

**Asuhan Keperawatan Jiwa pada Sdr. S dengan Gangguan  
Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran di Wilayah Kerja  
Puskesmas Situbondo: STUDY KASUS**

**Oleh:**

**Hairul Hasan<sup>1)</sup>, Ns. Yeni Suryaningsih S.Kep., M.Kep<sup>2)</sup>**

**<sup>1)</sup>Mahasiswa Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jember,**

**<sup>2)</sup>Dosen Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jember**

**Jl.Karimata 49 Jember Telp : (0331) 33224 Fax : (0331) 337957**

**Email : [fikes@unmuhjember.ac.id](mailto:fikes@unmuhjember.ac.id) Website : <http://fikes.unmuhjember.ac.id>**

**[Email : dianaalfaini21@gmail.com](mailto:dianaalfaini21@gmail.com)**

**ABSTRAK**

Gangguan jiwa merupakan respon yang tidak adaptif dari lingkungan dalam dan luar diri, dibuktikan melalui pikiran, perasaan dan perilaku yang tidak sesuai dengan budaya setempat dan mengganggu fungsi sosial, pekerjaan dan fisik. Salah satu gangguan jiwa yang paling berat dan bersifat kronis adalah skizofrenia. Skizofrenia merupakan penyakit kronis, parah, dan melumpuhkan, gangguan otak yang ditandai dengan pikiran kacau, waham, delusi, halusinasi dan perilaku aneh atau katatonik. Skizofrenia merupakan suatu gangguan jiwa berat yang bersifat kronis yang ditandai dengan hambatan dalam berkomunikasi, gangguan realitas, afek tidak wajar atau tumpul, gangguan fungsi kognitif serta mengalami kesulitan dalam melakukan aktivitas sehari-hari. **Tujuan** penulisan Karya Tulis Ilmiah (KTI) ini adalah untuk menggambarkan secara umum tentang asuhan keperawatan pada pasien gangguan Persepsi sensori halusinasi pendengaran terintegrasi dengan keluarga di wilayah kerja Puskesmas Situbondo. **Metode** Karya tulis ini menggunakan desain penelitian deskriptif dengan pendekatan proses keperawatan. Peneliti ingin menggambarkan perawatan pada pasien gangguan jiwa mulai dari pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi. Pengambilan data dilakukan dengan observasi, wawancara dan pemeriksaan fisik. Penulisan kasus didapatkan dari dokumen-dokumen atau status pasien di Puskesmas Situbondo. Pengambilan data pasien dengan mempelajari status pasien dan melakukan wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang lainnya. **Hasil** yang di dapatkan setelah diberikan asuhan keperawatan kepada Sdr. S yaitu mampu menghardik suara yang tiba-tiba muncul dan mampu memperagakan SP yang telah diberikan. **Kesimpulan** yang didapatkan adalah pemberian pelatihan mengontrol halusinasi dan mengajarkan klien menghardik halusinasi dapat mengatasi suara dan mampu memperagakan SP yang telah diberikan. **Saran** yang diberikan untuk keluarga mampu melakukan tindakan yang mandiri selama merawat pasien dirumah dengan strategi pelaksanaan halusinasi dan pasien diharapkan untuk mandiri dalam melakukan strategi pelaksanaan untuk

mengendalikan halusinasi khususnya melakukan minum obat secara teratur tanpa ada keluarga dirumah.

**Kata Kunci:** Asuhan keperawatan, Jiwa dan , Halusinasi pendengaran



**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA Sdr. S DENGAN  
GANGGUAN PERSEPSI SENSORI HALUSINASI PENDENGARAN  
DI WILAYA KERJA PUSKESMAS SITUBONDO KABUPATEN  
SITUBONDO**

