

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN PERUBAHAN SENSORI PERSEPSI : HALUSINASI

BAB I

PENDAHULUAN

Halusinasi merupakan bentuk yang paling sering dari gangguan persepsi. Bentuk halusinasi ini bisa berupa suara-suara yang bising atau mendengung, tapi yang paling sering berupa kata-kata yang tersusun dalam bentuk kalimat yang agak sempurna. Biasanya kalimat tadi membicarakan mengenai keadaan pasien sedih atau yang dialamatkan pada pasien itu. Akibatnya pasien bisa bertengkar atau bicara dengan suara halusinasi itu. Bisa pula pasien terlihat seperti bersikap dalam mendengar atau bicara keras-keras seperti bila ia menjawab pertanyaan seseorang atau bibirnya bergerak-gerak. Kadang-kadang pasien menganggap halusinasi datang dari setiap tubuh atau diluar tubuhnya. Halusinasi ini kadang-kadang menyenangkan misalnya bersifat tiduran, ancaman dan lain-lain.

Persepsi merupakan respon dari reseptor sensoris terhadap stimulus eksternal, juga pengenalan dan pemahaman terhadap sensoris yang diinterpretasikan oleh stimulus yang diterima. Jika diliputi rasa kecemasan yang berat maka kemampuan untuk menilai realita dapat terganggu. Persepsi mengacu pada respon reseptor sensoris terhadap stimulus. Persepsi juga melibatkan kognitif dan pengertian emosional akan objek yang dirasakan. Gangguan persepsi dapat terjadi pada proses sensori penglihatan, pendengaran, penciuman, perabaan dan pengecapan. Menurut May Durant Thomas (1991) halusinasi secara umum dapat ditemukan pada pasien gangguan jiwa seperti: Skizoprenia, Depresi, Delirium dan kondisi yang berhubungan dengan penggunaan alcohol dan substansi lingkungan.

Berdasarkan hasil pengkajian pada pasien dirumah sakit jiwa Medan ditemukan 85% pasien dengan kasus halusinasi. Sehingga penulis merasa tertarik untuk menulis kasus tersebut dengan pemberian Asuhan keperawatan mulai dari pengkajian sampai dengan evaluasi.

BAB II

LANDASAN TEORITIS

A. KONSEP DASAR GANGGUAN PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI

1. PENGERTIAN

a. Persepsi

Adalah proses diterimanya rangsang sampai rangsang itu disadari dan dimengerti penginderaan/sensasi : proses penerimaan rangsang. Jadi gangguan persepsi adalah ketidakmampuan manusia dalam membedakan antara rangsang yang timbul dari sumber internal seperti pikiran, perasaan, sensasi somatik dengan impuls dan stimulus eksternal. Dengan maksud bahwa manusia masih mempunyai kemampuan dalam membandingkan dan mengenal mana yang merupakan respon dari luar dirinya.

Manusia yang mempunyai ego yang sehat dapat membedakan antara fantasi dan kenyataan. Mereka dalam menggunakan proses pikir yang logis, membedakan dengan pengalaman dan dapat memvalidasi serta mengevaluasinya secara akurat. Jika ego diliputi rasa kecemasan yang berat maka kemampuan untuk menilai realitas dapat terganggu. Persepsi mengacu pada respon reseptor sensoris terhadap stimulus eksternal. Misalnya sensoris terhadap rangsang, pengenalan dan pengertian akan perasaan seperti : ucapan orang, objek atau pemikiran. Persepsi melibatkan kognitif dan pengertian emosional akan objek yang dirasakan. Gangguan persepsi dapat terjadi pada proses sensoris dari pendengaran, penglihatan, penciuman, perabaan dan pengecapan. Gangguan ini dapat bersifat ringan, berat, sementara atau lama. (Harber, Judith, 1987, hal 725)

b. Halusinasi

Merupakan salah satu gangguan persepsi, dimana terjadi pengalaman panca indera tanpa adanya rangsangan sensorik (persepsi indra yang salah). Menurut Cook dan Fotaine (1987), halusinasi adalah persepsi sensorik tentang suatu objek, gambaran dan pikiran yang sering terjadi tanpa adanya rangsangan dari luar yang dapat meliputi semua sistem penginderaan (pendengaran, penglihatan, penciuman, perabaan atau pengecapan), sedangkan menurut Wilson (1983), halusinasi adalah gangguan penyerapan/persepsi panca indera tanpa adanya rangsangan dari luar yang dapat terjadi pada sistem penginderaan dimana terjadi pada saat kesadaran individu itu penuh dan baik. Maksudnya rangsangan tersebut terjadi pada saat klien dapat menerima rangsangan dari luar dan dari

individu. Dengan kata lain klien berespon terhadap rangsangan yang tidak nyata, yang hanya dirasakan oleh klien dan tidak dapat dibuktikan.

2. ETIOLOGI

Menurut Mary Durant Thomas (1991), Halusinasi dapat terjadi pada klien dengan gangguan jiwa seperti skizoprenia, depresi atau keadaan delirium, demensia dan kondisi yang berhubungan dengan penggunaan alkohol dan substansi lainnya. Halusinasi adapat juga terjadi dengan epilepsi, kondisi infeksi sistemik dengan gangguan metabolik. Halusinasi juga dapat dialami sebagai efek samping dari berbagai pengobatan yang meliputi anti depresi, anti kolinergik, anti inflamasi dan antibiotik, sedangkan obat-obatan halusinogenik dapat membuat terjadinya halusinasi sama seperti pemberian obat diatas. Halusinasi dapat juga terjadi pada saat keadaan individu normal yaitu pada individu yang mengalami isolasi, perubahan sensorik seperti kebutaan, kurangnya pendengaran atau adanya permasalahan pada pembicaraan.

