

KARYA TULIS ILMIAH : STUDI KASUS

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA KLIEN SKIZOFRENIA
PARANOID DENGAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI
HALUSINASI PENGLIHATAN RUMAH SAKIT JIWA
MENUR SURABAYA**



**PROGRAM STUDI DIPLOMA – III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
INSAN CENDEKIA MEDIKA
JOMBANG
2017**

KARYA TULIS ILMIAH : STUDI KASUS

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA KLIEN SKIZOFRENIA
PARANOID DENGAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI
HALUSINASI PENGLIHATAN RUMAH SAKIT JIWA
MENUR SURABAYA**

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Mendapatkan Gelar Ahli Madya
Keperawatan (A.Md.Kep) Pada program Studi Diploma III Keperawatan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang



**PROGRAM STUDI DIPLOMA – III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
INSAN CENDEKIA MEDIKA
JOMBANG**

2017



SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Agesta Eka Ariyana Devy

NIM : 14.121.001.1

Tempat Tanggal Lahir : Jombang, 16 Agustus 1996

Institusi : STIKes Insan Cendekia Medika Jombang

Judul Karya Tulis Ilmiah : Asuhan Keperawatan Jiwa pada klien skizofrenia
paranoid dengan gangguan persepsi sensori
halusinasi penglihatan.

Menyatakan bahwa tugas akhir yang saya tulis ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri, kecuali dalam bentuk kutipan yang telah disebutkan sumbernya.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dan apabila pernyataan ini tidak benar, saya bersedia mendapat sanksi.