**Hairul Hasan**

**1801021010**

**(Diploma of Nursing Study Program, University of Muhammadiyah Jember)**

**e-mail : [dianaalfaini21@gmail.com](mailto:dianaalfaini21@gmail.com)**

Mental disorders are non-adaptive responses from the internal and external environment, evidenced by thoughts, feelings and behaviors that are not in accordance with the local culture and interfere with social, work and physical functions. One of the most severe and chronic mental disorders is schizophrenia. a chronic, severe, and disabling disease, a brain disorder characterized by disorganized thoughts, delusions, delusions, hallucinations and bizarre or catatonic behavior. Schizophrenia is a chronic severe mental disorder characterized by communication barriers, impaired reality, abnormal or blunted affect, impaired cognitive function and difficulty in performing daily activities. The purpose of writing this Scientific Paper (KTI) is to describe in general about nursing care in patients with sensory perception disorders auditory hallucinations integrated with families in the work area of the Situbondo Health Center. Method This paper uses a descriptive research design with a nursing process approach. Researchers want to describe the treatment of patients with mental disorders starting from assessment, diagnosis, planning, implementation, evaluation. Data collection was done by observation, interview and physical examination. Case writing was obtained from documents or patient status at the Situbondo Health Center. Collecting patient data by studying patient status and conducting interviews, observations, physical examinations and other supporting examinations. The results obtained after being given nursing care to Mr. S is able to rebuke the sound that suddenly appears and is able to demonstrate the SP that has been given. The conclusion obtained is that the provision of training to control hallucinations and teach clients to rebuke hallucinations can overcome voices and be able to demonstrate the SP that has been given. Suggestions given to families are able to take independent actions while caring for patients at home with hallucinations implementation strategies and patients are expected to be independent in implementing implementation strategies to control

hallucinations, especially taking medication regularly without family at home.

**Keywords:** Nursing care, Schizophrenia, Auditory hallucinations



## PENDAHULUAN

Skizofrenia ditandai dengan pemikiran atau pengalaman yang nampak tidak berhubungan dengan kenyataan, ucapan atau perilaku yang tidak teratur, dan penurunan partisipasi dalam aktivitas sehari-hari. Kesulitan dalam berkonsentrasi dan mengingat. Penanganan biasanya seumur hidup dan sering melibatkan kombinasi obat psikoterapis, dan layanan perawatan khusus terkoordinasi, sehingga penyakit skizofrenia adalah penyakit yang kronis dan seringkali kambuh atau berulang sehingga perlu diberikan terapi jangka lama. Merawat pasien skizofrenia dibutuhkan pengetahuan, keterampilan dan kesabaran serta dibutuhkan waktu yang lama akibat kronisnya penyakit ini. Skizofrenia merupakan gangguan mental berat dan kronis yang menyerang 20 juta orang di seluruh dunia (WHO, 2019), Sedangkan di Indonesia, Prevalensi Skizofrenia yaitu 1,7 per mil penduduk atau sekitar 400 ribu orang (Riskesmas, 2013). Sedangkan Hasil Riskesmas (2018) didapatkan estimasi prevalensi orang yang pernah menderita skizofrenia di Indonesia

sebesar 1,8 per 1000 penduduk (Pardede, 2020).

Oleh karena itu, maka keluarga dari penderita skizofrenia perlu memberikan perhatian khusus pada pasien skizofrenia. Merawat pasien skizofrenia dengan masalah halusinasi dibutuhkan pengetahuan, keterampilan dan kesabaran serta dibutuhkan waktu yang lama akibat kronisnya penyakit ini. Upaya optimalisasi penatalaksanaan klien dengan skizofrenia dalam menangani gangguan persepsi sensori (halusinasi dengar) di rumah sakit antara lain melakukan penerapan standar asuhan keperawatan, terapi aktivitas kelompok dan melatih keluarga untuk merawat pasien dengan halusinasi dan terapi non farmakologis salah satunya dengan cara terapi musik. Standar Asuhan Keperawatan mencakup penerapan strategi pelaksanaan halusinasi. Strategi pelaksanaan pada pasien halusinasi mencakup kegiatan mengenal halusinasi, mengajarkan pasien menolak halusinasinya, minum obat dengan teratur, bercakap-cakap dengan orang lain saat halusinasi muncul, serta melakukan aktivitas

terjadwal untuk mencegah halusinasi (Hafizuddin, 2021).

Penerapan Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan (SPTK) terjadwal yang diterapkan pada klien yaitu bertujuan untuk mengurangi masalah keperawatan jiwa yang ditangani pada gangguan persepsi sensoris (halusinasi dengar). Jika pasien sudah pulang maka anjurkan pasien untuk membuat jadwal kegiatan harian dirumah sesuai dengan kegiatan pasien sehari-hari untuk mengurangi terjadinya halusinasi, anjurkan pasien untuk minum obat tepat waktu, dan anjurkan pasien untuk konsultasi kepada dokter sesuai jadwal yang telah ditentukan. Dari latar belakang diatas penulis tertarik mengambil masalah tentang “Asuhan keperawatan pada klien Skizofrenia di Lugundang Timur RT 01 RW 05/Situbondo dengan masalah Gangguan Persepsi Sensori “Halusinasi Pendengaran”.

