

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU Y. YANG MENGALAMI
GANGGUAN PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI PENDENGARAN
DIRUANG PUNAI RUMAH SAKIT JIWA DAERAH
ATMA HUSADA MAHAKAM SAMARINDA**

KARYA TULIS ILMIAH



Oleh :

**ERINDA SELVIANA
NIM : 1311308210750**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH
SAMARINDA
2016**

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Menurut *World Health Organization* (WHO), kesehatan jiwa merupakan suatu keadaan dimana seseorang yang terbebas dari gangguan jiwa, dan memiliki sikap positif untuk menggambarkan tentang kedewasaan serta kepribadiannya. Menurut data WHO pada tahun 2012, angka penderita gangguan jiwa mengkhawatirkan secara global, sekitar 450 juta orang yang menderita gangguan jiwa dan sepertiganya terjadi di negara berkembang. Dari 10 penderita gangguan jiwa, 8 diantaranya tidak mendapatkan perawatan (Kemenkes RI, 2012).

Meskipun penderita gangguan jiwa belum bisa disembuhkan 100%, tetapi para penderita gangguan jiwa memiliki hak untuk sembuh dan diperlakukan secara manusiawi. UU RI No.18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa, Bab 1 Pasal 3 tentang Kesehatan Jiwa telah dijelaskan bahwa upaya kesehatan jiwa bertujuan menjamin setiap orang dapat mencapai kualitas hidup yang baik, menikmati kehidupan kejiwaan yang sehat, bebas dari

ketakutan, tekanan, dan gangguan lain yang dapat mengganggu kesehatan jiwa (Kemenkes, 2014).

Menurut Riset Kesehatan Dasar (2013), Indonesia mengalami peningkatan jumlah penderita gangguan jiwa cukup banyak, prevalensi gangguan jiwa berat dengan psikosis di Indonesia pada tahun 2013 adalah 1.728 orang. Adapun proporsi rumah tangga yang pernah memasung penderita gangguan jiwa berat sebesar 1.655 rumah tangga, 3% nya tinggal dipedesaan, sedangkan yang tinggal diperkotaan sebanyak 10,7%. Selain itu, prevalensi gangguan mental emosional pada penduduk umur lebih dari 15 tahun di Indonesia secara nasional adalah 6,0%. Prevalensi gangguan mental emosional di Kalimantan Timur sebanyak 6,9%. Provinsi dengan prevalensi gangguan mental emosional tertinggi adalah Sulawesi Tengah 11,6%, dan yang terendah adalah Lampung 1,2%.

Salah satu kesehatan jiwa yang sering terjadi dan menimbulkan hendaya yang cukup adalah halusinasi. Halusinasi merupakan tanggapan indera terhadap rangsangan yang datang dari luar, dimana rangsangan tersebut dapat berupa rangsangan penglihatan, penciuman, pendengaran, pengecapan, dan perabaan. Interpretasi terhadap rangsangan yang datang dari luar itu dapat 3 mengalami gangguan sehingga terjadilah salah tafsir

(*missing interpretation*). Salah tafsir tersebut terjadi antara lain karena adanya efek yang luar biasa, seperti marah, takut, tercengang (*excited*) sedih dan nafsu yang memuncak sehingga terjadi gangguan atau perubahan persepsi (Azizah, 2011).

Berdasarkan data yang diperoleh dari RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda, jumlah masalah keperawatan halusinasi dari bulan November 2015 hingga bulan April 2016 sebesar 75,5% dari total 6.156 masalah keperawatan halusinasi. Dilihat dari data diatas, prevalensi kejadian halusinasi di Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda terbilang tinggi, yaitu sebesar 75,5% masalah keperawatan dari total 6.156 masalah keperawatan halusinasi pada 6 bulan terakhir.

Halusinasi yang sering dialami pasien adalah halusinasi penglihatan dan pendengaran. Komunikasi terapeutik dapat menjadi jembatan penghubung antara perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan kepada pasien, karena komunikasi terapeutik dapat mengakomodasikan perkembangan status kesehatan yang dialami pasien. Komunikasi terapeutik memperhatikan pasien secara holistik meliputi aspek keselamatan, menggali penyebab, tanda-tanda dan mencari jalan terbaik atas permasalahan pasien, juga mengajarkan cara-cara sehat yang dapat dipraktekkan pasien agar tidak mencelakai diri sendiri, orang lain dan lingkungan.

Berdasarkan latar belakang diatas, penulis ingin memberikan asuhan keperawatan jiwa khususnya halusinasi pendengaran dengan pelayanan kesehatan secara holistik dan komunikasi terapeutik dalam meningkatkan kesejahteraan serta mencapai tujuan yang diharapkan. Maka dari itu, penting untuk ditindaklanjuti melalui karya tulis ilmiah yang berjudul: “Asuhan Keperawatan Pada Ibu Y yang mengalami Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran di Ruang Punai Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian dalam data tersebut, maka rumusan masalah dalam Karya Tulis Ilmiah ini adalah: “Bagaimana Pelaksanaan Asuhan Keperawatan pada Ibu Y yang mengalami masalah utama Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran diruang Punai RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda?”.

C. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Untuk mendapatkan gambaran tentang penerapan proses keperawatan pada Ibu Y yang mengalami Gangguan Persepsi

Sensori: Halusinasi Pendengaran di Ruang Punai Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda.

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu melakukan pengkajian pada klien yang mengalami Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran.
- b. Mampu menegakkan diagnosis keperawatan pada klien yang mengalami Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran.
- c. Mampu membuat intervensi keperawatan pada klien yang mengalami Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran.
- d. Mampu melakukan implementasi keperawatan pada klien yang mengalami Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran.
- e. Mampu mengevaluasi hasil tindakan keperawatan pada klien yang mengalami Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran.

D. Metode Penulisan

Metode penulisan dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini adalah metode deskriptif . Informasi diperoleh dengan teknik pengumpulan data primer dan data sekunder. Adapun

pengumpulan data yang dipergunakan dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini adalah dengan cara :

1. Wawancara

Wawancara dilakukan dengan pasien melalui komunikasi terapeutik untuk mendapatkan respon dari pasien dengan tatap muka.

2. Observasi

Observasi dilakukan dengan mengadakan pengamatan secara visual atau secara langsung kepada pasien.

3. Pemeriksaan Fisik

Melakukan pemeriksaan secara langsung untuk mendapatkan data-data lebih lanjut, berupa pemeriksaan fisik tanda-tanda vital seperti pengukuran tekanan darah, denyut nadi, pernafasan, suhu tubuh, TB dan BB.

4. Studi Dokumentasi

Data diperoleh dari dokumentasi yang terdapat pada catatan perawatan pasien, catatan medis, serta catatan dari tim kesehatan lain.

5. Studi Kepustakaan

Pada penulisan karya tulis ilmiah ini, penulis menggunakan studi kepustakaan yang berfungsi untuk mengumpulkan data-data teori yang berhubungan dengan materi karya tulis ilmiah ini,

yang terdiri dari buku-buku dan beberapa sumber lain yang menunjang penulisan karya tulis ilmiah ini.

