

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. S. A. DENGAN GANGGUAN SENSORI PERSEPSI : HALUSINASI PENDENGARAN DI RUANG RAWAT INAP RUMAH SAKIT JIWA NAIMATA KUPANG PROVINSI NUSA TENGGARA TIMUR

Karya Tulis Ilmiah Ini Disusun Sebagai Salah Satu Persyaratan Untuk
Menyelesaikan Program Pendidikan Diploma III Keperawatan Pada Program
Studi D-III keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang



INESIA MARIANI SASI
NIM : PO530320116254

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN KUPANG
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
2019**

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Inesia Mariani Sasi
NIM : PO530320116254
Program Studi : D-III Keperawatan
Institusi : Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri dan bukan merupakan pengambilan alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

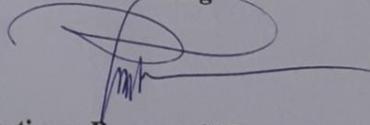
Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat di buktikan Karya Tulis Ilmiah ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Kupang, 11 Juni 2019
Pembuat Pernyataan



Inesia Mariani Sasi
NIM : PO530320116254

Mengetahui
Pembimbing



Sebastianus Banggut, SST., M.Pd
NIP.195703231981031002

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Karya Tulis Ilmiah Oleh Inesia Mariani Sasi, NIM : PO530320116254
dengan judul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. S. A. DENGAN
GANGGUAN SENSORI PERSEPSI : HALUSINASI PENDENGARAN
DIRUANG RAWAT INAP RUMAH SAKIT JIWA NAIMATA KUPANG
PROVINSI NUSA TENGGARA TIMUR” telah di periksa dan di setujui untuk di
ujikan

Disusun Oleh :



Inesia Mariani Sasi
NIM. PO530320116254

Telah Di Setujui Untuk Diseminarkan Di Depan Dewan Penguji Prodi D- III
Keperawatan Kupang Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Pada Tanggal, 11 Juni 2019

Pembimbing



Sebastianus Banggut, SST., M.Pd
NIP.195703231981031002

LEMBAR PENGESAHAN**KARYA TULIS ILMIAH**

“ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. S. A. DENGAN GANGGUAN
SENSORI PERSEPSI: HALUSINASI PENDENGARAN DI RUANG
RAWAT INAP RUMAH SAKIT JIWA NAIMATA KUPANG
PROVINSI NUSA TENGGARA TIMUR”

Disusun Oleh :

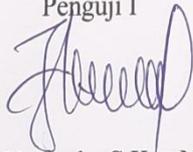


Inesia Mariani Sasi
NIM. PO530320116254

Telah Diuji Pada Tanggal 11 Juni 2019

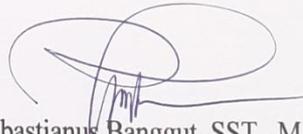
Dewan Penguji

Penguji I



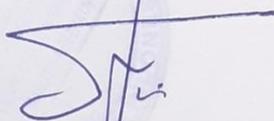
Trifonia Sri Nurwela, S.Kep.Ns., M.Kes
NIP.197710192001122001

Penguji II



Sebastianus Banggut, SST., M.Pd
NIP.195703231981031002

Mengesahkan
Ketua Jurusan keperawatan



Dr. Florentianus Tat, S.Kp., M.Kes
NIP. 196911281993031005

Mengetahui
Ketua Prodi D-III Keperawatan



Margaretha Tel, S.Kep.Ns., MSc-PH
NIP. 197707272000032002

BIODATA PENULIS

- Nama Lengkap : Inesia Mariani Sasi
- Tempat Tanggal Lahir : Noepesu, 14 September 1998
- Jenis Kelamin : Perempuan
- Alamat : Jl. Piet A. Tallo, Liliba
- Riwayat Pendidikan :
1. Tamat SD N Buraen 1 Tahun 2009
 2. Tamat SMP N 1 Amarasi Selatan Tahun 2012
 3. Tamat SMK Kencana Sakti Kupang Tahun 2015
 4. Sejak Tahun 2016 Kuliah di Jurusan Keperawatan Prodi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Motto :

"berproseslah dan percayalah pada proses
karena masa depanmu sungguh ada
dan harapanmu tidak akan hilang"

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis haturkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat dan rahmat kasih karunia-Nya, penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah tentang “ASUHAN KEPERAWATAN NY. S. A. DENGAN GANGGUAN SENSORI PERSEPSI : HALUSINASI PENDENGARAN DI RUANG RAWAT INAP RUMAH SAKIT JIWA NAIMATA KUPANG PROVINSI NUSA TENGGARA TIMUR” dengan baik dan tepat pada waktunya. Karya Tulis Ilmiah ini dilaksanakan untuk memenuhi tugas akhir program D-III Keperawatan yang berlangsung sejak tanggal 27 mei – 30 mei 2019.

Selama melakukan penulisan Karya Tulis Ilmiah ini, penulis mendapatkan bantuan dan masukan, motivasi yang baik dari berbagai pihak. Melalui kesempatan ini juga penulis tidak lupa untuk menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada yang terhormat :

1. Bapak Sebastianus Banggut, SST., M.Pd selaku Pembimbing Karya Tulis Ilmiah dan Pembimbing Akademik yang dengan penuh kesabaran dan ketelitian dapat membimbing penulis sehingga Karya Tulis Ilmiah ini terselesaikan dengan baik.
2. Ibu Trifonia Sri Nurwela, S.Kep,Ns., M.Kes selaku Dosen Penguji yang telah meluangkan waktu untuk menguji dan memberikan masukan demi penyempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini.
3. Bapak Thomas Laga Boro, S.Kep,Ns., M.Kes sebagai Penguji Klinik serta CI di Ruangan Rawat Inap RSJ Naimata Kupang yang telah meluangkan waktu, tenaga dan pikiran untuk menguji penulis dan mengarahkan penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.
4. Ibu R.H Kristina, SKM., M.,Kes selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menjalani perkuliahan di Program Studi Diploma III Keperawatan Kupang Jurusan Keperawatan Kupang
5. Dr. Florentianus Taat, S.Kp., M.Kes selaku Ketua Jurusan Keperawatan Kupang yang telah banyak memberikan motivasi dan dukungan kepada

penulis selama mengikuti perkuliahan di Program Studi Diploma III keperawatan Kupang

6. Margaretha Teli, S.Kep,Ns., MSc-PH selaku Ketua Program Studi Diploma III keperawatan Kupang yang telah banyak memberikan motivasi dan dukungan kepada penulis selama mengikuti perkuliahan di Program Studi Diploma III keperawatan Kupang.
7. Dosen dan Staf Program Studi Diploma III Keperawatan Kupang atas bimbingan selama proses perkuliahan pada Program Studi Diploma III keperawatan Kupang.
8. Direktur Rumah Sakit Jiwa Naimata Kupang yang telah memberikan kesempatan bagi penulis untuk melakukan studi kasus di ruang rawat inap Rumah Sakit Jiwa Naimata Kupang
9. Teman-teman dan sahabat seperjuangan angkatan 25 khususnya kelas reguler A yang telah banyak membantu penulis dalam perkuliahan dan berjuang bersama melewati segala aktifitas perkuliahan sehingga dapat terselesaikan dengan baik dan tepat waktu.
10. Bapak Hilarius Sasi dan Mama Monika Tefa, S.Ag yang telah sepenuhnya memberikan dengan tulus segala Doa, kasih sayang, cinta dan pengorbanan yang luar biasa sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan baik.
11. Kakak Resna, Adik Veni, Adik Rifan dan Adik Nining dan semua rumpun keluarga besar penulis yang telah membantu dengan cara mereka masing-masing selama menjalani perkuliahan dan dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Akhir kata, penulis ucapkan terima kasih dan mohon maaf jika dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini masih banyak kekurangan yang penulis lakukan dan penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan, untuk itu segala saran dan kritik sangat penulis harapkan dalam penyempurnaan laporan studi kasus ini.

Kupang, 11 Juni 2019

Penulis

DAFTAR ISI

	Hal.
Halaman judul	
Pernyataan keaslian tulisan.....	i
Lembar persetujuan.....	ii
Lembar pengesahan.....	iii
Biodata penulis.....	iv
Kata pengantar.....	v
Daftar isi.....	viii
Daftar gambar.....	ix
Daftar tabel.....	x
Daftar lampiran.....	xi
 BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Tujuan Penulisan.....	3
1.3 Manfaat Studi Kasus.....	3
 BAB 2 TINJAUAN TEORI	
2.1 Konsep Teori Gangguan sensori persepsi : halusinasi.....	5
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Gangguan sensori persepsi.....	14
 BAB 3 HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN	
3.1 Hasil.....	30
3.2 Pembahasan	43
3.3 Keterbatasan studi kasus.....	49
 BAB 4 PENUTUP	
4.1 Kesimpulan.....	50
4.2 Saran	51
Daftar Pustaka.....	53
Lampiran.....	54

DAFTAR GAMBAR

	Hal.
Gambar 2.1 Rentang Respon Neurobiologis.....	5
Gambar 2.2 Pohon masalah gangguan sensori persepsi : halusinasi....	22
Gambar 3.1 Pohon masalah gangguan sensori persepsi : halusinasi....	36

DAFTAR TABEL

	Hal.
Tabel 2.1 Tahapan Halusinasi.....	12
Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan.....	23
Tabel 2.3 Strategi Pelaksanaan.....	28
Tabel 2.4 Evaluasi Keperawatan.....	29

DAFTAR LAMPIRAN

	Hal.
Lampiran 1 Asuhan keperawatan pada Ny. S. A.....	54
Lampiran 2 Strategi Pelaksanaan tindakan keperawatan setiap hari....	79
Lampiran 3 Lembar Konsultasi.....	91
Lampiran 4 Rencana Waktu Ujian Akhir Program.....	93

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Skizofrenia merupakan gangguan jiwa yang ditandai dengan adanya penyimpangan yang sangat dasar dan adanya perbedaan dari pikiran, disertai dengan adanya ekspresi emosi yang tidak wajar. Skizofrenia sering ditemukan pada lapisan masyarakat dan dapat dialami oleh setiap manusia. Skizofrenia adalah sindrom etiologi yang tidak diketahui dan ditandai dengan distur gangguan kognitif, emosi, persepsi, pemikiran dan perilaku. Gangguan skizofrenia di karakteristik dengan gejala positif (delusi dan halusinasi), gejala negatif (apatis, menarik diri, penurunan daya pikir dan penurunan afek), dan gangguan kognitif (memori, perhatian, pemecahan masalah dan sosial). Selain itu skizofrenia juga memiliki beberapa tipe antara lain, skizofrenia paranoid, skizofrenia disorganisasi (hebefrenik), skizofrenia katatonik, dan skizofrenia residual (Sutejo, 42).

Menurut WHO (*World Health Organization*) dalam Yosep, (2009.30), masalah gangguan jiwa di dunia ini sudah menjadi masalah yang semakin serius dan mengawatirkan karena berdasarkan angka statistik ada satu dari empat orang di dunia ini mengalami gangguan jiwa. WHO memperkirakan ada sekitar 450 juta orang di dunia ini ditemukan mengalami gangguan jiwa. Berdasarkan UU No. 18 tahun 2014 tentang kesehatan jiwa, kesehatan jiwa adalah suatu kondisi dimana seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial sehingga individu tersebut menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja, secara produktif, dan mampu memberikan kontribusi pada komunitasnya. Sedangkan menurut *American Nurses Associations* (ANA) keperawatan jiwa merupakan suatu bidang khusus dalam praktek keperawatan yang menggunakan ilmu perilaku manusia sebagai ilmu dan penggunaan diri sendiri secara terapeutik sebagai cara untuk meningkatkan, mempertahankan, memulihkan kesehatan jiwa.

Dalam Mamnu'ah, 2010, Di Rumah Sakit Jiwa di Indonesia, sekitar 70% halusinasi yang dialami oleh pasien gangguan jiwa adalah halusinasi pendengaran, 20% halusinasi penglihatan, dan 10% adalah halusinasi penghidu, pengecapan dan perabaan. Angka terjadinya halusinasi cukup tinggi.

Menurut Dermawan dan Rusdi, 2013, Halusinasi pendengaran adalah klien mendengar suara-suara yang tidak berhubungan dengan stimulasi nyata yang orang lain tidak mendengarnya. Sedangkan menurut Kusumawati (2010) halusinasi pendengaran adalah klien mendengar suara-suara yang jelas maupun tidak jelas, dimana suara tersebut bisa mengajak klien berbicara atau melakukan sesuatu. Tanda dan gejala halusinasi adalah bicara sendiri, senyum sendiri, ketawa sendiri, menggerakkan bibir tanpa suara, pergerakan mata yang cepat, respon verbal yang lambat, menarik diri dari orang lain, berusaha untuk menghindari orang lain, tidak dapat membedakan yang nyata dan tidak nyata, terjadi peningkatan denyut jantung, pernafasan dan tekanan darah, perhatian dengan lingkungan yang kurang atau hanya beberapa detik, berkonsentrasi dengan pengalaman sensori, sulit berhubungan dengan orang lain, ekspresi muka tegang, mudah tersinggung, jengkel dan marah, tidak mampu mengikuti perintah dari perawat, perilaku panik, curiga dan bermusuhan, bertindak merusak diri, orang lain dan lingkungan, ketakutan, tidak dapat mengurus diri, dan biasa terdapat disorientasi waktu, tempat dan orang.

Studi pendahuluan tanggal 25 mei 2019, Berdasarkan hasil laporan Rekam Medik (RM) Rumah Sakit Jiwa Naimata Kupang, didapatkan data secara umum dari tahun 2018- april 2019 Pasien Rawat Jalan 185 orang, rawat insentif sebanyak 97 orang dan rawat inap 158 orang. Peran perawat sebagai *Attitude Therapy*, yakni : mengobservasi perubahan baik perubahan kecil atau menetap yang terjadi pada klien, mendemonstrasikan penerimaan, respek, memahami klien, mempromosikan ketertarikan klien dan berpartisipasi dalam interaksi. Berdasarkan latar belakang diatas, penulis tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan pada klien yang mengalami gangguan sensori persepsi : halusinasi pendengaran.

1.2 Tujuan Penulisan

1.2.1. Tujuan Umum

Peserta Ujian Akhir Program (UAP) mampu memberikan asuhan keperawatan pada Ny. S.A dengan Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Pendengaran Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Naimata

1.2.2. Tujuan Khusus

1. Peserta UAP Mampu Melakukan Pengkajian Keperawatan Pada Ny. S. A. Dengan Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Pendengaran
2. Peserta UAP Mampu Merumuskan Diagnosa Keperawatan Pada Ny. S. A. Dengan Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Pendengaran
3. Peserta UAP Mampu Menentukan Intervensi Keperawatan Pada Ny. S. A. Dengan Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Pendengaran
4. Peserta UAP Mampu Melakukan Implementasi Keperawatan Pada Ny. S. A. Dengan Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Pendengaran
5. Peserta UAP Mampu Melakukan Evaluasi Keperawatan Pada Ny. S. A. Dengan Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Pendengaran

1.3 Manfaat Studi Kasus

1.3.1 Manfaat Teoritis

Dapat dijadikan referensi untuk pengembangan ilmu keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan sensori persepsi : halusinasi pendengaran

1.3.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Institusi pendidikan

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan pengajaran untuk pengembangan keilmuan Asuhan Keperawatan tentang gangguan sensori persepsi : halusinasi pendengaran dalam bidang keperawatan jiwa.

2. Bagi pasien

Dapat meningkatkan pengetahuan tentang gangguan sensori persepsi : halusinasi pendengaran sehingga dapat diterapkan di rumah dan mengatur pola hidupnya.

3. Bagi Penulis

Menambah wawasan dan sebagai sarana untuk menerapkan ilmu dalam bidang keperawatan tentang Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Pendengaran

BAB 2

TINJAUAN TEORI

2.1 Konsep Teori Halusinasi Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi

2.1.1 Pengertian Halusinasi

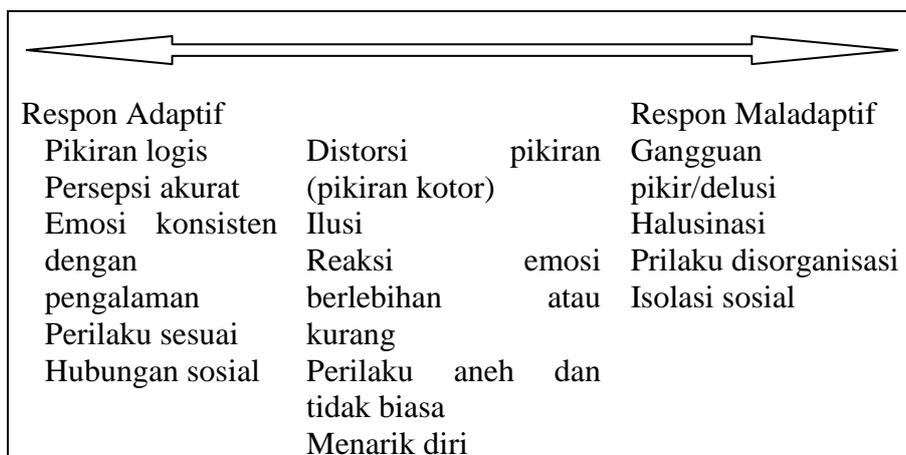
Menurut Damaiyanti, 2012. Halusinasi adalah salah satu gejala gangguan jiwa dimana klien mengalami perubahan sensori persepsi, merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan atau penghiduan. Klien merasakan stimulus yang sebetulnya tidak ada.

Halusinasi adalah persepsi yang tanpa dijumpai adanya rangsangan dari luar. Walaupun tampak sebagai sesuatu yang “khayal”, halusinasi sebenarnya merupakan bagian dari kehidupan mental penderita yang “teresepsi” (Yosep, 2010).

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

Dari beberapa pengertian di atas di simpulkan bahwa halusinasi merupakan gangguan yang terjadi dimana klien mengalami perubahan sensori persepsi yang tidak nyata dan melibatkan panca indra.

2.1.2 Rentang Respon Neurobiologis



Gambar 2.1 : Rentang Respon Neurobiologis (Stuart dan Sundeen, 1998)

1. Respon adaptif

Respon adaptif adalah respon yang dapat diterima norma-norma sosial budaya yang berlaku. Dengan kata lain individu tersebut dalam batas normal jika menghadapi suatu masalah akan dapat memecahkan masalah tersebut, respon adaptif :

- a. Pikiran logis adalah pandangan yang mengarah pada kenyataan.
- b. Persepsi akurat adalah pandangan yang tepat pada sasaran.
- c. Emosi konsisten dengan pengalaman yaitu perasaan yang timbul dari pengalaman.
- d. Perilaku sesuai adalah sikap dan tingkah laku yang masih dalam batas kewajaran.
- e. Hubungan sosial adalah proses suatu interaksi dengan orang lain dan lingkungan.

2. Respon psikososial

Respon psikososial meliputi :

- a. Proses pikir terganggu adalah proses pikir yang menimbulkan gangguan.
- b. Ilusi adalah miss interpretasi atau penilaian yang salah tentang penerapan yang benar-benar terjadi (objek nyata karena rangsangan panca indra.
- c. Emosi berlebihan atau berkurang
- d. Perilaku yang tidak biasa adalah sikap dan perilaku yang melebihi batas kewajaran.
- e. Menarik diri adalah percobaan untuk menghindari interaksi dengan orang lain.