Penyebab halusinasi pendengaran secara spesifik tidak diketahui namun banyak faktor yang mempengaruhinya seperti faktor biologis , psikologis , sosial budaya,dan stressor pencetusnya adalah stress lingkungan , biologis , pemicu masalah sumber-sumber koping dan mekanisme koping.

3. PSIKOPATOLOGI

Halusinasi merupakan bentuk yang paling sering dari gangguana persepsi. Bentuk halusinasi ini bisa berupa suara-suara yang bising atau mendengung, tapi yang paling sering berupa kata-kata yang tersusun dalam bentuk kalimat yang agak sempurna. Biasanya kalimat tadi membicarakan mengenai keadaan pasien sendiri atau yang dialamatkan pada pasien itu, akibatnya pasien bisa bertengkar atau bicara

dengan suara halusinasi itu. Bisa pula pasien terlihat seperti bersikap mendengar atau bicara-bicara sendiri atau bibirnya bergerak-gerak. Psikopatologi dari halusinasi yang pasti belum diketahui. Banyak teori yang diajukan yang menekankan pentingnya faktor-faktor psikologik, fisiologik dan lain-lain. Ada yang mengatakan bahwa dalam keadaan terjaga yang normal otak dibombardir oleh aliran stimulus yang datang dari dalam tubuh ataupun dari luar tubuh. Input ini akan menghambat persepsi yang lebih dari munculnya ke alam sadar. Bila input ini dilemahkan atau tidak ada sama sekali seperti yang kita jumpai pada keadaan normal atau patologis, maka materi-materi yang ada dalam unconscious atau preconscious bisa dilepaskan dalam bentuk halusinasi.

Pendapat lain mengatakan bahwa halusinasi dimulai dengan adanya keinginan yang direpresi ke unconscious dan kemudian karena sudah retaknya kepribadian dan rusaknya daya menilai realitas maka keinginan tadi diproyeksikan keluar dalam bentuk stimulus eksterna.

4. MANIFESTASI KLINIK

Tahap I

Menyeringai atau tertawa yang tidak sesuai Menggerakkan bibirnya tanpa menimbulkan suara

Gerakan mata yang cepat

Respon verbal yang lambat

Diam dan dipenuhi sesuatu yang mengasyikkan

Tahap II

Peningkatan sistem saraf otonom yang menunjukkan ansietas misalnya peningkatan nadi, pernafasan dan tekanan darah

Penyempitan kemampuan konsentrasi

Dipenuhi dengan pengalaman sensori dan mungkin kehilangan kemampuan untuk membedakan antara halusinasi dengan realitas.

Tahap III

Lebih cenderung mengikuti petunjuk yang diberikan oleh halusinasinya dari pada menolaknya

Kesulitan dalam berhubungan dengan orang lain

Rentang perhatian hanya beberapa menit atau detik

Gejala fisik dari ansietas berat seperti berkeringat, tremor, ketidakmampuan untuk mengikuti petunjuk

Tahap IV

Prilaku menyerang teror seperti panik

Sangat potensial melakukan bunuh diri atau membunuh orang lain

Kegiatan fisik yang merefleksikan isi halusinasi seperti amuk, agitasi, menarik diri atau katatonik

Tidak mampu berespon terhadap petunjuk yang kompleks

Tidak mampu berespon terhadap lebih dari satu orang

B. ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN DENGAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI :

HALUSINASI

Klien yang mengalami halusinasi sukar untuk mengontrol diri dan sukar untuk berhubungan dengan orang lain. Untuk itu perawat harus mempunyai kesadaran yang tinggi agar dapat mengenal, menerima dan mengevaluasi perasaan sendiri sehingga dapat menggunakan dirinya secara terapeutik dalam memberikan asuhan keperawatan terhadap klien halusinasi perawat harus bersikap jujur, empati, terbuka dan selalu memberi penghargaan namun tidak boleh tenggelam juga menyangkal halusinasi yang klien alami. Asuhan keperawatan tersebut dimulai dari tahap pengkajian sampai dengan evaluasi.

1. Pengkajian

Pada tahap ini perawat menggali faktor-faktor yang ada dibawah ini yaitu :

a. Faktor predisposisi.

Adalah faktor resiko yang mempengaruhi jenis dan jumlah sumber yang dapat dibangkitkan oleh individu untuk mengatasi stress. Diperoleh baik dari klien maupun keluarganya, mengenai faktor perkembangan sosial kultural, biokimia, psikologis dan genetik yaitu faktor resiko yang mempengaruhi jenis dan jumlah sumber yang dapat dibangkitkan oleh individu untuk mengatasi stress.

Faktor Perkembangan

Jika tugas perkembangan mengalami hambatan dan hubungan interpersonal terganggu maka individu akan mengalami stress dan kecemasan

Faktor Sosiokultural

Berbagai faktor dimasyarakat dapat menyebabkan seorang merasa disingkirkan oleh kesepian terhadap lingkungan tempat klien di besarkan.

