

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Halusinasi adalah salah satu gejala gangguan jiwa di mana klien mengalami perubahan sensori persepsi, merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan atau penghiduan. Klien merasakan stimulus yang sebetulnya tidak ada (Damaiyanti, 2012). Halusinasi adalah hilangnya kemampuan manusia dalam membedakan rangsangan internal (pikiran) dan rangsangan eksternal (dunia luar). Klien memberi persepsi atau pendapat tentang lingkungan tanpa ada objek atau rangsangan yang nyata. Sebagai contoh klien mengatakan mendengar suara padahal tidak ada orang yang berbicara (Kusumawati & Hartono, 2012).

Halusinasi yang paling banyak diderita adalah halusinasi pendengaran mencapai lebih kurang 70%, sedangkan halusinasi penglihatan menduduki peringkat kedua dengan rata-rata 20%. Sementara jenis halusinasi yang lain yaitu halusinasi pengucapan, penghidu, perabaan, kinesthetic, dan cenesthetic hanya meliputi 10%, (Muhith, 2015). Menurut Videbeck (2008) dalam Yosep (2009) tanda pasien mengalami halusinasi pendengaran yaitu pasien tampak berbicara ataupun tertawa sendiri, pasien marah-marah sendiri, menutup telinga karena pasien menganggap ada yang berbicara dengannya.

Menurut perawat di Rumah Sakit Grhasia Propinsi Daerah Istimewa Yogyakarta khususnya di ruang kelas III, klien gangguan jiwa berat : skizofrenia yang disertai halusinasi, didapatkan rata- rata angka halusinasi mencapai 46,7% setiap bulannya (Mamnu'ah, 2010).Data klien gangguan jiwa berat di Puskesmas Wirobrajan ada 67 orang dengan diagnosa medis Skizofrenia, disertai halusinasi pendengaran ada 48 orang.

Dampak yang dirasakan oleh keluarga dengan adanya anggota keluarga mengalami halusinasi adalah tingginya beban ekonomi, beban emosi keluarga, stress terhadap perilaku pasien yang terganggu, gangguan dalam melaksanakan kegiatan rumah tangga sehari-hari dan keterbatasan melakukan aktifitas. Beban sosial ekonomi diantaranya adalah gangguan dalam hubungan keluarga , keterbatasan melakukan aktifitas sosial, pekerjaan, dan hobi , kesulitan finansial, dan dampak negatif terhadap kesehatan fisik keluarga. Beban psikologis menggambarkan reaksi psikologis seperti perasaan kehilangan, sedih, cemas dan malu terhadap masyarakat sekitar, stress menghadapi gangguan perilaku dan frustasi akibat perubahan pola interaksi dalam keluarga (Ngadiran, 2010).

Dampak yang dirasakan keluarga berkepanjangan, maka perlu adanya pengelolaan yang tepat bagi anggota keluarga yang mengalami halusinasi, maka peran keluarga sangatlah penting untuk terlibat dalam mengatasi masalah kesehatan yang terjadi. Perawat sebagai pelaksana asuhan keperawatan keluarga dapat bekerja sama dengan keluarga untuk mengatasi masalah kesehatan anggota keluarga yang mengalami halusinasi.

Puskesmas dalam menjalankan fungsinya berwenang menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang berorientasi pada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat di wilayah kerjanya. Keluarga Ny.S dengan salah anggota keluarga mengalami halusinasi merupakan salah satu sasaran dari pelayanan kesehatan di wilayah kerja Puskesmas Wirobrajan.

Berdasarkan hasil kasus diatas, penulis tertarik untuk mengangkat masalah kesehatan keluarga Ny.S dengan judul “Asuhan Keperawatan Keluarga Ny.S dengan salah satu anggota keluarga mengalami halusinasi di Wilayah Kerja Puskesmas Wirobrajan Kota Yogyakarta”.

B. Rumusan Masalah

Rumusan masalah yang diangkat adalah “Bagaimanakah penerapan Asuhan Keperawatan Keluarga Ny.S dengan salah satu anggota keluarga mengalami halusinasi di Wilayah Kerja Puskesmas Wirobrajan Kota Yogyakarta”.

C. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Mampu memberikan asuhan keperawatan keluarga Ny.S dengan salah satu anggota keluarga mengalami halusinasi.

2. Tujuan Khusus

a. Mampu menerapkan proses keperawatan keluarga Ny.S dengan salah satu anggota keluarga mengalami halusinasi.

1) Mampu melakukan pengkajian keperawatan keluarga Ny.S dengan salah satu anggota keluarga mengalami halusinasi.

- 2) Mampu merumuskan diagnosa keperawatan keluarga Ny.S dengan salah satu anggota keluarga mengalami halusinasi.
 - 3) Mampu menetapkan rencana keperawatan keluarga Ny.S dengan salah satu anggota keluarga mengalami halusinasi.
 - 4) Mampu melakukan tindakan keperawatan keluarga Ny.S dengan salah satu anggota keluarga mengalami halusinasi.
 - 5) Mampu melakukan evaluasi keperawatan keluarga Ny.S dengan salah satu anggota keluarga mengalami halusinasi.
- b. Mampu melakukan dokumentasi keperawatan keluarga Ny.S dengan salah satu anggota keluarga mengalami halusinasi.

D. Ruang Lingkup

Ruang lingkup Karya Tulis ilmiah ini merupakan pembahasan pemberian asuhan keperawatan keluarga Ny.S dengan salah satu anggota keluarga mengalami halusinasi di wilayah kerja Puskesmas Wirobrajan di Kampung Kuncen pada tanggal 2-4 Juli 2018.

E. Manfaat Penelitian

1. Bagi keluarga

Mampu merawat anggota keluarga yang mengalami halusinasi.

2. Bagi pasien

Mampu mengenali halusinasi dan mengontrol halusinasi dengan tepat.

3. Bagi Ilmu Keperawatan

Menambah keluasan ilmu terapan bidang keperawatan dalam melakukan asuhan keperawatan keluarga dengan salah satu anggota keluarga mengalami halusinasi secara langsung.

4. Bagi penulis

- a) Memperoleh pengalaman dalam melakukan asuhan keperawatan keluarga dengan salah satu anggota keluarga mengalami halusinasi.
- b) Mengetahui seberapa besar peranan keluarga dalam mendukung untuk peningkatan kesehatan bagi anggota keluarga mengalami halusinasi.

F. Metode Pengumpulan Data

1. Metode pembuatan studi kasus

Metode yang digunakan adalah metode deskriptif dalam bentuk laporan studi kasus yaitu memaparkan suatu masalah serta pemecahan masalah dalam waktu tiga hari yang dilakukan secara langsung.

2. Wawancara

Merupakan tanya jawab kepada pasien, keluarga dan tenaga kesehatan yang dilakukan untuk memperoleh data subyektif tentang masalah keperawatan yang dihadapi pasien.

3. Observasi merupakan tahap kedua dari pengumpulan data. Pada pengumpulan data ini perawat mengamati perilaku dan melakukan observasi perkembangan kondisi kesehatan pasien.

4. Pemeriksaan fisik dilakukan bersamaan dengan wawancara, yang menjadi fokus perawat pada pemeriksaan ini adalah kemampuan fungsional pasien.

Tujuan dari pemeriksaan fisik ini adalah untuk menentukan status kesehatan pasien, mengidentifikasi masalah kesehatan dan mengambil data dasar untuk menentukan rencana tindakan perawatan. Meliputi : inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi.

G. Sistematika Penulisan

Karya tulis ilmiah ini disusun secara sistematis yang terdiri dari (empat) bab sebagai berikut: BAB I: pendahuluan yang terdiri dari : latar belakang, rumusan masalah, tujuan penulisan, ruang lingkup, manfaat penelitian, metode Pengumpulan data, sistematika penulisan. BAB II : tinjauan pustaka yang meliputi Konsep Keluarga, Konsep Halusinasi, Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga Dengan Halusinasi. BAB III : Kasus dan Pembahasan yang meliputi kasus, pembahasan. BAB IV : penutup yang meliputi kesimpulan dan saran , disertai daftar pustaka, dan lampiran.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Keluarga

1. Pengertian Keluarga

Keluarga merupakan unit terkecil dalam masyarakat dimana terjadi interaksi antara anak dan orang tuanya. Keluarga berasal dari bahasa sanskerta kula dan warga atau kuluwarga yang berarti anggota kelompok kerabat (Padila, 2012). 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 didalam perannya masing-masing menciptakan serta mempertahankan kebudayaan (Friedman, 2010).

Keluarga adalah dua atau lebih individu yang bergabung karena hubungan darah, perkawinan dan adopsi dalam satu rumah tangga, yang berinteraksi satu dengan lainnya dalam peran dan menciptakan serta mempertahankan suatu budaya (Ali, 2010).

2. Tipe keluarga

Tipe keluarga adalah sebagai berikut.

- a. Tipe keluarga tradisional, terdiri atas beberapa tipe di bawah ini.
 - 1) *The Nuclear family* (keluarga inti), yaitu keluarga yang terdiri atas suami, istri, dan anak, baik anak kandung maupun anak angkat.
 - 2) *The dyad family (keluarga dyad)*, suatu rumah tangga yang terdiri atas suami dan istri tanpa anak. Hal yang perlu Anda ketahui, keluarga ini mungkin belum mempunyai anak atau tidak

- 3) mempunyai anak, jadi ketika nanti Anda melakukan pengkajian data dan ditemukan tipe keluarga ini perlu Anda klarifikasi lagi datanya.
 - 4) *Single parent*, yaitu keluarga yang terdiri atas satu orang tua dengan anak (kandung atau angkat). Kondisi ini dapat disebabkan oleh perceraian atau kematian.
 - 5) *Single adult*, yaitu suatu rumah tangga yang terdiri atas satu orang dewasa. Tipe ini dapat terjadi pada seorang dewasa yang tidak menikah atau tidak mempunyai suami.
 - 6) *Extended family*, keluarga yang terdiri atas keluarga inti ditambah keluarga lain, seperti paman, bibi, kakek, nenek, dan sebagainya. Tipe keluarga ini banyak dianut oleh keluarga Indonesia terutama di daerah pedesaan.
 - 7) *Middle-aged or elderly couple*, orang tua yang tinggal sendiri di rumah (baik suami/istri atau keduanya), karena anak-anaknya sudah membangun karir sendiri atau sudah menikah.
 - 8) *Kin-network family*, beberapa keluarga yang tinggal bersama atau saling berdekatan dan menggunakan barang-barang pelayanan, seperti dapur dan kamar mandi yang sama.
- b. Tipe keluarga yang kedua adalah tipe keluarga nontradisional, tipe keluarga ini tidak lazim ada di Indonesia, terdiri atas beberapa tipe sebagai berikut.