E. Sistematika Penulisan

Karya tulis ilmiah ini terdiri atas lima bab yang penulisannya disusun secara sistematis sesuai dengan urutan.

Bab satu merupakan pendahuluan yang terdiri dari latar belakang, tujuan penulisan, metode penulisan, dan sistematika penulisan. Bab dua adalah tinjauan pustaka yang meliputi pengertian, faktor predisposisi, faktor presipitasi, dan rentang respon. Konsep asuhan keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi.

Bab tiga merupakan tinjauan kasus yang menguraikan tentang kasus yang terjadi meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Bab empat adalah pembahasan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Bab lima merupakan penutup yang terdiri dari kesimpulan dan saran.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. KONSEP HALUSINASI

1. Pengertian

Halusinasi dapat didefinisikan sebagai terganggunya persepsi sensori seseorang, dimana tidak terdapat stimulus (Varcarolis, 2006).

Halusinasi adalah kesalahan persepsi yang berasal dari indra pendengar, penglihatan, peraba, pengecap, dan penghidu (Stuart & Laraia, 2005).

Halusinasi adalah salah satu gangguan jiwa dimana pasien mengalami perubahan persepsi sensori, merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecap, perabaan atau penghidu. Pasien merasakan stimulus yang sebetulnya tidak ada. Ada beberapa jenis halusinasi yaitu halusinasi pendengaran, halusinasi penglihatan, halusinasi perabaan, halusinasi penghidu, dan halusinasi pengecap (Damaiyanti, 2008).

Halusinasi adalah suatu persepsi yang salah tanpa dijumpai adanya rangsangan dari luar. Walaupun tampak sebagai sesuatu yang khayal, halusinasi sebenarnya merupakan bagian dari

kehidupan mental penderita yang teresepsi. Halusinasi dapat terjadi karena dasar-dasar organik fungsional psikotik maupun histerik (Yosep, 2007).

2. Jenis-jenis halusinasi

Ada delapan jenis-jenis halusinasi menurut Yosep (2007):

a. Halusinasi pendengaran (auditif, akustik)

Paling sering dijumpai dapat berupa bunyi mendenging atau suara bising yang tidak mempunyai arti, tetapi lebih sering terdengar sebagai sebuah kata atau kalimat yang bermakna. Biasanya suara tersebut ditunjukkan pada penderita sehingga tidak jarang penderita bertengkar dan berdebat dengan suara-suara. Suara tersebut dapat dirasakan berasal dari jauh atau dekat, bahkan mungkin datang dari tiap bagian tubuhnya sendiri. Suara bisa menyenangkan, menyuruh berbuat baik, tetapi dapat pula berupa ancaman, mengejek, memaki, atau bahkan menakutkan dan kadang-kadang mendesak untuk berbuat sesuatu membunuh dan merusak.

b. Halusinasi penglihatan (Visual)

Lebih sering dalam keadaan delirium (penyakit organik), biasanya sering muncul bersamaan dengan penurunan kesadaran, menimbulkan rasa takut akibat gambaran-gambaran mengerikan.

c. Halusinasi penciuman

Halusinasi ini biasanya berupa penciuman sesuatu bau yang tidak enak melambungkan rasa bersalah pada penderita. Bau dilambungkan sebagai pengalaman yang dianggap penderita sebagai kombinasi moral.

d. Halusinasi pengecapan

Walaupun jarang terjadi, biasanya bersamaan dengan halusinasi penciuman, penderita merasa mengecap sesuatu.

e. Halusinasi perabaan

Merasa diraba, disentuh, ditiup, atau seperti ada ulat yang bergerak dibawah kulit, terutama pada keadaan delirium toksis dan skizofrenia.

f. Halusinasi seksual

Penderita merasa diraba dan diperkosa dan sering mengalami waham kebesaran organ-organ.

g. Halusinasi kinestetik

Penderita merasa badannya bergerak-gerak dalam suatu ruangan atau anggota badannya yang bergerak-gerak.

h. Halusinasi viseral

Timbulnya perasaan tertentu ditubuhnya.

3. Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi dari halusinasi (Yosep, 2007):

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 Sosiokultural

Seseorang yang tidak merasa diterima lingkungannya sejak bayi akan merasa disingkirkan, kesepian, dan tidak percaya pada lingkungan.

c. Faktor Biokimia

Mempunyai pengaruh terhadap gangguan jiwa. Ada stress yang berlebihan yang dialami seseorang maka tubuh akan dihasilkan suatu zat yang dapat bersifat halusinogenik neurokimia seperti *buffofenon* dan *dimetyltransferase*.

d. Faktor Psikologis

Hal ini berpengaruh dalam pada ketidakmampuan klien dalam mengambil keputusan yang tepat demi masa depannya. Memilih kesenangan sesaat dan lari dari alam kenyataan menuju alam khayal.

e. Faktor Genetik dan Pola Asuh

Penelitian menunjukkan bahwa anak sehat yang diasuh oleh orangtua skizofrenia cenderung mengalami skizofrenia. Hasil studi menunjukkan bahwa faktor keluarga menunjukkan hubungan yang sangat berpengaruh pada penyakit.

4. Faktor Presipitasi

a. Perilaku

Respon klien terhadap halusinasi dapat berupa curiga, ketakutan, perasaan tidak aman, gelisah, dan bingung. Menurut Rawin dan Heacock, mencoba memecahkan masalah halusinasi berdasarkan atas hakikat seseorang individu yang dibangun atas dasar unsur-unsur bio-psiko-sosial-spiritual sehingga dapat dilihat menjadi lima dimensi.

b. Dimensi fisik

Halusinasi dapat timbul oleh beberapa kondisi fisik seperti kelelahan yang luar biasa, penggunaan obat-obatan, demam hingga delirium, intoksikasi, dan susah tidur.

c. Dimensi emosional

Perasaan cemas yang berlebihan atas dasar problem yang tidak dapat diatasi merupakan penyebab halusinasi itu terjadi. Halusinasi dapat berupa perintah memaksa dan menakutkan. Klien tidak sanggup menentang perintah tersebut hingga dengan kondisi tersebut klien berbuat sesuatu terhadap ketakutan tersebut.

d. Dimensi intelektual

Dalam intelektual ini, menerangkan bahwa individu dengan halusinasi akan memperlihatkan adanya penurunan fungsi ego. Pada awalnya halusinasi melawan impuls yang menekan, dan klien tak jarang mengontrol semua perilaku klien.

e. Dimensi sosial

Klien mengalami gangguan interaksi sosial dalam fase awal dan *comforting* klien menganggap hidup dialam sangat membahayakan. Klien asyik dengan halusinasinya seolah-olah mereka memenuhi kebutuhan akan interaksi sosial,

kontrol diri, dan harga diri tidak didapatkan dalam dunia nyata.

