

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU N YANG MENGALAMI HALUSINASI
PENDENGARAN DI RUANG PUNAI RUMAH SAKIT JIWA DAERAH
ATMA HUSADA MAHAKAM SAMARINDA**

KARYA TULIS ILMIAH



Oleh:

NANDA RDIANI

NIM :1311308210783

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

2016

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Seiring dengan perkembangan masyarakat saat ini, yang banyak mengalami perubahan dalam segala aspek kehidupan sehari-hari, sebagai manusia tentu saja tidak terlepas dari masalah. Setiap individu mempunyai cara tersendiri untuk mengatasi masalah tersebut. Besar kecilnya suatu masalah dalam kehidupan memang harus dihadapi, tetapi tidak sedikit pula individu yang tidak mampu menyelesaikan masalah-masalah tersebut. Hal inilah yang dapat mempengaruhi seseorang mengalami masalah psikologi atau gangguan kesehatan jiwa (Sulistiyowati dkk, 2006).

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) mendefinisikan sebagai keadaan sehat fisik, mental, dan sosial bukan semata-mata keadaan tanpa penyakit atau kelemahan, definisi ini menekankan kesehatan sebagai suatu keadaan sejahtera yang positif, bukan sekedar keadaan tanpa penyakit. Orang yang memiliki kesejahteraan emosional, fisik, dan sosial dapat memenuhi tanggung jawab kehidupan sehari-hari, dan puas dengan hubungan interpersonal

dan diri mereka sendiri. Tidak ada satupun definisi universal kesehatan jiwa, tetapi kita dapat menyimpulkan seseorang dapat dilihat atau ditafsirkan berbeda oleh orang lain, yang bergantung kepada nilai keyakinan, maka penentuan definisi kesehatan jiwa menjadi sulit (Videbeck, 2008).

Kesehatan jiwa adalah suatu kondisi sehat emosional, psikologis, dan sosial yang terlihat dari hubungan interpersonal yang memuaskan perilaku yang efektif, konsep diri yang positif dan kestabilan emosional. Keperawatan jiwa adalah area khusus dalam praktek keperawatan yang menggunakan ilmu tingkah laku manusia sebagai dasar dan menggunakan diri sendiri secara terapeutik dalam meningkatkan, mempertahankan, memulihkan mental klien dan kesehatan mental masyarakat (American Nurse Associations, 2012).

Dimasa lalu gangguan jiwa dipandang sebagai kerasukan setan, hukuman karena pelanggaran sosial atau agama, kurang minat atau semangat, dan pelanggaran norma sosial. Penderita gangguan jiwa dianiaya, dihukum, dijauhi, diejek, dan dikucilkan dari masyarakat "normal". Sampai abad ke-19 penderita gangguan jiwa dinyatakan tidak dapat disembuhkan dan dibelenggu dalam penjara tanpa diberi makanan, tempat berteduh, atau pakaian yang cukup.

Keadaan krisis ini membawa dampak terhadap peningkatan kualitas dan kuantitas penyakit mental dan emosional manusia. Dari

berbagai penyelidikan dapat dikatakan bahwa gangguan jiwa adalah kumpulan dari keadaan-keadaan yang tidak normal, baik yang berhubungan dengan fisik, maupun dengan mental. Keabnormalan tersebut dibagi dalam dua golongan yaitu : gangguan jiwa (*Neurosa*) dan sakit jiwa (*Psikosa*). Keabnormalan terlihat dalam berbagai macam gejala, yang penting diantaranya adalah ketegangan (*tension*), rasa putus asa dan murung gelisah, cemas, perbuatan-perbuatan yang terpaksa (*Convulsive*) histeria, rasa lemah dan tidak mampu mencapai tujuan, takut pikiran-pikiran dan sebagainya. Seseorang terkena neurosa masih menetahui dan merasakan kesukarannya, serta kepribadiannya tidak jauh dari realitas dan masih dalam alam kenyataan pada umumnya. Sedangkan orang yang terkena psikosa tidak mengalami kesukaran-kesukaran, kepribadian (dari segi tanggapan, perasaan atau emosi dan dorongan motivasi sangat terganggu), tidak ada integritas dan hidup jauh dari alam kenyataan (Zakiah dalam Yosep, 2007).

Perkembangan masalah-masalah yang mengakibatkan gangguan jiwa adalah seseorang yang merasa banyak masalah, ingin menghindar dari lingkungan, takut diketahui oleh orang lain bahwa dirinya banyak masalah. Masalah makin terasa sulit karena berbagai stressor terakumulasi, misalnya kekasih hamil, terlibat narkoba, dihianati kekasih, masalah kampus, dan sebagainya. Masalah terasa

menekan karena terakumulasi sedangkan dukungan kurang dan persepsi terhadap masalah sangat buruk. Sulit tidur berlangsung terus menerus sehingga terbiasa menghayal. Klien menganggap lamunan-lamunan awal tersebut sebagai pemecah masalah. Gangguan jiwa apabila tidak ditangani atau diberikan perawatan secara komprehensif ini akan menyebabkan gangguan jiwa yang kronis ataupun menahun. Seseorang yang mengalami gangguan jiwa akan kehilangan kesadaran, akal sehat yang membuat mereka tidak dapat berfikir secara jernih, logis dan tidak dapat memenuhi kebutuhannya sehari-hari. Apabila seseorang mengalami gangguan jiwa tidak segera diberikan perawatan akan bersifat buruk ataupun merusak diri sendiri, orang lain maupun lingkungan.

Salah satu gejala psikosis yang dialami penderita gangguan jiwa adalah yang merupakan gangguan persepsi dimana pasien mempersepsikan sesuatu yang sebenarnya tidak terjadi (Maramis, 2006). Halusinasi dapat diartikan sebagai terganggunya persepsi sensori seseorang, dimana tidak terdapat stimulus (Varcarolis dalam Yosep, 2009). Halusinasi dibedakan dari distorsi atau ilusi yang merupakan tanggapan salah dari rangsang yang nyata ada. Menurut Stuart dan Sundden (1995), 70% pasien mengalami jenis halusinasi auditorik, 20% halusinasi visual, 10% halusinasi pengecapan, taktil dan penciuman.

Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Rikesdes) 2013, wilayah Kalimantan timur dengan jumlah penduduk prevalensi gangguan mental emosional (cemas dan depresi) diatas usia 15 tahun adalah sebesar 1,4% atau sekitar 29.679 jiwa untuk gangguan jiwa berat. Psikosis atau skizofrenia diatas 15 tahun sebesar 1,4% atau sekitar 2.967 jiwa yang mengalami (Rikesdes, 2013).

Berdasarkan hasil laporan rekam medik RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda, tercatat bahwa total jumlah pasien rawat inap di Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda pada 6 bulan terakhir ditahun 2016 sebanyak 1.308 masalah keperawatan. Dengan kasus Resiko perilaku kekerasan sebanyak 8% atau 110 jiwa, Halusinasi sebanyak 77% atau 999 jiwa, Harga diri rendah sebanyak 2% atau 30 jiwa, Waham sebanyak 4% atau 49 jiwa, Defisit perawatan diri sebanyak 9% atau 120 jiwa dan tidak ada kasus untuk Resiko bunuh diri atau 0%.