Tanda dan gejala halusinasi Menurut (Azizah, 2016) tanda dan gejala perlu diketahui agar dapat menetapkan masalah halusinasi, antara lain: Berbicara, tertawa, dan tersenyum sendiri, Bersikap seperti

mendengarkan sesuatu, Berhenti berbicara sesaat ditengah-tengah kalimat untuk mendengarkan sesuatu, Disorientasi, Tidak mampu atau kurang konsentrasi, Cepat berubah pikiran, Alur pikiran kacau, Respon yang tidak sesuai, Menarik diri, dan Sering melamun.

Berdasarkan latar belakang masalah tersebut diatas dan sebagai tugas untuk memahami keperawatan jiwa tentang maraknya kejadian halusinasi, khususnya halusinasi persepsi sensoris maka perlu kiranya untuk membahas masalah gangguan jiwa dengan halusinasi dalam sebuah karya tulis ilmiah yang berjudul: **“Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Sdr. S Dengan Masalah Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran di Lugundang Timur RT 01 RW 05/Situbondo”.**

## **TUJUAN**

Tujuan kajian ini adalah untuk mengetahui gambaran nyata dan menerapkan Asuhan Keperawatan pada pasien dengan gangguan persepsi sensoris (halusinasi). Penulis dapat memperoleh pengalaman merawat pasien gangguan jiwa dan menerapkan asuhan keperawatan

yang baik dan benar pada pasien yang mengalami gangguan persepsi sensorial halusinasi pendengaran di Lugundang Timur RT 01 RW 05/Situbondo.

## **METODE**

Karya tulis ini menggunakan desain kajian deskriptif dengan pendekatan proses keperawatan. Peneliti ingin menggambarkan perawatan pada pasien gangguan jiwa mulai dari pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi. Pengambilan data dilakukan dengan observasi, wawancara dan pemeriksaan fisik.

## **HASIL DAN PEMBAHASAN**

### **Hasil**

Hasil kajian dan pembahasan menunjukkan bahwa Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Sdr. S dijabarkan dalam penjelasan di bawah ini:

#### **A. Pengkajian**

Pengkajian adalah tahap awal dan dasar dalam proses keperawatan. Pengkajian menurut Direja (2011), data pada pengkajian kesehatan jiwa dapat dikelompokkan menjadi faktor predisposisi dan presipitasi, dengan waktu 20 menit setiap kali pertemuan

penilaian terhadap stressor, sumber koping dan kemampuan koping yang dimiliki klien. Data yang diperoleh dapat dikelompokkan menjadi dua macam, yaitu subjektif dan objektif. Selanjutnya perawat dapat menyimpulkan kebutuhan atau masalah klien sebagai berikut:

#### 1. Ada masalah dengan kebutuhan

a. Klien memerlukan peningkatan kesehatan, klien hanya memerlukan pemeliharaan kesehatan dan follow up secara periodik karena ada masalah serta klien masih minim mempunyai pengetahuan untuk antisipasi masalah.

b. Klien memerlukan peningkatan kesehatan berupa prevensi dan promosi sebagai program antisipasi terhadap masalah.

#### 2. Ada masalah dengan kemungkinan

a. Risiko terjadi masalah karena sudah ada faktor yang dapat menimbulkan masalah.

b. Aktual terjadi masalah disertai data pendukung.

Berdasarkan pengkajian yang telah dilakukan oleh penulis, terhadap Sdr. S dengan metode *auto anamnesa* dan *allo anamnesa* diperoleh data subjektif dan data objektif yang sesuai dengan prioritas masalah yang dialami oleh Sdr. S yaitu gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran didukung dengan data subjektif: Sdr. S mengatakan bahwa orang tua klien marah-marah tidak boleh sekolah lagi karena menghasbiskan biaya saja dari situ klien melamun sehingga mendengar suara binatang harimau yang merasa mau mencengkram dirinya, juga tidak beraktivitas dan klien sudah 2 kali ke Puskesmas Arjasa. Klien jarang berkomunikasi dengan keluarga. Data objektif: Sdr. S klien menyebutkan penyebab sakit, bicara melantur, kontak mata kurang, klien menyebutkan riwayat sakit sebelumnya.