3. Respon maladaptif

Respon maladaptif adalah respon individu dalam menyelesaikan masalah yang menyimpang dari norma-norma sosial budaya dan lingkungan, adapun respon maladaptif meliputi :

- a. Kelainan pikiran adalah keyakinan yang secara kokoh dipertahankan walaupun tidak diyakini oleh orang lain dan bertentangan dengan kenyataan sosial.
- b. Halusinasi merupakan sensori persepsi yang salah atau persepsi eksternal yang tidak realita atau tidak ada.
- c. Kerusakan proses emosi adalah perubahan sesuatu yang timbul dari hati.
- d. Perilaku tidak terorganisir merupakan suatu yang tidak teratur.
- e. Isolasi sosial adalah kondisi kesendirian yang dialami oleh individu dan diterima sebagai ketentuan oleh orang lain dan sebagai suatu kecelakaan yang negatif mengancam.

2.1.3 Jenis – Jenis Halusinasi

Menurut Yosep, (2007) Halusinasi terdiri dari delapan jenis yaitu :

1. Halusinasi pendengaran (auditif, akustik)

Paling sering di jumpai 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 tersebut.

2. Halusinasi penglihatan (Visual, Optik)

Lebih sering terjadi pada keadaan delirium (penyakit organik). Biasanya sering muncul bersamaan dengan penurunan kesadaran, menimbulkan rasa takut akibat gambaran-gambaran yang mengerikan.

3. Halusinasi penciuman (Olfaktorik)

Halusinasi ini biasanya berupa mencium sesuatu bau tertentu dan dirasakan tidak enak, melambangkan rasa bersalah pada penderita. Bau dilambangkan sebagai pengalaman yang dianggap penderita sebagai suatu kombinasi moral.

4. Halusinasi pengecapan (Gustatorik)

Walaupun jarang terjadi, biasanya bersamaan dengan halusinasi penciuman. Penderita merasa mengecap sesuatu. Halusinasi gastorik lebih jarang dari halusinasi gustatorik.

5. Halusinasi perabaan (Taktil)

Merasa diraba, disentuh, ditiup, atau seperti ada ulat yang bergerak di bawa kulit. Terutama pada keadaan delirium toksis dan skizofrenia.

6. Halusinasi seksual, ini termasuk halusinasi raba

Penderita merasa diraba dan di perkosa sering pada skizofrenia dengan waham kebesaran terutama mengenai organ-organ.

7. Halusinasi kinestetik

Penderita merasa badannya bergerak-gerak dalam suatu ruang atau anggota badannya bergerak-gerak. Misalnya “phantom fenomenom” atau tungkai yang di amputasi selalu bergerak-gerak (phantom limb). Sering pada skizofrenia dalam keadaan toksik tertentu akibat pemakaian obat tertentu.

8. Halusinasi viseral

Timbulnya perasaan tertentu di dalam tubuhnya.

a. Depersonalisasi adalah perasaan aneh pada dirinya bahwa pribadinya sudah tidak seperti biasanya lagi serta tidak sesuai dengan kenyataan yang ada. Sering pada skizofrenia dan sindrom lobus perietalis. Misalnya sering merasa dirinya terpecah dua.

b. Derealisasi adalah suatu perasaan aneh tentang lingkungannya yang tidak sesuai dengan kenyataan. Misalnya perasaan segala sesuatu yang dialaminya seperti dalam impian.

2.1.4 Penyebab Halusinasi

1. Faktor predisposisi

Menurut Yosep (2010) faktor predisposisi klien dengan halusinasi adalah :

a. Faktor perkembangan

Tugas perkembangan klien terganggu, misalnya rendahnya kontrol dan kehangatan keluarga menyebabkan klien tidak mampu mandiri sejak kecil, mudah frustrasi, hilang percaya diri dan lebih rentan terhadap stres.

b. Faktor sosiokultural

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

c. Faktor biologis

Mempunyai pengaruh terhadap terjadinya gangguan jiwa. Adanya stres yang berlebihan dialami seseorang maka didalam tubuh akan dihasilkan suatu zat yang dapat bersifat halusinogenik neurokimia. Akibat stres berkepanjangan menyebabkan teraktivasinya neurotransmitter otak.

d. Faktor psikologis

Tipe kepribadian lemah dan tidak bertanggung jawab muda terjerumus pada penggunaan zat adiktif. Hal ini berpengaruh pada ketidak mampuan klien dalam mengambil keputusan yang tepat demi masa depannya. Klien lebih memilih kesenangan sesaat dan lari dari alam nyata menuju alam hayal.

e. Faktor genetik dan pola asuh

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

2. Faktor presipitasi

a. Perilaku

Respon klien terhadap halusinasi dapat berupa curiga, ketakutan, perasaan tidak aman, gelisah dan bingung, perilaku menarik diri, kurang perhatian, tidak mampu mengambil keputusan serta tidak

dapat membedakan keadaan nyata dan tidak nyata. Menurut Rawlins dan heacock (1993), mencoba memecahkan masalah halusinasi berlandaskan atas hakikat keberadaan seorang individu sebagai makhluk yang di bangun atas dasar unsur-unsur bio-psiki-sosio-spiritual. Sehingga halusinasi dapat dilihat dari lima dimensi yaitu :

1) Dimensi fisik

Halusinasi dapat ditimbulkan oleh beberpa kondisi fisik seperti kelelahan yang luar biasa, penggunaan obat-obatan demam hingga delirium, intoksikasi alkohol, dan kesulitan untuk tidur dalam waktu yang lama.

2) Demensi emosional

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

3) Dimensi intelektual

Dalam dimensi intelektual ini menerangkan bahwa individu dengan halusinasi akan memperlihatkan adanya penurunan fungsi ego. Pada awalnya halusinasi merupakan usaha dari ego sendiri untuk melawan implus yang menekan, namun merupakan satu hal yang menimbulkan kewaspadaan yang dapat mengambil seluruh perhatian klien dan tak jarang akan mengontrol semua perilaku klien.

4) Dimensi sosial

Klien mengalami gangguan interaksi sosial dalam fase awal dan comforting, klien menganggap bahwa hidup bersosialisasi di alam nyata sangat membahayakan. Klien asik dengan halusinasinya, seolah-olah ia merupakan tempat untuk

memenuhi kebutuhan akan interaksi sosial, control diri dan harga diri yang tidak didapatkan dalam dunia nyata. Isi halusinasi dijadikan kontrol oleh individu tersebut, sehingga jika perintah halusinasi berupa ancaman, dirinya atau orang lain individu cenderung mengikutinya.

5) Dimensi spiritual

Secara spiritual klien halusinasi mulai dengan kehampaan hidup, rutinitas, tidak bermakna, hilangnya aktivitas ibadah dan jarang berupaya secara spiritual untuk menyucikan diri, irama sirkardiannya terganggu, karena ia sering tidur larut malam dan bangun sangat siang. Saat terbangun merasa hampa dan tidak jelas tujuan hidupnya. Ia sering memaki takdir tetapi lemah dalam upaya menjemput rejeki, menyalahkan lingkungan dan orang lain yang menyebabkan takdirnya memburuk.

2.1.5 Tanda Dan Gejala Halusinasi

Menurut hamid (2000), perilaku klien yang terkait dengan halusinasi adalah sebagai berikut :

1. Bicara sendiri.
2. Senyum sendiri.
3. Ketawa sendiri.
4. Menggerakkan bibir tanpa suara.
5. Pergerakan mata yang cepat.
6. Respon verbal yang lambat.
7. Menarik diri dari orang lain.
8. Berusaha untuk menghindari orang lain.
9. Tidak dapat membedakan yang nyata dan tidak nyata.
10. Terjadi peningkatan denyut jantung, pernafasan dan tekanan darah.
11. Perhatian dengan lingkungan yang kurang atau hanya beberapa detik.

12. Berkonsentrasi dengan pengalaman sensoris.
13. Sulit berhubungan dengan orang lain.
14. Ekspresi muka tegang.
15. Mudah tersinggung, jengkel dan marah.
16. Tidak mampu mengikuti perintah dari perawat.
17. Tampak tremor dan berkeringat.
18. Perilaku panik.
19. Agitasi dan kataton.
20. Curiga dan bermusuhan.
21. Bertindak merusak diri, orang lain dan lingkungan.
22. Ketakutan.
23. Tidak dapat mengurus diri.
24. Biasa terdapat disorientasi waktu, tempat dan orang.

2.1.6 Tahapan Halusinasi

Menurut Yosep, I (2010), tahapan halusinasi ada lima fase, yaitu :

Tabel 2.1 : Tahapan Halusinasi

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, dihianati kekasih, masalah dikampus.
Stage II : Comforting Halusinasi secara umum ia terima sebagai sesuatu yang alami	Klien mengalami emosi yang berlanjut seperti adanya perasaan cemas, kesepian, perasaan berdosa, ketakutan dan mencoba memusatkan pemikiran pada timbulnya

	kecemasan. Ia beranggapan bahwa pengalam pikiran dan sensorinya dapat ia kontrol bila kecemasannya diatur, dalam tahap ini ada kecenderungan klien merasa nyaman dengan halusinasinya.
Stage III : Condemning Secara umum halusinasi sering mendatangi klien	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.
Stage IV : Controlling Severe Level of Anxiety Fungsi sensori menjadi tidak relevan dengan kenyataan	Klien mencoba melawan suara-suara atau sensori abnormal yang datang. Klien dapat merasakan kesepian bila halusinasinya berakhir. Dari sinilah dimulai fase gangguan psikotik.
Stage V : Conquering Panic Level of anxiety Klien mengalami gangguan dalam menilai lingkungannya	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.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Halusinasi

Klien yang mengalami halusinasi sukar mengontrol diri dan susah berhubungan dengan orang lain. Untuk itu, perawat harus mempunyai kesadaran yang tinggi agar dapat mengenal, menerima dan mengevaluasi perasaan sensitif sehingga dapat memakai dirinya secara terapeutik dalam merawat klien. Dalam memberikan asuhan keperawatan pasien, perawat harus jujur, empati, terbuka dan penuh penghargaan, tidak larut dalam halusinasi klien dan tidak mengangkal.

2.2.1 Pengkajian keperawatan

1. Identitas klien

Nama, umur, jenis kelamin, pekerjaan, No. RM, status dan pendidikan.

2. Keluhan utama atau alasan masuk rumah sakit

Menurut Yosep, I (2010:219), menjelaskan bahwa data yang harus di kaji dari pasien halusinasi adalah : mengkaji perintah yang di berikan lewat isi halusinai klien, karena mungkin saja klien mendengar perintah menyakiti orang lain, membunuh atau meloncat jendela.

a. Tindakan pertama dalam melakukan pengkajian klien dengan halusinasi adalah membina hubungan saling percaya, sebagai berikut :

- 1) Awali pertemuan dengan selalu mengucapkan salam.
- 2) Berkenalan dengan pasien. Perkenalkan nama lengkap dan nama panggilan perawat termasuk peran, jam dinas, ruangan dan senang dipanggil dengan apa. Selanjutnya perawat menanyakan nama klien serta senang di panggil dengan apa?.
- 3) Buat kontrak asuhan. Jelaskan kepada klien tujuan perawat merawat klien aktivitas apa yang akan dilakukan untuk mencapai tujuan itu, kapan aktivitas akan dilaksanakan, dan berapa lama akan dilaksanakan aktivitas tersebut.

- 4) Bersikap empati yang ditunjukkan dengan : mendengarkan keluhan pasien dengan penuh perhatian, tidak membantah dan tidak menyokong halusinasi pasien, segera menolong pasien jika pasien membutuhkan perawat.
- b. Mengkaji data objektif dan data subjektif
- 1) Mengkaji halusinasi dapat dilakukan dengan mengobservasi perilaku pasien dan menanyakan secara verbal apa yang sedang dialami oleh pasien. Berikut ini jenis-jenis halusinasi data obyektif dan data subjektifnya
 - a) Halusinasi dengar (auditory-hearing voices or sounds) data subyektif : mendengar suara menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya, mendengar suara atau bunyi, mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap, mendengar seseorang yang sudah meninggal, mendengar suara yang mengancam diri klien atau orang lain atau suara lain yang membahayakan. Data objektif : mengarahkan telinga pada sumber suara, bicara atau tertawa sendiri, marah-marah tanpa sebab, menutup telinga mulut komat-kamit dan ada gerakan tangan.
 - b) Halusinasi penglihatan (visual-seeing persons or things) data subyektif : melihat seseorang yang sudah meninggal, melihat makhluk tertentu, melihat bayangan hantu atau sesuatu yang menakutkan, cahaya, monster yang memasuki perawat. Data objektif : ketakutan pada objek yang dilihat.
 - c) Halusinasi penghidu (olfactory-smelling odors) data subjektif : mencium sesuatu seperti bau mayat, darah, bayi, feses, atau aroma makanan, parfum yang menyenangkan, klien sering mengatakan mencium sesuatu, tipe halusinasi ini sering menyertai klien demensia, kejang atau penyakit serebrovaskular. Data objektif : ekspresi wajah seperti

mencium sesuatu dengan gerakan cuping hidung, mengarahkan hidung pada tempat tertentu.

- d) Halusinasi perabaan (tactile-feeling bodily sensations) : data subjektif : klien mengatakan ada sesuatu yang menggerangi tubuh seperti tangan, binatang kecil, makhluk halus, merasakan sesuatu di permukaan kulit merasakan sangat panas, atau dingin, merasakan sengatan aliran listrik. Data objektif : mengusap, menggaruk-garuk, meraba-raba permukaan kulit, terlihat menggerak-gerakan badan, seperti merasakan sesuatu rabaan.
- e) Halusinasi pengecapan (gustatory-experiencing tastes) data subjektif : klien seperti sedang merasakan makanan tertentu, rasa tertentu atau mengunyah sesuatu. Data objektif : seperti mengecap sesuatu, gerakan mengunyah, meludah atau muntah.
- f) Cenesthetic & kinesthetic hallucinations data subjektif : klien melaporkan bahwa fungsi tubuhnya tidak dapat terdeteksi misalnya tidak adanya denyutan di otak, atau sensasi pembentukan urine dalam tubuhnya, perasaan tubuhnya melayang diatas bumi. Data objektif : klien terlihat menatap tubuhnya sendiri dan terlihat merasakan sesuatu yang aneh tentang tubuhnya.
- c. Mengkaji waktu, frekuensi dan situasi munculnya halusinasi
- Perawat perlu mengkaji waktu, frekuensi, dan situasi munculnya halusinasi yang dialami oleh pasien. Hal ini dilakukan untuk menentukan intervensi khusus pada waktu terjadinya halusinasi, menghindari situasi yang menyebabkan munculnya halusinasi. Sehingga pasien tidak larut dengan halusinasinya. Dengan mengetahui frekuensi terjadinya halusinasi dapat direncanakan frekuensi tindakan untuk mencegah terjadinya halusinasi.

d. Mengkaji respon terhadap halusinasi

Untuk mengetahui dampak halusinasi pada klien dan apa respons klien ketika halusinasi itu muncul, perawat dapat menanyakan pada klien hal yang dirasakan atau dilakukan saat halusinasi timbul. Perawat dapat juga menanyakan kepada keluarga atau orang terdekat dengan klien. Selain itu dapat juga dengan mengobservasi dampak halusinasi pada pasien jika halusinasi timbul.

e. Mengkaji tahapan halusinasi klien

3. Faktor predisposisi

Pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu, bagaimana hasil pengobatan sebelumnya, apakah klien pernah melakukan, mengalami aniaya fisik, seksual penolakan, dan kekerasan dalam keluarga. Apakah klien mempunyai pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan (kegagalan/perpisahan/kematian/ dan trauma selama tumbuh kembang).

4. Pemeriksaan fisik

Pengkajian fisik difokuskan pada sistem dan fungsi organ dan jelaskan sesuai keluhan fisik utama yang dirasakan klien. Ukur tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, suhu, pernafasan).

5. Aspek psikososial

a. Konsep diri

- 1) Gambaran diri : bagaimana klien menilai tentang dirinya dan bagian tubuh yang sukai dan hal-hal lain yang ingin diubah dari dirinya.
- 2) Identitas diri : bagaimana posisi klien menilai dalam keluarga, kelompok atau masyarakat sebelum dirawat, dan bagaimana perasaan klien terhadap status atau posisi di dalam masyarakat, sekolah/tempat bekerja.

- 3) Peran diri : Tugas dan peran yang diemban klien dalam keluarga/kelompok/masyarakat, dan bagaimana kemampuan untuk melaksanakan tugas/peran tersebut.
- 4) Ideal diri : harapan klien terhadap penyakitnya, dirinya, posisi, status dan peran, dan harapan klien terhadap lingkungan (keluarga, sekolah, tempat kerja dan masyarakat).
- 5) Harga diri : bagaimana hubungan klien dengan orang lain sehubungan dengan gambaran diri, ideal diri, peran dan identitas diri dan bagaimana penilaian dan penghargaan orang lain terhadap diri dan kehidupannya.

b. Hubungan sosial

Siapakah orang yang paling berarti dalam kehidupan klien (tempat mengadu, bicara dan minta bantuan), kelompok apa saja yang diikuti klien dalam masyarakat dan sejauh mana klien terlibat dalam kelompok masyarakat dan hambatan dalam berhubungan sosial .

c. Spiritual

Nilai dan keyakinan yang dianut klien, kegiatan ibadah secara individu/kelompok, dan pandangan/penilaian masyarakat setempat terhadap gangguan jiwa.

d. Pendidikan dan pekerjaan

Tulis jenjang pendidikan klien terakhir, jenis pekerjaan yang sedang dijalani saat ini, bagaimana perasaan klien dengan status pendidikan dan pekerjaannya (senang, tertekan, tak menyukai dll) dan bagaimana perasaan klien terhadap situasi tempat kerja.

6. Status mental

a. Penampilan

- 1) Tidak rapih : penampilan dari ujung rambut sampai kaki tidak rapih, rambut acak-acakan kancing baju tidak tepat baju terbalik dan baju tidak diganti-ganti

- 2) Penggunaan pakaian tidak sesuai seperti pakaian dalam dikenakan diluar baju atau pada leher
 - 3) Penggunaan pakaian tidak seperti biasanya (tidak sesuai tempat, waktu, identitas, kondisi)
- b. Pembicaraan
- 1) Amati pembicaraan klien apakah cepat gagap dll.
 - 2) Pembicaraan inkoheren, bila pembicaraan berpindah-pindah dari satu kalimat ke kalimat yang lain tidak ada kaitannya
- c. Aktivitas motorik
- 1) Lesu, tegang, gelisah
 - 2) Agitasi : gerak motorik yang menunjukkan kegelisahan
 - 3) Tik : gerakan-gerakan kecil pada otot muka yang tidak terkontrol
 - 4) Kompulsif : kegiatan motorik yang dilakukan berulang-ulang, seperti berulang kali mencuci tangan, mencuci muka, mandi, mengeringkan tangan dan sebagainya
 - 5) Tremor : jari-jari gemetar
 - 6) Grimasen : gerakan otot muka yang berubah-ubah dan tidak dapat di kontrol oleh klien
- d. Alam perasaan
- 1) Sedih, putus asa, gembira yang berlebihan sudah jelas
 - 2) Ketakutan : obyek yang ditakuti jelas
 - 3) Khawatir : objek yang ditakuti belum jelas
- e. Afek
- 1) Datar : tidak ada perubahan roman muka pada saat stimulasi yang menyenangkan atau menyedihkan
 - 2) Tumpul : hanya bereaksi bila ada stimulus yang kuat
 - 3) Labih : emosi yang cepat berubah
 - 4) Tidak sesuai : emosi bertentangan dengan stimulasi yang diberikan

f. Interaksi selama wawancara

- 1) Bermusuhan, tidak kooperatif, mudah tersinggung sudah tampak jelas
- 2) Kontak mata kurang : tidak mau menatap lawan bicara
- 3) Defensif : selalu berusaha mempertahankan pendapat dan kebenaran dirinya
- 4) Sikap curiga atau menunjukkan sikap/perasaan tidak percaya orang lain

g. Persepsi

- 1) Halusinasi : (Pendengaran, Penglihatan, Perabaan, Pengecapan, dan penghidu)
Jelaskan : Jenis halusinasi, Isi halusinasi, Waktu halusinasi, Frekuensi halusinasi, Situasi halusinasi, Respon klien.

h. Proses pikir

Mengobservasi pembicaraan klien saat wawancara

- 1) Sirkumstansial : pembicaraan yang berbelit-belit sampai pada tujuan (pada usia lanjut)
- 2) Tangensial : pembicaraan yang berbelit-belit tapi tidak sampai pada tujuan
- 3) Kehilangan asosiasi : pembicaraan tidak ada hubungan antara satu kalimat dengan kalimat lainnya
- 4) Flight of ideas : pembicaraan meloncat-loncat dari satu topik ke topik yang lain masih ada hubungannya, tidak sampai pada tujuan
- 5) Bloking : pembicaraan terhenti tiba-tiba tanpa gangguan eksternal kemudian dilanjutkan kembali
- 6) Perseverasi : pembicaraan yang diulang berkali-kali
- 7) Neologisme : klien menciptakan kata-kata baru, tidak dapat dimengerti, dan tidak ada ujung pangkalnya.

