

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA BAPAK R YANG MENGALAMI GANGGUAN  
PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI PENDENGARAN DI RUANG  
ELANG RUMAH SAKIT JIWA DAERAH ATMA  
HUSADA MAHAKAN SAMARINDA**

**KARYA TULIS ILMIAH**



Oleh :

**TIARA INDAH SARI**

**NIM : 1311308210803**

**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 koping 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).

Menurut WHO, (2011) mengungkapkan bawah 26 juta penduduk Indonesia pada tahun 2009 yang mengalami Skizofrenia atau kira-kira 12-16 juta mengalami gangguan jiwa. Berdasarkan Departemen kesehatan jumlah penderita gangguan jiwa di Indonesia mencapai 2,5 juta jiwa.

Di Indonesia, Departemen Kesehatan RI (2011) mencatat bahwa 70% gangguan jiwa terbesar adalah Skizofrenia. Skizofrenia adalah

penyakit neurologi yang mempengaruhi persepsi, cara berpikir, emosi dan perilaku sosial pasien (Yosep, 2011).

Diperkirakan lebih dari 90% pasien dengan skizoprenia mengalami halusinasi. Meskipun bentuk halusinasi tersebut bervariasi tetapi sebagian besar pasien skizoprenia di rumah sakit jiwa mengalami halusinasi pendengaran. Suara dapat berasal dari dalam diri individu itu sendiri atau dari luar individu. Suara dapat dikenal (familiar) misalnya suara nenek yang sudah meninggal. Suara dapat tunggal atau multipel. Ia suara dapat memerintahkan sesuatu kepada klien atau sering pada perilaku klien sendiri. Klien sendiri percaya bahwa suara-suara yang muncul semacam bunyi bukan suara yang mendengung arti (Yosep, 2009).

Sedangkan halusinasi merupakan salah satu gejala gangguan jiwa dimana klien mengalami perubahan sensori persepsi, merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan atau penghiduan. Klien merasakan stimulus yang sebetulnya tidak ada (Damaiyanti, 2008). Yosep (2010) mengemukakan pendapat bahwa persepsi yang tanpa dijumpai adanya rangsangan dari luar. Walaupun tampak sebagai sesuatu yang "khayal", halusinasi sebenarnya merupakan bagian dari kehidupan mental penderita yang "tersepsi" yang disebut sebagai Halusinasi. Pada pasien halusinasi ditemukan tanda dan gejala bicara atau tertawa sendiri, mulut komat kamit, menutup telinga, menunjuk-nunjuk kearah tertentu dan marah marah tanpa sebab yang

mengakibatkan pasien dapat mengurung diri ataupun melakukan kekerasan kepada dirinya sendiri atau orang lain sehingga pasien dengan halusinasi perlu diberikan asuhan keperawatan yang komprehensif untuk menyelesaikan masalah yang dialami pasien. (Dierja, 2011)

Chaery (2009), Menyatakan bahwa dampak yang dapat ditimbulkan oleh pasien yang mengalami halusinasi adalah kehilangan kontrol dirinya. Pasien akan mengalami panik dan perilakunya dikendalikan oleh halusinasi. Pada situasi ini pasien dapat melakukan bunuh diri (Suicide), membunuh orang lain (Homicide), bahkan merusak lingkungan untuk memperkecil dampak yang ditimbulkan halusinasi, dibutuhkan penanganan yang tepat.

Menurut catatan Medical record 2016 di Rumah Sakit Jiwa Atma Husada Samarina tahun 2016 menunjukkan bahwa pasien rawat inap yang menderita halusinasi memiliki presentase dengan urutan pertama dari jumlah pasien rawat inap seluruhnya 80 di tahun 2016. Dengan banyaknya angka kejadian halusinasi, semakin jelas bahwa dibutuhkan peran perawat untuk membantu pasien agar dapat mengontrol halusinasinya.

Peran perawat dalam menangani halusinasi di rumah sakit salah satunya melakukan penerapan standar asuhan keperawatan yang

mencakup penerapan strategi pelaksanaan halusinasi. Strategi pelaksanaan adalah penerapan standar asuhan keperawatan terjadwal yang diterapkan pada pasien yang bertujuan untuk mengurangi masalah keperawatan jiwa yang ditangani. Strategi pelaksanaan pada pasien halusinasi mencakup kegiatan mengenal halusinasi, mengajarkan pasien menghardik halusinasi, bercakap-cakap dengan orang lain saat halusinasi muncul, melakukan aktivitas terjadwal untuk mencegah halusinasi, serta minum obat dengan teratur (Akemat dan Keliat, 2010).

Hasil dari beberapa penelitian menunjukkan pemberian asuhan keperawatan sesuai standar dengan penerapan strategi pelaksanaan halusinasi di rumah sakit memberikan dampak perbaikan pada kondisi pasien, serta membantu menurunkan tanda dan gejala halusinasi. Pasien gangguan jiwa yang menjalani rawat inap di rumah sakit banyak yang menunjukkan perbaikan pada kondisinya dan di perbolehkan untuk pulang, akan tetapi banyak juga pasien yang kembali lagi ke rumah sakit, hal ini sebagian besar di sebabkan kurangnya pengarahan terhadap keluarga pasien terkait dengan penanganan dirumah menjelang pasien pulang.

Berdasarkan data dan fenomena diatas khususnya pada Provinsi Kalimantan Timur masalah gangguan jiwa yang paling banyak di alami oleh masyarakat adalah halusinasi dan lebih didominasi halusinasi pendengaran. Pasien dengan halusinasi yang menjalani rawat inap di

rumah sakit kemudian dilakukan penatalaksanaan halusinasi baik farmakologis maupun non-farmakologis banyak yang menunjukkan perbaikan pada kondisinya dan dinyatakan sembuh, akan tetapi banyak juga pasien yang kembali lagi ke rumah sakit. Sehingga timbul pertanyaan penulis, “Bagaimana Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran di Ruang Elang RSJ. Atma Husada Samarinda ? ”

## **B. Tujuan penulisan**

### 1. Tujuan Umum

Menerapkan Asuhan Keperawatan pada pasien dengan dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi Pendengaran.

