**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn.T DENGAN GANGGUAN SISTEM PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI PENDENGARAN**

**DI RSUD DELI SERDANG LUBUK PAKAM TAHUN 2020**



**DARIATI P07520119170**

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MEDAN**

**KELAS RPL PRODI D-III JURUSAN KEPERAWATAN**

**2020**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn.T DENGAN GANGGUAN SISTEM PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI PENDENGARAN**

**DI RSUD DELI SERDANG LUBUK PAKAM TAHUN 2020**

**Karya Tulis Ilmiah ini Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk**

**Menyelesaikan Program Stugi D-III Kelas RPL**



**KARYA TULIS ILMIAH**

**DARIATI P07520119170**

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MEDAN**

**KELAS RPL PRODI D-III JURUSAN KEPERAWATAN**

**2020**

**LEMBAR PENGESAHAN**

|  |  |
| --- | --- |
| **JUDUL** | **: ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn.T DENGAN GANGGUAN**  **PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI PENDENGARAN DI RSUD DELI SERDANG LUBUK PAKAM TAHUN 2020** |
| **NAMA** | **: DARIATI** |
| **NIM** | **: P07520119170** |

**Karya Tulis Ilmiah Ini Telah Diuji Pada Sidang Ujian Akhir Program**

**Prodi D-III Kelas RPL**

**Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Medan**

Medan, Juni 2020

Pembimbing

Yufdel, S.Kep, Ns, M.Kes

NIP. 196406251990032002

Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan

Kementerian Kesehatan Medan

Johani Dewita Nasution, SKM, M.Kes.

NIP. 196505121999032001

**LEMBAR PENGESAHAN**

|  |  |
| --- | --- |
| **JUDUL** | **: ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn.T DENGAN GANGGUAN**  **PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI PENDENGARAN DI RSUD DELI SERDANG LUBUK PAKAM TAHUN 2020** |
| **NAMA** | **: DARIATI** |
| **NIM** | **: P07520119170** |

**Karya Tulis Ilmiah Ini Telah Diuji Pada Sidang Ujian Akhir Program**

**Prodi D-III Kelas RPL**

**Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Medan**

Medan, Juni 2020

Ketua Penguji

Yufdel, S.Kep, Ns, M.Kes

NIP. 196406251990032002

Penguji I Penguji I

Nurlama Siregar, S.Kep, Ns, M.Kes. Dina Indarsita, SST, M.Kes

NIP. 197206221995032001 NIP. 196501031989032001

Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan

Kementerian Kesehatan Medan

Johani Dewita Nasution, SKM, M.Kes.

NIP. 196505121999032001

**KATA PENGANTAR**

Puji syukur kehadirat Tuhan Yang maha Esa, atas segala rahmat dan karuniaNya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah yang berjudul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn.T DENGAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI PENDENGARAN DI RSUD DELI SERDANG LUBUK PAKAM TAHUN 2020”.

Penulis menyadari karya tulis ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu, kritik dan saran yang sifatnya membangun sangat kami harapkan demi kesempurnaan dari kekurangan-kekurangan yang ada, sehingga karya tulis ini ini bias bermanfaat. Bersama ini kami mengucapkan terimakasih dan penghargaan kepada :

1. Direktur Politeknik Kesehatan Kementrian Kesehatan RI Medan, Ibu Dra. Ida Nurhayati, M.Kes
2. Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementrian Kesehatan RI Medan, Ibu Johani Dewita Nasution, SKM, M.Kes yang telah memberikan sarana dan prasarana sehingga kami dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah
3. Pimpinan di RSUD DELI SERDANG LUBUK PAKAM yang telah membantu dalam pelaksanaan asuhan keperawatan ini.
4. Ibu Yufdel, S.Kep, Ns, M.Kes selaku Dosen Pembimbing Utama Karya Tulis Ilmiah yang sangat membantu dalam membimbing pembuatan KaryaTulis ini.
5. Ibu Nurlama Siregar, S.Kep, Ns, M.Kes selaku penguji I dan ibu Dina Indarsita, SST, M.Kes selaku penguji II yang telah memberikan masukan dan bimbingan dalam perbaikan karya tulis ilmiah ini6. Serta pihak lain yang tidak mungkin kami sebutkan satu-persatu atas bantuannya secara langsung maupun tidak langsung sehingga penelitian ini dapat diselesaikan.

Akhir kata, kami berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga karya tulis ini dapat bermanfaat bagi kita semua.

i

**DAFTAR ISI**

**Halaman**

**KATAPENGANTAR** .................................................................................. **DAFTAR ISI** .............................................................................................. **BAB1 PENDAHULUAN**

1.1 Latar Belakang .......................................................................... 1

1.2 Tujuan....................................................................................... 3

1.3 Metode Penulisan...................................................................... 4

1.4 Ruang Lingkup Penulisan .......................................................... 4

1.5 Sistematika Penulisan ............................................................... 5

**BAB II TINJAUAN TEORITIS**

2.1 Konsep Dasar

2.1.1 Defenisi ............................................................................ 6

2.1.2 Etiologi ............................................................................. 7

2.1.3 Psikopatologi .................................................................... 8

2.1.4 Tanda dan gejala .............................................................. 9

2.1.5 Penatalaksanaan .............................................................. 11

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengkajian........................................................................ 12

2.2.2 Diagnosa Keperawatan ..................................................... 14

2.2.3 Perencanaan .................................................................... 14

2.2.4 Implementasi .................................................................... 24

2.2.5 Evaluasi............................................................................ 25

**BAB III TINJAUAN KASUS**

3.1 Pengkajian ................................................................................ 26

3.2 Analisa Data.............................................................................. 35

3.3 Diagnosa Keperawatan ............................................................. 36

3.4 Implementasi dan Evaluasi.............................................................41

**BAB IV PEMBAHASAN**

4.1 Pengkajian ................................................................................ 45

4.2 Diagnosa Keperawatan ............................................................. 46

4.3 Perencanaan............................................................................. 47

4.4 Implementasi............................................................................. 49

4.5 Evaluasi .................................................................................... 50

**BAB V KESIMPULAN DAN SARAN**

5.1 Kesimpulan ............................................................................... 52

5.2 Saran ........................................................................................ 53

**DAFTAR PUSTAKA**

ii

**BAB I PENDAHULUAN**

**1.1 Latar Belakang**

Tuntutan dan masalah hidup yang semakin meningkat serta perkembangan teknologi yang pesat menjadi stressor pada kehidupan manusia. Jika individu tidak mampu melakukan koping dengan adaptif, maka individu beresiko mengalami gangguan jiwa. Gangguan jiwa merupakan gangguan pikiran, perasaan atau tingkah laku seseorang sehingga menimbulkan penderitaan dan terganggunya fungsi sehari-hari. Gangguan jiwa disebabkan karena gangguan fungsi sel-sel syaraf di otak, dapat berupa kekurangan maupun kelebihan neutrotransmiter atau substansi tertentu (Febrida, 2015).

WHO (2016), memperkirakan terdapat 450 juta jiwa diseluruh dunia yang mengalami gangguan mental, sebagian besar dialami oleh orang dewasa muda antara usia 18-21 tahun, hal ini dikarenakan pada usia tersebut tingkat emosional masih belum terkontrol. Di indonesia sendiri prevalensi penduduk yang mengalami gangguan jiwa cukup tinggi, data WHO (2016) juga mengungkapkan bahwa 26 juta penduduk Indonesia atau kira-kira 12-16 % mengalami gangguan jiwa. Berdasarkan data Departemen Kesehatan, jumlah penderita gangguan jiwa di Indonesia mencapai 2,5 juta jiwa.

Prevalensi gangguan jiwa tertinggi di indonesia terdapat di daerah khusus ibu kota jakarta yaitu sebanyak 24,3% (Depkes RI, 2018). Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (2018), menunjukan bahwa prevalensi gangguan jiwa secara nasional mencapai 5,6% dari jumlah penduduk, dengan kata lain menunjukan bahwa pada setiap 1000 orang penduduk terdapat 4 sampai 5 orang yang mengalami gangguan jiwa. Prevalensi gangguan jiwa di indonesia diperkirakan akan terus bertambah seiring dengan meningkatnya beban hidup yang dihadapi oleh masyarakat indonesia.

Secara umum gangguan jiwa bisa di bedakan menjadi dua kategori yaitu psikotik dan non-psikotik yang meliputi gangguan cemas, psikoseksual, kepribadian, alkoholisme, dan menarik diri. Gangguan jiwa psikotik meliputi gangguan jiwa organik dan non- organik. Gangguan jiwa organik meliputi delirium, epilepsi dan dimensia, sedangkan gangguan jiwa non-organik meliputi skizofrenia, waham, gangguan mood, psikosa (mania, depresi), gaduh, gelisah, dan halusinasi (Kusumawati, 2014).

Halusinasi adalah salah satu bentuk gangguan jiwa yang menjadi penyebab seseorang dibawa ke Rumah Sakit Jiwa. Berdasarkan data yang diperoleh di RSUD Deli Serdang Lubuk Pakam terdapat 9 orang yang mengalami gangguan jiwa bulan Januari hingga Maret 2020.

Pasien dengan halusinasi jika tidak segera ditangani akan memberikan dampak yang buruk bagi penderita, orang lain, ataupun lingkungan disekitarnya, karena pasien dengan halusinasi akan kehilangan kontrol dirinya. Pasien akan mengalami panik dan perilakunya dikendalikan oleh halusinasinya, pada situasi ini pasien dapat melakukan bunuh diri (suicide), membunuh orang lain (homicide), bahkan merusak lingkungan. Untuk meminimalkan dampak yang ditimbulkan dibutuhkan peran perawat yang optimal dan cermat untuk melakukan pendekatan dan membantu klien memecahkan masalah yang dihadapinya dengan memberikan penatalaksanaan untuk mengatasi halusinasi. Penatalaksanaan yang diberikan antara lain meliputi farmakologis dan nonfarmakologis. Penatalaksanaan farmakologis antara lain dengan memberikan obat-obatan antipsikotik. Adapun penatalaksanaan non-farmakologis dari halusinasi dapat meliputi pemberian terapi-terapi modalitas (Direja, 2016).

Peran perawat dalam menangani halusinasi di pelayanan kesehatan salah satunya melakukan penerapan standar asuhan keperawatan yang mencakup penerapan strategi pelaksanaan halusinasi. Strategi pelaksanaan adalah penerapan standar asuhan keperawatan terjadwal yang diterapkan pada pasien yang bertujuan untuk mengurangi masalah keperawatan jiwa yang ditangani. Strategi pelaksanaan pada pasien halusinasi mencakup kegiatan mengenal halusinasi, mengajarkan pasien menghardik halusinasi, bercakapcakap dengan orang lain saat halusinasi muncul, melakukan aktivitas terjadwal untuk mencegah halusinasi, serta minum obat dengan teratur (Keliat, dkk, 2015).

Hasil dari beberapa penelitian menunjukan pemberian asuhan keperawatan sesuai standar dengan penerapan strategi pelaksanaan halusinasi di rumah sakit memberikan dampak perbaikan pada kondisi pasien, serta membantu menurunkan tanda dan gejala halusinasi. Pasien gangguan jiwa yang menjalani rawat inap di rumah sakit banyak yang menunjukan perbaikan pada kondisinya dan di perbolehkan untuk pulang, akan tetapi banyak juga pasien yang kembali lagi ke rumah sakit, hal ini sebagian besar di sebabkan kurangnya pengarahan terhadap keluarga pasien terkait dengan penanganan dirumah menjelang pasien pulang.

Berdasarkan data dan fenomena diatas khususnya pada daerah Lubuk Pakam masalah gangguan jiwa yang paling banyak di alami oleh masyarakat adalah halusinasi dan lebih didominasi halusinasi pendengaran. Pasien dengan halusinasi yang menjalani rawat inap di rumah sakit kemudian dilakukan penatalaksanaan halusinasi baik farmakologis maupun non-farmakologis banyak yang menunjukan perbaikan pada kondisinya dan dinyatakan sembuh, akan tetapi banyak juga pasien yang kembali lagi ke rumah sakit. Sehingga berdasarkan hal diatas maka penulis tertarik untuk melakukan Asuhan Keperawatan pada Tn. T dengan gangguan persepsi sensori : Halusinasi Pendengaran di Wilayah Kerja RSUD Deli Serdang Lubuk Pakam Tahun 2020.

**1.2 Tujuan Penulisan**

1. Tujuan Umum

Adapun tujuan secara umum adalah untuk menggambarkan asuhan keperawatan pada klien dengan Gangguan persepsi sensori : Halusinasi Pendengaran

2. Tujuan Khusus

1. Mampu melaksanakan pengkajian yang tepat dengan masalah gangguan persepsi sensori : Halusinasi Pendengaran di RSUD Deli Serdang Lubuk Pakam Tahun 2020.

