

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA BAPAK B YANG MENGALAMI  
HALUSINASI DI RUANG ELANG RUMAH SAKIT JIWA DAERAH**

**ATMA HUSADA MAHAKAM SAMARINDA**

**KARYA TULIS ILMIAH**



**Oleh :**

**MUHAMMAD WAHYURAMDANI**

**1311308210779**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH**

**SAMARINDA**

**2016**

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang**

Tuntutan dan masalah hidup yang semakin meningkat serta perkembangan teknologi yang pesat menjadi stressor pada kehidupan manusia. Jika individu tidak mampu melakukan coping dengan adaptif, maka individu beresiko mengalami gangguan jiwa. Gangguan jiwa merupakan gangguan pikiran, perasaan atau tingkah laku seseorang sehingga menimbulkan penderitaan dan terganggunya fungsi sehari-hari. Gangguan jiwa disebabkan karena gangguan fungsi sel-sel syaraf di otak, dapat berupa kekurangan maupun kelebihan neurotransmitter atau substansi tertentu (Febrida, 2007).

Secara umum gangguan jiwa bisa di bedakan menjadi dua kategori yaitu psikotik dan non-psikotik yang meliputi gangguan cemas, psikoseksual, kepribadian, alkoholisme, dan menarik diri. Gangguan jiwa psikotik meliputi gangguan jiwa organik dan non- organik. Gangguan jiwa organik meliputi delirium, epilepsi dan demensia, sedangkan gangguan jiwa non-organik meliputi skizofrenia, waham, gangguan mood, psikosa (mania, depresi), gaduh, gelisah, dan halusinasi (Kusumawati, 2010).

WHO, (2009) memperkirakan terdapat 450 juta jiwa diseluruh dunia yang mengalami gangguan mental, sebagian besar dialami oleh orang dewasa muda antara usia 18-21 tahun, hal ini dikarenakan pada usia

tersebut tingkat emosional masih belum terkontrol. Di Indonesia sendiri prevalensi penduduk yang mengalami gangguan jiwa cukup tinggi, data WHO, (2006) mengungkapkan bahwa 26 juta penduduk Indonesia atau kira-kira 12-16 % mengalami gangguan jiwa. Berdasarkan data Departemen Kesehatan, jumlah penderita gangguan jiwa di Indonesia mencapai 2,5 juta jiwa.

Halusinasi adalah salah satu bentuk gangguan jiwa yang menjadi penyebab seseorang dibawa ke Rumah Sakit Jiwa. Berdasarkan data yang diperoleh pasien rawat inap ruang elang Rumah Sakit Atma Husada Mahakam Samarinda berjumlah 103 orang, sedangkan jumlah pasien yang menderita halusinasi ada 53,4 % yang berarti sekitar 48 orang dari jumlah yang ada.

Berdasarkan data di atas halusinasi merupakan masalah utama yang terbanyak terjadi di ruang elang. Dengan fenomena ini menjadi alasan utama penulis membuat karya tulis ilmiah dengan judul "Asuhan keperawatan jiwa pada bapak B dengan masalah utama gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran di ruang Elang Rumah Sakit Jiwa Atma Husada Mahakam Samarinda". Adapun pelaksanaannya di mulai tanggal 9-11 Juni 2016 kemudian hasil dari asuhan keperawatan tersebut dituangkan ke dalam bentuk karya tulis ilmiah.

## **B. Tujuan Penulisan**

Tujuan dari penulisan karya tulis ilmiah adalah :

### 1. Tujuan Umum

Untuk memperoleh gambaran dan pengalaman langsung dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan “ Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran “.

### 2. Tujuan Khusus

Diharapkan setelah memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi, mahasiswa akan dapat :

- a. Melakukan pengkajian pada klien dengan “Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran “.
- b. Merumuskan masalah keperawatan yang timbul pada klien dengan “Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran”.
- c. Merencanakan tindakan keperawatan pada klien dengan “ Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran“.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada klien dengan “Gangguan Persepsi Sensori : Halulsinasi Pendengaran “.
- e. Membuat evaluasi dari tindakan keperawatan pada klien dengan “Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran”.

- f. Membuat dokumentasi keperawatn pada klien dengan  
“ Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran.

### **C. Metode Penulisan**

Dalam penulisan karya tulis ilmiah ini penyusun menggunakan studi kasus. Adapun tekhnik pengumpulan yang digunakan penyusun dalam karya tulis ilmiah ini adalah sebagai berikut :

- a. Observasi

Tekhnik ini digunakan secara langsung untuk mengenali dan mengamati berbagai masalah yang timbul pada klien.

- b. Wawancara

Melakukan Tanya jawab langsung pada klien yang dengan membina hubungan saling percaya antara klien dan perawat.

- c. Pemeriksaan Fisik

Melakukan pemeriksaan keadaan umum klien dengan cara inspeksi, palpasi dan auskultasi.

- d. Studi Kepustakaan

Diambil dari status klien yang ada di ruangan baik berupa catatan perawatan maupun catatan medis.

### **D. Sistematika Penulisan**

Penyusunan karya tulis ilmiah ini terdiri dari 5 BAB yang disusun dengan urutan :

Bab 1   Pendahuluan

Terdiri dari latar belakang, tujuan penulisan, metode penulisan, dan sistematika penulisan.

Bab 2   Tinjauan Pustaka

Terdiri dari pengertian, faktor predisposisi, faktor presipitasi, rentang respon dan asuhan keperawatan.

Bab 3   Tinjauan Kasus

Terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi.

Bab 4   Pembahasan

Yang menguraikan tentang pembahasan dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

Bab 5   Penutup

Terdiri dari kesimpulan dan saran.