Sebagaimana telah diketahui bahwa kebanyakan pasien gangguan jiwa mengalami halusinasi yang merupakan manifestasi dari ketidakmampuan pasien beradaptasi dalam kehidupan dan lingkungan, diakibatkan oleh terjadinya gangguan pada kemampuan kognitif dan psikomotor pasien dalam mengontrol halusinasinya. Sehingga timbul keinginan penulis untuk mengangkat kasus yang berjudul "Asuhan Keperawatan Pada Ibu N yang

Mengalami Halusinasi Pendengaran di Ruang Punai Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda”.

B. Rumusan Masalah

Adapun permasalahan yang penulis rumuskan dalam karya tulis ilmiah ini adalah ”Bagaimana pelaksanaan Asuhan Keperawatan pada Ibu A yang mengalami Halusinasi Pendengaran di Ruang Punai Rumah Sakit Jiwa Atma Husada Mahakan Samarinda?”.

C. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Untuk memperoleh gambaran umum tentang pelaksanaan Asuhan Keperawatan pada Ibu N yang mengalami Halusinasi Pendengaran di Ruang Punai Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Samarinda.

2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari karya tulis ilmiah ini adalah untuk, memperoleh pengalaman nyata dalam melakukan asuhan keperawatan pada Ibu N yang mengalami Halusinasi Pendengaran di Ruang Punai Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda yang meliputi dalam hal :

- a. Melakukan Pengkajian.
- b. Merumuskan Diagnosa keperawatan.

- c. Menetapkan Perencanaan Keperawatan (Intervensi).
- d. Melaksanakan Implementasi Keperawatan.
- e. Melakukan Evaluasi Asuhan Keperawatan.

D. Metode Penulisan

Penyusunan karya tulis ilmiah ini menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus dimana studi kasus ini memberikan gambaran asuhan keperawatan yang sedang terjadi (berlangsung), dan aktual yaitu suatu gambaran permasalahan tentang kasus asuhan keperawatan jiwa pada klien dengan masalah utama Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi Pendengaran. Adapun teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini adalah sebagai berikut:

1. Wawancara

Penulis secara langsung melakukan wawancara pada klien maupun perawat ruangan untuk mendapatkan data mengenai keadaan klien.

2. Observasi

Pengumpulan data dengan cara mengamati perilaku dan keadaan klien untuk mendapatkan gambaran yang jelas mengenai klien dengan masalah utama Gangguan Sensori Persepsi:

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

3. Pemeriksaan Fisik

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

4. Studi Dokumentasi

Data diperoleh dari catatan medik dan catatan keperawatan di Ruang Punai Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda.

5. Studi Kepustakaan

Mengumpulkan data dari buku-buku dan *literatur* lain untuk memperoleh materi dan referensi yang berkaitan dengan kasus.

E. Sistematika Penulisan

Dalam penulisan karya tulis ilmiah ini penulisan terdiri dari lima bab, yaitu:

Bab I pendahuluan, berisi latar belakang masalah, rumusan masalah, tujuan penulisan, metode penulisan dan sistematika penulisan.

Bab II tinjauan pustaka, berisi teori-teori yang mendukung is karya tulis ilmiah sesuai dengan masalah yang meliputi pengertian, jenis dan tanda gejala, rentang respon, penyebab, proses terjadinya serta pohon masalah, selanjutnya uraian secara teoritis tentang asuhankeperawatan meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana tindakan keperawatan, implementasi keperawatan jiwa, evaluasi keperawatan.

Bab III tinjauan kasus, berisi pelaksanaan asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana tindakan keperawatan, implementasi keperawatan jiwa, evaluasi keperawatan.

Bab IV pembahasan, berisikan uraian tentang analisa terhadap hasil studi dengan mencantumkan teori yang relevan untuk memperkuat bahasan dan mencakup ada tujuan penulisan dan difokuskan pada keterkaitan dan kesepanjangan antara kasus dengan teori yang dipelajari dari pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana tindakan keperawatan, implementasi keperawatan jiwa, evaluasi keperawatan.

Bab V penutup, berisikan kesimpulan merupakan jawaban tujuan penulis dan sebagai inti dari pembahasan yang ditulis secara singkat dan jelas, dan saran adalah tanggapan dan butir kesimpulan yang berupa kesenjangan antara teori dengan kenyataan yang ada pada saat pelaksanaan karya tulis ilmiah.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Pengertian Halusinasi

Ada beberapa pengertian halusinasi yang digali oleh beberapa ahli diantaranya adalah sebagai berikut :

Halusinasi adalah salah satu gejala gangguan jiwa dimana klien mengalami perubahan sensori persepsi, merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan dan penghidu. Klien merasakan stimulus yang betulnya tidak ada (Damaiyanti, 2008). Sedangkan menurut Yosep (2010) Halusinasi adalah persepsi yang tanpa di jumpai adanya rangsangan dari luar, walaupun tampak sebagai suatu yang “khayal”, halusinasi sebenarnya merupakan bagian dari kehidupan mental penderita yang “terasepsi”.

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

Halusinasi adalah perubahan dalam jumlah / pola stimulus yang datang disertai gangguan respon yang kurang, berlebihan, atau distorsi terhadap stimulus tersebut (Nanda-1,2012).

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

B. Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi dari halusinasi menurut Yosep (2007) adalah :

1. 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.

2. Faktor Sosio Kultural

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

lingkungan.

3. Faktor Biokimia

Dimana mempunyai pengaruh terhadap gangguan jiwa. Ada stress yang berlebihan yang dialami seseorang maka tubuh akan dihasilkan suatu zat yang dapat bersifat halusinogenik neurokimia seperti amfetamin dan dimethylamfetamin (DMA).

4. Faktor Psikologis

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

5. Faktor Genetik dan Pola Asuh

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

C. 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 koping 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 diintervensikan.

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.

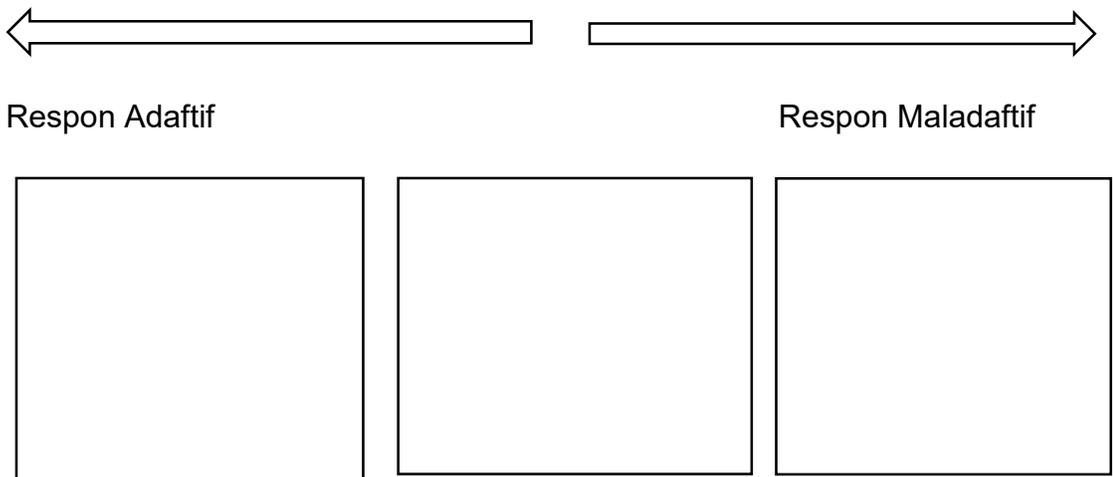
D. Rentang Respon Halusinasi

Menurut Marlindawani, (2010) rentang respons halusinasi dari perilaku adaptif sampai perilaku maladaptif. Berikut uraian penjelasannya :

Halusinasi merupakan salah satu respon maladaptif individu yang berada dalam rentang respon neurobiologis (Stuart dan Tarala, 2010). Ini merupakan respon persepsi paling maladaptif. Jika individu yang sehat persepsinya akurat.

