

## ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.S DENGAN GANGGUAN SENSORI PERSEPSI : HALUSINASI PENDENGARAN DI RUANG MERAK RS JIWA DR.SOEHARTO HEERDJAN JAKARTA

M. Indrati Wuryastuti<sup>1</sup>

D-3 Keperawatan Politeknik Karya Husada Jakarta<sup>1</sup>  
Jl. Ciputat Raya No. 36 Pondok Pinang, Jakarta – Selatan<sup>1</sup>  
Email : [akper\\_khj\\_2005@yahoo.co.id](mailto:akper_khj_2005@yahoo.co.id)<sup>1)</sup>

### ABSTRAK

*Keperawatan jiwa merupakan suatu bidang spesialisasi praktek keperawatan yang menerapkan teori prilaku manusia sebagai ilmunya dan penggunaan diri secara teraupetik sebagai kiatnya, salah satu dari gangguan yang terjadi pada gangguan jiwa orientasi realita yaitu ketidakmampuan klien berespon pada realitas, klien tidak dapat membedakan lamunan dan kenyataan yang termasuk gangguan orientasi realita yaitu : waham, ilusi dan halusinasi. Tujuan umum penelitian ini adalah malakukan perawatan terhadap klien dengan gangguan sensori persepsi : halusinasi pendengaran. Penelitian ini menggunakan metode deskriptif. Teknik yang digunakan dalam mengumpulkan data, menganalisa data serta menarik kesimpulan yang kemudian disajikan dalam bentuk narasi. Cara menyusun laporan penelitian ini adalah Study Kepustakaan dan Study Kasus. Halusinasi adalah perubahan sensori persepsi individu dalam menginterpretasikan sesuatu yang nyata tanpa rangsangan atau stimulus dari luar atau eksternal yang dialami oleh kelima panca indra. Dalam pengkajian ditemukan data yang sesuai dengan masalah Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi pendengaran, dan mendapatkan data faktor predisposisinya yaitu klien mengatakan dirinya mendengar suara-suara, suara-suara itu datang pada saat klien sedang menyendiri da pada saat akan tidur malam, klien mengatakan suara-suara itu seperti suara perempuan yang memanggil-manggil dirinya. Hasil penelitian ini adalah Klien merasa kesal dan tidak suka mendengar suara-suara itu, saat melakukan pengkajian penulis tidak mendapat banyak hambatan, karena sikap klien yang kooperatif dan menerima saat berinteraksi. Diagnosa keperawatan pada Tn. S dari prioritas masalah utama adalah Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi pendengaran, adapun diagnosa yang lain berdasarkan data-data yang didapat yaitu, Isolasi sosial. Pada Implementasi keperawatan, penulis sudah melakukan sesuai dengan rencana yang telah dibuat, dan juga sudah melakukan implementasi untuk diagnosa utama yaitu Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi pendengaran. Evaluasi keberhasilan tindakan pada diagnosa utama sesuai dengan strategi pelaksanaan sudah tercapai dimana klien sudah menjalin hubungan saling percaya dengan perawat, klien mampu mengenal halusinasinya, klien mampu menghardik halusinasi, klien mampu melakukan cara baru mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain, klien juga mampu melakukan cara mengendalikan halusinasi dengan cara beraktivitas.*

*Kata Kunci : Halusinasi Pendengaran, Isolasi Sosial, Implementasi Keperawatan*

## A. PENDAHULUAN

### 1. Latar Belakang

Kesehatan adalah suatu kondisi yang bukan hanya bebas dari penyakit. Cacat dan kelemahan akan tetapi keadaan yang benar-benar bebas dari penyakit, cacat dan kelemahan akan tetapi keadaan yang benar-benar dalam kondisi sejahtera baik secara fisik, mental dan sosial. Sehingga memungkinkan seseorang untuk lebih produktif.

Dalam perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi yang semakin pesat. Hal ini dibuktikan dengan banyaknya perubahan-perubahan yang terjadi disetiap bidang kehidupan

manusia secara fisik, mental, sosial dan spiritual. Perubahan tersebut dapat mengakibatkan hal yang positif dan negatif, tanpa persiapan mental dan koping yang baik perubahan yang negatif ini akan menyebabkan terjadinya kecemasan, apabila hal tersebut tidak ditangani dengan segera dapat berlanjut menjadi gangguan kejiwaan.

Keperawatan jiwa merupakan suatu bidang spesialisasi praktek keperawatan yang menerapkan teori perilaku manusia sebagai ilmunya dan penggunaan diri secara terapeutik sebagai kiatnya, salah satu dari gangguan yang terjadi pada gangguan jiwa orientasi realita yaitu ketidakmampuan klien berespon pada realitas, klien tidak dapat membedakan lamunan dan kenyataan yang termasuk gangguan orientasi realita yaitu : waham, ilusi dan halusinasi.

Berdasarkan data-data klien yang dirawat di Ruang Merak Rumah Sakit Soeharto Heerdjan selama awal periode bulan Januari sampai dengan Juni 2010, berjumlah 226 pasien, dengan presentasi sebagai berikut : 129 orang(57,1%) mengalami halusinasi, 36 orang(16,0%) mengalami isolasi sosial, 12 orang(5,3%) mengalami harga diri rendah, 49 orang(21,6%) mengalami resiko perilaku kekerasan.

