Asuhan keperawatan Jiwa Dengan Masalah Halusinasi

**Farhanah Irwan¹, Efendi Putra Hulu^{2*}, Licy Warman Manalu³,
Romintan Sitanggang⁴, Johan Febrian Putra Waruwu⁵**
[*efendiputrahulu@gmail.com](mailto:efendiputrahulu@gmail.com)

BAB 1: PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kesehatan jiwa merupakan bagian yang integral dari kesehatan. Kesehatan jiwa bukan sekedar terbebas dari gangguan jiwa, akan tetapi merupakan suatu hal yang di butuhkan oleh semua orang. Kesehatan jiwa adalah perasaan sehat dan bahagia serta mampu mengatasi tantangan hidup, dapat menerima orang lain sebagai mana adanya. Serta mempunyai sikap positif terhadap diri sendiri dan orang lain (Kemenkes, 2013).

Menurut Sekretaris Jendral Dapertemen Kesehatan (Sekjen Depkes), H. Syafii Ahmad, kesehatan jiwa saat ini telah menjadi masalah kesehatan global bagi setiap negara termasuk Indonesia. Proses globalisasi dan pesatnya kemajuan teknologi informasi memberikan dampak terhadap nilai-nilai sosial dan budaya pada masyarakat. Di sisi lain, tidak semua orang mempunyai kemampuan yang sama untuk menyesuaikan dengan berbagai perubahan, serta mengelola konflik dan stres tersebut (Diktorat Bina Pelayanan Keperawatan dan Pelayanan Medik Dapertemen Kesehatan, 2017).

Gangguan jiwa yaitu suatu sindrom atau pola perilaku yang secara klinis bermakna yang berhubungan dengan distress atau penderitaan dan menimbulkan gangguan pada satu atau lebih fungsi kehidupan manusia (Keliat, 2014). Upaya Kesehatan Jiwa adalah setiap kegiatan untuk mewujudkan derajat kesehatan jiwa yang optimal bagi setiap individu, keluarga, dan masyarakat dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang diselenggarakan secara menyeluruh, terpadu, dan

berkesinambungan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, atau masyarakat (UU Kesehatan Jiwa, 2014).

Setiap saat dapat terjadi 450 juta orang diseluruh dunia terkena dampak permasalahan jiwa, syaraf maupun perilaku dan jumlahnya terus meningkat. Pada study terbaru WHO di 14 negara menunjukkan bahwa pada negara-negara berkembang, sekitar 76-85% kasus gangguan jiwa parah tidak dapat pengobatan apapun pada tahun utama (Hardian, 2018).

Skizofrenia adalah suatu gangguan jiwa yang ditandai dengan penurunan atau ketidakmampuan berkomunikasi, gangguan realita (halusinasi dan waham), afek yang tidak wajar atau tumpul, gangguan kognitif (tidak mampu berfikir abstrak) dan mengalami kesukaran melakukan aktivitas sehari-hari (Keliat, 2014). Seorang yang mengalami skizofrenia terjadi kesulitan berfikir dengan benar, memahami dan menerima realita, gangguan emosi/perasaan, tidak mampu membuat keputusan, serta gangguan dalam melakukan aktivitas atau perubahan perilaku. Klien skizofrenia 70% mengalami halusinasi (Stuart, 2014).

Halusinasi merupakan keadaan seseorang mengalami perubahan dalam pola dan jumlah stimulasi yang diprakarsai secara internal atau eksternal disekitar dengan pengurangan, berlebihan, distorsi, atau kelainan berespon terhadap setiap stimulus (Townsend, 2009 dalam Pardede, Keliat, & Yulia, 2015). Halusinasi pendengaran paling sering terjadi ketika klien mendengar suara-suara, suara tersebut dianggap terpisah dari pikiran klien sendiri. Isi suara-suara tersebut mengancam dan menghina, sering kali suara tersebut memerintah klien untuk melakukan tindakan yang akan melukai klien atau orang lain (Nyumirah, 2015).

Berdasar kan data dari medical record BPRS dari makasar provinsi sulawesi selatan menunjukan pasien halusinasi yang dirawat pada tiga tahun terakhir sebagai berikut: pada tahun 2006 jumlah pasien 8710 dengan halusinasi

sebanyak 4340 orang (52%), tahun 2007 jumlah pasien 9245 dengan halusinasi sebanyak 4430 orang (49%), tahun 2008 (januari-maret) jumlah pasien 2294 dengan halusinasi sebanyak 1162 orang. Agar perilaku kekerasan tidak terjadi pada klien halusinasi maka sangat dibutuhkan asuhan keperawatan yang berkesinambungan.

Berdasarkan latar belakang masalah tersebut diatas dan sebagai tugas untuk memahami keperawatan jiwa tentang maraknya kejadian halusinasi, maka perlu kiranya untuk membahas masalah gangguan jiwa dengan halusinasi menggunakan Asuhan Keperawatan Jiwa dengan diagnose keperawatan Halusinasi.

1.2 Tujuan.

1.2.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu memberikan Asuhan Keperawatan secara holistik dan komprehensif kepada Ny.F dengan Gangguan persepsi sensori : Halusinasi pendengaran di ruang Gunung Sitoli RSJ. Prof.Dr. Muhammad Ildrem

1.2.2 Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian pada klien dengan perubahan persepsi sensori: halusinasi pendengaran
- b. Menegakkan diagnosa keperawatan pada klien perubahan persepsi sensori : halusinasi
- c. Melakukan intervensi keperawatan kepada klien perubahan persepsi sensori:halusinasi pendengaran
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada klien perubahan persepsi sensori : halusinasi pendengaran
- e. Mengevaluasi hasil tindakan keperawatan pada klien perubahan persepsi sensori: halusinasi pendengaran
- f. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada klien dengan perubahan persepsi sensori : halusinasi pendengaran

- g. Dapat membandingkan kesenjangan antara teori dengan kenyataan yang penulis dapatkan.

BAB 2: TINJAUAN TEORITIS

2.1 Konsep Halusinasi

2.1.1 Definisi Halusinasi

Halusinasi adalah salah satu gejala gangguan sensori persepsi yang dialami oleh pasien gangguan jiwa. Pasien merasakan sensasi berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan, atau penghiduan tanpa stimulus yang nyata Keliat, (2011) dalam Zelika, (2015). Halusinasi adalah persepsi sensori yang salah atau pengalaman persepsi yang tidak sesuai dengan kenyataan Sheila L Vidheak, (2001) dalam Darmaja (2014).

Menurut Pambayung (2015) halusinasi adalah hilangnya kemampuan manusia dalam membedakan rangsangan internal (pikiran) dan rangsangan eksternal (dunia luar). Halusinasi adalah persepsi atau tanggapan dari panca indera tanpa adanya rangsangan (stimulus) eksternal (Stuart & Laraia, 2013). Halusinasi merupakan gangguan persepsi dimana pasien mempersepsikan sesuatu yang sebenarnya tidak terjadi.

Berdasarkan beberapa pendapat diatas, yang dimaksud dengan halusinasi adalah gangguan persepsi sensori dimana klien mempersepsikan sesuatu melalui panca indera tanpa ada stimulus eksternal. Halusinasi berbeda dengan ilusi, dimana klien mengalami persepsi yang salah terhadap stimulus, salah persepsi pada halusinasi terjadi tanpa adanya stimulus eksternal yang terjadi, stimulus internal dipersepsikan sebagai sesuatu yang nyata ada oleh klien.

2.1.2 Etiologi

Menurut Stuart dan Laraia (2005) faktor-faktor yang menyebabkan klien gangguan jiwa mengalami halusinasi adalah sebagai berikut:

1. Faktor Predisposisi

a. Faktor genetis

Secara genetis, skizofrenia diturunkan melalui kromosom-kromosom tertentu. Namun demikian, kromosom ke berapa yang menjadi faktor penentu gangguan ini sampai sekarang masih dalam tahap penelitian. Anak kembar identik memiliki kemungkinan mengalami skizofrenia sebesar 50% jika salah satunya mengalami skizofrenia, sementara jika dizigote, peluangnya sebesar 15%. Seorang anak yang salah satu orang tuanya mengalami skizofrenia berpeluang 15% mengalami skizofrenia, sementara bila kedua orang tuanya skizofrenia maka peluangnya menjadi 35%.

b. Faktor neurobiologis

Klien skizofrenia mengalami penurunan volume dan fungsi otak yang abnormal. Neurotransmitter juga ditemukan tidak normal, khususnya dopamin, serotonin, dan glutamat.

1) Studi neurotransmitter

Skizofrenia diduga juga disebabkan oleh adanya ketidakseimbangan neurotransmitter. Dopamin berlebihan, tidak seimbang dengan kadar serotonin.

2) Teori virus

Paparan virus influenza pada trimester ketiga kehamilan dapat menjadi faktor predisposisi skizofrenia.