Ini dapat disimpulkan bahwa manifestasi klinis yang dialami Sdr. S sesuai dengan manifestasi yang ada pada teori yaitu Mendengar suara, jarang ngomong, bicara melantur,

tidak ada kontak mata, berperilaku kekerasan.

## B. Diagnosis Keperawatan

Menurut Rusdi (2013), diagnosis keperawatan jiwa adalah masalah kesehatan aktual atau potensial dan berdasarkan pendidikan dan pengalamannya perawat mampu mengatasinya. Masalah keperawatan yang dapat disimpulkan dari hasil pengkajian adalah Perubahan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran, Gangguan konsep diri: harga diri rendah, resiko bunuh diri, koping keluarga inefektif.

Pada diagnosis gangguan perubahan sensori: Halusinasi Pendengaran terdapat batasan karakteristik: kurang spontan, apatis (acuh terhadap lingkungan), ekspresi wajah kurang berseri, mau merawat diri tapi tidak sepenuhnya, sering mendengar suara yang tidak nyata, tidak atau kurang sadar terhadap lingkungan sekitarnya, asupan makan dan minum sedikit terganggu, tidak ada retensi urine dan feses, aktivitas menurun, rendah diri, postur tubuh berubah (misalnya: tidur berkurang).

Data yang memperkuat penulis mengangkat diagnosis keperawatan

Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran yaitu data subjektif: klien mengatakan sering marah-marah, suka mendengar suara suara binatang , selain itu klien sudah dua kali kambuh di Puskesmas Arjasa: Sdr. Sakan memukul ayahnya, selalu mendengar suara-suara, tidak fokus, merasa malu untuk keluar rumah. Berdasarkan pohon masalah yang dialami Sdr. S, dapat disimpulkan bahwa tidak ada kesenjangan antara pohon masalah yang dialami Sdr. S dengan pohon masalah yang terdapat pada teori. Selain itu ada faktor resiko yang memungkinkan bagaimana Sdr. S sering mendengar suara binatang dan melakukan akan memukul ayahnya belum masuk dalam aktual.

### C. Intervensi Keperawatan

Menurut Direja (2011), Intervensi keperawatan jiwa terdiri dari 3 aspek yaitu tujuan, umum, tujuan khusus, dan rencana tindakan keperawatan. Tujuan umum berfokus pada penyelesaian permasalahan (P) dari diagnosis tertentu. Tujuan khusus berfokus pada etiologi (E) pada diagnosis tersebut. Tujuan khusus merupakan rumusan kemampuan

yang perlu dicapai atau dimiliki klien. Umumnya kemampuan klien pada tujuan khusus dapat menjadi 3 aspek yaitu kemampuan kognitif yang diperlukan untuk menyelesaikan etiologi dari diagnosis keperawatan, kemampuan psikomotor yang diperlukan agar etiologi dapat teratasi dan kemampuan afektif yang perlu dimiliki agar klien percaya pada kemampuan menyelesaikan masalah.

Tujuan umum dilakukan tindakan keperawatan pada permasalahan yang dihadapi klien yaitu agar klien bertahap mampu mengontrol halusinasi Pendengarannya. Tujuan khusus pertama Sdr. S dapat membina hubungan saling percaya dengan kriteria hasil: ekspresi wajah klien bersahabat, klien menunjukkan rasa senang, klien ada kontak mata, klien mau berjabat tangan, klien mau menyebutkan nama, klien bersedia mengungkapkan masalah yang dihadapi. Intervensi: bina hubungan saling percaya dengan klien menggunakan komunikasi terapeutik dengan ramah baik verbal maupun non verbal, perkenalkan diri dengan sopan, tanyakan nama lengkap pasien dan namapanggilan

