

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan jiwa dapat didefinisikan sebagai kondisi di mana individu mampu berkembang dengan sikap positif dalam aspek fisik, mental, spiritual dan social. Dalam konteks ini, individu tersebut menyadari potensi diri, mampu mengatasi tekanan, bekerja secara produktif serta memberikan kontribusi dalam interaksi sosialnya (Serda Putri et al,2021).

Kesehatan jiwa mencerminkan pertumbuhan individu dalam berbagai dimensi, termasuk fisik, mental, sosial dan spritual. Hal ini berkontribusi pada kesadaran individu dalam memahami kemampuan mereka untuk menghadapi tantangan dan mengatasi tekanan secara produktif. Sebaliknya, jika individu tidak mampu mengelola stres, hal ini dapat mengakibatkan gangguan dalam proses sosialisasi yang gilirannya dapat berujung pada gangguan jiwa. Salah satu gangguan kejiwaan yang umum terjadi adalah skizofrenia, yang biasanya muncul pada rentang usia 16 hingga 25 tahun. Gangguan ini dapat berlanjut hingga usia lanjut, dengan prevelensi skizofrenia pada lansia mencapai 0,6%, yang merupakan sekitar setengah dari prevelensi pada dewasa muda (Wulandari,2020)

Skizofrenia merupakan suatu kelompok reaksi psikotik yang memengaruhi berbagai aspek fungsi individu, termasuk kemampuan berkomunikasi, merasakan, dan mengekspresikan emosi. Gangguan ini ditandai oleh pikiran yang tidak teratur, adanya delusi, halusinasi, serta

perilaku yang tidak biasa (Pardede dan Ramadia, 2021). Skizofrenia diklasifikasikan sebagai gangguan jiwa psikotik yang memiliki gejala positif, negatif, dan kognitif. Gejala negatif mencakup hilangnya afek atau respons emosional, serta penarikan diri dari hubungan interpersonal yang normal. Selain itu, kondisi ini sering kali disertai dengan delusi, yaitu keyakinan yang tidak didasarkan pada kenyataan, serta halusinasi, yang merupakan persepsi tanpa adanya rangsangan dari panca indera (Yunita,2019)

Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), Kesehatan jiwa didefinisikan sebagai suatu keadaan dimana individu terbebas dari gangguan jiwa dan memiliki sikap positif yang mencerminkan kedewasaan serta kepribadiannya. Berdasarkan data WHO pada tahun 2019, diperkirakan sekitar 450 juta orang mengalami gangguan jiwa. (Novita,2020) Berdasarkan (Risksdas Kementrian Kesehatan RI, 2018) Selanjutnya, laporan mengenai prevelensi gangguan jiwa, khususnya skizofrenia, menunjukkan bahwa antara tahun 2013 hingga 2018, prevelensi di kalangan anggota rumah tangga di wilayah kalimantan timur meningkat. Pada tahun 2013, prevelensi tersebut tercatat sebesar 20 per mil, dan angka ini meningkat menjadi 50 per mil pada tahun 2018. Di sisi lain, data dari puskesmas minimal (SPM) tahun 2023 menunjukkan bahwa terdapat perubahan persepsi sensorik pada pasien dengan gangguan jiwa. Dalam kategori indikator pelayanan kesehatan untuk orang dengan gangguan jiwa (ODGJ), target yang ditetapkan adalah 30 jiwa, atau 126,67%. Salah satu gejala

positif yang umum ditemukan pada pasien skizofrenia adalah halusinasi. Diperkirakan lebih dari 90% pasien mengalami halusinasi. Terdapat beberapa jenis halusinasi yang dialami oleh pasien gangguan jiwa, di mana sekitar 70% merupakan halusinasi pendengaran, 20% halusinasi penglihatan, dan 10% halusinasi yang berkaitan dengan penciuman, pengecap, serta perabaan (fekaristi et al,2021).

Halusinasi adalah pengalaman yang melibatkan pendegaran suara, baik yang dianggap halusinasi sebagai suara tuhan, suara setan, atau suara manusia yang berbicara kepada individu tersebut. Salah satu jenis halusinasi yang paling umum dan nyata adalah halusinasi pendengaran. Halusinasi ini didefinisikan sebagai pengalaman mendengar suara yang berbicara, mengejek, menertawakan, mengancam, atau memerintahkan individu untuk melakukan tindakan yang berpotensi berbahaya (Rahmawati, 2021).

Apabila halusinasi tidak ditangani dengan tepat, dapat timbul konsekuensi yang tidak diinginkan. Sebagai contoh, halusinasi dapat mendorong pasien untuk melakukan tindakan berbahaya, seperti bunuh diri, melukai orang lain, atau terlibat dengan entitas di kehidupan setelah mati.

Dalam interaksi sosial, reaksi emosional individu yang mengalami halusinasi cenderung tidak stabil dan intens, sehingga dianggap sulit diprediksi. Hubungan intim dapat memicu respons emosional yang

ekstrem, seperti kecemasan, kepanikan, ketakutan, atau teror (Sinaga 2023).

Penanganan pasien yang mengalami halusinasi dapat dilakukan melalui strategi keperawatan yang meliputi pengenalan terhadap halusinasi yang dialami, frekuensi kemunculan halusinasi, isi, waktu, serta situasi yang memicu halusinasi. Selain itu, penting untuk memahami respons pasien ketika halusinasi muncul. Salah satu cara untuk mengontrol halusinasi adalah dengan memberikan teguran, berbicara dengan orang lain, melakukan aktivitas terjadwal, serta mengurangi risiko kemunculan halusinasi kembali. Pengobatan yang teratur, seperti konsumsi obat sesuai jadwal, juga sangat penting. Dukungan dari keluarga berperan krusial dalam meningkatkan kepercayaan diri pasien, sehingga dapat mempercepat proses pemulihan (Astari 2020).

Selama ini, berbagai upaya dalam kesehatan jiwa dan penerapan teori model konsep keperawatan jiwa telah dilakukan, terutama bagi individu dengan skizofrenia yang mengalami gejala halusinasi. Namun, sebagai besar intervensi masih terbatas pada pengobatan dan rehabilitasi, seperti terapi psikofarmako, terapi kejang listrik (ECT), dan terapi aktivitas kelompok (TAK). Upaya promotif dan preventif masih kurang diperhatikan, sehingga banyak pasien mengalami kekambuhan yang memerlukan perawatan ulang di rumah sakit jiwa. Respon halusinasi dapat berupa kecurigaan, ketakutan, perasaan tidak nyaman, kegelisahan, dan kebingungan. Perilaku merusak diri, kurang perhatian, ketidakmampuan

dalam mengambil keputusan, serta kesulitan membedakan antara kenyataan dan halusinasi juga sering terjadi. Oleh karena itu, diperlukan langkah-langkah preventif untuk mengidentifikasi faktor pencetus yang dapat memicu timbulnya halusinasi.

Fenomena selama melakukan kegiatan di Yayasan Joint Adulam Samarinda, kami menjumpai beberapa klien yang menunjukkan tanda-tanda khas dari gangguan persepsi khususnya halusinasi. Fenomena ini terlihat jelas saat klien berbicara sendiri dan tersenyum tanpa stimulus yang nyata,

atau bahkan tertawa tiba-tiba seolah sedang merespons sesuatu yang tidak tampak bagi orang lain. Beberapa dari mereka juga secara langsung menyampaikan bahwa mereka mendengar suara-suara biasanya berupa bisikan atau bahkan perintah yang tidak dapat dideteksi oleh orang disekitarnya.

Pengamatan ini menunjukkan bahwa klien mengalami halusinasi pendengaran yang paling sering muncul selama kami diyayasan. Selain itu, ada klien yang terlihat menatap ke arah tertentu dengan fokus yang tidak biasa, seperti sedang melihat sesuatu yang tidak bisa dilihat oleh orang lain. Ini mengindikasikan kemungkinan adanya halusinasi visual. Dalam beberapa kasus, klien juga menunjukkan perilaku menarik diri, sulit diajak berinteraksi, dan tidak mampu membedakan kenyataan dengan halusinasi yang mereka alami.

Berdasarkan paparan diatas, pemberian asuhan keperawatan jiwa kepada pasien yang mengalami gangguan halusinasi pendengaran memerlukan kolaborasi yang erat antara perawat, klien, dan keluarga.

Oleh karena itu. Penulis tertarik untuk mengangkat judul Karya Tulis Ilmiah yang berfokus pada asuhan keperawatan bagi pasien dengan halusinasi pendengaran di Yayasan Joint Adulam Samarinda.

B. Rumusan Masalah

Dari latar belakang tersebut, rumusan masalah yang diidentifikasi adalah bagaimana memberikan asuhan keperawatan jiwa dengan menerapkan terapi dzikir pada pasien yang mengalami gangguan persepsi sensorik berupa halusinasi pendengaran di Yayasan Joint Adulam Samarinda.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Tujuan dari peneliti ini adalah untuk menggambarkan pengobatan pasien gangguan jiwa dengan halusinasi pendengaran.

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu melakukan pengkajian terhadap pasien yang mengalami gangguan persepsi sensorik halusinasi.
- b. Mampu menetapkan diagnosis keperawatan untuk pasien dengan gangguan persepsi sensorik halusinasi.
- c. Mampu merencanakan asuhan keperawatan bagi pasien dengan gangguan persepsi sensorik halusinasi.
- d. Mampu menentukan implementasi dan terapi dzikir dalam asuhan keperawatan untuk pasien dengan gangguan persepsi sensorik halusinasi.
- e. Mampu melakukan evaluasi keperawatan pada pasien yang mengalami gangguan persepsi sensorik halusinasi.

- f. Mampu mengevaluasi proses keperawatan pada pasien dengan gangguan persepsi sensorik halusinasi pendengaran

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Manfaat teoritis adalah mendapatkan Gambaran, mengambil Keputusan untuk menerapkan Asuhan Keperawatan pada klien dengan masalah utama: Halusinasi.

2. Manfaat Praktis

a. Manfaat Bagi Mahasiswa

Karya tulis ini berfungsi sebagai tambahan ilmu pengetahuan dan wawasan serta memberikan pengalaman dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien yang mengalami halusinasi. selain itu, penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan keterampilan dan kemampuan mahasiswa dalam menerapkan asuhan keperawatan pada klien dengan halusinasi

b. Manfaat Bagi Instansi Terkait (Puskesmas)

Hasil dari studi kasus ini diharapkan dapat memberikan manfaat terutama dalam menambah referensi di perpustakaan instansi tempat penelitian dilaksanakan. Refrensi ini dapat dijadikan acuan untuk penelitian- penelitian yang akan dilakukan di masa mendatang.

c. Manfaat Bagi Pasien

Penelitian ini memiliki manfaat signifikan bagi klien terutama dalam membantu mereka mengatasi maslaah yang timbul akibat halusinasi.