Berdasarkan data tersebut diatas sangat jelas sekali masalah keperawatan halusinasi di ruang Merak periode bulan Januari sampai dengan bulan Juni 2010 sangat tinggi dibandingkan dengan masalah keperawatan yang lain. Serta melihat akibat yang cukup serius akan dapat terjadi jika masalah halusinasi ini tidak segera diatasi, maka penulis tertarik untuk mengambil judul, “ Asuhan Keperawatan Pada Tn.S Dengan Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Pendengaran Di Ruang Merak Rumah Sakit Jiwa Dr. Soeharto Heerdjan ”.

## **2. Tujuan Penelitian**

Tujuan umum penelitian ini adalah melakukan perawatan terhadap klien dengan gangguan sensori persepsi : halusinasi pendengaran. Sedangkan tujuan khususnya adalah : melakukan pengkajian pada pasien, menentukan masalah keperawatan, merencanakan tindakan keperawatan, melaksanakan tindakan keperawatan dengan gangguan sensori persepsi : halusinasi pendengaran, dan melakukan evaluasi, mengidentifikasi faktor-faktor yang terdapat antara teori dan kasus pada pasien, serta mengidentifikasi faktor-faktor pendukung, penghambat serta dapat mencari solusinya dengan gangguan sensori : halusinasi pendengaran, akhirnya mendokumentasi semua kegiatan keperawatan dalam bentuk narasi pada pasien dengan gangguan sensori persepsi : halusinasi pendengaran.

## **2. Ruang Lingkup**

Penelitian ini merupakan pembahasan pemberian asuhan keperawatan pada Tn.S dengan gangguan sensori persepsi : halusinasi pendengaran di ruang Nuri Rumah Sakit Soeharto Heerdjan Jakarta yang dilaksanakan pada tanggal 21 Juni sampai dengan 23 Juni 2010.

## **3. Metode Penelitian**

Metode penelitian yang digunakan dalam pembuatan makalah ini adalah metode deskriptif yaitu suatu mode ilmiah yang bersifat mengumpulkan data, menganalisa serta menarik kesimpulan yang selanjutnya disajikan dalam bentuk narasi. Teknik yang penulis gunakan dalam menyusun makalah ini adalah Studi kepustakaan, dan Studi kasus

## B. TINJAUAN KASUS

### 1. Pengkajian

- a. **Identitas klien.** Klien Tn.S 37 tahun : jenis kelamin laki-laki status belum menikah, agama Islam, suku Jawa, anak kedua dari tujuh bersaudara, alamat jalan kompleks bahari E9 III, No. 176 Rt 012/Rw 005, Tanjung Priok, Jakarta Utara. Tanggal masuk 06 juni 2010. No. Rekam medis. 01.16.14. dengan diagnosa medis : F 20.9 Schizopenio yang tak tergolongkan sumber informasi yaitu klien, perawat ruangan dan status rekam medis.
- b. **Alasan masuk.** Klien dibawa ke Rumah Sakit Jiwa Dr. Soeharto Heerdjan Jakarta pada tanggal 06 Juni 2010. Pukul 11.00 Wib di antar oleh Bapakya dengan alasan masuk sewaktu di rumah klien suka marah-marah, susah diatur, bicara sendiri, suka membanting barang-barang yang ada di rumahnya.
- c. **Faktor predisposisi.** Klien pernah mengalami gangguan jiwa sebelumnya dan klien pernah dirawat di Rumah Sakit Jiwa Soeharto Heerdjan pada tanggal 5 Mei 1993 – tanggal 15 februari 2009. Klien tidak pernah menjadi pelaku atau korban dari aniaya fisik, aniaya seksual, penolakan atau tindakan kriminal. Klien hanya sering marah-marah dan juga sering mengancam saudara-saudaranya dirumah. Masalah Keperawatan : Regiment terapeutik in efektif, Koping keluarga in efektif, Resiko prilaku kekerasan.
- d. **Pemeriksaan fisik.** Keadaan umum klien baik dan didapatkan data tanda-tanda vital : Tekanan darah 140/100 mmHg, Nadi 115 kali/menit, suhu 36°C, Pernafasan 24 kali/menit. Tinggi badan klien 170 cm, Berat badan klien 72 kg, klien tidak mempunyai keluhan fisik. Masalah keperawatan : Tidak ditemukan masalah.
- e. **Psikososial**
  - a) **Genogram.** Berdasarkan genogram diatas klien merupakan anak kedua dari tujuh bersaudara. Klien tinggal bersama ayah, ibu dan keempat saudaranya, saudaranya yang pertama dan ketiga sudah menikah dan tinggal dirumahnya masing-masing. Komunikasi di dalam keluarga kurang, Karena klien hanya dekat dengan ibunya saja. Di dalam keluarga pola asuh klien cukup baik, selama di rumah klien melakukan ADL secara mandiri. Klien merasa malu dengan saudara-saudaranya karena tidak bekerja. Selama dirumah klien tidak pernah dilibatkan dalam hal pengambilan keputusan. Masalah keperawatan : Harga Diri rendah, koping keluarga in efektif.
  - b) **Konsep diri.** Klien mengatakan merasa biasa saja dengan dirinya. Klien sangat menyukai senyumannya sendiri dan sangat mensyukurinya. Klien belum pernah bekerja sampai saat ini, kegiatannya hanya membantu membersihkan rumah. Di keluarga yang paling menyayangi klien adalah ibunya.
  - c) **Peran.** Dulu sebelum klien kembali dirawat, klien sering mengantar ibunya ke pasar dan membangunkan ayahnya untuk shalat subuh. Klien mengatakan bisa melakukannya dengan baik, sekarang klien sudah tidak bisa membantu mengantar ibunya ke pasar karena klien harus dirawat, dan klien merasa sedih.
  - d) **Ideal diri.** Klien mengatakan ingin sekali pulang untuk menemui ibunya dan membantu-bantu ibunya seperti dulu lagi.