1. *Unmarried parent and child family*, yaitu keluarga yang terdiri atas orang tua dan anak dari hubungan tanpa nikah.
2. *Cohabiting couple*, orang dewasa yang hidup bersama di luar ikatan perkawinan karena beberapa alasan tertentu.
3. *Gay and lesbian family*, seorang yang mempunyai persamaan jenis kelamin tinggal dalam satu rumah sebagaimana pasangan suami istri.
4. *The nonmarital heterosexual cohabiting family*, keluarga yang hidup bersama berganti-ganti pasangan tanpa melalui pernikahan.
5. *Foster family*, keluarga menerima anak yang tidak ada hubungan keluarga/saudara dalam waktu sementara, pada saat orang tua anak tersebut perlu mendapatkan bantuan untuk menyatukan kembali keluarga yang aslinya.

3. Fungsi Keluarga

Menurut Friedman (2010) fungsi keluarga ada lima antara lain berikut ini.

a. Fungsi afektif

Fungsi ini meliputi persepsi keluarga tentang pemenuhan kebutuhan psikososial anggota keluarga. Melalui pemenuhan fungsi ini, maka keluarga akan dapat mencapai tujuan psikososial yang utama, membentuk sifat kemanusiaan dalam diri anggota keluarga, keperawatan keluarga dan komunitas stabilisasi kepribadian dan tingkah laku, kemampuan menjalin secara lebih akrab, dan harga diri.

b. Fungsi sosialisasi dan penempatan sosial.

Sosialisasi dimulai saat lahir dan hanya diakhiri dengan kematian. Sosialisasi merupakan suatu proses yang berlangsung seumur hidup, karena individu secara kontinyu mengubah perilaku mereka sebagai respon terhadap situasi yang terpola secara sosial yang mereka alami. Sosialisasi merupakan proses perkembangan atau perubahan yang dialami oleh seorang individu sebagai hasil dari interaksi sosial dan pembelajaran peran-peran sosial.

c. Fungsi reproduksi

Keluarga berfungsi untuk meneruskan keturunan dan menambah sumber daya manusia.

d. Fungsi ekonomi

Keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan tempat untuk mengembangkan kemampuan individu meningkatkan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga.

e. Fungsi perawatan kesehatan

Menyediakan kebutuhan fisik dan perawatan kesehatan. Perawatan kesehatan dan praktik-praktik sehat (yang mempengaruhi status kesehatan anggota keluarga secara individual) merupakan bagian yang paling relevan dari fungsi perawatan kesehatan.

Lima fungsi tugas keluarga di bidang kesehatan :

- 1) Kemampuan keluarga mengenal masalah kesehatan keluarga.
- 2) Kemampuan keluarga membuat keputusan yang tepat bagi keluarga.
- 3) Kemampuan keluarga dalam merawat keluarga yang mengalami gangguan kesehatan.
- 4) Kemampuan keluarga dalam mempertahankan atau menciptakan suasana rumah yang sehat.
- 5) Kemampuan keluarga dalam menggunakan fasilitas.

4. Tahap Perkembangan Keluarga

Terdapat delapan tahap perkembangan keluarga adalah sebagai berikut :

a. Keluarga baru menikah atau pemula

Tugas perkembangannya adalah:

- 1) Membangun perkawinan yang saling memuaskan;
- 2) Membina hubungan persaudaraan, teman, dan kelompok sosial;
- 3) Mendiskusikan rencana memiliki anak.

b. Tahap perkembangan keluarga yang kedua adalah keluarga dengan anak baru lahir.

Tugas perkembangannya adalah:

- 1) Membentuk keluarga muda sebagai sebuah unit yang mantap mengintegrasikan bayi yang baru lahir ke dalam keluarga;
- 2) Rekonsiliasi tugas-tugas perkembangan yang bertentangan dan kebutuhan anggota keluarga;

- 3) Mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan;
- 4) Memperluas persahabatan dengan keluarga besar dengan menambahkan peran-peran orang tua dan kakek nenek.

c. Keluarga dengan anak usia pra sekolah

Tugas perkembangannya adalah:

- 1) Memenuhi kebutuhan anggota keluarga, seperti rumah, ruang bermain, privasi, dan keamanan;
- 2) Mensosialisasikan anak;
- 3) Mengintegrasikan anak yang baru, sementara tetap memenuhi kebutuhan anak yang lain;
- 4) Mempertahankan hubungan yang sehat dalam keluarga dan di luar keluarga.

d. Keluarga dengan anak usia sekolah

Tugas perkembangannya adalah:

- 1) Mensosialisasikan anak-anak, termasuk meningkatkan prestasi sekolah dan hubungan dengan teman sebaya yang sehat;
- 2) Mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan;
- 3) Memenuhi kebutuhan kesehatan fisik anggota keluarga.

e. Keluarga dengan anak remaja

Tugas perkembangannya adalah:

- 1) Menyeimbangkan kebebasan dengan tanggung jawab ketika remaja menjadi dewasa dan semakin mandiri;
- 2) Memfokuskan kembali hubungan perkawinan;

3) Berkomunikasi secara terbuka antara orang tua dan anak-anak.

f. Keluarga melepas anak usia dewasa muda

Tugas perkembangannya adalah:

- 1) Memperluas siklus keluarga dengan memasukkan anggota keluarga baru yang didapatkan melalui perkawinan anak-anak;
- 2) Melanjutkan untuk memperbaharui dan menyesuaikan kembali hubungan perkawinan;
- 3) Membantu orangtua lanjut usia dan sakit-sakitan dari suami atau istri.

g. Keluarga dengan usia pertengahan

Tugas perkembangannya adalah:

- 1) Menyediakan lingkungan yang meningkatkan kesehatan;
- 2) Mempertahankan hubungan yang memuaskan dan penuh arti dengan para orang tua lansia dan anak-anak;
- 3) Memperkokoh hubungan perkawinan.

h. Keluarga dengan usia lanjut

Tugas perkembangannya adalah:

- 1) Mempertahankan pengaturan hidup yang memuaskan;
- 2) Menyesuaikan terhadap pendapatan yang menurun;
- 3) Mempertahankan hubungan perkawinan;
- 4) Menyesuaikan diri terhadap kehilangan pasangan;
- 5) Mempertahankan ikatan keluarga antargenerasi;

6) Meneruskan untuk memahami eksistensi mereka (penelaahan hidup).

5. Peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan keluarga

Peran dan fungsi perawat di keluarga adalah sebagai berikut.

a. Pelaksana

Peran dan fungsi perawat sebagai pelaksana adalah memberikan pelayanan keperawatan dengan pendekatan proses keperawatan, mulai pengkajian sampai evaluasi. Pelayanan diberikan karena adanya kelemahan fisik dan mental, keterbatasan pengetahuan, serta kurangnya keamanan menuju kemampuan melaksanakan kegiatan sehari-hari secara mandiri. Kegiatan yang dilakukan bersifat promotif, preventif, kuratif, serta rehabilitatif.

b. Pendidik

Peran dan fungsi perawat sebagai pendidik adalah mengidentifikasi kebutuhan menentukan, tujuan, mengembangkan, merencanakan, dan melaksanakan pendidikan kesehatan agar keluarga dapat berperilaku sehat secara mandiri.

c. Konselor

Peran dan fungsi perawat sebagai konselor adalah memberikan konseling atau bimbingan kepada individu atau keluarga dalam mengintegrasikan pengalaman kesehatan dengan pengalaman yang lalu untuk membantu mengatasi masalah kesehatan keluarga.

d. Kolaborator

Peran dan fungsi perawat sebagai kolaborator adalah melaksanakan kerja sama dengan berbagai pihak yang terkait dengan penyelesaian masalah kesehatan di keluarga.

Selain peran perawat keluarga di atas, ada juga peran perawat keluarga dalam pencegahan primer, sekunder dan tersier, sebagai berikut :

a. Pencegahan Primer

Peran perawat dalam pencegahan primer mempunyai peran yang penting dalam upaya pencegahan terjadinya penyakit dan memelihara hidup sehat.

b. Pencegahan sekunder

Upaya yang dilakukan oleh perawat adalah mendeteksi dini terjadinya penyakit pada kelompok risiko, diagnosis, dan penanganan segera yang dapat dilakukan oleh perawat. Penemuan kasus baru merupakan upaya pencegahan sekunder, sehingga segera dapat dilakukan tindakan. Tujuan dari pencegahan sekunder adalah mengendalikan perkembangan penyakit dan mencegah kecacatan lebih lanjut. Peran perawat adalah merujuk semua anggota keluarga untuk skrining, melakukan pemeriksaan, dan mengkaji riwayat kesehatan.

c. Pencegahan tersier

Peran perawat pada upaya pencegahan tersier ini bertujuan mengurangi luasnya dan keparahan masalah kesehatan, sehingga dapat

meminimalkan ketidakmampuan dan memulihkan atau memelihara fungsi tubuh. Fokus utama adalah rehabilitasi.

Rehabilitasi meliputi pemulihan terhadap individu yang cacat akibat penyakit dan luka, sehingga mereka dapat berguna pada tingkat yang paling tinggi secara fisik, sosial, emosional.