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Pengertian

Halusinasi adalah salah satu gejala gangguan jiwa di mana klien mengalami perubahan sensori persepsi, merasakan persepsi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan atau penghiduan. Klien merasa stimulus yang sebetulnya tidak ada (Damayanti, 2008).

Halusinasi dapat didefinisikan sebagai suatu persepsi yang salah tanpa dijumpai adanya rangsangan dari luar (Yosep, 2011). Menurut Direja, (2011) halusinasi merupakan hilangnya kemampuan manusia dalam membedakan rangsangan internal (pikiran) dan rangsangan eksternal (dunia luar). Sedangkan halusinasi menurut Keliat dan Akemat, (2010) adalah suatu gejala gangguan jiwa pada individu yang ditandai dengan perubahan sensori persepsi; merasakan sensasi palsu berupa penglihatan, pengecapan, perabaan penghiduan, atau pendengaran.

Halusinasi pendengaran adalah mendengar suara atau bunyi yang berkisar dari suara sederhana sampai suara yang berbicara mengenai klien sehingga klien berespon terhadap suara atau bunyi tersebut (Stuart, 2007). Halusinasi pendengaran meliputi mendengar suara-suara, paling sering adalah suara orang,

berbicara kepada klien atau membicarakan klien. Mungkin ada satu atau banyak suara, dapat berupa suara orang yang dikenal atau tidak dikenal. Berbentuk halusinasi perintah yaitu suara yang menyuruh klien untuk mengambil tindakan, sering kali membahayakan diri sendiri atau orang lain dan dianggap berbahaya (Videbeck, 2008).

Berdasarkan beberapa pengertian dari halusinasi di atas, penulis dapat menyimpulkan bahwa halusinasi adalah suatu persepsi klien terhadap stimulus dari luar tanpa adanya obyek yang nyata. Sedangkan halusinasi pendengaran adalah dimana klien mendengarkan suara, terutama suara-suara orang yang membicarakan apa yang sedang dipikirkannya dan memerintahkan untuk melakukan sesuatu hal yang kemudian direalisasikan oleh klien dengan tindakan.

## **B. Faktor Predisposisi**

Menurut Yosep, (2011) ada beberapa faktor penyebab terjadinya gangguan halusinasi, yaitu faktor perkembangan, sosiokultural, biokimia, psikologis, genetic dan poala asuh. Adapun penjelasan yang lebih detail dari masing-masing faktor adalah sebagai berikut :

### **a. Faktor Perkembangan**

Tugas perkembangan klien yang terganggu misalnya rendahnya kontrol dan kehangatan keluarga menyebabkan

klien tidak mampu mandiri sejak kecil, mudah frustrasi, hilang percaya diri dan lebih rentan terhadap stress.

b. Faktor Sosikultural

Seseorang yang merasa tidak diterima lingkungannya sejak bayi (*Unwanted child*) akan merasa disingkirkan, kesepian, dan tidak percaya pada lingkungannya.

c. Faktor Biokimia

Mempunyai pengaruh terjadinya gangguan jiwa. Adanya stress yang berlebihan dialami seseorang maka didalam tubuh akan dihasilkan suatu zat yang dapat bersifat halusinogik neurokimia seperti *Buffofenon* dan *Dimetytranferase (DMP)*. Akibat stress berkepanjangan menyebabkan teraktifasinya neurotransmitter otak.

Misalnya terjadi ketidakseimbangan *Acetylcholin* dan *Dopamin*.

d. Faktor psikologis

Tipe kepribadian lemah dan tidak bertanggung jawab mudah terjerumus pada penyalahgunaan zat adiktif. Hal ini berpengaruh pada ketidakmampuan klien dalam mengambil keputusan yang tepat demi masa depannya. Klien lebih memilih kesenangan sesaat dan lari dari alam nyata menuju alam khayal.

e. Faktor genetik dan pola asuh

Penelitian menunjukkan bahwa anak sehat yang diasuh oleh orang tua *Skizofrenia* cenderung mengalami *Skizofrenia*. Hasil studi menunjukkan bahwa faktor keluarga menunjukkan hubungan yang sangat berpengaruh pada penyakit ini.

**C. Faktor Presipitasi**

Menurut Stuart, (2007) ada beberapa faktor presipitasi terjadinya gangguan halusinasi, yaitu faktor biologis, faktor stress lingkungan, dan faktor sumber koping. Adapun penjelasan yang lebih detail dari masing-masing faktor tersebut adalah sebagai berikut ini :

a. Faktor Biologis

Gangguan dalam komunikasi dan putaran balik otak, yang mengatur proses informasi serta abnormalitas pada mekanisme pintu masuk dalam otak yang mengakibatkan ketidakmampuan untuk secara selektif menanggapi stimulus yang diterima oleh otak untuk diinterpretasikan.

b. Faktor Stress lingkungan

Ambang toleransi terhadap stress yang ditentukan secara biologis berinteraksi dengan stressor lingkungan untuk menentukan terjadinya gangguan perilaku.



**Gambar 2.1 Rentang Respon neurobiologist (Stuart, 2007)**

## **E. Asuhan Keperawatan**

### **1. Pengkajian**

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan. Menurut Keliat, (2006) tahap pengkajian terdiri atas pengumpulan data dan perumusan kebutuhan, atau masalah klien. Data yang dikumpulkan meliputi data biologis, psikologis, sosial, dan spiritual. Cara pengkajian lain berfokus pada 5 (lima) aspek, yaitu fisik, emosional, intelektual, sosial dan spiritual. Untuk dapat menjangkau data yang diperlukan, umumnya dikembangkan formulir pengkajian dan petunjuk teknis pengkajian agar memudahkan dalam pengkajian. isi pengkajian meliputi:

- a. Identitas klien.
- b. Keluhan utama/ alasan masuk.
- c. Faktor predisposisi.
- d. Faktor presipitasi.
- e. Aspek fisik/ biologis.
- f. Aspek psikososial.
- g. Status mental.
- h. Kebutuhan persiapan pulang.
- i. Mekanisme koping.
- j. Masalah psikososial dan lingkungan.
- k. Pengetahuan.
- l. Aspek medik.

