

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA KLIEN HALUSINASI
PENDENGARAN TERINTEGRASI DENGAN KELUARGA
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS LEMPAKE
SAMARINDA



Oleh:

Mitha Chrisdayanti
P07220116065

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN
JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III KEPERAWATAN
SAMARINDA

2019

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA KLIEN HALUSINASI
PENDENGARAN TERINTEGRASI DENGAN KELUARGA
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS LEMPAKE
SAMARINDA

Untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan (Amd.Kep)
Pada Jurusan Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur



Oleh:

Mitha Chrisdayanti
P07220116065

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN
JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III KEPERAWATAN
SAMARINDA

2019

SURAT PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah ini adalah hasil karya sendiri dan bukan merupakan jiplakan atau tiruan dari Karya Tulis Ilmiah orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di perguruan tinggi manapun baik sebagian maupun keseluruhan. Jika terbukti bersalah, saya bersedia menerima sanksi sesuai ketentuan yang berlaku.

Samarinda, 31 Mei 2019

Yang menyatakan


Meterai Rp 6000

Mitha Chrisdayanti
P07220116065

LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH INI TELAH DISETUJUI UNTUK DIUJIKAN
TANGGAL 31 MEI 2019

Oleh

Pembimbing



Badar, SST., M.Kes
NIDN: 4031126904

Pembimbing Pendamping



Ns. Gajali Rahman, M.Kep
NIDN: 4012097801

Mengetahui,

Ketua Program Studi D III Keperawatan Samarinda
Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur



Ns. Andi Lis AG, M.Kep
NIP: 196803291994022001

Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Klien Halusinasi
Pendengaran Terintegrasi Dengan Keluarga Di Wilayah Kerja Puskesmas

Lempake.

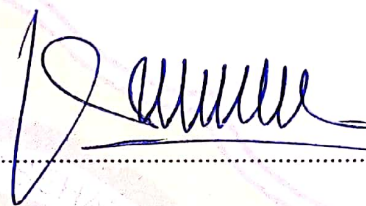
Telah Diuji

Pada tanggal 31 Mei 2019

PANITIA PENGUJI

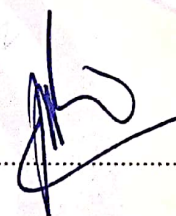
Ketua Penguji:

H. Rasmun, M.Kes
NIDN: 4026066001

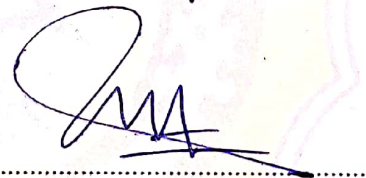
()

Penguji Anggota:

1. **Badar, SST., M.Kes**
NIDN: 4031126904

()

2. **Ns. Gajali Rahman, M.Kep**
NIDN: 4012097801

()

Mengetahui,

Ketua Jurusan Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur



Hj. Umi Kalsum, S.Pd., M.Kes
NIP: 196508251985032001

Ketua Program Studi D III Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur,



Ns. Andi Lis AG, M.Kep
NIP: 196803291994022001

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Data Diri

Nama : Mitha Chrisdayanti
Tempat/Tanggal Lahir : Samarinda, 17 April 1998
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Kristen Protestan
Alamat : Jl. Turi Merah 2 No. 64 RT. 11 Bengkuring,
Kelurahan Sempaja Utara, Kecamatan Samarinda
Utara
Nomor Telepon : 081333241444

B. Riwayat Pendidikan

1. Tahun 2003-2004 : TK Kartika V-11 Air Putih Korem 091
2. Tahun 2004-2006 : SDN 016 Sungai Kunjang
3. Tahun 2006-2010 : SDN 042 Bengkuring
4. Tahun 2010-2013 : SMPN 22 Samarinda
5. Tahun 2013-2016 : SMAN 3 Samarinda
6. Tahun 2016-2019 : Mahasiswa Prodi D-II Keperawatan Samarinda
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, Yesus Kristus yang telah melimpahkan kasih-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Klien Halusinasi Pendengaran Terintegrasi Dengan Keluarga di Wilayah Puskesmas Lempake Samarinda”. Karya Tulis Ilmiah ini dibuat sebagai rangkaian tugas akhir program Diploma III Keperawatan pada Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.

Dengan segala kerendahan hati, pada kesempatan ini penulis juga ingin mengucapkan rasa terima kasih yang sedalam-dalamnya atas segala bantuan dan kemudahan yang telah diberikan sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan, yaitu kepada:

1. H. Supriadi B, S.Kp., M.Kep selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
2. Hj. Umi Kalsum, S.Pd., M.Kes, selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
3. Ns. Andi Lis AG, M.Kep selaku Ketua Program Studi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
4. Badar, SST., M.Kes selaku dosen pembimbing I yang senantiasa meluangkan waktu disela kesibukannya dalam memberikan bimbingan dan masukan selama penulisan karya tulis ilmiah sehingga karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan dengan baik.

5. Ns. Gajali Rahman, M.Kep selaku dosen pembimbing II yang selalu memberikan arahan dan semangat yang tidak pernah putus selama penulisan karya tulis ilmiah sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
6. Ns. Rizky Setiadi, MKM selaku pembimbing akademik yang telah memberikan bimbingan dan arahan selama penulis menimba ilmu di Politeknik Kesehatan Kalimantan Timur.
7. Seluruh Bapak dan Ibu Dosen Politeknik Kesehatan Kalimantan Timur yang telah mendidik dan memberikan ilmu serta wawasan yang sangat berharga kepada penulis selama perkuliahan.
8. Bapak dan Ibu Staf Pendidikan Jurusan Diploma Keperawatan yang telah memberikan bantuan dalam kelancaran penulis dalam urusan administrasi dan sebagainya.
9. Orangtuaku yang terkasih, Bapak Effendy dan Ibu Tolyati beserta kakak dan adik-adikku tersayang Yenney Chintya, Rezaldy, dan Isabella Puspita Sari yang selalu mendukung, mendoakan, dan memberi semangat kepada penulis sehingga penyusunan karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan.
10. Untuk sahabat-sahabat penulis, Ana Fitria, Nurul Hidayah, Siti Musmini, Sri Devi Setyani, dan Sumiarsih, sahabat-sahabat penulis selama 3 tahun terakhir ini, terima kasih atas doa, dukungan, bantuan, semangat dan persahabatan yang telah terjalin selama ini.
11. Semua teman-teman Mahasiswa Politeknik Kesehatan Kalimantan Timur, khususnya untuk teman-teman Prodi D III Keperawatan Angkatan 2016

Kelas B, yang selalu bersama-sama dengan penulis dalam menghadapi suka dan duka masa perkuliahan. Terima kasih atas pengalaman berharga, dukungan dan kebersamaannya selama ini.

12. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu-satu, terima kasih atas segala dukungan dan doanya.

Mengingat terbatasnya kemampuan, penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini masih banyak kekurangan. Untuk itu saran dan kritik yang bersifat membangun sangat diharapkan demi kesempurnaan karya tulis ilmiah ini. Akhir kata, semoga karya tulis ilmiah ini dapat bermanfaat bagi pembaca dan bilamana terdapat kesalahan dengan rendah hati penulis mohon maaf sebesar-besarnya.

Samarinda, 31 Mei 2019

Penulis

ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA KLIEN HALUSINASI
PENDENGARAN TERINTEGRASI DENGAN KELUARGA
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS LEMPAKE
SAMARINDA

Mitha Chrisdayanti
Pembimbing 1 Badar, SST., M.Kes
Pembimbing 2 Ns. Gajali Rahman, M.Kep

ABSTRAK

Latar belakang. Halusinasi pendengaran adalah suatu keadaan dimana klien mendengar suara yang berbicara mengenai klien, yang sebetulnya tidak ada, sehingga klien berespon terhadap suara tersebut. Keluarga berperan dalam menentukan cara atau asuhan yang diperlukan klien di rumah karena keluarga merupakan unit yang paling dekat dengan klien dan merupakan “perawat utama” bagi klien.

Tujuan. Memahami bagaimana asuhan keperawatan jiwa pada klien halusinasi pendengaran terintegrasi dengan keluarga di wilayah kerja Puskesmas Lempake Samarinda Kalimantan Timur.

Metode. Penulisan karya tulis ilmiah ini menggunakan metode desain karya tulis ilmiah dalam bentuk studi kasus. Studi kasus ini dilakukan dengan menggunakan pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi keperawatan.

Hasil. Setelah dilakukan intervensi strategi pelaksanaan pasien dan keluarga selama 6 hari dalam waktu \pm 30 menit, didapatkan peningkatan kemampuan keluarga dalam merawat klien. Keluarga 1 didapatkan peningkatan dari 10 menjadi 17 aspek yang diharapkan, sedangkan pada Keluarga 2 didapatkan peningkatan dari 8 menjadi 14 aspek yang diharapkan.

Kesimpulan dan Saran. Didapatkan peningkatan kemampuan klien dengan halusinasi dan kemampuan keluarga dalam merawat klien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran dibanding sebelum dilakukannya intervensi baik Subjek 1 dan Subjek 2. Diharapkan perawat dapat melakukan strategi pelaksanaan keluarga dan sesering mungkin melakukan kunjungan rumah untuk dapat mengontrol pasien gangguan jiwa.

Kata kunci: Terintegrasi keluarga, Peran keluarga, Halusinasi pendengaran

PSYCHIATRIC NURSING CARE OF PATIENTS WITH AUDITORY
HALLUCINATIONS INTEGRATED BY FAMILY
AT WORK-AREA CLINICS LEMPAKE
SAMARINDA

Mitha Chrisdayanti
Supervisor 1 Badar, SST., M.Kes
Supervisor 2 Ns. Gajali Rahman, M.Kep

ABSTRACT

Background. Auditory hallucination is a condition where the clients hears a voice that talks about the client, which is actually not there, and client responds to the voice. Family play a role in determining how the necessary client care at home because family is the closesst unit to the client and “primary nursing” for client.

Purpose. Find out how psychiatric care of patients with auditory hallucination integrated by family at work-area Clinics Lempake Samarinda in East Kalimantan.

Method. Uses scientific writing design methods in the form of case study. This case study is carried out using a nursing care includes the assessment, nursing diagnosis, planning, implementation and evaluation of nursing.

Result. After application of the strategy implementation for 6 days within \pm 30 minutes, it was found the family’s ability to care for the client was increased. Family 1 found an increase from 10 to 17 expected aspects, while in Family 2 it was obtained an increase from 8 to 1 expected aspects.

Conclusion and recommendations. Increased ability of clients with hallucinations and family abilities to care for clients with sensory perception disorders: auditory hallucinations compared to the intervention of both Subject 1 and Subject 2. It is expected that nurses can carry out family implementation strategies and often visit home to control mental patients.

Key words: Integrated by family, the role of the family, auditory hallucinations

DAFTAR ISI

Halaman

Halaman Sampul Depan	
Halaman Sampul Dalam dan Prasyarat	i
Halaman Pernyataan	ii
Halaman Persetujuan	iii
Halaman Pengesahan	iv
Daftar Riwayat Hidup	v
Halaman Kata Pengantar	vi
Abstrak	ix
Daftar Isi	xi
Daftar Bagan	xiv
Daftar Tabel	xv
Daftar Lampiran	xvi

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.4 Manfaat Penelitian	5
1.4.1 Manfaat Bagi Penulis	5
1.4.2 Manfaat Bagi Tempat Penelitian	5
1.4.3 Manfaat Bagi Profesi Keperawatan	5

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Halusinasi	6
2.1.1 Definisi Halusinasi	6
2.1.2 Jenis-Jenis Halusinasi.....	7
2.1.3 Etiologi	8

2.1.4 Tahapan Halusinasi	11
2.1.5 Rentang Respon Neurobiologis	13
2.1.6 Mekanisme Koping	16
2.2 Konsep Dasar Keluarga	16
2.2.1 Pengertian Keluarga	16
2.2.2 Tipe Keluarga	17
2.2.3 Struktur Keluarga	17
2.2.4 Fungsi Keluarga	18
2.2.5 Tugas Kesehatan Keluarga	19
2.3 Konsep Keperawatan Jiwa Keluarga	21
2.3.1 Definisi Keperawatan Jiwa Keluarga	21
2.4. Konsep Asuhan Keperawatan Halusinasi	22
2.4.1 Pengkajian Keperawatan	22
2.4.2 Pohon Masalah	25
2.4.3 Diagnosa Keperawatan	26
2.4.4 Intervensi Keperawatan	26
2.4.5 Tindakan Keperawatan	27
2.4.5.1 Tindakan Keperawatan Pada Pasien	28
2.4.5.2 Tindakan Keperawatan Pada Keluarga	29
2.4.5 Evaluasi Keperawatan	30
BAB 3 METODE STUDI KASUS	
3.1 Pendekatan (Desain Penulisan)	31
3.2 Subjek Studi Kasus	32
3.2.1 Kriteria Inklusi	32
3.2.1 Kriteria Eksklusi	33
3.3 Definisi Operasional	33
3.4 Lokasi dan Waktu Studi Kasus	34
3.4.1 Lokasi	34
3.4.2 Waktu	34
3.5 Prosedur Studi Kasus	34

3.6 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data	36
3.6.1 Teknik Pengumpulan Data	36
3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data	37
3.7 Uji Keabsahan Data	37
3.8 Analisis Data	38

BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil	39
4.1.1 Gambaran Lokasi Studi Kasus	39
4.1.2 Gambaran Subjek Studi Kasus	40
4.1.3 Data Asuhan Keperawatan	42
4.1.3.1 Pengkajian Keperawatan.....	42
4.1.3.2 Diagnosa Keperawatan.....	49
4.1.3.3 Intervensi Keperawatan.....	50
4.1.3.4 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan	51
4.2 Pembahasan	68

BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan	72
5.2. Saran	74
5.2.1 Bagi Perawat dan Puskesmas	74
5.2.2 Bagi Pasien dan Keluarga	74
5.2.3 Bagi Masyarakat Sekitar	74
5.2.3 Bagi Peneliti Studi Kasus Selanjutnya	75

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN-LAMPIRAN

DAFTAR BAGAN

	Halaman
Bagan 2.1	14
Bagan 2.2	26

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 3.1	33
Tabel 3.2	35
Tabel 4.1	42
Tabel 4.2	45
Tabel 4.3	47
Tabel 4.4	48
Tabel 4.5	49
Tabel 4.6	50
Tabel 4.7	51
Tabel 4.8	66
Tabel 4.9	67

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Lembar Penjelasan Karya Tulis Ilmiah
- Lampiran 2 Lembar *Informed Consent* (Persetujuan Menjadi Patisipan)
- Lampiran 3 Strategi Pelaksanaan Pasien dan Keluarga
- Lampiran 4 Strategi Pelaksanaan Kunjungan Rumah
- Lampiran 5 Jadwal Kegiatan Studi Kasus
- Lampiran 6 Surat Perizinan Pelaksanaan Riset Keperawatan Poltekkes
- Lampiran 7 Surat Perizinan Pelaksanaan Riset Keperawatan Dinas Kesehatan
- Lampiran 8 Surat Perizinan Penelitian Puskesmas Lempake
- Lampiran 9 Surat Perizinan Kunjungan Rumah di Wilayah Kelurahan Lempake
- Lampiran 10 Leaflet Merawat Pasien Halusinasi Di Rumah
- Lampiran 11 Dokumentasi Kegiatan Studi Kasus
- Lampiran 12 Lembar Konsultasi Bimbingan Karya Tulis Ilmiah

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kesehatan jiwa menurut UU No. 18 tahun 2014 adalah kondisi dimana seseorang individu menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya. *World Health Organization* (WHO) dalam Yosep & Sutini (2014) menyatakan kesehatan jiwa bukan hanya tidak ada gangguan jiwa, melainkan mengandung berbagai karakteristik yang positif yang menggambarkan keselarasan dan keseimbangan kejiwaan yang mencerminkan kedewasaan kepribadiannya.

Gangguan jiwa adalah suatu perubahan pada fungsi jiwa yang menyebabkan adanya gangguan pada fungsi jiwa, yang menimbulkan penderitaan pada individu dan atau hambatan dalam melaksanakan peran sosial (Keliat, 2012). Berdasarkan data dari *World Health Organisasi* (WHO) dalam Yosep (2013), ada sekitar 450 juta orang di dunia yang mengalami gangguan jiwa. Sekitar 10% orang dewasa mengalami gangguan jiwa saat ini dan 25% penduduk diperkirakan akan mengalami gangguan jiwa pada usia tertentu selama hidupnya.

Pada tahun 2013, Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) mencatat bahwa prevalensi gangguan jiwa berat di Indonesia seperti skizofrenia/psikosis mencapai 1,7 per mil. Lalu pada tahun 2018 prevalensi gangguan jiwa berat pada penduduk Indonesia seperti skizofrenia/psikosis meningkat menjadi 7 per mil, dimana gangguan jiwa berat terbanyak terdapat di Bali (11,0 %), Yogyakarta (10,0%) dan

Nusa Tenggara Barat Barat (10,0%). Menurut Riskesdas 2018, prevalensi gangguan jiwa berat di Kalimantan Timur menempati urutan ke-28 yaitu sebesar 5% dari jumlah penduduk yang ada. Melihat hasil data dari Riskesdas 2013 dan Riskesdas 2018, hal ini menunjukkan bahwa di Indonesia terjadi peningkatan yang cukup signifikan dalam waktu 5 tahun terakhir.

Pelayanan gangguan jiwa merupakan pelayanan pada pasien yang mengalami gangguan kejiwaan yang meliputi gangguan pada perasaan, proses pikir dan perilaku yang menimbulkan penderitaan pada individu dan atau hambatan dalam melaksanakan peran sosialnya (Keliat, 2012). Pada Profil Kesehatan Kota Samarinda 2016, tercatat bahwa pelayanan kunjungan pasien dengan gangguan jiwa di Sarana Pelayanan Kesehatan Puskesmas Kota Samarinda adalah sebanyak 1.050 kali, dimana jumlah kunjungan tertinggi terdapat pada Puskesmas Lempake yaitu sebanyak 386 kali. Pada tahun 2019, terdapat 14 orang yang mengalami gangguan jiwa yang dibina dan dikelola oleh Puskesmas Lempake dengan rincian sebagai berikut: Skizofrenia sebanyak 13 orang dan gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan stimulan sebanyak 1 orang.

Menurut Yosep & Sutini (2014), pada pasien skizofrenia, 70% pasien mengalami halusinasi. Halusinasi merupakan salah satu gejala gangguan jiwa pada individu yang ditandai dengan perubahan sensori persepsi; merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan perabaan atau penciuman. Pasien merasakan stimulus yang sebenarnya tidak ada (Keliat, 2012). Stuart dan

Laraia dalam Yosep (2013) menyatakan bahwa pasien dengan halusinasi dengan diagnosa medis skizofrenia 70% mengalami halusinasi pendengaran.

Sebuah penelitian Iyus (2009) menyebutkan bahwa keluarga yang tidak tahu cara menangani perilaku pasien di rumah dengan diagnosa skizofrenia diperkirakan akan kambuh 50% pada tahun pertama, 70% pada tahun kedua dan 100% pada tahun kelima setelah pulang dari rumah sakit karena perilaku yang salah selama di rumah atau di masyarakat. Oleh sebab itu, tugas perawat dilangkah preventif adalah dengan mengajarkan keluarga cara pencegahan kekambuhan (Diit, 2008).

Keluarga yang mendukung pasien secara konsisten akan membuat pasien mampu mempertahankan program pengobatan secara optimal. Namun demikian, jika keluarga tidak mampu merawat pasien, pasien akan kambuh kembali sehingga untuk memulihkannya lagi akan sangat sulit. Untuk itu perawat harus memberikan asuhan keperawatan kepada keluarga agar keluarga mampu menjadikan pendukung yang efektif bagi pasien dengan halusinasi baik saat di rumah sakit maupun di rumah. Tindakan keperawatan yang ditujukan untuk keluarga pasien bertujuan agar keluarga dapat terlibat dalam perawatan pasien baik di rumah sakit maupun di rumah, dan keluarga dapat menjadi sistem pendukung yang efektif bagi pasien (Muhith, 2015).

Berdasarkan fenomena dan latar belakang yang telah dijelaskan diatas, maka penulis tertarik untuk melakukan “Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Klien Halusinasi Pendengaran Terintegrasi Dengan Keluarga di Wilayah Kerja Puskesmas Lempake Samarinda”.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan permasalahan yang telah dijelaskan, maka rumusan masalah dalam studi kasus ini adalah “Bagaimanakah asuhan keperawatan jiwa klien halusinasi pendengaran terintegrasi dengan keluarga di Wilayah Kerja Puskesmas Lempake Samarinda”.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum penulisan karya tulis ilmiah ini bertujuan untuk memahami bagaimana Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Klien Halusinasi Pendengaran Terintegrasi Dengan Keluarga di Wilayah Kerja Puskesmas Lempake Samarinda.

1.3.2 Tujuan Khusus

- 1) Melakukan pengkajian terhadap keluarga dan pasien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran.
- 2) Merumuskan diagnosa keperawatan terhadap klien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran.
- 3) Menyusun rencana asuhan keperawatan terhadap keluarga dan klien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran..
- 4) Melakukan tindakan keperawatan terhadap keluarga dan klien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran.
- 5) Melakukan evaluasi keperawatan terhadap keluarga dan klien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran.

- 6) Menyusun dokumentasi keperawatan terhadap keluarga dan klien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Bagi Penulis

Hasil dari studi kasus ini diharapkan penulis dapat mengaplikasikan pengetahuan yang didapat dari pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan jiwa pada klien halusinasi pendengaran terintegrasi dengan keluarga serta meningkatkan wawasan dan keterampilan khususnya bagaimana merawat klien dengan halusinasi pendengaran terintegrasi dengan keluarga.

1.4.2 Manfaat Bagi Tempat Penelitian

Hasil dari studi kasus ini diharapkan dapat memberikan manfaat khususnya menambah referensi perpustakaan sebagai bahan acuan penelitian yang akan datang.

1.4.3 Manfaat Bagi Profesi Keperawatan

Hasil studi kasus ini diharapkan dapat memberikan informasi tambahan bagi perkembangan keperawatan jiwa dan sebagai acuan untuk meningkatkan pengetahuan dan pemahaman tentang asuhan keperawatan jiwa pada klien halusinasi pendengaran terintegrasi dengan keluarga.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Halusinasi

2.1.1 Definisi Halusinasi

Halusinasi adalah persepsi klien yang salah terhadap lingkungan tanpa stimulus yang nyata, memberikan persepsi yang salah atau pendapat tentang sesuatu tanpa ada objek/rangsangan yang nyata dan hilangnya kemampuan manusia untuk membedakan rangsangan internal pikiran dan rangsangan eksternal (Trimeilia, 2011).

Halusinasi adalah gejala gangguan jiwa pada individu yang ditandai dengan perubahan sensori persepsi: halusinasi, merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, penciuman, perabaan dan pengeciuman. Klien merasakan stimulus yang sebenarnya tidak ada (Keliat, 2012).

Stuart dan Laraia dalam Yosep (2013) menyatakan bahwa pasien dengan halusinasi dengan diagnosa medis skizofrenia 70% mengalami halusinasi pendengaran. Halusinasi pendengaran (*auditory*) adalah mendengar suara atau bunyi yang berkisar dari suara sederhana sampai suara yang berbicara mengenai klien sehingga klien berespon terhadap suara atau bunyi tersebut. Klien juga akan mendengar suara yang membicarakan, mengejek, mentertawakan, mengancam, memerintahkan untuk melakukan sesuatu yang kadang-kadang merupakan hal yang berbahaya (Trimeilia, 2011).

2.1.2 Jenis-Jenis Halusinasi

Menurut (Trimeilia, 2011), halusinasi dibagi menjadi beberapa jenis, yaitu:

1) Halusinasi pendengaran (*auditory*)

Mendengarkan suara yang membicarakan, mengejek, mentertawakan, mengancam, memerintahkan untuk melakukan sesuatu yang kadang-kadang merupakan hal yang berbahaya. Perilaku yang muncul adalah mengarahkan telinga pada sumber suara, bicara atau tertawa sendiri, marah-marah tanpa sebab, menutup telinga, mulut komat-kamit, dan ada gerakan tangan.

2) Halusinasi penglihatan (*visual*)

Stimulus penglihatan dalam bentuk pancaran cahaya, gambar, orang atau panorama yang luas dan kompleks, bisa yang menyenangkan atau menakutkan. Perilaku yang muncul adalah tatapan mata pada tempat tertentu, menunjuk ke arah tertentu, ketakutan pada objek yang dilihat.