### 2. Tujuan Khusus

- a. Mampu melakukan pengkajian pada klien dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran.
- b. Mampu menentukan masalah keperawatan pada klien dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran.
- c. Mampu membuat diagnosa keperawatan pada klien dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi Pendengaran
- d. Mampu membuat rencana keperawatan pada klien dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi Pendengaran.

- e. Mampu membuat implementasi keperawatan pada klien dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi Pendengaran.
- f. Mampu mengevaluasi asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi Pendengaran

### **C. Metode penulisan**

Dalam penulisan penelitian proposal karya tulis ilmiah ini penulis menggunakan deskriptif dan dalam pengumpulan penulis menggunakan metode studi kasus dengan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, perencanaan, dan evaluasi.

Cara yang digunakan oleh penulis dalam mengumpulkan data guna penyusunan Karya Tulis Ilmiah, misalnya :

#### **1. Wawancara**

Mengadakan tanya jawab dengan pihak yang terkait : pasien maupun tim kesehatan mengenai data pasien dengan Halusinasi . Wawancara dilakukan selama proses keperawatan berlangsung.

#### **2. Observasi partisipasi**

Dengan mengadakan pendekatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada pasien selama di rumah sakit.

### 3. Studi dokumentasi

Dokumentasi ini diambil dan dipelajari dari catatan medis, catatan perawatan untuk mendapatkan data-data mengenai perawatan maupun pengobatan.

## **D. Manfaat penulisan**

Penulis mengharapkan karya tulis ini dapat memberikan manfaat untuk :

### 1. Profesi perawat

Sebagai bahan masukan dan informasi bagi perawat yang ada di rumah sakit dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan keperawatan jiwa khususnya dengan kasus gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran.

### 2. Klien

Memberikan pengetahuan serta masukan kepada klien tentang cara menangani, merawat, dan mencegah kekambuhan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran.

### 3. Keluarga

Memberikan pengetahuan serta masukan kepada keluarga tentang cara menangani, merawat, mencegah kekambuhan dan berkomunikasi kepada anggota keluarga yang mengalami Gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran.



#### 4. Penulis

Untuk menambah referensi dan kemampuan mengaplikasikan asuhan keperawatan jiwa khususnya pada klien dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran serta mengaplikasikan dalam menerapkan komunikasi terapeutik dengan menggunakan pendekatan SP.

#### **E. Sistematika Penulisan**

BAB I : PENDAHULUAN meliputi Latar Belakang, Tujuan Penulisan, Metode Penulisan, Sistematika Penulisan

BAB II : TINJAUAN PUSTAKA meliputi Pengertian, Rentang Respon, Neurobiologis, Jenis-jenis, Etiologi, Tanda dan Gejala, Batasan Karakteristik, Psikopatologi dan Tahapan Halusinasi, Pohon Masalah, Perencanaan Keperawatan

BAB III : TINJAUAN KASUS meliputi Pengkajian, Diagnosa Keperawatan, Perencanaan Keperawatan, Pelaksanaan, Perencanaan dan Evaluasi.

BAB IV : PEMBAHASAN meliputi Pengkajian, Masalah Keperawatan, Perencanaan Keperawatan, Pelaksanaan Keperawatan dan Evaluasi.

BAB V : PENUTUP meliputi Kesimpulan dan Saran-saran

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Bab ini berisikan teori dan konsep yang mendukung isi karya tulis ilmiah sesuai judul penulis yaitu Asuhan keperawatan jiwa pada bapak R dengan masalah utama gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran diruang Elang Rumah Sakit Jiwa Atma Husada Mahakam Samarinda yang mencakup pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, dan dokumentasi.

#### **A. Pengertian**

Halusinasi adalah salah satu gejala gangguan jiwa dimana klien mengalami perubahan sensori persepsi, merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan, atau prenghidu. Klien merasakan stimulus yang sebetul-betulnya tidak ada. (Damaiyanti,2008) Sedangkan menurut Yosep (2011) Halusinasi dapat didefinisikan sebagai suatu persepsi yang salah tanpa dijumpai adanya rangsangan dari luar. Direja (2011) Mengemukakan Pendapat bahwa hilangnya kemampuan manusia dalam membedakan rangsangan internal (pikiran) dan rangsangan eksternal (dunia luar) merupakan Halusinasi.

Menurut Videbeck (2008) 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.

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.

### **Jenis-Jenis Halusinasi**

Halusinasi dibagi menjadi beberapa jenis, yaitu sebagai berikut (Maramis, 2006) :

1. Halusinasi penglihatan (visual, optik) adalah perasaan melihat sesuatu objek tetapi pada kenyataannya tidak ada
2. Halusinasi pendengaran (auditif, akustik) adalah perasaan mendengar suara-suara, berupa suara manusia, hewan atau mesin, barang atau kejadian alamiah dan musik

3. Halusinasi peciuman (olfaktorik) adalah perasaan mencium sesuatu bau atau aroma tetapi tidak ada.
4. Halusinasi pengecapan (gustatorik) adalah kondisi merasakan sesuatu rasa tetapi tidak ada dalam mulutnya, seperti rasa logam.
5. Halusinasi peraba (taktil) adalah kondisi merasa diraba, disentuh, ditiup, disinari atau seperti ada ulat bergerak di bawah kulitnya.
6. Halusinasi kinestetik adalah kondisi merasa badannya bergerak dalam sebuah ruang, atau anggota badannya bergerak.