3) Psikologis

Beberapa kondisi psikologis yang menjadi faktor predisposisi skizofrenia antara lain anak yang diperlakukan oleh ibu yang pencemas, terlalu melindungi, dingin, dan tak berperasaan, sementara ayah yang mengambil jarak dengan anaknya.

2. Faktor Presipitasi

- 1) Berlebihannya proses informasi pada sistem saraf yang menerima dan memproses informasi di thalamus dan frontal otak.
- 2) Mekanisme penghantaran listrik di syaraf terganggu.
- 3) Kondisi kesehatan, meliputi : nutrisi kurang, kurang tidur, ketidakseimbangan irama sirkadian, kelelahan, infeksi, obat-obat sistem syaraf pusat, kurangnya latihan, hambatan untuk menjangkau pelayanan kesehatan.
- 4) Lingkungan, meliputi : lingkungan yang memusuhi, krisis masalah di rumah tangga, kehilangan kebebasan hidup, perubahan kebiasaan hidup, pola aktivitas sehari-hari, kesukaran dalam hubungan dengan orang lain, isolasi social, kurangnya dukungan sosial, tekanan kerja, kurang ketrampilan dalam bekerja, stigmatisasi, kemiskinan, ketidakmampuan mendapat pekerjaan.
- 5) Sikap/perilaku, meliputi : merasa tidak mampu, harga diri rendah, putus asa, tidak percaya diri, merasa gagal, kehilangan kendali diri, merasa punya kekuatan berlebihan, merasa malang, bertindak tidak seperti orang lain dari segi usia maupun kebudayaan, rendahnya kemampuan sosialisasi, perilaku agresif, ketidakadekuatan pengobatan, ketidakadekuatan penanganan gejala.
- 6)

2.1.3 Rentang Respon Halusinasi

Halusinasi merupakan salah satu respon maladaptive individual yang berbeda rentang respon neurobiologi (Stuart and Laraia, 20013) dalam Yusalia 2015. Ini merupakan persepsi maladaptive. Jika klien yang sehat persepsinya akurat, mampu mengidentifikasikan dan menginterpretasikan stimulus berdasarkan informasi yang diterima melalui panca indera (pendengaran, pengelihatn, penciuman, pengecapn dan perabaan) klien halusinasi mempersepsikan suatu stimulus panca indera walaupun stimulus tersebut tidak ada. Diantara kedua respon tersebut adalah respon individu yang karena suatu hal mengalami kelainan persensif yaitu salah mempersepsikan stimulus yang diterimanya, yang tersebut sebagai ilusi. Klien mengalami

jika interpretasi yang dilakukan terhadap stimulus panca indera tidak sesuai stimulus yang diterimanya, rentang respon tersebut sebagai berikut:

Respon adaptif Respon maladaptif		
Pikiran logis	– Kadang-	– Waham
– Persepsi akurat	kadang proses	– Halusinasi
– Emosi	pikir terganggu	– Sulit berespons
konsisten	(distorsi	– Perilaku
dengan	pikiran	disorganisasi
pengalaman	– Ilusi	– Isolasi sosial
– Perilaku sesuai	– Menarik diri	
– Hubungan	– Reaksi emosi	
sosial harmonis	>/<	
	– Perilaku tidak biasa	

2.1.4 Jenis Halusinasi

Menurut Stuart (2013) dalam Yusalia (2015), jenis halusinasi antara lain :

1. Halusinasi pendengaran (auditorik) 70 %

Karakteristik ditandai dengan mendengar suara, terutama suara – suara orang, biasanya klien mendengar suara orang yang sedang membicarakan apa yang sedang dipikirkannya dan memerintahkan untuk melakukan sesuatu.

2. Halusinasi penglihatan (visual) 20 %

Karakteristik dengan adanya stimulus penglihatan dalam bentuk pancaran cahaya, gambaran geometrik, gambar kartun dan / atau panorama yang luas dan kompleks. Penglihatan bisa menyenangkan atau menakutkan.

3. Halusinasi penghidu (olfactory)

Karakteristik ditandai dengan adanya bau busuk, amis dan bau yang menjijikkan seperti: darah, urine atau feses. Kadang – kadang terhidu bau

harum. Biasanya berhubungan dengan stroke, tumor, kejang dan dementia.

4. Halusinasi peraba (tactile)

Karakteristik ditandai dengan adanya rasa sakit atau tidak enak tanpa stimulus yang terlihat. Contoh : merasakan sensasi listrik datang dari tanah, benda mati atau orang lain.

5. Halusinasi pengecap (gustatory)

Karakteristik ditandai dengan merasakan sesuatu yang busuk, amis dan menjijikkan, merasa mengecap rasa seperti rasa darah, urin atau feses.

6. Halusinasi cenesthetik

Karakteristik ditandai dengan merasakan fungsi tubuh seperti darah mengalir melalui vena atau arteri, makanan dicerna atau pembentukan urine.

7. Halusinasi kinesthetic

Merasakan pergerakan sementara berdiri tanpa bergerak.

2.1.5 Tanda Gejala

Beberapa tanda dan gejala perilaku halusinasi adalah tersenyum atau tertawa yang tidak sesuai, menggerakkan bibir tanpa suara, bicara sendiri, pergerakan mata cepat, diam, asyik dengan pengalaman sensori, kehilangan kemampuan membedakan halusinasi dan realitas, rentang perhatian yang menyempit hanya beberapa detik atau menit, kesukaran berhubungan dengan orang lain, tidak mampu merawat diri, perubahan

Berikut tanda dan gejala menurut jenis halusinasi Stuart & Sudden dalam Yusalia (2015).

Jenis halusinasi	Karakteristik tanda dan gejala
Pendengaran	Mendengar suara-suara / kebisingan, paling sering suara kata yang jelas, berbicara dengan klien bahkan sampai percakapan lengkap antara dua orang yang mengalami halusinasi. Pikiran yang terdengar jelas dimana klien mendengar perkataan bahwa pasien disuruh untuk melakukan sesuatu kadang-kadang dapat membahayakan.
Penglihatan	Stimulus penglihatan dalam kilatan

Penciuman	<p>cahaya, gambar geometris, gambar karton dan atau panorama yang luas dan kompleks. Penglihatan dapat berupa sesuatu yang menyenangkan /sesuatu yang menakutkan seperti monster.</p> <p>Membau bau-bau seperti bau darah, urine, fases umumnya baubau yang tidak menyenangkan. Halusinasi penciuman biasanya sering akibat stroke, tumor, kejang / demensia.</p>
Pengecap	<p>Merasa mengecap rasa seperti rasa darah, urine, fases.</p>
Perabaan	<p>Mengalami nyeri atau ketidaknyamanan tanpa stimulus yang jelas rasa tertetrum listrik yang datang dari tanah, benda mati atau orang lain.</p>
Sinestetik	<p>Merasakan fungsi tubuh seperti aliran darah divera (arteri), pencernaan makanan.</p>
Kinestetik	<p>Merasakan pergerakan sementara berdiri tanpa bergerak</p>

2.1.6 Fase Halusinasi

Halusinasi yang dialami oleh klien bisa berbeda intensitas dan keparahannya Stuart & Laraia (2005), membagi fase halusinasi dalam 4 fase berdasarkan tingkat ansietas yang dialami dan kemampuan klien mengendalikan dirinya. Semakin berat fase halusinasi, klien semakin berat mengalami ansietas dan makin dikendalikan oleh halusinasinya.

Fase halusinasi	Karakteristik	Perilaku pasien
1	2	3
Fase 1 : Comforting-ansietas tingkat sedang, secara umum, halusinasi bersifat menyenangkan	Klien mengalami keadaan emosi seperti ansietas, kesepian, rasa bersalah, dan takut serta mencoba untuk berfokus pada penenangan pikiran untuk mengurangi ansietas. Individu mengetahui bahwa pikiran dan	Menyeringai atau tertawa yang tidak sesuai, menggerakkan bibir tanpa menimbulkan suara, pergerakan mata yang cepat, respon verbal yang lambat, diam dan