3) Halusinasi penciuman (*olfactory*)

Tercium bau busuk, amis dan bau yang menjijikan, seperti bau darah, urine, atau feses atau bau harum seperti parfum. Perilaku yang muncul adalah ekspresi wajah seperti mencium dengan gerakan cuping hidung, mengarahkan hidung pada tempat tertentu, menutup hidung.

4) Halusinasi pengecapan (*gustatory*)

Merasa mengecap sesuatu yang busuk, amis dan menjijikan, seperti rasa darah, urine atau feses. Perilaku yang muncul adalah seperti mengecap, mulut seperti gerakan mengunyah sesuatu, sering meludah, muntah.

5) Halusinasi perabaan (taktil)

Mengalami rasa sakit atau tidak enak tanpa stimulus yang terlihat, seperti merasakan sensasi listrik dari tanah, benda mati atau orang. Merasakan ada yang menggerayangi tubuh seperti tangan, binatang kecil dan makhluk halus. Perilaku yang muncul adalah mengusap, menggaruk-garuk atau meraba-raba permukaan kulit, terlihat menggerak-gerakkan badan seperti merasakan sesuatu rabaan.

6) Halusinasi sinestetik

Merasakan fungsi tubuh, seperti darah mengalir melalui vena dan arteri, makanan dicerna atau pembentukan urin, merasakan tubuhnya melayang diatas permukaan bumi. Perilaku yang muncul adalah klien terlihat menatap tubuhnya sendiri dan terlihat seperti merasakan sesuatu tentang tubuhnya.

2.1.3 Etiologi

2.1.3.1 Faktor Predisposisi (Teimeilia, 2011 dan Keliat, 2012):

1) Faktor perkembangan

Perkembangan klien yang terganggu misalnya kurangnya mengontrol emosi dan keharmonisan, klien tidak mampu mandiri sejak kecil, mudah frustrasi, hilang percaya diri.

2) Faktor sosialkultural

Seseorang yang merasa tidak diterima di lingkungan sejak bayi akan membekas diingatkannya sampai dewasa dan ia akan merasa disingkarkan, kesepian dan tidak percaya pada lingkungannya.

3) Faktor biokimia

Adanya stress yang berlebihan yang dialami seseorang maka di dalam tubuhnya akan dihasilkan suatu zat yang dapat bersifat halusinogenik neurokimia sehingga menjadi ketidakseimbangan asetil kolin dan dopamine.

4) Faktor psikologis

Tipe kepribadian yang lemah dan tidak bertanggung jawab akan mudah terjerumus pada penyalahgunaan zat adaptif. Klien lebih memilih kesenangan sesaat dan lari dari alam nyata menuju alam hayal.

5) Faktor genetik dan pola asuh

Hasil studi menunjukkan bahwa faktor keluarga menunjukkan hubungan yang sangat berpengaruh pada penyakit ini.

2.1.3.2 Faktor Presipitasi:

Penyebab halusinasi dapat dilihat dari lima dimensi menurut Rawlins dan Heacock dalam Yosep (2013) dan Trimeilia (2011):

1) Dimensi fisik

Halusinasi dapat ditimbulkan oleh beberapa kondisi fisik seperti kelelahan yang luar biasa, penggunaan obat-obatan, demam hingga delirium, intoksikasi alkohol dan kesulitan waktu 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 sehingga dengan kondisi tersebut klien berbuat sesuatu terhadap ketakutan tersebut.

3) Dimensi intelektual

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

4) Dimensi sosial

Klien menganggap bahwa hidup bersosialisasi di alam nyata sangat membahayakan, klien asyik dengan halusinasinya seolah-olah ia merupakan tempat untuk memenuhi kebutuhan akan interaksi sosial, kontrol diri dan harga diri yang tidak didapatkan dalam dunia nyata. Isi halusinasi dijadikan sistem kontrol oleh individu tersebut, sehingga jika perintah halusinasi berupa ancaman dirinya ataupun orang lain, klien akan cenderung untuk itu. Oleh karena itu, aspek penting dalam melaksanakan intervensi keperawatan klien dengan mengupayakan suatu proses interaksi yang menimbulkan pengalaman interpersonal yang memuaskan, serta mengusahakan klien tidak menyendiri sehingga klien selalu berinteraksi dengan lingkungan.

5) Dimensi spiritual

Klien mulai dengan kemampuan hidup, rutinitas tidak bermakna, hilangnya aktivitas ibadah dan jarang berupaya secara spiritual untuk menyucikan diri. Ia

sering memaki takdir tetapi lemah dalam upaya menjemput rezeki, menyalahkan lingkungan dan orang lain yang menyebabkan takdirnya memburuk.

2.1.4 Tahapan Halusinasi

Terjadinya halusinasi dimulai dari beberapa fase, hal ini dipengaruhi oleh intensitas keparahan dan respon individu dalam menanggapi adanya rangsangan dari luar. Menurut (Dalami, dkk. 2014), halusinasi terjadi melalui beberapa tahap antara lain:

1) *Stage I: Sleep disorder*

Merupakan fase awal individu sebelum muncul halusinasi. Individu merasa banyak masalah, ingin menghindar dari orang dan lingkungan, takut diketahui orang lain bahwa dirinya banyak masalah (misalnya: putus cinta, dikhianati kekasih, diPHK, bercerai, masalah dikampus dan lain-lain). Masalah makin terasa sulit karena berbagai stressor terakumulasi sedangkan *support* sistem kurang dan persepsi terhadap masalah sangat buruk. Hal ini akan menyebabkan individu tersebut sulit tidur terus menerus sehingga terbiasa menghayal. Individu akan menganggap lamunan-lamunan awal tersebut sebagai upaya pemecahan masalah.

2) *Stage II: (Comforting Moderate Level of Anxiety)*

Pada tahap ini halusinasi bersifat menyenangkan dan secara umum individu menerima sebagai sesuatu yang alami. Individu mengalami emosi yang berlanjut, seperti adanya perasaan cemas, kesepian, perasaan berdosa dan ketakutan sehingga individu mencoba untuk memusatkan pemikiran pada timbulnya kecemasan dan pada penanganan pikiran untuk mengurangi kecemasan tersebut.

Individu beranggapan bahwa pengalaman pikiran dan sensori yang dialaminya dapat dikontrol atau dikendalikan jika kecemasannya bisa diatasi. Dalam tahap ini ada kecenderungan individu merasa nyaman dengan halusinasinya dan halusinasi bersifat sementara.

3) *Stage III: (Condemning Severe Level of Anxiety)*

Pada tahap ini halusinasi bersifat menyalahkan dan sering mendatangi individu. Pengalaman sensori individu menjadi sering datang dan mengalami bias sehingga pengalaman sensori tersebut mulai bersifat menjijikan dan menakutkan. Individu mulai merasa kehilangan kendali, merasa tidak mampu lagi mengontrolnya dan berusaha untuk menjaga jarak antara dirinya dengan objek yang dipersepsikan individu. Individu akan merasa malu karena pengalaman sensorinya tersebut dan akhirnya menarik diri dari orang lain dengan intensitas waktu yang lama.

4) *Stage IV: (Controlling Severe Level of Anxiety)*

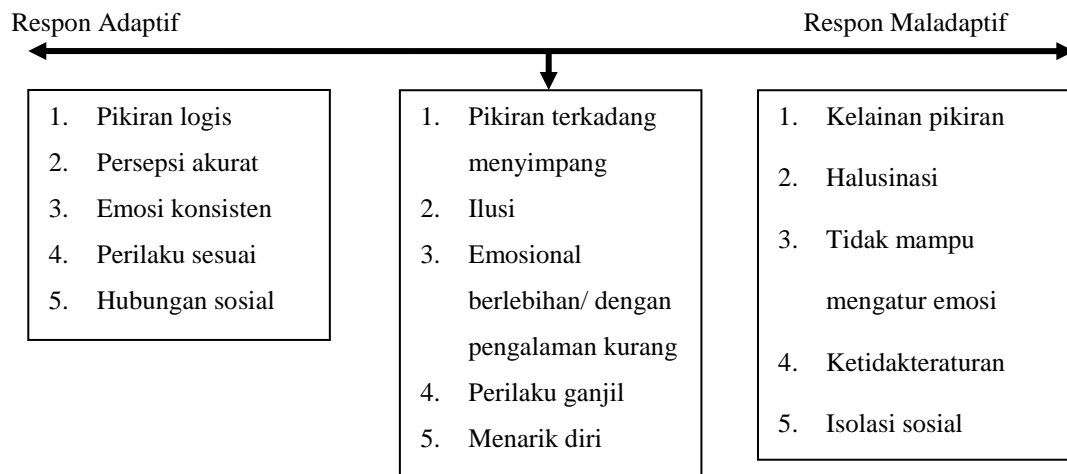
Pada tahap ini halusinasi bersifat mengendalikan, fungsi sensori menjadi tidak relevan dengan kenyataan dan pengalaman sensori tersebut menjadi penguasa. Halusinasi menjadi lebih menonjol, menguasai dan mengontrol individu sehingga individu tersebut mencoba melawan suara-suara atau sensori abnormal yang datang. Hingga akhirnya individu tersebut menjadi tidak berdaya dan menyerah untuk melawan halusinasi dan membiarkan halusinasi menguasai dirinya. Individu mungkin akan mengalami kesepian jika pengalaman sensori atau halusinasinya tersebut berakhir. Dari sinilah dimulai fase gangguan psikotik.

5) *Stage V: (Conquering Panic Level of Anxiety)*

Tahap ini adalah tahap terakhir dimana halusinasi bersifat menakutkan, halusinasi menjadi lebih rumit dan individu mengalami gangguan dalam menilai lingkungannya. Pengalaman sensorinya menjadi terganggu dan halusinasi tersebut berubah mengancam, memerintah, dan menakutkan apabila tidak mengikuti perintahnya sehingga klien mulai merasa mengancam. Klien merasa terpaku dan tidak berdaya melepaskan diri, klien tidak dapat berhubungan dengan orang lain dan menjadi menarik diri. Klien merasa berada dalam dunia menakutkan dalam waktu yang singkat atau bisa juga beberapa jam atau beberapa hari atau selamanya/kronis (terjadi gangguan psikotik berat).

2.1.5 Rentang Respon Neurobiologis

Respon perilaku klien dapat diidentifikasi sepanjang rentang respon yang berhubungan dengan fungsi neurobiologik, perilaku yang dapat diamati dan mungkin menunjukkan adanya halusinasi. Respon yang terjadi dapat berada dalam rentang adaptif sampai maladaptif yang dapat digambarkan pada bagan berikut: (Dalami, 2014):

Bagan 2.1 Rentang Respon Halusinasi

1) Respon adaptif

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

- (1) Pikiran logis adalah pandangan yang mengarah pada kenyataan.
- (2) Persepsi akurat adalah pandangan yang tepat pada kenyataan.
- (3) Emosi konsisten dengan pengalaman yaitu perasaan yang timbul dari pengalaman ahli.
- (4) Perilaku sosial adalah sikap dan tingkah laku yang masih dalam batas kewajaran.
- (5) Hubungan sosial adalah proses suatu interaksi dengan orang lain dan lingkungan.

2) Respon psikososial

Respon psikososial meliputi:

- (1) Proses pikir terganggu adalah proses pikir yang menimbulkan gangguan.
- (2) Ilusi adalah *miss* interpretasi atau penilaian yang salah tentang penerapan yang benar-benar terjadi (objek nyata) karena rangsangan panca indera.
- (3) Emosi berlebihan atau berkurang.
- (4) Perilaku tidak biasa adalah sikap dan tingkah laku yang melebihi batas kewajaran.
- (5) Menarik diri yaitu percobaan untuk menghindari interaksi dengan orang lain.

3) Respon maladaptif

Respon maladaptif adalah respon individu dalam menyelesaikan masalah yang menyimpang dari norma-norma sosial budaya dan lingkungan. Adapun respon maladaptif ini meliputi:

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

2.1.6 Mekanisme Koping

Menurut Dalami dkk (2014) mekanisme koping adalah perilaku yang mewakili upaya untuk melindungi diri sendiri dari pengalaman yang menakutkan berhubungan dengan respon neurobiologi maladaptif meliputi:

- 1) Regresi, menghindari stress, kecemasan dan menampilkan perilaku kembali seperti apa perilaku perkembangan anak atau berhubungan dengan masalah proses informasi dan upaya untuk menanggulangi ansietas.
- 2) Proyeksi, keinginan yang tidak dapat ditoleransi, mencurahkan emosi pada orang lain karena kesalahan yang dilakukan diri sendiri (sebagai upaya untuk menjelaskan kerancuan persepsi).
- 3) Menarik diri, reaksi yang ditampilkan dapat berupa reaksi fisik maupun psikologis, reaksi fisik yaitu individu pergi atau lari menghindari sumber stressor, misalnya menjauhi polusi, sumber infeksi, gas beracun dan lain-lain. Sedangkan reaksi psikologis individu menunjukkan perilaku apatis, mengisolasi diri, tidak berminat, sering disertai rasa takut dan bermusuhan.

2.2 Konsep Dasar Keluarga

2.2.1 Pengertian Keluarga

Keluarga adalah dua atau lebih dari dua individu yang tergabung karena hubungan darah, hubungan perkawinan atau pengangkatan dan mereka hidup dalam satu rumah tangga, berinteraksi satu sama lain dan di dalam perannya masing-masing menciptakan dan mempertahankan kebudayaan (Friedman, 2010).

Menurut Duvall dalam Harmoko (2012), keluarga merupakan sekumpulan orang yang dihubungkan oleh ikatan perkawinan, adopsi, kelahiran yang bertujuan menciptakan dan mempertahankan budaya yang umum: meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional, dan sosial dari tiap anggota. Keluarga merupakan aspek terpenting dalam unit terkecil dalam masyarakat, penerimaan asuhan, kesehatan anggota keluarga dan kualitas kehidupan keluarga yang berhubungan, dan menempati posisi antara individu dan masyarakat (Harmoko, 2012).

2.2.2 Tipe Keluarga

Secara klasik, keluarga dikelompokkan sebagai berikut: Keluarga inti (*nuclear family*) adalah keluarga yang hanya terdiri dari ayah, ibu dan anak yang diperoleh dari keturunan maupun dari adopsi. Keluarga besar (*extended family*) adalah keluarga yang terdiri dari keluarga inti ditambah anggota keluarga lain yang masih mempunyai hubungan darah (kakek, nenek, paman dan bibi) (Suprajitno, 2014).

2.2.3 Struktur Keluarga

Struktur keluarga oleh Friedman (2010) digambarkan sebagai berikut:

1) Struktur komunikasi

Komunikasi dalam keluarga dikatakan berfungsi apabila dilakukan secara jujur, terbuka, melibatkan emosi, konflik selesai dan hierarki kekuatan sedangkan komunikasi dalam keluarga dikatakan tidak berfungsi apabila tertutup, adanya isu

atau berita negatif, tidak berfokus pada satu hal, dan selalu mengulang isu dan pendapat sendiri.

2) Struktur peran

Struktur peran adalah serangkaian perilaku yang diharapkan sesuai posisi sosial yang diberikan. Posisi/status individu dalam masyarakat misalnya status sebagai suami/istri.

3) Struktur kekuatan

Struktur kekuatan adalah kemampuan dari individu untuk mengontrol, memengaruhi, atau mengubah perilaku orang lain.

4) Struktur nilai dan norma

Nilai adalah sistem ide-ide, sikap keyakinan yang mengikat anggota keluarga dalam budaya tertentu. Sedangkan norma adalah pola perilaku yang diterima pada lingkungan sosial tertentu, lingkungan keluarga, dan lingkungan masyarakat sekitar keluarga.

2.2.4 Fungsi Keluarga

Menurut Friedman (2010), fungsi keluarga dibagi menjadi 5 yaitu:

1) Fungsi afektif (*The Affective Function*)

Fungsi afektif berkaitan dengan fungsi internal keluarga yang merupakan basis kekuatan dari keluarga. Fungsi afektif berguna untuk pemenuhan kebutuhan psikologis. Keberhasilan fungsi afektif akan tampak melalui keluarga yang gembira dan bahagia.

2) Fungsi sosialisasi

Proses perkembangan dan perubahan yang dilalui individu yang menghasilkan interaksi sosial dan belajar berperan dalam lingkungan sosialnya. Sosialisasi dimulai sejak lahir. Fungsi ini berguna untuk membina sosialisasi pada anak, membentuk norma-norma tingkah laku sesuai dengan tingkat perkembangan anak dan meneruskan nilai-nilai budaya keluarga.

3) Fungsi reproduksi (*The Reproduction Function*)

Untuk mempertahankan kontinuitas keluarga selama beberapa generasi dan untuk berlangsungnya hidup masyarakat.

4) Fungsi ekonomi (*The Economic Function*)

Keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan tempat untuk memenuhi kebutuhan keluarga.

5) Fungsi perawatan atau pemelihara kesehatan (*The Health Care Function*)

Fungsi ini berguna untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas yang tinggi

2.2.5 Tugas Kesehatan Keluarga

Menurut Mubarak, dkk (2009), keluarga dapat melaksanakan perawatan atau pemeliharaan kesehatan dilihat dari tugas kesehatan keluarga, yaitu:

1) Mengenal masalah kesehatan keluarga

Kesehatan merupakan kebutuhan keluarga yang tidak boleh diabaikan. Karena tanpa kesehatan segala sesuatu tidak akan berarti. Orangtua perlu mengenal keadaan kesehatan dan perubahan-perubahan yang dialami anggota keluarganya.

Perubahan sekecil apapun yang dialami anggota keluarga, secara tidak langsung akan menjadi perhatian keluarga atau orangtua. Apabila menyadari adanya perubahan, keluarga perlu mencatat kapan terjadinya, perubahan apa yang terjadi, dan seberapa besar perubahannya.

2) Membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat

Tugas ini merupakan upaya utama keluarga untuk mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga, dengan pertimbangan diantara anggota keluarga yang mempunyai kemampuan memutuskan sebuah tindakan. Tindakan kesehatan yang dilakukan oleh keluarga diharapkan tepat agar masalah kesehatan yang sedang terjadi dapat dikurangi atau diatasi. Jika keluarga mempunyai keterbatasan dalam mengambil keputusan, maka keluarga dapat meminta orang lain di lingkungan tempat tinggalnya.

3) Memberikan perawatan pada anggota keluarga yang sakit.

Sering kali keluarga mengambil tindakan yang tepat, tetapi jika keluarga masih merasa mengalami keterbatasan, maka anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan perlu memperoleh tindakan lanjutan atau perawatan agar masalah yang lebih parah tidak terjadi. Perawatan dapat dilakukan di institusi pelayanan kesehatan atau di rumah apabila keluarga telah memiliki kemampuan melakukan tindakan untuk pertolongan pertama.

4) Mempertahankan suasana keluarga yang sehat

Rumah merupakan tempat berteduh, berlindung, dan bersosialisasi bagi anggota keluarga. Sehingga anggota keluarga yang memiliki waktu yang lebih banyak

berhubungan dengan lingkungan tempat tinggal. Oleh karena itu, kondisi rumah harus dapat menunjang derajat kesehatan bagi anggota keluarga.

5) Menggunakan fasilitas kesehatan yang ada di masyarakat

Apabila mengalami gangguan atau masalah yang berkaitan dengan kesehatan keluarga atau anggota keluarga, maka keluarga harus dapat memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada di sekitarnya. Keluarga dapat berkonsultasi atau meminta bantuan tenaga keperawatan untuk memecahkan masalah yang dialami anggota keluarganya, sehingga keluarga dapat bebas dari segala macam penyakit.

2.3 Konsep Keperawatan Jiwa Keluarga

2.3.1 Definisi Keperawatan Jiwa Keluarga

Keperawatan kesehatan keluarga adalah perawatan kesehatan yang ditujukan kepada keluarga sebagai unit pelayanan untuk mewujudkan keluarga yang sehat. Pada perawatan tingkat individu, fokus pelayanan adalah individu dengan melibatkan keluarga (Bailon & Maglaya dalam Rasmun, 2009).

Keperawatan jiwa keluarga adalah sebuah rangkaian proses keperawatan yang diberikan kepada pasien dengan melibatkan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit. Proses ini dimulai dari pengkajian hingga evaluasi untuk memperbaiki dan meningkatkan masalah kesehatan jiwa serta menggunakan komunikasi terapeutik untuk menunjukkan hubungan interpersonal yang baik pada pasien dan keluarga dengan masalah halusinasi pendengaran.

Kehadiran perawat dalam keluarga sangat dibutuhkan oleh keluarga untuk memberikan asuhan keperawatan terhadap masalah-masalah kesehatan yang

dialami keluarga, terutama masalah kesehatan jiwa/mental psikiatri sejak dini sehingga keluarga dapat mengambil keputusan untuk melakukan pencegahan (Rasmun, 2009).

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan Halusinasi

2.4.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan (Direja, 2011). Tujuan pengkajian adalah mengumpulkan, mengorganisasikan dan mencatat data-data yang menjelaskan respon tubuh manusia yang diakibatkan oleh masalah kesehatan (Ali, 2009).

Kegiatan utama dalam tahap pengkajian ini adalah pengumpulan data, pengelompokan data, dan analisis data guna perumusan diagnosis keperawatan. Metode yang digunakan dalam pengumpulan data adalah wawancara, observasi, pemeriksaan fisik serta studi dokumentasi (Asmadi, 2008). Data yang dikumpulkan merupakan data pasien secara holistik, meliputi aspek biologis, psikologis, sosial dan spiritual yang kemudian yang akan dikelompokkan kembali menjadi menjadi data subjektif dan data objektif (Direja, 2011). Menurut Keliat (2012), data objektif yaitu data yang dapat secara nyata melalui observasi atau pemeriksaan langsung oleh perawat. Sedangkan data subjektif yaitu data yang disampaikan secara lisan oleh klien dan keluarganya. Data ini didapat melalui wawancara perawat kepada klien dan keluarganya.

Dalam keperawatan jiwa, seorang perawat diharapkan memiliki kesadaran atau kemampuan tilik diri (*self awereness*), kemampuan mengobservasi dengan

akurat, berkomunikasi dengan terapeutik, dan kemampuan berespon secara efektif karena hal tersebut merupakan kunci utama dalam menumbuhkan hubungan saling percaya dengan pasien. Hubungan saling percaya antara perawat dengan pasien akan memudahkan perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan (Yusuf dkk, 2015).

Stuart dan Sundeen dalam Yusuf dkk (2015) menyebutkan bahwa faktor predisposisi, faktor presipitasi, penilaian terhadap stressor, sumber coping, dan kemampuan coping yang dimiliki pasien adalah aspek yang harus digali selama proses pengkajian. Menurut Yusuf, dkk (2015), pengkajian pada pasien dengan halusinasi terdiri dari:

2.4.1.1 Faktor predisposisi

1) Faktor perkembangan

Hambatan perkembangan akan mengganggu hubungan interpersonal yang dapat meningkatkan stress dan ansietas yang dapat berakhir dengan gangguan persepsi. Pasien mungkin menekan perasaannya sehingga pematangan fungsi intelektual dan emosi tidak efektif.

2) Faktor sosial budaya

Berbagai faktor di masyarakat yang membuat seseorang merasa disingkirkan atau kesepian, selanjutnya tidak dapat diatasi sehingga muncul akibat berat seperti delusi dan halusinasi.

3) Faktor psikologis

Hubungan interpersonal yang tidak harmonis, serta peran ganda atau peran yang bertentangan dapat menimbulkan ansietas berat berakhir dengan pengingkaran terhadap kenyataan, sehingga terjadi halusinasi.

4) Faktor biologis

Struktur otak yang abnormal ditemukan pada pasien gangguan orientasi realitas, serta dapat ditemukan atropik otak, pembesaran ventikal, perubahan besar, serta bentuk sel kortikal dan limbik.

5) Faktor genetik

Gangguan orientasi realitas termasuk halusinasi umumnya ditemukan pada pasien skizofrenia. Skizofrenia ditemukan cukup tinggi pada keluarga yang salah satu anggota keluarganya mengalami skizofrenia, serta akan lebih tinggi jika kedua orang tuanya mengalami skizofrenia.

2.4.1.2 Faktor presipitasi

1) Stressor sosial budaya

Stress dan kecemasan akan meningkat bila terjadi penurunan stabilitas keluarga, perpisahan dengan orang yang penting atau diasingkan dari kelompok dapat menimbulkan halusinasi.

2) Faktor biokimia

Berbagai penelitian tentang dopamin, norepineptin, indolamin, serta zat halusigenik diduga berkaitan dengan gangguan orientasi realitas termasuk halusinasi.

3) Psikologis

Intensitas kecemasan yang ekstrem dan memanjang disertai terbatasnya kemampuan mengatasi masalah memungkinkan berkembangnya gangguan orientasi realitas. Pasien mengembangkan koping untuk menghindari kenyataan yang tidak menyenangkan.

