

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. T. DENGAN GANGGUAN SENSORI PRESEPSI: HALUSINASI PENGELIHATAN DI RUANG RAWAT INAP RUMAH SAKIT JIWA NAIMATA KUPANG PROVINSI NUSA TENGGARA TIMUR

Karya Tulis Ilmiah ini Disusun Sebagai Salah Satu Persyaratan Untuk
Menyelesaikan Program Pendidikan Diploma III Keperawatan Pada Program
Studi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang



FRANSISKA ATI
NIM: PO.530320116300

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN JURUSAN
KEPERAWATAN POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
2019**

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Fransiska Ati
NIM : PO.530320116300
Program Studi : D-III Keperawatan
Institusi : Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Mengatakan dengan sebenarnya bahwa Studi Kasus yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya aku sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Studi Kasus ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Kupang, 11 Juni 2019

Pembuat Pernyataan



Fransiska Ati
NIM. PO530320116300

Mengetahui

Pembimbing



Sebastianus Banggut, SST., M.Pd
NIP: 195703231981031002

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Karya Tulis Ilmiah oleh Fransiska Ati, NIM: PO. 530320116300
dengan judul "ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. T. DENGAN
GANGGUAN SENSORI PRESEPSI : HALUSINASI PENGELIHATAN
DI RUANG RAWAT INAP RUMAH SAKIT Jiwa NAIMATA KUPANG
PROVINSI NUSA TENGGARA TIMUR" telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan.

Disusun Oleh :



Fransiska Ati
NIM: PO. 530320116300

Telah Di Setujui Untuk Diseminarkan Di Depan Dewan Penguji
Prodi D-III Keperawatan Kupang Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Tanggal, 11 Juni 2019

Pembimbing



Sebastianus Banggut, SST., M.Pd
NIP. 195703231981031002

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

**“ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. T. DENGAN GANGGUAN
SENSORI PRESEPSI : HALUSINASI PENGELIHATAN DI RUANG
RAWAT INAP RUMAH SAKIT JIWA NAIMATA KUPANG
PROVINSI NUSA TENGGARA TIMUR”**

Disusun Oleh :



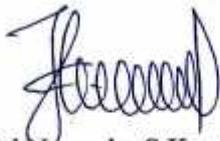
Fransiska Ati

NIM: PO.530320116300

Telah Diuji Pada Tanggal, 11 Juni 2019

Dewan Penguji

Penguji I



Trifonia Sri Nurwela, S.Kep.Ns., M.Kes
NIP. 19771019001122001

Penguji II



Sebastianus Banggut, SST., M.Pd
NIP. 195703231981031002

Mengesahkan

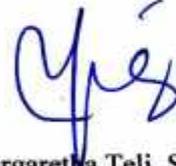
Ketua Jurusan Keperawatan



Dr. Florentinus Tat, SKp., M.Kes
NIP. 196911281993031005

Mengetahui

Ketua Prodi D-III Keperawatan



Margaretha Teli, S.Kep.Ns., MSc-PH
NIP. 197707272000032002

BIODATA PENULIS

Nama Lengkap : Fransiska Ati
Tempat tanggal lahir : Wolofeo-Ende, 11 Juli 1997
Jenis kelamin : Perempuan
Alamat : Jln. Samratulangi V, RT: 019, RW: 007
Riwayat Pendidikan :

1. Tamat TK St. Theresia Wolofeo- Ende
2. Tamat SDK Wolofeo-Ende
3. Tamat SMP 9 Kota Kupang
4. Tamat SMA 2 Kota Kupang
5. Sejak Tahun 2016 Kuliah di Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

MOTTO

“ Bermimpilah seakan kau akan hidup selamanya,
Hiduplah seakan kau akan mati hari ini”

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis haturkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat dan rahmat kasih karunia-Nya, penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah tentang “ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. T. DENGAN GANGGUAN SENSORI PRESEPSI : HALUSINASI PENGELIHATAN RUANG RAWAT INAP RUMAH SAKIT JIWA NAIMATA KUPANG PROVINSI NUSA TENGGARA TIMUR” dengan baik dan tepat pada waktunya. Karya Tulis Ilmiah ini dilaksanakan untuk memenuhi tugas akhir program D-III Keperawatan yang berlangsung sejak tanggal 27 mei – 30 mei 2019.

Selama melakukan penulisan Karya Tulis Ilmiah ini, penulis mendapatkan bantuan dan masukan, motifasi yang baik dari berbagai pihak, terkhusus dari Bapak Sebastianus Banggut, SST., M.Pd selaku Pembimbing Akademik dan Pembimbing Karya Tulis Ilmiah yang dengan penuh kesabaran dan ketelitian dapat membimbing penulis sehingga Karya Tulis Ilmiah ini terselesaikan dengan baik. Dari Bapak Thomas Laga Boro S.Kep.,Ns.,M.Kes sebagai Penguji Klinik serta CI di Ruangan Rawat Inap RSJ Naimata Kupang yang telah meluangkan waktu, tenaga dan pikiran untuk menguji penulis dan mengarahkan penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah. Dan dari Ibu Trifonia Sri Nurwela, S.Kep,Ns., M.Kes selaku Dosen Penguji yang telah meluangkan waktu untuk menguji dan memberikan masukan demi penyempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini.

Melalui kesempatan ini juga penulis tidak lupa untuk menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada yang terhormat :

1. Ibu R.H. Kristina, SKM, M.Kes, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang telah memberikan kesempatan kepada penulis dalam menyelesaikan Studi Kasus ini.
2. Dr. Florentianus Tat, SKp, M. Kes, selaku Ketua Jurusan Keperawatan Kupang yang telah memberikan motivasi selama mengikuti proses perkuliaan di Prodi D-III Keperawatan
3. Margaretha Teli, S.Kep,Ns,MSc-PH selaku Ka Prodi D-III Keperawatan yang telah memberikan motivasi selama mengikuti proses perkuliaan di Prodi D-III Keperawatan

4. Ibu M. Margaretha U. W., SKp, MHSc, selaku Pembimbing Akademik Jurusan Keperawatan Kupang yang telah membimbing, memberi dukungan dan motivasi saya selama tiga tahun
5. Seluruh staf dosen dan karyawan Prodi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang telah membimbing selama perkuliahan
6. Bapa dan Mama tercinta yang telah membesarkan dan mendidik saya serta kakak, ade, tante dan om yang memberikan dukungan doa dan motivasi untuk menyelesaikan Studi Kasus ini.
7. Orang-orang terdekat Maya, Helmi, Anita, yeni, Narto, Vendi, Ramon, Renol, Ezar, Rivaldi, Leo, Musa, CS yang telah membantu dan memberikan dukungan untuk menyelesaikan Studi Kasus ini.
8. Teman - teman angkatan 2016 tingkat III Reguler B khususnya Mes Que Un Clase yang selalu memberikan saran, dukungan dan semangat buat penulis dalam menyelesaikan Studi Kasus ini.

Akhir kata, penulis menyadari bahwa Studi Kasus ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu, segala kritik dan saran yang membangun sangat diharapkan agar dapat digunakan penulis untuk menyelesaikan Studi Kasus ini selanjutnya.

Kupang, 11 Juni 2019

Penulis

ABSTRAK

Asuhan Keperawatan Pada Ny. T. Dengan Gangguan Sensori Presepsi: Halusinasi Pengelihatan Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Naimata Kupang Provinsi Nusa Tenggara Timur. Oleh Fransiska Ati PO. 530320116300. Pembimbing: Sebastianus Banggut, SST., M.Pd * Ibu Trifonia Sri Nurwela, S.Kep,Ns., M.Kes

Skizofrenia merupakan gangguan kejiwaan dan kondisi medis yang mempengaruhi fungsi otak manusia, mempengaruhi fungsi normal kognitif, mempengaruhi emosional dan tingkah laku.

Tujuan dari Karya Tulis Ilmiah ini adalah Peserta Ujian Akhir Program (UAP) mampu memberikan asuhan keperawatan pada Ny. T. dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pengelihatan Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Naimata.

Dari hasil studi kasus, masalah yang didapatkan adalah gangguan sensori presepsi : halusinasi penglihatan dengan penyebabnya adalah isolasi sosial : menarik diri dan efek yang akan muncul adalah resiko perilaku kekerasan : diri sendiri, orang lain dan lingkungan.

Kata Kunci: GANGGUAN SENSORI PRESEPSI :HALUSINASI PENGLIHATAN, Asuhan Keperawatan jiwa

DAFTAR ISI

Halaman Judul	
Pernyataan Keaslian Tulisan	i
Lembar Persetujuan	ii
Lembar Pengesahan	iii
Biodata Penulis	iv
Kata Pengantar	v-vi
Daftar Isi	vii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang Masalah	1
1.2 Tujuan Studi Kasus	2
1.3 Manfaat Studi Kasus	3
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	5
2.1 Konsep Dasar Halusinasi	5
2.2 Konsep Dasar Asuhan keperawatan Halusinasi	11
BAB 3 HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN	28
3.1 Hasil Studi Kasus	28
3.2 Pembahasan	41
3.3 Keterbatasan Studi Kasus	39
BAB 4 PENUTUP	42
4.1 Kesimpulan	42
4.2 Saran	43
DAFTAR PUSTAKA	44
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

2.1. Jenis-jenis halusinasi	6
2.2 Fase-fase halusinasi	7
2.3 Strategi pelaksanaan	19
2.4 Implementasi Keperawatan	20

DAFTAR GAMBAR

2.1. Rentang Respon Neurobiologis.....	8
2.2 Pohon Masalah Sensori Presepsi : Halusinasi	13
3.1 Pohon Masalah Sensori Presepsi : Halusinasi	26

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Skizofrenia merupakan gangguan kejiwaan dan kondisi medis yang mempengaruhi fungsi otak manusia, mempengaruhi fungsi normal kognitif, mempengaruhi emosional dan tingkah laku. Gangguan jiwa skizofrenia sifatnya adalah gangguan yang lebih kronis dan melemahkan dibandingkan dengan gangguan mental lain, Skizofrenia merupakan gangguan jiwa yang paling banyak terjadi, gejalanya ditandai dengan adanya distorsi realita, disorganisasi kepribadian yang parah, serta ketidakmampuan individu berinteraksi dengan kehidupan sehari-hari, hampir 1 % penduduk dunia mengalami skizofrenia dalam hidup mereka, ditemukan terbanyak pada usia 15-35, dan dari 1000 orang dewasa 7 diantaranya mengalami skizofrenia Depkes RI (2015).

Menurut WHO (*World Health Organization*), masalah gangguan jiwa di dunia ini sudah menjadi masalah yang semakin serius. Berdasarkan data statistik pasien gangguan jiwa sangat mengkhawatirkan dimana satu dari empat orang didunia ini mengalami gangguan jiwa. WHO memperkirakan ada sekitar 450 juta orang di dunia ini ditemukan mengalami gangguan jiwa. Berdasarkan Undang Undang No. 18 tahun 2014 tentang kesehatan jiwa, kesehatan jiwa adalah suatu kondisi dimana seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial sehingga individu tersebut menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja, secara produktif, dan mampu memberikan kontribusi pada komunitasnya Yosep (2007).

Menurut *American Nurses Associations* (ANA) keperawatan jiwa merupakan suatu bidang khusus dalam praktek keperawatan yang menggunakan ilmu perilaku manusia sebagai ilmu dan penggunaan diri sendiri secara terapeutik sebagai cara untuk meningkatkan, mempertahankan, memulihkan kesehatan jiwa. Di Rumah Sakit Jiwa di Indonesia, sekitar 70% halusinasi yang dialami oleh pasien gangguan jiwa adalah halusinasi pendengaran, 20% halusinasi penglihatan, dan 10% adalah halusinasi penghidu, pengecap dan perabaan. Gangguan orientasi realita adalah

ketidakmampuan individu untuk menilai dan berespon pada realita. Klien tidak dapat membedakan rangsangan internal dan eksternal, tidak dapat membedakan lamunan dan kenyataan. Klien juga tidak mampu untuk memberikan respon yang akurat, sehingga tampak perilaku yang sulit dimengerti. Halusinasi adalah penyerapan (persepsi) panca indera tanpa adanya rangsangan dari luar yang dapat meliputi semua panca indera dan terjadi disaat individu sadar penuh Depkes dalam Dermawan dan Rusdi, (2013).

Halusinasi penglihatan adalah stimulus visual dalam bentuk kilatan atau cahaya, gambar atau bayangan yang rumit dan kompleks. Bayangan bisa menyenangkan atau menakutkan Kusumawati & Hartono (2011).

Menurut teori Keliat, Budi 2011 data subjektif pada pasien yang mengalami halusinasi penglihatan yaitu pasien Melihat bayangan orang, benda pasien akan merasakan takut dan akan menyakitinya, Orang lain, maupun lingkungan sekitarnya. Dan data objektif adalah pasien tampak memandang satu arah dan menunjukkan muka marah atau tidak suka.

Studi Pendahuluan tanggal 25 Mei 2019 Berdasarkan hasil pencatatan Rekam Medik (RM) Rumah Sakit Jiwa Kota kupang di Naimata pada bulan November 2018 sampai April 2019, ditemukan jumlah kunjungan dengan rincian pada klien rawat inap: 158, rawat jalan: 185 dan ruang Picu (Psikiatrik): 97 secara umum.

Peran perawat adalah membina hubungan saling percaya melalui pendekatan terapeutik dan membantu pasien menghadirkan realita.

Berdasarkan latar belakang diatas, maka penulis tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan pada pasien yang mengalami Gangguan Sensori Presepsi : Halusinasi Penglihatan.

1.2. Tujuan Studi Kasus

1.2.1. Tujuan Umum

Peserta Ujian Akhir Program (UAP) mampu memberikan asuhan keperawatan pada Ny. T. dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Penglihatan Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Naimata

1.2.2. Tujuan Khusus

1. Peserta Ujian Akhir Program (UAP) Mampu Melakukan Pengkajian Keperawatan Pada Ny. T. Dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pengelihatan
2. Peserta Ujian Akhir Program (UAP) Mampu Merumuskan Diagnosa Keperawatan Pada Ny. T. Dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pengelihatan
3. Peserta Ujian Akhir Program (UAP) Mampu Menentukan Intervensi Keperawatan Pada Ny. T. Dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pengelihatan
4. Peserta Ujian Akhir Program (UAP) Mampu Melakukan Implementasi Keperawatan Pada Ny. T. Dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pengelihatan
5. Peserta Ujian Akhir Program (UAP) Mampu Melakukan Evaluasi Keperawatan Pada Ny. T. Dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pengelihatan

1.3. Manfaat Studi Kasus

1.3.1 Manfaat teoritis

Dapat dijadikan referensi untuk pengembangan ilmu keperawatan dalam memberikan Asuhan Keperawatan pada pasien dengan gangguan persepsi sensoris (halusinasi) diruang rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Naimata

1.3.2 Manfaat praktis

1. Bagi institusi pendidikan

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan pengajaran untuk pengembangan keilmuan Asuhan Keperawatan tentang gangguan persepsi sensoris (halusinasi) dalam bidang keperawatan jiwa

2. Bagi pasien dan keluarga

Agar dapat meningkatkan pengetahuan tentang gangguan persepsi sensoris (halusinasi) sehingga dapat memberikan pengenalan awal dirumah dan mengatur pola hidup

3. Bagi penulis

Dapat menambah wawasan dan pengalaman langsung untuk merawat pasien jiwa

4. Bagi Rumah Sakit Jiwa Naimata

Sebagai bahan masukan yang diperlukan dalam pelaksanaan praktis pelayanan keperawatan jiwa khususnya Gangguan Presepsi Sensori: Halusinasi penglihatan

BAB 2

TINJAUAN TEORI

2.1. Konsep Dasar Sensori Presepsi : Halusinasi

2.1.1 Defenisi

Halusinasi adalah gangguan persepsi sensori dari suatu obyek tanpa adanya rangsangan dari luar, gangguan persepsi sensori ini meliputi seluruh pancaindra. Halusinasi merupakan salah satu gejala gangguan jiwa yang pasien mengalami perubahan sensori persepsi, serta merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan perabaan, atau penciuman. Pasien merasakan stimulus yang sebetulnya tidak ada (AH Yusuf, Ryski & Hanik, 2015.120).

Halusinasi adalah salah satu gejala gangguan jiwa dimana klien mengalami perubahan sensori persepsi, merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan perabaan atau penghiduan. Klien merasakan stimulus yang sebetulnya tidak ada (AH Yusuf, Ryski & Hanik, 2015.120).

Halusinasi adalah perubahan dalam jumlah atau pola stimulus yang datang sesuai respon yang kurang, berlebihan, atau distorsi, terhadap stimulus tersebut (Nanda-I, 2012.53).

Kesimpulan yang dapat diambil dari defenisi para ahli adalah bahwa pada dasarnya Halusinasi merupakan suatu gangguan jiwa yang dimana klien mengalami gangguan sensori persepsi, apa yang dirasakan dan dilihat tidak dapat dilihat dan di rasakan oleh orang atau dengan kata lain klien merasakan sensasi yang palsu .

2.1.2 Jenis-jenis halusinasi

Menurut AH Yusuf, Ryski & Hanik (2015.122), Klasifikasi halusinasi meliputi:

Jenis Halusinasi	Data Objektif	Data Subjektif
Halusinasi dengar/suara	<ul style="list-style-type: none">• Bicara atau tertawa sendiri.• Marah-marah tanpa sebab.• Mengarahkan telinga ke arah	<ul style="list-style-type: none">• Mendengar suara-suara atau kegaduhan.

	<ul style="list-style-type: none"> • tertentu. • Menutup telinga. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap. • Mendengar suara menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya.
Halusinasi penglihatan	<ul style="list-style-type: none"> • Menunjuk-nunjuk ke arah tertentu. • Ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Melihat bayangan, sinar, bentuk geometris, bentuk kartun, melihat hantu, atau monster.
Halusinasi penciuman	<ul style="list-style-type: none"> • Mencium seperti sedang membaui bau-bauan tertentu. • Menutup hidung 	<ul style="list-style-type: none"> • Membau bau-bauan seperti bau darah, urine, feses, dan kadang-kadang bau itu menyenangkan.
Halusinasi pengecapan	<ul style="list-style-type: none"> • Sering meludah • Muntah 	<ul style="list-style-type: none"> • Merasakan rasa seperti darah, urine, atau feses.
Halusinasi perabaan	<ul style="list-style-type: none"> • Menggaruk-garuk permukaan kulit. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mengatakan ada serangga di permukaan kulit. • Merasa seperti tersengat listrik.

Tabel 2.1 : Jenis-Jenis Halusinasi

2.1.3 Fase-fase halusinasi

Menurut AH Yusuf, Ryski & Hanik (2015.121), karakteristik dan perilaku pasien halusinasi mengalami beberapa fase berikut :

Level	Karakteristik Halusinasi	Perilaku Pasien
TAHAP I Memberi rasa nyaman Tingkat ansietas	<ul style="list-style-type: none"> • Mengalami ansietas kesepian, rasa bersalah, dan ketakutan. • Mencoba berfokus pada pikiran yang dapat 	<ul style="list-style-type: none"> • Tersenyum/tertawa sendiri • Menggerakkan bibir tanpa suara

sedang. Secara umum halusinasi merupakan suatu kesenangan.	<ul style="list-style-type: none"> • menghilangkan ansietas. • Pikiran dan pengalaman sensori masih ada dalam kontrol kesadaran (jika kecemasan dikontrol). 	<ul style="list-style-type: none"> • Penggerakan mata yang cepat. • Respons verbal yang lambat • Diam dan berkonsentrasi
<p>TAHAP II</p> <p>Menyalahkan. Tingkat kecemasan berat secara umum halusinasi menyebabkan rasa antipati.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pengalaman sensori menakutkan • Mulai merasa kehilangan kontrol • Merasa dilecehkan oleh pengalaman sensori tersebut. • Menarik diri dari orang lain. <p style="text-align: center;">NON PSIKOTIK</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Peningkatan sistem saraf otak, tanda-tanda ansietas, seperti peningkatan denyut jantung, pernapasan, dan tekanan darah. • Rentang perhatian menyempit. • Konsentrasi dengan pengalaman sensori. • Kehilangan kemampuan membedakan halusinasi dari realita.
<p>TAHAP III</p> <p>Mengontrol tingkat kecemasan berat pengalaman sensori tidak dapat ditolak lagi.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pasien menyerah dan menerima pengalaman sensorinya. • Isi halusinasi menjadi atraktif. • Kesepian bila pengalaman sensori berakhir. <p style="text-align: center;">PSIKOTIK</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Perintah halusinasi ditaati. • Sulit berhubungan dengan orang lain. • Rentang perhatian hanya beberapa detik atau menit. • Gejala fisika ansietas berat berkeringat, tremor, dan tidak mampu mengikuti perintah.
<p>TAHAP IV</p> <p>Menguasai tingkat kecemasan panik secara umum diatur dan dipengaruhi oleh waham.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pengalaman sensori menjadi ancaman. • Halusinasi dapat berlangsung selama beberapa jam atau hari (jika tidak diintervensi). <p style="text-align: center;">PSIKOTIK</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Perilaku panik. • Potensial tinggi untuk bunuh diri atau membunuh. • Tindakan kekerasan agitasi, menarik diri, atau katatonia. • Tidak mampu berespons terhadap

		perintah yang kompleks. • Tidak mampu berespons terhadap lebih dari satu orang.
--	--	--

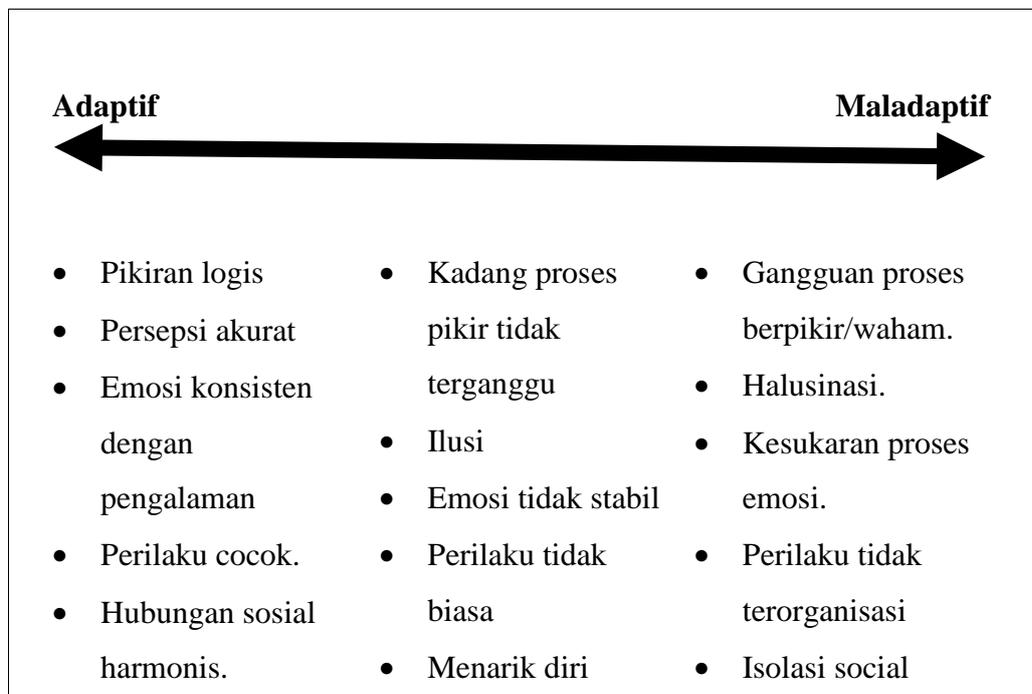
Tabel 2.2 : Fase-Fase Halusinasi

2.1.4 Rentang respon

Rentang respon neurobiologist

Halusinasi merupakan gangguan dari persepsi sensori, waham merupakan gangguan pada isi pikiran. Keduanya merupakan gangguan dari respons neurobiologi. Oleh karenanya secara keseluruhan, rentang respons halusinasi mengikuti kaidah rentang respons neurobiologi Menurut AH Yusuf, Ryski & Hanik (2015.120).

Rentang respons neurobiologi yang paling adaptif adalah adanya pikiran logis dan terciptanya hubungan sosial yang harmonis. Rentang respons yang paling maladaptif adalah adanya waham, halusinasi, termasuk isolasi sosial menarik diri. Berikut adalah gambaran rentang respons neurobiologi.



Gambar 2.1 : Rentang Respon Neurobiologis

Damaiyanti & Iskandar (2012:54) menjelaskan rentang respon halusinasi sesuai bagan di atas, yakni :

a. Respon adaptif

Respon adaptif adalah respon yang dapat diterima norma-norma social 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 tingkah laku masih dalam batas kewajaran
- 5) Hubungan sosial adalah proses suatu interaksi dengan orang lain dan lingkungann

b. Respon psikososial

Respon psikososial meliputi

- 1) Proses pikir terganggu adalah proses pikir yang menimbulkan gangguan
- 2) Ilusi adalah miss interpretasi atau penilaian yang salah tentang penerapan yang benar-benar terjadi (obyek nyata) karena rangsangan panca indra.
- 3) Emosi berlebihan 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 maladaptif adalah respon individu dalam menyelesaikan masalah yang menyimpang dari norma-norma sosial budaya dan lingkungan adapun respon maladaptif meliputi:

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

2.1.5 Proses terjadinya halusinasi

Untuk meningkatkan pemahaman Anda tentang halusinasi Marilah kita belajar mengenai proses terjadinya halusinasi. Proses terjadinya halusinasi dijelaskan dengan menggunakan konsep stress adaptasi Stuart yang meliputi stressor dari faktor predisposisi dan presipitasi Menurut NS.Nurhalimah (2016.135).

a. 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) Sosiol budaya dan lingkungan

Sebahagian 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.

2.1.6 Mekanisme koping

(Carolina, 2006.24) mengatakan bahwa klien halusinasi akan berupaya melindungi diri dari pengalaman menakutkan yang disebabkan oleh penyakit yang dialami. *Regresi* merupakan upaya untuk mengatasi rasa cemas. *Proyeksi* sebagai upaya untuk menjelaskan kerancuan persepsi. *Menarik diri* berhubungan dengan masalah membangun rasa percaya dan perenungan terhadap pengalaman internal. *Denial* sering diekspresikan oleh keluarga ketika belajar pertama kali tentang diagnosa yang berhubungan dengan mereka. Sumber koping dapat berasal dari diri sendiri, orang terdekat dan juga lingkungan. Koping yang efektif dapat membantu pasien menyelesaikan masalah, sebagai dukungan sosial, dan keyakinan budaya, serta membantu dalam mengintegrasikan pengalaman yang menimbulkan stress.

2.2. Konsep Asuhan Keperawatan Halusinasi

2.2.1 Pengkajian

Menurut AH.Yusuf, Rizky,Hanik (2015.122) :

❖ Identitas klien

Perawat dan pasien melakukan perkenalan dan kontrak tentang nama, perawat, panggilan perawat, nama pasien, dan panggilan pasien, tujuan, waktu, tempat, pertemuan dan topik yang akan dibicarakan

❖ Alasan masuk

Menurut Yosep, I (2010) data yang harus di kaji dari pasien halusinasi adalah : mengkaji perintah yang di berikan lewat isi halusinai klien, karena mungkin saja klien mendengar perintah menyakiti orang lain, membunuh atau meloncat jendela.

a. Tindakan pertama dalam melakukan pengkajian klien dengan halusinasi adalah membina hubungan saling percaya, sebagai berikut :

1. Awali pertemuan dengan selalu mengucapkan salam.
2. Berkenalan dengan pasien. Perkenalkan nama lengkap dan nama panggilan perawat termasuk peran, jam dinas, ruangan dan senang dipanggil dengan apa. Selanjutnya perawat menanyakan nama klien serta senang di panggil dengan apa?.
3. Buat kontak asuhan. Jelaskan kepada klien tujuan kita merawat klien aktivitas apa yang akan dilakukan untuk mencapai tujuan itu, kapan aktivitas akan dilaksanakan, dan berapa lama akan dilaksanakan aktivitas tersebut.
4. Bersikap empati yang ditunjukkan dengan : mendengarkan keluhan pasien dengan penuh perhatian, tidak membantah dan tidak menyokong halusinasi pasien, segera menolong pasien jika pasien membutuhkan perawat.

b. Mengkaji data objektif dan data subjektif

1. Mengkaji halusinasi dapat dilakukan dengan mengobservasi perilaku pasien dan menanyakan secara verbal apa yang sedang dialami oleh pasien. Berikut ini jenis-jenis halusinasi data obyektif dan data subjektifnya
 - a. Halusinasi dengar (auditory-hearing voices or sounds) data subyektif : mendengar suara menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya, mendengar suara atau bunyi, mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap, mendengar seseorang yang sudah meninggal, mendengar suara yang mengancam diri klien atau orang lain atau suara lain yang membahayakan. Data

objektif : mengarahkan telinga pada sumber suara, bicara atau tertawa sendiri, marah-marah tanpa sebab, menutup telinga mulut komat-kamit dan ada gerakan tangan.

- b. Halusinasi penglihatan (visual-seeing persons or things) data subyektif : melihat seseorang yang sudah meninggal, melihat makhluk tertentu, melihat bayangan hantu atau sesuatu yang menakutkan, cahaya, monster yang memasuki perawat. Data objektif : ketakutan pada objek yang dilihat.
- c. Halusinasi penghidu (olfactory-smelling odors) data subjektif : mencium sesuatu seperti bau mayat, darah, bayi, feses, atau bau makanan, parfum yang menyenangkan, klien sering mengatakan mencium sesuatu, tipe halusinasi ini sering menyertai klien demensia, kejang atau penyakit serebrovaskular. Data objektif : ekspresi wajah seperti mencium sesuatu dengan gerakan cuping hidung, mengarahkan hidung pada tempat tertentu.
- d. Halusinasi perabaan (tactile-feeling bodily sensations) : data subjektif : klien mengatakan ada sesuatu yang menggerangi tubuh seperti tangan, binatang kecil, makhluk halus, merasakan sesuatu di permukaan kulit merasakan sangat panas, atau dingin, merasakan sengatan aliran listrik. Data objektif : mengusap, menggaruk-garuk, meraba-raba permukaan kulit, terlihat menggerak-gerakan badan, seperti merasakan sesuatu rabaan.
- e. Halusinasi pengecapan (gustatory-experiencing tastes) data subjektif : klien seperti sedang merasakan makanan tertentu, rasa tertentu atau mengunyah sesuatu. Data objektif : seperti mengecap sesuatu, gerakan mengunyah, meludah atau muntah.
- f. Cenesthetic & kinesthetic hallucinations data subjektif : klien melaporkan bahwa fungsi tubuhnya tidak dapat terdeteksi misalnya tidak adanya denyutan di otak, atau sensasi

pembentukan urine dalam tubuhnya, perasaan tubuhnya melayang diatas bumi. Data objektif : klien terlihat menatap tubuhnya sendiri dan terlihat merasakan sesuatu yang aneh tentang tubuhnya.

2. Mengkaji waktu, frekuensi dan situasi munculnya halusinasi
Perawat perlu mengkaji waktu, frekuensi, dan situasi munculnya halusinasi yang dialami oleh pasien. Hal ini dilakukan untuk menentukan intervensi khusus pada waktu terjadinya halusinasi, menghindari situasi yang menyebabkan munculnya halusinasi. Sehingga pasien tidak larut dengan halusinasinya. Dengan mengetahui frekuensi terjadinya halusinasi dapat direncanakan frekuensi tindakan untuk mencegah terjadinya halusinasi.
3. Mengkaji respon terhadap halusinasi
Untuk mengetahui dampak halusinasi pada klien dan apa respons klien ketika halusinasi itu muncul, perawat dapat menanyakan pada klien hal yang dirasakan atau dilakukan saat halusinasi timbul. Perawat dapat juga menanyakan kepada keluarga atau orang terdekat dengan klien. Selain itu dapat juga dengan mengobservasi dampak halusinasi pada pasien jika halusinasi timbul.
4. Mengkaji tahapan halusinasi klien

❖ Faktor Predisposisi

- a. Apakah pasien pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu
- b. Bagaimana hasil pengobatan sebelumnya :
 - Berhasil : bila dapat beradaptasi dimasyarakat tanpa gejala gangguan jiwa
 - Kurang berhasil : bila dapat beradaptasi dimasyarakat, tetapi masih ada gejala sisa
 - Tidak berhasil : tidak ada kemajuan, gejala bertambah atau menetap
- c. Apakah pasien pernah melakukan, mengalami aniaya fisik, seksual, penolakan dan kekerasan dalam keluarga

- d. Apakah pasien mempunyai pengalaman dimasa lalu yang tak menyenangkan (kegagalan/kehilangan/perpisahan/kematian dan trauma selama tumbuh kembang)
 - e. Buat program minimal tiga generasi yang dapat menggambarkan hubungan pasien dan keluarga.
 - f. Apakah ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa dan bagaimana hubungan pasien dengan anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa
- ❖ Pemeriksaan fisik

Pengkajian fisik difokuskan pada sistem dan fungsi organ dan jelaskan sesuai keluhan fisik utama yang dirasakan pasien, uraikan data subjektif dan data objektif
 - ❖ Status psikososial
 - a. Konsep diri
 - Gambaran diri : bagaimana pasien menilai tentang dirinya dan bagian tubuh yang disukai dan tidak disukai dan hal-hal lain yang ingin diubah dari dirinya
 - Identitas diri :
 - Bagaimana posisi pasien menilai dalam keluarga, kelompok atau masyarakat sebelum dirawat
 - Bagaimana perasaan pasien terhadap status dan posisi tersebut (sekolah tempat kerja) bagaimana perasaan/kepuasan pasien terhadap jenis kelaminnya
 - Peran diri
 - Tugas dan peran yang diemban pasien dalam keluarga/kelompok/masyarakat
 - Bagaimana kemampuan untuk melaksanakan tugas/peran tersebut
 - Ideal Diri
 - Harapan pasien terhadap penyakitnya
 - Harapan pasien terhadap dirinya, posisi, status, tugas dan peran

- Harapan pasien terhadap lingkungan (keluarga, sekolah, tempat kerja dan masyarakat)
 - Harga diri
 - Bagaimana hubungan pasien dengan orang lain sehubungan dengan gambaran diri, ideal diri, peran dan identitas diri
 - Bagaimana penilaian dan penghargaan orang lain terhadap diri dan kehidupannya
- b. Hubungan sosial
1. Siapakah orang yang paling berarti dalam kehidupan pasien (tempat mengaduh)
 2. Kelompok apa saja yang diikuti pasien dalam masyarakat
 3. Sejauh mana pasien terlibat dalam kelompok masyarakat dan hambatan dalam berhubungan sosial
- c. Spiritual
1. Nilai dan keyakinan yang dianut pasien
 2. Kegiatan ibadah secara individu/kelompok
 3. Pandangan/penilaian masyarakat setempat terhadap gangguan jiwa
- d. Pendidikan dan pekerjaan
1. Tulis jenjang pendidikan pasien terakhir
 2. Jenis pekerjaan sedang dilajalani saat ini
 3. Bagaimana perasaan pasien dengan status pendidikan dan pekerjaannya (senang, tertekan, tak menyukai dll)
 4. Bagaimana perasaan pasien terhadap situasi tempat kerja
- ❖ Status mental
- a. Penampilan :
1. Tidak rapih : penampilan dari ujung rambut sampai kaki tidak rapih, rambut acak-acakan, kancing baju tidak tepat, baju terbalik dan baju tidak diganti-ganti
 2. Penggunaan pakaian tidak sesuai seperti pakaian dalam dikenakan di luar baju atau pada leher

3. Penggunaan pakaian tidak seperti biasanya (tidak sesuai tempat, waktu, identitas, kondisi)
- b. Pembicaraan
 1. Amati pembicaraan pasien apakah cepat, gagap, dll
 2. Pembicaraan inkoheren, bila pembicaraan berpindah-pindah dari satu kalimat ke kalimat lain dan tidak ada kaitanya
 - c. Aktivitas motorik
 1. Lesu, tegang, gelisah
 2. Agitasi: gerak motorik yang menunjukkan kegelisaan
 3. Tik : gerakan-gerakan kecil pada otot muka yang tidak terkontrol
 4. Kompulsif : kegiatan motorik yang dilakukan berulang-ulang, seperti berulang kali mencuci tangan, mencuci muka, mandi, mengeringkan tangan dan sebagainya
 5. Tremor : jari-jari gemetar
 6. Grimasen : gerakan otot muka yang berubah-ubah dan tidak dapat dikontrol oleh pasien
 - d. Alam perasaan
 1. Sedih, putus asa, gembira yang berlebihan sudah jelas
 2. Ketakutan : obyek yang ditakuti jelas
 3. Khawatir : obyek yang ditakuti belum jelas
 - e. Afek
 1. Datar : tidak perubahan rona muka pada saat stimulasi yang menyenangkan atau menyedihkan
 2. Tumpul : hanya bereaksi bila ada stimulus yang kuat
 3. Labil : emosi yang cepat berubah
 4. Tidak sesuai : emosi bertentangan dengan stimulasi yang diberikan
 - f. Interaksi selama wawancara
 1. Bermusuhan, tidak kooperatif, mudah tersinggung sudah tampak jelas
 2. Kontak mata kurang; tidak mau menatap lawan bicara

3. Defensif : selalu berusaha mempertahankan pendapat dan kebenaran dirinya
4. Sikap curiga atau menunjukkan sikap/perasaan tidak percaya orang lain

g. Presepsi

1. Beri tanda cewang jenis-jenis halusinasi
2. Isi frekuensi, gejala halusinasi yang tampak saat pasien berhalusinasi, jelaskan.

h. Proses pikir

Mengobservasi Pembicaraan pasien saat wawancara

1. Sirkumstansil : pembicaraan yang berbelit-belit tapi sampai tujuan
2. Tangensial : pembicaraan yang berbelit-belit tapi tidak sampai tujuan
3. Kehilangan asosiasi : pembicaraannya tidak ada hubungan antara satu kalimat dengan kalimat lainnya
4. Flight of ideas : pembicaraan meloncat-loncat dari satu topik ke topik lainnya masih ada hubungan, tidak sampai pada tujuan
5. Bloking : pembicaraan terhenti tiba-tiba tanpa gangguan eksternal kemudian dilanjutkan kembali
6. Perseverasi : pembicaraan yang diulang berkali-kali
7. Neologisme : pasien menciptakan kata-kata baru, tak dapat dimengerti dan tidak ada ujung pangkalnya. I

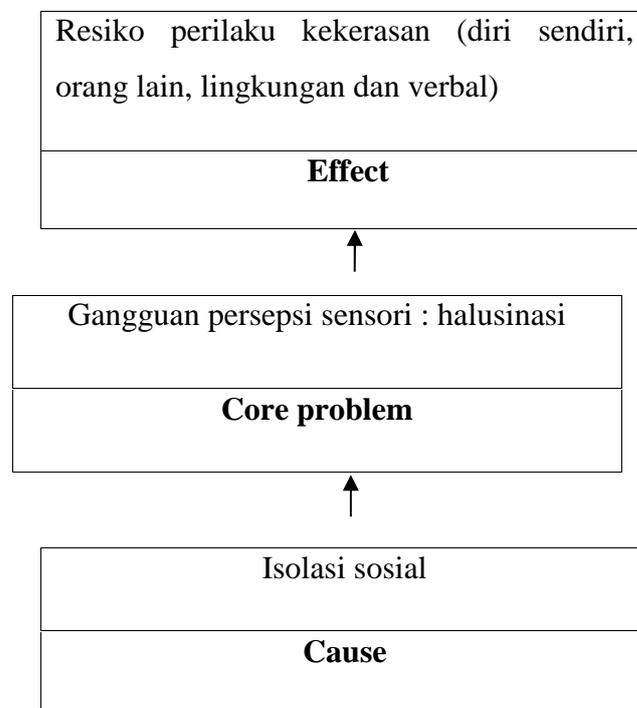
i. Isi pikir

1. Obsesi : pikiran selalu muncul walaupun pasien berusaha untuk menghilangkan
2. fobi : ketakutan patologis dan tidak logis terhadap obyek atau situasi tertentu
3. hypokondria : keyakinan terhadap gangguan organ dalam tubuh yang sebenarnya tidak ada
4. depersonalisasi : perasaan asing terhadap diri sendiri, orang lain atau lingkungan

5. ide yang terkait : keyakinan terhadap kejadian disekitarnya yang bermakna dan terkait dengan idenya
 6. pikiran magis : keyakinan pasien tentang kemampuan untuk hal-hal yang mustahil di luar kemampuannya
- j. tingkat kesadaran
1. bingung : tampak bingung dan kacau
 2. sedasi : merasa melayang-layang antara sadar/tidak sadar
 3. stupor : gangguan motorik seperti kelakuan, gerakan yang diulang-ulang
 4. orientasi waktu, tempat dan orang cukup jelas
- k. memori
1. gangguan daya ingat jangka panjang : tidak dapat mengingat kejadian yang terjadi lebih dari satu bulan
 2. gangguan daya ingat jangka pendek : tidak dapat mengingat kejadian yang baru saja terjadi
 3. konfabulasi : pembicaraan tidak sesuai kenyataan dengan memasukan cerita yang tidak benar
- l. tingkat konsentrasi dan berhitung
1. mudah beralih
 2. tidak mampu berkonsentrasi
 3. tidak mampu berhitung
- m. kemampuan penilaian
1. gangguan ringan : dapat mengambil keputusan yang sederhana dengan bantuan Oran lain gangguan bermakna : tidak mampu mengambil keputusan walaupun dibantu oleh Oran lain
- n. daya tilik diri
1. mengingat penyakit yang diderita
 2. menyalahkan hal-hal di luar dirinya
- ❖ kebutuhan persiapan pulang
- a. makan
 - b. BAB, BAK

- c. Mandi
- d. Berpakaian
- e. Isterhat dan tidur
- f. Penggunaan obat
- g. Pemeliharaan kesehatan
- h. Kegiatan di dalam rumah
- i. Kegiatan diluar rumah

❖ Pohon masalah (Damaiyanti & Iskandar,2012.62) :



Gambar 2.2 : Pohon Masalah Sensori Presepsi : Halusinasi

2.2.2 Diagnosa keperawatan

Menurut Damaiyanti & Iskandar (2012.62) diagnosis keperawatan klien yang muncul klien dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi adalah sebagai berikut :

Gangguan persepsi sensori : halusinasi berhubungan dengan isolasi sosial (menarik diri)

2.2.3 Intervensi keperawatan

Menurut Damaiyanti & Iskandar (2012.63) :

No	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		Intervensi	Rasional
		Tujuan	Kriteria Hasil		
1	Gangguan persepsi sensori : halusinasi b/d isolasi sosial (menarik diri)	<p>TUM:</p> <p>Klien tidak mengalami gangguan persepsi sensori (halusinasi) selama dalam perawatan.</p> <p>TUK :</p> <p>1. Klien dapat membina hubungan saling percaya</p>	<p>1. Ekspresi wajah bersahabat, menunjukkan rasa senang, ada kontak mata, mau berjabat tangan, mau menyebutkan nama, mau menjawab salam, klien mau duduk berdampingan dengan perawat, mau mengutarakan masalah yang di hadapi.</p>	<p>1. Bina hubungan saling percaya dengan mengungkapkan prinsip komunikasi terapeutik :</p> <p>a. Sapa klien dengan ramah, baik verbal maupun non verbal</p> <p>b. Perkenalkan diri dengan sopan</p> <p>c. Tanyakan nama lengkap klien & nama panggilan yang disukai klien</p> <p>d. Jelaskan tujuan pertemuan</p> <p>e. Jujur dan menepati janji</p> <p>f. Tunjukkan sikap empati dan menerima klien apa adanya</p> <p>g. Beri perhatian pada klien dan perhatian kebutuhan dasar pasien</p>	<p>1. Hubungan saling percaya merupakan dasar untuk kelancaran hubungan interaksi selanjutnya</p>

		2. Klien dapat mengenali halusinasinya	Klien dapat menyebutkan waktu, isi, frekuensi timbulnya halusinasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. adakah kontak sering dan singkat secara bertahap 2. Observasi tingkah laku klien terkait dengan halusinasinya, bicara dan tertawa tanpa stimulus, memandang kekiri/kekanan atau kedepan seolah-olah ada teman bicara 3. Bantu klien mengenali halusinasinya <ol style="list-style-type: none"> a. Jika menemukan yang sedang halusinasinya, tanyakan apakah ada suara yang didengar b. Jika klien menjawab ada, lanjutkan : apa yang dikatakan c. Katakan bahwa perawat percaya klien mendengar suara itu, namun perawat sendiri tidak mendengarnya (dengan nada bersahabat tanpa 	Kontak sering tapi singkat selain membina hubungan saling percaya, juga dapat memutuskan halusinasi
					Dengan mengetahui

				<p>menuduh/menghakimi)</p> <p>d. Katakan pada klien bahwa ada klien juga yang seperti klien</p> <p>4. Diskusikan dengan klien :</p> <p>a. Situasi yang menimbulkan/tidak menimbulkan halusinasi</p> <p>b. Waktu dan frekuensi terjadinya halusinasi (pagi,siang,sore & malam atau jika sendiri, jengkel atau sedih)</p> <p>5. Diskusikan dengan klien apa yang dirasakan jika terjadi halusinasi (marah/takut, sedih,senang) beri kesempatan mengungkapkan perasaannya</p>	<p>waktu, isi dan frekuensi munculnya halusinasi mempermudah tindakan keperawatan klien yang akan dilakukan perawat</p> <p>Untuk mengidentifikasi pengaruh halusinasi klien</p>
		3. Klien dapat mengontrol halusinasinya	Klien dapat menyebutkan tindakan yang biasa dilakukan untuk mengendalikan halusinasinya.	<p>1. Identifikasi bersama klien cara tindakan yang dilakukan jika terjadi halusinasi (tidur,marah,menyibukkan diri)</p> <p>2. Diskusikan manfaat cara yang dilakukan klien,</p>	<p>Upaya untuk memutuskan siklus halusinasi sehingga halusinasi tidak berlanjut.</p> <p>Reinforcemen positif akan</p>

				<p>jika bermanfaat beri pujian</p> <p>3. Diskusikan cara baru untuk memutuskan atau mengontrol halusinasi :</p> <p>a. Katakan “saya tidak mau dengar kamu” (pada saat halusinasi)</p> <p>b. Menemui orang lain (perawat/teman atau anggota keluarga) untuk bercakap-cakap atau mengatakan halusinasi yang terdengar</p> <p>c. Membuat jadwal kegiatan sehari-hari agar halusinasi tidak muncul</p> <p>d. Minta keluarga atau teman atau perawat jika nampak bicara sendiri</p> <p>4. Bantu klien memilih dan melatih cara memutuskan halusinasi secara bertahap</p>	meningkatkan harga diri klien
		4. klien dapat dukungan dari keluarga dalam mengontrol	1. Klien dapat membina hubungan saling percaya dengan	<p>1. Anjurkan klien untuk memberitahu keluarga jika mengalami halusinasi</p> <p>2. Diskusikan dengan keluarga (pada saat berkunjung atau</p>	1. Untuk mendapatkan bantuan keluarga mengontrol

		<p>halusinasi</p>	<p>perawat</p> <p>2. keluarga dapat menyebutkan pengertian, tanda dan kegiatan untuk mengendalikan halusinasi</p>	<p>pada saat kunjungan rumah) :</p> <p>a. Gejala halusinasi yang dialami klien</p> <p>b. Cara yang dapat dilakukan klien dan keluarga untuk memutus halusinasi</p> <p>c. Cara merawat anggota keluarga untuk memutus halusinasi dirumah beri kegiatan, jangan biarkan sendiri, makan bersama, berpergian bersama.</p> <p>d. Beri informasi waktu follow up atau kapan perlu mendapat bantuan : halusinasi terkontrol dan resiko mencederai orang lain</p>	<p>halusinasi dan untuk mengetahui pengetahuan keluarga dan meningkatkan pengetahuan tentang halusinasinya</p> <p>2. Untuk mengetahui pengetahuan keluarga dan meningkatkan kemampuan pengetahuan tentang halusinasi</p>
		<p>Klien dapat memanfaatkan obat dengan baik</p>	<p>Klien dan keluarga dapat menyebutkan manfaat, dosis dan efek samping obat.</p>	<p>1. Diskusikan dengan klien dan keluarga tentang dosis, frekuensi manfaat obat</p> <p>2. Anjurkan klien minta sendiri obat pada perawat dan merasakan manfaatnya</p>	<p>Dengan mengetahui efek samping obat klien akan tahu apa yang harus dilakukan setelah</p>

				<p>3. Anjurkan klien bicara dengan dokter tentang manfaat dan efek samping obat yang dirasakan</p> <p>4. Diskusikan akibat berhenti minum obat tanpa konsultasi.</p> <p>5. Bantu klien menggunakan obat dengan prinsip benar</p>	<p>minum obat.</p> <p>Program pengobatan dapat berjalan sesuai rencana.</p>
--	--	--	--	--	---

2.2.4 Implementasi Keperawatan

Tabel 2.3 : Strategi pelaksanaan

Pasien	Keluarga
<p>SP 1 :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi jenis halusinasi pasien 2. Mengidentifikasi isi halusinasi pasien 3. Mengidentifikasi waktu halusinasi pasien 4. Mengidentifikasi frekuensi halusinasi pasien 5. Mengidentifikasi situasi yang menimbulkan halusinasi 6. Mengidentifikasi respons pasien terhadap halusinasi 7. Melatih pasien cara kontrol halusinasi dengan menghardik 8. Membimbing pasien memasukan dalam jadwal kegiatan harian 	<p>SP 1 :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien 2. Menjelaskan pengertian, tanda, dan gejala halusinasi, dan jenis halusinasi yang dialami pasien beserta proses terjadinya 3. Menjelaskan cara-cara merawat pasien halusinasi

<p>SP 2 :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengontrol halusinasi dengan menghardik 2. Melatih pasien cara kontrol halusinasi dengan berbincang dengan Oran lain 3. Membimbing pasien memasukan dalam jadwal kegiatan harian 	<p>SP 2 :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melatih keluarga mempraktekan cara merawat pasien dengan halusinasi 2. Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada pasien halusinasi
<p>SP 3 :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memvalidasi masalah dan latihan sebelumnya 2. Melatih pasien cara kontrol halusinasi dengan kegiatan (yang bisa dilakukan pasien) 3. Membimbing pasien memasukan dalam jadwal kegiatan harian 	<p>SP 3:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membantu keluarga membuat jadwal aktivitas dirumah termasuk mim obat 2. Menjelaskan follow up pasien setelah pulang
<p>SP. 4:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memvalidasi maslah dan latihan sebelumnya 2. Menjelaskan cara kontrol halusinasi dengan teratur minum obat (prinsip 5 benar minum obat) 3. Membimbing pasien memasukan dalam jadwal kegiatan harian 	

Tabel 2.4 : Implementasi Keperawatan

<p>SP 1 :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi jenis halusinasi pasien 2. Mengidentifikasi isi halusinasi pasien 3. Mengidentifikasi waktu halusinasi pasien

4. Mengidentifikasi frekuensi halusinasi pasien
5. Mengidentifikasi situasi yang menimbulkan halusinasi
6. Mengidentifikasi respons pasien terhadap halusinasi
7. Melatih pasien cara kontrol halusinasi dengan menghardik
8. Membimbing pasien memasukan dalam jadwal kegiatan harian

SP 2 :

1. Memvalidasi masalah dan latihan sebelumnya
2. Melatih pasien cara kontrol halusinasi dengan berbincang dengan Oran lain
3. Membimbing pasien memasukan dalam jadwal kegiatan harian

SP 3 :

1. Mengontrol halusinasi dengan menghardik
2. Melatih pasien cara kontrol halusinasi dengan kegiatan (yang bisa dilakukan pasien)
3. Membimbing pasien memasukan dalam jadwal kegiatan harian

SP. 4: 1. Memvalidasi masalah dan latihan sebelumnya

2. Menjelaskan cara kontrol halusinasi dengan teratur minum obat (prinsip 5 benar minum obat)
3. Membimbing pasien memasukan dalam jadwal kegiatan harian

2.2.5 Evaluasi keperawatan

1. Kemampuan pasien
 - a. Mengidentifikasi jenis halusinasi pasien
 - b. Mengidentifikasi isi halusinasi pasien
 - c. Mengidentifikasi waktu halusinasi pasien
 - d. Mengidentifikasi frekuensi halusinasi pasien
 - e. Mengidentifikasi situasi yang menimbulkan halusinasi
 - f. Mengidentifikasi respons pasien terhadap halusinasi
 - g. Melatih pasien cara kontrol halusinasi dengan menghardik
 - h. Membimbing pasien memasukan dalam jadwal kegiatan harian
2. Kemampuan keluarga
 - a. Menyebutkan pengertian halusinasi
 - b. Menyebutkan jenis halusinasi yang dialami oleh pasien

- c. Menyebutkan tanda dan gejala halusinasi pasien
- d. Memperagakan latihan cara memutus halusinasi pasien
- e. Mengajak pasien bercakap-cakap saat pasien jadwal halusinasi
- f. Memantau aktifitas sehari-hari pasien
- g. Memantau dan memenuhi obat untuk pasien
- h. Menyebutkan sumber-sumber pelayanan kesehatan yang tersedia

BAB 3

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1 Hasil Studi Kasus

Studi kasus ini dilaksanakan tanggal 27 sampai 30 Mei 2019 di Ruang Rawat Nginap Rumah Sakit Jiwa Daerah Naimata, yang beralamat di Kelurahan Liliba, Kecamatan Oebobo Kota Kupang, Provinsi Nusa Tenggara Timur. Rumah sakit ini dipimpin oleh dokter dan terdiri dari 5 dokter umum 1 dokter jiwa, 32 tenaga perawat, 2 tenaga asisten apoteker, 7 tenaga gizi, 8 tenaga TPP, 3 tenaga CS, dan 2 tenaga loundri. Pada saat pengambilan data pasien isolasi sosial (menarik diri) penulis melakukan di ruang perawatan.

3.1.1 Hasil Pengkajian Keperawatan

Hasil pengkajian keperawatan pada tanggal 27 Mei 2019 di ruang rawat inap Rumah Sakit Jiwa Kupang, didapatkan data pasien bernama Ny. T. berumur 35 tahun, dirawat dengan Nomor Rekam Medik 00xxxx, bekerja sebagai Ibu Asrama, pendidikan terakhir pasien adalah SMA, pasien sudah dirawat dari tanggal 24 Oktober 2018.

Keluhan utama saat masuk rumah sakit : Pasien mengalami gangguan tidur, berbicara sendiri sehingga diantar oleh seorang Rohanian katolik tempat ia bekerja ke Rumah Sakit Jiwa Naimata.

keluhan utama pada saat di kaji pasien : mengatakan pasien melihat bayangan hitam berwujud orang terlihat pada waktu pagi, sore, malam pukul: 19.00, bayangan muncul pada saat pasien sendiri maupun bersama banyak orang, dan pada saat pasien melihat bayangan tersebut pasien merasa takut dan ada rasa ingin marah pada bayangan tersebut karena selalu mengganggunya, pasien tidak pernah dirawat dirumah sakit, Pasien mengatakan pernah mengalami trauma pada masa lalu yaitu pasien terjatuh saat memikul ember air, pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, Pemeriksaan fisik: pada pengukuran Tanda-tanda Vital di dapatkan data Tekanan darah. 110/80.mmHg, Nadi 78X/menit, Suhu 36,4°C, Pernapasan 18X/menit Berat Badan 42 kg, Tinggi Badan 156 cm, Keluhan fisik yang

dirasakan pasien mengatakan pasien merasa sakit pada bagian leher belakang.

Pada penjelasan Genogram : pasien mengatakan sekarang ia tinggal dengan anak asramanya yang berada di Sabu, ayah, ibu dan kakak, adiknya tinggal berpisah dengannya, Citra tubuh: pasien mengatakan pasien menyukai semua anggota tubuh pasien, Identitas: pasien mengatakan pasien puas menjadi seorang wanita.

Peran: sebagai ibu asrama pasien dapat menjalankan tugasnya mengawasi penghuni asrama, Ideal diri: pasien mengatakan dulu pasien ingin melanjutkan sekolah ketahap Perguruan Tinggi tapi karena masalah ekonomi pasien tidak bisa melanjutkannya, pasien mengatakan pasien ingin sembuh seperti sediakala, Harga diri: pasien mengatakan pasien tidak malu dengan sakitnya sekarang.

Pasien mengatakan orang yang sangat berarti dalam hidupnya adalah kedua orangtuanya, dalam kegiatan kelompok atau masyarakat : pasien jarang berinteraksi dengan teman-temannya karena pasien lebih suka menyendiri, Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain : Klien jarang berinteraksi dengan orang lain, selain dengan petugas ruangan.

Hubungan spiritual: Nilai dan keyakinan : pasien mengatakan pasien beragama kristen Protestan, Kegiatan ibadah : sebelum sakit pasien mengatakan pasien mengikuti kegiatan ibadah rumah tangga yaitu setiap hari senin, rabu dan jumat setiap jam 19-20 wita.

Penampilan.: cara berpakaian pasien rapi, pasien dapat mengenakan baju dan celana yang sesuai dan tidak terbalik, Pembicaraan.: pasien tidak mampu memulai pertanyaan, dan hanya menjawab ketika diberi pertanyaan, Aktivitas motorik : pasien terlihat wajah lemas, lesu dan pandangan pasien tampak kosong, Alam perasaan : Ketakutan, pasien mengatakan pasien merasa takut jika melihat bayangan hitam, Afek: Afek datar, pasien berbicara saat ditanya saja dan menjawab dengan singkat pertanyaan yang yang diberikan, Interaksi selama wawancara: saat melakukan pengkajian pasien respons dengan baik dan menjawab semua pertanyaan dengan ingat, kontak mata kurang Persepsi : Persepsi sensori, Halusinasi penglihatan : pasien mengatakan pasien melihat

bayangan hitam berwujud orang pada waktu pagi, sore, malam pukul: 19.00, bayangan muncul pada saat pasien sendiri maupun bersama banyak orang, dan ada saat pasien melihat bayangan tersebut pasien mengatakan pasien merasa takut dan ada rasa ingin marah pada bayangan tersebut karena selalu menggangukannya, Isi pikir : Fhobia: pasien merasa takut jika melihat bayangan hitam, Arus pikir: Tidak ditemukan sirkumstansial, tangensial, kehilangan asosiasi, Light of Idea, blocking, karena pasien tidak banyak bertanya hanya menjawab saat ditanya saja, Tingkat kesadaran: bingung : pasien tampak bingung pada saat ditanya tapi lama kelamaan pasien bisa menjelaskannya lagi, Memori: Pasien tidak mengalami gangguan memori jangka panjang, jangka pendek maupun gangguan daya ingat saat ini.

Tingkat konsentrasi dan berhitung: pasien mampu menjawab saat ditanyakan hari, tanggal, dan pasien mampu berhitung 20-5, Kemampuan penilaian bermakna.: gangguan ringan : pasien mampu melakukan penilaian terhadap cara penggunaan pakaian dan mampu menjawab setiap pertanyaan yang diberikan, Daya tilik diri: pasien tidak pernah mengingkari penyakit yang dideritanya sekarang.

Kemampuan klien memenuhi kebutuhan; pasien mengatakan kegiatan dan aktifitas hariannya bisa dilakukan sendiri dalam hal pasien mandiri Kegiatan kehidupan sehari-hari. Klien mampu memenuhi semua kebutuhan perawatan diri seperti mandi,kebersihan, makan, BAB/BAK, dan mengganti pakaian secara maksimal, Nutrisi : pasien mengatakan pasien puas dengan makanan yang disediakan oleh rumah sakit, biasanya pasien makan 3 kali sehari, pagi, siang dan malam, biasanya juga ada selingan makan pada jam 09.15 wita, nafsu makan pasien sedikit-sedikit, tetapi BB pasien mengalami peningkatan dari BB: 38 naik sampai 42 kg, Tidur : pasien mengatakan pasien mengalami masalah pada saat tidur dimana pasien mengatakan pasien tidak bisa tidur kalau banyak orang dan berisik, lamanya pasien tidur 1 jam, tidak ada yang menolong pasien saat tidur, biasanya pasien tidur malam jam 20.00 dan bangun jam 04.00, pasien mengatakan ada gangguan tidur yaitu terbangun saat tidur, Kemampuan klien dalam mengantisipasi kebutuhan sendiri: pasien

mampu mengatur penggunaan obat, pasien sering mengikuti pemeriksaan kesehatan di Rumah Sakit Jiwa Naimata, Klien memiliki sistem pendukung : pasien mengatakan keluarga pasien tidak pernah datang untuk menjenguk pasien, hanya perawat ruangan yang selalu memberikan dukungan untuk pasien, Apakah klien menikmati saat bekerja, kegiatan produktif atau hobi: Klien hanya ,duduk diam dan tidak melakukan aktivitas lainnya.

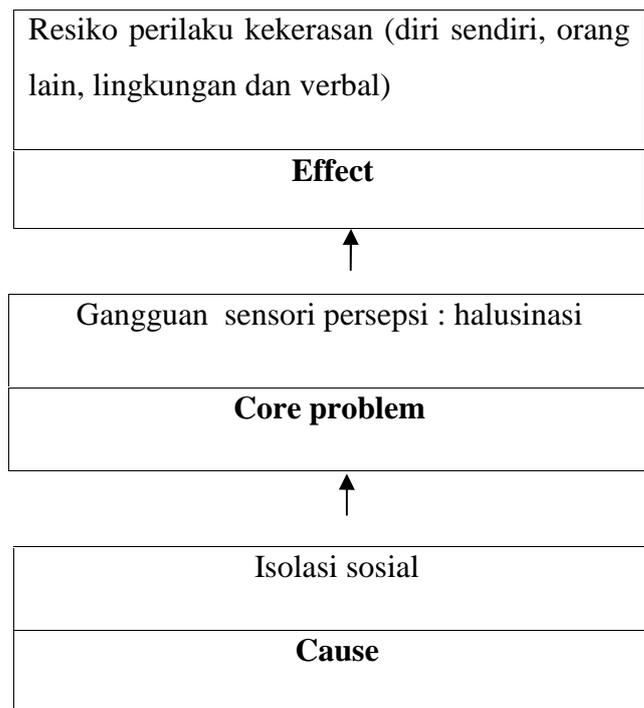
Terapi yang di dapat : obat haloperidal 2x2,5 mg, (Indikasi : Meredakan gejala skizofrenia, Mengobati skizofrenia, Mengobati gerakan dan ucapan spontan yang tidak terkontrol pada penderita penderita sindrom tourette, Mengatasi perilaku kekerasan tidak terkontrol pada anak-anak hiperaktif, Mengatasi tindakan agitasi. Kontra indikasi : Memiliki hipersensitif atau alergi terhadap kandungan obat ini, Penderita penyakit parkinson, Pasien depresi berat SSP, Penderita supresi sumsum tulang, Memiliki penyakit jantung, Penderita gangguan fungsi hati kronis, Pasien koma, Pasien lamsia yang memiliki penyakit demensia) dan obat Trihexyperidy 2 x 2 mg (Indikasi Trihexyphenidil : Mengobati parkinson, Pasca ensefalitis, Idiopatik, Sindrom parkinson).

3.1.2 Analisa Data

Hasil pengkajian Tanggal 27 Mei 2019 didapatkan masalah keperawatan yang pertama yaitu gangguan Sensori Presepsi : Halusinasi Penglihatan dengan, data subjektif : pasien mengatakan pasien melihat bayangan hitam berwujud orang, terlihat pada waktu pagi, sore, malam pukul: 19.00, bayangan muncul pada saat pasien sendiri maupun bersama banyak Orang, dan pada saat pasien melihat bayangan tersebut pasien merasa takut dan ada rasa ingin marah pada bayangan tersebut karena selalu mengganggunya. Dan data objektif : Tatapan pasien kosong, Sering memendang satu arah. Masalah keperawatan kedua Isolasi Sosial : Menarik Diri dengan data subjektif: Pasien mengatakan pasien lebih suka menyendiri dikamar dan tidur dan data objektif : Tampak pasien sendiri dikamar, tidak bergabung dengan

pasien-pasien lainya Pada saat diajak berkumpul dengan pasien lainya pasien tidak mau, ekspresi wajah terlihat murung.

3.1.3 Diagnosa Keperawatan



Bagan 3.1 : Pohon Masalah

Diagnosa keperawatan yang di tegakan adalah gangguan sensori presepsi : halusinasi penglihatan dengan penyebabnya adalah isolasi sosial : menarik diri dan efek yang akan muncul adalah resiko perilaku kekerasan : diri sendiri, orang lain dan lingkungan.

3.1.4 Intervensi Keperawatan

Intervensi yang di rancang tanggal 27 Mei 2019 sesuai dengan masalah utama yang di temukan pada kasus Ny. T. adalah intervensi keperawatan gangguan presepsi sensori : halusinasi penglihatan.

Tujuan umum : Klien tidak mengalami gangguan persepsi sensori (halusinasi) selama dalam perawatan.

Tujuan khusus yang pertama : Klien dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat, kriteria hasil : Ekspresi wajah bersahabat, menunjukkan rasa senang, ada kontak mata, mau berjabat tangan, mau menyebutkan nama, mau menjawab salam, klien mau duduk berdampingan dengan perawat, mau mengutarakan masalah yang di hadapi. Tindakan keperawatan : Bina hubungan saling percaya dengan mengungkapkan prinsip komunikasi terapeutik : Sapa klien dengan ramah, baik verbal maupun non verbal, Perkenalkan diri dengan sopan, Tanyakan nama lengkap klien & nama panggilan yang disukai klien, Jelaskan tujuan pertemuan, Jujur dan menepati janji, Tunjukkan sikap empati dan menerima klien apa adanya, Beri perhatian pada klien dan perhatian kebutuhan dasar pasien.

Tujuan khusus yang kedua klien dapat mengenali halusinasinya dengan kriteria hasil klien dapat menyebutkan jenis, isi, waktu, frekuensi timbulnya halusinasi, situasi saat terjadinya halusinasi, tindakan keperawatan adalah adakan kontak sering dan singkat secara bertahap, observasi tingkah laku klien terkait dengan halusinasinya, bicara dan tertawa tanpa stimulus, memandang kekiri/kekanan atau kedepan seolah-olah ada teman bicara, Bantu klien mengenali halusinasinya, Jika menemukan yang sedang halusinasinya, tanyakan apakah ada suara yang didengar, Jika klien menjawab ada, lanjutkan : apa yang dikatakan, Katakan bahwa perawat percaya klien mendengar suara itu, namun perawat sendiri tidak mendengarnya (dengan nada bersahabat tanpa menuduh/menghakimi), Katakan pada klien bahwa ada klien juga yang seperti klien, Diskusikan dengan klien : Situasi yang menimbulkan/tidak menimbulkan halusinasi, Waktu dan frekuensi terjadinya halusinasi (pagi,siang,sore & malam atau jika sendiri, jengkel atau sedih), Diskusikan dengan klien apa yang dirasakan jika terjadi halusinasi (marah/takut, sedih,senang) beri kesempatan mengungkapkan perasaannya.

Tujuan khusus yang ketiga adalah Klien dapat menyebutkan tindakan yang biasa dilakukan untuk mengendalikan halusinasinya, tindakan keperawatan yang dilakukan : Identifikasi bersama klien cara tindakan yang dilakukan jika terjadi halusinasi (tidur,marah,menyibukkan diri), Diskusikan manfaat cara

yang dilakukan klien, jika bermanfaat beri pujian, Diskusikan cara baru untuk memutuskan atau mengontrol halusinasi : Katakan “saya tidak mau dengar kamu” (pada saat halusinasi), Menemui orang lain (perawat/teman atau anggota keluarga) untuk bercakap-cakap atau mengatakan halusinasi yang terdengar, Membuat jadwal kegiatan sehari-hari agar halusinasi tidak muncul, Minta keluarga atau teman atau perawat jika nampak bicara sendiri, Bantu klien memilih dan melatih cara memutuskan halusinasi secara bertahap,

Tujuan khusus yang keempat adalah : klien dapat dukungan dari keluarga dalam mengontrol halusinasi dengan kriteria hasil : keluarga klien dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat, keluarga dapat menyebutkan pengertian, tanda dan gejala halusinasi dan kegiatan untuk mengendalikan halusinasi, tindakan keperawatan yang dilakukan : Anjurkan klien untuk memberitahu keluarga jika mengalami halusinasi, Diskusikan dengan keluarga (pada saat berkunjung atau pada saat kunjungan rumah) : Gejala halusinasi yang dialami klien, Cara yang dapat dilakukan klien dan keluarga untuk memutuskan halusinasi, Cara merawat anggota keluarga untuk memutuskan halusinasi dirumah beri kegiatan, jangan biarkan sendiri, makan bersama, berpergian bersama, Beri informasi waktu follow up atau kapan perlu mendapat bantuan : halusinasi terkontrol dan resiko mencederai orang lain.

Tujuan umum yang kelima : klien dapat memanfaatkan obat dengan baik dengan kriteria hasil : Klien dan keluarga dapat menyebutkan manfaat, dosis dan efek samping obat, tindakan keperawatan yang dilakukan yaitu : Diskusikan dengan klien dan keluarga tentang dosis, frekuensi manfaat obat, Anjurkan klien minta sendiri obat pada perawat dan merasakan manfaatnya, Anjurkan klien bicara dengan dokter tentang manfaat dan efek samping obat yang dirasakan, Diskusikan akibat berhenti minum obat tanpa konsultasi, Bantu klien menggunakan obat dengan prinsip benar

Strategi perencanaan yang di gunakan dalam penyusunan intervensi untuk memudahkan pencapaian Tujuan umum dan tujuan khusus, ada dua yaitu strategi perencanaan untuk pasien dan untuk keluarga. Untuk pasien ada 4 strategi perencanaan yaitu: Bina hubungan saling percaya dengan

mengungkapkan prinsip komunikasi terapeutik yaitu : (Sapa klien dengan ramah, baik verbal maupun non verbal, Perkenalkan diri dengan sopan, Tanyakan nama lengkap klien & nama panggilan yang disukai klien, Jelaskan tujuan pertemuan, Jujur dan menepati janji, Tunjukkan sikap empati dan menerima klien apa adanya, Beri perhatian pada klien dan perhatian kebutuhan dasar pasien).

SP 1 pasien : adalah mengidentifikasi jenis halusinasi, isi halusinasi, waktu terjadinya halusinasi, frekuensi halusinasi, situasi yang menimbulkan halusinasi, respon pasien terhadap halusinasi, latih pasien cara kontrol halusinasi dengan menghadik.

SP 2 pasien : mengontrol halusinasi dengan menghardik, Melatih pasien cara kontrol halusinasi dengan berbincang dengan orang lain dan Membimbing pasien memasukan dalam jadwal kegiatan harian.

SP 3 pasien : Memvalidasi masalah dan latihan sebelumnya, Melatih pasien cara kontrol halusinasi dengan kegiatan (yang biasa dilakukan pasien), Membimbing pasien memasukan dalam jadwal kegiatan harian.

SP 4 pasien : Memvalidasi masalah dan latihan sebelumnya, Menjelaskan cara kontrol halusinasi dengan teratur minum obat (prinsip 5 benar minum obat), Membimbing pasien memasukan dalam jadwal kegiatan harian.

SP 1 keluarga : Memdiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien, Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala halusinasi, dan jenis halusinasi yang dialami pasien beserta proses terjadinya, Menjelaskan cara-cara merawat pasien halusinasi.

SP 2 keluarga : Melatih keluarga mempraktekan cara merawat pasien dengan halusinasi, Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada pasien halusinasi.

SP 3 keluarga : Membantu keluarga membuat jadwal aktivitas dirumah termasuk minum obat (discharge planning), Menjelaskan follow up pasien setelah pulang

3.1.5 Implementasi Keperawatan

Implementasi yang dilaksanakan mulai dari tanggal 27 Mei sampai dengan 30 Mei 2019.

Implementasi yang dilakukan hari pertama pada tanggal 25 Mei 2019 adalah membina hubungan saling percaya antar pasien dan perawat dengan mengungkapkan prinsip komunikasi terapeutik yaitu : menyapa klien dengan ramah baik verbal maupun non verbal, memperkenalkan diri dengan sopan, menanyakan nama lengkap klien & nama panggilan kesukaan klien, menjelaskan tujuan pertemuan, menunjukkan sikap empati dan menerima klien apa adanya. Strategi pelaksanaan pertama pada tanggal 27 Mei 2019 adalah mengidentifikasi jenis halusinasi, mengidentifikasi isi halusinasi, mengidentifikasi waktu halusinasi pasien, mengidentifikasi frekuensi halusinasi pasien, mengidentifikasi situasi yang menimbulkan halusinasi, mengidentifikasi respons pasien terhadap halusinasi yang dialami pasien. Strategi pelaksanaan kedua Melatih pasien cara mengontrol halusinasi dengan menghardik, membimbing pasien untuk membuat jadwal harian pasien dengan memasukan cara mengontrol halusinasi pasien dengan menghardik ke jadwal harian pasien. Strategi pelaksanaan ketiga Pada hari ketiga pada tanggal 28 Mei 2019 adalah mevalidasi masalah dan latihan yang sebelumnya yang sudah diajarkan, dengan cara berbincang-bincang bersama pasien. Strategi pelaksanaan ke empat Pada hari keempat menjelaskan cara kontrol halusinasi dengan minum obat teratur (prinsip 5 benar minum obat).

3.1.6 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan dilakukan setelah melakukan implementasi keperawatan evaluasi pada hari pertama Sabtu, 25 Mei 2019 Jam 10.00 adalah bina hubungan saling percaya dengan data subjektif yang didapat dari hasil wawancara adalah : pasien mengatakan selamat pagi juga ibu nama saya ibu T. umur saya 35 tahun, pekerjaan saya hanya Ibu Asrama, pendidikan terakhir saya SMA. Data objektifnya adalah pasien mampu menjawab sapaan, pasien mampu menyebutkan nama, pasien mampu menyebutkan umur, pasien mampu

menyebutkan pekerjaan dan pasien mampu menyebutkan pendidikan pasien, pasien mau berjabat tangan, pasien mau duduk bersampingan bersama perawat dan pasien mampu menyampaikan masalah keperawat. Asesmen: BHSP berhasil, planing : lanjutkan ke strategi pelaksanaan 1 mengenal halusinasi. Hari/tanggal, Senin 27 Mei 2019 Jam 11.00 dengan data subjektif : Pasien mengatakan ia melihat bayang hitam berwujud orang, malam pukul:19.00, pada saat itu pasien sendiri sehingga pasien mengatakan ia merasa takut dan ada rasa ingin marah. Pada saat itu pasien langsung mengusir bayangan tersebut dengan menutup mata dan berteriak pergi... pergi... saya tidak ingin melihat kamu, kamu itu bayangan palsu Dengan data objektif : Tatapan pasien masih kosong, Sering memendang satu arah, pasien tampak mempraktekan ulang cara menghardik yang sudah pasien lakukan, pasien mau duduk berdampingan bersama perawat, mau menceritakan masalah yang dialami. Asesmen : implementasi hari pertama adalah : strategi pelaksanaan 1 teratasi, lanjutkan ke strategi pelaksanaan ke 2 mengontrol halusinasi dengan menghardik. Hari/tanggal Selasa, 28 Mei 2019 Jam 11.30 dengan data subjektif : Pasien mengatakan sekarang ia tidak melihat bayangan hitam. Pasien mengatakan cara yang kemarin ibu ajarkan jika bayangan itu muncul lagi, pasien langsung menutup mata dan berteriak pergi..... pergi... pergi... ! saya tidak ingin melihat kamu, kamu itu bayangan palsu. Data Obyektif : pasien mau mengikuti perintah yang perawat arahkan, pasien langsung mempraktekan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, menutup mata, kontak mata baik tapi tatapan pasien masih kosong, setiap pagi pasien duduk dengan pasien-pasien yang lain. Asesmen : SP 2 berhasil, Planning: lanjutkan SP 3 strategi pelaksanaan ke tiga memvalidasi masalah latihan sebelumnya dan membimbing pasien memasukan ke jadwal harian hari keempat pada Hari/tanggal : Rabu, 29 Mei 2019 jam : 11.00 Data subyektif : pasien mengatakan pasien sudah melakukan kegiatan harian yang sudah dibuat bersama perawat, yaitu jika pasien melihat bayangan hitam pasien langsung menutup mata dan mengusirnya dengan mengatakan pergi... pergi saya tidak ingin melihat kamu, kamu itu bayangan palsu, dan saya juga melakukan

kegiatan lainya yaitu menonton tv. Data obyektif : pasien mempraktekan ulang cara menghardik halusinasi, pasien tampak menonton tv. Assesmen : Strategi Pelaksanaan 3 teratasi. Planning : Lanjutkan SP 4.

pada hari/tanggal : Kamis, 30 Mei 2019 jam 10.00 : data subyektif : pasien mengatakan obat saya berwarna putih dan orange, saya minum sesudah makan pagi dan sesudah makan malam. Data obyektif: pasien mampu menjawab pertanyaan perawat, klien tidak dapat menyebutkan nama obat, dosis, dan efek samping obat, tetapi pasien mampu menjelaskan manfaat dari obat, klien tidak dapat menyebutkan prinsip 5 benar penggunaan obat. A : Strategi Pelaksanaan 4 teratasi sebagian. P : tetap lanjutkan Strategi Pelaksanaan 4.

3.2 Pembahasan

Dalam keperawatan terdapat proses keperawatan yang harus dijalani, perawat menerapkan proses keperawatan sebagai kompetensi pada saat memberikan asuhan keperawatan pada pasien. Proses keperawatan merupakan lima tahap pendekatan pengambilan keputusan klinis yang mencakup pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

3.2.1 Pengkajian

Menurut Damaiyanti (2008) dalam Damaiyanti & Iskandar (2012:53) Halusinasi adalah salah satu gejala gangguan jiwa dimana klien mengalami perubahan sensori persepsi, merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan perabaan atau penghiduan. Data yang harus di kaji pada pasien gangguan prespsi sensori halusinasi Pengelihatan adalah : Jenis halusinasi, Isi halusinasi, waktu halusinasi, frekuensi halusinasi, situasi halusinasi, Respon klien pada saat terjadinya halusinasi.

Menurut Kusumawati & Hartono, (2011) Halusinasi penglihatan adalah stimulus visual dalam bentuk kilatan atau cahaya, gambar atau bayangan yang rumit dan kompleks. Bayangan bisa menyenangkan atau menakutkan.

Menurut teori Keliat, Budi 2011 data subjektif pada pasien yang mengalami halusinasi penglihatan yaitu pasien Melihat bayangan orang, benda pasien akan merasakan takut dan akan menyakitinya, Orang lain, maupun lingkungan sekitarnya. Dan data objektif adalah pasien tampak memandang satu arah dan menunjukkan muka marah atau tidak suka.

Pada kasus nyata DS; Pasien mengatakan ia melihat bayang hitam berbentuk orang, Waktu pada pagi, sore dan malam pukul:19.00, Bayangan hitam itu datang saat pasien sendiri maupun bersama orang lain, Pasien mengatakan ia merasa takut dan ada rasa ingin marah. DO; Tatapan pasien kosong, Sering memendang satu arah.

Berdasarkan data diatas maka peneliti menyimpulkan bahwa tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus nyata.

3.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan keputusan klinis tentang respons seseorang, keluarga, atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual atau potensial, (NANDA Standar Diagnosa Keperawatan Internasional 2015). Diagnosa keperawatan merupakan dasar dalam penyusunan tindakan asuhan keperawatan. Diagnosa keperawatan ini dapat memberikan dasar pemilihan intervensi untuk menjadi tanggung gugat perawat.

Menurut Damaiyanti, M & Iskandar (2012. 62) ada tiga diagnosa yaitu, Gangguan persepsi sensori : halusinasi sebagai core problem, Isolasi sosial (causa), dan Resiko perilaku kekerasan (diri sendiri, orang lain, lingkungan, dan verbal) sebagai Effect. Masalah utama yang harus di atasi adalah Gangguan persepsi sensori : halusinasi penglihatan.

Isolasi sosial sebagai Causa gangguan Sensori Presepsi : Halusinasi Pengelihatan sebagai Core Problem dan Resiko Perilaku Kekerasan sebagai Effect, Gangguan Sensori Presepsi : Halusinasi Pengelihatan diangkat sebagai diagnosa utama karena tanda dan gejala lebih dominan dan paling sering dirasakan. Dengan demikian tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus nyata.

3.2.3 Intervensi Keperawatan

Perencanaan keperawatan merupakan langkah ketiga dalam proses keperawatan. Carpenito-Moyet (2007), menyatakan bahwa perencanaan keperawatan adalah metode pemberian perawatan langsung pada pasien, (Sutejo, 2007). Intervensi keperawatan yang disusun pada kasus nyata sesuai dengan teori yang diambil dari Damaiyanti, M & Iskandar (2012, 62), yaitu :

Tujuan umum : Klien tidak mengalami gangguan persepsi sensori (halusinasi) selama dalam perawatan. **Tujuan Khusus** : yang pertama : Klien dapat membina hubungan saling percaya, yang kedua : Klien dapat mengenali halusinasinya, yang ketiga : Klien dapat mengontrol halusinasinya, yang keempat : klien dapat dukungan dari keluarga dalam mengontrol halusinasi, kelima : klien dapat memanfaatkan obat dengan baik. Dalam intervensi keperawatan terdapat Strategi perencanaan yang di gunakan untuk memudahkan pencapaian Tujuan umum dan tujuan khusus, ada dua yaitu strategi perencanaan untuk pasien dan untuk keluarga.

Identifikasi jenis halusinasi, isi halusinasi, waktu terjadinya halusinasi, frekuensi halusinasi, situasi yang menimbulkan halusinasi, respons pasien terhadap halusinasi, latih pasien cara kontrol halusinasi dengan menghardik

Validasi masalah dan latihan sebelumnya, melatih pasien cara kontrol halusinasi dengan berbincang-bincang dan membimbing pasien memasukan dalam jadwal kegiatan harian

Validasi masalah dan latihan sebelumnya, melatih pasien cara kontrol halusinasi dengan kegiatan (yang biasa dilakukan pasien), membimbing pasien memasukan dalam jadwal kegiatan harian

Validasi masalah dan latihan sebelumnya, menjelaskan cara kontrol halusinasi dengan teratur minum obat (prinsip 5 benar minum obat), membimbing pasien memasukan dalam jadwal kegiatan harian.

Dengan demikian ada kesenjangan antara teori dan kasus nyata karena pada teori terdapat intervensi pada keluarga sedangkan pada kasus nyata tidak terdapat intervensi pada keluarga.

3.2.4 Implementasi Keperawatan

Menurut implementasi keperawatan yang diambil dari Damiyanti M & Iskandar (2012,68), ada terdapat dua jenis strategi pelaksanaan yaitu 4 strategi pelaksanaan untuk pasien dan 3 strategi pelaksanaan keluarga.

Implementasi yang penulis terapkan pada kasus nyata adalah : strategi pelaksanaan pada pasien yaitu : membina hubungan saling percaya antara pasien dan perawat dengan mengungkapkan prinsip komunikasi terapeutik, mengidentifikasi jenis halusinasi pasien, mengidentifikasi isi halusinasi pasien, mengidentifikasi waktu halusinasi pasien, mengidentifikasi frekuensi halusinasi pasien, mengidentifikasi situasi yang menimbulkan halusinasi, mengidentifikasi respon pasien terhadap halusinasi, melatih pasien cara kontrol halusinasi dengan menghardik dan membimbing pasien memasukan dalam jadwal kegiatan harian, melatih pasien cara kontrol halusinasi dengan berbincang, memvalidasi masalah dan latihan sebelumnya, melatih pasien cara kontrol halusinasi dengan kegiatan (yang bisa dilakukan pasien), menjelaskan cara kontrol halusinasi dengan teratur minum obat (prinsip 5 benar minum obat).

Penulis tidak dapat menerapkan strategi pelaksanaan pada keluarga pasien karena keluarga pasien tidak pernah datang untuk menjenguk pasien. Maka penulis menyimpulkan bahwa pada kasus nyata Ny. T. terdapat kesenjangan antara teori dan praktek nyata karena untuk mencapai kriteria hasil yang di tetapkan, maka harus mengimplementasikan semua intervensi yang penulis tetapkan.

3.2.5 Evaluasi Keperawatan

Menurut Damaiyanti, M & Iskandar (2012. 62), evaluasi dilakukan setelah kegiatan implementasi yaitu mengevaluasi kembali kegiatan yang telah di lakukan oleh perawat kepada pasien.

Dalam kasus Ny. T. evaluasi yang dilakukan berdasakkan SOAP dan tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktek karena evaluasi yang dilakukan berdasarkan tindakan keperawatan yang telah di lakukan pada pasien untuk mencapai kriteria hasil yang di tetapkan.

Evaluasi keperawatan dilakukan pada Ny. T. yaitu : pasien mampu membina hubungan saling percaya dengan perawat yang di tandai dengan pasien mampu menjawab sapaan, pasien mampu menyebutkan nama lengkap, ada kontak mata dengan perawat, pasien mau berjabat tangan, Ekspresi wajah bersahabat, menunjukkan rasa senang, mau duduk berdampingan dengan perawat. Pasien mampu mengenali masalah halusinasinya yang ditandai dengan mampu menyebutkan jenis, isi, waktu terjadinya halusinasi, frekuensi halusinasi, situasi yang menimbulkan ia mengalami halusinasi, respon terhadap halusinasi. Pasien mampu mempraktekan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, yang di tandai dengan pasien menutup mata dan mengatakan pergi! Pergi...saya tidak ingin melihat kamu bayangan palsu. Pasien mampu mengontrol halusinasinya dengan cara berbincang-bincang yang di tandai dengan setiap pagi pasien duduk bersama teman-temannya untuk bercerita. Pasien mampu mengontrol halusinasinya dengan cara melakukan kegiatan yang biasa dilakukannya yaitu menonton tv. Pasien belum mampu mengontrol halusinasi dengan cara teratur minum obat karena pasien hanya mampu menyebutkan warna obat yang diminum, manfaat, dan tidak mampu menyebutkan nama obat, dosis, dan efek samping obat, dan prinsip 5 benar penggunaan obat.

3.2 Keterbatasan Study Kasus

1. Persiapan

Penulis menyadari bahwa dalam pembuatan Study kasus membutuhkan waktu dan persiapan yang baik, penulis menyadari bahwa persiapan yang penulis lakukan kurang baik, karena keterbatasan waktu yang diberikan kurang dan pelaksanaan untuk melakukan pendekatan pada pasien kurang, dan buku sumber juga yang dibutuhkan mengalami keterbatasan

2. Pelaksanaan

Untuk pelaksanaan praktek kurang untuk penulis karena waktu yang diberikan hanya sedikit sehingga penulis mengalami kesulitan dalam melakukan pengkajian dan penerapan intervensi.

3. Hasil

Dari hasil yang diperoleh, penulis menyadari bahwa Study kasus ini jauh dari kesempurnaan karena persiapan yang kurang baik, dan pelaksanaan yang sangat singkat sehingga hasil yang diperoleh pun kurang begitu sempurna dan masih membutuhkan banyak pembenahan dalam penulisan hasil.

BAB 4

PENUTUP

4.1 Kesimpulan

1. Pengkajian

Pengkajian kepada Ny. T. adalah pasien mengatakan pasien melihat bayangan hitam berwujud orang, terlihat pada waktu pagi, sore, malam pikul: 19.00, bayangan muncul pada saat pasien sendiri maupun bersama banyak orang, dan pada saat pasien melihat bayangan tersebut pasien merasa takut dan ada rasa ingin marah pada bayangan tersebut karena selalu menggangukannya, Tatapan pasien kosong, Sering memendang satu arah

2. Diagnosa keperawatan

Pada kasus Ny. T. core problem yang ditemukan Gangguan Presepsi Sensori : Halusinasi Penglihatan, Causa Isolasi Sosial : Menarik Diri dan effect Resiko Perilaku Kekerasan : diri sendiri, orang lain dan lingkungan.

3. Intervensi keperawatan

Intervensi yang diambil pada kasus Ny. T. adalah gangguan presepsi sensori : halusinasi penglihatan, pada kasus tersebut terdapat 4 strategi pelaksanaan. Strategi pelaksanaan yang pertama membina hubungan saling percaya, pasien juga mampu mengenal halusinasi yang dialami pasien (jenis halusinasi, isi halusinasi, waktu halusinasi, frekuensi halusinasi, situasi yang memicu halusinasi, respon pasien terhadap halusinasi), strategi pelaksanaan yang kedua pasien mampu mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, strategi pelaksanaan yang ketiga membuat jadwal harian bersama pasien, strategi pelaksanaan keempat pasien dapat memenfaatkan obat dengan baik

4. Implementasi keperawatan

Pada kasus Ny. T. membina hubungan saling percaya antara pasien dan perawat, pasien mampu mengidentifikasi jenis halusinasi, isi halusinasi, waktu halusinasi, frekuensi halusinasi, situasi terjadinya halusinasi, respons pasien terhadap halusinasi, melatih pasien cara mengahradik halusinasi yang dialami, malatih pasien mengontrol

halusinasi dengan cara berbincang-bincang, menghardik dengan minum obat secara teratur.

5. Evaluasi keperawatan

Hasil pelaksanaan keperawatan yang sudah diterapkan pada Ny. T. pasien mampu membina hubungan saling percaya, pasien mampu mengenal halusinasi, pasien mampu mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, pasien mau membuat jadwal harian bersama, pasien mampu mengontrol halusinasi dengan cara berbincang-bincang dan pasien mampu minum obat teratur.

4.2 Saran

Dalam hal ini penulis memberikan beberapa saran setelah secara langsung mengamati lebih dekat perkembangan status kesehatan pasien:

1. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan dengan adanya studi kasus ini, dapat meningkatkan kualitas pembelajaran bagi mahasiswa/i di kampus Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang Prodi D-III Keperawatan Kupang, khususnya pada keperawatan jiwa terutama pada pembelajaran tentang asuhan keperawatan Jiwa.

2. Bagi Rumah sakit

Diharapkan rumah sakit dapat memberikan penanganan jiwa dengan mengikuti langkah-langkah yang tepat kepada pasien-pasien yang mengalami gangguan jiwa.

DAFTAR PUSTAKA

- Budi Anna Keliat,dkk.(2009). *Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa*. Jakarta : EGC
- Carolina. 2006. *pdf gangguan persepsi sensori halusinasi*. Jakarta : FIK UI
- Damiayanti & Iskandar.(2012). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Bandung : Refika Aditama
- Kemenkes RI, 2010, *Riset Kesehatan Dasar, RISKESDAS*. Jakarta : Balitbang Kemenkes RI
- Kementrian Kesehatan RI, 2014. UU Nomor 18 Tahun 2014 *tentang kesehatan jiwa*. Jakarta : 2014
- NS.Nurhalimah.(2016). *Keperawatan Jiwa*. Jakarta Selatan
- Stuart & Sundeen, (2007). *Buku Saku Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC
- Videbeck, Sheila L. (2008). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC
- Yusuf, dkk. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta : Salemba Medika
- Yosep , Iyus, (2010), *keperawatan jiwa*. Refika Aditama, Bandung

LAMPIRAN



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG**



**Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba - Kupang, Telp.: (0380) 8800256;
Fax (0380) 8800256; Email: poltekkeskupang@yahoo.com**

PENGAJIAN KEPERAWATAN JIWA

Ruang rawat : Nginap Tanggal dirawat : 27-30 Mei 2019 Tanggal Pengkajian: 25 Mei 2019

I. IDENTITAS KLIEN

Nama Initial	: Ny. T.	No. RM	: 001641
Umur	: 35 Tahun	Status	: Tidak Menikah
Jenis Kelamin	: Perempuan	Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: Ibu Asrama		

II. ALASAN MASUK

a. Keluhan Utama Saat MRS:

berdasarkan arahan dari petugas ruangan, pasien diantar oleh seorang Rohanian katolik dengan keluhan utamanya pasien mengalami gangguan tidur, berbicara sendiri sehingga diantar ke Rumah Sakit Jiwa Naimata.

b. Keluhan Utama Saat Pengkajian:

pasien mengatakan pasien melihat bayangan hitam berwujud orang pasien mengatakan pasien melihat bayangan hitam tersebut pada waktu pagi, sore, malam pikul: 19.00, biasanya bayangan tersebut muncul 2-3 kali sehari, bayangan muncul pada saat pasien sendiri maupun bersama banyak Orang, dan ada saat pasien melihat

bayangan tersebut pasien mengatakan pasien merasa takut dan ada rasa ingin marah pada bayangan tersebut karena selalu menggangukannya

c. Riwayat Penyakit :

Pasien mengatakan masuk rumah sakit pada tanggal 24 Oktober 2018 sampai sekarang dan berdasarkan arahan dari petugas ruangan, pasien diantar oleh seorang Rohanian katolik dengan keluhan utamanya pasien mengalami gangguan tidur, berbicara sendiri sehingga diantar ke Rumah Sakit Jiwa Naimata.

FAKTOR PREDISPOSISI

1. Pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu ?

Ya

Tidak

Pasien mengatakan pasien tidak pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu

2. Pengobatan sebelumnya

Berhasil

Kurang berhasil

Tidak berhasil

Pasien mengatakan pasien pertama kali minum obat

3. Trauma

Aniaya fisik

Aniaya seksual

Penolakan

Kekerasan dalam keluarga

Tindakan kriminal

Jelaskan : Pasien mengatakan bahwa pasien pernah mengalami trauma pada waktu dulu yaitu pasien memikul air dan pasien jatuh

4. Anggota keluarga yang gangguan jiwa ?

Ada

Tidak

Tidak ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa

5. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan :

pasien mengatakan pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan adalah pada saat memikul air pasien jatuh

I. PEMERIKSAAN FISIK

1. TTV : TD : 110/80.mmHg N : 78X/mnt S : 36,4°C P : 18X/mnt

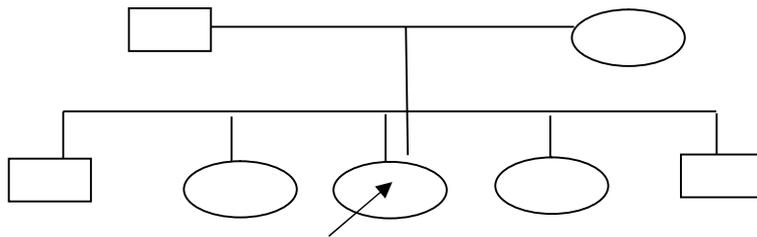
2. Ukur : BB : 42 kg, TB : 156 cm

3. Keluhan fisik :

Pasien mengatakan pasien merasa sakit pada bagian leher belakang .

I. PSIKOSOSIAL

1. Genogram :



Keterangan

□ : Laki - laki

○ : Perempuan

— : Garis keturunan

○ (with arrow) : Pasien

Ny. T. adalah anak ke-3 dari 5 bersaudara. Pasien mengatakan Ayah pasien bernama Tn. M. Umur: 78 tahun, nama Ibu Ny. S. Umur : 73 tahun, anak

pertama nama Tn. D. Umur : 37 tahun, anak kedua nama Ny. Y. Umur : 36 tahun, anak ketiga nama Ny. T. umur : 35 tahun, anak keempat nama Ny. E. Umur : 33 tahun, dan anak kelima nama Tn. F. Umur : 30 tahun.

3. Konsep diri

- a. Citra tubuh : pasien mengatakan pasien menyukai semua anggota tubuh pasien.
- b. Identitas : pasien mengatakan pasien puas menjadi seorang wanita.
- c. Peran : pada saat ditanya pasien mengatakan pasien sanggup menjalani peranya sebagai seorang wanita seperti membersihkan rumah dan lainnya
- d. Ideal diri : pasien mengatakan dulu pasien ingin melanjutkan sekolah ketahap Perguruan Tinggi tapi karena masalah ekonomi pasien tidak bisa melanjutkannya, pasien mengatakan pasien ingin sembuh seperti sediakala
- e. Harga diri : pasien mengatakan pasien tidak malu dengan sakitnya sekarang.

3. Hubungan sosial

- a. Orang yang berarti :
Klien mengatakan orang yang sangat berarti dalam hidupnya adalah kedua orangtuanya
- b. Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat :
pasien mengatakan pasien jarang dengan teman-temannya kerana pasien lebih suka menyendiri
- c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain :
Klien jarang berinteraksi dengan orang lain, selain dengan petugas ruangan

4. Spiritual

- a. Nilai dan keyakinan : Pasien mengatakan pasien beragama kristen Protestan
- b. Kegiatan ibadah :
Pasien mengatakan kegiatan ibadat rumah tangga yaitu setiap hari senin, rabu dan jumat setiap jam 19-20 wita

II. STATUS MENTAL

1. Penampilan

Tidak rapi

Penggunaan pakaian tidak sesuai

Cara berpakaian tidak seperti biasanya

Jelaskan : cara berpakaian pasien rapi, pasien dapat mengenakan baju dan celana yang sesuai dan tidak terbalik

2. Pembicaraan

Cepat

Keras

Gagap

Inkoherensi

Lambat

Membisu

Tidak mampu memulai pembicaraan

Jelaskan : pasien tidak mampu memulai pertanyaan, dan hanya menjawab ketika diberi pertanyaan

2. Aktivitas Motorik

Lesu

Tegang

Gelisah

Agitasi

Tik

Grimasem

Tremor

Kompulsif

Jelaskan : Pasien terlihat wajah lemas, lesu dan pandangan pasien tampak kosong

3. Alam perasaan

Sedih

Ketakutan

Putus asa

Kuatir

Gembira berlebihan

Jelaskan : pasien mengatakan pasien merasa takut jika melihat bayangan hitam

5. Afek

Datar

Tumpul

Labil

Tidak sesuai

Jelaskan : pasien berbicara saat ditanya saja dan menjawab dengan singkat pertanyaan yang yang diberikan

6. Interaksi selama wawancara

Bermusuhan

Tidak kooperatif

Mudah tersinggung

Kontak mata kurang

Defensive

Curiga

Jelaskan : saat melakukan pengkajian pasien respons dengan baik dan menjawab semua pertanyaan dengan ingatkan, kontak mata kurang

7. Persepsi

Halusinasi :

Pendengaran

Penglihatan

Perabaan

Pengecapan

Penghidu

Jelaskan : pasien mengatakan pasien melihat bayangan hitam berwujud orang

pasien mengatakan pasien melihat bayangan hitam tersebut pada waktu pagi, sore, malam pukul: 19.00, biasanya bayangan tersebut muncul 2-3 kali sehari, bayangan muncul pada saat pasien sendiri maupun bersama banyak Orang, dan ada saat pasien melihat bayangan tersebut pasien mengatakan pasien merasa takut dan ada rasa ingin marah pada bayangan tersebut karena selalu mengganggunya.

8. Isi pikir

- Obsesi
- **Phobia**
- Hipokondria
- Depersonalisasi
- Ide yang terkait
- Pikiran magis

9. Arus pikir

Sirkumstansial

Tangensial

Kehilangan asosiasi

Flight of idea

Blocking

Pengulangan pembicaraan/perseverasi

Jelaskan : Tidak ditemukan sirkumstansial, tangensial, kehilangan asosiasi, Light of Idea, blocking, karena pasien tidak banyak bertanya hanya menjawab saat ditanya saja

10. Tingkat Kesadaran

Bingung

Sedasi

Stupor

Disorientasi waktu

Disorientasi orang

Disorientasi tempat

Jelaskan : pasien tampak bingung pada saat ditanya tapi lama kelamaan pasien bisa menjelaskannya lagi

11. Memori

Gangguan daya ingat jangka panjang

Gangguan daya ingat jangka pendek

Gangguan daya ingat saat ini

Konfabulasi

Jelaskan : Pasien tidak mengalami gangguan memori jangka panjang, jangka pendek maupun gangguan daya ingat saat ini

12. Tingkat konsentrasi dan berhitung

Mudah beralih

Tidak mampu berkonsentrasi

Tidak mampu berhitung sederhana

Jelaskan :

pasien mampu menjawab saat ditanyakan hari, tanggal, dan pasien mampu berhitung 20-5

13. Kemampuan penilaian

- **Gangguan ringan**
- Gangguan bermakna

Jelaskan : Pasien mampu melakukan penilaian terhadap cara penggunaan pakaian dan mampu menjawab setiap pertanyaan yang diberikan.

14. Daya tilik diri

Mengingkari penyakit yang diderita

Menyalahkan hal-hal diluar dirinya

Jelaskan : pasien tidak pernah mengingkari penyakit yang dideritanya sekarang.

KEBUTUHAN PERENCANAAN PULANG

1. Kemampuan klien memenuhi kebutuhan

- Makanan
- Keamanan
- Perawatan kesehatan
- Pakaia
- Transportasi
- Tempat tinggal
- Uang

Jelaskan : Pasien mengatakan kegiatan dan aktifitas harinya bisa dilakukan sendiri dalam hal pasien mandiri Kegiatan kehidupan sehari-hari.

2. Kegiatan hidup sehari-hari

a. Perawatan diri

- Mandi
- Kebersihan
- Makan
- BAB / BAK
- Ganti pakaian

Jelaskan : Klien mampu memenuhi semua kebutuhan perawatan diri seperti mandi,kebersihan, makan, BAB/BAK, dan mengganti pakaian secara maksimal

b. Nutrisi

Apakah anda puas dengan pola makan anda ?

- **Ya**
- Tidak

Apakah anda memisahkan diri ?

- **Tidak**

Frekuensi makan sehari: 3 X/sehari

Frekuensi kudapan sehari : 1 X/sehari

Nafsu makan :

- Meningkatkan
- Menurun
- Berlebihan
- **Sedikit – sedikit**

Berat Badan :

- **Meningkat**
- Menurun

BB terendah : 38 kg, BB tertinggi : 42 kg

Jelaskan : pasien mengatakan pasien puas dengan makanan yang disediakan oleh Rs, biasanya pasien makan 3 kali sehari, pagi, siang dan malam, biasanya juga ada selingan makan pada jam 09.15 wita, nafsu makan pasien sedikit-sedikit, tetapi BB pasien mengalami peningkatan dari BB: 38 naik sampai 42 kg

b. Tidur

Apakah ada masalah tidur ? **Tidak**, pasien mengatakan pasien mengalami masalah pada saat tidur dimana pasien mengatakan pasien tidak bisa tidur kalau banyak orang dan berisik.

Apakah merasa segar setelah bangun tidur ? **Ya**

Apakah ada kebiasaan tidur siang ? **Ya**

Lama tidur siang : **1 jam**

Apa yang menolong tidur ? **tidak ada**

Tidur malam jam : **20.00, bangun jam 04.00**

Apakah ada gangguan tidur ?

- Sulit untuk tidur
- Bangun terlalu pagi
- somnabulisme
- **terbangun saat tidur**
- gelisah saat tidur
- Berbicara saat tidur

4. Kemampuan klien dalam mengantisipasi kebutuhan sendiri

- **Ya**
- Tidak

Membuat keputusan berdasarkan keinginan sendiri

- **Ya**
- Tidak

Mengatur penggunaan obat

- **Ya**
- Tidak

Melakukan pemeriksaan kesehatan

- **Ya**
- Tidak

5. Klien memiliki sistem pendukung

Keluarga : **Tidak**

Terapis : **Ya**

Jelaskan :

Pasien mengatakan keluarga pasien tidak pernah datang untuk menjenguk pasien, hanya perawat ruangan yang selalu memberikan dukungan untuk pasien,

6. Apakah klien menikmati saat bekerja, kegiatan produktif atau hobi ?

- Ya

- Tidak

Jelaskan :

Klien hanya ,duduk diam dan tidak melakukan aktivitas lainya

III. ASPEK MEDIS

Diagnosa Medis : Skizofernia Paranoid

Terapi : Haloperidol 2x2,5 mg dan Trihexyphenidyl 2x2 mg.

Kupang , Juni 2019

Mahasiswa,

Fransiska Ati

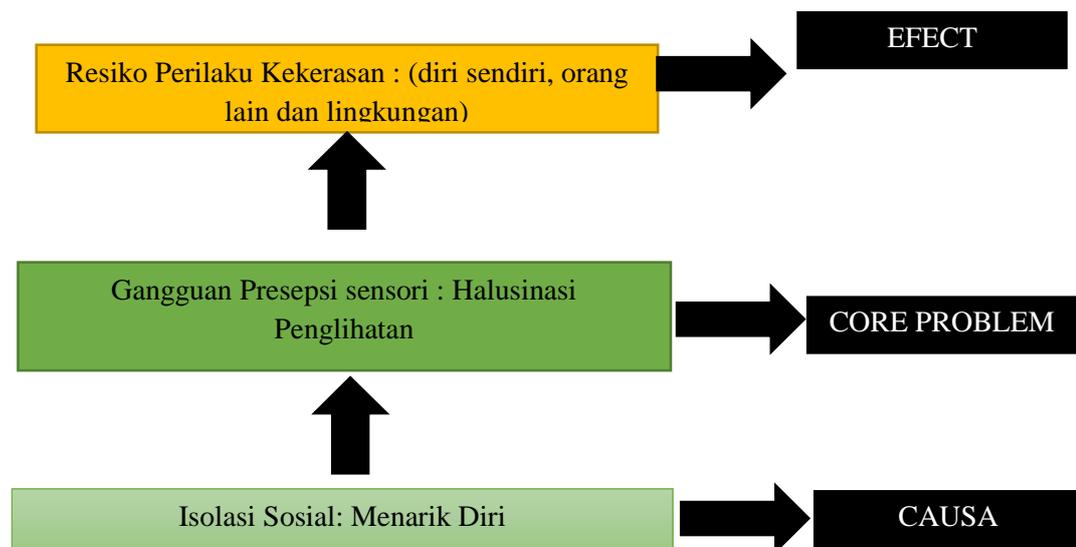
NIM: Po. 530320116300

3.1.2 Analisa data

No	Data subyektif	Data obyektif	kesimpulan
1	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan ia melihat bayang hitam berbentuk orang - Waktu pada pagi, sore dan malam pukul:19.00 - bayangan tersebut muncul 2-3 kali sehari - Bayangan hitam itu datang saat pasien sendiri maupun bersama orang lain - Pasien mengatakan ia merasa takut dan ada rasa ingin marah 	<ul style="list-style-type: none"> - Tatapan pasien kosong - Sering memendang satu arah 	Gangguan persepsi sensori : halusinasi penglihatan
2.	Pasien mengatakan pasien lebih suka menyendiri dikamar dan tidur	<ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien sendiri dikamar, tidak bergabung dengan pasien-pasien lainnya - Pada saat diajak berkumpul dengan pasien lainnya pasien tidak mau - 	Isolasi sosial: menarik diri

3.	Pasien mengatakan jika ia melihat bayangan hitam ia merasa takut dan rasa ingin marah	<ul style="list-style-type: none"> - Tatapan kosong - Tampak muka ingin marah - 	Resiko perilaku kekerasan : diri sendiri, orang lain, dan lingkungan
----	---	--	--

3.1.3 Rumusan / Pohon Masalah



Masalah keperawatan yang diambil adalah Gangguan persepsi sensori: Halusinasi Penglihatan, penyebab dari Gangguan persepsi sensori ; halusinasi penglihatan adalah isolasi sosial ; menarik diri sehingga timbul efeknya adalah Resiko perilaku kekerasan : diri sendiri, oran lain dan Lingkungan.

3.1.4. Diagnosa keperawatan

1. Resiko perilaku kekerasan: diri sendiri, orang lain dan lingkungan
2. Gangguan persepsi sensori : halusinasi penglihatan
3. Isolasi sosial: menarik diri

3.1.5 Prioritas masalah

1. Gangguan persepsi sensori : halusinasi penglihatan

3.1.6 Intervensi / Perencanaan Keperawatan

Menurut Damaiyanti & Iskandar (2012.63) :

No	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		Intervensi	Rasional
		Tujuan	Kriteria Hasil		
1	Gangguan persepsi sensori : halusinasi b/d isolasi sosial (menarik diri)	<p>TUM:</p> <p>Klien tidak mengalami gangguan persepsi sensori (halusinasi) selama dalam perawatan.</p> <p>TUK :</p> <p>2. Klien dapat membina hubungan saling percaya</p>	<p>2. Ekspresi wajah bersahabat, menunjukkan rasa senang, ada kontak mata, mau berjabat tangan, mau menyebutkan nama, mau menjawab salam, klien mau duduk berdampingan dengan perawat, mau mengutarakan masalah yang di hadapi.</p>	<p>2. Bina hubungan saling percaya dengan mengungkapkan prinsip komunikasi terapeutik :</p> <p>h. Sapa klien dengan ramah, baik verbal maupun non verbal</p> <p>i. Perkenalkan diri dengan sopan</p> <p>j. Tanyakan nama lengkap klien & nama panggilan yang disukai klien</p> <p>k. Jelaskan tujuan pertemuan</p> <p>l. Jujur dan menepati janji</p> <p>m. Tunjukkan sikap empati dan menerima klien apa adanya</p> <p>n. Beri perhatian pada klien dan perhatian kebutuhan dasar pasien</p>	<p>4. Hubungan saling percaya merupakan dasar untuk kelancaran hubungan interaksi selanjutnya</p>
		<p>5. Klien dapat mengenali halusinasinya</p>	<p>Klien dapat menyebutkan waktu, isi, frekuensi timbulnya halusinasi</p>	<p>6. adakah kontak sering dan singkat secara bertahap</p> <p>7. Observasi tingkah laku klien terkait dengan halusinasinya, bicara dan tertawa tanpa stimulus, memandang kekiri/kekanan atau kedepan seolah-olah ada teman bicara</p> <p>8. Bantu klien mengenali halusinasinya</p>	

				<p>e. Jika menemukan yang sedang halusinasinya, tanyakan apakah ada suara yang didengar</p> <p>f. Jika klien menjawab ada, lanjutkan : apa yang dikatakan</p> <p>g. Katakan bahwa perawat percaya klien mendengar suara itu, namun perawat sendiri tidak mendengarnya (dengan nada bersahabat tanpa menuduh/menghakimi)</p> <p>h. Katakan pada klien bahwa ada klien juga yang seperti klien</p> <p>9. Diskusikan dengan klien :</p> <p>c. Situasi yang menimbulkan/tidak menimbulkan halusinasi</p> <p>d. Waktu dan frekuensi terjadinya halusinasi (pagi,siang,sore & malam atau jika sendiri, jengkel atau sedih)</p> <p>10.Diskusikan dengan klien apa yang dirasakan jika terjadi halusinasi (marah/takut, sedih,senang) beri kesempatan mengungkapkan perasaannya</p>	<p>Dengan mengetahui waktu, isi dan frekuensi munculnya halusinasi mempermudah tindakan keperawatan klien yang akan dilakukan perawat</p> <p>Untuk mengidentifikasi pengaruh halusinasi klien</p>
--	--	--	--	---	---

		<p>6. Klien dapat mengontrol halusinasinya dengan menghardik</p>	<p>Klien dapat menyebutkan tindakan yang biasa dilakukan untuk mengendalikan halusinasinya.</p>	<p>5. Identifikasi bersama klien cara tindakan yang dilakukan jika terjadi halusinasi (tidur, marah, menyibukkan diri)</p> <p>6. Diskusikan manfaat cara yang dilakukan klien, jika bermanfaat beri pujian</p> <p>7. Diskusikan cara baru untuk memutuskan atau mengontrol halusinasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> e. Katakan “saya tidak mau mendengar kamu” (pada saat halusinasi) f. Menemui orang lain (perawat/teman atau anggota keluarga) untuk bercakap-cakap atau mengatakan halusinasi yang terdengar g. Membuat jadwal kegiatan sehari-hari agar halusinasi tidak muncul h. Minta keluarga atau teman atau perawat jika nampak bicara sendiri <p>8. Bantu klien memilih dan melatih cara memutuskan halusinasi secara bertahap</p>	<p>Upaya untuk memutuskan siklus halusinasi sehingga halusinasi tidak berlanjut.</p> <p>Reinforcemen positif akan meningkatkan harga diri klien</p>
		<p>4. klien dapat dukungan dari keluarga dalam mengontrol halusinasi</p>	<p>1. Klien dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat</p> <p>2. keluarga dapat menyebutkan pengertian, tanda dan</p>	<p>3. Anjurkan klien untuk memberitahu keluarga jika mengalami halusinasi</p> <p>4. Diskusikan dengan keluarga (pada saat berkunjung atau pada saat kunjungan rumah) :</p> <ul style="list-style-type: none"> e. Gejala halusinasi yang dialami klien 	<p>3. Untuk mendapatkan bantuan keluarga mengontrol halusinasi dan untuk mengetahui pengetahuan keluarga dan</p>

			kegiatan untuk mengendalikan halusinasi	<ul style="list-style-type: none"> f. Cara yang dapat dilakukan klien dan keluarga untuk memutus halusinasi g. Cara merawat anggota keluarga untuk memutus halusinasi dirumah beri kegiatan, jangan biarkan sendiri, makan bersama, berpergian bersama. h. Beri informasi waktu follow up atau kapan perlu mendapat bantuan : halusinasi terkontrol dan resiko mencederai orang lain 	<p>meningkatkan pengetahuan tentang halusinasinya</p> <p>4. Untuk mengetahui pengetahuan keluarga dan meningkatkan kemampuan pengetahuan tentang halusinasi</p>
		Klien dapat memanfaatkan obat dengan baik	Klien dan keluarga dapat menyebutkan manfaat, dosis dan efek samping obat.	<ul style="list-style-type: none"> 6. Diskusikan dengan klien dan keluarga tentang dosis, frekuensi manfaat obat 7. Anjurkan klien minta sendiri obat pada perawat dan merasakan manfaatnya 8. Anjurkan klien bicara dengan dokter tentang manfaat dan efek samping obat yang dirasakan 9. Diskusikan akibat berhenti minum obat tanpa konsultasi. 10. Bantu klien menggunakan obat dengan prinsip benar 	<p>Dengan mengetahui efek samping obat klien akan tahu apa yang harus dilakukan setelah minum obat.</p> <p>Program pengobatan dapat berjalan sesuai rencana.</p>

3.1.7 Implementasi Dan Evaluasi Keperawatan

HARI TANGGAL	PERTEMUAN	TOPIK	KONDISI KLIEN	TUJUAN KHUSUS	TINDAKAN	EVALUASI
Sabtu, 25 Mei 2019	1	Membina Hubungan saling percaya	<p>DS: pasien menjawab salam, dan menyebutkan nama “selamat pagi ibu perawat nama saya Ny. T. Umur: 35 thn, asal saya : Kupang</p> <p>DO: pasien mengikuti perintah dengan baik, aktivitas dilakukan secara mandiri, pasien terlihat tenang, ekspresi wajah tenang, dan pandangan tampak kosong</p>	Membina hubungan saling percaya	<ol style="list-style-type: none"> Mengucapkan salam: pasien menjawab salam Memperkenalkan diri dan menanyakan nama pasien : pasien menyebutkan nama saya Ny. T. Umur: 35 tahun, asal : Kupang 	<p>S: pasien menjawab salam, pasien menyebutkan nama : Ny. T. Umur : 35 tahun asal: kupang,</p> <p>O: Pasien mau berjabat tangan, senyum, pasien mampu berkenalan dengan baik</p> <p>A: Bina hubungan saling percaya tercapai</p> <p>P:</p>
Senin, 27 Mei 2019	2	Mengenal halusinasi	<p>DS: pasien mengatakan pasien melihat bayangan hitam berbentuk orang, Waktu pada pagi, sore dan malam pukul:19.00, Bayangan hitam itu datang saat pasien sendiri</p>	<p>TUK 1:</p> <p>Klien dapat mengenali halusinasinya</p>	<ol style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi jenis halusinasi klien Mengidentifikasi isi halusinasi klien 	<p>TUK 1</p> <p>S: pasien mengatakan pasien melihat bayangan hitam berbentuk orang, Waktu pada</p>

			<p>maupun bersama orang lain, dan pasien mengatakan merasa takut dan rasa ingin marah</p> <p>DO: tatapan pasien kosong, tampak pasien memendang satu arah .</p>		<ol style="list-style-type: none"> 3. Mengidentifikasi kasi waktu halusinasi klien 4. Mengidentifikasi kasi frekuensi halusinasi klien 5. Mengidentifikasi kasi situasi yang dapat menimbulkan halusinasi klien 6. Mengidentifikasi kasi respon klien terhadap halusinasi 	<p>pagi, sore dan malam pukul:19.00, Bayangan hitam itu datang saat pasien sendiri maupun bersama orang lain</p> <p>O: pasien mampu mengungkapkan perasaan pasien</p> <p>A: TUK 1 Teratasi</p> <p>P:</p> <p>Perawat : lanjutkan SP2P gangguan persepsi sensori : halusinasi</p>
Selasa, 28 Mei 2019	3	mengontrol halusinasi dengan menghardik	<p>DS: pasien mengatakan sudah mampu mengenal halusinasinya</p> <p>DO: pada saat ditanya mengenai cara mengusir bayangan hitam pasien tampak belum mengetahui dan bingung</p>	TUK 2: mengontrol halusinasi dengan menghardik	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengajarkan klien menghardik halusinasi 2. 	<p>TUK 2</p> <p>S: pasien mengatakan ia sudah bisa melakukan cara untuk mengusir bayangan hitam</p> <p>O: pasien tampak bisa mengulangi kembali cara mengusir/menghardik bayangan hitam dengan baik</p>

						<p>A: TUK 2 teratasi</p> <p>P:</p> <p>Perawat : lanjutkan SP3P gangguan persepsi sensori : halusinasi</p> <p>Klien : Memotivasi klien mengontrol halusinasi dengan cara menghardik dan melatih sesuai jadwal</p>
Selasa, 28 Mei 2019	4	Mengontrol halusinasi dengan membuat jadwal harian	<p>DS: pasien mengatakan setiap hari hanya melakukan aktifitas seperti biasa, seperti ; makan dan bersih-bersih dan kebanyakan duduk di dalam kamar</p> <p>DO: belum ada aktifitas terjadwal, setelah aktifitas pasien hanya duduk menyendiri diatas tempat tidur.</p>	TUK 3: Mengontrol halusinasi dengan membuat jadwal harian	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menayakan pasien jadwal kegiatan harian pasien 2. Membuat jadwal kegiatan bersama pasien dengan membantu memasukan kegiatan mengontrol halusinasi dengan menghardik 3. 	<p>TUK 3</p> <p>S: pasien mengatakan pasien sudah mampu mengikuti kegiatan yang telah disusun</p> <p>O: pasien tampak membaca dan menjelaskan kembali kegiatan harian pasien</p> <p>A: TUK 3 teratasi</p> <p>P:</p> <p>Perawat : lanjutkan SP4P gangguan persepsi sensori : halusinasi</p>

						Klien : Memotivasi pasien untuk mengikuti kegiatan harian pasien sesuai jadwal yang dibuat
--	--	--	--	--	--	---

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama : Ny. T.
Jenis kelamin : P
Asal : Kupang
No. RM : 001641
Hari/tanggal : Sabtu, 25 Mei 2019
Jam : 09.00
Pertemuan : 1
Topik : Bina Hubungan Saling Percaya

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Klien

DS: pasien menjawab salam, dan menyebutkan nama “selamat pagi ibu perawat nama saya Ny. T. Umur: 35 thn, asal saya : Kupang

DO: pasien mengikuti perintah dengan baik, aktivitas dilakukan secara mandiri, pasien terlihat tenang, ekspresi wajah tenang, dan pandangan tampak kosong

2. Diagnosa Keperawatan

Gangguan persepsi sensori: halusinasi pengelihatan

3. Tujuan khusus

1. Membina hubungan saling percaya

4. Tindakan

1. Mengucapkan salam

2. Memperkenalkan diri dengan pasien: memperkenalkan nama lengkap, umur, asal pasien.

3. Menanyakan perasaan dan keluhan saat ini

B. Strategi komunikasi dalam pelaksanaan tindakan keperawatan

1. Fase orientasi

a. Salam terapeutik

Selamat pagi ibu,perkenalkan nama saya Fansisika Ati , umur saya: 21 tahun, asal saya mahasiswa poltekes Kupang urusan keperawatan. nama ibu siapa? Umur, dan asal ibu dari mana ?

Evaluasi / Validasi

Bagaimana perasaan ibu saat ini ?

b. Kontrak

- Topik

Bagaimana kalau sekarang kita berbincang-bincang di sini ? apakah ibu bersedia ?

- Waktu

Berapa lama ibu ingin mengobrol ? bagaimana kalau 15 menit ? apakah ibu bersedia ?

- Tempat

Ibu mau mengobrol dimana ?

II. Fase Kerja

“baiklah ibu kita mulai saja mengobrol ya ibu ? ibu tidak usa malu,ungkapkan saja apa yang ibu ingin Ungkapakan “

“bagaimana perasaan ibu saat ini ? ”

“tadikan ibu sudah menyebutkan nama ibu boleh saya Tau berapa umur ibu sekarang?”

“ibu kalau boleh saya Tau asalnya dari mana ? ”

“kegiatan apa yang sering ibu lakukan di RS?”

“sudah berapa lama ibu di RS? ”

“masalah apa yang terjadi dirumah sehingga ibu bisa dibawa ke sini ?”

“apakah ibu sudah makan ?” “apakah ibu sudah mandi?”

III. Fase terminasi

1. Evaluasi

a. Evaluasi subjektif

Ibu terima kasih atas waktunya, saya senang ibu berbincang-bincang dengan saya, bagaimana perasaan ibu setelah berbincang-bincang dengan saya?

b. Evaluasi objektif

Setelah berbincang-bincang, sekarang coba ibu sebutkan nama panggilan saya, apakah ibu masih ingat ?

2. Rencana tindak lanjut

“Jika ada yang mau ibu sampaikan atau ceritakan kepada saya, ibu bisa sampaikan dipertemuan kita selanjutnya”

3. Kontrak yang akan datang

- Topik

Bagaimana kalau nanti kita bertemu agar saya bisa mengetahui kebiasaan positif ibu saat dirumah dan RS ?

- Waktu

Ibu mau nanti kita ketemu jam berapa?

- Tempat

Ibu mau mengobrol dimana? Bagaimana kalau di dalam kamar?

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama : Ny. T.
Jenis kelamin : P
Asal : Kupang
No. RM : 001641
Hari/tanggal : Senin, 27 Mei 2019
Jam : 09.00
Pertemuan : 2
Topik : mengenal halusinasi

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Klien

DS: pasien mengatakan pasien melihat bayang hitam berbentuk orang, pada pagi, sore, dan malam jam. 19.00, dan biasanya 2 sampai 3 kali sehari, pada saat pasien duduk bersama orang banyak maupun pasien sendiri, dan pasien mengatakan pada saat pasien melihatnya pasien merasa takut dan ada rasa ingin marah pada bayangan itu

DO: tatapan pasien kosong dan sering memndang satu arah

2. Diagnosa Keperawatan

Gangguan persepsi sensori: halusinasi pengelihatan

3. Tujuan khusus

Klien dapat mengenali halusinasinya

4. Tindakan

1. Mengidentifikasi jenis halusinasi klien
2. Mengidentifikasi isi halusinaasi klien
3. Mengidentifikasi waktu halusinasi klien
4. Mengidentifikasi frekuensi halusinasi klien
5. Mengidentifikasi situasi yang dapat menimbulkan halusinasi klien

6. Mengidentifikasi respon klien terhadap halusinasi

B. Strategi komunikasi dalam pelaksanaan tindakan keperawatan

2. Fase orientasi

c. Salam terapeutik

Selamat pagi ibu, apa ibu masih mengingat nama saya ?

Evaluasi / Validasi

Bagaimana perasaan ibu saat ini ?

d. Kontrak

- Topik

Bagaimana kalau sekarang kita berbincang-bincang untuk mengetahui kira-kira apa yang ibu rasakan sekarang ? apakah ibu bersedia ?

- Waktu

Berapa lama ibu ingin mengobrol ? bagaimana kalau 15 menit ? apakah ibu bersedia ?

- Tempat

Ibu mau mengobrol dimana ?

II. Fase Kerja

“baiklah ibu kita mulai saja mengobrol ya ibu ? ibu tidak usa malu,ungkapkan saja apa yang ibu ingin Ungkapakan “

“bagaimana perasaan ibu saat ini ? ”

“kira-kira apa yang menyebabkan ibu masuk dirumah sakit ini? ”

“apa yang ibu rasakan saat ini? Apakah ibu mendengar atau melihat sesuatu ? ”

“jika ibu melihat bayangan hitam, apakah bayangan itu berwujud orang atau bagaimana?”

“jika ibu melihat bayangan hitam itu, kira-kira pada waktu kapan pagi, siang atau malam dan biasanya jam berapa ibu melihatnya? ”

“kira-kira biasanya dalam satu hari berapa kali ibu melihat bayangan hitam tersebut ?”

“pada saat apa ibu melihat bayangan hitam apakah pada saat duduk bersama banyak orang atau pada saat ibu sendiri?”

“apakah jika ibu melihat bayangan tersebut ibu merasa takut? Jika ibu merasa takut dan melihat bayangan tersebut apa yang ibu buat?”

III. Fase terminasi

4. Evaluasi

c. Evaluasi subjektif

Ibu terima kasih atas waktunya,saya senang ibu berbincang-bincang dengan saya dan menjawab setiap pertanyaan yang saya tanyakan, bagaimana perasaan ibu setelah berbincang-bincang dengan saya?

d. Evaluasi objektif

Setelah berbincang-bincang,sekarang coba ibu sebutkan ?

5. Rencana tindak lanjut

“Jika ada yang mau ibu sampaikan atau ceritakan kepada saya,ibu bisa sampaikan dipertemuan kita selanjutnya”

6. Kontrak yang akan datang

- **Topik**

Bagaimana ibu besok kita bertemu lagi untuk melatih ibu cara mengusir / menghardik bayangan hitam ?

- **Waktu**

Ibu mau nanti kita ketemu jam berapa?

- **Tempat**

Ibu mau mengobrol dan akan melatih cara mengusir dimana? Bagaimana kalau di dalam kamar?

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama : Ny. T.
Jenis kelamin : P
Asal : Kupang
No. RM : 001641
Hari/tanggal : Selasa, 28 Mei 2019
Jam : 10.00
Pertemuan : 3
Topik : mengontrol halusinasi dengan menghardik

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Klien

DS: pasien mengatakan ia sudah mulai mengenal halusinasinya

DO: pada saat ditanya bagaimana cara ibu mengatasi atau mengusir pasien masih tampak belum mengetahui dan bingung

2. Diagnosa Keperawatan

Gangguan persepsi sensori: halusinasi penglihatan

3. Tujuan khusus

Klien dapat mengontrol halusinasinya dengan menghardik

4. Tindakan

Mengajarkan klien menghardik halusinasi

B. Strategi komunikasi dalam pelaksanaan tindakan keperawatan

1. Fase orientasi

a. Salam terapeutik

Selamat pagi ibu, apa ibu masih mengingat nama saya ?

Evaluasi / Validasi

Bagaimana perasaan ibu saat ini ?

b. Kontrak

- Topik

Bagaimana ibu jika ibu melihat bayangan hitam apa yang ibu perbuat apakah ibu mengusirnya atau bagaimana ibu ?

- Waktu

Berapa lama ibu ingin mengobrol dan melatih cara mengusir bayangan? bagaimana kalau 15 menit ? apakah ibu bersedia ?

- Tempat

Ibu mau mengobrol dimana ? dikamar atau diluar kamar?

II. Fase Kerja

“baiklah ibu karena ibu masih belum tau saya akan mengajarkan cara mengusir bayangan hitam?

“baiklah ibu yang pertama saya akan melakukannya terlebih ”

“setelah itu ibu mengulang kembali apa yang sudah saya buat ”

“apakah ibu bersedia ? ”

“jika ibu bersedia saya akan mulai ”

“yang pertama tutup mata dan berteriak pergi... pergiiii...pergi... saya tidak mau melihat kamu, kamu bayangan palsu ”

“apakah ibu sudah mengerti ?”

“jika ibu sudah mengerti sekarang ibu ulangi apa yang sudah saya ajarkan tadi”

“baik ibu karena ibu sudah bisa sekarang, nanti jika ibu melihat bayangan hitam tersebut ibu bisa membuat cara mengusir bayangan tersebut dengan yang sudah saya ajarkan tadi”

III. Fase terminasi

5. Evaluasi

- e. Evaluasi subjektif

Ibu terima kasih atas waktunya,saya senang ibu bisa menerima saya dan mau mendengar apa yang sudah saya ajarkan dan mau mengulanginya lagi dengan baik,.
Bagaimana dengan perasan ibu sekarang,?

f. Evaluasi objektif

Baik ibu setelah kita berbincang-bincang sekarang saya ingin tanya kembali apa yang sudah saya ajarkan tadi,. ?

6. Rencana tindak lanjut

“Jika ada yang mau ibu sampaikan atau ceritakan kepada saya, ibu bisa sampaikan dipertemuan kita selanjutnya”

7. Kontrak yang akan datang

- Topik

Bagaimana ibu besok kita bertemu lagi untuk membuat jadwal kegiatan harian ibu, sehingga kita bisa memasuki jadwal latihan cara mengusir bayangan kedalam jadwal kegiatan sehari-hari,?

- Waktu

Ibu mau nanti kita ketemu jam berapa?

- Tempat

Ibu mau mengobrol dan akan membuat jadwal harian dimana ? Bagaimana kalau di dalam kamar?

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama : Ny. T.
Jenis kelamin : P
Asal : Kupang
No. RM : 001641
Hari/tanggal : Selasa, 28 Mei 2019
Jam : 13.15
Pertemuan : 4
Topik : mengontrol halusinasi dengan membuat jadwal harian

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Klien

DS: pasien mengatakan setiap hari hanya melakukan aktifitas seperti biasa, seperti ; makan dan bersih-bersih dan kebanyakan duduk di dalam kamar

DO: belum ada aktifitas terjadwal, setelah aktifitas pasien hanya duduk menyendiri diatas tempat tidur

2. Diagnosa Keperawatan

Gangguan persepsi sensori: halusinasi penglihatan

3. Tujuan khusus

Mengontrol halusinasi dengan membuat jadwal harian

4. Tindakan

Membuat jadwal kegiatan harian bersama pasien

5. Strategi komunikasi dalam pelaksanaan tindakan keperawatan

2. Fase orientasi

c. Salam terapeutik

Selamat pagi ibu, apa ibu masih mengingat nama saya ?

Evaluasi / Validasi

Bagaimana perasaan ibu saat ini ?

d. Kontrak

- Topik

Bagaimana ibu jika kita membuat jadwal harian bersama sehingga kegiatan yang kita buat ibu bisa melakukannya setiap hari ?

- Waktu

Berapa lama ibu ingin mengobrol dan membuat jadwal ? bagaimana kalau 15 menit ? apakah ibu bersedia ?

- Tempat

Ibu mau mengobrol dimana ? dikamar atau diluar kamar?

II. Fase Kerja

“baiklah ibu kita akan mulai membuat jadwal harian, “

“baiklah ibu kira-kira kegiatan setiap hari yan ibu lakukan apa? ”

“baik karena kegiatan harian ibu bangun pagi mandi, merapikan tempat tidur, berdoa, makan pagi, minum obat, saya akan membuat jadwal tersebut dengan memasukan jadwal harian lainnya seperti memasukan jadwal cara mengusir bayangan tersebut. ”

“bagaimana ibu bersedia ?”

“jika ibu bersedia kita akan mulai ”

“pagi bangun jam 04.00 mandi, 05.00 merapikan tempat tidur, 06.00 doa, 07.00 makan dan minum obat, 08.00 duduk bersama diteras ruangan, 09.00 istirahat, ”

“ baik ibu saya sudah mengatur jadwal harian, sekarang saya jelaskan sedikitnya ibu ?”

“jika ibu melihat bayangan lagi ibu bisa mengusir bayangan tersebut dengan yang sudah saya ajarkan tadi ”

“apakah ibu sudah mengerti ?”

III. Fase terminasi

6. Evaluasi

g. Evaluasi subjektif

Ibu terima kasih atas waktunya,saya senang ibu bisa menerima saya dan mau mendengar apa yang sudah saya ajarkan dan mau mengulanginya lagi dengan baik,.
Bagaimana dengan perasan ibu sekarang,?

h. Evaluasi objektif

Baik ibu setelah kita berbincang-bincang sekarang saya ingin tanya kembali apa yang sudah kita atur jadwal harian tadi, . ?

7. Rencana tindak lanjut

“Jika ada yang mau ibu sampaikan atau ceritakan kepada saya, ibu bisa sampaikan dipertemuan kita selanjutnya”



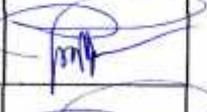
KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba - Kupang, Telp.: (0380) 8800256;
Fax (0380) 8800256; Email: poltekkeskupang@yahoo.com



**LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN STUDI KASUS**

Nama Mahasiswa : Fransiska Ati
Nim : PO530320116300
Nama Pembimbing : Sebastianus Banggut, SST., M.Pd

No	Hari/ Tanggal	Rekomendasi Pembimbing	Paraf Pembimbing
1.	Senin, 27 Mei 2019	Konsultasi Judul Karya Tulis Ilmiah Konsultasi BAB I 1. Revisi latar belakang tambahkan UU No.18 Tahun 2014 tentang Keperawatan Jiwa, 2. Perbaiki Tujuan penulisan dan manfaat penulisan Konsultasi BAB II	
2.	Rabu, 29 Mei 2019	Konsultasi revisi BAB I : latar belakang dan BAB II konsultasi pengkajian pada kasus	
3.	Jumat, 31 Mei 2019	Konsultasi revisi pengkajian pada kasus nyata Konsultasi BAB III 1. Perbaiki pengkajian keperawatan keluhan utama pada kasus nyata 2. Perbaiki pembahasan secara keseluruhan	

4.	Selasa, 04 Juni 2019	Konsultasi BAB I,II,III,IV Perbaiki pembahasan	
5.	Rabu, 02 Juni 2019	Konsul Perbaiki cover Konsul perbaiki BAB I,II,III,IV Perbaiki pembahasan	
6.	Selasa, 11 Juni 2019	Ujian sidang Revisi BAB I,II,III,IV	
7.	Jumat, 14 Juni 2019	konsultasi revisi BAB I,II,III,IV perbaiki pembahasan	
8.	Selasa, 18 Juni 2019	konsultasi perbaikan BAB II (konsep pengkajian keperawatan), dan BAB III (evaluasi keperawatan)	
9.	Rabu, 19 Juni 2019	ACC	

LAMPIRAN JADWAL KEGIATAN

no	Kegiatan	Bulan																				
		Mei									Juni											
		24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12-13	14
1	Pembekalan	✓																				
2	Lapor Diri Di Rumah Sakit		✓																			
3	Pengambilan Kasus			✓																		
4	Ujian Praktek				✓																	
5	Perawatan Kasus					✓	✓	✓	✓													
6	Penyusunan karya Tulis Ilmia Dan Konsultasi Dengan pembimbing									✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				
7	Ujian Sidang																		✓			
8	Revisi Hasil																			✓	✓	✓