B. Konsep Halusinasi

1. Pengertian Halusinasi

Stuart & Laraia (2009) mendefinisikan halusinasi sebagai suatu tanggapan dari panca indera tanpa adanya rangsangan (stimulus) eksternal. Halusinasi merupakan gangguan persepsi dimana pasien mempersepsikan sesuatu yang sebenarnya tidak terjadi. Ada lima jenis halusinasi yaitu pendengaran, penglihatan, penghidu, pengecap dan perabaan. Halusinasi pendengaran merupakan jenis halusinasi yang paling banyak ditemukan terjadi pada 70% pasien, kemudian halusinasi penglihatan 20%, dan sisanya 10% adalah halusinasi penghidu, pengecap dan perabaan.

Halusinasi adalah salah satu gejala gangguan jiwa dimana pasien mengalami perubahan sensori persepsi, seperti merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecap, perabaan, atau penghiduan, klien merasakan stimulus yang sebetulnya tidak ada (Muhith, 2011). Halusinasi merupakan gangguan atau perubahan persepsi dimana pasien mempersepsikan sesuatu yang sebenarnya tidak terjadi. Suatu penerapan panca indra tanpa ada rangsangan dari luar. Suatu penghayatan yang

dialami suatu persepsi melaluipanca indra tanpa stimullus eksteren :
persepsi palsu(Prabowo, 2014).

2. Proses Terjadinya Halusinasi

Proses terjadinya halusinasi dijelaskan dengan menggunakan konsep stress adaptasi Stuart yang meliputi stressor dari faktor predisposisi dan presipitasi.

a. *Faktor Predisposisi*

Faktor predisposisi halusinasi terdiri dari

1) Faktor Biologis :

Adanya riwayat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa (herediter), riwayat penyakit atau trauma kepala, dan riwayat penggunaan narkotika, psikotropika dan zat adiktif lain (NAPZA).

2) Faktor Psikologis

Memiliki riwayat kegagalan yang berulang.Menjadi korban, pelaku maupun saksi dari perilaku kekerasan serta kurangnya kasih sayang dari orang-orang disekitar atau *overprotektif*.

3) Sosiobudaya dan lingkungan

Sebagian besar pasien halusinasi berasal dari keluarga dengan sosial ekonomi rendah, selain itu pasien memiliki riwayat penolakan dari lingkungan pada usia perkembangan anak, pasien halusinasi seringkali memiliki tingkat pendidikan yang rendah serta pernah mengalami kegagalan dalam hubungan sosial (perceraian, hidup sendiri), serta tidak bekerja.

b. *Faktor Presipitasi*

Stressor presipitasi pasien gangguan persepsi sensori halusinasi ditemukan adanya riwayat penyakit infeksi, penyakit kronis atau kelainan struktur otak, adanya riwayat kekerasan dalam keluarga, atau adanya kegagalan-kegagalan dalam hidup, kemiskinan, adanya aturan atau tuntutan di keluarga atau masyarakat yang sering tidak sesuai dengan pasien serta konflik antar masyarakat.

c. *Stress Lingkungan*

Ambang toleransi terhadap stress yang berinteraksi terhadap stressor lingkungan untuk menentukan terjadinya gangguan perilaku.

d. *Sumber Koping*

Sumber koping mempengaruhi respon individu dalam menanggapi stress (Prabowo, 2014).

e. *Perilaku*

Respons klien terhadap halusinasi dapat berupa curiga, ketakutan, perasaan tidak aman, gelisah, dan bingung, perilaku menarik diri, kurang perhatian, tidak mampu mengambil keputusan serta tidak dapat membedakan nyata dan tidak.

f. *Dimensi fisik*

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.

g. Dimensi emosional

Perasaan cemas yang berlebihan atas dasar problem yang tidak dapat diatasi merupakan penyebab halusianasi 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.

h. 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 mengotrol semua perilaku klien.

i. Dimensi sosial

Klien mengalami gangguan interaksi sosial dalam fase awal dan comforting, klien menganggap bahwa hidup bersosialisasi di alam nyata sangat membahayakan. Klien asyik dengan 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 kontrol oleh individu tersebut, sehingga jika perintah halusinasiberupa ancaman, dirinya atau orang lain individu cenderung keperawatan klien dengan mengupayakan suatu proses interkasi yang menimbulkan pengalaman

interpersonal yang memuaskan, serta mengusahakan klien tidak menyendiri sehingga klien selalu berinteraksi dengan lingkungannya dan halusinasi tidak berlangsung.

j. Dimensi spiritual

Secara spiritual klien halusinasi mulai dengan kehampaan hidup, rutinitas, tidak bermakna, hilangnya aktivitas ibadah dan jarang berupaya secara spiritual untuk menyucikan diri, irama sirkardiannya terganggu (Damaiyanti, 2012).

3. Rentang Respon Neurobiologis

Persepsi mengacu pada identifikasi dan interpretasi awal dari suatu stimulus berdasarkan informasi yang diterima melalui panca indra. Respon neurobiologis sepanjang rentang sehat sakit berkisar dari adaptif pikiran logis, persepsi akurat, emosi konsisten, dan perilaku sesuai sampai dengan respon maladaptif yang meliputi delusi, halusinasi, dan isolasi sosial.

a. Respon adaptif

Respon adaptif adalah respon yang dapat diterima 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 :

- 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 social adalah proses suatu interaksi dengan orang lain dan lingkungan

b. 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 indra
- 3) Emosi berlebih atau berkurang
- 4) Perilaku tidak biasa adalah sikap dan tingkah laku yang melebihi batas kewajaran
- 5) Menarik diri adalah percobaan untuk menghindari interaksi dengan orang lain.

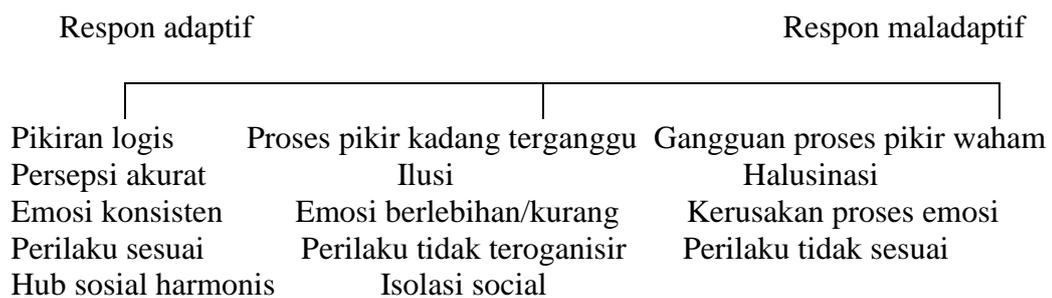
c. Respon maladaptif

Respon maladaptive adalah respon individu dalam menyelesaikan masalah yang menyimpang dari norma-norma sosial budaya dan lingkungan, ada pun respon maladaptive antara lain :

- 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. Perilaku tidak terorganisir merupakan sesuatu yang tidak teratur.
- 4) Isolasi sosial adalah kondisi kesendirian yang dialami oleh individu dan diterima sebagai ketentuan oleh orang lain dan sebagai suatu kecelakaan yang negative mengancam (Damaiyanti, 2012).

Rentang respon dapat digambarkan sebagai berikut:

Rentang Respon Neurobiologis



4. Tahapan Halusinasi

Halusinasi yang dialami pasien memiliki tahapan sebagai berikut

a. Tahap I :

Halusinasi bersifat menyenangkan, tingkat ansietas pasien sedang. Pada tahap ini halusinasi secara umum menyenangkan.

Karakteristik :

Karakteristik tahap ini ditandai dengan adanya perasaan bersalah dalam diri pasien dan timbul perasaan takut. Pada tahap ini pasien mencoba menenangkan pikiran untuk mengurangi ansietas. Individu mengetahui bahwa pikiran dan sensori yang dialaminya dapat dikendalikan dan bisa diatasi (non psikotik).

Perilaku yang teramati:

- 1) Menyeringai / tertawa yang tidak sesuai
- 2) Menggerakkan bibirnya tanpa menimbulkan suara
- 3) Respon verbal yang lambat
- 4) Diam dan dipenuhi oleh sesuatu yang mengasyikan.

b. Tahap II :

Halusinasi bersifat menyalahkan, pasien mengalami ansietas tingkat berat dan halusinasi bersifat menjijikkan untuk pasien.

Karakteristik :

Pengalaman sensori yang dialami pasien bersifat menjijikkan dan menakutkan, pasien yang mengalami halusinasi mulai merasa kehilangan kendali, pasien berusaha untuk menjauhkan dirinya dari sumber yang

dipersepsikan, pasien merasa malu karena pengalaman sensorinya dan menarik diri dari orang lain (nonpsikotik).

Perilaku yang teramati :

- 1) Peningkatan kerja susunan saraf otonom yang menunjukkan timbulnya ansietas seperti peningkatan nadi, tekanan darah dan pernafasan.
- 2) Kemampuan konsentrasi menyempit.
- 3) Dipenuhi dengan pengalaman sensori, mungkin kehilangan kemampuan untuk membedakan antara halusinasi dan realita.

c. Tahap III :

Pada tahap ini halusinasi mulai mengendalikan perilaku pasien, pasien berada pada tingkat ansietas berat. Pengalaman sensori menjadi menguasai pasien.

Karakteristik:

Pasien yang berhalusinasi pada tahap ini menyerah untuk melawan pengalaman halusinasi dan membiarkan halusinasi menguasai dirinya. Isi halusinasi dapat berupa permohonan, individu mungkin mengalami kesepian jika pengalaman tersebut berakhir (Psikotik)

Perilaku yang teramati:

- 1) Lebih cenderung mengikuti petunjuk yang diberikan oleh halusinasinya daripada menolak.
- 2) Kesulitan berhubungan dengan orang lain.

3) Rentang perhatian hanya beberapa menit atau detik, gejala fisik dari ansietas berat seperti : berkeringat, tremor, ketidakmampuan mengikuti petunjuk.

d. Tahap IV :

Halusinasi pada saat ini, sudah sangat menakutkan dan tingkat ansietas berada pada tingkat panik. Secara umum halusinasi menjadi lebih rumit dan saling terkait dengan delusi.