## **B. Tanda dan Gejala**

Keliat (2009) menggambarkan tanda dan gejala halusinasi dapat diketahui dari data subjektif dan objektif yaitu :

Tabel 2.1 tanda dan gejala halusinasi

Jenis Halusinasi	Data objektif	Data subjektif
Pendengaran	Bicara, tertawa sendiri, marah-marah, mecondongkan telinga kearah tertentu, curiga, bermusuhan	Mendengar suara-suara kegaduhan, bercakap-cakap, mendengar suara perintah untuk melakukan sesuatu yang berbahaya
Penglihatan	Menunjuk-nunjuk kearah tertentu, ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas.	Melihat bayangan, sinar, sosok tertentu seperti hantu dan monster
Penghidu	Tampak mencium bau-bauan tertentu, menutup hidung	Mencium bau-bauan seperti darah, urin, feses, dan bau yang menyenangkan
Pengecap	Sering meludah atau muntah	Merasakan seperti darah, urin, feses
Peraba	Menggaruk-garuk permukaan kulit	Merasakan ada serangga, tersengat serangga, dan tersengat listrik

### **C. Tahap Perkembangan**

Menurut (Yosep, 2012) ada 4 tahapan dalam karakteristik perilaku pasien yaitu: *comforting*, *condemning*, *controlling* dan *conquering*. Maka akan penulis jabarkan sebagai berikut:

#### 1. Tahap I (*comforting*)

- a. Memberi rasa nyaman tingkat ansietas sedang secara umum, halusinasi merupakan suatu kesenangan.
- b. Mengalami ansietas, kesepian, rasa bersalah dan ketakutan.
- c. Mencoba berfokus pada pikiran yang dapat menghilangkan ansietas.
- d. Fikiran dan pengalaman sensoris masih ada dalam control kesadaran non psikotik.
- e. Mengerakkan bibir tanpa suara
- f. Pergerakan mata yang cepat.
- g. Respon verbal yang lambat.
- h. Diam dan berkonsentrasi.

#### 2. Tahap II (*condemning*)

- a. Menyalahkan.
- b. Tingkat kecemasan berat secara umum halusinasi menyebabkan perasaan antisipasi.
- c. Pengalaman sensoris menakutkan.
- d. Merasa dilecehkan oleh pengalaman sensoris tersebut.

- e. Mulai merasakan kehilangan control.
- f. Menarik diri dari orang non psikotik
- g. Terjadi peningkatan denyut jantung, pernafasan, dan tekanan darah.
- h. Perhatian dengan lingkungan berkurang.
- i. Konsentrasi terhadap pengalaman sensori kerja.

### 3. Tahap III (*controlling*)

- a. Mengontrol.
- b. Tingkat kecemasan berat.
- c. Pengalaman halusinasi tidak dapat di tolak lagi.
- d. Pasien menyerah dan memnerima pengalaman halusinasi.
- e. Kesepian bila pengalaman sensori berakhir psikotik.
- f. Perintah halusinasi ditaati.
- g. Sulit berhubungan dengan orang lain.
- h. Perhatian terhadap lingkungan berkurang hanya beberapa detik.
- i. Tidak mampu mengikuti perintah dari perawat, tremor, dan berkeringat.

### 4. Tahap IV (*conquerig*)

- a. Pasien sudah dikuasai halusinasi
- b. Pasien panik pengalaman sensori mungkin menakutkan jika individu tidak mengikuti perintah halusinasi, biar berlangsung dalam beberapa jam atau hari apabila tidak ada.

## D. Faktor Predisposisi

Menurut Stuart (2007), faktor predisposisi terjadinya halusinasi adalah:

### 1. Biologis

Abnormalitas perkembangan sistem saraf yang berhubungan dengan respon neurobiologis yang maladaptif baru mulai dipahami. Ini ditunjukkan oleh penelitian-penelitian yang berikut:

- a. Penelitian pencitraan otak sudah menunjukkan keterlibatan otak yang lebih luas dalam perkembangan skizofrenia. Lesi pada daerah frontal, temporal dan limbik berhubungan dengan perilaku psikotik.
- b. Beberapa zat kimia di otak seperti dopamin neurotransmitter yang berlebihan dan masalah-masalah pada system reseptor dopamin dikaitkan dengan terjadinya skizofrenia.
- c. Pembesaran ventrikel dan penurunan massa kortikal menunjukkan terjadinya atropi yang signifikan pada anak manusia. Pada anatomi otak klien dengan skizofrenia kronis, ditemukan pelebaran lateral ventrikel, atropi korteks bagian depan dan atropi otak kecil (*cerebellum*). Temuan kelainan anatomi otak tersebut didukung oleh otopsi (*post-mortem*).

### 2. Psikologis

Keluarga, pengasuh dan lingkungan klien sangat mempengaruhi respon dan kondisi psikologis klien. Salah satu



sikap atau keadaan yang dapat mempengaruhi gangguan orientasi realitas adalah penolakan atau tindakan kekerasan dalam rentang hidup klien.

### 3. Sosial budaya

Kondisi sosial budaya mempengaruhi gangguan orientasi realita seperti: kemiskinan, konflik sosial budaya (perang, kerusuhan, bencana alam) dan kehidupan yang terisolasi disertai stress.

## **E. Faktor Presipitasi**

Secara umum klien dengan gangguan halusinasi timbul gangguan setelah adanya hubungan yang bermusuhan, tekanan, isolasi, perasaan tidak berguna, putus asa dan tidak berdaya. Penilaian individu terhadap stressor dan masalah coping dapat mengindikasikan kemungkinan kekambuhan (Keliat, 2006).

Menurut Stuart (2007), faktor presipitasi terjadinya gangguan halusinasi adalah:

### 1. 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.

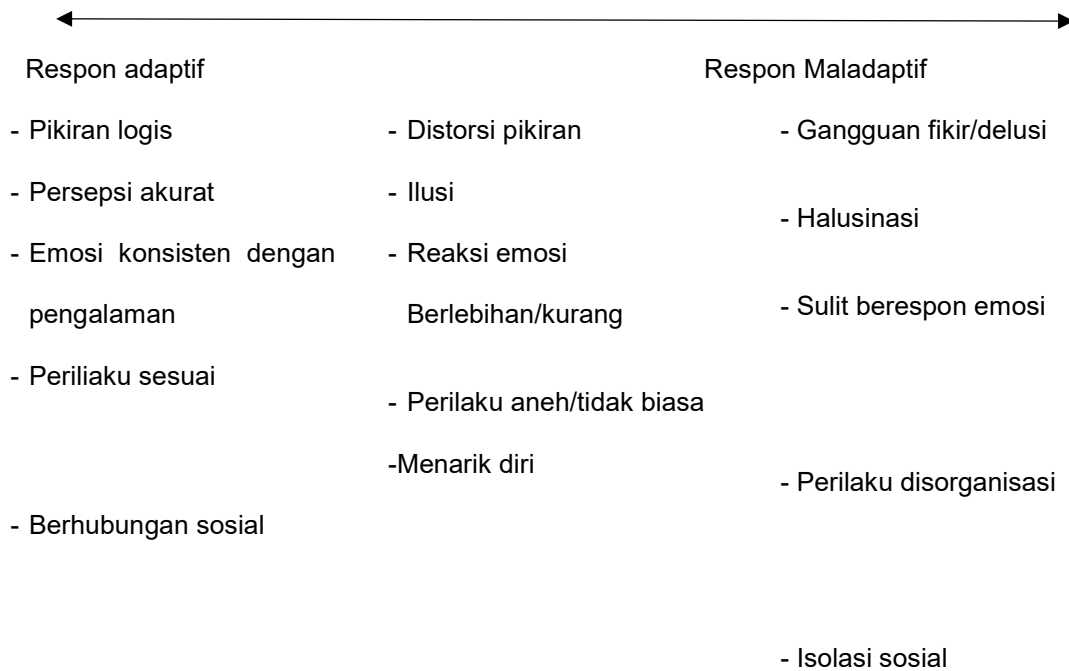
## 2. Stress Lingkungan

Ambang toleransi terhadap stress yang berinteraksi terhadap stressor lingkungan untuk menentukan terjadinya gangguan perilaku.

## 3. Sumber Koping

Sumber koping mempengaruhi respon individu dalam menanggapi stressor.

### F. Rentang Respon



Gambar 2.1 rentang respon adaptif dan maladaptif

## **G. Asuhan Keperawatan**

Asuhan Keperawatan merupakan proses atau rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan yang diberikan secara langsung kepada klien/ pasien di berbagai tatanan pelayanan kesehatan. Dilaksanakan berdasarkan kaidah-kaidah Keperawatan sebagai suatu profesi yang berdasarkan ilmu dan kiat keperawatan, bersifat humanistic, dan berdasarkan pada kebutuhan objektif klien untuk mengatasi masalah yang dihadapi klien.

Proses keperawatan bertujuan untuk memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan masalah dan kebutuhan pasien sehingga pelayanan keperawatan menjadi optimal. Berikut tahap-tahap proses keperawatan tersebut adalah:

### **1. Pengkajian**

Pengkajian merupakan tahap awal proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien.

Isi pengkajian keperawatan jiwa meliputi:

- a. Identitas pasien
- b. Keluhan utama/alasan masuk
- c. Faktor predisposisi
- d. Aspek fisik

- e. Psikososial
- f. Status mental
- g. Kebutuhan persiapan pulang
- h. Mekanisme koping
- i. Masalah psikososial dan lingkungan
- j. Pengetahuan
- k. Aspek medis

Data yang diperoleh dapat di kelompokkan menjadi dua macam, seperti berikut :

- a. Data subjektif adalah data yang disampaikan secara lisan oleh pasien dan keluarga melalui wawancara perawat kepada pasien dan keluarga.
- b. Data objektif adalah data yang ditemukan secara nyata oleh perawat melalui observasi atau pemeriksaan langsung.

## 2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah penilaian teknik mengenai respon individu dan keluarga terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual maupun potensial (NANDA,2012).

Diagnosa keperawatan adalah respon individu pada masalah yang diperoleh pada saat pengkajian. Masalah potensial adalah masalah yang mungkin timbul kemudian hari. (ANA,2013).

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. Rencana keperawatan

Rencana keperawatan mencakup perumusan diagnosis, tujuan serta rencana tindakan yang telah distandarisasi (Keliat dan Akemat, 2009).

**Diagnosa 1 Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Pendengaran**

1) Tujuan 1 : Klien dapat membina hubungan saling percaya

a) Kriteria

Ekspresi wajah bersahabat, menunjukkan 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

(1)Bina hubungan saling percaya dengan mengungkapkan prinsip komunikasi terapeutik :

(2)Sapa klien dengan ramah baik verbal maupun nonverbal

(3)Perkenalkan diri dengan sopan

(4)Tanyakan nama lengkap klien dan nama panggilan yang disukai klien

(5)Jelaskan tujuan pertemuan

(6)Jujur dan menepati

(7)Tunjukkan sikap empati dan menerika klien apa adanya

(8)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

(1)klien dapat menyebutkan waktu, isi, frekuensi timbul nya halusinasi

(2)klien dapat mengungkapkan perasaan terhadap halusinasinya

b) Intervensi

(1)adakah kontak sering dan singkat secara bertahap.

(2)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

(3) Bantu klien mengenali halusinasinya.

(4) Diskusikan dengan klien situasi yang menimbulkan atau tidak menimbulkan halusinasi waktu dan frekuensi terjadinya halusinasi (Pagi, siang, sore dan malam atau jika sendiri, jengkel atau sedih)

(5) Diskusikan dengan klien apa yang dirasakan jika terjadi halusinasi (sedih, senang, takut)

c) Rasional

(1) Kontak sering tapi singkat selain membina hubungan salinkan halusinasi percaya, juga memutuskan halusinasi

(2) Mengenali perilaku pada saat halusinasi timbul memudahkan perawat dalam melakukan intervensi.

(3) Mengenail halusinasi memungkinkan klien untuk menghindarkan faktor pencetus timbulnya halusinasi. Dengan mengetahui waktu, isi dan frekuensi munculnya halusinasi mempermudah tindakan keperawatan yang dilakukan perawat.

(4) Untuk mengidentifikasi pengaruh halusinasi klien.

3) Tujuan 3 : Klien dapat mengontrol halusinasinya

a) Kriteria

(1) klien dapat menyebutkan tindakan yang biasa dilakukan untuk mengedalikan halusinasinya.