2. Mampu menegakkan diagnosa keperawatan yang tepat dengan masalah gangguan persepsi sensori : Halusinasi Pendengaran di RSUD Deli Serdang Lubuk Pakam Tahun 2020.

3. Mampu menentukan rencana keperawatan yang tepat dengan masalah gangguan persepsi sensori : Halusinasi Pendengaran di RSUD Deli Serdang Lubuk Pakam Tahun 2020.

4. Mampu melaksanakan tindakan keperawatan dengan tepat masalah gangguan persepsi sensori : Halusinasi Pendengaran di RSUD Deli Serdang Lubuk Pakam Tahun 2020.

5. Mampu melaksanakan evaluasi hasil dengan tepat dari tindakan keperawatan yang sudah dilakukan dengan tepat masalah gangguan persepsi sensori : Halusinasi Pendengaran di RSUD Deli Serdang Lubuk Pakam Tahun 2020.

**1.3 Perumusan Masalah**

Bagaimana asuhan keperawatan pada Tn.T dengan gangguan persepsi sensori : Halusinasi Pendengaran di RSUD Deli Serdang Lubuk Pakam Tahun

2020.

**1.4 Manfaat**

1.4.1 Manfaat Teoritis

Manfaat teoritis studi kasus ini adalah untuk pengembangan ilmu keperawatan dalam pembuatan Asuhan Keperawatan tentang klien Halusinasi Pendengaran agar perawat mampu melaksanakan intervensi pada pasien selama dirawat di Rumah Sakit.

1.4.2 Manfaat Praktis a. Bagi masyarakat

Meningkatkan pengetahuan, pemahaman, pencegahan dan penatalaksanaan kepada masyarakat terkait dengan gangguan

persepsi sensori :

halusinasi pendengaran b. Bagi Puskesmas

Dapat meningkatkan mutu perawatan pelayanan pada kasus halusinasi pendengaran dan bisa memperhatikan kondisi dan kebutuhan pasien halusinasi pendengaran dengan masalah gangguan persepsi sensori

c. Bagi Penulis

Memperoleh pengalaman dalam mengaplikasikan hasil riset keperawatan, khususnya studi kasus tentang halusinasi pendengaran. d. Bagi Pengembangan Ilmu dan Teknologi Keperawatan

Menambah keluasan ilmu dan teknologi terapan bidang keperawatan tentang halusinasi pendengaran.

**1.5 Sistematika Penulisan**

Sistematika penulisan akan diuraikan secara singkat dalam bentuk bab dan sub bab penulisan karya tulis, maka Penulis akan menyusun menjadi 5 bab, yaitu:

BAB I Pendahuluan, terdiri atas Latar Belakang, Tujuan, Perumusan Masalah, Manfaat dan Sistematika Penulisan

BAB II Landasan Teoritis terdiri dari Konsep Dasar (Definisi, Etiologi, Manifestasi Klinik, Patofisiologi, Penatalaksanaan, Konsep Asuhan keperawatan (Pengkajian Keperawatan, Diagnosa Keperawatan, Fokus Perencanaan/ Implementasi, dan Evaluasi)

BAB III Tinjauan Kasus terdiri Pengkajian, Analisa Data, Diagnosa Keperawatan, Rencana keperawatan, Implementasi & Evaluasi.

BAB IV Pembahasan terdiri dari Pengkajian, Diagnosa Keperawatan, Perencanaan/ Implementasi dan Evaluasi

BAB V Penutup terdiri dari Kesimpulan dan Saran

**BAB II LANDASAN TEORI**

**2.1 Konsep Dasar**

**2.1.1 Defenisi**

Halusinasi adalah salah satu gejala gangguan pada individu yang ditandai dengan perubahan sensori persepsi, merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan, atau penghidupan. Pasien merasakan stimulus yang sebenarnya tidak ada (Keliat, 2016).

Halusinasi dapat didefenisikan sebagai terganggunya persepsi sensori seseorang, dimana tidak terdapat stimulus internal yang tidak sesuai dengan kenyataan. Halusinasi dapat didefinisikan sebagai suatu persepsi yang salah tanpa dijumpai adanya rangsangan dari luar (Yosep, 2014).

Menurut Direja (2015), halusinasi merupakan hilangnya kemampuan manusia dalam membedakan rangsangan internal (pikiran) dan rangsangan eksternal (dunia luar).

Halusinasi pendengaran adalah mendengar suara atau bunyi yang berkisar dari suara sederhana sampai suara yang berbicara mengenai klien sehingga klien berespon terhadap suara atau bunyi tersebut (Stuart, 2015). Halusinasi pendengaran meliputi mendengar suara-suara, paling sering adalah suara orang, berbicara kepada klien atau membicarakan klien. Mungkin ada satu atau banyak suara, dapat berupa suara orang yang dikenal atau tidak dikenal. Berbentuk halusinasi perintah yaitu suara yang menyuruh klien untuk mengambil tindakan, sering kali membahayakan diri sendiri atau orang lain dan di anggap berbahaya (Videbeck, 2016).

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

**2.1.2 Etiologi**

Rangsangan primer dari halusinasi adalah kebutuhan perlindungan otak dari psikologik terhadap kejadian traumatic, sehubungan dengan rasa bersalah, rasa sepi, marah, rasa takut mati, ditinggalkan orang yang dicintai, tidak dapat mengendalikan dorongan ego dan perasaannya sendiri. Adapun penyebab dari timbulnya halusinasi terdiri dari beberapa faktor yaitu :

1. Faktor Predisposisi

Menurut Yosep (2014), ada beberapa faktor penyebab terjadinya gangguan halusinasi, yaitu faktor perkembangan, sosiokultural, biokimia, psikologis, genetic dan poala asuh. Adapun penjelasan yang lebih detail dari masing-masing faktor adalah sebagai berikut :

a. Faktor Perkembangan

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

b. Faktor Sosikultural

Seseorang yang merasa tidak diterima lingkuanganya sejak bayi (Unwanted child) akan merasa disingkirkan, kesepian, dan tidak percaya pada lingkunagannya.

c. Faktor Biokimia

Mempunyai pengaruh terjadinya gangguan jiwa. Adanya stress yang berlebihan dialami seseorang maka didalam tubuh akan dihasilkan suatu zat yang dapat bersifat halusinogik neurokimia seperti Buffofenon dan Dimetytranferase (DMP). Akibat stress berkepanjangan menyebabkan teraktivasinya neurotransmitter otak. Misalnya terjadi ketidakseimbangan Acetylcholin dan Dopamin.

d. 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 khayal.

e. Faktor genetik dan pola asuh

Penelitian menunjukan bahwa anak sehat yang diasuh oleh orang tua

Skizofrenia cenderung mengalami Skizofrenia. Hasil studi menunjukan bahwa faktor keluarga menunjukan hubungan yang sangat berpengaruh pada penyakit ini.

2. Faktor Presipitasi

Menurut Stuart (2015), ada beberapa faktor presipitasi terjadinya gangguan halusinasi, yaitu faktor biologis, faktor stress lingkungan, dan faktor sumber koping. Adapun penjelasan yang lebih detail dari masing-masing faktor tersebut adalah sebagai berikut ini :

a. Faktor Biologis

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

b. Faktor Stress lingkungan

Ambang toleransi terhadap stress yang ditentukan secara biologis berinteraksi dengan stressor lingkungan untuk menentukan terjadinya gangguan perilaku.

c. Faktor Sumber koping

Sumber koping mempengaruhi respon individu dalam menanggapi stressor.

**2.1.3 Psikopatologi**

Halusinasi dapat terjadi karena respon bioogis terhadap stress yang meningkat bila terjadi penurunan stabilitas, dan juga diakibatkan karena seorang individu berpisah dengan orang yang sangat penting. Halusinasi ini bisa berupa suara-suara bising atau mendengung. Tetapi paling sering berupa kata-kata yeng tersusun dalam bentuk kalimat yang mempengaruhi tigkah laku klien, sehingga klien menghasilkan respon lain yang membahayakan. Suasana yang terisolasi disertai terbatasnya kemampuan individu dalam memecahkan masaah sehingga dapat meninggalkan kecemasan yang mengakibatkan lepasnya zat halusigenik neurokomia. Dan akan menyebabkan gangguan dalam putaran otak dalam menghadapi rangsangan, sehingga individu tidak mampu mengontrol pikiran, perasaan, dan perilaku.

**2.1.4 Tanda dan Gejala**

Tahap halusinasi karakteristik dan perilaku yang ditampilkan (Nita Fitria,

2009,).

a. Tahap I

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

1). Karakteristik

Mengalami kecemasan. Kesepian, rasa bersalah. Ketakutan, mencoba berfokus pada pikiran yangd apat menghilangkan ansietas, pikiran dan pengalaman sensorik masih ada dalam control kesadaran (non psikotik).

2). Perilaku klien

Tersenyum, tertawa sendiri, menggerakkan bibir tanpa suara, pergerakan mata yang cepat, respon verbal yang lambat, diam dan berkonsentrasi.

b. Tahap II

Menyalahkan, tingkat kecemasan berat secara umum halusinasi menyebabkan rasa antipati.

1). Karakteristik

Pengalaman sensori menakutkan, merasa dilecehkan oleh pengalaman tersebut, mulai merasa kehilangan control dan menarik diri dari orang lain (non psikotik).

2). Perilaku klien

Terjadi peningkatan denyut jantung, pernafasan dan tekanan darah, perhatian dengan lingkungan menurun, konsentrasi terhadap pengalaman sensoripun menurun, kehilangan kemampuan membedakan halusinasi dengan relaita.

c. Tahap III

Klien biasanya tidak dapat mengontrol dirinya sendiri, tingkat kecemasan berat dan pengalaman halusinasi tidak dapat ditolak lagi.

1). Karakteristik

Klien menyerah dan menerima pengalaman sensorinya

(halusinasi), isi halusinasi menjadi atraktif, dan kesepian bila pengalaman sensori berakhir (psikotik).

2). Perilaku Klien

Klien menurut perintah halusinasi, sulit berhubungan dengan orang

lain, perhatian terhadap lingkungan berkurang, tidak mampu mengikuti perintah yang nyata, dank lien tampak tremor dan berkeringat.

d. Tahap IV

Klien sudah dikuasai oleh halusinasi dan biasanya klien terlihat panic.

1). Pengalaman sensori menjadi mengancam dan halusinasi dapat berlangsung selama beberapa jam atau hari.

2). Perilaku klien

Perilaku klien, resiko tinggi mencederai, agitasi atau katatonik serta tidak mampu berespon terhadap rangsangan yang ada.

e. Komplikasi

Klien yang mengalami halusinasi dapat kehilangan kontrol dirinya sehingga bisa membahayakan diri sendiri, orang lain maupun merusak lingkungan (resiko mencederai diri, orang lain dan lingkungan). Hal ini terjadi jika halusinasi sudah sampai tahap ke-4, di mana klien mengalami panik dan perilakunya dikendalikan oleh isi halusinasinya. Klien benar-benar kehilangan kemampuan penilaian realitas terhadap lingkungan. Dalam situasi ini klien dapat melakukan bunuh diri, membunuh orang lain bahkan merusak lingkungan.

Menurut Videbeck, (2008) ada beberapa tanda dan gejala pada klien dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran dilihat dari data subyektif dan data obyektif klien, yaitu :

1. Data Subyektif :

a. Mendengar suara atau bunyi.

b. Mendengar suara menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya. c. Mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap.

d. Mendengar seseorang yang sudah meninggal.

e. Mendengar suara yang mengancam diri klien atau orang lain bahkan suara lain yang membahayakan.

2. Data Obyektif.

a. Mengarahkan telinga pada sumber suara.

b. Bicara sendiri.

c. Tertawa sendiri.

d. Marah-marah tanpa sebab. e. Menutup telinga.

f. Mulut komat-kamit.

g. Ada gerakan tangan.

**2.1.5 Penatalaksanaan**

Pengobatan harus secepat mungkin harus diberikan, disini peran keluarga sangat penting karena setelah mendapatkan perawatan di RSJ klien dinyatakan boleh pulang sehingga keluarga mempunyai peranan yang sangat penting didalam hal merawat klien, menciptakan lingkungan keluarga yang kondusif dan sebagai pengawas minum obat (Maramis, 2014).

1. Farmakoterapi

a. Neuroleptika dengan dosis efektif bermanfaat pada penderita skizoprenia yang menahun, hasilnya lebih banyak jika mulai diberi dalam dua tahun penyakit.

b. Neuroleptika dengan dosis efektif tinggi bermanfaat pada penderita dengan psikomotorik yang meningkat.

2. Terapi kejang listrik

Terapi kejang listrik adalah pengobatan untuk menimbulkan kejang grandmall secara artificial dengan melewatkan aliran listrik melalui electrode yang dipasang pada satu atau dua temples, terapi kejang listrik dapat diberikan pada skizoprenia yang tidak mempan dengan terapi neuroleptika oral atau injeksi, dosis terapi kejang listrik 4-5 joule/detik.

