingga TAK tidak direncanakan karena tidak memungkinkan untuk pelaksanaannya.

Dalam hal perencanaan, terdapat kesenjangan dalam terapi aktivitas kelompok (TAK). Dalam teori menurut Azizah (2011) dan Keliat, dkk (2014) dalam perencanaan keperawatan tersusun tiga tindakan keperawatan, yaitu tindakan keperawatan untuk klien, tindakan terapi aktivitas kelompok, dan tindakan keperawatan untuk keluarga. Tetapi dikasus hanya ada dua saja yaitu tindakan keperawatan untuk klien, dan

tindakan keperawatan untuk keluarga. Untuk terapi aktivitas kelompok (TAK) tidak dilakukan karena klien sudah berada di lingkungan keluarga dan lingkungan disekitar klien tidak ada kelompok-kelompok khusus yang sesuai dengan kondisi klien, sedangkan terapi ini membutuhkan beberapa individu dengan gejala yang sama. Namun dalam faktor pendukung dalam perencanaan adalah adanya buku referensi yang menjadi acuan dalam penyusunan perencanaan.

#### 4. Pelaksanaan Keperawatan

Pada pelaksanaan keperawatan perawat sudah melakukan asuhan keperawatan sesuai dengan perencanaan keperawatan yang telah di buat. Perawat melaksanakan asuhan keperawatan selama empat hari, yaitu di laksanakan pada 07 Maret 2020 sampai dengan 10 Maret 2020. Pada karya tulis ilmiah ini penulis memasukkan pelaksanaan keperawatan selama empat hari. Terdapat kesenjangan antara perencanaan dan implementasi keperawatan yang sudah di buat oleh perawat, hanya dua dalam tindakan keperawatan yang dilakukan yaitu pada tindakan keperawatan pada individu dan tindakan keperawatan kepada keluarga. Untuk terapi aktivitas kelompok tidak dilakukan, karena sehingga perawat tidak bisa melakukan intervensi dan implementasi keperawatan. Klien sudah berada di lingkungan keluarga dan lingkungan disekitar klien tidak ada kelompok-kelompok khusus yang sesuai dengan kondisi klien, sedangkan terapi ini membutuhkan beberapa individu dengan gejala yang sama.

Pelaksanaan yang mengalami perubahan dari rencana keperawatan adalah strategi pelaksanaan 1 (individu), yaitu dalam perencanaan sebanyak 2 kali interaksi tetapi pada pada pelaksanaan hanya dilakukan 1 kali interaksi. Hal ini terjadi karena klien sudah bisa melaksanakan tindakan SP 1. Pelaksanaan SP 2, SP 3, SP 4 sudah sesuai dengan perencanaan, yaitu masing-masing SP diimplementasikan sebanyak 1 kali interaksi. Pelaksanaan keperawatan mengalami perubahan pada SP 1 keluarga, yaitu direncanakan sebanyak 2 kali pertemuan.

Pada kasus menunjukkan klien tampak tidak menyukai dan merasa terganggu dengan halusinasinya, pada fase ini pula paling tepat melakukan pelaksanaan keperawatan dengan menggunakan strategi pelaksanaan (SP) yang pertama yaitu mengontrol halusinasi dengan cara menghardik. Tetapi pada proses pelaksanaan keperawatan, menurut perawat klien cukup antusias dalam melakukan strategi pelaksanaan yang telah di berikan. Sehingga klien mampu melakukan strategi pelaksanaan lainnya.

Faktor pendukung dalam melakukan implementasi adalah klien selalu kooperatif saat pelaksanaan rencana keperawatan, selalu bersedia untuk dikunjungi, serta selalu mengungkapkan masalah yang sedang dialami. Faktor penghambat dalam melakukan implementasi adalah klien dan keluarga klien sama-sama bekerja. Jadi hanya bisa bertemu dengan perawat dimalam hari untuk dilakukan pengkajian. Solusi yang telah dilakukan adalah selalu melakukan kontrak waktu sebelum kunjungan dan menyesuaikan waktu pelaksanaan sesuai kesepakatan dengan keluarga.

##### 5. Evaluasi Keperawatan

Pada proses evaluasi keperawatan, dilakukan setiap kali perawat melakukan pelaksanaan keperawatan dalam bentuk SOAP (Subyektif, Obyektif, Analisa, dan Planning) untuk menilai sejauh mana tingkat keberhasilan yang didapat serta dipahami oleh klien. Dalam evaluasi keperawatan dapat di evaluasi apa yang terdapat perubahan pada klien. Pada SP 1 halusinasi, klien dapat mengetahui dan mempraktikkan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik. Pada SP 2 pertemuan 1 halusinasi klien sudah mengetahui 5 prinsip minum obat dengan benar yaitu klien dapat menjelaskan manfaat minum obat, kerugian tidak minum obat, nama obat, bentuk dan warna obat, dosis, waktu pemakaian, cara pemakaian, efek yang dirasakan, dan menggunakan obat sesuai program. SP 3 pertemuan 1 klien dapat mengetahui cara mengontrol halusinasi yaitu klien dapat mengontrol halusinasi dengan bercakap – cakap dengan orang lain. Dan SP 4 klien sudah bisa mengontrol halusinasinya dengan

melakukan aktivitas. Untuk evaluasi keluarga pada SP 1 belum dapat memenuhi kriteria pencapaian.