Pengkajian meliputi beberapa factor yaitu :

1) Faktor Predisposisi

Factor ini meliputi faktor perkembangan, social kultural, psikologis, genetic dan biokimia. Jika tugas perkembangan terhambat dan hubungan terganggu maka individu akan mengalami stress dan kecemasan berbagai factor di masyarakat yang membuat seseorang terisolasi dan kesepian yang mengakibatkan kurangnya rangsangan dari eksternal.

Stress yang berlebihan dapat mengganggu system metabolisme dan tubuh akan mengeluarkan suatu zat yang bersifat halusinogenik hubungan interpersonal yang tidak harmonis pesan ganda dan bertentangan sering mengakibatkan kecemasan dan stress.

2) Faktor Presipitasi

a) Dirumah sakit jiwa rangsang lingkungan yang sering sebagai pencetus terjadinya halusinasi yaitu partisipasi klien dalam kelompok, terlalu lama diajak bicara, objek yang ada di lingkungan suasana sepi ( isolasi ). Suasana diatas dapat meningkatkan stress dan kecemasan yang merangsang tubuh mengeluarkan zat halusinogenik.

b) Berbagai stress dapat menyebabkan timbulnya halusinasi, hubungan interpersonal, masalah dapat meningkatkan cemas dan stress berat akhirnya timbul

halusinasi.

c) Perilaku

Respon klien terhadap halusinasi dapat berupa : curiga, ketakutan, perasaan tidak aman, gelisah, bingung, perilaku merusak diri, kurang perhatian, bicara inkoheren, bicara sendiri tidak dapat membedakan nyata dan tidak nyata.

d) Mekanisme Koping

Progressif merupakan koping yang umum dipakai untuk mengurangi perasaan cemas

## **2. Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan jiwa (Fitria,2009) Meliputi:

- a. Resiko Perilaku kekerasan (diri sendiri, orang lain, lingkungan, dan verbal).
- b. Gangguan sensori persepsi: halusinasi Pendengaran.
- c. Isolasi sosial.

## **3. Intervensi Keperawatan**

Perencanaan yaitu tahapan dari proses keperawatan atau tahap penentuan apa yang akan dilakukan untuk membantu klien. Perencanaan keperawatan terdiri dari tiga aspek yaitu tujuan umum, tujuan khusus, dan rencana tindakan keperawatan. Tujuan umum berfokus pada penyelesaian permasalahan dari diagnosis tertentu. Tujuan umum dapat dicapai jika serangkaian tujuan khusus telah tercapai (Keliat,2010). Adapun perencanaan yang disusun

berdasarkan pohon masalah dan masalah yang menjadi core problem adalah perubahan sensori persepsi : halusinasi .

**a. Diagnosa 1 Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi**

1) Tujuan 1 : Klien dapat membina hubungan saling percaya

a) Kriteria

Ekspresi wajah bersahabt, menejukan rasa senang, ada kontak mata, mau berjabat tangan, mau menyebutkan nama, mau menjawab salam, klien mau duduk berdampingan dengan perawat, mau mengutarakan masalah yang dihadapi.

b) Intervensi

Bina hubungan saling percaya dengan mengungkapkan primnsip komunikasi traupetik :

- Sapa klien dengan ramah baik verbal maupun nonverbal
- Perkenalkan diri dengan sopan
- Tanyakan nama lengkap klien dan nama panggilan yang disukai klien
- Jelaskan tujuan pertemuan
- Jujur dan menepati
- Tunjukkan sikap empati dan menerika klien apa adanya
- Beri perhatian pada klien dan perhatian kebutuhan dasar klien

c) Rasional

Punya bungan saling percaya merupakan dasar untuk kelancaran hubungan interaksi selanjutnya.

2) Tujuan 2 : klien dapat mengenali halusinasi

a) Kriteria :

- klien dapat menyebutkan waktu, isi, frekuensi timbul nya halusinasi
- klien dapat mengungkapkan perasaan terhadap halusinasinya

b) Intervensi

- adakah kontak sering dan singkat secara bertahap.
- observasi tingkah laku klien terkait dengan halusinasinya : bicara dan tertawa tanpa stimulus, memandang ke kiri atau ke kanan atau kedepan seolah-olah ada teman bicara
- Bantu klien mengenali halusianasinya.
- Diskusikan dengan kliem situasi yang menilbulkan atau tidak menimbulkan halusinasi waktu dan frekuensi terjadinya halusinasi (Pagi, siang, sore dan malam atau jika sendiri, jengkel atau sedih)
- Diskusikan dengan klien apa yang dirasakan jika terjadi halusinasi (sedih, senang, takut)

c) Rasional

- Kontak sering tapi singkat selain membina hubungan salinskan halusinasig percaya, juga memutuskan halusinasi
- Mengenal perilaku pada saat halusinasi timbul memudahkan perawat dalam melakukan intervensi.
- Mengenal halusinasi memungkinkan klien untuk menghindarjan faktor pencetus timbulnya halusinasi. Dengan mengetahui waktu,isi dan frekuensi munculnya halusinasi mempermudah tindakan keperawatan yang dilakukan perawat.
- Untuk mengidentifikasi pengaruh halusinasi klien.

