

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA DENGAN MASALAH UTAMA
GANGGUAN PERSEPSI SENSORI: HALUSINASI PENDENGARAN
PADA Tn. Z DI RUANG SORIK MERAPI II RUMAH SAKIT
JIWA PROF. M. ILDREM MEDAN
TAHUN 2025**

KARYA ILMIAH AKHIR



Oleh:

Sherina Febiola
NIM. 052024041

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH
MEDAN
2024**



STIKes Santa Elisabeth Medan

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA DENGAN MASALAH UTAMA
GANGGUAN PERSEPSI SENSORI: HALUSINASI PENDENGARAN
PADA Tn. Z DI RUANG SORIK MERAPI II RUMAH SAKIT
JIWA PROF. M. ILDREM MEDAN
TAHUN 2025**

KARYA ILMIAH AKHIR

Disusun sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidikan Profesi Ners
Program Studi Profesi Ners
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan



Oleh:
Sherina Febiola
NIM. 052024041

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH
MEDAN
2025**



LEMBAR PENGESAHAN

KARYA ILMIAH AKHIR INI TELAH DISETUJUI UNTUK
DIPERTAHANKAN
PADA UJIAN SIDANG KARYA ILMIAH AKHIR
TANGGAL , 29 APRIL 2025



MENGESAHKAN
Ketua Program Studi Profesi Ners

(Lindawati F. Tampubolon, S.Kep.,Ns.,M.Kep)

Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan



(Mestianna Br. Kuro, M.Kep., DNSe)



LEMBAR PENETAPAN TIM PENGUJI

KARYA ILMIAH AKHIR INI TELAH DIPERTAHANKAN DI DEPAN TIM
PENGUJI UJIAN SIDANG KARYA ILMIAH AKHIR
PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH MEDAN
PADA TANGGAL 2025

TIM PENGUJI

TANDA TANGAN:

Ketua : Helinida Saragih, S.Kep., Ns., M.Kep

Anggota : Friska Sembiring, S.Kep., Ns., M.Kep

Murni Sari Dewi Simanullang, S.Kep., Ns., M.Kep



STIKes Santa Elisabeth Medan

LEMBAR PERSETUJUAN

Diajukan sebagai salah satu syarat guna memperoleh gelar
Ners (Ns)

Oleh:
Sherina Febiola
052024041

Medan, 29 April 2025

Menyetujui,
Ketua Penguji

(Helinida Saragih, S.Kep.,Ns.,M.Kep)

Anggota

(Friska Sembiring, S.Kep.,Ns.,M.Kep)

(Murni Sari Dewi Simanullang, S.Kep.,Ns.,M.Kep)



KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa karena rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyusun karya tulis ilmiah akhir ini yang berjudul “Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. Z (46 tahun) Dengan Masalah Masalah Utama Halusinasi Pendengaran di Ruang Sorik Merapi II Rumah Sakit Jiwa Profesor. M. Ildrem Provinsi Sumatera tahun 2024”. Karya ilmiah ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan jenjang Profesi Ilmu Keperawatan program Studi Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKes) Santa Elisabeth Medan. Pada penyusunan karya ilmiah ini penulis menyadari bahwa semuanya ini tidak semata-mata hasil kerja pengkaji sendiri, melainkan juga berkat bimbingan dan dorongan dari pihak-pihak yang telah membantu baik secara materi maupun non materi. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis mengucapkan terimakasih kepada :

1. Mestiana Br. Karo, M.Kep., DNSc selaku ketua STIKes Santa Elisabeth Medan, yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas untuk mengikuti pendidikan di STIKes Santa Elisabeth Medan.
2. Dr. Ismail Drg. selaku direktur Rumah sakit jiwa Prof. Muhammad Ildrem
3. Lindawati F. Tampubolon, S.kep., Ns., M. Kep selaku Ketua Program Studi Profesi Ners yang telah memberikan semangat.
4. Helinida Saragih, S. Kep., Ns., M. Kep selaku Dosen Pembimbing yang selalu membantu, membimbing serta mengarahkan pengkaji dengan penuh kesabaran dan memberikan ilmu yang bermanfaat dalam penyusunan karya ilmiah ini.



5. Friska Sembiring, S.Kep., Ns., M.Kep selaku dosen penguji II yang telah membantu dan membimbing dengan sangat baik dan sabar dalam penyusunan karya ilmiah ini.
6. Murni Sari Dewi Simanullang, S.Kep., Ns., M.Kep selaku dosen penguji III yang telah membantu dan membimbing dengan sabar dan sangat baik dalam penyusunan karya ilmiah ini.
7. Seluruh dosen dan Tenaga Kependidikan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan yang telah membimbing, mendidik, dan memotivasi dan membantu dalam menjalani pendidikan.
8. Teristimewa kepada orang tua saya Ruslina pakpahan yang telah memberi saya semangat, memfasilitasi saya dalam segala hal dan untuk kakak saya Sherly Doarta untuk motivasi selama saya menempuh pendidikan.
9. Seluruh teman-teman mahasiswa/i Program Studi Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan stambuk 2024 yang telah berjuang bersama-sama dan saling memberikan dukungan.

Dengan rendah hati penulis mengucapkan terimakasih kepada semua pihak yang telah berpartisipasi dalam penyusunan karya ilmiah ini, akhir kata penulis mengucapkan banyak terimakasih semoga karya ilmiah ini dapat bermanfaat bagi kita semua dalam pengembangan ilmu pengetahuan khususnya ilmu keperawatan.

Medan, 29 April 2025
Penulis

(Sherina Febiola)



RINGKASAN/SINOPSIS KARYA ILMIAH AKHIR

Sherina Febiola, 052024041

’Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn Z Dengan Masalah Utama Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran di Ruang Sorik merapi II Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. M. Ildrem Medan Tahun 2025”.

Program Studi Profesi Ners 2024

Kata Kunci: Asuhan Keperawatan, Halusinasi, Halusinasi Pendengaran

Halusinasi adalah gangguan persepsi sensori dari suatu obyek rangsangan dari luar, gangguan persepsi sensori ini meliputi seluruh pancaindra. Halusinasi pendengaran adalah suatu kondisi dimana klien mendengar suara-suara yang tidak berhubungan dengan stimulasi nyata yang orang lain tidak mendengarnya. Pemberian intervensi keperawatan jiwa pada pasien dengan halusinasi berfokus pada mengenali dan mengontrol. Untuk itu, kasus ini menarik untuk dibahas agar dapat meningkatkan pengetahuan dalam penanganan dan menjadi pedoman dalam deteksi dini gangguan persepsi sensori tersebut. Metode dalam karya ilmiah akhir ini menggunakan metode studi kasus dengan pendekatan Asuhan Keperawatan Jiwa pada Tn Z dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran di ruang sorik merapi II Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. M. Ildrem Medan. Hasil : Manifestasi yang timbul pada kasus halusinasi pendegaran relevan dengan teori buku dan data yang ditemukan di lapangan. Penatalaksanaan dilakukan pemberian SP waham yang terdiri dari SP 1 cara menghardik, SP 2 bercakap cakap, SP 3 melakukan kegiatan teratur, SP 4 minum obat secara teratur.



DAFTAR ISI

	Halaman
SAMPUL DEPAN	i
SAMPUL DALAM DAN PERSYARATAN GELAR.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN.....	iii
LEMBAR PENETAPAN TIM PENGUJI.....	iv
LEMBAR PERSETUJUAN	v
KATA PENGANTAR	vii
RINGKASAN/SINOPSIS KARYA ILMIAH AKHIR.....	viii
DAFTAR ISI.....	ix
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Identifikasi Masalah.....	3
1.3. Tujuan Penelitian	4
1.3.1. Tujuan umum	4
1.3.2. Tujuan khusus	4
1.4. Manfaat Penelitian	5
1.4.1. Manfaat teoritis	5
1.4.2. Manfaat Praktis.....	
BAB 2 TINJAUAN TEORITIS.....	5
2.1. Konsep Dasar Medis	5
2.1.1. Pengertian.....	6
2.1.2. Respon Rentang Halusinasi.....	6
2.1.3. Etiologi.....	8
2.1.4. Tanda dan gejala	10
2.1.5. Patofisiologi	12
2.1.6. Klasifikasi	13
2.1.7. Penatalaksanaan	14
2.1.8. Mekanisme koping	15
2.1.9. Komplikasi	17
2.2. Konsep Asuhan Keperawatan.....	23
2.2.1. Pengkajian keperawatan	24
2.2.2. Diagnosa keperawatan.....	26
2.2.3. Intervensi keperawatan.....	28
2.2.4. Implementasi keperawatan	30
2.2.5. Evaluasi keperawatan	31
BAB 3 ASUHAN KEPERAWATAN	44
BAB 4 PEMBAHASAN	104
4.1 Pengkajian Keperawatan	105
4.2 Diagnosa keperawatan.....	105
4.3 Intervensi Keperawatan.....	106
4.4 Implementasi keperawatan	107



STIKes Santa Elisabeth Medan

4.5 Evaluasi keperawatan	108
BAB 5 SIMPULAN DAN SARAN	109
5.1. Simpulan	110
5.2. Saran.....	110
DAFTAR PUSTAKA	111



BAB 1 PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Kesehatan jiwa merupakan suatu kondisi dimana individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual serta sosial sehingga sadar akan kemampuannya sendiri, mampu menahan tekanan, mampu bekerja secara produktif dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya. Sedangkan kondisi yang tidak sesuai dengan perkembangannya disebut dengan gangguan jiwa/skizofrenia. Orang yang sehat jiwa berarti mampu menyesuaikan diri dengan diri sendiri, orang lain, masyarakat atau lingkungan (Mislika, 2021)

Skizofrenia adalah gangguan jiwa berat yang ditandai dengan gangguan realitas (halusinasi dan waham), ketidakmampuan berkomunikasi, afek yang tidak wajar atau tumpul, gangguan kognitif (tidak mampu berfikir abstrak) serta mengalami kesukaran melakukan aktivitas sehari-hari. Salah satu gejala positif dari skizofrenia adalah halusinasi. Skizofrenia adalah gangguan mental utama yang dapat ditandai dengan adanya halusinasi, delusi, paranoid, agitasi, perasaan apatis, pendataran afektif, ketidakharmonisan antara aktivitas mental dan lingkungan defisit dalam pembelajaran, memori dan perhatian. Dapat menyebabkan pikiran, persepsi, emosi serta perilaku yang menyimpang pada individu, skizofrenia dapat dianggap sebagai sindrom atau proses penyakit dengan variasi dan gejala berbeda (Syahfitri, Gustina and Pratama, 2024)

Prevalensi gangguan jiwa diseluruh dunia menurut data WHO, (World Health Organization) pada tahun 2019, terdapat 264 juta orang mengalami depresi, 45 juta



orang menderita gangguan bipolar, 50 juta orang mengalami demensia, dan 20 juta orang mengalami skizofrenia. Gangguan jiwa merupakan kelompok skizofrenia terbanyak prevalensi. Prevalensi skizofrenia menurut riset kesehatan dasar 2018 di Indonesia mencapai angka 6,7% per 1000 rumah tangga. Gangguan jiwa berat berdasarkan Riskesdas tahun 2013 terbanyak yaitu 2,7 per mil adalah Yogyakarta dan Aceh. (Silviyana, 2022)

Menurut organisasi kesehatan dunia, sekitar 24 juta orang atau 1 dari 300 orang (0,32%) diseluruh dunia mengalami skizofrenia. Prevalensi skizofrenia yang terjadi dikalangan dewasa mencapai 1 dari 222 orang (0,45%) (WHO, 2022). onsets yang sering terjadi pada masa remaja akhir hingga usia 20-an. Kejadian skizofrenia lebih cepat dialami oleh pria daripada wanita (WHO, 2022) (Sobiyanto et al., 2024).

Prevalensi skizofrenia berdasarkan standar usia global pada global burden of disease (GBD) tahun 2016, didapatkan sebesar 0,28 %. Secara global terjadi peningkatan kasus prevalensi skizofrenia yaitu sebesar 13,1 juta kasus (1990) menjadi 20,9 juta kasus (2016) dan diperkirakan sekitar 70,8% (setara dengan 14,8 juta kasus) terjadi dinegara berkembang pada kelompok usia 25-54 tahun. Dilihat dari ukuran populasi regional menunjukkan bahwa Asia timur melaporkan 7,2 juta kasus dan Asia selatan melaporkan 4 juta kasus, dimana kedua wilayah tersebut menempati posisi pertama dan kedua sebagai jumlah kasus skizofrenia terbesar diseluruh dunia pada tahun 2016. Asia tenggara menempati posisi ketiga dengan jumlah kasus mencapai hampir 2 juta kasus. Skizofrenia menyumbang 13,4 juta tahun hidup penyandang disabilitas terhadap beban penyakit secara global. (Agustriyani Feri, 2024)



Terjadi peningkatan prevalensi skizofrenia di Indonesia berdasarkan laporan nasional Riset Dasar Republik Indonesia (Riskesdas) 2018, yaitu mencapai 6,7 tiap 1000 penduduk (2018) dan sebesar 1,7 tiap 1000 penduduk (2013) (Kemenkes, 2018; Kemenkes, 2013). Bali dan Yogyakarta merupakan provinsi dengan jumlah pelaporan kasus tertinggi yaitu dengan masing masing sebesar 11,1 tiap 1000 penduduk dan 10,4 tiap 1000 penduduk. Insidensi skizofrenia di provinsi DKI Jakarta mencapai 6,6 tiap 1000 penduduk. (Sobiyanto et al., 2024)

Efek yang dialami oleh pasien halusinasi pendengaran adalah berupa bunyi atau suara bising, mengakibatkan pasien berdebat dengan suara tersebut. Suara yang muncul bervariasi, bisa menyenangkan, berupa perintah berbuat baik, dan bisa berupa makian, ejekan. Dampak yang terjadi dari halusinasi adalah dapat kehilangan kontrol diri sehingga bisa membahayakan diri sendiri, orang lain dan juga dapat merusak lingkungan. Dalam situasi ini pasien yang mengalami halusinasi dapat melakukan bunuh diri bahkan bisa membunuh orang lain. Dampak yang dapat juga terjadi pada pasien halusinasi adalah munculnya histeria, rasa ketakutan yang berlebihan, ketidakteraturan pembicaraan, dan pikiran serta tindakan yang buruk (SHELEMO, 2023)

Strategi pelaksanaan dalam mengontrol halusinasi ada empat yaitu dengan membantu pasien untuk mengenali halusinasinya, menjelaskan cara mengontrol halusinasi, ajari pasien untuk menghardik, bercakap-cakap dengan teman, membuat kegiatan teratur dan emminum obat secara teratur. (Aprilia and Zaini, 2023)



1.2. Identifikasi Masalah

Bagaimanakah pelaksanaan Asuhan Keperawatan Jiwa pada Tn Z (46 Thn) dengan gangguan persepsi sensori : Halusinasi Pendengaran di Ruang Sorik Merapi II Rumah Sakit Jiwa Prof. M. Ildrem Provinsi Sumatera Utara Tahun 2025

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan umum

Untuk melakukan Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. Z (46 thn) Dengan Masalah Utama Halusinasi Pendengaran Di Ruang Sorik Merapi II Rumah Sakit Jiwa Profesor M. Ildrem Provinsi Sumatera Utara Tahun 2025.

1.3.2. Tujuan khusus

1. Melakukan pengkajian pada Tn. Z (46 tahun) dengan masalah utama Halusinasi pendengaran Di Ruang Sorik Merapi II Rumah Sakit Jiwa Profesor M. Ildrem Provinsi Sumatera Utara Tahun 2025
2. Merumuskan diagnosa asuhan keperawatan dengan masalah utama Halusinasi pendengaran Di Ruang Sorik Merapi II Rumah Sakit Jiwa Profesor M. Ildrem Provinsi Sumatera Utara Tahun 2025
3. Menyusun rencana asuhan keperawatan dengan masalah utama Halusinasi pendengaran Di Ruang Sorik Merapi II Rumah Sakit Jiwa Profesor M. Ildrem Provinsi Sumatera Utara Tahun 2025
4. Melakukan implementasi asuhan keperawatan dengan masalah utama Halusinasi pendengaran Di Ruang Sorik Merapi II Rumah Sakit Jiwa Profesor M. Ildrem Provinsi Sumatera Utara Tahun 2025



5. Melakukan evaluasi keperawatan dengan utama Halusinasi pendengaran Di Ruang Sorik Merapi II Rumah Sakit Jiwa Profesor M. Ildrem Provinsi Sumatera Utara Tahun 2025

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat teoritis

Sebagai salah satu sumber bacaan penelitian dan pengembangan ilmu asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama halusinasi pendengaran dan penelitian ini juga dapat di gunakan oleh institusi pelayanan kesehatan.