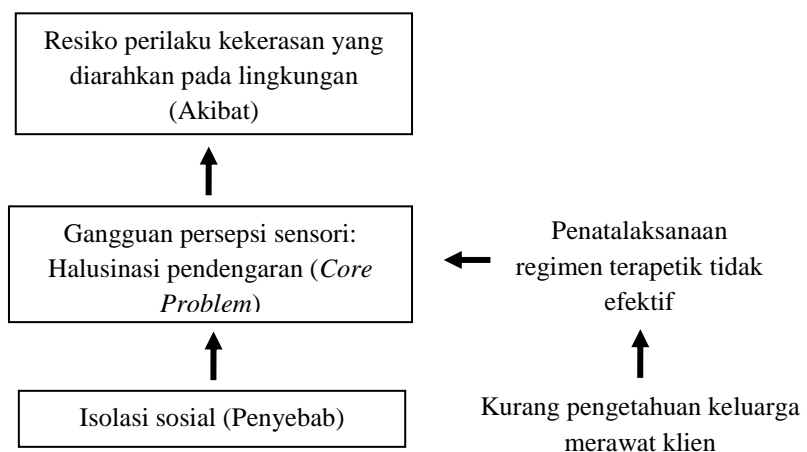
4) Perilaku

Perilaku yang perlu dikaji pada pasien dengan gangguan orientasi realitas berkaitan dengan perubahan proses pikir, afektif persepsi, motorik, dan sosial.

2.4.2 Pohon Masalah

Pasien biasanya memiliki lebih dari satu masalah keperawatan. Sejumlah masalah pasien akan saling berhubungan dan dapat digambarkan sebagai pohon masalah (Yusuf dkk. 2015). Untuk membuat pohon masalah, minimal harus ada tiga masalah yang berkedudukan sebagai penyebab (*causa*), masalah utama (*core problem*), dan akibat (*effect*). Menurut Yosep (2013) dan Rasmun (2009), pohon masalah pada pasien halusinasi adalah sebagai berikut.

Bagan 2.2 Pohon Masalah Pada Pasien Halusinasi



2.4.3 Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah penilaian klinis tentang respon aktual atau potensial dari individu, keluarga, atau masyarakat terhadap masalah kesehatan/proses kehidupan. Rumusan diagnosis yaitu Permasalahan (P) berhubungan dengan Etiologi (E) dan keduanya ada hubungan sebab akibat secara ilmiah (Carpenito dalam Yusuf dkk. 2015).

Rumusan diagnosis keperawatan jiwa mengacu pada pohon masalah yang sudah dibuat. Menurut Dalami dkk (2014), diagnosa keperawatan klien dengan halusinasi pendengaran adalah sebagai berikut:

- 1) Gangguan persepsi sensori: Halusinasi pendengaran
- 2) Isolasi sosial
- 3) Resiko perilaku kekerasan

2.4.4 Intervensi Keperawatan

Intervensi/perencanaan merupakan suatu petunjuk tertulis yang menggambarkan secara tepat rencana tindakan keperawatan yang dilakukan terhadap klien sesuai dengan kebutuhannya berdasarkan diagnosis keperawatan. Tahap perencanaan ini memberikan kesempatan kepada perawat, klien, keluarga klien dan orang terdekat klien untuk merumuskan rencana tindakan keperawatan guna mengatasi masalah yang dialami oleh klien (Asmadi, 2008).

Nursalam (2008) menyebutkan standar dalam pendokumentasian perencanaan keperawatan adalah berdasarkan diagnosa keperawatan, disusun

menurut urutan prioritas, rencana tindakan mengacu pada tujuan dengan kalimat perintah, terinci dan jelas serta menggambarkan keterlibatan pasien/keluarga.

Untuk membuat rencana tindakan pada pasien gangguan jiwa, mahasiswa disarankan membuat Laporan Pendahuluan dan Strategi Pelaksanaan (LPSP), yang berisi tentang proses keperawatan dan strategi pelaksanaan tindakan yang direncanakan (Yusuf dkk. 2015).

Laporan pendahuluan ditulis mulai dari pengertian, rentang respon, faktor predisposisi, faktor presipitasi, manifestasi klinis, mekanisme koping, sumber koping, pengkajian umum, pohon masalah, diagnosa keperawatan, dan fokus intervensi. Sedangkan LPSP adalah uraian singkat tentang satu masalah yang ditemukan, terdiri dari kondisi pasien, masalah keperawatan pasien, tujuan, tindakan dan strategi pelaksanaan (Yusuf, dkk. 2015).

2.4.5 Tindakan Keperawatan

Tindakan keperawatan adalah tahap ketika perawat mengaplikasikan rencana asuhan keperawatan guna membantu klien mencapai tujuan yang telah ditetapkan (Carpenito dalam Yusuf, dkk. 2015). Sebelum tindakan keperawatan diimplementasikan, perawat perlu memvalidasi apakah rencana tindakan yang ditetapkan masih sesuai dengan kondisi pasien saat ini (*here and now*) (Yusuf dkk. 2015).

Dalam asuhan keperawatan jiwa, untuk mempermudah pelaksanaan tindakan keperawatan maka perawat perlu membuat strategi pelaksanaan tindakan keperawatan yang meliputi SP pasien dan keluarga (Trimeilia, 2011). SP dibuat

menggunakan komunikasi terapeutik yang terdiri dari fase orientasi, fase kerja, dan terminasi (Yusuf dkk. 2015).

Komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang direncanakan secara sadar, mempunyai tujuan serta kegiatannya dipusatkan untuk kesembuhan pasien (Farida dan Yudi, 2010). Terdapat 3 fase dalam dalam komunikasi terapeutik, dimana fase pertama yaitu fase orientasi yang menggambarkan situasi pelaksanaan tindakan yang akan dilakukan, kontrak waktu dan tujuan pertemuan yang diharapkan. Fase kerja berisi beberapa pertanyaan yang akan diajukan untuk pengkajian lanjut, pengkajian tambahan, penemuan masalah bersama dan/atau penyelesaian tindakan. Fase terminasi merupakan saat untuk mengevaluasi tindakan yang telah dilakukan, menilai keberhasilan atau kegagalan dan merencanakan untuk kontrak waktu pertemuan selanjutnya. (Yusuf dkk. 2015).

2.4.5.1 Tindakan Keperawatan pada Pasien

1) Tujuan

Tujuan tindakan keperawatan untuk pasien meliputi: pasien mengenali halusinasi yang dialaminya, pasien dapat mengontrol halusinasinya, dan pasien mengikuti program pengobatan secara optimal (Keliat, 2014).

2) Tindakan keperawatan

SP 1 Pasien: Bantu pasien mengenali halusinasinya dengan cara diskusi dengan pasien tentang isi halusinasi, waktu terjadi halusinasi, frekuensi terjadi halusinasi, situasi yang menyebabkan halusinasi muncul, respons pasien saat halusinasi muncul, dan ajarkan pasien untuk mengontrol halusinasinya dengan cara pertama yaitu dengan menghardik halusinasinya. Pasien dilatih untuk

mengatakan tidak terhadap halusinasi yang muncul atau tidak memedulikan halusinasinya.

SP 2 Pasien: Ajarkan pasien untuk mengontrol halusinasinya dengan cara kedua yaitu dengan bercakap-cakap dengan orang lain. Ketika pasien bercakap-cakap dengan orang lain maka akan terjadi distraksi, fokus perhatian pasien akan teralih dari halusinasi ke percakapan yang dilakukan dengan orang lain.

SP 3 Pasien: Ajarkan pasien untuk mengontrol halusinasinya dengan cara melakukan aktivitas yang terjadwal. Dengan beraktivitas secara terjadwal, pasien tidak akan mengalami banyak waktu luang sendiri yang sering kali mencetuskan halusinasi.

SP 4 Pasien: Berikan pasien pendidikan kesehatan tentang penggunaan obat secara teratur. Untuk mengontrol halusinasi, pasien harus dilatih untuk menggunakan obat secara teratur sesuai dengan program.

2.4.5.2 Tindakan Keperawatan pada Keluarga

1) Tujuan tindakan keperawatan

Tujuan tindakan keperawatan pada keluarga adalah: keluarga dapat teribat dalam perawatan pasien di rumah dan keluarga dapat menjadi sistem pendukung yang efektif untuk pasien (Keliat, 2014).

2) Tindakan keperawatan

SP 1 Keluarga: Berikan pendidikan kesehatan tentang pengertian halusinasi, jenis halusinasi yang dialami pasien, tanda dan gejala halusinasi, dan cara-cara merawat pasien halusinasi.

SP 2 Keluarga: Latih keluarga merawat pasien langsung dihadapan pasien. Memberi kesempatan kepada keluarga untuk mempragakan cara merawat pasien dengan halusinasi langsung dihadapan pasien.

SP 3 Keluarga: Buat perencanaan aktivitas di rumah dan menjelaskan *follow up* dan rujukan pasien.

2.4.6 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap terakhir dari proses keperawatan dan proses berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan kepada klien. Menurut Keliat (2014), evaluasi terhadap masalah keperawatan halusinasi meliputi kemampuan pasien dan keluarganya serta kemampuan keluarga dalam merawat pasien halusinasi. Beberapa hal yang harus dievaluasi adalah sebagai berikut (Trimeilia, 2011):

- (1) Apakah klien dapat mengenal halusinasinya, yaitu isi halusinasi, situasi, waktu dan frekuensi munculnya halusinasi.
- (2) Apakah klien dapat mengungkapkan perasaannya ketika halusinasi muncul.
- (3) Apakah klien dapat mengontrol halusinasi dengan menggunakan empat cara baru, yaitu menghardik, menemui orang lain dan bercakap-cakap, melaksanakan aktivitas terjadwal dan patuh minum obat.
- (4) Apakah keluarga dapat mengetahui pengertian halusinasi, jenis halusinasi yang dialami pasien, tanda dan gejala halusinasi, cara-cara merawat pasien halusinasi serta dapat merawat langsung dihadapan pasien.
- (5) Apakah keluarga dapat membuat perencanaan *follow up* dan rujukan pasien.

BAB 3

METODE STUDI KASUS

3.1 Pendekatan (Desain Penulisan)

Penulisan karya tulis ilmiah ini menggunakan metode desain karya tulis ilmiah dalam bentuk studi kasus untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan klien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran. Karya tulis ilmiah ini menggunakan pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi serta mengevaluasi pasien dan keluarga pasien dalam penerapan SP pasien dan SP keluarga dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran.

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien (Lyer dalam Setiadi, 2012).

Diagnosa keperawatan adalah langkah kedua dari proses keperawatan yang menggambarkan penilaian klinis tentang respon individu, keluarga, kelompok maupun potensial (Sumijatun, 2010).

Perencanaan keperawatan adalah suatu proses didalam pemecahan masalah yang merupakan keputusan awal tentang sesuatu apa yang akan dilakukan, bagaimana dilakukan, kapan dilakukan, dan siapa yang melakukan dari semua tindakan keperawatan (Dermawan, 2012).

Implementasi keperawatan adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan (Setiadi, 2012).

Evaluasi keperawatan adalah kegiatan yang terus menerus dilakukan untuk menentukan apakah rencana keperawatan efektif dan bagaimana rencana keperawatan dilanjutkan, merevisi rencana atau menghentikan rencana keperawatan (Manurung, 2011).

3.2 Subjek Studi Kasus

Subjek dalam studi kasus ini adalah 2 klien dan keluarga dengan masalah kesehatan jiwa yaitu gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran yang akan dikelola secara rinci dan mendalam. Adapun kriteria inklusi dan eksklusi adalah sebagai berikut:

3.2.1 Kriteria Inklusi:

- 1) Responden adalah keluarga atau orang terdekat yang merawat klien yang tinggal bersama selama kurang lebih 6 bulan terakhir.
- 2) Responden adalah keluarga yang tinggal dalam satu rumah dan terlibat dalam perawatan sehari-hari klien.
- 3) Responden mampu berbahasa Indonesia dengan baik.
- 4) Responden adalah keluarga yang mempunyai anggota keluarga yang sedang mengalami masalah kesehatan jiwa gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran.
- 5) Responden adalah klien gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran yang terintegrasi dengan keluarga.

- 6) Responden Responden berada di Wilayah Kerja Puskesmas Lempake Kota Samarinda dan bersedia menjadi responden.

3.2.2 Kriteria Eksklusi:

- 1) Responden yang mengundurkan diri pada saat penelitian berlangsung.
- 2) Responden yang tidak berhasil dilakukan bina hubungan saling percaya (BHSP).

3.3 Definisi Operasional

Tabel 3.1 Definisi Operasional

No.	Variabel	Definsi Operasional
1.	Studi kasus dengan menggunakan asuhan keperawatan	Rangkaian proses keperawatan yang meliputi pengkajian, menetapkan diagnosa, menyusun intervensi (rencana) keperawatan, melakukan tindakan (implementasi) keperawatan dan melakukan evaluasi keperawatan (Asmadi, 2010).
2.	Perawatan terintegrasi keluarga	Perawatan yang melibatkan keluarga dalam merawat anggota yang sakit (Rasmun, 2009).
3.	Gangguan persepsi sensoris: halusinasi	Gejala gangguan jiwa pada individu yang ditandai dengan perubahan sensori persepsi: halusinasi merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, penciuman, perabaan dan penghidungan. Klien merasakan stimulus yang sebenarnya tidak ada (Keliat, 2012).
4.	Halusinasi pendengaran	Mendengar suara atau bunyi yang berkisar dari suara sederhana sampai suara yang berbicara mengenai klien sehingga klien berespon terhadap

		suara atau bunyi tersebut. Klien akan mendengar suara yang membicarakan, mengejek, mentertawakan, mengancam, memerintahkan untuk melakukan sesuatu yang kadang-kadang merupakan hal yang berbahaya (Trimeilia, 2011).
--	--	---

3.4 Lokasi dan Waktu Studi Kasus

3.4.1 Lokasi

Studi kasus dilakukan pada klien dengan gangguan persepsi sensorik: halusinasi pendengaran terintegrasi dengan keluarga di wilayah kerja Puskesmas Lempake Samarinda.

3.4.2 Waktu

Studi kasus akan dilaksanakan pada tanggal 8-13 April 2018 dan dilakukan selama 6 hari.

3.5 Prosedur Studi Kasus

Studi kasus diawali dengan penyusunan proposal usulan penulisan karya tulis ilmiah oleh mahasiswa dengan menggunakan metode studi kasus, setelah disetujui oleh pembimbing maka dilanjutkan dengan kegiatan pengumpulan data. Data yang diperoleh berupa hasil pengukuran, observasi, wawancara, pemberian asuhan keperawatan kepada kasus yang dijadikan subjek studi kasus. Prosedur studi kasus ini adalah seperti ditabel ini.

Tabel 3.2 Prosedur studi kasus

No.	Hari/ Tanggal	Prosedur/tindakan yang dilakukan
1.	Sebelum hari pelaksanaan studi kasus.	<ol style="list-style-type: none"> 1) Pengurusan perijinan dengan institusi terkait yaitu Dinas Kesehatan Kota Samarinda dan Puskesmas Lempake Samarinda 2) Mengambil data pasien jiwa di Puskesmas Lempake. 3) Mengambil subjek sesuai kriteria subjek yang telah ditetapkan. 4) Menjelaskan tujuan, manfaat, dan dampak dari penelitian yang dilakukan kepada calon responden. 5) Meminta calon responden untuk menandatangani lembar <i>informed consent</i> sebagai bukti persetujuan penelitian. 6) Melakukan Bina Hubungan Saling Percaya (BHSP) secara bertahap kepada responden.
2.	Hari pertama.	<ol style="list-style-type: none"> 1) Melakukan pengkajian awal perawatan pasien terintegrasi keluarga dengan gangguan jiwa. 2) Mengidentifikasi masalah dan menyusun perencanaan untuk pasien dan keluarganya serta kontrak waktu untuk pelaksanaan tindakan yang akan dilakukan selama 6 hari dengan sekali pertemuan selama 30 menit. 3) Melakukan tindakan keperawatan Strategi Pelaksanaan (SP) 1 kepada pasien.
3.	Hari kedua.	Melakukan evaluasi SP 1 Pasien dan melakukan tindakan keperawatan SP 2 Pasien.
4.	Hari ketiga.	Melakukan evaluasi SP 1 dan SP 2 Pasien serta melakukan tindakan keperawatan SP 3 dan SP 4 Pasien.
5.	Hari keempat.	Melakukan evaluasi SP 1, SP 2, SP 3, dan SP 4 kepada pasien serta melakukan tindakan keperawatan SP 1 Keluarga.

6.	Hari kelima.	<ol style="list-style-type: none"> 1) Melakukan evaluasi SP 1, SP 2, SP 3, dan SP 4 kepada pasien. 2) Melakukan evaluasi SP 1 Keluarga kepada keluarga. 3) Melakukan tindakan keperawatan SP 2 Keluarga.
7.	Hari keenam.	<ol style="list-style-type: none"> 1) Melakukan evaluasi SP 1, SP 2, SP 3, dan SP 4 kepada pasien. 2) Melakukan evaluasi SP 1 dan SP 2 Keluarga kepada keluarga. 3) Melakukan tindakan keperawatan SP 3 Keluarga.

3.6 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data

3.6.1 Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data merupakan kegiatan untuk mengumpulkan data yang diperlukan dalam studi kasus ini. Teknik pengumpulan data yang digunakan adalah sebagai berikut:

1) Wawancara

Wawancara adalah metode pengumpulan data dengan cara mewawancarai langsung responden yang diteliti, metode ini memberikan hasil secara langsung (Hidayat, 2010). Pada studi kasus ini, sumber data diperoleh dari hasil wawancara terhadap klien dan keluarga klien.

2) Observasi

Observasi adalah metode pengumpulan data dengan cara melakukan pengamatan secara langsung kepada responden untuk mencari perubahan atau hal-hal yang akan diteliti (Hidayat, 2010).

3) Dokumentasi

Dokumentasi dilakukan setiap hari setelah melakukan asuhan keperawatan jiwa pada klien dan dilakukan dengan menggunakan format asuhan keperawatan jiwa.

3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data

Adapun instrumen yang digunakan dalam studi kasus ini adalah menggunakan format asuhan keperawatan jiwa bagi pasien yang terdiri dari pengkajian, diagnosa, Intervensi, implementasi, dan evaluasi serta format pengkajian pada keluarga. Studi kasus ini juga menggunakan SOP untuk melakukan tindakan keperawatan. Salah satu jenis SOP yang digunakan adalah SOP tentang Strategi Pelaksanaan (SP) tindakan keperawatan pasien gangguan persepsi sensori: halusinasi dan Strategi Pelaksanaan (SP) tindakan keperawatan keluarga pasien gangguan persepsi sensori: halusinasi. Selain itu, studi kasus ini menggunakan lembar penilaian kemampuan pasien dan keluarga dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran.

3.7 Uji Keabsahan Data

Uji keabsahan data dimaksudkan untuk menguji kualitas data atau informasi yang diperoleh sehingga menghasilkan data dengan validitas tinggi.

Pada karya tulis ilmiah ini, uji keabsahan data dilakukan dengan:

- 1) Memperpanjang waktu pengamatan atau tindakan.
- 2) Memvalidasi data yang telah diperoleh dari klien kepada orang lain/keluarga klien yang lebih mengerti.

3.8 Analisis Data

Analisis data menggunakan *nursing care plan* dimana mencakup:

- 1) Melakukan pengkajian untuk mengumpulkan data-data yang berkaitan dengan masalah kesehatan. Data yang diperoleh dikelompokkan menjadi dua macam, yaitu data subjektif dan data objektif.
- 2) Dari data yang dikumpulkan, langsung dirumuskan diagnosa berdasarkan masalah yang ditemukan pada klien gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran dan menentukan urutan prioritas masalah.
- 3) Menyusun rencana keperawatan sesuai dengan diagnosa yang ditemukan.
- 4) Melakukan implementasi keperawatan sesuai dengan perencanaan yang telah disusun.
- 5) Mengevaluasi klien dan keluarga untuk menentukan keberhasilan asuhan keperawatan.

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil

4.1.1 Gambaran Lokasi Studi Kasus

Studi kasus ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Lempake Samarinda. Dalam studi kasus ini penulis melakukan kunjungan terhadap keluarga dengan menerapkan Asuhan Keperawatan pada dua keluarga yang mempunyai anggota keluarga dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran.

Studi kasus ini dilakukan di rumah Subjek 1 yaitu Ny. S yang beralamat di Jl. Lempake Jaya RT. 16. Subjek 1 tinggal di rumah dengan kondisi tempat tinggal yang bersih, suasana di rumah cukup sepi, pencahayaan masuk kedalam rumah klien dengan baik, memiliki 1 kamar tidur dan rumah terlihat bersih terawat. Subjek 1 hanya tinggal seorang diri di rumah, tetapi anaknya, Tn. S, sering datang berkunjung kerumah.

Sedangkan Subjek 2 yaitu Tn. M yang bertempat tinggal di Jl. Kebon Agung Gang. 7 RT. 47. Subjek 2 tinggal di rumah adiknya dengan kondisi tempat tinggal yang bersih, pencahayaan kurang masuk kedalam rumah klien, memiliki 3 kamar tidur dan bagian depan rumah terdapat usaha bengkel motor yang terlihat terawat. Jumlah anggota keluarga di rumah adalah 4 orang.

4.1.2 Gambaran Subjek Studi Kasus

Dalam studi kasus ini dipilih 2 (dua) klien dan keluarga sebagai subjek sesuai dengan kriteria yang ditetapkan.

Subjek 1

Subjek 1 adalah keluarga dari Tn. S yang beralamat di Jl. Lempake Jaya No. 10 RT.16 yang merawat pasien dengan gangguan persepsi sensori halusinasi: pendengaran. Nama pasien adalah Ny. R, yaitu ibu dari Tn. S, berusia 60 tahun, beragama Islam, pendidikan terakhir SD, dan bekerja sebagai ibu rumah tangga. Ny. R tinggal seorang diri di rumah dan bertetangga dengan Tn. S yang sudah berumah tangga.

Pertama kali Ny. R mendengar suara bisikan pada tahun 2018 dikarenakan kesedihan yang mendalam akibat kematian anak keenamnya. Suara bisikan tersebut selalu datang hingga membuat Ny. R merasa ketakutan dan akhirnya pada bulan Desember 2018 Ny. R dibawa ke RSJD Atma Husada. Terakhir Ny. R mengalami kekambuhan dan kembali mendengar bisikan pada bulan Februari 2019 akibat merindukan anaknya yang bungsu. Ny. R mengatakan bahwa anak bungsunya tidak mau datang berkunjung karena rumah Ny. R kecil, tidak seperti rumah anak bungsunya yang besar. Tetapi istri dari Tn. S mengatakan bahwa anak bungsu Ny. R jarang berkunjung ke rumah dikarenakan sibuk bekerja.

Keluarga selama ini hanya mampu memenuhi pemberian obat dan mendampingi Ny. R ke fasilitas kesehatan. Untuk kegiatan tugas keluarga seperti mengenal masalah dan merawat pasien dengan gangguan persepsi sensori halusinasi, keluarga Tn. A masih belum mampu. Keluarga hanya mampu

memutuskan masalah, mempertahankan suasana rumah sehat, dan menggunakan fasilitas kesehatan yang ada.

Subjek 2

Subjek 2 adalah keluarga dari Tn. A yang beralamat di Jl. Kebon Agung Gang.7 RT. 47 yang merawat pasien dengan gangguan persepsi sensori halusinasi: pendengaran. Nama pasien adalah Tn. M, kakak dari Tn. A, berusia 70 tahun, beragama Islam, pendidikan terakhir SD, dan bekerja sebagai mekanik motor. Tn. M mengalami gangguan persepsi sensori halusinasi: pendengaran sejak tahun 1995.

Pertama kali Tn. M mengalami gangguan kejiwaan dikarenakan ditinggal pergi oleh istrinya. Semenjak itu Tn. M selalu mendengar suara bisikan yang mengatakan bahwa ia adalah pria yang tidak berguna. Akhirnya Tn. M dibawa ke RSJD Atma Husada dan selalu rutin mengkonsumsi obat. Akan tetapi Tn. M kembali mendengar bisikan pada tanggal bulan Maret 2019 karena sudah tidak rutin mengkonsumsi obat. Pekerjaan yang cukup padat menyebabkan keluarga menjadi kurang mengawasi Tn. M untuk minum obat.

Kegiatan tugas keluarga seperti mengenal masalah dan merawat pasien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran keluarga masih belum mampu melakukannya. Keluarga hanya mampu memutuskan masalah, mempertahankan suasana rumah sehat, dan menggunakan fasilitas kesehatan yang ada.