- e) **Harga diri.** Hubungan klien dengan teman-temannya kurang dekat semenjak klien sakit, karena klien merasa malu dengan keadaannya, terkadang teman-teman menyinggung perasaan klien, Karena klien mengalami gangguan kejiwaan. Masalah keperawatan : Harga Diri rendah, Isolasi sosial

#### f. Hubungan sosial

- a) **Orang yang berarti.** Orang yang paling dekat dengan klien adalah ibunya, setiap kali klien merasa sedih dan ada masalah klien selalu bercerita kepada ibunya. Klien mengatakan sangat sayang kepada ibunya dan ingin membahagiakan ibunya.
- b) **Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat.** Sebelum di rawat klien sering ikut dalam kegiatan di masyarakat seperti kerja bakti, sekarang klien sudah tidak bisa ikut lagi. Dan klien merasa malu dengan orang-orang di dekat rumahnya karena klien mengalami sakit kejiwaan.
- c) **Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain.** Klien mengatakan hanya bergaul dengan orang-orang yang dianggapnya baik saja, klien merasa takut bergaul dengan yang lain, Takut nanti klien tersinggung dan di hina. Klien juga susah berhubungan dengan orang lain karena klien mengalami gangguan penglihatan. Masalah keperawatan : Harga diri rendah, Isolasi sosial.

- g. **Spiritual.** Klien mengatakan percaya adanya tuhan dan klien memeluk agama Islam. Klien mengatakan melakukan kegiatan pengajian selama di rawat yaitu setiap hari Senin dan hari Kamis. Selama klien di rawat klien juga melaksanakan sholat lima waktu, tetapi terkadang sholatnya sering tinggal.

#### h. Status mental

- a) **Penampilan.** Klien sudah berpakaian dengan baik dan sesuai, berpakaian sudah sewajarnya tetapi klien dalam berpakaian tidak rapi, tampak kusut dan acak-acakan. Masalah keperawatan : Defisit perawatan diri
- b) **Pembicaraan.** Bicara klien cepat dan eras, terkadang pembicaraannya tidak jelas kemana tujuannya. Masalah keperawatan : Resiko perilaku kekerasan
- c) **Aktivitas motorik.** Pada saat bicara dan berinteraksi klien tampak gelisah dan sering melamun, klien tampak sering menggerak-gerakkan bibirnya. Masalah keperawatan : Resiko Perilaku Kekerasan.
- d) **Alam perasaan.** Klien mengatakan takut suara-suara itu datang lagi dan klien juga merasa sedih dengan keadaannya saat ini yang mengalami gangguan kejiwaan. Masalah keperawatan : Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi pendengaran, Harga diri rendah.
- e) **Afek.** Pada saat interaksi klien sudah sangat kooperatif tapi kadang-kadang berubah datar dan klien tertawa sendiri lalu pergi. Masalah keperawatan : Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi pendengaran
- f) **Interaksi selama wawancara.** Pada saat interaksi klien sering merasa curiga dan berkata jangan berbisik-bisik ya! Seakan-akan orang-orang membicarakan dirinya.

Kontak mata klien sangat kurang dan terlihat gelisah. Masalah keperawatan : Resiko perilaku kekerasan.