Jombang, 16 juni 2017

Peneliti

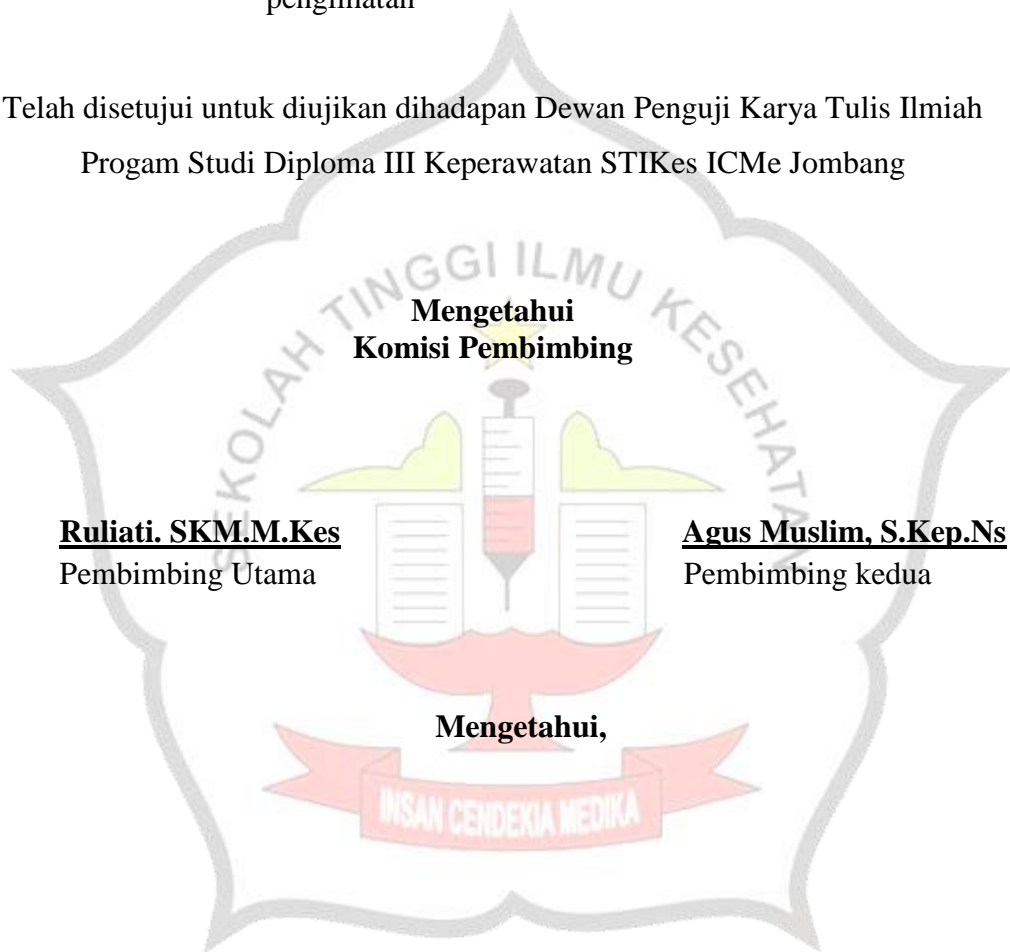
Agesta Eka A.D



LEMBAR PERSETUJUAN

Nama Mahasiswa : Agesta Eka Ariyana Devy
NIM : 141210001
Program Studi : D III Keperawatan
Judul : Asuhan Keperawatan jiwa pada klien skizofrenia
paranoid dengan gangguan persepsi sensori halusinasi
penglihatan

Telah disetujui untuk diujikan dihadapan Dewan Penguji Karya Tulis Ilmiah
Program Studi Diploma III Keperawatan STIKes ICMe Jombang



Ruliati. SKM.M.Kes
Pembimbing Utama

**Mengetahui
Komisi Pembimbing**

Agus Muslim, S.Kep.Ns
Pembimbing kedua

Mengetahui,

H. Bambang Tutuko, SH., S.Kep.Ns.,MH **Maharani Tri P. S.Kep.Ns.MM**
STIKes ICMeJombang Ketua Program Studi D-III Keperawatan

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah diajukan oleh :

Nama Mahasiswa : Agesta Eka Ariyana Devy
NIM : 141210001
Program Studi : Diploma III Keperawatan
Judul : Asuhan Keperawatan jiwa pada klien skizofrenia
paranoid dengan masalah keperawatan halusinasi
penglihatan

Telah berhasil dipertahankan dan diuji dihadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada Program Studi D III Keperawatan.

Komisi Dewan Penguji

Penguji Utama : Maharani Tri P. S.Kep.Ns.MM ()
Penguji 1 : Ruliati. SKM.M.Kes ()
Penguji 2 : Agus Muslim, S.Kep.Ns ()

Ditetapkan di : **JOMBANG**

Pada tanggal : 16 Juni 2017

MOTTO

“Berangkat dengan penuh keyakinan, berjalan dengan penuh keikhlasan, istiqomah dalam menghadapi cobaan. Sebab proses tidak akan mengkhianati hasil, and Talk less do more / sedikit bicara banyak bekerja. Setiap aksi memiliki reaksi, setiap perbuatan memiliki konsekuensi dan setiap usaha yang keras akan membuahkan hasil yang memuaskan”.

PERSEMBAHAN

Puji syukur atas kehadiran Allah SWT, dan baginda Rasul Muhammad SAW. Berkat rahmat dan karunia-Mu ya Allah, saya bisa menyelesaikan Karya tulis ilmiah ini. Dan karya Tulis Ilmiah ini Ku persembahkan untuk :

1. Kedua orang tuaku tercinta, Ayahanda Slamet Hariono dan Ibunda Umi Suaibah ,sebagai tanda bakti, hormat dan terima kasih yang tak terhingga kupersembhankarya kecil ini kepada ayah dan ibu yang telah memberi dukungan dan do'a yang senantiasa mengiringi langkahku.
2. Kepada dosen pembimbing Ruliati SKM, M.Kes dan Bapak Agus Muslim S.Kep.,Ns terima kasih banyak bapak, ibu saya sudah di bimbing dan dituntun untuk menyusun hingga menyelesaikan tugas akhir ini dengan kesabaran bapak dan ibu. Kepada Kaprodi sekaligus Penguji Tugas askhir saya Maharani Tri Puspitasari S.Kep.Ns.MM , terima kasih banyak untuk semua ilmu dan pelajaran,pengalaman berharga yang saya dapatkan selama kuliah dan menyelesaikan tugas akhir saya.
3. Dan untuk kalian teman-teman seperjuangan DIII-Keperawatan 2014-2015 , terima kasih atas semua suport dan do'a kalian, bantuan dan kekompakan selama belajar bersama di STIKes ICME, Tawa, canda, sedih, menyesal, atau apapun yang kita rasakan bersama . kalian istimewa, pengalaman dan kenanganku juga tidak akan indah tanpa adanya kalian selama kuliah, dan praktik selama 3 tahun ini.