Mampu mengidentifikasi dan menginterpretasikan stimulus berdasarkan informasi yang diterima melalui panca indera (pendengaran, penglihatan, penghidu, pengecap dan perabaan). Pasien dengan halusinasi mempersepsikan suatu stimulus panca indera walaupun sebenarnya stimulus tersebut tidak ada. Diantara kedua respon tersebut adalah respon individu yang karena sesuatu hal mengalami kelainan persepsi yaitu salah satu mempersepsikan stimulus yang diterimanya yang disebut sebagai ilusi.

Pasien mengalami ilusi jika interpretasi yang dilakukan terhadap stimulus panca indera tidak akurat sesuai stimulus yang diterima.



Gambar 2.1 Rentang Respon Neurobiologis (Stuart, 2010)

E. Tanda dan Gejala

Menurut (Keliat 2009). Tanda dan gejala halusinasi dapat dilihat secara subkyektif dan obyektif klien yang mengalami halusinasi yaitu:

Tabel 2.1 halusinasi berdasarkan data subjektif dan objektif

Jenis halusinasi	Data objektif	Data subjektif
Halusinasi dengar suara	<ul style="list-style-type: none"> - Bicara atau tertawa sendiri - Marah-marah tanpa sebab - menyedengkan telinga ke arah tertentu - Menutup telinga 	<ul style="list-style-type: none"> - Mendengarkan suara-suara atau kegaduhan - Mendengarkan suara yang mengajak bercakap-cakap - Mendengarkan suara menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya.
Halusinasi penglihatan	<ul style="list-style-type: none"> - Menunjuk –nunjukan kearah tertentu - Ketakutan dengar sesuatu yang tidak jelas 	<ul style="list-style-type: none"> - Melihat bayangan sinar, bentuk sinar sinar,bentuk geometris,bentuk kartoon,melihat hantu atau menster
Halusinasi penghidu	<ul style="list-style-type: none"> - Mencium seperti sedang membaui bau-bauan tertentu - Menutup hidung 	<ul style="list-style-type: none"> - Membau bau-bauan seperti bau darah,urine, feses, kadang-kadang bau itu menyenangkan
Halusinasi pengecapan	<ul style="list-style-type: none"> - Sering meludah - muntah 	<ul style="list-style-type: none"> - Merasakan rasa seperti darah ,urin atau feses.
Halusinasi perabaan	<ul style="list-style-type: none"> - Mengaruk–ngaruk permukaan kulit 	<ul style="list-style-type: none"> - Mengatakan ada serangga di permukaan kulit - Merasakan seperti

		tersengat listrik
--	--	-------------------

F. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan klien Skizofrenia adalah dengan pemberian obat-obatan dan tindakan lain, yaitu : Menurut Townsend, (2003) ada dua jenis penatalaksanaan yaitu sebagai berikut :

1. Terapi Farmakologi

a. *Haloperidol (HLP)*

1) Klasifikasi antipsikotik, neuroleptik, butirofenon.

2) Indikasi

Penatalaksanaan psikosis kronik dan akut, pengendalian hiperaktivitas dan masalah perilaku berat pada anak-anak.

3) Mekanisme kerja

Mekanisme kerja anti psikotik yang tepat belum dipahami sepenuhnya, tampak menekan SSP pada tingkat subkortikal formasi reticular otak, mesenfalon dan batang otak.

4) Kontra indikasi

Hipersensitifitas terhadap obat ini pasien depresi SSP dan sumsum tulang, kerusakan otak subkortikal, penyakit Parkinson dan anak dibawah usia 3 tahun.

5) Efek samping

Sedasi, sakit kepala, kejang, insomnia, pusing, mulut kering dan anoreksia.

b. *Chlorpromazin*

1) Klasifikasi sebagai antipsikotik, antiemetik.

2) Indikasi

Penanganan gangguan psikotik seperti skizofrenia, fase mania pada gangguan bipolar, gangguan skizoaktif, ansietas dan agitasi, anak hiperaktif yang menunjukkan aktivitas motorik berlebihan.

3) Mekanisme Kerja

Mekanisme kerja antipsikotik yang tepat belum dipahami sepenuhnya, namun mungkin berhubungan dengan efek antidopaminergik. Antipsikotik dapat menyekat reseptor dopamine postsinaps pada ganglia basal, hipotalamus, system limbik, batang otak dan medula.

4) Kontra Indikasi

Hipersensitivitas terhadap obat ini, pasien koma atau depresi sum-sum tulang, penyakit Parkinson, insufisiensi hati, ginjal dan jantung, anak usia dibawah 6 bulan dan wanita selama kehamilan dan laktasi.

5) Efek Samping

Sedasi, sakit kepala, kejang, insomnia, pusing, hipotensi, ortostatik, hipertensi, mulut kering, mual dan muntah.

c. *Trihexypenidil (THP)*

1) Klasifikasi antiparkinson

2) Indikasi

Segala penyakit Parkinson, gejala ekstra pyramidal berkaitan dengan obat antiparkinson

3) Mekanisme kerja

Mengoreksi ketidakseimbangan defisiensi dopamine dan kelebihan asetilkolin dalam korpus striatum, asetilkolin disekat oleh sinaps untuk mengurangi efek kolinergik berlebihan.

4) Kontra indikasi

Hipersensitifitas terhadap obat ini, glaucoma sudut tertutup, hipertropi prostat pada anak dibawah usia 3 tahun.

5) Efek samping

Mengantuk, pusing, disorientasi, hipotensi, mulut kering, mual dan muntah.

2. Terapi non Farmakologi

1. Terapi Aktivitas Kelompok (TAK).

Terapi aktivitas kelompok yang sesuai dengan Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi adalah TAK Stimulasi Persepsi.

2. Pengekangan atau pengikatan

Pengembangan fisik menggunakan pengekangannya mekanik seperti manset untuk pergelangan tangan dan pergelangan kaki sprengi pengekangan dimana klien dapat dimobilisasi dengan membalutnya, cara ini dilakukan pada klien halusinasi yang mulai menunjukkan perilaku kekerasan diantaranya : marah-marah/mengamuk, melukai diri sendiri, orang lain dan lingkungan sekitar.

G. Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan diberikan pada klien untuk memecahkan masalah klien dengan menggunakan proses keperawatan dengan proses keperawatan, perawat memakai latar belakang pengetahuan pasien, mendiagnosa. Merencanakan intervensi keperawatan (Keliat, 2006).

Kemampuan perawat yang di harapkan dalam melakukan pengkajian adalah mempunyai kesadaran/tilik diri (*self awareness*), kemampuan observasi dengan akurat, kemampuan berkomunikasi

terapeutik dan senantiasa mampu berespon secara efektif (Stuart, 2005).

Tahapan-tahapan dari proses keperawatan tersebut adalah:

1. **Pengkajian**

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan. Tahap pengkajian terdiri atas pengumpulan data dan perumusan kebutuhan, atau masalah klien. Data yang dikumpulkan meliputi data biologis, psikologis, sosial dan spiritual. Data pengkajian kesehatan jiwa dapat dikelompokkan menjadi faktor predisposisi, faktor presipitasi, penilaian terhadap stressor, sumber coping dan kemampuan coping yang dimiliki klien (Stuart & Larai, 2001), cara ini yang dipakai pada uraian berikut. Cara pengkajian lain berfokus pada 5 (lima) dimensi, yaitu fisik, emosional, intelektual, sosial, dan spiritual. Isi pengkajian menurut Keliat, (2006) meliputi:

a. Identitas Klien

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan pekerjaan, agama dan alamat.

b. Alasan Masuk

Menjadi alasan yang sering menjadi alasan klien dibawa ke rumah sakit jiwa adalah : Waham, isolasi sosial, perilaku kekerasan, kerusakan komunikasi. Data dapat diperoleh dari

keluarga dengan menanyakan : apa yang terjadi di rumah (klien sering bicara sendiri, klien mendengar suara-suara. klien marah tanpa alasan, klien mengatakan sesuatu yang tidak nyata), apa yang telah dilakukan pada klien. kemana keluarga minta pertolongan sebelum ke rumah sakit.

c. Faktor predisposisi

Aspek biologis: perkembangan dan fungsi otak/susunan syaraf pusat. Aspek psikologis : konflik dan kekerasan dalam keluarga, pola asuh pada usia anak-anak yang tidak adekuat. Sosial Budaya: kemiskinan, konflik sosial budaya (peperangan, kerusuhan, kerawanan, kehidupan yang terisolasi disertai stres yang menumpuk).

d. Fisik

Tanda vital yang meliputi: tekanan darah, nadi, suhu tubuh dan pernafasan, tinggi badan, berat badan serta keluhan fisik.

e. Psikososial

Genogram

1. konsep diri : citra tubuh, identitas, peran, idea! diri, harga diri.

2. hubungan sosial : orang terdekat, peran serta dalam kegiatan kelompok masyarakat, hambatan dalam berhubungan dengan orang lain.
3. spiritual : nilai dan keyakinan. kegiatan ibadah.

f. Status mental

4. Penampilan : tidak rapi, pakaian tidak serasi/tidak cocok berubah dari biasanya.
5. Pembicaraan : tidak terorganisir, tidak berhubungan, tidak logis, berbelit-belit
6. aktivitas dan motorik : meningkat/menurun, impulsif, tremor, tegang, lesu. gelisah
7. alam perasaan :sedih dan putus asa disertai perilaku apatis
8. afek : tumpul, datar, tidak sesuai, labil
9. interaksi selama wawancara : bermusuhan, tidak kooperatif, mudah tersinggng. kontak mata kurang, curiga, bercakap-cakap sendiri
- 10.persepsi : bicara. senyum dan tertawa sendiri, menarik diri dan menghindar dari orang lain, tidak dapat membedakan nyata dan tidak nyata, tidak dapat berkonsentrasi, curiga/bermusuhan. ekspresi wajah tegang dan mudah tersinggung
- 11.proses pikir : *flight of idea*, pengulangan pembicaraan.

12. isi pikir : waham, keyakinan klien tidak konsisten dengan tingkat intelektual dan latar belakang budaya klien
13. tingkat kesadaran : disorientasi waktu, tempat dan orang, bingung
14. daya ingat : gangguan daya ingat jangka pendek/panjang, berulang kali menanyakan waktu
15. tingkat konsentrasi dan berhitung : mudah beralih, tidak mampu konsentrasi, tidak mampu berhitung sederhana
16. daya tilik diri : mangingkari penyakit yang diderita, tidak merasa bahwa apa yang dipikirkan dan diucapkan adalah salah

b. Kebutuhan persiapan pulang

1. Makan dan minum : bantuan minimal atau bantuan total
2. BAB/BAK, mandi, dan berpakaian/berhias : bantuan minimal atau bantuan total.
3. Istirahat dan tidur : lama tidur siang dan lama tidur malam
4. Penggunaan obat : bantuan minimal atau bantuan total
5. Pemeliharaan kesehatan : memerlukan perawatan pendukung atau perawatan lanjutan
6. Kegiatan dalam rumah : melakukan kegiatan yang sesuai dengan kemampuan klien seperti mempersiapkan

makanan. Menjaga kerapihan rumah, mencuci pakaian dan pengaturan keuangan

c. **Mekanisme koping**

1. Adaktif : bicara dengan orang lain, mampu menyelesaikan masalah, teknik relaksasi, aktivitas konstruktif, olah raga
2. Maladaktif : minum alkohol, reaksi lambat/berlebihan, bekerja berlebihan, menghindar, mencederai diri.

d. **Masalah psikososial dan lingkungan**

1. Masalah dengan dukungan kelompok : organisasi atau perkumpulan yang pernah diikuti oleh klien
2. Masalah berhubungan dengan pendidikan : pendidikan terakhir pasien dan masalah yang dialami ketika waktu pendidikan
3. Masalah dengan pekerjaan : pekerjaan klien
4. Masalah dengan ekonomi : kondisi keuangan klien
5. Masalah dengan perumahan : masalah dirumah dan sekitarnya atau tetangga
6. Masalah dengan pelayanan kesehatan : kesulitan dalam memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan

e. **Kurang pengetahuan**

Penyakit jiwa, faktor presipitasi, koping, obat-obatan, penyakit fisik.

f. **Aspek medik**

Diagnosa medis dan terapi medis.

g. **Daftar masalah keperawatan**

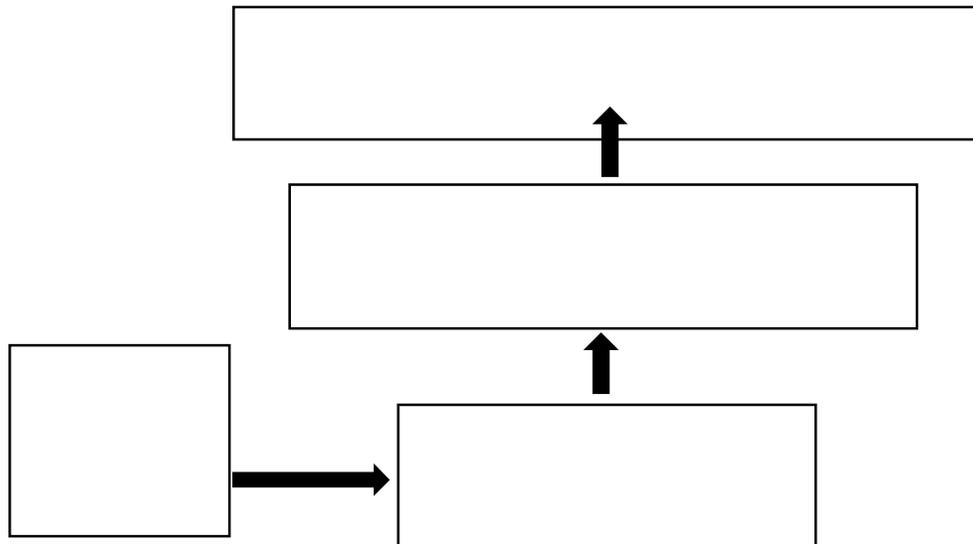
Masalah psikososial dan lingkungan: masalah berkenaan dengan ekonomi, pekerjaan, pendidikan dan perumahan atau pemukiman.