- g) **Persepsi.** Klien mengatakan sering mendengar suara-suara seperti suara perempuan yang memanggilnya, suara-suara tersebut muncul pada saat klien menyendiri dikamar dan pada saat akan tidur malam, suara-suara tersebut sering membuat klien merasa kesal dan akhirnya klien mengamuk, terkadang klien memukul tembok. Masalah keperawatan : Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi pendengaran, Resiko perilaku kekerasan.
- h) **Proses pikir.** Klien pada saat berkomunikasi sering berpindah-pindah dari satu topik ke topik yang lain akan tetapi masih ada hubungannya. Masalah keperawatan : Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi pendengaran
- i) **Isi pikir.** Pada saat interaksi dan dilakukan pengkajian klien tidak menunjukkan isi fikir yang negatif, dan klien tidak tampak mengalami waham. Masalah keperawatan : Tidak ditemukan masalah keperawatan
- j) **Tingkat kesadaran.** Kesadaran klien compos mentis, klien masih mengetahui tempat, waktu serta orang-orang disekitarnya. Masalah keperawatan : Tidak ditemukan masalah.
- k) **Memori.** Daya ingat klien masih sangat baik, klien masih dapat mengingat masa lalunya dan tidak ada masalah pada saat mengingat masalah jangka pendek. Masalah keperawatan : Tidak ditemukan masalah keperawatan
- l) **Tingkat konsentrasi dan berhitung.** Tingkat konsentarsi klien pada saat berhitung sangat baik, klien dapat berhitung sederhana sampai selesai. Masalah keperawatan : Tidak ditemukan masalah keperawatan
- m) **Kemampuan penilaian.** Kemampuan penilaian klien masih baik, klien masih bisa mengambil suatu keputusan seperti pada saat klien mendengarkan suara adzan klien memutuskan untuk shalat dulu. Masalah keperawatan : Tidak ditemukan masalah.
- n) **Daya tilik diri.** Klien tidak mengingkari penyakit yang dideritanya, Saat ini klien mengatakan sadar akan keadaannya, dan klien mengatakan ingin sembuh dan kembali seperti dulu. Masalah keperawatan : Tidak ditemukan masalah keperawatan
- i. **Kebutuhan persiapan pulang.** Klien mengatakan dalam kegiatan sehari-hari klien dapat makan sendiri secara mandiri, klien dapat BAB/BAK sendiri secara mandiri tapi perlu di jelaskan bagaimana cara eliminasi yang baik dan bersih. Klien dapat mandi secara mandiri tapi perlu dijelaskan juga cara mandi yang baik dan bersih. Klien dapat menggunakan pakaian sendiri tetapi perlu di bantu untuk kerapiannya klien sebelum tidur selalu membaca do'a, dan bangun pagi klien selalu ke kamar mandi untuk BAB/BAK dan mandi. Klien sudah terbiasa minum obat tetapi perlu dibantu untuk pemilihan obatnya, saat ini klien menjalani perawatan dimana sebelumnya klien juga pernah di rawat, di rumah klien sering membantu ibunya seperti menjaga kebersihan rumah, mencuci pakainnya sendiri dan mengantar ibunya ke pasar. Masalah keperawatan : Tidak ada masalah
- j. **Mekanisme koping.** Klien kalau ada masalah bercerita dengan ibunya dan juga terkadang klien memendam masalahnya sendiri dengan tidak menceritakannya ke siapapun. Masalah keperawatan : Isolasi sosial.

**k. Masalah psikososial dan lingkungan**

- a) Masalah dengan dukungan kelompok. Klien merasa keluarganya tidak begitu memperhatikannya, hanya ibunya saja yang perhatian kepadanya.
- b) Masalah berhubungan dengan lingkungan. Klien mengatakan malu untuk bergaul dengan lingkungannya, karena klien mengalami sakit kejiwaan.
- c) Masalah dengan pendidikan. Klien mengatakan cukup puas dengan tamat SMP.
- d) Masalah dengan pekerjaan. Klien mengatakan malu dengan saudara-saudaranya karena klien tidak punya pekerjaan.
- e) Masalah dengan perumahan. Klien merasa rumahnya sangat sempit, klien juga sedih karena di rumah klien tidak punya kamar sendiri.
- f) Masalah ekonomi. Klien mengatakan yang mencari uang hanya ayahnya saja, klien ingin sekali membantu ayahnya untuk mencari uang tetapi klien merasa tidak bisa karena keadaannya yang sakit kejiwaan.
- g) Masalah dengan pelayanan kesehatan. Klien saat ini dirawat di Rumah sakit Jiwa Dr. Soeharto Heerdjan dengan jaminan sosial.
- h) Masalah lainnya. Klien ingin pulang kerumah untuk menemui ibunya dan membantu ibunya seperti dulu.
- i) Masalah dengan dukungan moral. Klien merasa malu dan takut dengan lingkungan sekitarnya dengan keadaan klien saat ini. Masalah keperawatan : Isolasi sosial, Harga diri rendah.

**l. Pengetahuan.** Pengetahuan klien kurang tentang faktor presipitasi, serta obat-obatan. Dan sistem pendukung yang berhubungan dengan masalah yang dialaminya. Masalah keperawatan : koping keluarga in efektif.

**m. Aspek medik.** Diagnosa medis =f. 20.9 ( schizoprenia yang tak tergolongkan). Terapi medik :

- 1) Chlospromazine (100mg) 2 x 1 tablet. Indikasi : untuk pengobatan psikosa, untuk mengurangi gejala emosi, obat tidur. Efek samping : hipotensi, aritmia, takikardi, penglihatan kabur.
- 2) Halopenidol (5mg) 2 x 1 tablet. Indikasi : pengendalian hiperaktivitas dan pengendalian tik serta pengucapan vokal. Efek samping : sedasi, gangguan otonom, hipotensi, takikardi, bradikardia, henti jantung. Kontra indikasi : hiper sensitivitas terhadap obat, insufisiensi hati, ginjal dan jantung serta hipotensi dan hipertensi.
- 3) Trihexyfenidil (2mg) 2 x 1 tablet. Indikasi : untuk parkinson dan untuk menghilangkan ekstra pyramidal akibat obat. Efek samping : mulut kering, pandangan kabur, pusing, mual, muntah, bingung dan konstipasi.