Dengan demikian, diharapkan proses penyembuhan dapat berlangsung lebih cepat.

d. Manfaat Bagi Masyarakat

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai pedoman untuk mengoptimalkan perawatan klien yang mengalami masalah utama halusinasi. selain itu, penelitian ini juga berfungsi sebagai sumber informasi yang berguna bagi masyarakat, sehingga dapat membantu keluarga dalam dukungan yang baik kepada anggota keluarganya yang mengalami halusinasi.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Halusinasi

1. Definisi

Halusinasi merupakan salah satu gejala dari gangguan jiwa yang ditandai oleh perubahan dalam persepsi sensorik individu. Pasien yang mengalami halusinasi sering kali tidak mampu membedakan antara rangsangan internal, seperti pikiran dan rangsangan eksternal, yaitu dunia sekitarnya. Hal ini mengakibatkan adanya persepsi yang keliru terhadap lingkungan, meskipun tidak terdapat objek nyata yang mendasarinya (Emulyani & Herlambang, 2020). Halusinasi dapat dipahami sebagai gangguan orientasi realitas, di mana individu memberikan respons atau penilaian tanpa adanya stimulus yang diterima oleh panca indera. Ini merupakan manifestasi dari gangguan persepsi (Diah & Nur, 2022).

Halusinasi juga dapat dianggap sebagai distorsi persepsi yang bersifat palsu, yang muncul akibat respons neurobiologis maladaptif. Meskipun klien mengalami distorsi sensorik, mereka meresponsnya seolah-olah hal tersebut adalah kenyataan (Jayanti & Mubin, 2021).

2. Etiologi

Faktor predisposisi dan presipitasi yang berkontribusi terhadap terjadinya halusinasi dapat dijelaskan sebagai berikut (Supinganto dan Agus, 2021, hlm.107– 108).

a. Faktor Predisposisi

1. Faktor Perkembangan: Hambatan perkembangan individu dapat mengganggu hubungan interpersonal, yang gilirannya dapat meningkatkan tingkat stress dan kecemasan, yang serta berpotensi berujung pada gangguan persepsi.
2. Faktor sosial budaya: Berbagai faktor dalam masyarakat dapat menyebabkan individu merasa terasing atau kesepian.
3. Faktor psikologis: Hubungan interpersonal yang tidak harmonis dapat berkontribusi terhadap munculnya gangguan ini.
4. Faktor biologis: adanya struktur otak yang abnormal sering kali ditemukan pada pasien yang mengalami gangguan orientasi realitas
5. Faktor genetik: Gangguan orientasi realitas, termasuk halusinasi, umumnya ditemukan pada individu yang menderita skizofrenia. Prevelensi skizofrenia cenderung lebih tinggi di antara anggota keluarga yang memiliki riwayat penyakit serupa.

b. Faktor Presipitasi

1. Stresor sosial budaya: Stres dan kecemasan dapat meningkat ketika terjadi penurunan stabilitas dalam lingkungan keluarga.
2. Faktor biokimia: Berbagai penelitian menunjukkan bahwa neurotransmitter seperti dopamin, norepinefrin, indolamin, serta zat halusinogenik diduga memiliki hubungan dengan gangguan orientasi realitas.

3. Faktor psikologis: Kecemasan yang berlebihan dan berkepanjangan disertai dengan keterbatasan dalam kemampuan mengatasi masalah, dapat memfasilitasi perkembangan gangguan orientasi realitas.
4. Perilaku: Perilaku pasien dengan gangguan orientasi realitas perlu dikaji, terutama yang berkaitan dengan perubahan proses pikir, afektif, persepsi, motorik, dan sosial.

3. Tanda dan Gejala

Menurut (Indrawan et al., 2019), gejala halusinasi dapat meliputi:

1. Bicara, tersenyum, atau tertawa sendiri
2. Menggerakkan bibir tanpa mengeluarkan suara
3. Pergerakan mata yang cepat
4. Respon verbal yang lambat
5. Menarik diri dan menghindar dari interaksi dengan orang lain
6. Ketidakmampuan untuk membedakan antara kenyataan dan halusinasi.
7. Peningkatan denyut jantung, frekuensi pernapasan, dan tekanan darah
8. Perhatian yang rendah dengan lingkungan sekitar.
9. Kesulitan dalam berhubungan dengan orang lain
10. Ekspresi wajah yang tegang, mudah tersinggung, jengkel dan marah
11. Tidak mampu mengikuti perintah perawat
12. Terdapat tremor dan berkeringat
13. Perilaku panik agitasi atau katatonia
14. Ketidakmampuan untuk merawat diri sendiri.

4. Jenis- Jenis Halusinasi

Berdasarkan pada (Pardede,2021) Jenis halusinasi Yakni :

- a. Halusinasi pendengaran (auditorik) – 70% ditandai oleh mendengar suara, terutama suara orang yang berbicara tentang pikiran klien atau memberikan perintah.
- b. Halusinasi penglihatan (visual) – 20% ditandai oleh melihat cahaya, pola geometris, gambar kartun atau panorama yang rumit. Gambaran ini mungkin menenangkan atau meresahkan.
- c. Halusinasi penciuman (olfactory) ditandai oleh aroma tidak sedap, seperti bau amis, bau busuk, darah, urin, atau kotoran, meskipun terkadang juga bisa ttercium bau harum. Umumnya terkait dengan stroke, kejang, tumor, atau demensia.
- d. Halusinasi peraba (tactile) ditandai oleh merasakan perasaan tidak nyaman atau penderitaan yang tidak memiliki penyebab yang jelas, seperti impuls listrik dari benda mati maupun orang
- e. Halusinasi pengecapan (gustatory) ditandai oleh rasa yang tidak enak, amis, atau menjijikan, seperti rasa darah, urine, maupun feses.

5. Patofisiologi

Halusinasi pendengar atau parakusia, adalah gangguan persepsi sensor yang membuat seseorang mendengar suara-suara yang tidak nyata. Halusinasi dapat berupa musik, suara-suara, atau langkah kaki, imtruksi musik. Halusianasi dapat menyebabkan beberapa hal yaitu alkohol, narkoba, kelaparan ekstrim.

6. Klasifikasi

Halusinasi ada beberapa klasifikasi :

- a. Halusinasi pendengaran audio secara verbal
- b. Halusinasi mendengar bunyi atau kebisingan

Halusinasi pendengaran merupakan gangguan stimulasi yang menyebabkan seseorang mendengar suara-suara yang tidak di dengar oleh orang lain. Suara tersebut, dapat berupa musik, intruksi, percakapan, langkah kaki.

7. Faktor Resiko

Perilaku yang muncul sebagai respons terhadap halusinasi pendengaran dapat mencakup beberapa tindakan berikut :

- a. Berbicara atau tertawa sendiri
- b. Mengamuk atau marah tanpa alasan yang jelas
- c. Menutup telinga
- d. Menggerakkan mulut seolah-olah sedang berbicara tanpa suara
- e. Melakukan gerakan tangan yang tidak terarah.

8. Komplikasi

- a. Menyakiti diri sendiri atau orang lain
- b. Percobaan bunuh diri
- c. Masalah kehidupan sosial
- d. Gangguan rutinitas sehari-hari, seperti bekerja, belajar, dan menjalin relasi masyarakat.
- e. Kesulitan membedakan nyata dan tidak nyata
- f. Depresi gangguan kecemasan

- g. Kesulitan berkomunikasi atau respon dengan stimulasi dari lingkungan sekitar.

9. Fase-Fase Halusinasi

Fase halusinasi terdiri dari beberapa tahap yang dipengaruhi oleh tingkat keparahan dan respons individu terhadap rangsangan eksternal. Menurut (Putra,2020) halusinasi terjadi melalui beberapa fase sebagai berikut:

- a. Fase pertama (Comfothing)

Fase ini, yang dikenal sebagai fase comfothing, merupakan tahap yang menyenangkan dan termasuk dalam kategori non-psikotik.

- b. Fase kedua (Condemming)

Fase ini disebut fase condemming, di mana individu mengalami kecemasan berat dan halusinasi menjadi menjijikan. Fase ini termasuk dalam kategori psikotik ringan.

- c. Fase ketiga (Controlling)

Fase ini dikenal sebagai fase controlling, di mana pengalaman sensorik menjadi dominan dan individu mengalami kecemasan berat. Termasuk dalam gangguan psikotik.

- d. Fase keempat (Conquering)

Fase ini disebut fase conquering, yang ditandai dengan panik, di mana klien sepenuhnya terbenam dalam halusinasi nya. Fase ini termasuk dalam psikotik berat

10. Penatalaksanaan

Pelaksanaan medis untuk halusinasi pendengaran dapat dilakukan dengan menerapkan strategi pelaksanaan (SP) sebagai berikut :

1. SP 1 : mengajarkan pasien untuk mengontrol halusinasi dengan cara menghardik.
2. SP 2 : mengajarkan pasien untuk mengontrol halusinasi melalui konsumsi obat secara teratur.
3. SP 3 : mengajarkan pasien untuk mengontrol halusinasi dengan cara berkomunikasi

B. Konsep Dasar Terapi Dzikir

1. Definisi Terapi Dzikir

Pasien dengan gangguan halusinasi pendengaran ditandai oleh pengalaman mendengarkan suara-suara yang memerintahkan atau memanggil individu untuk melakukan aktivitas tertentu. Suara-suara ini sering kali terdiri dari dua atau lebih suara yang mengomentari perilaku atau pikiran seseorang. Ketidakmampuan individu dalam menghadapi stresor serta kurangnya kemampuan pengendalian diri dapat meningkatkan risiko terjadinya halusinasi. Untuk mengatasi halusinasi pendengaran, dapat dilakukan intervensi melalui terapi farmakologi maupun terapi nonfarmakologi, salah satunya adalah terapi psikoreligius dzikir (Akbar & Rahayu, 2021).