1.4.2 Manfaat praktis

1. Bagi institusi pendidikan STIKes Santa Elisabeth Medan sebagai masukan pendidikan untuk memberikan wawasan dan pengetahuan serta informasi mengenai asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama halusinasi pendengaran pada klien gangguan jiwa
2. Bagi perkembangan ilmu keperawatan hasil dari karya tulis ilmiah ini sebagai masukan untuk menambah pengetahuan dan wawasan bagi perkembangan keperawatan jiwa dan juga sebagai acuan untuk meningkatkan pemahaman khususnya tentang asuhan keperawatan pada klien gangguan jiwa.



BAB 2
TINJAUAN TEORITIS

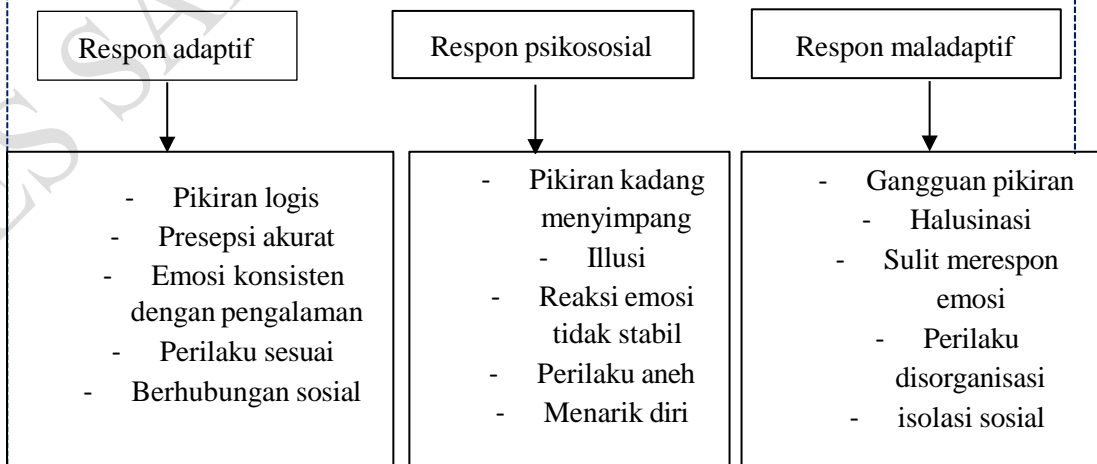
2.1 Konsep Dasar Medis

2.1.1 Pengertian

Halusinasi adalah gangguan persepsi sensori dari suatu obyek rangsangan dari luar, gangguan persepsi sensori ini meliputi seluruh pancaindra. Halusinasi merupakan salah satu gejala gangguan jiwa yang pasien mengalami perubahan sensori persepsi, serta merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan, atau penciuman. Pasien merasakan stimulus yang sebetulnya tidak ada. Pasien gangguan jiwa mengalami perubahan dalam hal orientasi realitas (Ummah, 2019)

Halusinasi pendengaran merupakan gangguan stimulus dimana pasien mendengar suara yang membicarakan, mengejek, menertawakan, mengancam, pikiran logika. Halusinasi pendengaran adalah suatu kondisi dimana klien mendengar suara-suara yang tidak berhubungan dengan stimulasi nyata yang orang lain tidak mendengarnya.

2.1.2 Respon Rentang Halusinasi





Rentang respon menurut Stuart (2017) dalam buku (Ummah, 2019)

Keterangan :

a. Respon Adaptif

Respon yang dapat diterima oleh norma-norma sosial budaya yang berlaku.

Dengan kata lain individu tersebut dalam batas normal jika menghadapi suatu masalah dan akan dapat memecahkan masalah tersebut. Adapun respon adaptif yakni :

1. Pikiran Logis merupakan pandangan yang mengarah pada kenyataan yang dapat diterima akal.
2. Persepsi Akurat merupakan pandangan dari seseorang tentang suatu peristiwa secara cermat dan tepat sesuai perhitungan.
3. Emosi Konsisten dengan Pengalaman merupakan perasaan jiwa yang timbul sesuai dengan peristiwa yang pernah dialami.
4. Perilaku Sosial dengan kegiatan individu atau sesuatu yang berkaitan dengan individu tersebut yang diwujudkan dalam bentuk gerak atau ucapan yang tidak bertentangan dengan moral.
5. Hubungan Sosial merupakan proses suatu interaksi dengan orang lain dalam pergaulan ditengah masyarakat dan lingkungan.

b. Respon Psikososial

1. Pikiran terkadang menyimpang berupa kegagalan dalam mengabstrakan dan mengambil kesimpulan.
2. Ilusi merupakan pemikiran atau penilaian yang salah tentang



penerapan yang benar-benar terjadi (objek nyata) karena rangsangan panca Indera

3. Emosi berlebihan dengan kurang pengalaman berupa reaksi emosi yang diekspresikan dengan sikap yang tidak sesuai.
4. Perilaku tidak biasa adalah sikap dan tingkah laku yang melebihi batas kewajaran.
5. Menarik diri merupakan percobaan untuk menghindari interaksi dengan orang lain, baik dalam berkomunikasi maupun berhubungan sosial dengan orang-orang di sekitarnya.

c. Respon Maladaptif

Respon maladaptif merupakan respon individu dalam menyelesaikan masalah yang menyimpang dari norma-norma sosial budaya dan lingkungan.

Adapun respon maladaptif yakni:

1. Kelainan pikiran (waham) merupakan keyakinan yang secara kokoh dipertahankan walaupun tidak diyakini oleh orang lain dan bertentangan dengan keyakinan sosial.
2. Halusinasi merupakan gangguan yang timbul berupa persepsi yang salah terhadap rangsangan.
3. Kerusakan proses emosi merupakan ketidakmampuan mengontrol emosi seperti menurunnya kemampuan untuk mengalami kesenangan, kebahagiaan, dan kedekatan.
4. Perilaku tidak terorganisir merupakan ketidakteraturan perilaku berupa ketidakselarasan antara perilaku dan gerakan yang di



timbulkan.

5. Isolasi sosial merupakan kondisi dimana seseorang merasa kesepian tidak mau berinteraksi dengan orang lain dan lingkungan sekitarnya.

2.1.3 Etiologi Halusinasi

Halusinasi sering secara umum ditemukan pada klien skizofrenia. Proses terjadinya halusinasi dapat dijelaskan berdasarkan beberapa referensi yaitu predisposisi, presipitasi, penilaian stressor, sumber koping dan juga mekanisme koping menurut (Yusuf, A.H and ,R & Nihayati, 2015) yaitu:

a. Predisposisi

1) Faktor genetik

Faktor genetik merupakan salah satu faktor utama yang dapat menyebabkan halusinasi dikarenakan anak yang memiliki satu orang tua penderita halusinasi memiliki resiko 15%, angka ini meningkat sampai 35% jika kedua orang tua biologis menderita halusinasi. angka ini meningkat sampai 35% jika kedua orangtua biologis menderita halusinasi.

2) Faktor psikologis

Faktor psikologis terjadi karena kegagalan berulang dalam menyelesaikan perkembangan awal psikososial, korban kekerasan, kurang kasih sayang. Sebagai contoh seorang anak yang tidak mampu membentuk hubungan saling percaya yang dapat mengakibatkan konflik intrapsikis seumur hidup.

3) Faktor sosiokultural dan lingkungan

Seseorang yang berada dalam sosial ekonomi kelas rendah mengalami gejala halusinasi lebih besar dibandingkan dengan individu dari sosial ekonomi yang lebih tinggi. Kejadian ini berhubungan dengan kemiskinan, akomodasi perumahan padat,



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

4) Faktor biologis

Adanya riwayat penyakit herediter gangguan jiwa, riwayat penyakit, trauma kepala dan riwayat penggunaan NAPZA mempunyai pengaruh terhadap terjadinya gangguan jiwa. Adanya stress yang berlebihan dialami seseorang maka di dalam tubuh akan dihasilkan suatu zat yang dapat bersifat halusinogenik neurokimia seperti Dimetytranferase (DMP). Akibat Buffofenon dan stress berkepanjangan menyebabkan teraktivasi neurotransmitter otak. Misalnya terjadi ketidakseimbangan acetylcholin dan dopamine.

b. Faktor presipitasi

Respon klien halusinasi seperti curiga, ketakutan, perasaan tidak aman, gelisah, bingung, perilaku merusak diri, kurang perhatian, tidak mampu membuat keputusan serta tidak dapat membedakan keadaan nyata atau tidak nyata.

c. Penilaian terhadap stressor

penilaian terhadap stressor merupakan penilaian individu ketika menghadapi stressor datang. Faktor biologis, psikososial dan lingkungan saling berintegrasi satu sama lain pada saat individu mengalami stress sedangkan individu sendiri memiliki kerentanan (*diathesis*) yang jika diaktifkan oleh pengaruh stress maka akan menimbulkan gejala skizofrenia. Penilaian seseorang terhadap stressor terdiri dari respon kognitif, afektif, fisiologis, perilaku sosial. Hal ini memberikan arti bahwa apabila individu mengalami suatu stressor maka ia akan merespon stressor



maka ia akan merespon stressor tersebut dan akan tampak melalui tanda dan gejala yang muncul.

d. sumber koping

sumber koping merupakan hal yang penting dalam membantu klien dalam mengatasi stressor yang dihadapinya. Sumber koping tersebut meliputi asset ekonomi, sosial support, nilai dan kemampuan individu mengatasi masalah. Apabila individu mempunyai sumber koping yang adekuat maka ia akan mampu beradaptasi dan mengatasi stressor yang ada. Keluarga merupakan salah satu sumber koping yang dibutuhkan individu ketika mengalami stress. Keluarga memang merupakan salah satu sumber pendukung yang utama dalam penyembuhan klien skizofrenia

e. Mekanisme koping

Mekanisme koping yang sering digunakan klien dengan halusinasi, klien menjadi malas beraktivitas sehari – hari, klien mencoba menjelaskan gangguan persepsi dengan mengalihkan tanggung jawab kepada orang lain atau sesuatu benda, klien sulit mempercayai orang lain dan asyik dengan dirinya sendiri dan keluarganya juga mengingkari masalah yang dialami oleh klien

2.1.4 Tanda dan Gejala halusinasi pendengaran

Tanda dan gejala halusinasi menurut Sutejo (2017) dalam buku (Ummah, 2019), dapat dinilai dari hasil observasi terhadap klien serta ungkapan klien. Adapun tanda dan gejala pada pasien halusinasi adalah:

- a. Data subjektif adalah data yang didapatkan dari pasien atau keluarga dengan gangguan sensori halusinasi mengatakan bahwa dirinya:
 1. Mendengar suara-suara atau kegaduhan.
 2. Mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap.



3. Mendengar suara menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya.
4. Melihat bayangan, sinar, bentuk geometris, bentuk kartun, melihat hantu atau monster.
5. Mencium bau-bauan busuk ataupun wangi seperti bau darah, urine, feses, kadang-kadang bau itu menyenangkan.
6. Merasakan rasa seperti merasakan makanan atau rasa tertentu yang tidak nyata
7. Merasakan sesuatu yang aneh pada tubuhnya seperti yang mengerayap seperti serangga, makhluk halus
8. Merasa takut atau senang dengan halusinasinya

b. Data objektif

adalah data yang didapatkan pada pasien yang tampak secara langsung.

Pasien dengan gangguan sensori persepsi halusinasi melakukan hal-hal berikut:

1. Bicara atau tertawa sendiri
2. Marah-marah tanpa sebab
3. Mengarahkan telinga menjadiah tertentu
4. Menutup telinga
5. Menunjuk-nunjuk menjadiah tertentu
6. Ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas.

2.1.5. Patofisiologi Halusinasi

a. Tahapan I : Comforting

Pada tahapan pertama Klien akan cenderung merasakan halusinasi yang menyenangkan serta sesuai dengan apa yang dipikirkan oleh Klien. Selain itu, Klien



cenderung merasakan ansietas sedang terhadap suatu stres yang dialami sehingga Klien berupaya menekan perasaan yang ia rasakan seperti perasaan takut, kesepian dan sebagainya dengan berfokus pada pikiran yang menyenangkan. Pada tahapan ini juga Klien masih dapat membedakan sesuatu hal yang benar-benar nyata dan halusinasi serta Klien dapat mengendalikan halusinasi. Pada tahapan ini perawat dapat mengamati adanya perilaku pada Klien seperti tertawa tidak sesuai, menggerakkan bibir tanpa menimbulkan suara, cenderung diam, dan lebih senang menyendiri. Pada tahapan ini kebanyakan Klien tidak menyadari bahwa telah memasuki fase early pschosis (pada fase ini umumnya akan dirasakan bahwa pada seorang individu tampak sesuatu perilaku yang tidak benar)

b. Tahapan II : Condemming

Tahapan condemming merupakan tahapan dimana Klien merasakan hal yang tidak disukai oleh Klien dan mengalami ansietas berat. Selain itu, pada tahapan condemming Klien mulai kehilangan kemampuan untuk mengendalikan distorsi pikiran yang terjadi dan Klien kesulitan membedakan antara hal yang nyata dengan halusinasi yang dialami serta Klien akan berupaya untuk bisa menjauhi halusinasinya. Di tahapan ini dapat dilihat dari beberapa perubahan pada Klien seperti Klien tidak mampu mempertahankan interaksi dalam waktu yang lama, terjadinya peningkatan nadi, tekanan darah dan frekuensi pernapasan.

c. Tahapan III : Controlling

Tahapan controlling isi halusinasi sudah mengendalikan Klien berbeda dari tahapan sebelumnya dimana Klien berupaya menjauhi halusinasi. Selain itu, tahapan ini Klien mengikuti dan melakukan tindakan dari isi halusinasi tersebut



serta Klien mengalami ansietas berat. Di tahap ini Klien lebih cenderung isi halusinasi mengendalikannya sehingga Klien mengalami kesulitan untuk menolak apa yang diperintahkan dari isi halusinasi dan bahkan tidak dapat menolak sesuatu hal yang diperintahkan halusinasi yang dapat membahayakan dan mengancam nyawanya.

d. Tahapan IV : Conquering

Pada tahapan ini Klien sudah dikuasai oleh halusinasi dan Klien mulai panik. Pada tahapan ini juga isi halusinasi dapat mengancam Klien apabila tidak mengikuti isi dari halusinasi. Perilaku yang dapat dilihat pada tahapan ini yaitu Klien tidak mampu berespon terhadap lingkungan sekitar, Klien sangat beresiko untuk mencederai dirinya, orang lain, dan lingkungan, dan Klien agitasi atau kataton.

2.1.6. Klasifikasi Halusinasi

Klasifikasi halusinasi terbagi menjadi 5 menurut (Yusuf, A.H and ,R & Nihayati, 2015)

1) Halusinasi Pendengaran

Data objektif antara lain: bicara atau tertawa sendiri, marah tanpa sebab, mengarahkan telinga kearah tertentu, klien menutup telinga. Data subjektif antara lain: mendengarkan suara-suara atau kegaduhan, mendengarkan suara yang ngajak bercakap-cakap, mendengarkan suara yang menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya.

2) Halusinasi Penglihatan

Data objektif antara lain: menunjuk kearah tertentu, ketakutan pada



sesuatu yang tidak jelas. Data subjektif antara lain: melihat bayangan, sinar, bentuk kartun, melihat hantu atau monster.

3) Halusinasi Penciuman

Data objektif antara lain: mencium seperti membaui bau-bauan tertentu dan menutup hidung. Data subjektif antara lain: mencium bau-bau seperti bau darah, feses, dan kadang-kadang bau itu menyenangkan.

4) Halusinasi Pengecapan

Data objektif antara lain: sering meludah, muntah.

Data subjektif antara lain: merasakan seperti darah, feses, muntah.

5) Halusinasi Perabaan

Data objektif antara lain: menggaruk-garuk permukaan kulit.

Data subjektif antara lain: mengatakan ada serangga dipermukaan kulit, merasa seperti tersengat listrik.

2.1.7 Mekanisme Koping

Terapi awal dengan obat anstipsikosis merupakan pengobatan utama untuk mengurangi gejala yang tidak menyenangkan. Mekanisme koping merupakan perilaku yang mewakili upaya untuk melindungi diri sendiri, mekanisme koping halusinasi menurut (Slametiningsih *et al.*, 2019) diantaranya:

a. Regresi

Proses untuk menghindari stress, kecemasan dan menampilkan perilaku kembali pada perilaku perkembangan anak atau berhubungan dengan masalah proses informasi dan upaya untuk menanggulangi ansietas.

b. Proyeksi



Keinginan yang tidak dapat di toleransi, mencurahkan emosi pada orang lain karena kesalahan yang dilakukan diri sendiri (sebagai upaya untuk menjelaskan kerancuan identitas).

c. Menarik diri

Reaksi yang ditampilkan dapat berupa reaksi fisik maupun psikologis. Reaksi fisik yaitu individu pergi atau lari menghindari sumber stressor, sedangkan reaksi psikologis yaitu menunjukkan perilaku apatis, mengisolasi diri, tidak berminat, sering disertai rasa takut dan bermusuhan.