		pengalaman sensori yang dialaminya tersebut dapat dikendalikan jika ansietasnya bias diatasi	dipenuhi oleh sesuatu yang mengasyikkan.
		(Non psikotik)	
Fase II: Condemning-ansietas tingkat berat, secara umum, halusinasi menjadi menjijikkan		Pengalaman sensori bersifat menjijikkan dan menakutkan, klien mulai lepas kendali dan mungkin mencoba untuk menjauhkan dirinya dengan sumber yang dipersepsikan. Klien mungkin merasa malu karena pengalaman sensorinya dan menarik diri dari orang lain.	Peningkatan sistem syaraf otonom yang menunjukkan ansietas, seperti peningkatan nadi, pernafasan, dan tekanan darah; penyempitan kemampuan konsentrasi, dipenuhi dengan pengalaman sensori dan kehilangan kemampuan membedakan antara halusinasi dengan realita.
		(Psikotik ringan)	
Fase III: Controlling-ansietas tingkat berat, pengalaman sensori menjadi berkuasa		Klien berhenti menghentikan perlawanan terhadap halusinasi dan menyerah pada halusinasi tersebut. Isi halusinasi menjadi menarik, dapat berupa permohonan. Klien mungkin mengalami kesepian jika pengalaman sensori tersebut berakhir.	Cenderung mengikuti petunjuk yang diberikan halusinasinya daripada menolaknya, kesukaran berhubungan dengan orang lain, rentang perhatian hanya beberapa detik atau menit, adanya tanda-tanda fisik ansietas berat : berkeringat, tremor, tidak mampu mengikuti petunjuk.
		(Psikotik)	
Fase IV: Conquering Panik, umumnya halusinasi menjadi lebih rumit, melebur dalam halusinasinya		Pengalaman sensori menjadi mengancam dan menakutkan jika klien tidak mengikuti perintah. Halusinasi bisa berlangsung dalam beberapa jam atau hari jika tidak ada intervensi terapeutik.	Perilaku menyerang-teror seperti panik, berpotensi kuat melakukan bunuh diri atau membunuh orang lain, Aktivitas fisik yang merefleksikan isi halusinasi seperti amuk, agitasi, menarik diri, atau katatonía, tidak mampu berespon terhadap perintah yang
		(Psikotik Berat)	

kompleks, tidak mampu berespon terhadap lebih dari satu orang.

2.1.7 Penatalaksanaan Medis

Menurut Keliat (2014) dalam Pambayun (2015), tindakan keperawatan untuk membantu klien mengatasi halusinasinya dimulai dengan membina hubungan saling percaya dengan klien. Hubungan saling percaya sangat penting dijalin sebelum mengintervensi klien lebih lanjut. Pertama-tama klien harus difasilitasi untuk merasa nyaman menceritakan pengalaman aneh halusinasinya agar informasi tentang halusinasi yang dialami oleh klien dapat diceritakan secara komprehensif. Untuk itu perawat harus memperkenalkan diri, membuat kontrak asuhan dengan klien bahwa keberadaan perawat adalah betul-betul untuk membantu klien. Perawat juga harus sabar, memperlihatkan penerimaan yang tulus, dan aktif mendengar ungkapan klien saat menceritakan halusinasinya. Hindarkan menyalahkan klien atau menertawakan klien walaupun pengalaman halusinasi yang diceritakan aneh dan menggelikan bagi perawat. Perawat harus bisa mengendalikan diri agar tetap terapeutik.

Setelah hubungan saling percaya terjalin, intervensi keperawatan selanjutnya adalah membantu klien mengenali halusinasinya (tentang isi halusinasi, waktu, frekuensi terjadinya halusinasi, situasi yang menyebabkan munculnya halusinasi, dan perasaan klien saat halusinasi muncul). Setelah klien menyadari bahwa halusinasi yang dialaminya adalah masalah yang harus diatasi, maka selanjutnya klien perlu dilatih bagaimana cara yang bisa dilakukan dan terbukti efektif mengatasi halusinasi. Proses ini dimulai dengan mengkaji pengalaman klien mengatasi halusinasi. Bila ada beberapa usaha yang klien lakukan untuk mengatasi halusinasi, perawat perlu mendiskusikan efektifitas cara tersebut. Apabila cara tersebut efektif, bisa diterapkan, sementara jika cara yang dilakukan tidak efektif perawat dapat membantu dengan cara-cara baru.

Menurut Keliat (2014), ada beberapa cara yang bisa dilatihkan kepada klien untuk mengontrol halusinasi, meliputi :

1. Menghardik halusinasi.

Halusinasi berasal dari stimulus internal. Untuk mengatasinya, klien harus berusaha melawan halusinasi yang dialaminya secara internal juga. Klien dilatih untuk mengatakan, "tidak mau dengar..., tidak mau lihat". Ini dianjurkan untuk dilakukan bila halusinasi muncul setiap saat. Bantu pasien mengenal halusinasi, jelaskan cara-cara kontrol halusinasi, ajarkan pasien mengontrol halusinasi dengan cara pertama yaitu menghardik halusinasi:

2. Menggunakan obat.

Salah satu penyebab munculnya halusinasi adalah akibat ketidakseimbangan neurotransmitter di syaraf (dopamin, serotonin). Untuk itu, klien perlu diberi penjelasan bagaimana kerja obat dapat mengatasi halusinasi, serta bagaimana mengkonsumsi obat secara tepat sehingga tujuan pengobatan tercapai secara optimal. Pendidikan kesehatan dapat dilakukan dengan materi yang benar dalam pemberian obat agar klien patuh untuk menjalankan pengobatan secara tuntas dan teratur.

Keluarga klien perlu diberi penjelasan tentang bagaimana penanganan klien yang mengalami halusinasi sesuai dengan kemampuan keluarga. Hal ini penting dilakukan dengan dua alasan. Pertama keluarga adalah sistem di mana klien berasal. Pengaruh sikap keluarga akan sangat menentukan kesehatan jiwa klien. Klien mungkin sudah mampu mengatasi masalahnya, tetapi jika tidak didukung secara kuat, klien bisa mengalami kegagalan, dan halusinasi bisa kambuh lagi. Alasan kedua, halusinasi sebagai salah satu gejala psikosis bisa berlangsung lama (kronis), sekalipun klien pulang ke rumah, mungkin masih mengalami halusinasi. Dengan mendidik keluarga tentang cara penanganan

halusinasi, diharapkan keluarga dapat menjadi terapis begitu klien kembali ke rumah. Latih pasien menggunakan obat secara teratur:

Jenis-jenis obat yang biasa digunakan pada pasien halusinasi adalah:

a. Clorpromazine (CPZ, Largactile), Warna : Orange

Indikasi:

Untuk mensupresi gejala – gejala psikosa : agitasi, ansietas, ketegangan, kebingungan, insomnia, halusinasi, waham, dan gejala – gejala lain yang biasanya terdapat pada penderita skizofrenia, manik depresi, gangguan personalitas, psikosa involution, psikosa masa kecil.

Cara pemberian:

Untuk kasus psikosa dapat diberikan per oral atau suntikan intramuskuler. Dosis permulaan adalah 25 – 100 mg dan diikuti peningkatan dosis hingga mencapai 300 mg perhari. Dosis ini dipertahankan selama satu minggu. Pemberian dapat dilakukan satu kali pada malam hari atau dapat diberikan tiga kali sehari. Bila gejala psikosa belum hilang, dosis dapat dinaikkan secara perlahan – lahan sampai 600 – 900 mg perhari.

Kontra indikasi:

Sebaiknya tidak diberikan kepada klien dengan keadaan koma, keracunan alkohol, barbiturat, atau narkotika, dan penderita yang hipersensitif terhadap derivat fenothiazine.

Efek samping:

Yang sering terjadi misalnya lesu dan mengantuk, hipotensi ortostatik, mulut kering, hidung tersumbat, konstipasi, amenore pada wanita, hiperpireksia atau hipopireksia, gejala ekstrapiramida. Intoksikasinya untuk penderita non psikosa dengan dosis yang tinggi menyebabkan gejala penurunan kesadaran karena depresi susunan syaraf pusat, hipotensi, ekstrapiramidal, agitasi, konvulsi, dan

perubahan gambaran irama EKG. Pada penderita psikosa jarang sekali menimbulkan intoksikasi.

b. Haloperidol (Haldol, Serenace), Warna : Putih besar

Indikasi:

Yaitu manifestasi dari gangguan psikotik, sindroma Gilles de la Tourette pada anak – anak dan dewasa maupun pada gangguan perilaku yang berat pada anak – anak.

Cara pemberian:

Dosis oral untuk dewasa 1 – 6 mg sehari yang terbagi menjadi 6 – 15 mg untuk keadaan berat. Dosis parenteral untuk dewasa 2 -5 mg intramuskuler setiap 1 – 8 jam, tergantung kebutuhan.

Kontra indikasi:

Depresi sistem syaraf pusat atau keadaan koma, penyakit parkinson, hipersensitif terhadap haloperidol.

Efek samping:

Yang sering adalah mengantuk, kaku, tremor, lesu, letih, gelisah, gejala ekstrapiramidal atau pseudoparkinson. Efek samping yang jarang adalah mual, diare, konstipasi, hipersalivasi, hipotensi, gejala gangguan otonomik. Efek samping yang sangat jarang yaitu alergi, reaksi hematologis. Intoksikasinya adalah bila klien memakai dalam dosis melebihi dosis terapeutik dapat timbul kelemahan otot atau kekakuan, tremor, hipotensi, sedasi, koma, depresi pernapasan.

c. Trihexiphenidyl (THP, Artane, Tremin), Warna: Putih kecil

Indikasi:

Untuk penatalaksanaan manifestasi psikosa khususnya gejala skizofrenia.