Terapi psikoreligius dzikir merupakan pendekatan yang memanfaatkan media dzikir dalam proses penerapannya. Tujuan dari penerapan psikoreligius dzikir pada pasien yang mengalami halusinasi

adalah untuk mengontrol gejala tersebut. Pendekatan ini bertujuan untuk memaksimalkan manfaat dari pengalaman spritual, pengobatan, dan menciptakan perasaan damai bagi pasien. Oleh karena itu, penting untuk menyediakan sarana ibadah, seperti bacaan dzikir dan kitab suci. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Akbar Desi Ariyana Rahayu (2021), penerapan terapi psikoreligius dzikir pada pasien halusinasi dilakukan dengan cara membaca bacaan dzikir secara khusyuk dan tenang selama 10-20 menit setiap hari selama 2 hari. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terapi psikoreligius dzikir dapat berkontribusi dalam mengontrol halusinasi (Akbar Desi Ariyana Rahayu, 2021).

2. Tujuan Pemberian Terapi Dzikir

Terapi spiritual seperti dzikir, dapat memberikan efek menenangkan dan relaksasi pada hati jika dilafalkan dengan baik dan benar. Terapi dzikir juga dapat diterapkan pada pasien yang mengalami halusinasi. ketika pasien melaksanakan terapi dzikir dengan penuh ketekunan dan memusatkan perhatian secara optimal,

hal ini dapat membantu mereka mengatasi pengalaman halusinasi. dengan demikian, pasien dapat menghilangkan suarasuara yang tidak nyata dan lebih fokus pada aktivitas dzikir sebagai bentuk pengalihan perhatian (Hildayati,2019; Dellazizzo et al, 2021).

3. Manfaat Terapi Dzikir

Beberapa manfaat terapi dzikir bagi klien dengan halusinasi pendengaran antara lain :

- a. Menenangkan pikiran dan mengurangi stress
- b. Dzikir dapat membantu menenangkan pikiran dan mengurangi kecemasan. Suara dzikir yang berulang dapat memberikan ketenangan dan mengalihkan perhatian dari suara halusinasi yang mengganggu
- c. Meningkatkan Fokus dan keterhubungan spiritual
- d. Dzikir dapat membantu memperkuat focus klien pada hal-hal positif dan spiritual. Hal ini bisa membantu mereka merasa lebih terhubung dengan diri sendiri dan tuhan, yang dapat memberikan rasa aman dan mengurangi rasa ketakutan atau kebingungan yang muncul akibat halusinasi.
- e. Mengurangi Gejala Gangguan Psikologis
- f. Dalam beberapa penelitian, terapi dzikir dan Teknik meditasi berbasis agama terbukti dapat membantu mengurangi gejala kecemasan, depresi, dan gangguan psikotik ringan. Peningkatan keseimbangan emosi dan ketenangan dapat mengurangi frekuensi atau intensitas halusinasi pendengaran.
- g. Meningkatkan Kualitas Tidur
- h. Halusinasi pendengaran sering kali menyebabkan gangguan tidur. Dengan ketenangan yang ditawarkan oleh dzikir, kualitas tidur dapat membaik, yang berperan penting dalam pemulihan kondisi mental.

C. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian Keperawatan

a. Identitas

- 1) Inisial : Halusinasi dapat dialami oleh individu dari kedua jenis kelamin, baik laki-laki maupun perempuan.
- 2) Umur : Halusinasi dapat terjadi pada berbagai kelompok usia, mulai dari anak balita hingga lansia
- 3) Pekerjaan : Pekerjaan yang memiliki tingkat stres tinggi dapat meningkatkan risiko terjadinya halusinasi.
- 4) Pendidikan : Individu dengan tingkat pendidikan yang rendah cenderung lebih rentan terhadap pengalaman halusinasi.

b. Alasan Masuk

Umumnya klien memasuki perawatan dengan alasan perubahan perilaku, seperti tertawa sendiri, marah-marah tanpa sebab, atau terkadang berbicara sendiri.

Faktor predisposisi yang merupakan elemen yang mendukung terjadinya halusinasi, menurut Stuart (2019) adalah :

1) Faktor biologis

Pada keluarga yang melibatkan anak kembar dan anak yang diadopsi menunjukkan peran genetik pada schizoprenia. Kembar identik yang dibesarkan secara terpisah mempunyai angka kejadian schizoprenia lebih tinggi dari pada saudara sekandung yang dibesarkan secara terpisah.

2) Faktor psikologis

Hubungan interpersonal yang tidak harmonis dapat menyebabkan stres dan kecemasan, yang pada akhirnya berpotensi mengarah pada gangguan orientasi realitas.

3) Faktor sosial budaya

Stress yang menumpuk dapat menjadi pemicu awal terjadinya skizofrenia dan gangguan psikotik lainnya : meskipun demikian, faktor ini tidak dianggap sebagai penyebab utama dari gangguan tersebut.

4) Faktor presipitasi

Faktor presipitasi atau faktor pencetus halusinasi, menurut Stuart (2019) meliputi :

a) Biologis

Stressor biologis yang berkaitan dengan respon neurobiologis maladaptif dapat menyebabkan gangguan dalam komunikasi dan umpan balik otak, selain itu, terdapat abnormalitas pada mekanisme pintu masuk di otak, yang mengakibatkan ketidakmampuan untuk menanggapi stimulus secara selektif.

b) Lingkungan

Ambang toleransi terhadap stres yang ditentukan secara biologis berinteraksi dengan stresor lingkungan, yang berkontribusi pada terjadinya gangguan perilaku.

c) Stres sosial / budaya

Tingkat stres dan kecemasan cenderung meningkat ketika terjadi penurunan stabilitas dalam keluarga, perpisahan dari orang-orang terpenting, atau pengucilan dari kelompok sosial.

d) Faktor psikologik

Intensitas kecemasan yang ekstrem dan memanjang disertai terbatasnya kemampuan mengatasi masalah dapat menimbulkan perkembangan gangguan sensori persepsi halusinasi.

5) Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik meliputi evaluasi tanda-tanda vital, pengukuran tinggi dan berat badan, serta penanyaan mengenai keluhan fisik yang dirasakan oleh klien.

6) Psikososial

a) Genogram.

Perbuatan genogram minimal mencakup 3 generasi yang menggambarkan hubungan klien dengan anggota keluarga. Genogram ini mencakup masalah yang berkaitan dengan komunikasi, pengambilan keputusan, pola asuh, serta pertumbuhan individu dan keluarga.

b) Konsep diri

- 1) Gambaran diri: Tanyakan kepada klien mengenai persepsi terhadap bagian tubuh yang disukai, serta reaksi klien terhadap bagian tubuh yang tidak disukai.
- 2) Identitas diri: Klien yang mengalami halusinasi sering kali merasa tidak puas dengan dirinya sendiri dan merasa tidak berguna.
- 3) Fungsi peran: Evaluasi tugas atau peran klien dalam konteks keluarga, pekerjaan, atau kelompok masyarakat. Tanyakan tentang kemampuan klien dalam melaksanakan fungsi atau perannya, serta perasaan klien terkait perubahan tersebut. Pada klien yang mengalami halusinasi, fungsi peran dapat berubah atau berhenti akibat penyakit, trauma masa lalu, penarikan diri dari interaksi sosial, atau perilaku agresif.
- 4) Ideal diri: Diskusikan harapan klien terhadap kondisi tubuh yang ideal, posisi, tugas, dan peran dalam keluarga, pekerjaan atau sekolah. Tanyakan juga harapan klien terhadap lingkungan dan penyakitnya, serta bagaimana klien merespons jika kenyataan tidak sesuai dengan harapan. Klien yang mengalami halusinasi cenderung tidak peduli terhadap diri sendiri maupun lingkungan sekitarnya.

- 5) Harga diri: Klien yang mengalami halusinasi sering kali menerima diri mereka tanpa syarat, meskipun telah melakukan kesalahan atau mengalami kegagalan, mereka tetap merasa berharga.
- 6) Kebutuhan pulang: Evaluasi kemampuan klien untuk memenuhi kebutuhan dasar seperti makan, perawatan diri, keamanan, dan kebersihan.
- 7) Mekanisme koping: klien yang mengalami halusinasi cenderung menunjukkan perilaku maladaptif, seperti menyakiti diri sendiri atau orang lain, malas beraktivitas, serta mengalihkan tanggung jawab kepada orang lain. Mereka juga mungkin lebih mempercayai orang lain dan terfokus pada stimulus internal.
- 8) Masalah psikososial dan lingkungan: klien dengan halusinasi sering kali memiliki masalah di masa lalu yang menyebabkan mereka menarik diri dari masyarakat dan orang terdekat.
- 9) Aspek pengetahuan mengenai penyakit : Klien yang mengalami halusinasi umumnya kurang memahami tentang penyakit jiwa karena mereka tidak menyadari bahwa tindakan mereka berada di bawah tekanan.
- 10) Aspek medis: Berikan penjelasan mengenai diagnosis medis dan terapi yang diperlukan. Terapi

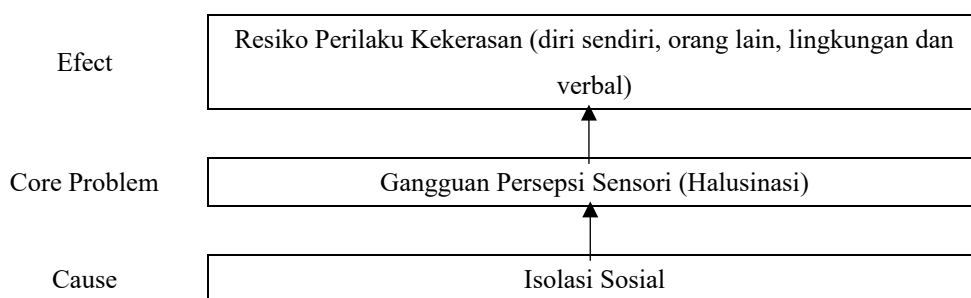
medis untuk klien halusinasi dapat mencakup penggunaan obat-obatan seperti Haloperidol, Chlorpromazine, dan Trihexyphenidil.