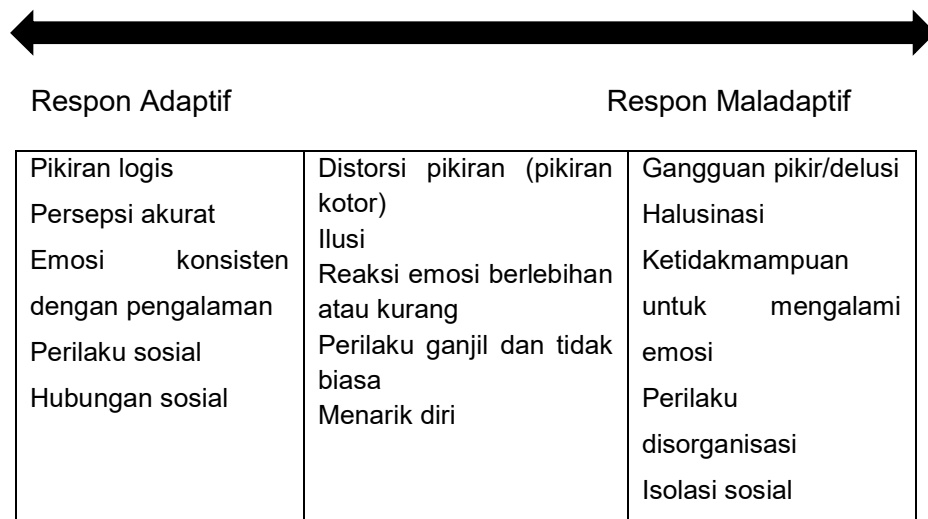
f. Dimensi spiritual

Secara spiritual, klien halusinasi mulai dengan kehampaan hidup, rutinitas tidak bermakna, hilangnya aktifitas ibadah dan jarang berupaya secara spiritual untuk menyucikan diri. Ia sering memaki takdir tetapi lemah dalam upaya menjemput rezeki, menyalahkan lingkungan dan orang lain yang menyebabkan takdirnya memburuk.

5. Rentang Respon

Menurut Stuart (2006), halusinasi merupakan salah satu respon maladaptif individu yang berada dalam rentang respon neurobiologi. Seseorang yang sehat mampu mengidentifikasi dan menginterpretasikan stimulus berdasarkan informasi yang didapat dengan menggunakan panca indera yang dimiliki. Sedangkan klien dengan halusinasi mempersepsikan suatu stimulus panca inderanya walaupun sebenarnya hal itu tidak ada. Dari kedua rentang respon tersebut terdapat respon yang disebut dengan ilusi, yaitu cara seseorang menginterpretasikan suatu stimulus yang didapat dari panca indera dengan cara

yang tidak akurat, yang digambarkan dalam rentang respon neurobiologis.



Gambar 2.1 Rentang Respon Neurobiologis (Stuart, 2006).

Menurut Yosep (2007), klien yang mengalami gangguan jiwa sebagian besar disertai Halusinasi yang meliputi beberapa tahapan antara lain:

Tabel 2.1 Tahapan Halusinasi (Yosep, 2007)

Tahapan halusinasi	Karakteristik
Stage I : Sleep disorder Fase awal seseorang sebelum muncul halusinasi	Klien merasa banyak masalah, ingin menghindari, dari lingkungan, takut diketahui orang lain bahwa dirinya banyak masalah. Masalah makin terasa sulit karena berbagai stressor terakumulasi, misalnya kekasih hamil, terlibat narkoba, dikhianati kekasih, masalah dikampus, drop out, dst. Masalah terasa menekan karena terakumulasi sedangkan support sistem

	<p>kurang dan persepi terhadap masalah sangat buruk. Sulit tidur berlangsung terus-menerus sehingga terbiasa mengkhayal. Klien menganggap lamunan-lamunan awal tersebut sebagai pemecahan masalah.</p>
<p>Stage II: Comforting Halusinasi secara umum ia terima sebagai sesuatu yang alami.</p>	<p>Klien mengalami emosi yang berlanjut seperti adanya perasaan cemas, kesepian, perasaan berdosa, ketakutan, dan mencoba memusatkan pemikiran pada timbulnya kecemasan. Ia beranggapan bahwa pengalaman pikiran dan sensorinya dapat dia kontrol bila kecemasannya diatur, dalam tahap ini ada kecenderungan klien merasa nyaman dengan halusinasinya.</p>
<p>Stage III: Condemning Secara umum halusinasi sering mendatangi klien.</p>	<p>Pengalaman sensori klien menjadi sering datang dan mengalami bias. Klien mulai merasa tidak mampu lagi mengontrolnya dan mulai berupaya menjaga jarak antara dirinya dengan objek yang dipersepsikan klien mulai menarik diri dari orang lain, dengan intensitas waktu yang lama.</p>
<p>Stage IV: Controlling Severe Level of Anxiety Fungsi sensori menjadi tidak relevan dengan kenyataan</p>	<p>Klien mencoba melawan suara-suara atau sensori abnormal yang datang. Klien dapat merasakan kesepian bila halusinasinya berakhir. Dari sinilah dimulai fase gangguan psikotik.</p>
<p>Stage V: Conquering Panic Level of Anxiety Klien mengalami gangguan dalam menilai lingkungannya.</p>	<p>Pengalaman sensorinya terganggu. Klien mulai terasa terancam dengan datangnya suara-suara terutama bila klien tidak dapat menuruti ancaman atau perintah yang ia dengar dari halusinasinya. Halusinasi dapat berlangsung selama minimal empat jam atau seharian bila klien tidak mendapatkan komunikasi terapeutik. Terjadi gangguan psikotik berat.</p>

Tanda dan gejala halusinasi adalah bicara, senyum, dan tertawa sendiri, menarik diri dan menghindari orang lain, tidak dapat

membedakan antara keadaan nyata dan tidak nyata, tidak dapat memusatkan perhatian, curiga, bermusuhan, merusak (diri sendiri, orang lain, dan lingkungannya),takut, ekspresi wajah tegang, mudah tersinggung (Keliat, 2005).

B. Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahapan awal dasar utama dari proses keperawatan. Tahap pengkajian terdiri atas pengumpulan data dan perumusan kebutuhan, atau psikologis, sosial, biologis, dan spiritual. Data pada pengkajian kesehatan jiwa dapat dikelompokkan menjadi faktor predisposisi, faktor presipitasi, penilaian terhadap stressor, sumber coping dan kemampuan coping yang dimiliki klien. Isi pengkajian meliputi:

- a. Identitas klien
- b. Alasan masuk
- c. Faktor predisposisi
- d. Aspek fisik
- e. Aspek psikososial
 - 1) Konsep diri
 - 2) Hubungan sosial
 - 3) Spiritual

- 4) Genogram
- f. Status mental
 - 1) Penampilan
 - 2) Pembicaraan
 - 3) Aktifitas motorik
 - 4) Alam perasaan
 - 5) Afek
 - 6) Interaksi selama wawancara
 - 7) Persepsi
 - 8) Proses pikir
 - 9) Isi pikir
 - 10) Tingkat kesadaran
 - 11) Memori
 - 12) Tingkat konsentrasi dalam berhitung
 - 13) Kemampuan penilaian
 - 14) Daya tilik diri
- g. Kebutuhan persiapan pulang
- h. Mekanisme koping
- i. Masalah psikososial dan lingkungan
- j. Pengetahuan
- k. Aspek medis

Data yang diperoleh kemudian dikelompokkan menjadi dua data subyektif dan data obyektif, dan merumuskan masalah keperawatan pada setiap kelompok data, yang terkumpul untuk merumuskan masalah keperawatan tentang diagnosa keperawatan dan masalah kolaboratif (Keliat, 2005).