Karakteristik :

Pengalaman sensori menakutkan jika individu tidak mengikuti perintah halusinasinya. Halusinasi bisa berlangsung dalam beberapa jam atau hari apabila tidak diintervensi (psikotik).

Perilaku yang teramati :

- 1) Perilaku menyerang - teror seperti panik.
- 2) Sangat potensial melakukan bunuh diri atau membunuh orang lain.
- 3) Amuk, *agitasi* dan menarik diri.
- 4) Tidak mampu berespon terhadap petunjuk yang kompleks .
- 5) Tidak mampu berespon terhadap lebih dari satu orang.

5. Jenis halusinasi

a. Halusinasi Pendengaran (akustik, audiotorik)

Gangguan stimulus dimana pasien mendengar suara-suara terutama suara-suara orang, biasanya pasien mendengar suara orang yang sedang membicarakan apa yang sedang dipikirkannya dan memerintahkan untuk melakukan sesuatu.

b. Halusinasi Penglihatan (*visual*)

Stimulus visual dalam bentuk beragam seperti bentuk pencaran cahaya, gambaran geometrik, gambar kartun dan/ atau panorama yang luas dan kompleks. Bayangan bias bisa menyenangkan atau menakutkan.

c. Halusinasi Penghidu (*Olfaktori*)

Gangguan stimulus pada penghidu, yang ditandai dengan adanya bau busuk, amis, dan bau yang menjijikkan seperti : darah, urine atau feses. Kadang-kadang terhidu bau harum. Biasanya berhubungan dengan stroke, tumor, kejang dan demensia.

d. Halusinasi Peraba (*Taktil, Kinaestetik*)

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

e. Halusinasi Pengecap (*Gustatorik*)

Gangguan stimulus yang ditandai dengan merasakan sesuatu yang busuk, amis, dan menjijikkan.

f. Halusinasi sinestetik

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

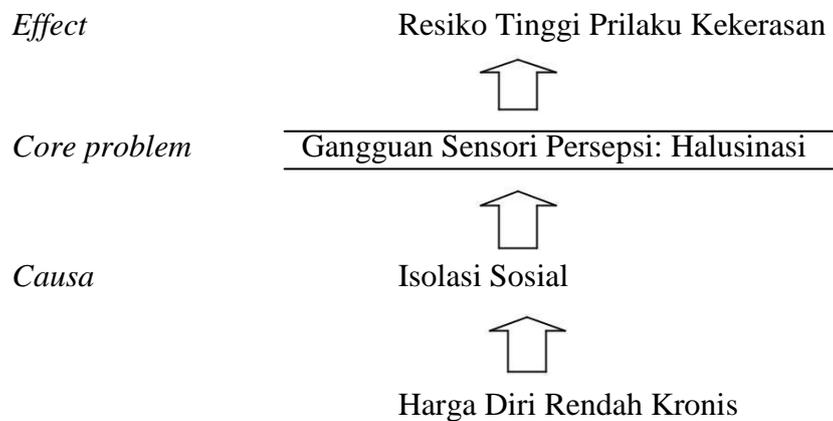
g. Halusinasi Viseral

Timbulnya perasaan tertentu di dalam tubuhnya, meliputi :

- 1) *Depersonalisasi* adalah perasaan aneh pada dirinya bahwa pribadinya sudah tidak seperti biasanya lagi serta tidak sesuai dengan kenyataan yang ada. Sering pada skizofrenia dan sindrom obus parietalis. Misalnya sering merasa dirinya terpecah dua.
- 2) *Derealisasi* adalah suatu perasaan aneh tentang lingkungan yang tidak sesuai dengan kenyataan. Misalnya perasaan segala suatu yang dialaminya seperti dalam mimpi.

h. Pohon masalah pada halusinasi

Pohon masalah berdasarkan (Fitria, 2009) adalah sebagai berikut:



C. Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Halusinasi

1. Keperawatan Keluarga

Keperawatan keluarga merupakan pelayanan holistik yang menempatkan keluarga dan komponennya sebagai fokus pelayanan dan melibatkan anggota keluarga dalam tahap pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi (Depkes, 2010).

Keluarga yang mempunyai anggota keluarga menderita gangguan jiwa (halusinasi) adalah salah satu sasaran penyelenggaraan pelayanan kesehatan dari Upaya Kesehatan Masyarakat di wilayah kerja Puskesmas.

Pelaksanaan keperawatan keluarga di lakukan dengan kunjungan ke rumah keluarga pasien jiwa oleh Tim *Home Care* (perawatan di rumah) Puskesmas salah satunya adalah perawat sebagai pelaksana asuhan keperawatan yang diberikan melalui tahapan proses keperawatan.

a. Pengkajian

Pengkajian dilakukan dengan cara wawancara dan observasi pada pasien dan keluarga.

- 1) Tanda dan gejala halusinasi dapat ditemukan dengan wawancara, melalui pertanyaan sebagai berikut :
 - a) Apakah mendengar suara-suara atau bisikan-bisikan?
 - b) Apakah melihat bayangan-bayangan yang menakutkan?
 - c) Apakah mencium bau tertentu yang menjijikkan?
 - d) Apakah merasakan sesuatu yang menjalar di tubuhnya?

- e) Apakah merasakan sesuatu yang menjijikkan dan tidak mengenakkan?
 - f) Seberapa sering mendengar suara-suara atau melihat bayangan tersebut?
 - g) Kapan mendengar suara atau melihat bayang-bayang?
 - h) Pada situasi apa mendengar suara atau melihat bayang-bayang?
 - i) Bagaimana perasaan mendengar suara atau melihat bayangan tersebut?
 - j) Apa yang telah dilakukan, ketika mendengar suara dan melihat bayangan tersebut?
- 2) Tanda dan gejala halusinasi di dapatkan saat observasi :
- a) Tampak bicara atau tertawa sendiri
 - b) Marah-marah tanpa sebab
 - c) Memiringkan atau mengarahkan telinga ke arah tertentu atau menutup telinga
 - d) Menunjuk-nunjuk ke arah tertentu
 - e) Ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas
 - f) Menghidu seperti membaui bau-bauan tertentu
 - g) Menutup hidung
 - h) Sering meludah
 - i) Muntah
 - j) Menggaruk permukaan kulit

b. Diagnosis Keperawatan Halusinasi

Masalah keperawatan yang muncul berdasarkan (Fitria, 2009) adalah sebagai berikut

- 1) Risiko tinggi Perilaku Kekerasan.
- 2) Perubahan sensori persepsi halusinasi.
- 3) Harga diri rendah kronis.

c. Rencana tindakan keperawatan

1) Rencana tindakan untuk klien halusinasi

Rencana keperawatan berdasarkan (Fitria,2009) adalah sebagai berikut:

Tujuan tindakan untuk klien adalah sebagai berikut:

- a) Klien mengenali halusinasi yang dialaminya.
- b) Klien dapat mengontrol halusinasinya.
- c) Klien mengikuti program pengobatan secara optimal.

Tindakan keperawatan :

- a) Membantu klien mengenali halusinasi.

Diskusi adalah salah satu cara yang dapat dilakukan untuk membantu klien mengenali halusinasinya. Perawat dapat berdiskusi dengan klien terkait isi halusinasi (apa yang didengar atau dilihat), waktu terjadi halusinasi, frekuensi terjadinya halusinasi, frekuensi terjadinya halusinasi, situasi yang menyebabkan halusinasi muncul, dan perasaan klien saat halusinasi muncul (komunikasinya sama dengan yang diatas).

- b) Melatih klien mengontrol halusinasi.

Perawat dapat melatih empat cara dalam mengendalikan halusinasi pada klien. Keempat cara tersebut sudah terbukti mampu mengontrol halusinasi seseorang. Keempat cara tersebut adalah menghardik halusinasi, bercakap-cakap dengan orang lain, melakukan aktivitas yang terjadwal, dan patuh minum obat dengan enam benar secara teratur.

2) Rencana Tindakan keperawatan untuk keluarga pasien

Tujuan tindakan untuk keluarga:

- a) Mengetahui tentang halusinasi
- b) Mengambil keputusan untuk merawat halusinasi
- c) Merawat anggota keluarga yang mengalami halusinasi
- d) Memodifikasi lingkungan yang mendukung pasien mengatasi halusinasi
- e) Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada untuk mendapatkan pelayanan kesehatan untuk anggota keluarga yang mengalami halusinasi

Tindakan keperawatan:

- a) Mendiskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat pasien
- b) Menjelaskan tentang halusinasi: pengertian, tanda dan gejala, penyebab terjadinya halusinasi, dan akibat jika halusinasi tidak diatasi.
- c) Membantu keluarga mengambil keputusan merawat pasien

- d) Melatih keluarga cara merawat halusinasi
 - e) Membimbing keluarga merawat halusinasi
 - f) Melatih keluarga menciptakan suasana keluarga dan lingkungan yang mendukung pasien mengatasi halusinasi
 - g) Mendiskusikan tanda dan gejala kekambuhan yang memerlukan rujukan segera ke fasilitas pelayanan kesehatan
 - h) Menganjurkan follow up ke fasilitas pelayanan kesehatan secara teratur.
 - i) Evaluasi
- 4) Evaluasi keperawatan
- a) Klien mampu menerapkan 4 cara mengontrol halusinasi:
 - 1) Menghindari halusinasi
 - 2) Mematuhi program pengobatan
 - 3) Mengajak orang lain bercakap-cakap dengan bila timbul halusinasi.
 - 4) Menyusun jadwal kegiatan harian untuk mengurangi waktu luang dan melaksanakan jadwal kegiatan tersebut secara mandiri.
 - 5) Menilai manfaat cara mengontrol halusinasi dalam mengendalikan halusinasi.
 - b) Evaluasi keperawatan untuk keluarga:
Keluarga dapat:
 - 1) Menjelaskan halusinasi yang dialami oleh pasien

- 2) Menjelaskan cara merawat pasien halusinasi
- 3) Mendemonstrasikan cara merawat pasien halusinasi
- 4) Memodifikasi lingkungan untuk membantu pasien mengatasi masalahnya
- 5) Menjelaskan fasilitas kesehatan yang dapat digunakan untuk mengatasi masalah halusinasi.