yang disukai pasien, jelaskan tujuan pertemuan, buat kontrak interaksi yang jelas jujur dan tepati janji, tunjukkan sikap empati dan menerima pasien apa adanya, beri perhatian kepada klien dan perhatian kebutuhan dasar klien. Tujuan khusus kedua Sdr. S dapat mengenal halusinasi dengan kriteria hasil: isi halusinasi, waktu halusinasi terjadi, frekuensi halusinasi muncul, situasi dan kondisi yang menyebabkan halusinasi muncul, perasaan dan respon saat menghalangi halusinasi. Intervensi: adakan kontrak sering dan singkat secara bertahap, observasi tingkah laku klien terkait dengan halusinasi, jika klien tidak sedang berhalusinasi, klarifikasi tentang adanya pengalaman halusinasi, diskusikan dengan klien apa yang dirasakan klien jika terjadi halusinasi dan beri kesempatan untuk mengungkapkan perasaannya, diskusikan dengan klien apa yang dilakukan untuk mengatasi perasaan tersebut, diskusikan tentang dampak yang akan dialami bila klien menikmati halusinasi. Tujuan khusus ketiga Sdr. S dapat mengontrol halusinasi dengan kriteria hasil: Klien dapat mengendalikan halusinasinya, memperagakan cara untuk

mengontrol atau mengendalikan halusinasi, mengikuti instruksi TAK. Intervensi: identifikasi bersama klien hal yang harus dilakukan saat berhalusinasi, diskusikan cara baru untuk mengontrol halusinasi (katakan pada diri sendiri ini tidak nyata, menemui orang lain untuk menceritakan halusinasi dan meminta orang lain agar mengajak bicara saat terjadi halusinasi, melakukan aktifitas atau jadwal kegiatan sehari-hari yang sudah disusun, memberi pendidikan kesehatan tentang penggunaan obat untuk mengendalikan halusinasi), bantu klien memilih cara yang sudah dianjurkan, beri reinforcement jika berhasil, libatkan klien dalam TAK stimulasi sensori. Tujuan khusus keempat Sdr. S mendapat dukungan dari keluarga dalam mengontrol halusinasi kriteria hasil: keluarga menyatakan setuju untuk mengikuti pertemuan dengan perawat, keluarga menyebutkan pengertian, tanda gejala, proses terjadinya dan tindakan untuk mengendalikan halusinasi. Intervensi: buat kontrak pertemuan dengan keluarga, diskusikan dengan keluarga tentang pengertian, tanda gejala, proses terjadinya, cara yang bisa dilakukan oleh klien dan

keluarga untuk memutus halusinasi, obat, cara merawat klien dirumah beri info waktu follow up, beri reinforcement positif atas keterlibatan keluarga. Tujuan khusus kelima Sdr. S dapat menggunakan obat dengan benar dengan kriteria hasil: klien dapat menyebutkan manfaat minum obat, kerugian tidak minum obat, nama, warna, dosis, efek terapi, efek samping, klien mendemonstrasikan penggunaan obat, menyebutkan akibat berhenti minum obat tanpa konsultasi dokter.

#### D. Implementasi Keperawatan

Untuk membina hubungan saling percaya pada pasien gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran kadang-kadang perlu waktu yang lama dan interaksi yang singkat dan sering, karena tidak mudah bagi pasien untuk percaya pada orang lain. Untuk itu saudara sebagai perawat harus konsisten bersikap terapeutik kepada pasien. Selalu penuh janji adalah salah satu upaya yang bisa dilakukan. Pendekatan yang konsisten akan membuahkan hasil. Bila pasien sudah percaya dengan perawat program

asuhan keperawatan lebih mungkin dilaksanakan (Rusdi, 2013).

Ada beberapa ketrampilan yang dibutuhkan dalam hal ini. Pertama ketrampilan kognitif yang mencakup pengetahuan keperawatan secara menyeluruh. Perawat harus mengetahui alasan untuk setiap intervensi terapeutik, memahami respons psikologis dan fisiologis normal dan abnormal, mampu mengidentifikasi kebutuhan pembelajaran dan pemulangan klien dan mengenali aspek-aspek promotif kesehatan klien dan kebutuhan penyakit. Kedua, ketrampilan interpersonal. Ketrampilan interpersonal penting untuk tindakan keperawatan yang efektif. Perawat harus berkomunikasi dengan jelas kepada klien, keluarganya dan anggota tim keperawatan kesehatan lainnya. Perhatian dan rasa saling percaya ditunjukkan saat perawat berkomunikasi secara terbuka dan jujur. Penggunaan ketrampilan interpersonal yang sesuai memungkinkan perawat mempunyai perseptif terhadap komunikasi verbal dan non verbal klien. Ketiga, ketrampilan psikomotor. Ketrampilan psikomotor mencakup kebutuhan

langsung terhadap perawatan kepada klien, seperti perawatan luka, memberikan suntikan, melakukan pengisapan lendir, mengatur posisi, membantu klien memenuhi aktifitas sehari-hari dan lain-lain (Rohmah & Walid, 2010)