h. **Masalah keperawatan**

Menurut Keliat (2006) masalah keperawatan yang sering terjadi pada klien halusinasi adalah: Perubahan persepsi sensori : halusinasi pendengaran, Resiko mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan, Isolasi sosial : menarik diri, Gangguan konsep diri : harga diri rendah, intoleransi aktivitas dan defisit perawatan diri.

Klien yang mengalami halusinasi dapat kehilangan kontrol dirinya sehingga bisa membahayakan diri sendiri, orang lain maupun lingkungan. Hal ini terjadi jika halusinasi sudah sampai pada fase empat, dimana klien mengalami panik dan perilakunya dikendalikan oleh isi halusinasinya. Masalah yang menyebabkan halusinasi itu adalah harga diri rendah dan isolasi sosial, akibat rendah diri dan kurangnya berhubungan sosial maka klien menjadi menarik diri dari lingkungan (Keliat,

2006). Berdasarkan masalah-masalah tersebut, maka dapat disusun pohon masalah sebagai berikut:



Gambar 2.2 Pohon Masalah Gangguan Persepsi sensori
Halusinasi (keliat, 2006)

2. Diagnosa Keperawatan

Pengertian diagnosa keperawatan dikemukakan oleh beberapa ahli sebagai berikut:

- a. Diagnosa keperawatan ialah identifikasi atau penilaian terhadap pola respon klien baik aktual maupun potensial (Carpenito, dikutip oleh Keliat, 2006).
- b. Diagnosa keperawatan adalah penilaian teknik mengenai respon individu, keluarga, komunitas terhadap masalah

kesehatan atau proses kehidupan yang aktual maupun potensial (NANDA, 2001 dikutip oleh Keliat, 2006)

Rumusan diagnosis menurut Keliat (2006) dapat berupa:

1. Problem (masalah): nama atau label diagnosa.
2. Etiologi (penyebab): alasan yang dicurigai dari respon yang telah diidentifikasi dari pengkajian
3. Sign dan symptom (tanda dan gejala): manifestasi yang diidentifikasi dalam pengkajian yang menyokong diagnosa keperawatan.

Ada beberapa diagnosa yang sering ditemukan pada klien dengan halusinasi, menurut Keliat, 2006) yaitu:

- a) Resiko perilaku kekerasan
- b) Gangguan persepsi sensori: Halusinasi
- c) Harga diri rendah

3. Perencanaan

Perencanaan asuhan keperawatan terdiri dari tiga aspek yaitu: tujuan umum, tujuan khusus dan rencana tindakan keperawatan. Tujuan umum berfokus pada penyelesaian permasalahan dari diagnosa tertentu dan dapat dicapai bila serangkaian tujuan khusus telah tercapai (Suart dan Laraia, 2001).

Adapun rencana tindakan pada pasien yang mengalami halusinasi pendengaran berdasarkan diagnosa keperawatan menurut tersebut diatas sebagai berikut (Keliat, 2006):

SP1P BHSP

Tujuan :

Pasien mampu membina hubungan saling percaya

Kriteria hasil :

Pasien dapat menerima kehadiran perawat secara verbal dan non verbal: menjawab salam, mau berjabat tangan, menjawab salam perawat dan duduk berdampingan dengan perawat.

Tindakan keperawatan :

- a. Salam terapeutik
- b. Perkenalkan diri
- c. Jelaskan tujuan interaksi
- d. Ciptakan lingkungan yang tenang
- e. Buat kontrak yang jelas
- f. Yakinkan bahwa kerahasiaan pasien senantiasa terjaga
- g. Tanyakan harapan terhadap pertemuan
- h. Tepati waktu

SP2P BHSP

Kriteria Hasil:

Klien dapat mengungkapkan perasaan dan keadaannya saat ini.

Tindakan Keperawatan:

1. Evaluasi kegiatan pasien yang lalu (SP1)
2. Dorong dan beri kesempatan pasien untuk mengungkapkan perasaannya
3. Dengarkan ungkapan pasien dengan empati
4. Lakukan pengkajian data (sesuai formatif)

SP1K BHSP

Tujuan:

Keluarga mampu membina hubungan saling percaya.

Kriteria Hasil:

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

Tindakan keperawatan:

1. Salam terapeutik
2. Perkenalkan diri
3. Jelaskan tujuan interaksi
4. Ciptakan lingkungan yang tenang
5. Buat kontrak yang jelas
6. Tanyakan harapan keluarga terhadap pertemuan dengan perawat
7. Tepati waktu

SP2K BHSP

Kriteria Hasil:

Keluarga mau mengungkapkan perasaan dan keadaan pasien

1. Evaluasi kegiatan yang lalu
2. Kaji keadaan pasien dirumah

SP1P Halusinasi

Tujuan:

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

Kriteria Hasil:

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

Tindakan keperawatan:

1. Bantu klien mengenali halusinasinya:
 - a. Isi halusinasi klien
 - b. Jenis halusinasi klien
 - c. Waktu terjadinya halusinasi pada klien
 - d. Frekuensi terjadinya halusinasi pada klien
 - e. Situasi atau penyebab yang menimbulkan halusinasi pada klien
 - f. Perasaan atau respon pasien saat terjadi halusinasi
2. Sebutkan cara mengontrol halusinasi (menghardik, berbincang-bincang, melakukan aktivitas dan minum obat)

3. Latih klien menghardik halusinasi dengan tahapan:
 - a. Jelaskan cara menghardik halusinasi
 - b. Peragakan cara menghardik
 - c. Minta klien memperagakan ulang
 - d. Pantau klien mempraktekan dan beri penguatan
4. Anjurkan klien memasukkan cara menghardik dalam jadwal kegiatan harian

SP2P Halusinasi

Kriteria Hasil:

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

Tindakan keperawatan:

1. Evaluasi kegiatan klien yang lalu tentang kemampuan klien mengontrol halusinasi dengan cara menghardik (SP1)
2. Latih klien bila halusinasi timbul, klien dapat berbicara atau bercakap-cakap dengan orang lain
3. Anjurkan klien memasukkan cara berbincang-bincang dengan orang lain dalam jadwal kegiatan harian

SP3P Halusinasi

Kriteria hasil:

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

Tindakan keperawatan :

1. Evaluasi kegiatan klien yang lalu tentang kemampuan klien mengontrol halusinasi dengan cara menghardik dan berbincang-bincang dengan orang lain (sp 1 dan sp 2)
2. Latih klien melakukan kegiatan harian agar halusinasinya tidak muncul, dengan tahapan:
 - a. Jelaskan pentingnya aktivitas yang teratur untuk mengatasi halusinasi
 - b. Diskusikan aktivitas yang mampu klien lakukan
 - c. Susun jadwal aktivitas mulai dari bangun sampai malam menjelang tidur
3. Anjurkan klien agar melakukan jadwal kegiatan harian sesuai jadwal

SP4P Halusinasi

Kriteria Hasil:

Pasien dapat menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan yaitu cara menghardik dan bercakap-cakap dan melakukan aktivitas sehari-hari sesuai jadwal dan pasien dapat membuat jadwal dan melakukan aktivitas sesuai dengan kegiatan harian yang telah dibuat.