2.1.8 Penatalaksanaan Halusinasi

2.1.8.1 Penatalaksanaan Medis

a. Psikofarmakoterapi

Salah satu dari gejala halusinasi adalah skizoprenia. Dengan menggunakan obat-obatan anti psikotik dapat mengurangi dan menurunkan halusinasi. Adapun di antaranya adalah:

1) Antipsikoti

Indikasi utama dari obat golongan ini yaitu untuk penderita gangguan psikotik (Skizofrenia atau psikotik lainnya). Seperti obat antipsikotik yaitu: Chlorpromazine, Trifluoperazin, Thioridazin, Haloperidol, Klorprotixen, Lokaspin dan Pimozide. Efek utama dari obat antipskotik menyerupai gejala psikotik seperti gangguan proses pikir (waham), gangguan persepsi (halusinasi), aktivitas psikomotor yang berlebihan (agresivitas),



dan juga memiliki efek sedatif serta efek samping ekstrapiramidal. Efek samping yang dapat terjadi yaitu kegelisahan motorik, tremor, kasar, febris tinggi, kejang-kejang, penurunan tekanan darah, mulut kering, inkontinensia urin.

2) Antidepresan

Golongan obat-obatan yang mempunyai khasiat mengurangi atau menghilangkan gejala depresif. Contoh obat antidepresan yaitu: Imipramin, Maprotilin, Setralin dan paroxetine. Efek samping yang dapat terjadi adalah hipotensi, hipertensi, perubahan pada gambaran EKG, obtipasi, mulut dan tenggorokan kering, mual dan sakit kepala.

3) Antiansietas

Golongan obat yang dipakai untuk mengurangi ansietas/kecemasan yang patologis tanpa banyak berpengaruh pada fungsi kognitif.

4). Program for Assertive Community Treatment (PACT).

PACT merupakan suatu program dalam bentuk rehabilitasi yang terdiri dari manajemen kasus dan intervensi aktif oleh satu tim menggunakan pendekatan yang sangat terintegrasi. Program ini diperuntukkan khusus untuk pasien yang fungsi sosialnya buruk. Dari hasil sebuah penelitian membuktikan bahwa PACT lebih efektif untuk memperbaiki gejala, mempersingkat perawatan yang

dilakukan di rumah sakit dan dapat memperbaiki kondisi kehidupan secara umum dengan berbagai intervensi, diantaranya:

5). Terapi Elektrokonvulsif (ECT) Pemilihan ECT digunakan untuk pengurangan gejala yang cepat, dan dikombinasi obat-obat antipsikotik dapat digunakan untuk pilihan bagi penderita skizofrenia terutama jika menginginkan perbaikan umum dan pengurangan gejala yang cepat berlangsung dari 5-10 menit

2.1.8.2 Penatalaksanaan Keperawatan

Penatalaksanaan terapi keperawatan pada klien skizofrenia dengan halusinasi bertujuan membantu klien mengontrol halusinasinya sehingga diperlukan beberapa tindakan keperawatan yang dapat dilakukan perawat dalam upaya meningkatkan kemampuan untuk mengontrol halusinasinya yaitu dengan tindakan keperawatan generalis dan spesialis (Indarna Asep *et al.*, 2023)

a. Tindakan Keperawatan Generalis : Individu dan Terapi Aktifitas Kelompok

Tindakan keperawatan generalis individu berdasarkan standar asuhan keperawatan jiwa pada klien skizofrenia dengan halusinasi oleh Carolin (2008), maka tindakan keperawatan generalis dapat dilakukan pada klien bertujuan untuk meningkatkan kemampuan kognitif atau pengetahuan dan psikomotor yang harus dimiliki oleh klien skizofrenia dengan halusinasi yang dikemukakan oleh Millis (Indarna Asep *et al.*, 2023), meliputi:

1. Cara mengontrol halusinasi dengan menghardik dan mengatakan stop atau pergi hingga halusinasi dirasakan pergi.
2. Cara menyampaikan pada orang lain tentang kondisi yang dialaminya



untuk meningkatkan interaksinya dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain sebelum halusinasi muncul.

3. Melakukan aktifitas untuk membantu mengontrol halusinasi dan melawan kekhawatiran akibat halusinasi seperti mendengarkan musik, membaca, menonton TV, rekreasi, bernyanyi, teknik relaksasi atau nafas dalam. Kegiatan ini dilakukan untuk meningkatkan stimulus klien mengontrol halusinasi.

4. Patuh minum obat

Terapi Aktifitas Kelompok (TAK) yang dilakukan pada klien skizofrenia dengan halusinasi adalah Terapi Aktifitas Kelompok (TAK) Stimulasi Persepsi yang terdiri dari 5 sesi yaitu : 1) Sesi pertama mengenal halusinasi, 2) Sesi kedua mengontrol halusinasi dengan memhardik, 3) Sesi ketiga dengan melakukan aktifitas, 4) Sesi keempat mencegah halusinasi dengan bercakap dan 5) Sesi kelima dengan patuh minum obat.

- b. Tindakan Keperawatan Spesialis : Individu dan Keluarga

Terapi spesialis akan diberikan pada klien skizofrenia dengan halusinasi setelah klien menuntaskan terapi generalis baik individu dan kelompok. Adapun terapi spesialis meliputi terapi spesialis individu, keluarga dan kelompok yang diberikan juga melalui paket terapi *Cognitive Behavior Therapy* (CBT). Tindakan keperawatan spesialis individu adalah *Cognitive Behavior Therapy* (CBT). Terapi *Cognitive Behavior Therapy* (CBT) pada awalnya dikembangkan untuk mengatasi gangguan afektif tetapi saat ini telah dikembangkan untuk klien yang resisten



terhadap pengobatan. Adapun mekanisme pelaksanaan implementasi keperawatan sebagai berikut: langkah awal sebelum dilakukan terapi generalis dan spesialis adalah mengelompokkan klien skizofrenia dengan halusinasi mulai dari minggu I sampai dengan minggu IX selama praktik residency. Setelah pasien dikelompokkan, selanjutnya semua klien akan diberikan terapi generalis mulai dari terapi generalis individu untuk menilai kemampuan klien skizofrenia dengan halusinasi. Langkah berikutnya adalah mengikutkan klien pada terapi generalis kelompok yaitu Terapi Aktifitas Kelompok (TAK) Stimulasi Persepsi Sensori Halusinasi. Demikian juga keluarga akan dilibatkan dalam terapi keluarga. Hal ini bertujuan agar keluarga tahu cara merawat klien skizofrenia dengan halusinasi di rumah. Terapi keluarga dilakukan pada setiap anggota keluarga yang datang mengunjungi klien. Terapi spesialis keluarga yaitu psikoedukasi keluarga yang diberikan pada keluarga klien skizofrenia dengan halusinasi adalah *Family Psycho Education (FPE)* yang terdiri dari lima sesi yaitu sesi I adalah identifikasi masalah keluarga dalam merawat klien skizofrenia dengan halusinasi, sesi II adalah latihan cara merawat klien halusinasi di rumah, sesi III latihan manajemen stres oleh keluarga, sesi IV untuk latihan manajemen beban dan sesi V terkait pemberdayaan komunitas membantu keluarga.

c. Komunikasi Terapeutik Pada Klien Gangguan Jiwa (Halusinasi)

Komunikasi terapeutik merupakan media utama yang digunakan untuk mengaplikasikan proses keperawatan dalam lingkungan kesehatan jiwa. Keterampilan perawat dalam komunikasi terapeutik mempengaruhi keefektifan banyak intervensi dalam keperawatan jiwa. Komunikasi terapeutik itu sendiri merupakan komunikasi yang direncanakan dilakukan untuk membantu



penyembuhan/pemulihan pasien. Tujuan komunikasi terapeutik membantu klien untuk menjelaskan dan mengurangi beban perasaan dan pikiran serta dapat mengambil tindakan untuk mengubah situasi yang ada bila klien percaya pada hal yang diperlukan, mengurangi keraguan, membantu dalam hal mengambil tindakan yang efektif dan mempertahankan kekuatan egonya serta mempengaruhi orang lain, lingkungan fisik dan dirinya sendiri (Indarna Asep *et al.*, 2023). Berkomunikasi dengan penderita gangguan jiwa membutuhkan sebuah teknik khusus, ada beberapa hal yang membedakan berkomunikasi antara orang gangguan jiwa dengan gangguan akibat penyakit fisik. Perbedaannya adalah :

1. Penderita gangguan jiwa cenderung mengalami gangguan konsep diri, penderita gangguan penyakit fisik masih memiliki konsep diri yang wajar (kecuali pasien dengan perubahan fisik, ex : pasien dengan penyakit kulit, pasien amputasi, pasien penyakit terminal dll).
2. Penderita gangguan jiwa cenderung asyik dengan dirinya sendiri sedangkan penderita penyakit fisik membutuhkan support dari orang lain.
3. Penderita gangguan jiwa cenderung sehat secara fisik, penderita penyakit fisik bisa saja jiwanya sehat tetapi bisa juga ikut terganggu.

2.1.9 Komplikasi

Klien dengan isolasi sosial semakin tenggelam dalam perjalanan dan tingkah laku masa lalu primitif antara lain pembicaraan yang akustik dan tingkah laku yang tidak sesuai dengan kenyataan, sehingga berakibat lanjut menjadi resiko gangguan sensori persepsi: halusinasi, menciderai diri sendiri, orang lain serta



lingkungan dan penurunan aktivitas sehingga dapat menyebabkan defisit perawatan diri. (Alfiani, Titi; Puspaneli, 2022)



2.2. Konsep Asuhan Keperawatan

2.2.1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan tahap awal dalam proses keperawatan, yang salah satu dilakukan dalam tahap pengkajian keperawatan ini adalah pengumpulan data. Pengumpulan data yang dikumpulkan meliputi data pasien secara *holistik*, yakni meliputi aspek *biologis, psikologis, social* dan *spiritual*. Seseorang diharapkan memiliki kesadaran atau kemampuan tilik diri (*self awareness*), kemampuan mengobservasi dengan akurat, berkomunikasi secara terapeutik, dan kemampuan berespons secara efektif (Mashudi, 2021)

Aspek yang harus dikaji selama proses pengkajian meliputi faktor predisposisi, faktor presipitasi, penilaian terhadap stressor, sumber coping, dan kemampuan coping yang dimiliki klien (Mashudi, 2021). Secara lebih terstruktur proses pengkajian keperawatan jiwa adalah sebagai berikut:

a. Identitas klien

1. Perawat yang merawat klien melakukan pengenalan dan kontrak dengan klien tentang: nama perawat, nama klien tujuan yang akan dilakukan, waktu tempat pertemuan serta topik yang akan datang.
2. Usia dan no rekam medis
3. Agama
4. Alamat
5. Informasi keluarga yang bisa dihubungi.

B. keluhan utama/ alasan masuk



tanyakan pada keluarga klien alasan klien dibawa kerumah sakit jiwa, apa yang sudah dilakukan keluarga terhadap klien sebelum dibawa kerumah sakit jiwa serta hasilnya. Pada umumnya klien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran di bawa ke rumah sakit jiwa karena keluarga merasa tidak mampu merawat klien, keluarga merasa terganggu karena perilaku klien dengan gejala yang tidak normal yang dilakukan klien seperti mengarahkan telnga pada sumber tertentu, berbicara atau tertawa sendiri, marah-marah tanpa sebab dan klien biasanya sering menutup telinganya sehingga keluarga berinisiatif membawa klien kerumah sakit jiwa.

c. Faktor Predisposisi

Tanyakan pada klien/keluarga :

1. Apakah pernah mengalami gangguan jiwa pada masa lalu, karena pada umumnya apabila klien dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran walaupun sebelumnya pernah mendapat perawatan di rumah sakit jiwa, tetapi pengobatan yang dilakukan masih meninggalkan gejala sisa, sehingga klien kurang dapat beradaptasi dengan lingkungannya. Gejala sisa ini disebabkan akibat trauma yang dialami klien, gejala ini cenderung timbul apabila klien mengalami penolakan didalam keluarga atau lingkungan sekitarnya.
2. Apakah pernah melakukan atau mengalami penganiayaan fisik.
3. Apakah pernah mengalami penolakan dari keluarga dan lingkungan.
4. Apakah pernah mengalami kejadian/trauma yang tidak menyenangkan pada masa lalu.



d. Pemeriksaan fisik

Klien dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran pada umumnya yang dikaji meliputi TTV (Tekanan Darah, Nadi, Pernafasan dan suhu), Tinggi badan, serta keluhan fisik lainnya.

e. Psikososial

1) Genogram

Genogram pada umumnya dibuat dalam 3 generasi yakni menggambarkan garis keturunan keluarga klien, apakah anggota keluarga ada yang mengalami gangguan jiwa seperti yang dialami oleh klien, pola komunikasi klien, pola asuh serta siapa pengambilan keputusan dalam keluarga.

2) Konsep diri Konsep diri meliputi sebagai berikut :

a) Citra tubuh

Tanyakan persepsi klien terhadap tubuhnya, bagian tubuh yang disukai dan tidak disukai. Pada umumnya klien dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran tidak ada keluhan mengenai persepsi klien terhadap tubuhnya, seperti bagian tubuh yang tidak disukai.

b) Identitas diri

Tanyakan kepuasan klien dengan jenis kelaminnya, kepuasan klien dengan statusnya didalam keluarga dan masyarakat. Pada umumnya klien dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran merupakan anggota dari suatu masyarakat dan keluarga. tetapi karena klien mengalami gangguan jiwa dengan gangguan persepsi



sensori : halusinasi pendengaran maka interaksi klien dengan keluarga maupun masyarakat tidak efektif sehingga klien merasa tidak puas akan status ataupun posisi klien sebagai anggota keluarga dan masyarakat.

c) Peran diri

Tanyakan pada klien tentang tugas/peran yang dilakukannya dalam keluarga di lingkungan masyarakat. Pada umumnya klien dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran kurang dapat melakukan peran dan tugasnya dengan baik sebagai anggota keluarga dalam masyarakat.

d) Ideal diri

Tanyakan pada klien harapan terhadap penyakitnya. Pada umumnya klien dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran ingin cepat pulang serta diperlakukan dengan baik oleh keluarga ataupun masyarakat saat pulang nanti sehingga klien dapat melakukan perannya sebagai anggota keluarga atau anggota masyarakat dengan baik.

e) Harga diri

Pada umumnya klien dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran memiliki hubungan yang kurang baik dengan orang lain sehingga klien merasa dikucilkan di lingkungan sekitar.

3) Hubungan sosial

Tanyakan kepada klien siapa orang terdekat dalam kehidupannya, tempat



mengadu, dan tempat bicara, serta tanyakan kepada klien kelompok apa saja yang diikutinya dalam masyarakat. pada umumnya klien dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran cenderung dekat dengan kedua orang tuanya, terutama dengan ibunya. Karena klien sering marah-marah , bicara kasar, melempar atau memukul orang lain, sehingga klien tidak pernah berkunjung kerumah tetangga dan klien tidak pernah mengikuti kegiatan yang ada dilingkungan masyarakat.

3) Spiritual

I. Nilai keyakinan

Tanyakan pada klien tentang pandangan serta keyakinan klien terhadap gangguan jiwa sesuai dengan norma budaya dan agama yang dianut klien. Pada umumnya klien dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran tampak menyakini agama yang dianutnya dengan dibuktikan melakukan ibadah sesuai dengan keyakinannya.

II. Kegiatan ibadah

Tanyakan pada klien tentang kegiatan ibadah yang dilakukannya dirumah, baik secara individu maupun secara kelompok. Pada umumnya klien dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran tampak kurang (jarang) melakukan ibadah sesuai dengan keyakinannya.

f. Status mental

1) Penampilan

Mengamati/mengobservasi penampilan klien dari ujung rambut sampai



ujung kaki seperti : rambut acak acakkan, kancing baju tidak tepat, resleting tidak dikunci, baju terbalik, baju tidak diganti-ganti serta penggunaan pakaian yang tidak sesuai. Pada umumnya klien dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran tampak berpenampilan kurang rapi, rambut acakacakan, mulut dan gigi kotor, serta bau badan.

2) Pembicaraan

Mengamati/mengobservasi pembicaraan klien apakah cepat, keras, gagap, membisu, apatis, lambat serta pembicaraan yang berpindahpindah dari satu kalimat ke kalimat lain. Pada umumnya klien dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran berbicara lambat dan tidak mampu memulai pembicaraan.

3) Aktivitas Motorik

Mengamati/mengobservasi kondisi fisik klien. Pada umumnya klien terlihat gelisah, berjalan mondar-mandir dengan gerakan mulut yang seakan-akan sedang berbicara.