2. Dokumentasi Keperawatan Keluarga dengan halusinasi

Setiap tahapan proses keperawatan yang dilakukan pada keluarga yang mempunyai anggota keluarga mengalami halusinasi didokumentasikan dari pengkajian sampai evaluasi keperawatan yang sesuai dengan prinsip-prinsip dokumentasi.

BAB III

KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Kasus

1. Pengkajian

Pengkajian di laksanakan pada tanggal 2-7-2018, dengan metode wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, pemeriksaan status mental.

a. Identitas kepala keluarga

Nama : Ny.S

Umur : 34 th

Jenis Kelamin : Perempuan

Agama : Islam

Pendidikan Terakhir : SLTP

Pekerjaan : Mengurus rumah tangga.

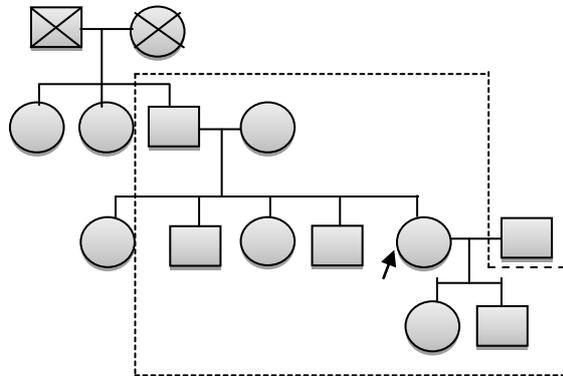
Alamat : Kuncen

Jumlah Anggota Keluarga: 3

b. Daftar Anggota Keluarga :

No	Nama	Umur	Agama	L/P	Hub dgn KK	Pdkkan	Pkrjaan	Ket
1	An. M	12	Islam	P	Anak	SD	-	-
2	An. AP	10	Islam	L	Anak	SD		

c) Genogram



Keterangan :

○ : Perempuan □ : Laki-laki — : garis perkawinan

↗ : Klien X:meninggal — : garis keturunan

----- : Tinggal satu rumah

Ny.S mempunyai dua orang anak, anak pertama perempuan dan anak kedua laki-laki, suami tidak tinggal serumah, Ny.S tercatat sebagai kepala keluarga. Ny.S dengan kedua anaknya tinggal bersama kedua orang tua dan ketiga kakaknya. Suami Ny.S tidak tinggal serumah.

c. Fungsi Keluarga

Keluarga mengatakan walaupun Ny.S sebagai kepala keluarga dalam memberikan kasih sayang kepada kedua anaknya, selalu mengingatkan waktu makan, waktu berangkat sekolah, waktu istirahat, tidur, dan waktu belajar peran fungsinya tetap dibantu oleh keluarga.

d. Tumbuh Kembang Keluarga Tahap perkembangan

Keluarga Ny.S berdasarkan anak pertamanya yang berumur 12 tahun berarti keluarga dengan anak usia sekolah.

e. Tugas Perkembangan Keluarga

Tugas perkembangan Keluarga Ny.S dengan anak usia sekolah adalah:

- 1) Mensosialisasikan anak-anak, termasuk meningkatkan prestasi sekolah dan hubungan dengan teman sebaya yang sehat.
- 2) Mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan.
- 3) Memenuhi kebutuhan kesehatan fisik anggota keluarga.

Tugas perkembangan Keluarga Ny.S sudah terpenuhi dengan dibantu oleh keluarga yang tinggal satu rumah.

f. Struktur Keluarga

Pola komunikasi antara anggota keluarga tidak ada disfungsi, masing-masing boleh menyampaikan pendapat dan apabila terjadi konflik dilakukan musyawarah bersama untuk mencapai keputusan.

Pengambil keputusan : tetap diputuskan Ny.S selaku kepala keluarga dengan dibantu oleh anggota keluarga lain yang tinggal satu rumah.

g. Kebiasaan Anggota Keluarga Sehari-hari

No	Kebiasaan	Ny.S	An.M	An.AP
1	Nutrisi	Makan 3x, pagi,siang,sore kadang-kadang 2x siang sore. Porsi : 1 piring nasi,dengan lauk, sayur, kadang-kadang dengan buah. Minum teh pagi : 1gelas, sore : 1gelas. Minum air putih 6-7gelas tiap hari.	Makan 3x, pagi sebelum sekolah,siang,sore Porsi : 1 piring nasi,dengan lauk, sayur, kadang-kadang dengan buah. Minum teh kadang-kadang Minum air putih 7-8 gelas tiap hari. Jajan tiap hari.	Makan 3x, pagi sebelumsekolah, siang,sore Porsi : 1 piring nasi,dengan lauk, sayur, kadang-kadang dengan buah. Minum teh kadang-kadang Minum air putih 6-9 gelas tiap hari. Jajan tiap hari.

2	Pola Istirahat	Tidur malam mulai jam 22.00 s/d jam 5 pagi setiap hari. Tidur siang hanya bila kantuk saja.	Tidur malam mulai jam 22.00 s/d jam 5 pagi setiap hari. Jarang tidur siang	Tidur malam mulai jam 22.00 s/d jam 5 pagi setiap hari. Jarang tidur siang .
3	Eliminasi	B a b satu hari sekali dengan konsistensi lunak, warna kuning, bau khas feces, dan tidak ada lendir darah. BAK 6-9x per hari	B a b satu hari sekali dengan konsistensi lunak, warna kuning, bau khas feces, dan tidak ada lendir darah. BAK 7-9x per hari.	B a b satu hari sekali dengan konsistensi lunak, warna kuning, bau khas feces, dan tidak ada lendir darah. BAK 7-9x per hari.
4	Pola kebersihan	Mandi 2 x pagi sore, memakai sabun, sekalian dengan sikat gigi, dilakukan secara mandiri	Mandi 2 x pagi sore, memakai sabun, sekalian dengan sikat gigi.	Mandi 2 x pagi sore, memakai sabun, sekalian dengan sikat gigi.
5	Pola Aktifitas	Kegiatan sehari-hari mengerjakan pekerjaan rumah sehari-hari, mencuci, setrika, menyapu.	Bila tidak ada kegiatan sekolah main-main dengan teman sebayanya.	Bila tidak ada kegiatan sekolah main-main dengan teman sebayanya.

h. Faktor Sosial, Ekonomi, Budaya

Hubungan interaksi dengan anggota keluarga, anggota keluarga lain, dan tetangga terjalin baik, tidak ada konflik.

Kebutuhan sehari-hari keluarga secara finansial dibantu oleh keluarga lain yang tinggal serumah. Setiap lebaran Idul Fitri keluarga berkumpul dengan anggota keluarga lain.

i. Faktor Rumah dan Lingkungan

1) Rumah

a) Kondisi rumah

- Tipe rumah : semi permanen
- Lantai : plester
- Kepemilikan : orang tua, tinggal serumah dengan anggota keluarga yang lain.
- Ventilasi : Baik, jendela dibuka tiap hari.
- Penerangan : Pencahayaan baik , siang hari tampak terang.

2) Sarana Memasak

Tersedia dapur penggunaan bersama-sama dengan anggota keluarga lain.

3) Pengelolaan Sampah

Tempat sampah tersedia di dalam rumah, tertutup, setiap hari diambil oleh petugas sampah di kampung.

4) Sumber Air

Untuk keperluan mandi, mencuci pakain, keramas dengan menggunakan air sumur, warna jernih, tidak berbau.

Untuk keperluan minum dengan menggunakan air isi ulang.

5) Jamban Keluarga

Menggunakan jamban sendiri untuk bab dan bak.

6) Pembuangan Air limbah

Pembuangan air limbah ada penampungan tertutup, dialirkan ke saluran pembuangan limbah umum, yang disediakan pemerintah.

7) Kandang Ternak

Tidak memelihara hewan.

8) Halaman

Ada milik anggota keluarga lain, difungsikan untuk parkir kendaraan dan karyawan anggota keluarga lain.

9) Lingkungan Rumah

Tinggal di perkampungan perkotaan, depan jalan utama kampung, tetangga berdekatan, suasana siang malam ramai. Keluarga sudah terbiasa dengan suasana yang ramai.

10) Fasilitas Pendidikan

Anak-anak Ny.S sekolah di SD Muhammadiyah Wirobrajan 2, jarak dengan rumah kurang lebih 1 km.

11) Fasilitas Kesehatan

Fasilitas kesehatan yang dipergunakan untuk pelayanan kesehatan adalah Puskesmas Pembantu Tegalmulyo dengan jarak kurang lebih 1 km. Puskesmas Wirobrajan dengan jarak kurang lebih 3 km.

12) Fasilitas Peribadatan

Kebutuhan ibadah sholat lima waktu kadang-kadang keluarga menggunakan Masjid At Taqwa untuk ibadahnya, jarak kurang lebih lima ratus meter.

13) Sarana Hiburan

TV sebagai sarana hiburan keluarga .

14) Sarana Transportasi

Tersedia sepeda dan sepeda motor.

Bila menggunakan sepeda motor diantarkan keluarga untuk periksa, belanja, keperluan lain.

j. Riwayat Kesehatan Keluarga

1) Kesehatan keluarga

Keterangan dari anggota keluarga lain yaitu kakaknya bahwa nenek dari Bapak pernah menderita gangguan jiwa.

2) Kebiasaan minum obat

Keluarga Ny.S mengatakan minum obat jiwa secara teratur sesuai petunjuk dokter.