Cara pemberian:

Dosis dan cara pemberian untuk dosis awal sebaiknya rendah (12,5 mg) diberikan tiap 2 minggu. Bila efek samping ringan, dosis ditingkatkan 25 mg dan interval pemberian diperpanjang 3 – 6 mg

setiap kali suntikan, tergantung dari respon klien. Bila pemberian melebihi 50 mg sekali suntikan sebaiknya peningkatan perlahan – lahan.

Kontra indikasi:

Pada depresi susunan syaraf pusat yang hebat, hipersensitif terhadap fluphenazine atau ada riwayat sensitif terhadap phenotiazine. Intoksikasi biasanya terjadi gejala – gejala sesuai dengan efek samping yang hebat. Pengobatan over dosis ; hentikan obat berikan terapi simptomatis dan suportif, atasi hipotensi dengan levarteronol hindari menggunakan ephineprine ISO, (2008) dalam Pambayun (2015).

3. Berinteraksi dengan orang lain.

Klien dianjurkan meningkatkan keterampilan hubungan sosialnya. Dengan meningkatkan intensitas interaksi sosialnya, klien akan dapat memvalidasi persepsinya pada orang lain. Klien juga mengalami peningkatan stimulus eksternal jika berhubungan dengan orang lain. Dua hal ini akan mengurangi fokus perhatian klien terhadap stimulus internal yang menjadi sumber halusinasinya. Latih pasien mengontrol halusinasi dengan cara kedua yaitu bercakap-cakap dengan orang lain.

4. Beraktivitas secara teratur dengan menyusun kegiatan harian.

Kebanyakan halusinasi muncul akibat banyaknya waktu luang yang tidak dimanfaatkan dengan baik oleh klien. Klien akhirnya asyik dengan halusinasinya. Untuk itu, klien perlu dilatih menyusun rencana kegiatan dari pagi sejak bangun pagi sampai malam menjelang tidur dengan kegiatan yang bermanfaat. Perawat harus selalu memonitor pelaksanaan kegiatan tersebut sehingga klien betul-betul tidak ada waktu lagi untuk melamun tak terarah. Latih pasien mengontrol halusinasi dengan cara ketiga, yaitu melaksanakan aktivitas terjadwal.

2.2 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengkajian Keperawatan

Menurut Stuart (2009). Bahwa faktor-faktor terjadinya halusinasi meliputi:

1. Faktor predisposisi

Faktor predisposisi atau faktor yang mendukung terjadinya halusinasi menurut Stuart (2013) adalah :

a. Faktor biologis

Pada keluarga yang melibatkan anak kembar dan anak yang diadopsi menunjukkan peran genetik pada schizophrenia. Kembar identik yang dibesarkan secara terpisah mempunyai angka kejadian schizophrenia lebih tinggi dari pada saudara sekandung yang dibesarkan secara terpisah.

b. Faktor psikologis

Hubungan interpersonal yang tidak harmonis akan mengakibatkan stress dan kecemasan yang berakhir dengan gangguan orientasi realita.

c. Faktor sosial budaya

Stress yang menumpuk awitan schizophrenia dan gangguan psikotik lain, tetapi tidak diyakini sebagai penyebab utama gangguan.

2. Faktor presipitasi

Faktor presipitasi atau faktor pencetus halusinasi menurut Stuart (2009) adalah:

a. Biologis

Stressor biologis yang berhubungan dengan respon neurobiologis maladaptif adalah gangguan dalam komunikasi dan putaran umpan balik otak dan abnormalitas pada mekanisme pintu masuk dalam otak, yang mengakibatkan ketidakmampuan untuk secara selektif menanggapi stimulus.

b. Lingkungan

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

c. Stres sosial / budaya

Stres dan kecemasan akan meningkat apabila terjadi penurunan stabilitas keluarga, terpisahnya dengan orang terpenting atau disingkirkan dari kelompok.

d. Faktor psikologik

Intensitas kecemasan yang ekstrem dan memanjang disertai terbatasnya kemampuan mengatasi masalah dapat menimbulkan perkembangan gangguan sensori persepsi halusinasi.

e. Mekanisme koping

Menurut Stuart (2013) perilaku yang mewakili upaya untuk melindungi pasien dari pengalaman yang menakutkan berhubungan dengan respons neurobiologis maladaptif meliputi : *regresi*, berhubungan dengan masalah proses informasi dan upaya untuk mengatasi ansietas, yang menyisakan sedikit energi untuk aktivitas sehari-hari. *Proyeksi*, sebagai upaya untuk menjelaskan kerancuan persepsi dan menarik diri.

f. Sumber koping

Menurut Stuart (2013) sumber koping individual harus dikaji dengan pemahaman tentang pengaruh gangguan otak pada perilaku. Orang tua harus secara aktif mendidik anak-anak dan dewasa muda tentang keterampilan koping karena mereka biasanya tidak hanya belajar dari pengamatan. Disumber keluarga dapat pengetahuan tentang penyakit, finansial yang cukup, faktor ketersediaan waktu dan tenaga serta kemampuan untuk memberikan dukungan secara berkesinambungan.

g. Perilaku halusinasi

Menurut Townsend (2016), batasan karakteristik halusinasi yaitu bicara teratawa sendiri, bersikap seperti mendengar sesuatu, berhenti bicara ditengah – tengah kalimat untuk mendengar sesuatu, disorientasi, pembicaraan kacau dan merusak diri sendiri, orang lain serta lingkungan.

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Menurut NANDA (2017) diagnosa keperawatan utama pada klien dengan perilaku halusinasi adalah Gangguan sensori persepsi: Halusinasi (pendengaran, penglihatan, pengecap, perabaan dan penciuman). Sedangkan diagnosa keperawatan terkait lainnya adalah Isolasi social dan Resiko menciderai diri sendiri, lingkungan dan orang lain.

2.2.3 Tindakan Keperawatan

Tindakan keperawatan yang diberikan pada klien tidak hanya berfokus pada masalah halusinasi sebagai diagnose penyerta lain. Hal ini dikarenakan tindakan yang dilakukan saling berkontribusi terhadap tujuan akhir yang akan dicapai. Rencana tindakan keperawatan pada klien dengan diagnose gangguan persepsi sensori halusinasi meliputi pemberian tindakan keperawatan berupa terapi generalis individu yaitu (Kanine, E., 2012) :

1. Mengontrol halusinasi dengan cara menghardik,
2. Patuh minum obat secara teratur.
3. Melatih bercakap-cakap dengan orang lain,
4. Menyusun jadwal kegiatan dan dengan aktifitas
5. Terapi kelompok terkait terapi aktifitas kelompok stimulasi persepsi halusinasi.

Rencana tindakan pada keluarga (Keliat, dkk. 2014) adalah

1. Diskusikan masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat pasien
2. Berikan penjelasan meliputi : pengertian halusinasi, proses terjadinya halusinasi, jenis halusinasi yang dialami, tanda dan gejala halusinasi, proses terjadinya halusinasi.

3. Jelaskan dan latih cara merawat anggota keluarga yang mengalami halusinasi : menghardik, minum obat, bercakap-cakap, melakukan aktivitas.
4. Diskusikan cara menciptakan lingkungan yang dapat mencegah terjadinya halusinasi.
5. Diskusikan tanda dan gejala kekambuhan
6. Diskusikan pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan terdekat untuk *follow up* anggota keluarga dengan halusinasi.

2.2.4 Pelaksanaan Keperawatan

Implementasi disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Pada situasi nyata sering pelaksanaan jauh berbeda dengan rencana, hal ini terjadi karena perawat belum terbiasa menggunakan rencana tertulis dalam melaksanakan tindakan keperawatan (Dalami, 2009). Sebelum melaksanakan tindakan keperawatan yang sudah direncanakan, perawat perlu memvalidasi dengan singkat apakah rencana tindakan masih sesuai dan dibutuhkan klien sesuai dengan kondisinya (*here and now*). Perawat juga menilai diri sendiri, apakah kemampuan interpersonal, intelektual, tekhnikal sesuai dengan tindakan yang akan dilaksanakan, dinilai kembali apakah aman bagi klien. Setelah semuanya tidak ada hambatan maka tindakan keperawatan boleh dilaksanakan.

Adapun pelaksanaan tindakan keperawatan jiwa dilakukan berdasarkan Strategi Pelaksanaan (SP) yang sesuai dengan masing-masing masalah utama. Pada masalah gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran, terdapat 2 jenis SP, yaitu SP Klien dan SP Keluarga.

SP klien terbagi menjadi SP 1 (membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi halusinasi “jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi, perasaan dan respon halusinasi”, mengajarkan cara menghardik, memasukan cara menghardik ke dalam jadwal; SP 2 (mengevaluasi SP 1, mengajarkan cara minum obat secara teratur, memasukan ke dalam jadwal); SP 3 (mengevaluasi SP 1 dan SP 2, menganjurkan klien untuk mencari teman

bicara); SP 4 (mengevaluasi SP 1, SP 2, dan SP 3, melakukan kegiatan terjadwal).

SP keluarga terbagi menjadi SP 1 (membina hubungan saling percaya, mendiskusikan masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat pasien, menjelaskan pengertian, tanda dan gejala halusinasi, jenis halusinasi yang dialami klien beserta proses terjadinya, menjelaskan cara merawat pasien halusinasi); SP 2 (melatih keluarga mempraktekan cara merawat pasien dengan halusinasi, melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada pasien halusinasi); SP 3 (membantu keluarga membuat jadwal aktivitas di rumah termasuk minum obat (discharge planing), menjelaskan follow up pasien setelah pulang).

Pada saat akan dilaksanakan tindakan keperawatan maka kontrak dengan klien dilaksanakan dengan menjelaskan apa yang akan dikerjakan dan peran serta klien yang diharapkan, dokumentasikan semua tindakan yang telah dilaksanakan serta respon klien.

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada klien (Dalami, 2009). Evaluasi dilakukan terus menerus pada respon klien terhadap tindakan yang telah dilaksanakan, evaluasi dapat dibagi dua jenis yaitu: evaluasi proses atau formatif dilakukan selesai melaksanakan tindakan. Evaluasi hasil atau sumatif dilakukan dengan membandingkan respon klien pada tujuan umum dan tujuan khusus yang telah ditentukan.

Evaluasi keperawatan yang diharapkan pada pasien dengan gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran adalah: tidak terjadi perilaku kekerasan, klien dapat membina hubungan saling percaya, klien dapat mengenal halusinasinya, klien dapat mengontrol halusinasinya, klien

mendapatkan dukungan dari keluarga dalam mengontrol halusinasinya, klien dapat menggunakan obat dengan baik dan benar.

BAB 3: TINJAUAN KASUS

Kasus

Tn.D dibawa keluarga pada tanggal 26 juli 2018 karena pasien sering marah-marah sendiri, gelisah, susah tidur, mendengar suara – suara bisikan setelah klien merasa kecewa dengan suami yang meninggalkan dirinya. Suara yang ia dengar adalah suara pertengkaran saat mereka bersama.

3.1 Alasan Masuk

Klien merasa mendengar suara atau bisikan dari mantan suaminya yang marah-marah. Sering melamun dan berbicara sendiri. Pasien sering marah-marah saat mendengar bisikan tersebut.

3.2 Faktor Predisposisi

1. Pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu?

☐

Ya

☒

Tidak

2. Pengobatan sebelumnya : () Berhasil () Kurang Berhasil
() tidak berhasil

Ket : Klien belum pernah mengalami pengobatan gangguan jiwa

3. Penganiayaan :

	Pelaku/Usia	Korban / Usia	Saksi Usia
• Aniaya fisik :	-	-	-
• Aniaya seksual :	-	-	-
• Penolakan :	-	-	-
• Kekerasan :	-	-	-
• Kriminalisasi :	-	-	-

Jelaskan : klien tidak pernah mengalami penganiayaan maupun kekerasan

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

4. Adakah keluarga yang mengalami gangguan jiwa ? () Ya (✓) Tidak
Hubungan Keluarga	Gejala	Riwayat Pengobatan

Masalah keperawatan : tidak ada keluarga klien yang mengalami gangguan jiwa

5. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan :

Klien mengatakan suami meninggalkan dirinya untuk wanita yang lebih kaya dari dirinya padahal dia sudah menjadi tulang punggung keluarga tetapi tetap suaminya berselingkuh dan menikah lagi. Klien merasa sedih dan kecewa, klien merasa malu, karena pernah gagal sehingga menutup usahanya dan tidak mau melakukan apapun lagi.

Masalah Keperawatan : Koping Individu in-efektif

3.3 Pemeriksaan fisik

1. Tanda vital

TD : 120/90 mmHg HR : 76x/menit

S : 36,5° C RR : 20x/menit

2. Antropometri : BB : 55 kg TB : 147 cm

3. Keluhhan Fisik () Ya (✓) Tidak

Jelaskan : Bentuk kepala Simetris, kulit kepala cukup bersih tidak ada keluhan fisik

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

3.4 PSIKOSOSAL

3.4.1 Genogram

Keterangan:

○ : perempuan

□ : laki-laki

● : klien

/ : cerai

┐ : garis keturunan

└ : garis perkawinan

--- : tinggal serumah dengan klien

⊗ : meninggal

3.4.2 Konsep Diri

a. Citra Diri

Pasien mengatakan tubuhnya sudah tidak sekuat dulu karna sudah tua. Kulit sudah keriput, rambut sudah putih tetapi klien bersyukur karna tubuhnya sehat

b. Identitas Diri

Pasien dapat menyebutkan identitas dirinya (nama, alamat, hobi). Pasien mengatakan setiap harinya sebagai penjahit

c. Peran Diri

Sebelum sakit dirumah pasien mempunyai tanggung jawab sebagai tulang punggung keluarga karena suami pengangguran dan ada anak yang mesti disekolahkan. Pasien menutup usaha nya karena merasa sangat kecewa dan sia-sia. Klien meninggalkan anaknya kepada suaminya.

d. Ideal Diri

Pasien juga mengatakan ingin segera sembuh dan tidak ingin lagi mendengar suatu suara atau bisikan-bisikan yang jahat.

e. **Harga Diri**

Klien mengatakan bahwa dirinya merasa sangat malu dengan lingkungannya. Klien merasa dirinya tidak dihargai sejak dirinya ditinggal suaminya.

Masalah keperawatan: Harga diri rendah.

3.4.3 Hubungan Sosial

a. **Orang yang berarti**

Pasien mengatakan orang terdekatnya adalah abang kandungnya, anak dan cucunya

b. **Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat**

Sebelum sakit klien adalah orang yang sangat giat bekerja, beberapa kali ikut acara keagamaan dan klien adalah orang yang ramah dengan tetangga. Setelah suami selingkuh dan menikah lagi klien menjadi orang yang sangat tertutup dan tidak berkomunikasi lagi dengan orang di lingkungannya. Setelah masuk RSJ klien beberapa kali mengikuti kegiatan TAK agar dirinya merasa lebih senang.

c. **Hambatan Berhubungan dengan orang lain :**

Klien mengatakan sekarang kondisinya sudah lebih baik, sudah memulai untuk berkomunikasi dengan teman seuangannya

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

3.4.4 Spiritual

Klien mengatakan sebelum dan sesudah sakit klien tetap berdoa hanya saja setelah di RSJ hanya berdoa di ruangnya saja, tidak ke rumah ibadah.

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan dalam spritual

3.4.5 Status Mental

1. () Tidak Rapi () Penggunaan Pakaian Tidak Sesuai
(√) Cara berpakaian seperti biasanya

Jelaskan :

Penampilan klien rapi dan bersih, klien mandi 2x sehari menggunakan sabun dan menyikat giginya.

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

2. Pembicaraan

☐ Cepat ☐ Keras ☐ Gagap ☐ inkoheran

☐ Apatis ☒ Lambat ☐ Membisu ☐ tidak mampu bicara

Jelaskan :

Saat berinteraksi dengan perawat nada suara klien rendah, bicara klien lambat dan klien merespon pertanyaan dengan baik

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

3. Aktivitas Motorik:

☐ Lesu ☐ Tegang ☒ Gelisah ☐ Agitasi

☐ Tik ☐ Grimasen ☐ Tremor ☐ Kompulsif

Jelaskan : Aktivitas keseharian klien merasa gelisah ketika mendengar suara-suara yang selalu memarahinya.

Masalah Keperawatan : Halusinasi pendengaran

4. Alam perasaan

☒ Sedih ☐ Ketakutan ☐ Putus asa ☐ Khawatir

☐ Gembira berlebihan

Jelaskan : klien mengatakan sedih karena rindu dengan keluarga yang tak kunjung datang menjenguknya.

Masalah Keperawatan : Harga Diri Rendah

5. Afek

☒ Datar ☐ Tumpul ☐ Labil ☐ Tidak sesuai

Jelaskan : afek klien datar, klien menjawab pertanyaan dari perawat

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

6. Interaksi selama wawancara

☐ bermusuhan ☐ Tidak kooperatif ☐ Mudah tersinggung

☒ Kontak mata ☐ Defensif ☐ Curiga

Jelaskan : selama komunikasi dengan perawat terjadinya kontak mata dan terlihat klien percaya dengan perwata.

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

7. Persepsi / Halusinasi

☒ Pendengaran ☐ Penglihatan ☐ Perabaan
☐ Pengecapan ☐ Penghidu

Jelaskan : klien mengatakan mendengar suara-suara yang mengganggu

Masalah Keperawatan :Gangguan Persepsi sensori : halusinasi pendengaran

8. Proses Pikir

☐ sirkumtansial ☐ tangensial ☐ kehilangan asosiasi
☐ flight of idea ☐ blocking ☒ pengulangan pembicaraan

Jelaskan : saat diajak berinteraksi, klien tampak mengulang kata-kata yang sama dan klien banyak bingung

Masalah Keperawatan :Gangguan Persepsi sensori : halusinasi pendengaran

9. Isi Pikir

☐ Obsesi ☐ Fobia ☐ Hipokondria
☐ Depersonalisasi ☐ ide yang terkait ☐ pikiran magis
Waham

☐ Agama ☐ Somatik ☐ Kebesaran ☐ Curiga
☐ nihilistic ☐ sisip pikir ☐ Siar pikir ☐ Kontrol pikir

Jelaskan : klien tidak memiliki kelainan isi fikir dan waham

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

10. Tingkat kesadaran

☐ Bingung ☐ sedasi ☐ stupor

Disorientasi

☐ waktu ☐ tempat ☐ orang

Jelaskan : klien sadar bahwa sedang berada di RSJ dan sedang mengalami pengobatan

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

11. Memori

- ☐ Gangguan daya ingat jangka panjang
- ☐ Gangguan daya ingat jangka pendek
- ☐ gangguan daya ingat saat ini
- ☐ konfabulasi

Jelaskan : daya ingat klien baik

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

12. Tingkat konsentrasi dan berhitung

- ☐ mudah beralih ☐ tidak mampu konsentrasi
- ☐ Tidak mampu berhitung sederhana

Jelaskan : klien mampu berhitung dan berkonsentrasi cukup baik

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

13. Kemampuan penilaian

- ☐ Gangguan ringan ☐ gangguan bermakna

Jelaskan : klien mampu menilai mana yang lebih diutamakan dalam mengambil keputusan

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

14. Daya tilik diri

- ☒ mengingkari penyakit yang diderita
- ☐ menyalahkan hal-hal diluar dirinya

Jelaskan : klien merasa bahwa suara yang ia dengar itu nyata walaupun tidak bisa melihatnya.

Masalah Keperawatan : Halusinasi Pendengaran

3.5 Mekanisme Koping

Adaptif

- (✓) Bicara dengan orang lain
- () Mampu menyelesaikan masalah
- () Teknik relaksasi
- (✓) Aktivitas konstruktif
- () Olahraga
- () Lainnya

Jelaskan :

Maladaptif

- () Minum alkohol
- () reaksi lambat/berlebih
- () bekerja berlebihan
- () menghindar
- () mencederai diri/Orang
- (✓) lainnya

Mal Adaptif : klien merespon halusinasi dengan marah-mara sendiri dan berbicara sendiri

Masalah keperawatan : Halusinasi Pendengaran

3.6 Masalah Psikososial dan Lingkungan

- ☐ Masalah dengan dukungan kelompok, spesifik : klien mengatakan tidak pernah berhubungan dengan kelompok-kelompok tertentu
- ☐ Masalah berhubungan dengan lingkungan, Fisik : klien mengatakan tidak ada masalah berhubungan dengan lingkungan
- ☐ Masalah dengan pendidikan, spesifik : klien mengatakan hanya lulusan SMA tidak ada masalah yang berhubungan dengan pendidikan
- ☐ Masalah dengan pekerjaan, spesifik : klien mengatakan pernah gagal dalam pekerjaannya
- ☐ Masalah dengan perumahan, spesifik : klien mengatakan tidak ada masalah dengan perumahan
- ☐ Masalah ekonomi, spesifik : klien lahir ditengah keluarga dengan ekonomi menengah
- ☐ Masalah dengan pelayanan kesehatan, spesifik : tidak masalah dengan pelayanan kesehatan

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

3.7 Kurang pengetahuan tentang

- (✓) Penyakit jiwa
- () system pendukung

- () Faktor presipitasi () penyakit fisik
 (√) Koping () obat-obatan
 () lainnya :

Penjelasan :Klien mengatakan kurang tau tentang keadaannya saat ini karena klien merasa suara yang ia dengar itu nyata.

Masalah Keperawatan : Defisit pengetahuan

3.8 Aspek Medik

Diagnosa Medis : Skizofrenia Paranoid

Terapi Medis : Risperidone 2 x 1

Clozapine 1 x 1

3.9 ANALISA DATA

NO	SYMPTOMS	PROBLEM
1.	<p>DS:</p> <p>Pasien mengatakan sering mendengar bisikan suara saat ingin tidur dan saat sendiri, isi suara tersebut yaitu pertengkaran dirinya dan suaminya yang ingin menikah lagi</p> <p>DO:</p> <p>1. Klien terlihat sering berbicara sendiri, senyum sendiri dan marah-maraha saat sendirian.</p>	<p>Gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran</p>
2.	<p>DS:</p> <p>1. Klien mengatakan malu akan dirinya yang ditinggal suami</p> <p>2. Klien menutup usaha nya dan kembali kerumah abangnya.</p> <p>DO:</p> <p>1. Klien tampak gelisah dan sedih</p>	<p>Gangguan Konsep diri: Harga diri rendah kronis</p>

	2. Klien terlihat sering menunduk dan nada bicara pelan	
3.	<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan sudah berusaha mencukupi kebutuhan anak dan suami tetapi suami malah selingkuh dan meninggalkan dirinya 2. Klien mengatakan meninggalkan anaknya pada suami dan kabur ke rumah abangnya. <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tatapan mata kosong 2. Ekspresi wajah klien terlihat sedih 	Koping individu inefektif.

3.10 Pohon Masalah

3.11 Diagnosa Medis

Skizoprenia Paranoid

3.12 Diagnosa Keperawatan

- a. Gangguan persepsi sensori : Halusinasi
- b. Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah
- c. Koping individu in-efektif

3.13 Prioritas Masalah

Gangguan persepsi sensori : Halusinasi

3.14 Intervensi Keperawatan

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	RENCANA TINDAKAN		TINDAKAN KEPRAWATAN
		TUJUAN	KRITERIA EVALUASI	
	Gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran	Klien mampu mengontrol halusinasinya.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mampu mengenal halusinasinya 2. Klien mampu Mengontrol halusinasi dengan cara menghardik 3. Klien mampu mengontrol halusinasi dengan makan obat teratur 4. Klien mampu mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain 5. Klien mampu mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan terjadwal. 	<p>Sp 1 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Mengidentifikasi isi, frekuensi, waktu terjadi, situasi pencetus, perasaan dan respon halusinasi. ✓ Mengontrol halusinasi dengan cara menghardik <p>Sp 2 : mengontrol halusinasi dengan makan obat teratur</p> <p>Sp 3 : mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain</p> <p>Sp 4 : mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan terjadwal.</p>

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	INTERVENSI KEPERAWATAN
2.	Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah	<p>Sp 1 :</p> <p>Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien</p> <p>Sp 2 :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menilai kemampuan yang dapat digunakan 2. Menetapkan/memilih kegiatan sesuai kemampuan 3. Melatih kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih 1 <p>Sp 3 :</p> <p>Melatih kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih 1</p> <p>Sp 4 :</p> <p>Melatih kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih 1</p>

3.16 IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN

HARI/TGL	IMPLEMENTASI KEPERAWATAN	EVALUASI (SOAP
<p>Kamis,</p> <p>09/01/2020</p> <p>Pukul :15.00WIB</p>	<p>Data</p> <p>Tanda dan gejala :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mendengar suara asing 2. Marah-marah sendiri 3. Bicara sendiri 4. Suara tersebut muncul 6x/hari disaat klien melamun <p>Kemampuan : -</p> <p>DX Keperawatan : Halusinasi pendengaran</p> <p>Tindakan : Sp 1 :Mengidentifikasi isi, frekuensi, waktu terjadi, situasi pencetus, perasaan dan respon halusinasi.</p> <p>RTL : Sp 1 : mengontrol halusinasi dengan menghardik</p>	<p>S: klien mengatakan merasa senang</p> <p>O:</p> <p>✓ Klien mampu mengenal halusinasinya</p> <p>A: Perubahan persepsi sensori : Halusinasi pendengaran (+)</p> <p>P:</p> <p>✓ Melatih mengontrol halusinasi dengan menghardik 3x1.</p>