3. Psikoterapi dan Rehabilitasi

Psikoterapi suportif individual atau kelompok sangat membantu karena berhubungan dengan praktis dengan maksud mempersiapkan klien kembali ke masyarakat, selain itu terapi kerja sangat baik untuk mendorong klien bergaul dengan orang lain, klien lain, perawat dan dokter. Maksudnya supaya klien tidak mengasingkan diri karena dapat membentuk kebiasaan yang kurang baik, dianjurkan untuk mengadakan permainan atau latihan bersama, seperti therapy modalitas yang terdiri dari :

a. Terapi aktivitas

1. Terapi musik

Fokus : mendengar, memainkan alat musik, bernyanyi. Yaitu menikmati dengan relaksasi musik yang disukai klien.

2. Terapi seni

Fokus : untuk mengekspresikan perasaan melalui berbagai pekerjaan

seni.

3. Terapi menari

Fokus pada : ekspresi perasaan melalui gerakan tubuh.

4. Terapi relaksasi

Belajar dan praktek relaksasi dalam kelompok Rasional : untuk koping / prilaku mal adaptif / deskriptif, meningkatkan partisipasi dan kesenangan klien dalam kehidupan.

b. Terapi sosial

Klien belajar bersosialisasi dengan klien lain c. Terapi kelompok

Terapi kelompok (Group therapy)

1. Terapi group (kelompok terapeutik)

2. Terapi aktivitas kelompok (Adjunctive group activity therapy) TAK Stimulus Persepsi : Halusinasi

- Sesi 1 : Mengenal halusinasi

- Sesi 2 : Mengontrol halusinasi dengan menghardik

- Sesi 3 : Mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan

- Sesi 4 : Mencegah halusinasi dengan bercakap-cakap

- Sesi 5 : Mengontrol halusinasi dengan patuh minum obat d. Terapi lingkungan

Suasana rumah sakit dibuat seperti suasana di dalam keluarga (home like atmosphere)

**2.2 Konsep Asuhan Keperawatan**

**2.2.1 Pengkajian**

a. Faktor Predisposisi

1). Faktor Perkembangan

Tugas perkembangan klien yang terganggu misalnya rendahnya kontrol dan kehangantan keluarga menyebabkan klien tidak mampu mandiri sejak kecil, mudah frustasi, hilang percaya diri dan lebih rentan terhadap stress.

2). Faktor Sosiokultural

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

3). 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.

4). Faktor Genetik dan Pola Asuh

Penelitian menunjukkan bahwa anak-anak yang diasuh oleh orangtua skizofrenia bahwa factor keluarga menunjukkan hubungan yang sangat berpengaruh pada penyakit ini.

b. Faktor Presipitasi

1). Dimensi Fisik

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

2). 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.

3). Sosial/Lingkungan

Klien menganggap hidup bersosialisasi di dalam nyata sangat membahayakan sehingga timbul rasa bermusuhan dengan lingkungan tempat tinggal, dan adanya lingkungan yang penuh kritik, tekanan terhadap penampilan serta kesepian.

c. Manifestasi Klinis

Gejala klinis dengan halusinasi pendengaran, kesultan dalam mempercayai kenyataan yang ada, bicara sendiri/kacau, tertawa tanpa sebab, suka melamun, tidak dapat mengambil keputusan, menyendiri dan ketidakmampuan untuk menjalankan tugas.

d. Mekanisme Koping

Sumber koping merupakan tiap upaya yang diarahkan pada pengendalian stress, termasuk upaya penyelesaian masalah secara langsung dan mekanisme pertahanan lain yang digunakan untuk melindungi diri.

1). Regresi, merupakan upaya klien untuk menangulangi ansietas.

2). Proyeksi, sebagai upaya untuk menjelaskan kerancuan persepsi.

3). Menarik diri merupakan upaya klien untuk menghindarikan dari kenyataan yang ada.

e. Sumber Koping

Sumber koping merupakan suatu evaluasi terhadap pilihan koping dan stratetegi seseorang. Individu dapat mengatasi stress

f. Pohon Masalah

Resiko Perilaku Kekerasan

Core Problem : Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi

Isolasi Sosial

Harga Diri Rendah (Fitria, 2015)

**2.2.2 Diagnosa Keperawatan**

a. Gangguan sensori persepsi : Halusinasi

b. Gangguan Konsep diri : Harga diri rendah c. Defisit Perawatan Diri : Kebersihan diri

**2.2.3 Perencanaan**

Rencana tindakan keperawatan terdiri dari 3(tiga) aspek yaitu tujuan umum, tujuan khusus dan rencana tindakan. Tujuan umum berfokus pada penyelesaian masalah, tujuan umum dapat dicapai jika serangkaian tujuan khusus sudah

tercapai atau dimiliki oleh klien. Rencana tindakan merupakan serangkaian tindakan yang dapat mencapai tiap tujuan khusus.

mengenal 2.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tgl** | **No** | **Dx** | | **Perencanaan** | | | | |
| **Dx** | **Keperawatan** | | **Tujuan** | **Kriteria Evaluasi** | | **Intervensi** | |
|  |  | Perubahan |  | TUM : |  |  |  |  |
|  |  | Persepsi |  | Klien dapat mengontrol |  |  |  |  |
|  |  | sensori | : | atau mengendalikan |  |  |  |  |
|  |  | Halusinasi |  | halusinasi yang |  |  |  |  |
|  |  |  |  | dialaminya |  |  |  |  |
|  |  |  |  | membina |  |  | 1. |  |
|  |  |  |  | Tuk 1 : saling | 1. | Ekspresi wajah bersahabat |  | Bina hubungan saling percaya dengan |
|  |  |  |  | Klien dapat |  | menunjukan rasa senang ada |  | mengungkapkan prinsip komunikasi terapentik. |
|  |  |  |  | hubungan |  | kontak mata. Mau berjabat |  | Sapa klien dengan ramah baik verbal |
|  |  |  |  | percaya |  | tangan, mau menyebutkan |  | maupun non verbal |
|  |  |  |  |  |  | nama, mau menjawab salam,  klien mau duduk berdampingan dengan perawat, mau mengungkapkan masalah yang dihadapi. |  | Perkenalkan diri dengan sopan  Tanyakan nama lengkap klien dan nama  panggilan yang disukai klien  Jelaskan tujuan pertemuan  Jujur dan menepati janji  Tunjukan sikp simpati dan menerima apa adanya  Beri perhatian pada kebutuhan dasar klien |
|  |  |  |  |  | 2. | Klien dapat menyebutkan |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | TUK 2 : Klien |  | waktu, isi, frekunsi dan situasi |  | Adakan kontak sering dan singkat secara |
|  |  |  |  | dapat |  | yang menimbulkan halusinasi |  | bertahap |
|  |  |  |  | halusinasinya |  |  |  | Observasi tingkah laku klien terkait dengan  halusinsinya; bicara dan tertawa tanpa stimulus memandang kekiri/ke kanan/ ke depan seolah-  olah ada teman bicara  Bantu klien mengenal halusinasinya :  a. Jika menemukan klien yang sedang halusinasi,  Tanyakan apakah ada suara yang |

16

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  | didengar |
|  |  |  |  |  | Jika klien menjawab ada, lanjutkan : apa  apa yang dikatakan  Katakan bahwa perawat percaya klien mendengar suara itu, namun perawat sendiri tidak mendengarnya (dengan nada bersahabat tanpa menuduh atau menghakimi)  Katakan bahwa klien lain juga ada seperti klien  Katakan bahwa perawat akan membantu  klien.  b. Jika Klien tidak sedang berhalusinasi klari |
|  |  |  |  |  | fikasi tentang adanya pengalaman |
|  |  |  |  |  | halusinasi. |
|  |  |  |  |  | c. Diskusikan dengan klien : |
|  |  |  |  |  | Situasi yang menimbulkan/tidak |
|  |  |  |  |  | menimbulkan halusinasi ( jika sendiri,  jengkel / sedih) |
|  |  |  |  |  | Waktu dan frekuensi terjadinya |
|  |  |  |  |  | halusinasi (pagi, siang sore, dan |
|  |  |  |  |  | malam atau sering dan kadang- |
|  |  |  |  |  | kadang) |
|  |  |  |  | Klien dapat mengungkapkan | d. Diskusikan dengan klien bagaimana |
|  |  |  |  | perasaan terhadap halusinasi | perasaannya jika terjadi halusinasi |
|  |  |  |  | nya | (marah/takut, sedih, senang) dan beri  kesempatan untuk mengungkapkan |
|  |  |  |  |  | perasaannya. |
|  |  |  | TUK 3 : | 3. Klien dapat menyebutkan | 3. Identifikasi bersama klien cara atau tindakan |
|  |  |  | Klien dapat mengontrol | tindakan yang biasanya | yang dilakukan jika terjadi halusinasi (tidur, |
|  |  |  | halusinasinya | dilakukan untuk mengendali- | marah, menyibukan diri dll) |

17

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | TUK 4 :  Kilen dapat dukungan dari keluarga dalam  mengontrol halusinasinya | kan halusinasinya  a. Klien dapat menyebutkan cara baru  b. Klien dapat memilih cara  mengatasi halusinasi seperti yang telah  didiskusikan dengan klien  c. Klien dapat melaksanakan  cara yang telah dipilih untuk mengendalikan  halusinasinya  d. Klien dapat mengikuti terapi aktivitas kelompok  4. Keluarga dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat  Keluarga dapat menyebutkan pengertian, tanda dan tindakan untuk mengendali kan halusinasi | Diskusikan manfaat dan cara yang digunakan klien, jika bermanfaat beri pujian Diskusikan  cara baru untuk memutus/ mengontrol timbulnya halusinasi :  Katakan : “saya tidak mau dengar/lihat kamu” (pada saat halusinasi terjadi)  Menemui orang lain (perawat/teman/anggota keluarga) untuk bercakap cakap atau mengatakan halusinasi yang didengar / dilihat  Membuat jadwal kegiatan sehari hari agar halusinasi tidak sempat muncul  Meminta keluarga/teman/ perawat  menyapa jika tampak bicara sendiri Bantu  Klien memilih dan melatih cara memutus halusinasi secara bertahap  Beri kesempatan untuk melakukan cara yang dilatih. Evaluasi hasilnya dan beri pujian jika  berhasil  4. Anjurkan klien mengikuti terapi aktivitas kelompok, orientasi realita, stimulasi persepsi Anjurkan Klien untuk memberitahu keluarga jika mengalami halusinasi  Diskusikan dengan keluarga )pada saat  keluarga berkunjung/pada saat kunjungan rumah)  Gejala halusinasi yang di alami klien  Cara yang dapat dilakukan klien dan keluarga untuk memutus halusinasi  Cara merawat anggota keluarga yang |

18

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | TUK 5 :  Klien dapat  memanfaatkan obat dengan baik | 5.  Klien dan keluarga dapat menyebutkan manfaat, dosis dan efek samping obat Klien dapat mendemontrasi kan penggunaan obat dgn benar Klien dapat informasi tentang manfaat dan efek samping obat  Klien memahami akibat berhenti minum obat tanpa konsultasi  Klien dapat menyebutkan  prinsip 5 benar penggunaan obat | halusinasi di rumah : beri kegiatan, jangan biarkan sendiri, makan bersama, berpergian bersama  Beri informasi waktu follow up atau kapan perlu mendapat bantuan halusinasi tidak terkontrol, dan resiko mencederai orang lain  5. Diskusikan dengan klien dan keluarga tentang dosis,efek samping dan manfaat obat  Anjurkan Klien minta sendiri obat pada perawat dan merasakan manfaatnya  Anjurkan klien bicara dengan dokter tentang manfaat dan efek samping obat yang dirasakan  Diskusikan akibat berhenti minum obat tanpa konsultasi  Bantu klien menggunakan obat dengan prinsip  5 (lima) benar |
|  |  | Gangguan konsep diri : Harga  Diri  Rendah | TUM: klien memiliki konsep diri yang positif  TUK:  1. Klien dapat membina hubungan saling percaya dengan | 1. Ekpresi wajah bersahabat, menunjukkan rasa senang, ada kontak mata, mau | 1. Bina hubungan saling percaya dengan mengungkapkan prinsip komunikasi terapeutik :  Sapa klien dengan ramah baik verbal |