3) Kebiasaan memeriksakan diri

Keluarga Ny.S mengatakan secara rutin mendampingi Ny.S periksa ke Puskesmas Wirobrajan, RSUD kota Yogyakarta.

k. Pemeriksaan Fisik

1) Pemeriksaan fisik

Tensi : 110/70 Nadi : 80X/menit Respirasi: 18 x /menit

Suhu Badan : 36°C Berat Badan: 65 kg.

2) Keadaan umum

Baik, kesadaran penuh.

3) Riwayat Penyakit dahulu

Keluarga mengatakan Ny.S menderita gangguan jiwa mulai dari SMA tahun 2000, pernah mondok di RS Ghrasia tahun 2004.

4) Riwayat Penyakit sekarang

Keluarga mengatakan saat ini mengontrolkan rutin Ny.S dan minum obat jiwa dari RSUD kota Yogyakarta.

Keluarga mengatakan Ny.S saat ini masih sering mendengar bisikan-bisikan.

Ny.S mengatakan isi bisikannya tidak boleh sholat, kardus-kardus jatuh, suara gaduh, waktunya pada saat menjelang maghrib dan saat mau tidur malam. Keluarga Ny.S mengatakan belum tahu cara mengatasi bila bisikan-bisikan itu muncul. Keluarga mengatakan Ny.S mudah marah-marah tanpa sebab, nada tinggi, mudah tersinggung, dibiarkan saja, nanti reda juga.

Keluarga Ny.S mengatakan merasa terbebani dengan keadaan Ny.S, karena peran keluarga menjadi bertambah.

1. Status Mental dan Emosi Ny.S

1) Penampilan :

Rapi dari ujung rambut sampai kaki, rambut tidak acak-acakan, kancing pada posisinya, ganti baju tiap pagi dan sore.

2) Pemeriksaan fisik

Tidak tampak cacat di tubuh Ny.S.

3) Kontak mata : tidak kekanan kekiri, diajak bicara kontak mata tetap konsentrasi pada pembicaraan.

4) Pakaian: cara berpakaian dapat menyesuaikan waktu, situasi, dan tempat.

5) Perawatan diri

Untuk aktifitas mandi, makan, berpakaian, mencuci, , dilakukan mandiri, tanpa bantuan anggota keluarga.

6) Tingkah laku

Tampak lesu, tegang, gelisah, adanya gerakan motorik yang menunjukkan kegelisahan.

7) Pola komunikasi

Bicara cepat, kadang-kadang gagap bicaranya. Respon meninggi terhadap rangsangan.

8) Mood dan Afek :

Tampak adanya kekhawatiran dengan apa yang dia rasakan.

Emosi labil cepat berubah-ubah.

9) Proses pikir

Jelas bila diajak bicara kooperatif, dan harus dengan bahasa yang jelas dan pelan-pelan.

10) Persepsi :

a) Adanya halusinasi

b) Jenis halusinasi pendengaran

c) Isi: bisikan tidak boleh sholat, kardus-kardus jatuh, suara-suara gaduh, kepala terasa penuh.

d) Waktu muncul: saat menjelang maghrib, dan menjelang tidur.

e) Frekuensi: sesekali, tidak terus menerus.

f) Respon: dibuat kesibukan dengan menyapu rumah, menyapu halaman terkadang dibiarkan sebentar hilang sendiri.

g) Kognitif

Orientasi realita

1) Waktu : dapat menyebutkan hari, tanggal, bulan, tahun.

2) Tempat : dapat menyebutkan saat ini berada di rumahnya.

3) Orang : dapat menyebutkan identitas diri.

4) Situasi : dapat menyebutkan situasi bahwa rumah aman.

h) Memori

Tidak dapat mengingat kejadian 1 bulan yang lalu.

i) Tingkat konsentrasi dan berhitung

Perhatian Ny.S mudah berganti dari satu objek ke objek lain.

m. Insight

Ny.S mengatakan mengetahui bahwa dirinya mengalami gangguan jiwa.

n. Tingkat kesadaran

Gangguan perhatian : Tidak mampu memusatkan perhatian pada satu hal, lamanya pusat perhatian berkurang, daya konsentrasi terganggu.

o. Isi pikir :

Bloking : Pembicaraan terhenti tiba-tiba tanpa gangguan eksternal kemudian dilanjutkan kembali.

p. Interaksi selama wawancara Kontak mata kurang :

Tidak mau menatap lawan bicara.

Defensif : Selalu berusaha mempertahankan pendapat dan kebenaran dirinya.

Curiga : Menunjukkan sikap/perasaan tidak percaya pada orang lain.

q. Pembicaraan

Inkoherensi: Gangguan dalam bentuk bicara, sehingga satukalimatpun sulit ditangkap maknanya.

r. Kemampuan penilaian

Gangguan kemampuan penilaian ringan : dapat mengambil keputusan yang sederhana tanpa bantuan orang lain.

s. Lima Tugas Keluarga

1) Kemampuan keluarga mengenal masalah kesehatan.

Keluarga mampu mengenal masalah kesehatan dari dokter Puskesmas bahwa Ny.S menderita gangguan jiwa.

2) Kemampuan keluarga mengambil keputusan yang tepat.

Keluarga mampu mengambil keputusan yang tepat Ny.S saat ini rutin periksa ke Puskesmas Wirobrajan dan RSUD Kota Yogyakarta.

3) Kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit.

Keluarga belum mampu merawat Ny.S, belum ada respon untuk mengajarkan cara mengatasi bila halusinasi muncul, bila Ny.S marah dibiarkan saja, sebentar juga reda, keluarga mengatakan merasa terbebani.

4) Kemampuan keluarga untuk memodifikasi lingkungan yang sehat untuk anggota keluarga yang sakit.

Keluarga mampu memodifikasi lingkungan yang sehat , adanya dukungan dari keluarga untuk kesehatan Ny.S.

5) Kemampuan keluarga memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada.

Keluarga mampu memanfaatkan Puskesmas Wirobrajan ,RSU kota Yogyakarta sebagai tempat fasilitas kesehatan.

t. Analisa Data

No	Data Fokus	Masalah	Penyebab
1	<p>Data Subyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ny.S mengatakan sering mendengar bisikan-bisikan • Ny.S mengatakan bisikannya tidak boleh sholat, kardus-kardus jatuh, suara gaduh, waktunya pada saat menjelang maghrib dan saat mau tidur malam. • Ny.S mengatakan belum tahu cara mengatasi bisikan-bisikan itu, bila bingung hanya menyapu, bila tidak dibiarkan saja terus tidur. • Keluarga membenarkan Ny.S saat ini sering mendengar bisikan-bisikan. • Keluarga membenarkan bisikannya tidak boleh sholat, kardus-kardus jatuh, suara gaduh, waktunya pada saat menjelang maghrib dan saat mau tidur malam • Keluarga Ny.S mengatakan belum tahu cara mengatasi bila bisikan-bisikan itu muncul. • Keluarga mengatakan Ny.S 	<p>Gangguan sensori persepsi : halusinasi pendengaran pada Ny.S di keluarga Ny.S</p>	<p>Ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami halusinasi.</p>

	berobat rutin dan minum obat jiwa dari RSU Kota Yogyakarta Data Obyektif <ul style="list-style-type: none"> • Keluarga tampak bingung • Ny.S tampak tegang, gelisah 		
2	Data Subyektif <ul style="list-style-type: none"> • Keluarga Ny.S mengatakan Ny.S mudah marah-marrah tanpa sebab, nada bicara tinggi, mudah tersinggung. • Keluarga Ny.S mengatakan bila Ny.S marah-marrah hanya di biarkan saja, sebentar reda juga marahnya. 	Resiko perilaku kekerasan pada Ny.S di keluarga Ny. S	
3	Data Subyektif <ul style="list-style-type: none"> • Keluarga mengatakan merasa terbebani dengan keadaan Ny.S, karena peran keluarga menjadi bertambah. Data Obyektif <ul style="list-style-type: none"> • Keluarga tampak pasrah 	Ketidakefektifan koping di keluarga Ny.S	

2. Rumusan Diagnosis Keperawatan

- a. Gangguan sensori persepsi:halusinasi pendengaran pada Ny.S di keluarga Ny. S berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami halusinasi .
- b. Resiko perilaku kekerasan pada Ny.S di keluarga Ny.S berhubungan denganketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami halusinasi.
- c. Ketidakefektifan koping di keluarga Ny.S berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami halusinasi .

3. Perencanaan Keperawatan

a. Priroritas masalah

- 1) Gangguan sensori persepsi halusinasi: pendengaran pada Ny.S di keluarga Ny.S berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami halusinasi.

Kriteria	Skor	Bobot	Nilai	Pembenaran
Sifat masalah. Skala : Aktual 3	3	1	$3/3 \times 1 = 1$	Masalah sudah berlangsung lama perlu penanganan khusus, perawatan yang rutin.
Kemungkinan masalah dapat diubah. Skala: Mudah 2	2	2	$2/2 \times 2 = 2$	Keluarga mempunyai kartu jamkesmas, tenaga medis dan tenaga paramedis sudah profesional.
Potensial masalah untuk dicegah Skala : Cukup 2	3	1	$3/3 \times 1 = 1$	Adanya dukungan dari keluarga Ny. S untuk peningkatan kesehatan Ny. S
Menonjolnya masalah. Skala : Masalah berat harus segera di tangani 2	2	1	$2/2 \times 1 = 1$	Keluarga merasakan merupakan masalah yang berat perlu penanganan segera.
Jumlah skor =			5	

2) Resiko perilaku kekerasan pada Ny.S di keluarga Ny.S berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami halusinasi.

Kriteria	Skor	Bobot	Nilai	Pembenaran
Sifat masalah. Skala : Aktual 3	3	1	$2/3 \times 1 = 2/3$	Masalah lebih lanjut belum terjadi tetapi tetap memerlukan penanganan karena adanya halusinasi .
Kemungkinan masalah dapat diubah. Skala: Mudah 2	2	2	$2/2 \times 2 = 2$	Keluarga mempunyai kartu jamkesmas, tenaga medis dan tenaga paramedis sudah profesional.
Potensial masalah untuk dicegah Skala : Tinggi 3	3	1	$3/3 \times 1 = 1$	Adanya dukungan dari keluarga Ny. S untuk peningkatan kesehatan Ny. S
Menonjolnya masalah. Skala : Masalah berat harus segera di tangani 2	2	1	$2/2 \times 1 = 1$	Keluarga merasakan merupakan masalah yang berat perlu penanganan segera.
Jumlah skor =			4 2/3	

3) ketidakefektifan koping di keluarga Ny.S berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami halusinasi.