2. Diagnosa Keperawatan

Menurut SDKI (2017) diagnosa keperawatan utama pada klien dengan perilaku halusinasi adalah Gangguan sensori persepsi: Halusinasi (pendengaran, penglihatan, pengiduan dan perabaan), (D.0085) kategori : psikologis, subkategori : integritas ego. Sedangkan diagnosa keperawatan terkait lainnya adalah :

1. Gangguan Persepsi Sensori b.d gangguan pendengaran (D.0085)
2. Isolasi social b.d perubahan status mental (D.0121)
3. Risiko perilaku kekerasan b.d halusinasi (D.0146)

3. Pohon Masalah



Gambar 2 1 Pohon Masalah

4. Intervensi Keperawatan

Rencana keperawatan berdasarkan standar luaran keperawatan indonesia (SLKI) dan standar intervensi keperawatan indonesia (SIKI) intervensi keperawatan yang dapat dilakukan untuk menyelesaikan diagnosa keperawatan yaitu;

Tabel 2 1Intervensi Keperawatan

SDKI	SLKI	SIKI
<p>Gangguan Persepsi Sensori (D.0085)</p>	<p>Persepsi Sensori (L.09083) Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 pertemuan diharapkan klien dapat mengontrol halusinasi yang dialaminya dengan tindakan keperawatan krikteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi mendengar bisikan menurun (skala 5) 2. Verbalisasi melihat bayangan menurun (skala 5) 3. Perilaku halusinasi menurun (skala 5) 4. Respon sesuai stimulus membaik (skala 5) 	<p>Manajemen Halusinasi (I.09288) Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Monitor perilaku yang mengidentifikasi halusinasi 1.2 Monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulan lingkungan 1.3 Monitor isi halunasi (mis. Kekerasan taau membahayan diri <p>Terauputik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.4 Pertahankan lingkungan yang aman 1.5 Lakukan tindakan keselamatan ketika tidak dapat mengontrol perilaku (mis. Limit setting, pembatasan wilayah, pengekangan fisik, seklusi) 1.6 Diskusikan perasaan dan respons terhadap halusinasi 1.7 Hindari perdebatan tentang validasi halusinasi <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.8 Anjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi 1.9 Anjurkan bicara pada orang yang dipercaya untuk memberi dukungan dan umpan balik korektif terhadap halusinasi 1.10 Anjurkan melakukan distraksi (Mis, Terapi Dzikir) 1.11 Ajarkan pasien dan keluarga cara mengontrol halusinasi dengan menerapkan spP dan spk <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.12 kolaorasi pemberian obat jika antipsikotik dan antisietas, jika perlu
<p>Isolasi sosial (D.0121)</p>	<p>Keterlibatan Sosial Meningkat (L.13116) Setelah dilakukan asuhan tindakan keperawatan selama 3 pertemuan di harapkan dukungan sosial (meningkat) dengan krikteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan meminta bantuan pada orang lain meningkat (skala 5) 	<p>Promosi Sosialisasi (I.13498) Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1Identifikasi kemampuan melakukan interaksi dengan orang lain 2.2 Identifikasi hambatan melakukan interaksi dengan orang lain <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.3 Motivasi meningkatkan keterlibatan dalam suatu hubungan 2.4 motivasi kesabaran dalam mengembangkan suatu hubungan 2.5 motivasi berpartisipasi dalam aktivitas baru dan kegiatan

	<p>2. Bantuan yang di tawarkan orang lain meningkat (skala 5)</p> <p>3. Dukungan emosi yang disediakan orang lain meningkat (skala 5)</p> <p>4. Jaringan sosial yang membantu meningkat (skala 5)</p>	<p>kelompok</p> <p>2.6 Motivasi berinteraksi diluar lingkungan</p> <p>2.7 Diskusikan kekuatan dan keterbatasan dalam berkomunikasi dengan orang lain</p> <p>2.8 Diskusikan perencanaan kegiatan di masa depan</p> <p>2.9 Berikan umpan balik positif dalam perawatan diri</p> <p>2.10 Berikan umpan balik positif pada setiap peningkatan kemampuan</p> <p>Edukasi</p> <p>2.11 Anjurkan berinteraksi dengan orang lain secara bertahap</p> <p>2.12 Anjurkan ikut serta kegiatan sosial dan kemasyarakatan</p> <p>2.13 Anjurkan berbagi pengalaman dengan orang lain</p> <p>2.14 Anjurkan meningkatkan kejujuran diri dan menghormati hak orang lain</p> <p>2.15 Anjurkan penggunaan alat bantu</p> <p>2.16 Anjurkan membuat perencanaan kelompok kecil untuk kegiatan khusus</p> <p>2.17 Latih bermain peran untuk meningkatkan keterampilan komunikasi</p> <p>2.18 Latih mengekspresikan marah dengan tepat</p>
<p>Risiko perilaku kekerasan (D.0146)</p>	<p>Kontrol diri (L.09076) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 pertemuan di harapkan kontrol diri (menurun) dengan krikteria hasil :</p> <p>1. Verbalisasi ancaman kepada orang lain menurun (skala 5)</p> <p>2. Verbalisasi umpatan menurun (skala 5)</p> <p>3. Perilaku melukai diri sendiri/ orang lain menurun (skala 5)</p> <p>4. perilaku merusak lingkungan sekitar menurun (skala 5)</p> <p>5. Verbalisasi ancaman kepada orang lain menurun (skala 5)</p> <p>6. Verbalisasi umpatan menurun (skala 5)</p>	<p>Pencegahan perilaku kekerasan (I.14544)</p> <p>Observasi</p> <p>3.1 Monitor adanya benda yang berpotensi Berbahaya</p> <p>3.2 Monitor keamanan barang yang dibawa oleh pengunjung</p> <p>3.3 Monitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan</p> <p>Terapeutik</p> <p>3.4 Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin</p> <p>3.5 Libatkan keluarga dalam perawatan</p> <p>Edukasi</p> <p>3.6 Anjurkan pengunjung dan keluarga untuk mendukung keselamatan pasien</p> <p>3.7 Latih cara mengungkapkan perasaan secara asertif</p>

	<p>7. Perilaku melukai diri sendiri/ orang lain menurun (skala 5)</p> <p>8. perilaku merusak lingkungan sekitar menurun (skala 5)</p>	3.8 Latih mengurangi kemarahan secara verbal dan nonverbal
--	---	--

Tabel 2 2 Strategi Pelaksanaan Halusinasi

spP dan spK Halusinasi

LAMPIRAN STRATEGI PELAKSANAAN HALUSINASI

SP1P	SP1K
<p>1) Identifikasi halusinasi : isi, frekuensi, waktu terjadi, situasi pencetus, perasaan dan respon klien</p> <p>2) Jelaskan cara-cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, bercakap-cakap melakukan kegiatan dan minum obat.</p> <p>3) Latih cara mengontrol dengan cara menghardik</p> <p>4) Masukkan pada jadwal kegiatan klien untuk Latihan menghardik</p>	<p>Identifikasi permasalahan yang di alami keluarga saat merawat pasien halusinasi, jelaskan hal terkait halusinasi (definisi, sebab, symptoms, dan akibat yang ditimbulkan serta jenis) jelaskan bagaimana merawat pasien halusinasi.</p>
SP2P	SP2K
<p>1) Evaluasi kegiatan Latihan menghardik dan berikan pujian kepada klien</p> <p>2) Latihan mengontrol halusinasi dengan cara berbincang-bincang saat terjadi halusinasi</p> <p>3) Masukkan pada jadwal kegiatan untuk Latihan menghardik dan berbincang-bincang</p>	<p>Latih keluarga praktik merawat pasien</p>
SP3P	SP3K
<p>1) Evaluasi kegiatan latihan menghardik, bercakap-cakap serta beri pujian pada klien</p> <p>2) Latih cara mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan harian (mulai dengan 2 kegiatan)</p> <p>3) Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik, bercakap-cakap dan melakukan kegiatan terjadwal.</p>	<p>Latih secara langsung keluarga Mempraktikkan cara merawat pasien</p>

SP4P	
<ol style="list-style-type: none"> 1) Evaluasi kegiatan menghardik, berbincang-bincang dan melakukan kegiatan terjadwal serta berikan pujian pada klien 2) Latih cara mengontrol halusinasi dengan cara minum obat 3) Masukkan pada jadwal kegiatan untuk Latihan menghardik, berbincang-bincang, melakukan kegiatan terjadwal dan minum obat. 	Fasilitasi keluarga Menyusun jadwal jadwal kegiatan dirumah untuk klien dan obat (discharge planning) jelaskan tindak lanjut setelah pasien pulang.

Sumber: Indri, 2020

SpP dan spK RPK

SP1P	
<ol style="list-style-type: none"> 1) Evaluasi jadwal aktivitas klien 2) Ajarkan klien mengnedalikan perilaku kekerasan dengan cara pukul bantal dan kasur 3) Anjurkan klien memasukkan dalam aktivitas harian 	Bagikan pemecahan terhadap problem yang di alami keluarga dalam menjaga klien
SP2P	SP2K
<ol style="list-style-type: none"> 1) Evaluasi jadwal aktivitas klien 2) Ajarkan klien mengendalikan perilaku kekerasan dengan sosial verbal 3) Anjurkan klien memasukkan ke dalam aktivitas harian 	Melaksanakan pembelajaran kesehatan pada keluarga meliputi (penafsiran sikap kekerasan pemicu PK yang dialami oleh penderita, ciri serta indikasi PK serta proses terbentuknya sikap kekerasan
SP3P	SP3K
<ol style="list-style-type: none"> 1) Evaluasi jadwal aktivtias harian klien 2) Ajarkan klien mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara spiritual 3) Anjurkan klien memasukkan kedalam aktivitas harian 	Bagikan peluang pada keluarga untuk memperagakan
SP4P	SP4K
<ol style="list-style-type: none"> 1) Evaluasi terjadwal aktivtias harian klien 2) Ajarkan klien mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara minum obat <p>Anjurkan klien memasukkan kedalam aktivitas harian</p>	Buat perencanaan Kembali dengan keluarga

Sumber: Wiranti 2020

SpP dan spK Isolasi Sosial

SP1P	SP1K
<ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi penyebab isolasi sosial 2) Diskusikan keuntungan dan kerugian interaksi dengan orang lain 	Berikan penyuluhan kepada keluarga tentang masalah isolasi sosial, penyebab isolasi sosial dan cara merawat klien dengan isolasi sosial
<ol style="list-style-type: none"> 3) Ajarkan klien bagaimana berkenalan dengan orang lain 4) Anjurkan klien memasukkan aktivitas Latihan berbincangbincang dengan orang lain. 	
SP2P	SP2K
<ol style="list-style-type: none"> 1) Memvalidasi masalah dan Latihan sebelumnya 2) Melatih berkenalan dengan dua orang atau lebih. 3) Membimbing memasukan dalam jadwal kegiatan harian. 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Melatih keluarga mempraktekkan cara merawat dengan isolasi social 2) Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung pasien
SP3P	SP3K
<ol style="list-style-type: none"> 1) Evaluasi jadwal aktivitas klien 2) Berikan klen kesempatan dalam mempraktikkan cara berkenalan dengan orang lain 3) Bantu klien memasukkan aktivitas Latihan berbincangbincang dengan orang lain 	Latih keluarga untuk memberikan kesempatan melakukan kegiatan rumah tangga yang melibatkan orang lain, contoh; beberlanja kewarung atau mengantarkan makanan ke rumah tetangga.
SP4P	SP4K
	Latih keluarga untuk melakukan kegiatan bersosialisasi yang ada di Masyarakat dalam berkelompok seperti ; arisan, kerja bakti, pengajian. Pasien melaksanakan jadwal kegiatan pasien.