19

kegiatan mandiri

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | perawat | berjabat tangan, mau | maupun non verbal |
|  |  |  |  | menyebutkan nama, mau  menjawab salam, klien mau | Perkenalkan diri dengan sopan  Tanyakan nama lengkap dan nama |
|  |  |  |  | duduk berdampingan | panggilan yang disukai klien |
|  |  |  |  | dengan perawat, mau | Jelaskan tujuan pertemuan |
|  |  |  |  | mengutarakan masalah | Jujur dan menepati janji |
|  |  |  |  | yang dihadapi. | Tunjukan sikap empati dan menerima klien apa adanya  Beri perhatian kepada dan perhatikan kebutuhan dasar klien |
|  |  |  | 2. Klien dapat | 2. Klien mengidentifikasi | Diskusikan kemampuan dan aspek positif yang |
|  |  |  | mengidentifikasi | kemampuan dan aspek | dimiliki klien dan buat daftarnya jika klien tidak |
|  |  |  | kemampuan dan aspek | positif yang dimiliki | mampu mengidentifikasi maka dimulai oleh |
|  |  |  | positif yang | Kemampuan yang | 2. perawat untuk memberi pujian pada aspek |
|  |  |  | dimiliki | dimiliki klien | positif yang dimiliki klien |
|  |  |  |  | Aspek positif keluarga  Aspek positif lingkungan | Setiap bertemu klien hindarkan memberi |
|  |  |  |  | yang dimiliki klien | penilaian negative |
|  |  |  |  |  | Utamakan memberi pujian yang realistis |
|  |  |  | 3. Klien dapat menilai | 3. Klien menilai kemampuan | Diskusikan dengan klien kemampuan yang |
|  |  |  | kemampuan yang | yang dimiliki untuk | masih dapat dilaksanakan selama sakit. |
|  |  |  | dimiliki untuk | dilaksanakan |  |
|  |  |  | dilaksanakan |  | 3. Diskusikan kemampuan yang dapat  dilanjutkan pelaksanaannya |
|  |  |  | 4. Klien dapat | 4. Klien membuat rencana | Rencanakan bersama klien aktivitas yang dapat |
|  |  |  | (menetapkakan) | kegiatan harian | dilakukan setiap hari sesuai kemampuan |
|  |  |  | merencanakan |  | kegiatan dengan bantuan sebagian |
|  |  |  | kegiatan sesuai |  | 4. |

20

klien di rawat.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | dengan kemampuan |  | kegiatan yang membutuhkan bantuan total. |
|  |  |  | yang dimiliki |  | Tingkatkan kegiatan sesuai dengan toleransi  kondisi klien.  Beri contoh cara pelaksanaan kegiatan yang  boleh klien lakukan. |
|  |  |  | 5. Klien dapat melakukan | 5. Klien melakukan kegiatan | Beri kesempatan pada klien untuk mencoba |
|  |  |  | kegiatan sesuai kondisi | sesuai kondisi dan | kegiatan yang telah direncanakan. Beri pujian |
|  |  |  | dan  kemampuannya | kemampuannya. | atas keberhasilan klien.  5. Diskusikan kemungkinan pelaksanaan kegiatan setelah pulang.  Beri pendidikan kesehatan pada keluarga tentang cara merawat klien dengan harga diri rendah. |
|  |  |  | 6. Klien dapat | 6. Klien memanfaatkan | Bantu keluarga memberikan dukungan selama |
|  |  |  | memanfaatkan system | system pendukung yang | Bantu keluarga menyiapkan lingkungan di |
|  |  |  | pendukung yang ada | ada di keluarga. | rumah.  6. |
|  |  | Defisit | TUM: klien dapat |  |  |
|  |  | perawatan diri | mandiri dalam personal  hygiene |  |  |
|  |  |  | TUK: |  |  |
|  |  |  | 1. Klien dapat membina | 1. Dalam … kali interaksi klien | 1. Bina hubungan saling percaya : |
|  |  |  | hubungan saling | menunjukkan tanda-tanda | Beri salam setiap berinteraksi. |
|  |  |  | percaya dengan | percaya kepada perawat: | Perkenalkan nama, nama panggilan perawat |
|  |  |  | perawat | Wajah cerah, tersenyum  Mau berkenalan  Ada kontak mata | dan tujuan perawat berkenalan  Tanyakan nama dan panggilan kesukaan klien |
|  |  |  |  | Menerima kehadiran | Tunjukkan sikap jujur dan menepati janji |

21

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | 2. Klien pentingnya  perawatan diri mengetahui  3. Klien caracara  mengetahui | perawat  Bersedia menceritakan  perasaannya  2. Dalam … kali interaksi klien  menyebutkan:  Penyebab tidak merawat diri  Manfaat menjaga pwtan  diri  Tanda-tanda bersih dan rapi  3. Gangguan yang dialami jika perawatan diri tidak diperhatikan  Dalam … kali interaksi klien menyebutkan frekuensi menjaga perawatan diri:  Frekuensi mandi  Frekuensi gosok gigi  Frekuensi keramas  Frekuensi ganti pakaian  Frekuensi berhias  Frekuensi gunting kuku | setiap kali berinteraksi  Tanyakan perasaan dan masalah yang dihadapi klien  Buat kontrak interaksi yang jelas  Dengarkan ungkapan perasaan klien dengan empati  Penuhi kebutuhan dasar klien  Diskusikan dengan klien:  Penyebab klien tidak merawat diri  Manfaat menjaga perawatan diri untuk keadaan fisik, mental, dan sosial.  Tanda-tanda perawatan diri yang baik  Penyakit atau gangguan kesehatan yang  2. bisa dialami oleh klien bila perawatan diri tidak adekuat  Diskusikan frekuensi menjaga pwtan diri selama ini  Mandi  Gosok gigi  Keramas  Berpakaian  3. Berhias  Gunting kuku  Diskusikan cara praktek perawatan diri yang baik dan benar :  mandi  gosok gigi  Keramas |

22

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | melakukan |  |  | Dalam … kali interaksi klien |  | Berpakaian |
|  | perawatan diri |  | 4. | menjelaskan cara menjaga |  | Berhias |
|  |  |  |  | perawatan diri: |  | Gunting kuku |
|  |  |  |  | Cara mandi |  |  |
|  |  |  |  | Cara gosok gigi  Cara Keramas  Cara Berpakaian  Cara berhias  Cara gunting kuku |  | Berikan pujian untuk setiap respon klien yang positif |
| 4. | Klien | dapat |  | Dalam … kali interaksi klien | 4. | Bantu klien saat perawatan diri : |
|  | melaksanakan |  | 5. | mempraktekkan perawatan diri |  | Mandi |
|  | perawatan diri | dengan |  | dengan dibantu oleh perawat: |  | Gosok gigi |
|  | bantuan |  |  | Mandi |  | Keramas |
|  | perawat |  |  | Gosok gigi |  | Ganti pakaian |
|  |  |  |  | Keramas |  | Berhias |
|  |  |  |  | Ganti pakaian |  | Gunting kuku |
|  |  |  |  | Berhias |  | Beri pujian setelah klien selesai melaksanakan |
|  |  |  |  | Gunting kuku |  | perawatan diri |
| 5. | Klien | dapat |  | Dalam … kali interaksi klien | 5. | Pantau klien dalam melaksanakan perawatan |
|  | melaksanakan |  |  | melaksanakan praktek |  | diri: |
|  | perawatan diri |  |  | perawatan diri secara mandiri |  | Mandi |
|  | secara mandiri |  |  | Mandi 2 X sehari |  | Gosok gigi |
|  |  |  |  | Gosok gigi sehabis makan |  | Keramas |
|  |  |  |  | Keramas 2 X seminggu |  | Ganti pakaian |
|  |  |  |  | Ganti pakaian 1 X sehari |  | Berhias |
|  |  |  |  | Berhias sehabis mandi |  | Gunting kuku |
|  |  |  |  | Gunting kuku setelah mulai panjang |  | Beri pujian saat klien melaksanakan perawatan  diri secara mandiri. |

23

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | 6. Klien mendapatkan dukungan keluarga  untuk meningkatkan  perawatan diri | 6. Dalam … kali interaksi keluarga  menjelaskan caracara membantu klien dalam  memenuhi kebutuhan  perawatan dirinya  Dalam … kali interaksi keluarga menyiapkan sarana perawatan diri klien: sabun mandi, pasta gigi, sikat gigi, shampoo, handuk, pakaian bersih, sandal, dan alat berhias  Keluarga mempraktekan perawatan diri pada klien | 6. Diskusikan dengan keluarga:  Penyebab klien tidak melaksanakan perawatan diri  Tindakan yang telah dilakukan klien selama  di rumah sakit dalam menjaga perawatan diri dan kemajuan yang telah dialami oleh klien  Dukungan yang bisa diberikan oleh keluarga untuk meningkatkan kemampuan klien  dalam perawatan diri  Diskusikan dengan keluarga tentang:  Sarana yang diperlukan untuk menjaga perawatan diri klien  Anjurkan kepada keluarga menyiapkan sarana tersebut  Diskusikan dengan keluarga hal-hal yang perlu dilakukan keluarga dalam perawatan diri :  Anjurkan keluarga untuk mempraktekan  perawatan diri (mandi, gosok gigi, keramas, ganti baju, berhias dan gunting kuku)  Ingatkan klien waktu mandi, gosok gigi, keramas, ganti baju, berhias, dan gunting  kuku.  Bantu jika klien mengalami hambatan dalam  perawatan diri  Berikan pujian atas keberhasilan klien |

24

**2.2.4 Implementasi**

Implementasi keperawatan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran

a. Klien SP

1 :

1. BHSP

2. Mengidentifikasi jenis halusinasi klien

3. Mengidentifikasi isi halusinasi klien

4. Mengidentifikasi frekuensi halusinasi klien

5. Mengidentifikasi situasi yang menimbulkan halusinasi

6. Mengidentifikasi respons klien terhadap halusinasi

7. Melatih klien cara mengontrol halusinasi dengan menghardik

8. Membimbing klien memasukan dalam jadwal harian. SP 2 :

1. Mengevaluasi masalah dan latihan sebelumnya

2. Melatih cara mengontrol halusinasi dengan berbincang dengan orang lain

3. Membimbing klien memasukkan jadwal kegiatan harian SP 3:

1. Mengevaluasi masalah dan latihan sebelumnya

2. Melatih klien cara mengontrol halusinasi dengan kegiatan (yang bisa dilakukan klien)

3. Membimbing klien memasukkan jadwal kegiatan harian

SP 4:

1. Mengevaluasi masalah dan latihan sebelumnya

2. Menjelaskan cara mengontrol halusinasi dengan teratur minum obat(

prinsip 6 benar minum obat)

3. Membimbing klien memasukkan jadwal kegiatan

b. Keluarga.

SP 1:

1. Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat klien

2. Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala, halusinasi yang dialami klien beserta proses terjadinya

3. Menjelaskan cara-cara merawat klien halusinasi.

SP 2

1. Melatih keluarga mempraktekkan cara merawat klien dengan halusinasi

2. Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada klien halusinasi SP 3:

1. Membantu keluarga membuat jadwal aktivitas dirumah termasuk minum obat(*discharge planing*)

2. Menjelaskan *follow up* klien setelah pulang

3. Evaluasi keperawatan

**2.2.5 Evaluasi**

Adapun evaluasi yang dilakukan berupa :

S : Respon subjek klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan

O : Respon objek klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan

A : Analisa terhadap data subjek untuk menyimpulkan apakah masalah masih ada/ telah teratasi atau muncul masalah baru

P : Perencanaan tindak lanjut berdasarkan analisa respon klien

**BAB III TINJAUAN KASUS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **3.1** | **Pengkajian** Identitas  Klien |  |
|  | Nama | : Tn. T |
|  | Jenis Kelamin  Umur  Status Perkawinan | : Laki-laki  : 38 tahun  : Tidak Kawin |
|  | Agama  Pendidikan  Suku /bangsa | : Islam  : SMA  : Melayu / Indonesia |
|  | Pekerjaan  Tanggal Pengkajian  Diagnosa | : Wiraswasta  : 4 Maret 2020  : Halusinasi Pendengaran |

1. Alasan Masuk

Klien masuk di RSUD Deli Serdang Lubuk Pakam diantar oleh keluarganya yaitu kakak klien, dengan alasan di rumah klien mengamuk dan memukul orang (kakaknya). Klien selalu mendengar suara-suara yang menyuruhnya untuk menonjok duluan suaratersebut tidak dikenal oleh klien. Klien tidak bisa tidur, bicara sendiri, ketakutan, curiga dan tertawa sendiri dan klien pernah menggunakan obat-obatan seperti narkotika dan ganja.

2. Faktor Predisposisi

Klien mempunyai riwayat gangguan jiwa di rumah sakit jiwa swasta sebelumnya pertama klien masuk pada tanggal 20 Desember 2019 dan pengobatan sebelumnya tidak berhasil dengan alasan yang sama alasannya klien mengamuk dan memukul orang, klien selalu mendengar suara-suara yang menyuruhnya untuk menonjok duluan suara tersebut tidak dikenal oleh klien. Klien tidak bisa tidur, bicara sendiri, ketakutan, curiga dan tertawa sendiri. Klien masuk kembali kedua kalinya di RSUD Deli Serdang Lubuk Pakam tanggal 3 Maret 2020.