4) Alam perasaan

Mengamati/mengobservasi kondisi perasaan klien. Pada umumnya klien merasakan sedih, putus asa, gembira yang berlebihan, serta marah tanpa sebab.

5) Afek Mengamati/mengobservasi kondisi emosi klien.

Pada umumnya klien mempunyai emosi labil tanpa ada sebab. Tiba tiba klien menangis dan tampak sedih lalu diam menundukkan kepala.

6) Interaksi selama wawancara

Mengamati/mengobservasi kondisi klien selama wawancara. Pada



umumnya klien memperlihatkan perilaku yang tidak kooperatif, lebih banyak diam diri, pandangan mata melihat kearah lain ketika diajak bicara.

7) Persepsi

Mengamati/mengobservasi jenis halusinasi yang terjadi pada klien. Pada umumnya klien cenderung mendengar, melihat, meraba, mengecap sesuatu yang tidak nyata dengan waktu yang tidak diketahui dan tidak nyata.

8) Proses pikir

Mengamati/mengobservasi proses pikir klien selama wawancara. Pada umumnya klien cenderung apabila akan menjawab pertanyaan terdiam dulu, seolah-olah sedang merenung lalu mulai menjawab, kemudian jawaban belum selesai diutarakan, klien diam lagi kemudian meneruskan jawabannya dengan singkat.

9) Isi pikir

Mengamati/mengobservasi isi pikiran klien selama wawancara. Pada umumnya klien dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran merasa lebih senang menyendiri daripada berkumpul dengan orang lain. Saat diajak untuk duduk-duduk dan berbincang bincang dengan klien yang lain, klien menolak dengan menggelengkan kepala.

10) Tingkat kesadaran

Mengamati/mengobservasi tingkat kesadaran klien. Pada umumnya klien dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran tingkat kesadarannya yaitu stupor dengan gangguan motorik seperti kekakuan, gerakan yang diulang-ulang, anggota tubuh klien dengan sikap yang canggung serta klien terlihat kacau.

11) Memori



Mengamati/mengobservasi gangguan daya ingat klien. Pada umumnya klien dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran memiliki memori yang konfabulasi. Memori konfabulasi merupakan pembicaraan yang tidak sesuai dengan kenyataan (memasukkan cerita yang tidak benar yang bertujuan untuk menutupi gangguan yang dialaminya).

12) Tingkat konsentrasi dan berhitung

Mengamati/mengobservasi tingkat konsentrasi dan kemampuan berhitung klien selama wawancara. Pada umumnya klien dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran cenderung tidak mampu berkonsentrasi, klien tidak dapat menjelaskan kembali pembicaraannya dengan dibuktikan selalu meminta agar pernyataan yang diucapkan oleh seseorang untuk diulangkan kembali.

13) Kemampuan penilaian

Mengamati gangguan kemampuan penilaian klien, apakah gangguan kemampuan penilaian ringan yakni dapat mengambil keputusan yang sederhana dengan bantuan orang lain seperti : berikan kesempatan kepada klien untuk memilih mandi dahulu sebelum makan atau makan dahulu sebelum mandi yang sebelumnya diberi penjelasan terlebih dahulu dan klien dapat mengambil keputusan. Mengamati gangguan kemampuan penilaian bermakna yakni tidak mampu mengambil keputusan walaupun dibantu oleh orang lain seperti : berikan kesempatan kepada klien untuk memilih mandi dahulu sebelum makan atau makan dahulu sebelum mandi yang sebelumnya diberi penjelasan terlebih dahulu dan klien tetap tidak dapat mengambil keputusan. Biasanya klien dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran cenderung memiliki kemampuan penilaian yang baik,



seperti jika disuruh untuk memilih mana yang dilakukan dahulu antara berwudhu dengan sholat, maka klien akan menjawab berwudhu terlebih dahulu.

14) Daya tilik diri

Mengamati/mengobservasi klien tentang penyakit yang di deritanya. Pada umumnya klien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran menyadari bahwa ia berada dalam masa pengobatan untuk mengendalikan emosinya yang labil.

g. Kebutuhan persiapan pulang

1) Makan

Tanyakan dan mengobservasi tentang porsi, frekuensinya, variasinya, dan jenis makanan pantangan klien dalam makan, serta kemampuan klien dalam menyiapkan dan membersihkan alat makan. Klien dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran makan 3 x sehari dengan porsi (lauk pauk, nasi, sayur, serta buah).

2) BAB/BAK

Mengamati/mengobservasi kemampuan klien untuk defekasi dan berkemih, seperti pergi ke wc, membersihkan diri.

3) Mandi

Tanyakan dan mengobservasi tentang frekuensi, cara mandi, menyikat gigi, cuci rambut, gunting kuku, dan bercukur serta observasi kebersihan tubuh dan bau badan klien. Klien dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran mandi 2 x sehari dan membersihkan rambut 1 – 2 x/hari kecuali ketika emosi labil.

4) Berpakaian



Mengamati/mengobservasi kemampuan klien untuk mengambil, memilih, dan mengenakan pakaian serta alas kaki klien serta observasi penampilan dan dandanan klien. Klien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran mengganti pakaiannya setiap selesai mandi dengan menggunakan pakaian yang bersih.

5) Istirahat dan tidur

Tanyakan dan observasi lama waktu tidur siang/malam klien, apa aktivitas yang dilakukan sebelum tidur serta aktivitas yang dilakukan setelah tidur.

6) Penggunaan obat

Tanyakan dan observasi pada klien dan keluarga tentang penggunaan obat yang dikonsumsi serta reaksi yang ditimbulkannya. Klien dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran minum obat 3 x sehari dengan obat oral serta reaksi obat dapat tenang dan tidur (sesuai advis dokter).

7) Pemeliharaan kesehatan

Tanyakan pada klien dan keluarga tentang apa, bagaimana, kapan dan tempat perawatan lanjutan serta siapa saja sistem pendukung yang dimiliki (keluarga, teman, dan lembaga pelayanan kesehatan) serta cara penggunaannya.

8) Kegiatan di dalam rumah

Tanyakan kemampuan klien dalam merencanakan, mengolah dan menyajikan makanan, merapikan rumah (kamar tidur, dapur, menyapu dan mengepel), mencuci pakaian sendiri serta mengatur kebutuhan biaya sehari-hari.

9) Kegiatan di luar rumah

Tanyakan kemampuan klien dalam belanja untuk keperluan sehari hari,



(melakukan perjalanan mandiri yaitu dengan berjalan kaki, menggunakan kendaraan pribadi, dan kendaraan umum), serta aktivitas lain yang dilakukan diluar rumah (bayar listrik/telepon/air/kekantor pos/dan ke bank).

h. Mekanisme koping

Mekanisme koping pada klien dengan masalah gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran dalam mengatasi masalah yang dihadapinya, antara lain:

1) Regresi

Klien dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran cenderung akan menghindari masalah yang di hadapinya.

2) Proyeksi

Klien dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran cenderung menjelaskan perubahan suatu persepsi dengan berusaha untuk mengalihkan tanggung jawab kepada orang lain.

3) Menarik diri

Klien dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran cenderung sulit mempercayai orang lain dan asyik dengan stimulus internal yang di rasakannya.

i. Masalah psikososial dan lingkungan

Pada umumnya klien dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran memiliki masalah dengan psikososial dan lingkungannya, seperti pasien yang tidak dapat berinteraksi dengan keluarga atau masyarakat karena perilaku pasien yang membuat orang disekitarnya merasa ketakutan.

j. Pengetahuan



Klien dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran biasanya memiliki pengetahuan yang baik dimana dia bisa menerima keadaan penyakitnya dan mengalami perawatan.

k. Aspek Medis

Klien dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran biasanya mendapatkan pengobatan seperti : Chlorpromazine (CPZ) 2 x 10 mg, Trihexyphenidyl (THZ) 2 x 2 mg, dan Risperidone 2 x 2 mg.

2.2.2 Analisa Data Keperawatan

Masalah keperawatan	Data yang perlu dikaji
Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran	Subjektif <ol style="list-style-type: none">1. Klien mengatakan mendengar suara atau kegaduhan2. Klien mengatakan mendengar suara yang mengajaknya untuk bercakap-cakap3. Klien mengatakan mendengar suara yang menyuruhnya untuk melakukan sesuatu yang berbahaya4. Klien mengatakan mendengar suara yang mengancam dirinya atau orang lain Objektif



1. Klien tampak bicara sendiri
2. Klien tampak tertawa sendiri
3. Klien tampak marah-marah tanpa sebab
4. Klien tampak mengarahkan telinga ke arah tertentu
5. Klien tampak menutup telinga
6. Klien tampak menunjuk-nunjuk ke arah tertentu

2.2.3 Daftar Masalah Keperawatan

- a. Resiko perilaku kekerasan
- b. Gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran.
- d. Gangguan proses pikir : Waham
- e. Isolasi sosial
- f. Harga diri rendah
- g. Defisit Perawatan Diri
- h. Resiko Bunuh Diri

2.2.4 Rencana Tindakan Keperawatan

Tindakan keperawatan adalah tahap ketika perawat mengaplikasikan rencana asuhan keperawatan guna membantu klien mencapai tujuan yang telah ditetapkan (Mashudi, 2021). Sebelum tindakan keperawatan diimplementasikan,



perawat perlu memvalidasi apakah rencana tindakan yang ditetapkan masih sesuai dengan kondisi pasien saat ini (*here and now*) Terdapat 3 fase dalam dalam komunikasi terapeutik, dimana fase pertama yaitu fase orientasi yang menggambarkan situasi pelaksanaan tindakan yang akan dilakukan, kontrak waktu dan tujuan pertemuan yang diharapkan. Fase kerja berisi beberapa pertanyaan yang akan diajukan untuk pengkajian lanjut, pengkajian tambahan, penemuan masalah bersama dan/atau penyelesaian tindakan. Fase terminasi merupakan saat untuk mengevaluasi tindakan yang telah dilakukan, menilai keberhasilan atau kegagalan dan merencanakan untuk kontrak waktu pertemuan selanjutnya. (Mashudi, 2021)

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	SLKI	SIKI			
1.	Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran (D. 0085)	Persepsi Sensori (L.09083) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 pertemuan, diharapkan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran dapat teratasi dengan kriteria hasil: Ekspektasi: Membaik	Manajemen Halusinasi (I.09288) Observasi: - Monitor perilaku yang mengindikasikan halusinasi. - Monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulasi lingkungan.			
		<table border="1"> <tr> <td>Kriteria hasil</td> <td>A (Awal)</td> <td>T (T</td> </tr> </table>	Kriteria hasil	A (Awal)	T (T	
Kriteria hasil	A (Awal)	T (T				



STIKes Santa Elisabeth Medan

		Perilaku halusinasi	5		1-Monitor isi halusinasi (misal kekerasan atau membahayakan diri).
		Melamun	5		1
		Mondar-mandir	5		1
		Konsentrasi	5		1
		Orientasi	5		1
		Keterangan:			
<p>1: Menurun</p> <p>2: Cukup menurun</p> <p>3: Sedang</p> <p>4: Cukup meningkat</p> <p>5: Meningkatkan</p> <p>- Lakukan tindakan keselamatan ketika tidak dapat mengontrol perilaku (misal limit setting, pembatasan wilayah, pengekangan fisik, seklusi).</p> <p>- Diskusikan perasaan dan respon terhadap halusinasi.</p> <p>- Hindari perdebatan tentang validitas halusinasi.</p> <p>Edukasi:</p>					



			<ul style="list-style-type: none">- Anjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi.- Anjurkan bicara pada orang yang dipercaya untuk memberikan dukungan dan umpan balik korektif terhadap halusinasi.- Anjurkan melakukan distraksi (misal mendengarkan music, melakukan aktivitas, dan teknik relaksi).- Anjurkan pasien dan keluarga cara mengontrol halusinasi.
2.	Perilaku Kekerasan (D. 0132)	Kontrol Diri (L.09076) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 pertemuan, diharapkan resiko perilaku kekerasan	Pencegahan Perilaku Kekerasan (I.14544) Observasi:



STIKes Santa Elisabeth Medan

		dapat teratasi dengan kriteria		<ul style="list-style-type: none"> - Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (misal benda tajam dan tali). - Monitor keamanan barang yang dibawa oleh pengunjung. - Monitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan (misal pisau cukur). <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin. - Libatkan keluarga dalam perawatan. <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan pengunjung dan 	
		Kriteria hasil	A (Awal)		T (T
		Verbalisasi Ancaman kepada orang lain	5		
		Verbalisasi umpatan	5		
		Perilaku menyerang	5		
		Perilaku melukai diri sendiri/orang lain	5		
		Perilaku merusak lingkungan sekitar	5		
		Perilaku agresif	5		
		Bicara ketus	5		



STIKes Santa Elisabeth Medan

		<p>Keterangan:</p> <p>1: Meningkatkan</p> <p>2: Cukup meningkat</p> <p>3: Sedang</p> <p>4: Cukup menurun</p> <p>5: Menurun</p>	<p>keluarga untuk mendukung keselamatan pasien.</p> <p>- Latih cara mengungkapkan perasaan secara asertif.</p> <p>- Latih mengurangi kemarahan secara verbal dan non verbal (misalnya relaksasi dan bercerita).</p>			
3.	<p>Isolasi Sosial (D. 0121)</p>	<p>Keterlibatan Sosial (L.13115)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 pertemuan, diharapkan keterlibatan sosial meningkat dengan kriteria hasil:</p> <p>Ekspektasi: Meningkatkan</p> <table border="1"> <tr> <td>Kriteria hasil</td> <td>A (Awal)</td> <td>T (Ta</td> </tr> </table>	Kriteria hasil	A (Awal)	T (Ta	<p>Promosi Sosialisasi (I.13498)</p> <p>Observasi:</p> <p>- Identifikasi kemampuan melakukan interaksi dengan orang lain</p> <p>- Identifikasi hambatan melakukan</p>
Kriteria hasil	A (Awal)	T (Ta				



STIKes Santa Elisabeth Medan

		Minat interaksi	5		1interaksi dengan orang lain
		Minat terhadap aktivitas	5		1Terapeutik: - Motivasi meningkatkan
		Afek murung/sedih	5		1 keterlibatan dalam suatu hubungan
		Kontak mata	5		1 - Motivasi
		Keterangan:			
		1: Menurun			berpartisipasi dalam
		2: Cukup menurun			aktivitas baru dan
		3: Sedang			kegiatan
		4: Cukup meningkat			kelompok
		5: Meningkatkan			- Diskusikan
					perencanaan kegiatan
					di masa depan
					Edukasi:
					- Anjurkan
					berinteraksi dengan
					orang lain secara
					bertahap
					- Anjurkan ikut serta
					kegiatan sosial dan
					kemasyarakatan



			- Anjurkan berbagi pengalaman dengan orang lain
--	--	--	---

2.2.5 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan tindakan yang disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan yang telah disusun sebelumnya berdasarkan prioritas yang telah dibuat dimana tindakan yang diberikan mencakup tindakan mandiri maupun *kolaboratif*. Sebelum melaksanakan tindakan keperawatan yang sudah direncanakan perawat perlu memvalidasi apakah rencana tindakan keperawatan masih dibutuhkan dan sesuai dengan kondisi klien pada saat ini (*here and now*) dan sebelumnya harus dilakukan kontrak dengan klien.

2.2.8 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tahap kelima atau terakhir dalam proses keperawatan. Penilaian terakhir pada proses keperawatan yang ditetapkan, penetapan keberhasilan asuhan keperawatan didasarkan pada perubahan perilaku dari kriteria hasil yang sudah ditetapkan, yaitu terjadi adaptasi pada individu. Menurut Keliat (2014), evaluasi terhadap masalah keperawatan halusinasi meliputi kemampuan pasien dan keluarganya serta kemampuan keluarga dalam merawat pasien halusinasi. Beberapa hal yang harus dievaluasi adalah sebagai berikut (Trimelia, 2011):

(1) Apakah klien dapat mengenal halusinasinya, yaitu isi halusinasi, situasi, waktu dan frekuensi munculnya halusinasi.



- (2) Apakah klien dapat mengungkapkan perasaannya ketika halusinasi muncul.
- (3) Apakah klien dapat mengontrol halusinasi dengan menggunakan empat cara baru, yaitu menghardik, menemui orang lain dan bercakap-cakap, melaksanakan aktivitas terjadwal dan patuh minum obat.
- (4) Apakah keluarga dapat mengetahui pengertian halusinasi, jenis halusinasi yang dialami pasien, tanda dan gejala halusinasi, dan caracara merawat pasien halusinasi.
- (5) Apakah keluarga dapat merawat pasien langsung dihadapan pasien.
- (6) Apakah keluarga dapat membuat perencanaan *follow up* dan rujukan pasien



BAB 3 ASUHAN KEPERAWATAN

FORMAT PENGKAJIAN ASUHAN KEPERAWATAN PSIKIATRI

A. PENGKAJIAN

RUANGAN RAWAT : Sorik Merapi 2

TANGGAL DIRAWAT : 13 Juli 2024/ 11.30 Wib

I. BIODATA

Inisial : Tn Z

Tanggal pengkajian : 23 Oktober 2024

Umur : 46 Tahun

RM No : 04. 86. 13

Informan : Klien

II. ALASAN MASUK

Klien mengatakan marah-marah tanpa sebab, suka tiba-tiba bicara sendiri, terkadang seperti orang yang sedang kebingungan, sering mendengar suara-suara yang mengatakan bahwasanya ia anak yang tidak berguna, gelisah dan sulit tidur. klien berbicara sendiri tanpa ada lawan bicara, mulut komat-kamit, mondar mandir, tertawa sendiri, dan pandangan kosong.