Faktor Biokimia

Mempunyai pengaruh terhadap terjadinya gangguan jiwa. Dengan adanya stress yang berlebihan dialami seseorang maka didalam tubuh akan dihasilkan suatu zat yang dapat bersifat halusinogenik neurokimia seperti Buffofenon dan Dimetytranferase (DMP)

Faktor Psikologis

Hubungan interpersonal yang tidak harmonis serta adanya peran ganda yang bertentangan dan sering diterima oleh anak akan mengakibatkan stress dan kecemasan yang tinggi dan berakhir dengan gangguan orientasi realitas.

Faktor genetik

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

b. Faktor Presipitasi

Yaitu stimulus yang dipersepsikan oleh individu sebagai tantangan, ancaman/tuntutan yang memerlukan energi ekstra untuk coping. Adanya rangsang lingkungan yang sering yaitu seperti partisipasi klien dalam kelompok, terlalu lama diajak komunikasi, objek yang ada di lingkungan juga suasana sepi/isolasi adalah sering sebagai pencetus terjadinya halusinasi karena hal tersebut dapat meningkatkan stress dan kecemasan yang merangsang tubuh mengeluarkan zat halusinogenik.

c. Prilaku

Respon klien terhadap halusinasi dapat berupa curiga, ketakutan, perasaan tidak aman, gelisah dan bingung, prilaku merusak diri, kurang perhatian, tidak mampu mengambil keputusan serta tidak dapat membedakan keadaan nyata dan tidak nyata. Menurut Rawlins dan Heacock, 1993 mencoba memecahkan masalah halusinasi berlandaskan atas hakekat keberadaan seorang individu sebagai makhluk yang dibangun atas dasar unsur-unsur bio-psiko-sosio-spiritual sehingga halusinasi dapat dilihat dari lima dimensi yaitu :

1. Dimensi Fisik

Manusia dibangun oleh sistem indera untuk menanggapi rangsang eksternal yang diberikan oleh lingkungannya. Halusinasi dapat ditimbulkan oleh beberapa kondisi fisik seperti kelelahan yang luar biasa, penggunaan obat-obatan, demam hingga delirium, intoksikasi alkohol dan kesulitan untuk tidur dalam waktu yang lama.

2. Dimensi Emosional

Perasaan cemas yang berlebihan atas dasar problem yang tidak dapat diatasi merupakan penyebab halusinasi itu terjadi. Isi dari halusinasi dapat berupa perintah memaksa dan menakutkan. Klien tidak sanggup lagi menentang perintah tersebut hingga dengan kondisi tersebut klien berbuat sesuatu terhadap ketakutan tersebut.

3. Dimensi Intelektual

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

4. Dimensi Sosial

Dimensi sosial pada individu dengan halusinasi menunjukkan adanya kecenderungan untuk menyendiri. Individu 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 atau orang lain individu 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 mengusakan klien tidak menyendiri sehingga klien selalu berinteraksi dengan lingkungannya dan halusinasi tidak berlangsung.

5. Dimensi Spiritual

Manusia diciptakan Tuhan sebagai makhluk sosial, sehingga interaksi dengan manusia lainnya merupakan kebutuhan yang mendasar. Pada individu tersebut cenderung menyendiri hingga proses diatas tidak terjadi, individu tidak sadar dengan keberadaannya dan halusinasi menjadi sistem kontrol dalam individu tersebut. Saat halusinasi menguasai dirinya individu kehilangan kontrol kehidupan dirinya.

d. Sumber Koping

Suatu evaluasi terhadap pilihan koping dan strategi seseorang. Individu dapat mengatasi stress dan anxietas dengan menggunakan sumber koping dilingkungan. Sumber koping tersebut sebagai modal untuk menyelesaikan masalah, dukungan sosial dan keyakinan budaya, dapat membantu seseorang mengintegrasikan pengalaman yang menimbulkan stress dan mengadopsi strategi koping yang berhasil.

e. Mekanisme Koping

Tiap upaya yang diarahkan pada pelaksanaan stress, termasuk upaya penyelesaian masalah langsung dan mekanisme pertahanan yang digunakan untuk melindungi diri

2. DIAGNOSA KEPERAWATAN

Masalah yang dapat dirumuskan pada umumnya bersumber dari apa yang klien perlihatkan sampai dengan adanya halusinasi dan perubahan yang penting dari respon klien terhadap halusinasi. Adapun diagnosa keperawatan yang mungkin terjadi pada klien dengan halusinasi adalah sebagai berikut :

- a. Resiko perilaku kekerasan pada diri sendiri dan orang lain berhubungan dengan halusinasi
- b. Perubahan persepsi sensorik : halusinasi berhubungan dengan menarik diri
- c. Isolasi sosial : menarik diri berhubungan dengan harga diri rendah
- d. Defisit perawatan diri : Mandi/kebersihan berhubungan dengan ketidakmampuan dalam merawat diri

- e. Perubahan proses pikir : Waham berhubungan dengan harga diri rendah kronis
- f. Penatalaksanaan regimen terapeutik inefektif berhubungan dengan koping keluarga tak efektif
- g. Kerusakan komunikasi verbal
- h. Gangguan pola tidur berhubungan dengan halusinasi
- i. Koping individu tidak efektif

3. PERENCANAAN TINDAKAN

- a. Resiko perilaku kekerasan pada diri sendiri dan orang lain berhubungan

dengan halusinasi Tujuan Umum : Tidak terjadi perilaku kekerasan pada diri sendiri dan orang lain.