4.1.3 Data Asuhan Keperawatan

4.1.3.1 Pengkajian Keperawatan

Tabel 4.1 Fokus Pengkajian Klien Halusinasi Pendengaran Terintegrasi Dengan Keluarga Di Wilayah Kerja Puskesmas Lempake

Pengkajian Klien		
Identitas Klien 1		
Inisial	: Ny. R	
Umur	: 60 tahun	
Alamat	: Jl. Lempake Jaya No. 8 RT. 16	
Pekerjaan	: Ibu rumah tangga	
Informan	: Klien dan keluarga	
Tanggal Pengkajian	: 08 April 2019	
Keluhan Utama		
<p>Keluarga mengatakan Ny. R mulai mengalami gangguan jiwa pada tahun 2018. Dalam waktu terakhir keluarga mengatakan Ny. R sering berdiam diri di rumah. Klien terlihat berbicara sendiri, sesekali menangis tanpa sebab dan menutup telinganya. Tadi pagi Ny. R mengatakan bahwa ia kembali mendengar suara bisikan.</p>		
Faktor Predisposisi		
Pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu?		
<input checked="" type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	
Pengobatan sebelumnya?		
<input type="checkbox"/> Berhasil	<input checked="" type="checkbox"/> Kurang berhasil	<input type="checkbox"/> Tidak berhasil
Adakah anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa?		
<input type="checkbox"/> Ya	<input checked="" type="checkbox"/> Tidak	
Pengalaman masa lalu lain yang tidak menyenangkan?		
<input checked="" type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	

Ny. R mengatakan kematian suami dan anak keenamnya adalah pengalaman masa lalu yang sangat menyedihkan.

Persepsi

Halusinasi

Pendengaran Penglihatan Perabaan

Pengecap Pembau lain-lain, sebutkan...

Jelaskan:

Isi halusinasi : Klien mendengar suara bisik-bisikan yang mengatakan bahwa anak bungsunya tidak akan pernah datang mengunjunginya.

Waktu terjadinya : Jika ia sendirian dan melamun.

Frekuensi halusinasi : Halusinasi terjadi sesekali, kadang 2 kali sehari.

Respon pasien : Saat terjadi halusinasi, klien hanya terdiam. Kadang membuatnya merasa sedih hingga menangis sendiri.

Aspek Medik

Diagnosa medik : F.20 : Skizofrenia

Terapi Medik : Chlorpromazine 10 mg
Haloperidol 5 mg

Identitas Klien 2

Inisial : Tn. M

Umur : 70 tahun

Alamat : Jl. Kebon Agung Gang 7 RT. 47

Pekerjaan : Mekanik motor

Informan : Klien dan keluarga

Tanggal Pengkajian : 08 April 2019

Keluhan Utama

Keluarga mengatakan Tn. M mengalami gangguan jiwa sejak tahun 1995. Akan tetapi Tn. M kembali mendengar bisikan pada tanggal bulan Maret 2019 karena sudah tidak rutin mengkonsumsi obat. Beberapa hari terakhir keluarga melihat

bahwa Tn. M marah sendiri tanpa ada sebab.

Faktor Predisposisi

Pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu?

Ya Tidak

Pengobatan sebelumnya?

Berhasil Kurang berhasil Tidak berhasil

Adakah anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa?

Ya Tidak

Pengalaman masa lalu lain yang tidak menyenangkan?

Ya Tidak

Tn.M mengatakan pada tahun 1995 ia ditinggalkan pergi oleh istrinya. Sampai sekarang Tn. M tidak tahu bagaimana kabar istrinya.

Persepsi

Halusinasi

Pendengaran Penglihatan Perabaan

Pengecap Pembau lain-lain, sebutkan...

Jelaskan:

Isi halusinasi : Klien kembali mendengar suara bisik-bisikan yang mengatakan bahwa ia adalah pria yang tidak berguna.

Waktu terjadinya : Jika ia melamun.

Frekuensi halusinasi : Halusinasi tidak selalu terjadi. Terkadang hanya 1x sehari.

Respon pasien : Saat terjadi halusinasi, klien hanya terdiam. Kadang membuatnya merasa marah.

Tabel 4.3 Hasil Observasi Atau Pengamatan Awal Kemampuan Keluarga Dalam Merawat Klien Dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran.

No	Aspek Penilaian Kemampuan	Skor Penilaian	
		Keluarga 1	Keluarga 2
1.	Mengenal masalah kesehatan keluarga		
	a. Menyebutkan pengertian halusinasi	0	0
	b. Menyebutkan penyebab halusinasi	0	0
	c. Menyebutkan jenis halusinasi yang di alami oleh pasien	0	0
	d. Menyebutkan tanda dan gejala halusinasi pasien	0	0
2.	Membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat		
	a. Mempunyai sikap positif terhadap masalah kesehatan	1	1
	b. Mempercayai tenaga kesehatan terhadap masalah kesehatan.	1	1
3.	Memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit		
	a. Memperagakan latihan cara memutuskan halusinasi pasien	0	0
	b. Mengajak pasien bercakap-cakap saat pasien berhalusinasi	0	0
	c. Memantau aktivitas sehari-hari sesuai jadwal aktivitas	0	0
	d. Memantau dan memenuhi obat untuk pasien	1	0
4.	Mempertahankan suasana rumah sehat		
	a. Sirkulasi udara yang lancar	1	1
	b. Penerangan sinar yang memadai	1	0
	c. Air yang bersih	1	1
	d. Pembuangan limbah yang terkontrol	1	1
	e. Ruang tidak tercemar	1	1
5.	Menggunakan fasilitas kesehatan yang ada di masyarakat		
	a. Menyebutkan sumber-sumber pelayanan kesehatan yang tersedia	1	1
	b. Memanfaatkan sumber-sumber pelayanan kesehatan terdekat.	1	1
Total Kemampuan		10	8

Tabel 4.4 Analisa data

Data Pengkajian		Masalah Keperawatan
Subjek 1	Subjek 2	
<p>Data Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan tadi pagi ia kembali mendengar suara bisikan. 2. Klien mengatakan bahwa bahwa ia mendengar suara bisik-bisikan yang mengatakan bahwa anak bungsunya tidak akan pernah datang mengunjunginya. 3. Klien mengatakan bisikan itu datang jika ia sendirian dan melamun. 4. Keluarga klien mengatakan bahwa tadi pagi Ny. R terlihat menangis sendiri. <p>Data Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mampu menyebutkan apa yang ia alami. 2. Terdapat kontak mata. 3. Klien kooperatif. 	<p>Data Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan bahwa hari ini ia tidak mendengar suara bisikan. 2. Klien mengatakan bisikan tersebut datang jika ia melamun. 3. Klien mengatakan halusinasi tidak selalu terjadi. Terkadang hanya 1x sehari. 4. Klien mengatakan saat terjadi halusinasi, ia hanya terdiam. Kadang membuatnya merasa marah. <p>Data Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mampu menyebutkan apa yang ia alami. 2. Terdapat kontak mata. 3. Klien kooperatif. 	<p>Gangguan persepsi sensori: Halusinasi pendengaran.</p>
<p>Data Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga mengatakan tidak tahu penyebab pasti kekambuhan Ny. R. 2. Keluarga mengatakan klien hanya diam di rumah. <p>Data Objektif:</p> <p>Keluarga tidak mampu menjawab saat ditanya tentang pengetahuan halusinasi.</p>	<p>Data Subjektif:</p> <p>Keluarga mengatakan tidak tahu apa yang menyebabkan klien marah sendiri beberapa hari terakhir.</p> <p>Data Objektif:</p> <p>Keluarga tidak mampu menjawab saat ditanya tentang pengetahuan halusinasi.</p>	<p>Kurang pengetahuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan.</p>
<p>Data Subjektif:</p> <p>Keluarga mengatakan hanya mampu memberikan obat, tidak tahu bagaimana memberikan perawatan kepada klien terkait halusinasi.</p>	<p>Data Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga mengatakan kurang mengawasi Tn. M untuk minum obat karena pekerjaan yang cukup padat. 2. Keluarga mengatakan tidak tahu bagaimana memberikan perawatan 	<p>Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit.</p>

<p>Data Objektif: Keluarga tidak mampu menjawab saat ditanya bagaimana memberikan perawatan pada Ny. R.</p>	<p>kepada klien terkait halusinasi. Data Objektif: Keluarga tidak mampu menjawab saat ditanya bagaimana memberikan perawatan pada Tn.M</p>	
--	---	--

Tabel 4.5 Pohon Masalah Klien Dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran

Klien 1	Klien 2
<p>Risiko menciderai diri sendiri, orang lain dan lingkungan (Akibat)</p> <p>↑</p> <p>Gangguan persepsi sensori: Halusinasi pendengaran (<i>core problem</i>)</p> <p>↑</p> <p>Isolasi sosial (Penyebab)</p> <p>↑</p> <p>Harga diri rendah (Penyebab)</p> <p>↑</p> <p>Kegagalan (Penyebab)</p>	<p>Risiko menciderai diri sendiri, orang lain dan lingkungan (Akibat)</p> <p>↑</p> <p>Gangguan persepsi sensori: Halusinasi pendengaran (<i>core problem</i>) ← Penatalaksanaan regimen terapeutic tidak efektif (Penyebab)</p> <p>↑</p> <p>Isolasi sosial (Penyebab)</p> <p>↑</p> <p>Harga diri rendah (Penyebab)</p> <p>↑</p> <p>Kegagalan (Penyebab)</p> <p>↑</p> <p>Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit (Penyebab)</p>

4.1.3.2 Diagnosa Keperawatan

Adapun diagnosa keperawatan pada Subjek 1 dan Subjek 2 adalah gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran, kurang pengetahuan keluarga mengenal masalah kesehatan dan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit.

4.1.3.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 4.6 Intervensi Keperawatan Klien Halusinasi Pendengaran Terintegrasi Keluarga Dalam Bentuk Strategi Pelaksanaan

Strategi Pelaksanaan	
SP1P	SP1K
1) Identifikasi jenis halusinasi klien. 2) Identifikasi isi halusinasi klien. 3) Identifikasi waktu halusinasi klien. 4) Identifikasi frekuensi halusinasi klien. 5) Identifikasis situasi yang dapat menimbulkan halusinasi klien. 6) Identifikasi respon klien terhadap halusinasi klien. 7) Ajarkan klien menghardik halusinasi. 8) Anjurkan klien memasukkan cara menghardik ke dalam kegiatan harian.	1) Diskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat klien. 2) Berikan pendidikan kesehatan tentang pengertian halusinasi, jenis halusinasi yang dialami klien, tanda dan gejala halusinasi, serta proses terjadinya halusinasi. 3) Jelaskan cara merawat klien dengan halusinasi.
SP2P	SP2K
1) Evaluasi jadwal kegiatan harian klien. 2) Latih klien mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain. 3) Ajurkan klien memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian.	1) Latih keluarga mempraktikkan cara merawat klien dengan halusinasi. 2) Latih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada klien halusinasi.
SP3P	SP3K
1) Evaluasi jadwal kegiatan harian klien. 2) Latih klien mengendalikan halusinasi dengan cara melakukan kegiatan. 3) Anjurkan klien memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian.	1) Bantu keluarga membuat jadwal aktivitas di rumah termasuk minum obat (<i>discharge planning</i>) 2) Jelaskan <i>Follow Up</i> klien.
SP4P	
1) Evaluasi jadwal kegiatan harian klien. 2) Berikan pendidikan kesehatan tentang penggunaan obat secara teratur. 3) Anjurkan klien memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian.	

4.1.3.4 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Tabel 4.7 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan Klien Halusinasi Pendengaran Terintegrasi Keluarga

Hari/tgl	Diagnosa Keperawatan	Rencana Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan Subjek 1	Evaluasi Keperawatan Subjek 2
Senin 8/04/2019 Hari ke-1	Gangguan persepsi sensori: Halusinasi Pendengaran	SPIP Gangguan persepsi sensori: Halusinasi Pendengaran	Melakukan SPIP Gangguan persepsi sensori: Halusinasi Pendengaran. 1) Mengidentifikasi jenis halusinasi klien. 2) Mengidentifikasi isi halusinasi klien. 3) Mengidentifikasi waktu halusinasi klien. 4) Mengidentifikasi frekuensi halusinasi klien. 5) Mengidentifikasi situasi yang dapat menimbulkan halusinasi klien. 6) Mengidentifikasi respon klien terhadap halusinasi klien. 7) Mengajarkan klien menghardik halusinasi. 8) Mengajarkan klien memasukkan cara menghardik ke dalam	S: - Klien mengatakan bahwa bahwa ia mendengar suara bisik-bisikan yang mengatakan bahwa anak bungsunya tidak akan mengunjunginya. - Klien mengatakan suara bisikan tersebut terdengar jika ia sedang sendirian dan melamun. - Klien mengatakan halusinasi terjadi sesekali, kadang 2 kali sehari. - Klien mengatakan saat terjadi halusinasi, ia hanya terdiam. Kadang membuatnya sedih hingga menangis	S: - Klien mengatakan ia kembali mendengar suara bisik-bisikan yang mengatakan bahwa ia adalah pria yang tidak berguna. - Klien mengatakan suara bisikan tersebut terdengar jika ia sedang melamun. - Klien mengatakan halusinasi tidak selalu terjadi. Kadang hanya 1x sekali. - Klien mengatakan saat terjadi halusinasi, ia hanya terdiam. Kadang membuatnya merasa marah. - Klien mengatakan akan berlatih menghardik

			kegiatan harian.	<p>sendiri.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan akan berlatih menghardik halusinasi dan akan mempraktekkan jika halusinasi kembali datang. <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mampu menyebutkan apa yang ia alami. - Terdapat kontak mata. - Klien kooperatif. - Klien dapat melakukan cara mengontrol halusinasi dengan cara mengahardik. - Klien dapat memasukkan latihan menghardik kedalam jadwal hariannya yaitu pada pukul 12:00 dan 16:00. <p>A: SP1P tercapai</p>	<p>halusinasi dan akan mempraktekkan jika halusinasi kembali datang.</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mampu menyebutkan apa yang ia alami. - Kontak mata kurang. - Klien kooperatif. - Klien dapat melakukan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik. - Klien dapat memasukkan latihan menghardik kedalam jadwal hariannya yaitu pukul 09:00 dan 15:00. <p>A: SP1P tercapai</p>
--	--	--	------------------	---	--

				<p>P: Perawat: Lanjutkan SP2P Gangguan persepsi sensori: Halusinasi pendengaran pada pertemuan ke-2 pada hari Selasa, 9 April 2019 pukul 17:00 di rumah klien.</p> <p>Klien: Memotivasi klien mengontrol halusinasi dengan cara menghardik dan melatih sesuai jadwal.</p>	<p>P: Perawat: Lanjutkan SP2P Gangguan persepsi sensori: Halusinasi pendengaran pada pertemuan ke-2 pada hari Selasa, 9 April 2019 pukul 19:00 di rumah klien.</p> <p>Klien: Memotivasi klien mengontrol halusinasi dengan cara menghardik dan melatih sesuai jadwal.</p>
Selasa 9/04/2019 Hari ke-2	Gangguan persepsi sensori: Halusinasi Pendengaran	SP2P Gangguan persepsi sensori: Halusinasi Pendengaran	Melakukan SP2P Gangguan persepsi sensori: Halusinasi Pendengaran. 1) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien. 2) Melatih klien mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain. 3) Menganjurkan klien memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian.	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan tadi ia kembali mendengar suara bisikan, tetapi segera ia hardik. - Klien mengatakan bahwa ia sudah latihan menghardik pada jam 12:00 dan 16:00. - Klien mengatakan mau berlatih bercakap-cakap dan mencoba mempraktkannya jika 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan hari ini ia tidak mendengar suara bisikan. - Klien mengatakan bahwa ia sudah latihan menghardik pada jam 09:00 dan 15:00. - Klien mengatakan mau berlatih bercakap-cakap dan mencoba mempraktkannya jika suara bisikan tersebut kembali

				<p>suara bisikan tersebut kembali datang.</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mampu menyebutkan kegiatan hariannya. - Terdapat kontak mata. - Klien kooperatif. - Klien dapat melakukan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik. - Klien dapat melakukan cara mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap. - Klien dapat memasukkan latihan bercakap-cakap kedalam jadwal hariannya yaitu pada jam 10:00. <p>A: SP2P tercapai</p>	<p>datang.</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mampu menyebutkan kegiatan hariannya. - Terdapat kontak mata. - Klien kooperatif. - Klien dapat melakukan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik. - Klien dapat melakukan cara mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap. - Klien dapat memasukkan latihan bercakap-cakap kedalam jadwal hariannya yaitu pada jam 20:00. <p>A: SP2P tercapai</p>
--	--	--	--	---	--

				<p>P: Perawat: Lanjutkan SP3P dan SP4P Gangguan persepsi sensori: Halusinasi pendengaran pada pertemuan ke-3 pada hari Rabu, 10 April 2019 pukul 17:00 di rumah klien.</p> <p>Klien: Memotivasi klien mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap sesuai dengan jadwal harian.</p>	<p>P: Perawat: Lanjutkan SP3P dan SP4P Gangguan persepsi sensori: Halusinasi pendengaran pada pertemuan ke-3 pada hari Rabu, 10 April 2019 pukul 19:00 di rumah klien.</p> <p>Klien: Memotivasi klien mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap sesuai dengan jadwal harian.</p>
Rabu 10/04/2019 Hari ke-3	Gangguan persepsi sensori: Halusinasi Pendengaran	SP3P & SP4P Gangguan persepsi sensori: Halusinasi Pendengaran	Melakukan SP3P dan SP4P Gangguan persepsi sensori: Halusinasi Pendengaran. 1) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien. 2) Melatih klien mengendalikan halusinasi dengan cara melakukan kegiatan. 3) Memberikan pendidikan kesehatan tentang penggunaan obat secara teratur. 4) Menganjurkan klien	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan hari ini ia tidak mendengar suara bisikan. - Klien mengatakan bahwa ia sudah latihan menghardik pada jam 12:00 dan 16:00 serta latihan bercakap-cakap pada jam 10:00. - Klien mengatakan mau melakukan aktivitas 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan hari ini ia tidak mendengar suara bisikan. - Klien mengatakan bahwa ia sudah latihan menghardik pada jam 09:00 dan 15:00. - Klien mengatakan ia akan berlatih bercakap-cakap pada jam 20:00. - Klien mengatakan mau

			<p>memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian.</p>	<p>secara terjadwal agar tidak ada waktu untuk melamun.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan mau dilatih untuk mencuci piring. - Klien mengatakan sekarang sudah tahu nama dan manfaat dari obat yang ia konsumsi. <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mampu menyebutkan kegiatan hariannya. - Terdapat kontak mata. - Klien kooperatif. - Klien dapat melakukan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik. - Klien dapat melakukan cara mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap. - Klien dapat menyebutkan kegiatan yang akan dilakukannya dari 	<p>melakukan aktivitas secara terjadwal.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan mau dilatih untuk merapikan tempat tidur. - Klien mengatakan sekarang sudah tahu nama dan manfaat dari obat yang ia konsumsi selama ini. <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mampu menyebutkan kegiatan hariannya. - Terdapat kontak mata. - Klien kooperatif. - Klien dapat melakukan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik. - Klien dapat melakukan cara mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap. - Klien terlihat bingung saat akan menyebutkan kegiatan apa yang akan
--	--	--	---	--	---

				<p>bangun tidur hingga malam saat akan kembali tidur.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien dapat melakukan kegiatan mencuci piring dengan baik. - Klien mampu menunjukkan dan menyebutkan kembali jenis obat dan manfaatnya, - Klien memasukkan kegiatan mencuci piring pada jam 09:00. - Klien memasukkan jadwal minum obat kedalam jadwal kegiatan harian pada pukul 13:00 dan 21:00. <p>A: SP3P & SP4P tercapai</p>	<p>dilakukannya dari bangun tidur hingga malam saat akan kembali tidur.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien dapat melakukan kegiatan merapikan tempat tidur dengan baik. - Klien mampu menunjukkan dan menyebutkan kembali jenis obat dan manfaatnya. - Klien memasukkan kegiatan merapikan tempat tidur pada pukul 07:00. - Klien memasukkan jadwal minum obat kedalam jadwal kegiatan harian pada pukul 21:00. <p>A: SP3P & SP4P tercapai</p>
--	--	--	--	---	---

				<p>P: Perawat: Lanjutkan SP1K Gangguan persepsi sensori: Halusinasi pendengaran pada hari Kamis 11 April 2019, pukul 17:00 di rumah keluarga klien.</p> <p>Klien: Memotivasi klien mengontrol halusinasi dengan cara melakukan aktivitas terjadwal dan minum obat secara teratur sesuai dengan jadwal harian.</p>	<p>P: Perawat: Lanjutkan SP1K Gangguan persepsi sensori: Halusinasi pendengaran pada hari Kamis 11 April 2019, pukul 19:00 di rumah klien.</p> <p>Klien: Memotivasi klien mengontrol halusinasi dengan cara melakukan aktivitas terjadwal dan minum obat secara teratur sesuai dengan jadwal harian.</p>
Kamis 11/04/2019 Hari ke-4	Kurang pengetahuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan.	SP1K Gangguan persepsi sensori: Halusinasi Pendengaran.	Melakukan SP1K Gangguan persepsi sensori: Halusinasi Pendengaran. 1) Menanyakan sejauh mana keluarga mengetahui tentang penyebab penyakit klien. 2) Memberikan pendidikan kesehatan tentang pengertian halusinasi, jenis halusinasi yang dialami klien, tanda dan	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan tidak tahu penyebab pasti kekambuhan Ny. R. - Keluarga mengatakan klien hanya diam di rumah. - Keluarga mengatakan ingin tahu lebih jauh tentang penyakit Ny. R. 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan tidak tahu apa yang menyebabkan klien marah sendiri beberapa hari terakhir. - Keluarga mengatakan ingin tahu lebih jauh tentang apa yang terjadi pada Tn. M.