Menurut (Yosep, 2007), tanda dan gejala halusinasi dapat dilihat secara subyektif dan obyektif dari klien yang mengalami halusinasi.

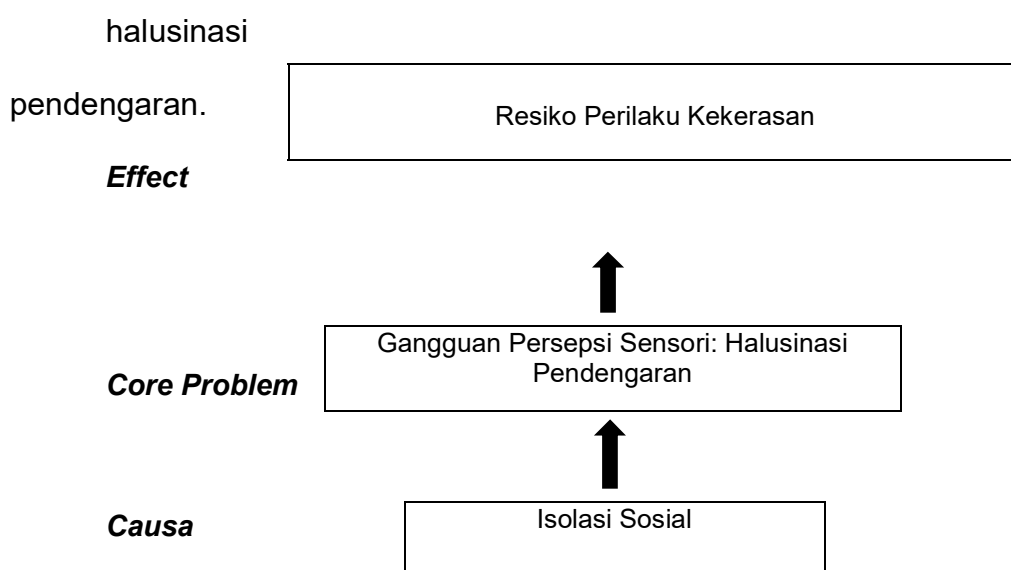
Tabel 2.2 Tanda dan gejala halusinasi

Jenis halusinasi	Data subyektif	Data obyektif
Halusinasi pendengaran (<i>Auditory- hearing voices or sound</i>)	Mendengar suara menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya. Mendengar suara atau bunyi. Mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap.Mendengar suara seseorang yang sudah meninggal. Mendengar suara yang mengancam diri klien atau orang lain atau suara yang membahayakan.	Mengarahkan telinga pada sumber suara. Bicara atau tertawa sendiri. Marah-marah tanpa sebab. Menutup telinga Mulut komat kamit. Ada gerakan tangan.
Halusinasi penglihatan (<i>Visual- seeing person or thing</i>).	Melihat seseorang yang sudah meninggal, melihat makhluk tertentu, bayangan	Ketakutan pada objek yang dilihat. Menunjuk ke arah tertentu.

	hantu atau sesuatu yang menakutkan, cahaya, monster, dll.	Tatapan mata ke arah tertentu.
Halusinasi penghidu (<i>olfactory smelling odors</i>)	Mencium bau sesuatu seperti bau mayat, darah, feses, atau bau masakan. Klien sering mengatakan mencium bau sesuatu. Tipe ini sering menyertai klien dimensia, kejang, atau penyakit serebrovaskuler.	Ekspresi wajah seperti mencium sesuatu dengan gerakan cuping hidung, mengarahkan hidung ke tempat tertentu.
Halusinasi perabaan (<i>Tactile-Feeling bodily sensation</i>)	Klien seperti mengerangi tubuh seperti tangan, binatang kecil, makhluk halus, merasakan sesuatu dipermukaan kulit, merasakan sangat panas, merasa tersengat listrik.	Mengusap, menggaruk, merab-raba permukaan kulit, menggerak-gerakkan badan, merasa sesuatu rabaan.
Halusinasi pengecapan (<i>Gustatory-experiencing tastes</i>)	Klien seperti sedang merasakan makanan tertentu, rasa tertentu atau mengunyah sesuatu.	Seperti mengecap, gerakan mengunyah, meludah, atau ,muntah.
<i>Cinesthetic</i> dan <i>hallucination</i>	Klien melaporkan bahwa fungsi tubuhnya tidak dapat terdeteksi, misalnya tidak adanya denyutan jantung, sensasi pembentukan urin dalam tubuhnya, perasaan tubuhnya melayang di udara.	Klien terlihat menatap tubuhnya sendiri dan terlihat merasakan sesuatu yang aneh tentang tubuhnya.

Pohon masalah terdiri dari masalah utama, penyebab, dan akibat. Masalah utama adalah prioritas masalah klien dari beberapa masalah yang dimiliki klien. Pada umumnya masalah utama berkaitan erat dengan alasan masuk atau keluhan

utama. Akibat adalah salah satu dari beberapa masalah klien yang merupakan efek masalah utama. Penyebab adalah salah satu dari beberapa masalah klien yang disebabkan oleh salah satu masalah yang lain, begitu seterusnya. Berikut adalah pohon masalah dengan masalah utama gangguan persepsi sensori:



Gambar 2.2 pohon masalah Gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran menurut Keliat (2005).

2. Diagnosis Keperawatan

Menurut Stuart dan Laraia (2005), diagnosis keperawatan adalah identifikasi atau penilaian terhadap pola respons klien baik aktual maupun potensial. Menurut Keliat (2005), diagnosis yang muncul pada klien yang mengalami masalah utama Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran adalah sebagai berikut:

- a. Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran
- b. Resiko Perilaku Kekerasan
- c. Isolasi Sosial

3. Perencanaan

Perencanaan keperawatan terdiri dari tiga aspek, yaitu tujuan, kriteria hasil, dan rencana tindakan (Sp). Tujuan umum berfokus pada penyelesaian permasalahan dari diagnosis tertentu. Tujuan umum dapat dicapai jika serangkaian tujuan khusus telah tercapai (Keliat, 2005). Adapun perencanaan yang disusun berdasarkan pohon asalah dan masalah yang menjadi *core problem* adalah Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran sebagai berikut:

A. Rencana Tindakan Keperawatan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran.

1. Strategi Pelaksanaan 1 Pasien BHSP

a. Tujuan

Agar terciptanya hubungan saling percaya antara pasien dan perawat dalam berkomunikasi.