3) Tujuan 3 : Klien dapat mengontrol halusinasinya

a) Kriteria

- klien dapat menyebutkan tindakan yang biasa dilakukan untuk mengedalikan halusinasinya.
- klien dapat menyebutkan cara baru
- klien dapat memilih cara mengatasi cara halusinasinya seperti yang telah didiskusikan dengan klien

b) Intervensi

- identifikasi bersama klien cara tindakan yang dilakukam jika terjadi halusinasi (tidur, marah, menyibukan diri dll )
- Diskusikan manfaat cara yang dilakukan klien, jika bermanfaat beri pujian
- Diskusikan cara baru untuk memutus atau mengontrol halusinasi
- bantu klien memilih cara meliatih cara memutuskan halusinasi

c) Rasional

- Upaya untuk memutuskan siklus halusinasi seHINGA halusinasi tidak berlanjut.
- Reinforcement positif akan meningkatkan harga diri klien.
- Memberikan alternatif pilihan bagi klien untuk mengontrol halusinasi
- Memotivasi dapat meningkatkan kegiatan klien.

4) Tujuan 4 : klien dapat dukungan dari keluarga dalam mengontrol halusinasi

a) Kriteria

- klien dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat.

- keluarga dapat menyebutkan pengertian, tanda dan kegiatan untuk mengendalikan halusinasi.

b) Intervensi

- Anjurkan klien untuk memberi tahu keluarga jika mengalami halusinasi
- Diskusikan dengan keluarga (pada saat berkunjung/pada saat kunjungan rumah) : Gejala halusinasi yang di alami, Cara yang dapat dilakukan klien dengan keluarga untuk memutuskan halusinasi, Cara merawat anggota keluarga untuk memutuskan halusinasi dirumah, beri kegiatan, jangan biarkan sendiri, makan bersama, berpergian bersama.
- Beri informasi waktu follow up.

c) Rasional

- Untuk mendapatkan bantuan keluarga mengontrol halusinasi.
- Untuk mengetahui pengetahuan keluarga dan meningkatkan kemampuan pengetahuan tentang halusinasi.

5) Tujuan 5 : klien dapat memanfaatkan obat dengan baik

a) Kriteria

- Klien dapat informasi tentang efek samping obat

- klien dan keluarga dapat menyebutkan manfaat, dosis dan efek samping obat.
- klien dapat mendemostrasikan penggunaan obat secara

b) Intervensi

- Diskusikan dengan klien dan keluarga tentang dosis, frekuensi dan manfaat obat.
- Anjurkan klien minta sendiri obat pada oerawat dan merasakan manfaatnya.
- Bantu klien menggunakan obat dengan prinsip benar

c) Rasional

- Dengan menyebutkan dosis, frekuensi dan manfaat obat.
- Diharapkan klien melaksanakan program pengobatan menilai kemampuan kliem dalam pengobatan mandiri.
- Dengan mengetahui efek samping obat klien akan tahu apa yang harus dilakukan setelah minum obat.

Strategi Pelaksanaan :

1.) Sp 1p :

- a.) Mengidentifikasi jenis halusinasi klien.

- b.) Mengidentifikasi isi halusinasi klien.
- c.) Mengidentifikasi waktu halusinasi klien.
- d.) Mengidentifikasi frekuensi halusinasi klien.
- e.) Mengidentifikasi situasi yang dapat menimbulkan halusinasi klien.
- f.) Mengidentifikasi respon klien terhadap halusinasi klien.
- g.) Mengajarkan klien menghardik halusinasi.
- h.) Menganjurkan ke dalam kegiatan harian.

2.) Sp 2p :

- a.) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien.
- b.) Melatih klien mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain.
- c.) Menganjurkan klien memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian.

3.) Sp 3p :

- a.) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien.
- b.) Melatih klien mengendalikan halusinasi dengan cara melakukan kegiatan.
- c.) Menganjurkan klien memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian.

4.) Sp 4p :

- a.) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien.

- b.) Memberikan penkes tentang penggunaan obat secara teratur.
- c.) Menganjurkan klien memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian klien.

5.) Sp 1 K :

- a.) Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat klien.
- b.) Memberikan pendidikan kesehatan tentang pengertian halusinasi, jenis halusinasi yang dialami klien, tanda dan gejala halusinasi, serta proses terjadinya halusinasi.
- c.) Menjelaskan cara merawat klien dengan halusinasi.

6.) Sp 2 K :

- a.) Melatih keluarga mempratikkan cara merawat klien dengan halusinasi.
- b.) Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada klien halusinasi.

7.) Sp 3 K :

- a.) Membantu keluarga membuat jadwal aktivitas ddirumah termasuk minum obat (*discharge planning*).
- b.) Menjelaskan *pollow up* klien setelah pulang.

## **b. Diagnosa 2 : Isolasi Sosial**

1) Tujuan 1 : klien dapat membina hubungan saling percaya

### a) Kriteria

Ekspresi wajah bersahabt, menejukan rasa senang, ada kontak mata, mau berjabat tangan, mau menyebutkan nama, mau menjawab salam, klien mau duduk berdampingan dengan perawat, mau mengutarakan masalah yang dihadapi.

### b) Intervensi

Bina hubungan saling percaya dengan mengungkapkan primnsip komunikasi traupetik :

- Sapa klien dengan ramah baik verbal maupun nonverbal
- Perkenalkan diri dengan sopan
- Tanyakan nama lengkap klien dan nama panggilan yang disukai klien
- Jelaskan tujuan pertemuan
- Jujur dan menepati
- Tunjukan sikap empati dan menerika klien apa adanya
- Beri perhatian pada klien dan perhatian kebutuhan dasar klien

c) Rasional

Punya bungan saling percaya merupakan dasar untuk kelancaran hubungan interaksi selanjutnya.