Tujuan khusus :

1. Klien dapat membina hubungan saling percaya
2. Klien dapat mengenal halusinasinya
3. Klien dapat mengontrol halusinasinya
4. Klien mendapat dukungan keluarga dalam mengontrol halusinasinya
5. Klien dapat menggunakan obat untuk mengontrol halusinasinya

Kriteria Evaluasi :

Klien dapat :

1. Mengungkapkan perasaannya dalam keadaan saat ini secara verbal
2. Menyebutkan tindakan yang biasa dilakukan saat halusinasi, cara memutuskan halusinasi dan melaksanakan cara yang efektif bagi klien untuk digunakan
3. Menggunakan keluarga untuk mengontrol halusinasi dengan cara sering berinteraksi dengan keluarga
4. Menggunakan obat dengan benar

Intervensi :

- 1.1. Bina Hubungan saling percaya
 - 1.1.1. Salam terapeutik
 - 1.1.2. Perkenalkan diri

- 1.1.3. Jelaskan tujuan interaksi
- 1.1.4. Ciptakan lingkungan yang tenang
- 1.1.5. Buat kontrak yang jelas
- 1.2. Beri kesempatan klien untuk mengungkapkan perasaannya
- 1.3. Dengarkan ungkapan klien dengan empati
- 1.4. Adakan kontak secara singkat tetapi sering secara bertahap (waktu disesuaikan dengan kondisi klien)
- 1.5. Observasi tingkah laku : verbal dan non verbal yang berhubungan dengan halusinasi
- 1.6. Jelaskan pada klien tanda-tanda halusinasi dengan menggambarkan tingkah laku halusinasi
- 1.7. Identifikasi bersama klien situasi yang menimbulkan dan tidak menimbulkan halusinasi, isi, waktu, frekuensi
- 1.8. Beri kesempatan klien untuk mengungkapkan perasaannya saat alami halusinasi.
- 2.1. Identifikasi bersama klien tindakan yang dilakukan bila sedang mengalami halusinasi.
- 3.1. Diskusikan cara-cara memutuskan halusinasi
- 3.2. Beri kesempatan pada klien untuk mengungkapkan cara memutuskan halusinasi yang sesuai dengan klien
- 3.3. Anjurkan klien untuk mengikuti terapi aktivitas kelompok
- 4.1. Anjurkan klien untuk memberitahu keluarga ketika mengalami halusinasi
- 4.2. Lakukan kunjungan rumah : Diskusikan dengan keluarga tentang :
 - 4.2.1 Halusinasi klien
 - 4.2.2 Cara memutuskan kelompok
 - 4.2.3 Cara merawat anggota keluarga halusinasi
 - 4.2.4 Cara memodifikasi lingkungan untuk menurunkan kejadian halusinasi
 - 4.2.5 Cara memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan pada saat mengalami halusinasi
- 5.1. Diskusikan dengan klien tentang manfaat obat untuk mengontrol halusinasi

5.2. Bantu klien menggunakan obat secara benar

b. Perubahan persepsi sensorik : halusinasi berhubungan dengan menarik diri

Tujuan Umum : Klien mampu mengontrol halusinasinya

Tujuan Khusus :

1. Klien mampu membina hubungan saling percaya
2. Klien mampu mengenal perilaku menarik dirinya, misalnya menyebutkan perilaku menarik diri
3. Klien mampu mengadakan hubungan/sosialisasi dengan orang lain : perawat atau klien lain secara bertahap
4. Klien dapat menggunakan keluarga dalam mengembangkan kemampuan berhubungan dengan orang lain

Kriteria Evaluasi :

1. Klien dapat dan mau berjabat tangan. Dengan perawat mau menyebutkan nama, mau memanggil nama perawat dan mau duduk bersama
2. Klien dapat menyebutkan penyebab klien menarik diri
3. Klien mau berhubungan dengan orang lain
4. Setelah dilakukan kunjungan rumah klien dapat berhubungan secara bertahap dengan keluarga

Intervensi :

1.1. Bina hubungan saling percaya

1.1.1 Buat kontrak dengan klien

1.1.2 Lakukan perkenalan

1.1.3 Panggil nama kesukaan

1.1.4 Ajak klien bercakap-cakap dengan ramah

2.1. Kaji pengetahuan klien tentang perilaku menarik diri dan tandatandanya serta beri kesempatan pada klien mengungkapkan perasaan penyebab klien tidak mau bergaul/menarik diri

2.2. Jelaskan pada klien tentang perilaku menarik diri, tanda-tanda serta yang mungkin jadi penyebab

2.3. Beri pujian terhadap kemampuan klien mengungkapkan perasaan

- 3.1. Diskusikan tentang keuntungan dari berhubungan
 - 3.2. Perlahan-lahan serta klien dalam kegiatan ruangan dengan melalui tahap-tahap yang ditentukan
 - 3.3. Beri pujian atas keberhasilan yang telah dicapai
 - 3.4. Anjurkan klien mengevaluasi secara mandiri manfaat dari berhubungan
 - 3.5. Diskusikan jadwal harian yang dapat dilakukan klien mengisi waktunya
 - 3.6. Motivasi klien dalam mengikuti aktivitas ruangan
 - 3.7. Beri pujian atas keikutsertaan dalam kegiatan ruangan
 - 4.1 Lakukan kunjungan rumah, bina hubungan saling percaya dengan keluarga
 - 4.2 Diskusikan dengan keluarga tentang perilaku menarik diri, penyebab dan cara keluarga menghadapi
 - 4.3 Dorong anggota keluarga untuk berkomunikasi
 - 4.4 Anjurkan anggota keluarga secara rutin menengok klien minimal sekali seminggu
- c. Isolasi sosial : menarik diri berhubungan dengan harga diri rendah