b. Kriteria hasil

Ekspresi wajah klien bersahabat, ada kontak mata, mau berjabat tangan, mau menyebutkan nama dan menjawab salam, mau duduk berdampingan dengan

perawat dan mau mengutarakan masalah yang dihadapinya.

c. Intervensi keperawatan

- 1) Lakukan salam terapeutik
- 2) Perkenalkan diri dan jelaskan tujuan interaksi
- 3) Ciptakan lingkungan yang tenang dan buat kontrak waktu yang jelas
- 4) Yakinkan bahwa kerahasiaan pasien senantiasa terjaga
- 5) Tanyakan harapan pasien terhadap pertemuannya dengan perawat

2. Strategi Pelaksanaan 2 Pasien

a. Tujuan

Pasien mengenali halusinasi yang dialami, mengontrol halusinasi, dan mengikuti program pengobatan secara optimal.

b. Kriteria hasil

Pasien mampu mengenali halusinasi dengan menyebutkan isi, waktu, frekuensi, faktor pencetus, dan respon saat halusinasi timbul serta dapat mempraktekkan cara menghardik.

c. Intervensi keperawatan

- 1) Bantu pasien mengenal halusinasi: isi halusinasi, jenis halusinasi, waktu terjadinya halusinasi, penyebab yang menimbulkan halusinasi pada pasien, dan perasaan atau respon pasien saat terjadi halusinasi.
- 2) Sebutkan cara mengontrol halusinasi (menghardik, berbincang-bincang, beraktifitas, dan minum obat).
- 3) Latih pasien menghardik dengan tahapan: jelaskan cara menghardik, peragakan cara menghardik halusinasi, minta pasien memperagakan ulang dan pantau pasien mempraktekkan dan memberikan penguatan.
- 4) Anjurkan memasukkan cara menghardik dalam jadwal kegiatan pasien.

3. Strategi Pelaksanaan 3 Pasien

a. Kriteria hasil

Pasien dapat menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan yaitu cara menghardik dan pasien dapat memperagakan cara bercakap-cakap dengan orang lain.

b. Intervensi keperawatan

- 1) Evaluasi kegiatan pasien yang lalu tentang kemampuan pasien mengontrol halusinasi dengan menghardik (Sp1).
- 2) Latih pasien bila halusinasi timbul, pasien dapat bercakap-cakap dengan orang lain.
- 3) Anjurkan memasukkan cara bercakap-cakap dalam jadwal kegiatan pasien.

4. Strategi Pelaksanaan 4 Pasien

a. Kriteria hasil

Pasien dapat menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan yaitu cara menghardik dan bercakap-cakap dan pasien dapat membuat dan melakukan aktifitas sesuai dengan kegiatan harian yang sudah dibuat.

b. Intervensi keperawatan

- 1) Evaluasi kegiatan pasien yang lalu tentang kemampuan pasien cara mengontrol halusinasi dengan menghardik dan bercakap-cakap (Sp1 dan 2).
- 2) Latih pasien melakukan kegiatan harian agar tidak muncul halusinasi. Jelaskan pentingnya aktifitas yang teratur, diskusikan aktifitas yang

biasa dilakukan, dan susun jadwal aktifitas sehari-hari mulai bangun tidur sampai malam.

3) Anjurkan pasien melakukan aktifitas sehari-hari sesuai jadwal kegiatan pasien.

5. Strategi Pelaksanaan 5 Pasien

a. Kriteria hasil

Pasien dapat menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan yaitu cara menghardik dan bercakap-cakap dan melakukan aktifitas sehari-hari sesuai jadwal dan minum obat dengan teratur serta mengaplikasikan kegiatan harian yang telah dibuat.

b. Intervensi keperawatan

1) Evaluasi kegiatan yang lalu tentang kemampuan pasien mengontrol halusinasi dengan menghardik (Sp 1), bercakap-cakap (Sp2), dan melakukan aktifitas harian sesuai jadwal (Sp3).

2) Beri penkes tentang obat secara teratur: jelaskan pentingnya minum obat, jelaskan akibat bila minum obat tidak sesuai program, jelaskan akibat bila putus obat, jelaskan cara mendapatkan obat/berobat, jelaskan program pengobatan prinsip 5B

3) Latih pasien minum obat

4) Anjurkan pasien memasukkan jadwal minum obat kedalam kegiatan harian.

6. Strategi Pelaksanaan 1 Keluarga

a. Tujuan

Keluarga mampu merawat pasien halusinasi dirumah dan sistem pendukung yang efektif.

b. Kriteria hasil

Keluarga dapat menyebutkan tentang halusinasi dan menjelaskan cara merawat pasien.

c. Intervensi keperawatan

1) Identifikasi masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien.

2) Jelaskan tentang halusinasi pada keluarga, pengertian halusinasi, tanda dan gejala halusinasi, jenis halusinasi yang dialami pasien.

3) Cara merawat pasien halusinasi (menghardik, berkomunikasi, beraktifitas, dan minum obat.

7. Strategi Pelaksanaan 2 Keluarga

a. Kriteria hasil

Keluarga dapat memperagakan cara mengontrol halusinasi dan merawat pasien dengan cara:

mengingatn pasien cara menghardik bila halusinasi timbul, mengajak ngobrol pasien.

b. Intervensi keperawatan

1) Evaluasi kemampuan keluarga dalam merawat pasien dengan halusinasi

2) Latih keluarga merawat langsung pasien.

8. Strategi Pelaksanaan 3 Keluarga

a. Tujuan

Keluarga dapat membuat jadwal harian dan melakukan *follow up*

b. Kriteria hasil

Keluarga mampu komunikasi dengan SP3K pada pasien.

c. Intervensi keperawatan

1) Bantu keluarga membuat jadwal aktifitas termasuk minum obat.

2) Jelaskan *follow up* pasien

B. Rencana tindakan Resiko Perilaku Kekerasan

1. Strategi Pelaksanaan 1 Pasien

a. Tujuan

Pasien mampu mengenali tanda dan gejala perilaku kekerasan, mengontrol perilaku kekerasan, dan mengikuti program pengobatan secara optimal.

b. Kriteria hasil

Pasien mampu mengenali tanda dan gejala perilaku kekerasan dan dapat mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik 1 (menarik nafas dalam), dan dapat mempraktekkan cara fisik 1 secara baik dan benar.

c. Intervensi keperawatan

- 1) Bantu pasien mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan.
- 2) Bantu pasien mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan.
- 3) Bantu pasien mengidentifikasi perilaku kekerasan yang dilakukan.
- 4) Bantu pasien mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan.
- 5) Sebutkan cara mengontrol perilaku kekerasan (fisik 1 dan 2, secara verbal, secara spiritual, dan minum obat).
- 6) Latih pasien mempraktekkan cara mengontrol secara fisik 1 (menarik nafas dalam).

7) Anjurkan pasien memasukkan cara mengontrol perilaku kekerasan secara fisik 1 kedalam jadwal kegiatan harian.