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN

HARI/TGL	IMPLEMENTASI KEPERAWATAN	EVALUASI (SOAP
Jumat, 10/01/2020 Pukul :15.00WIB	<p>Data</p> <p>Tanda dan gejala :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mendengar suara halusinasi 2. Marah-marah sendiri 3. Bicara sendiri 4. Suara tersebut muncul 6x/hari disaat klien melamun <p>Kemampuan : -</p> <p>DX Keperawatan : Halusinasi pendengaran</p> <p>Tindakan : Sp 1 :</p> <p>Mengontrol halusinasi dengan cara menghardik</p> <p>RTL : Sp 2 : mengontrol halusinasi dengan makan obat teratur</p>	<p>S: klien mengatakan merasa senang</p> <p>O:</p> <p>✓ Klien mampu mengontrol halusinasi dengan cara menghardik dengan motivasi perawat</p> <p>A: Perubahan persepsi sensori : Halusinasi pendengaran (+)</p> <p>P:</p> <p>✓ Melatih mengontrol halusinasi dengan menghardik saat halusinasi 3x1.</p> <p>✓ Makan obat teratur 2x1.</p>

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN

HARI/TGL	IMPLEMENTASI KEPERAWATAN	EVALUASI (SOAP
<p>Selasa,</p> <p>14/01/2020</p> <p>Pukul :10.00WIB</p>	<p>Data</p> <p>Tanda dan gejala :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mendengar suara asing 2. Marah-marah sendiri 3. Bicara sendiri 4. Suara tersebut muncul 5x/hari disaat klien melamun <p>Kemampuan : Mengontrol halusinasi dengan menghardik</p> <p>DX Keperawatan : Halusinasi pendengaran</p> <p>Tindakan : Sp 2 : mengontrol halusinasi dengan makan obat</p> <p>RTL : Sp 3 : mengontrol halusinasi dengan bercakap- cakap dengan orang lain.</p>	<p>S: klien mengatakan merasa senang dan lebih tenang</p> <p>O:</p> <p>✓ Klien mampu menghardik halusinasinya dengan menutup telinga</p> <p>✓ Menyebutkan minum obat 2 kali sehari</p> <p>A: Halusinasi pendengaran (+)</p> <p>P:</p> <p>✓ Melatih mengontrol halusinasi dengan menghardik 3x1</p> <p>✓ Makan obat teratur 2x1</p>

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN

HARI/TGL	IMPLEMENTASI TINDAKAN KEPERAWATAN	EVALUASI (SOAP
<p>Jum'at, 17/01/2020</p> <p>Pukul :11.00WIB</p>	<p>Data</p> <p>Tanda dan gejala :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mendengar suara halusinasi 2. Berbicara sendiri, mulut komat kamit 3. Suara tersebut muncul 4x/hari <p>Kemampuan : mengontrol halusinasi dengan menghardik mengontrol halusinasi dengan makan obat teratur</p> <p>DX Keperawatan : Halusinasi pendengaran</p> <p>Tindakan : Sp 3 : mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain.</p> <p>RTL : Sp 4 : mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan terjadwal</p>	<p>S: klien mengatakan merasa senang dan lebih tenang</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Klien mampu mengontrol halusinasinya dengan menghardik ✓ Klien mengkonsumsi obatnya tepat waktu dan teratur ✓ Klien bercakap-cakap dengan orang lain. <p>A: Perubahan persepsi sensori : Halusinasi pendengaran (+).</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Melatih mengontrol halusinasi dengan menghardik saat halusinasi terdengar. ✓ Makan obat teratur 2x1 ✓ Bercakap-cakap dengan orang lain 4x1.

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN

HARI/TGL	IMPLEMENTASI TINDAKAN KEPERAWATAN	EVALUASI (SOAP
<p>Selasa,</p> <p>21/01/2020</p> <p>Pukul :15.00WIB</p>	<p>Data</p> <p>Tanda dan gejala :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mendengar suara halusinasi 2. Berbicara sendiri <p>Kemampuan : - Mengontrol halusinasi dengan menghardik</p> <p>- Mengontrol halusinasi dengan makan obat teratur</p> <p>- Mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain</p> <p>DX Keperawatan : Halusinasi pendengaran</p> <p>Tindakan : Sp 4 : mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan terjadwal</p> <p>RTL : <i>Follow up</i> dan Evaluasi SP 1 – SP 4 Perubahan persepsi sensori : Halusinasi pendengaran</p>	<p>S: klien mengatakan merasa senang dan lebih tenang</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Klien mampu mengontrol halusinasinya dengan menghardik ✓ Klien mengkonsumsi obatnya tepat waktu dan teratur ✓ Klien bercakap-cakap dengan teman seruangan. ✓ Klien mau dan mampu membersihkan tempat tidurnya membersihkan meja setelah makan dan menyapu lantai. <p>A: Halusinasi pendengaran (+)</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Melatih mengontrol halusinasi dengan menghardik saat halusinasi terdengar. ✓ Makan obat teratur 2x1 ✓ Bercakap-cakap dengan orang lain 4x1 ✓ Latihan melakukan kegiatan terjadwal 3 kali sehari..

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN

HARI/TGL	IMPLEMENTASI TINDAKAN KEPERAWATAN	EVALUASI (SOAP
<p>Senin, 27/01/2020</p> <p>Pukul :10.30WIB</p>	<p>Data</p> <p>Tanda dan gejala :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mendengar suara halusinasi 2. Berbicara sendiri <p>Kemampuan : - Mengontrol halusinasi dengan menghardik - Mengontrol halusinasi dengan makan obat teratur - Mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain - Mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan terjadwal</p> <p>DX Keperawatan : Halusinasi pendengaran</p> <p>Tindakan : <i>Follow up</i> dan Evaluasi SP 1 – SP 4 Perubahan persepsi sensori : Halusinasi pendengaran</p>	<p>S: klien mengatakan merasa senang dan lebih tenang</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Klien mampu mengontrol halusinasinya dengan menghardik ✓ Klien mengkonsumsi obatnya tepat waktu dan teratur ✓ Klien bercakap-cakap dengan teman seruangan. ✓ Klien membersihkan tempat tidurnya bangun tidur membersihkan meja setelah makan dan menyapu lantai. <p>A: Halusinasi pendengaran (+)</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Melatih mengontrol halusinasi dengan menghardik saat halusinasi terdengar. ✓ Makan obat teratur 2x1 ✓ Bercakap-cakap dengan orang lain 4x1 ✓ Latihan melakukan kegiatan terjadwal 3 kali sehari..

BAB 4: PEMBAHASAN

Setelah penulis melaksanakan asuhan keperawat kepada Ny.F dengan gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran di ruang Gunung Sitoli RSJ Prof. Dr. Muhammad Ildrem, maka penulis pada BAB ini akan membahas kesenjangan antara teoritis dengan tinjauan kasus. Pembahasan dimulai melalui tahapan proses keperawatan yaitu pengkajian, diagnosa keparawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

4.1 Pengkajian

Pada pembahasan ini diuraikan tentang hasil pelaksanaan tindakan keperawatan dengan pemberian terapi generalis pada klien halusinasi pendengaran. Pembahasan menyangkut analisis hasil penerapan terapi generalis terhadap masalah keperawatan halusinasi pendengaran. Tindakan keperawatan didasarkan pada pengkajian dan diagnosis keperawatan yang terdiri dari tindakan generalis yang dijabarkan sebagai berikut.

Tahap pengkajian pada klien halusinasi dilakukan interaksi perawat-klien melalui komunikasi terapeutik untuk mengumpulkan data dan informasi tentang status kesehatan klien. Pada tahap ini terjadi proses interaksi manusia, komunikasi, transaksi dengan peran yang ada pada perawat sebagaimana konsep tentang manusia yang bisa dipengaruhi dengan adanya proses interpersonal.

Selama pengkajian dilakukan pengumpulan data dari beberapa sumber, yaitu dari pasien dan tenaga kesehatan di ruangan. Penulis mendapat sedikit kesulitan dalam menyimpulkan data karena keluarga pasien jarang mengunjungi pasien di rumah sakit jiwa. Maka penulis melakukan pendekatan kepada pasien melalui komunikasi terapeutik yang lebih terbuka membantu pasien untuk memecahkan perasaannya dan juga melakukan observasi kepada pasien.

Adapun upaya tersebut yaitu:

- a. Melakukan pendekatan dan membina hubungan saling percaya diri pada klien agar klien lebih terbuka dan lebih percaya dengan menggunakan perasaan.
- b. Mengadakan pengkajian klien dengan wawancara
- c. Mengadakan pengkajian dengan cara membaca status, melihat buku rawatan dan bertanya kepada pegawai ruangan Gunung Sitoli.

Dalam pengkajian ini, penulis menemukan kesenjangan karena ditemukan. Pada kasus Ny.F, klien mendengar suara-suara yang mengganggu nya sehingga Ny.F terlihat sering berbicara sendiri dan marah sendiri yang membuat Ny.F gelisah. Gejala gejala yang muncul tersebut tidak semua mencakup dengan yang ada di teori klinis dari halusinasi (Keliat, dkk.2014). Akan tetapi terdapat faktor predisposisi maupun presipitasi yang menyebabkan kekambuhan penyakit yang dialami oleh Ny.F.