3. Pemeriksaan Fisik Tanda-tanda vital : TD : 120/80 mmHg

S : 35,7◦C

TB : 160 cm

N : 80 x/menit P : 24 x/menit BB : 65 kg

Klien mengatakan tidak ada keluhan fisik yang dirasakan saat pengkajian yang dilakukan oleh penulis.

4. Psikososial

a. Genogram



Keterangan :

: Laki-laki meninggal

: Perempuan meninggal

: Tinggal serumah

: Klien

: Hubungan keluarga

: Laki-laki

: Perempuan

Klien mengatakan anak kelima dari delapan orang bersaudara, dan klien mengatakan dikeluarganya yang mengambil keputusan suatu masalah adalah orangtua klien yaitu ayah dan ibu klien dan klien mengatakan keluarganya sering tidak memperhatikannya. Dan di dalam keluarga tidak ada yang mempunyai penyakit gangguan jiwa seperti yang dialami oleh klien sekarang ini.

b. Konsep diri

1) Gambaran diri

Klien mengatakan menyukai semua tubuhnya dan paling disukainya adalah wajahnya.

2) Identitas diri

Klien mengatakan 3 bersaudara laki-laki dari 8 bersaudara. Klien mampu menyebutkan nama, umur, alamat dan agama klien sendiri dengan jelas.

3) Peran diri

Klien mengatakan tidak pernah membantu orangtuanya di rumah. Klien mengatakan malas melakukan kegiatan.

4) Ideal diri

Klien mengatakan ingin cepat sembuh dan pulang untuk bertemu dengan keluarganya.

5) Harga diri

Klien mengatakan tidak dihargai oleh pacarnya dan merasa sedih dan malu dengan perlakuan pacarnya. Klien mengatakan putus dengan pacarnya karena pacarnya selingkuh dengan orang lain.

c. Hubungan Sosial

1) Orang yang berarti

Klien mengatakan orang yang berarti baginya adalah orang yang sekamar dengannya di rumah sakit dan di rumah adalah ibunya.

2) Peran serta dalam masyarakat dan kelompok

Klien mengatakan tidak pernah mengikuti kegiatan kelompok, klien mengatakan klien lebih baik menonton saja kalau ada kegiatan.

3) Hambatan berhubungan dengan orang lain

Klien mengatakan malas berinteraksi lebih baik sendiri dibandingkan berinteraksi dengan orang lain.

d. Spiritual

1) Nilai Keyakinan

Klien mengatakan beragama Islam dan yakin bahwa adanya Allah

SWT

2) Kegiatan Ibadah

Klien mengatakan bahwa dia melakukan ibadah sholat walaupun sekarang jarang melakukannya.

5. Status Mental

a. Penampilan

Klien berpenampilan rapi, rambut rapi dan bersih, klien mengatakan ganti baju setiap kali setelah mandi, klien tampak berseri-seri saat ditanya sudah mandi.

b. Pembicaraan

Pada saat berbicara klien lambat dan tidak mampu memulai pembicaraan dan saat diberi pertanyaan tentang keluarganya klien hanya diam saja.

c. Aktifitas Motorik

Klien tampak gelisah dan klien mindar mandir di ruangan dan terkadang bingung sendiri.

d. Alam Perasaan

Klien mengatakan merasa khawatir dengan suara-suara yang didengarnya, dan merasa takut dengan suara tersebut.

e. Afek

Afek klien tumpul karena saat pengkajian klien belum mampu memulai pembicaraan, dan setelah diberi stimulus yang kuat klien mau berbicara.

f. Interaksi selama wawancara

Saat pengkajian klien kurang kontak mata dengan perawat dan apabila diberi pertanyaan sering lupa apa yang harus dijawab.

g. Persepsi

Klien mengatakan sebelum masuk ke rumah sakit klien pernah mendengar suara-suara yang menyuruhnya untuk menonjok duluan. Pada saat pengkajian klien masih mendengar suara seperti sebelum dia masuk ke rumah sakit jiwa yang menyuruhnya untuk menonjok duluan dank lien menyahuti suara yang didengarnya dengan mengecilkan suara dan saat ditanya klein diam, klien mengatakan

mendengar suara tersebut pada saat pagi dan sore hari. Yang dilakukan oleh klien saat mendengar suara tersebut menghardik halusinasi dengan menutup telinga tetapi harus dibantu oleh penulis saat pengkajian.

h. Proses Pikir

Saat pengkajian klien tangensial (selalu berbelit-belit dan tidak sampai pada tujuan yang ditanyakan padanya).

i. Tingkat kesadaran

Saat pengkajian tidak ditemukan disorientasi waktu, orang dan tempat klien dalam keadaan compos mentis.

j. Memori

Daya ingat pendek terkadang klien lupa dengan nama yang berkenalan dengannya dan klien juga melakukan menghardik jika halusinasi itu datang

k. Tingkat Konsentrasi dan Berhitung

Klien tidak mampu berkonsentrasi dengan baik dan klien saat diajak berbincang-bincang, klien cepat bosan jika diulang terus setiap apa yang sudah diajarkan pada klien.

l. Kemampuan Penilaian

Klien mampu menilai hal-hal sederhana yang dianggap bagus oleh klien sendiri seperti menyenangi perawat yang memperhatikannya

6. Kebutuhan Persiapan Pulang a. Makan

Klien makan tiga kali sehari seperti biasa umumnya orang normal, Klien mau menghabiskan makan dan minum yang telah disediakan untuk klien.

b. Buang air besar dan buang air kecil

Klien buang air besar sehari sekali, buang air kecil tiga sampai empat kali sehari dan melakukannya sendiri di kamar mandi.

c. Mandi

Klien mengatakan mandi dua kali sehari pagi dan sore hari. d. Berpakaian dan berhias

Klien berpenampilan raid an rambut klien selalu rapi serta pakaian klien bersih karena selalu diganti setiap kali mandi

e. Istirahat dan tidur

Klien mengatakan tidur siang selama lima jam dan malam selalu larut malam dan sebelum tidur klien berbincang-bincang dahulu dengan teman sekamarnya dan setelah bangun klien mandi dan makan kalau sudah jadwalnya.

f. Penggunaan obat

Penggunaan obat masih diingatkan perawat dank lien belum mampu mengetahui obat yang didapatnya dalam sehari.

g. Pemeliharaan kesehatan

Klien mengatakan biaya perawatan di Rumah Sakit dibayar sendiri oleh keluarganya.

h. Kegiatan di dalam rumahnya.

Klien mengatakan malas melakukan kegiatan di rumah, lebih baik klien duduk berdiam atau tidur saja dirumah.

i. Kegiatan di luar rumah

Klien mengatakan tidak ada kegiatan lebih baik berdiam dan di rumah.

7. Mekanisme Koping

Mekanisme koping klien sudah kearah adaptif dengan menceritakan masalahnya pada orang kain seperti orangtuanya dan perawat di Rumah Sakit.

8. Masalah Psikososial

a. Masalah dengan dukungan kelompok

Klien mengatakan tidak mau mengambil bagian dalam kelompok. b. Masalah berhubungan dengan lingkungan

Klien mengatakan pernah menggunakan obat-obatan seperti narkotika karena pengaruh lingkungannya dan temannya.

c. Masalah dengan pekerjaan

Klien mengatakan belum bekerja dan malas untuk bekerja. d. Masalah dengan perumahan

Klien mengatakan serumah dengan orangtuanya dan saudara yang lain.

e. Masalah ekonomi

Klien mengatakan tidak tahu dengan keuangan keluarganya. f. Masalah dengan pelayanan kesehatan

Klien mengatakan pernah masuk rumah sakit jiwa pada tahun 2016.

g. Masalah dukungan lingkungan

Klien mengatakan malas melakukan kegiatan atau aktifitas yang ada di lingkungan.

9. Pengetahuan

Klien megatakan tidak tahu tentang penyebab sakit jiwa.

10. Aspek Medik

Diagnosa medis : Skizofrenia Paranoid Terapi medis :

a. Trihexpenidil (2 mg) 2x1 tablet (pagi dan sore) Indikasi : Semua bentuk parkinson

Kontra indikasi : Hipertrogfi prostat atau obstroksi leher kandung kemih

Efek samping : Pusing, mengantuk, hipotensi, takikardia, mulut kering, retensi urin, depresi serta paranoid.

b. Nadril (2 mg) 2x1 tablet (pagi dan sore)

Indikasi : Pengendalian hiperaktifitas dan pengendalian TIK

serta pengucapan vokal

Kontra indikasi : Hipersensitifitas terhadap obat, insufisiensi hati, ginjal dan jantung serta hipotensi dan hipertensi

Efek samping : Hipotensi, hipertensi, takikardia, brandikardia, henti jantung, aritmia serta edema paru

c. Diazepam (5 mg) 1x1 tablet (malam hari)

Indikasi : Neurosis, gangguan system saraf pusat Kontra indikasi : Gagal ginjal dan lever berat, depersi tulang belakang

Efek samping : Lesu, mengantuk, pusing, konstipasi

11. Analisa Data

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Data Fokus** | **Etiologi** | **Masalah**  **Keperawatan** |
|
| DS : Klien mengatakan | - Psikologi terhadap  kejadian traumatik | Gangguan Sensori |
| - Mendengar suara-suara yang menyuruhnya tonjok duluan.  - Klien tidak bisa tidur, bicara sendiri, ketakutan, curiga dan tertawa sendiri.  - Suara-suara itu muncul pada pagi dan sore hari saat klien sendiri. | Persepsi : Halusinasi  Pendegaran |
| - Merasa khawatir dengan |  |
| suara-suara yang didengarnya |  |
| dan merasa takut dengan |  |
| suara tersebut. |  |
| - Bila suara itu dating klien |  |
| mengalihkan dengan |  |
| menghardik dibantu oleh |  |
| perawat. |  |
| - Saat sekarang ini klien masih mendengar suara-suara  DO : Klien tampak  - Saat pengkajian klien berbicara sendiri dan saat ditanya klien diam saja  - Melamun dan mondar mandir tanpa tujuan. |  |
| DS : Klien mengatakan  - Malas berbincang-bincang terlalu lama.  - Lebih senang sendiri  - Malas melakukan kegiatan  /aktifitas baik di rumah maupun di luar rumah | - Merasa bersalah dan malu | Isolasi sosial |
| - Tidak pernah |
| membantu orangtuanya. |
| DO : |
| - Sulit memulai pembicaraan  - Afek klien tumpul  - Tidak berinisiatif bergaul  - Berbelit-belit diberi pertanyaan dan tidak ada tujuan dari jawabannya serta kontak mata kurang. |

34

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| DS ; Klien mengatakan | - | Merasa ditinggal | Harga Diri Rendah | |
| - Teman-temannya tidak ada |  | orang yang |
| yang member semangat |  | dicintainya |
| untuknya. |  |  |
| - Seperti orang bodoh kalau |  |  |
| belajar menghardik halusinasi  DO : Klien tampak  - Tidak mau kalau dipaksa untuk melakukan kegiatan |  |  |
| - Bosan untuk belajar cara |  |  |
| penyembuhan penyakitnya. |  |  |
| DS : Klien mengatakan | - Kurang perhatian | | Koping | |
| - Keluarganya jarang | keluarga | |
| mengingatkan minum obat  - Malas minum obat kalau tidak diingatkan oleh keluarganya. | inefektif | |
| - Keluarganya seakan tidak |  | |
| perduli padanya. |  | |
| DO : |  | |
| - Keluarga klien belum |  | |
| menjenguknya selama |  | |
| pengkajian dilakukan |  | |
| DS : Klien mengatakan | - Tidak dapat | | Resiko | perilaku |
| - Alasan masuk karena sering | mengendalikan | | kekerasan |  |
| marah-marah dan mengamuk | rasa ego dan | |  |  |
| di rumah. | perasaan sendiri | |  |  |
| - Pernah memukul kakaknya DO |  | |  |  |
| : |  | |  |  |
| - Wajah klien tampak tegang |  | |  |  |
| saat menceritakan alas an |  | |  |  |
| klien masuk |  | |  |  |

35

12. Pohon Masalah

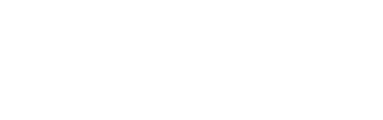
Resiko Perilaku Kekerasan

Core Problem : Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi

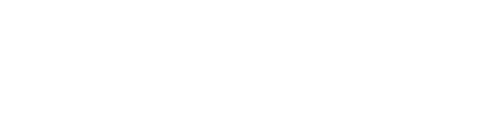
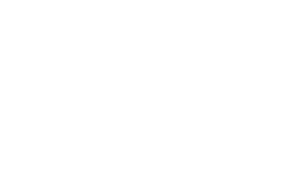
Pendengaran