2) Tujuan 2 : klien dapat menyebutkan penyebab menarik diri

a) Kriteria

Klien dapat menyebutkan penyebab menarik diri yang berasal dari diri sendiri, orang lain dan lingkungan

b) Intervensi

- Kaji pengetahuan klien tentang perilaku diri dan tanda-tandanya
- Beri kesempatan kepada klien untuk mengungkapkan perasaan penyebab menarik diri atau tidak mau bergaul.
- Diskusikan bersama klien tentang perilaku menarik diri tanda-tanda serta penyebab yang muncul
- Berikan pujian terhadap kemampuan klien menggunakan perasaanya.

c) Rasional

Di ketahuinya penyebab akan dapat dihubungkan dengan faktor resipitasi yang di alami.

3) Tujuan 3 : klien dapat menyebutkan keuntungan dengan berhubungan dengan orang lain dan kerugian tidak berhubungan dengan orang lain.

a) Kriteria

- Klien dapat menyebutkan keuntungan berhubungan dengan orang lain
- Klien dapat menyebutkan kerugian tidak berhubungan dengan orang lain.

b) Intervensi

- Kaji pengetahuan klien tentang manfaat kerugian dan keuntungan
- Diskusikan bersama klien tentang keuntungan berhubungan dengan orang lain
- Beri reinforcement positif tentang kemampuan pengungkapan perasaan tentang berhubungan dengan orang lain.
- Kaji pengetahuan klien tentang manfaat dan kerugian tidak berhubungan dengan orang lain

c) Rasional

- Klien harus coba berinteraksi secara bertahap agar terbiasa membina hubungan yang sehat dengan orang lain.

4) Tujuan 4 klien dapat melaksanakan hubungan sosial secara bertahap.

a) Kriteria

Klien dapat mendemostrasikan hubungan sosial secara bertahap antara :

K – p , K – p – k , K – p – kel, K- p klp.

b) Intervensi

- Kaji kemampuan klien membina hubungan dengan orang lain
- Dorong dan bantu klien untuk berhubungan dengan orang lain , antaranya : K – p , K – p – k , K – p – kel, K- p klp.
- Beri infromement terhadap keberhasilan yang telah dicapai
- Diskusikan jadwal harian yang dapat dilakukan bersama klien dalam mengisi waktu luang
- Motivai klien untuk mengikuti kegiatan ruangan

c) Rasional

Mengevaluasi manfaat yang dirasakan sehingga timbul motivasi untuk beriteraksi.

5) Tujuan 5 : klien dapat mengungkapkan perasaanya setelah berhubungan dengan orang lain

a) Kriteria

Klien dapat mengungkapkan perasaannya setelah berhubungan dengan orang lain : diri sendiri dan orang lain.

b) Intervensi

- Dorong klien untuk mengungkapkan perasaan bila berhubungan dengan orang lain
- Diskusikan dengan klien tentang perasaan manfaat berhubungan dengan orang lain

c) Rasional : -

6) Tujuan 6 : klien dapat memberdayakan sumber pendukung atau keluarga mampu mengembangkan kemampuan klien untuk berhubungan dengan orang lain.

a) Kriteria

Keluarga dapat menjelaskan perasaannya, cara merawat klien menarik diri, mendemonstrasikan cara merawat klien menarik diri, dan berpartisipasi dalam perawatan klien menarik diri.

b) Intervensi

- Bina hubungan saling percaya dengan keluarga (Salam perkenalkan diri, sampaikan tujuan, buat kontrak dan eksplorasi perasaan keluarga)

- Diskusikan dengan anggota keluarga tentang (Perilaku menarik diri, penyebab, akibat dan cara keluarga menghadapi klien menarik diri)
- Dorong anggota keluarga untuk memberikan dukungan kepada klien untuk berkomunikasi
- Beri reinforcement atas hal-hal yang telah dicapai oleh keluarga

c) Rasional

Keterlibatan keluarga sangat mendukung terhadap perubahan perilaku pasien.

Strategi Pelaksanaan :

1.) Sp 1p :

- a.) Mengidentifikasi penyebab isolasi sosial pasien.
- b.) Berdiskusi dengan klien tentang keuntungan berinteraksi dengan orang lain.
- c.) Berdiskusi dengan klien tentang kerugian berinteraksi dengan orang lain.
- d.) Mengajarkan klien cara berkenalan dengan satu orang.
- e.) Mengajukan klien memasukkan kegiatan latihan berbincang-bincang dengan orang lain dalam kegiatan harian.

2.) Sp 2p :

- a.) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien.
- b.) Memberikan kesempatan kepada klien mempratikkan cara berkenalan dengan satu orang.
- c.) Membantu klien memasukkan kegiatan latihan berbincang-bincang dengan orang lain sebagai salah satu kegiatan harian.

3.) Sp 3p :

- a.) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien.
- b.) Memberikan kesempatan kepada klien mempratikkan cara berkenalan dengan dua orang atau lebih.
- c.) Menganjurkan klien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.

4.) Sp 1 K :

Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien. Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala isolasi sosial yang dialami klien beserta proses terjadinya. Menjelaskan cara-cara merawat klien dengan isolasi sosial.

5.) Sp 2 K :

Melatih keluarga mempratikkan cara merawat klien dengan isolasi sosial. Melatih keluarga mempratikkan cara merawat langsung kepada klien isolasi sosial.

6.) Sp 3 K :

Membantu keluarga membuat jadwal aktivitas jadwal aktivitas dirumah termasuk minum obat (discharge planning). Menjelaskan *follow up* klien setelah pulang.