2. Strategi Pelaksanaan 2 Pasien

a. Kriteria hasil

Pasien dapat menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan yaitu cara fisik 1 (menarik nafas dalam), dan pasien dapat mempraktekkan cara latihan yang kedua, yaitu latihan fisik 2 (memukul bantal).

b. Intervensi keperawatan

- 1) Evaluasi jadwal kegiatan harian pasien (Sp1)
- 2) Bantu pasien mempraktekkan latihan cara mengontrol secara fisik 2 (memukul bantal).
- 3) Anjurkan pasien memasukkan cara mengontrol PK secara fisik 2 kedalam jadwal kegiatan harian.

3. Strategi Pelaksanaan 3 Pasien

a. Kriteria hasil

Pasien dapat menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan yaitu menarik nafas dalam dan memukul bantal (Sp1 dan Sp2) dan pasien dapat mempraktekkan cara mengontrol secara verbal

(meminta atau menolak dengan baik) serta membuat dan melakukan aktifitas sesuai dengan kegiatan harian yang sudah dibuat.

b. Intervensi keperawatan

1) Evaluasi jadwal kegiatan harian pasien (Sp1 dan Sp2).

2) Bantu pasien mempraktekkan latihan cara mengontrol secara verbal (meminta dengan baik, menolak dengan baik, dan mengungkapkan dengan baik).

3) Anjurkan pasien memasukkan cara ketiga kedalam jadwal kegiatan harian.

4. Strategi Pelaksanaan 4 Pasien

a. Kriteria hasil

Pasien dapat menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan yaitu menarik nafas dalam, memukul bantal, meminta dan menolak dengan baik, dan pasien dapat mempraktekkan cara mengontrol secara spiritual (shalat dan berdo'a) serta dapat melakukan aktifitas sesuai dengan kegiatan harian yang telah dibuat.

b. Intervensi keperawatan

- 1) Evaluasi jadwal kegiatan harian pasien (Sp1,2,3)
- 2) Bantu pasien mempraktekkan latihan cara mengontrol secara spiritual kedalam jadwal kegiatan harian.
- 3) Anjurkan pasien memasukkan cara mengontrol PK secara spiritual kedalam jadwal kegiatan harian.

5. Strategi Pelaksanaan 5 Pasien

a. Kriteria hasil

Pasien dapat mempraktekkan kembali cara yang telah dipelajari sebelumnya (Sp1,2,3,4) dan dapat mempraktekkan cara mengontrol PK dengan cara minum obat secara teratur serta pasien dapat melakukan kegiatan latihan yang sudah terjadwal secara rutin.

b. Intervensi keperawatan

- 1) Evaluasi jadwal kegiatan harian pasien (Sp1,2,3,4)
- 2) Bantu pasien mempraktekkan latihan cara mengontrol minum obat secara teratur

- 3) Anjurkan pasien memasukkan cara mengontrol PK dengan meminum obat kedalam jadwal kegiatan harian.

6. Strategi Pelaksanaan 1 Keluarga

a. Tujuan

Keluarga mampu merawat pasien RPK dirumah

b. Kriteria hasil

Keluarga mau menerima kehadiran perawat dan mau mengungkapkan perasaan dalam merawat pasien.

c. Intervensi keperawatan

- 1) Diskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien.
- 2) Jelaskan kepada keluarga tentang pengertian, tanda dan gejala, dan akibat perilaku kekerasan.
- 3) Jelaskan cara-cara yang digunakan untuk merawat pasien RPK

7. Strategi Pelaksanaan 2 Keluarga

a. Kriteria hasil

Keluarga mampu merawat secara langsung pasien RPK.

b. Intervensi keperawatan

- 1) Latih keluarga mempraktekkan cara merawat pasien
- 2) Latih keluarga mempraktekkan langsung cara merawat pasien RPK

8. Strategi Pelaksanaan 3 Keluarga

a. Kriteria hasil

Keluarga mampu membuat jadwal aktifitas dan minum obat untuk pasien RPK

b. Intervensi keperawatan

- 1) Bantu keluarga membuat jadwal aktifitas termasuk minum obat
- 2) Jelaskan *follow up* pasien

C. Rencana tindakan keperawatan Isolasi Sosial

1. Strategi Pelaksanaan 1 Pasien

a. Tujuan

Klien dapat mengidentifikasi penyebab isolasi sosial, pasien mengetahui keuntungan berinteraksi dengan orang lain, pasien mengetahui keuntungan jika memiliki banyak teman, pasien dapat menyebutkan kerugian bila pasien hanya mengurung

diri, dan pasien dapat mempraktekkan cara berkenalan dengan satu orang dan memasukkan ke jadwal latihan harian.

b. Kriteria hasil

Pasien dapat menyebutkan keuntungan berinteraksi dengan orang lain, pasien dapat menyebutkan keuntungan bila pasien mempunyai banyak teman, pasien dapat menyebutkan kerugian bila pasien hanya mengurung diri, pasien dapat mempraktekkan cara berkenalan dengan satu orang dan memasukkan ke jadwal latihan harian.

c. Intervensi keperawatan

- 1) Identifikasi penyebab isolasi sosial pasien
- 2) Tanyakan keuntungan berinteraksi dengan orang lain.
- 3) Tanyakan pendapat pasien tentang manfaat apa yang akan dirasakan jika berinteraksi dengan orang lain.
- 4) Tanyakan apa yang menyebabkan pasien tidak ingin berinteraksi dengan orang lain.
- 5) Diskusikan keuntungan bila pasien memiliki banyak teman dan bergaul akrab.

- 6) Diskusikan kerugian bila pasien hanya mengurung diri dan tidak bergaul dengan orang lain.
- 7) Latih pasien berkenalan dengan satu orang
- 8) Anjurkan pasien memasukkan kegiatan latihan berkenalan dengan satu orang kedalam kegiatan harian.

2. Strategi Pelaksanaan 2 Pasien

a. Kriteria hasil

Pasien dapat berkenalan dengan orang lain (perawat) dan klien dapat berkenalan dengan pasien lain, serta memasukkannya kedalam jadwal latihan harian.

b. Intervensi keperawatan

- 1) Evaluasi jadwal kegiatan pasien (Sp1)
- 2) Latih berhubungan sosial secara bertahap dengan pasien lain 1 orang dan memberikan pujian atas kemajuan interaksi yang dilakukan klien.
- 3) Anjurkan pasien memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian.

3. Strategi Pelaksanaan 3 Pasien

a. Kriteria hasil

Pasien dapat berkenalan dengan orang kedua atau pasien lain, pasien dapat mempertahankan cara berkenalan yang baik dengan orang lain, dan pasien memasukkan ke dalam jadwal latihan hariannya.

b. Intervensi keperawatan

1) Evaluasi jadwal kegiatan pasien (Sp1 dan 2)

2) Latih cara berkenalan dengan orang kedua atau Pasien lain dan memberikan pujian atas kemajuan interaksi yang dilakukan.