Tindakan keperawatan:

1. Evaluasi kegiatan klien yang lalu yaitu cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, berbincang-bincang dan melakukan aktivitas sesuai jadwal (SP1, SP2 dan SP3).
2. Berikan pendidikan kesehatan tentang penggunaan obat secara teratur

- a. Jelaskan pentingnya minum obat
 - b. Jelaskan akibat bila minum obat tidak sesuai program
 - c. Jelaskan akibat bila putus obat
 - d. Jelaskan cara mendapatkan obat/berobat
 - e. Jelaskan program pengobatan dengan prinsip 6B
 - f. Latih klien minum obat
3. Anjurkan klien agar memasukkan jadwal minum obat dalam jadwal kegiatan harian klien

SP1K Halusinasi

Tujuan:

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

Kriteria hasil:

Keluarga dapat menyebutkan tentang halusinasi dan menjelaskan cara merawat pasien.

Tindakan keperawatan:

1. Identifikasi masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien
2. Jelaskan tentang halusinasi pada keluarga
 - a. Pengertian halusinasi, tanda gejala dan jenis halusinasi yang dialami pasien.
3. Cara merawat pasien halusinasi (menghardik, berkomunikasi, pemberian aktifitas dan pemberian obat.

SP2K halusinasi

Kriteria hasil-

Keluarga dapat memperagakan cara mengontrol halusinas dan merawat pasien dengan cara: mengingatkan cara menghardik bila halusinasi timbul, ngajak ngobrol pasien

Tindakan keperawatan:

1. Evaluasi kemampuan keluarga dalam merawat pasien dengan halusinasi (SP1)
2. Latih keluarga merawat langsung pasien

SP3K Halusinasi

Kriteria hasil:

Keluarga dapat membuat jaddwal harian pasien dan melakukan foolow up

Tindakan keperawatan:

1. Bantu keluarga membuat jadwal aktifitas termasuk minum obat
2. Jelaskan follow up pasien.

SP1P Harga diri rendah

Kriteria hasil:

Pasien mampu mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki dan menilai kemampuan yang dapat dilakukan.

Tindakan kepetawatan:

1. Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki serta membantu klien menilai kemampuan klien yang bisa dilakukan
2. Membantu klien memilih atau menetapkan kegiatan yang akan dilatih sesuai dengan kemampuan klien
3. Melatih klien sesuai dengan kemampuan yang dipilih
4. Memberikan pujian yang wajar terhadap keberhasilan klien
5. Menganjurkan klien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian

SP2P Harga diri rendah

Kriteria hasil:

Klien dapat melakukan kegiatan sesuai kondisi dan dapat memanfaatkan sistem pendukung.

Tindakan keperawatan:

1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien
2. Melatih klien melakukan kegiatan lain sesuai dengan kemampuan klien
3. Menganjurkan klien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.

SP1K Harga diri rendah

Kriteria hasil:

Keluarga dapat merawat dan membantu pasien memilih pasien dalam pekerjaan atau kegiatan sesuai kemampuan pasien

Tindakan keperawatan:

1. Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien
2. Menjelaskan pengertian, tanda gejala pasien dengan harga diri rendah
3. Menjelaskan cara-cara merawat pasien dengan harga diri rendah
4. Memberi kesempatan kepada keluarga untuk mempraktekan cara merawat pasien

SP2K Harga diri rendah

Tujuan:

Keluarga dapat mempraktekan atau mendemonstrasikan cara merawat pasien dengan masalah harga diri rendah

Tindakan keperawatan:

1. Melatih keluarga mempraktekan cara merawat langsung kepada klien harga diri rendah
2. Membuat perencanaan pulang bersama keluarga dan membuat jadwal aktivitas dirumah termasuk minum obat (discharge planning)
3. Menjelaskan follow up klien setelah pulang

SP1P Resiko perilaku kekerasan

Tujuan:

Pasien mampu mengidentifikasi penyebab dan tanda perilaku kekerasan, menyebutkan jenis perilaku kekerasan yang dilakukan, menyebutkan akibat perilaku kekerasan yang dilakukan, menyebutkan cara mengontrol perilaku kekerasan secara fisik, sosial/verbal, spiritual, dan psikofarma.

Kriteria Hasil:

Pasien dapat menyebutkan penyebab dan tanda gejala serta akibat dan mampu memperagakan mengontrol perilaku kekerasan.

Tindakan keperawatan:

1. Identifikasi penyebab perilaku kekerasan
2. Identifikasi tanda gejala perilaku kekerasan
3. Identifikasi akibat perilaku kekerasan
4. Identifikasi perilaku kekerasan yang dilakukan
5. Sebutkan cara mengontrol perilaku kekerasan (fisik 1 dan 2) secara verbal, spiritual dan minum obat secara teratur.
 - a) Bantu pasien mempraktekan latihan cara mengontrol secara fisik 1 (menarik nafas dalam)
 - b) Anjurkan pasien memasukkan kedalam jadwal harian cara mengontrol perilaku kekerasan

SP2P Resiko perilaku kekerasan

Kriteria hasil:

Pasien dapat menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan dan memperagakan cara fisik 2 untuk mengontrol perilaku kekerasan.

Tindakan Keperawatan:

1. Evaluasi jadwal kegiatan harian pasien sebelumnya (sp1)
2. Pasien dapat mempraktekan cara latihan mengontrol secara fisik 2 yaitu memukul bantal
3. Anjurkan pasien memasukkan cara mengontrol perilaku kekerasan dalam jadwal harian

SP3P Resiko perilaku kekerasan

Kriteria hasil:

Pasien dapat menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan dan mampu memperagakan cara sosial/verbal untuk perilaku kekerasan.

Tindakan keperawatan:

1. Evaluasi jadwal kegiatan harian pasien (sp1 dan 2)
2. Bantu pasien mempraktekan latihan cara mengontrol PK secara verbal: Menolak dengan baik, meminta dengan baik dan mengungkapkan dengan baik.
3. Anjurkan pasien memasukkan cara mengontrol perilaku kekerasan kedalam jadwal harian

SP4P resiko perilaku kekerasan

Kriteria Hasil:

Pasien dapat menyebutkan kegiatan yang sudah ada dan dilakukan dan mampu memperagakan cara spiritual.