Sumber: Rafika, 2023

5. Perencanaan Keperawatan

Gangguan persepsi sensorik menjadi fokus utama dalam pelaksanaan intervensi keperawatan. Intervensi yang dilakukan pada pasien mencakup tujuan dan tindakan yang ingin dicapai setelah

serangkaian tindakan keperawatan dilaksanakan selama lima kali pertemuan dalam satu shift selama tiga hari. Diharapkan, melalui pendekatan ini, masalah yang dihadapi pasien dapat terasi sesuai dengan kriteria hasil yang telah ditentukan dalam rencana keperawatan. Rencana tersebut disusun berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI, 2018) serta Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI, 2018).

6. Implementasi

Tujuan tindakan keperawatan bagi pasien adalah untuk memastikan bahwa Pasien dapat mengenali halusinasi yang dialaminya, mengontrol halusinasinya serta mengikuti program pengobatan secara optimal (Keliat, 2015) dalam (Indriawan, 2019).

a. Tindakan Keperawatan

- 1) SP 1 Pasien Halusinasi: Tindakan pertama adalah membantu pasien dalam mengenali halusinasinya. Hal ini dapat dilakukan melalui diskusi mengenai pengalaman halusinasi yang dialami pasien, termasuk waktu dan frekuensi munculnya, situasi yang memicu halusinasi, serta respons pasien saat halusinasi terjadi. Selain itu, pasien diajarkan untuk mengontrol halusinasinya dengan cara pertama, yaitu dengan menegur halusinasi tersebut. Pasien dilatih untuk mengekspresikan penolakan terhadap halusinasi yang muncul atau tidak memperdulikan halusinasi tersebut.

- 2) SP 2 Pasien Halusinasi: Tindakan kedua adalah mengajarkan pasien untuk mengontrol halusinasinya melalui interaksi sosial. Dengan bercakap-cakap dengan orang lain, perhatian pasien dapat teralihkan dari halusinasi menuju percakapan yang sedang berlangsung.
- 3) SP 3 Pasien Halusinasi: Tindakan ketiga melibatkan pengajaran kepada pasien untuk mengontrol halusinasinya melalui aktivitas terjadwal. Dengan menjalani aktivitas secara teratur, pasien akan memiliki sedikit waktu luang yang sering kali menjadi pemicu munculnya halusinasi.
- 4) SP 4 Pasien Halusinasi: Tindakan keempat adalah memberikan pendidikan kesehatan kepada pasien mengenai pentingnya penggunaan obat secara teratur. Penggunaan obat yang konsisten merupakan langkah penting dalam mengontrol halusinasi yang dialami pasien.

7. Evaluasi

Evaluasi tindakan keperawatan mencakup beberapa aspek, antara lain respon perilaku dan emosi pasien yang menunjukkan peningkatan pengendalian. Pasien tidak lagi menunjukkan perilaku agresif, seperti mengamuk, serta tidak terlibat dalam perilaku bicara dan tertawa sendiri. Selain itu, sikap curiga, perasaan cemas, dan beban emosional yang dirasakan pasien juga mengalami penurunan. Kepercayaan pasien terhadap perawat meningkat, dan pasien mulai menyadari bahwa halusinasi yang

dialaminya tidak memiliki objek yang nyata. Dengan demikian, persepsi pasien menunjukkan perbaikan,

di mana pasien dapat membedakan antara hal yang nyata dan tidak nyata. Di sisi lain, keluarga pasien juga menunjukkan kemauan. Mereka mampu menjelaskan permasalahan halusinasi yang dialami oleh pasien, serta memahami cara merawat pasien dengan baik. Keluarga juga dapat memperagakan sikap yang tepat dalam berinteraksi dengan pasien (Yusuf, dkk, 2015) dalam (Indriawan, 2019).

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Dalam penulisan karya tulis ilmiah ini menggunakan pendekatan dengan metode penelitian studi kasus asuhan keperawatan untuk mengeksplorasi atau mengidentifikasi asuhan keperawatan pada klien dengan masalah keperawatan halusinasi pendengaran yang mendapat terapi berdzikir.

Pendekatan yang digunakan dalam pembuatan karya ilmiah ini menggunakan pendekatan asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, penyusunan masalah, diagnose keperawatan, perencanaan keperawatan, Tindakan keperawatan dan evaluasi keperawatan.

B. Subyek Studi Kasus

Subjek studi kasus dalam penelitian ini adalah 1 orang klien yang mengalami masalah utama: halusinasi di wilyah Yayasan Joint Adulam Samarinda. Adapun kriteria inklusi adalah sebagai berikut :

1. Krikteria inklusi
 - a. Klien dengan diagnosa halusinasi
 - b. Bersedia menjadi responden
 - c. Klien dapat berkomunikasi dengan baik dan kooperatif
2. Krikteria Ekslusi
 - a. Klien yang tidak memenuhi 3 hari keperawatan

C. Fokus Studi

Fokus studi adalah asuhan keperawatan yang dilakukan pada satu kasus yaitu: “Studi kasus Asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran di wilayah Yayasan Joint Adulam Ministry Samarinda”.

D. Definisi Parasional

Gangguan jiwa halusinasi adalah Dimana individu mendapatkan rangsang tanpa adanya objek yang nyata. Halusinasi dibagi menjadi lima yaitu halusinasi penglihatan, pendengaran, penciuman, pengecap, dan perabaan.

E. Instrumen Studi Kasus

Jenis Instrument yang sering digunakan pada ilmu keperawatan di klasifikasikan menjadi 2 bagian yaitu :

1. Biofisiologis

Pendekatan pengambilan studi berdasarkan dimensi fisiologis manusia saat menangani pasien ini, penulis mengukur masalah mereka.

2. Observasi (terstruktur dan tidak terstruktur)

Observasi dapat dilaksanakan dengan menggunakan beberapa model perangkat, yaitu:

- a) Catatan anekdot : melacak gejala yang tidak biasa atau menonjol dalam urutan kemunculan
- b) Catatan regular : Buat catatan yang cermat pada setiap gejala dalam urutan yang logis, tetapi jangan biarkan tanpa pengawasan.

c) Checklist : itu menggunakan informasi yang mencakup nama pengamat dan jenis gejala yang di catat.

3. Wawancara

Studi kasus ini memanfaatkan wawancara terstruktur, yang di tandai dengan serangkaian pertanyaan yang terorganisir dengan baik yang diajukan secara metodis, sebelum penulis melakukan wawancara klien dengan masalah gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran.

4. Kuesioner

Kuesioner adalah instrument penelitian yang terdiri dari serangkaian pertanyaan atau pernyataan yang dirancang untuk mengumpulkan informasi dari responden. Alat ini umumnya digunakan dalam survei untuk memperoleh data tentang pendapat, sikap, pengalaman, atau karakteristik individu atau kelompok.

Pertanyaan dalam kuesioner dapat berupa pertanyaan terbuka, Dimana responden dapat memberikan jawaban bebas, atau pertanyaan tertutup, Dimana pilihan jawaban telah disediakan.

F. Tempat dan Waktu Studi Kasus

Penelitian studi kasus ini akan dilakukan di Wilayah Yayasan Joint Adulam Ministry Samarinda, Waktu penelitian di lakukan pada bulan,,tahun 2025.

G. Prosedur Penelitian

1. Prosedur Administrasi

Proses administrasi pengambilan data dari kampus ke instansi pelayanan Kesehatan (puskesmas) sampai dengan ke klien.

2. Prosedur Asuhan Keperawatan

Proses asuhan keperawatan diberikan pada klien dan di mulai pengkajian sampai evaluasi dan dokumentasi dengan benar.

H. Metode dan Instrumen Pengumpulan Data

Prosedur pengumpulan data yang digunakan dalam studi kasus asuhan keperawatan pada klien halusinasi pendengaran. Metode ini menggunakan :

1. Teknik pengumpulan data

- a. Wawancara
- b. Observasi pemeriksaan fisik
- c. Dokumentasi laporan asuhan keperawatan
- d. Instrument pengumpulan data
- e. Format asuhan keperawatan
- f. SP (Strategi pelaksanaan)

I. Keabsahan Data

- a. Data primer adalah data yang didapatkan dari sumber asli yaitu berupa hasil dari wawancara langsung dengan klien dan hasil observasi langsung dari objek tertentu. Data primer diambil langsung dari pasien dan keluarga dengan masalah halusinasi
- b. Data sekunder adalah data yang didapatkan melalui perantara atau secara tidak langsung seperti data yang diperoleh dari keluarga klien
- c. Data tersier adalah data yang didapatkan dari catatan keperawatan klien atau rekam medis. Data ini didapatkan dari puskesmas.

J. Analisis Data dan Penyajian Data

Analisis data yang dilakukan mulai dari studi kasus di lapangan hingga pengumpulan data yang diperlukan, analisis data ini dilakukan dengan menyajikan fakta. Teknik analisis data dengan menarasikan jawaban studi kasus yang didapat dari hasil wawancara yang dilakukan, Teknik lain yang digunakan yaitu peneliti mengamati dan melakukan documenter untuk menghasilkan data, menafsirkan dan membandingkan data yang didapat dengan teori yang ada.

K. Etika Studi Kasus

Prosedur pengumpulan data tetap berpegang pada prinsip etika penelitian sebagai berikut :

1. Justice (Keadilan)

Prinsip keadilan menekankan perlakuan yang setara dan adil bagi setiap individu. Dalam bidang Kesehatan, ini berarti bahwa tenaga Kesehatan harus memberikan layanan tanpa membedakan latar belakang social, ekonomi, atau budaya pasien.