Regimen terapeutik

inefektif



Isolasi Sosial Defisit Perawatan Diri



Harga Diri Rendah Intoleransi Aktivitas

Koping keluarga inefektif

**3.2 Diagnosa Keperawatan**

1. Gangguan sensori persepsi : Halusinasi pendengaran b/d Resiko perilaku kekerasan.

2. Isolasi sosial b/d Halusinasi pendengaran

3. Harga diri rendah b/d Isolasi social

4. Koping keluarga inefektif b/d Regimen terapeutik inefektif

5. Intoleransi aktiftas b/d Defisit perawatan diri

36

**3.3 PERENCANAAN**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **DIAGNOSA**  **KEPERAWATAN** | **TUJUAN** | **INTERVENSI** | **STRATEGI PELAKSANAAN** |
| 1 | Perubahan  Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran | TUK 1 :  Klien dapat membina hubungan saling percaya. | Bina hubungan saling percaya dengan  menggunakan prinsip komunikasi terapeutik :  • Sapa klien dengan ramah  • Perkenalkan nama, nama panggilan dan tujuan  • Tanyakan nama lengkap dan nama panggilan klien  • Berikan sikap empati, jujur, dan beri perhatian kepada klien  • Tanyakan perasaan klien dan masalah yang dihadapi klien  • Dengarkan penuh perhatian ekspresi perasaan klien. | SP I (Klien) :  9. Membina hubungan saling percaya  10.Mengidentifikasi jenis halusinasi klien  11.Mengidentifikasi isi halusinasi klien  12.Mengidentifikasi frekuensi halusinasi klien  13.Mengidentifikasi situasi yang menimbulkan halusinasi  14.Mengidentifikasi respons klien terhadap halusinasi  15.Melatih klien cara mengontrol halusinasi dengan menghardik  16.Membimbing klien memasukan dalam jadwal harian.  SP 1 (Keluarga) :  4. Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam  merawat klien |

37

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | dapat |  | 5. Menjelaskan pengertian, tanda dan |
|  |  |  |  | gejala, halusinasi yang dialami |
|  |  | TUK 2 : Klien | Adakan kontak sering dan singkat | klien beserta proses terjadinya |
|  |  | mengenal | secara bertahap, observasi tingkah | 6. Menjelaskan cara-cara merawat |
|  |  | halusinasinya | laku klien terkait dengan halusinasinya | klien halusinasi. |
|  |  |  | (mendengar), jika menemukan klien |  |
|  |  |  | yang sedang halusinasi: | SP 2 (Klien) : |
|  |  |  | • Tanyakan apakah klien mengalami sesuatu (mendengar / melihat / | 4. Mengevaluasi masalah dan latihan sebelumnya |
|  |  |  | penghidu / raba / kecap) | 5. Melatih cara mengontrol |
|  |  |  | • Jika klien menjawab “ya”, apakah | halusinasi dengan |
|  |  |  | yang sedang dialaminya | berbincang dengan orang lain |
|  |  |  | • Katakan bahwa perawat akan | 6. Membimbing klien memasukkan |
|  |  |  | membantu klien | jadwal kegiatan harian |
|  |  |  | • Diskusikan dengan klien, isi, waktu, dan frekuensi terjadinya halusinasi |  |
|  |  |  | • Situasi dan kondisi yang | SP 2 (Keluarga) : |
|  |  |  | menimbulkan atau tidak menimbulkan  • Diskusikan dengan klien yang | 3. Melatih keluarga mempraktekkan  cara merawat klien dengan halusinasi  4. Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada klien halusinasi |

38

mendengar pada

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | dirasakan jika terjadi halusinasi dan |  |
|  |  |  | berkesempatan untuk |  |
|  |  | TUK 3 : | mengungkapkan perasaannya |  |
|  |  | Klien dapat | • Apa yang dilakukan untuk |  |
|  |  | mengendalikan | mengatasi perasaan tersebut |  |
|  |  | halusinasinya | • Dampak yang akan dialami bila klien menikmati halusinasi  • Identifikasi bersama klien cara / |  |
|  |  |  | tindakan yang dilakukan jika | SP 3 (Klien) : |
|  |  |  | terjadi halusinasi (tidur, marah, menyibukkan diri, dll) | 4. Mengevaluasi masalah dan latihan  sebelumnya |
|  |  |  | • Dilakukan cara baru untuk | 5. Melatih klien cara mengontrol |
|  |  |  | memutus, mengendaliakn | halusinasi dengan kegiatan (yang |
|  |  |  | timbulnya halusinasi: | bisa dilakukan klien) |
|  |  |  | • Katakan pada diri sendiri bahwa | 6. Membimbing klien memasukkan |
|  |  |  | ini tidak nyata (saya tidak mau | jadwal kegiatan harian |
|  |  |  | saat halusinasi terjadi)  • Menemui orang lain (perawat, | SP 3 (Keluarga) :  4. Membantu keluarga membuat |
|  |  |  | keluarga) untuk menceritakan | jadwal aktivitas dirumah termasuk |
|  |  |  | tentang halusinasi tersebut | minum obat(*discharge planing*) |
|  |  |  | • Membuat dan melaksanakan | 5. Menjelaskan *follow up* klien setelah |
|  |  |  | jadwal kegiatan sehari-hari yang telah disusun | pulang  6. Evaluasi keperawatan |
|  |  |  | • Meminta bantuan keluarga / |  |
|  |  |  | teman / perawat pada saat |  |

39

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | TUK 4 : Klien dapat dukungan dari keluarga dalam mengendalikan halusinasinya | sedang ada halusinasi yang  muncul.  • Bantu klien memilih cara yang sudah dianjurkan dan dilatih untuk mencobanya  • Beri kesempatan untuk melakukan cara yang dipilih dan dilatih.  • Pantau pelaksanaan yang telah dipilih dan dilatih, beri pujian bila pelaksanaan berhasil.  • Buat kontrak dengan keluarga untuk pertemuan (waktu, tempat dan topik)  • Diskusikan dengan keluarga (pada saat pertemuan keluarga / kunjungan rumah)  • Pengertian halusinasi  • Tanda dan gejala halusinasi  • Proses terjadinya halusinasi  • Cara yang dapat dilakukan untuk memutus halusinasi  • Obat-obatan halusinasi  • Cara merawat klien yang halusinasi (beri kegiatan, jangan biarkan klien sendiri, | SP 4 (Klien) :  4. Mengevaluasi masalah dan latihan sebelumnya  5. Menjelaskan cara mengontrol halusinasi dengan teratur minum obat( prinsip 6 benar minum obat)  6. Membimbing klien memasukkan jadwal kegiatan |

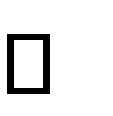
40

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | TUK 5 : | makan bersama, memantau obat,  dan cara pemberiannya untuk |  |
|  |  | Klien dapat | megatasi halusinasi) |  |
|  |  | memanfaatkan obat | • Diskusikan dengan klien tentang |  |
|  |  | dengan baik | manfaat dan kerugian tidak minum  obat  • Pantau klien saat minum obat  • Beri pujian jika klien menggunakan obat dengan benar  • Diskusikan akibat berhenti minum obat tanpa konsultasi dengan dokter |  |
|  |  |  | • Anjurkan klien untuk konsultasi |  |
|  |  |  | kepada dokter/perawat jika terjadi hal yang tidak diingakna. |  |

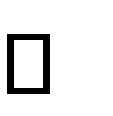
**3.4 IMPLEMENTASI KEPERAWATAN/ EVALUASI**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Tanggal/**  **Waktu** | **Diaagnosa/**  **SP** | **Implementasi** | **Evaluasi** | **TTD** |

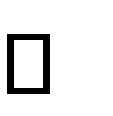
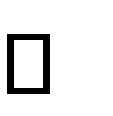
41



O :



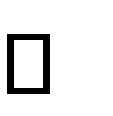
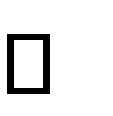
|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 4 Maret | Perubahan persepsi | 1. | Membantu klien mengenal halusinasi, | S : |  |
| 2020 | sensori halusinasi |  | mengidentifikasi penyebab, jenis, isi, |  | Klien mengatakan mendengar |
| 11.00 WIB | pendengaran |  | frekuensi, waktu, situasi pencetus dan |  | bisikanbisikan orang tuanya yang |
|  |  |  | respon klien |  | memanggilmanggil namanya. Bisikan |
|  | SP I : | 2. | Mengajarkan klien cara menghardik dengan membaca istighfar |  | muncul saat klien melamun dan sendiri.  Dalam satu hari bisikan tidak menentu  munculnya. |
|  | Mengendalikan | 3. | Menganjurkan untuk mengulang dan |  |  |
|  | halusinasi dengan |  | berlatih cara yang diajarkan dan |  | Klien cukup kooperatif, klien dapat |
|  | cara menghardik |  | mengingat |  | menyebutkan halusinasi yang muncul, |
|  | (membaca |  |  |  | klien hanya diam saat bisikan muncul. |
|  | istighfar) |  |  | A: | Klien masih bingung memperagakan cara menghardik saat bisikan muncul. |
|  |  |  |  |  | Masalah halusinasi pendengaran belum teratasi |
|  |  |  |  | P: |  |
|  |  |  |  |  | Perawat : |
|  |  |  |  |  | • Evaluasi pertemuan sebelumnya  • Latih klien cara mengendalikan halusinasi dengan bercakap-cakadan  melakukan aktivitas sehari-hari  Klien :  Anjurkan untuk berlatih cara menghardik |
|  |  |  |  |  | dengan membaca istighfar dan |
|  |  |  |  |  | mempraktekkan saat bisikan muncul. |



42

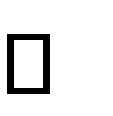
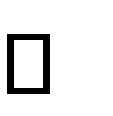
|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2 | 5 Maret  2020  10.00 WIB | SP I : Mengendalikan halusinasi  dengan cara menghardik  (istighfar) | 1. Menanyakan kabar  2. Mengevaluasi pertemuan sebelumnya:  Menanyakan halusinasinya Menanyakan cara menghardik yang sudah diajarkan  3. Mengajarkan kembali cara menghardik  4. Menganjurkan klien untuk berlatih  berulang-ulang dan mengingatnya | S : Klien mengatakan masih mendengar  bisikan orang tuanya yang memanggil namanya, terakhir mendengar saat bangun tidur. Klien mengatakan “Ya, saya coba membaca istighfar saat bisikan  muncul  O :  Klien cukup kooperatif, klien bisa memperagakan cara menghardik dengan cara membaca istighfar dengan mandiri  A :  Masalah halusinasi pendengaran belum teratasi  P :  Perawat :  • Evaluasi pertemuan sebelumnya  • Ajarkan klien cara mengendalikan halusinasi  dengan cara bercakap-cakap dan melakukan aktivitas Klien :  • Anjurkan untuk terus berlatih cara yang sudah diajarkan yaitu menghardik |  |
| 3. | 6 Maret  2020  11.00 wib | SP III - IV :  Bercakap-cakap dan melakukan aktivitas sehari-hari (menyapu dan merapikan tempat  tidur) | 1. Menanyakan kabar  2. Mengevaluasi pertemuan sebelumnya  3. Mengajarkan cara bercakap-cakap dan melakukan aktivitas (menyapu dan merapikan tempat tidur)  4. Menganjurkan klien berlatih  berulangulang dan mengingatnya | S:  Klien mengatakan masih mendengar bisikan suara orang tuanya, muncul saat klien melamun, muncul pukul 09.00, klien mengatakan masih melakukan cara menghardik, klien mengatakan mau menyapu dan merapikan tempat tidur |  |

43



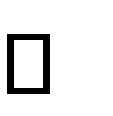
|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  | O : | |
|  |  |  |  |  | • Klien cukup kooperatif, klien | |
|  |  |  |  |  | dapat melakukan aktivitas dengan baik,  klien mau melakukan / mau menyapu dan merapikan tempat tidur A : | |
|  |  |  |  |  | • Masalah halusinasi pendengaran belum | |
|  |  |  |  |  | teratasi P : | |
|  |  |  |  |  | Perawat : | |
|  |  |  |  |  | • Evaluasi pertemuan sebelumnya  • Ajarkan klien cara mengendalikan halusinasi dengan minum obat secara teratur dengan Prinsip 6 benar obat : | |
|  |  |  |  |  | • Benar Obat | |
|  |  |  |  |  | • Benar Klien | |
|  |  |  |  |  | • Benar cara pemberian  • Benar waktu pemberian  • Benar dosis pemberian  • Kontinuitas / erkelanjutan | |
|  |  |  |  |  | Klien | |
|  |  |  |  |  | Anjurkan untuk terus berlatih cara yang sudah diajarkan yaitu menghardik | |
| 4 | 7 | SP II : | 1. | Menanyakan kabar | S: |  |
| Mare | Minum obat secara | 2. | Menanyakan halusinasinya |  | Klien mengatakan masih mendengar bisikan |
| t | teratur dengan prinsip | 3. | Mengevaluasi pertemuan sebelumnya |  | suara kedua orang tuanya, bisikan belum |
| 2020 | 6 benar obat | 4. | Melatih cara minum obat dengan prinsip |  | muncul kali ini. Klien mengatakan masih |
| 11.00 WIB |  |  | 6 benar obat |  | melakukan cara menghardik, klien |
|  |  | 5. | Memberikan pendidikan kesehatan  pada klien dan keluarga |  | mengatakan sudah menyapu dan  merapikan tempat tidur |
|  |  |  |  |  | O : | |

44



|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | Klien cukup kooperatif, klien bisa |  |
|  |  |  |  | menyebutkan obat yang diminumnya, |  |
|  |  |  |  | klien memperhatikan saat diberikan |  |
|  |  |  |  | penkes, klien masih menulis kegiatan pada jadwal  klien  A : |  |
|  |  |  |  | Masalah halusinasi pendengaran belum teratasi  P : |  |
|  |  |  |  | Motivasi dan anjurkan keluarga agar terus melakukan cara yang sudah diajarkan oleh penulis (perawat) |  |

45



**BAB IV PEMBAHASAN**

Berdasarkan asuhan keperawatan pada Tn.T dengan Gangguan Persepsi

: Sensori Halusinasi Pendengaran yang dilaksanakan di RSUD Deli serdang Lubuk Pakam selama 4 hari dari tanggal 4-7 Maret 2020, pada bab ini penulis akan membahas seluruh tahapan proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa, keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan.

