

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN HOME CARE Tn.O.N.S DENGAN
GANGGUAN PERSEPSI SENSORI (HALUSINASI PENDENGARAN) DI
JALAN NANGKA NO.1 RT 004, RW 002, KELURAHAN. OEBA,
KOTA KUPANG**

**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**



ARIS WIDODO
NIM: PO.530320116348

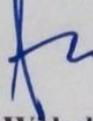
**PRODI D-III KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN
POLTEKES KEMENKES KUPANG
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAANSUMBER DAYA
MANUSIA KESEHATAN
KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
2019**

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Karya Tulis Ilmiah oleh Aris Widodo, NIM: PO. 530320116348 dengan judul **ASUHAN KEPERAWATAN HOME CARE Tn.O.N.S DENGAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI (HALUSINASI PENDENGARAN) DI JALAN NANGKA NO.1 RT 004, RW 002, KEL. OEBA KOTA KUPANG**

telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan

Disusun Oleh :



Aris Widodo

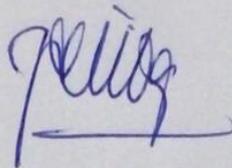
NIM: PO. 530320116348

Telah Di Setujui Untuk Diseminarkan Di Depan Dewan Penguji

Prodi D-III Keperawatan Kupang Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang Pada

Tanggal 10 Juni 2019

Pembimbing



Dr, Sabina Gero, Skp., MSc

NIP : 195608291985022001

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN HOME CARE Tb.O.N.S DENGAN
GANGGUAN PERSEPSI SENSORI (HALUSINASI
PENDENGARAN) DI JALAN NANGKA NO.1 RT 004, RW 002,
KELURAHAN. OEBA , KOTA KUPANG

Disusun Oleh :

Aris Widodo

NIM: PO.530320116348

Telah Diuji Pada Tanggal, 11 Juni 2019

Dewan Penguji

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

(.....)

Penguji II : Dr.Sabina Gero, SKp., MSc
NIP : 195608291985022001

(.....)

Mengesahkan

Ketua Jurusan Keperawatan



Dr. Florentianus Tat, S.Kp., M.Kes
NIP. 196911281993031005

Mengetahui

Ketua Prodi D-III Keperawatan

(.....)

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

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

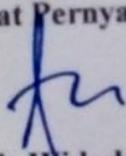
Nama : Aris Widodo
NIM : PO.530320116348
Program Studi : D-III Keperawatan
Institusi : Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Menyatakan 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

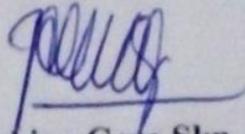


Aris Widodo

NIM: PO.530320116348

Mengetahui

Pembimbing



Dr. Sabina Gero, Skp., MSc

NIP : 195608291985022001

BIODATA PENULIS

Nama Lengkap : Aris Widodo

Tempat tanggal lahir : Blitar 18 Januari 1982

Jenis kelamin : Laki-Laki

Alamat : RSAL Samuel J.Moeda kupang,Jln.Yos Sudarso no 5 osmok
Kupang NTT

Riwayat Pendidikan :

1. Tamat SDN Blitar Tahun 1994
2. Tamat SMPN Blitar Tahun 1997
3. Tamat SMU Blitar Tahun 2000
4. Tamat SPK Surabaya Tahun 2012
5. Sejak Tahun 2016 Kuliah di Jurusan Keperawatan
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

MOTTO

“jalasveva Jayamahe”.

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas kasih dan rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dalam bentuk Studi Kasus dengan **ASUHAN KEPERAWATAN HOME CARE Tn.O.N.S DENGAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI (HALUSINASI PENDENGARAN) DI JALAN NANGKA NO.1 RT 004, RW 002, KELURAHAN. OEBA, KOTA KUPANG**

Penulis menyadari dalam menyelesaikan Studi Kasus ini penulis banyak mengalami hambatan. Melalui kesempatan ini penulis dengan tulus hati menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya.

Ibu Dr,Sabina Gero,SKp.,MSc, selaku pembimbing yang dengan penuh kesabaran dan ketelitian telah membimbing penulis dengan totalitasnya sehingga Studi Kasus ini dapat terselesaikan dengan baik dan Bapak Sebastianus Banggut,SST.,M.,Pd, selaku penguji yang telah meluangkan waktu, tenaga, dan pikiran untuk menguji penulis dan mengarahkan penulis dalam menyelesaikan Studi Kasus ini. Dengan tulus hati 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. Bapak Florentianus Tat, S.Kp.,M.Kes, selaku Ketua Jurusan Keperawatan Kupang yang telah memberikan ijin dan kesempatan bagi penulis untuk menyelesaikan Studi Kasus ini.
3. Ibu Margaretha Teli,S,Kep,Ns.,MSc-PH selaku Kaprodi DIII Jurusan Keperawatan Kupang yang telah memberikan ijin dan kesempatan bagi penulis untuk menyelesaikan Studi Kasus ini.
4. Bapak Thomas Laga Boro,S.Kep,Ns.,M.Kes, selaku Pembimbing Klinik/ CI yang telah membantu dan membimbing penulis dalam proses pelaksanaan Studi Kasus ini.

5. Seluruh staf dosen dan karyawan Prodi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan Studi Kasus ini.
6. Seluruh Staf terkhusus bagian Tata Usaha Rumah Sakit Jiwa Naimata yang membantu penulis dalam proses pelaksanaan Studi Kasus ini.
7. Bapak dan Mama tercinta yang telah mendidik dan membesarkan saya dan selalu mendukung saya,saudara-saudari yang dengan sabar selalu memberikan dukungan doa dan motivasi untuk menyelesaikan Studi Kasus ini.
8. Istri tercinta dan keluarga,dan kedua anak terhebat yang selalu temani disetiap doanya untuk menyelesaikan Studi Kasus ini.
9. Teman - teman angkatan 25 tingkat III kelas karyawan yang selama ini selalu berjuang bersama 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

Aris Widodo PO530320116348,2019 Asuhan Keperawatan Dengan **Halusinasi Pendengaran**

Latar Belakang : Masalah gangguan jiwa terjadi hampir di seluruh negara di dunia, sejalan dengan perkembangan teknologi, semakin meningkat masalah yang harus dihadapi seseorang, sehingga keadaan ini sangat besar pengaruhnya terhadap kesehatan jiwa seseorang yang dapat meningkatkan jumlah pasien gangguan jiwa. Halusinasi merupakan salah satu penyakit jiwa yang paling banyak terjadi, dari tahun ketahun kunjungan pasien rawat jalan di rumah sakit jiwa di seluruh indonesia tercatat adanya peningkatan tiap tahunnya.

Tujuan Studi Kasus : Untuk memberikan asuhan keperawatan pada pasien halusinasi pendengaran dengan melakukan pengkajian, menegakan diagnosa, memberikan intervensi – implementasi, dan evaluasi dengan cara wawancara pasien, perawat dan melihat status pasien.

Hasil : Selama 4 hari pertemuan, telah dilakukan asuhan keperawatan sesuai dengan rencana keperawatan, halusinasi pendengaran dapat dikontrol dengan cara menghardik, mengobrol dengan orang lain dan minum obat.

Kesimpulan : Pada saat memberikan asuhan keperawatan kepada pasien perlu pendekatan dan komunikasi terapeutik, sehingga terjalin hubungan harmonis dan kerja sama yang baik untuk mendorong pasien lebih kooperatif dan tercapai rencana keperawatan yang diberikan, serta peran dan kehadiran keluarga sangat penting bagi pasien untuk memotifasi kesembuhan pasien.

Kata Kunci : Haluinasi Pendengaran

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran1 :Format pengkajian	1
Lampiran2 : LembarKonsultasi.....	2
Lampiran3 : Dokumentasi	3

DAFTAR TABEL

NO	JUDUL	HALAMAN
1.	Tahapan Halusinasi	12
2.	Data focus pasien halusinasi	15
3.	Intervensi keperawatan	17
4.	Analisa Data	28
5.	Perencanaan Keperawatan	30

DAFTAR ISI

Halaman Judul	
Lembar Persetujuan	i
Lembar Pengesahan	ii
Pernyataan Keaslian Tulisan.....	iii
Biodata Penulis	iv
Kata Pengantar	v
DaftarLampiran.....	vii
Daftar Isi	viii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 LatarBelakangMasalah	1
1.2 TujuanStudiKasus	3
1.3 ManfaatStudiKasus	4
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	5
2.1 KonsepPersepsiSensori Halusinasi	5
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Halusinasi	13
BAB 3 HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN	22
3.1 HasilStudiKasus	22
3.2 Pembahasan.....	40
3.3 KeterbatasanStudiKasus.....	45
BAB 4 PENUTUP	46
4.1 Kesimpulan	46
4.2 Saran	47
DAFTAR PUSTAKA	48
LAMPIRAN	50

BAB I

PENDAHULUAN.

1.1. Latar Belakang

Kesehatan merupakan hal yang sangat penting dalam kehidupan manusia, karena tanpa kesehatan manusia sulit untuk menjalankan aktivitas. Menurut Undang Undang No 36 tahun 2009 tentang kesehatan, yang merupakan suatu keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang hidup untuk produktif secara sosial dan ekonomis.

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.

Menurut American Nurses Association (ANA) keperawatan jiwa, adalah area khusus dalam praktek keperawatan yang menggunakan ilmu dan tingkah laku manusia sebagai dasar dan menggunakan diri sendiri secara terapeutik dalam meningkatkan dan mempertahankan, serta memulihkan kesehatan mental klien dan kesehatan mental masyarakat dimana klien berada. Selain keterampilan teknik dan alat klinik, perawat juga berfokus pada proses terapeutik menggunakan diri sendiri (use selftherapeutic) Kusumawati F dan Hartono Y, (2010).

Prevalensi gangguan jiwa berat pada penduduk Indonesia 1.7 per mil. Gangguan jiwa berat terbanyak di Yogyakarta, Aceh, Sulawesi Selatan, Bali dan Jawa Tengah. Proporsi Rumah Tangga (RT) yang pernah memasung Anggota Rumah Tangga (ART) gangguan jiwa berat 14,3 % dan terbanyak pada penduduk yang tinggal di pedesaan (18,2%), serta pada kelompok yang penduduk dengan kuintal indeks kepemilikan terbawah (19,5%).

Prevalensi gangguan mental emosional pada penduduk Indonesia 6,0 %. Provinsi dengan prevalensi gangguan mental emosional tertinggi adalah Sulawesi Tengah, Sulawesi Selatan, Jawa Barat, Di Yogyakarta dan Nusa Tenggara Timur (Kemenkes RI, 2013). Salah satu bentuk dari gangguan kesehatan jiwa adalah Skizofrenia

Skizofrenia merupakan suatu penyakit otak persisten dan serius yang dapat menyebabkan perilaku psikologi, pemikiran konkrit, dan kesulitan dalam memproses informasi, hubungan interpersonal, serta memecah masalah (Gail W. Stuart 2007).

Skizofrenia merupakan gangguan jiwa berupa perubahan pada psikomotor, kemauan, afek emosi dan persepsi.

Akibat dari gejala yang muncul, timbul masalah bagi klien meliputi, kurang perawatan diri, resiko menciderai diri dan orang lain, menarik diri, dan harga diri rendah (Townsend, 1998).

Perkembangan jaman menurut kehidupan manusia semakin modern, begitu juga semakin bertambahnya stressor psikososial akibat budaya masyarakat modern yang cenderung lebih spektakuler, hal ini dapat menyebabkan manusia semakin sulit menghadapi tekanan-tekanan hidup yang datang. Kondisi kritis ini juga berdampak terhadap peningkatan kualitas maupun kuantitas penyakit mental-emosional manusia, maka timbul gangguan jiwa khususnya pada gangguan persepsi sensori halusinasi dalam tingkat ringan ataupun berat yang memerlukan penanganan di rumah sakit baik di rumah sakit jiwa atau di unit perawatan jiwa di rumah sakit umum (Nurjannah, 2005).

Menurut Keliat dan Akemat (2009) gangguan persepsi sensori halusinasi merupakan salah satu gejala gangguan jiwa pada individu yang ditandai dengan merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecap, perabaan, dan penghiduan. 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 klien rawat inap 158, rawat jalan 185 dan ruang PICU (Psikiatrik) 97 klien.

Pada tanggal 25 Mei 2019 melakukan studi pendahuluan di rumah klien Tn.O.N.S pernah menderita sakit jiwa pada tahun 2006 dan dirawat di rumah sakit jiwa di Jawa Barat selama 1 bulan dan berobat tidak teratur, dengan mendapatkan data rawat jalan Rumah Sakit Jiwa Naimata orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) paranoid. Jenis ini biasanya terjadi di usia 30 tahun, permulaannya mungkin subakut, tetapi mungkin juga akut. Kepribadian penderita sebelum sakit mungkin dapat digolongkan schizoid. Mereka mudah tersinggung suka menyendiri, dan kurang percaya kepada orang lain. Berdasarkan data di atas maka saya tertarik dengan kasus ini, dengan mengambil data pasien Tn.O.N.S menjadi kasus studi saya, dengan diagnosa keperawatan yang saya ambil Gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran menjadi masalah keperawatan utama dalam dan sekaligus ingin mengetahui sejauh mana dalam proses keperawatan gangguan persepsi sensori halusinasi.

1.2. Tujuan Studi Kasus

1.1.1. Tujuan Umum

Memberikan Asuhan melalui pendekatan proses keperawatan dengan gangguan persepsi sensori (halusinasi)

Tujuan khusus

Peserta UAP mampu

1. Melakukan pengkajian Klien Tn.O.N.S dengan gangguan persepsi sensori halusinasi di Rumah Sakit Jiwa
2. Menegakan diagnosa keperawatan klien Tn.O.N.S dengan gangguan persepsi sensori halusinasi
3. Membuat rencana tindakan asuhan keperawatan klien Tn.O.N.S dengan gangguan persepsi sensori halusinasi
4. Melakukan tindakan keperawatan rencana klien Tn.O.N.S dengan gangguan persepsi sensori halusinasi
5. Melakukan evaluasi keperawatan pada klien dengan gangguan persepsi sensori halusinasi
6. Menganalisis studi kasus keperawatan dan membandingkan antara hasil pelaksanaan Asuhan Keperawatan dengan teori pada klien dengan gangguan persepsi sensori halusinasi

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Persepsi Sensori Halusinasi

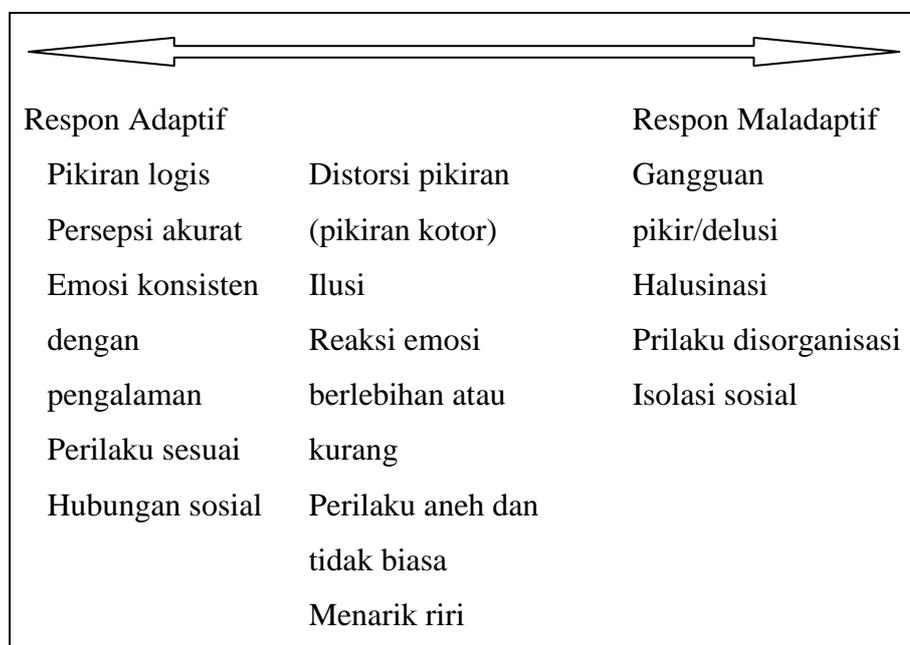
2.1.1. Pengertian halusinasi (Damaiyanti, M & Iskandar (2012. 53)

Menurut Damaiyanti, 2008. 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.

Halusinasi adalah persepsi yang tanpa dijumpai adanya rangsangan dari luar. Walaupun tampak sebagai sesuatu yang “khayal”, halusinasi sebenarnya merupakan bagian dari kehidupan mental penderita yang “teresepsi” (Yosep, 2010).

Halusinasi adalah perubahan dalam jumlah atau pola stimulus yang datang disertai gangguan respon yang kurang, berlebihan, atau distorsi terhadap stimulus tersebut (Nanda-1, 2012).

2.1.2. Rentang Respon Neurobiologis (Damaiyanti, M & Iskandar (2012. 53)



Gabar 2.1 Rentang Respon Neurobiologis (Stuart dan Sundeen, 1998)

1. Respon adaptif

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

- a. Pikiran logis adalah pandangan yang mengarah pada kenyataan.
- b. Persepsi akurat adalah pandangan yang tepat pada sasaran.
- c. Emosi konsisten dengan pengalaman yaitu perasaan yang timbul dari pengalaman ahli.
- d. Perilaku sesuai adalah sikap dan tingkah laku yang masih dalam batas kewajaran.
- e. Hubungan sosial adalah proses suatu interaksi dengan orang lain dan lingkungan.

2. Respon psikososial

Respon psikososial meliputi :

- a. Proses pikir terganggu adalah proses pikir yang menimbulkan gangguan.
- b. Ilusi adalah miss interpretasi atau penilaian yang salah tentang penerapan yang benar-benar terjadi (objek nyata karena rangsangan panca indra.
- c. Emosi berlebihan atau berkurang
- d. Perilaku yang tidak biasa adalah sikap dan perilaku yang melebihi batas kewajaran.
- e. Menarik diri adalah percobaan untuk menghindari interaksi dengan orang lain.

3. Respon maladaptif

Respon maladaptif adalah respon individu dalam menyelesaikan masalah yang menyimpang dari norma-norma sosial budaya dan lingkungan, adapun respon maladaptif meliputi :

- a. Kelainan pikiran adalah keyakinan yang secara kokoh dipertahankan walaupun tidak diyakini oleh orang lain dan bertentangan dengan kenyataan sosial.
- b. Halusinasi merupakan presepsi sensori yang salah atau presepsi eksternal yang tidak realita atau tidak ada.
- c. Kerusakan proses emosi adalah perubahan sesuatu yang timbul dari hati.
- d. Perilaku tidak terorganisir merupakan suatu yang tidak teratur.

e. Isolasi sosial adalah kondisi kesendirian yang dialami oleh individu dan diterima sebagai ketentuan oleh orang lain dan sebagai suatu kecelakaan yang negatif mengancam.

2.1.3. Jenis-Jenis Halusinasi (Damaiyanti, M & Iskandar (2012. 55)

Menurut Yosep, (2007) Halusinasi terdiri dari delapan jenis yaitu :

1. Halusinasi pendengaran (auditif, akustik)

Paling sering di jumpai dapat berupa bunyi mendenging atau suara bising yang tidak mempunyai arti, tetapi lebih sering terdengar sebagai sebuah kata atau kalimat yang bermakna. Biasanya suara tersebut ditunjukkan pada penderita sehingga tidak jarang penderita bertengkar dan berdebat dengan suara-suara tersebut.

2. Halusinasi penglihatan (Visual, Optik)

Lebih sering terjadi pada keadaan delirium (penyakit organik). Biasanya sering muncul bersamaan dengan penurunan kesadaran, menimbulkan rasa takut akibat gambaran-gambaran yang mengerikan.

3. Halusinasi penciuman (Olfaktorik)

Halusinasi ini biasanya berupa mencium sesuatu bau tertentu dan dirasakan tidak enak, melambangkan rasa bersalah pada penderita. Bau dilambangkan sebagai pengalaman yang dianggap penderita sebagai suatu kombinasi moral.

4. Halusinasi pengecapan (Gustatorik)

Walaupun jarang terjadi, biasanya bersamaan dengan halusinasi penciuman. Penderita merasa mengecap sesuatu. Halusinasi gastorik lebih jarang dari halusinasi gustatorik.

5. Halusinasi perabaan (Taktil)

Merasa diraba, disentuh, ditiup, atau seperti ada ulat yang bergerak di bawa kulit. Terutama pada keadaan delirium toksis dan skizofrenia.

6. Halusinasi seksual, ini termasuk halusinasi raba

Penderita merasa diraba dan di perkosa sering pada skizoprenia dengan waham kebesaran terutama mengenai organ-organ.

7. Halusinasi kinestetik

Penderita merasa badannya bergerak-gerak dalam suatu ruang atau anggota badannya bergerak-gerak. Misalnya “phantom fenomenom” atau tungkai yang di amputasi selalu bergerak-gerak (phantom limb). Sering pada skizofrenia dalam keadaan toksik tertentu akibat pemakaian obat tertentu.

8. Halusinasi viseral

Timbulnya perasaan tertentu di dalam tubuhnya.

- a. Depersonalisasi adalah perasaan aneh pada dirinya bahwa pribadinya sudah tidak seperti biasanya lagi serta tidak sesuai dengan kenyataan yang ada. Sering pada skizofrenia dan sindrom lobus perietalis. Misalnya sering merasa dirinya terpecah dua.
- b. Derealisasi adalah suatu perasaan aneh tentang lingkungannya yang tidak sesuai dengan kenyataan. Misalnya perasaan segala sesuatu yang dialaminya seperti dalam impian.

2.1.4. Penyebab Halusinasi (Damaiyanti, M & Iskandar (2012. 56)

1. Faktor predisposisi

Menurut Yosep (2010) faktor predisposisi klien dengan halusinasi adalah :

a. Faktor perkembangan

Tugas perkembangan klien terganggu, misalnya rendahnya kontrol dan kehangatan keluarga menyebabkan klien tidak mampu mandiri sejak kecil, mudah frustrasi, hilang percaya diri dan lebih rentan terhadap stres.

b. Faktor sosiokultural

Seseorang yang merasa tidak diterima lingkungannya sejak bayi akan merasa disingkirkan, kesepian dan tidak percaya pada lingkungannya.

c. Faktor biologis

Mempunyai pengaruh terhadap terjadinya gangguan jiwa. Adanya stres yang berlebihan dialami seseorang maka didalam tubuh akan dihasilkan suatu zat yang dapat bersifat halusinogenik neurokimia. Akibat stres berkepanjangan menyebabkan teraktivasi neurotransmitter otak.

d. Faktor psikologis

Tipe kepribadian lemah dan tidak bertanggung jawab muda terjerumus pada penggunaan zat adiktif. Hal ini berpengaruh pada ketidak mampuan klien dalam mengambil keputusan yang tepat demi masa depannya. Klien lebih memilih kesenangan sesaat dan lari dari alam nyata menuju alam hayal.

e. Faktor genetik dan pola asuh

Penelitian menunjukkan bahwa anak sehat yang diasuh oleh orang tua schizofrenia cenderung mengalami skizofrenia. Hasil studi menunjukkan bahwa faktor keluarga menunjukkan hubungan yang sangat berpengaruh pada penyakit ini.

2. Faktor presipitasi

a. Perilaku

Respon klien terhadap halusinasi dapat berupa curiga, ketakutan, perasaan tidak aman, gelisah dan bingung, perilaku menarik diri, kurang perhatian, tidak mampu mengambil keputusan serta tidak dapat membedakan keadaan nyata dan tidak nyata. Menurut Rawlins dan heacock, 1993 mencoba memecahkan masalah halusinasi berlandaskan atas hakikat keberadaan seorang individu sebagai makhluk yang di bangun atas dasar unsur-unsur bio-psiki-sosio-spiritual. Sehingga halusinasi dapat dilihat dari lima dimensi yaitu :

1) Dimensi fisik

Halusinasi dapat ditimbulkan oleh beberapa kondisi fisik seperti kelelahan yang luar biasa, penggunaan obat-obatan demam hingga delirium, intoksikasi alkohol, dan kesulitan untuk tidur dalam waktu yang lama.

2) Demensi emosional

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

3) Dimensi intelektual

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

4) Dimensi sosial

Klien mengalami gangguan interaksi sosial dalam fase awal dan comforting, klien menganggap bahwa hidup bersosialisasi di alam nyata sangat membahayakan. Klien asik dengan halusinasinya, seolah-olah ia merupakan tempat untuk memenuhi kebutuhan akan interaksi sosial, control diri dan harga diri yang tidak didapatkan dalam dinia nyata. Isi halusinasi dijadikan kontrol oleh individu tersebut, sehingga jika perintah

halusinasi berupa ancaman, dirinya atau orang lain individu cenderung mengikutinya.

5) Dimensi spiritual

Secara spiritual klien halusinasi mulai dengan kehampaan hidup, rutinitas, tidak bermakna, hilangnya aktivitas ibadah dan jarang berupaya secara spiritual untuk menyucikan diri, irama sirkardiannya terganggu, karena ia sering tidur larut malam dan bangun sangat siang. Saat terbangun merasa hampa dan tidak jelas tujuan hidupnya. Ia sering memaki takdir tetapi lemah dalam upaya menjemput rejeki, menyalahkan lingkungan dan orang lain yang menyebabkan takdirnya memburuk.

3. Tanda Dan Gejala Halusinasi (Damaiyanti, M & Iskandar (2012. 58)

Menurut hamid (2000), perilaku klien yang terkait dengan halusinasi adalah sebagai berikut :

Bicara sendiri,Senyum sendiri,Ketawa sendiri,Menggerakan bibir tanpa suara,Pergerakan mata yang cepat,Respon verbal yang lambat,Menarik diri dari orang lain,Berusaha untuk menghindari orang lain,Tidak dapat membedakan yang nyata dan tidak nyata,Terjadi peningkatan denyut jantung, penafasan dan tekanan darah,Perhatian dengan lingkungan yang kurang atau hanya beberapa detik,Berkonsentrasi dengan pengalaman sensori,Sulit berhubungan dengan orang lain,Ekspresi muka tegang,Mudah tersinggung, jengkel dan marah,Tidak mampu mengikuti perintah dari perawat,Tampak tremor dan berkeringat,Perilaku panik,Agitasi dan kataton,Curiga dan bermusuhan,Bertindak merusak diri, orang lain dan lingkungan,Ketakutan,Tidak dapat mengurus diri,Biasa terdapat disorientasi waktu, tempat dan orang.

4. Tahapan Halusinasi (Damaiyanti, M & Iskandar (2012. 59)

Tabel 1.1. Tahapan Halusinasi

Menurut Yosep (2010) tahapan halusinasi ada lima fase, yaitu :

Tahapan halusinasi	Karakteristik
Stage I : Sleep Disorder Fase awal seseorang sebelum muncul halusinasi.	Klien merasa banyak masalah, ingin menghindar dari lingkungan, takut diketahui orang lain bahwa dirinya banyak masalah. Masalah makin terasa sulit karena berbagai stressor terakumulasi, misalnya kekasih hamil, terlibat narkoba, dihianati kekasih, masalah dikampus,
Stage II : Comforting Halusinasi secara umum ia terima sebagai sesuatu yang alami	Klien mengalami emosi yang berlanjut seperti adanya perasaan cemas, kesepian, perasaan berdosa, ketakutan dan mencoba memusatkan pemikiran pada timbulnya kecemasan. Ia beranggapan bahwa pengalam pikiran dan sensorinya dapat ia kontrol bila kecemasannya diatur, dalam tahap ini ada kecenderungan klien merasa nyaman dengan halusinasinya.
Stage III : Condemning Secara umum halusinasi sering mendatangi klien	Pengalaman sensori klien menjadi sering datang dan mengalami bias. Klien mulai merasa tidak mampu lagi mengontrolnya dan mulai berupaya menjaga jarak antara dirinya dengan objek yang dipersepsikan klien mulai menarik diri dari orang lain, dengan intensitas waktu yang lama.
Stage IV : Controlling Severe Level of Anxiety Fungsi sensori menjadi	Klien mencoba melawan suara-suara atau sensori abnormal yang datang. Klien dapat merasakan kesepian bila

tidak relevan dengan kenyataan	halusinasinya berakhir. Dari sinilah dimulai fase gangguan psikotik.
Stage V : Conquering Panic Level of anxiety Klien mengalami gangguan dalam menilai lingkungannya	Pengalaman sensorinya terganggu. Klien mulai terasa terancam dengan datangnya suara-suara terutama bila klien tidak dapat menuruti ancaman atau perintah yang ia dengar dari halusinasinya. Halusinasi dapat berlangsung selama minimal empat jam atau seharian bila klien tidak mendapatkan komunikasi terapeutik. Terjadi gangguan psikotik berat.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Halusinasi

Klien yang mengalami halusinasi sukar mengontrol diri dan susah berhubungan dengan orang lain. Untuk itu, perawat harus mempunyai kesadaran yang tinggi agar dapat mengenal, menerima dan mengevaluasi perasaan sensitif sehingga dapat memakai dirinya secara terapeutik dalam merawat klien. Dalam memberikan asuhan keperawatan pasien, perawat harus jujur, empati, terbuka dan penuh penghargaan, tidak larut dalam halusinasi klien dan tidak mengangkal

2.2.1 Pengkajian keperawatan (Damaiyanti, M & Iskandar (2012. 61)

Untuk dapat menjangkau data yang di perlukan umumnya, dikembangkan formulir pengkajian dan petunjuk teknis pengkajian agar memudahkan dalam pengkajian. Isi pengkajian meliputi :

1. Identitas klien

Nama, umur, jenis kelamin, pekerjaan, No. RM, status dan pendidikan.

2. Keluhan utama atau alasan masuk rumah sakit

Keluhan utama saat masuk rumah sakit, keluhan utama saat pengkajian, riwayat penyakit.

3. Faktor predisposisi

Pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu, pengobatan sebelumnya, trauma yang pernah di alami, anggota keluarga yang gangguan jiwa, pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan,

4. Aspek fisik atau biologis
5. Aspek psikososial
6. Status mental
7. Kebutuhan persiapan pulang
8. Mekanisme koping
9. Masalah psikososial dan lingkungan
10. Pengetahuan
11. Aspek medik

Format/data fokus pengkajian pada klien dengan Gangguan Persepsi Sensori :
Halusinasi (Keliat & Akemat, 2009)

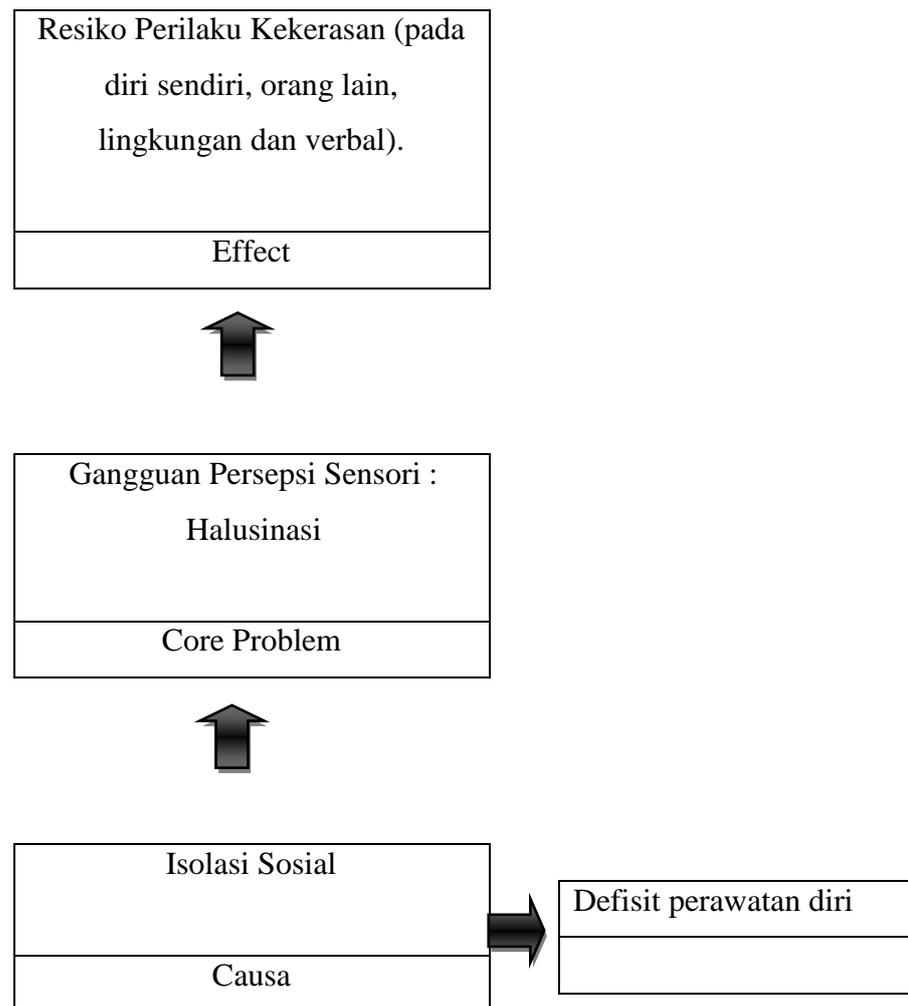
Tabel 1.2. Data fokus

Persepsi : Halusinasi : (Pendengaran, Penglihatan, Perabaan, Pengecapan, dan penghidu Jelaskan : Jenis halusinasi : Isi halusinasi : Waktu halusinasi : Frekuensi halusinasi : Situasi halusinasi : Respon klien : Masalah keperawatan klien : Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi
--

Masalah keperawatan :

1. Resiko Perilaku Kekerasan (pada diri sendiri, orang lain, lingkungan dan verbal).
2. Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi
3. Isolasi Sosial
4. Defisit perawatan diri

Pohon masalah



Gambar 2.1. Pohon Masalah

2.2.2 Diagnosa keperawatan (Damaiyanti, M & Iskandar (2012. 62)

Adapun diagnosa keperawatan yang muncul dengan persepsi sensori : halusinasi adalah sebagai berikut :

1. Gangguan persepsi sensori : halusinasi.
2. Isolasi sosial.
3. Resiko perilaku kekerasan (diri sendiri, orang lain, lingkungan, dan verbal).
4. Defisit perawatan diri.

2.2.3 Intervensi keperawatan (Damaiyanti, M & Iskandar (2012. 62)

Tabel 2.3. intervensi keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		Intervensi	Rasional
		Tujuan	Kriteria Hasil		
1	Gangguan persepsi sensori : halusinasi	<p>TUM: Klien tidak mengalami gangguan persepsi sensori (halusinasi) selama dalam perawatan.</p> <p>TUK : 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 menuduh/menghakim i) d. Katakan pada klien bahwa ada klien juga 	<p>Kontak sering tapi singkat selain membina hubungan saling percaya, juga dapat memutuskan halusinasi</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>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>	
		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, jika bermanfaat beri pujian</p> <p>3. Diskusikan cara</p>	Upaya untuk memutuskan siklus halusinasi sehingga halusinasi tidak berlanjut. Reinforcemen positif akan meningkatkan harga diri klien

				<p>baru untuk memutuskan atau mengontrol halusinasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Katakan “saya tidak mau dengar kamu” (pada saat halusinasi) b. Menemui orang lain (perawat/teman atau anggota keluarga) untuk bercakap-cakap atau mengatakan halusinasi yang terdengar c. Membuat jadwal kegiatan sehari-hari agar halusinasi tidak muncul d. Minta keluarga atau teman atau perawat jika nampak bicara sendiri <p>4. Bantu klien memilih dan melatih cara memutuskan halusinasi secara bertahap</p>	
		4. klien dapat dukungan dari keluarga dalam mengontrol halusinasi	1. Klien dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan klien untuk memberitahu keluarga jika mengalami halusinasi 2. Diskusikan dengan keluarga (pada saat 	1. Untuk mendapatkan bantuan keluarga mengontrol halusinasi dan

			<p>2. keluarga dapat menyebutkan pengertian, tanda dan kegiatan untuk mengendalikan halusinasi</p>	<p>berkunjung atau 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>untuk mengetahui pengetahuan keluarga dan meningkatkan pengetahuan tentang halusinasinya</p> <p>2. Untuk mengetahui pengetahuan keluarga dan meningkatkan kemampuan pengetahuan tentang halusinasi</p>
		<p>5.Klien dapat memanfaatkan obat dengan baik</p>	<p>Klien dan keluarga dapat menyebutkan manfaat, dosis dan efek</p>	<p>1. Diskusikan dengan klien dan keluarga tentang dosis, frekuensi manfaat obat</p> <p>2. Anjurkan klien minta</p>	<p>Dengan mengetahui efek samping obat klien akan tahu apa yang harus</p>

			samping obat.	sendiri obat pada perawat dan merasakan manfaatnya	dilakukan setelah minum obat.
				3. Anjurkan klien bicara dengan dokter tentang manfaat dan efek samping obat yang dirasakan	Program pengobatan dapat berjalan sesuai rencana.
				4. Diskusikan akibat berhenti minum obat tanpa konsultasi.	
				5. Bantu klien menggunakan obat dengan prinsip benar	

3.4. Implementasi

Implementasi atau tindakan keperawatan disesuaikan dengan intervensi yang telah direncanakan.SP 1 membantu klien mengenal halusinasi,menjelaskan cara mengontrol halusinasi, mengajarkan klien mengontrol halusinasi dengan menghardik halusinasi, SP 2 melatih klien mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap bersama orang lain. SP 3 melatih klien mengontrol halusinasi dengan aktifitas terjadwal, SP4 melatih klien minum obat secara teratur

3.5.Evaluasi

Melakukan Evaluasi SOAP berdasarkan kriteria hasil yang diharapkan ekspresi wajah klien bersahabat, menunjukkan rasa senang, ada kontak mata, mau berjabat tangan, mau menyebutkan nama, mau menjawab salam, mau duduk disamping dengan perawat. Klien dapat menyebutkan waktu, isi, frekuensi timbulnya halusinasi. Klien dapat menyebutkan tindakan yang biasa dilakukan untuk mengendalikan halusinasinya.klien dapat membina hubungan saling percaya. Klien dan keluarga dapat menyebutkan manfaat dosis dan efek samping obat

BAB 3

STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1 Studi Kasus

3.1.1 Gambaran Lokasi Studi Kasus.

Studi kasus ini dilaksanakan pada tanggal 26 sampai 30 Mei 2019 di Rumah Sakit Jiwa Daerah Naimata, yang beralamat di Kelurahan Liliba, Kecamatan Oebobo Kota Kupang. Rumah Sakit ini dipimpin oleh Dokter dan terdiri dari 5 Dokter umum, 1 Dokter Jiwa, 32 tenaga perawat, 7 tenaga gizi, 2 tenaga asisten apoteker, 3 tenaga apoteker, 8 tenaga TPP, 3 tenaga CS, 2 tenaga Loundri.

Pada saat pengambilan data pasien Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi, di rumah Klien Yang beralamatkan di Jln. Darmaloka Oeba.

1) Data Umum Keluarga

a. Data Anggota Keluarga.

Hasil pengkajian di rumah didapatkan data sebagai berikut, Nama Tn.O.N.Sumur (31 tahun) dengan pendidikan terakhir SMP, TB 160 cm dan BB 59 kg, tampak sakit, tidak ada keluhan yang fisik yang membuat Tn.O.N. tidak nyaman, **TD** 110/70 mmHg, **N**: 86 x/menit **RR**: 18 x/menit. **S**: 36,5, Alamat Tn.O.N. Sdi Jln. Darmaloka Oeba, beragama Kristen Protestan suku Timor, bahasa yang digunakan sehari-hari bahasa Indonesia, tidak mempunyai pekerjaan, serta jarak dari rumah ke pelayanan kesehatan kurang lebih 15 KM dengan menggunakan kendaraan umum (Bemo atau sepeda motor). Pengkajian Dilakukan pada Tanggal 26 Mei 2019

b. Identitas Penanggung Jawab Nama Ny.M umur 48 tahun, Jenis kelamin perempuan, alamat Jln. Darmaloka Oeba Hubungan dengan klien Ibu kandung.

c. Alasan dilakukan Home Care

Klien mengatakan sering control ke Rumah Sakit Jiwa Naimata karena sering mendengar bisikan-bisikan yang kurang jelas, Klien sering marah-marah, bicara sendiri, dan bahkan sempat lari dari rumah

e. Keluhan utama saat pengkajian.

Klien mengatakan didalam badannya seperti ada benda-benda tajam, dan terkadang ada bisikan di telinganya.

f. Riwayat penyakit

Klien masuk Rumah Sakit Jiwa Naimata pada tanggal 31 Maret 2019 dengan keluhan tidak pernah pulang ke rumah, suka di luar rumah, berkeliaran di jalanan, tanpa ada alasan yang jelas, pernah mengalami sakit yang sama pada tahun 2006 dan berobat tidak teratur.

2) Faktor Predisposisi

- a. Pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu
Keluarga klien mengatakan pernah mengalami sakit yang sama di tahun 2006
- b. Pengobatan sebelumnya.
Keluarga mengatakan pengobatan kurang berhasil karena putus obat.
- c. Trauma
Klien pernah mengkonsumsi heroin dimasa lalu.
- d. Anggota keluarga yang gangguan jiwa
Tidak ada anggota keluarga yang memiliki gangguan jiwa
- e. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan
Klien mengatakan dulu sering mengambil barang-barang dirumah untuk ditukar dengan sebungkus rokok, dan akan memukul kalau ada yang melarang.

3) Pemeriksaan fisik

- a. Mengobsevasi tanda-tanda Vital TD : 110/70 mmHg, N: 86 x/menit RR : 18 x/menit, S : 36 C. BB : 59 Kg, TB : 160 cm.
- b. Keluhan fisik
Tidak ada keluhan fisik

4) Psikososial

- a. Genogram
Klien Tn.O.N.S (31th) merupakan anak dari pasangan Alm.Tn.G.S dan Ny.M, Klien adalah anak bungsu dari 3 bersaudara, Kakak perempuan pertama bernama, Y.S, kakak perempuan kedua bernama S.S.
- b. Konsep diri
 1. Citra tubuh : Klien mengatakan menyukai semua bagian tubuhnya.
 2. Identitas : Klien mengatakan bernama O.N.S merupakan seorang laki-laki
 3. Peran : Klien mengatakan semenjak sakit tidak dapat bergaul dengan teman-temannya.
 4. Ideal diri : Klien mengatakan sehat seperti dulu
 5. Harga diri : Klien mengatakan memiliki banyak teman.

- c. Hubungan sosial
 - 1. Orang yang berarti : Klien mengatakan orang yang berarti dalam hidupnya adalah ibu kandungnya.
 - 2. Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat : Klien mengatakan tidak pernah mengikuti kegiatan kelompok selama sakit.
 - 3. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain : Karena sakit klien susah berhubungan dengan orang lain.
- d. Spiritual
 - 1. Nilai dan keyakinan : klien mengatakan beragama kristen protestan.
 - 2. Kegiatan ibadah : Klien tidak pernah beribadah.

5). Psikososial

- a. Penampilan, Klien berpenampilan rapi, kebersihan kurang, kuku-kuku terlihat panjang dan kotor.
- b. Pembicaraan, Klien sering terdiam dan lambat saat diajak berbicara.
- c. Aktivitas motorik, Klien terlihat gelisah, ketika diajak bicara tidak tenang.
- d. Alam perasaan, Klien mengatakan khawatir dengan sakitnya.
- e. Afek datar, klien sering terdiam
- f. Interaksi selama wawancara, Klien tampak curiga ketika melihat orang baru.
- g. Persepsi halusinasi pendengaran, klien mengatkan terkadang mendengar ada suara-suara dan bisikan yang kurang jelas ditingalnya.
- h. Isi pikir, klien merasa ketakutan.
- i. Arus pikir klien lambat karena klien tidak mampu memulai pembicaraan dan lebih banyak terdiam.
- j. Tingkat kesadaran, Klien bingung dan suka menyendiri.
- k. Memori, klien dapat mengingat kegiatan sehari-hari.
- l. Tingkat konsentrasi berhitung, klien mampu berhitung dari angka 1-10
- m. Kemampuan penilaian, Klien mampu mengambil keputusan, kalau habis makan minum obat dan istirahat.
- n. Daya tilik diri, klien tahu bahwa dirinya sedang menderita sakit jiwa.

6). Kebutuhan perencanaan pulang

1. Kemampuan klien memenuhi kebutuhan, klien mampu memenuhi semua kebutuhannya seperti makan, keamanan, perawatan kesehatan, pakaian, transportasi, tempat tinggal, dan uang.
2. Kegiatan hidup sehari-hari, Klien mampu melakukan kegiatan sehari-hari secara mandiri seperti mandi, kebersihan, makan, BAK/BAB, ganti pakaian.
3. Nurtisi, Klien puas dengan pola makan yang sudah disediakan, ketika makan klien bergabung dengan orang lain, frekuensi makan sehari 5 kali, nafsu makan meningkat, BB meningkat, klien pernah mengalami berat badan terendah 50 Kg, dan berat badan tertinggi mencapai 59 Kg, BB klien meningkat.
4. Tidur, Klien mengatakan tidak ada masalah tidur, dan ketika bangun klien merasa segar, Klien juga mempunyai kebiasaan tidur siang, lama tidur siang kurang lebih 2 jam. Yang membuat pasien langsung tidur adalah ketika mengonsumsi obat, Kebiasaan klien tidur malam pukul 21.00 dan bangun pagi jam 06.00. tidak ada gangguan tidur pada klien.
5. Klien mampu mengantisipasi kebutuhan sendiri, membuat keputusan sendiri, bisa mengatur penggunaan obat, dan juga rutin pemeriksaan kesehatan.
6. Klien memiliki sistem pendukung baik dari keluarga, Terapis, teman sejawat, maupun kelompok sosial.
7. Apakah klien menikmati saat bekerja, kegiatan produktif atau hobi, Klien tidak bisa melakukannya sebab klien tidak bekerja.

7). Aspek Medis

Diagnosa Medis : Skizofrenia Paranoid

Terapi: Haloperidol 2x5 mg, Triheksiphenidyl 2x2 mg, Chlorpromazine 2x50 mg.

3.1.2 Analisa Data.

1. Analisa Data

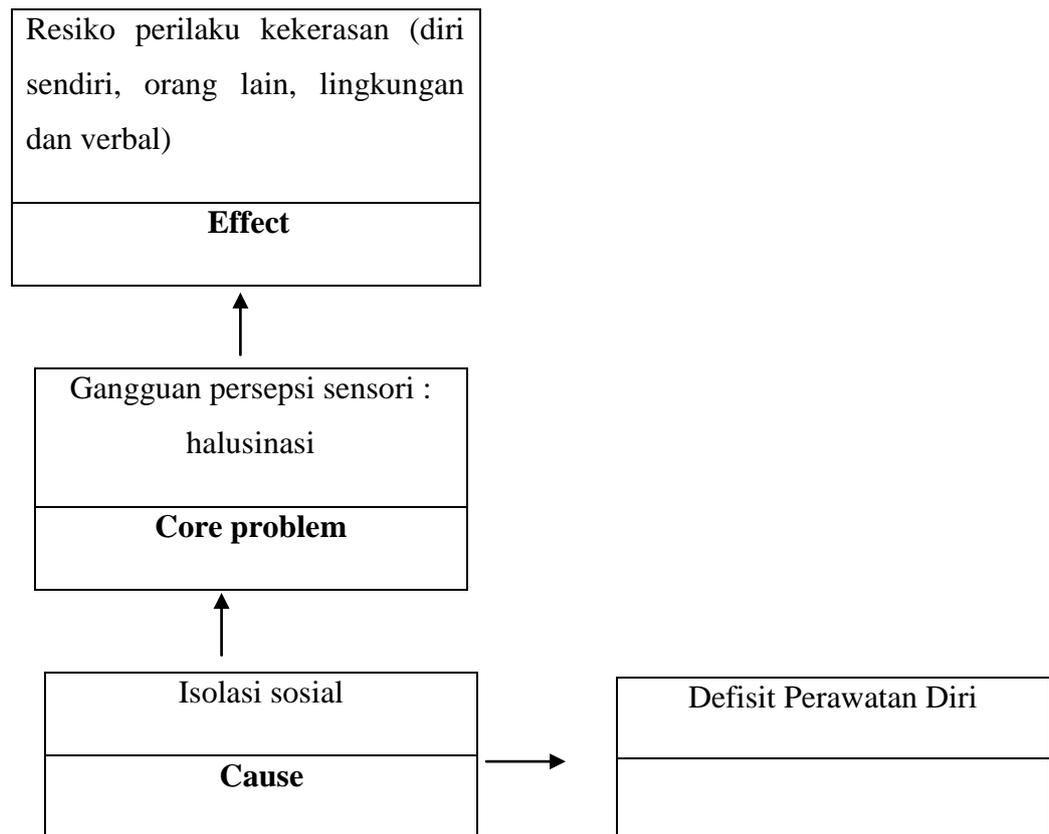
Tabel 3.1. analisa data

No	Hari / Tanggal	Data	Masalah Keperawatan
1.	Senin, 27 Mei 2019	Data Subjektif: Klien mengatakan sering mengambil barang-barang dirumah, untuk ditukar sebungkus rokok dan akan memukul kalau dilarang. Data Obyektif : Klien tampak terdiam dan seperti curiga pada orang yang baru dikenal.	Resiko perilaku kekerasan
2.		Data Subyektif : Klien mengatakan terkadang ada mendengar suara bisikan yang kurang jelas ditelinganya. Data Obyektif : Klien tampak kurang fokus, dan terdiam, kurang begitu mendengarkan.	Gangguan persepsi halusinasi pendengaran
3.		Data Subyektif : Klien mengatakan senang menyendiri di kamar. Data Obyektif : Klien tampak banyak diam.	Isolasi sosial
4.		Data subjektif : Kurangnya perhatian dari keluarga tentang kebersihan diri klien Data obyektif : Kuku klien tampak panjang dan kotor	Defisit perawatan diri

2. Diagnosa Keperawatan :

1. Gangguan persepsi sensori : halusinasi
2. Resiko perilaku kekerasan
3. Isolasi sosial:menarik diri
4. Defisit perawatan diri

3. Pohon Masalah

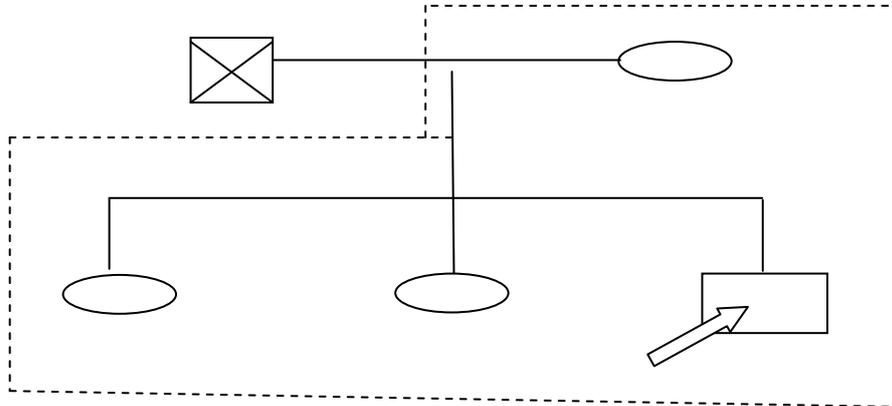


Gambar 3.1. pohon masalah

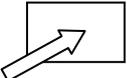
4. Diagnosa keperawatan

Gangguan persepsi sensoro halusinasi pendengaran

Genogram :



Keterangan

-  : Laki - laki
-  : Perempuan
-  : pasien

Klien adalah anak ke-3 dari pasangan Tn.G.S dan Ny.M,dan mempunyai dua orang saudara perempuan,memiliki seorang ayah yang sudah meninggal dunia, dan sekarang tinggal dengan ibu dan ke dua kakak perempuan yang merawat klien kedua kakaknya belum menikah dan memiliki pekerjaan yang layak untuk bisa menafkahi keluarga,kakak pertama dan kedua sebagai tulang punggung di dalam keluarga untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari, ibu dari klien sebagai ibu rumah tangga.dirumah klien lebih dekat dengan ibunya dibandingkan dengan kakaknya.

5. Intervensi

Tabel 3.2. intervensi

No	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		Intervensi	Rasional
		Tujuan	Kriteria Hasil		
1	Gangguan persepsi sensori : halusinasi	<p>TUM: Klien tidak mengalami gangguan persepsi sensori (halusinasi) selama dalam perawatan.</p> <p>TUK : 1.Klien dapat membina hubungan saling percaya</p>	<p>1.1 Ekspresi wajah bersahabat, menunjukkan rasa senang, ada kontak mata, mau berjabat tangan, mau menyebutkan nama, mau menjawab salam, klien mau duduk berdampingan dengan</p>	<p>1.1 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>1.Hubungan saling percaya merupakan dasar untuk kelancaran hubungan interaksi selanjutnya</p>

			perawat, mau mengutarakan masalah yang di hadapi.	<ul style="list-style-type: none"> e) Jujur dan menepati janji f) Tunjukkan sikap empati dan menerima klien apa adanya g) Beri perhatian pada klien dan perhatian kebutuhan dasar pasien 	
		2.Klien dapat mengenali halusinasinya	2.1 Klien dapat menyebutkan waktu, isi, frekuensi timbulnya halusinasi	<p>2.1 Adakah kontak sering dan singkat secara bertahap</p> <p>2.2 Observasi tingkah laku klien terkait dengan halusinasinya, bicara dan tertawa tanpa stimulus, memandang kekiri/kekanan atau kedepan seolah-olah ada teman bicara</p> <p>2.3 Bantu klien mengenali halusinasinya</p>	2.Kontak sering tapi singkat selain membina hubungan saling percaya, juga dapat memutuskan halusinasi Dengan mengetahui waktu, isi dan frekuensi munculnya

				<p>a. Jika menemukan yang sedang halusinasinya, tanyakan apakah ada suara yang didengar</p> <p>b. Jika klien menjawab ada, lanjutkan : apa yang dikatakan</p> <p>c. Katakan bahwa perawat percaya klien mendengar suara itu, namun perawat sendiri tidak mendengarnya (dengan nada bersahabat tanpa menuduh/menghakimi)</p> <p>d. Katakan pada klien bahwa ada klien juga yang seperti klien</p> <p>2.4 Diskusikan dengan klien :</p> <p>a. Situasi yang menimbulkan/tidak menimbulkan halusinasi</p>	<p>halusinasi mempermudah tindakan keperawatan klien yang akan dilakukan perawat</p> <p>Untuk mengidentifikasi pengaruh halusinasi klien</p>
--	--	--	--	---	--

				<p>b. Waktu dan frekuensi terjadinya halusinasi (pagi,siang,sore & malam atau jika sendiri, jengkel atau sedih)</p> <p>2.5 Diskusikan dengan klien apa yang dirasakan jika terjadi halusinasi (marah/takut, sedih,senang) beri kesempatan mengungkapkan perasaannya</p>	
		3.Klien dapat mengontrol halusinasinya	3.1 Klien dapat menyebutkan tindakan yang biasa dilakukan untuk mengendalikan	<p>3.1 Identifikasi bersama klien cara tindakan yang dilakukan jika terjadi halusinasi (tidur,marah,menyibukkan diri)</p> <p>3.2 Diskusikan manfaat cara</p>	3.Upaya untuk memutuskan siklus halusinasi sehingga halusinasi tidak berlanjut. Reinforcemen

			<p>halusinasinya.</p> <p>yang dilakukan klien, jika bermanfaat beri pujian</p> <p>3.3 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</p>	<p>positif akan meningkatkan harga diri klien</p>
--	--	--	--	---

				<p>bicara sendiri</p> <p>3.4 Bantu klien memilih dan melatih cara memutus halusinasi secara bertahap</p>	
		<p>4. klien dapat dukungan dari keluarga dalam mengontrol halusinasi</p>	<p>4.1 Klien dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat</p> <p>4.1 keluarga dapat menyebutkan pengertian, tanda dan kegiatan untuk mengendalikan halusinasi</p>	<p>4.1 Anjurkan klien untuk memberitahu keluarga jika mengalami halusinasi</p> <p>4.2 Diskusikan dengan keluarga (pada saat berkunjung atau 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</p>	<p>4. Untuk mendapatkan bantuan keluarga mengontrol halusinasi dan untuk mengetahui pengetahuan keluarga dan meningkatkan pengetahuan tentang halusinasinya</p> <p>3. Untuk mengetahui pengetahuan keluarga dan</p>

				<p>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>meningkatkan kemampuan pengetahuan tentang halusinasi</p>
		<p>5. Klien dapat memanfaatkan obat dengan baik</p>	<p>5.1 Klien dan keluarga dapat menyebutkan manfaat, dosis dan efek samping obat.</p>	<p>5.1 Diskusikan dengan klien dan keluarga tentang dosis, frekuensi manfaat obat</p> <p>5.2 Anjurkan klien minta sendiri obat pada perawat dan merasakan manfaatnya</p> <p>5.3 Anjurkan klien bicara dengan dokter tentang manfaat dan efek samping obat yang</p>	<p>5. Dengan mengetahui efek samping obat klien akan tahu apa yang harus dilakukan setelah minum obat.</p> <p>Program pengobatan dapat</p>

				dirasakan 5.4 Diskusikan akibat berhenti minum obat tanpa konsultasi. 5.6 Bantu klien menggunakan obat dengan prinsip benar	berjalan sesuai rencana.
--	--	--	--	---	--------------------------

3.1.5 Implementasi Keperawatan

Tabel 3.3. implementasi keperawatan

Hari /tanggal	Kunjungan	Topik	Kondisi Klien	Dx	Tujuan Khusus	Tindakan	Evaluasi
Senin 27 Mei 2019	1	Membina Hubungan saling percaya	DS: pasien menjawab salam, dan menyebutkan nama "selamat pagi pak perawat nama saya Tn. O.N.S, 31 tahun, asal saya : Kupang DO: pasien mengikuti perintah dengan baik, aktivitas dilakukan secara mandiri,	Gangguan persepsi sensori: halusinasi pengelihatan	Membina hubungan saling percaya	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengucapkan salam: pasien menjawab salam 2. Memperkenalkan diri dan menanyakan nama pasien : pasien menyebutkan nama saya Tn.O.N.S Umur: 31 tahun, asal Timor 	<p>S:pasien menjawab salam, pasien menyebutkan nama Tn.O.N.S Umur : 31 tahun asal Timor.</p> <p>O: Pasien mau berjabat tangan, senyum, pasien mampu berkenalan dengan baik</p> <p>A: Bina hubungan saling percaya tercapai</p> <p>P:perencanaan di lanjutkan</p>

			pasien terlihat tenang, ekspresi wajah tenang, dan pandangan tampak kosong				
Selasa 28 Mei 2019	2	Mengenal halusinasi	DS: pasien mengatakan pasien mendengar bisikan-bisikan tidak jelas Waktu pada pagi, sore dan malam pukul:19.00, suara itu datang baik ada orang maupun klien sendiri, klien mengatakan merasa takut	Gangguan persepsi sensoris: halusinasi pengelihatan	TUK 1: Klien dapat mengenali halusinasinya	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi jenis halusinasi klien 2. Mengidentifikasi isi halusinasi klien 3. Mengidentifikasi waktu halusinasi klien 4. Mengidentifikasi frekuensi halusinasi klien 5. Mengidentifikasi situasi yang dapat menimbulkan halusinasi klien 6. Mengidentifikasi 	<p>TUK 1</p> <p>S:pasien mengatakan pasien mendengar bisikan-bisikan tidak jelas ditelinganya.Waktu pada pagi, sore dan malam pukul:19.00, suara itu muncul baik saat pasien sendiri maupun bersama orang lain</p> <p>O:pasien mampu mengungkapkan</p>

			DO: tatapan pasien kosong, tampak pasien memendang satu arah .			respon klien terhadap halusinasi	perasaan pasien A: TUK 1 Teratasi P: Perawat : lanjutkan SP2 gangguan persepsi sensori : halusinasi
Rabu 29 Mei 2019	3	mengontrol halusinasi dengan menghardik	DS: pasien mengatakan sudah mampu mengenal halusinasinya DO: pada saat ditanya mengenai cara mengusir suara bisikan itu	Gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran	TUK 2: mengontrol halusinasi dengan menghardik	1. Mengajarkan klien menghardik halusinasi	TUK 2 S: pasien mengatakan ia sudah bisa melakukan cara untuk mengabaikan suara itu O: pasien tampak bisa mengulangi kembali cara mengusir/menghardik bisikan-bisikan itu A: TUK 2 teratasi P:

							<p>Perawat : lanjutkan SP3 gangguan persepsi sensori : halusinasi</p> <p>Klien : Memotivasi klien mengontrol halusinasi dengan cara menghardik dan melatih sesuai jadwal</p>
Kamis 30 Mei 2019	4	Mengontrol halusinasi dengan membuat jadwal harian	DS: pasien mengatakan sudah mampu mengenal halusinasinya DO: pada saat ditanya mengenai cara menghardik bisikan-bisikan itu pasien tampak belum	Gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran	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 	<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>

			mengetahui				Perawat : lanjutkan SP4 gangguan persepsi sensori : halusinasi Klien : Memotivasi pasien untuk mengikuti kegiatan harian pasien sesuai jadwal yang dibuat
--	--	--	------------	--	--	--	---

3.2.Pembahasan

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. Damaiyanti, (2008)

3.2.1.Pengkajian

Menurut Stuart dan Larai dalam Keliat (2005) pengkajian merupakan tahap awal dan sebagai fondasi utama dari proses keperawatan. Tahap pengkajian terdiri pengumpulan data dan perumusan kebutuhan, atau masalah klien. Data yang dikumpulkan meliputi data biologis, psikologis sosial dan spiritual. Data pada pengkajian kesehatan jiwa dapat dikelompokkan menjadi faktor predisposisi, penilaian terhadap stressor, sumber coping dan kemampuan coping yang dimiliki klien. Dalam melakukan pengkajian pada Tn.O.N.S menggunakan metode auto anamnese atau pengkajian langsung pada klien dan allo anamnese atau pengkajian pada orang lain serta status rekam medik klien.

Data yang diperoleh kemudian dirumuskan masalah keperawatan sesuai dengan kelompok data yang terkumpul.

3.2.2. Diagnose keperawatan

Diagnosa keperawatan menurut Stuart dan Laraia (2001, dalam Keliat, 2005) adalah identifikasi atau penilaian terhadap pola respon klien baik aktual maupun potensial. Schult dan Videbeck dalam Nurjanah (2005) menyatakan bahwa diagnosa terdiri dari masalah atau respon klien dan faktor yang berhubungan yang mempengaruhi atau kontribusi pada masalah atau respon klien.

Pada kasus ini penulis tidak mengadopsi diagnosa berdasarkan catatan rekam medik klien karena tidak sesuai dengan hasil pengkajian dan kondisi klien saat ini. Penulis mengambil satu prioritas diagnosa masalah yaitu gangguan persepsi sensori halusinasi., karena adanya perilaku klien

subjektif dan objektif menunjukkan bahwa masalah keperawatan utama Tn.O.N.S adalah gangguan persepsi sensori halusinasi.

Diagnosa keperawatan diri pada Tn.O.N.S didukung dengan data subjektif antara lain klien mendengar suara bisikan-bisikan yang kurang jelas ditelinganya, sering menyendiri didalam kamar,tidak pernah mengikuti kegiatan di sekitar rumah, tidak mempunyai teman dekat, merasa malu berhubungan dengan orang lain, suka menyendiri dan pendiam. Sedangkan data objektif yang diperoleh antara lain klien tampak kurang fokus, cenderung diam, cara bicara klien lambat, tampak tidak bersemangat, jarang mengobrol,kuku klien tampak panjang dan kotor. Pohon masalah yang ditemukan pada kasus ini sesuai dengan teori Keliat (2005) yaitu gangguan konsep diri dan psikososial : isolasi sosial : menarik diri merupakan penyebab sedangkan gangguan persepsi sensori halusinas menjadi masalah utama dan resiko perilaku kekerasan sebagai akibat.

3.2.3. Implementasi

Menurut Efendy dalam Nurjanah (2005) implementasi adalah pengolahan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Sebelum melakukan tindakan keperawatan yang telah direncanakan perawat perlu memvalidasi dengan singkat apakah rencana tindakan sesuai dan dibutuhkan klien sesuai dengan kondisinya saat ini atau here and now. Perawat yang menilai sendiri, apakah mempunyai kemampuan interpersonal, intelektual, dan teknikal yang diperlukan untuk melaksanakan tindakan. Perawat juga menilai kembali apakah tindakan aman bagi klien. Setelah tidak ada hambatan maka tindakan keperawatan boleh dilaksanakan.

Pada saat akan melakukan tindakan keperawatan, perawat membuat kontrak dengan klien yang isinya menjelas kanapa yang akan dikerjakan dan peran serta yang diharapkan dari klien. Dokumentasi tindakan yang telah dilakukan berserta respon klien.Menurut Keliat (2005) implementasi tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan

keperawatan. Pada situasi nyata implementasi sering kali jauh berbeda dengan rencana. Hal itu terjadi karena perawat belum terbiasa menggunakan rencana tertulis dalam melaksanakan tindakan keperawatan. Yang sering dilakukan perawat adalah menggunakan rencana tidak tertulis, yaitu apa yang dipikirkan, dirasakan, itu yang dilaksanakan. Hal itu sangat membahayakan klien dan perawat jika tindakan berakibat fatal, dan juga tidak memenuhi aspek legal.

Penulis tidak menggunakan Strategi Pelaksanaan (SP) terbaru tahun 2014 karena rincian tindakan keperawatan pada SP terbaru berbeda dalam pelaksanaannya, yaitu harus dibarengi dengan kegiatan namun Penulis menggunakan implementasi dengan pendekatan Strategi Pelaksanaan (SP) yang ditulis oleh Dermawan D dan Rusdi (2011).

Strategi pelaksanaan 1 (SP1): membantu klien mengenal apa itu halusinas, jenis halusinasi, isi halusinasi, waktu halusinasi, frekuensi halusinasi, situasi halusinasi respon klien terhadap halusinasi dan mengajarkan cara menghardik halusinasi.

Pada SP1 terbaru 2014 ada tambahan tindakan keperawatan yaitu mengajarkan cara menghardik halusinasi. Tindakan pertama dilakukan perawat pada tanggal 27 Mei 2019 jam 09.30 WIT dengan strategi pelaksanaan pertama yaitu membina hubungan saling percaya, membantu Tn.O.N.S mengenal penyebab halusinasi mengidentifikasi jenis halusinasi, mengidentifikasi isi halusinasi, mengidentifikasi waktu halusinasi, mengidentifikasi frekuensi halusinasi mengidentifikasi situasi yang dapat menimbulkan halusinasi, mengidentifikasi respon klien terhadap halusinasi, mengajarkan klien cara menghardi, menganjurkan klien memasukan cara menghardik kedalam kegiatan harian.

Respon Tn.O.N.S adalah Tn.O.N.S mau menjalin hubungan saling percaya dengan perawat karena sebelumnya sudah sering mengobrol meskipun Tn.O.N.S tidak kooperatif, tetapi Tn.O.N.S mampu menjelaskan tentang halusinas, Tn.O.N.S mampu dilatih cara menghardik, dan

kemudian memasukan ke jadwal kegiatan harian Tn.O.N.S agar Tn.O.N.S dapat mengingat-ingat apa yang telah diajarkan perawat pada hari ini.

Strategi Pelaksanaan 2 (SP2): Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien, melatih klien mengendalikan halusinasi dengan cara menghardik dan mengajarkan klien memasukan kedalam jadwal kegiatan harian. Pada SP2 yang terbaru tahun 2014, klien harus dilatih cara menghardik halusinasi. Tindakan keperawatan kedua dilakukan perawat pada tanggal 27 Mei 2019 jam 09.30 WIT dengan strategi pelaksanaan kedua yaitu mengajarkan klien menghardik halusinasi pada tahap pertama ini Tn.O.N.S. Respon Tn.O.N.S adalah Tn.O.N.S mampu mengingat strategi pelaksanaan pertama saat dievaluasi perawat. Kemudian Tn.O.N.S mampu melakukan cara menghardik halusinasi dengan cara pergi-pergi saya tidak mau mendengar kamu, kamu palsu.

3.2.4. Evaluasi

Kegiatan evaluasi merupakan proses berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan pada klien. Evaluasi dilakukan terus menerus pada respon klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan. Evaluasi dibagi dua, yaitu evaluasi proses dan formatif yang dilakukan setiap selesai melaksanakan tindakan keperawatan dan evaluasi hasil atau sumatif yang dilakukan dengan membandingkan antara respon klien dan tujuan khusus serta umum yang telah dilakukan. (Keliat, 2005).

Dalam kasus ini penulis menggunakan evaluasi hasil sumatif serta menggunakan pendekatan SOAP karena evaluasi hasil sumatif dilakukan padaakhir tindakan perawatan klien dan SOAP terdiri dari respon subjektif, respon objektif, analisi dan perencanaan. Evaluasi ini dilakukan setiap hari setelah interaksi dengan Tn.O.N.S Evaluasi yang penulis dapatkan dalam tercapainya strategi pelaksanaan pertama yang dilakukan pada tanggal 27 Mei 2019 jam 09.30 WIT adalah Ny. M mampu membina hubungan saling percaya dengan perawat, mengenal penyakit gangguan persepsi halusinasi. Respon tersebut sesuai dengan kriteria evaluasi pada

perencanaan, sehingga dapat disimpulkan bahwa strategi pelaksanaan pertama pada Tn.O.N.S berhasil. Evaluasi strategi pelaksanaan kedua yang dilakukan pada tanggal 28 Mei 2019 jam 09.30 WIT adalah Tn.O.N.S mampu untuk mengulangi strategi pelaksanaan pertama dan mampu menghardik halusinasi.

Respon tersebut sesuai dengan kriteria evaluasi pada perencanaan, sehingga dapat diambil kesimpulan strategi pelaksanaan kedua Tn.O.N.S berhasil. Evaluasi yang penulis dapatkan pada strategi pelaksanaan ketiga pada tanggal 29 Mei 2019 jam 10.30 WIB adalah Tn.O.N.S lebih kooperatif dari sebelumnya. Beberapa kesulitan yang dialami penulis dalam memberikan tindakan keperawatan adalah tidak tercapainya semua tujuan khusus yang telah direncanakan karena keterbatasan waktu serta keadaan klien yang kurang fokus dalam melakukan strategi pelaksanaan yang diberikan oleh perawat.

. BAB IV

P E N U T U P.

4.1.Kesimpulan

Berdasarkan setudi kasus keperawatadengan gangguan persepsi sensori halusinasi maka penulis dapat menarik kesimpulan sebagai berikut:

Pengkajian

Merupakan tahap awal dan fondasi utama dari proses keperawatan, sedangkan hasil pengkajian yang penulis dapatkan adalah klien sering mendengar bisikan-bisikan, kurang berenergi, lemah, malas beraktifitas, perasaan malu pada orang lain, tidak tidak mampu berkonsentrasi dalam membuat keputusan, bingung, merasa tidak berguna,menarik diri, tidak atau jarang berkomunikasi dengan orang lain, tidak memiliki teman dekat, menjauh dari orang lain tidak ada kontak mata, berdiam diri dikamar

Diagnose keperawatan

Diagnosa utama yang muncul saat dilakukan pengkajian adalah gangguan persepsi sensori halusinasi.

Rencan keperawatan

Rencana yang dapat dilakukan meliputi tujuan umum klien dapat menghardik halusinasinya.,tujuan khusus klien dapat mengenal halusinasinya, mengontrol halusinasunya, sertra memasukan cara menghardik kedalam jadwal harian..

Implementasi keperawatan

Tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan yang telah disusun. Penulisan melakukan implementasi selama empat hari. Pada hari pertama perawat memberikan strategi pelaksanaan 1 (SP 1) yaitu membantu klien mengenal penyebab halusinasi, Pada harikedua dilaksanakan strategi SP2 menyusun jadwal kegiatan harian,hari ketiga perawat melaksanakan strategi pelaksanaan 3 (SP 3) yaitu memasukan cara menghardik kedalam jadwal kegiatan hariannya. Pada hari.

Evaluasi

Suatu tindakan yang dilakukan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan sampai pada strategi pelaksanaan ketigatan klien mampu

membina hubungan saling percaya dengan perawat, mengenal gangguan persepsi sensori halusinasi, dan mampu dilatih untuk cara menghardik serta memasukan cara menghardik kedalam jadwal kegiatan harian

Beberapa kesulitan yang dialami penulis dalam memberikan tindakan keperawatan adalah tidak tercapai semua tujuan khusus karena keterbatasan waktu serta keadaan klien yang kurang fokus dalam melakukan strategi pelaksanaan yang diberikan oleh perawat. serta keadaan klien yang masih malu dalam melakukan strategi pelaksanaan yang diberikan oleh perawat.

4.2 Saran

4.2.1. Bagi Rumah Sakit

Diharapkan dapat memberikan pelayanan kepada klien jiwa lebih optimal dalam meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit kemasa yang akan datang.

4.2.2. Institusi Pendidikan

Memberikan kemudahan dalam pemakaian sarana dan prasarana yang merupakan fasilitas bagi mahasiswa untuk mengembangkan ilmu pengetahuan dan ketrampilan melalui praktek klinik dan pembuatan laporan.

4.2.3. Penulis

Diharapkan penulis dapat menggunakan dan memanfaatkan waktu seefektif mungkin, sehingga dalam waktu yang terbatas ini akan berdampak proses penyusunan studi kasus terkesan terburu-buru yang pada gilirannya mahasiswa kurang paham terhadap apa yang di tulisnya sehingga tindakan asuhan keperawatan pada klien gangguan jiwa kurang maximal

DAFTAR PUSTAKA

- Carpenito, lynda Juall. 1998. Buku saku buku kedokteran EGC : jakarta
- Dermawan D Dan Rusdi. 2013.Keperawatan Jiwa; Konsep dan Kerangka KerjaAsuhan Keperawatan Jiwa.Yogyakarta: Gosyen Publishing
- Fitria, Nita. 2009.Prinsip Dasar dan Aplikasi Penulisan Laporan Pendahuluan danStrategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan(LP dan SP). Jakarta: SalembaMedika
- Herman, Ade. 2011.Buku Ajar Asuhan Keperawatan Jiwa.Yogyakarta: Nuha Medika
- Kemenkes Ri. 2013.Riset Kesehatan Dasar; RISKESDAS. Jakarta:BalitbangKemenkes Ri
- Keliat, B.A, dkk. 2011.Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas: CMHM (BasikCourse). Jakarta: EGC
- Keliat, B.A, dkk. 2005.Proses Keperawatan Kesehatan Jiwa. Jakarta: EGC
- Keliat, B.A. 1999. Proses keperawatan kesehatan jiwa, penerbit buku kedokteran EGC : diagnosa keperawatan , Edisi 6, penerbit Jakarta.
- Kusumawati F dan Hartono Y. 2010.Buku Ajar Keperawatan Jiwa.Jakarta: SalembaMedika
- Maramis, Wf. (1995) Ilmu Kedokteran Jiwa. Airlangga University press : Surabaya.
- Nurjanah, Intan Sari. 2005. Komunitas Keperawatan. Yogyakarta: Moco Medika
- Rusman.2009.Keperawatan Kesehatan Mental Terintegrasi dengan Keluarga.Jakarta: Sagung Seto

Lampiran 1

Riyardi S dan Purwanto T. 2013. Asuhan Keperawatan Jiwa. Yogyakarta:

GRAHAILMU

Suliswati. 2005. Konsep Dasar Keperawatan Kesehatan Jiwa. Jakarta: EGC

Surtiningrum, Anjas. 2011. Pengaruh Terapi Suportif Terhadap

Kemampuan Bersosialisasi Pada Klien Isolasi Sosial Di Rumah Sakit Jiwa

Daerah DrAmino Gondohutomo Semarang. Thesis. Depok: FIK UI

Stuart, Gail W. 2007. Buku Saku Keperawatan Jiwa. Jakarta: EGC

Undang-undang no 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan

Undang – undang No 18 Tahun 2014 tentang kesehatan jiwa



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 : Rawat jalan

Tanggal dirawat: 31 Maret 2019

Tanggal Pengkajian : 27 Mei 2019

I. IDENTITAS KLIEN

Nama Initial: Tn.ONS

No. RM : 002862

Umur : 31 thn

Status : Belum kawin

Jenis Kelamin : Laki-laki

Pendidikan : SMP

Pekerjaan :

II. ALASAN MASUK

a. Keluhan Utama Saat MRS:

Klien mengatakan sering mendengar bisikan-bisikan yang kurang jelas, marah-marah, bicara sendiri, lari dari rumah

b. Keluhan Utama Saat Pengkajian:

Klien mengatakan badannya seperti ada benda-benda tajam dan terkadang ada bisikan-bisikan ditelingannya

c. Riwayat Penyakit :

Klien masuk RSJ Naimata pada tanggal 31 maret 2019 dengan keluhan tidak pernah pulang, suka diluar rumah, berkeliaran di jalanan tanpa ada alasan yang jelas, pernah mengalami sakit yang sama pada tahun 2006 dan berobat tidak teratur

FAKTOR PREDISPOSISI

1. Pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu ?

- ✓ Ya
- Tidak

Keluarga klien mengatakan pernah mengalami sakit yang sama pada tahun 2006

2. Pengobatan sebelumnya

- Berhasil
- ✓ Kurang berhasil
- Tidak berhasil

Keluarga klien mengatakan pengobatan kurang berhasil karena putus obat

3. Trauma

	usia	pelaku	korban	saksi
--	------	--------	--------	-------

- | | | | | |
|----------------------------|-------|-------|-------|-------|
| - Aniaya fisik | ..... | ..... | ..... | ..... |
| - Aniaya seksual | ..... | ..... | ..... | ..... |
| - Penolakan | ..... | ..... | ..... | ..... |
| - Kekerasan dalam keluarga | ..... | ..... | ..... | ..... |
| - Tindakan kriminal | ..... | ..... | ..... | ..... |

Jelaskan : Klien pernah mengkonsumsi obat-obatan terlarang di masa lalu

Lampiran 1

4. Anggota keluarga yang gangguan jiwa ?

-Ada

✓ Tidak

Kalau ada :

Hubungan keluarga : -

Gejala : -

Riwayat pengobatan : -

5. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan :Klien mengatakan dulu sering mengambil barang-barang untuk ditukar sebungkus rokok dan akan memukul kalau ada yang melarang

I. PEMERIKSAAN FISIK

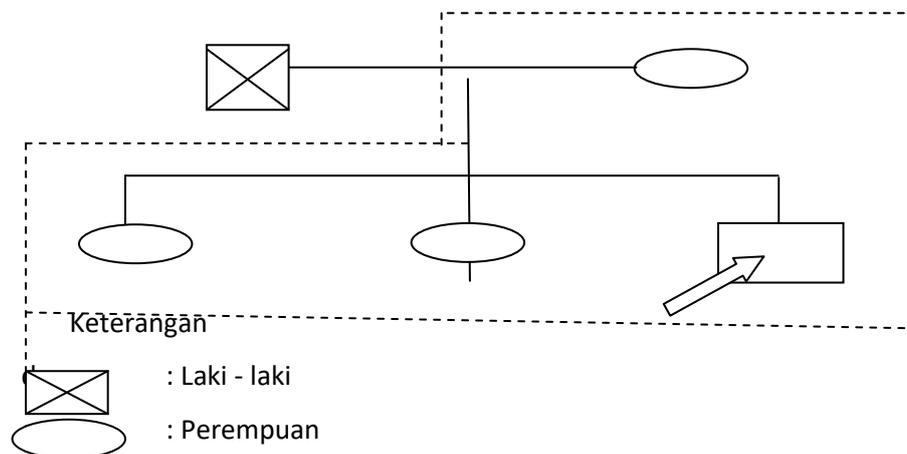
1. TTV : TD : 110/70.mmHg N : 86 X/mnt S : 36°C P : 18X/mnt

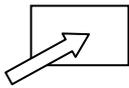
2. Ukur : BB : 59kg, TB :160.cm

3. Keluhan fisik :

II. PSIKOSOSIAL

Genogram





: pasien

Klien adalah anak ke-3 dari pasangan Tn.G.S dan Ny.M,dan mempunyai dua orang saudara perempuan,memiliki seorang ayah yang sudah meninggal dunia, dan sekarang tinggal dengan ibu dan ke dua kakak perempuan yang merawat klien kedua kakaknya belum menikah dan memiliki pekerjaan yang layak untuk bisa menafkahi keluarga,kakak pertama dan kedua sebagai tulang punggung di dalam keluarga untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari, ibu dari klien sebagai ibu rumah tangga.dirumahklienlebihdekatdenganibunyadibandingkandengankakaknya.

1. Konsep diri
 - a. Citra tubuh :Klien mengatakan menyukai semua bagian tubuhnya
 - b. Identitas: Klien mengatakan bernama ONS merupakan seorang laki-laki
 - c. Peran: Klien mengatakan semenjak sakit tidak dapat bergaul dengan teman-temannya
 - d. Ideal diri: Klien mengatakan ingin sehat seperti dulu
 - e. Harga diri : Klien mengatakan memiliki banyak teman
2. Hubungan sosial
 - a. Orang yang berarti : Klien mengatakan ibu kandungannya
 - b. Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat : Klien tidak pernah mengikut kegiatan masyarakat selama sakit
 - c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain :Klien tidak pernah berhubungan dengan orang lain
3. Spiritual
 - a. Nilai dan keyakinan :Klien mengatakan beragama kristen protestan
 - b. Kegiatan ibadah : Klien tidak pernah beribadah selama sakit

II. STATUS MENTAL

1. Penampilan
 - ✓ Rapi
 - TidakRapi

Lampiran 1

- Penggunaan pakai tidak sesuai
- Cara berpakaian tidak seperti biasanya

Jelaskan : Klien berpenampilan rapi, tumbuh kuku yang panjang

2. Pembicaraan

- Cepat
- Keras
- Gagap
- Inkoherensi
- ✓ Lambat
- Membisu
- Tidak mampu memulai pembicaraan

Jelaskan : Klien sering terdiam kalau diajak bicara

3. Aktivitas Motorik

- Lesu
- Tegang
- ✓ Gelisah
- Agitasi
- Tik
- Grimasem
- Tremor
- Kompulsif

Jelaskan : Klien sering kali terdiam dan banyak di kamar

4. Alam perasaan

- Sedih
- Ketakutan
- Putusasa
- ✓ Kuatir
- Gembira berlebihan

Jelaskan : Klien kuatir dengan sakitnya

5. Afek

Lampiran 1

- ✓ Datar
- Tumpul
- Labil
- Tidaksesuai

Jelaskan : Klien sering terdiam

6. Interaksi selama wawancara

- Bermusuhan
- Tidakkooperatif
- Mudahtersinggung
- Kontakmatakurang
- Defensive
- ✓ Curiga

Jelaskan : Klien tampak curiga ketika melihat orang baru

7. Persepsi

Halusinasi :

- ✓ Pendengaran
- Penglihatan
- Perabaan
- Pengecapan
- Penghidu

Jelaskan : Klien mengatakan terkadang mendengar ada suara-suara dan bisikan-bisikan yang kurang jelas di telinganya

8. Isi pikir

- Obsesi
- ✓ Phobia
- Hipokondria
- Depersonalisasi
- Ide yang terkait
- Pikiranmagis

9. Arus pikir

Lampiran 1

- ✓ Sirkumstansial
- Tangensial
- Kehilanganasosiasi
- Flight of idea
- Blocking
- Pengulanganpembicaraan/perseverasi

Jelaskan : Arus pikir klien lambat karena klien tidak mampu memulai pembicaraan dan lebih banyak terdiam

10. Tingkat Kesadaran

- ✓ Bingung
- Sedasi
- Stupor
- Disorientasiwaktu
- Disorientasi orang
- Disorientasitempat

Jelaskan : Klien terlihat bingung dan suka menyendiri

11. Memori

- ✓ Gangguandayaingatjangkapanjang
- Gangguandayaingatjangkapendek
- Gangguandayaingatsaatini
- Konfabulasi

Jelaskan : Klien mampu mengingat kegiatan sehari-hari

12. Tingkat konsentrasi dan berhitung

- Mudahberalih
- Tidakmampuberkonsentrasi
- Tidakmampuberhitungsederhana

Jelaskan : Klien mampu berhitung dari 1 - 10

13. Kemampuan penilaian

- Gangguanringan
- Gangguanbermakna

Lampiran 1

Jelaskan : Klien mampu mengambil keputusan ,misal habis makan minum obat

14. Daya tilik diri

- Mengingkaripenyakit yang diderita
- Menyalahkanhal-haldiluardirinya

Jelaskan : Klien merasa bahwa dirinya saat ini masih gila

III. KEBUTUHAN PERENCANAAN PULANG

1. Kemampuklienmemenuhikebutuhan

	Ya	Tidak
- Makanan	Ya	-
- Keamanan	Ya	-
- Perawatankesehatan	Ya	-
- Pakaian	Ya	-
- Transportasi	Ya	-
- Tempattinggal	Ya	-
- Uang	-	-

Jelaskan : Klien dapat melakukan kegiatan secara mandiri

2. Kegiatanhidupsehari-hari

a. Perawatan diri	BT	BM
- Mandi	-	Ya
- Kebersihan	-	Ya
- Makan	-	Ya
- BAB / BAK	-	Ya
- Gantipakaian	-	Ya

Jelaskan : Klien mampu melakukan aktifitas secara mandiri....

b. Nutrisi

Apakah anda puas dengan pola makan anda ?

- ✓ Ya
- Tidak

Apakah anda memisahkan diri ?

Lampiran 1

- Ya

✓ Tidak

Frekuensi makan sehari: 5...X

Frekuensi kudapan sehari : 2....X

Nafsu makan :

✓ Meningkatkan

- Menurun

- Berlebihan

- Sedikit – sedikit

Berat Badan :

✓ Meningkatkan

- Menurun

BB terendah : 50....kg, BB tertinggi : 59....kg

Jelaskan : Berat badan klien meningkat

c. Tidur

Apakah ada masalah tidur ? Ya Tidak : -

Apakah merasa segar setelah bangun tidur ? Ya Tidak : -

Apakah ada kebiasaan tidur siang ? Ya Tidak : -

Lama tidur siang : 2....jam

Apa yang menolong tidur ? Minum obat

Tidur malam jam :21.00., bangun jam 06.00

Apakah ada gangguan tidur ?

Lampiran 1

- Sulit untuk tidur
 - Bangun terlalu pagi
 - Somnambulisme
 - terbangun saat tidur
 - gelisah saat tidur
 - Berbicara saat tidur
- Jelaskan : Tidak ada

3. Kemampuan klien dalam mengantisipasi kebutuhannya sendiri

✓ Ya

- Tidak

Membuat keputusan berdasarkan keinginan sendiri

- Ya

✓ Tidak

Mengatur penggunaan obat

✓ Ya

- Tidak

Melakukan pemeriksaan kesehatan

✓ Ya

- Tidak

Jelaskan : Klien mandiri melakukan aktifitasnya

4. Klien memiliki sistem pendukung

Keluarga : Ya Tidak :-

Terapis : Ya Tidak :-

Teman sejawat : Ya Tidak :-

Kelompok sosial : Ya Tidak :-

Lampiran 1

Jelaskan : Klien berobat secara rutin

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

- Ya
- ✓ Tidak

Jelaskan : Klien tidak bekerja

IV. ASPEK MEDIS

Diagnosa Medis : F20.3 (Skizofrenia paranoid)

Terapi : Haloperidol 2x5mg

Trihesihenidril 2x2mg

Chlorpromazine 2x50mg

.....,2019

Mahasiswa,

.....



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



LEMBARAN KONSULTASI dan BIMBINGAN STUDI KASUS

NAMA MAHASISWA : ARIS WIDODO
 NIM : PO530320116348
 NAMA PEMBIMBING : Dr.Sabina Gero,Skp.,MSc

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1	24 MEI 2019	TOPIK : JUDUL DARI SUMBER YANG JELAS	
2	27 MEI 2019	TOPIK : BAB I DAN BAB II DARI DATA KASUS YANG ADA	
3	31 MEI 2019	TOPIK : BAB I , BAB II , DAN BAB III	
4	03 JUNI 2019	TOPIK : BAB I , BAB II , BAB III , DAN BAB IV	
5	10 JUNI 2019	TOPIK : JUDUL, ACC SIDANG	
6	11 JUNI 2019	TOPIK :JUDUL, BAB I, BAB II, BAB III, BAB IV, DAFTAR PUSTAKA	

7	14 JUNI 2019	TOPIK : POHON MASALAH DAN PEMBAHASAN	
8	18 JUNI 2019	TOPIK : JUDUL, DAFTAR ISI, LAMPIRAN, BAB III	
9	21 JUNI 2019	TOPIK : JUDUL, LAMPIRAN, BAB I, BAB II, BAB III, BAB IV, ACC	
10	21 JUNI 2019	TOPIK : JUDUL, LAMPIRAN, BAB I, BAB II, BAB III, BAB IV, ACC	