			<p>gejala halusinasi, serta proses terjadinya halusinasi.</p> <p>3) Menjelaskan cara merawat klien dengan halusinasi.</p>	<p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga terlihat bingung saat ditanya tentang halusinasi. - Keluarga menyimak dengan baik pendidikan kesehatan yang diberikan. - Keluarga dapat menyebutkan kembali secara sederhana pengertian halusinasi, jenis halusinasi yang dialami klien, tanda dan gejala serta proses terjadinya halusinasi. <p>A: SP1K tercapai</p> <p>P: Perawat: Evaluasi kembali SP1K dan lanjutkan SP2K Gangguan persepsi sensoris: Halusinasi pendengaran pada hari Jumat 12 April 2019,</p>	<p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga terlihat bingung saat ditanya tentang apa yang terjadi pada Tn. M. - Keluarga menyimak dengan baik pendidikan kesehatan yang diberikan. - Keluarga dapat menyebutkan kembali secara sederhana pengertian halusinasi, jenis halusinasi yang dialami klien, tanda dan gejala serta proses terjadinya halusinasi. <p>A: SP1K tercapai</p> <p>P: Perawat: Evaluasi kembali SP1K dan lanjutkan SP2K Gangguan persepsi sensoris: Halusinasi pendengaran pada hari Jumat 12 April 2019,</p>
--	--	--	---	--	---

				<p>pukul 17:00 di rumah klien.</p> <p>Keluarga: Evaluasi kembali tentang pengertian halusinasi, jenis halusinasi yang dialami klien, tanda dan gejala serta proses terjadinya halusinasi yang sudah dijelaskan.</p>	<p>pukul 19:00 di rumah klien.</p> <p>Keluarga: Evaluasi kembali tentang pengertian halusinasi, jenis halusinasi yang dialami klien, tanda dan gejala serta proses terjadinya halusinasi yang sudah dijelaskan.</p>
<p>Jumat 12/04/2019 Hari ke-5</p>	<p>Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit.</p>	<p>SP2K Gangguan persepsi sensori: Halusinasi Pendengaran</p>	<p>Melakukan SP2K Gangguan persepsi sensori: Halusinasi Pendengaran.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Melatih keluarga mempraktikkan cara merawat klien dengan halusinasi. 2) Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada klien halusinasi. 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan hanya mampu memberikan obat, tidak tahu bagaimana memberikan perawatan kepada klien terkait halusinasi - Keluarga mengatakan Ny. R mengalami halusinasi pendengaran, jika kambuh maka Ny. R akan berbicara dan menangis sendiri dan halusinasi Ny. R terjadi jika klien sedang sendirian. 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan kurang mengawasi Tn. M untuk minum obat karena pekerjaan yang cukup padat. - Keluarga mengatakan tidak tahu bagaimana memberikan perawatan kepada klien terkait halusinasi. - Keluarga mengatakan Tn. M mengalami halusinasi pendengaran, jika kambuh maka Tn. M akan berbicara sendiri dan marah

				<p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga memperhatikan dengan baik cara merawat klien dengan halusinasi. - Keluarga mampu mempraktikkan cara merawat langsung kepada Ny. R. - Keluarga dapat menyebutkan kembali secara sederhana pengertian halusinasi, jenis halusinasi yang dialami klien, tanda dan gejala yang dialami klien serta proses terjadinya halusinasi klien. <p>A: SP2K tercapai</p>	<p>tanpa sebab dan halusinasi Tn. M terjadi jika klien sedang melamun.</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga memperhatikan dengan baik cara merawat klien dengan halusinasi. - Keluarga mampu mempraktikkan cara merawat langsung kepada Tn. M. - Keluarga dapat menyebutkan kembali secara sederhana pengertian halusinasi, jenis halusinasi yang dialami klien, tanda dan gejala yang dialami klien serta proses terjadinya halusinasi klien. <p>A: SP2K tercapai</p>
--	--	--	--	---	--

				<p>P: Perawat: Evaluasi kembali SP1K dan SP2K serta lanjutkan SP3K Gangguan persepsi sensori: Halusinasi pendengaran pada hari Sabtu 13 April 2019, pukul 17:00 di rumah keluarga klien.</p> <p>Keluarga: - Evaluasi kembali tentang pengertian halusinasi, jenis halusinasi yang dialami klien, tanda dan gejala serta proses terjadinya halusinasi yang sudah dijelaskan. - Evaluasi kembali cara keluarga merawat klien dengan halusinasi.</p>	<p>P: Perawat: Evaluasi kembali SP1K dan SP2K serta lanjutkan SP3K Gangguan persepsi sensori: Halusinasi pendengaran pada hari Sabtu 12 April 2019, pukul 17:00 di rumah keluarga klien.</p> <p>Keluarga: - Evaluasi kembali tentang pengertian halusinasi, jenis halusinasi yang dialami klien, tanda dan gejala serta proses terjadinya halusinasi yang sudah dijelaskan. - Evaluasi kembali cara keluarga merawat klien dengan halusinasi.</p>
Sabtu 13/04/2019 Hari ke-6	Ketidakmampuan anggota keluarga merawat anggota	SP3K Gangguan persepsi sensori: Halusinasi	Melakukan SP3K Gangguan persepsi sensori: Halusinasi Pendengaran. 1) Membantu keluarga membuat jadwal aktivitas	<p>S: - Keluarga mengatakan setuju dengan jadwal kegiatan harian yang sudah Ny. R susun.</p>	<p>S: - Keluarga mengatakan setuju dengan jadwal kegiatan harian yang sudah Tn. M susun.</p>

	keluarga yang sakit.	Pendengaran	<p>di rumah termasuk minum obat (<i>discharge planning</i>)</p> <p>2) Menjelaskan <i>Follow Up</i> klien.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan akan mengingatkan Ny. R untuk melakukan jadwal kegiatan tersebut, terutama jadwal minum obat. - Keluarga mengatakan paham tentang cara merujuk/<i>follow up</i> klien ke puskesmas. - Keluarga mengatakan Ny. R mengalami halusinasi pendengaran, jika kambuh maka Ny. R akan berbicara dan menangis sendiri dan halusinasi Ny. R terjadi jika klien sedang sendirian. - Keluarga mengatakan cara memutuskan halusinasi Ny.R adalah dengan cara menepuk punggung Ny. R dan mengingatkan Ny. R untuk menghardik suara tersebut. 	<ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan akan mengingatkan Tn. M untuk melakukan jadwal kegiatan tersebut, terutama jadwal minum obat. - Keluarga mengatakan paham tentang cara merujuk/<i>follow up</i> klien ke puskesmas. - Keluarga mengatakan Tn. M mengalami halusinasi pendengaran, jika kambuh maka Tn. M akan berbicara sendiri dan marah tanpa sebab dan halusinasi Tn. M terjadi jika klien sedang melamun. - Keluarga mengatakan cara memutuskan halusinasi Tn. M adalah dengan cara menepuk punggung Tn. M dan mengingatkan Tn. M untuk menghardik suara tersebut.
--	----------------------	-------------	---	---	---

				<p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga terlihat senang dengan jadwal harian yang sudah Ny. R susun. - Keluarga menyimak dengan baik cara merujuk/<i>follow up</i> klien ke puskesmas. - Keluarga dapat menyebutkan kembali secara sederhana pengertian halusinasi, jenis halusinasi yang dialami klien, tanda dan gejala yang dialami klien serta proses terjadinya halusinasi klien. - Keluarga mampu menyebutkan dan mempraktikan cara merawat langsung kepada Ny. R. <p>A: SP3K tercapai</p>	<p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga terlihat senang dengan jadwal harian yang sudah Tn. M susun. - Keluarga menyimak dengan baik cara merujuk/<i>follow up</i> klien ke puskesmas. - Keluarga dapat menyebutkan kembali secara sederhana pengertian halusinasi, jenis halusinasi yang dialami klien, tanda dan gejala yang dialami klien serta proses terjadinya halusinasi klien. - Keluarga mampu menyebutkan dan mempraktikan cara merawat langsung kepada Ny. R. <p>A: SP3K tercapai</p>
--	--	--	--	--	--

				<p>P: Perawat: Evaluasi kembali SP1K, SP2K, dan SP3K. Diskusikan kembali jika ada yang belum dipahami keluarga.</p> <p>Keluarga: - Evaluasi kembali tentang pengertian halusinasi, jenis halusinasi yang dialami klien, tanda dan gejala serta proses terjadinya halusinasi yang sudah dijelaskan. - Evaluasi kembali cara keluarga merawat klien dengan halusinasi. - Evaluasi kembali tentang cara merujuk/<i>follow up</i> klien ke puskesmas.</p>	<p>P: Perawat: Evaluasi kembali SP1K, SP2K, dan SP3K. Diskusikan kembali jika ada yang belum dipahami keluarga.</p> <p>Keluarga: - Evaluasi kembali tentang pengertian halusinasi, jenis halusinasi yang dialami klien, tanda dan gejala serta proses terjadinya halusinasi yang sudah dijelaskan. - Evaluasi kembali cara keluarga merawat klien dengan halusinasi. Evaluasi kembali tentang cara merujuk/<i>follow up</i> klien ke puskesmas.</p>
--	--	--	--	--	--

Tabel 4.8 Evaluasi Kemampuan Klien dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran

No	Kemampuan	Klien 1						Klien 2					
		H1	H2	H3	H4	H5	H6	H1	H2	H3	H4	H5	H6
1.	Mengenal jenis halusinasi	✓						✓					
2.	Mengenal isi halusinasi	✓						✓					
3.	Mengenal waktu halusinasi	✓						✓					
4.	Mengenal frekuensi halusinasi	✓						✓					
5.	Mengenal situasi yang menimbulkan halusinasi	✓						✓					
6.	Menjelaskan respons terhadap halusinasi	✓						✓					
7.	Mampu menghardik halusinasi	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
8.	Melakukan bercakap-cakap jika terjadi halusinasi		✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓
9.	Membuat jadwal kegiatan harian			✓						✓			
10.	Melakukan kegiatan harian sesuai jadwal				✓	✓	✓				✓	✓	✓
11.	Minum obat secara teratur	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓

Tabel 4.9 Hasil Observasi Kemampuan Keluarga Dalam Merawat Klien Dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran.

No	Aspek Penilaian Kemampuan	Skor Penilaian											
		Keluarga 1						Keluarga 2					
		H1	H2	H3	H4	H5	H6	H1	H2	H3	H4	H5	H6
1.	Mengenal masalah kesehatan keluarga												
	a. Menyebutkan pengertian halusinasi	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1
	b. Menyebutkan penyebab halusinasi	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1
	c. Menyebutkan jenis halusinasi yang di alami oleh pasien	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1
2.	d. Menyebutkan tanda dan gejala halusinasi pasien	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1
	Membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat												
2.	a. Mempunyai sikap positif terhadap masalah kesehatan	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	b. Mempercayai tenaga kesehatan terhadap masalah kesehatan.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3.	Memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit												
	a. Memperagakan latihan cara memutuskan halusinasi pasien	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
	b. Mengajak pasien bercakap-cakap saat pasien berhalusinasi	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
	c. Memantau aktivitas sehari-hari sesuai jadwal aktivitas	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
4.	d. Memantau dan memenuhi obat untuk pasien	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1
	Mempertahankan suasana rumah sehat												
	a. Sirkulasi udara yang lancar	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	b. Penerangan sinar yang memadai	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0
	c. Air yang bersih	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
5.	d. Pembuangan limbah yang terkontrol	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	e. Ruangan tidak tercemar	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Menggunakan fasilitas kesehatan yang ada di masyarakat												
5.	a. Menyebutkan sumber-sumber pelayanan kesehatan yang tersedia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	b. Memanfaatkan sumber-sumber pelayanan kesehatan terdekat.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Total Kemampuan		10	10	11	14	16	17	8	10	10	13	14	14

4.2 Pembahasan

Pada hasil studi kasus tentang asuhan keperawatan jiwa pada klien halusinasi pendengaran terintegrasi keluarga di wilayah kerja Puskesmas Lempake, diperoleh hasil adanya perbedaan antara Subjek 1 dan Subjek 2. Pada Subjek 1, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 6 hari dalam bentuk Strategi Pelaksanaan (SP), evaluasi akhir yang didapatkan adalah klien mampu membina hubungan saling percaya, klien kooperatif, klien dapat melakukan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, bercakap-cakap, melakukan kegiatan, serta mampu menunjukkan dan menyebutkan kembali jenis obat dan manfaatnya. Sedangkan evaluasi untuk keluarga, keluarga sudah mampu mengenal dan menyebutkan kembali secara sederhana pengertian halusinasi, jenis halusinasi yang dialami klien, tanda dan gejala serta proses terjadinya halusinasi. Keluarga juga mampu mempraktikkan cara merawat langsung kepada klien dan dapat menyebutkan kembali cara merujuk/*follow up* klien ke Puskesmas. Berdasarkan tabel observasi, setiap hari Keluarga 1 menunjukkan peningkatan kemampuan keluarga dalam merawat klien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran. Pada hari ke-6 Keluarga 1 mampu melakukan semua aspek yang diharapkan.

Sedangkan pada Subjek 2, evaluasi akhir yang didapat pada Subjek 2 adalah klien mampu membina hubungan saling percaya, klien kooperatif, klien dapat melakukan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, bercakap-cakap, melakukan kegiatan, serta mampu menunjukkan dan menyebutkan kembali jenis obat dan manfaatnya. Sedangkan evaluasi untuk keluarga, keluarga sudah

mampu mengenal dan menyebutkan kembali secara sederhana pengertian halusinasi, jenis halusinasi yang dialami klien, tanda dan gejala serta proses terjadinya halusinasi. Keluarga juga mampu mempraktikkan cara merawat langsung kepada klien dan dapat menyebutkan kembali cara merujuk/*follow up* klien ke Puskesmas. Berdasarkan tabel observasi, setiap hari Keluarga 2 menunjukkan peningkatan kemampuan keluarga dalam merawat klien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran. Pada hari ke-6 Keluarga 2 mampu melakukan 14 aspek dari 17 aspek yang diharapkan.

Dalam penelitian Muttar Munir (2011) didapatkan bahwa klien dengan dukungan keluarga yang baik akan meningkatkan kesembuhan dan keberhasilan asuhan keperawatan. Menurut Delia dan Mahnum (2016), dukungan keluarga yang berperan dalam kesembuhan klien adalah dukungan emosional, dimana dukungan ini merupakan bentuk dukungan atau bantuan yang dapat memberikan rasa aman, cinta kasih, membangkitkan semangat, mengurangi putus asa, rasa rendah diri, rasa keterbatasan sebagai akibat dari ketidakmampuan fisik (penurunan kesehatan dan kelainan yang dialaminya). Dalam teori menurut Isnaini dkk (2009), motivasi diri sendiri memberikan peluang 40% kesembuhan, selebihnya adalah motivasi yang berasal dari lingkungan sekitar. Dalam penelitiannya Muttar Munir (2011) mengatakan bahwa klien dengan dukungan keluarga yang baik akan meningkatkan kesembuhan dan keberhasilan asuhan keperawatan.

Penulis berasumsi, selama 6 hari dilakukan tindakan keperawatan hasil evaluasi akhir kemampuan klien 1 (Ny. R) dan klien 2 (Tn. M) adalah berhasil.

Klien 1 mampu melakukan semua Strategi Pelaksanaan (SP) yang diajarkan karena klien mendapat dukungan yang adekuat dari keluarga setiap harinya. Dukungan keluarga yang adekuat inilah yang akhirnya membuat motivasi diri klien menjadi lebih baik daripada hari pertama. Sedangkan pada Klien 2, klien mampu melakukan semua Strategi Pelaksanaan (SP) yang diajarkan karena motivasi diri yang kuat untuk sembuh. Adanya pengalaman klien yang pernah dirawat di rumah sakit juga mempengaruhi kemudahan klien dalam menerima dan menerapkan Strategi Pelaksanaan (SP).

Akan tetapi untuk kemampuan keluarga dalam merawat klien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi, antara Keluarga 1 dan Keluarga 2 memiliki perbedaan. Hal tersebut terjadi karena beberapa faktor, antara lain faktor pendidikan dan dukungan keluarga. Pada data studi kasus ini, didapatkan bahwa pendidikan Keluarga 1 adalah SMP dan pendidikan Keluarga 2 adalah SMA. Walaupun memiliki pendidikan yang terbilang cukup, hal ini juga menyebabkan pengembangan wawasan dan informasi yang diberikan kurang maksimal. Pada Keluarga 1, didapatkan bahwa keluarga mampu menerima informasi dengan baik dikarenakan keinginan keluarga agar klien segera sembuh serta dukungan yang diberikan keluarga terbilang adekuat setiap harinya. Pada Keluarga 2 didapatkan bahwa keluarga juga mampu menerima informasi yang diberikan. Akan tetapi, akibat kesibukan keluarga dan kurangnya dukungan yang adekuat menyebabkan keluarga kurang merawat dan mengontrol halusinasi pasien.

Dalam melakukan perawatan kepada klien dengan halusinasi pendengaran, antara keluarga satu dengan keluarga yang lain tentu tidak sama. Akan tetapi,

dukungan keluarga yang adekuat sangat penting untuk dilakukan dalam upaya peningkatan status kesehatan klien. Dengan adanya dukungan keluarga, klien akan lebih semangat dan termotivasi sehingga menjadikan kehidupan klien menjadi berharga dan berarti bagi keluarganya. Klien akan merasakan bahwa dirinya masih dibutuhkan oleh orang lain khususnya oleh keluarga dimana klien dengan halusinasi tinggal. Saran penulis kepada keluarga adalah untuk selalu memberikan dukungan yang adekuat kepada klien dengan halusinasi. Dengan memberikan dukungan yang adekuat, akan memberikan rasa aman, cinta kasih dan membangkitkan semangat bagi klien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran.

BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil studi kasus yang dilakukan pada klien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran pada Subjek 1 dan Subjek 2, penulis mengambil kesimpulan sebagai berikut:

- 1) Pada proses pengkajian penulis mendapatkan data Subjek 1 adalah keluarga mengatakan saat sendirian klien terlihat berbicara sendiri, sesekali menangis tanpa sebab dan menutup telinganya. Klien juga mengatakan bahwa ia kembali mendengar suara bisikan akibat merindukan anak bungsunya. Pada Subjek 2 didapatkan data bahwa beberapa hari terakhir keluarga melihat Tn. M marah sendiri tanpa sebab. Saat ditanya, Tn. M kembali mendengar suara bisikan karena sudah tidak rutin mengkonsumsi obat.
- 2) Pada pengkajian keluarga, didapatkan data bahwa Keluarga 1 hanya mampu memenuhi pemberian obat dan mendampingi Klien 1 ke fasilitas kesehatan. Saat dilakukan observasi atau pengamatan awal keluarga, Keluarga 1 mampu melakukan 10 aspek dari 17 aspek yang diharapkan. Pada Keluarga 2, didapatkan data bahwa keluarga kurang mengawasi Klien 2 untuk minum obat karena pekerjaan yang cukup padat. Saat dilakukan observasi atau pengamatan awal keluarga, Keluarga 2 hanya mampu melakukan 8 aspek dari 17 aspek yang diharapkan.
- 3) Perumusan diagnosa keperawatan dilakukan dengan mengumpulkan data senjang yang diperoleh pada proses pengkajian, kemudian dirumuskan

diagnosa keperawatan yang terjadi pada klien. Diagnosa keperawatan yang muncul pada kedua subjek adalah gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran. Dalam hal ini penulis juga merumuskan diagnosa keperawatan yaitu kurang pengetahuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan dan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit.

- 4) Intervensi disusun sesuai dengan diagnosa keperawatan yang sudah dirumuskan dimana intervensi dibuat dalam bentuk Strategi Pelaksanaan (SP) yang meliputi SP pasien dan SP keluarga.
- 5) Implementasi dilakukan pada tanggal 8 April 2019 sampai dengan tanggal 13 April 2019 dengan waktu kunjungan 30 menit berdasarkan intervensi yang sudah dibuat yaitu penerapan Strategi Pelaksanaan pasien dan keluarga. Penulis menyimpulkan bahwa hubungan bina saling percaya mempermudah klien dalam menerima implementasi yang diberikan.
- 6) Evaluasi pada studi kasus ini adalah Subjek 1 dan Subjek 2 mampu membina hubungan saling percaya, klien kooperatif, klien dapat melakukan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, bercakap-cakap, melakukan kegiatan, serta mampu menunjukkan dan menyebutkan kembali jenis obat dan manfaatnya. Sedangkan untuk keluarga, Keluarga 1 dan Keluarga 2 sudah mampu mengenal dan menyebutkan kembali secara sederhana pengertian halusinasi, jenis halusinasi yang dialami klien, tanda dan gejala serta proses terjadinya halusinasi. Keluarga juga mampu mempraktikkan cara merawat langsung kepada klien dan dapat menyebutkan kembali cara merujuk/*follow up* klien ke Puskesmas. Berdasarkan tabel observasi, setiap hari Keluarga 1

dan Keluarga 2 menunjukkan peningkatan kemampuan keluarga dalam merawat klien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Perawat dan Puskesmas

Diharapkan dapat melakukan Strategi Pelaksanaan keluarga pada keluarga yang memiliki klien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran dan dapat sesering mungkin melakukan kunjungan rumah untuk dapat mengontrol pasien gangguan jiwa yang ada di wilayah kerja Puskesmas.

5.2.2 Bagi Pasien dan Keluarga

Diharapkan pasien selalu berlatih cara-cara mengontrol halusinasi dan melakukan aktivitas sehari-hari sesuai dengan jadwal aktivitas yang telah disusun. Untuk keluarga, diharapkan untuk selalu memberikan dukungan yang adekuat dan mengawasi pengobatan pasien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran agar pengobatan tidak putus.

5.2.3 Bagi Masyarakat Sekitar

Diharapkan masyarakat di lingkungan tempat tinggal pasien dapat mendukung dan ikut serta dalam melakukan perawatan pasien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran dan menerima pasien seperti masyarakat pada umumnya serta tidak mengucilkan pasien.

5.2.4 Bagi Peneliti Studi Kasus Selanjutnya

Diharapkan hasil karya tulis ilmiah ini dapat menjadi referensi lain serta acuan untuk dapat dikembangkan dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien halusinasi pendengaran terintegrasi keluarga.

DAFTAR PUSTAKA

- Ali, Z. 2009. *Dasar-Dasar Dokumentasi Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Alimul Hidayat, A. Aziz. 2010. *Metode Penelitian Kesehatan Paradigma Kuantitatif*. Jakarta: Health Books.
- Arif Budiman. 2013. *Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan Berobat Pasien yang Diterapi dengan Tamoxifen Setelah Operasi Kanker Payudara*. Jurnal Kesehatan Andalas.
- Asmadi. 2010. *Konsep Dasar Keperawatan*. Edisi I. Jakarta: EGC.
- Dalami, dkk. 2014. *Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Jiwa*. Jakarta: CV. Trans Info Media.
- Dermawan. 2012. *Proses Keperawatan: Penerapan Konsep & Kerangka Kerja*. Yogyakarta: Gosyen.
- Diit, J.Y. 2008. *Teori dan Tindakan Keperawatan Jiwa*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Direja, A.H.S. 2011. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Farida dan Yudi. 2010. *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta: Salemba Medika.
- Friedman. 2010. *Buku Ajar Keperawatan Keluarga: Riset, Teori, dan Praktek*. Edisi ke-5. Jakarta: EGC.
- Harmoko. 2012. *Asuhan Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Isnaini dkk. 2009. *Hubungan Antara Dukungan Keluarga dengan Keinginan untuk Sembuh pada Penyalahgunaan NAPZA di Lembaga Pemasarakatan Wirogunan Kota Yogyakarta*. Jurnal Universitas Ahmad Dahlan.
- Keliat, dkk. 2012. *Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas: CMN (Basic Course)*. Jakarta: EGC.

- Keliat dan Akemat. 2014. *Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa*. Jakarta: EGC.
- Kusumawati, Farida dan Yudi Hartono. 2010. *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta: Salemba Medika.
- Manurung, S. 2011. *Keperawatan Professional*. Jakarta: Trans Info Media.
- Maramis. 2015. *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*. Surabaya: Airlangga.
- Mubarak, dkk. 2009. *Ilmu Keperawatan Komunitas*. Jakarta: Salemba Medika.
- Muhith, A. 2015. *Pendidikan Keperawatan Jiwa Teori dan Aplikasi*. Yogyakarta: Andi of Set.
- Muttar, Munir. 2011. *Hubungan Dukungan Keluarga Terhadap Kesembuhan Klien Gangguan Halusinasi di Rumah Sakit Khusus Daerah (RSKD) Provinsi Sulawesi Selatan*. Skripsi Universitas Islam Negeri Alauddin.
- Nasir & Muhith. 2011. *Dasar-Dasar Keperawatan Jiwa*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam, 2008. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Rasmun. 2009. *Keperawatan Kesehatan Mental Psikiatri Terintegrasi dengan Keluarga*. Jakarta: CV. Sagung Seto.
- Setiadi. 2008. *Konsep & Proses Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Setiadi. 2012. *Konsep & Penulisan Dokumentasi Asuhan Keperawatan; Teori dan Praktik*. Yogyakarta: Graha Ilmu
- Stuart, G. W. 2013. *Principles and Practice of Psychiatric Nursing. 10th Ed.* Canada: Evolve
- Sumijatun. 2010. *Konsep Dasar Menuju Keperawatan Profesional*. Jakarta: Trans Info Media.

- Sulistiyowati, Novita. 2012. *Hubungan Pelaksanaan Tugas Kesehatan Keluarga dengan Kekambuhan Skizofrenia di Desa Paringan Kecamatan Jenangan Kabupaten Ponorogo*. Jurnal Universitas Airlangga.
- Suprajitno. 2014. *Asuhan Keperawatan Keluarga Aplikasi dalam Praktik*. Jakarta: EGC.
- Trimelia. 2011. *Asuhan Keperawatan Klien Halusinasi*. Jakarta: CV. Trans Info Media.
- Ulpa, Delia dan Mahnum Lainan Nst. 2016. *Dukungan dengan Bebab Keluarga Mengikuti Regimen Terapeutik Anggota Keluarga yang Mengalami Halusinasi*. Jurnal Fakultas Keperawatan Sumatera Utara.
- Wawan dan Dewi. 2011. *Teori & Pengukuran Pengetahuan, Sikap, dan Perilaku Manusia*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Yosep, Iyus. 2013. *Keperawatan Jiwa (Edisi Revisi)*. Bandung: Refika Aditama.
- Yosep dan Sutini, T. 2014. *Buku Ajar Keperawatan Jiwa dan Advance Mental Health Nursing*. Bandung: Refika Aditama.
- Yusuf, dkk. 2015. *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: Salemba Medika.

LAMPIRAN 1

LEMBAR PENJELASAN KARYA TULIS ILMIAH

Yth. Calon Responden

Di Tempat

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Mitha Chrisdayanti

NIM : P07220116065

Alamat : Jl. Turi Merah 2 No. 64 RT. 11 Bengkuring, Sempaja
Utara, Samarinda

Adalah mahasiswa Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur Jurusan Keperawatan yang akan melakukan penelitian yang berjudul “Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Klien Halusinasi Pendengaran Terintegrasi Dengan Keluarga Di Wilayah Puskesmas Lempake Samarinda”.