**n. Analisa data.** Nama klien/ umur : Tn. S/37 tahun, Ruangan : Ruang Merak RSJ Soeharto Heerdjan jakarta, No. RM : 01.16.14. Data diambil pada hari senin, 21 Juni 2010, jam 10.00 Wib

No	Data Fokus	Masalah Keperawatan
1.	DS : Klien mengatakan sering mendengar suara-suara perempuan yang memanggil-manggilnya, dan suara seperti perempuan itu hanya memanggil namanya saja. Klien mengatakan suara-suara itu timbul pada saat klien menyendiri dikamar dan pada saat akan tidur malam.	Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi

	DO : Klien terkadang tampak bicara sendiri, tampak tertawa sendiri dan tampak mondar-mandir.	Pendengaran
2.	DS : Klien mengatakan jarang kramas, mandi satu kali dalam sehari, dan tidak setiap hari menyikat gigi, serta tidak setiap hari mengganti pakaiannya DO : Rambut klien tampak kotor, Gigi dan mulut klien tampak kurang bersih, Dandanannya tampak tidak rapi, serta Klien tampak menggaruk-garuk badan dan kepalanya.	Defisit Perawatan diri
3.	DS : – Klien mengatakan bergaul dengan orang yang dianggapnya baik saja, takut nanti orang menghina keadaan dirinya. – Klien merasa malu dengan orang-orang di dekat rumahnya, dan tidak ingin bertemu dengan teman-temannya dalam keadaan klien saat ini. DO: Klien tampak jarang bergaul dengan teman-teman sesama pasien. Dan Klien tampak jarang membuat kontak terlebih dahulu.	Isolasi Sosial
4.	DS : Klien mengatakan malu dengan keadaan dirinya yang sakit kejiwaan, dan malu dengan saudar-saudaranya karena tidak bekerja. DO : Klien tampak lebih banyak sendiri.	Harga Diri Rendah
5.	DS : Klien mengatakan kalau di rumah ia hanya dekat dengan ibunya saja. DO : Selama melakukan perawatan tidak tampak keluarga klien yang datang.	Koping keluarga in efektif
6.	DS : Klien mengatakan sudah tiga kali masuk Rumah Sakit Jiwa Dr. Soeharto Heerdjan. DO: Berdasarkan data dari Medikal Record klien ( buku status), klien sudah pernah masuk RSJ sebelumnya ( tahun 1993 dan 2009).	Regimen Terapeutik in efektif
7.	DS : – Klien mengatakan kalau dirumah ia sering marah-marah dan mengancam saudara-saudaranya tanpa alasan yang jelas. – Klien mengatakan di rumah membanting barang-barang dan gitar dan lemari. DO: Klien terkadang tampak gelisah dan tegang. Klien tampak mondar-mandir.	Resiko perilaku kekerasan

## 2. Diagnosa Keperawatan

- a. Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi pendengaran
- b. Isolasi sosial serta Harga diri rendah
- c. Defisit perawatan diri dan Koping keluarga in efektif
- d. Regimen terapeutik in efektif, serta Resiko perilaku kekerasan

## 3. Perencanaan, Implementasi dan evaluasi

**Gangguan sensori persepsi** : halusinasi pendengaran ditandai dengan : **Data subjektif** : Klien mengatakan mendengar suara-suara seperti suara perempuan yang memanggil-manggilnya, klien mengatakan tidak suka dan kesal mendengar suara itu. **Data Objektif** : Klien tampak tertawa sendiri, klien tampak bicara sendiri. **Tujuan umum** : Klien dapat membina hubungan saling percaya, klien dapat mengenal halusinasinya dan klien dapat mengontrol halusinasinya dengan cara menghardik.

**SP-1. Tujuan Khusus** : Klien dapat mengenal halusinasi yang dialaminya dan dapat melakukan cara yang pertama yaitu menghardik. **Kriteria evaluasi**: Klien dapat membina hubungan saling percaya dan mau berjabat tangan dengan perawat, mau menyebutkan nama, mau memanggil nama perawat, mau duduk berdampingan dengan perawat, klien mampu mengenali halusinasinya dan mampu mengontrol halusinasinya. **Intervensi keperawatan** :

1. Bina hubungan saling percaya dengan saling mengucapkan salam terapeutik, perkenalkan diri, menjelaskan tujuan interaksi, jelaskan kontrak (topik, waktu, tempat).
2. Identifikasi jenis, isi, waktu, frekuensi halusinasi, situasi yang menimbulkan halusinasi, respon klien terhadap halusinasinya.
3. Latih klien menghardik halusinasinya
4. Anjurkan klien memasukkan cara menghardik halusinasinya ke dalam jadwal kegiatan harian.

**Implementasi** : Senin 21 juni 2010, pukul 10.00-10.10 WIB, Sp I Klien. Membina hubungan saling percaya dengan mengucapkan salam, memperkenalkan diri, dengan menyebutkan identitas secara lengkap, menanyakan nama, nama panggilan klien, menjelaskan kontrak, mengidentifikasi jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi menimbulkan halusinasi dan respon klien terhadap halusinasinya, mengajarkan klien menghardik halusinasinya dengan mengatakan ” tidak...tidak...saya tidak mau dengar” dan menganjurkan klien untuk memasukan cara menghardik halusinasi kedalam jadwal kegiatan harian.

Evaluasi :

S : Klien mengatkan selamat pagi, klien mengatakan namanya Tn.S, klien mengatakan senang dipanggil Tn.S, klien mengatakan akan menerapkan cara mengontrol halusinasi yaitu dengan menghardik, klien mengatakan suara- suara itu datang pada saat klien menyendiri dan pada saat klien akan tidur malam, klien mengatakan suara itu seperti suara perempuan yang memanggil-manggil dirinya, klien mengatakan kesal dan tidak suka mendengar suara-suara itu.