Tindakan yang perawat lakukan pada Sdr. Spada saat dirumah yaitu melakukan bina hubungan saling percaya menggunakan pendekatan terapeutik, mengidentifikasi perilaku klien yang dapat menimbulkan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran pada perawat, dapat mengenal dan mengontrol saat halusinasi datang, diharapkan hubungan dengan orang tua baik setelah berhubungan dengan orang tua, memanfaatkan obat dengan baik. Namun dari semua rencana tindakan kendala dalam keluarga karena tidak ada respon dalam keluarga untuk memberi koping yang seharusnya Sdr. S dapatkan, namun dalam pendekatannya klien mampu menerima sebagian perawat dan mampu menceritakan tentang kesedihan hatinya yang tidak ingin menyusahkan orang tua dan ingin melanjutkan sekolah yang lebih baik

juga disayang oleh ayahnya, dukungan moril yang dia miliki belum sepenuhnya didapat namun Sdr. S yakin apa yang dia lakukan sekarang adalah usaha untuk kembali dan mampu melanjutkan sekolah lagi seperti yang dia inginkan.

#### E. Evaluasi Keperawatan

Menurut Direja (2011), evaluasi adalah proses berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada klien. Evaluasi dilakukan terus-menerus pada respon klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Evaluasi dibagi dua, yaitu evaluasi proses atau formatif yang dilakukan setiap selesai melaksanakan tindakan, evaluasi hasil atau sumatif yang dilakukan dengan membandingkan antara respon klien dan tujuan khusus serta umum yang telah ditentukan.

Menurut Rusdi (2013), evaluasi yang dapat dilakukan meliputi: pasien dapat menggunakan koping yang efektif dalam menyelesaikan masalah, tidak ingin melakukan perilaku kekerasan, harga diri pasien meningkat, pasien dapat melakukan interpersonal dengan orang lain, pasien dapat melakukan

kegiatan mandiri, persiapan berinisiatif untuk menghindari halusinasi datang kembali.

Menurut Rohmah & Walid (2010), evaluasi dibagi 2 yaitu evaluasi proses atau formatif yang dilakukan setiap selesai tindakan, berorientasi pada etiologi, dilakukan secara terus menerus sampai tujuan yang telah ditentukan tercapai. Evaluasi hasil atau sumatif yang dilakukan setelah akhir tindakan keperawatan secara paripurna, berorientasi pada masalah keperawatan, menjelaskan keberhasilan dan ketidak berhasilan, rekapitulasi dan kesimpulan status kesehatan klien sesuai dengan kerangka waktu yang ditetapkan.

Penulis melakukan implementasi dan selanjutnya mendapatkan hasil evaluasi dengan data subyektif: klien mengatakan sering marah-marah tidak boleh melanjutkan sekolahnya lagi dan disuruh berhenti, klien juga rasanya ingin dicengkam harimau dan dibisiki oleh suara binatang. Klien sudah dua kali berobat ke Puskesmas Arjasa. Data objektif: Sdr. S mampu melakukan SP1 klien mau menjawab secara langsung tetapi tidka mau

menatap mata lawan bicara, pada SP1 klien sudah mampu melaksanakan dengan baik, Sdr. D belum mau terbuka untuk perkenalan SP2 klien diajarkan minum obat dan menyusun aktifitasnya dalam SP2 ini ada pengulangan karena pasien bingung dan susah untuk memahami untuk SP3 klien diajarkan untuk mengena halusinasinya namun klien sangat susah karena tidak mau menjawab hanya sedikit jawaban saja SP4 klien juga dilakukan pengulangan karena masih kasar dan keras jika menghardik untuk mengotnrol halusinasinya SP5 juga sama dengan SP sebelumnya mengulang dengan bercakap. Mampu mengungkapkan perasaannya kepada perawat dan keinginannya untuk SP6 klien sudah mampu bebicara dengan salah satu anggota keluarga yaitu ibunya bebricara saat aktifitas dan saat santai. Perencanaan perawat adalah mempertahankan SP3 dan SP6.