3) Anjurkan pasien memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian.

4. Strategi Pelaksanaan 1 Keluarga

a. Tujuan

Keluarga mampu merawat pasien dengan isolasi sosial, keluarga dapat mengatakan masalah yang dihadapi dalam merawat pasien isolasi sosial.

b. Kriteria hasil

Keluarga dapat mengatakan masalah yang dirasakan dalam merawat pasien, keluarga dapat memahami pengertian isolasi sosial, tanda dan gejala isolasi sosial, penyebab isolasi sosial, dan akibat perilaku isolasi sosial, dan keluarga dapat merawat pasien dengan isolasi sosial.

c. Intervensi keperawatan

1) Diskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien.

2) Jelaskan kepada keluarga pengertian isolasi sosial, tanda dan gejala isolasi sosial, penyebab isolasi sosial, dan akibat perilaku isolasi sosial.

3) Jelaskan cara-cara merawat pasien isolasi sosial

5. Strategi Pelaksanaan 2 Keluarga

a. Kriteria hasil

Keluarga dapat merawat pasien isolasi sosial secara langsung.

b. Intervensi keperawatan

1) Evaluasi kemampuan Sp1 keluarga

2) Latih keluarga merawat langsung pasien isolasi sosial.

6. Strategi Pelaksanaan 3 Keluarga

a. Kriteria hasil

Keluarga dapat membuat jadwal aktifitas dan merencanakan *follow up*

b. Intervensi keperawatan

1) Bantu keluarga membuat jadwal aktifitas dirumah termasuk minum obat

2) Anjurkan keluarga untuk membuat *follow up*

4. Pelaksanaan (Implementasi)

Implementasi tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Sebelum melaksanakan tindakan yang sudah direncanakan, perawat perlu memvalidasi dengan singkat, apakah rencana tindakan masih sesuai dan dibutuhkan oleh klien saat ini (*here and now*). Perawat juga menilai sendiri apakah mempunyai kemampuan interpersonal, intelektual, dan teknikal yang diperlukan untuk melaksanakan tindakan keperawatan. Perawat juga menilai kembali apakah tindakan aman bagi klien setelah tidak ada hambatan, maka tindakan keperawatan boleh dilaksanakan. Pada saat akan melaksanakan tindakan keperawatan, perawat membuat

kontrak dengan klien yang isinya menjelaskan apa yang akan dikerjakan dan peran serta diharapkan dari klien (Keliat, 2005).

5. Evaluasi

Evaluasi adalah proses berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada klien. Evaluasi dilakukan terus menerus pada respon klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Pada evaluasi sangat diperlukan *reinforcement* untuk menguatkan perubahan yang positif (Keliat, 2005). Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP, yaitu:

- S :Respon subjektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.
- O :Respon objektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.
- A :Analisis ulang atas data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap atau muncul masalah baru atau ada data yang berkontribusi dengan masalah yang ada. Dapat pula membandingkan hasil dengan tujuan.
- P : Analisis pada respon klien yang terdiri dari tindak lanjut klien dan tindak lanjut perawat.

BAB III TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian.....	42
B. Diagnosis Keperawatan.....	52
C. Perencanaan	53
D. Pelaksanaan	68
E. Evaluasi.....	117

BAB IV PEMBAHASAN

A. Pengkajian	120
B. Diagnosis Keperawatan	124
C. Perencanaan.....	126
D. Pelaksanaan	127
E. Evaluasi	129

SILAHKAN KUNJUNGI PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS

MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Setelah dilakukan asuhan keperawatan pada Ibu Y. mulai tanggal 09 Juni 2016 sampai dengan 11 Juni 2016, maka ditemukan masalah utama pada Ibu Y. yang mengalami Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran. Dari pembahasan bab sebelumnya, maka dapat disimpulkan:

1. Pada pengkajian ditemukan adanya kesenjangan antara teori dan tinjauan kasus yaitu pada tanda dan gejala halusinasi pendengaran. Menurut Keliat (2005), tanda dan gejala halusinasi adalah bicara, senyum, dan tertawa sendiri, menarik diri dan menghindar dari orang lain, tidak dapat membedakan antara keadaan nyata dan tidak nyata, tidak dapat memusatkan perhatian, curiga, bermusuhan, merusak (diri sendiri, orang lain, dan lingkungannya), takut, ekspresi wajah tegang, mudah tersinggung. Sementara dalam tinjauan kasus melalui pengkajian tidak semua ditemukan data tersebut, namun saat diobservasi klien terlihat berbicara sendiri, ekspresi wajah tegang, terlihat takut, tetapi tidak

ditemukan data klien menarik diri dan menghindari dari orang lain, curiga, bermusuhan, mudah tersinggung, tidak dapat memusatkan perhatian. Saat dikaji klien mengatakan mendengar suara-suara yang mengatakan menghina anaknya dan klien mengatakan hanya menutup telinganya. Ibu Y. mengatakan kesal dan marah jika mendengar suara-suara tersebut.

2. Berdasarkan pengkajian yang dilakukan oleh penulis, ditemukan adanya kesenjangan antara diagnosis pada teori dan diagnosis yang diperoleh penulis dilapangan. Menurut Keliat (2005), diagnosis keperawatan dengan masalah utama Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi pendengaran terdapat tiga diagnosis, yaitu: Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran, Resiko Perilaku Kekerasan, dan Isolasi Sosial, sedangkan dari analisa data yang didapatkan penulis pada saat pengkajian didapatkan tiga diagnosis keperawatan pada Ibu Y, yaitu: Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran, Resiko Perilaku Kekerasan, dan Harga Diri Rendah Kronik. Diagnosis keperawatan berdasarkan prioritas yaitu yang pertama adalah Gangguan Persepsi Sensori, diagnosis pertama yang ditegaskan dalam kasus juga sama dengan diagnosis pada teori menurut Keliat (2005). Penulis

menegakkan diagnosis pertama sebagai *core problem*, dari hasil pengkajian didapatkan beberapa tanda dan gejala halusinasi yang sama dengan teori. Diagnosis kedua yaitu Resiko Perilaku Kekerasan, diagnosis kedua ini juga terdapat dalam teori. Penulis menegakkan diagnosis kedua sebagai *effect* dari masalah utama karena pasien menunjukkan tanda-tanda perilaku kekerasan. Untuk diagnosis ketiga ditemukan kesenjangan antara diagnosis dalam teori dan diagnosis yang diperoleh penulis di lapangan. Pada teori, diagnosis *causa* dengan masalah utama Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran adalah Isolasi Sosial, sedangkan dari data hasil pengkajian pada pasien, penulis menegakkan diagnosis *causa* yang berbeda dengan teori, yaitu Harga Diri Rendah Kronik. Dari hasil pengkajian yang dilakukan penulis, tidak ditemukan tanda-tanda pasien mengalami Isolasi Sosial, seperti: pasien mengatakan tidak suka berbicara dengan orang lain, pasien terlihat menyendiri, atau saat berinteraksi pasien lebih banyak menjawab dengan jawaban tertutup (Ya/Tidak), tetapi pasien terlihat lesu, sedih, merasa putus asa, berbicara dengan suara yang lirih dan pasien mengatakan 5 bulan yang lalu pasien berpisah dengan suaminya, pasien juga mengatakan kurang puas dengan

tubuhnya yang sekarang. Dari data tersebut maka penulis menyimpulkan untuk menegakkan diagnosis *causa* pada masalah utama Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran adalah Harga Diri Rendah Kronik.