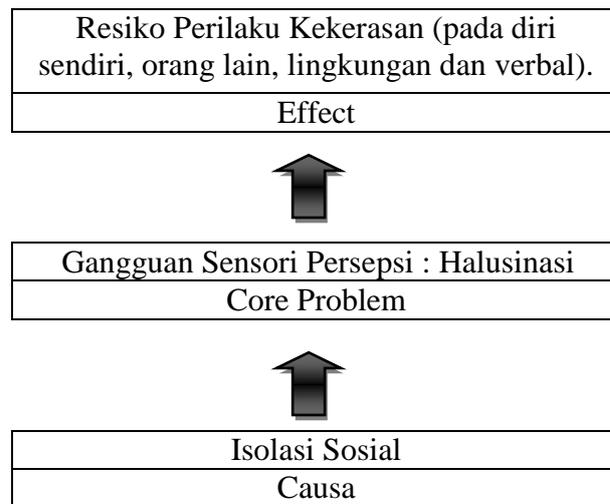
i. Isi pikir : obsesi, fobi, hypokondria, depersonalisasi, ide yang terkait, pikiran magis

- j. Tingkat kesadaran : bingung, sedari, stupor
 - k. Memori
 - Gangguan daya ingat jangka panjang/pendek, saat ini dan konfabulasi
 - l. Tingkat konsentrasi dalam berhitung
 - Mudah beralih, tidak mampu berkonsentrasi, tidak mampu berhitung
 - m. Kemampuan penilaian
 - n. Daya tilik diri
7. Kebutuhan persiapan pulang
- Observasi dan tanyakan pada klien dan keluarga untuk persiapan pulang atau perawatan berkelanjutan di rumah tentang : Makan, BAB/BAK, mandi, berpakaian, istirahat dan tidur, penggunaan obat, pemeliharaan kesehatan, kegiatan di dalam rumah dan kegiatan di luar rumah
8. Mekanisme koping
9. Masalah psikososial dan lingkungan
10. Pengetahuan
11. Aspek medik

2.2.2 Masalah keperawatan dan diagnosa keperawatan

- 1. Masalah keperawatan
 - a. Resiko Perilaku Kekerasan (pada diri sendiri, orang lain, lingkungan dan verbal).
 - b. Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi
 - c. Isolasi Sosial

2. Pohon masalah



Gambar 2.2 Pohon masalah gangguan sensori persepsi : halusinasi

3. Diagnosa keperawatan (Damaiyanti, M & Iskandar (2012. 62)

Ada pun diagnosa keperawatan yang muncul adalah sebagai berikut :

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

2.2.3 Intervensi Keperawatan (Damaiyanti, M & Iskandar (2012. 62)

Tabel 2.2 Intervensi keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		Intervensi	Rasional
		Tujuan	Kriteria Hasil		
	Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Pendengaran	<p>TUM: Klien tidak mengalami gangguan sensori persepsi halusinasi pendengaran selama dalam perawatan.</p> <p>TUK : 1. Klien dapat membina hubungan saling percaya</p>	<p>Ekspresi wajah bersahabat, menunjukkan rasa senang, ada kontak mata, mau berjabat tangan, mau menyebutkan nama, mau menjawab salam, klien mau duduk berdampingan dengan perawat, mau mengutarakan masalah yang di hadapi.</p>	<p>1. Bina hubungan saling percaya dengan mengungkapkan prinsip komunikasi terapeutik :</p> <p>a. Sapa klien dengan ramah, baik verbal maupun non verbal</p> <p>b. Perkenalkan diri dengan sopan</p> <p>c. Tanyakan nama lengkap klien & nama panggilan yang disukai klien</p> <p>d. Jelaskan tujuan pertemuan</p> <p>e. Jujur dan menepati janji</p> <p>f. Tunjukkan sikap empati dan menerima klien apa adanya</p> <p>g. Beri perhatian pada klien dan perhatian kebutuhan dasar pasien</p>	<p>Hubungan saling percaya merupakan dasar untuk kelancaran hubungan interaksi selanjutnya</p>
		<p>2. Klien dapat mengenali halusinasinya</p>	<p>Klien dapat menyebutkan jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi dan respon pada saat timbulnya halusinasi</p>	<p>1. Adakan kontak sering dan singkat secara bertahap</p> <p>2. Observasi tingkah laku klien terkait dengan halusinasinya, bicara dan tertawa tanpa stimulus, memandang kekiri/kekanan atau kedepan seolah-olah ada teman bicara</p>	

				<p>3. Bantu klien mengenali halusinasinya</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Jika menemukan sedang halusinasi, tanyakan apakah ada suara yang didengar b. Jika klien menjawab ada, lanjutkan : apa yang dikatakan c. Katakan bahwa perawat percaya klien mendengar suara itu, namun perawat sendiri tidak mendengarnya (dengan nada bersahabat tanpa menuduh/menghakimi) d. Katakan pada klien bahwa ada klien juga yang seperti klien <p>4. Diskusikan dengan klien :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Situasi yang menimbulkan/tidak menimbulkan halusinasi b. Waktu dan frekuensi terjadinya halusinasi (pagi, siang, sore & malam atau jika sendiri, jengkel atau sedih) <p>5. Diskusikan dengan klien apa yang dirasakan jika terjadi halusinasi (marah/takut, sedih, senang) beri kesempatan mengungkapkan perasaannya</p>	<p>Dengan mengetahui jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi dan respon pada saat timbulnya halusinasi mempermudah tindakan keperawatan klien yang akan dilakukan perawat</p> <p>Untuk mengidentifikasi pengaruh halusinasi klien</p>
--	--	--	--	--	---

		3. Klien dapat mengontrol halusinasinya	Klien dapat menyebutkan tindakan yang biasa dilakukan untuk mengendalikan halusinasinya.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi bersama klien cara/tindakan yang dilakukan jika terjadi halusinasi (tidur, marah, menyibukkan diri) 2. Diskusikan manfaat cara yang dilakukan klien, jika bermanfaat beri pujian 3. Diskusikan cara baru untuk memutuskan atau mengontrol halusinasi : <ol style="list-style-type: none"> a. Katakan “saya tidak mau dengar kamu” (pada saat halusinasi) b. Menemui orang lain (perawat/teman atau anggota keluarga) untuk bercakap-cakap atau mengatakan halusinasi yang terdengar c. Membuat jadwal kegiatan sehari-hari agar halusinasi tidak muncul d. Minta keluarga atau teman atau perawat jika nampak bicara sendiri 4. Bantu klien memilih dan melatih cara memutuskan halusinasi secara bertahap 	Upaya untuk memutuskan siklus halusinasi sehingga halusinasi tidak berlanjut. <p>Reinforcement positif akan meningkatkan harga diri klien</p>
--	--	---	--	---	--

		<p>4. Klien dapat dukungan dari keluarga dalam mengontrol halusinasi</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga Klien dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat 2. Keluarga dapat menyebutkan pengertian, tanda dan kegiatan untuk mengendalikan halusinasi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan klien untuk memberitahu keluarga jika mengalami halusinasi 2. Diskusikan dengan keluarga (pada saat berkunjung atau pada saat kunjungan rumah) : <ol style="list-style-type: none"> a. Gejala halusinasi yang dialami klien b. Cara yang dapat dilakukan klien dan keluarga untuk memutus halusinasi c. Cara merawat anggota keluarga untuk memutus halusinasi dirumah beri kegiatan, jangan biarkan sendiri, makan bersama, berpergian bersama. d. Beri informasi waktu follow up atau kapan perlu mendapat bantuan : halusinasi terkontrol dan resiko mencederai orang lain 	<p>Untuk mendapatkan bantuan keluarga mengontrol halusinasi dan untuk mengetahui pengetahuan keluarga dan meningkatkan pengetahuan tentang halusinasinya</p> <p>Untuk mengetahui pengetahuan keluarga dan meningkatkan kemampuan pengetahuan tentang halusinasi</p>
		<p>5. Klien dapat memanfaatkan obat dengan baik</p>	<p>en dan keluarga dapat menyebutkan manfaat, dosis dan efek samping obat.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan dengan klien dan keluarga tentang dosis, frekuensi manfaat obat 2. Anjurkan klien minta sendiri obat pada perawat dan merasakan manfaatnya 	<p>ngan mengetahui efek samping obat klien akan tahu apa yang harus dilakukan setelah minum obat.</p>

				<ol style="list-style-type: none">3. Anjurkan klien bicara dengan dokter tentang manfaat dan efek samping obat yang dirasakan4. Diskusikan akibat berhenti minum obat tanpa konsultasi.5. Bantu klien menggunakan obat dengan prinsip 5 benar	Program pengobatan dapat berjalan sesuai rencana.
--	--	--	--	---	---

2.2.4 Implementasi keperawatan (Damaiyanti, M & Iskandar (2012. 69)

Tabel 2.3 Strategi Pelaksanaan

Strategi Pelaksanaan	
Pasien	Keluarga
<p>Sp 1 :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi jenis halusinasi pasien 2. Mengidentifikasi isi halusinasi pasien 3. Mengidentifikasi waktu halusinasi pasien 4. Mengidentifikasi frekuensi halusinasi pasien 5. Mengidentifikasi situasi yang menimbulkan halusinasi 6. Mengidentifikasi respon pasien terhadap halusinasi 7. Melatih pasien cara kontrol halusinasi dengan menghadik 8. Membimbing pasien memasukan dalam jadwal kegiatan harian 	<p>Sp 1</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien 2. Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala halusinasi, dan jenis halusinasi yang dialami pasien beserta proses terjadinya 3. Menjelaskan cara-cara merawat pasien halusinasi
<p>Sp 2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memvalidasi masalah dan latihan sebelumnya 2. Melatih pasien cara kontrol halusinasi dengan berbincang dengan orang lain 3. Membimbing pasien memasukan dalam jadwal kegiatan harian 	<p>Sp 2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melatih keluarga mempraktekan cara merawat pasien dengan halusinasi 2. Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada pasien halusinasi
<p>Sp 3</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memvalidasi masalah dan latihan sebelumnya 2. Melatih pasien cara kontrol halusinasi dengan kegiatan (yang biasa dilakukan pasien) 3. Membimbing pasien memasukan dalam jadwal kegiatan harian 	<p>Sp 3</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membantu keluarga membuat jadwal aktivitas dirumah termasuk minum obat (discharge planning) 2. Menjelaskan follow up pasien setelah pulang
<p>Sp 4</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memvalidasi masalah dan latihan sebelumnya 2. Menjelaskan cara kontrol halusinasi dengan teratur minum obat (prinsip 5 benar minum obat) 3. Membimbing pasien memasukan dalam jadwal kegiatan harian 	

2.2.5 Evaluasi Keperawatan (Damaiyanti, M & Iskandar (2012. 69)

Tabel 2.4 Evaluasi Keperawatan

Kemampuan pasien	Kemampuan keluarga
a. Mengenal jenis halusinasi	a. Menyebutkan pengertian halusinasi
b. Mengenal isi halusinasi	b. Menyebutkan jenis halusinasi yang di alami oleh pasien
c. Mengenal waktu halusinasi	c. Menyebutkan tanda dan gejala halusinasi pasien
d. Mengenal frekuensi halusinasi	d. Memperagakan latihan cara memutuskan halusinasi pasien
e. Mengenal situasi yang menimbulkan halusinasi	e. Mengajak pasien bercakap-cakap saat pasien berhalusinasi
f. Menjelaskan respon terhadap halusinasi	f. Memantau aktivitas sehari-hari pasien sesuai jadwal
g. Mampu menghardik halusinasi	g. Memantau dan memenuhi obat untuk pasien
h. Mampu bercakap-cakap jika terjadi halusinasi	h. Menyebutkan sumber-sumber pelayanan kesehatan yang tersedia
i. Membuat jadwal kegiatan harian	i. Memanfaatkan sumber-sumber pelayanan kesehatan terdekat
j. Menggunakan obat secara teratur	

BAB 3

STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1 Hasil

3.1.1 Gambaran lokasi studi kasus

Studi kasus ini berlangsung tanggal 27 Mei - 30 Mei 2019 di ruang rawat inap Rumah Sakit Jiwa (RSJ) Naimata, yang beralamat di Kelurahan Liliba, Kecamatan Oebobo Kota Kupang, Provinsi Nusa Tenggara Timur. Rumah sakit ini di pimpin oleh seorang dokter, dan terdiri dari 1 dokter jiwa dan 5 dokter umum, 32 tenaga perawat, 2 tenaga asisten apoteker, 7 tenaga gizi, 8 tenaga tpp, 3 tenaga cs, dan 2 tenaga loundri.

3.1.2 Pengkajian keperawatan

Hasil pengkajian keperawatan pada tanggal 27 Mei 2019, didapatkan data pasien bernama ny. S. A, berumur 48 tahun, dirawat dengan nomor rekam medik 00xxxx, bekerja sebagai ibu rumah tangga, pendidikan terakhir adalah sarjana peternakan, masuk rumah sakit tanggal 13 mei 2019.

Keluhan utama saat masuk rumah sakit : pasien dibawah kerumah sakit oleh ayah kandungnya karena pasien menangis dengan sendirinya tanpa sebab, banyak bicara dan berbicara sendiri-sendiri sejak 7 hari sebelum pasien masuk rumah sakit. Keluhan utama pada saat di kaji pasien mengatakan mendengar suara-suara seperti orang berisik, berteriak-teriak, pada sore hari sekitar jam 17.00-18.00, suara-suara itu datang secara tiba-tiba sekitar 15 menit, suara-suara itu muncul di saat pasien sendiri, jika suara itu muncul pasien langsung tidur maka suara itu dengan sendirinya akan menghilang, kadang pasien mencari sumber suara tersebut, kadang ia berkumpul dengan orang lain maka dengan sendirinya suara itu menghilang. Pasien merasa terganggu dengan adanya suara tersebut kadang suara-suara itu membuat ia merasa takut.

Riwayat penyakit yang pernah dialami : keluarga pasien mengatakan pasien pernah mengalami sakit yang sama pada tahun 1996 dan tahun 2009, pasien sakit di sulawesi tetapi tidak berobat dengan teratur karena hanya berobat jalan. Bahkan pasien tidak pernah mengkonsumsi obatnya lagi. Sebelum pasien di bawa ke RSJ Naimata pasien sering mengurung diri di kamar, lalu pasien marah-marah, berbicara ngawur dan tidak terkontrol. Tahun 2010 pasien kambuh dengan gejala yang sama yaitu mendengar suara-suara, pasien berobat di poli jiwa RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang tetapi kurang berhasil karena tidak mengkonsumsi obatnya secara teratur, pasien juga mengatakan tidak ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.

Pasien mengatakan pasien merupakan anak yang tidak diinginkan sejak kecil, sehingga tidak pernah merasakan pola asuh yang baik dari kedua orang tuanya, karena di ambil alih oleh neneknya. Pada tahun 2010 pasien bercerai dengan suaminya, sejak saat itu pasien mulai stres karena tidak pernah bertemu lagi dengan anak-anaknya yang diasuh oleh suaminya. Setelah bercerai pasien datang ke kupang untuk mencari ayah dan ibunya lalu tinggal bersama mereka. Pengalaman masa lalu yang kurang menyenangkan selama tinggal bersama ayah dan ibunya adalah jika ia menggoreng ikan terlalu garing maka akan dimarahi oleh ibunya karena ibunya suka makan ikan yang tidak terlalu garing. Pada tahun 2015 ibu dan adik bungsunya meninggal dan ia merasa sangat kehilangan.

Pemeriksaan fisik : pada pengukuran tanda-tanda vital di dapatkan data tekanan darah : 80/60 mmhg, nadi : 98 x/menit, suhu : 36,5°C, dan pernafasan : 20 x/mnt, berat badan : 49 kg, tinggi badan : 151 cm, keluhan fisik yang dirasakan adalah sakit pada tangan bagian kanan.

Pada penjelasan genogram : pasien mengatakan sekarang ia tinggal dengan ayah kandungnya di oebufu, ibu dan adik bungsunya sudah meninggal dunia dan adik-adiknya yang lain sudah tidak tinggal bersama dengan mereka lagi.

Citra tubuh : pasien mengatakan paling menyukai rambutnya karena halus dan harus di keramas terus, identitas : pasien mengatakan sudah bercerai dengan suaminya sejak 9 tahun yang lalu, peran : pasien mengatakan ia pernah bergabung bersama ibu-ibu pengajian di sekitar rumahnya tetapi semenjak ibunya meninggal ia tidak mengikuti pengajian lagi. Ia juga dulunya bekerja bersama bibinya menjaga kios milik bibinya tetapi semenjak pamannya meninggal ia tidak bekerja lagi, dan sebagai seorang ibu rumah tangga ia tidak mampu untuk menjalankan perannya karena sejak bercerai dengan suaminya pasien tidak pernah bertemu dengan anak-anaknya. Ideal diri : pasien ingin cepat sembuh, karena ia ingin menemui anak-anaknya yang sekarang tinggal bersama suaminya di Sulawesi. Pasien juga berharap semua yang sedang berobat disini saling memotivasi agar cepat sembuh. Harga diri : pasien mengatakan hubungan dirinya dengan orang lain baik-baik saja.

Hubungan sosial : orang yang berarti : bibinya, peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat : pasien mengatakan aktivitas kelompok yang biasa ia ikuti adalah jika ibunya masih hidup ia selalu mengikuti acara pengajian di rumah bersama tetangga-tetangga terdekatnya, tetapi sekarang ibunya sudah meninggal dan ia jarang atau bahkan tidak mengikuti pengajian lagi. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain : pasien mengatakan tidak ada hambatan jika bersosialisasi dengan orang lain.

Spiritual : nilai dan keyakinan : pasien beragama Islam, kegiatan ibadah : pasien mengatakan pasien biasanya solat 5 waktu tetapi sekarang tidak lagi karena pasien sedang sakit.