Tujuan Umum : Klien dapat berhubungan dengan orang lain secara bertahap

Tujuan Khusus :

Klien dapat :

1. Mengidentifikasi kemampuan yang dimiliki
2. Menilai kemampuan diri yang dapat dipergunakan
3. Klien mampu mengevaluasi diri
4. Klien mampu membuat perencanaan yang realistis untuk dirinya
5. Klien mampu bertanggung jawab dalam tindakan

Kriteria Evaluasi :

1. Klien dapat menyebut minimal 2 aspek positif dari segi fisik
2. Klien dapat menyebutkan coping yang dapat digunakan
3. Klien dapat menyebutkan efektifitas coping yang dipergunakan
4. Klien mampu memulai mengevaluasi diri

5. Klien mampu membuat perencanaan yang realistik sesuai dengan kemampuan yang ada pada dirinya

6. Klien bertanggung jawab dalam setiap tindakan yang dilakukan sesuai dengan rencanan

Intervensi :

1.1. Dorong klien untuk menyebutkan aspek positif yang ada pada dirinya dari segi fisik

1.2. Diskusikan dengan klien tentang harapan-harapannya

1.3. Diskusikan dengan klien keterampilannya yang menonjol selama di rumah dan di rumah sakit

1.4. Berikan pujian

2.1. Identifikasi masalah-masalah yang sedang dihadapi oleh klien

2.2. Diskusikan koping yang biasa digunakan oleh klien

2.3. Diskusikan strategi koping yang efektif bagi klien

3.1. Bersama klien identifikasi stressor dan bagaimana penilaian klien terhadap stressor

3.2. Jelaskan bahwa keyakinan klien terhadap stressor mempengaruhi pikiran dan perilakunya

3.3. Bersama klien identifikasi keyakinan ilustrasikan tujuan yang tidak realistik

3.4. Bersama klien identifikasi kekuatan dan sumber koping yang dimiliki

3.5. Tunjukkan konsep sukses dan gagal dengan persepsi yang cocok

3.6. Diskusikan koping adaptif dan maladaptif

3.7. Diskusikan kerugian dan akibat respon koping yang maladaptif

4.1. Bantu klien untuk mengerti bahwa hanya klien yang dapat merubah dirinya bukan orang lain

4.2. Dorong klien untuk merumuskan perencanaan/tujuannya sendiri (bukan perawat)

4.3. Diskusikan konsekuensi dan realitas dari perencanaan/tujuannya

4.4. Bantu klien untuk menetapkan secara jelas perubahan yang diharapkan

4.5. Dorong klien untuk memulai pengalaman baru untuk berkembang sesuai potensi yang ada pada dirinya

- 5.1. Beri kesempatan kepada klien untuk sukses
 - 5.2. Bantu klien mendapatkan bantuan yang diperlukan
 - 5.3. Libatkan klien dalam kegiatan kelompok
 - 5.4. Tingkatkan perbedaan diri pada klien didalam keluarga sebagai individu yang unik
 - 5.5. Beri waktu yang cukup untuk proses berubah
 - 5.6. Beri dukungan dan reinforcement positif untuk membantu mempertahankan kemajuan yang sudah dimiliki klien
- d. Defisit perawatan diri : Mandi / kebersihan diri berhubungan dengan ketidak mampuan dalam merawat diri

Tujuan Umum : Klien mampu melaksanakan perawatan diri dengan baik

sehingga penampilan diri adekuat

Tujuan Khusus :

Klien mampu :

1. Menjelaskan arti, tujuan, tanda-tanda kebersihan diri
2. Mengidentifikasi kebersihan dirinya
3. Menjelaskan cara-cara membersihkan dirinya
4. Melakukan perawatan diri dengan bantuan perawat
5. Melakukan perawatan diri secara mandiri
6. Memberdayakan sistem pendukung untuk meningkatkan perawatan diri

Kriteria Evaluasi :

Klien mampu :

1. Menyebutkan arti kebersihan diri
2. Menyebutkan tujuan kebersihan diri (untuk memelihara kesehatan tubuh dan badan terasa segar/nyaman)
3. Menyebutkan tanda-tanda kebersihan diri : kulit tidak ada daki dan tidak berbau, rambut tidak ada ketombe, kutu, tidak ada bau dan tersisir rapi, kuku pendek dan bersih, mulut/gigi tidak bau, genitalia tidak gatal dan mata tidak ada kotoran
4. Menilai keadaan kebersihan dirinya

5. Menyebutkan cara-cara membersihkan diri dari rambut sampai kaki
6. Mendemonstrasikan cara membersihkan diri secara benar dengan bantuan perawat
7. Melakukan perawatan diri secara mandiri dengan benar dan tersusun jadwal kegiatan untuk kebersihan diri
8. Keluarga mampu menyebutkan cara meningkatkan kebersihan diri klien dan keluarga dapat membantu/terlibat aktif dalam memelihara kebersihan diri

Intervensi :

