

# Studi Kasus Pasien Skizofrenia Ny. D dengan Gangguan Halusinasi Pendengaran di Ruang Dewi Kunthi di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soeroyo Magelang

Raras Claudia Nedyastuti<sup>1(\*)</sup>, Arni Nur Rahmawati<sup>2</sup>, Ririn Isma Sundari<sup>3</sup>

<sup>1,2</sup>Program Studi Keperawatan Diploma Tiga, Fakultas Kesehatan, Universitas Harapan Bangsa

<sup>3</sup>Program Studi Keperawatan Program Diploma Tiga, Fakultas Kesehatan, Universitas Harapan Bangsa

<sup>1</sup>claudiararas8@gmail.com\*; <sup>2</sup>arninr@uhb.ac.id; <sup>3</sup>ririnismasundari@uhb.ac.id

## ABSTRACT

*Blood pressure Mental disorders are health problems caused by biological, social, psychological, and physical genetic disorders. Schizophrenia is an abnormal response which is characterized by disturbances in thinking, perception, behavior and social disorders. Schizophrenia is a group of psychotic reactions that affect individual functions, including the function of thinking and communicating, receiving and interpreting reality, feeling and showing emotions and behaving. Perception is the process of receiving a stimulus until the stimulus is realized and understood by sensing or sensation. Perceptual disturbances: human inability to distinguish between stimuli arising from internal sources (thoughts, feelings) and external stimuli. Hallucinations are the absorption (perception) of the five senses without any external stimuli that can cover all the five senses and occur when the individual is fully aware. The purpose of this case study is to find out the description of the assessment to the evaluation of cases in patients with auditory hallucinations. With a descriptive study design research method with the chosen approach, nursing care is carried out to overcome hallucinations, namely by introducing what hallucinations are to patients, the frequency of hallucinations, when hallucinations occur, how the patient responds when hallucinations occur, training patients to be able to control hallucinations with how to rebuke hallucinations and converse, making patients able to follow the treatment program optimally. The results of the study were obtained in the form of patients belonging to the category of sensory perception of auditory hallucinations, with a nursing plan prepared using an implementation unit (SP).*

**Keywords:** case study, schizophrenia, sensory perception disorder

## ABSTRAK

Gangguan jiwa merupakan permasalahan kesehatan yang disebabkan oleh gangguan biologi, sosial, psikologis, genetik fisik. Skizofrenia merupakan suatu respon yang abnormal yang dicirikan dengan adanya gangguan berfikir, persepsi, perilaku dan gangguan sosial. Skizofrenia adalah sekelompok reaksi psikotik yang mempengaruhi fungsi individu antara lain fungsi berfikir dan berkomunikasi, menerima dan menginterpretasikan realitas, merasakan dan menunjukkan emosi serta berperilaku. Persepsi adalah proses diterimanya rangsang sampai rangsang tersebut disadari dan dimengeti penginderaan atau sensasi. Gangguan persepsi: ketidakmampuan manusia dalam membedakan antara rangsang yang timbul dari sumber internal (pikiran, perasaan) dan stimulus eksternal. Halusinasi adalah penyerapan (persepsi) panca indera tanpa adanya rangsangan dari luar yang dapat meliputi semua panca indera dan terjadi disaat individu sadar penuh. Tujuan studi kasus ini yaitu untuk mengetahui gambaran pengkajian sampai evaluasi kasus pada pasien halusinasi pendengaran. Dengan metode penelitian desain studi deskriptif dengan pendekatan yang dipilih yaitu asuhan keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi halusinasi yaitu dengan cara mengenalkan apa halusinasi kepada pasien, frekuensi terjadinya halusinasi, kapan waktu terjadinya halusinasi, bagaimana respons pasien saat terjadi halusinasi, melatih pasien agar mampu mengontrol halusinasi dengan cara menghardik halusinasi dan bercakap-cakap, membuat pasien mampu mengikuti program pengobatan secara optimal. Didapatkan hasil pengkajian berupa pasien masuk dalam kategori persepsi sensori halusinasi pendengaran, dengan rencana keperawatan disusun menggunakan satuan pelaksanaan (SP).

**Kata Kunci:** studi kasus, skizofrenia, gangguan persepsi sensori.

## PENDAHULUAN

Gangguan jiwa adalah suatu sindrom atau pola psikologis atau perilaku yang penting secara klinis yang terjadi pada seseorang atau individu dan dikaitkan dengan adanya distress (mis., gejala nyeri) atau disabilitas (yaitu kerusakan pada satu atau lebih area fungsi yang penting) atau disertai peningkatan risiko kematian yang menyakitkan, nyeri, disabilitas, atau saat kehilangan kebebasan (Prabowo, 2014). Gangguan jiwa merupakan permasalahan kesehatan yang disebabkan oleh gangguan biologi, social, psikologis, genetik fisik atau kimiawi dengan jumlah penderita yang terus menerus meningkat dari tahun ke tahun (WHO, 2015).

*World Health Organization* (WHO) menyebutkan prevalensi mengalami masalah kesehatan jiwa saat ini cukup tinggi, 25% dari penduduk dunia pernah menderita masalah kesehatan jiwa. Salah satu bentuk gangguan jiwa yang terdapat diseluruh dunia adalah gangguan jiwa berat yaitu Skizofrenia (Hawari, 2014). Indonesia tercatat terdapat 400 ribu jiwa penduduk yang mengalami skizofrenia dan 70% diantaranya mengalami halusinasi (Risksdas, 2018), sedangkan jumlah penderita Skizofrenia di Jawa Tengah merupakan salah satu provinsi yang menepati urutan kelima dengan prevalensi Skizofrenia yaitu 0,23% dari jumlah penduduk melebihi angka normal sebanyak 0,17%.

Skizofrenia merupakan suatu respon yang abnormal yang dicirikan dengan adanya gangguan berfikir, persepsi, perilaku dan gangguan sosial. Skizofrenia adalah sekelompok reaksi psikotik yang mempengaruhi fungsi individu antara lain fungsi berfikir dan berkomunikasi, menerima dan menginterpretasikan realitas, merasakan dan menunjukkan emosi serta berperilaku. Pengertian lain menyebutkan skizofrenia adalah sebagai kombinasi merupakan suatu respon maladaptif yang ditandai dengan reaksi psikotik yang mempengaruhi pikiran perasaan, persepsi, perilaku dan hubungan social individu (Fontain, 2009).

Skizofrenia adalah kepribadian yang terpecah antara pikiran, perasaan, dan perilakunya atau apa yang dilakukan tidak sesuai antara pikiran dan perasaanya (Eko, 2014).

Skizofrenia adalah sindrom heterogen kronis yang ditandai dengan pola piker yang tidak teratur, delusi, halusinasi, perubahan perilaku yang tidak tepat dan adanya gangguan fungsi psikosocial. Gangguan pemikiran tidak sesuai dengan berbagai gangguan aktivitas motorik yang seringkali masuk kedalam kehidupan fantasi yang penuh delusi dan halusinasi (Amin & Hardi, 2015).

Persepsi adalah proses diterimanya rangsang sampai rangsang tersebut disadari dan dimengeti penginderaan atau sensasi. Gangguan persepsi: ketidakmampuan manusia dalam membedakan antara rangsang yang timbul dari sumber internal (pikiran, perasaan) dan stimulus eksternal (Rusdi, 2013). Halusinasi adalah penyerapan (persepsi) panca indera tanpa adanya rangsangan dari luar yang dapat meliputi semua panca indera dan terjadi disaat individu sadar penuh (Depkes dalam Dermawan & Rusdi, 2013)

Halusinasi merupakan salah satu dari sekian bentuk psikopatologi yang paling parah dan membingungkan. Secara fenomenologis, halusinasi adalah gangguan yang paling umum dan paling penting. Selain itu halusinasi dianggap sebagai karakteristik psikosis. Halusinasi merupakan gangguan dari persepsi sensori, sehingga halusinasi merupakan gangguan dari respons neurobiologi. Halusinasi adalah perubahan dalam jumlah atau pola stimulus yang datang disertai gangguan respon yang kurang, berlebihan, atau distorsi terhadap stimulus (Herdman, 2018).

Tanda dan gejala halusinasi yang mungkin muncul yaitu: menarik diri, tersenyum sendiri, duduk terpaku. bicara sendiri, memandang satu arah, menyerang, tiba-tiba marah, gelisah dan panik (Kusumawati, 2010). Dan apabila gangguan tersebut tidak segera ditangani dengan baik maka efek yang terjadi

pasien bisa mengalami resiko perilaku kekerasan. Pemberian tindakan asuhan keperawatan yang tepat dan sesuai standar mampu meningkatkan kemampuan penderita halusinasi dalam mengontrol diri dan menurunkan gejala-gejala halusinasi (Wahyuni,2010). Pemberian asuhan keperawatan yang tepat pada penderita halusinasi bertujuan membantu penderita meningkatkan kesadaran akan tanda-tanda halusinasi sehingga penderita mampu membedakan antara dunia gangguan jiwa dengan dunia maya (Stuart, 2016). Asuhan keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi halusinasi yaitu dengan cara mengenalkan apa halusinasi kepada pasien, frekuensi terjadinya halusinasi, kapan waktu terjadinya halusinasi, bagaimana respons pasien saat terjadi halusinasi, melatih pasien agar mampu mengontrol halusinasi dengan cara menghardik halusinasi dan bercakap-cakap, membuat pasien mampu mengikuti program pengobatan secara optimal (Keliat, 2010).

Berdasarkan hal diatas penulis tertarik mengambil judul artikel“STUDI KASUS PASIEN SKIZOFRENIA NY. D DENGAN GANGGUAN HALUSINASI PENDENGARAN DI RUANG DEWI KUNTHI DI RUMAH SAKIT JIWA Prof. Dr. SOEROYO MAGELANG”.

#### **METODE PENELITIAN**

Jenis penelitian ini adalah studi kasus, dengan nama pasien Ny. D yang merupakan salah satu pasien di RSJ Prof. dr. Soerojo Magelang. Pengambilan data menggunakan teknik subjektif dengan wawancara kepada pasie dan objektif dengan melihat dokumentasi RM.

Kasus yang akan diberikan asuhan keperawatan adalah dengan gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran pada Ny. D dengan Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Magelang.

## **HASIL DAN PEMBAHASAN**

### **Pengkajian**

#### **a. Riwayat Keperawatan**

Pasien mengatakan sering mendengar bisikan-bisikan yang menyuruh marah. Keluarga Ny. D mengatakan mengalami perubahan perilaku secara bertahap, mengurung diri dalam kamar, sering mendengar bisikan bisikan menyuruh dirinya untuk marah, menjadi pemarah, mengamuk dan sering membanting barang seperti piring dan mengalami kesulitan tidur khususnya malam hari. Ny. D mengatakan mempunyai riwayat dirawat sekali selama 1 bulan di Rumah Sakit Jiwa Magelang dengan alasan masuk mengalami perubahan perilaku, mengurung diri, pemarah dan merusak perabotan di rumah. Ny. D mengatakan sudah ada sekitar 5 tahun ditinggal pergi oleh suami dan kedua anak laki-lakinya.

#### **b. Pemeriksaan Fisik**

Hasil pemeriksaan fisik yang telah dilakukan penulis maka diperoleh data bahwa keadaan umum Ny. D cukup dengan tanda-tanda vital dalam batas normal yaitu tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 78 x/menit, respirasi 20 x/menit, suhu 36,5°C.

#### **c. Psikososial**

##### **1) Konsep diri**

Ny. D adalah perempuan berumur 62 tahun, Kragen, RT 02/06 Losari Grabagan, Kab. Magelang sudah menikah, memiliki 2 anak. Ny. D mengatakan mempunyai riwayat dirawat sekali selama 1 bulan di Rumah Sakit Jiwa dan merasa dirinya sudah tidak berguna lagi. Ny. D mengatakan ia mensyukuri semua bagian tubuhnya dan menganggap tubuhnya sebagai anugerah dari Allah SWT dan perannya dalam keluarga adalah sebagai ibu yang memiliki 2 orang anak. Ny. D merasa tidak puas sebagai ibu karena selama ini belum bisa membahagiakan keluarganya.

- 2) Identitas diri  
 Pasien mengetahui bahwa pasien bernama Ny. D, pasien tinggal bersama suaminya dan kedua anaknya laki-lakinya. Sebelum sakit pasien berperilaku ramah terhadap tetangga Ny. D dan murah senyum. Pasien memiliki latar belakang pendidikan SD. Pasien pernah dirawat di Rumah Sakit Jiwa selama 1 bulan.
  - 3) Peran diri  
 Pasien adalah seorang istri didalam keluarga Ny D. pasien mengalami perilaku seperti: mengurung diri, pemarah dan merusak perabotan dirumah.
  - 4) Ideal diri  
 Pasien mengatakan ingin cepat sembuh dan beraktivitas normal lagi seperti biasanya. Pasien merasa minder dan malu pada tetangganya karena sudah pernah dirawat dirumah sakit.
  - 5) Harga diri  
 Pasien mengatakan merasa sudah tidak berguna untuk orang lain
  - 6) Hubungan sosial  
 Ny. D mengatakan jarang mengikuti mengikuti arisan ibu-ibu PKK atau kegiatan lainnya di masyarakat.. Ny. D juga malu dan minder berhubungan dengan orang lain karena memiliki riwayat di rawat di Rumah Sakit Jiwa Magelang. Ny. D mengatakan orang yang paling berarti adalah anaknya.
  - 7) Spiritual  
 Ny. D mengatakan bahwa keadaan saat ini adalah cobaan dari Allah SWT dan yakin bahwa dia pasti sembuh. Kegiatan ibadah Ny. D sebelum masuk rumah sakit jarang sholat 5 waktu
- d. Status Mental
- Berdasarkan observasi selama pengkajian didapatkan data bahwa penampilan Ny. D terlihat cukup rapi dan pemakaian baju tidak terbalik. Ny. D berbicara dengan nada lantang dan kurang dapat dimengerti, frekuensi, volume dan

karakter yang sesuai, meskipun terkadang diselingi dengan mengucapkan bentuk halusinasi (mendengar bisikan untuk marah). Tidak ada aktivitas motorik yang tidak sesuai dengan tindakan pasien. Alam perasaan yang dialami pasien saat diajak berbicara terlihat tenang namun dapat tiba-tiba sedih. Ekspresi atau reaksi Ny. D sesuai dengan topik pembicaraan atau stimulus yang diberikan. Selama wawancara Ny. D kooperatif namun kadang pandangan mata kosong, terlihat bingung, pada saat awal dikaji dan menjawab pertanyaan pengkaji agak lama dengan nada lambat. Ny. D tidak memiliki gangguan persepsi, proses pikir dan waham atau obsesi.

Pasien mendengar bisikan-bisikan yang menyuruhnya untuk marah namun tidak melihat bayangan yang aneh-aneh, frekuensinya lebih dari 10x setiap hari, bisikan muncul kapan saja dan lebih sering saat pasien sedang sendiri, pasien merasa takut saat mendengar bisikan-bisikan tersebut. Berdasarkan proses pengkajian, pasien tidak mengalami gangguan dalam isi pikirannya. Tingkat kesadaran Ny. D baik, tidak mengalami disorientasi (waktu dan orang), mampu menyebutkan nama keluarganya, hari dan tanggal serta tempat saat ini dia berada.

Tingkat konsentrasi dan berhitung pasien mampu berhitung dari 1-20, pasien mampu menghitung sederhana (penjumlahan), konsentrasi pasien mudah beralih dari satu topik ke topik yang lain. Ny. D dapat mengambil keputusan sederhana dengan bantuan orang lain dan pasien merasa menyesal dengan perbuatannya, pasien ingin segera sembuh.

e. Mekanisme Koping

Ny. D mengatakan apabila ada masalah lebih banyak dipendam sendiri dan berusaha menyelesaikan masalahnya sendiri namun apabila

sudah marah Ny. D mudah untuk mengamuk (membanting perabotan rumah tangga).

f. Masalah Psikososial

Pasien jarang berinteraksi dengan orang lain atau lingkungan rumahnya dikarenakan pasien lebih senang di rumah dan merasa tidak nyaman ketika harus berinteraksi dengan tetangganya dan pasien mengatakan tidak memiliki masalah dengan pendidikan yang telah dijalani.

Pengkajian yang dilakukan, penulis mengumpulkan data dengan wawancara kepada pasien dan keluarga, mengobservasi secara langsung, status pasien dan dari pemeriksaan fisik. Dalam proses pengkajian penulis menemukan sedikit hambatan diantaranya pada saat awal interaksi Ny. D hanya menjawab dengan suara wajar. Pasien mengatakan mendengar bisikan-bisikan untuk marah, datangnya tiba-tiba dan kemudian menghilang sendiri serta frekuensinya sering, pasien mengatakan bisikannya muncul saat kapan saja, pasien mengatakan ada bisikan yang menyuruh untuk marah, pasien mengatakan merasa takut dengan halusinasinya.

Penulis melakukan pengkajian pada pasien berumur 62 tahun, berjenis kelamin perempuan, dengan diagnose medis halusinasi pendengaran. Hal tersebut berarti bahwa gangguan jiwa terjadi pada individu dalam fase lansia karena dalam fase lansia mengalami penurunan/perubahan pada segi fisik, psikologis dan social-budaya. Sesuai dengan penelitian yang dilakukan Kirana (2014) terhadap 34 orang responden. Kegagalan dalam tugas perkembangan akan menyebabkan produktivitas dan kreativitas berkurang, individu hanya perhatian terhadap diri sendiri dan kurang perhatian terhadap orang lain.

Satu hari sebelum dibawa Ny. D mengatakan mengalami perubahan perilaku secara bertahap, mengurung diri dalam kamar, sering mendengar bisikan bisikan menyuruh dirinya untuk marah, menjadi pemarah, mengamuk dan sering

membanting barang seperti piring dan mengalami kesulitan tidur khususnya malam hari. Dari data tersebut menunjukkan Ny. D memiliki riwayat halusinasi pendengaran dengan resiko perilaku kekerasan oleh karena itu Ny. D beresiko mengalami resiko mencederai diri sendiri dan lingkungan. Sejalan dengan pendapat Kusumawati dan Hartono (2013) halusinasi dengan perilaku kekerasan adalah suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik pada dirinya sendiri maupun orang lain disertai dengan amuk dan gaduh gelisah yang tidak terkontrol. Perilaku kekerasan merupakan salah satu respon terhadap stresor yang dihadapi oleh seseorang. Respon ini dapat menimbulkan kerugian baik pada diri sendiri, orang lain dan lingkungan.

#### Aspek Medis

Pasien mendapatkan mendapatkan terapi medis Clozapine. Phenytoin sodium dan Trifluoperazine Dehydrochloride.

Diagnosa keperawatan yang ditetapkan berdasarkan data subjektif dan objektif pada Ny. D yaitu gangguan sensori persepsi halusinasi pendengaran. Hal tersebut sesuai pohon masalah menurut Nina (2015) bahwa *cause* dari gangguan sensori persepsi halusinasi pendengaran adalah harga diri rendah dan koping individu tidak efektif. Halusinasi merupakan salah satu diagnose yang memiliki resiko lebih tinggi dibandingkan dengan yang lain karena jika klien kambuh dapat membahayakan diri sendiri dan orang lain. Hal tersebut sesuai Pedler dan Boydell dalam Rinanda (2012) tingkat efektifitas individu dalam melakukan manajemen diri dipengaruhi oleh sejauh mana individu mampu mempertahankan, memelihara, dan mengembangkan empat aspek yang dimiliki oleh seorang yang memiliki manajemen diri yang baik.

#### Perumusan Masalah

Berdasarkan data yang diperoleh dari hasil pengkajian maka masalah utama keperawatan yang ditetapkan yaitu gangguan sensori persepsi: halusinasi penglihatan dengan didukung data subjektif Ny. D mengatakan halusinasi

(mendengar bisikan), datangnya tiba-tiba dan kemudian menghilang sendiri serta frekuensinya sering, Ny D mendengar bisikan muncul saat kapan saja, Ny. D mengatakan ada bisikan yang menyuruh untuk marah, Ny. D mengatakan merasa takut dengan halusinasinya.

#### Data Objektif:

Ny. D mendengar bisikan-bisikan yang menyuruhnya untuk marah namun tidak melihat bayangan yang aneh-aneh, Ny. D emosi apabila mendengar suara-suara, Ny. D tampak ketakutan, Frekuensinya lebih dari 10x setiap hari, Bisikan muncul kapan saja dan lebih sering saat klien sedang sendiri.

Kasus ini penulis menetapkan rencana tindakan keperawatan untuk mengurangi atau mengatasi masalah yang dihadapi klien dari diagnosa yang telah ditegakan. Perencanaan keperawatan meliputi penerapan prioritas masalah, tujuan, dan rencana tindakan keperawatan. Penulis menyusun rencana tindakan pada gangguan sensori persepsi halusinasi pendengaran berdasarkan strategi pelaksanaan (SP) yang tujuannya adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan selama proses keperawatan diharapkan gangguan sensori persepsi halusinasi pendengaran dapat teratasi. Penulis juga melakukan edukasi cara yang tepat untuk menangani pasien dengan halusinasi dengan melibatkan keluarga sebagai *care giver* (merawat dan menjaga pasien).

#### Perencanaan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan klien dapat:

- a. Pasien dapat membina hubungan saling percaya
- b. Pasien dapat mengenal halusinasi
- c. Pasien dapat mengontrol halusinasi

#### SP 1 pasien:

1. Bina hubungan saling percaya,
2. Identifikasi penyebab marah, tanda dan gejala yang dirasakan, halusinasi yang dilakukan, akibat dan cara
3. Kendalikan halusinasi.

4. Masukan jadwal kegiatan untuk latihan fisik

#### SP2 pasien

1. Ucapkan salam terapeutik dan mendiskusikan perasaan klien
2. Evaluasi kegiatan latihan fisik
3. Melatih cara mengontrol halusinasi dengan obat
4. Masukan jadwal kegiatan untuk latihan fisik dan minum obat

#### SP 1 Keluarga:

1. Berikan penyuluhan kepada keluarga tentang cara merawat pasien dirumah
2. Diskusikan masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat pasien
3. Diskusikan bersama keluarga tentang halusinasi (penyebab, tanda dan gejala, perilaku yang muncul dan akibat dari perilaku tersebut)
4. Diskusikan bersama keluarga kondisi-kondisi pasien yang perlu segera dilaporkan kepada perawat.

#### SP 2 Keluarga:

1. Melatih keluarga cara melakukan cara-cara mengontrol halusinasi
2. Evaluasi pengetahuan keluarga tentang masalah
3. Anjurkan keluarga untuk memotivasi klien melakukan tindakan yang telah diajarkan oleh perawat
4. Ajarkan keluarga untuk memberikan pujian kepada klien bila dapat melakukan kegiatan tersebut secara tepat
5. Diskusikan bersama keluarga tindakan yang perlu dilakukan bila klien menunjukkan gejala-gejala halusinasi

#### Implementasi

Implementasi yang dilakukan mengacu pada rencana keperawatan sesuai dengan rencana tindakan yang sudah disusun yaitu penulis melaksanakan tindakan selama 3 x 8 jam. Penulis dapat melaksanakan semua implementasi sesuai rencana. Hari pertama penulis membantu pasien untuk mendiskusikan perasaannya saat ini karena untuk

membantu pasien mengungkapkan perasaan yang sedang dialami agar tidak terakumulasi menjadi perasaan frustrasi dan menarik diri. Hal tersebut sesuai dengan teori menurut Suryaka (2014) yang menyatakan bahwa perasaan frustrasi dapat mendorong individu berperilaku agresif.

Yosep (2014) menyatakan bahwa aktivitas yang dapat dilakukan pasien dengan halusinasi seperti membina hubungan saling percaya dan melakukan aktivitas sehari-hari di ruangan. Penulis juga melakukan pengajaran cara yang tepat untuk tidak terbawa suasana (halusinasi yang muncul) dengan cara pemberian terapi aktivitas kelompok. Dermawan dan Rusdi (2013) berpendapat bahwa dengan membina hubungan saling percaya, kemudian mendiskusikan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien. Selanjutnya membantu pasien menilai kemampuan yang masih dapat digunakan, membantu pasien memilih kemampuan yang akan dilatih (makan, sholat, berpakaian dan berhias). Selain itu, penulis juga melakukan tindakan keperawatan kepada keluarga supaya keluarga mampu merawat pasien dengan harga diri rendah.

Memberikan pengobatan juga penulis lakukan untuk mengobati gangguan mood dan sebagai penenang sesuai dengan teori Yosep (2014) bahwa tindakan psikofarma dapat menenangkan pasien risiko perilaku kekerasan. Selama pelaksanaan berlangsung, pasien selalu kooperatif dengan tindakan yang sudah direncanakan bersama. Pasien mulai berani menatap lawan bicaranya dan jarang menundukkan kepala. Selama pelaksanaan tindakan keperawatan kepada keluarga, keluarga juga kooperatif. Kendala yang muncul pada saat pelaksanaan tindakan berupa kurangnya keterlibatan keluarga dalam mendampingi berlatih kemampuan yang dimiliki pasien. Perawat memotivasi keluarga untuk memberi dukungan dan selalu mendampingi pasien dalam melakukan kemampuan-kemampuan yang telah dilatih di rumah sakit.

## Evaluasi

Setelah dilakukan implementasi, adapun evaluasi hasil yang diperoleh yaitu gangguan persepsi sensori halusinasi, pasien mengatakan halusinasinya sudah berkurang, pasien mengatakan waktu datangnya tidak pasti dan tiba-tiba saja, pasien senang dengan halusinasinya. Data objektif dari pasien dapat menghardik halusinasi dengan difokuskan. *Planning* Optimalkan SP I-IV Halusinasi, Anjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.

Setelah melakukan implementasi, kemudian dilakukan evaluasi dengan gangguan persepsi sensori halusinasi. Evaluasi dilakukan untuk mengukur tujuan dan kriteria hasil yang sudah tercapai dan yang belum tercapai sehingga dapat menentukan intervensi lebih lanjut. Dalam evaluasi, penulis berpedoman pada teori menurut Moorhead, Johnson, Maas dan Swanson (2015) yaitu menahan diri dari mengumpulkan niat untuk melawan halusinasi, menggunakan strategi koping yang efektif, menggunakan pengobatan yang diresepkan dan berpartisipasi dalam aktivitas yang meningkatkan kesehatan.

Evaluasi dari keluarga yaitu keluarga mampu menjelaskan pengertian dan tanda gejala halusinasi, keluarga mampu merawat pasien dengan perilaku kekerasan (memberi pujian, menyediakan fasilitas untuk klien, melatih klien melakukan kemampuan) dan keluarga mampu mempraktekkan langsung kepada pasien cara merawat pasien dengan gangguan persepsi sensori halusinasi.

## SIMPULAN

1. Hasil pengkajian pada pasien didapatkan bahwa pasien masuk dalam batasan karakteristik gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran. Pasien mengamuk yang disebabkan oleh faktor psikologik. Pasien juga mengatakan mengalami pendengaran yang tidak sesuai dengan keadaan yang nyata.
2. Diagnosa keperawatan pada Ny. D sesuai dengan data subjektif dan

objektif pasien adalah gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran.

3. Perencanaan tindakan keperawatan disusun menggunakan Strategi Pelaksanaan (SP).
4. Implementasi yang penulis lakukan pada pasien sesuai dengan rencana intervensi yang telah ditetapkan dan disesuaikan dengan keadaan pasien seperti membantu pasien untuk mengidentifikasi situasi atau perasaan pasien, mengajarkan pasien untuk menggunakan tingkah laku koping yang efektif, memberikan pengobatan dengan cara yang tepat untuk menurunkan gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran.
5. Evaluasi hasil asuhan keperawatan pada Ny. D dengan gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran teratasi sebagian sebagian ditandai dengan, menggunakan strategi koping yang efektif, menggunakan pengobatan yang diresepkan, berpartisipasi dalam aktivitas yang meningkatkan kesehatan. Indikator mampu menggunakan strategi koping yang efektif teratasi sebagian.

## SARAN

Saran untuk responden, adalah pasien mampu mengatasi perasaan yang membuat pasien merasa ingin marah dan mengamuk dengan cara yang tepat dan dapat mengontrol halusinasinya dengan baik, sehingga tidak melakukan tindakan yang membahayakan bagi dirinya sendiri seperti menyakiti diri, lingkungan dan orang lain. Kemudian saran untuk keluarga pasien diharapkan mampu memberikan dukungan positif serta motivasi dengan sering memperhatikan pasien sehingga pasien dapat terkontrol terhadap gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran. Saran untuk masyarakat hendaknya tidak mengucilkan pasien, agar pasien merasa bahwa dirinya berguna sehingga mencegah munculnya perilaku negatif. Saran untuk Rumah Sakit Jiwa yaitu, hendaknya pusat pelayanan kesehatan menyediakan jadwal terapi

serta menyediakan sarana untuk pasien dan keluarga melakukan konseling sehingga masalah yang muncul dapat diminimalisir. Serta bagi Institusi, hasil laporan kasus ini hendaknya dapat dijadikan sebagai referensi bagi dalam pengelolaan asuhan keperawatan jiwa mahasiswa pada pasien gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran.

## DAFTAR PUSTAKA

- Damaiyanti, M & Iskandar, 2014. Asuhan Keperawatan Jiwa. Bandung: PT Refika Aditama
- Dermawan, D & Rusdi, 2013. Keperawatan Jiwa Konsep dan Kerangka Kerja Asuhan Keperawatan Jiwa. Yogyakarta: Gosyen Publising
- Fitria, N. 2009. Prinsip Dasar dan Penulisan Laporan Pendahuluan dan Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan (LPdan SP). Jakarta : Salemba Medika
- Fontaine, K.L.(2009). Mental health nursing. (6th ed.).New Jersey: Pearson Education,Inc
- Keliat, B.A. (2006). Proses Keperawatan Kesehatan Jiwa. Jakarta : EGC
- Kementrian Kesehatan RI (2018). Riset Kesehatan Dasar. Diakses di <http://www.kesmas.kemendes.go.id> pada tanggal 10 November 2019
- Ma'rifatul, A & Zainuri, 2016. Buku Ajar Keperawatan Jiwa Teori dan Aplikasi Praktik Klinik. Yogyakarta: Indosnesia Pustaka
- Herdman, T . H. Nanda Internasional. 2018. Diagnosis keperawatan : Definisi & klasifikasi 2018 – 2020, Ed. 10. Jakarta EGC
- Nurhalimah (2016). Modul Keperawatan Jiwa. Jakarta : Kemenkes RI
- Nursalam. 2011. Proses dan Dokumentasi Keperawatan Konsep dan Praktik. Jakarta : Salemba Medika
- Prabowo, E. 2014. Buku Ajar Keperawatan Jiwa. Yogyakarta: Nuha Medika
- Stuart, G.W. 2013. Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa 2013. Edisi Indonesia
- Sugiyono. 2013. Metode Penelitian Pendidikan Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D. Bandung: Alfabeta.

- Sutejo. 2017. Keperawatan Jiwa. Yogyakarta: Pustaka Baru Press Videbeck .(2008). Buku ajar keperawatan jiwa. (Renata Komalasari, dkk, penerjemah). Jakarta :EGC.
- World Health Organization. (2015). Ashtma, update April 2017. Diperoleh tanggal 4 November 2019. <http://www.who.int/mediacentre/fachsheets/fs307/en>
- Yosep, I & Sutini, T. 2014. Buku Ajar Keperawatan Jiwa dan Advance Mental Health Nursing. Bandung: PT Refika Aditama
- Zainuri, Imam. (2016). Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa. Yogyakarta : Indomedia Pustaka