

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA Tn.S DENGAN MASALAH  
PERUBAHAN PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI AKUSTIK  
DI RUANG VI (GATOT KOCO) RSJD  
DR. AMINOGONDHOHUTOMO  
SEMARANG**

**Karya Tulis Ilmiah**



**Disusun oleh  
Moh. Abul Faroj  
8933122878**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG  
SEMARANG  
2010**

## HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui untuk dipertahankan dihadapkan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi D-III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula Semarang pada :

Hari : Senin

Tanggal : 31 Mei 2010

Semarang, 31 Mei 2010

Pembimbing



Wahyu Endang Setyowati, SKM.  
NIK: 210.997.004


## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi D-III Keperawatan FIK Unissula Semarang pada hari Jumat, 4 Juni 2010 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.

Semarang, 7 Juni 2010

Tim Penguji,

Penguji I



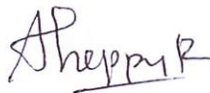
(Ade Irmawati, S.Kep.,Ns.)  
NIK :210.909.015

Penguji II



(Wahyu endang setyowati, SKM)  
NIK :210.997.004

Penguji III



(Dwi Heppy Rochmawati, S.Kep.,Ns.)  
NIK:210.997.006

## **MOTTO**

1. Doa merupakan tangga untuk menuju keberhasilan yang amat penting, dan ikhtiar adalah jalan untuk menuju kesuksesan yang ingin kita raih sehingga dapat hasil yang memuaskan.
2. Bersabar kunci agar kita dapat memaksimalkan apa yang ingin kita raih.
3. Tawakal karena tanpa bimbingan dari Allah SWT kita tidak mampu untuk berbuat banyak.
4. Kejujuran dan keikhlasan adalah awal dari kesuksesan.
5. Keberuntungan merupakan hadiah bagi mereka yang berusaha.
6. Tegar untuk menerima semua yang akan terjadi baik maupun buruknya

## **KATA PENGANTAR**

Puji syukur penulis ucapkan kepada Allah SWT atas limpahan rahmat, hidayah, dan inayahnya, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah yang berjudul “ Asuhan Keperawatan Jiwa dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Akustik pada Tn.S di Ruang VI (GATOT KOCO) Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. Amino Gondhohutomo Semarang” ini dengan baik.

Karya tulis ilmiah ini diajukan untuk memenuhi persyaratan dalam menyelesaikan pendidikan DIII Keperawatan. Karya tulis ilmiah ini tidak akan selesai tanpa bantuan dari berbagai pihak. Maka dalam kesempatan ini, penulis ingin menyampaikan terima kasih kepada :

1. Bapak Prof. Dr. Laode M. Kamaluddin, M.Sc, M.Eng selaku rektor UNISSULA.
2. Bapak Iwan Ardian,SKM, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Ibu Wahyu Endang Setyowati, SKM, Selaku ketua Program Studi D III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang dan pembimbing KTI.
4. Institusi Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. Amino Gondhohotomo Semarang sebagai lahan menuntut ilmu.
5. Bapak, ibu serta keluarga tercinta yang telah memberikan dorongan dan bantuan baik moril maupun material serta motivasi yang tidak henti-hentinya.

6. Untuk sahabatku Tian, Nuryadi, Tika dan rekan-rekan mahasiswa DIII keperawatan UNISSULA serta semua pihak yang ikut membantu dalam penyusunan Karya tulis ilmiah ini.
7. Semua pihak yang telah membantu baik lahir maupun batin yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu.

Penulis menyadari bahwa Karya tulis ilmiah ini tentunya masih jauh dari kesempurnaan, maka dari itu penulis mengharapkan saran kritik dari pembaca yang bersifat membangun.

Akhirnya semoga karya tulis ilmiah ini dapat bermanfaat bagi penulis sendiri khususnya dan bagi pembaca yang budiman pada umumnya untuk menambah pengetahuan semoga karya tulis ilmiah dapat bermanfaat bagi dunia keperawatan.

Moh. Abul Faroj

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL .....	i
HALAMAN PERSETUJUAN .....	ii
LEMBAR PENGESAHAN PENGUJI .....	iii
MOTTO .....	iv
KATA PENGANTAR .....	v
DAFTAR ISI .....	vii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar belakang masalah.....	1
B. Rumusan masalah.....	2
C. Tujuan penulis.....	2
D. Manfaat penulis.....	3
BAB II KONSEP DASAR .....	4
A. Konsep Dasar Penyakit.....	4
1. pengertian.....	4
2. Etiologi .....	4
3. Rentang respon.....	8
B. Konsep dasar keperawatan.....	11
1. Pengkajian.....	11
2. Manifestasi klinik.....	13
3. Masalah keperawatan.....	13
4. Pohon Masalah .....	14

5. Diagnosa Keperawatan .....	14
6. Fokus Intervensi .....	14
<b>BAB III RESUME KEPERAWATAN.....</b>	<b>17</b>
A. Pengkajian .....	17
B. Analisa Data .....	24
C. Pohon Masalah .....	25
D. Diagnosa Keperawatan .....	25
E. Fokus Intervensi .....	25
F. Implementasi.....	27
G. Evaluasi .....	28
<b>BAB IV PEMBAHASAN.....</b>	<b>31</b>
E. Pengkajian.....	31
F. Diagnosa .....	32
G. Intervensi.....	33
H. Implementasi.....	36
I. Evaluasi.....	37
<b>BAB V PENUTUP.....</b>	<b>39</b>
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	
<b>LAMPIRAN</b>	



# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang Masalah

Adanya berbagai masalah seperti di negara dengan pertumbuhan penduduk yang tidak seimbang, lapangan pekerjaan yang sedikit, berdampak pada keadaan jiwa masyarakatnya. Biaya hidup yang semakin bertambah dengan penghasilan minim, pengangguran bertambah banyak, krisis yang berkepanjangan menjadikan bertambah parahnya gangguan jiwa yang dialami masyarakat. Menurut Dr. Uton, direktur WHO (World Health Organization) wilayah tenggara, data survei kesehatan rumah tangga di Indonesia diperkirakan 264 dari 1000 anggota rumah tangganya menderita gangguan jiwa (Rasmun, 2005).

Gangguan jiwa yang timbul di masyarakat masuk pada gangguan skizofrenia, gangguan skizofrenia yaitu sekelompok reaksi psikotik yang mempengaruhi berbagai area fungsi individu, termasuk berfikir dan berkomunikasi, menerima, dan menginterpretasikan realitas, merasakan dan menunjukkan emosi, dan berperilaku dengan sikap yang dapat diterima secara sosial (Isaacs, 2005).

Sebagian besar dari data yang diperoleh dari rumah sakit jiwa ,pasien terbesar yang datang mengalami halusinasi dengan tingkatan yang berbeda dan pada proses gangguan jiwa baik dari pelaku kekerasan, harga diri rendah dan menarik diri semua akan berproses menjadi halusinasi. Halusinasi sering diidentivikasi dengan skizofrenia. Dari seluruh klien skizofrenia, 70%

diantaranya mengalami halusinasi. Gangguan jiwa sering juga disertai dengan gejala halusinasi. Gangguan-gangguan tersebut menunjukkan seperti klien berbicara sendiri, mata melihat ke kanan ke kiri, jalan mondar-mandir, sering tersenyum sendiri dan sering mendengar suara-suara. Sedangkan halusinasi adalah persepsi klien melalui panca indera terhadap lingkungan tanpa adanya stimulus atau rangsangan yang nyata (Hamid, 2001).