## **Pembahasan**

Bab ini membahas kesenjangan antara teori dan proses keperawatan Sdr. S dengan gangguan Persepsi Sensori:

Halusinasi Pendengaran yang dilaksanakan pada tanggal 20 Maret 2021 di Wilayah Kerja Puskesmas Situbondo. Prinsip pembahasan ini dengan memperhatikan aspek tahapan proses keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi atau rencana keperawatan, implementasi atau pelaksanaan, dan evaluasi keperawatan.

Halusinasi adalah hilangnya kemampuan manusia dalam membedakan rangsangan internal (pikiran) dan rangsangan eksternal (dunia luar). Klien memberi persepsi atau pendapat tentang lingkungan tanpa ada objek atau rangsangan yang nyata. Sebagai contoh klien mengatakan mendengar suara padahal tidak ada orang yang berbicara.

Manifestasi klinik halusinasi pendengaran adalah dari data obyektif yaitu bicara atau ketawa sendiri, marah-marah tanpa sebab, mengarahkan telinga ke arah tertentu, menutup telinga, jika dari data subyektif yaitu mendengar suara atau kegaduhan, mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap,

mendengar suara yang menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya.

Terjadinya gangguan ini dipengaruhi oleh faktor predisposisi diantaranya perkembangan dan larangan yang sangat kuat. Kegagalan dapat mengakibatkan individu tidak percaya pada diri, murung, putus asa terhadap orang lain, tidak mampu merumuskan keinginan tetapi dengan kekerasan, dan merasa tertekan. Keadaan ini dapat menimbulkan perilaku tidak ingin berkomunikasi dengan orang lain, lebih menyukai berdiam diri, menghindari orang lain, dan kegiatan sehari-hari terabaikan (Direja, 2011).

## **KESIMPULAN DAN SARAN**

### **Kesimpulan :**

Berdasarkan pembahasan di atas, dapat ditarik kesimpulan pada kasus Sdr. S terjadi perubahan persepsi sensori halusinasi pendengaran yakni disebabkan karena klien selalu

dimarah-marahi oleh bapaknya dan merasa minder karena tidak dapat melanjutkan Sekolah, sehingga menyebabkan perilaku yang janggal seperti klien tersenyum, atau tertawa yang tidak sesuai, menggerakkan bibir tanpa bersuara, pandangan mata tidak fokus.

Kondisi yang ditunjukkan pasien saat pengkajian di Puskesmas, klien dikatakan masuk dalam halusinasi dalam *fase comforting* dimana klien mengalami perasaan mendalam yaitu merasa kesepian karena larangan untuk berpendidikan dan pengucilan diri terhadap diri dan lingkungan dan ketakutan saat mendengar suara yang tidak jelas sumbernya. Pada kasus Sdr. S sudah dilakukan tindakan keperawatan yaitu membimbing ADL klien karena klien berada di *fase controlling* klien cenderung mengalami penurunan aktivitas dan motivasi.

### **Saran**

#### 1. Penulis

Penulis hanya melakukan asuhan keperawatan tentang Halusinasi dan diharapkan penulis selanjutnya dapat menuliskan tentang

Halusinasi yang lebih baik dan lengkap lagi.

#### 2. Bagi Puskesmas

Diharapkan puskesmas dapat memberikan pelayanan dengan optimal dan mampu menyediakan fasilitas sarana maupun prasarana yang sangat memadai dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien khususnya pasien dengan Gangguan Jiwa .