III. FAKTOR PREDISPOSISI

1. Pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu?
 Ya Tidak

Pasien sudah pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu, sudah 3 kali masuk rumah sakit jiwa dari tahun 2023

2. Pengobatan sebelumnya.



Berhasil
 kurang berhasil
 tidak berhasil

	Pelaku/Usia	Korban/Usia	Saksi/Usia
Ananiaya fisik	- -	- -	- -
Ananiaya seksual	- -	- -	- -
Penolakan	- -	- -	- -
Kekekerasan dalam keluarga	- -	- -	- -
Tindakan criminal	- -	- -	- -

Jelaskan no.1.2.3. : pasien sudah pernah menjadi pasien diruuh sakit jiwa prof iildrem pada tahun 2023 lalu dipindahkan di dinsos pajoreken tahun 2024 awal selang beberapa bulan pasien dipindahkan lagi ke rumah sakit jiwa prof. Iildrem untuk perobatan yang lebih maksimal.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

1. Adakah anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa

Ya
 Tidak

Hubungan keluarga Gejala Riwayat
 pengobatan/perawatan

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan

Klien pernah dimarah- marahi oleh keluarga dikarenakan tidak mendapatkan pekerjaan dan belum menikah.

Masalah keperawatan :

IV. FISIK

1. Tanda vital : TD 130/80 mmHg N : 80x/m S 36,7 derajat Celcius P: 19x/m

2. Ukur : TB : 166 cm BB : 55 kg

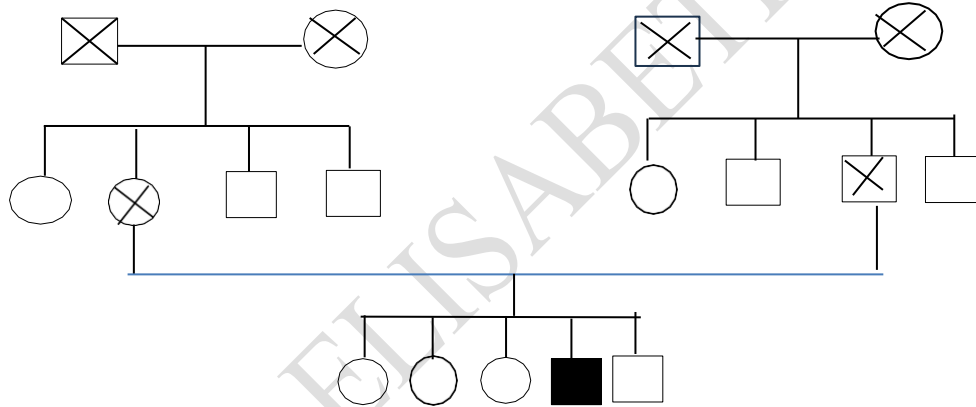
3. Keluhan fisik : Ya Tidak

Jelaskan : Dari hasil pemeriksaan tanda-tanda vital, tekanan darah Tn. Z dalam batas normal, nadi normal, suhu normal, pernapasan normal, klien tidak mengalami gangguan fisik.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

V. PSIKOSOSIAL

1. Genogram



Keterangan : = Laki-laki
 = Perempuan
 = Klien
 = Meninggal

Jelaskan : Tn. Z memiliki keluarga yang lengkap dimana Tn Z memiliki ayah dan ibu serta memiliki tiga saudara perempuan dan 1 saudara laki-laki. Peran Tn Z adalah sebagai anak keempat dari lima bersaudara.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

2. Konsep diri

a. Gambaran diri : Tn Z mengatakan tubuhnya tegap dan tidak cacat,



- sangat menyukai semua bagian tubuhnya.
- b. Identitas : Tn Z adalah seorang laki-laki yang berusia 46 tahun
- c. Peran : Sebagai pasien di RSJ, dan Sebagai anak keempat di keluarganya.
- d. Ideal diri : Tn. Z berharap bisa menerima keadaanya yang sedang putus asa, dan memperbaiki keadaan dirinya kembali seperti, ia juga ingin cepat pulanh dan cepat mencari pekerjaan serta menikah.
- e. Harga diri : Tn Z tidak mampu mengontrol emosi yang dialaminya dan merasa dirinya tidak berguna serta merasa malu dikarenakan dirinya tidak mempunyai pekerjaan.
- Jelaskan :Tn. Z mengatakan dirinya malu dan tidak berguna lagi karena belum menikah dan tidak bekerja dalam keluarga.

Masalah keperawatan : Harga Diri Rendah

3. Hubungan sosial
- a. Orang yang berarti : Orang tua dan saudara-saudara Tn Z
- b. Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat : klien mengatakan pernah mengikuti kegiatan dilingkunganya tetapi semenjak sakit tidak pernah lagi ikut serta dalam kegiatan masyarakat.
- c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain : klien mengatakan lebih suka menyendiri, klien mengatakan merasa berbeda dengan orang lain, klien mengatkan merasa lebih nyaman dan senang jika tidak terlalu sering berbicara dengan orang lain dan malas jika ingin memulai percakapan terlebih dahulu

Masalah keperawatan : isolasi sosial

4. Spiritual
- a. Nilai dan keyakinan : Tn Z beragama kristen protestan dan suku batak toba



b. Kegiatan ibadah : Tn Z jarang melakukan ibadah ke gereja dikarenakan Tn Z merasa malu dengan dirinya dan tidak adanya hidupnya lagi. Ia juga tidak percaya akan Tuhan, ia tidak percaya kalau Tuhan dapat menyembuhkannya, dan ia tidak pernah berdoa. Namun setelah dirawat di RSJ Tn Z sesekali mau mengikuti ibadah singkat yang diadakan oleh rumah sakit meskipun harus diajak oleh perawat

Masalah keperawatan : Defisit spiritual

VI. STATUS MENTAL

1. Penampilan

Tidak rapih

Penggunaan pakaian tidak sesuai

Cara berpakaian seperti biasanya

Jelaskan : Tn Z berpakaian seperti biasanya tetapi kurang memperhatikan perawatan dirinya, kuku kotor dan Tn Z jarang mandi hanya mandi 1 kali sehari itupun jika disuruh oleh perawat

Masalah keperawatan : Defisit perawatan diri

2. Pembicaraan

Cepat

Keras

Gagap

Inkoheren

Apatis

Lambat

Membisu

Tidak mampu memulai pembicaraan

Jelaskan : Tn Z mampu berbicara dengan cepat

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan.

3. Aktivitas motorik :

Lesu

Tegang

Gelisah

Agitasi

Tik

Grimasen

Tremor

Kompulsif

Jelaskan : berdasarkan observasi klien tampak lesu dan gelisah

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan



4. Alam perasaan

Sedih Ketakutan Putus asa Khawatir Gembira berlebihan

Jelaskan : Tn Z mengatakan merasa hidupnya tidak berguna lagi, putus asa karena keluarga tidak ada datang untuk menjenguk, ia merasa malu karena tidak memiliki pekerjaan

Masalah keperawatan : harga diri rendah

5. Afek

Datar Tumpul Labil Tidak sesuai

Jelaskan : klien tampak biasa saja dengan tatapan kosong

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

6. Interaksi selama wawancara

Bermusuhan Tidak kooperatif Mudah tersinggung
 Kontak mata (-) Defensive Curiga

Jelaskan : klien dapat berkomunikasi dan mau berinteraksi

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

7. Persepsi

Pendengar | Penglihatan Perabaan
 Pengecapan Penciuman

Jelaskan : klien mengatakan sering mendengar bisikan-bisikan seperti mengatakan dirinya tidak berguna waktu terjadinya halusinasi pada klien pada saat malam dan sore hari, biasanya suara bisikan muncul saat klien duduk dan berdiam diri, saat mendengar suara bisikan klien merasa gelisah dan



terganggu, tidak dapat tidur, ketika suara itu muncul klien menikmati halusinasinya, bisikan datang sekitar 3-5 menit.

Masalah keperawatan : Halusinasi pendengaran.

8. Proses pikir

- Sirkumtansial - Tangensial - Kehilangan asosiasi
 - *Flight of idea* - *Blocking* - Pengulangan pembicaraan/
persevarasi

Jelaskan : Tn Z mampu berpikir dan menanggapi lawan bicaranya

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

9. Isi pikir

- Obsesi - Fobia - Hipokondri
 - Depersonalisasi - Ide yang terkait - Pikiran magis
Waham
 - Agama - Somatic - Kebesaran - Curiga
 - Nihilistic - Sisip pikir - Siar pikir - Kontrol pikir

Jelaskan : Tn. Z tidak mengalami waham

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah

10. Tingkat kesadaran

√ Bingung - Sedasi - Stupor
Disorientasi
 - Waktu - Tempat - Orang

Jelaskan : klien penuh sadar tetapi ekspresinya kadang bingung

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

11. Memori

√ Gangguan daya ingat jangka Panjang - Gangguan daya ingat jangka pendek



Gangguan daya ingat saat ini Konfabulasi

Jelaskan : klien tidak mampu mengingat jangka panjang

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

12. Tingkat konsentrasi dan berhitung

Mudah beralih Tidak mampu konsentrasi Tidak mampu berhitung sederhana

Jelaskan : konsentrasi klien dapat teralih jika ada sesuatu yang ia dengar

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

13. Kemampuan penilaian

Gangguan ringan Gangguan bermakna

Jelaskan : Tn Z mampu mengambil keputusan sederhana.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

14. Daya tilik diri

Mengingkari penyakit yang diderita Menyalahkan hal-hal diluar dirinya

Jelaskan : Tn Z mengakui dirinya dirawat di RJS karena dirinya mengalami gangguan kesehatan jiwanya.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

VII. KEBUTUHAN PERSIAPAN PULANG

1. Makan

Bantuan minimal Bantuan total

2. BAB/BAK

Bantuan minimal Bantuan total

Jelaskan : Tn Z mampu melakukan makan dan BAB/BAK secara mandiri

Untuk makan tetap disediakan.

Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

3. Mandi

Bantuan minimal Bantuan total



4. Berpakaian/berhias

Bantuan minimal Bantuan total

5. Istirahat dan tidur

Tidur siang lama : 1 s/d 2 jam

Bantuan minimal :

Bantuan minimal/sesudah tidur

5. Penggunaan obat

Bantuan minimal Bantuan total

7. Pemeliharaan kesehatan

Perawatan lanjutan Ya Tidak

Perawatan pendukung Ya Tidak

Jelaskan : Tn Z membutuhkan perawatan lanjutan untuk dapat menerima keadaan dan kondisinya, dapat mengontrol emosi serta membutuhkan dukungan dari perawat untuk memberi kekuatan dan dukungan kepada dirinya sebagai pengganti orang tua dan saudara-saudaranya

Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

6. Kegiatan didalam rumah

Mempersiapkan makanan Ya Tidak

Menjaga kerapian rumah Ya Tidak

Mencuci pakaian Ya Tidak

Pengaturan keuangan Ya Tidak

Jelaskan : Diharapkan Tn Z mampu melakukan kegiatan di rumah seperti merapikan kamar tidur, mencuci pakaian sendiri, dan kemampuan positif lainnya dengan mandiri agar dapat meningkatkan harga diri klien.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan



7. Kegiatan diluar rumah

Belanja Ya Tidak

Transportasi Ya Tidak

Lain-lain Ya Tidak

Jelaskan : diharapkan Tn Z mampu melakukan kegiatan di luar rumah seperti menggunakan kendaraan umum, dan melakukan kegiatan lainnya agar klien dapat bersosialisasi dengan orang lain.

Masalah keperawatan : **Isolasi Sosial**

VIII. MEKANISME KOPING

Adaptif

Bicara dengan orang lain

Mampu menyelesaikan masalah

Teknik relaksasi

Aktivitas konstruktif

Olahraga

Lainnya

Maladaptif

Minum alkohol

Reaksi lambat / berlebih

Bekerja berlebihan

Menghindar

Mencederai diri

Lainnya

Masalah keperawatan :

IX. MASALAH PSIKOSOSIAL DAN LINGKUNGAN

Masalah dengan dukungan kelompok spesifik

Masalah berhubungan dengan lingkungan spesifik

Masalah dengan pendidikan. spesifik

Masalah dengan pekerjaan. spesifik

Masalah dengan perumahan. Spesifik

Masalah ekonomi .spesifik



Masalah dengan pelayanan kesehatan. Spesifik

Masalah lainnya. Spesifik

Masalah keperawatan: Tidak Ada Masalah keperawatan

X. PENGETAHUAN KURANG TENTANG

Penyakit jiwa

Sistem pendukung

Faktor presipitasi

Penyakit fisik

Koping

Obat-obatan

Masalah keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan, tetapi Tn Z masing belum bisa mengenali bagaimana yang baik dan tidak adanya sistem pendukung

XI. ASPEK MEDIK

Diagnosis Medik :

Terapi medik :

Nama obat	Dosis	Efek terapi	Efek samping
Resperidone	2x2 mg	Meredakan gejala skizofrenia	Insomnia, cemas, sakit kepala, pusing, konstipasi
Clozapine	1x25 mg	Mengurangi gejala skizofrenia, dan gejala psikologis pada penderita penyakit perkison	<ul style="list-style-type: none">- Kantuk- Sakit kepala- Produksi air liur meningkat- Sendawa- Gangguan penglihatan- Sembelit- Berat badan meningkat



Trihexyphenidil	2x2 mg	Dapat membantu mengurangi kekakuan otot, tremor, dan meningkatkan kemampuan berjalan atau beraktivitas pada penderita parkinson maupun pengguna obat antipsikotik yang mengalami gejala ekstrapiramidal.	<ul style="list-style-type: none">- Penglihatan buram- Kulit memerah- Sakit kepala- Mulut kering- Mual dan muntah- Konstipasi- Kelelahan- Rasa cemas
-----------------	--------	--	---

XII. DAFTAR DIAGNOSIS KEPERAWATAN

1. Halusinasi Pendengaran
2. Harga Diri Rendah
3. Isolasi sosial
4. Defisit Perawatan Diri

Medan, 29 April 2025

Sherina Febiola



Analisa Data

Data subjektif	Data objektif	Masalah
1. Tn Z mengatakan mendengar bisikan bisikan yang mengatakan ” kau gak pernah berguna jadi anak, ”	1. pasien tampak berbicara sendiri 2. Pasien tampak sesekali melamun 3. Pasien tampak sesekali mendekatkan telinga ke arah dinding	Gangguan persepsi sensori: Halusinasi Pendengaran (D. 0085)
2. Tn Z mengatakan susah tidur	4. Pasien tampak mondar mandir	
3. Tn Z mengatakan suara muncul saat sore atau malam hari bahkan saat pasien sedang melamun atau sendiri	5. Pasien tampak gelisah 6. Pasien tampak tersenyum sendiri	
4. Tn Z mengatakan suara muncul 3-5 menit		



<p>1. Tn Z mengatakan sedih karena merasa dirinya tidak berguna menjadi seorang anak</p> <p>2. Tn Z mengatakan bahwa ia malu belum menikah diumur nya sekarang</p> <p>3. Tn Z mengatakan belum bisa membahagiakan kedua orang tuanya</p> <p>4. Tn Z mengatakan tidak dapat mengontrol emosinya</p> <p>5. Tn Z merasa minder dengan keadaannya yang sekarang</p>	<p>1. Tn Z tampak lebih banyak diam</p> <p>2. Kontak mata berkurang</p> <p>3. Tn Z tampak melamun</p> <p>4. Penolakan pada dirinya sendiri</p> <p>5. Klien tampak tidak bersemangat karena merasa bosan berada dirumah sakit jiwa</p>	<p>Harga Diri Rendah (D. 0087)</p>
---	---	------------------------------------



<p>1. Tn Z mengatakan tidak mengikuti kegiatan karena orang orang takut dengan dirinya</p> <p>2. Tn Z mengatakan lebih suka menyendiri karena klien merasa tidak penting untuk berinteraksi dengan orang lain</p> <p>3. Tn Z mengatakan lebih sennag dan nyaman jika tidak berbicara</p>	<p>1.Klien tampak menyendiri tidak ingin berinteraksi dengan orang lain</p> <p>2.Kontak mata berkurang</p> <p>3.Klien hanya berdiam diri didalam kamar dan keluara jika akan makan dan jika ingin duduk diluar tetapi tidak lama</p> <p>4.Klien tampak melamun</p>	<p>Isolasi Sosial</p>
--	--	-----------------------



4. Tn Z mengatakan malas untuk memulai percakapan terlebih dahulu		
1. Tn Z mengatakan malas untuk mandi 2. Tn z juga mengatakan malas untuk mengunting kuku dan menggosok gigi 3. Tn Z mengatakan capek jika mandi terus dan tidak berminat untuk melakukannya	1. Kuku Tn Z tampak kotor dan panjang 2. Klien tidak mengganti pakaiannya 3. tampak gigi kuning 4. Aroma badan berbau khas	Defisit Perawatan Diri



3.3. Diagnosa Keperawatan

No	Tanggal Muncul	Diagnosa Keperawatan
(D 0085)		Gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran ditandai dengan Tn Z mengatakan mendengar bisikan bisikan yang mengatakan bahwa “ dirinya adalah anak yang tidak berguna”, Tn Z mengatakan susah tidur, suara muncul saat sore atau malam hari bahkan saat pasien sedang melamun atau sendiri, Tn Z juga mengatakan suara muncul 3-5 menit, pasien tampak berbicara sendiri, pasien tampak sesekali melamun, tampak sesekali mendekatkan telinga ke arah dinding, tampak monar-mandir, tampak gelisah, dan tampak tersenyum sendiri.
(D 0087)		harga diri rendah berhubungan dengan riwayat penolakan ditandai dengan Tn Z mengatakan sedih karena merasa dirinya tidak berguna menjadi seorang anak. Mengatakan bahwa ia malu di umurnya yang sekarang belum menikah, belum bisa membahagiakan kedua orang tua, tidak dapat mengontrol emosinya, merasa minder dengan keadaannya yang sekarang, tampak lebih banyak diam, kontak mata berkurang, tampak melamun, penolakan pada dirinya sendiri, klien tampak tidak bersemangat karena merasa bosan berada dirumah sakit jiwa.