Berdasarkan hal tersebut diatas yang menurut teori dan realita, maka penulis tertarik untuk mengangkat judul “ Asuhan keperawatan klien dengan perubahan persepsi sensori : halusinasi akustik di Rumah Sakit Jiwa Dr. Amino Gondhohutomo Semarang ”.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang di atas, maka penulis tertarik untuk merumuskan masalah tentang ”Asuhan Keperawatan Jiwa dengan perubahan Persepsi Sensori : Halusinasi Akustik pada Tn. S di RSJD dr. Amino Gondhohutomo Semarang”.

## **C. Tujuan Penulisan**

### **1. Tujuan umum**

Mampu menerapkan asuhan keperawatan jiwa pada Tn. S dengan gangguan persepsi sensori:halusinasi akustik di ruang gatot kaca, RSJ Amino Gondhohutomo semarang.

### **2. Tujuan khusus**

- a. Dapat melakukan pengkajian data pada Tn.S dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi akustik

- b. Untuk menentukan diagnosa potensial pada Tn.S dengan gangguan persepsi sensori:halusinasi
- c. Dapat melakukan penanganan pada Tn.S dengan gangguan persepsi sensori:halusinasi.
- d. Sebagai patokan intervensi pada Tn.S dengan gangguan persepsi sensori:halusinasi.
- e. Untuk acuan implementasi pada Tn.S dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi.
- f. Memudahkan melakukan evaluasi pada Tn. S dengan gangguan persepsi sensori:halusinasi.

#### **D. Manfaat Penulisan**

1. Bagi penulis
  - a. Dapat digunakan untuk meningkatkan pengetahuan tentang halusinasi.
  - b. Untuk menerapkan asuhan keperawatan pada klien dengan halusinasi.
2. Bagi instiusi.
  - a. Menambah daftar pustaka di fakultas ilmu keperawatan.
  - b. Dapat digunakan sebagai alat ukur untuk menilai keberhasilan pendidikan
3. Bagi masyarakat

Dapat digunakan sebagai tambahan pengetahuan di dalam menangani halusinasi pada klien gangguan jiwa dengan halusinasi.

## **BAB II**

### **KONSEP DASAR**

#### **A. Konsep Dasar Penyakit**

##### **1. Pengertian**

Halusinasi adalah persepsi yang salah atau palsu tetapi tidak ada rangsang yang menimbulkannya (Baihaqi, 2007).

Halusinasi adalah persepsi sensorik yang keliru dan melibatkan panca indra, dalam *skizofrenia*, halusinasi pendengaran merupakan halusinasi yang paling banyak (Isaacs, 2005).

Halusinasi adalah suatu persepsi yang salah tanpa dijumpai adanya rangsang dari luar ( Yosep, 2007 ).

Menurut penulis dapat disimpulkan bahwa halusinasi adalah keadaan dimana individu atau kelompok mengalami atau beresiko mengalami suatu perubahan dalam jumlah pola atau interpretasi stimulus yang datang.

##### **2. Etiologi**

###### **a. Faktor predisposisi**

Faktor predisposisi meliputi :

###### **1) Faktor perkembangan**

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

mampu mandiri sejak kecil, mudah frustrasi, hilang percaya diri dan lebih rentan terhadap stres.

## 2) Faktor sosiokultural

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

## 3) Faktor biokimia

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

## 4) Faktor psikologis

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

## 5) Faktor genetik dan pola asuh

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

b. Faktor presipitasi

Faktor presipitasi yaitu stimulus yang dipersepsikan oleh individu sebagai tantangan, ancaman atau tuntutan yang memerlukan energi ekstra untuk menghadapinya. Adanya rangsangan dari lingkungan seperti partisipasi klien dalam kelompok, terlalu lama tidak diajak berkomunikasi, objek yang ada di lingkungan dan juga suasana sepi atau terisolasi sering menjadi pencetus terjadinya halusinasi.

1) Perilaku

Respon klien terhadap halusinasi dapat berupa curiga, ketakutan, perasaan tidak aman, gelisah, bingung, perilaku merusak diri, kurang perhatian, tidak mampu mengambil keputusan serta tidak dapat membedakan keadaan nyata dan tidak nyata. Halusinasi dapat dilihat dari lima dimensi yaitu :

a) Dimensi fisik

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

b) Dimensi 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.

c) Dimensi intelektual

Menerangkan bahwa individu yang mengalami halusinasi akan memperlihatkan adanya penurunan fungsi ego. Pada awalnya halusinasi merupakan usaha dari ego sendiri untuk melawan impuls yang menekan, tetapi pada saat tertentu menimbulkan kewaspadaan yang dapat mengambil seluruh perhatian klien dan tidak jarang akan mengontrol semua perilaku klien.

d) Dimensi sosial

Klien mengalami gangguan interaksi sosial dalam fase awal dan *comforting*, klien menganggap bahwa hidup bersosialisasi di alam nyata sangat membahayakan. Klien lebih asyik dengan halusinasinya, seolah-olah ia merupakan tempat untuk memenuhi kebutuhan akan interaksi sosial, kontrol diri dan harga diri yang tidak didapatkan dalam dunia nyata. Isi halusinasi dijadikan sistem kontrol oleh individu tersebut. oleh karena itu, aspek penting dalam melaksanakan intervensi keprawatan klien dengan mengupayakan suatu proses interaksi yang menimbulkan pengalaman interpersonal yang memuaskan, serta mengusahakan klien tidak menyendiri sehingga klien selalu berinteraksi dengan lingkungannya dan halusinasi tidak berlangsung.

e) Dimensi spiritual

Secara spiritual klien dengan halusinasi mulai dengan kehampaan hidup, rutinitas tidak bermakna, hilangnya aktivitas beribadah dan jarang berupaya secara spiritual untuk mensucikan diri. Irama sirkadiannya terganggu, karena ia sering tidur larut malam dan bangun saat siang. Saat terbangun merasa hanpa dan tidak jelas tujuan hidupnya. Ia sering memaki takdir tetapi lemah dalam upaya menjemput rizki, menyalahkan lingkungan dan orang lain yang menyebabkan takdirnya memburuk.

(Iyus yosep,2009)

3. Rentang Respon

Rentang Respon Neurobiologis



- Pikiran logis	- Pikiran kadang menyimpang	- Gangguan pikiran / waham
- Persepsi akurat	- Ilusi	- Halusinasi
- Emosi konsistensi dengan pengalaman	- Reaksi emosional berlebih / berkurang	- Ketidakmampuan untuk mengalami emosi
- Perilaku sesuai	- Perilaku aneh atau tak lazim	- ketidakteraturan perilaku
- Hubungan sosial	- Menarik diri	- Isolasi sosial

( Stuart, 2006 )



Menurut Yosep (2007) halusinasi dibedakan menjadi :

1. Halusinasi pendengaran (Auditif akustik)

Paling sering dijumpai dapat berupa bunyi mendenging atau suara bising yang tidak mempunyai arti, tetapi lebih sering terdengar sebagai sebuah kata atau kalimat yang bermakna. Biasanya suara tersebut ditunjukkan pada penderita sehingga tidak jarang penderita bertengkar dan berdebat dengan suara-suara tersebut. Suara tersebut dapat dirasakan berasal dari jauh atau dekat, bahkan mungkin datang dari tiap bagian tubuhnya sendiri.

2. Halusinasi penglihatan (visual)

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 bersalah pada penderita. Bau dilambangkan sebagai pengalaman yang dianggap penderita sebagai kombinasi moral.

4. Halusinasi pengecapan (gustorik )

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

5. Halusinasi raba (taktil)

Merasa diraba, disentuh, ditiup atau seperti ada ulat, yang bergerak di bawah kulit.

6. Halusinasi seksual, ini termasuk halusinasi raba.

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

7. Halusinasi kinesik

Penderita merasa badannya bergerak-gerak dalam suatu ruang atau anggota badannya yang bergerak-gerak dengan sendirinya.

8. Halusinasi viseral

Timbulnya perasaan tertentu di dalam tubuhnya.

**Fase-fase halusinasi :**

1. Fase pertama (*comforting*)

Klien mengalami perasaan mendalam seperti ansietas, kesepian, rasa bersalah dan ketakutan, serta mencoba berfokus pada pikiran yang dapat menghilangkan ansietas. Pikiran dan pengalaman masih dalam kontrol kesadaran non psikotik. Disini klien tersenyum atau tertawa sendiri yang tidak sesuai, menggerakkan bibir tanpa suara, pergerakan mata yang cepat, respon verbal yang lambat, diam dan berkonsentrasi .

2. Fase kedua (*condemning*)

Pengalaman sensorik menakutkan klien mulai lepas kendali dan mungkin mencoba untuk mengambil jarak dirinya dengan sumber yang dipersepsikan. Disini terjadi peningkatan denyut jantung, pernafasan dan tekanan darah, asyik dengan pengalaman sensori dan kehilangan kemampuan untuk membedakan halusinasi dengan realita.

3. Fase ketiga (*controlling*)

Klien berhenti menghentikan perlawanan terhadap halusinasi dan menyerah pada halusinasi tersebut. Disini klien sukar berhubungan dengan orang lain, bergerak, tremori tidak mampu mematuhi perintah orang lain dan berada dalam kondisi yang sangat menegangkan terutama jika akan berhubungan dengan orang lain.

4. Fase keempat (*conquering*)

Pengalaman sensorik menjadi mengancam jika klien mengikuti perintah halusinasi. disini terjadi perilaku panik, tidak mampu berespon terhadap lingkungan.

( Rasmun, 2001)

## B. Konsep Dasar Keperawatan

### 1. Pengkajian

#### a. Faktor Presdiposisi

##### 1) Biologis

Abnormalitas perkembangan sistem saraf yang berhubungan dengan respon neurobiologis yang maladaptif baru mulai dipahami.

2) Psikologis

Salah satu sikap atau keadaan yang dapat mempengaruhi gangguan. Orientasi realitas adalah penolakan atau tindakan kekerasan dalam rentang respon.

3) Sosial budaya

Kondisi sosial budaya mempengaruhi gangguan orientasi realita seperti kemiskinan, konflik sosial budaya, dan kehidupan yang terisolasi

b. Faktor presipitasi

1) Biologis

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

2) Lingkungan

Ambang toleransi terhadap stres yang berinteraksi terhadap *stresor* lingkungan untuk menentukan terjadinya perilaku.

### 3) Sumber koping.

Sumber koping mempengaruhi respon individu dalam menanggapi stresor.

( Stuart, 2007 )

## 2. Manifestasi klinik

Halusinasi ini ditandai dengan bicara kacau dan tertawa sendiri bersikap seperti mendengar sesuatu ( memiringkan kepala pada satu sikap seperti jika seseorang mendengar sesuatu ). berhenti di tengah-tengah kalimat ( untuk mendengar sesuatu ), disorientasi, konsentrasi rendah, pikiran cepat berubah, kekacauan alur pikir, respon yang tidak sesuai ( Townsend 1998 ).

## 3. Masalah keperawatan

### a. Risiko mencederai diri, orang lain dan lingkungan.

Ds : - Klien mengatakan jengkel, kesal dan ingin marah

Do : - Klien pernah melakukan kekerasan sebelumnya

### b. Perubahan persepsi sensori : halusinasi

Ds : - Klien mengatakan mendengar sesuatu

- Klien mengatakan seperti melihat sesuatu

Do : - Klien tampak berbicara sendiri

- Klien tampak tertawa sendiri, berbicara di tengah-tengah kalimat untuk mendengar sesuatu.

c. Isolasi sosial : menarik diri

Ds : - Klien mengatakan malas bergaul.

- Klien mengatakan takut berkumpul dengan teman-temannya.

Do : - Klien menyendiri dala kamar

- Klien malas berkomunikasi.

#### 4. Pohon Masalah

Risiko mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan.

Perubahan persepsi sensori : halusinasi

*Core Problem*

Isolasi sosial : menarik diri.

( Keliat, 2005 )

#### 5. Diagnosa Keperawatan.

- a. Risiko mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan berhubungan dengan halusinasi.
- b. Perubahan persepsi sensori : halusinasi berhubungan dengan lingkungan.

( Keliat, 2005 : 46 )

#### 6. Fokus Intervensi

Diagnosa Keperawatan

Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi.

## **Tindakan Keperawatan**

### **SP 1 P**

- a. Mengidentifikasi jenis halusinasi pasien
- b. Mengidentifikasi isi halusinasi pasien
- c. Mengidentifikasi waktu halusinasi pasien
- d. Mengidentifikasi frekuensi halusinasi pasien
- e. Mengidentifikasi situasi yang menimbulkan halusinasi
- f. Mengidentifikasi respon pasien terhadap halusinasi
- g. Melatih pasien cara kontrol halusinasi dengan menghardik
- h. Membimbing pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian

### **SP 2 P**

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

### **SP 3 P**

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

### **SP 4 P**

- a. Memvalidasi masalah dan latihan sebelumnya.

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

## SP 1 K

- a. Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien.
- b. Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala halusinasi, dan jenis halusinasi yang dialami pasien beserta proses terjadinya.
- c. Menjelaskan cara – cara merawat pasien halusinasi.

## SP 2 K

- a. Melatih keluarga mempraktikkan cara merawat pasien dengan halusinasi.
- b. Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung pada pasien halusinasi.

## SP 3 K

- a. Membantu keluarga membuat jadwal aktivitas di rumah, termasuk minum obat.
- b. Menjelaskan *follow up* pasien setelah pulang.



## BAB III

### RESUME KEPERAWATAN

Rangkaian pengkajian dilakukan selama tiga hari yang dimulai dari tanggal 28 sampai 30 Maret 2010 di Ruang Gatot Kaca RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang.

#### A. Pengkajian

##### 1. Identitas

Klien bernama Tn. S, umur 32 tahun, berjenis kelamin laki-laki, beragama Islam, pendidikan terakhir SMA, pekerjaan buruh, dan klien tinggal di Pati. Klien masuk rumah sakit pada tanggal 17 Maret 2010, No. RM 063584 dengan diagnosa medis halusinasi dengar.

Adapun identitas penanggung jawab klien bernama Ny. A, berusia 53 tahun, berjenis kelamin perempuan, hubungannya dengan klien sebagai ibu.

##### 2. Alasan Masuk

Keluarga klien mengatakan kurang lebih 1 minggu sebelum dibawa ke RSJD Dr. Aminogondohutomo klien tidak mau makan, bingung, sering mengobrol sendiri di dalam kamar, dan menolak minum obat.

##### 3. Faktor predisposisi

Klien sebelumnya pernah dirawat 3 kali di RSJ, terakhir pada tahun 2009. Dahulu klien dibawa ke RSJ dengan keluhan yang sama. Klien tidak mau minum obat, karena merasa sudah sembuh. masyarakat kurang

diterima karena pernah masuk RSJ. Klien tidak pernah mengalami penganiayaan fisik, seksual, kekerasan dalam rumah tangga dan tindakan kriminal, tetapi pada umur 7 tahun pernah terbentur kepalanya. Masalah keperawatan yaitu isolasi sosial, halusinasi dengar, ketidakefektifan penatalaksanaan regimen terapeutik.

#### 4. Faktor Presipitasi

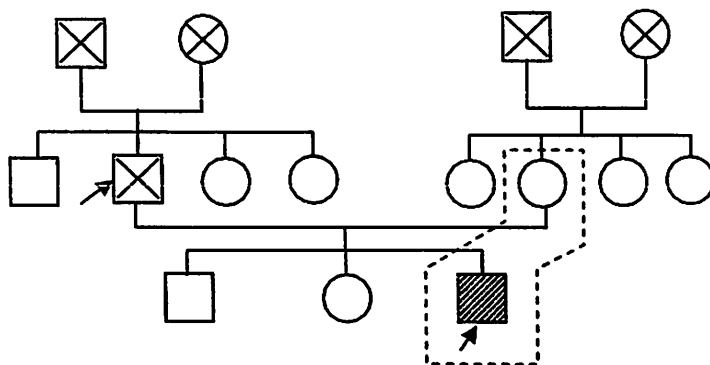
Kurang lebih 2 bulan yang lalu klien sering berdiam diri di kamar, suka berbicara sendiri. Klien tidak mau makan dan minum obat. Klien malu bertemu dengan orang lain sehingga muncul masalah isolasi sosial : menarik diri.

#### 5. Pengkajian fisik

Pemeriksaan fisik yang dilakukan pada tanggal 28 Maret 2010 meliputi tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 82x/menit, suhu 36°C, pernafasan 20x/menit, keluhan klien merasa kurang nafsu makan.

#### 6. Psikososial

##### a. Genogram



Keterangan :

- : Laki-laki
- : Perempuan
- ┌───┐ : Hubungan suami istri
- └───┘ : Hubungan saudara
- × : Meninggal
- ▣ : Klien
- (dashed) : Tinggal dalam satu rumah

Klien tinggal serumah bersama ibunya. Ayah klien sudah meninggal dunia, sehingga dalam mengambil keputusan klien selalu berdiskusi dengan ibunya. dalam anggota keluarga tidak ada yang mengalami gangguan jiwa seperti yang diderita klien.

b. Konsep Diri

1) Identitas diri

Klien adalah seorang laki- laki yang belum berkeluarga. Klien dapat menyebutkan nama, alamat, hobi, dan lain sebagainya.

2) Ideal diri

Klien mengatakan ingin cepat sembuh, karena ingin cepat pulang dan berkumpul bersama keluarga.

3) Citra tubuh

Klien mengatakan menyukai semua anggota tubuhnya.

4) Peran diri

Klien adalah anak ketiga dan dulu bekerja sebagai buruh, sekarang hanya berdiam diri di rumah.

5) Harga diri

Klien merasa malu dengan keadaannya saat ini, klien ingin cepat sembuh dan dapat bekerja kembali untuk menafkahi keluarga.

c. Hubungan sosial

- 1) Orang yang dianggap orang yang paling dekat dan berarti bagi dengan klien adalah ibunya.
- 2) Peran serta dalam kegiatan kelompok / masyarakat kurang / tidak ada dikarenakan klien termasuk orang yang pendiam.
- 3) Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain yaitu keluarga klien mengatakan kurang terbuka dan pendiam.

d. Spiritual

Klien mempercayai adanya Tuhan dan klien termasuk orang yang kuat beragama. Klien tetap melakukan ibadah sholat di dalam kamar perawatan walaupun sedang dirawat di rumah sakit.

7. Status mental

- a. Penampilan klien cukup rapi, bersih, menggunakan pakaian yang sesuai.
- b. Pembicaraan klien lambat, banyak diam, tetapi pembicaraan sesuai dengan realita dan menjawab pertanyaan dengan benar.
- c. Aktivitas motorik

Klien tampak lesu, tetapi masih dapat melakukan kegiatan sehari-hari seperti menyapu, mencuci piring, membersihkan tempat tidur.

d. Afek emosi.

Afek emosi klien tampak datar, lebih banyak diam, jika ditanya baru klien menjawab, dan jawabannya seadanya. klien tampak ketakutan dengan kondisinya karena mendengar suara-suara menyuruhnya untuk pergi.

e. Interaksi selama wawancara, klien tampak kooperatif, klien mau menjawab apa yang ditanyakan oleh perawat, tatapan matanya tampak kosong.

f. Persepsi sensori, klien mengalami halusinasi pendengaran, klien mendengar suara-suara seorang laki-laki yang menyuruhnya untuk pergi. suara itu datang ketika melamun, dan setiap hari lebih dari 3 kali. klien merasa ketakutan setiap suara itu datang.

g. Proses pikir

Klien tidak mengalami gangguan proses pikir.

h. Tingkat kesadaran

Klien tidak mengalami gangguan kesadaran. Klien dapat mengenal waktu, hari, bulan, orang saat diwawancarai.

i. Memori

Klien tidak mengalami gangguan daya ingat, baik jangka panjang maupun jangka pendek. Klien juga mengingat keadaan saat ini.

j. Tingkat konsentrasi dan berhitung

Klien memiliki konsentrasi yang baik dan dapat berhitung dengan baik.

k. Kemampuan penilaian

Klien dapat mengambil keputusan setelah dibantu oleh perawat.

1. Daya tilik diri

Klien menerima penyakit yang sedang dideritanya.

8. Kebutuhan persiapan pulang

a. Perawatan diri

1) Mandi

Klien mandi 2 kali dalam sehari menggunakan sabun mandi dan gosok gigi.

2) Kebersihan

Klien tampak bersih dan rapi, baik dari pakaian maupun penampilan.

3) Makan

Klien mau makan 3 kali sehari dengan mandiri

4) Buang air kecil

Klien buang air kecil (BAK) ± 6 kali dalam sehari di dalam toilet.

5) Buang air besar

Klien buang air besar (BAB) 1 x dalam sehari di dalam kamar mandi.

6) Ganti pakaian

Klien ganti pakaian 1 kali dalam sehari.

b. Nutrisi

Klien merasa puas dengan pola makannya saat ini jika makan tidak memisahkan diri dengan yang lain.

c. Istirahat dan tidur

Klien mengalami masalah tidur, yaitu sulit tidur nyenyak. Bangun tidur tidak segar/ lesu. Klien mempunyai kebiasaan tidur siang, biasanya tidur siang selama  $\pm$  2 jam, tidur malam rata-rata 8 jam mulai jam 20.00 sampai 04.00 WIB.

d. Penggunaan obat

Selama minum obat klien belum mengetahui jenis obat dan dosis yang diminum, tetapi mengetahui warna dari obat yang diberikan.

e. Pemeliharaan kesehatan

Klien tidak mau masuk ke rumah sakit ini lagi, klien hanya ingin rawat.

f. Aktivitas di dalam rumah

Klien mengatakan di rumah biasanya hanya duduk dan berdiam diri di rumah, sesekali membantu menyapu di rumah.

g. Aktivitas di luar rumah

Klien mengatakan duduk-duduk bersama tetangganya.

h. Mekanisme coping

Klien mengatakan jika ada masalah biasa dipendam sendiri atau kadang-kadang bercerita dengan ibunya, tetapi tidak secara keseluruhan.

i. Masalah psikososial dan lingkungan

Klien jarang sekali berkomunikasi saat di rumah, karena klien memang mempunyai sifat pendiam. Dengan lingkungan juga kurang aktif ikut kegiatan-kegiatan yang diadakan di tempat tinggalnya.

j. Aspek medik

Diagnosa medik : Skizofrenia paranoid (F-20)

Therapi medik : - Trihexypenidin (THp) 2 x 5 mg  
- Haloperidol (HLP) 2 x 5 mg

Terapi non obat : - ECT konvensional 3x pada tanggal 19, 22, 24  
Maret 2010

## B. Analisa Data

Berdasarkan pemeriksaan pada tanggal 28 Maret 2010 ditemukan data-data yaitu data subjektif klien mengatakan mendengar suara-suara yang menyuruhnya untuk pergi. Data objektif, klien tampak ketakutan, sering melamun, klien terkadang diam saja. Dari data tersebut maka muncul masalah keperawatan gangguan persepsi sensori halusinasi.

Data subjektif, klien mengatakan sebagai seorang pendiam, klien mengatakan enggan bergaul dengan lain. Data objektif, klien tampak sering menyendiri, jarang berbincang dengan teman dan perawat, dari data tersebut maka muncul masalah keperawatan isolasi sosial.

Data subjektif, klien mengatakan lebih suka berdiam diri, karena malu berinteraksi dengan orang lain. Data objektifnya, ekspresi wajah klien tenang, kontak mata kurang, klien jarang berinteraksi dengan orang lain.

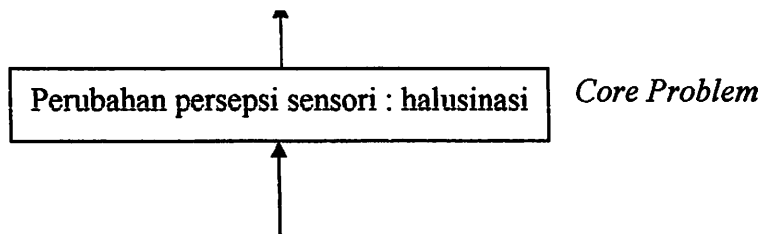
Daftar masalah keperawatan

1. Isolasi sosial : menarik diri
2. Gangguan persepsi sosial, halusinasi pendengaran
3. Ketidakefektifan penatalaksanaan regimen terapeutik



### C. Pohon Masalah

Risiko mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan.



### D. Diagnosa Keperawatan

Perubahan persepsi sensori : halusinasi pendengaran

### E. Intervensi Keperawatan

1. Perubahan persepsi sensori : halusinasi pendengaran.

Intervensi di lakukan pada tanggal 28 maret 2010

Tujuan umumnya adalah klien dapat mengontrol halusinasi yang dialaminya. Tindakan keperawatan SP1p yaitu: mengidentifikasi jenis halusinasi, mengidentifikasi isi halusinasi, mengidentifikasi waktu halusinasi, mengidentifikasi frekuensi halusinasi, mengidentifikasi situasi yang menimbulkan halusinasi, mengidentifikasi respon pasien terhadap halusinasi, dan menganjurkan pasien untuk menghardik halusinasi dalam jadwal kegiatan. dengan kriteria hasil : Klien dapat menyebutkan jenis halusinasi dan dapat menyebutkan isi halusinasi, klien dapat mengetahui kapan halusinasi datang, klien mengetahui situasi halusinasi itu akan datang, klien dapat merespons halusinasi, klien dapat menghardik halusinasi dalam jadwal kegiatan. untuk intervensinya: Diskusikan dengan

klien cara menganal halusinasi, isi, waktu, frekuensi, dan respon klien terhadap halusinasi, melatih klien mengontrol halusinasi dengan menghardik halusinasi (*role play*), melatih klien mengisi buku / lembar harian pasien.

Tindakan keperawatan SP2p : mengevaluasi jadwal kegiatan harian, melatih pasien mengendalikan halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain, menganjurkan pasien memasukan dalam jadwal kegiatan harian pasien. dengan kriteria hasil : klien sudah dapat memasukan kegiatan yang sudah dilakukan ke dalam jadwal harian, klien dapat mendendalikan halusinasi, klien dapat memasukan semua tindakan ke dalam kegiatan harian. untuk intervensinya : diskusikan kembali dengan klien apa saja halusinasi dan cara mengatasinya, Melatih pasien mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap (*role play*),Meningatkan kembali klien untuk memasukan kegiatan dalam jadwal harian.

Tindakan keperawatan SP3p : mengevaluasi jadwal kegiatan pasien, melatih pasien mengendalikan halusinasi dengan melakukan kegiatan (yang biasa dilakukan di rumah), menganjurkan pasien memasukan dalam jadwal kegiatan harian, dengan kriteria hasil : klien sudah dapat melakukan kegiatan harian yang sudah dianjurkan, klien dapat mengendalikan halusinasi dengan melakukan kegiatan yang paling disukai, klien dapat mengisi kegiatan harian sesuai yang diajarkan perawat. untuk intervensinya : mengevaluasi kegiatan yang sudah diajarkan dan mengecek buku kegiatan harian klien, melatih klien

mengendalikan halusinasi dengan melakukan kegiatan yang paling disukai, mengingatkan kembali klien untuk mengisi buku harian.

Tindakan keperawatan SP4p: mengevaluasi jadwal kegiatan harian, memberikan pendidikan kesehatan tentang penggunaan obat secara teratur, menganjurkan klien memasukan dalam jadwal kegiatan harian. dengan kriteria hasil : klien dapat mengevaluasikan kegiatan harian pasien, klien dapat mendemonstrasikan cara mengontrol halusinasi dengan minum obat, klien lebih dapat memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian. untuk inervasinya: memberi kesimpulan kepada pasien untuk mempraktekan latihan fisik dan verbal. Melatih pasien untuk mengontrol halusinasi dengan meminum obat (*role play*), memberi *reinforcement* positif atas keberhasilan klien menstimulasi cara tersebut, mengidentifikasi lagi bersama klien cara tindakan yang dilakukan jika terjadi halusinasi.

## F. Implementasi

Untuk implementasi dilakukan pada tanggal 28 -30 Maret 2010

Tanggal 28/3/2010

SP1p- Bina hubungan saling percaya yaitu: menyapa klien dengan ramah, memperkenalkan diri, menanyakan nama klien, menjelaskan tujuan pertemuan. mendiskusikan dengan klien tentang isi halusinasi, waktu, frekuensi, situasi yang menyebabkan halusinasi klien muncul dan respon klien saat halusinasi muncul, melatih klien mengontrol halusinasi dengan menghardik halusinasi, tindakan kolaborasi pemberian obat.

SP2p- Melatih klien mengontrol halusinasi dengan mengajak bercakap-cakap dengan orang lain.

Tanggal 29/3/2010

SP3p- membantu klien melakukan aktifitas yang terjadwal, menjelaskan pentingnya aktifitas yang teratur untuk mengatasi halusinasi, mendiskusikan aktifitas yang biasa dilakukan oleh klien, melatih klien melakukan aktifitas menyusun jadwal kegiatan sehari –hari sesuai dengan aktifitas yang telah dilakukan, memantau jadwal kegiatan.

Tanggal 30/3/2010

SP4P-membantu klien untuk menggunakan obat secara teratur sesuai program, menjelaskan guna obat, menjelaskan akibat putus minum obat, menjelaskan cara mendapatkan obat/berobat dan menggunakan obat dengan 5B.

#### G. Evaluasi.

Evaluasi dilakukan tanggal 28-30 Maret 2010.

Tanggal 28/3/2010

Data Subjek : klien mengatakan namanya, rumah, mengatakan yang klien dengar, berapa kali suara datang, dan berapa lama suara itu datang

Data Objek : kontak mata masih kurang, klien terlihat kooperatif, klien lambat dalam menjawab pertanyaan

Analisa : masalah teratasi sebagian, klien belum begitu percaya, kontak mata masih kurang

Planing : perawat: membina hubungan saling percaya, membicarakan pertemuan selanjutnya tentang halusinasi.

klien : menganjurkan untuk mengingat kembali nama perawat.

Tanggal 28/3/2010

Data Subjek : klien mengatakan semua yang dilakukan pada saat halusinasi datang dan mau memperagakan.

Data Objek : klien kooperatif, dan mau memperagakan cara menghardik

Analisa : klien mampu mengenal halusinasi, klien mampu mempraktekan cara mengontrol halusinasi masalah teratasi

Planing : perawat : ajarkan cara mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap

Klien : memotivasi klien melakukan cara menghardik bila halusinasi muncul.

28/3/2010

Data Subjek : klien mengatakan mau melakukan cara yang kedua yaitu mengajak ngobrol orang lain jika halusinasi datang.

Data Objek : klien tampak mau berbincang-bincang dengan temannya

Analisa : masalah teratasi, klien mampu mempraktikan cara mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap

Planing : Perawat : ajarkan cara mengontrol halusinasi dengan mengajarkan pekerjaan sehari-hari.

Klien : memotivasi klien untuk melakukan cara yang diajarkan.

Tanggal 29/3/2010

Data Subjek : klien mengatakan kebiasaan yang dilakukan

Data Objek : klien tampak tenang, kooperatif, dan mau melakukan kegiatan harian

Analisa : masalah teratasi

Planing : perawat lanjutkan intervensi dan anjurkan untuk program pengobatan secara optimal

Klien : memotivasi cara yang dilakukan ketika halusinasi datang.

Tanggal 30/3/2010

Data Subjek: klien mengatakan mau meminum obat dan sesuai dengan program

Data Objek : klien tampak memperhatikan, klien kooperatif

Analisa : masalah teratasi, pasien mampu menggunakan obat yang biasa diminum dengan warna ungu

Planing : Perawat : ajarkan dan anjurkan klien untuk terlibat dalam pengobatan klien baik di rumah sakit maupun di rumah

Klien : memotivasi klien untuk mengikuti program pengobatan sesuai program dengan optimal.

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Pada bab ini penulis akan menguraikan permasalahan yang terjadi di dalam kasus, penyelesaian serta perbandingan teori dengan kenyataan yang terjadi pada saat pemberian asuhan keperawatan pada Tn.S dengan diagnosa medis skizofrenia paranoid di Ruang VI Rumah Sakit Jiwa Dr. Amino Gondohutomo Semarang yang dilaksanakan pada tanggal 28 maret 2010 – 30 maret 2010.

#### **A. Pengkajian**

Hasil pengkajian pada tanggal 28 maret 2010 pada Tn.S dengan ditemukan data: Klien bernama Tn. S, umur 32 tahun, berjenis kelamin laki-laki, beragama Islam, pendidikan terakhir SMA, pekerjaan buruh, dan klien tinggal di Pati. Klien masuk rumah sakit pada tanggal 17 Maret 2010, No. RM 063584 dengan diagnosa medis halusinasi dengar.

Adapun identitas penanggung jawab klien bernama Ny. A, berusia 53 tahun, berjenis kelamin perempuan, hubungannya dengan klien sebagai ibu. alasan masuknya : keluarga klien mengatakan kurang lebih 1 minggu sebelum dibawa ke RSJP Dr. Aminogondohutomo klien tidak mau makan, bingung, sering mengobrol sendiri di dalam kamar, dan menolak minum obat.

Pada pengkajian ditemukan data klien mengatakan mendengar suara – suara yang menyuruh untuk pergi, suara itu datang ketika sedang melamun, setiap hari lebih dari 3 kali suara itu datang. klien tampak ketakutan setiap kali suara itu datang. data tersebut merupakan data subjektif dan data objektif

yang merupakan data diri hasil pengkajian selama melakukan interaksi dengan pasien.

Faktor predisposisi dari hasil pengkajian di dapatkan bahwa Tn.s sebelumnya pernah dirawat 3 kali di RSJ, terakhir pada tahun 2009. Dahulu klien dibawa ke RSJ dengan keluhan yang sama. Klien tidak mau minum obat, karena merasa sudah sembuh. di masyarakat kurang diterima karena pernah masuk RSJ. Klien tidak pernah mengalami penganiayaan fisik, seksual, kekerasan dalam rumah tangga dan tindakan kriminal, tetapi pada umur 7 tahun pernah terbentur kepalanya, dan data dari anggota keluarga Tn.S belum ada yang menderita penyakit yang sama seperti Tn.S derita yaitu gangguan jiwa. Kurang lebih 2 bulan yang lalu klien sering berdiam diri di kamar, suka berbicara sendiri. Klien tidak mau makan dan minum obat. Klien merasa malu bertemu dengan orang lain. Data yang ditemukan sudah sesuai apa yang di bahas pada teori.

## **B. Diagnosa**

Halusinasi adalah penyerapan tanpa adanya rangsang apapun pada panca indra seseorang yang terjadi dalam keadaan sadar / bangun dasarnya mungkin organik / histerik ( Maramis, 2004 ). halusinasi adalah persepsi sensorik yang keliru dan melibatkan panca indra, dalam skizofrenia, halusinasi pendengaran merupakan halusinasi yang paling banyak (Isaacs, 2005).halusinasi adalah suatu persepsi yang salah tanpa dijumpai adanya rangsang dari luar ( Yosep, 2007 ).



Berdasarkan data – data tersebut diatas baik subjektif maupun objektif sudah memenuhi batasan karakteristik dari Maramis, Isaacs dan Yosep. Oleh karena itu penulis dapat menarik diagnosa gangguan persepsi sensori: halusinasi dengar dan data yang berasal dari kasus penulis ataupun dari empiris (teori) tidak ada perbedaan yang mencolok.

Kemungkinan akan sedikit mengkhawatirkan apabila individu dengan halusinasi tidak mengikuti perintah, halusinasi bisa berlangsung dalam beberapa jam atau hari apabila tidak ada intervensi terapeutik, sehingga sangat potensial untuk melakukan resiko perilaku kekerasan. Dengan demikian klien dengan halusinasi harus segera mendapatkan pengawasan dan ditangani, jika tidak segera ditangani klien dapat melakukan tindakan yang dapat merusak diri sendiri, orang lain dan lingkungan.

### **C. Intervensi**

Dalam proses asuhan keperawatan yang telah dilakukan selama 3 hari yaitu tanggal 28 sampai 30 Maret 2010, dilaksanakan intervensi yang telah direncanakan sebelumnya secara sistematis dari diagnosa yang telah ditetapkan, dengan menggunakan strategi pelaksanaan untuk melakukan implementasi keperawatan. Pada diagnosa pertama diharapkan asuhan keperawatan dapat mencapai empat strategi pelaksanaan yang dilakukan untuk pasien dan tiga strategi pelaksanaan untuk keluarga pasien yaitu:

SP1p mengidentifikasi jenis halusinasi pasien, mengidentifikasi isi halusinasi pasien, mengidentifikasi waktu halusinasi pasien, mengidentifikasi situasi yang menimbulkan halusinasi, mengidentifikasi respon pasien

terhadap halusinasi, melatih pasien cara kontrol halusinasi dengan menghardik, membimbing pasien memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian.

SP2p melatih pasien cara kontrol halusinasi dengan berbincang dengan orang lain.

SP3p melatih pasien cara kontrol halusinasi dengan kegiatan (yang biasa dilakukan pasien).

SP4p menjelaskan cara kontrol halusinasi dengan teratur minum obat (prinsip 5 benar minum obat).

Tujuan dari asuhan keperawatan pada diagnosa gangguan persepsi sensori : halusinasi dengar yaitu tujuan umumnya adalah klien dapat mengontrol halusinasi yang dialaminya. Sedangkan tujuan khususnya yaitu klien dapat membina hubungan saling percaya, klien dapat mengenal halusinasinya, klien dapat mengontrol halusinasinya, klien dapat dukungan dari keluarga dalam mengontrol halusinasinya, klien dapat memanfaatkan obat dengan baik.

Intervensi yang sudah dilaksanakan pada diagnosa pertama yaitu : membina hubungan saling percaya, rasionalnya hubungan saling percaya merupakan dasar kelancaran hubungan interaksi selanjutnya, pasien dapat mengenal halusinasinya (sejenis, isi, frekuensi, situasi, respon terhadap halusinasi), rasionalnya mengenal perilaku pada saat halusinasi timbul memudahkan perawatan dalam melaksanakan intervensi dan mengenal halusinasi memungkinkan klien untuk menghindari faktor pencetus

timbulnya halusinasi, pasien dapat mengontrol halusinasinya (dengan berbincang dengan orang lain, dengan kegiatan, dengan teratur minum obat), rasionalnya upaya untuk memutuskan siklus halusinasi sehingga halusinasi tidak berlanjut dan memberikan alternatif pilihan bagi pasien untuk mengontrol halusinasi, selanjutnya pasien dapat memanfaatkan obat dengan baik, rasionalnya dengan menyebutkan frekuensi, manfaat dan efek samping obat diharapkan pasien dapat melaksanakan program pengobatan dan dengan mengetahui prinsip penggunaan obat maka kemandirian pasien untuk pengobatan dapat ditingkatkan secara bertahap.

Adapun intervensi yang belum dapat dilaksanakan adalah strategi pelaksanaan yang ke 1, 2 dan ke 3 yaitu melatih keluarga mempraktekan cara merawat klien dengan halusinasi dengar, dan membantu keluarga membuat jadwal aktivitas di rumah termasuk minum obat. Hal ini dikarenakan saat akan melakukan kontrak dengan keluarga pasien, pasien diperbolehkan pulang oleh dokter jadi kesempatan untuk melakukan strategi pelaksanaan ke1, 2 dan ke 3 belum di berikan. Sebenarnya ini di tekankan karena keluarga merupakan element yang penting untuk membantu klien dalam beraktivitas di rumah setelah pulang dan pengontrol apa saja yang di lakukan klien agar tidak timbul lagi gangguan yang pernah di alami.dan keluarga adalah penyemangat hidup dalam diri klien.

#### D. Implementasi.

Implementasi yang sudah dilaksanakan yaitu:

SP1p menyapa pasien, memperkenalkan diri dengan pasien, menjelaskan tujuan, menanyakan nama klien dan nama panggilan yang disukai, menanyakan alasan pasien dibawa ke rumah sakit. membantu pasien mengenal halusinasinya, mendiskusikan dengan pasien tentang situasi, waktu dan frekuensi timbulnya halusinasi, menanyakan apa yang dirasakan jika halusinasi muncul, melatih pasien cara kontrol halusinasi dengan menghardik, menanyakan kembali kepada pasien apa yang sudah dibicarakan, memberi reinforcement positif kepada pasien, memberikan tugas kepada pasien untuk memasukkan dalam jadwal kegiatan harian apa yang telah dipelajari, membuat kontrak (waktu, tempat, topik) untuk pertemuan selanjutnya. Selama penulis melakukan SP1P, penulis mengalami hambatan yaitu klien belum begitu percaya, kontak mata kurang, di karenakan penulis baru dalam menangani klien dan hubungan saling percaya belum terjalin dengan baik. solusi yang dijalankan penulis adalah dengan selalu menyapa klien tiap bertemu, mengajak berbincang- bincang, dan menimbulkan suasana yang hangat.

SP2P menyapa pasien, menanyakan tugas yang telah diberikan, mengingatkan kontrak dan membuat kontrak dengan pasien untuk mendiskusikan cara baru untuk mengontrol halusinasi selama 10 menit di ruang perawat, menjelaskan cara mengontrol halusinasi menghardik, berbincang dengan orang lain, memberikan kesempatan kepada pasien untuk

melakukan cara yang telah dilatih, memberikan reinforcement positif, menanyakan kembali tentang cara yang telah didiskusikan, menganjurkan kepada pasien untuk melatih cara yang sudah dilatih, membuat kontrak (waktu, tempat, topik). Implementasi sp2p sudah dilaksanakan klien dengan baik. Penulis memberi solusi penyemangat untuk menjadi motifasi klien agar mau melakukannya.

SP3P membantu klien melakukan aktifitas yang terjadwal, menjelaskan pentingnya aktifitas yang teratur untuk mengatasi halusinasi, mendiskusikan aktifitas yang biasa dilakukan oleh klien, melatih melakukan aktifitas menyusun jadwal kegiatan sehari-hari sesuai dengan aktifitas yang telah dilakukan, memantau jadwal kegiatan. pada SP3P penulis tidak mengalami hambatan, dikarenakan hubungan saling percaya yang baik dan mrngoptimalkan kebersamaan yang lebih akrab.

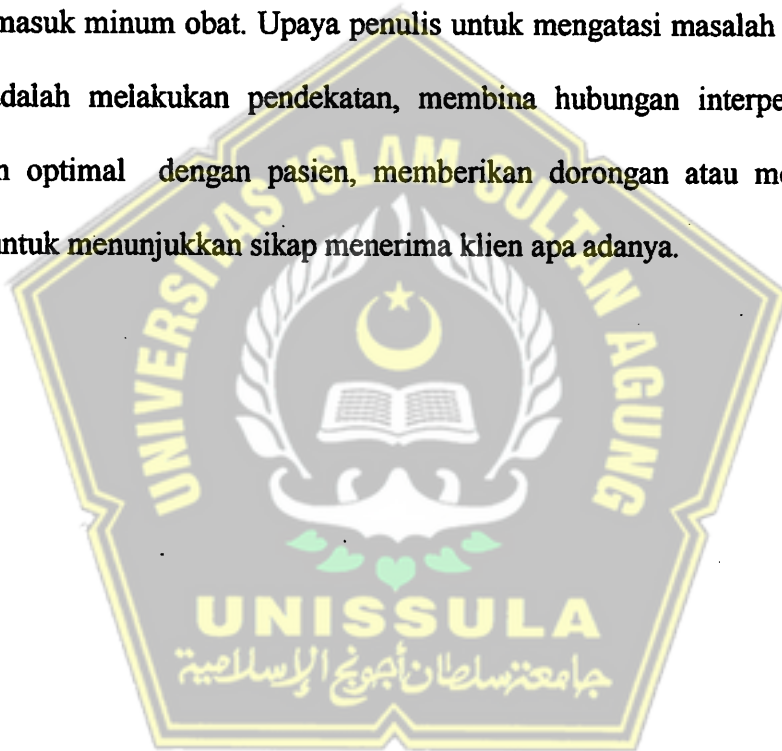
SP4P membantu klien untuk menggunakan obat secara teratur sesuai program, menjelaskan cara mendapatkan obat/berobat dan menggunakan obat dengan 5B. di sini penulis tidak mengalami hambatan karena klien sudah 3 kali masuk RSJ. Penulis hanya mengulang, dan sesekali mengingatkan kembali.

#### **E. Evaluasi**

Evaluasi dari diagnosa pertama ini klien mau berjabat tangan, mau menyebut nama, mau menjawab salam, mau duduk berdampingan dengan perawat, mau mengutarakan masalah yang dihadapi, mau mengungkapkan perasaan terhadap halusinasinya, menyebutkan cara mengontrol

halusinasinya, klien mendemonstrasikan salah satu cara mengontrol halusinasi, klien terlihat mengikuti kegiatan ruangan seperti membersihkan kamar dan senam bersama teman – teman.

Evaluasi yang diperoleh telah sesuai dengan konsep teori (SOP), sedangkan kriteria yang belum tercapai adalah keluarga mempraktekan cara merawat klien dengan halusinasi, dan keluarga membuat jadwal aktivitas di rumah termasuk minum obat. Upaya penulis untuk mengatasi masalah belum tercapai adalah melakukan pendekatan, membina hubungan interpersonal yang lebih optimal dengan pasien, memberikan dorongan atau motivasi keluarga untuk menunjukkan sikap menerima klien apa adanya.



## **BAB V**

### **PENUTUP**

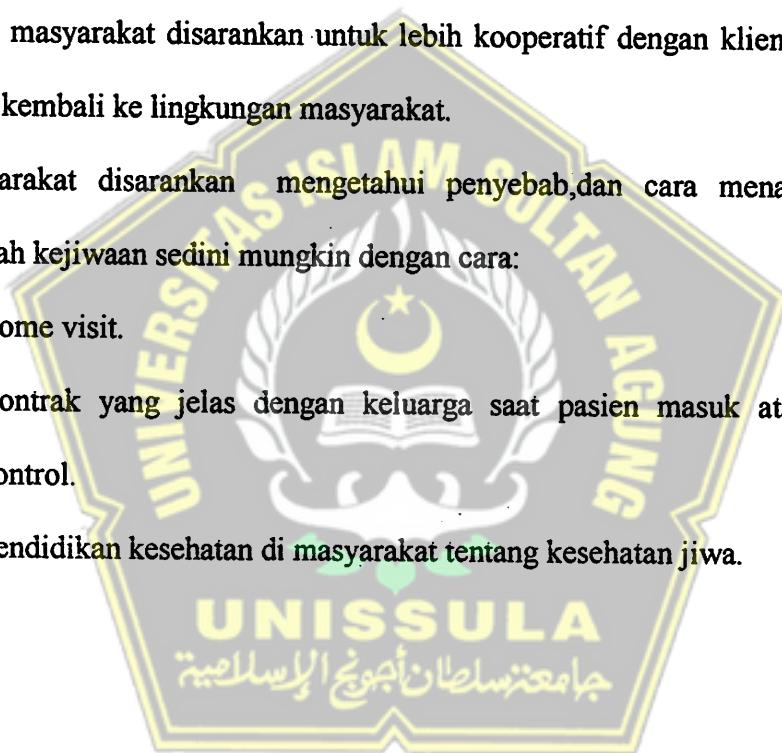
#### **A. Kesimpulan.**

1. pencapaian hasil yang di inginkan sangat tergantung dengan bagaimana cara menentukan asuhan keperawatan pada klien, sehingga klien dapat menerima realita yang ada dengan intervensi yang sesuai.
2. Pemberian tindak lanjut kepada klien setiap selesai suatu interaksi dapat membantu klien untuk memasukan hal-hal yang bersifat realita, sehingga akan mengoptimalkan pencapaian hasil sesuai kriteria evaluasi yang telah ditetapkan
3. Keluarga adalah bagian yang paling tepat dalam membantu proses pemulihan klien gangguan jiwa dan masyarakat adalah kelompok pendukung agar klien tidak kembali pada halusinasinya.

#### **B. Saran**

1. Perawat yang bekerja di RSJ hendaknya mampu memodifikasi askep dengan mempertimbangkan kemampuan klien dalam menerima suatu intervensi keperawatan
2. Perawat yang bekerja di RSJ perlu memberikan evaluasi dan tindak lanjut kepada klien pada akhir setiap interaksi dengan maksud memudahkan klien untuk memasukkan hal-hal yang telah diberikan perawat kepadanya dengan cara:

- a. Perawat yang bekerja di RSJ disarankan untuk selalu berinteraksi secara maksimal dengan klien.
  - b. Perawat yang bekerja di RSJ hendaknya mampu melibatkan keluarga dalam proses perawatan klien dengan gangguan jiwa.
  - c. Bagi rumah sakit agar lebih banyak mengaktifkan pasien dalam kegiatan harian.
3. Untuk masyarakat disarankan untuk lebih kooperatif dengan klien yang sudah kembali ke lingkungan masyarakat.
  4. Masyarakat disarankan mengetahui penyebab, dan cara menangani masalah kejiwaan sedini mungkin dengan cara:
    - a. Home visit.
    - b. Kontrak yang jelas dengan keluarga saat pasien masuk ataupun kontrol.
    - c. Pendidikan kesehatan di masyarakat tentang kesehatan jiwa.





## DAFTAR PUSTAKA

- Baihaqi, MIF, dkk, 2005. *Psikiatri: Konsep Dasar dan Gangguan-Gangguan*. Bandung : PT. Refika Aditama.
- Isaacs, A. 2005. *Panduan Belajar : Keperawatan Kesehatan Jiwa & Psikiatrik Edisi 3 (terjemahan)*. Jakarta : Penerbit buku Kedokteran EGC.
- Keliat, B. A, 2005. *Proses Keperawatan Kesehatan Jiwa Edisi 2*. Jakarta : EGC.
- Rasmun, 2001. *Keperawatan Kesehatan Mental Psikiatri Terintegrasi Dengan Keluarga Edisi pertama*. Jakarta : CV.SAGUNG SETO.
- Rasmun, 2005. *Keperawatan Kesehatan Mental Psikiatri Terintegrasi Dengan Keluarga Edisi kedua*. Jakarta : CV.SAGUNG SETO.
- Stuart, G.W. 2006. *Buku Saku Keperawatan Jiwa Edisi 5 (terjemahan)*. Jakarta : EGC.
- Townsend, M. C,1998. *buku saku diagnosa keperawatn pada keperawatan psikiatri : pedoman untuk pembuatan rencana keperawatan*. edisi ketiga. jakarta : EGC.
- Yosep, I. 2009. *Keperawatan Jiwa Edisi revisi*. Bandung : PT. Refika Aditama.