Kriteria	Skor	Bobot	Nilai	Pembenaran
Sifat masalah. Skala : Resiko 2	2	1	$1/3 \times 1 = 1/3$	Penanganan masalah tidak memerlukan tindakan yang segera dilakukan.
Kemungkinan masalah dapat diubah. Skala: Mudah 2	2	2	$2/2 \times 2 = 2$	Keluarga mempunyai kartu jamkesmas, tenaga medis dan tenaga paramedis sudah profesional.
Potensial masalah untuk dicegah Skala : Cukup 2	2	1	$2/3 \times 1 = 2/3$	Ada ungkapan dari keluarga merasakan terbebani dengan kondisi Ny S.
Menonjolnya masalah. Skala : Ada masalah tp tdk perlu ditangani 1	1	1	$1/2 \times 1 = 1$	Keluarga merasakan masalah tidak perlu ditangani
Jumlah skor =			4	

b. Prioritas Diagnosis Keperawatan

- 1) Gangguan sensori persepsi : halusinasi pendengaran pada Ny. S di keluarga Ny. S berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami halusinasi.
- 2) Resiko perilaku kekerasan pada Ny. S di keluarga Ny. S berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami halusinasi.
- 3) Ketidakefektifan koping di keluarga Ny. S berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami halusinasi.

c) Tujuan dan Tindakan
Tggl. 2-7-2018

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan Umum	Tujuan Khusus	Tindakan
1	Gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran pada Ny.S di keluarga Ny.S berhubungan denganketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami halusinasi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 kali kunjungan Gangguan sensori persepsi halusinasi: pendengaran pada Ny.S di keluarga Ny.S teratasi dengan kriteria hasil : 1. Ny. S mampu mengontrol halusinasi : a. Menghardik halusinasi b. Mengajak bercakap-cakap dengan keluarga c. Mengalihkan dengan melakukan aktifitas, kegiatan rutin d. Patuh minum obat dengan 6 benar.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 kali kunjungan keluarga mampu merawat : 1. Mengontrol halusinasi Ny.S 2. Mengajak bercakap-cakap dengan Ny.S 3. Memberikan Ny.S dengan aktifitas yang terjadwal. 4. Melakukan pengawasan minum obat Ny.S	Pada keluarga 1. Diskusikan masalah yang dirasakan dengan keluarga. 2. Latih cara mengontrol halusinasi. 3. Latih cara menghardik halusinasi. 4. Sarankan untuk mengajak bercakap-cakap bila halusinasi muncul. 5. Sarankan buat jadwal kegiatan sehari-hari untuk Ny.S. 6. Sarankan untuk awasi kepatuhan minum obat.dengan 6 prinsip benar: benar obat, orang, cara, dosis, waktu, dokumentasi 7. Jelaskan pentingnya dukungan keluarga untuk Ny.S. 8. Sarankan keluarga untuk mengajak ke dunia nyata bahwa bisikan-bisikan itu tidak benar Pada pasien : 1. Latih cara mengontrol

				halusinasi.
--	--	--	--	-------------

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan Umum	Tujuan Khusus	Tindakan
2	Resiko perilaku kekerasan pada Ny.S di keluarga Ny.S berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami halusinasi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 kali kunjungan perilaku kekerasan pada Ny.S di keluarga Ny.S tidak terjadi dengan kriteria hasil : 1. Ny.S dapat mengontrol kemarahannya : a. Mengalihkan kemarahan dengan memukul barang-barang lunak. b. Melakukan nafas dalam c. Melakukan aktifitas sesuai dengan kemampuannya. d. Tidak mencederai diri sendiri, keluarga, orang lain.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 kali kunjungan keluarga mampu merawat : 1. Mengalihkan kemarahan Ny.S dengan pukul barang-barang lunak: bantal. 2. Membimbing nafas dalam. 3. Memilihkan aktifitas yang sesuai dengan kemampuan dengan Ny.S	1. Diskusikan masalah yang dirasakan dengan keluarga jelaskan pengertian, tanda dan gejala, dan penyebab perilaku kekerasan. 2. Latih Ny.S dan keluarga cara mengatasiramasarah- marah: latihan nafas dalam, pukul bantal. 3. Bimbing keluarga merawat marah-marah:demontrasi latihan nafas dalam, pukul bantal . 4. Diskusikan dengan keluarga untuk memilihkan kegiatan yang sesuai dengan kemampuan Ny.S. 5. Sarankan keluarga untuk berbicara yang halus dengan Ny.S jangan dengan kata-kata kasar.

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan Umum	Tujuan Khusus	Tindakan
3	Ketidakefektifan koping di keluarga Ny.S berhubungan denganketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami halusinasi.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 kali kunjungankoping di keluarga Ny.S menjadi efektif dengan kriteria hasil : 1. Keluarga menyatakan dengan sepenuh hati menerima keadaan Ny S.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 kali kunjungankeluarga mampu merawat ; 1. Menyesuaikan dengan keadaan Ny.S. 2. Menyatakan dukungan untuk selalu mendampingi pengobatan dan perawatan Ny S 3. Menyatakan selalu siap menggantikan sebagian perannya di keluarga	1. Diskusikan masalah yang dirasakan dengan keluarga. 2. Jelaskan bahwa Ny.S merupakan Pribadi yang berkebutuhan khusus. 3. Jelaskan pentingnya dukungan keluarga untuk perbaikan kesehatan Ny.S 4. Jelaskan dengan keadaan Ny.S yang mengalami halusinasi peran keluarga bertambah fungsinya.

4. Pelaksanaan Dan Evaluasi Keperawatan

Tggl Jam	Diagnosis Keperawatan	Pelaksanaan	Tggl Jam	Evaluasi
3-7-2018 10.00 WIB	Gangguan sensori persepsi halusinasi: pendengaran pada Ny.S di keluarga Ny.S berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan halusinasi	<p>Pada keluarga :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengucapkan salam 2. Melakukan kontrak waktu 40 menit kedepan. 3. Mendiskusikan masalah yang dirasakan dengan keluarga. 4. Melatih cara mengontrol halusinasi. 5. Melatih cara menghardik halusinasi. 6. Menyarankan untuk mengajak bercakap-cakap bila halusinasi muncul. 7. Menyarankan buat jadwal kegiatan sehari-hari untuk Ny.S 8. Menyarankan untuk awasi kepatuhan minum obat, dengan 6 prinsip benar: benar obat, orang, cara, dosis, waktu, dokumentasi. 9. Menjelaskan pentingnya dukungan keluarga untuk Ny.S. <p>Pada pasien :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melatih cara menghardik halusinasi. 2. Mejelaskan pentingnya partisipasi keluarga untuk kesehatannya. 	3-7-2018 10.15 WIB	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluarga mengatakan senangdiberikan cara-cara mengatasi halusinasi. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ny S sudah mencoba memperagakan menghardik halusinasi. <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tujuan belum tercapai. • Langkah-langkah cara kontrol halusinasi masih belum tepat. <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lanjutkan intervensi cara kontrol halusinasi.

Tggl Jam	Diagnosis Keperawatan	Pelaksanaan	Tggl Jam	Evaluasi
3-7-2018 10.15 WIB	Resiko perilaku kekerasan pada Ny S di keluarga Ny S berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami halusinasi.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mendiskusikan masalah yang dirasakan dengan keluarga jelaskan pengertian, tanda dan gejala, dan penyebab perilaku kekerasan. 2. Melatih Ny.S dan keluarga cara mengatasirasa marah-marah: latihan nafas dalam, pukul bantal. 3. Membimbing keluarga merawat rasa marah-marah:demontrasi latihan nafas dalam, pukul bantal. 4. Melatih keluarga menciptakan suasana keluarga dan lingkungan yang mendukung pasien untuk mengontrol emosinya: bicara dengan pasien menggunakan bahasa yang halus, jangan dengan kata-kata kasar. 	3-7-2018 10.30 WIB	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluarga mengatakan baru mengerti marah-marah, mudah tersinggungtermasuk tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan, • Keluarga mengatakan akan mencoba latihan nafasdalam. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluarga tampak menerimaintervensi yang dilakukan. • Ny.S dan keluarga masih belum benar cara latih nafas dalam <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tujuan belum tercapai • Ny.S dan keluarga masih ragu-ragu memperagakan latihan nafas dalam. <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lanjutkan intervensi

				<ul style="list-style-type: none"> • Ulangi latihan nafas dalam.
--	--	--	--	---

Tggl Jam	Diagnosis Keperawatan	Pelaksanaan	Tggl Jam	Evaluasi
3-7-2018 10.30 WIB	Ketidakefektifan koping di keluarga Ny.S berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami halusinasi..	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mendiskusikan masalah yang dirasakan dengan keluarga. 2. Menjelaskan bahwa Ny.S merupakan pribadi yang berkebutuhan khusus. 3. Menjelaskan pentingnya dukungan keluarga untuk perbaikan kesehatan Ny.S 4. Menjelaskan dengan keadaan Ny.S yang mengalami gangguan jiwa peran keluarga bertambah fungsinya. 	3-7-2018 10.40 WIB	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluargamengatakan siap menerima dengan kondisi Ny.S <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluarga tampak menerima kondisi Ny.S <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tujuan tercapai • Keluarga siap menerima dengan kondisi Ny.S <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Motivasi kepada keluarga untuk tetap selalu bersemangat untuk kesehatan Ny.S