(2) klien dapat menyebutkan cara baru

(3) klien dapat memilih cara mengatasi cara halusinasinya seperti yang telah didiskusikan dengan klien

b) Intervensi

(1) identifikasi bersama klien cara tindakan yang dilakukan jika terjadi halusinasi (tidur, marah, menyibukan diri dll )

(2) Diskusikan manfaat cara yang dilakukan klien, jika bermanfaat beri pujian

(3) Diskusikan cara baru untuk memutus atau mengontrol halusinasi

(4) bantu klien memilih cara meliatih cara memutuskan halusinasi

c) Rasional

(1) Upaya untuk memutuskan siklus halusinasi sehingga halusinasi tidak berlanjut.

(2) Reinforcement positif akan meningkatkan harga diri klien.

(3) Memberikan alternatif pilihan bagi klien untuk mengontrol halusinasi

(4) Memotivasi dapat meningkatkan kegiatan klien.



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

a) Kriteria

(1)klien dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat.

(2)keluarga dapat menyebutkan pengertian, tanda dan kegiatan untuk mengendalikan halusinasi.

b) Intervensi

(1)Anjurkan klien untuk memberi tahu keluarga jika mengalami halusinasi

(2)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.

(3)Beri informasi waktu follow up.

c) Rasional

(1)Untuk mendapatkan bantuan keluarga mengontrol halusinasi.

(2) Untuk mengetahui pengetahuan keluarga dan meningkatkan kemampuan pengetahuan tentang halusinasi.

5) Tujuan 5 : klien dapat memanfaatkan obat dengan baik

a) Kriteria

(1) Klien dapat informasi tentang efek samping obat

(2) klien dan keluarga dapat menyebutkan manfaat, dosis dan efek samping obat.

(3) klien dapat mendemostrasikan penggunaan obat secara

b) Intervensi

(1) Diskusikan dengan klien dan keluarga tentang dosis, frekuensi dan manfaat obat.

(2) Anjurkan klien minta sendiri obat pada oerawat dan merasakan manfaatnya.

(3) Bantu klien menggunakan obat dengan prinsip benar

c) Rasional

(1) Dengan menyebutkan dosis, frekuensi dan manfaat obat.

(2) Diharapkan klien melaksanakan program pengobatan menilai kemampuan klien dalam pengobatan mandiri.

(3) Dengan mengetahui efek samping obat klien akan tahu apa yang harus dilakukan setelah minum obat.

**a. Diagnosa 2 : Isolasi Sosial**

**1) Tujuan 1 : klien dapat membina hubungan saling percaya**

a) Kriteria

Ekspresi wajah bersahabat, 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

(1)Bina hubungan saling percaya dengan mengungkapkan prinsip komunikasi terapeutik :

(2)Sapa klien dengan ramah baik verbal maupun nonverbal

(3)Perkenalkan diri dengan sopan

(4)Tanyakan nama lengkap klien dan nama panggilan yang disukai klien

(5)Jelaskan tujuan pertemuan

(6)Jujur dan menepati

(7)Tunjukkan sikap empati dan menerima klien apa adanya

(8)Beri perhatian pada klien dan perhatian kebutuhan dasar klien

c) Rasional

Punya hubungan 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

(1)Kaji pengetahuan klien tentang perilaku diri dan tandatandanya

(2)Beri kesempatan kepada klien untuk mengungkapkan perasaan penyebab menarik diri atau tidak mau bergaul.

(3)Diskusikan bersama klien tentang perilaku menarik diri tanda-tanda serta penyebab yang muncul

(4)Berikan pujian terhadap kemampuan klien menggunakan perasaannya.

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

(1)Klien dapat menyebutkan keuntungan berhubungan dengan orang lain

(2)Klien dapat menyebutkan kerugian tidak berhubungan dengan orang lain.

b) Intervensi

(1)Kaji pengetahuan klien tentang manfaat kerugian dan keuntungan

(2)Diskusikan bersama klien tentang keuntungan berhubungan dengan orang lain

(3)Berikan reinforcement positif tentang kemampuan mengungkapkan perasaan tentang berhubungan dengan orang lain.

(4)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) Intrvensi

(1)Kaji kemampuan klien membina hubungan dengan orang lain

(2)Dorong dan bantu klien untuk berhubungan dengan orang lain , antaranya : K – p , K – p – k , K – p – kel, K- p klp.

(3)Beri infrocement terhadap keberhasilan yang telah dicapai

(4)Diskusikan jadwal harian yang dapat dilakukan bersama klien dalam mengisi waktu luang

(5)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

(1) Dorong klien untuk mengungkapkan perasaan bila berhubungan dengan orang lain

(2) 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

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

(2) Diskusikan dengan anggota keluarga tentang (Perilaku menarik diri, penyebab, akibat dan cara keluarga menghadapi klien menarik diri)

(3) Dorong anggota keluarga untuk memberikan dukungan kepada klien untuk berkomunikasi

(4) Beri reinforcement atas hal-hal yang telah dicapai oleh keluarga

c) Rasional

Keterlibatan keluarga sangat mendukung terhadap perubahan perilaku pasien.

**b. Diagnosa 3 : Harga Diri Rendah Kronik**

1) Tujuan 1 : klien dapat membina hubungan saling percaya

a) Kriteria

Ekspresi wajah bersahabat, menunjukkan 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

(1) Bina hubungan saling percaya dengan mengungkapkan prinsip komunikasi terapeutik.

(2) Sapa klien dengan ramah baik verbal maupun nonverbal



(3)Perkenalkan diri dengan sopan

(4)Tanyakan nama lengkap klien dan nama panggilan yang disukai klien

(5)Jelaskan tujuan pertemuan

(6)Jujur dan menepati

(7)Tunjukkan sikap empati dan menerima klien apa adanya

(8)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 kemampuan dan aspek positif yang dimiliki.

a) Kriteria

Klien mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki (Kemampuan yang dimiliki klie, keluarga, lingkungan)

b) Intervensi

(1)Diskusikan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki klien

(2) Setiap bertemu klien hindarkan dari memberi nilai negatif

(3) Utamakan memberi pujian yang realistis.

c) Rasional

(1) Diskusikan tingkat kemampuan klien seperti menilai realistis, kontrol diri atau integritas ego sebagai dasar asuhan keperawatan.