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan bagi Tuhan Maha Kuasa karena berkat rahmat dan karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan pada klien Skizofrenia paranoid dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Penglihatan”.

Dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini penulis banyak mendapat bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada yang terhormat :

Selaku ketua STIKes ICMe Jombang yang telah memberi kesempatan untuk dapat menimba ilmu di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang, Maharani Tri P. S.Kep,Ns. MM dan pembimbing, Afif Hidayatul Arham S.Kep,Ns selaku dosen pembimbing sekaligus sebagai penguji yang telah membimbing dengan cermat, memberi masukan-masukan, inspirasi, perasaan nyaman dalam bimbingan serta memfasilitasi demi sempurnanya laporan kasus ini, Kedua orang tua serta teman-teman mahasiswa prodi D III Keperawatan STIKes ICMe Jombang yang selalu memberikan doa dan kasih sayangnya serta menjadi dan memberi semangat untuk menyelesaikan pendidikan.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa dalam melakukan penyusunan karya tulis ilmiah ini jauh dari kata sempurna, maka dari itu untuk kritik dan saran diharapkan demi kesempurnaan penulis yang akan datang.

Jombang, 16 Juni 2017

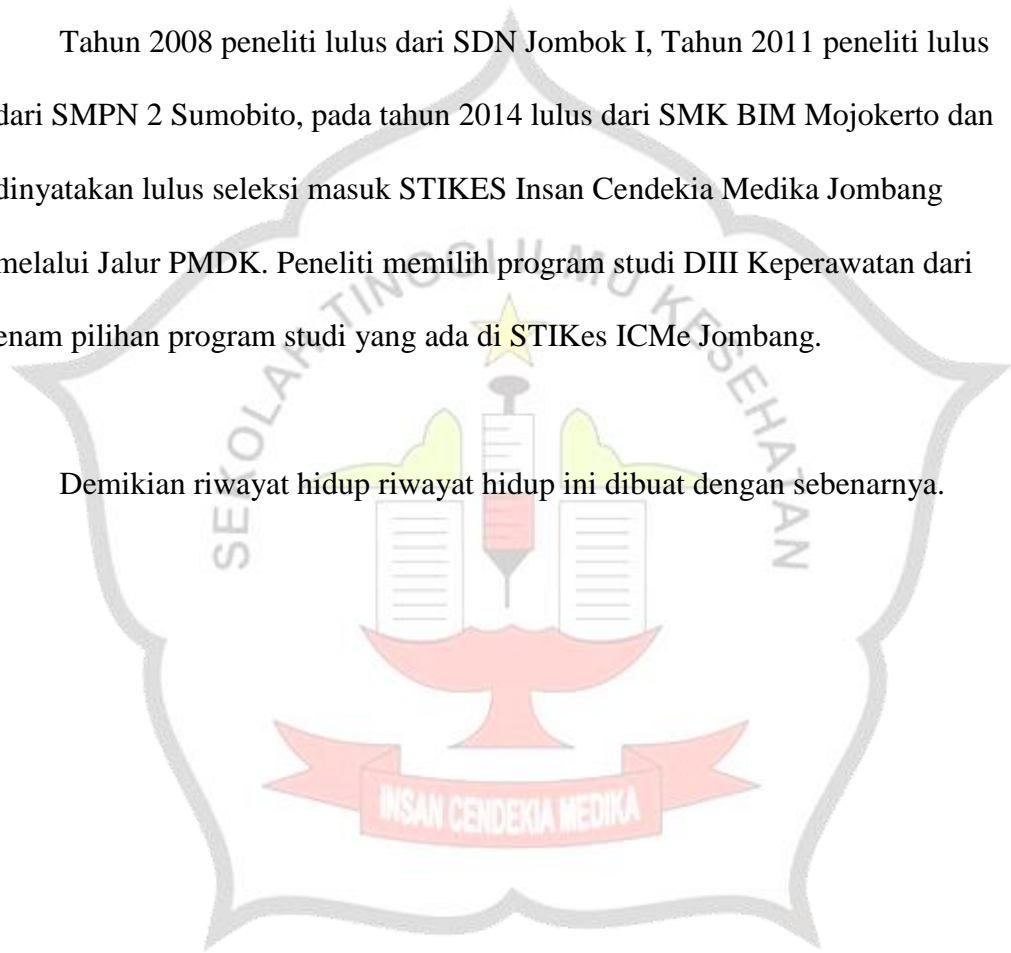
Peneliti

RIWAYAT HIDUP

Peneliti dilahirkan di Jombang tanggal 16 Agustus 1996 dari ayah yang bernama Slamet Hariono dan Ibu yang bernama Umi Suaibah, Peneliti merupakan anak pertama dari dua bersaudara.

Tahun 2008 peneliti lulus dari SDN Jombok I, Tahun 2011 peneliti lulus dari SMPN 2 Sumobito, pada tahun 2014 lulus dari SMK BIM Mojokerto dan dinyatakan lulus seleksi masuk STIKES Insan Cendekia Medika Jombang melalui Jalur PMDK. Peneliti memilih program studi DIII Keperawatan dari enam pilihan program studi yang ada di STIKes ICMe Jombang.

Demikian riwayat hidup riwayat hidup ini dibuat dengan sebenarnya.



Jombang, 16 Juni 2017

Peneliti

ABSTRAK
ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA KLIEN SKIZOFRENIA
PARANOID DENGAN MASALAH KEPERAWATAN
HALUSINASI PENGLIHATAN

Oleh :

Agesta Eka Ariyana Devy

Gangguan jiwa merupakan suatu perubahan pada fungsi jiwa yang menyebabkan adanya fungsi jiwa, yang menimbulkan hambatan dalam melaksanakan peran sosial. Halusinasi penglihatan merupakan bentuk dari gangguan persepsi sensori yang terjadi pada skizofrenia. Tujuan penelitian ini yaitu peniliti dapat mengetahui, memahami serta dapat mengaplikasikan asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan *persepsi sensori "halusinasi penglihatan"* yang meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan.

Desain penelitian ini adalah deskriptif dengan menggunakan metode studi kasus. Subyek dalam studi kasus ini menggunakan 2 klien/pasien dengan kasus *gangguan persepsi sensori halusinasi penglihatan* di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya teknik wawancara (hasil anamnesis berisi tentang identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang dan dahulu), serta observasi atau pemeriksaan fisik.

Hasil dari penelitian ini yang dilakukan pada klien I (Ny.N) dan klien II (Ny.M) dengan *Gangguan Persepsi Sensori*, pada penelitian ini didapatkan satu diagnosa yang prioritas yaitu *skizofrenia Paranoid*. Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 4x24 jam, pasien dapat mengenal halusinasi yang dialaminya, dapat mengontrol halusinasi dengan 4 cara yaitu menghardik, bercakap-cakap dengan orang lain, melakukan aktivitas sesuai jadwal, dan dapat menjalankan terapi obat dengan benar

Kerjasama antara tim kesehatan dan klien atau keluarga klien sangat diperlukan untuk keberhasilan asuhan keperawatan pada klien, komunikasi terpeutik dapat mendorong klien lebih kooperatif, peran keluarga sangat penting dalam merawat klien dengan gangguan persepsi sensori: Halusinasi

Kata kunci : Asuhan Keperawatan Jiwa, Skizofrenia paranoid, Halusinasi Penglihatan