2. Veracity (Kebenaran)

Kebenaran merupakan prinsip yang menuntut kejujuran dalam komunikasi antara tenaga Kesehatan dan pasien. Ini meliputi kewajiban untuk memberikan informasi yang akurat mengenai kondisi Kesehatan, pilihan perawatan, dan resiko yang mungkin terjadi.

3. Beneficience (Manfaat)

Prinsip manfaat mewajibkan tenaga Kesehatan untuk bertindak demi kebaikan pasien dengan memberikan manfaat maksimal dan meminimalkan resiko.

Ini termasuk kewajiban untuk melakukan Tindakan yang menguntungkan bagi pasien.

4. Non-maleficence (tidak merugikan)

Perawat menggunakan APD saat melakukan pemeriksaan atau Tindakan kepada klien.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil

1. Gambaran Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Yayasan Jams, beralamat di Karang Anyar, Kecamatan Sungai Kunjang, Kota Samarinda, Kalimantan Timur.

2. Pengkajian

Di Yayasan Jams, klien dengan Gangguan persepsi sensori: Halusinasi yang mendapatkan Terapi dengan Berdzikir menjadi fokus laporan pengkajian keperawatan dan studi kasus perawatan keperawatan jiwa.

a. Identitas klien

Klien bernama E berumur 45 tahun, berjenis kelamin Perempuan, klien sudah menikah, klien tidak bekerja, Pendidikan terakhir Sekolah Menengah Pertama.

b. Alasan masuk

Klien saat pertama kali dibawa ke Yayasan karena sering berhalusinasi tanpa adanya stimulus yang nyata seperti mendengar bisikan yang samar dan tidak jelas sebanyak 3 kali dalam sehari dan biasanya muncul saat sedang sendirian. Saat dilakukan pengkajian klien berada di Yayasan Jams, dulu klien dipulangkan dari Yayasan, tetapi klien kembali lagi ke Yayasan karena halusinasinya muncul kembali akibat jarang mengonsumsi obat.

**Masalah keperawatan : Gangguan persepsi sensori Halusinasi
Pendengaran**

c. Faktor Predisposisi

Sebelumnya klien sudah pernah dirawat di Rumah Sakit Jiwa Atma Husada Mahakam Samarinda pada tahun 2004 dan di rawat selama 3 bulan dengan keluhan suka berbicara sendiri, suka mengamuk dan mendengar suara hewan seperti serigala mengaum sebanyak 3 kali. Klien mengatakan suara terdengar jelas dan sangat lama.

Klien masuk lagi di RSJ pada tahun 2005 dirawat selama 3 minggu dengan keluhan yang sama dan kembali masuk RSJ di tahun 2007 dirawat selama 1 bulan dengan keluhan yang sama.

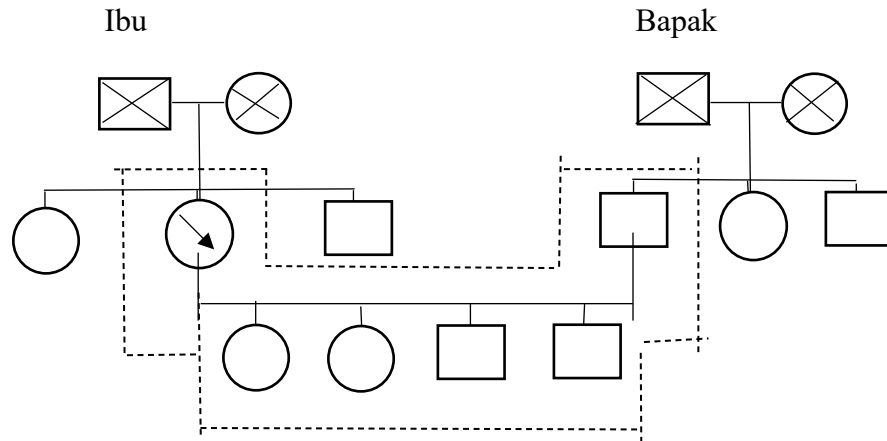
Tidak ada riwayat anggota keluarga yang pernah mengalami gangguan jiwa

Masalah Keperawatan : Resiko Perilaku Kekerasan

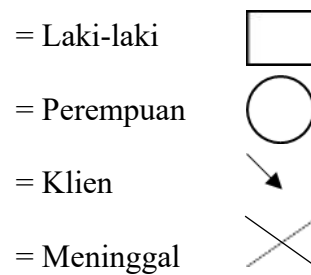
d. Fisik

- 1) Tanda-tanda vital Tekanan darah 120/90 mmhg, Nadi 97x/menit, suhu 36 C,
- 2) Ukuran : tinggi badan 167cm, berat badan 65kg
- 3) Keluhan fisik : Tidak ditemukan keluhan fisik

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah Keperawatan

(Genogram 3 generasi)

Gambar 4 1 Genogram

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

e. Psikososial

1) Konsep diri

a) Gambaran diri

Klien kurang menyukai bagian giginya karena terdapat gigi yang ompong. Klien mengungkapkan perasaan malu saat berbicara mengenai giginya dan hanya bisa tersenyum.

b) Identitas diri

Klien bisa mampu menilai identitasnya, klien anak ke 2 dari 3 bersaudara.

c) Peran diri

Klien berumur 45 tahun, klien sudah menikah, klien tidak bekerja dan hanya dirumah.

d) Ideal diri

Klien ingin dirinya tenang dan tidak lagi mendengar suara-suara yang mengganggu

e) Harga diri

f) Masih memiliki semangat hidup dan percaya dirinya bisa Kembali seperti semula

Masalah Keperawatan : Harga diri rendah kronis

2) Hubungan Sosial

a) Orang yang berarti : suami

b) Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat : Klien mampu mengikuti kegiatan kelompok (menjemur dan mencuci)

c) Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain : Tidak ada hambatan dalam berhubungan dengan orang lain

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3) Spiritual

- a) Nilai dan keyakinan : Menurut klien halusinasi adalah suara dari makhluk yang tidak bisa dilihat
- b) Kegiatan ibadah : Klien mengatakan beragama islam dan jarang beribadah.

Masalah Keperawatan : Distres Spiritual

f. Status Mental

- 1) Berpakaian : klien berpakaian rapi dan mandiri dalam mengenakan pakaian.
- 2) Pembicaraan : Klien berkomunikasi secara cepat dan gagap
- 3) Aktivitas : Klien beraktivitas normal
- 4) Alam perasaan : Klien terkadang tertawa dan berbicara sendiri
- 5) Afek : Klien memberikan respon yang baik saat wawancara
- 6) Interaksi : klien terkadang kurang kontak mata saat diajak berbicara
- 7) Persepsi : Klien mengatakan selalu mendengar suara serigala mengaum saat dirinya sedang sendiri

Jenis : Suara hewan serigala

Isi : Serigala mengaum

Frekuensi ; 3 kali dalam sehari

Waktu : Malam hari

Situasi : Ketika sendirian

Respon : Klien tampak takut dan cemas

- 8) Proses pikir : klien terkadang selalu mengulang pembicaraan yang sudah di ucapkan
- 9) Isi pikir : Klien mengatakan terus-terusan memikirkan suara serigala yang mengaum
- 10) Tingkat kesadaran : Normal
- 11) Memori : Klien menunjukkan kemampuan memori yang baik
- 12) Tingkat konsentrasi dan berhitung : Konsentrasi dan berhitung normal
- 13) Kemampuan penilaian : Tidak ada gangguan
- 14) Daya titik diri : Klien paham jika sedang dirawat di Yayasan karena gangguan halusinasi yang muncul.

**Masalah Keperawatan : Gangguan persepsi sensori :
Halusinasi Pendengaran**

g. Kebutuhan Persiapan Pulang

Pada pengkajian kebutuhan persiapan pulang, di dapatkan

- 1) Klien makan 3x sehari dengan teratur, mandiri dan makan sampai habis.
- 2) BAK dan BAB klien mampu melakukan secara mandiri tanpa bantuan orang lain
- 3) Klien mampu mandi secara mandiri
- 4) Klien mampu berpakaian sendiri

- 5) Klien mengatakan aktivitas istirahat dan tidur teratur, melakukan terapi berdzikir di pagi hari di jam 10.00, dan tidur malam dimulai jam 20.00 – 06.00 efek dari minum obat.
- 6) Pemberian obat : mandiri
- 7) Perawatan Kesehatan yang diberikan dengan berupa obat dan terapi berdzikir
- 8) Kegiatan di dalam Yayasan, klien mengatakan melakukan kegiatan seperti mencuci baju, menjemur pakaian dan menyiapkan alat makan.
- 9) Kegiatan diluar Yayasan seperti bernyanyi bareng

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

h. Mekanisme Koping

Pada pengkajian mekanisme koping, klien menyelesaikan masalah dengan berbicara dengan orang lain.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

i. Masalah Psikososial dan Lingkungan

Pada pengkajian masalah psikososial dan lingkungan, klien mengatakan keluarga kurang memahami kondisi klien dan kadang mereka marah atau tidak sabar Ketika klien berbicara tentang halusinasi.

Masalah keperawatan : Ketidakmampuan koping keluarga

j. Aspek Medis

F.20.3 (Skizofrenia tak terinci) dengan Terapi medik : Risperidone 2

x 1

2mg dan Lorazepam 1 x 1 2mg

3. Analisa Data*Tabel 4 1 Analisa Data*

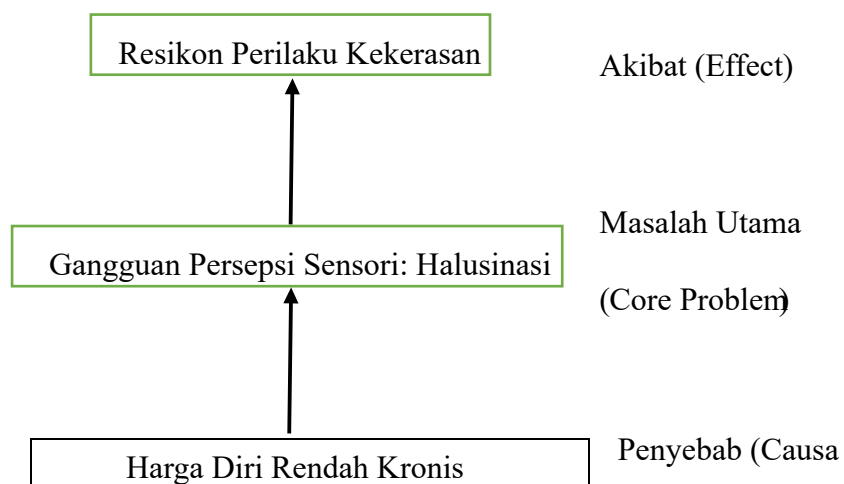
Data Subyektif & Obyektif	Masalah keperawatan
DS : - Klien mengatakan selalu mendengar suara serigala mengaum - Klien mengatakan sering mendengar suara serigala mengaum sebanyak 3 kali DO : - Klien menunjukkan ekspresi cemas saat menceritakan suara serigala - Klien terlihat gelisah dan sering menoleh ke sekitar ruangan	Gangguan Persepsi Sensori b.d Halusinasi Pendengaran
DS : - Klien mengatakan dirinya kesal setiap mendengar suara ketika sedang sendiri - Klien sering berbicara sendiri dan suka mengamuk Do : - Klien pernah dirawat di RSJ pada tahun 2004, 2005 dan 2007 dengan gejala yang berulang seperti berbicara sendiri, mengamuk, dan halusinasi pendengaran - Kontak mata kurang, pandangan mata datar dan tidak fokus - Emosi klien cepat berubah	Resiko Perilaku Kekerasan d.d halusinasi

<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan kurang percaya diri karena ada gigi yang ompong - Klien mengatakan malu saat berbicara - Klien mengatakan lebih memilih menghindari percakapan dengan orang lain <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak menutup mulut saat berbicara atau tersenyum - Klien menghindari kontak mata saat diajak bicara - Ekspresi wajah klien menunjukkan rasa malu 	<p>Harga Diri Rendah Kronis b.d gangguan psikiatri</p>
--	---

4. Diagnosa Keperawatan

- a. Gangguan persepsi sensori b.d Halusinasi pendengaran d.d mendengar bisikan
- b. Resiko Perilaku Kekerasan d.d Halusinasi
- c. Harga Diri Rendah Kronis b.d Gangguan psikiatri d.d merasa malu

5. Pohon Masalah



Gambar 4 2 Pohon Masalah

6. Intervensi Keperawatan

Tabel 4 2 Intervensi Keperawatan

DIAGNOSA	SLKI	SIKI
<p>Gangguan Persepsi Sensori halusinasi (D.0085)</p> <p>b/d</p>	<p>Persepsi Sensori (L.09083)</p> <p>Setelah dilakukan 3x kali pertemuan diharapkan persepsi sensorial membaik, dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verbalisasi mendengar bisikan dari skala 2 ke skala 5 - Perilaku halusinasi dari skala 2 ke skala 5 <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan 2. Cukup Meningkatkan 3. Sedang 4. Cukup Menurun 5. Menurun 	<p>Manajemen Halusinasi (I.09288)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Monitor perilaku yang mengidentifikasi halusinasi 1.2 Monitor isi halusinasi (mis. Kekerasan atau membahayakan diri) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.3 Diskusikan perasaan dan respons terhadap halusinasi. <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.4 Anjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi 1.5 Anjurkan bicara pada orang yang dipercaya untuk memberikan dukungan dan umpan balik korektif terhadap halusinasi 1.6 Anjurkan melakukan distraksi (dengan terapi berdzikir) <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.7 Kolaborasi pemberian obat antipsikotik dan psikotropika, jika perlu
<p>Harga Diri Rendah Kronis (D.0086)</p>	<p>Harga Diri (L.09069))</p> <p>Setelah dilakukan 3x pertemuan diharapkan status Harga Diri membaik dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perasaan malu dari skala 3 ke skala 5 - Meremehkan kemampuan mengatasi masalah dari skala 3 ke skala 5 <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan 2. Cukup Meningkatkan 3. Sedang 4. Cukup Menurun 5. Menurun 	<p>Manajemen Perilaku (I.12463)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Identifikasi harapan untuk mengendalikan perilaku 1.2 Jadwalkan kegiatan terstruktur 1.3 Ciptakan dan pertahankan lingkungan dan kegiatan perawatan konsisten setiap dinas 1.4 Tingkatkan aktivitas fisik sesuai kemampuan 1.5 Bicara dengan nada rendah dan tenang 1.6 Cegah perilaku pasif dan agresif 1.7 Beri penguatan positif terhadap keberhasilan mengendalikan perilaku 1.8 Hindari bersikap menyudutkan dan menghentikan pembicaraan 1.9 Hindari sikap mengancam atau berdebat

		<p>Edukasi 2.10 Informasikan keluarga bahwa keluarga sebagai dasar pembentukan kognitif</p>
<p>Resiko Perilaku Kekerasan (D.0146)</p>	<p>Kontrol Diri (L.09076) Setelah dilakukan 3x pertemuan diharapkan kontrol diri meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perilaku menyerang dari skala 3 ke skala 1 - Perilaku melukai diri sendiri/orang lain dari skala 3 ke skala 1 <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menurun 2. Cukup menurun 3. Sedang 4. Cukup Meningkatkan 5. Meningkatkan 	<p>Pencegahan Perilaku Kekerasan (I.14544) Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan 1.2 Monitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan (mis, psai cukur) <p>Terauputik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.3 Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin 1.4 Libatkan keluarga dalam perawatan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.5 Latih cara mengungkapkan perasaan secara asertif
<p>Resiko Perilaku Kekerasan (D.0146)</p>	<p>Kontrol Diri (L.09076) Setelah dilakukan 3x pertemuan diharapkan kontrol diri meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perilaku menyerang dari skala 3 ke skala 1 - Perilaku melukai diri sendiri/orang lain dari skala 3 ke skala 1 <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Menurun 7. Cukup menurun 8. Sedang 9. Cukup Meningkatkan 10. Meningkatkan 	<p>Pencegahan Perilaku Kekerasan (I.14544) Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan 1.2 Monitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan (mis, psai cukur) <p>Terauputik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.3 Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin 1.4 Libatkan keluarga dalam perawatan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.5 Latih cara mengungkapkan perasaan secara asertif 1.6 Latih mengurangi kemarahan secara verbal dan non verbal (mis, relaksasi, berceria)

7. Implementasi

Tabel 4 3 Implementasi Keperawatan

Tgl	Diagnosa	Implementasi	Evaluasi Proses	Paraf
Minggu, 8 juni 2025 jam 10.00	Gangguan persepsi sensori: Halusinasi Pendengaran	1.2 Memonitor isi halusinasi 1.3 Mendiskusikan perasaan dan respons terhadap halusinasi 1.1 Memonitor perilaku yang mengidentifikasi halusinasi 1.6 Menganjurkan melakukan distraksi (berdzikir)	S : - Klien mengatakan mendengar suara serigala mengaum O : - Klien menunjukkan ekspresi cemas menceritakan suara serigala mengaum - Klien tampak gelisah dan sering menoleh ke ruangan lain S : - Klien mengatakan aumanya sangat keras seperti didekat telinga O : - Klien tampak berbicara sendiri S : - Klien mengatakan bersedia menerapkan cara yang dianjurkan O : - Klien mendengarkan arahan yang diberikan Klien kooperatif	
Senin. 9 juni 2025 jam 10.00	Gangguan persepsi sensori: Halusinasi pendengaran	1.2 memonitor isi halusinasi	S : - Klien mengatakan masih mendengar suara serigala	

			<p>mengaum</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien terlihat gelisah dan sering menoleh kesekitar ruangan <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan mendengar suara serigala mengaum setiap malam <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak berbicara sendiri dan kurang konsentrasi <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan suara itu menakutkan dan seperti akan diserang 	
		1.1 Memonitor perilaku yang mengidentifikasi halusinasi		
		1.4 Mendiskusikan perasaan dan respons terhadap halusinasi	<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien menutup telinga dan memegang kepala saat berbicara tentang suara 	
		1.5 Menganjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan masih ingat dengan terapi berdzikir 	
		1.6 Menganjurkan melakukan distraksi (berdzikir)	<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien dapat mempraktikan terapi berdzikir <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengikuti apa yang diperintahkan 	
		1.7 Menganjurkan pasien cara mengontrol halusinasi	<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengikuti dengan baik dan kooperatif <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan bersedia diajarkan cara mengontrol halusinasi <p>O :</p>	

			-Klien dapat menyimak dengan baik dan kooperatif	
Selasa 10 juni 2025 jam 10.00	Gangguan persepsi sensori Halusinasi Pendengaran	1.1 Memonitor perilaku mengidentifikasi halusinasi 1.2Memonitor halusinasi 1.4 Mendiskusikan perasaan dan respons terhadap halusinasi 1.5Menganjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi	S : - Klien mengatakan suaranya masih ada tapi tidak selama biasanya O : - Klien lebih tenang dibanding hari sebelumnya S : - Klien mengatakan suara mengaum pelan dan berkurang O : Klien tampak tenang saat menceritakan isi halusinasi S : - Klien mengatakan jika mendengar suara serigala mengaum mencoba tutup telinga dengsn bantal O : - Tidak tampak berbicara sendiri S : - Klien mengatakan masih ingat dengan terapi berdzikir O : Klien dapat mempraktikkan terapi berdzikir dengan baik	

8. Evaluasi

Tabel 4 4 Evaluasi Keperawatan

Hari/ tanggal	Diagnosa	Evaluasi	Paraf												
Minggu 8 juni 2025	Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran	<p>S : Klien mengatakan mendengar suara serigala mengaum</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien menunjukkan ekspresi cemas saat menceritakan suara serigala - Klien terlihat gelisah dan menoleh ke sekitar ruangan <p>A : Masalah Gangguan Persepsi sensori : Halusinasi pendengaran belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>SLKI</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Verbalisasi mendengar bisikan</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Perilaku halusinasi</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Memonitor perilaku yang mengidentifikasi halusinasi 1.2 Memonitor isi halusinasi 1.3 Mendiskusikan perasaan dan respons terhadap halusinasi 1.6 Menganjurkan melakukan distraksi (berdzikir) 	SLKI	Sebelum	Sesudah	Target	Verbalisasi mendengar bisikan	2	2	5	Perilaku halusinasi	2	2	5	
SLKI	Sebelum	Sesudah	Target												
Verbalisasi mendengar bisikan	2	2	5												
Perilaku halusinasi	2	2	5												