(2) *Reinforcement* positif akan meningkatkan harga diri.

(3) Pujian realistis tidak menyebabkan melakukan kegiatan hanya karena ingin mendapat pujian.

3) Tujuan 3 : klien dapat menilai kemampuan yang digunakan

a) Kriteria

Klien menilai kemampuan yang dapat digunakan

b) Intervensi

(1) Diskusikan dengan klien kemampuan yang masih dapat digunakan selama sakit

(2) Diskusikan kemampuan yang dapat dilanjutkan penggunaan

c) Rasional

(1) Keterbukaan dan pengertian kemampuan yang dimiliki adalah prasarat untuk berubah

(2) Pengertian tentang kemampuan yang dimiliki dari motivasi untuk tetap mempertahankan penggunaannya.

4) Tujuan 4 : klien dapat menetapkan kegiatan sesuai dengan kemampuan yang dimiliki.

a) Kriteria

Klien membuat rencana tindakan harian

b) Intervensi

(1)Rencana bersama klien aktifitas yang dapat dilakukan sesuai kemampuan (Kegiatan mandiri, bantuan harian, dan bantuan total)

(2)Tingkatkan kegiatan yang sesuai dengan toleransi kondisi klien

(3)Beri contoh cara pelaksanaan kegiatan yang boleh klien lakukan

c) Rasional

(1)Klien adalah individu yang bertanggung jawab terhadap dirinya sendiri.

(2)Klien perlu bertindak secara realistis dalam kehidupannya

5) Tujuan 5 : klien melakukan kegiatan sesuai kondisi sakit

a) Kriteria

Klien melakukan kegiatan sesuai kondisi sakit dan kemampuannya.

b) Intervensi

(1) Beri kesempatan kepada klien untuk mencoba kegiatan yang telah direncanakan

(2) Beri pujian atas keberhasilan klien

(3) Diskusikan kemungkinan pelaksanaan di rumah

c) Rasional

*Reinforcement* positif akan meningkatkan harga diri, memberikan kesempatan kepada klien untuk tetap melakukan kegiatan yang biasa dilakukan.

6) Tujuan 6 : klien dapat memanfaatkan sistem pendukung yang ada.

a) Kriteria

Klien dapat memanfaatkan sistem pendukung yang ada di keluarga

b) Intervensi

(1) Beri pendidikan kesehatan pada keluarga tentang cara merawat klien tentang harga diri rendah

(2) Bantu keluarga memberikan dukungan selama klien dirawat

(3) Bantu keluarga menyiapkan lingkungan rumah

c) Rasional

Mendorong keluarga untuk mampu merawat klien mandiri di rumah dan meningkatkan peran serta dalam merawat klien.

**c. Diagnosa 4 : Resiko Perilaku kekerasan(Pada diri sendiri, orang lain, lingkungan verbal)**

**1) Tujuan 1 : klien dapat membina hubungan saling percaya**

a) Kriteria

Ekspresi wajah bersahabat, menunjukkan 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 terapeutik :

(1) Sapa klien dengan ramah baik verbal maupun nonverbal

(2) Perkenalkan diri dengan sopan

(3) Tanyakan nama lengkap klien dan nama panggilan yang disukai klien

- (4)Jelaskan tujuan pertemuan
- (5)Jujur dan menepati
- (6)Tunjukkan sikap empati dan menerika klien apa adanya
- (7)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

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

b) Intervensi

- (1)Beri kesempatan untuk mengungkapkan perasaannya
- (2)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

(1)klien dapat mengungkapkan perasaan saat marah atau jengkel

(2)klien dapat menyimpulkan tanda-tanda jengkel/kesal yang dialami

b) Intervensi

(1)Anjurkan klien mengungkapkan apa yang dialami saat marah/jengkel

(2)Observasi tanda perilaku kekerasan pada klien

(3)Simpulkan bersama klien tanda-tanda jengkel/kesal yang dialami

c) Rasional

(1)Untuk mengetahui hal yg dialami dan dirasa saat jengkel

(2)Untuk mengetahui tanda klien jengkel/kesal

(3)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

- (1) klien dapat mengungkapkan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan
- (2) klien dapat bermain peran dengan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan
- (3) klien dapat mengetahui cara yang biasa dapat menyesuaikan masalah ayau tidak

b) Intervensi

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

c) Rasional

- (1) Mengeksplorasi perasaan klien terhadap perilaku kekerasan yg biasa dilakukan
- (2) Untuk mengetahui perilaku kekerasan yang bias membedakan perilaku konstruktif dan dekskriftif
- (3) 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

(1) Bicarakan akibat/kerugian dari cara yang dilakukan klien

(2) 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

(1) Tanyakan pada klien "apakah ia ingin mempelajari cara baru yang sehat?"

(2) Berikan pujian mengetahui cara yang lain yang sehat

(3) Diskusikan dengan klien cara lain yang sehat

c) Rasional

(1) Dengan mengidentifikasi cara yang konstruktif dalam merespon terhadap kemarahan dapat membantu klien menemukan cara yang baik untuk mengurangi kejengkelan sehingga klien tidak stress lagi.