ABSTRACT
A BODY CARE TREATMENT ON SKIZOFRENIA PARANOID CLIENT
WITH SIGHT HALLUCINATION TREATMENT PROBLEM

BY :

AGESTA EKA ARIYANA DEVY

A mental interference is a change of mental function with cause of mental function. That can cause an obstruction in doing social role. A sight hallucination is a form from sensori perception in interference that can happen on skizofrenia. The purpose of this research, the researcher can know, understand and also can apply a care treatment on client with sensory perception interference "*Sight Hallucination*" that include a case study, diagnose, intervention, implementation, and treatment evaluation.

This research design is descriptive research with using a case study method. The subject in this case study uses 2 client with the case "*a sensory perception interference if sight hallucination*" in Flamboyan room RSJ Menur Surabaya interview tecnic (the anamnesys result about client identity, a main somplaint, disease story from now and in the past), also observation physical inspection.

The result from this reaseach wich is done on the first client (Mrs.N) and the second client (Mrs.M) with sensory perception interference, this research is gotten/got one diagnose priority that is paranoid skizofrenia. After being done a care treatment for about 4x24 hours. The patient can now her disease hallucination, also can control her hallucination by doing 4 ways they are scolding, talking each other, doing activities based on schedule and can do medicine therapy well.

Cooperative between health team and client or client family is very needed for a care treatment success to client, terapeutic communication can support the client more cooperative, family role is also very important in doing treatment to a client with sensory perception interference: Hallucination.

Key words : A body care treatment, Skizofrenia Paranoid A sight hallucination.

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Dewasa ini kesehatan jiwa menjadi masalah kesehatan yang sangat serius dan memprihatinkan. Bagi kebanyakan orang, individu dengan gangguan kejiwaan tidak dapat diterima dalam lingkup sosial dan tidak dapat berfungsi dengan baik dalam masyarakat. Bagi mereka gangguan jiwa adalah sebuah hal yang memalukan dan kerap kali solusi yang diambil untuk mengatasi masalah ini sangat tidak bermoral dan manusiawi. Halusinasi merupakan persepsi klien melalui panca indera terhadap lingkungan tanpa ada stimulus atau rangsangan yang nyata.

Menurut WHO memperkirakan 450 juta orang seluruh dunia mengalami gangguan jiwa saat ini dan (25%) penduduk diperkirakan akan mengalami gangguan jiwa pada usia tertentu selama hidupnya. Berdasarkan hasil riset kesehatan dasar (RISKESDAS) tahun 2013, angka rata-rata nasional gangguan mental emosional pada penduduk usia 15 tahun ke atas yaitu 6%, angka ini setara dengan 14 juta penduduk. Sedangkan gangguan jiwa berat, rata-rata sebesar 0,17% atau setara dengan 400.000 penduduk. Berdasarkan data tersebut bahwa data pertahun di Indonesia yang mengalami gangguan jiwa selalu meningkat. Berdasarkan data Departemen Kesehatan, jumlah penderita gangguan jiwa di Indonesia mencapai 2,5 juta orang diperkirakan terdapat 200.000 kasus baru yang di diagnosa skizofrenia setiap tahun diUnited States,dan 2 juta diseluruh dunia. Kira-kira sekitar 1% dari populasi diUnited States menderita skizofrenia. Angka kejadian skizofrenia terjadi pada remaja tua dan