O : Klien mau menjawab salam, klien mau berjabat tangan, klien mau menjawab pertanyaan perawat, klien ko’operatif, klien mau menjelaskan jenis, isi, wktu, frekuensi, situasi yang menimbulkan halusinasi dan respon klien terhadap halusinasinya. Klien tampak menyimak saat perawat mengajarkan cara menghardik halusinasi.

A : Klien mampu menghardik halusinasinya bila muncul.

P: **Klien** : anjurkan klien untuk melakukan cara yang sudah perawat ajarkan bila halusinasinya muncul. **Perawat** : lanjutkan Sp II, evaluasi jadwal kegiatan harian klien, latih klien mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain

**SP-II. Tujuan khusus** : Klien dapat mengontrol halusinasinya dengan bercakap-cakap dengan orang lain, perawat, teman, anggota keluarga. **Kriteria evaluasi** : Setelah tindakan keperawatan klien dapat mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan teman, perawat, anggota keluarga.

**Intervensi keperawatan** : Evaluasi jadwal kegiatan klien, Latih klien mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan teman, perawat, anggota keluarga, serta Anjurkan klien memasukkan jadwal kegiatan harian.

**Implementasi** : Selasa 22 juni 2010, pukul 10.00-10.10 WIB, Sp II Klien. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien, melatih klien mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain, menganjurkan klien memasukan dalam jadwal kegiatan harian dan memberikan reinforcement.

Evaluasi :

S : Klien mengetakan semalam mendengar suara-suara lagi, klien mengatakan ketika mendengar suara itu, klien langsung melakukan cara yang sudah perawat ajarkan yaitu menghardik halusinasi, klien mengatakan setelah menghardik halusinasi klien memasukkannya ke dalam kegiatan harian dibantu oleh perawat.



O : Klien sudah memasukan cara menghardik halusinasi saat halusinasi muncul dalam jadwal kegiatan harian, dengan di bantu oleh perawat, klien tampak ko,operatif, klien tampak menyimak saat perawat mengajarkan cara mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain.

A : Klien mengerti dan mampu melakukan apa yang sudah perawat ajarkan tentang mengendalikan halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain.

P : **Klien** : Anjurkan klien untuk melakukan apa yang perawat ajarkan jika halusinasi muncul dan juga anjurkan klien untuk memasukkannya kedalam jadwal kegiatan harian klien. **Perawat** : Evaluasi jadwal kegiatan harian klien, latih klien mengendalikan halusinasi dengan melakukan (kegiatan-kegiatan yang biasa dilakukan klien) dan beri reinforcement bila klien bisa melakukan apa yang sudah perawat ajarkan.

**Sp-III.Tujuan khusus** : Klien dapat mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan/aktivitas.

**Kriteria evaluasi** : Setelah dilakukan tindakan keperawatan di harapkan klien dapat mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan/aktivitas. **Intervensi keperawatan** : Evaluasi jadwal kegiatan Harian klien, Latih klien mengendalikan Halusinasi dengan melakukan kegiatan/aktivitas (kegiatan yang biasa dilakukan klien), serta Anjurkan klien memasukan dalam jadwal kegiatan harian

**Implementasi** : Rabu, 23 juni 2010, pukul 08.30-08.40. Mengvaluasi jadwal kegiatan harian klien, melatih klien mengendalikan halusinasi dengan melakukan kegiatan (kegiatan yang biasa dilakukan) yaitu mencuci piring hingga bersih, menganjurkan klien memasukan dalam jadwal kegiatan harian, memberikan reonforcement saat klien masih mengingat dan bisa melakukan cara yang sudah perawat ajarkan.

Evaluasi :

S : Klien mengatakan semalam tak mendengar suara-suara itu, klien masih mengingat dan bisa melakukan apa yang sudah perawat ajarkan, klien mengatakan sudah memasukan dalam jadwal kegiatan harian.

O : Klien tampak sudah memasukan semua kegiatan yang sudah klien lakukan ke dalam jadwal kegiatan harian dengan dibantu oleh perawat, klien tampak menyimak saat perawat mengajarkan cara mengendalikan halusinasi dengan melakukan kegiatan/aktivitas, klien tampak kooperatif dan mau melakukan apa yang sudah perawat ajarkan.

A : Klien mampu mengendalikan halusinasi dengan melakukan kegiatan yaitu mencuci piring hingga bersih.

P : **Klien** : Anjurkan klien untuk melatih kegiatan yang sudah perawat ajarkan tentang mengendalikan halusinasi dengan menghardik, bercakap-cakap dengan orang lain dan mengendalikan halusinasi dengan melakukan kegiatan bila halusinasi muncul dan juga anjurkan klien untuk memasukan dalam jadwal kegiatan klien. **Perawat** : Evaluasi jadwal kegiatan harian klien dan beri pendidikan kesehatan tentang penggunaan obat dengan benar dan teratur.