**c. Diagnosa 3 : Resiko Perilaku kekerasan( pada diri sendiri, orang lain dan lingkungan, dan verbal)**

1) Tujuan 1 : klien dapat membina hubungan saling percaya

a) Kriteria

Ekspresi wajah bersahabt, menejukan rasa senang, ada kontak mata, mau berjabat tangan, mau menyebutkan nama, mau menjawab salam, klien mau duduk berdampingan dengan perawat, mau mengutarakan masalah yang dihadapi.

b) Intervensi

Bina hubungan saling percaya dengan mengungkapkan prinsip komunikasi traupetik :

- Sapa klien dengan ramah baik verbal maupun nonverbal

- Perkenalkan diri dengan sopan
- Tanyakan nama lengkap klien dan nama panggilan yang disukai klien
- Jelaskan tujuan pertemuan
- Jujur dan menepati
- Tunjukkan sikap empati dan menerima klien apa adanya
- Beri perhatian pada klien dan perhatian kebutuhan dasar klien

c) Rasional

Punya bungan saling percaya merupakan dasar untuk kelancaran hubungan interaksi selanjutnya.

2) Tujuan 2 : klien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan

a) Kriteria

- Klien dapat mengungkapkan perasaannya
- Klien dapat mengungkapkan penyebab perasaan jengkel/kesal (dari diri sendiri, dari orang lain/lingkungan)

b) Intervensi

- Beri kesempatan untuk mengungkapkan perasaannya

- Bantu klien untuk mengungkapkan penyebab jengkel/kesal

c) Rasional

Beri kesempatan untuk mengungkapkan perasaannya dapat membantu mengurangi stress dan penyebab perasaan jengkel/kesal

3) Tujuan 3 : klien dapat mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan

a) Kriteria

- klien dapat mengungkapkan perasaan saat marah atau jengkel.
- klien dapat menyimpulkan tanda-tanda jengkel/kesal yang dialami.

b) Intervensi

- Anjurkan klien mengungkapkan apa yang dialami saat marah/jengkel
- Observasi tanda perilaku kekerasan pada klien
- Simpulkan bersama klien tanda-tanda jengkel/kesal yang dialami

c) Rasional

- Untuk mengetahui hal yg dialami dan dirasa saat jengkel
- Untuk mengetahui tanda klien jengkel/kesal

- Menarik kesimpulan bersama klien supaya klien mengetahui secara garis besar tanda-tanda marah/jengkel.

4) Tujuan 4 : klien dapat mengidentifikasi perilaku kekerasan yang biasa dilakukan

a) Kriteria

- klien dapat mengungkapkan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan
- klien dapat bermain peran dengan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan
- klien dapat mengetahui cara yang biasa dapat menyesuaikan masalah ayau tidak

b) Intervensi

- Anjurkan klien untuk mengungkapkan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan klien
- Klien dapat bermain peran dengan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan
- Bicarakan dengan klien apakah cara yang klien lakukan masalahnya selesai

c) Rasional

- Mengeksplorasi perasaan klien terhadap perilaku kekerasan yg biasa dilakukan

- Untuk mengetahui perilaku kekerasan yang bias membedakan perilaku konstruktif dan dekskriftif
- Dapat membantu klien dapat menemukan cara yang dapat menyebutksn masalah.

5) Tujuan 5 : klien dapat mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan

a) Kriteria

Klien dapat menjelaskan akibat dari cara yang digunakan klien

b) Intervensi

- Bicarakan akibat/kerugian dari cara yang dilakukan klien
- Bersama klien menyimpulkan akibat cara yang digunakan oleh klien

c) Rasional

Dengan mengetahui perilaku kekerasan diharapkan klien dapat merubah perilaku deskriptif menjadi konstruktif.

6) Tujuan 6 : Klien dapat mengidentifikasi cara konstruktif dalam merespon terhadap kemarahan

a) Kriteria

Klien dapat melakukan cara berespon terhadap kemarahan secara konstruktif

b) Intervensi

- Tanyakan pada klien “apakah ia ingin mempelajari cara baru yang sehat?”
- Berikan pujian mengetahui cara yang lain yang sehat
- Diskusikan dengan klien cara lain yang sehat

c) Rasional

- Dengan mengidentifikasi cara yang konstruktif dalam merespon terhadap kemarahan dapat membantu klien menemukan cara yang baik untuk mengurangi kejengkelan sehingga klien tidak stress lagi.
- *Reinforcement* positif dapat memotivasi klien dan meningkatkan harga dirinya

7) Tujuan 7 : klien dapat mendemonstrasikan cara mengontrol halusinasi

a) Kriteria

klien dapat mendemonstrasikan cara mengontrol perilaku kekerasan (fisik, verbal, dan spiritual)

b) Intervensi

- Bantu klien memilih cara yang paling tepat untuk klien

- Bantu klien mengidentifikasi manfaat cara yang dipilih
- Bantu keluarga untuk menstimulasi cara tersebut
- Anjurkan klien untuk menggunakan cara yang telah dipelajari saat jengkel/marah.

c) Rasional

- Agar klien mengetahui cara marah yang konstruktif
- Pujian dapat meningkatkan motivasi dan harga diri klien
- Agar klien dapat melaksanakan cara yang telah dipilihnya jika ia sedang kesal/jengkel

8) Tujuan 8 : klien mendapat dukungan dalam mengontrol perilaku kekerasan

a) Kriteria

Keluarga klien dapat menyebutkan cara merawat klien berperilaku kekerasan dan mengungkapkan rasa puas dalam merawat klien.

b) Intervensi

- Identifikasi kemampuan keluarga merawat klien dari sikap apa yang telah dilakukan keluarga terhadap klien selama ini

- Jelaskan peran serta keluarga dalam merawat klien
- Jelaskan cara-cara merawat klien

c) Rasional

- Kemampuan keluarga dalam mengidentifikasi akan memungkinkan keluarga untuk melakukan penilaian terhadap perilaku kekerasan
- Meningkatkan pengetahuan keluarga tentang cara merawat klien sehingga keluarga terlihat dalam perawatan klien
- Agar keluarga dapat merawat klien dengan perilaku kekerasan

9) Tujuan 9 : klien dapat menggunakan obat-obatan yang diminum dan kegunaanya

a)Kriteria

- Klien dapat menyebutkan obat-obatan yang diminum dan kegunaanya( jenis, waktu dan efek)
- Klien dapat minum obat sesuai program pengobatan

b) Rasional

- Jelaskan jenis-jenis obat yang diminum klien pada keluarga

- Diskusikan manfaat minum obat dan kerugian berhenti minum obat tanpa seizin dokter
- Jelaskan prinsip benar minum obat
- Ajarkan klien minum obat tepat waktu
- Beri pujian, jika klien minum obat dengan benar.