**4.1 Pengkajian**

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan yang terdiri atas pengumpulan data dan perumusan kebutuhan, atau masalah klien. Pengumpulan data pengkajian meliputi aspek identitas klien, alasan masuk, faktor predisposisi, fisik, psikososial, status mental, kebutuhan persiapan pulang, mekanisme koping, masalah psikososial lingkungan, pengetahuan, dan aspek medik (Keliat, 2016).

Dalam pengumpulan data penulis menggunakan metode wawancara dengan Tn.T, observasi langsung terhadap kemampuan dan perilaku Tn.T serta dari status Tn.T. Selain itu keluarga juga berperan sebagai sumber data yang mendukung dalam memberikan asuhan keperawatan pada Tn.T, namun pada saat pengkajian tidak ada anggota keluarga Tn.T yang menjenguknya, sehingga penulis tidak memperoleh informasi dari pihak keluarga.

Dari hasil pengkajian Klien masuk di RSUD Deli Serdang Lubuk Pakam diantar oleh keluarganya yaitu kakak klien, dengan alasan di rumah klien mengamuk dan memukul orang (kakaknya). Klien selalu mendengar suara-suara yang menyuruhnya untuk menonjok duluan suara tersebut tidak dikenal oleh klien. Klien tidak bisa tidur, bicara sendiri, ketakutan, curiga dan tertawa sendiri dan klien pernah menggunakan obat-obatan seperti narkotika dan ganja.

Keluarga mengatakan klien sudah mulai Klien mempunyai riwayat gangguan jiwa di rumah sakit jiwa swasta sebelumnya pertama klien masuk pada tanggal 20 Desember 2019 dan pengobatan sebelumnya tidak berhasil dengan alasan yang sama alasannya klien mengamuk dan memukul orang, klien selalu mendengar suara-suara yang menyuruhnya untuk menonjok duluan suara tersebut tidak dikenal oleh klien. Klien tidak bisa tidur, bicara sendiri, ketakutan, curiga dan tertawa sendiri. Klien masuk kembali kedua kalinya di RSUD Deli Serdang Lubuk Pakam tanggal 3 Maret 2020.

Menurut Videbeck (2016), tanda gejala halusinasi pendengaran yaitu mendengar suara-suara, bicara sendiri, tertawa sendiri, marah-marah tanpa sebab, mulut komat-kamit, menutup telinga, dan menyendiri. Adanya rangsangan dari lingkungan, seperti partisipasi pasien dalam kelompok, terlalu lama tidak diajak berkomunikasi, objek yang ada di lingkungan, dan juga suasana sepi atau terisolasi sering menjadi pencetus terjadinya halusinasi (Direja, 2014).

Faktor predisposisi gangguan halusinasi Menurut Stuart (2015) dapat muncul sebagai proses panjang yang berhubungan dengan kepribadian seseorang, karena itu halusinasi dipengaruhi oleh pengalaman-pengalaman psikologis seseorang. Sedangkan menurut Yosep (2014), faktor predisposisi adalah faktor resiko yang mempengaruhi jenis dan jumlah sumber yang dapat dibangkitkan oleh individu untuk mengatasi stress. Faktor predisposisi dapat meliputi faktor perkembangan, sosiokultural, biokimia, psikologis, genetik dan pola asuh.

Dari perbandingan data menurut teori dan data yang ditemukan pada klien tidak muncul adanya kesenjangan dimana seperti yang dijelaskan dalam teori bahwa gangguan halusinasi dipengaruhi oleh pengalaman-pengalaman psikologis seseorang. Faktor pendukung yang didapatkan penulis selama melakukan pengkajian adalah klien cukup kooperatif dan hubungan saling percaya antara perawat dengan klien terbina dengan baik. Faktor penghambat yang didapatkan penulis tidak dapat melakukan pengkajian dengan maksimal karena keluarga klien pada saat pengkajian belum ada yang menjenguk.

**4.2 Diagnosa Keperawatan**

Berdasarkan pengkajian pada Tn. T secara garis besar ditemukan data subyektif dan data obyektif yang menunjukan karakteristik Tn. T dengan diagnosa gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran yang ditandai dengan data subyektif Tn.T sering mendengar bisikan-bisikan yang muncul, yaitu menyuruhnya untuk menonjok duluan suara tersebut tidak dikenal oleh klien. Sedangkan data obyektif yang didapatkan, Tn.T Klien terlihat bicara sendiri, tertawa sendiri, sering melamun, menyendiri dan marah-marah tanpa sebab.

Menurut Videbeck (2016), menyatakan bahwa diagnosa keperawatan berbeda dari diagnosa psikiatrik medis dimana diagnosa keperawatan adalah respon klien terhadap masalah medis atau bagaimana masalah mempengaruhi fungsi klien sehari-hari yang merupakan perhatian utama dari diagnosa keperawatan. Menurut Keliat (2016), pada pohon masalah dijelaskan bahwa

Halusinasi terjadi karena harga diri rendah bisa menyebabkan masalah utama/core problem gangguan persepsi sensori : halusinasi, dari halusinasi bisa menyebabkan defisit perawatan diri.

Data yang memperkuat diagnosa gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran diperoleh data subjektif yaitu Klien sering mendengar bisikan- bisikan yang muncul, yaitu menyuruhnya untuk menonjok duluan suara tersebut tidak dikenal oleh klien. Sedangkan data obyektif yang didapatkan, Tn.T Klien terlihat bicara sendiri, tertawa sendiri, sering melamun, menyendiri dan marah- marah tanpa sebab.

Pada pembahasan tentang pohon masalah, klien dengan koping yang maladaptif dimana klien cenderung menyendiri jika ada masalah menjadi pencetus klien mengalami halusinasi, dari halusinasi yang dialami klien dengan respon merasa tidak berguna yang potensial. Hal ini ditemukan pada Tn.T, dimana memiliki koping yang maladaptif yaitu cenderung menyendiri jika ada masalah yang menyebabkan timbulnya halusinasi. Sehingga tidak ditemukan kesenjangan antara teori yang ada dengan fakta yang ditemukan pada klien.

**4.3 Perencanaan**

Rencana keperawatan yang penulis lakukan pada Tn. T dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran yaitu dengan tujuan umum (TUM) agar klien dapat mengontrol halusinasi yang dialaminya. Dan dengan lima tujuan khusus (TUK) gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran, antara lain : tujuan khusus pertama (TUK 1), klien dapat membina hubungan saling percaya. Rasional dari tindakan yang dilakukan yaitu hubungan saling percaya sebagai dasar interaksi terapeutik antara perawat dan klien. Tujuan khusus kedua (TUK 2), klien dapat mengenal halusinasinya dari situasi yang menimbulkan halusinasi, isi, waktu, frekuensi halusinasi, dan respon klien terhadap halusinasinya. Rasional dari tujuan kedua adalah peran serta aktif klien sangat menentukan efektifitas tindakan keperawatan yang dilakukan. Tujuan khusus ketiga (TUK 3), klien dapat melatih mengontrol halusinasinya, dengan berlatih cara menghardik halusinasi, bercakap-cakap dengan orang lain, dan mengalihkan halusinasinya dengan beraktivitas secara terjadwal. Rasionalnya adalah tindakan yang biasa dilakukan klien merupakan upaya mengatasi halusinasi. Tujuan khusus keempat (TUK 4), klien dapat dukungan keluarga dalam mengontrol halusinasi dengan rasionalnya keluarga mampu merawat klien dengan halusinasi saat berada di rumah. Tujuan khusus kelima (TUK 5), klien dapat memanfaatkan obat untuk mengontrol

halusinasi dengan rasionalnya yaitu dapat meningkatkan pengetahuan dan motivasi klien untuk minum obat secara teratur. Setiap akhir tindakan strategi pelaksanaan diberikan reinforcement positif yang rasionalnya untuk memberikan penghargaan atas keberhasilan Tn. T.

Menurut Nurjannah (2015), rencana tindakan keperawatan merupakan serangkaian tindakan yang dapat mencapai setiap tujuan khusus. Perencanaan keperawatan meliputi perumusan tujuan, tindakan, dan penilaian rangkaian asuhan keperawatan pada klien berdasarkan analisis pengkajian agar masalah kesehatan dan keperawatan klien dapat teratasi. Menurut Keliat (2014), tujuan umum yaitu berfokus pada penyelesaian permasalahan dari diagnosis keperawatan dan dapat dicapai jika serangkaian tujuan khusus tercapai. Tujuan khusus berfokus pada penyelesaian penyebab dari diagnosis keperawatan. Tujuan khusus merupakan rumusan kemampuan klien yang perlu dicapai atau dimiliki. Kemampuan ini dapat bervariasi sesuai dengan masalah dan kebutuhan klien. Kemampuan pada tujuan khusus terdiri atas tiga aspek yaitu kemampuan kognitif, kemampuan psikomor, dan kemampuan afektif yang perlu dimiliki klien untuk menyelesaikan masalahnya.

Menurut Ngadiran (2014), setiap akhir tindakan strategi pelaksanaan dapat diberikan reinforcement positif yang rasionalnya untuk memberikan penghargaan atas keberhasilan klien. Reinforcement positif adalah penguatan berdasarkan prinsip bahwa frekuensi respons meningkat karena diikuti dengan stimulus yang mendukung atau rewarding. Bentuk-bentuk penguatan positif adalah berupa hadiah seperti permen, kado, atau makanan, perilaku sepeti senyum, menganggukkan kepala untuk menyetujui, bertepuk tangan, mengacungkan jempol, atau penghargaan. Reinforcement positif memiliki power atau kemampuan yang memungkinkan tindakan yang diberi reinforcement positif akan dilakukan secara berulang oleh pelaku tindakan tanpa adanya paksaan yaitu dengan kesadaran pelaku tindakan itu sendiri.

Berdasarkan intervensi yang penulis lakukan pada Tn. T, tidak terdapat adanya kesenjangan antara konsep dasar teori dengan pembahasan pada kasus, karena penulis mengacu pada teori yang ada, dimana tahapan – tahapan perencanaan yang dilakukan pada Tn. T sesuai dengan keadaan dan kondisi klien, serta dalam rencana keperawatan penulis sudah memasukkan tiga aspek dalam perencanaan, yang meliputi : tujuan umum, tujuan khusus, dan rencana tindakan keperawatan.

**4.4 Implementasi**

Implementasi yang penulis lakukan pada Tn. T dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran antara lain : pada tanggal 4 maret 2020, penulis melakukan strategi pelaksanaan 1 yaitu mengenal halusinasi pada Tn.T, menjelaskan cara mengontrol halusinasi, dan mengajarkan cara pertama mengontrol halusinasi dengan menghardik halusinasi. Tn.T dilatih untuk mengatakan tidak terhadap halusinasi yang muncul atau tidak memperdulikan halusinasi. Kemudian memberikan reirforcement kepada Tn.T apabila Tn.T berhasil mempraktekan cara menghardik halusinasi. Respon Tn.T mampu mengenal halusinasinya dan mau menggunakan cara menghardik saat halusinasinya muncul.