(D. 0121) Isolasi Sosial berhubungan dengan perubahan status mental ditandai dengan Tn Z mengatakan tidak mengikuti kegiatan karena orang-orang takut dengan dirinya, mengataka lebih suka menyendiri karena klien merasa tidak penting untuk berinteraksi dengan orang lain, lebih senang dan nyaman jika tidak berbicara, mengatakan malas untuk memulai percakapan terlebih dahulu, klien tampak menyendiri, kontak mata berkurang, klien hanya berdiam diri didalam kamar dan keluar jika hanya makan itupun tidak lma, dan klien tampak melamun.

(D0109) deficit perawatan diri berhubungan dengan gangguan psikotik ditandai dengan Tn Z mengatakan malas untuk mandi, mengatakan malas untuk mengunting kuku dan menggosok gigi, Tn Z juga mengatakan capek jika mandi terus dan tidak berminat untuk melakukannya, kuku tampak kotor dan panjang, klien tampak tidak mengganti pakaiannya, tampak gigi kuning, dan aroma badan berbau khas.



3.4. Rencana Keperawatan

Tgl	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI	Tanda Tangan
23/10/2024	(D 0085) Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan halusinasi pendengaran ditandai dengan distorsi sensori, bersikap seolah mendengar sesuatu, menyendiri, bicara sendiri, melihat kesatu arah, mondar mandir	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam diharapkan persepsi sensori membaik (L. 09083) ✓ Verbalisasi mendengar bisikan menurun ✓ Perilaku halusinasi menurun ✓ Bicara sendiri menurun ✓ Mondar mandir menurun ✓ Tertawa sendiri menurun ✓ Mencari-cari sumber suara menurun ✓ Diam sambil menikmati halusinasinya	Manajemen halusinasi (I. 09288) Observasi: 1. Monitor perilaku yang mengindikasi halusinasi 2. Monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulus lingkungan 3. Monitor isi halusinasi Terapeutik: 4. Pertahankan lingkungan yang aman Edukasi: 5. Ajarkan cara mengontrol halusinasi: SP 1: mengontrol halusinasi dengan cara menghardik SP 2: mengontrol halusinasi dengan	



		menurun	bercakap cakap dengan orang lain SP 3: mengontrol halusinasi dengan cara melakukan kegiatan terjadwal SP 4: mengontrol halusinasi dengan rutin minum obat secara teratur
2.	(D.0087) Harga Diri Rendah berhubungan dengan riwayat penolakan ditandai dengan Tn Z mengatakan sedih karena merasa dirinya tidak berguna menjadi seorang anak. Mengatakan bahwa	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam diharapkan harga diri meningkat dengan kriteria hasil: 1. penilaian diri positif meningkat 2. perasaan memiliki kelebihan kemampuan positif meningkat 3. konsentrasi	Manajemen perilaku (I.12463) Observasi: - Identifikasi harapan untuk mengendalikan perilaku Terapeutik : - Jadwalkan kegiatan terstruktur - Tingkatkan aktivitas fisik sesuai



<p>ia malu di umurnya yang sekarang belum menikah, belum bisa membahagiakan kedua orang tua, tidak dapat mengontrol emosinya, merasa minder dengan keadaannya yang sekarang, tampak lebih banyak diam, kontak mata berkurang, tampak melamun, penolakan pada dirinya sendiri, klien tampak tidak bersemangat karena merasa bosan berada dirumah sakit jiwa.</p>	<p>meningkat 4. kontak mata meningkat 5. perasaan malu menurun 6. perasaan bersalah menurun</p>	<p>kemampuan - Bicara dengan nada rendah dan tenang - Cegah perilaku pasif dan agresif Edukasi : - Informasikan keluarga bahwa keluarga sebagai dasar pembentukka n kognitif</p>	
---	---	--	--



<p>3.</p>	<p>(D. 0121) Isolasi Sosial berhubungan dengan perubahan status mental ditandai dengan Tn Z mengatakan tidak mengikuti kegiatan karena orang-orang takut dengan dirinya, mengatakan lebih suka menyendiri karena klien merasa tidak penting untuk berinteraksi dengan orang lain, lebih senang dan nyaman jika tidak berbicara, mengatakan malas untuk memulai percakapan terlebih dahulu, klien tampak</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam diharapkan isolasi sosial meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. kemampuan meminta bantuan pada orang lain meningkat 2. dukungan emosi yang disediakan orang lain meningkat 3. jaringan sosial yang membantu meningkat 	<p>Promosi sosialisasi (I. 13498))</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi kemampuan melakukan interaksi dengan orang lain' - Identifikasi hambatan melakukan interaksi dengan orang lain <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Motivasi meningkatkan keterlibatan dalam suatu hubungan - Motivasi berpartisipasi dalam aktivitas baru - Motivasi berinteraksi diluar lingkungan <p>Edukasi :</p>
-----------	---	---	--



STIKes Santa Elisabeth Medan

	menyendiri, kontak mata berkurang, klien hanya berdiam diri didalam kamar dan keluar jika hanya makan itupun tidak lama, dan klien tampak melamun.		<ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan berinteraksi dengan orang lain secara bertahap - Anjurkan ikut serta kegiatan sosial dan bermasyarakat - Anjurkan berbagi pengalaman dengan orang lain 	
4.	D0109) deficit perawatan diri berhubungan dengan gangguan psikotik ditandai dengan Tn Z mengatakan malas untuk mandi, mengatakan malas untuk mengunting kuku dan menggosok gigi, Tn Z juga	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam diharapkan defisit perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil: 1. kemampuan mandi meningkat 2. verbalisasi keinginan melakukan	Dukungan perawatan diri (I. 11348) Observasi : <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri - Monitor tingkat kemandirian Terapeutik :	



STIKes Santa Elisabeth Medan

	mengatakan capek jika mandi terus dan tidak berminat untuk melakukannya, kuku tampak kotor dan panjang, klien tampak tidak mengganti pakaiannya, tampak gigi kuning, dan aroma badan berbau khas.	perawatan diri meningkat 3. minat melakukan perawatan diri meningkat 4. mempertahankan kebersihan mulut dan tubuh meningkat.	- Fasilitasi untuk menenrима keadaan ketergantungan - Fasilitasi kemandiriaan - Jadwalkan rutinitas perawatan diri Edukasi : - Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten	
--	---	--	---	--



LAPORAN PENDAHULUAN STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN SETIAP HARI

Proses Keperawatan

Kondisi Klien :

- Klien tampak mondar-mandir
- Klien tampak berbicara sendiri
- Klien tampak tersenyum sendiri

Diagnosa Keperawatan : Halusinasi Pendengaran

Tujuan Khusus :

- Klien dapat membina hubungan saling percaya
- Klien dapat mengenali halusinasinya
- Klien dapat mengontrol halusinasinya dengan cara menghardik

Tindakan Keperawatan :

- Bina hubungan saling percaya
- Mengidentifikasi isi, frekuensi, kondisi, serta respon klien
- Mengajarkan sp 1 (menghardik)

Proses Pelaksanaan Tindakan

ORIENTASI

1. Salam terapeutik : selamat pagi pak, perkenalkan saya sherina febiola mahasiswa profesi STIKes Santa Elisabeth Medan, kalau boleh tau nama bapak siapa?



2. Evaluasi/ validasi: klien menjawab sapaan perawat walaupun sedikit ragu

3. Kontrak : Topik Sp 1 : mengontrol halusinasi dengan cara menghardik

Waktu : 10.00 wib

Tempat : sorik merapi 2

Kerja (langkah-langkah tindakan keperawatan)

- Membina hubungan saling percaya
- Memberikan kesempatan pada klien mengungkapkan perasaannya
- Mendiskusikan isi, waktu, kondisi dan respon klien
- Melakukan hardik saat halusinasi muncul

TERMINASI

1. Evaluasi respon klien terhadap tindakan keperawatan

Evaluasi klien (subjektif) : klien mengatakan sudah tau bagaimana cara menghardik

Evaluasi perawat (objektif) : Tn Z mampu melakukan cara menghardik dengan menutup telinga menggunakan kedua tangandan mengatakan ” pergi-pergi kamu tidak nyata kamu suara palsu”

2. Tindakan lanjut klien (apa yang perlu dilatih oleh klien sesuai hasil tindakan yang telah dilakukan):

- Mengevaluasi sp 1
- Mengajarkan sp 2 : melakukan cakap-cakap dengan orang lain
- Mengajarkan sp 3 : melakukan kegiatan terjadwal

3. Kontrak yang akan datang:



STIKes Santa Elisabeth Medan

Topik : Sp 2 : melakukan cakap-cakap dengan teman

Sp 3: melakukan kegiatan terjadwal

Waktu: 10:00 wib

Tempat: sorik merapi 2



LAPORAN PENDAHULUAN STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN SETIAP HARI

Proses Keperawatan

Kondisi Klien :

- Klien masih mondar-mandir
- Klien masih mau berbicara sendiri

Diagnosa Keperawatan : Halusinasi Pendengaran

Tujuan Khusus :

- Klien dapat membina hubungan saling percaya
- Klien dapat mengenali halusinasinya
- Klien dapat mengontrol halusinasinya dengan bercakap-cakap dengan orang lain
- Klien dapat mengontrol halusinasinya dengan melakukan kegiatan terjadwal

Tindakan Keperawatan :

- Bina hubungan saling percaya
- Mengidentifikasi isi, frekuensi, kondisi, serta respon klien
- Mengajarkan sp 2 yaitu bercakap-cakap dengan orang lain
- Mengajarkan Sp 3 yaitu melakukan kegiatan terjadwal



Proses Pelaksanaan Tindakan

ORIENTASI

- Salam terapeutik : selamat pagi pak, apakah bapak masih mengenal saya ?
- Evaluasi/ validasi: klien menjawab perawat dengan mengatakan masih ingat suster, dengan suster sherina
- Kontrak : Topik Sp 2 : mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain
- Sp 3 : mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan teratur

Waktu : 10.00 wib

Tempat : sorik merapi 2

Kerja (langkah-langkah tindakan keperawatan)

- Membina hubungan saling percaya
- Memberikan kesempatan pada klien mengungkapkan perasaannya
- Mendiskusikan isi, waktu, kondisi dan respon klien
- Melakukan cara bercakap-cakap dengan orang lain
- Melakukan kegiatan terjadwal

TERMINASI

1. Evaluasi respon klien terhadap tindakan keperawatan
 - Evaluasi klien (subjektif) : klien mengatakan sudah melakukan percakapan singkat dengan temannya (Tn J) dan melakukan kegiatan seperti mengepel lantai dan membersihkan tempat tidur
 - Evaluasi perawat (objektif) : Tn Z mampu melakukan cakap-cakap



dengan Tn J dan membersihkan tempat tidur bahkan mengepel lantai setelah makan

2. Tindakan lanjut klien (apa yang perlu dilatih oleh klien sesuai hasil tindakan yang telah dilakukan):

- Mengevaluasi sp 1 , Sp 2, Sp 3
- Mengajarkan sp 4 : minum obat secara teratur (2 kali dalam sehari)

3. Kontrak yang akan datang:

Topik : Sp 4 : minum obat secara teratur

Waktu: 16.00 wib

Tempat: sorik merapi 2



LAPORAN PENDAHULUAN STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN SETIAP HARI

Proses Keperawatan

Kondisi Klien :

- Klien mengatakan sudah mulai jarang mendengar suara-suara bisikan

Diagnosa Keperawatan : Halusinasi Pendengaran

Tujuan Khusus :

- Klien dapat membina hubungan saling percaya
- Klien dapat mengenali halusinasinya
- Klien dapat mengontrol halusinasinya dengan minum obat secara teratur

Tindakan Keperawatan :

- Bina hubungan saling percaya
- Mengidentifikasi isi, frekuensi, kondisi, serta respon klien
- Mengajarkan sp 4 yaitu minum obat secara teratur

Proses Pelaksanaan Tindakan

ORIENTASI

1. Salam terapeutik : selamat pagi pak, bagaimana tidur nya semalam?



2. Evaluasi/ validasi: klien menjawab perawat dengan mengatakan tidur saya enak suster, tidak terganggu lagi karna jika suara itu muncul maka saya akan melakukan seperti yang sudah suster ajarkan

3. Kontrak : Topik Sp 4: minum obat secara teratur

Waktu : 16.00 wib

Tempat : sorik merapi 2

Kerja (langkah-langkah tindakan keperawatan)

- Membina hubungan saling percaya
- Memberikan kesempatan pada klien mengungkapkan perasaannya
- Mendiskusikan isi, waktu, kondisi dan respon klien
- Minum obat secara teratur

TERMINASI

4. Evaluasi respon klien terhadap tindakan keperawatan

Evaluasi klien (subjektif) : klien mengatakan sudah minum obat secara teratur dengan 2 kali dala sehari setelah makan

Evaluasi perawat (objektif) : Tn Z mampu menyebutkan obat yang dikonsumsi setiap hari

5. Tindakan lanjut klien (apa yang perlu dilatih oleh klien sesuai hasil tindakan yang telah dilakukan):

- Mengevaluasi sp 1 , Sp 2, Sp 3, dan sp 4
- Memotivasi klien untuk selalu melakukan ke 4 sp saat halusinasi muncul



STIKes Santa Elisabeth Medan

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI TINDAKAN KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA DI UNIT RAWAT INAP RUMAH SAKIT JIWA ILDREM

Inisial Klien: Tn Z

Ruangan: Sorik Merapi 2

Lama Rawat Inap:

RM No : 04.86.13

Data	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
DS: Tn Z mengatakan mendengar bisikan-bisikan yang mengatakan dirinya tidak berguna menjadi seorang anak - Tn Z mengatakan susah tidur - Tn Z mengatakan suara muncul saat sore atau	Halusinasi pendengaran	Tindakan: Sp 1: ✓ Membina hubungan saling percaya ✓ Mengkaji Tn Z tentang halusinasi yang dialami ✓ Mengontrol halusinasi dengan cara menghardik RTL: Mengontrol halusinasi dengan cara	S: Klien mengatakan saat mendengar bisikan-bisikan mencoba untuk melakukan hardik O: klien sudah mulai melakukan cara menghardik dengan menutup kedua tangan ditelinga dan mengatakan ” pergi pergi kamu tidak nyata, kamu suara palsu” A: halusinasi pendengaran P:



<p>malam bahkan saat</p> <p>klien sendiri</p> <ul style="list-style-type: none">- Suara muncul 2-3 menit <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none">- Klien tampak berbicara sendiri- Klien tampak mondar-mandir- Tampak gelisah- Terkadang tersenyum sendiri		<p>menghardik</p>	<p>Klien: Evaluasi Sp 1 dan ajarkan Sp 2 yaitu bercakap-cakap dengan orang lain</p> <p>Keluarga: Beri penkes SP untuk halusinasi pendengaran</p>
--	--	-------------------	--



Kemampuan:

Klien mampu melakukan
cara menghardik



STIKes Santa Elisabeth Medan

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI TINDAKAN KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA DI UNIT RAWAT INAP RUMAH SAKIT JIWA ILDREM

Inisial Klien: Tn Z Ruangan: Sorik Merapi 2 Lama Rawat Inap: RM No : 04.86.13

Data	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
DS: Tn Z mengatakan mendengar bisikan-bisikan yang mengatakan dirinya tidak berguna menjadi seorag anak - Tn Z mengatakan susah tidur	Halusinasi pendengaran	Tindakan: Sp 2: ✓ Mengevaluasi perasaan Tn Z ✓ Mengevaluasi Sp 1 ✓ Mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain	S: Klien mengatakan masih mendengar suara-suara bisikan itu O: klien sudah mulai mengontrol dengan cara bercakap-cakap dengan salah satu temannya yaitu (Tn J) A: halusinasi pendengaran P:



STIKes Santa Elisabeth Medan

<p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none">- Klien tampak berbicara sendiri- Klien tampak mondar-mandir <p>Kemampuan:</p> <p>Klien mampu melakukan cakap-cakap dengan teman yaitu Tn J</p>		<p>RTL:</p> <p>Mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain</p>	<p>Klien: Evaluasi Sp 1 dan Sp 2 serta ajarkan Sp 3 yaitu melakukan kegiatan terjadwal</p> <p>Keluarga: Beri penkes SP untuk halusinasi pendengaran</p>
--	--	---	---



STIKes Santa Elisabeth Medan

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI TINDAKAN KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA DI UNIT RAWAT INAP RUMAH SAKIT JIWA ILDREM

Inisial Klien: Tn Z

Ruangan: Sorik Merapi 2

Lama Rawat Inap:

RM No : 04.86.13

Data	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
DS: Tn Z mengatakan masih mendengar suara-suara bisikan tetpi sudah mulai jarang yang biasanya satu hari bisa 2 kali ini menjadi satu kali saja	Halusinasi pendengaran	Tindakan: Sp 3: ✓ Mengevaluasi perasaan Tn Z ✓ Mengevaluasi Sp 1 dan Sp 2 ✓ Mengontrol halusinasi dengan cara melakukan kegiatan terjadwal	S: Klien mengatakan sudah melaksanakan kegiatan terjadwal dengan membantu mengepel lantai selesai makan O: klien tampak tiap pagi dan sore membersihkan tempat tidur dan mengepel lantai selesai makan A: halusinasi pendengaran



STIKes Santa Elisabeth Medan

<p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none">- Klien tampak berbicara sendiri- Klien tampak mondar-mandir <p>Kemampuan:</p> <p>Klien mampu melakukan kegiatan terjadwal yaitu mengepel selesai makan dan membersihkan tempat tidur</p>	<p>✓ Memotivasi dan mendukung Tn Z untuk melakukan kegiatan seperti membersihkan tempat tidur</p> <p>RTL:</p> <p>Mengontrol halusinasi dengan cara melakukan kegiatan teratur</p>	<p>P:</p> <p>Klien: Evaluasi Sp 1, Sp 2, Sp 3 serta ajarkan Sp 4 yaitu minum obat secara teratur</p> <p>Keluarga: Beri penkes SP untuk halusinasi pendengaran</p>
--	---	---



STIKes Santa Elisabeth Medan

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI TINDAKAN KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA

DI UNIT RAWAT INAP RUMAH SAKIT JIWA ILDREM

Inisial Klien: Tn Z

Ruangan: Sorik Merapi 2

Lama Rawat Inap:

RM No : 04.86.13

Data	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
DS: Tn Z mengatakan sudah mulai jarang mendengar suara-suara bisikan Tn Z sudah mulai bisa tidur DO:	Halusinasi pendengaran	Tindakan: Sp 4: ✓ Mengevaluasi perasaan Tn Z ✓ Mengevaluasi Sp 1, Sp 2, Sp 3 ✓ Mengontrol halusinasi dengan cara minum obat secara teratur	S: Klien mengatakan setiap pagi dan sore sudah minum obat sevcara teratur O: klien tampak minum obat setelah makan yaitu resperidone, THP, dan clozapine A: halusinasi pendengaran P: Klien: Evaluasi Sp 1, Sp 2 ,Sp 3 dan Sp 4



STIKes Santa Elisabeth Medan

<p>- Klien terkadang masing mau mondar-mandir</p> <p>Kemampuan:</p> <p>Klien mampu melakukan minum obat secara teratur</p>		<p>✓ Mengawasi Tn Z saat minum obat</p> <p>RTL:</p> <p>Mengontrol halusinasi dengan cara minum obat secara teratur</p>	<p>Anjurkan Tn Z untuk selalu rutin dalam minum obat (2 kali sehari)</p> <p>Keluarga: Beri penkes SP untuk halusinasi pendengaran</p>
---	--	--	---



STIKes Santa Elisabeth Medan

ANALISIS PROSES INTERAKSI

Inisial Klien : Tn Z

Ruangan : sorik Merapi 2

RM No : 04. 86. 13

Komunikasi verbal	Komunikasi nonverbal	Analisis berpusat pada perawat	Analisis berpusat pada klien	Rasional
P: selamat pagi pak, perkenalkan saya perawat S mahasiswa dari STIKes Santa Elisabeth Medan. Kalau boleh saya tahu dengan mbak siapa? K: pagi..... P: Bolehkah kita mengobrol pagi ini?	P: memandang dengan tatapan kosong	Perawat membuka percakapan dengan klien berharap klien menerima dengan baik	Klien mau menerima atas kehadiran perawat walaupun masih ragu	Ucapan salam perawat kepada klien menunjukkan penghargaan perawat kepada klien. Penghargaan kepada orang lain merupakan modal



STIKes Santa Elisabeth Medan

<p>K: Boleh</p> <p>P: Kalau saya boleh tau, nama bapak siapa?</p> <p>K: Nama saya zainal</p> <p>P: Berapa lama kita bisa mengobrol pak?</p> <p>K: Terserah sus.....</p> <p>P: Bagaimana perasaan bapak saat ini? Apa yang sedang bapak rasakan?</p> <p>K: Tidak ada</p> <p>P: Apakah bapak sering mendengar suara bisikan-bisikan?</p> <p>K: terdiam.....</p>	<p>K: pandangan tidak fokus dan tersenyum</p> <p>P: memandangi klien berharap klien bisa mengutarakan bagaimana perasaannya</p> <p>K: Menunduk</p>	<p>Perawat senang pasien mau menjawab</p>	<p>Klien tampak sedikit tidak fokus</p> <p>Klien mau menjawab perawat</p> <p>Klien tidak berespon saat ditanya</p>	<p>awal seseorang dapat membuka diri dengan orang lain Untuk mendapatkan persetujuan dari klien</p>
---	--	---	--	---



<p>P: Berapa kali dalam sehari bapak mendengar suara -suara?</p> <p>K: Sering sekali</p> <p>P: Kapan saja bapak dengan suara bisikan itu?</p> <p>K: Dia sering muncul saat saya sendiri dan melamun biasanya sore dan malam</p> <p>P: Kalau saja boleh tau, apa yang bapak dengar?</p> <p>K : Suara itu mengatakan bahwa saya adalah anak yang tidak berguna dalam keluarga</p> <p>P: Setelah bapak dengar suara itu,</p>	<p>P: Perawat mencoba menanyakan suara apa yang didengar</p>	<p>Perawat senang atas keterbukaannya</p> <p>P: Perawat mencoba mencari tau tentang suara bisikan, berharap klien mampu mengingat</p>	<p>Klien menjawab dengan baik</p> <p>K: Klien masih ingat dan mencoba memberitahu suara bisikan apa yang didengar</p>
---	--	---	---



STIKes Santa Elisabeth Medan

<p>apa yang bapak lakukan?</p> <p>K: Saya cuman bisa diam dan mendengarkan suara itu</p> <p>P: Apakah dengan bapak seperti itu suara nya hilang?</p> <p>K: Tidak sus</p> <p>P: Nah, bapak disini saya mau memberi tau bahwasanya ada cara yang dapat kita lakukan jika mendengar suara-suara bisikan, karena suara itu tidaklah asli, apakah bapak mau tau cara-caranya?</p> <p>K: Mau sus</p>	<p>K: Tersenyum</p> <p>P: Perawat mempragakan sp 1</p>	<p>P: Perawat merasa senang klien mau</p>	
--	--	---	--



STIKes Santa Elisabeth Medan

<p>P: Caranya ada 4, untuk hari ini kita akan mempelajari cara pertama yaitu dengan cara menghardik, bapak bisa menutup telinga dengan kedua tangan sambil menutup mata dan mengatakan “ pergi-pergi kamu tidak nyata dan kamu suara palsu” coba bapak praktekan</p> <p>K: Kklien memperagakan kembali</p> <p>P: Nah seperti itu pak, bapak bisa melakukannya setiap suara itu muncul</p>	<p>K: Klien mampu memperagakan kembali sp 1 yang telah diajari oleh perawat</p> <p>P: Perawat mengontrak waktu klien besok untuk mengajari sp 2</p> <p>K: klien bersedia</p>	<p>P: Perawat senang klien mampu memperagakan kembali</p> <p>P: Perawat senang klien masih mau</p>	<p>K: Klien mampu mengingat dan memperagakan kembali sp 1 yang diajarkan</p> <p>K: Klien tersenyum</p>
---	--	--	--



<p>K: Baik suster</p> <p>P: Baiklah bapak, besok saya akan mengajari bapak kembali untuk cara yang ke-2 , apakah bapak bersedia?</p> <p>K: Bersedia sus</p> <p>P: Baik sekarang saya izin pamit dulu ya pak</p> <p>K: Baik suster</p>		untuk diajarkan sp 2		
---	--	----------------------	--	--



ANALISIS PROSES INTERAKSI

Inisial Klien : Tn Z

Ruangan : sorik Merapi 2

RM No : 04. 86. 13

Komunikasi verbal	Komunikasi nonverbal	Analisis berpusat pada perawat	Analisis berpusat pada klien	Rasional
P: selamat pagi Tn Z K: pagi suster P: Bapak masih kenal dengan saya? K: masih suster, suster sherina? P: benar sekali bapak, baiklah sesuai kesepakatan kita semalam bahwa hari ini kita akan belajar	P: perawat menyapa klien dengan terenyum K: Klien masih mengingat perawat	Perawat membuka percakapan dengan menyapa pasien Perawat berharap Tn Z masih ingat dengan nya	Klien menjawab salam dari perawat Klien kenal perawat	Mengucapkan salam terapeutik untuk membina hubungan



STIKes Santa Elisabeth Medan

<p>cara yang kedua</p> <p>K: baik sus</p> <p>P: apakah bapak masih ingat dengan cara 1 yang saya ajarkan semalam</p> <p>K: masih sus, menutup telinga sambil mengatakan “pergi-pergi kamu tidak nyata, kamu palsu”</p> <p>P: Iya bagus sekali pak, bapak masih mengingatnya</p> <p>K: Iya suster</p> <p>P: Nah sesuai dengan janji saya semalam, saya akan mengajari bapak cara ke 2 untuk mengontrol</p>	<p>K: Klien masih mengingat apa yang diajarkan semalam</p> <p>P: Perawat mengingatkan dengan janji mereka semalam</p>	<p>Perawat berharap Tn Z masih ingat dengan apa yang diajarkan semalam</p>	<p>Klien dapat mengingat</p>
---	---	--	------------------------------



STIKes Santa Elisabeth Medan

<p>halusiansinya yaitu:</p> <p>Sp 2 : Dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain, bapak ada teman di ruangan ini?</p> <p>K: tidak ada sus.....</p> <p>P: kenapa tidak ada pak?</p> <p>K: Saya tidak suka berteman, karena bagi saya tidak begitu penting</p> <p>P: Tidak boleh seperti itu bapak, kita ini makhluk sosial yang saling membutuhkan, apalagi untuk cara kedua yang saya ajarkan ini bapak harus</p>	<p>K: Klien mengatakan tidak penting berteman</p> <p>P: Perawat berusaha</p>	<p>Perawat senang pasien mau menjawab</p>	<p>Klien menjawab dengan tenang</p> <p>K: Klien mencoba untuk mendengarkan perawat</p>
---	--	---	--



STIKes Santa Elisabeth Medan

<p>melakukan cakap-cakap dengan teman bapak walaupun hanya satu orang gunanya untuk mengalihkan suara bisikan itu jadi bapak tidak fokus mendengarnya</p> <p>K: baiklah suster, saya akan coba mulai dari satu orang</p> <p>P: bagus sekali pak, jadi jika bapak mendengar suara bisikan, yang bisa bapak lakukan ajak teman untuk bercerita</p> <p>K : baiklah suster.....</p> <p>P: bapak, semalam kan saya mengatakan hari ini kita akan</p>	<p>memberitahu klien begitu penting kita dalam mempunyai teman</p> <p>K: Klien mau mencari teman walau hanya 1 orang</p> <p>P: memandang klien dan mengatakan akan mengajari sp 3</p> <p>K: klien bersedia</p>	<p>Perawat senang atas kemauan klien</p> <p>P: Perawat mencoba mencari tau tentang suara bisikan, berharap klien mampu mengingat</p>	<p>K: Klien mampu mengingat dan</p>
---	--	--	-------------------------------------



STIKes Santa Elisabeth Medan

<p>belajar cara kedua, untuk cara ke 3 nya akan saya ajari sekarang jga, apakah bapak bersedia</p> <p>K: Baik suster, saya bersedia bagaimana caranya?</p> <p>P: Untuk cara ke 3 bapak cukup melakukan kegiatan secara teratur contohnya menyapu, mengepel dan memebersihkan tempat tidur bapak, apakah bapak sudah pernah melakukannya selama disini?</p> <p>K: Belum suster, saya malas kan ada yang lain membersihkan</p>	<p>P: Perawat mencoba memberitahu bahwa salah satu untuk menghilangkan bisikann itu dengan melakukan kegiatan</p>	<p>P: Perawat merasa senang klien mau mendengar</p>	<p>memperagakan kembali sp 1, sp 2 dan sp 3 yang diajarkan</p> <p>K: Klien tersenyum</p>
--	---	---	--



STIKes Santa Elisabeth Medan

<p>P: Yah, bapak tidak boleh seperti itu kita harus saling tolong-menolong, dan dengan melakukan kegiatan teratur bapak bisa lebih sibuk lagi dan tidak sering melamun, sehingga bisikan nya tidak akan muncul, jadi apakah bapak bersedia melakukannya?</p> <p>K: Baiklah sus, saya kan mencobanya</p> <p>P: baik bapak, sebelum kita kahiri pertemuan kita saya akan menayakkan bapak kembali dengan 3 cara yang saya ajarkan</p>	<p>K: Klien mau mencoba</p> <p>P: Perawat mengevaluasi kembali</p> <p>K: Klien ingat</p> <p>P: Perawat senang</p>	<p>P: Perawat senang klien mampu memperagakan kembali</p>	<p>K: Klien mencoba mengingat</p> <p>K: Klien bersedia diajarkan Sp</p> <p>4</p>
---	---	---	--



STIKes Santa Elisabeth Medan

apakah bapak masih

mengingatnya

K: Ingat sus. Pertama tutup

telinga dan mengatakan “ pergi-

pergi kamu tidak nyata, kamu

suara palsu lalu ke 2 bercakap-

cakap dengan teman, dan ke 3

melakukan aktivitas teratur

seperti menyapu, megepel dan

bersihkan tempat tidur

P: Nah seperti itu pak, bapak bisa

melakukannya setiap suara itu

muncul

K: Baik suster

P: Perawat senang

klien masih mau

untuk diajarkan sp 4



P: Baiklah bapak, besok saya akan mengajari bapak kembali untuk cara yang ke-4 , apakah bapak bersedia?