#### Strategi pelaksanaan

##### 1.) Sp 1p :

- a.) Mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan.
- b.) Mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan.
- c.) Mengidentifikasi perilaku kekerasanyang dilakukan.
- d.) Mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan.
- e.) Menyebutkan cara mengontrol perilaku kekerasan.
- f.) Membantu klien mempratikkan latihan cara mengontrol perilaku kekerasan secara fisik 1 : latihan nafas dalam.
- g.) Menganjurkan klien memasukan kedalam jadwal harian.

##### 2.) Sp 2p :

- a.) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien.
- b.) Melatih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik 2 : pukul kasur dan bantal.

c.) Menganjurkan klien memasukan kedalam kegiatan harian.

3.) Sp 3p :

a.) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien.

b.) Melatih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara sosial/verbal.

c.) Melatih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara sosial/verbal.

4.) Sp 4p :

a.) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien.

b.) Melatih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual.

c.) Menganjurkan klien memasukan kedalam kegiatan harian.

5.) Sp 5p :

a.) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien.

b.) Melatih klien mengotrol perilaku kekerasan dengan cara minum obat.

c.) Menganjurkan klien memasukan kedalam kegiatan harian.

6.) Sp 1k :

a.) Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat klien.

b.) Menjelaskan pengertian perilaku kekerasan, tanda dan gejala perilaku kekerasan, serta proses terjadinya perilaku kekerasan.

7.) Sp 2k :

a.) Melatih keluarga mempraktikan cara merawat klien dengan perilaku kekerasan.

b.) Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada klien perilaku kekerasan.

8.) Sp 3k :

a.) Membantu keluarga membuat jadwal aktivitas di rumah termasuk minum obat (*discharge planning*).

b.) Menjelaskan *follow up* klien setelah pulang.

#### **4. Implementasi**

Intervensi keperawatan ( pelaksanaan ) adalah semua tindakan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien beralih dari status kesehatan saat ini ke staus kesehatan yang diuraikan dalam tujuan dan kriteria hasil. Klien mungkin membutuhkan intervensi daam bentuk dukungn, medikasi, penobatan untuk kondisi terbaru, edukasi klien dan keluarga, atau tindakan untuk mencegah masalah kesehatan dimasa mendatang. ( Gordon, 1995, dikutip oleh Haryanto, D. L, 2007 )

## 5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan kegiatan yang membandingkan antara hasil implementasi dengan kriteria dan standar yang telah ditetapkan untuk melihat keberhasilannya. Evaluasi disusun dengan menggunakan SOAP yang operasional dengan pengertian :

**S:** Adalah ungkapan perasaan adan keluhan yang dirasakan secara subjektif oleh klien dan keluarga setelah diberikan implementasi keperawatan.

**O:** Adalah keadaan objektif yang didefinisikan oleh perawat menggunakan pengamatan yang objektif setelah implementasi keperawatan

**A:** Merupakan analisis perawat setelah mengetahui respon subjektif dan objektif klien yang dibandingkan denmgan kriteria dan standar yang telah ditentukan mengacu pada tujuan rencana keperawatan klien

**P:** Perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisa pada respon pasien yang terdiri dari tindak lanjut klien, dan tindak lanjut oleh perawat. Didalam evaluasi ada terdapat dua menurut Damaiyanti (2014), sebagai berikut

- a. Planning perawat adalah apa tindakan selanjutnya yang akan dilakukan.

- b. Planning klien adalah memotivasi klien agar klien mampu melaksanakan kegiatan hariannya.

BAB 3	TINJAUAN KASUS	
	A. Pengkajian.....	42
	B. Diagnosa Keperawatan.....	52
	C. Perencanaan.....	53
	D. Implementasi.....	66
	E. Evaluasi.....	66
BAB 4	PEMBAHASAN	
	A. Pengkajian.....	71
	B. Diagnosa Keperawatan.....	74
	C. Perencanaan.....	75
	D. Implementasi.....	76
	E. Evaluasi.....	79

**SILAHKAN KUNJUNGI PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH  
KALIMANTAN TIMUR**

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

Setelah melakukan asuhan keperawatan selama 3 hari pada Tn.B dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran di ruang Elang Rumah Sakit Atma Husada Mahakam Samarinda, maka pada bab ini penulis dapat menarik kesimpulan dan saran sebagai berikut :

1. Penulis mampu melakukan pengkajian pada Tn.B dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran. Pada saat pengkajian pada tanggal 09 juni 2016 pukul 08.00 diruang Elang klien mengatakan mendengar suara-suara yang muncul saat klien sendirian dan melamun. Isi suara itu menyuruhnya untuk mencekik ibunya. Klien juga sering mendengar suara orang yang menyuruhnya agar jalan-jalan jauh, suara-suara itu muncul kadang-kadang 2 sampai 3 kali sehari, lama suara-suara itu kurang lebih 7 menit. Saat klien mendengar suara-suara itu klien merasa takut, cemas dan sangat menggsnggu. Mekanisme koping dan sumber koping yang digunakan oleh klien adalah memecahkan masalah dengan memendamnya sendiri (menyendiri).
2. Penulis mampu menentukan masalah keperawatan pada Tn.B dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran. Masalah keperawatan yang muncul sesuai pada pohon masalah bahwa Halusinasi terjadi karena harga diri rendah : isolasi sosial :

menarik diri. Menarik diri bisa menyebabkan masalah utama/*core problem* gangguan persepsi sensori : halusinasi, dari halusinasi bisa menyebabkan resiko mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan.