Implementasi kedua dilaksanakan pada tanggal 5 maret 2020. Penulis melakukan strategi pelaksanaan 2 yaitu mengajarkan cara kedua mengontrol halusinasi dengan menemui orang lain dan bercakap-cakap. Penulis melakukan validasi dan evaluasi cara pertama yaitu menghardik halusinasi. Penulis melatih cara mengontrol halusinasi dengan menemui orang lain dan bercakap-cakap. Kemudian memberikan reirforcement positif pada Tn.T apabila Tn.T berhasil mempraktekkanya. Respon dari Tn.T, Tn.T mampu menggunakan cara pertama dengan menghardik dengan benar dan keluarga mau untuk mengalihkan perhatian dengan menemui orang lain dan bercakap-cakap.

Implementasi ketiga dilaksanakan pada tanggal 6 Maret 2020. Penulis melakukan strategi pelaksanaan 3 yaitu mengajarkan cara mengontrol halusinasi dengan melakukan aktivitas terjadwal. Penulis melakukan validasi dan evaluasi strategi pelaksanaan 1 dan 2, kemudian mengajarkan cara mengontrol halusinasi dengan melakukan aktivitas terjadwal. Penulis memberikan reirforcement positif kepada Tn.T apabila Tn.T berhasil mempraktekanya dengan baik dan benar. Respon Tn.T, Tn.T mampu menggunakan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik dan bercakap-cakap dengan orang lain. Tn.T juga mau semua aktivitas sesuai jadwal.

Menurut Townsend (2015), implementasi adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Jenis tindakan pada implementasi ini terdiri dari tindakan mandiri (independent), saling ketergantungan (dependent). Menurut Rasmun (2014), implementasi yang dilakukan pada klien dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi yaitu dengan melakukan pendekatan SP, yaitu : SP 1 (mengajarkan cara pertama mengontrol halusinasi dengan menghardik halusinasi). Klien dilatih

untuk mengatakan tidak terhadap halusinasi yang muncul atau tidak mempedulikan halusinasinya. Jika ini dapat dilakukan, klien akan mengendalikan diri dan tidak mengikuti halusinasi yang muncul. Mungkin halusinasi tetap ada, tetapi dengan kemampuan ini, klien tidak akan larut untuk menuruti halusinasinya. SP 2 (mengajarkan cara mengontrol halusinasi dengan menemui orang lain untuk bercakap-cakap). Ketika klien bercakap-cakap dengan orang lain, terjadi adanya distraksi dan fokus perhatian klien akan beralih dari halusinasi ke percakapan yang dilakukan dengan orang lain. SP 3 (mengajarkan cara mengontrol halusinasi dengan melakukan aktivitas terjadwal). Dengan aktivitas secara terjadwal, klien tidak akan mengalami banyak waktu luang sendiri yang sering kali mencetuskan halusinasi. SP 4 (mengajarkan cara minum obat dengan benar). Hal ini dapat meningkatkan pengetahuan dan motivasi klien untuk minum obat secara teratur.

**4.5 Evaluasi**

Pada kasus Tn.T evaluasi yang penulis dapatkan yaitu pada pelaksanaan strategi pelaksanaan 1 tanggal 4 Maret 2020 pukul 11.00 WIB, Tn.T berhasil melakukan dengan baik dalam mengenal halusinasi dan klien mampu mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, sehingga dapat dianalisis bahwa masalah teratasi. Pada pelaksanaan strategi pelaksanaan 2 tanggal 5 Maret 2020 pukul

10.30 WIB Tn.T mampu mampu melakukan cara mengontrol halusinasi dengan menemui orang lain, untuk bercakap-cakap sehingga dapat dianalisis bahwa masalah teratasi. Pada pelaksanaan strategi pelaksanaan 3 tanggal 6 Maret 2020 pukul 11.30 WIB, Tn.T juga mampu melakukan aktivitas secara terjadwal, sehingga dapat dianalisis bahwa masalah teratasi. Evaluasi sudah dilakukan penulis sesuai keadaan klien dan kekurangan penulis tidak bisa mencapai batas maksimal pada rencana yang diharapkan.

Menurut Townsend (2016), evaluasi keperawatan adalah proses berkesinambungan yang perlu dilakukan untuk menentukan seberapa baik rencana keperawatan dilakukan. Menurut Nurjannah (2015), evaluasi adalah tahap berkelanjutan untuk menilai efek dan tindakan pada klien. Evaluasi dibagi dua yaitu, evaluasi proses atau formatif yang dilakukan setiap selesai melaksanakan tindakan, evaluasi hasil atau sumatif yang dilakukan dengan membandingkan antara respon klien dengan tujuan khusus dan umum yang telah ditentukan.

Berdasarkan evaluasi yang penulis lakukan, terdapat kesamaan antara konsep dasar teori dengan kasus Tn. T, karena penulis mengacu pada teori yang ada, dimana penulis menggunakan evaluasi hasil atau sumatif yang dilakukan

dengan membandingkan antara respon klien dengan tujuan khusus dan umum yang telah ditentukan.

**BAB V KESIMPULAN DAN SARAN**

**5.1. Kesimpulan**

1. Dari hasil pengkajian Tn.T dengan gangguan sensori persepsi : halusinasi pendengaran didapatkan data bahwa Tn.T mengatakan mendengar suara-suara bisikan yang mengajak tonjok duluan, suara itu datang pada pagi dan sore, suara itu datang saat klien sedang sendirian, dank lien diam saat mendengar suara-suara itu karena merasa takut. Klien tampak bingung, terlihat mondar mandir, klien tampak bicara sendiri.

2. Diagnosa keperawatan yang di dapat pada Tn.T adalah gangguan sensori persepsi : halusinasi pendengaran, harga diri rendah, ddefisit perawatan diri, isolasi sosial, resiko perilaku kekerasan, koping keluarga inefektif, regimen terapeutik inefektif

3. Rencana tindakan keperawatan yang dilakukan kepada Tn.T ialah gangguan sensori persepsi : halusinasi pendengaran yaitu bina hubungan saling percaya, diskusikasi dengan klien tentang mengisi waktu, frekuensi, situasi, kondisi yang menimbulkan halusinasi dan respon klien, cara menghardik halusinasi, cara mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain, mengontrol dengan melakukan kegiatan dan anjurkan klien memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian.

4. Pada tahap implementasi penulis tetap mengacu pada rencana tindakan keperawatan dan disesuaikan dengan kondisi, situasi dan kebutuhan klien serta fasilitas yang ada. Intervensi yang dilakukan oleh penulis hanya diagnose utama (TUK 1,2). Tindakan keperawatan yang sudah dilakukan pada Tn. H untuk diagnose gangguan sensori persepsi : halusinasi pendengaran yaitu SP 1 membina hubungan saling percaya, mengenal dan mengontrol halusinasi dengan cara menghardik. SP 2 menevaluasi jadwal kegiatan harian, melatih pasien mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain, menganjurkan klien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.

5. Hasil evaluasi klien mampu membina hubungan saling percaya dengan perawat, menyebutkan cara mengenal halusinasinya, menyebutkan cara mengontrol halusiansi, klien dapat memperlihatkan cara menghardik halusinasi, klien tampak belum mampu mengendalikan halusinasi dengan bercakap-cakap.

**5.2. Saran**

Berdasarkan kesimpulan diatas, maka saran yang bisa penulis berikan untuk perbaikan dan peningkatan mutu asuhan keperawatan adalah :

1. Bagi perawat

Meningkatkan kemampuan dan kualitas dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien khususnya dengan masalah gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran.

Melakukan asuhan keperawatan sesuai dengan SOP (Standar Operasional Prosedur) yang ditetapkan dilanjutkan dengan SOAP pada klien khususnya dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran.

2. Bagi klien

Klien diharapkan mengikuti program terapi yang telah direncanakan oleh dokter dan perawat untuk mempercepat proses kesembuhan klien.

3. Bagi keluarga

Keluarga diharapkan mampu memberi dukungan pada klien dalam mengontrol halusinasi baik dirumah sakit maupun dirumah.

4. Bagi Penulis

Sebagai sarana memperoleh informasi dan pengetahuan serta pengalaman dalam melakukan asuhan keperawatan jiwa pada pasien dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran.

**DAFTAR PUSTAKA**

Depkes, RI. 2018. “Karya Tulis Ilmiah Keperawatan Jiwa : Halusinasi”. <http://digilib.unimus.ac.id/files/disk/147/jtp-supriyadin-7339-1-bab1-pdf>. (Diakses tanggal 3 Maret 2020).

Direja. 2015. Buku Ajar Asuhan Keperawatan Jiwa. Yogyakarta : Nuha Medika. Fitria, N. 2016. Prinsip Dasar dan Aplikasi Penulisan Laporan Pendahuluan dan

Strategi pelaksanaan Tindakan Keperawatan, Jakarta : Salemba Medika.

Keliat, 2015. Keperawatan Jiwa, Edisi I. Jakarta : EGC

Keliat. 2015. Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa. Jakarta : EGC. Keliat. 2016. Proses Keperawatan Kesehatan Jiwa. Edisi 5. Jakarta : EGC. Kusumawati, F. 2014. Buku Ajar Keperawatan Jiwa. Jakarta : Salemba Medika.

Nurjannah,dkk. 2015. Aplikasi Proses Keperawatan Pada Diagnosa Resiko Kekerasan Diarahkan Pada Orang Lain Dan Gangguan Sensori Persepsi. Yogyakarta : Moco Medika.

Ngadiran. 2010. “Studi Fenomena Pengalaman Keluarga Tentang Beban

Dan Sumber Dukungan Keluarga Dalam Merawat Klien Dengan

Halusinasi”. Tesis, FIK UI. [www.proquest.com](http://www.proquest.com). (Diakses tanggal 3 Juni

2019)

Rasmun. 2015. Keperawatan Kesehatan Mental Psikiatri Terintegrasi Dengan

Keluarga. Jakarta : EGC.

Riset Kesehatan Dasar Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2017. “Analisis Gejala Gangguan Mental Emosional Penduduk Indonesia”. <http://www.google.data> riskesda 2017 gangguan jiwa indonesia.digitaljournals.org. (Diakses tanggal 22 Mei 2019).

Stuart, W,G. 2015. Buku Saku Keperawatan Jiwa, Jakarta : EGC.

Townsend, M,C. 2016. Buku Saku Diagnosa Keperawatan Pada Keperawatan

Psikiatri: Pedoman Untuk Pembuatan Rencana Perawatan. Edisi 5. Jakarta

: EGC.

Townsend, M, C. 2014. Pedoman Dalam Keperawatan Psikiatri. Edisi 2. Jakarta : EGC.

Videbeck. 2016. Buku Ajar Keperawatan Jiwa. Jakarta : EGC. Volume 45.

Jakarta : ISFI.

WHO. 2016. “Laporan 26 juta warga Negara Indonesia gangguan jiwa” <http://dir.groups.yahoo.com/group/karismatik/message/615> (Diakses tanggal 20 Mei 2019).

**KEGIATAN BIMBINGAN**

|  |  |
| --- | --- |
| NAMA | : DARIATI |
| NIM | : P07520119170 |
| JUDUL | : ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn.T DENGAN GANGGUAN |

PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI PENDENGARAN DI RSUD DELI SERDANG LUBUK PAKAM TAHUN 2020

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **N**  **o** | **Tanggal** | **Materi Bimbingan** | **Saran** | **Tanda Tangan**  **Pembimbing** |
| 1 |  | Konsul Judul | Revisi judul |  |
| 2 |  | Perbaikan Judul | ACC judul |  |
|  | Lanjut Bab I |  |
| 3 |  | Konsul Bab I | Revisi Bab I, cara pengutipan nama penulisan KTI |  |
| 4 |  | Perbaikan Bab I | ACC Bab I |  |
|  | Lanjut Bab II |  |
| 5 |  | Konsul Bab II | Revisi Bab II, tambahkan materi,  pengutipan  sumber, perbaikan tujuan |  |
| 6 |  | Perbaikan Bab II | ACC Bab II |  |
|  | Lanjut Bab III |  |
| 7 |  | Konsul Bab III | Revisi Bab III, perbaikan DO,  perumusan masalah |  |
| 8 |  | Perbaikan Bab III | ACC Bab III Lanjut  Bab IV |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 9 |  | Konsul Bab IV | Revisi Bab IV, perbaikan  pembahasan  pengkajian |  |
| 10 |  | Perbaikan Bab IV | ACC Bab IV Lanjut  Bab V |  |
| 11 |  | Konsul Bab V | Revisi Bab V, kesimpulan askep |  |
| 12 |  | Perbaikan Bab V | ACC Bab V |  |
| 13 |  | Konsul Daftar Pustaka | Revisi Daftar |  |
|  | Pustaka, cara |  |
|  | penulisan |  |
| 14 |  | Perbaikan | ACC Daftar |  |
|  | Daftar Pustaka | pustaka |  |
| 15 |  | Konsul Bab I s/d V (ACC) | ACC Ujian KTI |  |

Pembimbing

Dina Indarsita, SST, M.Kes

NIP. 196501031989032001