Tindakan keperawatan:

1. Evaluasi jadwal kegiatan harian pasien (sp 1, sp2 dan sp 3)
2. Bantu pasien mempraktekkan latihan cara mengontrol PK secara spritual dengan sholat dan berdoa
3. Anjurkan pasien memasukan cara mengontrol perilaku kekerasan kedalam jadwal harian.

SP5P Resiko perilaku kekerasan

Kriteria hasil:

Pasien dapat menyebutkan kegiatan yang sudah ada dan dilakukan dan mampu memperagakan cara minum obat.

Tindakan Keperawatan:

1. Evaluasi jadwal kegiatan harian pasien (sp 1, sp2, sp 3, dan sp4)
2. Bantu pasien mempraktekkan latihan cara mengontrol PK dengan cara minum obal secara teratur: Jelaskan pentingnya obat, jelaskan akibat bila minum obat tidak sesuai program, jelaskan akibat bila putus obat, jelaskan cara mendapatkan obat berobat dan jelaskan program prinsip 5B
3. Anjurkan pasien memasukan cara mengontrol perilaku kekerasan minum obat kedalam jadwal harian.

SP1K

Tujuan:

Keluarga mampu merawat pasien dengan perilaku kekerasan di rumah dan menjadi sistem pendukung yang efektif bagi pasien.

Kriteria Hasil:

Keluarga dapat menyebutkan penyebab, tanda gejala, akibat dan merawat pasien serta memperagakan mengontrol PK.

Tindakan Keperawatan :

1. Diskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien
2. Jelaskan tentang perilaku kekerasan pada keluarga:
Pengertian PK tanda dan gejala PK dan akibat PK
3. Jelaskan cara merawat pasien PK

SP2K

Kriteria Hasil:

Keluarga dapat langsung memperagakan cara mengontrol pasien perilaku kekerasan.

Tindakan keperawatan:

1. Evaluasi Sp 1 K
2. Latih keluarga langsung memperagakan cara mengontrol pasie perilaku kekerasan

Sp 3 K

Kriteria Hasil:

Keluarga dapat membuat jadwal aktifitas pada pasien perilaku kekerasan dan melakukan rujukan

Tindakan keperawatan:

1. Bantu keluarga membuat jadwal aktifitas termasuk minu obat, jelaskan follow up pasien

a. Tindakan Keperawatan

Menurut Keliat (2006), tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan dengan memperhatikan dan mengutamakan masalah utama yang aktual dan mengancam integritas klien beserta lingkungannya. Sebelum melaksanakan tindakan keperawatan yang sudah direncanakan, perawat perlu memvalidasi apakah rencana tindakan keperawatan masih dibutuhkan dan sesuai dengan kondisi kiien pada saat ini (*here and now*). Hubungan saling percaya antara perawat dengan klien merupakan dasar utarna dalam pelaksanaan tindakan keperawatan.

Perawat juga menilai diri sendiri, apakah mempunyai kemampuan interpersonal, intelektual, dan teknikal yang diperlukan untuk melaksanakan tindakan. Perawat juga menilai kembali apakah tindakan aman bagi klien. Setelah tidak ada hambatan maka tindakan boleh dilaksanakan. Pada saat akan melaksanakan tindakan keperawatan, perawat membuat kontrak dengan klien yang isinya menielaskan apa yang akan dikerjakan dan peran serta yang diharapkan dari klien. Dokumentasikan semua tindakan yang telah dilaksanakan beserta respon klien (Keliat, 2006).

Dalam melakukan tindakan keperawatan pada klien dengan halusinasi pendengaran diperlukan kiat-kiat khusus agar dapat terjalin hubungan yang terapeutik (Keliat, 2006), adapun kiat-kiat tersebut sebagai berikut:

- 1) Observasi klien dari tanda-tanda halusinasi
- 2) Hindari menyentuh klien sebelum perawat mengisyaratkan kepadanya bahwa perawat juga tidak apa-apa bila diperlakukan seperti itu
- 3) Sikap menerima akan mendorong klien untuk menceritakan isi halusinasinya dengan anda
- 4) Jangan dukung halusinasi klien
- 5) Hubungkan waktu terjadinya halusinasi dengan waktu meningkatnya ansietas

6) Alihkan klien dari halusinasinya

Adapun tindakan keperawatn klien halusinasi menurut keliat, (2009), yaitu sebagai berikut:

- a. Mengadakan kontak sering dan singkat secara bertahap
 - b. Mengobservasi tingkah laku klien terkait dengan halusinasinya; bicara dan tertawa tanpa stimulus, memandang kekana dan kekiri kedepan atau belakang seolah ada teman bicara
 - c. Membantu klien mengenali halusinasi yang dialami
 - d. Mendiskusikan dengan klien situasi yang menimbulkan halusinasi dan waktu atau frekuensi terjadinya halusinasi
 - e. Mendiskusikan dengan klien apa yang dirasakan jika terjadi halusinasi
 - f. Mengidentifikasi bersama klien cara tindakan yang dilakukan jika terjadi halusinasi
 - g. Mendiskusikan cara untuk memutuskan atau mengontrol halusinasi
 - h. Membantu klien menggunakan obat dengan prinsip benar
- 7) Jelaskan kegunaan obat
 - 8) Jelaskan akibat putus obat
 - 9) Jelaskan cara mendapat obat/berobat
 - 10)Jelaskan cara minum obat dengan cara 5 benar (benar obat, benar pasien, benar cara, benar waktu dan benar dosis)

4. Evaluasi

Evaluasi menurut Keliat (2006), adalah proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan kepada klien, evaluasi dilakukan terus menerus pada respon klien terhadap tindakan keperawatan yang dilaksanakan. Evaluasi dapat dibagi menjadi dua jenis yaitu evaluasi proses atau formatif yang dilakukan tiap selesai melakukan tindakan keperawatan dan evaluasi hasil atau sumatif yang dilakukan dengan membandingkan respons klien dengan tujuan yang telah ditentukan. Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP dengan penjeiasan sebagai berikut :

S : Respon subjektif klien terhadap tindakan keperawatan yang diberikan. Dapat diukur dengan menanyakan pertanyaan sederhana terkait dengan tindakan keperawatan seperti "coba ibu sebutkan kembali bagaimana cara mengontrol atau memutuskan haluanasi yang benar?".

O : Respon objektif dari klien terhadap tindakan keperawatan yang telah diberikan. Dapat diukur dengan mengobservasi perilaku klien pada saat tindakan dilakukan.

A : Analisis ulang atas data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap atau muncul

masalah baru atau ada data yang kontradiksi dengan masalah yang ada. Dapat pula membandingkan hasil dengan tujuan.

P : Perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisis pada respon klien yang terdiri dari tindak lanjut klien dan tindak lanjut perawat. Rencana tindak lanjut dapat berupa: Rencana diteruskan, jika masalah tidak berubah. Rencana dimodifikasi jika masalah tetap, semua tindakan sudah dijalankan tetapi hasil belum memuaskan. Rencana dibatalkan jika ditemukan masalah baru dan bertolak belakang dengan masalah yang ada serta diagnosa lama diberikan.