(2) *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

(1) Bantu klien memilih cara yang paling tepat untuk klien

(2) Bantu klien mengidentifikasi manfaat cara yang dipilih

(3) Bantu keluarga untuk menstimulasi cara tersebut

(4) Anjurkan klien untuk menggunakan cara yang telah dipelajari saat jengkel/marah.

c) Rasional

(1) Agar klien mengetahui cara marah yang konstruktif

(2) Pujian dapat meningkatkan motivasi dan harga diri klien

(3) 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

(1) Identifikasi kemampuan keluarga merawat klien dari sikap apa yang telah dilakukan keluarga terhadap klien selama ini

(2) Jelaskan peran serta keluarga dalam merawat klien

(3) Jelaskan cara-cara merawat klien

c) Rasional

(1) Kemampuan keluarga dalam mengidentifikasi akan memungkinkan keluarga untuk melakukan penilaian terhadap perilaku kekerasan

(2) Meningkatkan pengetahuan keluarga tentang cara merawat klien sehingga keluarga terlihat dalam perawatan klien

(3) Agar keluarga dapat merawat klien dengan perilaku kekerasan

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

a) Kriteria

(1) Klien dapat menyebutkan obat-obatan yang diminum dan kegunaanya ( jenis, waktu dan efek)

(2) Klien dapat minum obat sesuai program pengobatan

b) Intervensi

(1) Jelaskan jenis-jenis obat yang diminum klien pada keluarga

(2) Diskusikan manfaat minum obat dan kerugian berhenti minum obat tanpa seizin dokter

(3) Jelaskan prinsip benar minum obat

(4) Ajarkan klien minum obat tepat waktu

(5) Beri pujian, jika klien minum obat dengan benar.

c) Rasional

(1) Klien dan keluarga dapat mengetahui nama-nama obat yang diminum oleh klien

(2) Klien dan keluarga dapat mengetahui kegunaan obat yang dikonsumsi klien

- (3)Klien dan keluarga mengetahui prinsip benar agar tidak terjadi kesalahan dalam mengkonsumsi obat
- (4)Mengetahui efek samping sedini mungkin sehingga tindakan dapat dilakukan sesegera mungkin untuk menghindari komplikasi
- (5)*Reinforcemet* positif dapat memotivasi keluarga dan klien serta dapat meningkatkan harga diri.

## **STRATEGI PELAKSAAN PADA DIAGNOSA GANGGUAN SENSORI**

### **PERSEPSI : HALUSINASI PEDENGARAN**

- a. Strategi Pelaksanaan pada Pasien Gangguan sensori persepsi :  
halusinasi pendengaran
  - 1) Sp 1 ppasien
    - a) Mengidentifikasi jenis halusinasi
    - b) Mengidentifikasi isi Halusinasi klien
    - c) Mengidentifikasi waktu Halusinasi klien
    - d) Mengidentifikasi frekuensi Halusinasi klien
    - e) Mengidentifikasi situasi yang dapat menimbulkan halusinasi
    - f) Mengidentifikasi respon klien terhadap halusinasi klien
    - g) Mengajarkan klien menghardiks

h) Mengajarkan klien memasukan cara menghardiks ke dalam kegiatan harian.

2) Sp 2 ppasien

a) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian

b) Melatih klien mengendalikan halusinasi

c) Mengajarkan klien memasukan kedalam jadwal kegiatan harian.

3) Sp 3 ppasien

a) Mengevaluasi jadwal kgiatan klien

b) Melatih klien mengendalikan Halusinasi

c) Mengajarkan klien memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian

4) Sp 4 ppasien

a) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien

b) Memberikan penkes tentang penggunaan obat secara teratur

c) Mengajarkan klien memasukan kedalam jadwal kegiatan harian

b. Strategi Pelaksanaan pada Keluarga Gangguan sensori persepsi : Halusinasi Pendengaran

1) Sp 1 Kkeluarga

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

2) Sp 2 Kkeluarga

- a) Melatih keluarga mempraktikan cara merawat klien dengan Halusinasi
- b) Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada klien Halusinasi

3) Sp 3 Kkeluarga

- a) Membantu keluarga membuat jdwal aktivitas dirumah termasuk minnum obat(discharge planning)
- b) Menjelaskan pollow up klien setelah pulang

4. Pelaksanaan Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Pada situasi nyata tindakan keperawatan sering kali jauh berbeda dengan rencana. Hal ini terjadi karena perawat belum terbiasa menggunakan tertulis dalam melaksanakan tindakan keperawatan. Yang biasa dilakukan perawat adalah

menggunakan rencana tidak tertulis, yaitu cara yang dipikirkan, dirasakan, itu yang dilaksanakan. (Keliat, 2009)

a. Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran

1) Strategi Pelaksanaan Pada Klien

a) BHSP

b) Klien mengenali halusinasi (Isi, jenis, frekuensi, waktu, penyebab, dan respon halusinasi)

c) Sebutkan cara mengontrol halusinasi (Menghardiks, berbincang-bincang, melakukan kegiatan dan minum obat)

d) Latih klien cara mengontrol halusinasi

e) Mengevaluasi cara mngontrol halusinasi setiap pertemuan dan anjurkan memasukan jadwal kegiatan

2) Strategi Pelaksanaan pada Keluarga

a) Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat klien

b) Memberikan pendidikan kesehatan tentang penngertian halusinasi, jenis halusinasi yang di alami klien serta proses terjadinya halusinasi.

c) Membantu keluarga membuat jadwal aktivitas dirumah termasuk minum obat



b. Isolasi Sosial

1) Strategi pelaksanaan pada klien

a) BHSP

b) Mengidentifikasi penyebab isolasi sosial

c) Mengidentifikasi kerugian dan keuntungan berinteraksi dengan orang lain

d) Mengajarkan cara berkenalan dengan orang lain

e) Mengajarkan cara berkenalan dengan orang lain dan dimasukkan kedalam jadwal harian

2) Strategi Pelaksanaan pada Keluarga

a) Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat klien

b) Memberikan pendidikan kesehatan tentang pengertian, tanda gejala, dan proses terjadinya isolasi sosial

c) Menjelaskan cara merawat klien

d) Melatih keluarga merawat langsung kepada klien isolasi sosial dan membantu keluarga membuat jadwal aktifitas rumah termasuk minum obat

c. Resiko perilaku kekerasan (Diri sendiri, orang lain dan lingkungan)

1) Strategi Pelaksanaan pada Klien

a) BHSP

- b) Mengidentifikasi penyebab, tanda gejala resiko perilaku kekerasan
- c) Mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan dan menyebutkan cara mengontrol perilaku kekerasan
- d) Membantu klien mempraktikan dengan cara mengontrol perilaku kekerasan secara fisik (Latihan nafas dalam, pukul kasur dan bantal, melakukan aktivitas, beribadah dan minum obat)
- e) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien dan menganjurkan memasukan ke dalam kegiatan harian.