K: Bersedia sus

P: Baik sekarang saya izin pamit dulu ya pak

K: Baik suster



ANALISIS PROSES INTERAKSI

Inisial Klien : Tn Z

Ruangan : sorik Merapi 2

RM No : 04. 86. 13

Komunikasi verbal	Komunikasi nonverbal	Analisis berpusat pada perawat	Analisis berpusat pada klien	Rasional
<p>P: selamat pagi Tn Z , apa kabarnya hari ini?</p> <p>K: pagi suster, baik</p> <p>P: Bagaimana dengan tidurnya semalam, apakah masi sulit tidur?</p> <p>K: Tidak lagi sus, karena saya sudah melakukan cara-cara yang suster bilang jika suara itu</p>	<p>P: perawat menyapa klien dengan terenyum</p> <p>K: klien mengatakan sudah bisa tidur</p>	<p>Perawat membuka percakapan dengan menyapa pasien</p>	<p>Klien menjawab salam dari perawat</p>	<p>Mengucapkan salam terapeutik untuk membina hubungan</p>



STIKes Santa Elisabeth Medan

<p>muncul</p> <p>P: Bagus pak, jadi hari ini kita akan belajar cara yang terakhir dalam mengontrol suara bisikan-bisikan yang bapak dengar, apakah bapak bersedia?</p> <p>K: Bersedia suster, apa caranya?</p> <p>P: Nah untuk cara yang ke 4 yaitu minum obat secara teratur, apakah bapak rajin minum obat?</p> <p>K: iya sus, saya minum obat terus</p> <p>P: Berapa kali bapak minum obat?</p> <p>K: 2 kali dalam sehari suster</p>	<p>K: Klien bersedia diajarkan cara ke 4</p> <p>P: Perawat menanyakan berapa kali pasien minum obat</p>	<p>Perawat mengajarkan cara ke 4</p>	<p>Klien bersedia</p> <p>Klien menjawab dengan tenang</p>
---	---	--------------------------------------	---



STIKes Santa Elisabeth Medan

<p>P: kalau boleh tau, nama obatnya yang bapak minum apakah bapak tau?</p> <p>K: Ada clozapine dan resperidone sus</p> <p>P: Wah, bapak sudah tau ya</p> <p>K: Iya sus.....</p> <p>P: Sekarang jika bapak masih mendengar suara bisikan-bisikan yang bisa bapak lakukan adalah ikuti 4 cara yang telah kita pelajari</p> <p>K: baiklah suster</p> <p>P: kalau begitu coba bapak ulangi</p>	<p>K: Klien mengetahui obat yang diminum</p> <p>K: Klien mengatakan tidak penting berteman</p>	<p>Perawat senang pasien mau</p>	<p>K: Klien mencoba untuk mendengarkan perawat</p> <p>K: Klien mengingat ke empat cara yang diajarkan</p>
--	---	----------------------------------	--



STIKes Santa Elisabeth Medan

<p>ke 4 cara yang telah kita pelajari</p> <p>K : baiklah suster, yang pertama menutup telinga dengan kedua tangan dan menutup mata serta mengatakan “ pergi-pergi kamu tidak nyata, kamu suara palsu” ke 2 bercakap-cakap dengan teman (Tn J), ke 3 melakukan kegiatan teratur (mengepel lantai setelah makan dan membersihkan tempat tidur) dan terakhir minum obat secara teratur (2 kali dalam sehari)</p> <p>P: bapak bagus sekali, terus</p>	<p>P: Perawat memberikan apresiasi klien</p>	<p>menjawab</p> <p>Perawat berharap klien dapat segera sembuh</p>	<p>Klien senang dengan kehadiran perawat</p>
---	--	---	--



<p>lakukan itu ya pak agar bapak cepat sembuh dan cepat pulang</p> <p>K: Iya suster</p> <p>P: Oke pak, sekian pertemuan kita hari ini sampai jumpa pak</p> <p>K: sampai jumpa suster, terimakasih sudah mengajarkan cara cara untuk menghilangkan suara bisikan itu</p> <p>P: Sama-sama bapak, saya permisi ya</p> <p>K: Baiklah sus.....</p>				
---	--	--	--	--



BAB 4

PEMBAHASAN

4.1 Pengkajian

Pada pengkajian, pengumpulan data dilakukan dengan format pengkajian yang telah ditetapkan. Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara dengan klien, observasi, dan hasil rekam medis pasien. Dan hasil pengkajian data keperawatan tidak ditemukan kesenjangan data dengan kasus dilapangan seperti klien tampak ngomong sendiri, pandangan fokus ke satu arah, menempelkan telinga pada dinding atau arah suara, melamun dan mondar mandir. Dari kasus yang saya dapat mengatakan bahwasanya Tn Z juga mengalami tanda dan gejala yang menunjukkan bahwa ia halusinasi pendengaran seperti Tn Z berbicara sendiri, terkadang menempelkan telinga ke dinding, sering melamun, pasien mendengar bahwa ia adalah anak yang tidak berguna.

Hal ini sejalan dengan (Pratama, 2024) di temukan pada kasus Ny.Y, Pasien mendengar suara-suara yang mengganggu nya sehingga Ny.Y terlihat sering berbicara sendiri dan marah sendiri yang membuat Ny.Y gelisah. pada ny. Y yang mengeluhkan gelisah ketika mendengar suara yang didengarnya ketikasaat mau tidur, dan keluhan yang disampaikan oleh ny. Y

4.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan pengkajian dan telah dianalisis sesuai dengan teori didapatkan bahwa diagnosa ada :

1. Gangguan persepsi sensori: halusinasi
2. Gangguan proses pikir: waham



3. Resiko bunuh diri
4. Resiko kekerasan
5. Isolasi sosial
6. Harga diri rendah
7. Defisit perawatan diri

Disini penulis sesuai dengan hasil pengkajian mengangkat diagnosa ada 4 yaitu:

- Halusinasi pendengaran
- Harga diri rendah
- Isolasi sosial
- Defisit perawatan diri

Dari hasil pengkajian yang dilakukan bahwasannya relevan diagnosa yang ada didalam teori yang ditemukan, yaitu pada kasus Tn Z tidak ditemukan diagnosa resiko perilaku kekerasan, resiko bunuh diri, dan waham. Penulis berasumsi hal ini karena klien tidak memiliki riwayat melakukan kekerasan atau ingin bunuh diri, dan juga tidak tampak data objektif dan subjektif yang menunjukkan terhadap 3 diagnosa tersebut.

Hal ini sejalan dengan (Oktaviani, 2022). Setelah melakukan pemeriksaan pada Ny. S, kesulitan keperawatan yang teridentifikasi antara lain gangguan persepsi sensori (khususnya halusinasi), isolasi sosial, menarik diri, dan defisiensi perawatan diri, Ny. S mengalami halusinasi pendengaran akibat skizofrenia paranoid. Kondisi ini menyebabkan teridentifikasinya tiga kesulitan keperawatan. Gangguan persepsi sensori ditandai dengan halusinasi pendengaran, yang dapat menyebabkan isolasi sosial karena menarik diri dari orang lain. Selain itu, individu

dengan penyakit ini mungkin berisiko menunjukkan perilaku agresif dan mungkin mengalami kesulitan dalam perawatan diri.

Hal ini tidak sejalan dengan (Syahfitri, 2024). Apabila halusinasi tidak ditangani secara baik dapat menimbulkan risiko terhadap keamanan diri pasien sendiri, orang lain dan juga lingkungan sekitar. Hal ini dikarenakan halusinasi dengar pasien sering berisi ejekan, ancaman dan perintah untuk melukai dirinya sendiri maupun orang lain1 .

4.3 Intervensi Keperawatan

Sesuai dengan teori tidak didapatkan kesenjangan antara teori dan hasil pengkajian. Sesuai dengan hasil pengkajian pada pasien bahwasannya Intervensi yang dilakukan pada klien dengan halusinasi pendengaran ada strategi pelaksanaan, kolaborasi antara dokter spesialis jiwa dan perawat diharapkan mampu meningkatkan keberhasilan intervensi yang telah dilakukan.

Tindakan keperawatan yang direncanakan untuk pasien halusinasi yaitu:

1. Tujuan: klien mampu mengontrol dan mengatasi halusinasi pendengaran dengan latihan cara menghardik, bercakap-cakap, melakukan kegiatan teratur, dan minum obat secara teratur.
2. Kriteria Evaluasi: setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan
 - a. klien mampu melakukan cara menghardik “ pergi-pergi kamu tidak nyata, kamu suara palsu”
 - b. klien mampu bercakap-cakap dengan orang lain
 - c. klien mampu melakukan kegiatan teratur
 - d. klien mampu minum obat secara teratur

4.4. Implementasi Keperawatan

Pada tahap ini penulis telah memberikan tindakan keperawatan sesuai intervensi yang telah disusun pada setiap diagnosa. Penulis telah melakukan penerapan strategi pelaksanaan dengan melakukan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, bercakap-cakap dengan teman, melakukan kegiatan terjadwal, dan meminum obat secara teratur.

Hal ini sejalan dengan (Indrawan, 2024). Implementasi hari pertama memberikan Teknik nonfarmakologi menghardik, mengajarkan cara menangani masalah halusinasi menggunakan terapi menghardik dengan cara memejamkan mata dan menutup telinga dengan kedua tangan dan mengatakan “pergi,kamu suara palsu,tidak nyata”, dengan respon pasien mengatakan mampu melakukan cara yang diajarkan. Implementasi hari kedua yaitu dengan memberikan Teknik nonfarmakologi dengan mengontrol halusinasi dengan cara berbincang dengan orang lain, dengan respon Tn.A mengatakan kadang-kadang masih mendengar suara bisikan yang mengajaknya bercerita. Implementasi pada hari ketiga yaitu dengan memberikan Teknik nonfarmakologi mengontrol halusinasi dengan cara melibatkan dalam kegiatan terapi aktivitas kelompok (TAK), dengan respon pasien mengatakan sudah jarang mendengar bisikan suara yang mengajaknya bercerita.

4.5 Evaluasi Keperawatan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama empat kali pertemuan dilakukan penilaian untuk melihat keberhasilan intervensi keperawatan untuk mengetahui perkembangan klien. Dalam pelaksanaan asuhan keperawatan, klien



dapat mempercayai perawat sehingga dapat dikaji dengan baik setelah dilakukan komunikasi terapeutik untuk membina hubungan saling percaya. Klien juga mampu melakukan melatih untuk mengontrol, mengenal halusinasi dengan cara yang pertama yaitu menghardik “ pergi-pergi kamu suara palsu, kamu tidak nyata”, kedua bercakap-cakap dengan teman, ketiga melakukan kegiatan terjadwal seperti menyapu, bersihkan tempat tidur, dan mengepel dan terakhir minum obat secara teratur. Walaupun pasien sudah melatih diri untuk mengontrol halusinasi tetapi masalah keperawatan masih belum teratasi sepenuhnya.

Hal ini sejalan dengan (Pratama, 2024). Terdapat 1 pasien lama yang tidak bisa pulang. Setelah di observasi mulai dari TUK 1 dan TUK 2 pasien sudah mampu mengenal halusinasinya dan mengontrol halusinasinya yang ditandai dengan ketika pasien mendengar suara dia sudah bisa menghardik suara yang di dengarnya. Ketika di suruh bersosialisasi dengan orang lain pasien masih belum bisa melakukannya yang ditandai dengan ketika disuruh untuk mengenalkan diri atau bertanya ke pasien lain belum mau melakukannya.



BAB 5

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Setelah melakukan pengkajian terhadap Tn Z maka dapat disimpulkan klien dapat mengenali dan mengontrol halusinasinya. Dimana klien dapat melakukan terapi yang telah diajarkan oleh penulis seperti jika suara muncul klien sudah langsung tau melakukan cara menghardik “pergi-pergi kamu suara palsu, kamu tidak nyata” lalu pasien sudah mulai melakukan pendekatan kepada teman-teman dimulai dari perkenalan diri terlebih dahulu, lalu klien juga sudah mulai melakukan kegiatan yang rutin seperti mengel, menyapu, bernyanyi, dan klien sudah rutin dalam minum obat dimana klien minum obat 2 kali dalam sehari. Pengkajian yang dilakukan sesuai dengan teori, diagnosa yang diperoleh sesuai dengan teori. Dan implementasi yang dilakukan sejalan dengan strategi pelaksanaan halusinasi pendengaran. Pada tahap evaluasi, masalah yang dihadapi tidak semua teratasi karena klien perlu rutin menerapkan sp lebih lama lagi dan rutin dilakukan.

5.2 Saran

1. Bagi mahasiswa

Diharapkan mahasiswa mampu melakukan asuhan keperawatan jiwa yang sesuai dengan SOP yang tepat yang diperoleh dari pendidikan maupun lapangan praktik.

2. Bagi pasien dan keluarga

Pasien tetap melakukan SP yang sudah diajarkan dan diharapkan keluarga tetap mendampingi pasien untuk melakukan pengobatan secara teratur setelah



pasien diperbolehkan pulang

3. Bagi perawat di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. M. Iidrem Medan

Diharapkan agar melanjutkan dalam pemberian asuhan keperawatan jiwa pada Tn Z sehingga tercapai tujuan yang optimal dan tetap melaksanakan tindakan keperawatan berdasarkan SOAP yang ada



DAFTAR PUSTAKA

- Aprilia, E. and Zaini, M. (2023) 'Asuhan Keperawatan Jiwa pada Pasien dengan Gangguan Presepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran', *Health & Medical Sciences*, 2(1), p. 8. Available at: <https://doi.org/10.47134/phms.v2i1.66>.
- Fatimah and Nuryaningsih (2018) *Buku Ajar Buku Ajar*.
- Indarna Asep *et al.* (2023) *Buku Keperawatan Jiwa*.
- Mashudi, S. (2021) 'Asuhan Keperawatan Skizofrenia', *CV. Global Aksara Pres*, (Juni), pp. 1–23.
- Mislika, M. (2021) 'Buku Asuhan Keperawatan Jiwa. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Ellina, A. (2012). 'Pen', pp. 1–35. Available at: <https://osf.io/preprints/efw6j>.
- SHELEMO, A.A. (2023) 'ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA PASIEN SKIZOFRENIA : GANGGUAN PERSEPSI SENSORI HALUSINASI PENDENGARAN DENGAN INTERVENSI TERAPI AKTIVITAS KELOMPOK', *Nucl. Phys.*, 13(1), pp. 104–116.
- Slametiningsih *et al.* (2019) 'Buku Ajar Kep Jiwa Gangguan Penelitian', *Bukuajar*, (KEPJIWA), pp. 1–91. Available at: https://repository.umj.ac.id/12864/1/BUKU_AJAR KEP_JIWA_GANGGUAN_PENELITIAN_new.pdf.
- Syahfitri, S., Gustina, E. and Pratama, M.Y. (2024) 'Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Skizofrenia Dengan Halusinasi Pendengaran Dirumah



- Sakit Jiwa Prof. Dr. M. Ildren Medan’, *SENTRI: Jurnal Riset Ilmiah*, 3(4), pp. 1911–1927. Available at: <https://doi.org/10.55681/sentri.v3i4.2565>.
- Ummah, M.S. (2019) ‘KEPERAWATAN JiWA
- Yusuf, A.H, F. and ,R & Nihayati, H.. (2015) ‘Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa’, *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*, pp. 1–366. Available at: <https://doi.org/ISBN 978-xxx-xxx-xx-x>.
- Agustriyani Feri, D. (2024). *terapi non farmakaologi pada pasien skizofrenia*. 1(978-623-115-193-3), 1–35.
- Alfiani, Titi; Puspaneli, I. (2022). e-ISSN : 2722-5054. *Nursing Science Journal (NSJ)*, 3(Volume 3, Nomor 2, Desember 2022), Hal 110-120.
- Mislika, M. (2020). *Penerapan Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny . N Dengan Halusinasi Pendengaran*. 1–35.
- Silviyana, A. (2022). Faktor-faktor yang berhubungan dengan kekambuhan pada pasien skizofrenia. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 4(November), 1377–1386.
- Sobiyanto, M. N., Tadjudin, N. S., & Frijanto, A. (2024). *LONG CASE SKIZOFRENIA PARANOID : LAPORAN KASUS*. 8, 6757–6764.



DOKUMENTASI





STIKes Santa Elisabeth Medan





STIKes Santa Elisabeth Medan



Buku Bimbingan Karya Ilmiah Akhir Prodi Ners Tahap Profesi STIKes Santa Elisabeth Medan

Nama Mahasiswa : Sherina Febiolar
NIM : 052024 091
Judul : asuhan keperawatan jiwa pada Tn. Z dengan
Halusinasi Pendengaran di ruangan sakit .
Merapi 2 di rumah sakit jiwa Prof. Dr. M. Idrem
Medan tahun 2024/2025
Nama Pembimbing I : Helinda Saragih, S.Kep., Ns., M.Kep

NO	HARI/ TANGGAL	PEMBIMBING	PEMBAHASAN	PARAF
				PEMBIMBING I
1.	Rabu, 23 April 2025	Helinda Saragih, S.Kep., Ns., M.Kep	- Bold bagian yang menyatakan HPT lokasi kerja - Jelaskan dan tem- bahkan data SDG - buat analisa data rencana peroba- dan - intervensi sesuai SDG	
2.	Jumat, 25 April 2025	Helinda Saragih, S.Kep., Ns., M.Kep	- edit & perbaiki - dokumentasi diulur	
3.	Setengah, 08 April 2025	Helinda Saragih, S.Kep., Ns., M.Kep	- Perbaiki data pengisian	

1



Buku Bimbingan Karya Ilmiah Akhir Prodi Ners Tahap Profesi STIKes Santa Elisabeth Medan

4.	26/01-2025 Sabtu	Helinda Saragih, S.Kep., Ns., M. Kep	Konksi perbalkkan bab 4 dan bab 5 Aca ujm	
----	---------------------	---	--	--