3. Penulis mampu membuat diagnosa keperawatan pada Tn.B dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi Pendengaran. Berdasarkan pengkajian pada Tn.B secara garis besar ditemukan data subyektif dan data obyektif yang menunjukkan karakteristik Tn.B dengan diagnosa gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran yang ditandai dengan data subyektif Tn.B mengatakan mendengar suara yang menyuruhnya untuk mencekik ibunya, Tn.B juga mendengar suara orang yang menyuruhnya untuk jalan-jalan jauh, suara-suara itu muncul kadang-kadang 2 sampai 3 kali sehari, Tn.B mendengar suara itu saat dia melamun, sendirian dan malam hari. Sedangkan data obyektif yang didapatkan, Tn.B tampak sering bicara sendiri dan klien suka menyendiri jika ada masalah.
4. Penulis mampu membuat intervensi atau rencana keperawatan pada Tn.B dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi Pendengaran. Perencanaan yang dilakukan penulis pada Tn.B dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran ditujukan untuk membina hubungan saling percaya, mengenal dan mengontrol halusinasinya, dan dapat memanfaatkan obat dengan benar.
5. Penulis mampu membuat implementasi atau tindakan keperawatan pada Tn.B dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi

Pendengaran. Tindakan keperawatan yang dilakukan penulis selama 3 hari kepada Tn.B, Tn.B mampu melakukan strategi pelaksanaan 1 sampai 4 yaitu Tn.B telah mampu mengenal halusinasinya, Tn.B mampu mengontrol halusinasinya dengan cara menghardik, bercakap-cakap dengan orang lain, melakukan aktivitas secara terjadwal dan menghapal obat yang di minumnya setiap hari.

6. Penulis mampu mengevaluasi asuhan keperawatan pada Tn.B dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi Pendengaran. Berdasarkan hasil evaluasi yang dilakukan pada Tn.B dengan diagnosa utama yaitu : gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran yang dilakukan selama tiga hari, evaluasi tindakan yang dilakukan penulis semua strategi pelaksanaan. Tn.B berhasil dalam mengenal halusinasinya dan berhasil mengontrol halusinasinya dengan menghardik, bercakap-cakap bersama orang lain, melakukan aktivitas terjadwal dan mengenal obal yang di minumnya setiap hari.. Evaluasi sudah dilakukan penulis sesuai keadaan klien.

## **B. Saran**

Berdasarkan kesimpulan diatas, maka saran yang bisa penulis berikan untuk perbaikan dan peningkatan mutu asuhan keperawatan adalah :

1. Bagi perawat di ruang rawat inap jiwa RS Atma Husada Mahakam Samarinda.

- a. Meningkatkan kemampuan dan kualitas dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien khususnya dengan masalah gangguan persepsi sensoris : halusinasi pendengaran.
- b. Melakukan asuhan keperawatan sesuai dengan SOP (Standar Operasional Prosedur) yang ditetapkan dilanjutkan dengan SOAP pada klien khususnya dengan gangguan persepsi sensoris : halusinasi pendengaran.

2. Bagi instansi pendidikan

Diharapkan pihak instansi pendidikan memberikan waktu yang cukup kepada mahasiswa dalam mengelola studi kasus.

3. Bagi klien

Klien diharapkan mengikuti program terapi yang telah direncanakan oleh dokter dan perawat untuk mempercepat proses kesembuhan klien.

4. Bagi Penulis

Sebagai sarana memperoleh informasi dan pengetahuan serta pengalaman dalam melakukan asuhan keperawatan jiwa pada pasien dengan gangguan persepsi sensoris : halusinasi pendengaran.

## DAFTAR PUSTAKA

Aji, Wahyu Punto. 2012. "Asuhan Keperawatan Gangguan Keamanan Pada Tn. E Dengan Halusinasi Pendengaran Di Bangsal Abimanyu Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta" <http://digilib.stikeskusumahusada.ac.id/download.php?id=234>. (Diakses tanggal 16 juni 2016 jam 09.00 WIB)

Akemat dan Keliat, Budi Anna. 2010. *Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa*. Jakarta : EGC.

Damayanti, Mukhriyah. 2008. *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Bandung : Refika Aditama.

Direja, Ade Herman S. 2011. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta : Nuha Medika.

Febrida. 2007. "Pengaruh Terapi Aktifitas Stimulasi". <http://http.yasir.com/2009/10/pengaruh-terapi-aktifitas-stimulasi.html>. (Diakses tanggal 13 Juni 2016 jam 10.30 WIB).

Rasmun. 2009. *Keperawatan Kesehatan Mental Psikiatri Terintegrasi Dengan Keluarga*. Jakarta : EGC.

Stuart, G.W. 2007. *Buku Saku Keperawatan Jiwa*. Edisi 5. Jakarta : EGC.

Townsend, Mary C. 2006. *Buku Saku Diagnosa Keperawatan Pada Keperawatan Psikiatri: Pedoman Untuk Pembuatan Rencana Perawatan*. Edisi 5. Jakarta : EGC.

Videbeck, Sheila L. 2008. *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta : EGC. Volume 45, 2010-2011. Jakarta : ISFI.

WHO. 2006. "Laporan 26 juta warga Negara Indonesia gangguan jiwa" <http://dir.groups.yahoo.com/group/karismatik/message/615> (Diakses tanggal 13 Juni 2016 jam 10.15 WIB).

Yosep, Iyus. 2011. *Keperawatan Jiwa*. Edisi Revisi. Bandung : Refika Aditama.