- 1.1. Dorong klien untuk menyebutkan arti, tujuan dan tanda-tanda kebersihan diri
- 1.2. Diskusikan tentang arti, tujuan, tanda-tanda kebersihan diri
- 1.3. Dengarkan keluhan klien dengan penuh perhatian dan empati
- 1.4. Berikan pujian apabila klien menyebutkan secara benar
- 2.1. Bantu klien menilai kebersihan dirinya
- 2.2. Berikan pujian atas kemampuan klien menilai dirinya
- 3.1. Dorong klien menyebutkan alat-alat dan cara membersihkan diri
- 3.2. Diskusikan tentang alat-alat dan cara membersihkan diri
- 3.3. Menjelaskan cara-cara membersihkan diri
- 3.4. Melakukan perawatan diri dengan bantuan perawat
- 4.1. Demonstrasikan pada klien cara-cara membersihkan diri
- 4.2. Bimbing klien mendemonstrasikan kembali cara-cara membersihkan diri
- 4.3. Dorong klien membersihkan diri sendiri dengan bantuan
- 4.4. Melakukan perawatan diri secara mandiri
- 5.1. Berikan kesempatan klien untuk membersihkan diri sendiri secara bertahap sesuai dengan kemampuan
- 5.2. Dorong klien mengungkapkan manfaat yang dirasakan setelah membersihkan diri
- 5.3. Beri penguatan positif atas perawatan klien
- 5.4. Bimbing klien membuat jadwal kegiatan untuk membersihkan diri

- 5.5. Bimbing klien membersihkan diri sesuai jadwal secara mandiri
- 5.6. Monitor kemampuan klien membersihkan diri sesuai jadwal
- 6.1. Diskusikan dengan keluarga tentang ketidakmampuan klien dalam merawat diri
- 6.2. Diskusikan cara membantu klien membersihkan diri
- 6.3. Libatkan keluarga dalam perawatan kebersihan diri klien
 - 6.3.1 Menyediakan alat-alat
 - 6.3.2 Membantu klien membersihkan diri
 - 6.3.3 Memonitor pelaksanaan jadwal

6.4. Beri pujian

e. Perubahan proses pikir : Waham somatis berhubungan dengan harga diri rendah kronis

Tujuan Umum : Klien mampu berhubungan dengan orang lain tanpa merasa rendah diri

Tujuan Khusus :

1. Klien dapat memperluas kesadaran diri
2. Klien dapat menyelidiki dirinya
3. Klien dapat mengevaluasi dirinya
4. Klien dapat membuat rencana yang realistis
5. Klien mendapat dukungan keluarga yang meningkatkan harga dirinya

Kriteria Evaluasi :

1. Klien dapat menyebutkan kemampuan yang ada pada dirinya setelah 1 kali pertemuan
2. Klien dapat menyebutkan kelemahan yang dimiliki dan tidak menjadi halangan untuk mencapai keberhasilan
3. Klien dapat menyebutkan cita-cita dan harapan yang sesuai dengan kemampuannya setelah 1 kali pertemuan
4. Klien dapat menyebutkan keberhasilan yang pernah dialami setelah 1

kali pertemuan

©2003 Digitized by USU digital library 12

5. Klien dapat menyebutkan kegagalan yang pernah dialami setelah 4 kali pertemuan

6. Klien dapat menyebutkan tujuan yang ingin dicapai setelah 1 kali pertemuan

7. Klien dapat membuat keputusan dan mencapai tujuan setelah 1 kali pertemuan

8. Keluarga dapat menyebutkan tanda-tanda harga diri rendah :

Mengatakan diri tidak berharga

Tidak berguna dan tidak mampu

Pesimis

Menarik diri dari realita

9. Keluarga dapat berespon dan memperlakukan klien dengan harga diri rendah secara tepat setelah 2 kali pertemuan

Intervensi :

1.1.1. Diskusikailah dengan klien kelebihan yang dimilikinya

1.2.1. Diskusikan kelemahan yang dimiliki klien

1.2.2. Beritahu klien bahwa manusia tidak ada yang sempurna, semua memiliki kelebihan dan kekurangan

1.2.3. Beritahu klien bahwa kekurangan bisa ditutup dengan kelebihan yang dimiliki

1.2.4. Anjurkan klien untuk lebih meningkatkan kelebihan yang dimiliki

1.2.5. Beritahukan klien bahwa ada hikmah dibalik kekurangan yang dimiliki

- 2.1.1. Diskusikan dengan klien ideal dirinya : Apa harapan selama di RS, rencana klien setelah pulang dan apa cita-cita yang ingin dicapai
- 2.1.2. Beri kesempatan klien untuk berhasil
- 2.1.3. Beri reinforcement positif terhadap keberhasilan yang telah dicapai
- 3.1.1. Bantu klien mengidentifikasi kegiatan atau keinginan yang berhasil dicapai
- 3.1.2. Kaji bagaimana perasaan klien dengan keberhasilan tersebut
- 3.2.1. Bicarakan kegagalan yang pernah dialami klien dan sebab-sebab kegagalan
- 3.2.2. Kaji bagaimana respon klien terhadap kegagalan tersebut dan cara mengatasi
- 3.2.3. Jelaskan pada klien bahwa kegagalan yang dialami dapat menjadi pelajaran untuk mengatasi kesulitan yang mungkin terjadi dimasa yang akan datang
- 4.1.1. Bantu klien merumuskan tujuan yang ingin dicapai
- 4.1.2. Diskusikan dengan klien tujuan yang ingin dicapai dengan kemampuan klien
- 4.1.3. Bantu klien memilih prioritas tujuan yang mungkin dapat dicapainya
- 4.2.1. Beri kesempatan kepada klien untuk melakukan kegiatan yang telah dipilih
- 4.2.2. Tunjukkan keterampilan atau keberhasilan yang telah dicapai klien

4.2.3. Ikutsertakan klien dalam kegiatan aktivitas kelompok

4.2.4. Beri reinforcement positif bila klien mau mengikuti

kegiatan kelompok

©2003 Digitized by USU digital library 13

5.1.1. Diskusikan dengan keluarga tanda-tanda harga diri

rendah

5.1.2. Anjurkan setiap anggota keluarga untuk mengenal dan

menghargai kemampuan tiap anggota keluarga

5.2.1 Diskusikan dengan keluarga cara berespons terhadap

klien dengan harga diri rendah seperti menghargai klien,

tidak mengejek, tidak menjauhi

5.2.2 Anjurkan pada keluarga untuk memberikan kesempatan

berhasil pada klien

5.2.3 Anjurkan keluarga untuk menerima klien apa adanya

5.2.4 Anjurkan keluarga untuk melibatkan klien dalam setiap

pertemuan keluarga

f. Penatalaksanaan regimen teraupetik inefektif berhubungan dengan ketidak

mampuan keluarga merawat klien

Tujuan Umum : Penatalaksanaan regimen teraupetik efektif

Tujuan Khusus :

1. Keluarga dapat mengetahui masalah yang ditemukan dalam merawat

klien di rumah dengan cara mengungkapkan perasaannya

2. Keluarga dapat mengambil keputusan untuk melakukan tindakan

kesehatan dalam merawat klien dengan mengidentifikasi sumber-sumber

koping yang dimiliki

3. Keluarga dapat menggunakan koping yang telah dipilih dalam merawat

anggota keluarga yang sakit

4. Keluarga dapat memodifikasi lingkungan keluarga yang sehat dalam merawat klien di rumah

5. Keluarga dapat memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada di masyarakat

Kriteria Evaluasi :

1. Keluarga mengungkapkan perasaannya secara verbal

2. Keluarga mengidentifikasi sumber-sumber coping yang ada

3. Keluarga mengungkapkan secara verbal coping apa yang akan dipilih

4. Keluarga mengidentifikasi lingkungan yang sehat dalam merawat klien

5. Keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada dimasyarakat.

Intervensi :

1.1. Bina hubungan saling percaya dengan keluarga dan anggota keluarga yang lain :

Terima anggota keluarga apa adanya

Dengarkan keluhan keluarga dengan empati

Hindari respon mengkritik/menyalahkan saat keluarga

mengekspresikan perasaannya

1.2. Buat kontrak dengan keluarga untuk bertemu (home visite) yaitu :

Jelaskan tujuan kunjungan

Jelaskan identitas perawat

1.3. Dorong keluarga untuk mengekspresikan perasaannya dalam merawat klien

2.1. Diskusikan dengan keluarga tentang tindakan/coping yang selama ini telah digunakan oleh keluarga

2.2. Beri reinforcement positif bila keluarga mengemukakan tindakan positif dan berhasil

©2003 Digitized by USU digital library 14

2.3. Diskusikan dengan keluarga tentang alternatif coping adaptif/sumber pendukung dalam menangani masalah perawatan klien

3.1. Diskusikan dengan anggota keluarga cara yang selama ini yang dilakukan dalam merawat klien

3.2. Berikan reinforcement positif setiap anggota keluarga mengemukakan tindakan yang benar dan berhasil

3.3. Jelaskan pada keluarga tentang berbagai cara yang adaptif dalam merawat klien seperti :

Bersikap asertif

Komunikasi terbuka

Tidak bermusuhan/mengkritik

Memenuhi kebutuhan klien yang masih dapat ditoleransi seperti :

pakaian, alat-alat kebersihan diri

Libatkan klien dalam kegiatan keluarga

4.1. Motivasi keluarga untuk menerima klien apa adanya dengan cara :

Tidak mengeluarkan kata-kata yang mengejek dan merendahkan

Membantu klien dalam diskusi keluarga

Menghargai klien dan memuji setiap usaha yang adaptif

4.2. Diskusikan dengan keluarga untuk menyediakan perlengkapan yang diperlukan klien sehari-hari seperti :

Peralatan kebersihan diri

Alat-alat makan

Usahakan tidak membedakan barang milik klien dengan anggota keluarga yang lain

4.3. Diskusikan dengan keluarga untuk melatih kemampuan klien dalam menyelesaikan masalah mulai dari yang sederhana sampai masalah kompleks

5.1. Diskusikan dengan keluarga tentang fasilitas pelayanan kesehatan yang ada dan sejauh mana keluarga telah memanfaatkannya

5.2. Jelaskan pada keluarga tentang kegunaan dan efek samping obat serta pentingnya keteraturan minum obat

g. Kerusakan komunikasi verbal berhubungan dengan menarik diri

Tujuan Umum : Pasien dapat menunjukkan kemampuan dalam melakukan komunikasi verbal dengan perawat dan sesama pasien dalam suatu lingkungan sosial dengan cara yang tepat

Tujuan Khusus :

1. Pasien dapat menunjukkan kemampuan untuk bertahan pada satu topik
2. Pasien dapat menggunakan ketepatan kata
3. Pasien dapat melakukan kontak mata intermitten selama 5 menit dengan perawat dalam waktu 1 minggu

Kriteria Evaluasi :

1. Pasien dapat berkomunikasi dengan cara mendapat dimengerti orang lain
2. Pesan non verbal pasien sesuai dengan verbalnya
3. Pasien dapat mengetahui bahwa disorganisasi pikiran dan kelainan komunikasi verbal terjadi pada saat adanya peningkatan ansietas melakukan kontak kepada pasien untuk memutuskan proses.