#### 3. Bagi institusi pendidikan

Dari hasil studi kasus ini diharapkan dapat meningkatkan mutu pelayanan pendidikan yang berkualitas, profesional, terampil dan bermutu supaya mampu memberikan asuhan keperawatan sesuai kode etik keperawatan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Ah. Yusuf, Rizky Fitriyasaki PK, dan Hanik Endang Nihayati, 2015, Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa, Salemba Medika, Jakarta.
- Azizah, Lilik Ma'rifatul., Imam Zainuri dan Amar Akbar. (2016). Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa—Teori dan Aplikasi Praktik Klinik. Yogyakarta: Indomedia Pustaka.
- Budima n. (2010). Jumlah Gangguan Jiwa. <http://www.suarabandung.com>. diakses pada tanggal 9 Agustus 2016.
- Dalami, dkk. (2011). Dokumentasi keperawatan dengan kurikulum berbasis kompetensi. Jakarta: Trans Info Media.
- Damayanti, M., & Iskandar. (2012). Asuhan Keperawatan Jiwa. Bandung : Refika Aditama.
- Damayanti,R.2014. Meningkatkan Kemampuan Pemecahan Masalah Matematis Melalui Model Cooperative Learning Type Number Head Together Pada Konsep Bilangan Romawi (Penelitian Tindakan Kelas di Kelas IV SDN Pandeglang 9 Kecamatan Pandeglang Kabupaten Pandeglang). Skripsi, S1 Pendidikan Guru Sekolah Dasar, UPI Kampus Serang. Tidak Diterbitkan.
- DEPKES. RI. 2000. Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa III(PPDGJ-III). Direktorat Kesehatan Jiwa Depkes RI.
- Dermawan, R., & Rusdi. (2013). Keperawatan Jiwa: Konsep dan Kerangka Kerja Asuhan Keperawatan Jiwa. Yogyakarta : Gosyen Publishing.
- Keliat, B A. dkk. 2014. Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas : CMHN (Basic Course). Jakarta : Buku Kedokteran EGC.
- Keliat, BA, et al. (2011). Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas : CHMN (Basic Course). Jakarta : EGC.
- Kemenkes Ri. 2013. Riset Kesehatan Dasar; RISKESDAS. Jakarta: Balitbang Kemenkes Ri.
- Kurniawan, Fajar. 2016. Gambaran Karakteristik Pada Pasien Gangguan Jiwa Skizofrenia di Instalasi Jiwa RSUD Banyumas tahun 2015. Banyumas : Fakultas Ilmu Kesehatan UMP.

- Kusumawati F & Hartono, Y, 2010. Buku Ajar Keperawatan Jiwa, Jakarta : Salemba Medika.
- Muhith, A. (2015). Pendidikan Keperawatan Jiwa( Teori dan Aplikasi). Yogyakarta: Andi.
- Notosoedirdjo dan Latipun. 2005. Kesehatan Mental Konsep dan Penerapan. Malang : UMM Press.
- Prabowo, E. 2014. Konsep dan Aplikasi Asuhan Keperawatan Jiwa. Jakarta : Nuha Medika.
- Rasmun. (2009). Keperawatan kesehatan mental psikiatri terintegrasi dengan keluarga. Jakarta : CV Sagung Seto.
- Rohmah, N., & Walid, S. (2016). proses keperawatan. Yogyakarta: Ar-Ruzz Media.
- \_\_\_\_\_, (2012). Proses Keperawatan Teori & Aplikasi. Yogyakarta: AR-RUZZ MEDIA.
- S. N. Ade Herma Direja. (2011). Asuhan Keperawatan Jiwa. Yogyakarta: Nuha Medika.
- \_\_\_\_\_, (2008). Buku Saku Keperawatan Jiwa (edisi 3), alih bahasa, Achir Yani, editor Yasmin Asih. Jakarta: EGC.
- Stuart, G. W. (2013). Buku Saku Keperawatan Jiwa. Jakarta: EGC
- Susilawati, L. F. (2019). Pengaruh Intervensi Strategi Pelaksanaan Keluarga Terhadap Pengetahuan dan Kemampuan Keluarga Dalam Merawat Klien Skizofrenia Dengan Halusinasi. *Jurnal Keperawatan Silampari*, 3(1), 405-415.
- Trimelia. 2011. Asuhan Keperawatan Klien Halusinasi. Jakarta : TIM
- Varcarolis, E. M., Dan Halter, M.J., (2010). Foundations Of Psychiatric Mental Health Nursing Clinical Approach. Sixth Edition. St Louse. New York.
- Yosep, I. 2009. Keperawatan Jiwa. Refika Aditama. Bandung.
- Yusuf, Ahmad Dkk. 2015. Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa. Jakarta: Salemba Medika.