## 2) Strategi Pelaksanaan pada Keluarga

- a) Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat klien.
- b) Melatih keluarga mempraktikan cara merawat klien dengan perilaku kekerasan
- c) Membantu keluarga membuat jadwal aktivitas rumah termasuk minum obat.

## 5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan pada klien. Evaluasi dilakukan secara terus

menerus pada respon klien terhadap keperawatan yang telah dilaksanakan (Keliat, 2006)

Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan:

S: Respon subyektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan

O :Respon obyektif klien terhadap keperawatan yang telah dilakukan

A :Analisa ulang atas data subyektif dan obyektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap atau muncul masalah baru

P: Perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisa pada respon Evaluasi pada klien dengan Gangguan persepsi sensorii : halusinasi pendengaran diharapkan klien dengan :

1. Menjelaskan waktu dan tempat terjadinya Halusinasi
2. Menjelaskan saat terjadinya Halusinasi
3. Memecahkan hal yang nyata dan tidak nyata
4. Tahu cara untuk mengatasi Halusinasi
5. Berinteraksi dengan orang lain tanpa rasa curiga
6. Berespon sesuai dengan stimulus dari luar dirinya

7. Klien tidak mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan.

Evaluasi adalah proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada klien. Evaluasi dilakukan terus menerus pada respon klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan (keliat, 2009)

### **BAB III TINJAUAN KASUS**

A. Pengkajian .....	52
B. Diagnosa Keperawatan.....	62
C. Rencana Keperawatan .....	64
D. Implementasi dan Evaluasi .....	77

### **BAB IV PEMBAHASAN**

A. Pengkajian.....	82
B. Diagnosa keperawatan .....	83
C. Perencanaan .....	84
D. Penatalaksanaan .....	85
E. Evaluasi .....	86

**SILAHKAN KUNJUNGI PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS  
MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR**

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

Setelah dilakukan pengkajian pada Bapak R pada tanggal 09-06-2016 maka ditemukanlah masalah utama pada Bapak R dengan Gangguan sensori Persepsi : halusinasi pendengaran

1. Pada pengkajian ditemukan adanya kesenjangan antara teori tanda dan gejala halusinasi pendengaran Menurut Direja (2011) atau tertawa sendiri, marah-marah tanpa sebab, mencondongkan telinga ke arah tertentu, menutup telinga, mendengar suara atau gaduhan, mendengar suara yang mengajak ngobrol, dan mendengar suara yang memerintahkan melakukan sesuatu yang berbahaya. Sementara dalam tinjauan kasus melalui pengkajian tidak semua data ditemukan data tersebut. Saat observasi klien terlihat komat kamit seperti bicara sendiri tetapi tidak ditemukan klien marah-marah tanpa sebab, mencondongkan telinga ke arah sesuatu, menutup telinga, mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap, mendengar suara yang memerintahkan melakukan sesuatu yang berbahaya.

2. Diagnosa keperawatan pada tinjauan pustaka tidak semua sama dengan tinjauan kasus, dimana dalam tinjauan kasus diagnosa keperawatan dapat berkembang sesuai respon yang di dapatkan Bapak R. tindakan asuhan keperawatan yang terlaksana pada masalah Gangguan Sensori Persepsi adalah Sp1p – Sp4p halusinasi.
3. Perencanaan menurut tinjauan teori dan tinjauan kasus tidak ada perbedaan karena rencana keperawatan sudah baku, sehingga memudahkan dalam penyusunan rencana keperawatan, dimana rencana tindakan terdiri dari prioritas masalah, tujuan, kriteria hasil dan rencana tindakan.
4. Implementasi asuhan keperawatan yang terlaksana pada masalah Gangguan Sensori Persepsi : halusinasi Pendengaran adalah Sp1p – Sp4p.
5. Evaluasi yang telah berhasil dilaksanakan yaitu diagnosa Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran Sp1p – Sp4p yaitu dengan evaluasi hasil yaitu mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, bercakap-cakap, melakukan kegiatan sesuai jadwal dan minum obat secara rutin sehingga halusinasi bisa terkontrol.. Masalah halusinasi pendengaran tercapai sebagian. Pertahankan Sp1p – Sp4p Halusinasi Pendengaran.

## **B. Saran**

Berdasarkan kesimpulan diatas, penulis mengajukan bebrapa saran untuk menjadi bahan pertimbangan :

### **1. Perawat**

Perawat hendaknya dalam melaksanakan Asuhan keperawatan terutama Keperawatan jiwa agar dibekali tehnik komunikasi teraupetik dengan baik agar dapat melaksanakan tindakan keperawatn sesuai dengan tujuan

### **2. Akademik**

- a. Menambah buku refernsi tentang masalah keperawatn jiwa khususnya pada masalah Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Pendengaran
- b. Untuk selalu menambah motivasi dan sarana yang memadai bagi mahasiwa

### **3. Keluarga**

Hendaknya keluarga memberi dukungan dan terlibat aktif dalam proses penyembuhan klien. Keluarga agar sering menjenguk klien di RSJ, pada saat klien sudah pulang diharapkan keluarga merawat dirumah dan mengajurkan minum obat teratur.



## DAFTAR PUSTAKA

Akemat dan Keliat, Budi Anna. 2010. *Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa*. Jakarta : EGC. Depkes RI. 2008. "*Karya Tulis Ilmiah Keperawatan Jiwa : Halusinasi*".

Damaiyanti dan Iskandar (2012), *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Bandung : Refika Aditama

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

Keliat, Budi Anna. 2009. *Proses Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Edisi 5. Jakarta : EGC.

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

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

WHO. 2011. "*Karya Tulis Ilmiah Keperawatan Jiwa : Halusinasi*". <http://digilib.unimus.ac.id/files/disk/147/jtp-supriyadin-7339-1-bab1-pdf>. (Diakses tanggal 13 Juni 2016)