Intervensi :

1. Gunakan tehnik validasi dan klarifikasi untuk mengerti pola komunikasi pasien
2. Pertahankan konsistensi perawat yang bertugas
3. Jelaskan kepada pasien dengan cara yang dapat mengancam bagaimana perilaku dan pembicaraannya diterima dan mungkin juga dihindari oleh orang lain
4. Antisipasi dan penuhi kebutuhan pasien sampai pola komunikasi yang memuaskan kembali
- h. Gangguan pola tidur berhubungan dengan panik

Tujuan Umum : Pasien mampu tidur dalam 30 menit istirahat dan tidur 6-8 jam tanpa alat bantu tidur saat pulang

Tujuan Khusus :

1. Klien mampu membina hubungan saling percaya
2. Klien mampu mengenal perilaku panik
3. Klien dapat tidur dalam 30 menit istirahat dan tidur 5 jam tanpa terbangun

Kriteria Evaluasi :

1. Klien dapat tidur dalam 30 menit setelah istirahat
2. Klien dapat tidur paling sedikit 6 jam berturut-turut
3. Pasien dapat menggunakan sedatif untuk membantu tidur

Intervensi :

1. Buat catatan secara rinci tentang pola tidur pasien
2. Berikan obat-obatan anti psikotik sebelum tidur
3. Bantu dengan tindakan-tindakan yang dapat menambah waktu tidur, kehangatan dan minuman yang tidak merangsang

4. Lakukan latihan relaksasi menggunakan musik yang lembut sebelum tidur mungkin membantu

5. Batasi masukan minuman yang mengandung kafein

i. Koping individu tak efektif berhubungan dengan rendah diri

Tujuan Umum : Klien dapat mendemonstrasikan lebih banyak penggunaan

keterampilan koping adaptif yang dibuktikan oleh adanya

kesesuaian antara interaksi dan keinginan untuk

berpartisipasi dalam masyarakat

Tujuan Khusus :

1. Pasien akan mengembangkan rasa percaya kepada 1 orang perawat

dalam 1 minggu

Kriteria Evaluasi :

1. Klien dapat menilai situasi realistis dan tidak melakukan tindakan

proyeksi perasaannya dalam lingkungan tersebut

2. Klien dapat mengakui dan mengklarifikasi kemungkinan salah

interpretasi terhadap perilaku dan perkataan orang lain

3. Klien dapat berinteraksi secara kooperatif

Intervensi :

1. Bina hubungan saling percaya

2. Hindari kontak fisik

©2003 Digitized by USU digital library 16

3. Motivasi klien untuk mengatakan perasaan yang sebenarnya dan

perawat menghindari sikap penolakan terhadap perasaan marah pasien

4. Jangan berikan kegiatan yang bersifat kompetitif.

BAB.III

P E N U T U P

Berdasarkan uraian diatas mengenai halusinasi dan pelaksanaan asuhan keperawatan terhadap pasien, maka dapat diambil beberapa kesimpulan sebagai berikut :

1. Saat memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan halusinasi ditemukan adanya perilaku menarik diri sehingga perlu dilakukan pendekatan secara terus menerus, membina hubungan saling percaya yang dapat menciptakan suasana terapeutik dalam pelaksanaan asuhan keperawatan yang diberikan.
2. Dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada klien khususnya dengan halusinasi, pasien sangat membutuhkan kehadiran keluarga sebagai sistem pendukung yang mengerti keadaan dan permasalahan dirinya. Disamping itu perawat / petugas kesehatan juga membutuhkan kehadiran keluarga dalam memberikan data yang diperlukan dan membina kerjasama dalam memberi perawatan pada pasien. Dalam hal ini penulis dapat menyimpulkan bahwa peran serta keluarga merupakan faktor penting dalam proses penyembuhan klien.

Saran-saran

1. Dalam memberikan asuhan keperawatan hendaknya perawat mengikuti langkah-langkah proses keperawatan dan melaksanakannya secara sistematis dan tertulis agar tindakan berhasil dengan optimal
2. Dalam menangani kasus halusinasi hendaknya perawat melakukan pendekatan secara bertahap dan terus menerus untuk membina hubungan saling percaya antara perawat klien sehingga tercipta suasana terapeutik dalam pelaksanaan asuhan keperawatan yang diberikan
3. Bagi keluarga klien hendaknya sering mengunjungi klien dirumah sakit, sehingga keluarga dapat mengetahui perkembangan kondisi klien dan dapat

membantu perawat bekerja sama dalam pemberian asuhan keperawatan bagi klien.

DAFTAR PUSTAKA

Directorat Kesehatan Jiwa, Dit. Jen Yan. Kes. Dep. Kes R.I. *Keperawatan Jiwa. Teori dan Tindakan Keperawatan Jiwa*, Jakarta, 2000

Keliat Budi, Anna, *Peran Serta Keluarga Dalam Perawatan Klien Gangguan Jiwa*, EGC,

Jakarta, 1995

Keliat Budi Anna, dkk, *Proses Keperawatan Jiwa*, EGC, Jakarta, 1987

Maramis, W.F, *Ilmu Kedokteran Jiwa*, Erlangga Universitas Press, Surabaya, 1990

Rasmun, *Keperawatan Kesehatan Mental Psikiatri Terintegrasi dengan Keluarga*, CV.

Sagung Seto, Jakarta, 2001.

Residen Bagian Psikiatri UCLA, *Buku Saku Psikiatri*, EGC, 1997

Stuart & Sunden, *Pocket Guide to Psychiatric Nursing*, EGC, Jakarta, 1998