**SP-IV. Tujuan khusus** : Klien dapat memanfaatkan obat dengan baik. **Kriteria evaluasi** : Setelah dilakukan tindakan keperawatan klien dapat menyebutkan : manfaat minum obat, kerugian tidak minum obat, nama, warna, dosis, efek dan efek samping obat. **Intervensi keperawatan** : Evaluasi jadwal kegiatan harian klien, Beri pendidikan kesehatan tentang penggunaan obat secara teratur, serta Anjurkan klien memasukan dalam jadwal kegiatan harian.

## **C. PEMBAHASAN**

### **1. Pengkajian**

Pada teori yang memacu factor predisposisi ada tiga factor, yaitu : factor biologis, factor psikologis dan factor sosial budaya. Pada kasus faktor predisposisi yang ditemukan adalah factor psikologis klien merasa kurang di perhatikan di dalam keluarganya dan factor sosial budaya yaitu klien hanya lulus SMP. Berdasarkan data-data hasil pengkajian, terjadinya halusinasi pada Tn.S disebabkan oleh faktor sosial budaya dimana klien tidak bisa bekerja dan membantu ibunya mencari uang, presipitasi faktor psikologis yaitu klien merasa malu dengan saudara-saudaranya karena tidak berkerja, pada faktor biokimia klien jarang kontrol dan minum obat tidak secara teratur.

Faktor pendukung, pada pengkajian adanya format pengkajian dan kerjasama yang baik antara klien dan penulis. Faktor penghambat yaitu keluarga yang jarang berkunjung selama penulis berdinis sehingga penulis mengalami kesulitan dalam memvalidasi data dalam melakukan pengkajian, penulis menggunakan tehnik focusing dan pengulangan, jika pembicaraan klien di ulang-ulang dan inkoheren. Selain itu penulis juga memvalidasi kembali data-data yang diperoleh dengan status klien yang terdapat di ruangan.

### **2. Diagnosa keperawatan**

Pada teori diagnosa keperawatan yang muncul ada 3 yaitu gangguan sensori persepsi : halusinasi pendengaran, isolasi sosial, resiko prilaku kekerasan. Pada kasus diagnosa keperawatan yang penulis temukan ada 7 diagnosa. 3 diagnosa sama dengan teori, tetapi penulis juga menemukan 4 diagnosa keperawatan lagi yaitu : harga diri rendah yang didukung dengan data klien mengatakan malu dengan saudara-saudaranya karena tidak berkerja dank lien juga mengatakan malu dengan kondisinya saat ini, defisit perawatan diri yang didukung dengan data klien mengatakan mandi hanya satu kali dalam sehari dan penampilan klien tampak acak-acakan, koping keluarga in efektif yang didukung dengan data klien mengatakan kalau dirumah klien hannya dekat dengan ibunya saja dan selama perawat bertugas tidak pernah terlihat ibu ata keluarga yang lain datang menjenguk klien, regimen teraupetik in efektif yang didukung dengan data klien mengatakan sudah tiga kali masuk rumah sakit jiwa dan prioritas diagnosa keperawatan adalah gangguan sensori persepsi : halusinasi pendengaran yang di dukung dengan data, klien mendengar suara-suara seperti suara perempuan yang memanggil-manggilnya sehingga klien merasa kesal.

Klien mengatakan suara itu muncul pada saat klienmenyendiri dan pada saat akan tidur malam. Klien mengatakan suara itu muncul pada siang dan malam hari, klien mengatakan suara itu muncul kurang lebih 10 menit. Klien mengatakan kesal dan ingin marah kalau mendengar suara itu dan klien tampak bicara sendiri, tertawa sendiri, klien tampak mondar-mandir, klien tampak menyendiri.

Dalam membuat diagnosa keperawatan perawat tidak menemukan masalah atau hambatan yang berarti ini disebabkan adanya faktor pendukung antara lain, yaitu adanya data-data yang cukup jelas baik subjektif dan objektif yang memperkuat menunjangnya di tegakkan diagnosa keperawatan serta adanya bimbingan dari pembimbing lahan dan pembimbing institusi.

### **3. Perencanaan keperawatan**

Diagnosa keperawatan yang utama adalah gangguan sensori persepsi : halusinasi pendengaran, sehingga diagnosa tersebut yang harus di intervensi, adapun rencana yang di lakukan adalah SP I yaitu membina hubungan saling percaya, identifikasi isi, waktu, frekuensi, situasi yang menimbulkan respon halusinasi, mengajarkan klien menghardik halusinasi dan memasukkan cara mengontrol halusinasi ke dalam jadwal kegiatan harian klien.

SP II yaitu mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien dan mengajarkan klien mengontrol halusinasinya dengan cara yang lain yaitu dengan cara berbincang-bincang dengan orang lain, SP III yaitu mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien dan mengajarkan klien cara mengontrol halusinasinya dengan cara yang ketiga yaitu dengan cara melakukan aktifitas, SP IV yaitu mengevaluasi kembali jadwal kegiatan harian klien dan memberikan pendidikan kesehatan kepada klien dan keluarga klien tentang penggunaan obat secara teratur, tanda dan gejala dari halusinasi, cara yang dapat dilakukan klien dan keluarga jika terjadi halusinasi dan cara merawat klien yang halusinasi dirumah.