Penampilan pasien terlihat rambutnya di sisir dengan rapi dan di ikat, penggunaan pakaiannya sesuai, baju dan celana terlihat bersih, pasien menggunakan alas kaki. Pembicaraan pasien sesuai, pada saat di kaji pasien berbicara sesuai dengan topik pembicaraan dan kalimatnya saling berkaitan antara satu dengan yang lain, aktivitas motorik pasien terlihat cemas dan gelisah seperti meramas-ramas jari-jari tangannya. Alam perasaan pasien mengatakan merasa cemas karena sakit yang ia derita dan khawatir jika

sakitnya sewaktu-waktu kembali kambuh. Afek pasien mengikuti situasi yang ada, pada saat lucu pasien ikut tertawa, jika sudah terlalu lama bercerita pasien merasa bosan dan kembali ke kamarnya untuk berbaring. Interaksi selama wawancara pasien tampak kooperatif pada saat melakukan wawancara dengan pasien dan pada saat bergabung dengan pasien yang lain pun ia ikut bercerita. Persepsi halusinasi pendengaran : pasien mengatakan mendengar suara-suara seperti orang berisik, berteriak-teriak, pada sore hari sekitar jam 17.00-18.00, suara-suara itu datang secara tiba-tiba sekitar 15 menit, suara-suara itu muncul di saat pasien sendiri, jika suara itu muncul pasien langsung tidur maka suara itu dengan sendirinya akan menghilang, kadang pasien mencari sumber suara tersebut, kadang ia berkumpul dengan orang lain maka dengan sendirinya suara itu menghilang. Pasien merasa terganggu dengan adanya suara tersebut kadang suara-suara itu membuat ia merasa takut. Pasien tampak berbicara sendiri, menggerakkan bibir tanpa suara. Isi pikir pasien sesuai dengan topik pembicaraan, tidak berbelit-belit, jika pada saat di tanya langsung menjawab. Arus pikir : pikiran bisa di arahkan sesuai dengan topik pembicaraan yang di bicarakan dengan perawat. Tingkat kesadaran pasien sadar bahwa ia sekarang berada di rsj naimata, sekarang jam 10 pagi dan sedang berbicara dengan perawat. Memori pasien tidak mengalami gangguan karena ia bisa mengingat jadwal kegiatan hariannya. Pasien mengatakan bangun pagi jam 05.00, langsung merapikan tempat tidur, lalu mandi, setelah mandi langsung makan, setelah makan ia duduk bercerita dengan pasien-pasien yang lain di depan ruangan, jam 10 makan bubur kacang hijau, setelah itu pasien istirahat, makan siang jam 12 lalu istirahat lagi dan sore harinya mandi, lalu tidur. Tingkat konsentrasi dan berhitung pasien mampu berhitung sederhana, ia bisa menghitung jumlah tempat tidur yang ada di dalam ruangan tersebut. Pasien mengatakan jumlah tempat tidur yang ada di dalam ruangan ini ada sembilan. Kemampuan penilaian pasien mengatakan ia harus makan dulu baru mandi karena pada saat ia mandi ia langsung menggosok gigi. Pasien mengingkari penyakit yang diderita, pasien tidak mau mengatakan kalau ia

mengalami gangguan jiwa, pada saat di tanya pasien hanya mengatakan kalau ia datang ke rumah sakit ini hanya untuk berobat.

Kemampuan klien memenuhi kebutuhan : pasien mengatakan untuk memenuhi kebutuhan ia bisa memasak, ia bisa mencuci pakainnya sendiri, ia tinggal dirumah ayahnya karena sekarang ayahnya tinggal sendiri dan ia bisa bekerja sebagai nelayan rumput laut untuk mendapatkan uang. Perawatan diri pasien mengatakan mampu melakukan kegiatan sehari-harinya dengan mandiri. Pasien puas dengan pola makan yang ada, pasien tidak memisahkan dirinya dengan pasien yang lain, frekuensi makan 3x/hari, frekuensi kudapan 2 x/hari. Nafsu makan meningkat, berat badan juga meningkat, berat badan terendah : 44-45 kg, berat badan tertinggi : 49 kg, pasien mangatakan berat badannya sudah meningkat biasanya hanya 44-45 kg tapi sekarang sudah 49 kg. Pasien mengatakan tidak ada masalah tidur, merasa segar setelah bangun tidur, ada kebiasaan tidur siang, lama tidur siang : 2 jam, tidur malam jam : 21.00, bangun jam 05.00, pasien mengatakan tidak ada gangguan selama tidur, pasien bisa tidur dengan nyenyak. Pasien dapat mengantisipasi kebutuhan sendiri, bisa membuat keputusan berdasarkan keinginan sendiri, bisa mengatur penggunaan obat, tidak bisa melakukan pemeriksaan kesehatan.

Klien memiliki sistem pendukung karena selalu datang mengunjunginya, dan di sini banyak teman-temannya sehingga mereka saling suport satu dengan yang lain. Pasien menikmati saat bekerja, hobi memasak dan sangat menyukai hobinya. Diagnosa medis : skizofrenia paranoid.

Terapi yang di dapat : haloperidol 2x2,5 mg, (indikasi : meredakan gejala skizofrenia, mengobati skizofrenia, mengobati gerakan dan ucapan spontan yang tidak terkontrol pada penderita sindrom tourette, mengatasi perilaku kekerasan tidak terkontrol pada anak-anak hiperaktif, mengatasi tindakan agitasi. Kontra indikasi : memiliki hipersensitif atau alergi terhadap kandungan obat ini, penderita penyakit parkinson, pasien depresi berat ssp, penderita supresi sumsum tulang, memiliki penyakit jantung,

penderita gangguan fungsi hati kronis, pasien koma, pasien lansia yang memiliki penyakit dimensia).

Trihexyphenidyl 2 x 2 mg (indikasi trihexyphenidil : sebagai terapi penunjang pada penyakit post encephalitic, sindrom parkinson akibat obat susunan syaraf pusat. Kontra indikasi : tidak boleh digunakan pada pasien-pasien dengan glukoma, penyakit gastrointestinal obstuktif, atau penyakit saluran kemih dan pasien lanjut usia dengan kemungkinan hipertropi prostatik, dan pasien yang hipersensitif terhadap komponen obat ini.

Chapronatine 2x50 mg, (indikasi : mengendalikan mania terapi skizofrenia, mengendalikan mual dan muntah, menghilangkan kegelisaan dan ketakutan sebelum operasi, porforia intermiten akut. Kontraindikasi : pada pasien hipersensitif, pada pasien yang terdapat diskrasia darah, pada penyakit parkinson, pada pasien insufisiensi ginjal, hati, atau jantung).

3.1.3 Diagnosa keperawatan

Dari hasil pengkajian yang dilakukan di dapatkan masalah keperawatan yang pertama yaitu gangguan sensori persepsi : halusinasi pendengaran dengan data subyektifnya yaitu pasien mengatakan mendengar suara-suara seperti orang berisik, berteriak-teriak, pada sore hari sekitar jam 17.00-18.00, suara-suara itu datang secara tiba-tiba sekitar 15 menit, suara-suara itu muncul di saat pasien sendiri, jika suara itu muncul pasien langsung tidur maka suara itu dengan sendirinya akan menghilang, kadang pasien mencari sumber suara tersebut, kadang ia berkumpul dengan orang lain maka dengan sendirinya suara itu menghilang dan data obyektifnya yaitu : pasien tampak berbicara sendiri, menggerakkan bibir tanpa suara.

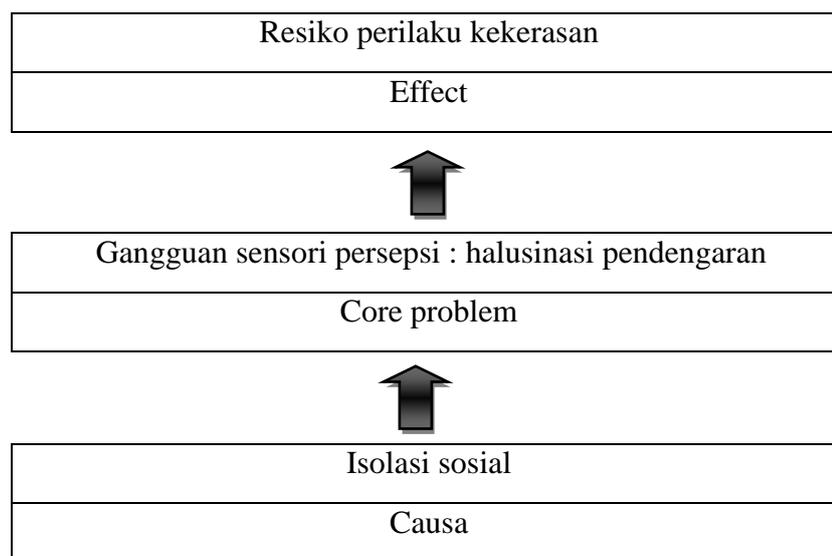
Pada masalah keperawatan yang kedua di temukan isolasi sosial dengan data subyektifnya yaitu : keluarga pasien mengatakan sebelum pasien masuk kerumah sakit pasien sering mengurung diri sendiri di kamar tidak mau berinteraksi dengan orang lain. Data obyektif yang di dapat : kadang-kadang pasien tampak berbaring sendiri di atas tempat tidur dan mengelamun.

Masalah keperawatan ketiga yang ditemukan pada pasien adalah resiko perilaku kekerasan dengan data subyektif yang di dapat yaitu : keluarga pasien mengatakan pasien juga sering marah-marah dan membentak jika ada orang yang mendekatinya, dan data objektifnya adalah pasien tampak gelisah, kadang berbicara dengan nada suara yang keras dan kasar. Dari data yang didapat dari status pasien, ia juga pernah di rawat di ruang isolasi selama 4 hari karena pasien mengamuk-mengamuk di ruang perawatan, dan berteriak-teriak dengan suara yang keras.

Diagnosa keperawatan utama yang di tegakan adalah gangguan sensori persepsi : halusinasi pendengaran karena paling sering dirasakan oleh pasien dan merupakan rancangan masalah yang di ambil dari keluhan utama pada saat pengkajian.

Pohon masalah yang di temukan penulis sesuai kasus adalah :

Gambar 3.1 Pohon masalah gangguan sensori persepsi : halusinasi pendengaran



3.1.4 Intervensi keperawatan

Intervensi yang di rancang sesuai dengan masalah utama yang di temukan pada kasus ny. S. A adalah intervensi keperawatan gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran.

Tujuan umum : klien tidak mengalami gangguan sensori persepsi (halusinasi pendengaran) selama dalam perawatan.

Tujuan khusus yang pertama : klien dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat, kriteria hasil : ekspresi wajah bersahabat, menunjukkan rasa senang, ada kontak mata, mau berjabat tangan, mau menyebutkan nama, mau menjawab salam, klien mau duduk berdampingan dengan perawat, mau mengutarakan masalah yang di hadapi. Tindakan keperawatan : bina hubungan saling percaya dengan mengungkapkan prinsip komunikasi terapeutik : sapa klien dengan ramah, baik verbal maupun non verbal, perkenalkan diri dengan sopan, tanyakan nama lengkap klien & nama panggilan yang disukai klien, jelaskan tujuan pertemuan, jujur dan menepati janji, tunjukkan sikap empati dan menerima klien apa adanya, beri perhatian pada klien dan perhatikan kebutuhan dasar pasien.

Tujuan khusus yang kedua klien dapat mengenali halusinasinya dengan kriteria hasil klien dapat menyebutkan jenis, isi, waktu, frekuensi timbulnya halusinasi, situasi saat terjadinya halusinasi, tindakan keperawatan adalah adakan kontak sering dan singkat secara bertahap, observasi tingkah laku klien terkait dengan halusinasinya, bicara dan tertawa tanpa stimulus, memandang kekiri/kekanan atau kedepan seolah-olah ada teman bicara, bantu klien mengenali halusinasinya, jika menemukan pasien sedang halusinasi, tanyakan apakah ada suara yang didengar, jika klien menjawab ada, lanjutkan : apa yang dikatakan, katakan bahwa perawat percaya klien mendengar suara itu, namun perawat sendiri tidak mendengarnya (dengan nada bersahabat tanpa menuduh/menghakimi), katakan pada klien bahwa ada klien juga yang seperti klien, diskusikan dengan klien : situasi yang menimbulkan/tidak menimbulkan halusinasi, waktu dan frekuensi terjadinya halusinasi (pagi, siang, sore & malam atau jika sendiri, jengkel atau sedih), diskusikan dengan klien apa yang dirasakan jika terjadi halusinasi (marah/takut, sedih, senang) beri kesempatan mengungkapkan perasaannya.

Tujuan khusus yang ketiga adalah klien dapat menyebutkan tindakan yang biasa dilakukan untuk mengendalikan halusinasinya, tindakan keperawatan yang dilakukan : identifikasi bersama klien cara tindakan yang

dilakukan jika terjadi halusinasi (tidur, marah, menyibukkan diri), diskusikan manfaat cara yang dilakukan klien, jika bermanfaat beri pujian, diskusikan cara baru untuk memutuskan atau mengontrol halusinasi : katakan “saya tidak mau dengar kamu” (pada saat halusinasi), menemui orang lain (perawat/teman atau anggota keluarga) untuk bercakap-cakap atau mengatakan halusinasi yang terdengar, membuat jadwal kegiatan sehari-hari agar halusinasi tidak muncul, minta keluarga atau teman atau perawat jika nampak bicara sendiri, bantu klien memilih dan melatih cara memutuskan halusinasi secara bertahap.

Tujuan khusus yang keempat adalah : klien dapat dukungan dari keluarga dalam mengontrol halusinasi dengan kriteria hasil : keluarga klien dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat, keluarga dapat menyebutkan pengertian, tanda dan gejala halusinasi dan kegiatan untuk mengendalikan halusinasi, tindakan keperawatan yang dilakukan : anjurkan klien untuk memberitahu keluarga jika mengalami halusinasi, diskusikan dengan keluarga (pada saat berkunjung atau pada saat kunjungan rumah) : gejala halusinasi yang dialami klien, cara yang dapat dilakukan klien dan keluarga untuk memutuskan halusinasi, cara merawat anggota keluarga untuk memutuskan halusinasi dirumah beri kegiatan, jangan biarkan sendiri, makan bersama, berpergian bersama, beri informasi waktu follow up atau kapan perlu mendapat bantuan : halusinasi terkontrol dan resiko mencederai orang lain.

Tujuan khusus yang kelima : klien dapat memanfaatkan obat dengan baik dengan kriteria hasil : klien dan keluarga dapat menyebutkan manfaat, dosis dan efek samping obat, tindakan keperawatan yang dilakukan yaitu : diskusikan dengan klien dan keluarga tentang dosis, frekuensi manfaat obat, anjurkan klien minta sendiri obat pada perawat dan merasakan manfaatnya, anjurkan klien bicara dengan dokter tentang manfaat dan efek samping obat yang dirasakan, diskusikan akibat berhenti minum obat tanpa konsultasi, bantu klien menggunakan obat dengan prinsip 5 benar.

Strategi pelaksanaan yang di gunakan dalam penyusunan intervensi untuk memudahkan pencapaian tujuan umum dan tujuan khusus, ada dua yaitu strategi pelaksanaan untuk pasien dan untuk keluarga. Untuk pasien ada 4 strategi perencanaan yaitu :

Bina hubungan saling percaya dengan mengungkapkan prinsip komunikasi terapeutik yaitu : (sapa klien dengan ramah, baik verbal maupun non verbal, perkenalkan diri dengan sopan, tanyakan nama lengkap klien & nama panggilan yang disukai klien, jelaskan tujuan pertemuan, jujur dan menepati janji, tunjukkan sikap empati dan menerima klien apa adanya, beri perhatian pada klien dan perhatikan kebutuhan dasar pasien).

Sp 1 pasien : adalah mengidentifikasi jenis halusinasi, isi halusinasi, waktu terjadinya halusinasi, frekuensi halusinasi, situasi yang menimbulkan halusinasi, respon pasien terhadap halusinasi, latih pasien cara kontrol halusinasi dengan menghardik.

Sp 2 pasien : memvalidasi masalah dan latihan sebelumnya, melatih pasien cara kontrol halusinasi dengan berbincang dengan orang lain dan membimbing pasien memasukan dalam jadwal kegiatan harian.

Sp 3 pasien : memvalidasi masalah dan latihan sebelumnya, melatih pasien cara kontrol halusinasi dengan kegiatan (yang biasa dilakukan pasien), membimbing pasien memasukan dalam jadwal kegiatan harian.

Sp 4 pasien : memvalidasi masalah dan latihan sebelumnya, menjelaskan cara kontrol halusinasi dengan teratur minum obat (prinsip 5 benar minum obat), membimbing pasien memasukan dalam jadwal kegiatan harian.

Sp 1 keluarga : mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien, menjelaskan pengertian, tanda dan gejala halusinasi, dan jenis halusinasi yang dialami pasien beserta proses terjadinya, menjelaskan cara-cara merawat pasien halusinasi.

Sp 2 keluarga : melatih keluarga mempraktekan cara merawat pasien dengan halusinasi, melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada pasien halusinasi.

Sp 3 keluarga : membantu keluarga membuat jadwal aktivitas dirumah termasuk minum obat (discharge planning), menjelaskan follow up pasien setelah pulang

3.1.5 Implementasi keperawatan

Implementasi di dilaksanakan mulai dari tanggal 27 Mei 2019 sampai tanggal 30 Mei 2019.

Implementasi yang di lakukan pada hari **pertama** Senin, 27 Mei 2019, jam : 07.00 adalah membina hubungan saling percaya antara pasien, dan perawat dengan mengungkapkan prinsip komunikasi terapeutik : yaitu menyapa pasien dengan ramah, baik verbal maupun non verbal, memperkenalkan diri dengan sopan, menanyakan nama lengkap pasien & nama panggilan yang disukai pasien, menjelaskan tujuan pertemuan, menunjukkan sikap empati dan menerima pasien apa adanya, menerapkan strategi pelaksanaan pertama pada pasien yaitu mengidentifikasi jenis halusinasi pasien, mengidentifikasi isi halusinasi pasien, mengidentifikasi waktu halusinasi pasien, mengidentifikasi frekuensi halusinasi pasien, mengidentifikasi situasi yang menimbulkan halusinasi, mengidentifikasi respon pasien terhadap halusinasi, melatih pasien cara kontrol halusinasi dengan menghardik, membimbing pasien memasukan cara mengontrol halusinasi dalam jadwal kegiatan harian.

Implementasi yang di lakukan pada hari **kedua** Selasa, 28 Mei 2019, jam : 11.00 adalah menerapkan strategi perencanaan yang ke dua pada pasien yaitu : memvalidasi masalah dan latihan sebelumnya, melatih pasien cara kontrol halusinasi dengan berbincang-bincang dengan orang lain, membimbing pasien memasukan dalam jadwal kegiatan harian.

Implementasi yang di lakukan pada hari **ketiga** Rabu, 29 Mei 2019, jam 10.00 adalah menerapkan strategi perencanaan yang ke tiga pada pasien yaitu : memvalidasi masalah dan latihan sebelumnya, melatih pasien cara kontrol halusinasi dengan kegiatan (yang biasa dilakukan pasien), membimbing pasien memasukan dalam jadwal kegiatan harian.

Implementasi yang di lakukan pada hari **keempat** Kamis, 30 Mei 2019, jam 10.00 adalah : menerapkan strategi perencanaan yang ke empat pada pasien yaitu : memvalidasi masalah dan latihan sebelumnya, menjelaskan cara kontrol halusinasi dengan teratur minum obat (prinsip 5 benar minum obat), membimbing pasien memasukan dalam jadwal kegiatan harian.

3.1.6 Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan di lakukan setelah melakukan implementasi keperawatan. Evaluasi tindakan keperawatan yang di lakukan pada hari pertama Senin, 27 Mei 2019 jam 11.30 adalah : data subyektif yang didapat dari hasil wawancara dengan pasien yaitu : pasien mengatakan selamat pagi juga nama lengkap saya S. A, suka di panggil A, umur 48 tahun, pekerjaan ibu rumah tangga, sudah cerai dengan suami, pendidikan terakhir Sarjana Peternakan, pasien mengatakan sudah tidak mendengar suara-suara itu lagi terakhir kali mendengar suara-suara itu pada dua hari yang lalu (Sabtu, tanggal 25 Mei 2019) pada sore hari sekitar jam 18.00, pasien mendengar suara-suara seperti orang berisik, berteriak-teriak, suara-suara itu datang secara tiba-tiba sekitar 15 menit, suara itu datang sebanyak 2 kali saja, suara-suara itu muncul disaat pasien sendiri, pada saat suara itu muncul pasien langsung tidur maka suara itu dengan sendirinya menghilang. Pasien mengatakan jika suara itu muncul pasien akan mengatakan pergi! Jangan sakiti saya, pergi! Jangan sakiti saya kamu suara palsu, saya tidak mau mendengar kamu lagi, pasien mengatakan akan melakukan cara tersebut di saat suara itu datang dan akan melatih cara menghardik halusinasi sebelum tidur. Data obyektifnya adalah : pasien mampu menjawab sapaan, pasien mampu menyebutkan nama lengkap, ada kontak mata dengan perawat, pasien mau berjabat tangan, ekspresi wajah bersahabat, menunjukkan rasa senang, mau duduk berdampingan dengan perawat, mau mengutarakan masalah yang dihadapi, pasien mau mengikuti perintah yang perawat arahkan, pasien langsung mempraktekan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, menutup telinga dengan dua tangan saat mempraktekan,

pasien memasuki latihan cara menghardik halusinasi pada jadwal hariannya yaitu sebelum tidur. A : bhs berhasil dan strategi pelaksanaan 1 pada pasien teratasi. P : lanjutkan melakukan strategi pelaksanaan 2 pasien.

Evaluasi tindakan keperawatan hari kedua pada hari/tanggal : Selasa, 28 Mei 2019, jam 11.30, data subyektif : pasien mengatakan sekarang tidak mendengar suara lagi. Pasien mengatakan oia cara yang kemarin ibu ajarkan jika suara itu muncul, pergi! Jangan sakiti saya, pergi! Jangan sakiti saya kamu suara palsu, saya tidak mau mendengar kamu lagi. Cara yang berikutnya adalah jika suara itu muncul saya harus mengajak teman-teman untuk bercerita, saya tidak boleh duduk sendiri. Data obyektif : pasien mau mengikuti perintah yang perawat arahkan, pasien langsung mempraktekan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, menutup telinga dengan dua tangan saat mempraktekan, ada kontak mata, setiap pagi pasien bercerita dengan pasien-pasien yang lain. A : sp 2 pada pasien berhasil, p: lanjutkan sp 3 pada pasien.

Evaluasi tindakan keperawatan hari ketiga pada hari/tanggal : Rabu, 29 Mei 2019 jam : 10.30. Data subyektif : pasien mengatakan saya datang kesini untuk berobat, saya tidak mendengar suara-suara lagi. Jika suara itu datang saya harus mengatakan pergi! Saya tidak mau mendengar kamu! kamu suara palsu! dan juga saya harus tidak boleh duduk sendiri saya harus mengajak orang lain untuk bercerita dengan saya, saya biasa di rumah memasak, saya juga biasanya sholat, membaca alqur'an, menonton tv. Data obyektif : pasien mempraktekan ulang cara menghardik halusinasi, pasien selalu duduk bersama dengan yang lain pasien tidak duduk sendirian, jika pasien duduk sendiri pasien menonton tv. A : strategi pelaksanaan 3 teratasi. P : lanjutkan sp 4.

Evaluasi tindakan keperawatan pada hari/tanggal : Kamis, 30 Mei 2019 jam : 12.00 data subyektif : pasien mengatakan saya datang kesini untuk berobat, saya tidak mendengar suara-suara lagi, obat saya berwarna, merah muda, putih dan orange, saya minum sesudah makan pagi dan sesudah makan malam. Data obyektif pasien mampu menjawab pertanyaan perawat,

klien tidak dapat menyebutkan nama obat, manfaat, dosis, dan efek samping obat, klien tidak dapat menyebutkan prinsip 5 benar penggunaan obat. A : strategi pelaksanaan 4 teratasi sebagian. P : lanjutkan strategi pelaksanaan 4.

3.2 Pembahasan

Dalam keperawatan terdapat proses keperawatan yang harus dijalani. Perawat menerapkan proses keperawatan sebagai kompetensi pada saat memberikan asuhan keperawatan pada klien. Proses keperawatan merupakan lima tahap pendekatan pengambilan keputusan klinis yang mencakup pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

3.2.1 Tahap pengkajian

Menurut Sutejo (199), pengkajian merupakan proses pertama dalam proses keperawatan tahap pengkajian adalah proses pengumpulan data secara sistematis untuk menentukan status kesehatan dan fungsional kerja serta respon klien pada saat ini dan sebelumnya. Tujuan dari pengkajian keperawatan adalah untuk menyusun databes atau data dasar mengenai kebutuhan, masalah kesehatan, dan respon klien terhadap masalah.

Pengertian halusinasi yang di ambil dari Damaiyanti, M & Iskandar (2012. 53), menurut Damaiyanti (2008), Halusinasi adalah salah satu gejala gangguan jiwa dimana klien mengalami perubahan sensori persepsi, merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan atau penghiduan. Klien merasakan stimulus yang sebetulnya tidak ada. Data yang harus di kaji pada pasien gangguan sensori perspsi halusinasi (pendengaran adalah : jenis halusinasi, isi halusinasi, waktu halusinasi, frekuensi halusinasi, situasi halusinasi, respon klien pada saat terjadinya halusinasi.

Penyebab halusinasi menurut Damaiyanti, M & Iskandar (2012. 56) yaitu : faktor predisposisi yang terdiri dari : faktor perkembangan, tugas perkembangan klien terganggu, misalnya rendahnya kontrol dan kehangatan

keluarga menyebabkan klien tidak mampu mandiri sejak kecil, mudah frustrasi, hilang percaya diri dan lebih rentan terhadap stres. Faktor sosiokultural : seseorang yang merasa tidak diterima lingkungannya sejak bayi akan merasa disingkirkan, kesepian dan tidak percaya pada lingkungannya, faktor biologis : mempunyai pengaruh terhadap terjadinya gangguan jiwa. Adanya stres yang berlebihan dialami seseorang maka didalam tubuh akan dihasilkan suatu zat yang dapat bersifat halusinogenik neurokimia. Akibat stres berkepanjangan menyebabkan teraktivasi neurotransmitter otak.

Menurut peneliti penyebab halusinasi pada ny. S.A. adalah : faktor perkembangan dan faktor sosiokultural dimana : keluarga pasien mengatakan pasien merupakan anak yang tidak diinginkan sejak kecil dan sejak kecil ia tidak pernah bertemu dengan ayah dan ibu kandungnya. Dari faktor biologis pasien : pasien mengalami stres yang berlebihan karena sudah bercerai dengan suaminya sejak 9 tahun yang lalu dan sejak saat itu tidak pernah bertemu dengan anak-anaknya yang diasuh oleh suaminya. Pada dimensi peran diri : ia merasa sebagai ibu yang gagal untuk mendidik dan membesarkan anak-anaknya.

Menurut Yosep, I (2011, 220) menjelaskan bahwa tipe halusinasi menurut Videbeck (2004, 310) yaitu jenis halusinasi dengar data subjektifnya adalah mendengar suara menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya, mendengar suara atau bunyi, mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap, mendengar seseorang yang sudah meninggal, mendengar suara yang mengancam diri klien atau orang lain/suara lain yang membahayakan, sedangkan data obyektifnya adalah mengarahkan telinga pada sumber suara, bicara atau tertawa sendiri, marah-marah tanpa sebab, menutup telinga, mulut komat kamit, ada gerakan tangan.

Pada kasus nyata pasien mendengar suara-suara seperti orang berisik, berteriak-teriak pada sore hari, suara-suara itu datang secara tiba-tiba sekitar 15 menit disaat ia sendiri, jika suara itu muncul ia tidur maka suara itu dengan sendirinya akan menghilang, kadang ia berkumpul dengan orang

lain maka dengan sendirinya suara itu menghilang. Ia merasa terganggu dan takut dengan adanya suara tersebut.

Berdasarkan data diatas maka peneliti menyimpulkan bahwa tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus nyata.

3.2.2 Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan keputusan klinis tentang respon seseorang, keluarga, atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual atau potensial, (Nanda standar diagnosa keperawatan internasional 2015). Diagnosa keperawatan merupakan dasar dalam penyusunan tindakan asuhan keperawatan. Diagnosa keperawatan ini dapat memberikan dasar pemilihan intervensi untuk menjadi tanggung gugat perawat.

Menurut Damaiyanti, Mm & Iskandar (2012. 62) ada tiga diagnosa yaitu, gangguan sensori persepsi : halusinasi sebagai core problem, isolasi sosial (causa), dan resiko perilaku kekerasan (diri sendiri, orang lain, lingkungan, dan verbal) sebagai effect. Masalah utama yang harus di atasi adalah gangguan persepsi sensori : halusinasi.

Pada kasus ny. S.a diagnosa keperawatan yang ditemukan adalah gangguan sensori persepsi : halusinasi pendengaran sebagai core problem, isolasi sosial sebagai causa dan resiko perlaku kekerasan sebagai effect. Dengan demikian tidak ada kesenjangan antara teori dan kasusnyata

3.2.3 Intervensi keperawatan

Perencanaan keperawatan merupakan langkah ketiga dalam proses keperawataan. Carpenito-Moyet (2007), menyatakan bahwa perencanaan keperawatan adalah metode pemberian perawatan langsung pada pasien, (Sutejo, 207).

Intervensi keperawatan yang disusun pada kasus nyata sesuai dengan teori yang di ambil dari Damaiyanti, M & Iskandar (2012, 62).

Tujuan umum : klien tidak mengalami gangguan sensori persepsi (halusinasi pendengaran) selama dalam perawatan. Tujuan khusus : yang pertama : klien dapat membina hubungan saling percaya, yang kedua : klien dapat mengenali halusinasinya, yang ketiga : klien dapat mengontrol halusinasinya, yang keempat : klien dapat dukungan dari keluarga dalam mengontrol halusinasi, kelima : klien dapat memanfaatkan obat dengan baik.

Dalam intervensi keperawatan terdapat strategi perencanaan yang di gunakan untuk memudahkan pencapaian tujuan umum dan tujuan khusus, strategi perencanaan untuk pasien yang terdiri dari : strategi perencanaan yang pertama : identifikasi jenis halusinasi, isi halusinasi, waktu terjadinya halusinasi, frekuensi halusinasi, situasi yang menimbulkan halusinasi, respon pasien terhadap halusinasi, latih pasien cara kontrol halusinasi dengan menghardik, strategi perencanaan yang kedua : validasi masalah dan latihan sebelumnya, latih pasien cara kontrol halusinasi dengan berbincang dengan orang lain dan bimbing pasien memasukan dalam jadwal kegiatan harian, strategi perencanaan yang ketiga : validasi masalah dan latihan sebelumnya, yang ketiga : latih pasien cara kontrol halusinasi dengan kegiatan (yang biasa dilakukan pasien), bimbing pasien memasukan dalam jadwal kegiatan harian, strategi perencanaan yang keempat : validasi masalah dan latihan sebelumnya, jelaskan cara kontrol halusinasi dengan teratur minum obat (prinsip 5 benar minum obat), bimbing pasien memasukan dalam jadwal kegiatan harian.

Strategi perencanaan untuk keluarga terdiri dari pertama : diskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien, jelaskan pengertian, tanda dan gejala halusinasi, dan jenis halusinasi yang dialami pasien beserta proses terjadinya, jelaskan cara-cara merawat pasien halusinasi, strategi perencanaan kedua : latih keluarga mempraktekan cara merawat pasien dengan halusinasi, latih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada pasien halusinasi, strategi perencanaan ketiga : bantu

keluarga membuat jadwal aktivitas dirumah termasuk minum obat (discharge planning), menjelaskan follow up pasien setelah pulang

Dengan demikian tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus nyata.

3.2.4 Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Tujuan dari tahap pelaksanaan proses keperawatan adalah melakukan, membantu atau mengarahkan kinerja aktivitas kehidupan sehari-hari, memberikan arahan keperawatan untuk mencapai tujuan yang berpusat pada klien, mencatat serta melakukan pertukaran informasi yang relevan dengan perawatan kesehatan yang berkelanjutan dari klien (sutejo, 2009).

Dalam teori implementasi keperawatan yang di ambil dari Damaiyanti, M & Iskandar (2012. 68), yang di susun dalam bentuk strategi pelaksanaan yang terdapat dua jenis strategi pelaksanaan yaitu 4 strategi pelaksanaan untuk pasien dan 3 strategi pelaksanaan untuk keluarga pasien.

Implementasi yang penulis terapkan pada kasus nyata adalah : strategi pelaksanaan pada pasien yaitu : membina hubungan saling percaya antara klien dan perawat, mengidentifikasi jenis halusinasi pasien, mengidentifikasi isi halusinasi pasien, mengidentifikasi waktu halusinasi pasien, mengidentifikasi frekuensi halusinasi pasien, mengidentifikasi situasi yang menimbulkan halusinasi, mengidentifikasi respon pasien terhadap halusinasi, melatih pasien cara kontrol halusinasi dengan menghardik dan membimbing pasien memasukan dalam jadwal kegiatan harian, melatih pasien cara kontrol halusinasi dengan berbincang dengan orang lain, melatih pasien cara kontrol halusinasi dengan kegiatan (yang biasa dilakukan pasien), menjelaskan cara kontrol halusinasi dengan teratur minum obat (prinsip 5 benar minum obat).

Penulis tidak menerapkan strategi pelaksanaan pada keluarga pasien karena keterbatasan waktu yang penulis alami. Maka penulis menyimpulkan bahwa pada kasus nyata Ny. S.A terdapat kesenjangan antara teori dan praktek nyata karena untuk mencapai kriteria hasil yang ditetapkan, maka harus mengimplementasikan semua intervensi yang penulis tetapkan.

3.2.5 Evaluasi keperawatan

Menurut Damaiyanti, M & Iskandar (2012. 62), evaluasi dilakukan setelah kegiatan implementasi yaitu mengevaluasi kembali kegiatan yang telah dilakukan oleh perawat kepada pasien.

Dalam kasus Ny. S. A evaluasi yang dilakukan berdasarkan SOAP dan tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktek karena evaluasi yang dilakukan berdasarkan tindakan keperawatan yang telah dilakukan pada pasien untuk mencapai kriteria hasil yang ditetapkan.

Evaluasi keperawatan dilakukan pada Ny. S. A. Yaitu : pasien mampu membina hubungan saling percaya dengan perawat yang ditandai dengan pasien mampu menjawab sapaan, pasien mampu menyebutkan nama lengkap, ada kontak mata dengan perawat, pasien mau berjabat tangan, ekspresi wajah bersahabat, menunjukkan rasa senang, mau duduk berdampingan dengan perawat. Pasien mampu mengenali masalah halusinasinya yang ditandai dengan mampu menyebutkan jenis, isi, waktu terjadinya halusinasi, frekuensi halusinasi, situasi yang menimbulkan ia mengalami halusinasi, respon terhadap halusinasi. Pasien mampu mempraktekan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, yang ditandai dengan pasien menutup telinga dengan dua tangan dan mengatakan pergi! Jangan sakiti saya, pergi! Jangan sakiti saya kamu suara palsu, saya tidak mau mendengar kamu lagi dan pasien melakukannya setiap sebelum tidur. Pasien mampu mengontrol halusinasinya dengan cara berbincang-bincang dengan orang lain yang ditandai dengan setiap pagi pasien mengajak teman-temannya untuk bercerita. Pasien mampu mengontrol halusinasinya dengan cara melakukan kegiatan yang biasa dilakukannya

yaitu memasak, membaca alqur'an, dan menonton tv. Pasien belum mampu mengontrol halusinasi dengan cara teratur minum obat karena pasien hanya mampu menyebutkan warna obat yang diminum, dan tidak mampu menyebutkan nama obat, manfaat, dosis, dan efek samping obat, dan prinsip 5 benar penggunaan obat.

3.3 Keterbatasan studi kasus

Dalam penulisan karya tulis ilmiah ini penulis banyak keterbatasan yang penulis alami yaitu : keterbatasan waktu karena penulis menyadari bahwa dalam pembuatan proposal studi kasus membutuhkan waktu dan persiapan yang baik sedangkan waktu yang di berikan sangat singkat untuk penulis, sehingga pencapaian tujuannya pun kurang maksimal. Selain itu pelaksanaan praktek yang penulis terapkan kurang efektif karena penulis mengalami kesulitan dalam melakukan pengkajian dan penerapan intervensi. Maka dari hasil yang di peroleh, penulis menyadari bahwa studi kasus ini jauh dari kesempurnaan karena persiapan yang kurang baik, dan pelaksanaan yang sangat singkat sehingga hasil yang di peroleh pun kurang begitu sempurna dan masih membutuhkan banyak pembenahan dalam penulisan hasil.

BAB 4

PENUTUP

4.1 Kesimpulan

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan pada Ny S.A : pasien mengatakan mendengar suara-suara seperti orang berisik, berteriak-teriak, pada sore hari sekitar jam 17.00-18.00, suara-suara itu datang secara tiba-tiba sekitar 15 menit, suara-suara itu muncul disaat pasien sendiri, jika suara itu muncul pasien langsung tidur maka suara itu dengan sendirinya akan menghilang, kadang pasien mencari sumber suara tersebut, kadang ia berkumpul dengan orang lain maka dengan sendirinya suara itu menghilang. Pasien merasa terganggu dengan adanya suara tersebut kadang suara-suara itu membuat ia merasa takut. Pasien tampak berbicara sendiri, menggerakkan bibir tanpa suara.

2. Diagnosa keperawatan

Dalam kasus Ny S. A core problem yang di temukan adalah gangguan sensori persepsi : halusinasi pendengaran, isolasi sosial sebagai causa dan resiko perilaku kekerasan (diri sendiri, orang lain, lingkungan, dan verbal) sebagai effect.

3. Intervensi keperawatan

Intervensi yang di ambil berdasarkan kasus Ny S. A. Adalah gangguan sensori persepsi : halusinasi pendengaran. Strategi pelaksanaannya ada 4 yang terdiri dari strategi pelaksanaan yang pertama membina hubungan saling percaya antara perawat dan pasien, pasien mampu mengenal halusinasi yang di alami, pasien mampu mengontrol halusinasi yang di alami dengan cara yang pertama yaitu menghardik halusinasi, strategi pelaksanaan yang kedua yaitu pasien mampu mengontrol halusinasi dengan cara yang ke dua yaitu berbincang-bincang dengan orang lain, strategi pelaksanaan yang ketiga adalah pasien mampu mengontrol

halusinasi dengan cara melakukan kegiatan yang bisa dilakukan oleh pasien strategi pelaksanaan yang keempat adalah pasien mampu mengontrol halusinasi dengan cara minum obat dengan teratur.

4. Implementasi keperawatan

Implementasi pada kasus ny. S. A. : membina hubungan saling percaya antara pasien dan perawat, mengidentifikasi jenis, waktu, isi, frekuensi, situasi pada saat halusinasi, melatih pasien cara mengontrol halusinasi yang di alami dengan cara menghardik halusinasi, berbincang-bincang dengan orang lain, melakukan kegiatan yang bisa dilakukan oleh pasien dan cara minum obat dengan teratur.

5. Evaluasi keperawatan

Dari hasil pelaksanaan keperawatan yang di terapkan pada ny. S. A pasien mampu membina hubungan saling percaya antara perawat dan pasien, pasien mampu mengenal halusinasinya, pasien mampu mempraktekan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, mampu mengontrol halusinasinya dengan cara berbincang-bincang dengan orang lain, melakukan kegiatan harian yang bisa pasien lakukan, pasien belum mampu mengontrol halusinasinya dengan cara teratur minum obat.

4.2 Saran

Dalam hal ini penulis memberikan beberapa saran setelah secara langsung mengamati lebih dekat didalam perkembangan status kesehatan pada pasien gangguan persepsi sensori : halusinasi (pendengaran), maka penulis mengharapkan :

1. Bagi pihak institusi pendidikan

Diharapkan pihak institusi dapat memberikan tambahan waktu untuk penerapan studi kasus karena waktu yang di berikan sangat singkat.

2. Bagi perawat

Hasil karya tulis ilmiah ini di harapkan dapat menjadi pedoman untuk penerapan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran

3. Bagi pasien

Semoga dengan penulisan karya tulis ilmiah ini pasien dapat mengerti dengan penyakit yang pasien alami dan dapat menerapkan intervensi yang telah di berikan untuk mencapai kesembuhan yang pasien harapkan.

DAFTAR PUSTAKA

- Akbar, M. 2008. *Hubungan dukungan keluarga terhadap tingkat kekambuhan penderita skizofrenia di RS Grahasia Yogyakarta. Karya tulis ilmiah : Universitas Islam Indonesia*
- Azizah, Lilik, M, 2011. *Keperawatan jiwa aplikasi praktik klinik*. Yogyakarta : Graham Ilmu.
- Dalami, Ermawati. 2010. *Konsep dasar keperawatan jiwa*. Jakarta : Trans Info Media
- Damaiyanti, M. & Iskandar. 2012. *Asuhan keperawatan jiwa*. Retika aditama : Bandung
- Dermawan dan Rusdi, 2013. *Keperawatan jiwa : konsep dan kerangka kerja Asuhan keperawatan jiwa*, Yogyakarta : gosyen publishing
- Keliet Budi An dkk, 2009. *Model praktik keperawatan profesional*.
- Yosep I, 2011. *Keperawatan jiwa*. Retika aditama : Bandung
- www.depkes.go.id/article/.../peran-keluarga-dukung-kesehatan-jiwa-masyarakat)
- Eprints.ums.ac.id/30909/3/4_bab_i.pdf.

Lampiran 1



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG**
Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba - Kupang, Telp.: (0380) 8800256;
Fax (0380) 8800256; Email: poltekkeskupang@yahoo.com



PENGKAJIAN KEPERAWATAN JIWA

Ruang rawat : Ruang Rawat Inap RSJ Naimata Kupang
Tanggal dirawat : 13 Mei 2019
Tanggal Pengkajian : 27 Mei 2019

I. IDENTITAS KLIEN

Nama Initial	: Ny. S. A.	No. RM	: 00xxxx
Umur	: 48 tahun	Status	: Cerai
Jenis Kelamin	: Perempuan	Pendidikan	: S 1 Peternakan
Pekerjaan	: Ibu Rumah Tangga		

II. ALASAN MASUK

a. Keluhan Utama Saat MRS :

Keluarga membawa pasien ke Rumah Sakit Jiwa Naimata karena pasien tiba-tiba menangis dengan sendirinya tanpa sebab, banyak bicara, dan berbicara sendiri-sendiri sejak 7 hari yang lalu

b. Keluhan Utama Saat Pengkajian:

Pasien mengatakan mendengar suara-suara seperti orang berisik, berteriak-teriak, pada sore hari sekitar jam 17.00-18.00, suara-suara itu datang secara tiba-tiba sekitar 15 menit, suara-suara itu muncul disaat pasien sendiri, jika suara itu muncul pasien langsung tidur maka suara itu dengan sendirinya akan menghilang, kadang pasien mencari sumber suara

tersebut, kadang ia berkumpul dengan orang lain maka dengan sendirinya suara itu menghilang. Pasien merasa terganggu dengan adanya suara tersebut kadang suara-suara itu membuat ia merasa takut.

c. Riwayat Penyakit :

Keluarga pasien mengatakan pasien pernah mengalami sakit yang sama pada tahun 1996 dan tahun 2009, pasien sakit di sulawesi tetapi tidak berobat dengan teratur karena hanya berobat jalan. Bahkan pasien tidak pernah mengkonsumsi obatnya lagi. Pada 9 hari sebelum pasien di bawa kerumah sakit naimata pasien sering mengurung diri di kamar, lalu pasien marah-marah, berbicara ngawur dan tidak terkontrol.

FAKTOR PREDISPOSISI

1. Pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu ?

- Ya**
- Tidak

Keluarga pasien mengatakan pasien pernah mengalami sakit yang sama pada tahun 1996 dan tahun 2009, pasien sakit di sulawesi tetapi tidak berobat dengan teratur karena hanya berobat jalan

2. Pengobatan sebelumnya

- Berhasil
- Kurang berhasil**
- Tidak berhasil

Pasien tidak teratur minum obat yang di berikan

3. Trauma	usia	pelaku	korban	saksi
<input type="checkbox"/> Aniaya fisik	-	-	-	-
<input type="checkbox"/> Aniaya seksual	-	-	-	-
<input type="checkbox"/> Penolakan	-	-	-	-
<input type="checkbox"/> Kekerasan dalam keluarga	-	-	-	-
<input type="checkbox"/> Tindakan kriminal	-	-	-	-

Jelaskan : Pasien mengatakan trauma yang pernah ia rasakan adalah pasien bercerai dengan suaminya sejak 9 tahun yang lalu. Sejak saat itu pasien mulai stres karena tidak pernah bertemu lagi dengan anak-anaknya yang di asuh oleh suaminya.

Keluarga pasien juga mengatakan pasien merupakan anak yang tidak diinginkan sejak kecil. Sehingga ia tidak pernah merasakan pola asuh yang baik dari kedua orang tuanya, pasien di asuh oleh ibu dari bapaknya dan sejak kecil ia tidak pernah bertemu dengan ayah dan ibu kandungnya, ia tinggal di Sulawesi dengan neneknya, pada tahun 2010 setelah ia bercerai dengan suaminya baru ia datang ke Kupang untuk tinggal bersama ayahnya dan ibunya.

4. Anggota keluarga yang gangguan jiwa ?

- Ada
- Tidak**

Kalau ada : -

Hubungan keluarga : -

Gejala : -

Riwayat pengobatan : -

5. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan : Pasien mengatakan jika ia menggoreng ikan yang terlalu garing maka akan dimarahi oleh ibunya karena ibunya suka makan ikan yang tidak terlalu garing sedangkan pasien suka makan ikan yang terlalu garing.

Pasien juga mengatakan ia sudah kehilangan ibu dan adik bungsungnya yang sudah meninggal pada tahun 2015.

I. PEMERIKSAAN FISIK

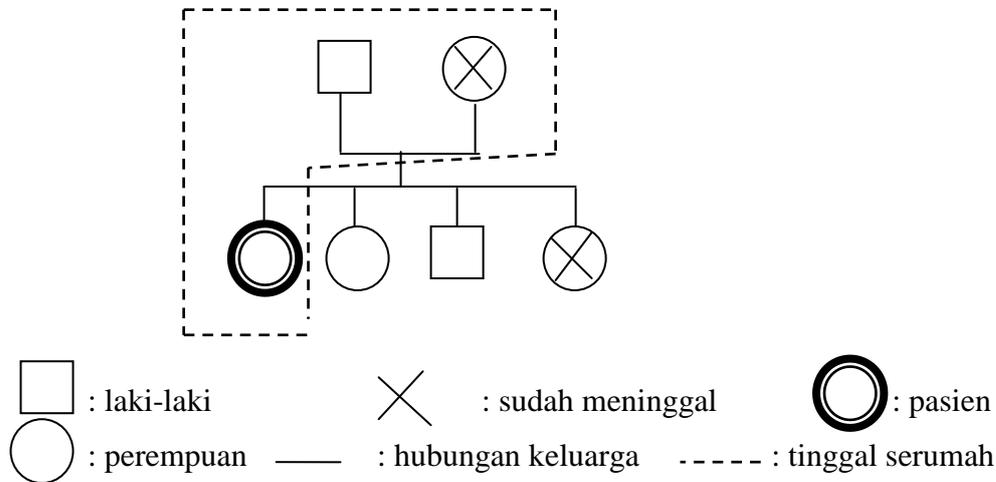
1. TTV : TD : 80/60 MmHg N : 98 X/mnt S : 36,5°C P : 20 X/mnt

2. Ukur : BB : 49 kg, TB : 151 cm

3. Keluhan fisik : sakit pada tangan bagian kanan

II. PSIKOSOSIAL

1. Genogram :



Jelaskan : pasien mengatakan sekarang ia tinggal dengan ayah kandungnya di oebufu, ibu dan adik bungsunya sudah meninggal dunia dan adik-adiknya yang lain sudah tidak tinggal bersama dengan mereka lagi.

2. Konsep diri

- a. Citra tubuh : pasien mengatakan paling menyukai rambutnya karena halus dan harus di keramas terus
- b. Identitas : pasien mengatakan sudah bercerai dengan suaminya sejak 9 tahun yang lalu
- c. Peran : pasien mengatakan ia pernah bergabung bersama ibu-ibu pengajian di sekitar rumahnya tetapi semenjak ibunya meninggal ia tidak mengikuti pengajian lagi. Ia juga dulunya bekerja bersama bibinya menjaga kios milik bibinya tetapi semenjak pamannya meninggal ia tidak bekerja lagi.
- d. Ideal diri : pasien ingin cepat sembuh, karena ia ingin menemui anak-anaknya yang sekarang tinggal bersama suaminya di sulawesi. Pasien juga berharap semua yang sedang berobat disini saling memotifasi agar cepat sembuh.

- e. Harga diri : pasien mengatakan hubungan dirinya dengan orang lain baik-baik saja
3. Hubungan sosial
 - a. Orang yang berarti : ibunya
 - b. Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat : pasien mengatakan aktivitas kelompok yang biasa ia ikuti adalah jika ibunya masih hidup ia selalu mengikuti acara pengajian di rumah bersama tetangga-tetangga terdekatnya, tetapi sekarang ibunya sudah meninggal dan ia jarang atau bahkan tidak mengikuti pengajian lagi.
 - c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain : pasien mengatakan tidak ada hambatan jika bersosialisasi dengan orang lain
 4. Spiritual
 - a. Nilai dan keyakinan : pasien beragama islam
 - b. Kegiatan ibadah : pasien mengatakan pasien biasanya solat 5 waktu tetapi sekarang tidak lagi karena pasien sedang sakit

III. STATUS MENTAL

1. Penampilan
 - Tidak rapi
 - Penggunaan pakaian tidak sesuai
 - Cara berpakaian tidak seperti biasanya

Jelaskan : pasien terlihat rambutnya di sisir dengan rapi dan di ikat, penggunaan pakaiannya sesuai, baju dan celana terlihat bersih, pasien menggunakan alas kaki.
2. Pembicaraan
 - Cepat
 - Keras
 - Gagap
 - Inkoherensi
 - Lambat
 - Membisu
 - Tidak mampu memulai pembicaraan

Jelaskan : pembicaraan pasien sesuai, pada saat di kaji pasien berbicara sesuai dengan topik pembicaraan dan kalimatnya saling berkaitan antara satu dengan yang lain

3. Aktivitas Motorik

- Lesu
- Tegang
- Gelisah**
- Agitasi
- Tik
- Grimasem
- Tremor
- Kompulsif

Jelaskan : Pasien terlihat cemas dan gelisah seperti meramas-ramas jari-jari tangannya

4. Alam perasaan

- Sedih
- Ketakutan
- Putus asa
- Kuatir**
- Gembira berlebihan

Jelaskan : pasien mengatakan merasa cemas karena sakit yang ia derita dan khawatir jika sakitnya sewaktu-waktu kembali kambuh.

5. Afek

- Datar
- Tumpul
- Labil
- Tidak sesuai

Jelaskan : afek pasien mengikuti situasi yang ada, pada saat lucu pasien ikut tertawa, jika sudah terlalu lama bercerita pasien merasa bosan dan kembali ke kamarnya untuk berbaring.

6. Interaksi selama wawancara

- Bermusuhan
- Tidak kooperatif
- Mudah tersinggung
- Kontak mata kurang
- Defensive
- Curiga

Jelaskan : pasien tampak kooperatif pada saat melakukan wawancara dengan pasien dan pada saat bergabung dengan pasien yang lain pun ia ikut bercerita.

7. Persepsi

Halusinasi :

- Pendengaran**
- Penglihatan
- Perabaan
- Pengecapan
- Penghidu

Jelaskan : Pasien mengatakan mendengar suara-suara seperti orang berisik, berteriak-teriak, pada sore hari sekitar jam 17.00-18.00, suara-suara itu datang secara tiba-tiba sekitar 15 menit, suara-suara itu muncul disaat pasien sendiri, jika suara itu muncul pasien langsung tidur maka suara itu dengan sendirinya akan menghilang, kadang pasien mencari sumber suara tersebut, kadang ia berkumpul dengan orang lain maka dengan sendirinya suara itu menghilang. Pasien merasa terganggu dengan adanya suara tersebut kadang suara-suara itu membuat ia merasa takut.

Pasien tampak berbicara sendiri, menggerakkan bibir tanpa suara.

8. Isi pikir

- Obsesi
- Phobia
- Hipokondria
- Depersonalisasi

- Ide yang terkait
- Pikiran magis

Jelaskan : isi pikir pasien sesuai dengan topik pembicaraan, tidak berbelit-belit, jika pada saat di tanya pasien langsung menjawab.

9. Arus pikir

- Sirkumstansial
- Tangensial
- Kehilangan asosiasi
- Flight of idea
- Blocking
- Pengulangan pembicaraan/perseverasi

Jelaskan : pikiran pasien bisa di arahkan sesuai dengan topik pembicaraan yang di bicarakan dengan perawat

10. Tingkat Kesadaran

- Bingung
- Sedasi
- Stupor
- Disorientasi waktu
- Disorientasi orang
- Disorientasi tempat

Jelaskan : pasien sadar bahwa ia sekarang berada di RSJ Naimata, sekarang jam 10 pagi dan sedang berbicara dengan perawat.

11. Memori

- Gangguan daya ingat jangka panjang
- Gangguan daya ingat jangka pendek
- Gangguan daya ingat saat ini
- Konfabulasi

Jelaskan : pasien tidak mengalami gangguan daya ingat karena ia bisa mengingat jadwal kegiatan hariannya. Pasien mengatakan bangun pagi jam 05.00 pasien sudah bangun, langsung merapikan tempat tidur, lalu mandi, setelah mandi langsung makan, setelah makan ia duduk bercerita dengan

pasien-pasien yang lain di depan ruangan, jam 10 makan bubur kacang hijau, setelah itu pasien istirahat, makan siang jam 12 lalu istirahat lagi dan sore haringa mandi, lalu tidur.

12. Tingkat konsentrasi dan berhitung

- Mudah beralih
- Tidak mampu berkonsentrasi
- Tidak mampu berhitung sederhana

Jelaskan : pasien mampu berhitung sederhana, ia bisa menghitung jumlah tempat tidur yang ada di dalam ruangan tersebut. Pasien mengatakan jumlah tempat tidur yang ada di dalam ruangan ini ada sembilan.

13. Kemampuan penilaian

- Gangguan ringan
- Gangguan bermakna

Jelaskan : pasien mengatakan ia harus makan dulu baru mandi karena pada saat ia mandi ia langung menggosok gigi.

14. Daya tilik diri

- Mengingkari penyakit yang diderita**
- Menyalahkan hal-hal diluar dirinya

Jelaskan : pasien tidak mau mengatakan kalau ia mengalami gangguan jiwa, pada saat di tanya pasien hanya mengatakan kalau ia datang ke rumah sakit ini hanya untuk berobat.

IV. KEBUTUHAN PERENCANAAN PULANG

1. Kemampuan klien memenuhi kebutuhan

	Ya	Tidak
• Makanan	√	
• Keamanan		√
• Perawatan kesehatan		√
• Pakaian	√	
• Transportasi		√
• Tempat tinggal	√	
• Uang	√	

Jelaskan : pasien mengatakan ia untuk memenuhi kebutuhan ia bisa memasak, ia bisa mencuci pakaiannya sendiri, ia tinggal dirumah ayahnya karena sekarang ayahnya tinggal sendiri dan ia bisa bekerja sebagai nelayan untuk mendapatkan uang.

2. Kegiatan hidup sehari-hari

a. Perawatan diri	BT	BM
• Mandi		√
• Kebersihan		√
• Makan		√
• BAB / BAK		√
• Ganti pakaian		√

Jelaskan : pasien mengatakan mampu melakukan kegiatan sehari-harinya dengan mandiri

b. Nutrisi

Apakah anda puas dengan pola makan anda ?

- **Ya**
- Tidak

Apakah anda memisahkan diri ?

- Ya, jelaskan :
- **Tidak**

Frekuensi makan sehari: 3 X

Frekuensi kudapan sehari : 2 X

Nafsu makan :

- **Meningkat**
- Menurun
- Berlebihan
- Sedikit – sedikit

Berat Badan :

- **Meningkat**
- Menurun

BB terendah : 44-45 kg, BB tertinggi : 49 kg

Jelaskan : pasien mengatakan berat badannya sudah meningkat biasanya hanya 44-45 kg tapi sekarang sudah 49 kg.

c. Tidur

Apakah ada masalah tidur ? **Ya** **Tidak**

Apakah merasa segar setelah bangun tidur ? **Ya** Tidak

Apakah ada kebiasaan tidur siang ? **Ya** Tidak

Lama tidur siang : 2 jam

Apa yang menolong tidur ?

Tidur malam jam : 21.00 , bangun jam 05.00

Apakah ada gangguan tidur ?

- Sulit untuk tidur
- Bangun terlalu pagi
- somnambulisme
- terbangun saat tidur
- gelisah saat tidur
- Berbicara saat tidur

Jelaskan : pasien mengatakan tidak ada gangguan selama tidur, pasien bisa tidur dengan nyenyak.

3. Kemampuan klien dalam mengantisipasi kebutuhan sendiri

- **Ya**
- Tidak

Membuat keputusan berdasarkan keinginan sendiri

- **Ya**
- Tidak

Mengatur penggunaan obat

- **Ya**
- Tidak

Melakukan pemeriksaan kesehatan

- Ya
- **Tidak**

4. Klien memiliki sistem pendukung

Keluarga : Ya : √ Tidak :
 Terapis : Ya : Tidak : √
 Teman sejawat : Ya : √ Tidak :
 Kelompok sosial : Ya: Tidak : √

Jelaskan : pasien mengatakan ayahnya selalu datang mengunjunginya, dan di sini banyak teman-temannya supaya mereka saling suport satu dengan yang lain.

5. Apakah klien menikmati saat bekerja, kegiatan produktif atau hobi ?

- **Ya**
- Tidak

Jelaskan : pasien mengatakan ia hobi memasak dan ia sangat menyukai hobinya.

V. ASPEK MEDIS

Diagnosa Medis : Skizofrenia Paranoid.

Terapi :

Nama Obat	Indikasi Obat	Kontraindikasi Obat
Haloperidol 2 x 2,5 mg	1. Meredakan gejala skizofrenia 2. Mengobati skizofrenia 3. Mengobati gerakan dan ucapan spontan yang tidak terkontrol pada penderita penderita sindrom tourette 4. Mengatasi perilaku kekerasan tidak terkontrol	1. Memiliki hipersensitif atau alergi terhadap kandungan obat ini 2. Penderita penyakit parkinson 3. Pasien depresi berat SSP 4. Penderita supresi sumsum tulang

	pada anak-anak hiperaktif 5. Mengatasi tindakan agitasi).	jantung 6. Penderita gangguan fungsi hati kronis 7. Pasien koma 8. Pasien lansia yang memiliki penyakit demensia.
Trihexyphenidyl 2 x 2 mg	sebagai terapi penunjang pada penyakit post encephalitic, sindrom parkinson akibat obat susunan syaraf pusat.	Tidak boleh digunakan pada pasien-pasien dengan glukoma, penyakit gastrointestinal obstruktif, atau penyakit saluran kemih dan pasien lanjut usia dengan kemungkinan hipertropi prostatik, dan pasien yang hipersensitif terhadap komponen obat ini.
Chapronatine 2x50 mg	Mengendalikan mania terapi skizofrenia, mengendalikan mual dan muntah, menghilangkan kegelisaan dan ketakutan sebelum operasi, porforia intermiten akut.	Pada pasien hipersensitif, pada pasien yang terdapat diskrasia darah, pada penyakit parkinson, pada pasien insufisiensi ginjal, hati, atau jantung).

Kupang , 27 mei 2019
Mahasiswa,



Inesia Mariani Sasi
NIM : PO530320116254

1. Analisa Data

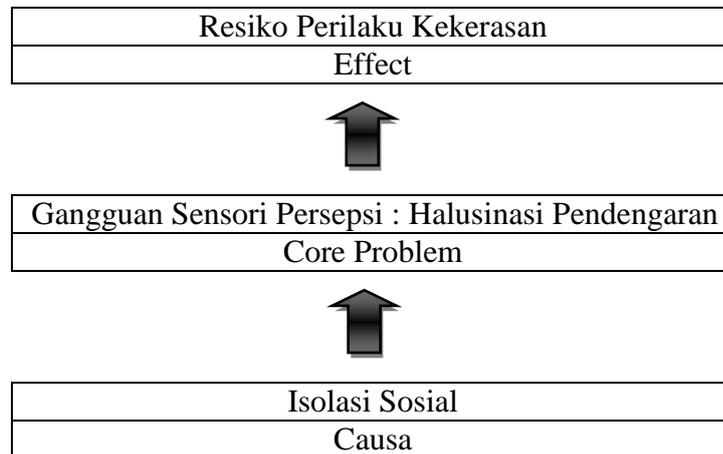
No.	Data Subyektif	Data Obyektif	Masalah
1.	<p>Pasien mengatakan mendengar suara-suara seperti orang berisik, berteriak-teriak, pada sore hari sekitar jam 17.00-18.00, suara-suara itu datang secara tiba-tiba sekitar 15 menit, suara-suara itu muncul disaat pasien sendiri, jika suara itu muncul pasien langsung tidur maka suara itu dengan sendirinya akan menghilang, kadang pasien mencari sumber suara tersebut, kadang ia berkumpul dengan orang lain maka dengan sendirinya suara itu menghilang.</p>	<p>Pasien tampak berbicara sendiri, menggerakkan bibir tanpa suara</p>	<p>Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Pendengaran</p>
2.	<p>Keluarga pasien mengatakan sebelum pasien di bawah ke rumah sakit pasien sering mengurung diri sendiri di kamar, tidak mau berbicara dengan orang lain. Pada pengkajian peran : pasien mengatakan ia pernah bergabung bersama ibu-ibu pengajian di sekitar rumahnya tetapi semenjak ibunya meninggal ia tidak mengikuti pengajian lagi. Ia juga</p>	<p>Kadang-kadang pasien tampak berbaring sendiri di atas tempat tidur dan mengelamun.</p>	<p>Isolasi soaial</p>

	dulunya bekerja bersama bibinya menjaga kios milik bibinya tetapi semenjak pamannya meninggal ia tidak bekerja lagi.		
3.	Keluarga pasien mengatakan pasien juga sering marah-marah dan membentak jika ada orang yang mendekatinya.	Gelisah, kadang berbicara dengan nada suara yang keras dan kasar. Dari data yang didapat dari status pasien, ia juga pernah di rawat di ruang isolasi selama 4 hari karena pasien mengamuk-amamuk di ruang perawatan, dan berteriak-teriak dengan suara yang keras.	Resiko perilaku kekerasan

a. Rumusan Masalah

- 1) Resiko Perilaku Kekerasan
- 2) Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi Pendengaran
- 3) Isolasi Sosial

b. Pohon Masalah



c. Diagnosa Keperawatan

- 1) Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Pendengaran
- 2) Isolasi Sosial
- 3) Resiko perilaku kekerasan

2. Intervensi keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		Intervensi	Rasional
		Tujuan	Kriteria Hasil		
	Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Pendengaran	<p>TUM: Klien tidak mengalami gangguan sensori persepsi : halusinasi pendengaran selama dalam perawatan.</p> <p>TUK :</p> <p>1. Klien dapat membina hubungan saling percaya</p>	<p>Ekspresi wajah bersahabat, menunjukkan rasa senang, ada kontak mata, mau berjabat tangan, mau menyebutkan nama, mau menjawab salam, klien mau duduk berdampingan dengan perawat, mau mengutarakan masalah yang di hadapi.</p>	<p>1. Bina hubungan saling percaya dengan mengungkapkan prinsip komunikasi terapeutik :</p> <p>a. Sapa klien dengan ramah, baik verbal maupun non verbal</p> <p>b. Perkenalkan diri dengan sopan</p> <p>c. Tanyakan nama lengkap klien & nama panggilan yang disukai klien</p> <p>d. Jelaskan tujuan pertemuan</p> <p>e. Jujur dan menepati janji</p> <p>f. Tunjukkan sikap empati dan menerima klien apa adanya</p> <p>g. Beri perhatian pada klien dan perhatian kebutuhan dasar pasien</p>	<p>Hubungan saling percaya merupakan dasar untuk kelancaran hubungan interaksi selanjutnya</p>
		<p>2. Klien dapat mengenali halusinasinya</p>	<p>Klien dapat menyebutkan jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi dan respon pada saat timbulnya halusinasi</p>	<p>1. Adakan kontak sering dan singkat secara bertahap</p> <p>2. Observasi tingkah laku klien terkait dengan halusinasinya, bicara dan tertawa tanpa stimulus, memandang kekiri/kekanan atau kedepan seolah-olah ada teman bicara</p> <p>3. Bantu klien mengenali halusinasinya</p>	<p>Kontak sering tapi singkat selain membina hubungan saling percaya, juga dapat memutuskan halusinasi</p> <p>Dengan mengetahui</p>

				<ul style="list-style-type: none"> a. Jika menemukan sedang halusinasi, tanyakan apakah ada suara yang didengar b. Jika klien menjawab ada, lanjutkan : apa yang dikatakan c. Katakan bahwa perawat percaya klien mendengar suara itu, namun perawat sendiri tidak mendengarnya (dengan nada bersahabat tanpa menuduh/menghakimi) d. Katakan pada klien bahwa ada klien juga yang seperti klien <p>4. Diskusikan dengan klien :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Situasi yang menimbulkan/tidak menimbulkan halusinasi b. Waktu dan frekuensi terjadinya halusinasi (pagi, siang, sore & malam atau jika sendiri, jengkel atau sedih) <p>5. Diskusikan dengan klien apa yang dirasakan jika terjadi halusinasi (marah/takut, sedih, senang) beri kesempatan mengungkapkan perasaannya</p>	<p>jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi dan respon pada saat timbulnya halusinasi mempermudah tindakan keperawatan klien yang akan dilakukan perawat</p> <p>Untuk mengidentifikasi pengaruh halusinasi klien</p>
--	--	--	--	--	---

		3. Klien dapat mengontrol halusinasinya	Klien dapat menyebutkan tindakan yang biasa dilakukan untuk mengendalikan halusinasinya.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi bersama klien cara/tindakan yang dilakukan jika terjadi halusinasi (tidur, marah, menyibukkan diri) 2. Diskusikan manfaat cara yang dilakukan klien, jika bermanfaat beri pujian 3. Diskusikan cara baru untuk memutuskan atau mengontrol halusinasi : <ol style="list-style-type: none"> a. Katakan “saya tidak mau dengar kamu” (pada saat halusinasi) b. Menemui orang lain (perawat/teman atau anggota keluarga) untuk bercakap-cakap atau mengatakan halusinasi yang terdengar c. Membuat jadwal kegiatan sehari-hari agar halusinasi tidak muncul d. Minta keluarga atau teman atau perawat jika nampak bicara sendiri 4. Bantu klien memilih dan melatih cara memutuskan halusinasi secara bertahap 	Upaya untuk memutuskan siklus halusinasi sehingga halusinasi tidak berlanjut. Reinforcemen positif akan meningkatkan harga diri klien
--	--	---	--	---	--

		<p>4. Klien dapat dukungan dari keluarga dalam mengontrol halusinasi</p>	<p>1. Keluarga Klien dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat</p> <p>2. Keluarga dapat menyebutkan pengertian, tanda dan kegiatan untuk mengendalikan halusinasi</p>	<p>1. Anjurkan klien untuk memberitahu keluarga jika mengalami halusinasi</p> <p>2. Diskusikan dengan keluarga (pada saat berkunjung atau pada saat kunjungan rumah) :</p> <p>a. Gejala halusinasi yang dialami klien</p> <p>b. Cara yang dapat dilakukan klien dan keluarga untuk memutus halusinasi</p> <p>c. Cara merawat anggota keluarga untuk memutus halusinasi dirumah beri kegiatan, jangan biarkan sendiri, makan bersama, berpergian bersama.</p> <p>d. Beri informasi waktu follow up atau kapan perlu mendapat bantuan : halusinasi terkontrol dan resiko mencederai orang lain</p>	<p>Untuk mendapatkan bantuan keluarga mengontrol halusinasi dan untuk mengetahui pengetahuan keluarga dan meningkatkan pengetahuan tentang halusinasinya</p> <p>Untuk mengetahui pengetahuan keluarga dan meningkatkan kemampuan pengetahuan tentang halusinasi</p>
--	--	--	--	--	---

		5. Klien dapat memanfaatkan obat dengan baik	Klien dan keluarga dapat menyebutkan manfaat, dosis dan efek samping obat.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan dengan klien dan keluarga tentang dosis, frekuensi manfaat obat 2. Anjurkan klien minta sendiri obat pada perawat dan merasakan manfaatnya 3. Anjurkan klien bicara dengan dokter tentang manfaat dan efek samping obat yang dirasakan 4. Diskusikan akibat berhenti minum obat tanpa konsultasi. 5. Bantu klien menggunakan obat dengan prinsip 5 benar 	<p>Dengan mengetahui efek samping obat klien akan tahu apa yang harus dilakukan setelah minum obat.</p> <p>Program pengobatan dapat berjalan sesuai rencana.</p>
--	--	--	--	--	--

3. Implementasi Keperawatan Dan Evaluasi Keperawatan

Tindakan Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
<p>Hari/tanggal : Senin, 27 mei 2019 jam : 07.00</p> <p>Tindakan keperawatan :</p> <p>Membina hubungan saling percaya antara klien dan perawat dengan mengungkapkan prinsip komunikasi terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyapa klien dengan ramah, baik verbal maupun non verbal 2. Memperkenalkan diri dengan sopan 3. Menanyakan nama lengkap klien & nama panggilan yang disukai klien 4. Menjelaskan tujuan pertemuan 5. Menunjukkan sikap empati dan menerima klien apa adanya <p>SP 1 pasien:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Mengidentifikasi jenis halusinasi pasien 2) Mengidentifikasi isi halusinasi pasien 3) Mengidentifikasi waktu halusinasi pasien 4) Mengidentifikasi frekuensi halusinasi pasien 5) Mengidentifikasi situasi yang menimbulkan halusinasi 6) Mengidentifikasi respon pasien terhadap halusinasi 7) Melatih pasien cara kontrol halusinasi dengan menghardik 8) Membimbing pasien memasukan dalam 	<p>Hari/tanggal : Senin, 27 mei 2019 jam : 11.30</p> <p>S : Pasien mengatakan selamat pagi juga nama lengkap saya S. A, suka di panggil A, umur 48 tahun, pekerjaan ibu rumah tangga, sudah cerai dengan suami, pendidikan terakhir sarjana peternakan.</p> <p>Pasien mengatakan sudah tidak mendengar suara-suara itu lagi terakhir kali mendengar suara-suara itu pada dua hari yang lalu (sabtu, tanggal 25 mei 2019) pada sore hari sekitar jam 18.00, pasien mendengar suara-suara seperti orang berisik, berteriak-teriak, suara-suara itu datang secara tiba-tiba sekitar 15 menit, suara itu datang sebanyak 2 kali saja, suara-suara itu muncul disaat pasien sendiri, pada saat suara itu muncul pasien langsung tidur maka suara itu dengan sendirinya menghilang. Pasien mengatakan Jika suara itu muncul pasien akan mengatakan pergi! Jangan sakiti saya, pergi! Jangan sakiti saya kamu suara palsu, saya tidak mau mendengar kamu lagi, pasien</p>

<p>jadwal kegiatan harian</p> <p>Rencana Tindak lanjut :</p> <p>SP 2 pasien :</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Memvalidasi masalah dan latihan sebelumnya 5. Melatih pasien cara kontrol halusinasi dengan berbincang dengan orang lain 6. Membimbing pasien memasukan dalam jadwal kegiatan harian 	<p>mengatakan akan melakukan cara tersebut di saat suara itu datang.</p> <p>O : Pasien mampu menjawab sapaan, pasien mampu menyebutkan nama lengkap, ada kontak mata dengan perawat, pasien mau berjabat tangan, Ekspresi wajah bersahabat, menunjukkan rasa senang, mau duduk berdampingan dengan perawat, mau menceritakan masalah yang di alami oleh pasien, pasien mau mengikuti perintah yang perawat arahkan, pasien langsung mempraktekan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, menutup telinga dengan dua tangan saat mempraktekan.</p> <p>A : BHSP berhasil dan SP 1 teratasi</p> <p>P : lanjutkan melakukan sp 2</p>
<p>Hari/tanggal : Selasa, 28 mei 2019</p> <p>Jam 11.00</p> <p>Tindakan keperawatan :</p> <p>SP 2 pasien:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memvalidasi masalah dan latihan sebelumnya 2. Melatih pasien cara kontrol halusinasi dengan berbincang dengan orang lain 3. Membimbing pasien memasukan dalam jadwal kegiatan harian 	<p>Hari/tanggal : Selasa, 28 mei 2019 Jam 11.30</p> <p>S : Pasien mengatakan sekarang tidak mendengar suara lagi. Pasien mengatakan oia cara yang kemarin ibu ajarkan jika suara itu muncul, pergi! Jangan sakiti saya, pergi! Jangan sakiti saya kamu suara palsu, saya tidak mau mendengar kamu lagi. Cara yang berikutnya adalah jika suara itu muncul saya harus mengajak teman-teman untuk</p>

<p>Rencana Tindak lanjut :</p> <p>SP 3 pasien:</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Memvalidasi masalah dan latihan sebelumnya 5. Melatih pasien cara kontrol halusinasi dengan kegiatan (yang biasa dilakukan pasien) 6. Membimbing pasien memasukan dalam jadwal kegiatan harian 	<p>bercerita, saya tidak boleh duduk sendiri.</p> <p>O : pasien mau mengikuti perintah yang perawat arahkan, pasien langsung mempraktekan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, menutup telinga dengan dua tangan saat mempraktekan, ada kontak mata, pasien bercerita dengan pasien-pasien yang lain.</p> <p>A : SP 2 berhasil</p> <p>P : lanjutkan SP 3</p>
<p>Hari/tanggal : Rabu, 29 mei 2019 jam : 10.00</p> <p>Tindakan keperawatan :</p> <p>SP 3 pasien:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memvalidasi masalah dan latihan sebelumnya 2. Melatih pasien cara kontrol halusinasi dengan kegiatan (yang biasa dilakukan pasien) 3. Membimbing pasien memasukan dalam jadwal kegiatan harian <p>Rencana Tindak lanjut :</p> <p>SP 4 pasien:</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Memvalidasi masalah dan latihan sebelumnya 5. Menjelaskan cara kontrol halusinasi dengan teratur minum obat (prinsip 5 benar minum obat) 6. Membimbing pasien memasukan dalam 	<p>Hari/tanggal : Rabu, 29 mei 2019 jam : 10.30</p> <p>S : pasien mengatakan saya datang kesini untuk berobat, saya tidak mendengar suara-suara lagi.</p> <p>Jika suara itu datang saya harus mengatakan pergi! Saya tidak mau mendengar kamu! Kamu suara palsu! Dan juga saya harus tidak boleh duduk sendiri saya harus mengajak orang lain untuk bercerita dengan saya, saya biasa di rumah memasak, saya juga bisanya sholat, membaca alquraan, menonton tv.</p> <p>O : pasien mempraktekan ulang cara menghardik halusinasi, pasien selalu duduk bersama dengan yang lain pasien tidak duduk sendirian kadang, pasien menonton tv.</p>

jadwal kegiatan harian	<p>A : SP 3 teratasi.</p> <p>P : Lanjutkan SP 4</p>
<p>Hari/tanggal : kamis, 30 mei 2019 jam : 10.00</p> <p>Tindakan keperawatan :</p> <p>SP 4 pasien:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memvalidasi masalah dan latihan sebelumnya 2. Menjelaskan cara kontrol halusinasi dengan teratur minum obat (prinsip 5 benar minum obat) 3. Membimbing pasien memasukan dalam jadwal kegiatan harian <p>Rencana Tindak lanjut :</p> <p>Melanjutkan SP 4 pasien :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memvalidasi masalah dan latihan sebelumnya 2. Menjelaskan cara kontrol halusinasi dengan teratur minum obat (prinsip 5 benar minum obat) 3. Membimbing pasien memasukan dalam jadwal kegiatan harian 	<p>Hari/tanggal : kamis, 30 mei 2019 jam : 10.30</p> <p>S : pasien mengatakan saya datang kesini untuk berobat, saya tidak mendengar suara-suara lagi, obat saya berwarna, merah muda, putih dan orange, saya minum sesudah makan pagi dan sesudah makan malam.</p> <p>O : pasien mampu menjawab pertanyaan perawat, klien tidak dapat menyebutkan manfaat, dosis, dan efek samping obat, klien tidak dapat menyebutkan prinsip 5 benar penggunaan obat.</p> <p>A : SP 4 teratasi sebagian.</p> <p>P : Lanjutkan SP 4</p>

Lampiran 2

**STRATEGI PELAKSANAAN (SP)
TINDAKAN KEPERAWATAN SETIAP HARI**

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Klien

DS : Pasien mengatakan mendengar suara-suara seperti orang berisik, berteriak-teriak, pada sore hari sekitar jam 17.00-18.00, suara-suara itu datang secara tiba-tiba sekitar 15 menit, suara-suara itu muncul disaat pasien sendiri, jika suara itu muncul pasien langsung tidur maka suara itu dengan sendirinya akan menghilang, kadang pasien mencari sumber suara tersebut, kadang ia berkumpul dengan orang lain maka dengan sendirinya suara itu menghilang.

DO : Pasien tampak berbicara sendiri, menggerakkan bibir tanpa suara.

2. Diagnosa Keperawatan

Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Pendengaran

3. Tujuan khusus

Perawat mampu Membina hubungan saling percaya dengan pasien, Menerapkan Strategi Pelaksanaan I Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi bertujuan untuk membantu pasien mengenal halusinasi dan mengontrol halusinasi dengan cara menghardik.

4. Tindakan keperawatan

a. Membina hubungan saling percaya dengan mengungkapkan prinsip komunikasi terapeutik:

- 1) Menyapa klien dengan ramah, baik verbal maupun non verbal
- 2) Memperkenalkan diri dengan sopan
- 3) Menanyakan nama lengkap klien & nama panggilan yang disukai klien
- 4) Menjelaskan tujuan pertemuan
- 5) Menunjukkan sikap empati dan menerima klien apa adanya

b. Mengenal halusinasi dan mengontrol halusinasi dengan cara menghardik.

- 1) Mengidentifikasi jenis halusinasi pasien

- 2) Mengidentifikasi isi halusinasi pasien
- 3) Mengidentifikasi waktu halusinasi pasien
- 4) Mengidentifikasi frekuensi halusinasi pasien
- 5) Mengidentifikasi situasi yang menimbulkan halusinasi
- 6) Mengidentifikasi respon pasien terhadap halusinasi
- 7) Melatih pasien cara kontrol halusinasi dengan menghadik
- 8) Membimbing pasien memasukan dalam jadwal kegiatan harian

B. Strategi Komunikasi Dalam Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

1. Fase Orientasi

a. Salam Terapeutik

“Selamat pagi Ibu.”

b. Kontrak

- 1) Topik : “tujuan saya kesini untuk berkenalan dengan ibu dan kita akan bercakap-cakap tentang suara yang selama ini Ibu A dengar, tetapi tidak tampak wujudnya? Tujuannya agar Ibu A mengetahui suara-suara yang tak tampak wujudnya dan Ibu A dapat mengusir suara itu.”” apakah ibu bersedia?”.
- 2) Waktu : waktu 30 menit
- 3) Tempat : “apakah ibu mau disini “

2. Fase Kerja

“Perkenalkan nama saya inesia mariani sasi, saya suka di panggil ines”,
boleh saya tau nama lengkap ibu?” “suka di panggil siapa“, umur saya 20
tahun, saya tinggal di liliba”

“Apakah saya boleh tau siapa nama ibu?” “ suka di panggil siapa?” “ ibu
bekerja dimana?” (Sambil berjabat tangan).

“Terimah kasih ibu karena sudah mau berkenalan dengan saya”, “saya
senang ibu mau berkenalan dengan saya”, “saya mahasiswa praktek dari
poltekes kemenkes kupang” saya yang akan bertugas merawat ibu bebepara
hari kedepan”.

“Bagaimana perasaan ibu A hari ini?”.

Kapan Ibu A biasanya mendengar suara-suara?”, “Selain itu, pada keadaan apa lagi terdengar suara tersebut?”, “Berapa lama dalam sehari Ibu A alami?”, “Bagus, Ibu sudah mau menceritakan semua ini kepada saya.”, “Apa yang Ibu rasakan jika suara-suara itu muncul?”, “Apa yang Ibu lakukan saat suara-suara tersebut terdengar.?”.

“Setelah Ibu melakukan itu, bagaimana hasilnya?”, “Bagaimana kalau kita belajar cara untuk mencegah munculnya suara-suara itu?”, “Menurut Ibu A, ada berapa cara untuk mencegah suara-suara tanpa wujud itu muncul?”.

“Ada empat cara untuk mencegah suara-suara itu muncul.

Pertama, dengan menghardik atau mengusir suara tersebut.

Kedua dengan cara meminta perawat atau keluarga untuk bercakap-cakap dengan Ibu.

Ketiga, dengan melakukan kegiatan yang sudah terjadwal. Keempat minum obat dengan teratur “

“bagaimana kalau kita belajar satu cara dulu dengan menghardik halusinasi”

“Caranya adalah saat suara itu muncul, langsung Ibu A bilang, pergi saya tidak mau dengar, jangan ganggu saya, kamu suara palsu. Begitu diulang-ulang sampai suara itu tidak terdengar lagi.”

“Coba Ibu A peragakan! Nah begitu, bagus! Coba lagi! Ya begitu Ibu A sudah bisa”

3. Fase Terminasi

a. Evaluasi Respon Klien Terhadap Tindakan Keperawatan

Evaluasi Subjektif :

“ bagaimana perasaan ibu setelah kita berkenalan”,

“Bagaimana perasaan Ibu A setelah memperagakan latihan menghardik tadi?, kalau suara itu muncul lagi silahkan coba cara tersebut!, bagaimana kalau kita buat jadwal latihannya?, kita masukan dalam jadwal kegiatan harian Ibu A,

b. Tindak Lanjut Klien (apa yang perlu di latih oleh klien sesuai dengan hasil tindakan yang telah dilakukan)

“Baik Ibu A kita akan berjumpa lagi besok”

“Ibu A jangan lupa untuk berlatih menghardik sesuai dengan jadwal yang tadi telah kita buat yah. Jika ada suara tak berwujud yang Ibu dengar, Ibu dapat menerapkan cara menghardik suara-suara itu seperti yang tadi telah kita pelajari.”

c. Kontrak Yang Akan Datang.

1) Topik : “Ibu A, besok kita akan berbicara mengenai cara kedua mencegah suara-suara yang tak berwujud yaitu dengan bercakap-cakap dengan orang lain”

1) Waktu : mau jam berapa? Bagaimana kalau jamnya sama seperti hari ini?

2) Tempat : mau dimana? Mau disini lagi? Baiklah, Selamat pagi.

Kupang, 27 Mei 2019

Mahasiswa yang membuat



Inesia Mariani Sasi

NIM : PO530320116254

STRATEGI PELAKSANAAN (SP) TINDAKAN KEPERAWATAN SETIAP HARI

A Proses Keperawatan

1. Kondisi Klien

DS : Pasien mengatakan mendengar suara-suara seperti orang berisik, berteriak-teriak, pada sore hari sekitar jam 17.00-18.00, suara-suara itu datang secara tiba-tiba sekitar 15 menit, suara-suara itu muncul disaat pasien sendiri, jika suara itu muncul pasien langsung tidur maka suara itu dengan sendirinya akan menghilang, kadang pasien mencari sumber suara tersebut, kadang ia berkumpul dengan orang lain maka dengan sendirinya suara itu menghilang.

DO : Pasien tampak berbicara sendiri, menggerakkan bibir tanpa suara.

2. Diagnosa Keperawatan

Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Pendengaran

3. Tujuan Khusus

Strategi Pelaksanaan II Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi bertujuan untuk membantu pasien mengontrol yaitu dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain.

4. Tindakan Keperawatan

- a. Memvalidasi masalah dan latihan sebelumnya
- b. Melatih pasien cara kontrol halusinasi dengan berbincang dengan orang lain
- c. Membimbing pasien memasukan dalam jadwal kegiatan harian

B Strategi Komunikasi Dalam Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

1. Fase Orientasi

Salam Terapeutik

“Selamat pagi Ibu.”

Evaluasi/Validasi

“Apakah ibu masih ingat nama saya?”, “Bagaimana perasaan ibu A hari ini?”

(Sambil berjabat tangan). Apakah suara-suaranya masih muncul? Apakah Ibu

A sudah pakai cara yang sudah kita latih kemarin?

Kontrak

- a. Topik : Sesuai janji kita kemarin saya akan latih cara kedua untuk mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain.
- b. Waktu : “kita akan latihan selama 20 menit”
- c. Tempat : “mau dimana ? disini saja?”

2. Fase Kerja

“Cara kedua untuk mengontrol halusinasi adalah dengan bercakap-cakap dengan orang lain. Jadi kalau Ibu A mulai mendengar suara-suara, langsung saja cari teman untuk diajak ngobrol. Minta teman untuk ngobrol dengan Ibu A. Contohnya begini : Ibu S tolong, saya mulai mendengar suara-suara. Ayo ngobrol dengan saya! Atau mengajak ibu perawat? Atau kalau ada orang di rumah silahkan Ibu A mengajaknya untuk ngobrol bersama Ibu A. Misalnya bibinya Ibu A, katakan : Bibi ayo ngobrol dengan saya, saya sedang dengar suara-suara. Coba Ibu A lakukan seperti yang tadi saya lakukan?, ya bagitu! Coba sekali lagi! Bagus! Latihan terus ya Ibu A!.

3. Fase Terminasi

- a. Evaluasi Respon Klien Terhadap Tindakan Keperawatan

Evaluasi Subjektif :

Bagaimana perasaan Ibu A setelah latihan ini? Jadi sudah ada berapa cara yang Ibu A pelajari untuk mencegah suara-suara itu? Bagus! Cobalah kedua cara itu kalau Ibu A mengalami halusinasi lagi. Bagaimana kalau kita masukan dalam jadwal kegiatan harian Ibu A? Mau jam berapa latihan bercakapa-cakap? Nah nanti lakukan sewaktu-waktu suara itu muncul !

- b. Tindak Lanjut Klien (apa yang perlu di latih oleh klien sesuai dengan hasil tindakan yang telah dilakukan)

“Ibu A jangan lupa untuk berlatih bercakap-cakap sesuai dengan jadwal yang tadi telah kita buat yah. Jika ada suara tak berwujud yang Ibu dengar, Ibu dapat menerapkan cara bercakap-cakap dengan suara-suara itu seperti yang tadi telah kita pelajari.”

c. KONTRAK YANG AKAN DATANG.

- 1) Topik : “bagaimana kalau besok kita latih cara yang ketiga yaitu : melakukan aktivitas terjadwal? “
- 2) Waktu : mau jam berapa? Bagaimana kalau jamnya sama seperti hari ini?
- 3) Tempat : mau dimana? Mau disini lagi? Baiklah, sampai besok ya. Selamat pagi.

Kupang, 28 Mei 2019
Mahasiswa yang membuat



Inesia Mariani Sasi
NIM : PO530320116254

STRATEGI PELAKSANAAN (SP) TINDAKAN KEPERAWATAN SETIAP HARI

A Proses Keperawatan

1. Kondisi Klien

DS : Pasien mengatakan mendengar suara-suara seperti orang berisik, berteriak-teriak, pada sore hari sekitar jam 17.00-18.00, suara-suara itu datang secara tiba-tiba sekitar 15 menit, suara-suara itu muncul disaat pasien sendiri, jika suara itu muncul pasien langsung tidur maka suara itu dengan sendirinya akan menghilang, kadang pasien mencari sumber suara tersebut, kadang ia berkumpul dengan orang lain maka dengan sendirinya suara itu menghilang.

DO : Pasien tampak berbicara sendiri, menggerakkan bibir tanpa suara.

2. Diagnosa Keperawatan

Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Pendengaran

3. Tujuan Khusus

Strategi Pelaksanaan III Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi bertujuan untuk membantu pasien mengontrol yaitu dengan cara kegiatan yang biasa dilakukan pasien.

4. Tindakan Keperawatan

- a. Memvalidasi masalah dan latihan sebelumnya
- b. Melatih pasien cara kontrol halusinasi dengan kegiatan (yang biasa dilakukan pasien)
- c. Membimbing pasien memasukan dalam jadwal kegiatan harian

B Strategi Komunikasi Dalam Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

1. Fase Orientasi

Salam Terapeutik

“Selamat Pagi Ibu.”

2. Evaluasi/Validasi

“Apakah ibu masih ingat nama saya?”, “Bagaiman perasaan ibu A hari ini?” (Sambil berjabat tangan). Apakah suara-suaranya masih muncul? Apakah Ibu A sudah pakai cara yang sudah kita latih kemarin?

3. Kontrak

- a. Topik : Sesuai janji kita kemarin saya akan latih cara ketiga untuk mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain.
- b. Waktu : “kita akan latihan selama 20 menit”
- c. Tempat : “mau dimana ? disini saja?”

4. Fase Kerja

“Cara ketiga untuk mengontrol halusinasi adalah kegiatan (yang biasa dilakukan pasien). Jadi kalau Ibu A mulai mendengar suara-suara, langsung saja cari teman untuk diajak ngobrol. Minta teman untuk ngobrol dengan Ibu A. Contohnya begini : Ibu S tolong, saya mulai mendengar suara-suara. Ayo ngobrol dengan saya! Atau mengajak ibu perawat? Atau kalau ada orang di rumah silahkan Ibu A mengajaknya untuk ngobrol bersama Ibu A. Misalnya bibinya Ibu A, katakan : Bibi ayo ngobrol dengan saya, saya sedang dengar suara-suara. Coba Ibu A lakukan seperti yang tadi saya lakukan?, ya bagitu! Coba sekali lagi! Bagus! Latihan terus ya Ibu A!.

5. Fase Terminasi

- a. Evaluasi Respon Klien Terhadap Tindakan Keperawatan

Evaluasi Subjektif :

Bagaimana perasaan Ibu A setelah latihan ini? Jadi sudah ada berapa cara yang Ibu A pelajari untuk mencegah suara-suara itu? Bagus! Cobalah kedua cara itu kalau Ibu A mengalami halusinasi lagi. Bagaimana kalau kita masukan dalam jadwal kegiatan harian Ibu A? Mau jam berapa latihan bercakapa-cakap? Nah nanti lakukan sewaktu-waktu suara itu muncul !

- b. Tindak Lanjut Klien (apa yang perlu di latih oleh klien sesuai dengan hasil tindakan yang telah dilakukan)

“Ibu A jangan lupa untuk berlatih bercakap-cakap sesuai dengan jadwal yang tadi telah kita buat yah. Jika ada suara tak berwujud yang Ibu dengar, Ibu dapat menerapkan cara bercakap-cakap dengan suara-suara itu seperti yang tadi telah kita pelajari.”

dengar, Ibu dapat menerapkan cara bercakap-cakap dengan suara-suara itu seperti yang tadi telah kita pelajari.”

c. Kontrak Yang Akan Datang.

- 1) Topik : “bagaimana kalau besok kita latih cara yang keempat yaitu : melakukan kontrol halusinasi dengan teratur minum obat? “
- 2) Waktu : mau jam berapa? Bagaimana kalau jamnya sama seperti hari ini?
- 3) Tempat : mau dimana? Mau disini lagi? Baiklah, sampai besok ya. Selamat pagi.

Kupang, 29 Mei 2019
Mahasiswa yang membuat



Inesia Mariani Sasi
NIM : PO530320116254

STRATEGI PELAKSANAAN (SP) TINDAKAN KEPERAWATAN SETIAP HARI

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Klien

DS : Pasien mengatakan mendengar suara-suara seperti orang berisik, berteriak-teriak, pada sore hari sekitar jam 17.00-18.00, suara-suara itu datang secara tiba-tiba sekitar 15 menit, suara-suara itu muncul disaat pasien sendiri, jika suara itu muncul pasien langsung tidur maka suara itu dengan sendirinya akan menghilang, kadang pasien mencari sumber suara tersebut, kadang ia berkumpul dengan orang lain maka dengan sendirinya suara itu menghilang.

DO : Pasien tampak berbicara sendiri, menggerakkan bibir tanpa suara

2. Diagnosa Keperawatan

Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Pendengaran

3. Tujuan Khusus

Strategi Pelaksanaan IV Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi bertujuan untuk membantu pasien mengontrol yaitu dengan minum obat dengan teratur.

4. Tindakan Keperawatan

- a. Memvalidasi masalah dan latihan sebelumnya
- b. Menjelaskan cara kontrol halusinasi dengan teratur minum obat (prinsip 5 benar minum obat)
- c. Membimbing pasien memasukan dalam jadwal kegiatan harian

B. Strategi Komunikasi Dalam Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

1. Fase Orientasi

Salam Terapeutik

“Selamat pagi Ibu.”

Evaluasi/Validasi

“Apakah ibu masih ingat nama saya?”, “Bagaiman perasaan ibu A hari ini?”

(Sambil berjabat tangan). Apakah suara-suaranya masih muncul? Apakah Ibu A sudah pakai cara yang sudah kita latih kemarin?

Kontrak

1. Topik : Sesuai janji kita kemarin saya akan latih cara keempat untuk mengontrol halusinasi dengan teratur minum obat (prinsip 5 benar minum obat)
2. Waktu : “kita akan latihan selama 20 menit”
3. Tempat : “mau dimana ? disini saja?”

2. Fase Kerja

“Apakah Ibu sudah minum obat?, adakah perbedaan setelah ibu minum obat dan sebelum ibu minum?, berapa macam obat yang ibu minum?, minum obat sangat penting supaya suara-suara yang mengganggu ibu selama ini tidak muncul lagi. Apakah ibu mengetahui nama obat yang ibu minum?, apakah ibu mengetahui manfaat obat yang ibu minum?, ibu juga harus teliti saat menggunakan obat-obatan ini. Pastikan obatnya benar, artinya ibu harus memastikan bahwa itu obat yang benar-benar punya ibu, pastikan obat yang ibu minum harus tepat waktu, dengan cara yang benar, ibu juga harus pastikan berapa jumlah obat yang harus ibu minum dalam satu kali minum.

3. Fase Terminasi

Evaluasi Respon Klien Terhadap Tindakan Keperawatan

Evaluasi Subjektif :

Bagaimana perasaan Ibu A setelah kita bercakap-cakap tentang obat? Jadi sudah ada berapa cara yang Ibu A pelajari untuk mencegah suara-suara itu? Bagus! Cobalah ketiga cara itu kalau Ibu A mengalami halusinasi lagi. Bagaimana kalau kita masukan dalam jadwal kegiatan harian Ibu A? nah kita sudah masukan jadwal minum obatnya ibu, jadi ibu jangan lupa minum obat.

Kupang, 30 Mei 2019
Mahasiswa yang membuat



Inesia Mariani Sasi
NIM : PO530320116254

Lampiran 3



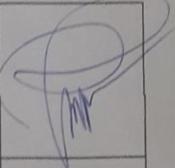
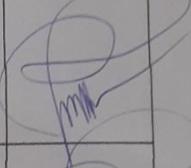
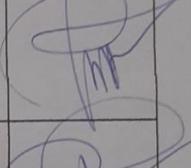
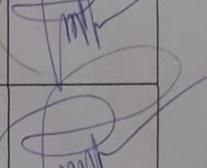
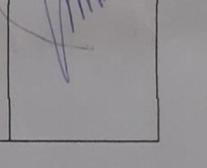
KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
 BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
 SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
 POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
 Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba - Kupang, Telp.: (0380) 8800256;
 Fax (0380) 8800256; Email: poltekkeskupang@yahoo.com



LEMBAR KONSULTASI
 BIMBINGAN STUDI KASUS

Nama Mahasiswa : Inesia Mariani Sasi
 Nim : PO530320116254
 Nama Pembimbing : Sebastianus Banggut, SST., M.Pd

No	Hari/ Tanggal	Rekomendasi Pembimbing	Paraf Pembimbing
1.	Senin, 27 Mei 2019	Konsultasi Judul Karya Tulis Ilmiah Konsultasi BAB I 1. Revisi latar belakang tambahkan UU No.18 Tahun 2014 tentang Keperawatan Jiwa, 2. Perbaiki Tujuan penulisan dan manfaat penulisan Konsultasi BAB II	
2.	Rabu, 29 Mei 2019	Konsultasi revisi BAB I : latar belakang dan BAB II konsultasi pengkajian pada kasus	
3.	Jumat, 31 Mei 2019	Konsultasi revisi pengkajian pada kasus nyata Konsultasi BAB III 1. Perbaiki pengkajian keperawatan keluhan utama pada kasus nyata 2. Perbaiki pembahasan secara keseluruhan	

4.	Selasa, 04 Juni 2019	Konsultasi BAB I,II,III,IV Perbaiki pembahasan	
5.	Rabu, 05 Juni 2019	Konsul Perbaiki cover Konsul perbaiki BAB I,II,III,IV Perbaiki pembahasan	
6.	Selasa, 11 Juni 2019	Ujian sidang Revisi BAB I,II,III,IV	
7.	Jumat, 14 Juni 2019	konsultasi revisi BAB I,II,III,IV perbaiki pembahasan	
8.	Selasa, 18 Juni 2019	konsultasi perbaikan BAB II (konsep pengkajian keperawatan), dan BAB III (evaluasi keperawatan)	
9.	Rabu, 19 Juni 2019	ACC	

Lampiran 4

**RENCANA WAKTU UJIAN AKHIR PROGRAM
JURUSAN KEPERAWATAN POLTEKES KEMENKES KUPANG**

BULAN	MEI											JUNI				
Tanggal	24	27	28	29	30	26	27	28	29	30	31	1-9	10	11	12-13	14
Pembekalan	√															
Lapor diri di rumah sakit	√	√														
Konsul judul kasus	√	√														
Perawatan kasus dan susun proposal		√	√	√	√											
Penyusunan laporan kasus dan konsultasi dengan pembimbing		√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√				
Ujian Sidang													√	√		
Revisi															√	
Kumpul laporan																√