Tggl Jam	Diagnosis Keperawatan	Pelaksanaan	Tggl Jam	Evaluasi
4-7-2018 10.00 WIB	Gangguan sensori persepsi halusinasi: pendengaran pada Ny.S di keluarga Ny. S berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan halusinasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengucapkan salam 2. Melakukan kontrak waktu 30 menit kedepan 3. Mendiskusikan ulang dengan Ny.S dan keluarga cara mengontrol halusinasi : <ol style="list-style-type: none"> a. Menghardik halusinasi b. Mengajak bercakap-cakap c. Mendiskusikan , mengalihkan dengan kegiatan rutin d. Patuh minum obat dengan 6 benar 4. Memperagakan ulang cara mengontrol halusinasi 5. Meminta Ny.S dan keluarga untuk memperagakan ulang cara mengontrol halusinasi 6. Memonitor ulang cara mengontrol halusinasi Ny.S dan keluarga 	4-7-2018 10.15 WIB	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ny.S dan keluarga mengatakan siap memperagakan ulang cara kontrol halusinasi <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ny.S dan keluarga sudah melakukan ulang cara mengontrol halusinasi <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tujuan sebagian tercapai. • Keluarga sudah tepat langkah-langkah cara kontrol halusinasi • Ny.S belum tepat langkah-langkahnya <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lanjutkan intervensi • Serahkan pada perawat Puskesmas

				untuk tindak lanjut.
--	--	--	--	----------------------

Tggl Jam	Diagnosis Keperawatan	Pelaksanaan	Tggl Jam	Evaluasi
4-7-2018 10.15 WIB	Resiko perilaku kekerasan pada Ny S di keluarga Ny.S berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami halusinasi.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mendiskusikan ulang dengan Ny. S dan keluarga cara mengatasi kemarahan. 2. Meminta Ny.S dan keluarga untuk melakukan nafas dalam, pukul-pukul bantal. 3. Memberikan pujian setelah pada Ny.S dan keluarga melakukan nafas dalam, pukul bantal: Bagus Bu , cara –caranya sudah tepat. 4. Menyarankan untuk dilakukan bila timbul marah-marah tanpa sebab 5. Mengucapkan salam , terima kasih atas kerja samanya . 	4-7-2018 10.25 WIB	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ny.S dan keluarga mengatakan setuju <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ny.S dan keluarga sudah melakukan nafas dalam dan pukul-pukul bantal <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tujuan tercapai • Ny.S dan keluarga sudah tepat langkah-langkah nafas dalam dan pukul bantal. <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Serahkan ke Perawat Puskesmas untuk tindak lanjut.

B. Pembahasan

Penulis akan membahas kesenjangan antara konsep teori dan penerapan asuhan keperawatankeluargaNy.Sdengan salah satu anggota keluarga mengalami halusinasi meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi, dokumentasi keperawatan.

1. Pengkajian

Pengkajian sesuai dengan teori, tidak ditemukan data subyektif dan obyektif perilaku kekerasan baik mencederai diri sendiri dan orang lain.

Fraktor predisposisi yang menyebabkan proses terjadinya Ny.S mengalami gangguan sensori persepsi: halusinasi adanya riwayat anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa yaitu neneknya: Ibu dari bapaknya. Faktor presipitasi adanya kegagalan ekonomi dari orangtua Ny.S sempat jatuh miskin mengalami kebangkrutan dan koping keluarga tidak efektif saat menghadapi kemiskinan yang terjadi.

2. Diagnosis Keperawatan Keluarga

Dua diagnosis keperawatan sama dengan teori, Diagnosis harga diri rendah kronis tidak penulis rumuskan , karena :

- a. Pasien tetap aktif menjalankan aktifitas sehari-hari, tidak malu dan semangat untuk kesembuhan penyakitnya.
- b. Keluarga sangat mendukung dalam perawatan Ny.S untuk peningkatan kesehatannya dan mampu memenuhi kebutuhan sehari-hari Ny.S dan kedua anaknya.

3. Perencanaan Keperawatan Keluarga

Prioritas diagnosis keperawatan adalah Gangguan sensori persepsi halusinasi : Pendengaran karena untuk peningkatan perbaikan kesehatan Ny.S membutuhkan rentang waktu yang lama, butuh perawatan dan tindak lanjut yang tepat untuk mencegah terjadinya masalah-masalah lebih lanjut, untuk itu penulis rumuskan sebagai prioritas diagnosis pertama.

4. Tindakan keperawatan Keluarga

Sesuai dengan rencana tindakan karena :

- a. Klien sangat kooperatif
- b. Adanya dukungan dari klien ingin sembuh
- c. Adanya dukungan keluarga untuk meluangkan waktu, menyediakan tempat untuk kelancaran dalam pemberian asuhan keperawatan keluarga.

5. Evaluasi Keperawatan

Tujuan tercapai sebagian pada rumusan perencanaan di Diagnosis Keperawatan pertama karena :

- a. Waktu asuhan keperawatan terbatas.
- b. Klien belum mampu sepenuhnya menguasai tindakan keperawatan yang diberikan.

6. Dokumentasi Keperawatan

Dokumentasi asuhan keperawatan merupakan catatan penting yang penulissusun baik dalam bentuk elektronik maupun manual berupa rangkaian kegiatan yang dikerjakan oleh penulis meliputi lima tahap yaitu: pengkajian, perumusan diagnosis keperawatan, perencanaan tindakan, pelaksanaan tindakan, dan evaluasi perawatan. Penulis merumuskan dokumentasi keperawatan mengacu kepada prinsip-prinsip dokumentasi keperawatan yaitu diawali dengan waktu, diakhiri dengan inisial atau paraf dan nama terang, waktu penulisan, pelaksana kegiatan, pembetulan kesalahan, penggunaan lambang atau singkatan, disusun secara kronologis, ditulis dengan akurat, ringkas, dapat dibaca dan ditulis dengan tinta.

BAB IV

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan dari tujuan penulisan karya tulis ilmiah Asuhan Keperawatan Keluarga Ny.S Dengan Salah satu Anggota Keluarga Mengalami Halusinasi Di Wilayah Kerja Puskesmas Wirobrajan Kota Yogyakarta seluruh tahapan telah dilakukan dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. Penulis sudah mampu memberikan asuhan keperawatan keluarga Ny.S dengan salah satu anggota keluarga mengalami halusinasi dengan menerapkan proses dan dokumentasi keperawatan, hal tersebut dapat dibuktikan dengan diwujudkan dalam bentuk karya tulis ilmiah.
2. Penerapan proses keperawatan yang dilakukan, keluarga mampu berperan dalam merawat anggota keluarga yang mengalami halusinasi dengan menyediakan waktu, tempat, sarana untuk kelancaran asuhan keperawatan yang diberikan.
3. Keluarga Ny.S sudah menindaklanjuti hasil dari asuhan keperawatan yang telah diberikan dengan mengikuti pendidikan dan pelatihan bagi Keluarga yang mempunyai anggota keluarga mengalami gangguan jiwa yang diselenggarakan oleh RS Grhasia Propinsi Daerah Istimewa Yogyakarta.

B. Saran

Setelah melakukan asuhan keperawatan ada beberapa saran yang dapat penulis sampaikan .

1. Pada keluarga

- a. Dampingi klien saat muncul halusinasinya bimbing dan diarahkan dengan cara mengontrol halusinasi yang tepat.
- b. Jaga kestabilan emosi klien, ciptakan suasana keluarga yang nyaman cegah jangan sampai terjadi ketegangan dan menyebabkan rasa amarah dengan mengalihkan memberikan kegiatan yang sesuai dengan klien.

2. Pada Pasien

- a. Budayakan cara kontrol halusinasi dengan tepat: Menghardik halusinasi, mengajak berbincang-bincang dengan keluarga, melakukan aktifitas terjadwal, patuh minum obat.
- b. Budayakan cara mengontrol marah dengan latihan nafas dalam, cari obyek yang positif untuk lampiaskan rasa marah dengan pukul bantal ataupun yang lain tetapi jangan mecederai diri sendiri dan orang lain terutama keluarga dan masyarakat.

3. Pada Perawat Puskesmas

Untuk menindaklanjuti dari asuhan keperawatan yang telah diberikan penulis, karena adanya keterbatasan waktu dan tempat.

Daftar Pustaka

- Ali, Z. 2010, *Pengantar Keperawatan Keluarga*. EGC. Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. *kmk-no-908-2010-ttg-pelayanan-keperawatan keluarga*. Jakarta: DEPKES RI; 2010.
- Damayanti, M., & Iskandar. (2012). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Bandung : Refika Aditama
- Friedman, M. M. (2010). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga : Riset, Teori, dan Praktek*. Jakarta : EGC.
- Fitria, Nita. 2009. *Perinsip Dasar dan Aplikasi Penulisan Laporan Pendahuluan dan Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika.
- Kusumawati, F & Hartono, 2012. *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta : Salemba Medika
- Mamnu'ah. 2010. *Stres dan Strategi Koping Keluarga Merawat Anggota Keluarga yang Mengalami Halusinasi*. *Jurnal Kebidanan dan Keperawatan*. Yogyakarta: Stikes 'Aisyiyah Yogyakarta.
- Muhith, Abdul. 2011. *Pendidikan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta : Andi.
- Muhith, A. (2015). *Pendidikan Keperawatan Jiwa (Teori dan Aplikasi)*. Yogyakarta: Andi.
- Ngadiran, Antonius. (2010). *Analisis Fenomenologi tentang Pengalaman Keluargatentang Beban dan Sumber Dukungan Keluarga dalam Merawat Klien dengan Halusinasi*. Jakarta: Universitas Indonesia.
- Padila. (2012). *Buku Ajar: Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Prabowo, E. (2014). *Konsep & Aplikasi Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Stuart, G.W., & Laraia, M.T (2009). *Principle and practice of psyciatric nursin*^{9th} ed. St Louis : Mosby year book
- Videbeck, Yosep, I. (2009). *Keperawatan Jiwa*. Bandung: Refika Adi
- Videbeck, S.L. (2008). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC.