

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. S DENGAN GANGGUAN
SENSORI PERSEPSI HALUSINASI PENDENGARAN
DIRUANG JANAKA RUMAH SAKIT JiWA
DAERAH DOKTER AMINO
GONDHOHUTOMO
SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun oleh :

Rinda Jayanti Kartika Sari

NIM.89.331.31027

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS SULTAN AGUNG
SEMARANG
2011**

HALAMAN PERSETUJUAN

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

Hari : Rabu

Tanggal : 15 Mei 2011



Semarang, 15 Mei 2011

Pembimbing

AP Heppy R

(Hj. Dwi Heppy Rahmawati, S.Kep., Ns.)

NIK. 210. 998. 001

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan di hadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi D III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula Semarang pada hari Kamis, tanggal 9 Juni 2011 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.

Semarang, 15 Juli 2011

Tim Penguji

Penguji I



(Wahyu Endang Setyowati, SKM.)

NIK : 210.998.004

Penguji II



(Slamet Sudiyanto, SKM., S.Kep.)

NIK : 197004271993031003

Penguji III



(Hj. Dwi Heppy Rochmawati, S.Kep., Ns.)

NIK : 210.998.006

MOTTO

- ❖ *Senang bekerja dan bekerja dengan senang*
- ❖ *Lakukan sesuatu dengan tulus ikhlas, dengan itu kita akan bisa menghargai hasil yang kita capai.*
- ❖ *Dengan ridho, do'a dan curahan kasih sayang kedua orang tua, aku ingin menjadi anak sholeh yang berbakti kepada kedua orang tua, dan membanggakan, serta menjadi perawat yang berguna bagi diri sendiri, keluarga, masyarakat, bangsa dan negara.*
- ❖ *Dengan Nikmat, Rahmat, dan Ridho Allah SWT. aku ingin menjadi perawat yang profesional, bertanggung jawab, solidaritas, jujur, dan islami.*
- ❖ *Percayalah dan yakin semuanya akan indah pada waktunya*

Rinda Jayanti Kartika
Sari

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah Robbil Alamin, Penulis panjatkan puji syukur kehadiran Allah Subhanahu Wata'ala yang telah melimpahkan rahmat, hidayah, dan inayahnya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “ ASUHAN KEPERAWATAN JIWA DENGAN PERUBAHAN SENSORI PERSEPSI : HALUSINASI DENGAR PADA Ny. S DIRUANG IX (JANAKA) RUMAH SAKIT JIWA DAERAH DOKTER AMINO GONDHOHUTOMO SEMARANG.

Tersusunnya Karya Tulis Ilmiah ini, tidak lepas dari dukungan dari banyak pihak, untuk itu pada kesempatan ini. Penulis tidak lupa mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Prof. Dr. Laode M. Kamaluddin, M.Sc, M.Eng., selaku rektor UNISSULA.
2. Iwan Ardian, SKM., selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Wahyu Endang Setyowati, SKM., Selaku ketua Program Studi D III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
4. Hj. Dwi Heppy Rochmawati, S.Kep., Ns., Selaku pembimbing dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
5. Bapak Slamet Sudyanto, SKM., S.Kep., yang telah membimbing saya dalam pembuatan askep KTI jiwa.

6. Institusi Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. Amino gondhohotomo Semarang sebagai lahan menuntut ilmu.
7. Bapak dan Ibu Dosen yang telah memberikan banyak bekal ilmu kepada penulis.
8. Bapak, ibu, kakak, adik serta keluarga tercinta yang telah memberikan dorongan dan bantuan baik moril maupun material serta motivasi yang tidak henti-hentinya.
9. Para sahabat terdekat saya dan rekan-rekan mahasiswa DIII keperawatan UNISSSULA angkatan 2008 serta semua pihak yang ikut membantu dalam penyusunan Karya tulis ilmiah ini.
10. Para teman-teman saya yang senasib seperjuangan dalam penyusunan KTI jiwa ini.
11. 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.

Semarang, 15 Mei 2011

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
HALAMAN MOTTO.....	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI.....	vii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan.....	3
C. Manfaat Penulisan.....	3
BAB II KONSEP DASAR.....	6
A. Pengertian.....	6
B. Jenis-jenis halusinasi	7
C. Tahap-tahap halusinasi	9
D. Penyebab	11
E. Manifestasi klinis	13
F. Rentang respon neurologis.....	13
G. Mekanisme koping	14
H. Pohon masalah	15
I. Masalah keperawatan	15
J. Diagnosa keperawatan.....	16
K. Fokus intervensi	16

BAB III HASIL ASUHAN KEPERAWATAN	24
A. Diagnosa Keperawatan.....	24
1. Pengkajian	24
2. Analisa Data.....	34
3. Pohan Masalah	36
4. Diagnosa Keperawatan.....	36
5. Intervensi keperawatan.....	36
6. Implementasi dan Evaluasi	39
BAB IV PEMBAHASAN	43
A. Pengkajian.....	43
B. Diagnosa Keperawatan.....	47
C. Intervensi.....	48
D. Implementasi.....	50
E. Evaluasi.....	51
BAB V PENUTUP	53
A. Kesimpulan.....	53
B. Saran.....	55

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Rentang Respon Neurologis	14
Gambar 2.2 Pohon Masalah Perubahan Sensori Persepsi: Halusinasi	15
Gambar 3.1 Genogram klien	25
Gambar 3.2 Pohon Masalah Klien	36



DAFTAR LAMPIRAN

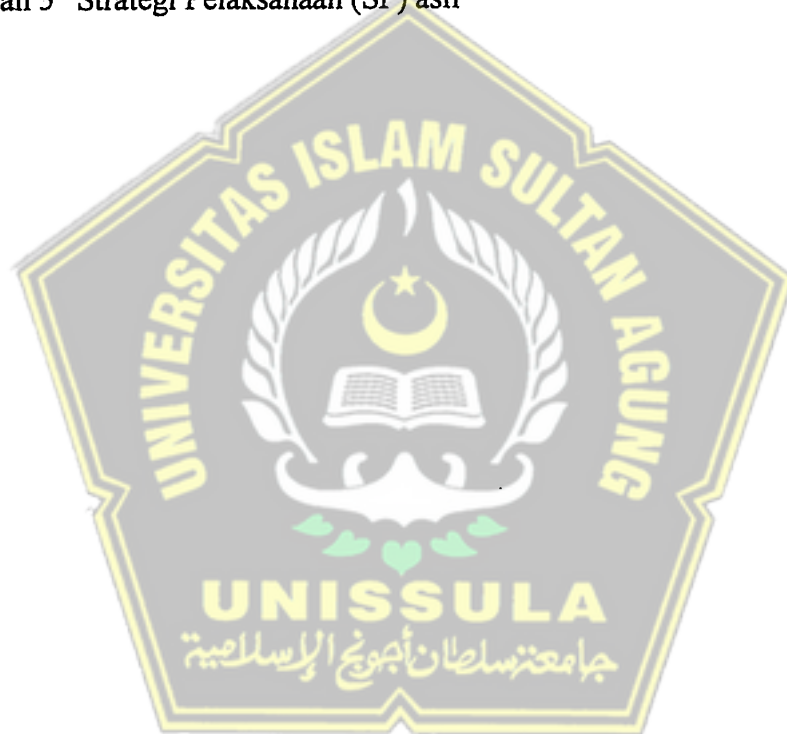
Lampiran 1 Surat Kesediaan Membimbing

Lampiran 2 Surat Keterangan Konsultasi

Lampiran 3 Lembar Konsultasi

Lampiran 4 Askep Asli

Lampiran 5 Strategi Pelaksanaan (SP) asli



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan jiwa adalah suatu kondisi perasaan sejahtera secara subyektif, suatu penilaian diri tentang perasaan mencakup aspek konsep diri, kebugaran dan kemampuan pengendalian diri (Riyadi ; Purwanto, 2009).

Era globalisasi dan persaingan bebas menimbulkan kecenderungan terhadap peningkatan gangguan jiwa semakin besar hal ini disebabkan karena stressor dalam kehidupan semakin kompleks. Sejalan dengan hal ini kemampuan sumber daya manusia yang berkualitas sangat diharapkan untuk dapat mengatasi hal tersebut (Suliswati, 2005), apabila tidak mampu mengatasi stresor maka yang bersangkutan akan mengalami penurunan kekebalan atau imunitas sehingga taraf kesehatan mental atau jiwanya terganggu (Riyadi ; Purwanto, 2009).

Menurut Yosep (2007) terjadinya perang, konflik, dan lilitan krisis ekonomi berkepanjangan merupakan salah satu pemicu yang memunculkan stress, depresi dan sebagai gangguan kesehatan jiwa pada manusia. WHO menyatakan, paling tidak, ada satu dari empat orang di dunia mengalami masalah mental. WHO memperkirakan ada sekitar 450 juta orang di dunia yang mengalami gangguan kesehatan jiwa. Menurut data dari Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) tahun 1995, di Indonesia diperkirakan sebanyak 264 dari 1.000 anggota rumah tangga menderita gangguan

kesehatan jiwa. Dalam hal ini, Azrul Azwar (Dirjen Bina Kesehatan Masyarakat Depkes) mengatakan angka itu menunjukkan jumlah penderita gangguan kesehatan jiwa di masyarakat yang sangat tinggi, yakni satu dari empat penduduk di Indonesia menderita kelainan jiwa dan rasa cemas, depresi, stress, penyalahgunaan obat, kenakalan remaja sampai skizofrenia.

Menurut Arif (2006) skizofrenia adalah gangguan mental yang sangat berat sehingga kebanyakan penderitanya tidak dapat pulih kembali seperti kondisi sebelum mereka mengalaminya. Angka pasien skizofrenia di Amerika Serikat cukup tinggi, mencapai 1/1000 penduduk. Sebagai perbandingan, di Indonesia bila pada PJPT I angkanya adalah 1/1000 penduduk maka proyeksinya pada PJPT 11, 3/1000 penduduk, bahkan bisa lebih besar lagi. 20% - 50% pasien skizofrenia melakukan percobaan bunuh diri, dan 10% diantaranya berhasil (mati bunuh diri). Hingga sekarang belum ditemukan penyebab (etiologi) yang pasti mengapa seseorang menderita skizofrenia. Berdasarkan dari penelitian-penelitian yang telah dilakukan tidak ditemukan faktor tunggal. Penyebab skizofrenia menurut penelitian mutakhir antara lain adalah faktor genetik, virus, auto antibodi, malnutrisi.

Diperkirakan lebih dari 90% klien dengan skizofrenia mengalami halusinasi. Meskipun bentuk halusinasinya bervariasi tetapi sebagian besar klien skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa mengalami halusinasi dengar. Menurut Carpenito (2006) gangguan persepsi sensorik adalah keadaan ketika individu atau kelompok mengalami atau beresiko mengalami suatu perubahan dalam jumlah, pola, atau interpretasi stimulus yang datang, sedangkan halusinasi itu sendiri adalah persepsi sensorik yang salah dimana tidak terdapat stimulus

sensorik yang berkaitan dengannya (Arif, 2006). Menurut Isaacs (2004) halusinasi pendengaran adalah halusinasi yang sering terjadi.

Pasien yang mengalami gangguan persepsi sensori halusinasi akan merasakan stimulus yang tidak ada. Klien merasa ada suara padahal tidak ada stimulus suara. Sangat penting bagi perawat untuk mengkaji perintah yang diberikan lewat isi halusinasi klien. Karena mungkin saja klien mendengar perintah menyakiti orang lain, membunuh, atau loncat jendela. Selain itu perawat juga perlu mengkaji waktu, frekuensi dan situasi munculnya halusinasi, dampak halusinasi, dan respon klien ketika halusinasi itu muncul (Yosep, 2009).

Berdasarkan latar belakang di atas, penulis tertarik untuk mengangkat "Asuhan Keperawatan pada Ny S dengan Gangguan Perubahan sensori Persepsi : Halusinasi Dengar" sebagai judul karya tulis ilmiah.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Menerapkan asuhan keperawatan jiwa pada Ny. S dengan masalah perubahan sensori persepsi : halusinasi dengar di ruang IX (Janaka) RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang.

2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian keperawatan pada Ny.S dengan gangguan persepsi sensori halusinasi dengar.
- b. Menentukan diagnosa keperawatan pada Ny. S dengan gangguan persepsi Sensori halusinasi dengar.

- c. Menentukan intervensi keperawatan pada Ny.S dengan gangguan persepsi sensori halusinasi dengar.
- d. Melakukan implementasi keperawatan pada Ny.S dengan gangguan persepsi sensori halusinasi dengar.
- e. Melakukan evaluasi keperawatan pada Ny.S dengan gangguan persepsi sensori halusinasi dengar.
- f. Melakukan pendokumentasian keperawatan.

C. Manfaat

1. Bagi Penulis

Menambah wawasan dan pengetahuan serta meningkatkan keahlian mengenai pemberian asuhan keperawatan jiwa pada klien gangguan jiwa khususnya klien dengan masalah gangguan persepsi sensori halusinasi dengar.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Menjadi tambahan wacana dan bahan masukan dalam proses belajar mengajar terhadap pemberian asuhan keperawatan gangguan jiwa dengan masalah gangguan persepsi sensori halusinasi dengar.

3. Bagi Profesi Keperawatan

Menambah referensi bagi keperawatan jiwa tentang gambaran asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan persepsi sensori halusinasi dengar dan meningkatkan kompetensi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan jiwa khususnya pada klien dengan masalah gangguan persepsi sensori halusinasi dengar.

4. Bagi Instansi

Memberikan asuhan keperawatan jiwa yang berkualitas pada pasien gangguan persepsi sensori halusinasi dengar khususnya pada Ny.S dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi dengar di Ruang IX RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang.

5. Bagi Masyarakat/Pasien

Dapat memberikan asuhan keperawatan jiwa pada gangguan Perubahan sensori persepsi : halusinasi dengar sesuai dengan teori ilmiah yang dapat dipertanggung jawabkan kepada masyarakat/pasien.



BAB II

KONSEP DASAR

A. Pengertian

Menurut Baihaqi (2005) persepsi adalah daya mengenal sesuatu yang hadir dalam sifatnya yang konkrit jasmaniah, bukan yang sifatnya batiniah, seperti benda, barang, kualitas, atau perbedaan antara dua hal atau lebih yang diperoleh melalui proses mengamati, mengetahui, dan mengartikan setelah panca indranya mendapat rangsangan. Halusinasi adalah persepsi yang salah atau palsu tetapi tidak ada rangsang yang menimbulkannya (tidak ada objeknya). Misalnya, merasa melihat ada yang akan memukul, padahal tidak ada seorang pun di sekitarnya.

Menurut Yosep (2009) persepsi adalah kesadaran akan suatu rangsang yang dimengerti, sehingga persepsi adalah sensasi ditambah dengan pengertian, yang didapat dari proses interaksi dan asosiasi macam-macam rangsangan yang masuk, atau dengan perkataan lain dapat disebutkan sebagai pengalaman tentang benda-benda dan kejadian-kejadian yang ada pada saat itu. Halusinasi adalah suatu persepsi yang salah tanpa dijumpai adanya rangsang dari luar. Halusinasi sebenarnya merupakan bagian dari kehidupan mental penderita yang terpepsi

Halusinasi adalah persepsi sensori yang salah dimana tidak terdapat stimulus sensorik yang berkaitan dengannya. Halusinasi dapat terwujud penginderaan kelima indera yang keliru, tetapi yang paling sering terjadi adalah halusinasi dengar (auditory) dan halusinasi penglihatan (visual).

(Imam Setiadi, 2006)

Menurut Damaiyanti (2008) halusinasi adalah salah satu gejala gangguan jiwa dimana pasien mengalami perubahan sensori persepsi, merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan atau penghidu.

Halusinasi adalah hilangnya kemampuan manusia dalam membedakan rangsangan (pikiran) dan rangsangan eksternal (dunia luar) klien memberikan persepsi atau pendapat tentang lingkungan tanpa obyek atau rangsangan yang nyata. contohnya klien mengatakan mendengar suara padahal tidak ada orang yang berbicara. (Purwanto, 2010)

Berdasarkan beberapa pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa yang dimaksud halusinasi adalah suatu keadaan seseorang mengalami perubahan persepsi pada stimulus yang mendekat tanpa sumber rangsang eksternal yang nyata.

B. Jenis-jenis Halusinasi

Menurut Yosep (2007) halusinasi dibedakan menjadi :

1. Halusinasi Pendengaran (*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. Suara tersebut bisa menyenangkan, menyuruh berbuat baik tetapi dapat pula berupa ancaman, mengejek, memaki atau bahkan yang menakutkan dan kadang-kadang mendesak atau memerintah untuk berbuat sesuatu seperti membunuh atau merusak.

2. Halusinasi Penglihatan (*visual*)

Biasanya sering muncul bersamaan dengan penurunan kesadaran, menimbulkan rasa takut akibat gambaran-gambaran yang menakutkan.

3. Halusinasi Penciuman (*olfaktorik*)

Mencium sesuatu bau tertentu dan dirasakan tidak enak.

4. Halusinasi Pengecapan (*gustatorik*)

Merasakan sesuatu yang busuk, amis, menjijikkan seperti darah, urine dan feses. Penderita merasa mengecap sesuatu.

5. Halusinasi Raba (*taktil*)

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

6. Halusinasi Kinestetik

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

7. Halusinasi Viseral

Timbulnya perasaan tertentu didalam tubuhnya.

8. Halusinasi Seksual, ini termasuk halusinasi raba

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

C. Tahap-Tahap Halusinasi menurut Fitria (2009) sebagai berikut:

1. Tahap I (*comforting*), non psikotik

Memberi rasa nyaman, tingkat ansietas sedang, secara umum halusinasi merupakan suatu kesenangan.

Karakteristik :

- a. Klien mengalami ansietas, kesepian, rasa bersalah dan ketakutan.
- b. Mencoba berfokus pada pikiran yang dapat menghilangkan ansietas.
- c. Pikiran dan pengalaman masih dalam kontrol kesadaran.

Perilaku Klien :

- a. Tersenyum atau tertawa sendiri.
 - b. Menggerakkan bibir tanpa suara.
 - c. Pergerakan mata yang cepat.
 - d. Respon verbal yang lambat.
 - e. Diam dan berkonsentrasi.
2. Tahap II (*Condemning*), non psikotik
- Menyalahkan, tingkat kecemasan berat, secara umum halusinasi menyebabkan rasa antipati.

Karakteristik :

- a. Pengalaman sensori menakutkan.
- b. Merasa dilecehkan oleh pengalaman sensori tersebut.
- c. Mulai merasa kehilangan kontrol.
- d. Menarik diri dari orang lain.

Perilaku Klien :

- a. Terjadi peningkatan denyut jantung, pernafasan dan tekanan darah.
- b. Perhatian dengan lingkungan berkurang.
- c. Konsentrasi terhadap pengalaman sensorinya.
- d. Kehilangan kemampuan membedakan halusinasi dengan realitas.

3. Tahap III (*Controlling*), psikotik

Mengontrol, tingkat kecemasan berat, pengalaman halusinasi tidak dapat ditolak lagi.

Karakteristik :

- a. Klien menyerah dan menerima pengalaman sensorinya (halusinasi).
- b. Isi halusinasi menjadi atraktif.
- c. Kesepian bila pengalaman sensori berakhir.

Perilaku Klien :

- a. Perintah halusinasi ditaati.
- b. Sulit berhubungan dengan orang lain.
- c. Perhatian terhadap lingkungan berkurang, hanya beberapa detik.
- d. Tidak mampu mengikuti perintah dari perawat, tampak tremor dan berkeringat.

4. Tahap IV (*Conquering*), psikotik

Klien sudah dikuasai oleh halusinasi, klien tampak panik.

Karakteristik :

Suara atau ide yang datang mengancam apabila tidak diikuti

(Yosep, 2009).

Perilaku klien :

- a. Perilaku panik.
- b. Resiko tinggi mencederai.
- c. Agitasi atau kataton.
- d. Tidak mampu berespon terhadap lingkungan.

D. Penyebab

Menurut Fitria (2009) penyebab halusinasi adalah :

1. Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi adalah faktor risiko yang mempengaruhi jenis dan jumlah yang dapat dibangkitkan oleh individu untuk mengatasi stress. Diperoleh baik dari klien maupun keluarganya. Faktor predisposisi dapat meliputi klien maupun keluarganya. Faktor perkembangan, sosiokultural, biokimia, psikologis, dan genetik.

a. Faktor Perkembangan

Jika tugas perkembangan mengalami hambatan dan hubungan interpersonal terganggu, maka individu akan mengalami stres dan kecemasan.

b. Faktor Sosiokultural

Berbagai faktor di masyarakat dapat menyebabkan seseorang merasa disingkirkan, sehingga orang tersebut merasa kesepian di lingkungan yang membesarkannya.

c. Faktor Biokimia

Mempunyai pengaruh terhadap terjadinya gangguan jiwa jika seseorang mengalami stres yang berlebihan, maka didalam tubuhnya akan dihasilkan suatu zat yang dapat bersifat halusinogenik neurokimia seperti buffotenon dan dimethyltransferase (DMP).

d. Faktor Psikologis

Hubungan interpersonal yang tidak harmonis serta adanya peran ganda bertentangan yang sering diterima oleh seseorang akan mengakibatkan stres dan kecemasan yang tinggi dan berakhir pada gangguan orientasi dan realitas.

e. Faktor Genetik

Gen yang berpengaruh dalam skizofrenia belum diketahui, tetapi hasil studi menunjukkan bahwa faktor keluarga menunjukkan hubungan yang sangat berpengaruh pada penyakit ini.

2. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi yaitu stimulus yang dipersiapkan 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 dan terisolasi sering menjadi pencetus terjadinya halusinasi. Hal tersebut dapat meningkatkan stres dan kecemasan yang merangsang tubuh mengeluarkan zat halusinogenik.

E. Manifestasi klinik

Menurut Fitria (2009) respon klien terhadap halusinasi dapat berupa rasa curiga, takut, tidak aman, gelisah dan bingung, berperilaku yang merusak diri, kurang perhatian, tidak mampu mengambil keputusan, serta tidak dapat membedakan keadaan nyata dan tidak nyata. Halusinasi ditandai dengan perilaku klien seperti mendengar suara-suara tertentu, mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap, dan mendengar suara menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya. Sedangkan data obyektifnya adalah klien terlihat berbicara atau tertawa sendiri, marah-marah tanpa sebab, mendekatkan telinga kearah tertentu dan menutup telinga.

F. Rentang Respon Neurobiologi

Menurut Stuart (2006) respon perilaku klien dapat diidentifikasi sepanjang rentang respon yang berhubungan dengan fungsi neurobiologi. Perilaku yang dapat diamati dan mungkin menunjukkan adanya halusinasi disajikan dalam hal berikut.

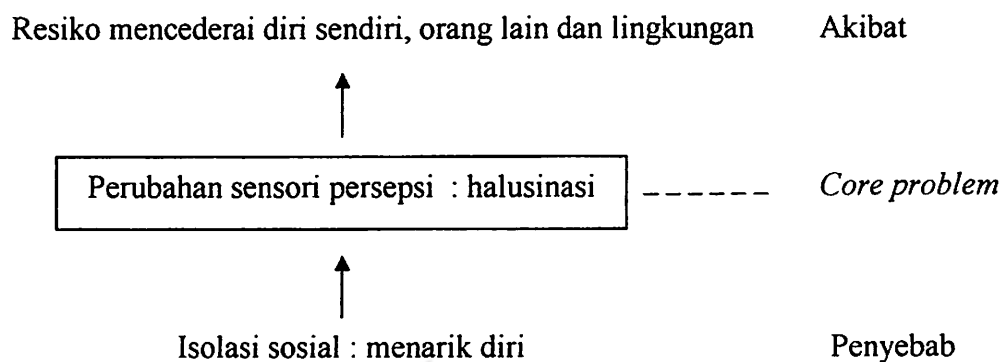


Gambar 2.1 Rentang Respon Neurobiologis (Stuart, 2006)

G. Mekanisme Koping

Mekanisme koping adalah perilaku yang mewakili upaya untuk melindungi pasien dari pengalaman yang menakutkan berhubungan dengan proses neurobiologis maladaptif. (stuart, 2006)

H. Pohon Masalah



Gambar 2.2 Pohon Masalah Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi

(Keliat, 2006)

I. Masalah Keperawatan

Menurut Fitria (2009) masalah keperawatan yang muncul pada klien halusinasi adalah :

1. Resiko mencederai diri, orang lain dan lingkungan.

Data subjektif : klien mengatakan jengkel atau kesal dan ingin marah.

Data objektif :

- a. Ekspresi wajah tegang.
- b. Cepat marah dan mudah tersinggung.
- c. Melangkah klien bolak-balik.
- d. Klien mengepalkan tangan.

2. Perubahan persepsi sensori : halusinasi.

Data subjektif : Klien mengatakan mendengar sesuatu.

Data objektif :

- a. Klien mengatakan berbicara dan tertawa sendiri.

- b. Klien bersikap seperti mendengarkan sesuatu.
 - c. Klien berhenti berbicara di tengah-tengah kalimat untuk mendengarkan sesuatu.
 - d. Pikiran cepat berubah-ubah.
 - e. Konsentrasi rendah.
3. Isolasi sosial : menarik diri.

Data subjektif :

- a. Klien mengatakan malas bergaul dengan orang lain.
- b. Klien mengatakan tidak mau berbicara dengan orang lain.

Data objektif :

- a. Klien menyendiri dalam ruangan.
- b. Klien tidak berkomunikasi.
- c. Klien tidak melakukan kontak mata.

J. Diagnosa Keperawatan

Menurut Keliat (2006) diagnosa keperawatan yang muncul pada klien gangguan persepsi sensori halusinasi adalah :

- 1. Resiko mencederai diri, orang lain dan lingkungan : halusinasi.
- 2. Perubahan persepsi sensori halusinasi : menarik diri.
- 3. Isolasi sosial menarik diri : harga diri rendah kronis.

K. Fokus Intervensi

Rencana tindakan keperawatan menurut Keliat (2006) sebagai berikut :

Perubahan persepsi sensori : halusinasi pendengaran

TUM : Klien dapat mengenal halusinasi

TUK 1 : Klien dapat membina hubungan saling percaya.

Kriteria evaluasi :

1. Ekspresi wajah bersahabat.
2. Menunjukkan rasa senang.
3. Adanya kontak mata.
4. Mau berjabat tangan.
5. Mau menyebutkan nama.
6. Mau menjawab salam.
7. Klien mau duduk berdampingan dengan perawat.
8. Mau mengutarakan masalah yang dihadapinya.

Intervensi :

1. Bina hubungan saling percaya dengan mengungkapkan prinsip komunikasi terapeutik.
 - a. Sapa klien dengan ramah baik verbal maupun non verbal.
 - b. Perkenalkan diri dengan sopan.
 - c. Tanyakan nama lengkap klien dan nama panggilan yang disukai klien.
 - d. Jelaskan tujuan pertemuan.
 - e. Tunjukkan sikap empati dan menerima klien apa adanya.
 - f. Beri perhatian kepada klien dan perhatian kebutuhan dasar klien.

TUK 2 : Klien dapat mengenal halusinasinya.

Kriteria evaluasi :

1. Klien dapat menyebutkan waktu, isi, dan frekuensi timbulnya halusinasi.
2. Klien dapat mengungkapkan perasaan terhadap halusinasinya.

Intervensi :

1. Adakan kontak sering dan singkat secara bertahap.
2. Observasi tingkah laku terkait dengan halusinasinya.
3. Bantu klien mengenal halusinasinya :
 - a. Jika menemukan klien sedang halusinasi, tanyakan apakah ada yang didengarnya.
 - b. Jika klien menjawab ada, lanjutkan apa yang dikatakan.
 - c. Katakan bahwa perawat percaya pada klien mendengar suara-suara itu, namun perawat sendiri tidak mendengarnya (dengan nada bersahabat tanpa menuduh atau menghakimi).
 - d. Katakan bahwa pasien lain juga ada yang seperti klien.
 - e. Katakan bahwa perawat akan membantu klien.
4. Diskusikan pada klien :
 - a. Situasi yang menimbulkan atau yang tidak menimbulkan halusinasi.
 - b. Waktu isi dan frekuensi terjadinya halusinasi (pagi, siang, sore, malam, atau jika sendiri, jengkel atau sedih).
 - c. Diskusikan dengan klien apa yang dirasakan jika terjadi halusinasi.

TUK 3 : Klien dapat mengontrol halusinasinya.

Kriteria evaluasi :

1. Klien dapat menyebutkan tindakan yang biasanya dilakukan untuk mengendalikan halusinasi.
2. Klien dapat menyebutkan cara baru mengontrol halusinasi.
3. Klien dapat mendemonstrasikan cara baru yang telah dipilih untuk mengendalikan halusinasinya.
4. Klien dapat mengikuti terapi aktivitas kelompok.
5. Klien dapat mendemonstrasikan kepatuhan minum obat untuk mencegah halusinasi.

Intervensi :

1. Identifikasi bersama klien tindakan yang dilakukan jika terjadi halusinasi.
2. Diskusikan manfaat dan cara yang digunakan klien, jika bermanfaat beri pujian.
3. Diskusikan dengan klien tentang cara baru mengontrol halusinasi :
 - a. Menghardik / mengusir / tidak memedulikan halusinasi.
 - b. Bercakap-cakap dengan orang lain jika halusinasinya muncul.
 - c. Melakukan kegiatan sehari-hari.
4. Beri contoh cara menghardik halusinasi : “Pergi! saya tidak mau mendengar suara kamu!”.
5. Beri contoh percakapan dengan orang lain.
6. Berikan pujian / reinforcement positif atas keberhasilan klien.

TUK 4 : Klien dapat dukungan dari keluarga dalam mengontrol halusinasinya.

Kriteria evaluasi :

1. Keluarga dapat menyebutkan pengertian, tanda, dan tindakan untuk mengendalikan halusinasinya.
2. Keluarga dapat menyebutkan jenis, dosis, waktu pemberian, manfaat serta efek samping obat.

Intervensi :

1. Diskusikan dengan keluarga (pada saat keluarga berkunjung) :
 - a. Gejala halusinasi yang dialami klien.
 - b. Cara yang dapat dilakukan klien atau keluarga untuk memutuskan halusinasi.
 - c. Cara merawat anggota keluarga yang halusinasi di rumah : beri kegiatan jangan biarkan sendiri.
 - d. Beri informasi waktu tindak lanjut (*follow up*) atau kapan perlu mendapat bantuan, halusinasi tidak terkontrol dan resiko mencederai orang lain.
2. Diskusikan dengan keluarga tentang jenis, dosis, waktu pemberian, manfaat dan efek samping obat.
3. Anjurkan keluarga untuk berdiskusi dengan dokter tentang manfaat dan efek samping obat.
4. Diskusikan akibat dari berhenti minum obat tanpa berkonsultasi terlebih dahulu.

TUK 5 : Klien dapat memanfaatkan obat dengan baik.

Kriteria evaluasi :

1. Klien dapat menyebutkan jenis, dosis dan waktu minum obat serta manfaat obat tersebut.
2. Klien dapat menyebutkan prinsip lima benar penggunaan obat : benar orang, obat, dosis, waktu dan cara.
3. Klien dapat mendemonstrasikan kepatuhan minum obat sesuai jadwal yang ditetapkan.
4. Klien mengevaluasi kemampuannya dalam mematuhi minum obat.

Intervensi :

1. Diskusikan dengan klien tentang jenis (nama, warna, dan besarnya), dosis, serta waktu minum obat.
2. Diskusikan dengan klien tentang manfaat minum obat secara teratur, serta jelaskan tentang akibat minum obat tidak teratur.
3. Susun jadwal minum obat bersama klien.
4. Beri pujian atas keberhasilan klien.

Menurut Keliat (2010), untuk mengatasi halusinasi dilakukan strategi pelaksanaan yang meliputi strategi pelaksanaan untuk pasien dan keluarga.

Strategi pelaksanaan untuk pasien adalah :

1. SPI p :
 - a. Membina hubungan saling percaya
 - b. Mengidentifikasi jenis halusinasi
 - c. Mengidentifikasi isi halusinasi
 - d. Mengidentifikasi waktu halusinasi

- e. Mengidentifikasi frekuensi halusinasi
 - f. Mengidentifikasi situasi yang menimbulkan halusinasi
 - g. Mengidentifikasi respon terhadap halusinasi
 - h. Mengetahui klien cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik isi halusinasi
2. SP2 p :
- a. Mengevaluasi jadwal harian pasien
 - b. Melatih pasien mengendalikan dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain
 - c. Menganjurkan pasien memasukkan kegiatan bercakap-cakap dengan orang lain ke dalam jadwal kegiatan harian
3. SP3 p :
- a. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian
 - b. Mengajarkan cara mengontrol halusinasi dengan melakukan aktivitas/kegiatan harian
 - c. Menganjurkan pasien memasukkan kegiatan aktivitas ke dalam jadwal kegiatan harian.
4. SP4 p :
- a. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian
 - b. Mengajarkan cara mengontrol halusinasi dengan cara minum obat dengan teratur
 - c. Menganjurkan pasien memasukkan kegiatan minum obat ke dalam jadwal kegiatan harian.

5. SP keluarga

➤ SP 1 Keluarga

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

➤ SP 2 Keluarga

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

➤ SP 3 Keluarga

- a. Membantu keluarga membuat jadwal aktivitas dirumah termasuk minum obat (perencanaan pulang)
- b. Menjelaskan tindak lanjut pasien setelah pulang

BAB III

HASIL ASUHAN KEPERAWATAN

A. Pengkajian

Pengkajian ini dilakukan pada tanggal 29 Maret 2011 pukul 10.00 WIB di Ruang 1X (Janaka) RSJD Dr. Amino Gondohotomo Semarang dengan teknik autoanamnesa dan alloanamnesa.

1. Identitas

Klien bernama Ny. S, umur 42 tahun, jenis kelamin perempuan, klien seorang istri, beragama Islam, pendidikan SMA, tidak bekerja (dulu bekerja di pabrik), suku Jawa, alamat Demak. Dirawat di rumah sakit sejak tanggal 23 Maret 2010, Nomor rekam medis 036770 dengan diagnosa medis *Skizofrenia Paranoid*.

Klien dirawat di RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang atas tanggung jawab Tn. H, umur 50 tahun, jenis kelamin laki-laki, pekerjaan sebagai wiraswasta, alamat Demak, hubungannya dengan klien sebagai suami.

2. Alasan masuk rumah sakit

Seminggu sebelum dibawa ke rumah sakit klien suka mondar – mandir dengan membawa pisau dan sulit tidur, dan ingin bunuh diri. klien marah-marah karena diolok-olok suaminya di depan tetangga, karena tidak bisa mengurus rumah tangganya. Pada tanggal 23 maret klien mondar – mandir ingin selalu menceburkan dirinya ke sungai.

3. Faktor predisposisi

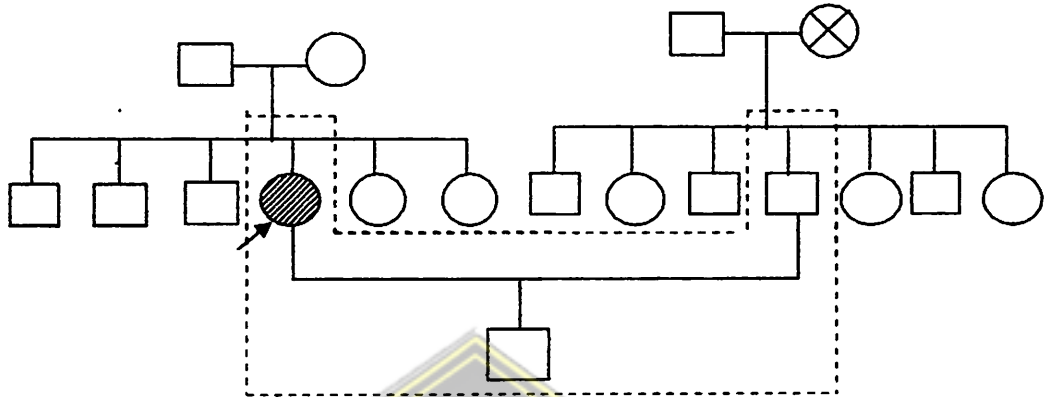
Klien sebelumnya pernah mengalami gangguan jiwa sudah yang ke 5 kali ini, klien keluar masuk RSJ Semarang, dengan alasan yang sama. Dan keempat kalinya klien baru saja pulang 2 minggu yang lalu. Dan kelima kalinya pasien masuk selama pengkajian. karena dirumah keluarga tidak mendukung dan lingkungan yang tidak mendukung, dan dirumah klien meminum obatnya dengan teratur, dan sampai habis, tapi klien tidak kontrol karena tidak adanya biaya. sehingga membuat klien masuk kerumah sakit jiwa lagi. Klien mengatakan keluarganya tidak ada yang mengalami gangguan jiwa. Klien tidak mempunyai riwayat penganiayaan. Klien pernah mengalami hal yang tidak menyenangkan dalam hidupnya yaitu klien diolok-olok oleh suaminya didepan tetangga, karena klien tidak bisa mengurus rumah tangganya dan hanya bisa menghabiskan uang suami.

4. Pemeriksaan fisik

Tanda-tanda vital tanggal 25 Maret 2010 jam 08.30 WIB tekanan darah 120/70 mmHg, nadi 80 x per menit, suhu 36°C, pernafasan 20 x per menit, tinggi badan 155 cm, berat badan 55 kg, klien mengatakan tidak ada keluhan fisik yang dirasakannya.

5. Psikososial

a. Genogram



Gambar 3.1 Genogram klien

Keterangan :

- : Laki – laki
- : Perempuan
- ⊗ : Meninggal
- ┆ : Garis keturunan
- : Tinggal satu rumah
- : Klien /penderita

Klien tinggal serumah dengan suaminya, dan klien anak ke 4 dari 6 bersaudara, anggota keluarga klien tidak ada yang mengalami gangguan jiwa. klien mengatakan jarang berhubungan dengan keluarganya karena takut dengan keadaan klien yg mengalami gangguan jiwa. Jika ada yang sakit, klien mengatakan pengambilan keputusan adalah suami.

b. Konsep diri

1) Gambaran diri atau citra tubuh

Klien mengatakan sudah cukup puas dengan anggota bagian tubuh yang dimilikinya, tidak ada bagian tubuh yang klien tidak sukai.

2) Identitas diri

Klien adalah seorang perempuan dan klien merasa puas dengan menjadi seorang perempuan.

3) Peran

Klien sebagai ibu rumah tangga, hanya mengandalkan dari suaminya. Klien mengatakan telah melaksanakan perannya dengan baik dan klien belum merasa puas dengan perannya sebagai seorang ibu karena tidak bisa membahagiakan anaknya.

4) Ideal diri

Klien mengatakan ingin membahagiakan keluarganya, Klien bercita-cita menjadi pegawai kantor. Hal yang ingin dicapai oleh klien adalah inginkan saat ini adalah membina hubungan keluarga yang harmonis dan sejahtera.

5) Harga diri

Klien merasa malu saat diolok-olok suaminya didepan tetangga karena tidak bisa mengurus rumah tangganya dan mengatakan hanya bisa menghabiskan uang.

c. Hubungan sosial

Klien mengatakan yang paling berarti dalam hidupnya adalah keluarganya, klien cukup dekat dengan anak dan orang tuanya yang selalu mendampingi. Hubungan klien dengan anggota keluarga yang lain dan tetangga agak renggang karena mereka takut pada klien. Di lingkungan tempat tinggalnya klien jarang bergaul dengan orang lain, klien juga jarang mengikuti kegiatan sosial dalam masyarakat. Selama di RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang klien kurang bergaul dengan pasien lain, pada waktu luang banyak digunakan klien untuk melamun dan menyendiri.

d. Spiritual

Klien beragama Islam, klien meyakini bahwa sakit jiwa yang dialaminya adalah takdir dari Tuhan, tetapi klien tidak mengerti apa kesalahannya sehingga Tuhan memberikan sakit jiwa padanya. Klien mengatakan selama di rumah sakit klien menjalankan sholat 5 waktu. Selama di RSJ klien tidak pernah sholat, saat disuruh sholat klien mau menjalankannya, karena klien mengetahui kalau meninggalkan sholat itu dosa.

6. Status mental

a. Penampilan

Penampilan klien secara umum cukup rapi, klien berpakaian dengan wajar dan dapat memakainya secara mandiri, rambut tertata rapi, gigi, kulit dan kuku cukup bersih.

b. Pembicaraan

Cara bicara klien kurang jelas, kata-kata klien tidak teratur, kadang klien berhenti ditengah jalan sambil mikir, klien kurang kooperatif dan kontak mata kurang.

c. Aktivitas motorik

Klien termasuk pasien yang cukup rajin, klien selalu antusias dalam setiap kegiatan yang diberikan oleh perawat. Klien cukup tenang, tidak tampak gelisah.

d. Alam perasaan

Klien pernah mengungkapkan keputusasaan mengenai kondisinya yang tidak kunjung sembuh dan sering keluar masuk rumah sakit jiwa.

e. Afek

Respon atau ekspresi wajah klien ketika dikaji kadang tidak sesuai, misalnya saat perawat mengajak berbicara hal-hal yang sedih klien malah tersenyum bahkan tertawa.

f. Interaksi selama wawancara

Selama wawancara klien cukup kooperatif, klien dapat mempertahankan kontak mata, klien tidak berusaha untuk menutupi pembicaraan, klien tidak menunjukkan sikap curiga.

g. Persepsi

Klien mengatakan sering mendengar suara-suara yang tidak ada wujudnya, klien sering mendengar suara laki-laki yang menyuruh untuk bunuh diri “ayo ceburkan diri kamu kesungai”,

salah satunya itu. Klien mendengar suara-suara itu biasanya saat klien melamun dan saat akan mulai tidur, dalam sehari suara-suara tersebut bisa muncul 2-3 kali sehari, saat mendengar suara-suara itu perasaan klien gelisah/cemas. Saat mendengar suara-suara itu sebenarnya klien ingin mengikuti suara-suara itu, tapi klien ingat pesan perawat bahwa suara-suara itu palsu dan harus dihardik dengan mengatakan “Pergi kamu, kamu palsu”.

h. Proses pikir

Sirkumstansial, pembicaraan klien dapat dimengerti oleh perawat. Pertanyaan dan jawaban yang diajukan cukup relevan, pembicaraan klien mudah meloncat dari satu topik ke topik yang lain.

i. Isi pikir

Tidak ada waham dalam isi pikir klien, obsesi klien ingin menjadi pegawai kantor.

j. Tingkat kesadaran

Kesadaran klien jernih, orientasi klien terhadap waktu, tempat dan orang masih cukup baik.

k. Memori

Daya ingat jangka panjang dan jangka pendek klien masih baik, tapi daya ingat segera kurang begitu baik.

l. Tingkat konsentrasi dan berhitung

Tingkat konsentrasi cukup baik, klien mampu berhitung sederhana (1, 3, 6, 9, 12, 15, ...) tapi menghitung mundur dari 100 dengan kelipatan 3 kurang mampu (100, 97, 95, 92, 90, ...).

m. Kemampuan penilaian

Klien mampu membuat keputusan sederhana misalnya makan dulu kemudian merokok, dan tidak merokok di depan ruang perawat.

n. Daya tilik diri

Klien menyadari kalau orang yang dirawat di rumah sakit jiwa adalah orang yang mengalami gangguan jiwa, tapi klien tidak merasa dirinya sakit jiwa, klien mengatakan dibawa ke RSJ karena sering ingin melakukan bunuh diri.

7. Kebutuhan persiapan pulang

a. Makan

Klien makan 3 x sehari habis 1 porsi, klien tidak memiliki pantangan makanan. Klien makan dengan cara yang wajar dan makan kumpul bersama pasien lain. Klien kadang membantu menyiapkan makan dan membantu membersihkan alat-alat makan tapi jika disuruh.

b. BAB-BAK

Klien BAB-BAK secara teratur, wajar, dilakukan di kamar mandi dan mampu membersihkan dengan baik, semua hal tersebut klien lakukan secara mandiri. Klien BAB dua hari sekali dan BAK 5-7 kali sehari.

c. Mandi

Klien mandi 2 x sehari memakai sabun, keramas memakai sampo, menggosok gigi memakai pasta dan sikat gigi, waktu yang

digunakan klien melakukan semua itu wajar tidak terlalu lama dan klien mampu melakukannya secara mandiri.

d. Berpakaian

Klien berpakaian secara wajar, mampu berpakaian dengan rapi, mengganti pakaian setiap hari, klien juga menyisir rambutnya, klien mampu melakukannya secara mandiri.

e. Kebersihan diri

Kebersihan diri klien cukup, klien mampu memotong kukunya, klien mampu mencuci tangan sebelum dan sesudah makan, klien mampu menjaga kebersihan dirinya secara mandiri.

f. Istirahat tidur

Klien tidur dengan bantuan minum obat, tidur malam klien mulai pukul 20.00-05.00 WIB, tidur siang mulai pukul 14.00 – 16.00 WIB, tidur siang klien tidak terlalu sering. Klien mengatakan merasa sulit untuk memulai tidur karena sering berhalusinasi mendengar suara-suara yang tidak nyata sebelum tidur terutama tidur di malam hari.

g. Penggunaan obat

Klien minum obat 2 x sehari sebanyak 3 macam : chlorpromazine 2 x 100 mg, haloperidol 2 x 5 mg, trihexyphenidil 2 x 2 mg, diminum sebelum makan, kadang klien berusaha menyembunyikan obat, tidak ada tanda-tanda efek samping obat pada diri klien.

h. Pemeliharaan kesehatan

Setelah pulang dari RSJ klien tinggal bersama keluarganya. Keluarga memahami penyakit klien, keluarga mengawasi / mengontrol klien saat minum obat, biaya rumah sakit klien ditanggung oleh keluarga.

i. Kegiatan di dalam rumah

Klien berencana akan membantu ibunya mencuci pakaian sendiri, menyapu halaman dan bersosialisasi dengan baik kepada anggota keluarga yang lain.

8. Mekanisme koping

Klien mengatakan kalau ada masalah suka menyendiri dan memendam masalah tersebut. Jarang menceritakan masalahnya kepada orang lain.

Masalah keperawatan : koping individu kurang efektif.

9. Masalah Psikososial dan lingkungan

Klien megatakan ketika klien mempunyai masalah, tidak pernah menceritakan kepada orang lain karena klien takut masalahnya akan diketahui, kalau ada masalah juga tidak pernah meminta bantuan orang lain dan yang dilakukan klien dengan menyendiri.

10. Pengetahuan

Klien kurang memahami tentang penyakitnya, tapi klien mengetahui tanda dan gejala Halusinasi . Mengetahui harus minum obat dan kontrol secara teratur, klien dan keluarga tidak mengetahui cara menghindari kekambuhan.

Masalah keperawatan : kurang pengetahuan.

11. Aspek medik

Berdasarkan diagnosa medik klien mengalami *Skizofrenia Paranoid*, adapun terapi medik yang diberikan pada klien per oral yaitu Chlorpromazine 2 x 100 mg, Haloperidol 2 x 5 mg, Trihexypenidil 2 x 2 mg. ECT 3 kali dan Rehabilitasi.

Pemeriksaan penunjang dilakukan pada tanggal 26 Maret 2010 diperoleh data hasil laboratorium urine yaitu natrium 138,4 $\mu\text{mol/L}$ (normal 135-145), kalium 4,23 $\mu\text{mol/L}$ (normal 3,5 – 5,5), chlorida 105,7 mg/dl (normal 98 – 108).

Hasil laboratorium darah pada tanggal 26 Maret 2010 diperoleh data WBC 10,20 $10^3/\text{UL}$ (normal 4,8-10,8), RBC 4.80 $10^3/\text{UI}^3$ (normal 4,70-6,10), HGB 12.90 g/dl (normal 14,0-18.00), HCT 38.40 fl (normal 42,0-52,0), MCV 87.5 pg (normal (79-99), MCH 29.7 g/dl (normal 27.0-31.0), MCHC 35.0 10^3 ml (normal (33.0-37.0), PLT 312 fl (normal 150-450), PDW 9.3 % (normal 9.0 -13.0), LYMY 19.4% (normal 19.0 – 48.0), MXDY 8.9 % (normal 8-16), NEUTY 55.0% (normal 40 – 74), Lym 1.9 $10^3 / \text{UL}$ (normal 1 -3.7), MXD 0.9 $1.9 10^3 / \text{UL}$ (normal 0 - 1.2), NEUT 5.3 $1.9 10^3 / \text{UL}$ (normal 1.5 -7), RDWYU 12.1% (normal 11.5 – 14.5).

B. Analisa Data

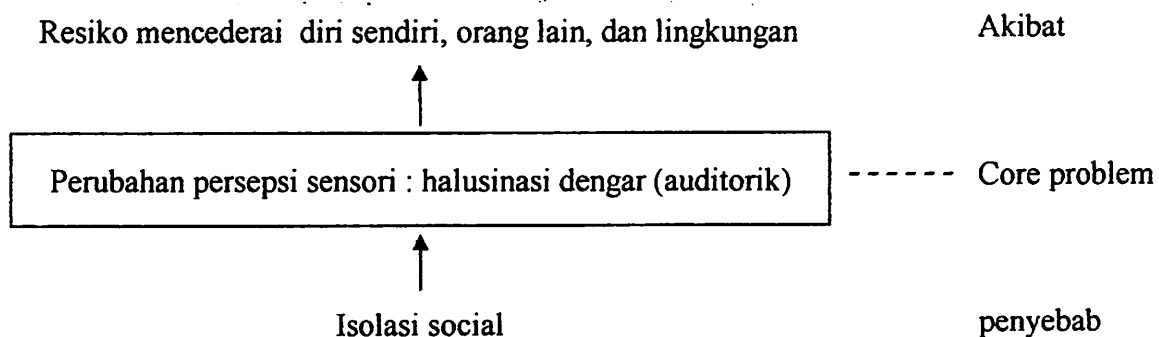
Pada tanggal 29 Maret 2010, penulis menetapkan tiga masalah keperawatan. Adapun data fokusnya yaitu data subyektif, klien mengatakan sering mendengar suara laki-laki yang menyuruhnya untuk melakukan bunuh diri, suara itu salah satunya mengatakan “Ayo ceburkan diri kamu kesungai”,

klien mendengar suara-suara itu biasanya pada saat klien melamun, menyendiri dan saat akan mulai tidur, dalam sehari suara-suara itu bisa muncul 2-3 kali, saat mendengar suara-suara itu perasaan klien was-was dan cemas, klien menghardik suara-suara itu. Sedangkan data obyektifnya yaitu klien berbicara sendiri, senyum sendiri. Dari data subjektif dan data objektif tersebut penulis dapat mengangkat diagnosa prioritas utama Gangguan sensori persepsi : Halusinasi.

Dari data subyektif klien mengatakan malu pada tetangganya, karena klien diolok-olok oleh suaminya, karena tidak bisa mengurus rumah tangganya dan hanya bisa menghabiskan uang. Sedangkan data objektifnya klien tampak sering menyendiri, dan sering melamun, suara lemah dan lambat. Dari data tersebut maka dapat diambil diagnosa Isolasi sosial : Menarik Diri

Untuk akibatnya diperoleh data subjektif klien mengatakan was-was jika sering mendengar suara-suara. Sedangkan data objektifnya klien sering diam, berbicara sendiri dan pandangan mata tajam. Dari beberapa data tersebut diambil diagnosa Resiko mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan.

C. Pohon Masalah



Gambar 3.2 Pohon masalah Klien

D. Diagnosa Keperawatan

1. Perubahan persepsi sensori : halusinasi dengar.
2. Resiko tinggi mencederai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan.
3. Isolasi social : Menarik diri

E. Diagnosa Keperawatan prioritas utama

1. Perubahan sensori persepsi : Halusinasi pendengaran

F. Intervensi Keperawatan

Dari diagnosa Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi

Tujuan Umum : Klien tidak mencederai diri, orang lain, lingkungan.

Tujuan khusus SPI : membina hubungan saling percaya perawat-pasien, klien mampu mengidentifikasi halusinasi, klien mampu mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, klien mampu memasukkan latihan menghardik dalam jadwal harian. Kriteria hasilnya ekspresi wajah bersahabat, bersedia berjabat tangan, bersedia mengungkapkan masalahnya, bersedia

menyebutkan jenis, isi, frekuensi, kondisi, dan respon saat mendengar halusinasi, bersedia mendemonstrasikan cara menghardik dan melakukannya dalam jadwal harian.

Intervensi dari SPI adalah bina hubungan saling percaya dengan prinsip komunikasi terapeutik: sapa klien dengan ramah, baik verbal maupun non verbal, perkenalkan diri dengan sopan dan tanyakan nama lengkap klien dan nama panggilan yang disukai klien. Jelaskan tujuan pertemuan dan sikap empati, menerima klien apa adanya dan beri perhatian kepada klien dan perhatikan kebutuhan dasar klien. Identifikasi kemampuan klien mengenal halusinasi: kaji jenis, isi, frekuensi, kondisi dan respon saat halusinasi muncul, klien mengatakan bahwa yang didengar klien adalah halusinasi, beri reinforcement atas semua penjelasan klien. Ajarkan cara mengontrol halusinasi dengan menghardik: demonstrasikan cara menghardik, minta klien mencoba cara menghardik, motivasi klien untuk latihan menghardik tiap hari, beri jadwal latihan menghardik.

Tujuan khusus SP2 : klien mampu mengenal halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain dan memasukan ke dalam jadwal harian. Kriteria hasilnya menunjukkan sikap bersahabat, bersedia duduk berdampingan dan menjawab salam, bersedia mendemonstrasikan cara bercakap-cakap dengan orang lain, bersedia melakukan latihan bercakap-cakap dengan orang lain.

Intervensi dari SP2 adalah evaluasi validasi perasaan klien: tanyakan apakah pasien masih mendengar suara-suara, lihat jadwal menghardik yang

dilakukan, beri reinforcement, beri kontrak yang jelas untuk mengajarkan cara ke dua mengontrol halusinasi. Ajarkan cara bercakap-cakap dengan orang lain: demonstrasikan cara mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain, minta klien mencoba bercakap-cakap, motivasi untuk latihan bercakap-cakap, buat jadwal bercakap-cakap.

Tujuan khusus SP3 : klien mampu mengontrol halusinasi dengan melakukan aktifitas terjadwal. Kriteria hasilnya ekspresi wajah bersahabat, Bersedia menjawab salam dan duduk berdampingan, bersedia mendemonstrasikan dan melakukannya ke dalam jadwal harian.

Intervensi dari SP3 yaitu evaluasi validasi perasaan klien: tanyakan apakah pasien masih mendengar suara-suara, lihat jadwal bercakap-cakap yang dilakukan, beri reinforcement, beri kontrak yang jelas untuk mengajarkan cara ke tiga mengontrol halusinasi. Ajarkan untuk melakukan kegiatan terjadwal: demonstrasikan cara mengontrol halusinasi dengan melakukan latihan terjadwal, minta klien mencoba latihan terjadwal, motivasi untuk melakukan latihan yang sudah terjadwal.

Tujuan khusus SP4 : klien mampu mengontrol halusinasi dengan cara minum obat teratur. Kriteria hasilnya menunjukkan sikap bersahabat, bersedia duduk berdampingan dan menjawab salam, bersedia endemonstrasikan minum obat yang benar, dan memasukannya ke dalam jadwal harian.

Intervensi SP4 yaitu evaluasi validasi klien, membantu klien minum obat dengan teratur untuk mengontrol halusinasinya dengan memberitahu warna dan manfaat obat tersebut

F. Implementasi dan Evaluasi

Penulis melakukan tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah Sdr. A, selama 5 hari yang dimulai pada tanggal 29 Maret 2011 sampai tanggal 2 Maret.

Pada tanggal 29 Maret 2011, pukul 09.00 WIB, penulis melakukan tindakan keperawatan yang pertama yaitu :

SP I adalah klien dapat membina hubungan saling percaya, mengenal halusinasi, dan cara mengontrol halusinasinya dengan menghardik.

Implementasi dari SP I adalah menyapa klien dengan ramah, baik verbal maupun non verbal. Memperkenalkan diri dengan sopan, menanyakan nama lengkap klien dan panggilan nama yang disukai klien. Mendiskusikan dengan klien tentang isi halusinasi, waktu terjadi halusinasi, frekuensi terjadinya halusinasi, situasi yang menyebabkan halusinasi muncul dan respon klien saat halusinasi muncul. Menajarkan klien mengontrol halusinasi dengan cara menghardik halusinasinya, meminta mengulangi cara menghardik dan meminta memasukan latihan menghardik ke dalam jadwal harian

Hasil evaluasi yang didapat dari pertemuan pertama yaitu klien mau menjawab salam, dan menyebutkan nama dan nama panggilannya. Klien mengatakan setiap hari sering mendengar suara-suara yang menyuruhnya hal negatif (seperti "ayo ceburkan diri ke sungai"). Suara terdengar di telinga dan dalam keadaan sadar. Jika suara itu muncul, was-was dan cemas, dan khawatir. Klien mengatakan bersedia belajar mengontrol halusinasi dan bersedia mempraktekkan cara menghardik halusinasi. Data subjektifnya

yaitu klien mengatakan perasannya agak tenang setelah diajari cara mengontrol halusinasi dengan menghardik. Data objektifnya klien dapat mempraktekan cara menghardik dan analisisnya yaitu masalah teratasi sebagian. Planing untuk pasien adalah latihan menghardik tiap hari sedangkan planing untuk perawat adalah pantau latihan menghardik klien.

Pada tanggal 30 Maret 2011 pukul 10. 10 WIB, penulis melakukan tindakan keperawatan yang kedua yaitu :

SP2 adalah klien dapat mengontrol halusinasinya dengan bercakap-cakap dengan orang lain. Implementasi dari SP2 mengevaluasi validasi perasaan klien dan melatih klien mengontrol halusinasi dengan mengajak bercakap-cakap dengan orang lain.

Hasil evaluasi dari implementasi SP2 yaitu data subjektif klien mengatakan lebih rileks setelah diajari cara mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain. Data objektifnya klien dapat mempraktekan cara bercakap-cakap dengan orang lain. Analisisnya masalah teratasi sebagian dan planing untuk pasien latihan bercakap-cakap dengan orang lain sedangkan untuk perawat pantau latihan bercakap-cakap klien.

Pada tanggal 31 Maret 2011 pukul 10.30 WIB, penulis melakukan tindakan keperawatan yang ketiga yaitu :

SP 3 adalah klien dapat mengontrol halusinasinya dengan melakukan aktifitas terjadwal. Implementasi dari SP3 adalah mengevaluasi validasi perasaan klien, membantu klien melakukan aktivitas yang terjadwal untuk mengatasi halusinasi, mendiskusikan aktivitas yang biasa dilakukan oleh klien.

Hasil evaluasi dari SP3 adalah data subjektif klien mengatakan lebih tenang setelah diberitahu cara ke tiga mengontrol halusinasi. Data objektif klien mampu melakukan latihan aktifitas terjadwal yang sudah didiskusikan. Analisisnya masalah teratasi sebagian, planing untuk pasien adalah latihan aktifitas terjadwal dan memasukannya ke dalam jadwal harian sedangkan planing untuk perawat pantau aktifitas klien.

Pada tanggal 1 April 2011 pukul 12.15 WIB, penulis melakukan tindakan keperawatan yang keempat yaitu :

SP4 adalah klien dapat mengontrol halusinasinya dengan minum obat yang teratur. Implementasi SP4 yaitu mengevaluasi validasi klien, membantu klien minum obat dengan teratur untuk mengontrol halusinasinya dengan memberitahu warna dan manfaat obat tersebut.

Hasil evaluasi dari SP4 adalah dari data subjektif klien mengatakan sudah faham setelah mendapat penjelasan tentang warna dan manfaat obat serta menjadi lebih tenang. Data objektifnya klien belum mampu menjelaskan kembali warna dan manfaat obat untuk mengontrol halusinasi. Dari analisa diperoleh masalah belum teratasi. Planing untuk klien yaitu minum obat dengan teratur sesuai waktunya, sedangkan planning untuk perawat adalah pantau jadwal minum obat klien.

Pada tanggal 2 April 2011 pukul 12.15 WIB, penulis melakukan tindakan keperawatan yang keempat kembali yaitu :

SP4 adalah klien dapat mengontrol halusinasinya dengan minum obat yang teratur. Implementasi SP4 yaitu mengevaluasi validasi klien, membantu

klien minum obat dengan teratur untuk mengontrol halusinasinya dengan memberitahu warna dan manfaat obat tersebut.

Hasil evaluasi dari SP4 adalah dari data subjektif klien mengatakan sudah faham setelah mendapat penjelasan tentang warna dan manfaat obat serta menjadi lebih tenang. Data objektifnya klien mampu menjelaskan kembali warna dan manfaat obat untuk mengontrol halusinasi. Dari analisa di peroleh masalah teratasi sebagian. Planing untuk klien yaitu minum obat dengan teratur sesuai waktunya, sedangkan planning untuk perawat adalah pantau jadwal minum obat klien.



BAB IV

PEMBAHASAN

Dalam bab ini, penulis akan membahas Asuhan Keperawatan pada Ny..S dengan Perubahan Persepsi Sensori : Halusinasi Dengar dengan tinjauan teori atau konsep dasar. Dalam bab ini, juga akan dibahas tentang kesenjangan-kesenjangan dalam asuhan keperawatan pada Ny.S. Pembahasan ini melalui tahap proses perawatan dari pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi.

A. Pengkajian

Pengkajian dilakukan secara autoanamnesa dan alloanamnesa. Pada waktu pengkajian, penulis menyadari bahwa dalam pengkajian masih banyak kekurangan.

Penulis menyatakan tahap halusinasi klien sudah pada tahap II (*condeming*) yaitu sesuai dengan data-data yang didapatkan dalam pengkajian, antara lain yaitu klien tampak gelisah dan cemas, klien merasa malu saat diolok-olok oleh suaminya di depan tetangganya, klien tampak sering menyendiri dan jarang berkumpul dengan teman satu kamarnya, klien tidak mengetahui suara laki-laki yang sering didengarnya itu adalah halusinasi. Hal ini sesuai dengan teori fitria (2009) tentang tahap-tahap halusinasi yaitu pada tahap II (*condeming*) pada tahap ini biasanya klien bersikap menyalahkan dan mengalami tingkat kecemasan berat. Secara umum halusinasi yang ada dapat menyebabkan antipati. Karakteristiknya yaitu pengalaman sensori menakutkan atau merasa dilecehkan oleh pengalaman tersebut, mulai merasa kehilangan kontrol, menarik diri dari orang lain.

Perilaku yang muncul yaitu terjadi peningkatan denyut jantung, pernapasan, dan tekanan darah, perhatian terhadap lingkungan menurun, konsentrasi terhadap pengalaman sensori menurun, kehilangan kemampuan dalam membedakan antara halusinasi dan realita.

Berdasarkan pengkajian terhadap faktor predisposisi, penulis mendapatkan pengalaman yang tidak menyenangkan yaitu pada waktu klien diolok-olok oleh suaminya, karena klien tidak bisa mengurus rumah tangganya. Hal ini sesuai dengan teori dari fitria (2009) tentang faktor psikologis dari faktor predisposisi yaitu hubungan interpersonal yang tidak harmonis serta adanya peran ganda bertentangan yang sering diterima oleh seseorang akan mengakibatkan stres dan kecemasan yang tinggi dan berakhir pada gangguan orientasi dan realitas. Adanya peran interpersonal yang tidak harmonis dapat mengakibatkan klien menarik diri, menarik diri inilah yang merupakan faktor pencetus timbulnya halusinasi klien. Ini sesuai dengan teori dari Fitria (2009) yang menyatakan bahwa suasana sepi dan terisolasi sering menjadi pencetus terjadinya halusinasi.

Penulis juga mendapatkan data-data yang menyimpulkan bahwa Ny. S mengalami gangguan persepsi sensori : halusinasi yaitu klien mengatakan sering mendengar suara laki-laki. Pada waktu pengkajian, klien berbicara kurang jelas, kadang pembicaraan berhenti ditengah-tengah kalimat sambil mikir, klien kurang kooperatif dan kontak mata kurang. Ini sesuai dengan teori fitria (2009) hal yang perlu dikaji pada klien yang mengalami gangguan persepsi sensori : halusinasi yaitu data subyektif yaitu klien mengatakan mendengar sesuatu yang menyuruhnya untuk menceburkan dirinya kesungai. Data obyektif yaitu klien terlihat berbicara atau tertawa sendiri saat dikaji,

bersikap seperti mendengarkan sesuatu, berhenti bicara di tengah-tengah kalimat untuk mendengarkan sesuatu, disorientasi, konsentrasi rendah, pikiran cepat berubah-ubah, dan kekacauan alur pikiran.

Berdasarkan pengkajian terhadap mekanisme koping, klien mengatakan cara yang digunakan klien ketika menyelesaikan masalah adalah dengan menyendiri. Ini menunjukkan koping yang tidak efektif, karena klien tidak bisa menyelesaikan masalah secara baik. Menurut teori Stuart (2006) tentang mekanisme koping adalah perilaku yang mewakili upaya untuk melindungi pasien dari pengalaman yang menakutkan berhubungan dengan proses neurobiologis maladaptif.

Dari pengumpulan data bahwa penyebab klien mengalami halusinasi adalah menarik diri karena klien sering menyendiri dan jarang berinteraksi dengan orang lain. Data subjektifnya klien mengatakan malu karena diolok-olok oleh suaminya didepan tetangganya, berinteraksi dengan orang lain, klien mengatakan sering di kamar sendiri. Data objektifnya klien tampak melamun, suara lemah dan lambat.

Menurut Keliat (2009) Isolasi sosial dimana keadaan ketika seorang individu mengalami penurunan atau bahkan sama sekali tidak mampu berinteraksi dengan orang lain di sekitarnya. Pasien mungkin merasa ditolak, tidak diterima, kesepian, dan tidak mampu membina hubungan yang berarti dengan orang lain, jika tidak diatasi dengan cepat klien akan berdampak halusinasi. Menurut Carpenito L.J (2007) batasan karakteristik subyektif klien menarik diri ditandai dengan klien mengatakan malas bergaul dengan orang lain, tidak mau berkomunikasi dan tidak mau berbicara dengan orang lain,

sedangkan data obyektif, klien mengisolasi diri, aktifitas menurun, kurang spontan dan apatis (acuh terhadap lingkungan).

Akibat dari halusinasi klien adalah klien beresiko mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan. Menurut Fitria(2009) batasan karakteristik subjektif resiko mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan adalah klien mengatakan jengkel atau kesal dan ingin marah. Sedangkan batasan karakteristik objektifnya ekspresi wajah tegang, cepat marah dan mudah tersinggung, melangkah klien mondar-mondar, klien mengepalkan tangan dan jengkel atau kesal dan ingin marah, pandangan tajam. Tetapi karena kekurangan penulis dalam mengkaji dan menganalisa klien maka pada pengkajian penulis hanya mendapatkan data subjektif klien mengatakan cemas dan was-was jika mendengar suara-suara. Dan data objektifnya klien sering diam, berbicara sendiri, dan pandangan mata klien tampak tajam.

Dari data pengkajian di atas dapat disimpulkan akibat dari halusinasi klien adalah resiko mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan sedangkan penyebabnya yaitu isolasi sosial : menarik diri. Pada kasus Ny. S klien sering di kamar sendiri dan jarang berinteraksi. Pada kasus ini klien juga mengatakan dirinya jarang bercerita kepada orang lain dan memendam sendiri masalahnya. jadi koping individu yang tidak efektif ini juga dapat menyebabkan harga diri rendah kemudian menjadi menarik diri dan akhirnya dapat terjadi halusiasi pendengaran pada klien.

Strategi koping adalah cara yang dilakukan untuk merubah lingkungan atau situasi atau menyelesaikan masalah yang sedang dirasakan atau dihadapi. Koping yang efektif menghasilkan adaptasi yang menetap yang merupakan kebiasaan baru dan perbaikan dari situasi yang lama, sedangkan koping yang

tidak efektif berakhir dengan maladaptif yaitu perilaku yang menyimpang dari keinginan normatif dan dapat merugikan diri sendiri maupun orang lain atau lingkungan (Rasmun, 2004).

Pada pemeriksaan fisik penulis tidak mencantumkan pengkajian fisik yaitu yang terdiri dari inspeksi, palpasi, perkusi, Auskultasi karena kurang telitinya penulis dalam mengkaji.

B. Diagnosa Keperawatan

Pada Asuhan keperawatan jiwa Ny. S penulis mengangkat tiga diagnosa yaitu gangguan sensori persepsi : halusinasi sebagai core problem, isolasi sosial : Menarik Diri sebagai penyebab, dan resiko mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan sebagai akibat. Untuk mengangkat diagnosa gangguan sensori persepsi ini, penulis merasa data yang diperoleh sudah cukup menjadi dasar atau acuan. Data subjektif klien mengatakan sering mendengar suara laki-laki yang menyuruhnya untuk melakukan bunuh diri, data subyektif, klien mengatakan sering mendengar suara laki-laki yang menyuruhnya untuk melakukan bunuh diri, suara itu salah satunya mengatakan “Ayo ceburkan diri kamu kesungai”, klien mendengar suara-suara itu biasanya pada saat klien melamun, menyendiri dan saat akan mulai tidur, dalam sehari suara-suara itu bisa muncul 2-3 kali, saat mendengar suara-suara itu perasaan klien was-was dan cemas, klien menghardik suara-suara itu. Sedangkan data obyektifnya yaitu klien berbicara sendiri, senyum sendiri. Dari data subjektif dan data objektif tersebut penulis dapat mengangkat diagnosa prioritas utama Gangguan sensori persepsi : Halusinasi.

Untuk mengambil diagnosa Isolasi Sosial : Menarik Diri penulis memperoleh data subjektif yaitu klien mengatakan malu pada tetangganya, karena suaminya karena klien diolok-olok oleh suaminya, karena tidak bisa mengurus rumah tangganya dan hanya bisa menghabiskan uang. Sedangkan data objektifnya klien tampak sering menyendiri, dan sering melamun, suara lemah dan lambat.

Untuk akibatnya diperoleh data subjektif klien mengatakan was-was jika sering mendengar suara-suara. Sedangkan data objektifnya klien sering diam, berbicara sendiri dan pandangan mata tajam. Dari beberapa data tersebut diambil diagnosa Resiko mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan.

C. Intervensi

Perencanaan keperawatan terdiri dari tiga aspek, yaitu tujuan umum, tujuan khusus, dan rencana tindakan keperawatan. Tujuan khusus berfokus pada penyelesaian permasalahan, tujuan khusus berfokus pada etiologi (Keliat, 2009). Untuk mengatasi masalah pada diagnosa gangguan sensori persepsi penulis melakukan intervensi Sp1 sampai Sp4 yaitu :

Tujuan Khusus SP 1 : BHSP, klien mampu mengidentifikasi halusinasi, klien mampu mengotrol halusinasi dengan cara menghardik, klien mampu memasukkan latihan menghardik dalam jadwal harian. Intervensi dari SP 1 adalah bina hubungan saling percaya dengan prinsip komunikasi terapeutik: sapa klien dengan ramah, baik verbal maupun non verbal, perkenalkan diri dengan sopan dan tanyakan nama lengkap klien dan nama panggilan yang

disukai klien. Jelaskan tujuan pertemuan dan sikap empati, menerima klien apa adanya dan beri perhatian kepada klien dan perhatikan kebutuhan dasar klien. Identifikasi kemampuan klien mengenal halusinasi: kaji jenis, isi, frekuensi, kondisi dan respon saat halusinasi muncul, klien mengatakan bahwa yang didengar klien adalah halusinasi, beri reinforcement atas semua penjelasan klien. Ajarkan cara mengontrol halusinasi dengan menghardik: demonstrasikan cara menghardik, minta klien mencoba cara menghardik, motivasi klien untuk latihan menghardik tiap hari, beri jadwal latihan menghardik.

Tujuan khusus SP 2 : klien mampu mengenal halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain dan memasukan ke dalam jadwal harian. Intervensi dari SP 2 adalah evaluasi validasi perasaan klien: tanyakan apakah pasien masih mendengar suara-suara, lihat jadwal menghardik yang dilakukan, beri reinforcement, beri kontrak yang jelas untuk mengajarkan cara ke dua mengontrol halusinasi. Ajarkan cara bercakap-cakap dengan orang lain: demonstrasikan cara mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain, minta klien mencoba bercakap-cakap, motivasi untuk latihan bercakap-cakap, buat jadwal bercakap-cakap.

Tujuan khusus SP 3 klien mampu mengontrol halusinasi dengan melakukan aktifitas terjadwal. Intervensi dari SP 3 yaitu evaluasi validasi perasaan klien: tanyakan apakah pasien masih mendengar suara-suara, lihat jadwal bercakap-cakap yang dilakukan, beri reinforcement, beri kontrak yang jelas untuk mengajarkan cara ke tiga mengontrol halusinasi. Ajarkan untuk

melakukan kegiatan terjadwal: demonstrasikan cara mengontrol halusinasi dengan melakukan latihan terjadwal, minta klien mencoba latihan terjadwal, motivasi untuk melakukan latihan yang sudah terjadwal.

Tujuan khusus SP 4 klien mampu mengontrol halusinasi dengan cara minum obat teratur. Intervensi SP4 yaitu evaluasi validasi klien, membantu klien minum obat dengan teratur untuk mengontrol halusinasinya dengan memberitahu warna dan manfaat obat tersebut

Sedangkan penulis tidak melakukan intervensi Sp 5 yaitu yang melibatkan keluarga untuk mengontrol halusinasi penulis tidak melakukannya karena keluarga tidak datang untuk menjenguknya. Selain itu penulis tidak melakukan intervensi untuk diagnosa isolasi sosial : Menarik Diri dan resiko mencederai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan karena penulis hanya berfokus pada prioritas masalah utama saja yaitu gangguan sensori persepsi : halusinasi pendengaran.

D. Implementasi

Implementasi yang dilakukan penulis untuk mengontrol halusinasi Ny. S menggunakan metode strategi pelaksanaan atau SP. Pada interaksi pertama penulis melakukan implementasi dari Sp1 dan penulis tidak mengalami kesulitan karena sudah bisa terjalin rasa percaya dengan klien yaitu membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi kemampuan klien mengenal halusinasi (jenis, isi, frekuensi halusinasi, kondisi saat muncul halusinasi, respon klien saat halusinasi muncul), mengajarkan cara mengontrol halusinasi

dengan cara menghardik dan meminta memasukan latihan menghardik ke dalam jadwal sehari-hari.

Pada pertemuan ke dua penulis melakukan implementasi Sp 2 dan tidak mengalami hambatan saat interaksi yaitu mengevaluasi validasi perasaan klien, dan mengajarkan cara mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain.

Pada interaksi ke tiga penulis melakukan imlementasi Sp 3 yaitu mengevaluasi validasi perasaan klien, mengajarkan cara mengontrol halusinasi dengan melakukan aktifitas terjadwal sesuai kemampuan klien. Dan pada interaksi ke empat penulis melakukan imlementasi Sp 4 yaitu mengevaluasi validasi perasaan klien, dan mengajarkan cara mengontrol halusinasi dengan minum obat secara teratur. Sedang pada Sp 5 yaitu mengontrol halusinasi yang melibatkan keluarga penulis tidak melakukan karena keluarga tidak datang untuk menjenguk. Selain itu penulis juga tidak melakukan intervensi untuk diagnosa isolasi sosial : Menarik Diri dan resiko mencederai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan karena penulis hanya berfokus pada prioritas masalah utama saja yaitu gangguan sensori persepsi : halusinasi pendengaran.

E. Evaluasi

Dari pelaksanaan implementasi selama lima hari dari tanggal 29 Maret-2 April 2011 penulis memperoleh beberapa evaluasi. Menurut Keliat (2005) evaluasi adalah proses berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan

keperawatan pada klien, evaluasi dilakukan terus-menerus pada respon klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

Evaluasi dari pertemuan yang pertama masalah keperawatan teratasi sesuai dengan kriteria hasil, dibuktikan dengan klien mampu membina hubungan saling percaya, klien mampu mengenal jenis, isi, frekuensi, kondisi, dan respon terjadinya halusinasi dan klien dapat mengontrol halusinasi dengan cara menghardik.

Evaluasi yang didapat dari pertemuan kedua masalah keperawatan teratasi sesuai dengan kriteria hasil, yang diharapkan klien mampu mempraktekkan cara mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain.

Evaluasi yang didapat dari pertemuan ketiga masalah keperawatan teratasi sesuai dengan kriteria hasil, yang diharapkan klien mampu mempraktekkan cara mengontrol halusinasi dengan melakukan aktifitas terjadwal yang sesuai dengan kemampuan klien.

Evaluasi yang didapat penulis pada pertemuan yang keempat adalah masalah teratasi sebagian karena didapatkan hasil klien mampu menyebutkan jenis, dosis dan manfaat obat diminumnya serta akibat bila tidak patuh minum obat, tapi klien tidak dapat mendemonstrasikan kepatuhan minum obat.

Evaluasi untuk SP5 adalah tujuan tidak tercapai, penulis tidak dapat melakukan implementasi karena selama klien dirawat di RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang, Karena keluarga tidak datang menjenguknya

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Kesimpulan dari asuhan keperawatan pada Sdr. A dengan gangguan sensori persepsi pendengaran sebagai berikut :

1. Dari hasil pengkajian pada Ny. S dapat disimpulkan timbulnya perubahan sensori persepsi halusinasi pada Ny. S diawali dengan menarik diri dari lingkungannya, sehingga klien tidak mau berinteraksi dengan orang lain. Dalam pengkajian Ny. S mengalami halusinasi pendengaran yang menyuruhnya melakukan hal negatif seperti ada yang menyuruhnya untuk menceburkan dirinya ke sungai, maka klien akan berisiko mencederai diri, orang lain dan lingkungan.
2. Diagnosa keperawatan yang ditegakkan sebagai prioritas masalah pada Ny. S adalah gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran.
3. Rencana tindakan keperawatan pada Ny. S menggunakan TUK, dengan tujuan umum klien mampu mengontrol halusinasinya. Tujuan khusus Sp1 adalah klien dapat membina hubungan saling percaya, klien dapat mengenal halusinasinya, dan klien dapat mengontrol halusinasi dengan menghardik. Tujuan khusus Sp2 adalah klien mampu mengenal halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain. Tujuan khusus Sp3 adalah klien mampu mengontrol halusinasi dengan melakukan aktifitas terjadwal yang sesuai dengan kemampuan klien. Tujuan khusus Sp4

adalah klien dapat memanfaatkan obat dengan baik sedangkan tujuan khusus Sp5 adalah klien dapat dukungan dari keluarga yaitu dalam mengontrol halusinasi.

4. Implementasi sudah sesuai dengan intervensi yang diberikan untuk mengatasi halusinasi pendengaran pada Ny. S tetapi untuk implementasi Tujuan khusus Sp5 penulis tidak melakukan karena keluarga tidak datang menjenguk.
5. Evaluasi yang penulis dapatkan dari asuhan keperawatan pada Ny .S yaitu tercapainya SP 1, 2, 3, 4, sedangkan SP 5 penulis tidak melakukan karena keluarga tidak menjenguk. sebagai berikut terbinanya hubungan saling percaya, dibuktikan dengan klien bersedia berjabat tangan, bersedia menyebutkan nama dan klien bersedia mengutarakan masalah yang dihadapi. Klien mampu mengenal halusinasinya, dibuktikan dengan klien dapat menyebutkan jenis, isi, waktu, frekuensi timbulnya halusinasi, kondisi saat muncul halusinasi, respon saat muncul halusinasi. Klien dapat mengontrol halusinasinya, dibuktikan dengan klien dapat mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, bercakap-cakap dengan orang lain, klien melakukan aktivitas yang terjadwal, dan meminum obat secara teratur.

B. Saran

1. Seorang perawat harus menggunakan teknik komunikasi terapeutik agar terjalin hubungan saling percaya antara perawat dan klien.

Perawat yang bekerja di RSJ perlu memberikan evaluasi dan tindak lanjut kepada klien pada setiap terakhir melakukan interaksi dengan maksud memudahkan klien untuk mengetahui hal-hal yang telah diberikan perawat kepada klien. Dan di sarankan untuk sering berinteraksi secara maksimal dengan klien.

2. Bagi keluarga agar lebih memperhatikan anggota keluarganya yang mengalami gangguan jiwa, supaya lebih sering untuk menjenguknya. Karena melibatkan keluarga dalam proses perawatan klien dengan gangguan jiwa khususnya pasien dengan perubahan sensori persepsi : halusinasi sangatlah penting untuk mempercepat proses kesembuhan dan faktor resiko kambuh kembali pada pasien halusinasi.
3. Bagi masyarakat sekitar agar mampu menerima klien setelah pulang dari rumah sakit jiwa dengan apa adanya dalam kegiatan sosial, jangan malah mengucilkan klien karena itu akan menghambat proses kesembuhan klien, dan memberikan reinforcement yang positif.

DAFTAR PUSTAKA

- Arif, Imam Setiadi. (2006). *Skizofrenia*. Bandung : Penerbit Buku PT Refika Aditama.
- Baihaqi, MIF, dkk. (2005). *Psikiatri : Konsep Dasar dan Gangguan-Gangguan*. Bandung : PT. Refika Aditama.
- Carpenito. (2006). *Buku Saku Diagnosis Keperawatan*. Alih bahasa, Yasmin Asih ; editor edisi bahasa Indonesia, Monica Ester. Edisi 10. Jakarta : Penerbit Buku EGC.
- Damaiyanti,Mukhriyah. (2008). *Komunikasi Terapeutik Dalam Praktik Keperawatan*. Bandung : PT. Refika Aditama.
- Fitria, Nita. (2009). *Prinsip Dasar dan Aplikasi Penulisan Laporan Pendahuluan dan Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan*. Jakarta : Penerbit Buku Salemba Medika.
- Isaacs, Ann. (2004). *Keperawatan Kesehatan Jiwa dan Psikiatrik*. Alih bahasa, Dean Praty Rahayuningsih ; editor edisi bahasa Indonesia, Sari Kurnianingsih. Edisi 3. Jakarta : Penerbit Buku EGC.
- Keliat, Budi Ana. (2005). *Proses Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Edisi 2. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Keliat,B.A. (2009). *Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa*. Jakarta : EGC.
- Riyadi, dkk. (2009). *Asuhan Keperawatan*. Edisi pertama. Yogyakarta : Penerbit Buku Graha Ilmu.
- Stuart, Gail W. (2006). *Buku Saku Keperawatan Jiwa*. Edisi 5. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Yosep, Iyus. (2007). *Keperawatan Jiwa*. Bandung : Penerbit Buku PT Refika Aditama.
- Yosep, Iyus. (2009). *Keperawatan Jiwa*. Edisi Revisi. Bandung : Penerbit Buku PT Refika Aditama.