Tindakan keperawatan terapi generalis yang dilakukan pada Ny.F adalah strategi pertemuan pertama sampai pertemuan empat. Strategi pertemuan pertama meliputi mengidentifikasi isi, frekuensi, jenis, dan respon klien terhadap halusinasi serta melatih cara menghardik halusinasi. Strategi pertemuan kedua yang dilakukan pada Ny.f meliputi melatih cara mengendalikan dengan bercakap-cakap kepada orang lain. Strategi pertemuan yang ketiga adalah menyusun jadwal kegiatan bersama-sama dengan klien. Strategi pertemuan keempat adalah mengajarkan dan melatih Ny.F cara minum obat yang teratur.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Pada Teori Halusinasi dalam NANDA (2017), diagnosa keperawatan yang muncul sebanyak 4 diagnosa keperawatan yang meliputi:

1. Harga diri rendah
2. Isolasi social

3. Halusinasi
4. Risiko perilaku kekerasan

Sedangkan pada kasus Tn.D ditemukan tiga diagnosa keperawatan yang muncul yang meliputi: harga diri rendah, halusinasi dan koping individu inefektif. Dari hal tersebut di atas dapat dilihat terjadi sedikit perbedaan antara teori dan kasus. Dimana tidak semua diagnosa pada teori muncul pada kasus Ny.F.

4.3 Implementasi

Pada tahap implementasi, penulis mengatasi masalah keperawatan yakni: diagnosa keperawatan halusinasi pendengaran. Pada diagnosa keperawatan gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran dilakukan strategi pertemuan yaitu mengidentifikasi isi, frekuensi, waktu terjadi, perasaan, respon halusinasi. Kemudian strategi pertemuan yang dilakukan yaitu latihan mengontrol halusinasi dengan cara menghardik. Strategi pertemuan yang kedua yaitu anjurkan minum obat secara teratur, strategi pertemuan yang ketiga yaitu latihan dengan cara bercakap-cakap pada saat aktivitas dan latihan strategi pertemuan ke empat yaitu melatih klien melakukan semua jadwal kegiatan.

Untuk melakukan implementasi pada keluarga, pada tahap-tahap diagnosa tidak dapat dilaksanakan karena penulis tidak pernah berjumpa dengan keluarga klien (keluarga tidak pernah berkunjung).

4.4 Evaluasi

Pada tinjauan teoritis evaluasi yang diharapkan adalah: Pasien mempercayai perawat sebagai terapis, pasien menyadari bahwa yang dialaminya tidak ada objeknya, dapat mengidentifikasi halusinasi, dapat mengendalikan halusinasi melalui menghardik, latihan bercakap-cakap, melakukan aktivitas serta menggunakan obat secara teratur.

Pada tinjauan kasus evaluasi yang didapatkan adalah: Klien mampu mengontrol dan mengidentifikasi halusinasi, Klien mampu melakukan latihan bercakap-cakap dengan orang lain, Klien mampu melaksanakan jadwal yang telah dibuat bersama, Klien mampu memahami penggunaan obat yang benar: 5 benar. Selain itu, dapat dilihat dari setiap evaluasi yang dilakukan pada asuhan keperawatan, dimana terjadi penurunan gejala yang dialami oleh Ny.F dari hari kehari selama proses interaksi

BAB 5: PENUTUP

5.1 KESIMPULAN

Proses keperawatan merupakan metode ilmiah dalam menjalankan proses keperawatan dan menyelesaikan masalah secara sistematis yang digunakan oleh perawat dan peserta didik keperawatan. Penerapan keperawatan dapat meningkatkan otonomi, percaya diri, cara berfikir yang logis, ilmiah, sistematis dan memperlihatkan tanggung jawab dan tanggung gugat serta pengembangan diri perawat. Disamping itu klien dapat melaksanakan mutu pelayanan keperawatan yang baik khusus nya pada klien halusinasi, maka dapatdi ambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Pengkajian yang dilaksanakan tidak banyak berbeda dengan pngkajian teoritis maupun penulis tidak mendapat kesulitan dalam pengkajian klien.
2. Dalam usaha mengatasi masalah yang dihadapi klien penulis menyusun tindakan keperawatan sesuai dengan teoritis begitu juga dengan SP.
3. Dalam pelaksanaan tindakan keperawatan disesuaikan dengan perencanaan dan dapat dilaksanakan walaupun belum optimal.
4. Pada tahap evaluasi terhadap tindakan keperawatan masalah yang dihadapi klien tidak teratasi semua sesuai dengan masalah klien.

5.2 SARAN

1. Bagi Mahasiswa.

Hendaknya mahasiswa/i dapat melakukan askep sesuai dengan tahapan-tahapan dari protap dengan baik dan benar yang diperoleh selama masa pendidikan baik di akademik maupun di lapangan praktek.

2. Bagi Pasien

Diharapkan pasien dapat menerapkan terapi yang telah diberikan baik secara medik maupun terapi keperawatan yang telah diajarkan demi percepatan penyembuhan penyakit dengan masalah gangguan jiwa.

3. Bagi Perawat

Diharapkan dapat menerapkan komunikasi terapeutik dalam pelaksanaan strategi pertemuan 1-4 pada klien dengan halusinasi sehingga dapat mempercepat proses pemulihan klien.

4. Bagi keluarga.

Agar keluarga selalu memberikan motivasi kepada klien dan juga perawatan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran di rumah.

5. Bagi Institusi Pendidikan

Dapat meningkatkan bimbingan klinik kepada mahasiswa profesi ners sehingga mahasiswa semakin mampu dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien-pasien yang mengalami halusinasi pendengaran.

6. Bagi Rumah Sakit

Laporan ini diharapkan dapat menjadi acuan dan referensi dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan halusinasi pendengaran.

DAFTAR PUSTAKA

- Dalami, E., Rochimah, N., Suryati, K. R., & Lestari, W. (2009). Asuhan keperawatan klien dengan gangguan jiwa.
- Damaiyanti & Iskandar. (2014). Asuhan Keperawatan Jiwa. Bandung : Refika Aditama.
- Darmaja, I Kade. (2014). Laporan Pendahuluan Dan Asuhan Keperawatan Pada Tn. "S" Dengan Perubahan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran Diruang Kenari Rsj Dr. Radjiman Wedioningrat Lawang Malang. Program Studi Profesi (Ners) Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Bakti Indonesia Banyuwangi
- Keliat B, dkk. (2014). Proses Keperawatan Jiwa Edisi II. Jakarta : EGC.
- Keliat, B.A & Akemat. (2015). Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa. Jakarta : EGC.
- Kemenkes RI. (2013). Riset Kesehatan Dasar; RISKESDAS. Jakarta: Balitbang Kemenkes RI.
- Manao, B. M., & Pardede, J. A. (2019). Correlation of Family Burden of The Prevention of Recurrence of Schizophrenia Patients. *Mental Health*, 4(1), 31-42.
- Nyumirah, S. (2013). Peningkatan kemampuan interaksi sosial (kognitif, afektif dan perilaku) melalui penerapan terapi perilaku kognitif di rsj dr amino gondohutomo semarang. *Jurnal keperawatan jiwa*, 1(2).
- Pambayun, Ahlul H. (2015). Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny. S Dengan Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran Ruang 11 (Larasati) RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang. Widya Husada Semarang.
- Pardede, J. A. (2020). Family Knowledge about Hallucination Related to Drinking Medication Adherence on Schizophrenia Patient. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 2(4), 399-408.
- Pardede, J. A., Keliat, B. A., & Yulia, I. (2015). Kepatuhan dan Komitmen Klien Skizofrenia Meningkat Setelah Diberikan Acceptance And Commitment Therapy dan Pendidikan Kesehatan Kepatuhan Minum Obat. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 18(3), 157-166.
- Stuart, G. W. (2014). Buku Saku Keperawatan Jiwa . Edisi 5. Jakarta. EGC.
- Stuart, G. W., & Laraia, M. (2005). Psychiatric nursing. *St louis: Mosby*, 270-271.

- Townsend, M. C, (2013) ,Psychiatric Mental Healt Nursing : Concepts of Care in Evidence-BasedPractice(6th ed.), Philadelphia : F.A. Davis.
- Yusalia, Refiazka. (2015). Laporan Pendahuluan Dan Strategi Pelaksanaan Halusinasi. www.academia.edu diakses Oktober 2016
- Zelika, Alkhosiyah A. Dermawan, & Deden. (2015). Kajian Asuhan Keperawatan Jiwa Halusinasi Pendengaran Pada Sdr. D Di Ruang Nakula Rsjd Surakarta. Jurnal Poltekkes Bhakti Mulia.