Tujuan penelitian ini adalah untuk memahami bagaimana asuhan keperawatan jiwa pada klien halusinasi pendengaran terintegrasi dengan keluarga di wilayah kerja Puskesmas Lempake Samarinda yang akan terjamin kerahasiaannya.

Bila bersedia, mohon untuk menandatangani lembar persetujuan menjadi partisipasi yang terlampir dalam lembar ini. Atas perhatian serta kesediaan Sdr/i, saya ucapkan terima kasih.

Samarinda, 8 April 2019

Penulis

LAMPIRAN 2

**LEMBAR INFORMED CONSENT (PERSETUJUAN MENJADI
PARTISIPAN)**

Subjek 1

INFORMED CONSENT

(Persetujuan Menjadi Partisipan)


Saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai penelitian yang akan dilakukan oleh Mitha Chrisdayanti dengan judul “Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Klien Halusinasi Pendengaran Terintegrasi Dengan Keluarga Di Wilayah Kerja Puskesmas Lempake Samarinda”

Saya memutuskan setuju untuk ikut berpartisipasi pada studi kasus ini secara sukarela tanpa paksaan. Bila selama penelitian ini saya mengundurkan diri, maka saya dapat mengundurkan diri sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun.

Samarinda, 8 April 2019

Saksi

Yang memberi
Persetujuan



Marlina



Rusmi

Samarinda, 8 April 2019

Peneliti



Mitha Chrisdayanti

P07220116065

Subjek 2

INFORMED CONSENT

(Persetujuan Menjadi Partisipan)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai penelitian yang akan dilakukan oleh Mitha Chrisdayanti dengan judul "Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Klien Halusinasi Pendengaran Terintegrasi Dengan Keluarga Di Wilayah Kerja Puskesmas Lempake Samarinda"

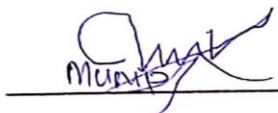
Saya memutuskan setuju untuk ikut berpartisipasi pada studi kasus ini secara suka rela tanpa paksaan. Bila selama penelitian ini saya mengundurkan diri, maka saya dapat mengundurkan diri sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun.

Samarinda, 8 April 2019

Saksi


ABDUL GAFAR

Yang memberi
Persetujuan


MITHA CHRISDAYANTI

Samarinda, 8 April 2019

Peneliti



Mitha Chrisdayanti

P07220116065

LAMPIRAN 3

STRATEGI PELAKSANAAN (SP) KLIEN 1 TINDAKAN KEPERAWATAN HARI KE-1 SP 1 PASIEN

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Klien

DS : Klien mengatakan bahwa tadi pagi ia kembali mendengar suara bisikan.

DO : Klien terlihat tidak fokus saat diajak berbicara

2. Tujuan

a. Klien dapat membina hubungan saling percaya.

b. Klien dapat mengenal halusinasinya.

c. Klien dapat mengontrol halusinasinya dengan cara menghardik.

3. Tindakan Keperawatan: SP 1 Pasien

B. Strategi Komunikasi/Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

FASE ORIENTASI

Salam terapeutik: “Selamat pagi Bu! Perkenalkan nama saya Mitha Chrisdayanti, saya lebih senang dipanggil Mitha. Saya mahasiswa dari Poltekkes yang akan merawat Ibu selama 6 hari ini. Nama Ibu siapa? Senangnya dipanggil apa?”

Evaluasi/validasi: “Bagaimana perasaan Ibu. R pada hari ini? Apa keluhan Ibu saat ini?”

Kontrak (topik, waktu, tempat): “Baiklah, bagaimana kalau kita bercakap-cakap tentang suara yang selama ini Ibu R dengar, tetapi tidak tampak wujudnya? Dimana kita duduk, Bu? Di ruang tamu? Berapa lama? Bagaimana kalau 30 menit?”

FASE KERJA

“Apakah Ibu R mendengar suara tanpa ada wujudnya? Apa yang dikatakan suara itu?”

“Apakah terus-menerus terdengar atau sewaktu-waktu? Kapan Ibu R paling sering mendengar suara itu? Berapa kali sehari Ibu R alami? Pada keadaan apa suara itu terdengar? Apakah pada waktu tersendiri?”

“Apa yang Ibu R rasakan pada saat mendengar suara itu? Apa yang Ibu R lakukan saat mendengar suara itu? Apakah dengan cara itu suara itu hilang? Bagaimana kalau kita belajar cara-cara untuk mencegah suara-suara itu muncul?” ”Ibu R, ada empat cara untuk mencegah suara-suara itu muncul. Pertama, dengan menghardik suara tersebut. Kedua, dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain. Ketiga, melakukan kegiatan yang sudah terjadwal, dan yang keempat minum obat dengan teratur.”

“Bagaimana kalau kita belajar satu cara dulu, yaitu dengan menghardik. Caranya adalah saat suara-suara itu muncul, langsung Ibu R bilang, pergi saya tidak mau dengar... Saya tidak mau dengar! Kamu suara palsu! Begitu diulang-ulang sampai suara itu tidak terdengar lagi. Coba Ibu R peragakan! Nah begitu... Bagus! Coba lagi! Ya, bagus, Ibu R sudah bisa.”

FASE TERMINASI

Evaluasi respon subjektif: “Bagaimana perasaan Ibu R setelah memeragakan latihan tadi?”

Evaluasi respon objektif: “Coba Ibu R sebutkan kembali suara-suara yang Ibu R dengar itu namanya apa? Suaranya mengatakan apa? Berapa kali muncul dalam sehari? Dalam keadaan apa suara itu terdengar? Apa yang Ibu R rasakan dan apa yang Ibu lakukan?”

“Coba sebutkan lagi 4 cara untuk mencegahnya? Ya, bagus Bu!”

“Nah, sekarang coba Ibu R praktikkan lagi cara menghardik. Iya bagus sekali Bu!”

Rencana tindak lanjut: “Bagaimana kalau kita buat jadwal latihannya? Mau jam berapa Bu latihannya? Bagaimana jika jam 12:00 dan 16:00? (Memasukkan kegiatan latihan menghardik halusinasi dalam jadwal kegiatan harian pasien)”

Kontrak yang akan datang: “Bagaimana kalau besok kita bertemu lagi untuk belajar dan latihan mengendalikan suara-suara dengan cara yang kedua?”

Pada jam berapa Ibu R? Bagaimana kalau jam 4 sore? Dimana tempatnya? Baiklah, sampai jumpa.”

**STRATEGI PELAKSANAAN (SP) KLIEN 1
TINDAKAN KEPERAWATAN HARI KE-2
SP 2 PASIEN**

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Klien

DS : Klien mengatakan bahwa tadi pagi ia kembali mendengar suara bisikan, tetapi segera ia hardik.

DO : Terdapat kontak mata, klien kooperatif, klien dapat melakukan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik.

2. Tujuan

Klien dapat mengontrol halusinasinya dengan cara bercakap-cakap.

3. Tindakan Keperawatan: SP 2 Pasien

B. Strategi Komunikasi/Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

ORIENTASI

Salam terapeutik: “Selamat pagi Ibu R! Sesuai dengan janji saya kemarin, sekarang saya datang lagi. Ibu masih ingatkan dengan saya? Coba siapa? Iya bagus.”

“Tujuan saya sekarang ini akan mengajarkan cara mencegah/mengontrol halusinasi yang kedua”

Evaluasi/validasi: “Bagaimana perasaan Ibu R hari ini? Apakah suara-suaranya masih sering terdengar? Apakah Ibu R sudah berlatih cara menghardik sesuai jadwal yang dibuat dan apakah Ibu R sudah mempraktikkannya? Coba Ibu praktikkan lagi cara meghardik halusinasi tersebut. Ya bagus!”

Kontrak (topik, waktu, tempat): “Baik sekarang kita akan belajar cara mencegah/mengontrol halusinasi yang kedua yaitu bercakap-cakap dengan

orang lain. Mau berapa lama bincang-bincangnya Ibu R? Bagaimana kalau 30 menit? Dimana tempatnya? Disini saja ya.”

FASE KERJA

“Cara kedua untuk mencegah/mengontrol halusinasi adalah dengan bercakap-cakap dengan orang lain. Jadi kalau Ibu R mulai mendengar suara-suara, langsung saja cari teman untuk diajak ngobrol. Minta teman untuk ngobrol dengan Ibu. Contohnya begini: Tolong, saya mulai mendengar suara-suara. Ayo ngobrol dengan saya!”

“Atau kalau ada orang di rumah, misalnya anak Ibu, katakan: “Nak, ayo ngobrol dengan saya. Saya sedang mendengar suara-suara. Begitu Ibu R. Coba Ibu R lakukan seperti yang saya tadi lakukan. Ya, begitu! Bagus! Coba sekali lagi! Bagus! Nah, latihan terus ya Ibu R!”

FASE TERMINASI

Evaluasi respon subjektif: “Bagaimana perasaan Ibu R setelah kita berlatih cara kedua, yaitu menemui orang lain dan bercakap-cakap?”

Evaluasi respon objektif: “Coba Ibu R praktikkan lagi cara yang barusan saya ajarkan. Ya bagus Bu! Jadi sudah berapa cara yang kita latih Bu? Coba sebutkan lagi? Ya bagus, jadi sudah 2 yaitu menghardik dan bercakap-cakap dengan orang lain”

Rencana tindak lanjut: “Mari kita masukkan dalam jadwal kegiatan harian Ibu R. Mau jam berapa berlatihnya Bu? Bagaimana satu kali sehari? Baik jadi jam 10 pagi ya Bu. Jangan lupa dilatih terus ya. Jadi kalau Ibu R mendengar suara-suara itu, Ibu R bisa praktikkan ke 2 cara yang sudah kita latih ya”

Kontrak yang akan datang (topik, waktu, tempat): “Besok kita ketemu lagi ya Bu, kita akan berlatih cara mengontrol halusinasi yang ketiga yaitu melaksanakan aktivitas terjadwal. Mau jam berapa Bu? Baik jam 4 sore. Waktunya berapa lama? Ya, 20 menit. Tempatnya dimana? Baiklah disini saja lagi ya Bu. Sampai jumpa.”

STRATEGI PELAKSANAAN (SP) KLIEN 1
TINDAKAN KEPERAWATAN HARI KE-3
SP 3 PASIEN

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Klien

DS : Klien mengatakan hari ini ia tidak mendengar suara bisikan.

DO : Terdapat kontak mata, klien kooperatif, klien dapat melakukan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik dan bercakap-cakap.

2. Tujuan

Klien dapat mengontrol halusinasinya dengan cara melakukan kegiatan terjadwal.

3. Tindakan Keperawatan: SP 3 Pasien

B. Strategi Komunikasi/Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

FASE ORIENTASI

Salam terapeutik: “Selamat pagi Ibu R! Sesuai dengan janji saya kemarin, sekarang saya datang kembali. Ibu R masih ingat dengan saya? Coba siapa? Iya bagus!”

“Tujuan saya sekarang ini akan mengajarkan cara mencegah/mengontrol halusinasi halusinasi yang ketiga”

Evaluasi/validasi: “Bagaimana perasaan Ibu R hari ini? Apakah suara-suara itu masih muncul? Ibu R masih ingat tidak apa yang sudah kita latih? Ada berapa cara? Ya bagus! Ada dua cara ya Bu, yaitu menghardik dan bercakap-cakap dengan orang lain.”

“Lalu apakah Ibu R sudah berlatih cara menghardik dan bercakap-cakap dengan orang lain sesuai jadwal yang dibuat? Bisa saya liat jadwalnya? Dan apakah Ibu R sudah mempraktikkannya? Ya bagus sekali Bu! Apa yang Ibu rasakan setelah melakukan latihan secara teratur?”

“Coba Ibu praktikkan kembali 2 cara yang sudah kita latih. Ya bagus sekali Bu!”

Kontrak (topik, waktu, tempat): “Baik sekarang kita akan belajar cara mengontrol halusinasi dengan cara ketiga yaitu melaksanakan aktivitas terjadwal. Mau berapa lama berlatihnya? Bagaimana kalau 30 menit? Dimana tempatnya? Baiklah disini saja.”

FASE KERJA

“Tujuan melaksanakan aktivitas terjadwal ini adalah untuk mencegah suara-suara itu datang lagi. Apa saja yang biasa Ibu R lakukan? Coba tulis lembar kegiatan ini ya? Tulis dari pagi bangun tidur sampai malam mau tidur lagi. Setelah itu apa lagi? (terus disebutkan atau ditulis sampai didapat kegiatannya sampai malam hari)”

“Wah bagus. Banyak sekali kegiatannya ya Bu. Sekarang kita latih satu kegiatan yang sudah Ibu R tulis ya. Ibu R mau melatih kegiatan yang mana? Bagaimana kalau sesuai jam sekarang? Sekarang jam 4 sore, jadi kegiatannya adalah? Wha bagus Bu!”

“Caranya mencuci piring bagaimana Bu? Ya bagus, caranya mencuci piring adalah... (sebutkan). Sekarang kita lakukan ya Bu. Bagus sekali Bu R bisa melakukannya.”

“Kegiatan ini dapat Ibu R lakukan untuk mencegah suara-suara tersebut muncul. Kegiatan yang lain akan kita latih lagi ya Ibu, supaya dari pagi sampai malam Ibu R selalu ada kegiatan.”

FASE TERMINASI

Evaluasi respon subjektif: “Bagaimana perasaan Ibu R setelah kita berlatih melakukan kegiatan?”

Evaluasi respon objektif: “Coba Ibu R sebutkan jadwal kegiatan hariannya. Ya bagus! Coba sekarang sebutkan lagi bagaimana cara mencuci piring yang barusan saya ajarkan? Ya bagus sekali Bu! Jadi sudah berapa cara yang kita latih Bu? Coba sebutkan lagi. Ya bagus Bu, jadi sudah ada 3 cara yaitu menghardik, bercakap-cakap dan melakukan aktivitas terjadwal.”

Rencana tindak lanjut: “Jangan lupa kegiatan yang terjadwal ini dilakukan ya Bu, juga dilatih cara menghardik dan bercakap-cakap dengan orang lainnya

sesuai jadwal. Jadi kalau Ibu R mendengar suara-suara itu lagi, Ibu R bisa praktikkan ke 3 cara yang sudah kita latih ya Bu.”

Kontrak yang akan datang: “Baik Ibu R, sekarang bincang-bincangnya sudah selesai. Bagaimana kalau besok saya datang lagi untuk latihan cara mengontrol halusinasi yang ke 4 yaitu minum obat. Mau jam berapa Bu? Baik jam 4 sore ya Bu. Waktunya berapa lama dan tempatnya mau dimana? Baik 30 menit saja dan tempatnya disini lagi ya Bu! Baiklah Bu, saya permisi dulu ya, jangan lupa Ibu R berlatih ya. Sampai jumpa!”

STRATEGI PELAKSANAAN (SP) KLIEN 1
TINDAKAN KEPERAWATAN HARI KE-3
SP 4 PASIEN

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Klien

DS : Klien mengatakan hari ini ia tidak mendengar suara bisikan.

DO : Terdapat kontak mata, klien kooperatif, klien dapat melakukan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, bercakap-cakap dan melakukan kegiatan secara terjadwal.

2. Tujuan

Klien dapat memanfaatkan obat dengan baik.

3. Tindakan Keperawatan: SP 4 Pasien

B. Strategi Komunikasi/Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

FASE ORIENTASI

Salam terapeutik: “Selamat pagi Bu! Sesuai dengan janji saya kemaren. Sekarang saya kembali lagi. Ibu R masih ingatkan dengan saya? Coba siapa? Wahh bagus. Tujuan saya sekarang ini akan mengajarkan cara mengontrol halusinasi dengan minum obat.”

Evaluasi/validasi: “Bagaimana perasaan Ibu R saat ini? Apakah suara-suaranya masih muncul? Apakah sudah dipakai tiga cara yang telah kita latih? Apakah jadwal kegiatannya sudah dilaksanakan? Bisa saya liat jadwalnya?”

Wahh bagus sekali Bu! Ibu R masih ingat apa yang sudah kita latih? Ya bagus! Coba praktekan! Ya bagus! Apakah Ibu R pagi ini sudah minum obat? Nama obatnya apa saja? Oh Ibu belum tau ya nama obatnya?”

Kontrak (topik, waktu, tempat): “Baik sekarang kita akan belajar cara mengontrol atau mencegah halusinasi dengan minum obat. Mau berapa lama berbincang-bincangnya? Bagaimana kalau 30 menit? Dimana tempatnya? Disini saja ya Bu.

FASE KERJA

“Ibu R, adakah bedanya setelah minum obat secara teratur? Apakah suara-suara berkurang atau hilang? Minum obat sangat penting agar suara-suara yang Ibu R dengar dan mengganggu selama ini tidak muncul lagi. Berapa macam obat Ibu R minum? (Perawat menyiapkan obat pasien). Ini yang berwarna orange (Chlorpromazine, CPZ) gunanya untuk menghilangkan suara-suara. Sedangkan yang merah jambu (Haloperidol, HLP) berfungsi untuk menenangkan pikiran dan menghilangkan suara-suara. Semua obat ini diminum sesuai resep ya Bu.. Kalau suara-suara sudah hilang, obatnya tidak boleh dihentikan. Nanti konsultasikan dengan dokter, sebab kalau putus obat, Ibu R akan kambuh dan sulit sembuh seperti keadaan semula. Kalau obat habis, Ibu R bisa ke Puskesmas ditemani oleh keluarganya untuk mendapatkan obat lagi. Ibu R juga harus teliti saat minum obat-obat ini. Pastikan obatnya benar, artinya Ibu R harus memastikan bahwa itu obat yang benar-benar punya Ibu R. Jangan keliru dengan obat milik orang lain. Baca nama kemasannya. Pastikan obat diminum pada waktunya, dengan cara yang benar, yaitu diminum sesudah makan dan tepat jamnya. Ibu R juga harus memperhatikan berapa jumlah obat sekali minum, dan Ibu R juga harus cukup minum 10 gelas per hari”

FASE TERMINASI

Evaluasi respon subjektif: “Bagaimana perasaan Ibu setelah kita bercakap-cakap mengenai obat?”

Evaluasi respon objektif: “Coba Ibu R sebutkan kembali obat-obat yang Bapak konsumsi? Ya benar sekali! Lalu sebutkan apa saja yang sudah saya ajarkan hari-hari sebelumnya?”

Rencana tindak lanjut: “Baiklah Ibu R, bagaimana kalau besok kita mendiskusikan lebih dalam lagi tentang apa yang belum Ibu R pahami?”

Kontrak yang akan datang: “Pukul berapa Bu ? Kita bertemu ditempat ini lagi ya? Baik, sampai jumpa.”

STRATEGI PELAKSANAAN (SP) KLIEN 1

TINDAKAN KEPERAWATAN HARI KE-4

SP 1 KELUARGA

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Keluarga

DS : Keluarga mengatakan tidak tahu penyebab pasti kekambuhan Ny. R, klien hanya diam di rumah. Keluarga mengatakan ingin tahu lebih tentang penyakit Ny. R.

DO : Keluarga terlihat bingung saat ditanya tentang halusinasi.

2. Tujuan

Keluarga dapat mengetahui pengertian halusinasi, jenis halusinasi yang dialami klien, tanda dan gejala halusinasi, serta proses terjadinya halusinasi.

3. Tindakan Keperawatan: SP 1 Keluarga

B. Strategi Komunikasi/Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

Salam terapeutik: “Selamat pagi Bapak! Perkenalkan nama saya Mitha Chrisdayanti, biasanya dipanggil Mitha. Saya mahasiswa dari Poltekkes yang akan merawat Ibu Bapak selama 7 hari ini. Nama Ibu siapa? Biasa dipanggil siapa?”

Evaluasi/validasi: “Bagaimana perasaan Bapak pada hari ini? Apa pendapat Bapak tentang Ibu R?”

Kontrak (topik, waktu, tempat): “Baiklah, bagaimana kalau kita berdiskusi tentang apa masalah yang Ibu Bapak alami dan bantuan apa yang Bapak dapat berikan? Mau diskusi di mana? Bagaimana kalau di ruang tamu? Mau berapa lama Pak? Bagaimana kalau 30 menit?”

FASE KERJA

“Masalah apa yang Bapak alami dalam merawat Ibu R? Apa yang Bapak lakukan?”

“Ya, gejala yang dialami oleh Ibu Bapak itu disebut halusinasi, yaitu mendengar sesuatu yang sebenarnya tidak ada bendanya. Tanda-tandanya bicara dan tertawa sendiri, atau marah-marah tanpa sebab. Jadi, jika Ibu Bapak mengatakan mendengar suara-suara, sebenarnya suara itu tidak ada. Oleh karena itu, kita diharapkan dapat membantunya dengan beberapa cara. Terdapat beberapa cara untuk membantu Ibu Bapak agar bisa mengendalikan halusinasi. Cara-cara tersebut adalah: Pertama, dihadapan Ibu Bapak, jangan membantah atau mendukung halusinasi. Katakan saja Bapak percaya bahwa Ibu R memang mendengar suara, tetapi Bapak sendiri tidak tidak mendengarnya. Kedua, jangan biarkan Ibu Bapak melamun dan sendiri karena kalau melamun halusinasi akan muncul lagi. Upayakan ada orang yang bercakap-cakap dengannya. Buat kegiatan keluarga seperti makan bersama dan ibadah bersama. Terkait dengan kegiatan, saya telah melatih Ibu Bapak untuk membuat jadwal kegiatan sehari-hari. Tolong Bapak pantau pelaksanaannya dan berikan pujian jika Ibu R berhasil melakukannya! Ketiga, bantu Ibu Bapak minum obat secara teratur. Jangan menghentikan obat tanpa konsultasi. Terkait dengan obat ini, saya juga sudah melatih Ibu Bapak untuk minum obat secara teratur. Jadi, Bapak dapat mengingatkan kembali. Obatnya ada dua macam, yang berwarna oranye namanya CPZ gunanya untuk menghilangkan suara-suara. Yang berwarna biru namanya HLP gunanya menenangkan pikiran. Semua obat ini harus Ibu R minum sesuai resep. Obat harus selalu diminum untuk mencegah kekambuhan. Terakhir, jika ada tanda-tanda halusinasi mulai muncul, putus halusinasi dengan cara menepuk punggung Ibu R. Kemudian suruh Ibu R menghardik suara tersebut. Ibu R

sudah saya ajarkan cara menghardik halusinasi. Sekarang, mari kita latih memutus halusinasi Ibu R. Sambil menepuk punggung Ibu Bapak/Ibu, katakan: Ibu R, sedang apa? Ibu ingatkan apa yang diajarkan perawat jika suara-suara itu datang? Ya, usir suara itu, Bu! Tutup telinga Ibu dan katakan pada suara itu saya tidak mau dengar! Ucapkan berulang-ulang, Ibu. Sekarang coba Bapak praktikkan cara yang baru saya ajarkan. Bagus Pak!”

FASE TERMINASI

Evaluasi respon subjektif: “Bagaimana perasaan Bapak setelah kita berdiskusi dan latihan memutus halusinasi Ibu R?”

Evaluasi respon objektif: “Sekarang coba Bapak sebutkan kembali empat cara merawat Ibu R! Wah, benar sekali Pak!

Rencana tindak lanjut: “Bagaimana kalau besok kita bertemu lagi untuk mempraktikkan cara memutus halusinasi langsung dihadapan Ibu R?”

Kontrak yang akan datang: “Jam berapa kita bertemu? Baiklah, sampai jumpa!”

STRATEGI PELAKSANAAN (SP) KLIEN 1

TINDAKAN KEPERAWATAN HARI KE-5

SP 2 KELUARGA

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Keluarga

DS : Keluarga mengatakan hanya mampu memberikan obat, tidak tahu bagaimana perawatan kepada klien terkait halusinasi.

DO : Keluarga terlihat bingung saat ditanya tentang cara merawat klien dengan halusinasi.

2. Tujuan

Keluarga dapat merawat langsung klien dengan halusinasi pendengaran.

3. Tindakan Keperawatan: SP 2 Keluarga.

B. Strategi Komunikasi/Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

FASE ORIENTASI

Salam terapeutik: “Selamat pagi Bapak! Sesuai dengan janji saya kemarin, sekarang saya datang lagi. Bapak masih ingat dengan saya? Ya, benar nama Saya Mitha.”

Evaluasi/validasi: “Bagaimana perasaan Bapak pagi ini? Apakah Bapak/Ibu masih ingat bagaimana cara memutus halusinasi pada Ibu R? Bagus!”

Kontrak (topik, waktu, tempat): “Sesuai dengan perjanjian kita, selama 30 menit ini kita akan mempraktikkan cara memutuskan halusinasi langsung dihadapan Ibu R. Mari kita datangi Ibu R!”