Pada awal pengkajian klien tampak tenang dan sedikit cemas. Klien tampak berbicara pelan dan klien tampak cemas. Ketika ditanya mengenai hal biasa seperti awal masuk RS, klien menjawab dengan pelan dan raut wajah berubah menjadi cemas. Pada pertemuan terakhir klien sudah mampu mencapai ketiga kemampuan yang harus dimiliki, yaitu kemampuan 1 klien mampu mengidentifikasi dan mengenal halusinasinya, kemampuan 2 klien mampu mengontrol halusinasinya dengan mampu menyebutkan 5 prinsip minum obat dengan benar yaitu klien dapat menjelaskan manfaat minum obat, kerugian tidak minum obat, nama obat, bentuk dan warna obat, dosis, waktu pemberian, cara pemberian, efek yang dirasakan, dan menggunakan obat sesuai program. Ini ditandai dengan klien dapat menyebutkan obat dan kegunaannya, serta waktu minumnya. Kemampuan 3 klien sudah bisa mengontrol halusinasinya dengan bercakap-cakap dengan orang lain. Ini ditandai dengan klien melakukan pengkajian dirumahnya dan setiap hari berinteraksi dengan tetangganya dilingkungan sekitar. Dan kemampuan 4 klien sudah bisa mengontrol halusinasinya dengan melakukan aktivitas. ini ditandai dengan klien yang setiap hari selalu bekerja mencari nafkah. Evaluasi untuk keluarga adalah dari 7 kemampuan yang harus dimiliki, keluarga sudah mampu mencapai 4 kemampuan yang harus dimiliki yaitu keluarga dapat menjelaskan pengertian halusinasi, tanda dan gejala halusinasi, cara yang bisa dilakukan oleh klien dan keluarga untuk memutus halusinasi, dan obat-obat halusinasi.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

Pada Bab V ini akan di jelaskan mengenai kesimpulan dari kasus dan saran bagi Institusi dan Mahasiswa.

#### **A. Kesimpulan**

Diagnosa medis yang ditemukan pada kasus adalah F 20.0 Skizofrenia Paranoid dengan gejala positif yaitu halusinasi. Halusinasi merupakan salah satu gejala gangguan jiwa yang klien bisa mengalami perubahan sensori persepsi, serta merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecap, perabaan, atau penciuman yang sebenarnya stimulus itu tidak ada (Fitryasari, 2015). Tanda dan gejala dari halusinasi adalah seperti mendengar suara-suara yang tidak ada wujudnya. Penatalaksanaan medic pada klien dengan F20.0 adalah Trihexyphenidil HCL 25 mg, Haloperidol 25x 2, Clozapine 25x2. Klien mendapatkan terapi tipikal seperti Haloperidol, terapi atipikal seperti Risperidone dan antiparkinson seperti Trihexyphenidil.

Faktor predisposisi yang ditemukan pada klien ini adalah klien mempunyai kepribadian Introvert. Klien mempunyai sepupu kandung dari keluarga ayahnya dan kakek dari ayahnya yang mengalami penyakit gangguan jiwa. Sedangkan untuk psikologis, klien mempunyai kepribadian *introvert*. Untuk Faktor Presipitasi yang ditemukan pada klien adalah klien pernah mengalami putus obat, dan tidak terkontrol emosinya. Klien pernah bercerai dengan suaminya yang ke dua. Diagnosa keperawatan yang muncul pada klien adalah halusinasi pendengaran, resiko perilaku kekerasan, ketidakefektifan mekanisme koping keluarga, ketidakefektifan mekanisme koping individu, regimen terapeutik tidak efektif, ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan. Diagnosa yang menjadi *Core Problem* adalah Halusinasi Pendengaran karena tanda dan gejala yang saat

ini klien rasakan adalah sering mendengar suara perempuan dan laki-laki yang mengatakan dirinya “bodoh, jelek, tidak pantas menjadi ibu”. Pada perencanaan keperawatan pada klien adalah focus pada *Core Problem* yaitu melakukan Strategi Pelaksanaan (SP). SP 1 pada klien direncanakan 1x Pertemuan, SP 2 pada klien direncanakan 1x Pertemuan, SP 3 pada klien direncanakan 1x Pertemuan, dan SP 4 dilaksanakan 1x Pertemuan, dan Perencanaan pada keluarga direncanakan 2x Pertemuan dalam sehari 1x pertemuan. Pelaksanaan SP 1 sampai SP 4 individu pada klien hanya dilakukan pada sekali pertemuan, sedangkan untuk pelaksanaan SP keluarga, pelaksanaan SP 1 hanya dilaksanakan dalam sekali pertemuan dan membutuhkan 1 kali pertemuan lagi. Sedangkan SP 2 pada keluarga belum dilaksanakan. Teknik komunikasi yang digunakan adalah mendengarkan secara aktif, diam dan klarifikasi. Evaluasi yang didapatkan dari klien sesuai teori yaitu dengan model SOAP. Evaluasi pada SP1 sampai SP 3 individu pada klien, klien sudah memiliki 3 kemampuan yang harus dimiliki. Pertama klien dapat melakukan cara menghardik dengan benar, dan ketika mencotohkan ulang kembali klien dapat melakukannya dengan baik. Lalu klien dapat menyebutkan 5 benar minum obat dan mengetahui nama serta fungsi obat yang diminum. Dan yang ketiga, klien sudah dapat berinteraksi dengan warga yang ada disekitar rumahnya. Perubahan tanda dan gejala pada klien adalah setelah dilakukan asuhan keperawatan adalah klien sudah tidak malu lagi dan mulai percaya diri untuk berinteraksi dengan warga disekitar rumahnya. Kemampuan keluarga bertambah yaitu sudah mencapai 4 dari 7 kemampuan yang harus dimiliki oleh keluarga.