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 menetapkan prioritas masalah, tujuan, kriteria hasil, dan rencana tindakan. Penulis tidak menemui kendala dalam penyusunan rencana keperawatan serta penulis menambahkan rencana tindakan terminasi.
4. Implementasi asuhan keperawatan yang terlaksana pada masalah keperawata Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran adalah Sp 1 P, Sp 2 P, Sp 3 P, Sp 4 P, Resiko Perilaku Kekerasan Sp 1 P, Sp 2 P, Sp 3 P, Sp 4 P, Sp 5 P, Harga Diri Rendah kronik Sp 1 P, dan Sp terminasi.
5. Evaluasi untuk diagnosis keperawatan pertama klien mampu mencapai tujuan dan kriteria hasil yang telah direncanakan, yaitu klien mampu mengenali halusinasi yang dialaminya, mengontrol halusinasi, mengikuti program pengobatan secara optimal sesuai penilaian kriteria evaluasi.

Sementara diagnosis keperawatan kedua, klien telah mampu mengontrol emosinya, mampu mengenali tanda dan gejalanya,serta mengikuti program pengobatan secara optimal. Untuk diagnosis ketiga klien telah mampu melakukan kegiatan yang pertama dipilih yaitu Sp 1 P, untuk Sp 2 dan Sp 3 P belum dapat dilanjutkan karena klien meminta tidak dilanjutkan pada hari tersebut.

Pada hari terakhir, penulis juga melakukan evaluasi hasil atas semua tindakan yang telah dilakukan kepada klien selama 3 hari. Untuk diagnosis pertama Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran semua tindakan telah dilakukan dan tercapai. Untuk diagnosis kedua Resiko Perilaku Kekerasan semua tindakan juga telah dilakukan dan tercapai, dan untuk diagnosis ketiga Harga Diri Rendah kronik masalah teratasi sebagian karena klien telah melakukan kemampuan yang telah dilatih oleh perawat, tetapi Sp 2 P dan Sp 3 P belum penulis lakukan karena keterbatasan waktu dan kondisi klien yang tidak bisa melanjutkan.

Pelaksanaan diprioritaskan pada masalah keperawatan utama yaitu diagnosis pertama agar masalah yang menjadi akibat tidak timbul kembali. Untuk itu penulis melimpahkan

tindakan selanjutnya kepada perawat ruangan untuk menindaklanjuti dan mengevaluasi perkembangan klien.

B. Saran

Dengan melihat pentingnya asuhan keperawatan jiwa tersebut, penulis mengajukan beberapa saran, yaitu:

1. Institusi

- a. Menambah buku referensi tentang masalah keperawatan jiwa khususnya pada masalah Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran.
- b. Selalu memberikan motivasi dan sarana yang memadai bagi mahasiswa.

2. Perawat

- a. Meningkatkan kualitas dan kemampuan dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien khususnya masalah Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran dengan cara lebih sering membaca buku tentang keperawatan jiwa atau melakukan pre dan post conference untuk mengetahui masalah apa yang belum teratasi dan sekaligus sharing tentang ilmu terbaru mengenai proses asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan jiwa,

khususnya pasien dengan masalah Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran.

b. Menginformasikan kepada keluarga klien untuk menjenguk klien minimal sebulan sekali dengan cara salah satunya melakukan pertemuan rutin dengan keluarga untuk membicarakan hal-hal yang berkaitan dengan kondisi pasien dan memberikan dukungan, penguatan, dan penjelasan bahwa keluarga juga berperan penting bagi proses pemulihan kondisi pasien, khususnya pasien dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi pendengaran.

c. Mengajarkan kepada keluarga cara merawat klien dirumah dengan cara memberikan penjelasan mengenai permasalahan yang klien alami dan hal-hal apa saja yang bisa dilakukan keluarga dirumah untuk merawat pasien, dan mendiskusikan dengan keluarga hambatan apa saja yang mungkin keluarga hadapi saat merawat pasien, khususnya pasien dengan masalah Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran.

3. Bagi Rumah Sakit

a. Meningkatkan mutu dalam memberikan pelayanan keperawatan khususnya pada klien dengan Gangguan

Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran dengan cara menyediakan tenaga medis (dokter, perawat, ahli gizi, dsb) yang berkompeten dan professional pada bidangnya, menyediakan pelatihan keperawatan jiwa atau pelatihan yang berkaitan secara berkala terutama bagi perawat, dokter atau yang lainnya yang berkaitan dengan pelayanan di rumah sakit.

- b. Sebaiknya menyediakan dan memfasilitasi apa yang dibutuhkan klien dalam proses penyembuhan, dengan cara rumah sakit menyediakan perawat-perawat dan dokter yang professional guna membantu penyembuhan pasien, menyediakan ruangan khusus konsultasi bagi keluarga klien apabila ada yang ingin keluarga rundingkan berhubungan dengan proses pengobatan atau terapi yang dijalani oleh klien terutama dengan masalah Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran.

4. Klien

- a. Klien diharapkan mengikuti program terapi yang telah Direncanakan oleh dokter dan perawat untuk mempercepat kesembuhan klien.
- b. Klien diharapkan melaksanakan jadwal kegiatan yang telah disusun.

DAFTAR PUSTAKA

Azizah, L. M. (2011). *Keperawatan Jiwa Aplikasi Praktik Klinik*. Yogyakarta: Graha Ilmu.

Cahyo, F. (2012). Asuhan Keperawatan pada Sdr. D dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran diruang Maespati. Diambil pada 13 Juni 2016 dari [http//eprints.ums.ac.id](http://eprints.ums.ac.id).

Damaiyanti, M. (2008). *Komunikasi Terapeutik dalam Praktik Keperawatan*. Bandung : Refika Aditama

Keliat, B. A. (2005). *Proses Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta : EGC.

Siti. S. (2013). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Perubahan Sensori Persepsi: Halusinasi. Diambil pada 14 Juni 2016 dari [http//library.usu.ac.id](http://library.usu.ac.id).

Stuart G. W dan Laraia. (2005). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*, (7th ed). Missouri : Mosby.

Stuart, G. W. (2006). *Buku Saku Keperawatan Jiwa Edisi 5*. Jakarta : EGC.

Varcarolis, E.M. (2006). *Psychiatric Nursing Clinical Guide: Assessment Tools & Diagnosis*. Philadelphia: W.B Saunders Company.

Videbeck, S L. (2008). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta : EGC.

Yosep, I. (2007). *Keperawatan Jiwa*. Bandung : Refika Aditama.