dewasa muda, dan angka itu kadang-kadang terjadi setelah usia 50 tahun, walaupun lebih jarang. 50% klien skizofrenia melakukan percobaan bunuh diri. Di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya tahun 2013, 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, pengecapan dan perabaan. Angka terjadinya halusinasi cukup tinggi. Didapatkan data dari bulan Januari sampai Februari 2014 tercatat jumlah pasien rawat inap 403 orang. Sedangkan jumlah kasus yang ada pada semua pasien baik rawat inap maupun rawat jalan kasus halusinasi mencapai 5077 kasus. Hasil Penelitian yang dilakukan Agusta Dian Ellina Tahun, 2006 (meneliti tentang pengaruh terapi aktivitas kelompok dan stimulasi persepsi terhadap kemampuan mengendalikan halusinasi pada klien skizofrenia). Dari 90 klien yang mengalami halusinasi dapat digolongkan dalam jenis halusinasi: klien yang mengalami halusinasi dengar sekitar 50% (45 klien), halusinasi penglihatan 45% (40 klien) dan gangguan halusinasi lain sekitar 5% (5 klien). Pada tahun 2015 dari 160 klien gangguan jiwa Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya 89 klien mengalami skizofrenia, dan 44 klien mengalami halusinasi pendengaran. Ini merupakan angka yang cukup besar dan perlu mendapat perhatian perawat dalam merawat klien dengan gangguan persepsi halusinasi khususnya pada halusinasi penglihatan.

Skizofrenia merupakan suatu penyakit yang mempengaruhi otak dan menyebabkan timbulnya pikiran, persepsi, emosi, gerakan dan perilaku aneh yang terganggu (Vedebeck, 2008). Salah satu gejala umum skizofrenia adanya gangguan persepsi sensori (halusinasi penglihatan). Halusinasi merupakan salah satu gejala gangguan jiwa dimana klien mengalami perubahan persepsi sensori, seperti merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan

atau penglihatan. Klien merasakan stimulus yang sebetulnya tidak ada. Selain itu, perubahan persepsi sensori tentang suatu objek, gambaran, dan pikiran, yang sering terjadi tanpa adanya rangsangan dari luar meliputi semua sistem penginderaan (pendengaran, penglihatan, penciuman, perabaan, atau pengecap) (Fontaine dkk, 2009).

Upaya optimalisasi penatalaksanaan klien dengan skizofrenia dalam menangani gangguan persepsi sensori (halusinasi penglihatan) dirumah sakit antara lain melakukan penerapan standar asuhan keperawatan, terapi aktivitas kelompok dan melatih keluarga untuk merawat pasien dengan halusinasi. Standar Asuhan Keperawatan mencakup penerapan strategi pelaksanaan halusinasi. Strategi pelaksanaan pada pasien halusinasi mencakup kegiatan mengenal halusinasi, mengajarkan pasien menghardik halusinasi, minum obat dengan teratur, bercakap-cakap dengan orang lain saat halusinasi muncul, serta melakukan aktivitas terjadwal untuk mencegah halusinasi (Keliat dkk, 2010). Penerapan SPTK (Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan) terjadwal yang diterapkan pada klien yaitu bertujuan untuk mengurangi masalah keperawatan jiwa yang ditangani pada gangguan halusinasi penglihatan.

1.2. Batasan Masalah

Asuhan Keperawatan Jiwa klien yang mengalami Skizofrenia Paranoid dengan masalah Halusinasi Penglihatan di ruang Flamboyan RSJ Menur Surabaya.

1.3. Rumusan Masalah

Bagaimanakah Asuhan Keperawatan Jiwa pada Klien Skizofrenia Paranoid dengan masalah Halusinasi Penglihatan di ruang FlamboyanRSJ Menur Surabaya.

1.4 Tujuan

1.4.1 Tujuan Umum

Melaksanakan Asuhan Keperawatan Jiwa pada klien Skizofrenia Paranoid dengan masalah Halusinasi Penglihatan di Ruang Flamboyan RSJ Menur Surabaya.

1.4.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus dalam study kasus ini adalah :

1. Melakukan Pengkajian Asuhan Keperawatan Jiwa Pada klien yang mengalami Skizofrenia Paranoid dengan masalah Halusinasi Penglihatan di ruang Flamboyan RSJ Menur Surabaya.
2. Menetapkan Diagnosis Keperawatan Jiwa Pada klien yang mengalami Skizofrenia Paranoid dengan masalah Halusinasi Penglihatan di ruang Flamboyan RSJ Menur Surabaya .
3. Menyusun Intervensi Keperawatan Jiwa Pada klien yang mengalami Skizofrenia Paranoid dengan masalah Halusinasi Penglihatan di ruang Flamboyan RSJ Menur Surabaya .
4. Melaksanakan Tindakan Keperawatan Jiwa Pada klien yang mengalami Skizofrenia Paranoid dengan masalah Halusinasi Penglihatan di ruang Flamboyan RSJ Menur Surabaya .