## **B. Saran**

1. Bagi Institusi
  - a) Memperbanyak buku-buku referensi baik dalam bentuk media cetak maupun elektronik
  - b) Meningkatkan *accessibility* pencarian sumber *terupdate*

c) Meningkatkan kemampuan dan memfasilitasi mahasiswa dalam kemampuan komunikasi terapeutik

2. Bagi Mahasiswa

Meningkatkan kemampuan dalam memberikan asuhan keperawatan jiwa serta meningkatkan komunikasi terapeutik kepada klien dengan gangguan jiwa khususnya pada halusinasi pendengaran dengan cara melatih diri dengan berkomunikasi dan melakukan asuhan keperawatan serta giat dalam membaca dan mempelajari terkait pemberian asuhan keperawatan dengan klien gangguan jiwa.

## DAFTAR PUSTAKA

- (2018, Mei 09). Retrieved from [www Depkes.Go.Id](http://www.Depkes.Go.Id).
- A. F. (2016). *Gambaran Pola Penggunaan Antipsikotik pada Klien Skizofrenia di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa*. Retrieved from <http://journal.ugm.ac.id/jmpf/article/view/29401>
- A. N., A. M., & Ideputri. (2011). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta: Mulia Medika.
- Afrilyanti, Herlina, & Siti Rahmalia. (2015). Hubungan Pola Asuh Orang Tua Dengan Status Identitas Diri Remaja. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, No 2 Vol 2 .
- Agus, w. (2012). *PENDIDIKAN KARAKTER USIA DINI*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- AH, Y., R. F., Nihayati, H. E., & D. T. (2019). *KESEHATAN JIWA Pendekatan Holistik Dalam Asuhan Keperawatan*. Jakarta: Mitra Wacana Medika.
- AH.Yusuf, R. F., Nihayati, H. E., & D. T. (2019). *KESEHATAN JIWA PENDEKATAN HOLISTIK DALAM ASUHAN KEPERAWATAN*. Jakarta: Mitra Wacana Medika.
- Association, A. P. (2013). *Diagnostic and Statisticial Manual Of Mental Disorder Edition "DSM -5"*. Washinton DC : American Psychiatric Publishing.
- Dermawan. (2013). *Keperawatan Jiwa: Konsep dan Kerangka Kerja Asuhan Keperawatan Jiwa* . Yogyakarta : Gosyen Publishing.
- E. S., & D. P. (2010). Determinan Terhadap Timbulnya Skizofrenia Pada Klien Rawat Jalan di Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. *Berita Kedokteran Masyarakat* (p. 26 (2)). Yogyakarta: FK UGM.
- E. S., & H. G. (2013). *Buku Ajar Psikiatri* . Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Fatimah. (2010). Peran Keluarga dalam Pengasuhan anaK. *Peran Keluarga dalam Pengasuhan anaK*.
- Fitryasari, A. Y. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta : Salemba Medika .

- G. M., & A. W. (2017). Bullying Verbal Menyebabkan Depresi pada Remaja SMA di Kota Yogyakarta. *Jurnal Kedokteran Masyarakat dan Kesehatan Masyarakat*, Hal 43-48 Vol 33 No 1.
- Keliat, B. A. (2015). *Keperawatan Jiwa: terapi aktivitas kelompok, ed 2* . Jakarta: EGC.
- Kemenkes. (2016, April 13). *Peran Keluarga Dukung Kesehatan Jiwa Masyarakat* . Retrieved from <http://www.depkes.go.id/article/print/16100700005/peran-keluarga-dukung-kesehatan-jiwa-masyarakat>: <http://www.depkes.go.id>
- Masillo, A. e. (2017). Interpersonal Sensitivity, Bullying Victimization And Paranoid. *Early Intervention in Psychiatry*, 1-7.
- MIMS. (2015). *MIMS Petunjuk Konsultasi*. Jakarta : PT Bhuana Ilham Populer.
- P. L., & Z. C. (2015). Kecenderungan atau Sikap Keluarga Penderita Gangguan Jiwa Terhadap Tindakan Pasung . *Jurnal Keperawatan Jiwa*, Vol 3 No 1.
- Rinawati, & A. M. (2016). Analisa Faktor-Faktor Penyebab Gangguan Jiwa Menggunakan Model Adaptasi Stres Stuart. *Jurnal Keperawatan Jiwa* , (41) hal 34-38.
- S. Y., & H. E. (2013). Hubungan Antara Pola Asuh Orang Tua dengan Tingkat Depresi Remaja di SMK 10 November Semarang. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 1 No 1.
- Siregar, A. (2018). Psikosis Pda Remaja (Usia Sekolah) Studi Kasus Penderita Gangguan Kejiwaan Perspektif Konseling Keluarga. *jurnal Pendidikan dan Konseling*, 108-109 Vol 8 no 2 .
- Stuart, G. W. (2016). In B. A. Keliat, & J. Pasaribu, *Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa Stuart*. Singapore: Elsevier Inc.
- Sutejo. (2017). *Konsep dan Praktik Asuhan Keperawatan Kesehatan Jiwa Gangguan Jiwa dan Psikososial* . Yogyakarta: PT Pustaka Baru.
- Townsend, M. C. (2014). *Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing Concepts Of Care in Evidence Based Practice*. Philadelphia: F A Davis Company.

- Widya , A. (2017). PENTINGNYA PENDIDIKAN ANAK USIA DINI AGAR DAPAT TUMBUH dan BERKEMBANG sesuai GENERASI BANGSA di MASA DEPAN. *Jurnal Pendidikan Dasar*, Volume 2 No 2.
- Y. A. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa* . Jakarta: Salemba Medika.
- Yosep, I. (2011). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa* . Bandung : Refika Aditama.
- Zahnia, S., & Sumekar, D. W. (2016). Kajian Epidemiologi Skizofrenia. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, Volume 5 Nomor 5.
- Amelia, D. R., & Anwar, Z. (2013). Relaps Pada Klien Skizofrenia. *Jurnal Psikologi*, Vol 1 no 1.
- K. R. (2013). *Riset Kesehatan Dasar 2013*. Jakarta : Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Malsafari, Keliat, B. A., & Helena. (2016). Analisis Legal Aspek dan Kebijakan Restrain, Seklusi dan Pasung pada Klien dengan Gangguan Jiwa. *Jurnal Fakultas Keperawatan*, Volume 5 nomor 3.
- Rinawati, F., & Alimansur , M. (2016). Analisa Faktor-Faktor Penyebab Gangguan Jiwa Menggunakan Pendekatan Model Adaptasi Stres Stuart. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, Vol 5 No 1.
- Sari. (2017). Dukungan Keluarga Dengan Kekambuhan Pada Klien Skizofrenia. *Jurnal Pembangunan Nagari*.
- Stuart. (2010). *Principlest and practice of Pshyiatric Nursing*. St louis: Mosby.
- Sundeen , & Stuart. (2015). *Buku Saku Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC.
- Yati, & Sarni. (2018). *Analisis Faktor Yang Berhubungan dengan Strategi Koping*. Yogyakarta: Pustaka.
- Zahnia, & Sumekar. (2016). Kajian Epidemiologi Skizofrenia . *Jurnal Keperawatan Jiwa*, Vol 5 no 5.
- Ayuningtyas, D., Misnaniarti, & Rahyani, M. (2018). Analisis Kesehatan Mental pada Masyarakat di Indonesia dan Strategi Penanggulangannya. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, Vol 9 Hal 2.
- Blandina, O. A., & Atanilla, M. O. (2019). Peran Keluarga terhadap Anggota Keluarga dengan Gangguan Jiwa di Kecamatan Tolbero Halmahera Utara. *Jurnal Keperawatan Keluarga*, Vol 3 Nomor 2.

Twistiandayani, & Widati. (2013). *Pengaruh Terapi Tough Stopping Terhadap Kemampuan Mengontrol Halusinasi pada Klien Skizofrenia*. Semarang: Prosiding Konferensi Nasional.

Zahnia, S., & Wulan, D. S. (2016). Kajian Epidemiologis Skizofrenia. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, Volume 5 Nomor 4.

# LAMPIRAN

# **Strategi Pelaksanaan Tindakan Perawatan**

## **SP 1 Halusinasi Pendengaran**

Nama klien : Ny. M

Pertemuan : Hari 1

Hari, Tanggal : Sabtu, 07 Maret 2020

Alamat : Perumahan Rawa Lumbu, Bekasi Timur.

### **A. Proses Keperawatan**

#### **1. Kondisi Klien**

##### **Data Subyektif :**

- a. Klien mengatakan mendengar suara bisikan perempuan hamper setiap hari saat tidak ada aktivitas
- b. Klien mengatakan suara bisikan hinaan “Marni kamu itu bodoh bego, kamu tidak bisa apa apa. kamu itu gila”.
- c. Klien mengatakan suara tersebut muncul selama 5-6 kali dalam sehari ketika klien sedang diam, melamun dan tidak beraktivitas.
- d. Klien mengatakan suara sering datang setiap sebelum dan sesudah adzan maghrib. Sekitar pukul 07.00, 12.00, 15.00 ,17.00 ,22.00, 23.00
- e. dan durasi sekitar 10-20 menit.
- f. Klien mengatakan saat suara itu muncul, klien mengatakan sedih, kesal dan takut mendengar suara tersebut.
- g. Klien mengatakan untuk mengusir suara tersebut, klien hanya mengucapkan istigfar kepada allah, dan mengajak berkomunikasi dengan orang yang ada disekitarnya
- h. Klien mengatakan menyadari apa yang di dengarnya itu adalah suatu hinaan bagi klien yang perkataan nya tidak baik.
- i. Klien mengatakan sangat merasa terganggu dan kadang tidak merasa terganggu.

##### **Data Objektif**

- b. Klien tampak menceritakan isi halusinasi nya dengan suaranya yang kecil dan ekspresi muka tampak sedih.

- c. Klien tampak kooperative dan fokus kepada perawat.
- d. Klien dapat melakukan cara menghardik dengan benar tetapi tidak terlalu lancar.
- e. Klien tampak dapat menyebutkan jenis halusinasi. Klien dapat menjawab 2 dari 4 tanda dan gejala halusinasi

**2. Diagnosa Keperawatan:** Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi

**3. Tujuan Khusus:** klien mampu mengenal halusinasi, memahami dan menerapkan dan mengontrol halusinasi dengan cara menghardik.

**4. Tindakan Keperawatan :**

- a. Bina hubungan saling percaya
- b. Identifikasi penyebab halusinasi pendengaran, tanda – tanda halusinasi pendengaran,
- c. Ajarkan klien cara mengontrol halusinasi pendengaran dengan cara menghardik
- d. Melatih klien cara mengontrol halusinasi pendengaran dengan cara menghardik
- e. Masukkan ke dalam jadwal kegiatan

## **B. Strategi Komunikasi**

**1. Tahap prainteraksi :** Siapkan SP, LP, Askep klien dan diri Perawat

**2. Tahap Orientasi :**

**a. Salam Terapeutik**

“Selamat malam bu M. Apakah masih inget dengan saya?”

**b. Evaluasi/Validasi**

“Bagaimana perasaan ibu hari ini? apa yang saat ini ibu rasakan? Apa ibu masih mendengar suara-suara yang tidak ada wujudnya bu?”

**c. Kontrak**

Topik: “Baiklah Ibu sesuai dengan kesepakatan kita yang kemarin ya bu, hari ini kita akan berbincang-bincang tentang cara mengontrol halusinasi cara yang dengan menghardik halusinasi.

Waktu: “Bagaimana apakah Ibu bersedia? Baik kalau Ibu bersedia, berapa lama kita mau berbincang-bincang mengenai masalah halusinasi bu? Bagaimana kalau 20 menit sampai dengan 30 menit, bagaimana Ibu ?”

Tempat: “Ibu maunya kita belajar dimana? Baik kalau begitu di ruang tamu saja yaa”

### **3. Tahap Kerja**

#### **a. Pengkajian**

“Baiklah ibu, kemarin kan ibu bilang masih mendengar suara-suara yang membuat ibu kesal dan sedih. Nah apakah ibu masih mendengar suara-suara yang yang tidak ada wujudnya hari ini? apakah yang dikatakan suara nya masih sama seperti kemarin bu? Lalu jam berapa ibu mendengar suara itu bu? Berapa kali dalam hari ini ibu mendengar suara tersebut? Pada saat apa, ibu mendengar suara tersebut? Apa yang ibu rasakan ketika mendengar suara itu? Lalu, apa yang ibu lakukan ketika suara itu datang?”

#### **b. Penjelasan**

“Nah sesuai dengan kesepakatan kita kemarin bu, sekarang kita belajar cara yang pertama mengontrol halusinasi yaitu dengan menghardik halusinasi nya. Tujuannya agar ibu lebih terlatih dan mencegah suara itu datang kembali. Caranya seperti ini (mendemonstrasikan) saat suara-suara itu datang, ibu langsung lakukan tarik nafas dalam dan sebelum di hebuskan bapak bilang “pergi pergi kamu suara palsu saya tidak mau dengar lagi, pergi pergi!” nah begitu bu caranya, dilakukan secara berulang-ulang sampai suara itu tidak terdengar lagi. Nah sekarang coba ibu peragakan kembali cara yang sudah di ajarkan. Wah ibu sudah bagus sekali. Coba sekali lagi bu. Wah ibu hebat, ibu sudah bisa melakukan cara menghardik, lakukan saat halusinasi itu datang ya bu.”

#### 4. Tahap Terminasi

##### a. Evaluasi Subyektif

“Bagaimana perasaan Ibu, setelah berbincang-bincang mengenai suara halusinasi yang ibu dengar, dan cara mengontrolnya dengan cara pertama dengan menghardik bu?”

##### b. Evaluasi Objektif

“Coba bisa ibu ulangi kembali cara mengontrol halusinasi dengan cara pertama dengan menghardik tadi. Wah sudah bagus ya bu. Latihan ini bisa ibu lakukan, ketika ibu sedang mendengar suara halusinasi tersebut ya bu.”

##### c. Rencana Tindak Lanjut

“Bagaimana kalau kita masukkan kegiatan ini ke jadwal harian ya bu. Mau jam berapa ibu melakukan latihan ini kembali? Setelah ibu melakukan kegiatan, ibu bisa ceklis di kotak yang sudah dibuat bu. Kalau “M” ibu melakukan nya secara mandiri, untuk “B” kalau ibu dibantu, dan kalau “T” kalau ibu tidak melakukan. Seperti itu bu.

##### d. Rencana Yang Akan Datang

**Topik:** “Baiklah, hari ini kita sudah berbincang-bincang mengenai suara halusinasi yang ibu dengar dan cara mengontrol suara tersebut. Besok kita akan bertemu lagi ya bu, dengan cara yang kedua yaitu dengan minum obat dengan teratur. Tujuannya agar ibu bisa minum obat secara mandiri ya bu.”

**Waktu:** “Untuk pertemuan besok, ibu mau jam berapa kita berbincang-bincang mengenai cara yang kedua dengan minum obat dengan teratur bu? Berapa lama kita akan bertemu besok bu?”

**Tempat:** “ibu besok mau tempatnya dimana bu? Kalau begitu, sampai jumpa besok ya bu. Selamat malam bu”.

# Strategi Pelaksanaan Tindakan Perawatan

## SP 2 Halusinasi Pendengaran

---

Nama Klien : Ny. M

Pertemuan : 1

Hari/Tanggal : Minggu, 08 Maret 2020

Alamat : Perumahan Rawa lumbu, Bekasi Timur

### A. Proses Keperawatan

#### 1. Kondisi Klien

##### Data Subjektif :

- a. Klien mengatakan perasaanya hari ini baik.
- b. Klien mengatakan masih ingat dengan perawat dan memanggilnya perawat
- c. Klien mengatakan semalam dan sebelum perawat E datang, klien mendengar suara yang mengatakan dirinya bodoh, dan tidak berguna.
- d. Klien mengatakan mendengar suara tersebut selama 5 menit. Dan di siang hari klien mendengar suara itu menyuruhnya untuk membanting meja dirumahnya. Pada saat itu respon klien hanya kesal dan sedih.
- e. Klien mengatakan sudah menghardik saat suara itu muncul. Klien mengatakan melakukan mengahardik dengan cara tutup telinga dan berkata “Pergi kamu pergi saya tidak mau dengar kamu” dan mengucapkan istigfar.
- f. Klien mengatakan obatnya hanya ada 3 yaitu biru, kuning, dan putih. Cara minumnya dengan cara diminum melalui mulut. Waktu minum obat pukul 07.00, 14.00 dan 18.00 WIB. Namun obat warna putih sebelum tidur.

##### Data Objektif :

- a. Klien kooperatif tampak baik hari ini. klien dapat melawan halusinasi dengan cara menghardik.

- b. Klien masih ingat dengan perawat. Klien dapat menyebutkan warna, cara, dan waktu minum obat.
- c. Klien tampak menunjukkan ekspresi sedih ketika menceritakan halusinasinya.

2. **Diagnosa Keperawatan : Halusinasi Pendengaran**

3. **Tujuan Khusus** : klien mampu mengenal halusinasi, memahami dan menerapkan mengontrol halusinasi dengan cara yang kedua yaitu minum obat dengan teratur

4. **Tindakan Keperawatan** :

- a. Evaluasi tanda dan gejala halusinasi
- b. Validasi kemampuan klien mengenal halusinasi dan mengontrol halusinasi menghardik
- c. Beri pujian atas setiap tindakan
- d. Berikan contoh cara mengontrol halusinasi dengan 5 benar minum obat (, klien, obat, dosis, cara pemberian, waktu)
- e. Berikan kesempatan klien mempraktekkan cara 5 benar minum obat (klien, obat, dosis, cara pemberian dan waktu)
- f. Berikan pujian atas setiap tindakan

**B. Strategi Komunikasi**

1. **Tahap pra interaksi**: Siapkan SP, LP, Askep, Klien, dan diri Perawat

2. **Tahap Orientasi**

a. **Salam terapeutik**

“Selamat malam ibu, masih ingat dengan saya?”

b. **Evaluasi/Validasi**

“Bagaimana perasaan ibu sekarang? Apakah ibu masih mendengar suara-suara seperti kemarin bu? bagaimana pekerjaan ibu hari ini? apa ibu sudah minum obatnya?”

c. **Kontrak**

**Topic**: “Baiklah ibu, hari ini kita akan berlatih cara mengontrol halusiansi dengan cara yang ke-2 yaitu dengan cara minum obat.

Tujuan nya untuk mengatasi halusinasi ibu dan ibu bisa minum obat dengan teratur.”

**Waktu:** “Berapa lama kita akan berbincang-bincang cara minum obat dengan teratur ini bu?”

**Tempat:** “Dimana kita akan berbincang-bincang bu? Apakah disini saja?”

### **3. Tahap Kerja**

#### **a. Pengkajian**

“Bagaimana perasaan ibu hari ini? Apakah ibu masih mendengar suara-suara tersebut? Berapa kali sehari biasanya suara tersebut muncul? Ibu sedang apa ketika suara tersebut muncul? Apa yang ibu rasakan saat mendengar suara itu? Bagaimana perasaan ibu saat mendengar suara tersebut? Apa yang ibu lakukan ketika suara tersebut muncul? Apakah dengan hal itu suaranya hilang?”.

#### **b. Penjelasan**

“Baik bu, sesuai dengan kontrak kita yang kemarin, sekarang suster akan menjelaskan kembali cara kedua yaitu dengan minum obat. Sekarang suster tanya, jumlah obat yang ibu minum berapa? Warnanya apa saja bu? Kapan saja ibu minum obat ini? ibu tau efek samping dan fungsinya? Wahh Bagus ya bu, ibu tau jumlah dan waktu minum obat. Jadi ibu mempunyai 3 buah obat. Yang berwarna kuning ini namanya Risperidone, gunanya untuk membuat ibu lebih tenang ya, diminumnya 2 kali sehari yaitu pukul 06.00 pagi dan 17.00 sore. Efek samping dari obat ini adalah bapak jadi ingin meludah. Lalu, ada Haloperidol gunanya untuk membuat ibu lebih rileks, diminumnya 1 kali sehari ya pukul 17.00 sore. Efek samping dari obat ini adalah mulut ibu akan terasa kering. Tetapi, tenang saja ada obat ketiga yaitu Trihexypenidyl yang berfungsi untuk menetralkan kedua obat tersebut. Semua obat ini harus diminum teratur ya bu tidak boleh sampai putus atau berhenti”.

**c. Simulasi**

“Saya sudah menjelaskan 5 benar minum obat ya bu”

**d. Redemonstrasi**

e. “Coba ibu jelaskan seperti yang sudah suster ajarkan. Bagus ya bu”

**4. Tahap Terminasi**

**a. Evaluasi Subyektif**

“Bagaimana perasaan ibu setelah melakukan latihan ini? apakah kemampuan ibu dalam mengontrol halusinasi bertambah?”

**b. Evaluasi Objektif**

“Bisakah ibu mengulangi latihan mengontrol enam benar minum obat? Wah iya bu sudah bagus ya bu”

**c. Rencana tindak lanjut**

“Ibu sudah bisa menjelaskan obat dengan baik. Ingat ya bu, ibu harus minum obat ini sesuai dengan jadwalnya”.

**d. Rencana yang akan datang**

“Baik ibu besok saya akan menjelaskan cara mengontrol halusinasi yang ketiga ya bu yaitu bercakap-cakap. Dilakukan disini saja ya bu. Baik kalau begitu suster tinggal dulu ya bu”.

## **Strategi Pelaksanaan Tindakan Perawatan**

### **SP 3 Halusinasi Pendengaran**

---

Nama Klien : Ny. M

Pertemuan : 1

Hari/Tanggal : Senin, 09 Maret 2020

Alamat : Perumahan Rawa lumbu, Bekasi Timur

#### **A. Proses Keperawatan**

##### **1. Kondisi Klien**

###### **Data Subjektif :**

- a. Klien mengatakan terakhir marah pada anaknya yaitu pada siang hari tadi karena anak klien berbicara dengan klien dengan nada yang tinggi dan sedikit keras
- b. Klien mengatakan mendengar suara perempuan dan laki-laki 3 kali. Dan suara tersebut terdengar selama 5 menit. Klien mengatakan suara itu menyuruhnya untuk memarahi anaknya. Klien mendengar suara tersebut sangat mengganggu aktivitasnya. Klien mengatakan setelah memarahi anaknya, klien langsung mengucap istigfar.
- c. Klien mengatakan obat yang dikonsumsi ada tiga warna yaitu biru, kuning, dan putih.
- d. Klien mengatakan obat pertama yg warna putih itu Trihexyphenidil. dosisnya 25 mg, dan diminum 1 kali sehari pada pagi dan malam hari, obat kedua yang warna haloperidol dosisnya 25 mg diminum 2 kali sehari pada pagi dan malam dan yang terakhir obat Clozapine berwarna kuning, dosisnya 25mg, dan diminum 2 kali pada pagi dan malam hari. Klien mengatakan tidak boleh putus minum obat dan kontrol sebulan sekali

###### **Data Objektif :**

- a. Klien tampak tegang
- b. Ketika membicarakan terkait penyebab marah, intonasi suara klien berubah menjadi tinggi.

- c. Klien mengatakan terakhir marah pada ayahnya yaitu pada hari rabu setelah pulang dari kampung.

## **2. Diagnosa Keperawatan : Halusinasi Pendengaran**

- 3. Tujuan Khusus:** klien mampu mengenal halusinasi, memahami dan menerapkan mengontrol halusinasi dengan cara yang ketiga yaitu dengan bercakap-cakap

## **4. Tindakan Keperawatan :**

- a. Evaluasi tanda dan gejala halusinasi
- b. Validasi kemampuan klien mengenal halusinasi dan mengontrol halusinasi menghardik
- c. Beri pujian atas setiap tindakan
- d. Validasi kemampuan klien mengontrol halusinasi dengan 5 benar minum obat (klien, obat, dosis, cara pemberian, waktu)
- e. Beri pujian untuk tindakan yang telah dilakukan klien
- f. Berikan contoh cara mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap
- g. Berikan kesempatan klien untuk mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap
- h. Beri pujian untuk tindakan tersebut.

## **B. Strategi Komunikasi**

- 1. Tahap pra interaksi:** Siapkan SP, LP, Askep, Klien, dan diri Perawat

### **2. Tahap Orientasi**

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

“Selamat malam ibu, masih ingat dengan saya?”

#### **b. Evaluasi/Validasi**

“Bagaimana perasaan ibu sekarang? Apakah ibu masih mendengar suara-suara seperti kemarin bu? bagaimana pekerjaan ibu hari ini? apa ibu sudah minum obatnya?”

#### **c. Kontrak**

**Topic:** “Baiklah ibu, hari ini kita akan berlatih cara mengontrol halusinasi dengan cara yang ke 3 yaitu dengan bercakap-cakap ya bu.

Tujuan nya untuk mengatasi halusinasi ibu dan ibu bias menghilangkan suara halusinasi.”

**Waktu:** “Berapa lama kita akan berbincang-bincang cara bercakap-cakap ini bu?”

**Tempat:** “Dimana kita akan berbincang-bincang bu? Apakah disini saja?”

### **3. Tahap Kerja**

#### **a. Pengkajian**

“Bagaimana perasaan ibu hari ini? Apakah ibu masih mendengar suara-suara halusinasi nya bu? Oh sudah tidak ada ya bu. Lalu Apa yang ibu lakukan ketika suara tersebut muncul? Wah sudah bagus ya bu, ibu sudah bisa menghardik.

#### **b. Penjelasan**

“Baik bu, sesuai dengan kontrak kita yang kemarin, sekarang suster akan menjelaskan kembali cara ketiga yaitu dengan bercakap-cakap ya bu. Sekarang suster tanya, ibu biasanya kalau mengobrol dengan siapa bu dirumah? Dengan anak ya dan ibu nya ibu ya. Ibu biasanya kalau mengobrol, apakah dengan baik-baik bu? Baik bu, itu sudah bagus ya mengobrol dengan keluarga baik-baik. Baik bu jika nanti kalau misalkan ibu mendengar suara halusinasi itu kembali, dan ibu sudah menghardik namun masih mendegar juga, ibu bisa melakukannya dengan bercakap – cakap ya bu dengan anak, orangtua ibu, maupun orang yang terdekat dengan ibu ya bu.

#### **c. Simulasi**

“Baik disini suster akan jelaskan dulu ya bu ”

#### **d. Redemonstrasi**

“Coba ibu jelaskan seperti yang sudah suster ajarkan. Bagus ya bu”

### **4. Tahap Terminasi**

#### **a. Evaluasi Subyektif**

“Bagaimana perasaan ibu setelah melakukan latihan ini? apakah kemampuan ibu dalam mengontrol halusinasi bertambah?”

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

“Bisakah ibu mengulangi latihan mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap bu? Wah iya bu sudah bagus ya bu”

**c. Rencana tindak lanjut**

“Ibu sudah bisa menjelaskan obat dengan baik. Ingat ya bu, ibu jika mendengar suara halusinasi, ibu bisa mengajak oaring yang ada disekitar ibu dengan baik-baik ya”.

**d. Rencana yang akan datang**

“Baik ibu besok saya akan menjelaskan cara mengontrol halusinasi yang keempat ya bu yaitu melakukan aktivitas. Dilakukan disini saja ya bu. Baik kalau begitu suster tinggal dulu ya bu”.

# **Strategi Pelaksanaan Tindakan Perawatan**

## **SP 4 Halusinasi Pendengaran**

---

Nama Klien : Ny. M

Pertemuan : 1

Hari/Tanggal : Selasa, 10 Maret 2020

Alamat : Perumahan Rawa lumbu, Bekasi Timur

### **A. Proses Keperawatan**

#### **1. Kondisi Klien**

##### **Data Subjektif :**

- a. Klien mengatakan melawan halusinasi dengan cara menghardik, minum obat, bercakap – cakap sesuai dengan jadwal
- b. Klien mengatakan mendengar suara-suara laki – laki dan perempuan tetapi sudah jarang. Klien mengatakan hari ini, hanya 3 kali mendengarkan suara itu.
- c. Klien mengatakan cara menghardik dengan cara tutup telinga dan berkata “Pergi kamu pergi saya tidak mau dengar kamu”.
- d. Klien mengatakan obatnya ada 3 yang berwarna biru, kuning, dan putih. Klien mengatakan obatnya diminum melalui mulut dan minum obat sesuai jadwal.
- e. Klien mengatakan senang bercakap-cakap dengan ibunya.
- f. Klien mengatakan lebih senang melakukan aktivitas bekerja membersihkan rumah dan membuat kerupuk untuk dijual.

##### **Data Objektif :**

- a. Klien dapat mengontrol halusinasi dengan menghardik.
- b. Klien dapat menyebutkan warna obatnya.
- c. Klien dapat mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain.
- d. Klien dapat melakukan aktivitas membersihkan rumah dengan baik.

**1. Diagnosa Keperawatan : Halusinasi Pendengaran**

**2. Tujuan Khusus:** klien mampu mengenal halusinasi, memahami dan menerapkan mengontrol halusinasi dengan cara yang ketiga yaitu dengan bercakap-cakap

**3. Tindakan Keperawatan :**

- a. Evaluasi tanda dan gejala halusinasi
- b. Validasi kemampuan klien mengontrol halusinasi menghardik, mengetahui 5 benar minum obat, bercakap-cakap.
- c. Beri pujian atas setiap tindakan
- d. Beri pujian untuk tindakan yang telah dilakukan klien
- e. Berikan contoh cara mengontrol halusinasi dengan melakukan aktivitas
- f. Berikan kesempatan klien untuk mengontrol halusinasi dengan melakukan aktivitas
- g. Beri pujian untuk tindakan tersebut.

**B. Strategi Komunikasi**

**1. Tahap pra interaksi:** Siapkan SP, LP, Askep, Klien, dan diri Perawat

**2. Tahap Orientasi**

**a. Salam terapeutik**

“Selamat malam ibu, bagaimana kabar ibu hari ini?”

**b. Evaluasi/Validasi**

“Bagaimana perasaan ibu sekarang? Apakah ibu masih mendengar suara-suara seperti kemarin bu? bagaimana pekerjaan ibu hari ini? apa ibu sudah minum obatnya?”

**c. Kontrak**

**Topic:** “Baiklah ibu, hari ini kita akan berlatih cara mengontrol halusinasi dengan cara yang ke 4 yaitu dengan melakukan aktivitas ya bu Tujuan nya untuk mengatasi halusinasi ibu dan ibu bisa Menghilangkan suara halusinasi.”

**Waktu:** “Berapa lama kita akan berbincang-bincang cara bercakap-cakap ini bu?”

**Tempat:** “Dimana kita akan berbincang-bincang bu? Apakah disini saja?”

### **3. Tahap Kerja**

#### **a. Pengkajian**

“Bagaimana perasaan ibu hari ini? Apakah ibu masih mendengar suara-suara halusinasi nya bu? Oh sudah tidak ada ya bu. Lalu Apa yang ibu lakukan ketika suara tersebut muncul? Wah sudah bagus ya bu, ibu sudah bisa menghardik, bercakap-cakap, dan sudah tau 5 benar minum obat ya bu”.

#### **b. Penjelasan**

“Baik bu, sesuai dengan kontrak kita yang kemarin, sekarang suster akan menjelaskan kembali cara keempat yaitu dengan melakukan aktivitas bu. Sekarang suster tanya, misalkan ibu mendengar suara halusinasi itu apa aktivitas yang ibu lakukan? Hanya berdiam diri ya bu. Baik bu jika ibu tiba-tiba mendengar suara halusinasi tersebut, ibu bisa melakukan aktivitas yang ibu suka. Misalkan kegiatan apa yang ibu senangi? Memasak ya bu. Nah ibu bisa melakukan aktivitas memasak jika ibu mendengar suara halusinasi tersebut bu.

#### **c. Simulasi**

“Baik disini suster akan jelaskan dulu ya bu ”

#### **d. Redemonstrasi**

“Coba ibu jelaskan seperti yang sudah suster ajarkan. Bagus ya bu”

### **5. Tahap Terminasi**

#### **a. Evaluasi Subyektif**

“Bagaimana perasaan ibu setelah melakukan latihan ini? apakah kemampuan ibu dalam mengontrol halusinasi bertambah?”

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

“Bisakah ibu mengulangi latihan mengontrol halusinasi dengan melakukan aktivitas seperti memasak bu? Wah iya bu sudah bagus ya bu”

**c. Rencana tindak lanjut**

“Ibu sudah bisa menjelaskan obat dengan baik. Ingat ya bu, ibu jika mendengar suara halusinasi, ibu bisa mengajak oaring yang ada disekitar ibu dengan baik-baik ya”.

**d. Rencana yang akan datang**

“Baik ibu besok besok kita akan mengevaluasi kembali ya bu dari tahap menghardik sampai melakukan aktivitas yang ibu senangi tadi Dilakukan disini saja ya bu. Baik kalau begitu suster tinggal dulu ya bu”.