#### **4. Implementasi keperawatan**

Dalam melakukan tindakan keperawatan, penulis mengacu pada intervensi keperawatan yang telah di buat sebelumnya dan penulis hanya melakukan tindakan keperawatan selama 3 hari dari tanggal 21–23 Juli 2010. Penulis mengimplementasikan 1 diagnosa saja yaitu : diagnosa pertama gangguan sensori persepsi : halusinasi pendengaran yaitu : SP I membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi jenis, waktu, isi, frekuensi, respon situasi yang menimbulkan halusinasi, mengajarkan klien menghardik halusinasi. SP II mengajarkan klien mengontrol halusinasi dengan berbincang-bincang, SP III mengajarkan klien mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan yang biasa klien lakukan untuk SP IV tidak dapat di lakukan karena penulis melakukan asuhan keperawatan selama 3 hari.

Faktor pendukung dalam melakukan Implementasi adalah hubungan saling percaya antara klien dengan perawat, pembuatan SP (strategi pelaksanaan), yang memudahkan penulis melakukan implementasi dan adanya kerjasama dengan perawat ruangan, sedangkan faktor penghambat adalah penulis hanya melakukan asuhan keperawatan selama 3 hari, penulis tidak bertemu dengan keluarga klien sehinggalan SP IV atau SP keluarga tidak dapat dilakukan. Adapun solusinya penulis mendelegasikan kepada perawat ruangan untuk dapat melanjutkan intervensi yang sudah di rencanakan .

#### **5. Evaluasi keperawatan**

Pada diagnosa utama gangguan sensori persepsi:halusinasi pendengaran sudah dapat dilakukan oleh klien yaitu : klien mau membina hubungan saling percaya dengan perawat, klien dapat menyebutkan waktu, isi, frekuensi timbulnya halusinasi serta mengungkapkan perasaan terhadap halusinasinya, klien dapat menyebutkan tindakan yang biasanya di lakukan untuk mengendalikan halusinasinya, klien dapat menyebutkan cara baru, klien dapat memilih cara mengatasi halusinasi. Klien dapat melaksanakan cara yang di pilih untuk mengendalikan halusinasinya. Sedangkan untuk diagnosa keperawatan yang belum teratasi penulis bekerjasama dengan perawat ruangan untuk mengevaluasi kegiatan yang sudah di ajarkan, di lanjutkan intervensi pada diagnosa keperawatan selanjutnya.

Dalam melakukan evaluasi, faktor pendukung yang penulis temukan adalah adanya kerjasama klien karena klien kooperatif dengan perawat, bimbingan dari institusi dan

pembimbing lahan, sedangkan faktor penghambat yang penulis temukan adalah penulis hanya melakukan asuhan keperawatan selama 3 hari sehingga solusinya kolaborasi dengan perawat ruangan untuk menindak lanjuti rencana keperawatan yang telah dibuat, dan follow up evaluasi dengan perawat ruangan.

#### D. KESIMPULAN

Pada Implementasi keperawatan, penulis sudah melakukan sesuai dengan rencana yang telah dibuat, dan juga sudah melakukan implementasi untuk diagnosa utama yaitu Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi pendengaran. Pada diagnosa Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi pendengaran telah dilaksanakan implementasi yaitu : SP I membina hubungan saling percaya antara perawat dan klien, mengidentifikasi jenis, isi, waktu dan frekuensi halusinasi klien, mengidentifikasi situasi yang menimbulkan halusinasi, mengidentifikasi respon klien terhadap halusinasi, mengajarkan klien menghardik halusinasi, menganjurkan pasien memasukkan cara menghardik halusinasi dalam jadwal kegiatan harian. SP II : mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien, melatih klien mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap – cakap dengan orang lain, menganjurkan klien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian. SP III : mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien, melatih klien mengendalikan halusinasi dengan melakukan kegiatan (kegiatan yang biasa dilakukan), menganjurkan klien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian, untuk diagnosa yang lainnya belum dapat dilakukan implementasinya karena penulis hanya melakukan asuhan keperawatan selama 3 hari sehingga penulis mendelegasikan kepada perawat ruangan.

Evaluasi keberhasilan tindakan pada diagnosa utama sesuai dengan strategi pelaksanaan sudah tercapai dimana klien sudah menjalin hubungan saling percaya dengan perawat, klien mampu mengenal halusinasinya, klien mampu menghardik halusinasi, klien mampu melakukan cara baru mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap – cakap dengan orang lain, klien juga mampu melakukan cara mengendalikan halusinasi dengan cara beraktivitas.

#### DAFTAR PUSTAKA

- [1] Keliat, Budi Ana, (2002). *Proses Keperawatan Kesehatan jiwa*, Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- [2] Keliat, Budi Ana, (2004). *Kumpulan Proses Keperawatan Masalah keperawatan Jiwa* Jakarta Penerbit Buku kedokteran EGC
- [3] Rahayu Kurniasih,. 2002. *Standar Operasional Rencana Keperawatan Jiwa*. Semarang : Tim Pengembang , MPKRS Marjuki Mahdi Bogor
- [4] Stuart, G. W. dan Sundeen, S. J. 2000. *Keperawatan Jiwa*, Edisi 3. Jakarta : EGC
- [5] Townsend Mary C (2000), *Diagnosa Keperawatan Pada Keperawatan Psikiatri*, Edisi 3, Jakarta, EGC