

Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. H Dengan Masalah Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran di RT 01/RW05 Desa Candijati, Arjasa

Septian Hamdani¹, Mad Zaini²

1). Mahasiswa Diploma III Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jember

2). Dosen Diploma III Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jember

ABSTRAK

Tujuan kajian ini adalah untuk mengetahui gambaran nyata dan menerapkan Asuhan Keperawatan pada pasien dengan gangguan persepsi sensorial (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 RT 01/RW05 Desa Candijati, Arjasa. Sedangkan metode kajian yang digunakan adalah 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. Berdasarkan pembahasan di atas, dapat ditarik kesimpulan pada kasus Tn. H dimana proses terjadinya perubahan persepsi sensorial halusinasi pendengaran yakni disebabkan karena klien selalu di marah-marahi oleh ayahnya dan merasa minder karena tidak dapat melanjutkan Sekolah. Kondisi klien tersenyum, atau tertawa yang tidak sesuai, menggerakkan bibir tanpa bersuara, pandangan mata tidak fokus, kontak mata kurang, respon verbal lambat. Dari kondisi yang ditunjukkan pasien saat pengkajian di rumahnya, klien dikatakan masuk dalam halusinasi dalam fase comforting di mana klien mengalami perasaan mendalam yaitu merasa kesepian karena larangan untuk berpendidikan dan pengucilannya terhadap diri dan lingkungan, merasa ketakutan karena sering mendengar suara yang tidak tampak wujudnya. Pada kasus Tn. H sudah dilakukan tindakan keperawatan yaitu membimbing ADL klien karena klien berada di fase controlling klien cenderung mengalami penurunan aktivitas dan motivasi. Pada hari ke 6 klien dilakukan pengkajian ulang, dari pengkajian tersebut ternyata pasien sudah mengalami perubahan di mana klien sudah tenang dan mampu mengontrol halusinasinya dan membantu kegiatan ibunya.

Kata Kunci: Asuhan Keperawatan, Jiwa dan Halusinasi

1. PENDAHULUAN

Gangguan jiwa yang dibiarkan tanpa penanganan dapat berkembang menjadi kondisi yang disebut sakit jiwa. Beberapa orang bisa saja mengalami hal tersebut akibat tekanan dan berbagai persoalan hidup yang dialaminya. Sakit jiwa adalah gangguan mental yang berdampak pada suasana hati, pola pikir, hingga tingkah laku secara umum. Oleh karena itu, maka sakit atau 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 (Townsend & Morgan, 2017). 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 (Pardede & Laia, 2020).

Untuk itu, 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 psikoterapi, 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 (Riskesdas, 2013). Sedangkan Hasil Riskesdas (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) dirumah 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 sensori (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 RT 01/RW05 Desa Candijati, Arjasa 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 sensori maka perlu kiranya untuk membahas masalah gangguan jiwa dengan halusinasi dalam sebuah karya tulis ilmiah yang berjudul: **“Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. H Dengan Masalah Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran di RT 01/RW05 Desa Candijati, Arjasa”**.

2. TUJUAN KAJIAN

Tujuan kajian ini adalah untuk mengetahui gambaran nyata dan menerapkan Asuhan Keperawatan pada pasien dengan gangguan persepsi sensori (halusinasi). Penulis dapat memperoleh pengalaman merawat pasien gangguan jiwa dan menerapkan asuhan keperawatan yang baik dan benar pada pasien yang mengalami gangguan persepsi sesnsori halusinasi pendengaran di RT 01/RW05 Desa Candijati, Arjasa.

3. METODE KAJIAN

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.

4. HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil kajian dan pembahasan menunjukkan bahwa Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. H dijabarkan dalam pejelasan di bawah ini:

A. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dan dasar dalam proses keperawatan. Pengkajian merupakan tahap yang paling menentukan bagi tahap berikutnya (Rohmah & Walid, 2010). Data yang dikumpulkan meliputi, data biologis, data psikologis, sosial dan spiritual. 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 Tn. H dengan metode *auto anamnesa dan allo anamnesa* diperoleh data subjektif dan data objektif yang sesuai dengan prioritas masalah yang dialami oleh Tn. H yaitu gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran didukung dengan data subjektif: Tn. H 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: Tn. H klien menyebutkan penyebab sakit, bicara melantur, kontak mata kurang, klien menyebutkan riwayat sakit sebelumnya.

Ini dapat disimpulkan bahwa manifestasi klinis yang dialami Tn. H sesuai dengan manifestasi yang ada pada teori yaitu Mendengar suara, jarang ngomong, bicara melantur, tidak ada kontak mata, berperilaku kekerasan.

B. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan berbeda dengan diagnosis psikiatri medis dimana diagnosis keperawatan adalah pernyataan yang menggambarkan respons manusia dari

individu atau kelompok ketika perawat secara legal mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan atau untuk mengurangi, menyingkirkan, atau menjaga perubahan (Rohmah & Walid, 2010). 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 pengakjian 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: Tn. Hakan memukul ayahnya, selalu mendengar suara-suara, tidak fokus, merasa malu untuk keluar rumah,. Berdasarkan pohon masalah yang dialami Tn. H, dapat disimpulkan bahwa tidak ada kesenjangan antara pohon masalah yang dialami Tn. H dengan pohon masalah yang terdapat pada teori. Selain itu ada faktor resiko yang memungkinkan bagaimana Tn. H sering mendengar suara binatang dan melakukan akan memukul ayahnya belum masuk dalam aktual.

C. Intervensi Keperawatan

Intervensi adalah pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi, mengatasi masalah-masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosis keperawatan (Rohmah & Walid, 2010). 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 Tn. H 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 Tn. H 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 Tn. H 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 Tn. H 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 Tn. H 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

Implementasi keperawatan adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan dan menilai data yang baru (Rohmah & Walid, 2010). 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 Tn. Hpada 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 kopling yang seharusnya Tn. H dapatkan, namun dalam pendekatannya klien mampu menerima sebagian perawat dan mampu menceritakan tentang kesedihan hatinya yang tidakingin menyusahkan orang tua dan ingin melanjutkan sekolah yang lebih baik juga disayang oleh ayahnya, dukungan moril yang dia miliki belum sepenuhnya didapat namun Tn. H yakin apa yang dia lakukan sekarang adalah usaha untuk kembali dan mampu melanjutkan sekolah lagi seperti yang dia inginkan.

E. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Tujuan dari evaluasi ini adalah untuk mengakhiri intervensi keperawatan, memodifikasi intervensi keperawatan, dan meneruskan intervensi keperawatan (Rohmah & Walid, 2010)

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 ketidakberhasilan, 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 dicengkram harimau dan dibisiki oleh suara binatang. Klien sudah dua kali berobat ke Puskesmas Arjasa. Data objektif: Tn. H mampu melakukan SP1 klien mau menjawab secara langsung tetapi tidak 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 mengontrol halusinasinya SP5 juga sama dengan SP sebelumnya mengulang dengan bercakap. Mampu mengungkapkan perasaannya kepada perawat dan keinginannya untuk SP6 klien sudah mampu berbicara dengan salah satu anggota keluarga yaitu ibunya berbicara saat aktifitas dan saat santai Perencanaan perawat adalah mempertahankan SP3 dan SP6.

5. KESIMPULAN

Berdasarkan pembahasan di atas, dapat ditarik kesimpulan pada kasus Tn. H dimana proses terjadinya perubahan persepsi sensori halusinasi pendengaran yakni disebabkan karena klien selalu di marah-marahi oleh bapaknya dan merasa minder karena tidak dapat melanjutkan Sekolah. Kondisi klien tersenyum, atau tertawa yang tidak sesuai, menggerakkan bibir tanpa bersuara, pandangan mata tidak fokus, kontak mata kurang, respon verbal lambat. Dari kondisi yang di tunjukkan pasien saat pengkajian di rumahnya, klien di katakan masuk dalam halusinasi dalam fase comforting di mana klien mengalami perasaan mendalam yaitu merasa kesepian karena larangan untuk berpendidikan dan pengucilandirinya terhadap diri dan lingkungan, merasa ketakutan karena sering mendengar suara yang tidak tampak wujudnya. Pada kasus Tn. H sudah di lakukan tindakan keperawatan yaitu membimbing ADL klien karena klien berada di fase controlling klien cenderung mengalami penurunan aktivitas dan motivasi. pada hari ke 6 klien di lakukan pengkajian ulang, dari pengkajian tersebut ternyata pasien sudah mengalami perubahan di mana klien sudah tenang dan mampu mengontrol halusinasinya dan membantu kegiatan ibunya.

DAFTAR PUSTAKA

- Ah. Yusuf, Rizky Fitryasari 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.