FASE KERJA

“Selamat pagi Ibu R, anak Ibu sangat ingin membantu Ibu R mengendalikan suara-suara yang sering Ibu dengar. Untuk itu pagi ini anak Ibu datang untuk mempraktikkan cara memutuskan halusinasi suara-suara yang Ibu R dengar. Jadi Bu, nanti kalau sedang dengar suara-suara dan Ibu R bicara atau tersenyum-senyum, anak bapak akan mengingatkan ya? Sekarang, coba Bapak peragakan cara memutuskan halusinasi yang sedang Ibu R alami seperti yang sudah kita pelajari sebelumnya. Tepuk punggung Ibu R lalu suruh Ibu R mengusir suara dengan menutup telinga dan menghardik suara tersebut. (Perawat mengobservasi apa yang dilakukan keluarga terhadap pasien)”

“Bagus sekali! Bagaimana Ibu R? Senang dibantu anaknya? Nah, Bapak ingin melihat jadwal harian Bapak. (Pasien memeragakan dan kemudian perawat mendorong keluarga untuk memberikan pujian). Baiklah, sekarang saya dan Bapak kembali ke ruang tamu ya. (Perawat dan Keluarga meninggalkan pasien untuk melakukan terminasi dengan keluarga”

FASE TERMINASI

Evaluasi respon subjektif: “Bagaimana perasaan Bapak setelah kita mempraktikkan cara merawat pasien secara langsung?”

Evaluasi respon objektif: “Baik Bapak, apakah masih ingat apa itu halusinasi? Jenis halusinasi yang dialami Ibu R apa ya Pak?”

Rencana tindak lanjut: “Baiklah Bapak, bagaimana kalau besok kita mendiskusikan lebih dalam lagi tentang cara merujuk”

Kontrak yang akan datang: “Mau jam berapa Pak/Ibu? Baik jam 4 sore ya Pak. Waktunya berapa lama dan tempatnya mau dimana? Baik 30 menit saja dan tempatnya disini lagi ya Pak! Baiklah Pak, saya permisi dulu ya.”

**STRATEGI PELAKSANAAN (SP) KLIEN 1
TINDAKAN KEPERAWATAN HARI KE-6
SP 3 KELUARGA**

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Keluarga

DS : Keluarga mengatakan kurang paham tentang cara merujuk/*follow up*.

DO : Keluarga terlihat bingung saat ditanya tentang tentang cara merujuk/*follow up*.

2. Tujuan

Keluarga dapat mengetahui cara membuat perencanaan aktivitas di rumah dan cara *follow up* dan rujukan pasien.

3. Tindakan Keperawatan: SP 4 Keluarga

B. Strategi Komunikasi/Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

FASE ORIENTASI

Salam terapeutik: “Selamat pagi Bapak! Sesuai dengan janji saya kemarin, sekarang saya datang lagi. Bapak masih ingat dengan saya? Ya, benar nama Saya Mitha.”

Evaluasi/validasi: “Bagaimana perasaan Bapak pagi ini? Apakah Bapak sudah mempraktikkan cara merawat Ibu R? Wah bagus sekali!”

Kontrak (topik, waktu, tempat): “Sesuai dengan perjanjian kita, selama 30 menit ini kita akan bicarakan jadwal Ibu R di rumah. Mau diskusi di mana? Bagaimana kalau di ruang tamu? Mau berapa lama Pak? Bagaimana kalau 30 menit?”

FASE KERJA

“Ini jadwal kegiatan Ibu R yang sudah saya dan Ibu R susun tadi. Coba Bapak lihat mungkinkah kegiatan ini dilakukan di rumah. Siapa yang kira-kira akan memotivasi dan mengingatkan? Bapak, jadwal kegiatan harian ini tolong dilaksanakan dengan baik ya, terutama jadwal minum obatnya”

“Hal-hal yang harus diperhatikan lebih lanjut adalah perilaku yang ditampilkan oleh Ibu R selama di rumah, misalnya kalau Ibu R terus mendengar suara-suara yang mengganggu dan tidak memperlihatkan perbaikan, menolak minum obat atau memperlihatkan perilaku membahayakan orang lain. Jika hal ini terjadi, segera hubungi Suster B di Puskesmas terdekat dari rumah Bapak/Ibu. Ini nomor telepon puskesmasnya: (0541)xxxxxx. Selanjutnya Suster B akan membantu memantau perkembangan Ibu R selama di rumah”

FASE TERMINASI

Evaluasi respon subjektif: “Bagaimana perasaan Bapak setelah saya jelaskan tentang cara merujuk? Apakah ada yang ditanyakan?”

Evaluasi respon objektif: “Coba Bapak sebutkan apa saja yang sudah saya ajarkan sebelumnya?”

Rencana tindak lanjut: “Baiklah Pak bagaimana kalau besok kita mendiskusikan lebih dalam lagi tentang apa yang belum Bapak pahami”

Kontrak yang akan datang: “Pukul berapa Pak? Kita bertemu ditempat ini lagi ya? Baik, sampai jumpa”

STRATEGI PELAKSANAAN (SP) KLIEN 2
TINDAKAN KEPERAWATAN HARI KE-1
SP 1 PASIEN

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Klien

DS : Klien mengatakan bahwa ia kembali mendengar suara bisik-bisikan yang mengatakan bahwa ia adalah pria yang tidak berguna.

DO : Klien terlihat tidak fokus saat diajak berbicara.

2. Tujuan

a. Klien dapat membina hubungan saling percaya.

b. Klien dapat mengenal halusinasinya.

c. Klien dapat mengontrol halusinasinya dengan cara menghardik.

3. Tindakan Keperawatan: SP 1 Pasien

B. Strategi Komunikasi/Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

FASE ORIENTASI

Salam terapeutik: “Selamat pagi Pak! Perkenalkan nama saya Mitha Chrisdayanti, saya lebih senang dipanggil Mitha. Saya mahasiswa dari Poltekkes yang akan merawat Bapak selama 6 hari ini. Nama Bapak siapa? Senangnya dipanggil apa?”

Evaluasi/validasi: “Bagaimana perasaan Bapak M pada hari ini? Apa keluhan Bapak saat ini?”

Kontrak (topik, waktu, tempat): “Baiklah, bagaimana kalau kita bercakap-cakap tentang suara yang selama ini Bapak M dengar, tetapi tidak tampak wujudnya? Dimana kita duduk, Pak? Di ruang tamu? Berapa lama? Bagaimana kalau 30 menit?”

FASE KERJA

“Apakah Bapak M mendengar suara tanpa ada wujudnya? Apa yang dikatakan suara itu?”

“Apakah terus-menerus terdengar atau sewaktu-waktu? Kapan Bapak M paling sering mendengar suara itu? Berapa kali sehari Bapak M alami? Pada keadaan apa suara itu terdengar? Apakah pada waktu tersendiri?”

“Apa yang Bapak M rasakan pada saat mendengar suara itu? Apa yang Bapak M lakukan saat mendengar suara itu? Apakah dengan cara itu suara itu hilang? Bagaimana kalau kita belajar cara-cara untuk mencegah suara-suara itu muncul?” ”Bapak M, ada empat cara untuk mencegah suara-suara itu muncul. Pertama, dengan menghardik suara tersebut. Kedua, dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain. Ketiga, melakukan kegiatan yang sudah terjadwal, dan yang keempat minum obat dengan teratur.”

“Bagaimana kalau kita belajar satu cara dulu, yaitu dengan menghardik. Caranya adalah saat suara-suara itu muncul, langsung Bapak M bilang, pergi saya tidak mau dengar... Saya tidak mau dengar! Kamu suara palsu! Begitu diulang-ulang sampai suara itu tidak terdengar lagi. Coba Bapak M peragakan! Nah begitu... Bagus! Coba lagi! Ya, bagus, Bapak M sudah bisa.”

FASE TERMINASI

Evaluasi respon subjektif: “Bagaimana perasaan Bapak M setelah memeragakan latihan tadi?”

Evaluasi respon objektif: “Coba Bapak M sebutkan kembali suara-suara yang Bapak M dengar itu namanya apa? Suaranya mengatakan apa? Berapa kali muncul dalam sehari? Dalam keadaan apa suara itu terdengar? Apa yang Bapak M rasakan dan apa yang Ibu lakukan?”

“Coba sebutkan lagi 4 cara untuk mencegahnya? Ya, bagus Pak!”

“Nah, sekarang coba Bapak M praktikkan lagi cara menghardik. Iya bagus sekali Pak!”

Rencana tindak lanjut: “Bagaimana kalau kita buat jadwal latihannya? Mau jam berapa Pak latihannya? Mau berapa kali? (Memasukkan kegiatan latihan menghardik halusinasi dalam jadwal kegiatan harian pasien)”

Kontrak yang akan datang: “Bagaimana kalau besok kita bertemu lagi untuk belajar dan latihan mengendalikan suara-suara dengan cara yang kedua?”

Pada jam berapa Bapak M? Bagaimana kalau jam 7 malam? Dimana tempatnya? Baiklah, sampai jumpa.”

STRATEGI PELAKSANAAN (SP) KLIEN 2
TINDAKAN KEPERAWATAN HARI KE-2
SP 2 PASIEN

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Klien

DS : Klien mengatakan bahwa hari ini ia tidak mendengar suara bisikan.

DO : Terdapat kontak mata, klien kooperatif, klien dapat melakukan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik.

2. Tujuan

Klien dapat mengontrol halusinasinya dengan cara bercakap-cakap.

3. Tindakan Keperawatan: SP 2 Pasien

B. Strategi Komunikasi/Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

ORIENTASI

Salam terapeutik: “Selamat pagi Bapak M! Sesuai dengan janji saya kemarin, sekarang saya datang lagi. Bapak masih ingatkan dengan saya? Coba siapa? Iya bagus.”

“Tujuan saya sekarang ini akan mengajarkan cara mencegah/mengontrol halusinasi yang kedua”

Evaluasi/validasi: “Bagaimana perasaan Bapak M hari ini? Apakah suara-suaranya masih sering terdengar? Apakah Bapak M sudah berlatih cara menghardik sesuai jadwal yang dibuat dan apakah Bapak M sudah mempraktikkannya? Coba Bapak praktikkan lagi cara meghardik halusinasi tersebut. Ya bagus!”

Kontrak (topik, waktu, tempat): “Baik sekarang kita akan belajar cara mencegah/mengontrol halusinasi yang kedua yaitu bercakap-cakap dengan orang lain. Mau berapa lama bincang-bincangnya Bapak M? Bagaimana kalau 30 menit? Dimana tempatnya? Disini saja ya.”

FASE KERJA

“Cara kedua untuk mencegah/mengontrol halusinasi adalah dengan bercakap-cakap dengan orang lain. Jadi kalau Bapak M mulai mendengar suara-suara, langsung saja cari teman untuk diajak ngobrol. Minta teman untuk ngobrol dengan Bapak. Contohnya begini: Tolong, saya mulai mendengar suara-suara. Ayo ngobrol dengan saya!”

“Atau kalau ada orang di rumah, misalnya adik Bapak, katakan: “Dek, ayo ngobrol dengan saya. Saya sedang mendengar suara-suara. Begitu Bapak M. Coba Bapak M lakukan seperti yang saya tadi lakukan. Ya, begitu! Bagus! Coba sekali lagi! Bagus! Nah, latihan terus ya Bapak M!”

FASE TERMINASI

Evaluasi respon subjektif: “Bagaimana perasaan Bapak M setelah kita berlatih cara kedua, yaitu menemui orang lain dan bercakap-cakap?”

Evaluasi respon objektif: “Coba Bapak M praktikkan lagi cara yang barusan saya ajarkan. Ya bagus Pak! Jadi sudah berapa cara yang kita latih Pak? Coba sebutkan lagi? Ya bagus, jadi sudah 2 yaitu menghardik dan bercakap-cakap dengan orang lain”

Rencana tindak lanjut: “Mari kita masukkan dalam jadwal kegiatan harian Bapak M. Mau jam berapa berlatihnya Pak? Jangan lupa dilatih terus ya pak. Jadi kalau Bapak M mendengar suara-suara itu, Bapak M bisa praktikkan ke 2 cara yang sudah kita latih ya”

Kontrak yang akan datang (topik, waktu, tempat): “Besok kita ketemu lagi ya Pak, kita akan berlatih cara mengontrol halusinasi yang ketiga yaitu melaksanakan aktivitas terjadwal. Mau jam berapa Pak? Baik jam 7 malam. Waktunya berapa lama? Ya, 30 menit. Tempatnya dimana? Baiklah disini saja lagi ya Pak. Sampai jumpa.”

STRATEGI PELAKSANAAN (SP) KLIEN 2
TINDAKAN KEPERAWATAN HARI KE-3
SP 3 PASIEN

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Klien

DS : Klien mengatakan hari ini ia tidak mendengar suara bisikan.

DO : Terdapat kontak mata, klien kooperatif, klien dapat melakukan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik dan bercakap-cakap.

2. Tujuan

Klien dapat mengontrol halusinasinya dengan cara melakukan kegiatan terjadwal.

3. Tindakan Keperawatan: SP 3 Pasien

B. Strategi Komunikasi/Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

FASE ORIENTASI

Salam terapeutik: “Selamat pagi Bapak M! Sesuai dengan janji saya kemarin, sekarang saya datang kembali. Bapak M masih ingat dengan saya? Coba siapa? Iya bagus!”

“Tujuan saya sekarang ini akan mengajarkan cara mencegah/mengontrol halusinasi halusinasi yang ketiga”

Evaluasi/validasi: “Bagaimana perasaan Bapak M hari ini? Apakah suara-suara itu masih muncul? Bapak M masih ingat tidak apa yang sudah kita latih? Ada berapa cara? Ya bagus! Ada dua cara ya Pak, yaitu menghardik dan bercakap-cakap dengan orang lain.”

“Lalu apakah Bapak M sudah berlatih cara menghardik dan bercakap-cakap dengan orang lain sesuai jadwal yang dibuat? Bisa saya liat jadwalnya? Dan apakah Bapak M sudah mempraktikkannya? Ya bagus sekali Pak! Apa yang Bapak rasakan setelah melakukan latihan secara teratur?”

“Coba Bapak praktikkan kembali 2 cara yang sudah kita latih. Ya bagus sekali Pak!”

Kontrak (topik, waktu, tempat): “Baik sekarang kita akan belajar cara mengontrol halusinasi dengan cara ketiga yaitu melaksanakan aktivitas terjadwal. Mau berapa lama berlatihnya? Bagaimana kalau 30 menit? Dimana tempatnya? Baiklah disini saja.”

FASE KERJA

“Tujuan melaksanakan aktivitas terjadwal ini adalah untuk mencegah suara-suara itu datang lagi. Apa saja yang biasa Bapak M lakukan? Coba tulis lembar kegiatan ini ya? Tulis dari pagi bangun tidur sampai malam mau tidur lagi. Setelah itu apa lagi? (terus disebutkan atau ditulis sampai didapat kegiatannya sampai malam hari)”

“Wah bagus. Banyak sekali kegiatannya ya Pak. Sekarang kita latih satu kegiatan yang sudah Bapak M tulis ya. Bapak M mau melatih kegiatan yang mana? Bagaimana kalau sesuai jam sekarang? Sekarang jam 7 malam, jadi kegiatannya adalah merapikan kamar ya. Bagus Pak!”

“Caranya merapikan kamar bagaimana Pak? Ya bagus, caranya merapikan kamar adalah... (sebutkan). Sekarang kita lakukan ya Pak. Bagus sekali Bapak M bisa melakukannya.”

“Kegiatan ini dapat Bapak M lakukan untuk mencegah suara-suara tersebut muncul. Kegiatan yang lain akan kita latih lagi ya Bapak, supaya dari pagi sampai malam Bapak M selalu ada kegiatan.”

FASE TERMINASI

Evaluasi respon subjektif: “Bagaimana perasaan Bapak M setelah kita berlatih melakukan kegiatan?”

Evaluasi respon objektif: “Coba Bapak M sebutkan jadwal kegiatan hariannya. Ya bagus! Coba sekarang sebutkan lagi bagaimana cara menyapu yang barusan saya ajarkan? Ya bagus sekali Pak! Jadi sudah berapa cara yang kita latih Pak? Coba sebutkan lagi. Ya bagus Pak, jadi sudah ada 3 cara yaitu menghardik, bercakap-cakap dan melakukan aktivitas terjadwal.”

Rencana tindak lanjut: “Jangan lupa kegiatan yang terjadwal ini dilakukan ya Pak, juga dilatih cara menghardik dan bercakap-cakap dengan orang

lainnya sesuai jadwal. Jadi kalau Bapak M mendengar suara-suara itu lagi, Bapak M bisa praktikkan ke 3 cara yang sudah kita latih ya Bu.”

Kontrak yang akan datang: “Baik Bapak M, sekarang bincang-bincangnya sudah selesai. Bagaimana kalau besok saya datang lagi untuk latihan cara mengontrol halusinasi yang ke 4 yaitu minum obat. Mau jam berapa Pak? Baik jam 7 malam ya Pak. Waktunya berapa lama dan tempatnya mau dimana? Baik 30 menit saja dan tempatnya disini lagi ya Pak! Baiklah Pak, saya permisi dulu ya, jangan lupa Bapak M berlatih ya. Sampai jumpa!”

STRATEGI PELAKSANAAN (SP) KLIEN 2
TINDAKAN KEPERAWATAN HARI KE-3
SP 4 PASIEN

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Klien

DS : Klien mengatakan hari ini ia tidak mendengar suara bisikan.

DO : Terdapat kontak mata, klien kooperatif, klien dapat melakukan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, bercakap-cakap dan melakukan kegiatan secara terjadwal.

2. Tujuan

Klien dapat memanfaatkan obat dengan baik.

3. Tindakan Keperawatan: SP 4 Pasien

B. Strategi Komunikasi/Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

FASE ORIENTASI

Salam terapeutik: “Selamat pagi Pak! Sesuai dengan janji saya kemaren. Sekarang saya kembali lagi. Bapak M masih ingatkan dengan saya? Coba siapa? Wahh bagus. Tujuan saya sekarang ini akan mengajarkan cara mengontrol halusinasi dengan minum obat.”

Evaluasi/validasi: “Bagaimana perasaan Bapak M saat ini? Apakah suara-suaranya masih muncul? Apakah sudah dipakai tiga cara yang telah kita latih? Apakah jadwal kegiatannya sudah dilaksanakan? Bisa saya liat jadwalnya?”

Wahh bagus sekali Bu! Bapak M masih ingat apa yang sudah kita latih? Ya bagus! Coba praktekan! Ya bagus! Apakah Bapak M pagi ini sudah minum obat? Nama obatnya apa saja? Oh Ibu belum tau ya nama obatnya?”

Kontrak (topik, waktu, tempat): “Baik sekarang kita akan belajar cara mengontrol atau mencegah halusinasi dengan minum obat. Mau berapa lama berbincang-bincangnya? Bagaimana kalau 30 menit? Dimana tempatnya? Disini saja ya Pak.

FASE KERJA

“Bapak M, adakah bedanya setelah minum obat secara teratur? Apakah suara-suara berkurang atau hilang? Minum obat sangat penting agar suara-suara yang Bapak M dengar dan mengganggu selama ini tidak muncul lagi. Berapa macam obat Ibu R minum? (Perawat menyiapkan obat pasien). Ini yang berwarna orange (Chlorpromazine, CPZ) gunanya untuk menghilangkan suara-suara. Obat ini diminum sesuai resep ya Pak. Kalau suara-suara sudah hilang, obatnya tidak boleh dihentikan. Nanti konsultasikan dengan dokter, sebab kalau putus obat, Bapak M akan kambuh dan sulit sembuh seperti keadaan semula. Kalau obat habis, Bapak M bisa ke Puskesmas ditemani oleh keluarganya untuk mendapatkan obat lagi. Bapak M juga harus teliti saat minum obat-obat ini. Pastikan obatnya benar, artinya Bapak M harus memastikan bahwa itu obat yang benar-benar punya Bapak M. Jangan keliru dengan obat milik orang lain. Baca nama kemasannya. Pastikan obat diminum pada waktunya, dengan cara yang benar, yaitu diminum sesudah makan dan tepat jamnya. Bapak M juga harus memperhatikan berapa jumlah obat sekali minum, dan juga harus cukup minum 10 gelas per hari”

FASE TERMINASI

Evaluasi respon subjektif: “Bagaimana perasaan Bapak M setelah kita bercakap-cakap mengenai obat?”

Evaluasi respon objektif: “Coba Bapak M sebutkan kembali obat yang Bapak konsumsi? Ya benar sekali! Lalu sebutkan apa saja yang sudah saya ajarkan hari-hari sebelumnya?”

Rencana tindak lanjut: “Baiklah Bapak M, bagaimana kalau besok kita mendiskusikan lebih dalam lagi tentang apa yang belum Bapak M pahami”

Kontrak yang akan datang: “Pukul berapa Pak ? Kita bertemu ditempat ini lagi ya? Baik, sampai jumpa.”

STRATEGI PELAKSANAAN (SP) KLIEN 2
TINDAKAN KEPERAWATAN HARI KE-4
SP 1 KELUARGA

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Keluarga

DS : Keluarga mengatakan tidak tahu apa yang menyebabkan klien marah sendiri beberapa hari terakhir.

DO : Keluarga terlihat bingung saat ditanya tentang halusinasi.

2. Tujuan

Keluarga dapat mengetahui pengertian halusinasi, jenis halusinasi yang dialami klien, tanda dan gejala halusinasi, serta proses terjadinya halusinasi.

3. Tindakan Keperawatan: SP 1 Keluarga

B. Strategi Komunikasi/Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

Salam terapeutik: “Selamat pagi Ibu! Perkenalkan nama saya Mitha Chrisdayanti, biasanya dipanggil Mitha. Saya mahasiswa dari Poltekkes yang akan merawat anak bapak selama 7 hari ini. Nama Ibu siapa? Biasa dipanggil siapa?”

Evaluasi/validasi: “Bagaimana perasaan Ibu pada hari ini? Apa pendapat Ibu tentang kakak ipar Ibu?”

Kontrak (topik, waktu, tempat): “Baiklah, bagaimana kalau kita berdiskusi tentang apa masalah yang kakak ipar Ibu alami dan bantuan apa yang Ibu dapat berikan? Mau diskusi di mana? Bagaimana kalau di ruang tamu? Mau berapa lama Bu? Bagaimana kalau 30 menit?”

FASE KERJA

“Masalah apa yang Ibu alami dalam merawat Bapak M? Apa yang Ibu lakukan?”

“Ya, gejala yang dialami oleh kakak ipar Ibu itu disebut halusinasi, yaitu mendengar sesuatu yang sebenarnya tidak ada bendanya. Tanda-tandanya bicara dan tertawa sendiri, atau marah-marah tanpa sebab. Jadi, jika kakak ipar Ibu mengatakan mendengar suara-suara, sebenarnya suara itu tidak ada. Oleh karena itu, kita diharapkan dapat membantunya dengan beberapa cara. Terdapat beberapa cara untuk membantu kakak ipar Ibu agar bisa mengendalikan halusinasi. Cara-cara tersebut adalah: Pertama, dihadapan kakak ipar Ibu, jangan membantah atau mendukung halusinasi. Katakan saja Ibu percaya bahwa Bapak M memang mendengar suara, tetapi Ibu sendiri tidak tidak mendengarnya. Kedua, jangan biarkan kakak ipar Ibu melamun dan sendiri karena kalau melamun halusinasi akan muncul lagi. Upayakan ada orang yang bercakap-cakap dengannya. Buat kegiatan keluarga seperti makan bersama dan ibadah bersama. Terkait dengan kegiatan, saya telah melatih kakak ipar Ibu untuk membuat jadwal kegiatan sehari-hari. Tolong Ibu pantau pelaksanaannya dan berikan pujian jika Bapak M berhasil melakukannya! Ketiga, bantu kakak ipar Ibu minum obat secara teratur. Jangan menghentikan obat tanpa konsultasi. Terkait dengan obat ini, saya juga sudah melatih kakak ipar untuk minum obat secara teratur. Jadi, Ibu dapat mengingatkan kembali. Obatnya ada 1 macam, yang berwarna oranye namanya CPZ gunanya untuk menghilangkan suara-suara. Obat ini harus Bapak M minum sesuai resep.. Obat harus selalu diminum untuk mencegah kekambuhan. Terakhir, jika ada tanda-tanda halusinasi mulai muncul, putus halusinasi dengan cara menepuk punggung Bapak M. Kemudian suruh Bapak M menghardik suara tersebut. Bapak M sudah saya ajarkan cara menghardik halusinasi. Sekarang, mari kita latih memutus halusinasi Bapak M. Sambil menepuk punggung kakak Bapak/Ibu, katakan: Bapak M, sedang apa kamu? Bapak ingatkan apa yang diajarkan perawat jika suara-suara itu datang? Ya, usir suara itu, Pak! Tutup telinga Bapak dan katakan pada suara itu saya tidak mau dengar! Ucapkan

berulang-ulang, Bapak. Sekarang coba Ibu praktikkan cara yang baru saya ajarkan. Bagus Bu!”