Hasil yang diharapkan pada asuhan keperawatan klien dengan halusinasi adalah sebagai berikut (Keliat, 2009):

1. Klien mampu memutuskan halusinasi dengan berbagai cara yang telah diajarkan
2. Klien mampu mengetahui tentang halusinasi
3. Meminta bantuan atau partisipasi keluarga
4. Mampu berhubungan dengan orang lain
5. Menggunakan obat dengan benar
6. Keluarga mampu mengidentifikasi gejala halusinasi
7. Keluarga mampu merawat klien di rumah dan mengetahui tentang cara mengatasi halusinasi serta dapat mendukung kegiatan-kegiatan klien.

BAB III TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian	47
B. Daftar Masalah Keperawatan	53
C. Pohon Masalah	54
D. Diagnosa Keperawatan.....	54
E. Rencana Keperawatan	55
F. Tindakan Keperawatan.....	63
G. Evaluasi Keperawatan	83

BAB IV PEMBAHASAN

A. Pengkajian	85
B. Diagnosa.....	90
C. Perencanaan	90
D. Pelaksanaan	91
E. Evaluasi	92

**SILAHKAN KUNJUNGI PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS
MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR**

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Setelah dilakukan pengkajian pada Ibu N pada tanggal 9 – 11 juni 2016 maka ditemukan masalah utama pada Ibu N dengan gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran.

Pada pengkajian ditemukan adanya kesenjangan antara teori dan tinjauan kasus yaitu teori tanda dan gejala halusinasi pendengaran. Menurut Keliat (2005), tanda dan gejala halusinasi pendengaran adalah bicara, senyum dan tertawa sendiri, menarik diri dan menghindari dari orang lain, tidak dapat membedakan antara keadaan nyata atau tidak nyata, tidak dapat memusatkan perhatian, curiga, bermusuhan, merusak (diri sendiri, orang lain dan lingkungan), takut, ekspresi wajah yang tegang dan mudah tersinggung. Sementara dalam tinjauan kasus melalui pengkajian tidak semua ditemukan data tersebut. Saat observasi pasien terlihat gelisah tetapi tidak ditemukan pasien berbicara sendiri, menarik diri dan menghindari dari orang lain, tidak dapat membedakan antara keadaan nyata atau tidak nyata, tidak dapat memusatkan perhatian, curiga, bermusuhan, merusak (diri

sendiri, orang lain dan lingkungan), takut. ekspresi wajah tegang dan mudah tersinggung.

1. Diagnosa keperawatan pada tinjauan pustaka tidak sama semua dengan tinjauan kasus, dimana dalam tinjauan kasus diagnosa keperawatan dapat berkembang sesuai dengan respon dan keadaan pasien yang ditegakkan pada tinjauan kasus gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran resiko mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan, harga diri rendah, dan isolasi sosial.

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. Hanya saja penulis menambahkan rencana tindakan resiko mencederai diri sendiri, lain dan lingkungan dan rencana tindakan, harga diri rendah, isolasi sosial dan terminasi.

Implementasi asuhan keperawatan yang terlaksana pada masalah keperawatan gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran adalah Sp 1 BHSP, Sp 2p BHSP, Sp 1p, Sp 2p, Sp 3p dan Sp 4p halusinasi pendengaran, Sp 1p, Sp 2p, Sp 3p, sp 4p

dan Sp 5p resiko perilaku kekerasan, Sp 1p dan Sp 2p harga diri rendah dan Sp Terminasi.

Evaluasi yang telah berhasil dilaksanakan yaitu diagnosa 1 gangguan sensori: persepsi pendengaran sp 1p, sp 2p, sp 3p, dan sp 4p dengan evaluasi hasil yaitu pasien mengatakan masih mendengar suara-suara setiap malam, namun pasien mengatakan bisa mengontrol dengan cara menghardik. Saat ini pasien telah mengenal halusinasinya ketika ditanya pasien mampu menjawab definisi halusinasi, ketika diobservasi pasien tampak gelisah sendiri, pasien mampu mempraktekan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, bercakap-cakap dan melakukan aktifitas dan menyebutkan obat apa saja yang diminum pasien di SRJD. Masalah halusinasi pendengaran tercapai sebagian, pertahankan sp 1,2,3 dan 4 Halusinasi Pendengaran.

Untuk diagnosa kedua yaitu resiko perilaku kekerasan Sp 1p dan sp 2p pasien mampu mempraktekan latihan fisik 1 dan 2, Sp 3p pasien mampu mempraktekan mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara verbal, Sp4p pasien belum mampu mengontrol RPK secara spiritual dan Sp 5p pasien mampu mencegah dengan cara minum obat secara teratur.

Untuk diagnosa ketiga yaitu harga diri rendah kronik Sp 1p pasien telah mampu melakukan satu kegiatan yang dapat

dilakukan pasien yaitu merapikan tempat tidur, Sp 2p pasien telah mampu melakukan kegiatan yang kedua yaitu menyapu. Sp 3p belum penulis karena keterbatasan waktu. Masalah harga diri rendah tercapai sebagian . Pertahankan Sp 1. dan .2

B. Saran

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

1. Institusi

- a) Untuk selalu memberikan motivasi dan saran yang menandai bagi masyarakat

2. Perawat

- a) Meningkatkan kualitas dan kemampuan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien khususnya pada masalah gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran
- b) Menginformasikan kepada keluarga pasien untuk menjenguk pasien minimal sebulan sekali
- c) Mengajarkan pada keluarga cara merawat pasien dirumah

3. Bagi Rumah Sakit

- a) Meningkatkan mutu dalam memberikan pelayanan keperawatan khususnya pada pasien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi

b) Hendaknya menyediakan dan memfasilitasi apa yang dibutuhkan pasien untuk sembuh, rumah sakit menyediakan perawatan-perawatan professional guna membantu penyembuhan pasien

4. Pasien dan Keluarga

a) Pasien diharapkan mengikuti program terapi yang telah direncanakan oleh dokter dan perawat untuk mempercepat kesembuhan pasien

b) Pasien diharapkan melaksanakan jadwal kegiatan yang telah disusun

DAFTAR PUSTAKA

Direja, A.H. (2011). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Nuha Medika.

Fitria , N. (2009). *Prinsip Dasar dan Aplikasi Penulisan Laporan Pendahuluan dan Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.

Keliat, B.A. (2010). *Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa*, Jakarta: EGC.

Maramis, W. F. (2005). *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*. Surabaya: Airlangga University Press.

Damaiyanti, M dkk.(2008). *Buku Pedoman Kerja Mahasiswa Pengalaman Belajar Praktik Jiwa 1 dan Pengalaman Belajar Klinik Jiwa 2*.Samarinda. Tidak di publikasikan

Stuart, G.W. (2009). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing.(9 Edition)*. St.Louis: Mosby.

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

Strategi pelaksanaan Halusinasi, Resiko perilaku kekerasan dan harga diri rendah.

<http://wahyu-indonesia.blogspot.com/2012/06/strategi-pelaksanaan.html>diakses pada tanggal 14 juni 2016.

Karya Tulis Ilmiah keperawatan Jiwa <http://prepository.usu.ac.id.idbitsream> diakses pada tanggal 14 juni 2016