<p>Senin 9 juni 2025</p>		<p>S : Klien mengatakan masih mendengar suara serigala mengaum O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien terlihat gelisah dan sering menoleh kesekitar ruangan - klien tampak berbicara sendiri dan kurang konsentrasi - Klien menutup telinga dan memegang kepala saat berbicara tentang suara <p>A : Masalah Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran teratasi Sebagian</p> <table border="1" data-bbox="671 663 1265 1025"> <thead> <tr> <th>SLKI</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Verbalisasi Mendengar bisikan</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Perilaku Halusiansi</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Intervensi Dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Memonitor perilaku yang mengidentifikasi halusinasi 1.2 Memonitor isi halusinasi 1.4 Mendiskusikan perasaan dan respon terhadap halusinasi 1.5 Menganjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi 1.6 Menganjurkan melakukan distraksi (berdzikir) 1.7 Menganjurkan pasien cara mengontrol halusinasi 	SLKI	Sebelum	Sesudah	Target	Verbalisasi Mendengar bisikan	2	3	5	Perilaku Halusiansi	2	3	5	
SLKI	Sebelum	Sesudah	Target												
Verbalisasi Mendengar bisikan	2	3	5												
Perilaku Halusiansi	2	3	5												

Selasa 10 juni 2025		<p>S : Klien mengatakan suara mengaum pelan dan berkurang O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak tenang saat menceritakan isi halusinasi - Klien lebih tenang disbanding hari sebelumnya - Klien tidak tampak berbicara sendiri <p>A : Masalah Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran Teratasi Sebagian</p> <table border="1" data-bbox="671 568 1265 936"> <thead> <tr> <th>SLKI</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Verbalisasi Mendengar bisikan</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Perilaku halusinasi</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Intervensi Dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Memonitor perilaku yang mengidentifikasi halusinasi 1.2 Memonitor isi halusinasi 1.4 Mendiskusikan perasaan dan respons terhadap halusinasi 1.5 Menganjurkan memonitor situasi terjadinya halusinasi 	SLKI	Sebelum	Sesudah	Target	Verbalisasi Mendengar bisikan	3	4	5	Perilaku halusinasi	2	3	5	
SLKI	Sebelum	Sesudah	Target												
Verbalisasi Mendengar bisikan	3	4	5												
Perilaku halusinasi	2	3	5												

B. Pembahasan

Berdasarkan Asuhan Keperawatan pada klien E Skizofrenia dengan Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran di Yayasan Jams selama 3 hari. Bagian ini penulis akan membahas tentang hasil dari perkembangan pada pasien Skizofrenia dengan masalah utama Halusinasi Pendengaran.

Halusinasi merupakan tanda dan gejala gangguan jiwa yang berupa respon panca indera seperti pendengaran, penglihatan, pengecapan, penciuman serta perabaan terhadap sumber yang tidak nyata (Keliat, 2019). Menurut Nugroho dan Sari (2021), halusinasi adalah persepsi palsu yang dirasakan dengan pasca indera, tetapi tidak mempunyai dasar stimulus dari dunia nyata.

Orang dengan masalah Kesehatan mental adalah mereka yang mengalami perubahan Komdisi mental yang menyebabkan ketidakseimbangan emosi dan perilaku, yang berdampak pada pekerjaan atau aktivitas sehari-hari (Santoso dan Wicaksono, 2021).

Menurut buku Psikiatri Klinis karya Rahmat Hidayat (2022), Halusinasi pendengaran merupakan gejala utama yang menggambarkan gangguan dalam fungsi persepsi sensorik pada pasien dengan gangguan psikotik, dimana suara yang di dengar dapat berupa bisikan, perintah yang dirasakan sangat nyata oleh penderitanya. Pembahasan ini dibahas sesuai dengan teori dan proses keperawatan mulai dari pengkajian, diagnose keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan Langkah paling utama yang menentukan bagi Langkah selanjutnya dan prinsip dalam melakukan asuhan keperawatan. Data utama yang didapatkan di pengkajian halusinasi dapat ditemukan dengan wawancara, isi halusinasi, waktu dan frekuensi yang menimbulkan halusinasi, respon halusinasi (Rohmah, 2019).

Sebelumnya klien pernah mengalami gangguan jiwa yang sama di masa lalu, yaitu pada tahun 2004 dan sempat di rawat di RSJ selama 3 bulan. Setelah itu pasien Kembali pada tahun 2005 di rawat selama 3 minggu, dan terakhir pasien masuk Kembali yang ke 3 kalinya pada tahun 2007 di rawat selama 1 minggu dengan keluhan yang sama yaitu mendengar suara serigala mengaum, terkadang pasien berbicara sendiri dan tertawa sendiri.

2. Diagnosa Keperawatan

Menurut (Sari & Wahyumi, 2019) beberapa diagnosa keperawatan yang sering terjadi pada pasien yang mengalami halusinasi, antara lain :

- a. Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi
- b. Ansietas
- c. Koping Tidak efektif

Berdasarkan hasil penilaian pada kasus Klien E teridentifikasi 1 masalah diambil dengan menyesuaikan buku standar diagnosa keperawatan indonesia yakni Gangguan persepsi sensori halusinasi. Masalah klien diagnosis mengalami Gangguan persepsi sensori halusinasi setelah melaporkan mendengar suara serigala mengaum sebanyak tiga kali dalam sehari, umumnya saat ia sendirian.

3. Intervensi Keperawatan

Tindakan atau serangkaian tindakan yang dilakukan oleh perawat untuk mengurnagi, mengelola, dan membantu pasien mengatasi pengalaman halusinasi sehingga pasien dapat berfungsi secara optimal dan terhindar dari bahaya. Intervensi ini mencakup aspek komunikasi terapeutik, pengelolaan stress, pengamanan pasien, dan pemberian dukungan psikososial (Potter & Perry, 2019).

Pasien Klien E terdiagnosis Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran maka akan dilakukan Intervensi Keperawatan 1.1 Memonitor perilaku yang mengidentifikasi halusinasi, 1.2 Memonitor isi halusinasi, 1.3 Diskusikan perasaan dan respons terhadap halusinasi, 1.4 Anjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi, 1.5 Anjurkan bicara pada orang yang dipercaya untuk memberikan dukungan umpan balik korektif terhadap

halusinasi, 1.6 Anjurkan melakukan distraksi (melakukan terapi berdzikir), 1.7 Menganjurkan pasien cara mengontrol halusinasi.

4. Implementasi

Implementasi keperawatan pada pasien halusinasi bertujuan untuk mengetahui efektivitas intervensi keperawatan dalam mengelola gejala halusinasi

yang di alami pasien, khususnya halusinasi pendengaran yang sering terjadi pada pasien dengan gangguan jiwa skizofrenia (Sari,A.R, 2019). Metode penelitian ini menggunakan pendekatan studi kasus dengan observasi dan wawancara untuk menilai kondisi pasien sebelum dan sesudah intervensi. Implementasi dilakukan selama 3 hari, tindakan yang dilakukan antara lain :

Hari pertama dilakukan pada hari Minggu, 8 Juni 2025 di jam 10.00 klien diberikan terapi : mengidentifikasi isi dan respon klien terhadap halusinasi , kemudian mengajarkan klien cara mengontrol halusinasi, dengan cara menerapkan terapi berdzikir selama 5 – 10 menit. Penulis memberikan terapi berdzikir pada klien dengan skala indikator di hari pertama yaitu verbalisasi mendengar bisikan dan perilaku halusinasi sebelum 2, sesudah 2, target 5 dan analisa belum teratasi . Hari kedua dilakukan pada hari senin 9 juni 2025 di jam 10.00 mengevaluasi kegiatan mengontrol halusinasi dengan berdzikir , mengajarkan klien untuk berbicara dengan orang yang di percaya seperti berbicara pada teman sekamar dengan skala indikator di hari kedua yaitu verbalisasi mendengar bisikan sebelum 2, setelah 3, target 5 dan perilaku halusinasi dengan skala indikator sebelum 2, sesudah 3 target 5 dengan analisa teratasi sebagian . Di hari ketiga pada hari selasa 10 juni 2025 di jam 10.00

mengevaluasi kegiatan berlatih mengontrol halusinasi. Memberikan terapi berdzikir kepada klien dan mengevaluasi cara mengontrol halusinasi dengan berbicara pada orang yang dipercaya dengan skala indikator di hari ketiga verbalisasi mendengar bisikan sebelum 3, sesudah 4, target 5 dan perilaku halusinasi dengan skala indikator sebelum 3, sesudah 3, target 5 dengan analisa teratasi sebagian.

5. Evaluasi

Berdasarkan permasalahan Gangguan Persepsi Sensorik, khususnya halusinasi pendengaran, dapat disimpulkan bahwa masalah keperawatan terkait Gangguan Persepsi Sensorik dapat teratasi secara parsial. Hal ini terjadi apabila tindakan keperawatan yang sesuai dengan intervensi dan implementasi yang telah direncanakan dilaksanakan dengan baik.

BAB V

KESIMPULAN

A. Kesimpulan

1. Pengkajian

Interaksi secara langsung dengan klien tetap terjaga. Penulis menjaga hubungan saling percaya dengan klien saat melakukan pengkajian. Klien E didapatkan bahwa mengalami gejala halusinasi seperti mendengar suara-suara bisikan serta suara serigala mengaum.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa yang muncul di kasus Klien E Gangguan Persepsi Sensori=
Halusinasi Pendengaran

3. Perencanaan dan Implementasi Keperawatan

Menyesuaikan kebutuhan klien yang mengalami masalah persepsi sensori = halusinasi pendengaran

4. Evaluasi

Evaluasi yang telah berhasil dilaksanakan yaitu diagnosa keperawatan dengan Gangguan Persepsi Sensori b.d Halusinasi Pendengaran dengan evaluasi hasil yaitu mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, bercakap-cakap dengan sesama rekan dan mengontrol masalah halusinasi. Masalah halusinasi tercapai sebagian

B. Saran

1. Bagi Universitas, diharapkan untuk mampu mengembangkan ilmu pengetahuan dalam proses pembelajaran dengan Asuhan Keperawatan pada klien dengan Halusinasi Pendengaran
2. Bagi Mahasiswa, dianjurkan untuk meningkatkan kemampuan dan pengetahuan dalam memberikan asuhan keperawatan yang optimal dan bertanggung jawab pada klien khususnya pada klien dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran.
3. Bagi lingkungan Yayasan Jims, untul tetap melayani dan menangani klien dengan halusinasi pendengaran. Perawat harus tetap menjalin komunikasi terauputik sehingga klien dapat mengungkapkan semua permasalahanya dan mampu mengikuti terapi yang telah diberikan