FASE TERMINASI

Evaluasi respon subjektif: “Bagaimana perasaan Ibu setelah kita berdiskusi dan latihan memutuskan halusinasi Bapak M?”

Evaluasi respon objektif: “Sekarang coba Ibu sebutkan kembali empat cara merawat Bapak M! Wah, benar sekali Bu!

Rencana tindak lanjut: “Bagaimana kalau besok kita bertemu lagi untuk mempraktikkan cara memutus halusinasi langsung dihadapan Bapak M?”

Kontrak yang akan datang: “Jam berapa kita bertemu? Baiklah, sampai jumpa!”

STRATEGI PELAKSANAAN (SP) KLIEN 2

TINDAKAN KEPERAWATAN HARI KE-5

SP 2 KELUARGA

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Keluarga

DS : Keluarga mengatakan hanya mampu memberikan obat, tidak tahu bagaimana perawatan kepada klien terkait halusinasi.

DO : Keluarga terlihat bingung saat ditanya tentang cara merawat klien dengan halusinasi.

2. Tujuan

Keluarga dapat merawat langsung klien dengan halusinasi pendengaran.

3. Tindakan Keperawatan: SP 2 Keluarga

B. Strategi Komunikasi/Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

FASE ORIENTASI

Salam terapeutik: “Selamat pagi Ibu! Sesuai dengan janji saya kemarin, sekarang saya datang lagi. Ibu masih ingat dengan saya? Ya, benar nama Saya Mitha.”

Evaluasi/validasi: “Bagaimana perasaan Ibu pagi ini? Apakah Ibu masih ingat bagaimana cara memutus halusinasi pada Bapak M? Bagus!”

Kontrak (topik, waktu, tempat): “Sesuai dengan perjanjian kita, selama 30 menit ini kita akan mempraktikkan cara memutuskan halusinasi langsung dihadapan Bapak M. Mari kita datangi Bapak M!”

FASE KERJA

“Selamat pagi Bapak M, Ibu sangat ingin membantu Bapak M mengendalikan suara-suara yang sering Bapak dengar. Untuk itu pagi ini Ibu datang untuk mempraktikkan cara memutuskan halusinasi suara-suara yang Bapak M dengar. Jadi Bu, nanti kalau sedang dengar suara-suara dan Bapak M bicara atau tersenyum-senyum, Ibu akan mengingatkan ya? Sekarang, coba Ibu peragakan cara memutuskan halusinasi yang sedang Bapak M alami seperti yang sudah kita pelajari sebelumnya. Tepuk punggung Bapak M lalu suruh Bapak M mengusir suara dengan menutup telinga dan menghardik suara tersebut. (Perawat mengobservasi apa yang dilakukan keluarga terhadap pasien)” “Bagus sekali! Bagaimana Bapak M? Senang dibantu Ibu? Nah, Ibu ingin melihat jadwal harian Bapak. (Pasien memeragakan dan kemudian perawat mendorong keluarga untuk memberikan pujian). Baiklah, sekarang saya dan Ibu kembali ke ruang tamu ya. (Perawat dan Keluarga meninggalkan pasien untuk melakukan terminasi dengan keluarga)”

FASE TERMINASI

Evaluasi respon subjektif: “Bagaimana perasaan Ibu setelah kita mempraktikkan cara merawat pasien secara langsung?”

Evaluasi respon objektif: “Baik Ibu, apakah masih ingat apa itu halusinasi? Jenis halusinasi yang dialami Bapak M apa ya Bu?”

Rencana tindak lanjut: “Baiklah Ibu, bagaimana kalau besok kita mendiskusikan lebih dalam lagi tentang cara merujuk?”

Kontrak yang akan datang: “Mau jam berapa Ibu? Baik jam 7 malam ya Ibu. Waktunya berapa lama dan tempatnya mau dimana? Baik 30 menit saja dan tempatnya disini lagi ya Bu! Baiklah Bu, saya permissi dulu ya.”

STRATEGI PELAKSANAAN (SP) KLIEN 2
TINDAKAN KEPERAWATAN HARI KE-6
SP 3 KELUARGA

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Keluarga

DS : Keluarga mengatakan hanya mampu memberikan obat, tidak tahu bagaimana perawatan kepada klien terkait halusinasi.

DO : Keluarga terlihat bingung saat ditanya tentang cara merawat klien dengan halusinasi.

2. Tujuan

Keluarga dapat mengetahui cara membuat perencanaan aktivitas di rumah dan cara *follow up* dan rujukan pasien.

3. Tindakan Keperawatan: SP 3 Keluarga

B. Strategi Komunikasi/Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

FASE ORIENTASI

Salam terapeutik: “Selamat pagi Ibu! Sesuai dengan janji saya kemarin, sekarang saya datang lagi. Ibu masih ingat dengan saya? Ya, benar nama Saya Mitha.”

Evaluasi/validasi: “Bagaimana perasaan Ibu pagi ini? Apakah Ibu sudah mempraktikkan cara merawat Bapak M? Wah bagus sekali!”

Kontrak (topik, waktu, tempat): “Sesuai dengan perjanjian kita, selama 30 menit ini kita akan bicarakan jadwal Bapak M di rumah. Mau diskusi di mana? Bagaimana kalau di ruang tamu? Mau berapa lama Bu? Bagaimana kalau 30 menit?”

FASE KERJA

“Ini jadwal kegiatan Bapak M yang sudah saya dan Bapak M susun tadi. Coba Ibu lihat mungkinkah kegiatan ini dilakukan di rumah. Siapa yang kira-kira akan memotivasi dan mengingatkan? Ibu, jadwal kegiatan harian ini tolong dilaksanakan dengan baik ya, terutama jadwal minum obatnya”

“Hal-hal yang harus diperhatikan lebih lanjut adalah perilaku yang ditampilkan oleh Bapak M selama di rumah, misalnya kalau Bapak M terus mendengar suara-suara yang mengganggu dan tidak memperlihatkan perbaikan, menolak minum obat atau memperlihatkan perilaku membahayakan orang lain. Jika hal ini terjadi, segera hubungi Suster B di Puskesmas terdekat dari rumah Ibu. Ini nomor telepon puskesmasnya: (0541)xxxxxx. Selanjutnya Suster B akan membantu memantau perkembangan Bapak M selama di rumah”

FASE TERMINASI

Evaluasi respon subjektif: “Bagaimana perasaan Ibu setelah saya jelaskan tentang cara merujuk? Apakah ada yang ditanyakan?”

Evaluasi respon objektif: “Coba Ibu sebutkan apa saja yang sudah saya ajarkan sebelumnya?”

Rencana tindak lanjut: “Baiklah Bu, bagaimana kalau besok kita mendiskusikan lebih dalam lagi tentang apa yang belum Ibu pahami”

Kontrak yang akan datang: “Pukul berapa Bu? Kita bertemu ditempat ini lagi ya? Baik, sampai jumpa”

LAMPIRAN 4

STRATEGI PELAKSANAAN KUNJUNGAN RUMAH

A. Prosedur Tetap Pertemuan Keluarga Klien dengan Halusinasi

1. Sasaran

- a. Keluarga yang sedang dilakukan kunjungan rumah
- b. Keluarga dari klien halusinasi

2. Tujuan

- a. Keluarga dapat mengenal tentang masalah halusinasi
- b. Keluarga dapat mengambil keputusan untuk merawat klien yang halusinasi
- c. Keluarga dapat merawat klien halusinasi
- d. Keluarga dapat memodifikasi lingkungan dalam merawat klien
- e. Keluarga dapat memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada untuk merawat klien

3. Alat

- a. Lembar balik
- b. Leaflet

4. Langkah-langkah

- a. Menemui anggota keluarga yang sedang dilakukan kunjungan rumah.
- b. Memberi salam dan memperkenalkan diri (untuk pertemuan pertama) dan menyepakati kontrak.
- c. Menjelaskan tujuan pertemuan.
- d. Menanyakan kepada keluarga keadaan klien sebelum dirawat di rumah sakit dan masalah yang dialami dalam merawat.
- e. Memberi *reinforcement* positif bila keluarga telah merawat klien dengan benar.
- f. Menyampaikan perkembangan klien selama dirawat.
- g. Menjelaskan kepada keluarga tentang:

- 1) Pengertian halusinasi.
- 2) Proses terjadinya.
- 3) Tanda-tanda halusinasi.
- 4) Peran serta keluarga dalam merawat klien.
- 5) Memberikan kesempatan kepada keluarga untuk bertanya.
- 6) Mengevaluasi hal-hal yang telah didiskusikan dengan keluarga.
- 7) Memberikan *reinforcement* positif bila keluarga berhasil menjelaskan dengan benar.
- 8) Menanyakan hal-hal yang belum jelas dan memberikan leaflet sebagai alat bantu.
- 9) Terminasi dan menyepakati pertemuan yang akan datang (kapan berkunjung kembali, jam berapa, siapa yang akan berkunjung).

5. Tindak Lanjut

- a. Memfasilitasi keluarga melakukan tindakan asuhan keperawatan yang telah didiskusikan.
- b. Mengobservasi peran serta keluarga.
- c. Memberikan *reinforcement* pada keluarga terkait dengan tindakan positif yang dilakukan keluarga.

B. Fase-Fase dan Aktivitas Kunjungan Rumah

No.	Fase	Aktivitas
1.	Fase inisiasi	<ul style="list-style-type: none"> - Klarifikasi sumber rujukan untuk kunjungan rumah - Klarifikasi tujuan kunjungan ke rumah - Desain kunjungan ke rumah
2.	Fase pra kunjungan	<ul style="list-style-type: none"> - Lakukan kontrak dengan keluarga - Satukan persepsi tentang tujuan kunjungan dengan keluarga - Apa keinginan keluarga dari kunjungan rumah

		<ul style="list-style-type: none"> - Buat jadwal kunjungan - Telaah rujukan/<i>reference</i>
3.	Fase di dalam rumah	<ul style="list-style-type: none"> - Memperkenalkan diri, identitas diri dan profesional - Interaksi sosial - Tetapkan hubungan P & K - Implementasikan proses keperawatan
4.	Fase terminasi	<ul style="list-style-type: none"> - Telaah (evaluasi) kunjungan dengan keluarga - Rencanakan untuk kunjungan berikutnya
5.	Fase paska kunjungan	<ul style="list-style-type: none"> - Catat hasil kunjungan - Rencanakan kunjungan berikutnya

LAMPIRAN 5

JADWAL KEGIATAN STUDI KASUS

KETERANGAN	TANGGAL													
	MARET						APRIL							
	20	27	28	29	30	31	6	7	8	9	10	11	12	13
1) Pengurusan perijinan dengan institusi terkait yaitu Dinas Kesehatan Kota Samarinda.	■													
2) Pengurusan perijinan dengan institusi terkait yaitu Puskesmas Lempake Samarinda		■	■											
3) Mengambil data pasien jiwa di Puskesmas Lempake.				■										
4) Mengambil subjek sesuai kriteria subjek yang telah ditetapkan.					■	■								
5) Menjelaskan tujuan, manfaat, dan dampak dari penelitian yang dilakukan kepada calon responden.						■								
6) Meminta calon responden untuk menandatangani lembar <i>informed consent</i> sebagai bukti persetujuan penelitian.						■								
7) Melakukan Bina Hubungan Saling Percaya (BHSP) secara bertahap kepada responden.							■	■						
8) Melakukan tindakan keperawatan Strategi Pelaksanaan (SP) 1 Pasien.									■					
9) Melakukan tindakan keperawatan Strategi Pelaksanaan (SP) 2 Pasien.										■				

LAMPIRAN 6

SURAT PERIZINAN PELAKSANAAN RISET KEPERAWATAN POLTEKKES



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KALIMANTAN TIMUR

Jalan Kurnia Makmur No. 64 RT. 24 Kelurahan Harapan Baru Kecamatan Loa Janan Ilir
Samarinda Kalimantan Timur Telp (0541)738153, Faksimile (0541)768523
Laman: [http:// www.poltekkes-kaltim.ac.id](http://www.poltekkes-kaltim.ac.id) Surat Elektronik: poltekkes_smd2007@yahoo.co.id



Nomor : KH. 04.02/3.1/0981/2019
Lampiran : -
Perihal : **Mohon Izin Pelaksanaan Riset Keperawatan**

Samarinda, 19 Februari 2019

Yang terhormat,
Kepala Dinas Kesehatan Kota Samarinda
Di -
Samarinda

Dalam rangka Pelaksanaan Ujian Tahap Akhir Pendekatan Studi Kasus bagi mahasiswa Program Studi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kalimantan Timur, dengan ini kami mohon ijin untuk dapat melakukan kegiatan tersebut di Dinas Kesehatan Kota Samarinda, kepada mahasiswa di Bawah Ini :

Nama/NIM : **Mitha Chrisdayanti (P07220116065)**
Judul Penelitian : **Asuhan keperawatan jiwa pada klien halusinasi pendengaran terintegrasi dengan keluarga di wilayah kerja puskesmas lempake samarinda.**
Pembimbing : 1. Badar, SST., M.Kes
2. Ns. Gajali Rahman, S.Kep., M.Kep

Studi Kasus yang akan dilaksanakan mahasiswa bersifat sederhana dengan tidak mengabaikan etika dan prosedur yang berlaku.
Demikian permohonan kami, atas perhatian dan kesempatan yang diberikan diucapkan terima kasih.

a.n Direktur
Ketua Jurusan,

Hj. Umi Kalsum, S.Pd., M.Kes
NIP. 196508251985032001

Tembusan Kepada Yth. :

1. Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kaltim (sebagai laporan)
2. Pimpinan Puskesmas Lempake Samarinda
3. Mahasiswa yang bersangkutan

LAMPIRAN 7

SURAT PERIZINAN PELAKSANAAN RISET KEPERAWATAN
DINAS KESEHATAN

PEMERINTAHAN KOTA SAMARINDA
DINAS KESEHATAN

JALAN MILONO NO.1 TELP.(0541) 735660, 743822, FAX (0541) 737606
E-MAIL : up_dkk@yahoo.com
SAMARINDA

Samarinda, 20 Maret 2019

Kepada Yth,
Kepala UPT Puskesmas

Pkwi Lempatok

di - Tempat

No.	Uraian	Banyaknya	Keterangan
1.	Bersama ini kami minta kesediaan Bapak/Ibu untuk dapat membantu mahasiswa melakukan (Magang/Penelitian/Pengambilan Data*) Mahasiswa atas nama : Nama : <u>Milha Chrisdanti</u> Asal : <u>Pocutkes</u>	1 berkas	Disampaikan dengan hormat atas perhatian dan kerja samanya kami ucapkan terima kasih.

Kepala Dinas Kesehatan
Kota Samarinda



Dr. H. Rustom, M.Si
NIP. 196204121960011001



PEMERINTAH KOTA SAMARINDA
DINAS KESEHATAN


JALAN MILONO NO. 1 TELP. (0541) 735660, 743822 Fax. (0541) 737606
SAMARINDA KALIMANTAN TIMUR KODE POS 75121

LEMBAR DISPOSISI

Pabu

Sifat :	Kode : <i>443-</i>	No. Urut : <i>281</i>	Diterima Tgl. : <i>20-9-2019</i>
---------	--------------------	-----------------------	----------------------------------

Perihal :
Isi Ringkas : *Izin Pelaksanaan Riset*

Asal Surat : <i>POLTECES</i>	Tgl : <i>9/2/19</i> No. : <i>KH.04.02/3.1/0981/2019</i>
Diajukan/Diteruskan Kepada : <i>P2p</i> ↓ <i>Atm Lompoko</i>	Instruksi/Informasi <i>mohon dibantu sesuai Surat terlampir</i> <i>Terima kasih.</i> Kasie. Surveilans dan Imunisasi, Dinas Kesehatan Kota Samarinda  <i>dr. Nata Siswanto</i> NIP. 19710201 200312 1 004

LAMPIRAN 8

SURAT PERIZINAN PENELITIAN PUSKESMAS LEMPAKE



PEMERINTAH KOTA SAMARINDA
DINAS KESEHATAN KOTA SAMARINDA
UPT PUSKESMAS LEMPAKE

Jln. DI. Panjaitan Kebon Agung Lempake Telp. (0541) 280620

Nomor : 800 / *Kp* /100.02.24.007/2019
Lampiran :-
Perihal : Surat Keterangan Ijin Penelitian

Kepada Yth,
Keperawatan Politeknik Kesehatan Kalimantan
Timur
di-
Samarinda

Dengan Hormat,

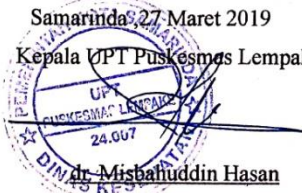
Sehubungan dengan adanya surat pengantar dari Keperawatan Politeknik Kesehatan Kalimantan Timur Samarinda

Dengan Nomor : KH.04.02/3.1/0981/2019 atas nama:

Nama : Mitha Chrisdayanti
NIM : P07220116065
Jurusan/Peminatan : DIII Keperawatan
Judul Skripsi/Karya Ilmiah : Asuhan Keperawatan Jiwa pada klien halusinasi pendengaran terintegrasi dengan keluarga di wilayah kerja puskesmas lempake

Dengan ini kami menyampaikan bersedia menerima ijin penelitian mahasiswa/i tersebut diatas di Puskesmas Lempake untuk keperluan menyelesaikan tugas Akhir/Tesis/ Karya Ilmiah di Akademik.

Demikian surat keterangan ini kami sampaikan. Atas perhatiannya dan kerja samanya kami ucapkan terima kasih.

Samarinda, 27 Maret 2019
Kepala UPT Puskesmas Lempake

Dr. Misbahuddin Hasan
NIP. 197104102010011012

LAMPIRAN 9

**SURAT PERIZINAN KUNJUNGAN RUMAH
DI WILAYAH KELURAHAN LEMPAKE RT 16 DAN RT 47**



**PEMERINTAH KOTA SAMARINDA
DINAS KESEHATAN KOTA SAMARINDA
UPTD PUSKESMAS LEMPAKE**



Jln. DI. Panjaitan Kebun Agung Kelurahan Lempake Kecamatan
Samarinda Utara Telp. (0514) 280620

Nomor : 800/ 241 /100.02.024.007 Samarinda, 15 April 2019
Lampiran : -
Perihal : Permohonan Ijin melakukan Asuhan Keperawatan Jiwa
(AKJ) di wilayah Kelurahan Lempake

Kepada Yth,
Ketua RT. 16 Kelurahan Lempake
di -
Samarinda

Dengan Hormat

Bersama ini kami sampaikan permohonan ijin kepada bapak Rt. Untuk dapat memberikan ijin kepada mahasiswa/I yang disebutkan namanya dibawah ini untuk dapat melakukan penelitian Asuhan Keperawatan (AKJ) di wilayah Rt. Bapak.

Nama : Mitha Chisdayanti
NIM : P07220116065
Jurusan : DIII Keperawatan Poltekes Kemenkes RI

Demikian Surat permohonan ijin kami sampaikan untuk dapat di pergunakan sebagai mana mestinya.


Kepala UPTD Puskesmas Lempake
Mitha Suryani, A.Md. Kep
NIP. 197102012003121004



PEMERINTAH KOTA SAMARINDA
DINAS KESEHATAN KOTA SAMARINDA
UPTD PUSKESMAS LEMPAKE



Jln. DI. Panjaitan Kebun Agung Kelurahan Lempake Kecamatan
Samarinda Utara Telp. (0514) 280620

Nomor : 800/ 241 /100.02.024.007 Samarinda, 15 April 2019
Lampiran : -
Perihal : Permohonan Ijin melakukan Asuhan Keperawatan Jiwa
(AKJ) di wilayah Kelurahan Lemapke

Kepada Yth,
Ketua RT. 47 Kelurahan Lempake
di -
Samarinda

Dengan Hormat

Bersama ini kami sampaikan permohonan ijin kepada bapak Rt. Untuk dapat memberikan ijin kepada mahasiswa/I yang disebutkan Namanya dibawah ini untuk dapat melakukan penelitian Asuhan Keperawatan (AKJ) di wilayah Rt. Bapak.

Nama : Mitha Chisdayanti
NIM : P07220116065
Jurusan : DIII Keperawatan Poltekes Kemenkes RI

Demikian Surat permohonan ijin kami sampaikan untuk dapat di pergunakan sebagai mana mestinya.


Kepala UPTD Puskesmas Lempake
Mitha Suryani, A.Md. Kep
NIP. 197102012003121004

LAMPIRAN 10

LEAFLET MERAWAT PASIEN HALUSINASI DI RUMAH

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

MERAWAT PASIEN HALUSINASI DI RUMAH

**POLTEKES KALTIM
KEMENKES KALTIM**

JANGAN DIABAIKAN, JANGAN DITAKUTI. TETAPI BANTULAH MEREKA.

Ingatkan pasien untuk menghardik suara tersebut dan katakan: "Bapak/Ibu ingat apa yang diajarkan perawat jika suara-suara itu datang? Ya, usir suara tersebut! Tutup telinga dan katakan saya tidak mau dengar secara berulang-ulang".

6

1 APA ITU HALUSINASI?



HALUSINASI adalah keadaan dimana seseorang mendengar sesuatu yang sebenarnya tidak ada benda/wujudnya.

TANDA - TANDA

- Berbicara sendiri
- Tertawa atau tersenyum sendiri
- Marah-marah tanpa sebab

2



KEDUA, jangan biarkan pasien melamun dan sendiri. Upayakan ada seseorang yang bercakap-cakap dengannya dan buatlah kegiatan keluarga seperti makan bersama dan beribadah.

4



CARA MEMBANTU MENGENDALIKAN HALUSINASI PASIEN :

PERTAMA, jangan membantah atau mendukung halusinasi. Katakan kepada pasien: "Saya percaya Bapak/Ibu memang mendengar suara, tetapi saya sendiri tidak dapat mendengarnya"

3

KETIGA, bantu pasien untuk minum obat secara teratur. Jangan menghentikan obat tanpa konsultasi dengan dokter.

KEEMPAT, jika tanda-tanda halusinasi mulai muncul, putus halusinasi dengan cara menepuk punggung pasien.

5

LAMPIRAN 11

DOKUMENTASI KEGIATAN STUDI KASUS

Subjek 1



Subjek 2



LAMPIRAN 12

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
 POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KALTIM
 PRÓDI D-III KEPERAWATAN



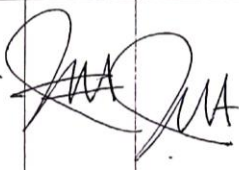

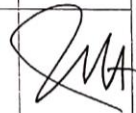







LEMBAR KONSULTASI

BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

NAMA : Mitha Chrisdayanti
 NIM : P07220116065
 NAMA PEMBIMBING : 1. Badar, SST., M.Kes
 2. Ns. Gajali Rahman, S. Kep., M.Kep

NO	TANGGAL	MATERI YANG DIKONSULKAN	SARAN PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING	
				P1	P2
1.	24/11/2018	Proposal BAB I (via e-mail) dan Judul	Subject penelitian tidak jelas. tentukan subjectnya siapa Rumster ulmy jurnal		
2.	26/11/2018	Proposal BAB I dan Judul	Jurnal Jombangk, Impact of PKM Lampung Berbasis sub J.		
3.	27/11/2018	Parab 1	- Perbaiki Latar Belakang - Tambahkan jurnal & pambila		

4.	30/11/2018	Bab 1, Bab 2, Bab 3	Perbaiki Bab 1, Bab 2, dan Bab 3		
5.	4/12/2018		Perbaiki Bab 1-3 sesuai koreksi		
6.	5/12/2018	Bab I - III	- Perbaiki cara penulisan - Lampiran/Lembar observasi. - Daftar Pustaka		
7	7/12/2018	Bab I - II	Perbaiki Bab II - III		
8.	10/12/2018	Bab I - III	- Perbaiki cara penulisan. - Daftar Pustaka		

9.	01/5/2019	Bab 4	Perbaiki-pembahasan menjadi pembahasan kelenjar dan pembahasan kelenj 2		
10.	16/5/2019	Bab 4	Tambahkan asumsi penulis		
11.	16/5/2019	Bab IV & V	Siemens kesimpulan di pembahasan		
12.	18/5/2019	Bab 4-5	pel. fup nijn		
13.	21/5/2019	Bab 1-V	Ace untuk ujian Seminar Hurd		

Ketua Prodi D-III Keperawatan

Poltekkes Kemenkes Kaltim



Ns. Andi Lis AG, M.Kep
NIP: 196803291994022001