5. Melaksanakan Evaluasi Keperawatan Jiwa Pada klien yang mengalami Skizofrenia Paranoid dengan masalah Halusinasi Penglihatan di ruang Flamboyan RSJ Menur Surabaya.

1.5. Manfaat

1.5.1 Manfaat Teoritis

Manfaat teoritis study kasus ini adalah untuk pengembangan ilmu keperawatan Jiwa terkait Asuhan Keperawatan pada klien yang mengalami Skizofrenia Paranoid dengan masalah Halusinasi Penglihatan.

1.5.2. Manfaat Praktis

a. Bagi Klien dan Keluarga

Mendapatkan pengalaman serta dapat menerapkan apa yang telah dipelajari dalam penanganan kasus jiwa yang dialami dengan kasus nyata dalam pelaksanaan keperawatan.

b. Bagi Perawat

Dasar pertimbangan dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien Skizofrenia Paranoid dengan masalah Halusinasi Penglihatan.

c. Bagi Institusi Pendidikan STIKes ICMe

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai tambahan dan referensi bagi mata kuliah keperawatan jiwa.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Gangguan persepsi sensori : Halusinasi penglihatan

2.1.1 Definisi skizofrenia

Skizofrenia sebagai penyakit neurologis yang mempengaruhi persepsi klien, cara berfikir, Bahasa, emosi, dan perilaku sosialnya (Melinda Herman, 2008).

Skizofrenia merupakan bentuk psikosa yang banyak dijumpai dimana-mana namun faktor penyebabnya belum dapat diidentifikasi secara jelas.

2.1.2 Jenis Skizofrenia.

- a. Skizofrenia Simplex : dengan gejala utama kedangkalan emosi dan kemuduran kemauan.
- b. Skizofrenia Hebefrenik : gejala utama gangguan proses fikir gangguan kemauan dan depersonalisasi. Banyak terdapat waham dan halusinasi.
- c. Skizofrenia Katatonik : gejala utama pada psikomotor seperti stupor maupun gaduh gelisah katatonik.
- d. Skizofrenia Paranoid : gejala utama kecurigaan yang ekstrim disertai waham kejar atau kebesaran.
- e. Skizofrenia Psiko-afektif : adanya gejala utama Skizofrenia yang menonjol dengan disertai gejala depresi atau mania.
- f. Skizofrenia Residual : Skizofrenia dengan gejala-gejala primernya dan muncul setelah beberapa kali serangan Skizofrenia.

2.1.3 Etiologi

- 1). Teori Somatogenetik

Teori yang menganggap bahwa penyebab skizofrenia karena faktor kelainan organik atau badaniyah.

2). Teori psikogenik

Teori yang menganggap skizofrenia disebabkan oleh suatu gangguan fungsional. Dan penyebab utamanya adalah konflik, stres psikologik dan hubungan antar manusia yang mengecewakan. Selain itu banyak teori yang diajukan sebagai teori etiologi skizofrenia. Antara lain teori yang menyatakan bahwa skizofrenia disebabkan oleh suatu interaksi beberapa gen penyebab skizofrenia. Dan ada pula teori yang menyatakan bahwa skizofrenia disebabkan oleh metabolisme yang disebut dengan “inborn error of metabolismism” (Maramis, 1980).

Halusinasi adalah suatu keadaan hilangnya kemampuan individu dalam membedakan antara rangsangan internal (pikiran) dan rangsangan eksternal (dunia luar). Klien memberi persepsi atau pendapat tentang lingkungan tanpa objek atau rangsangan yang nyata. Sebagai contoh klien mendengarkan suara – suara tetapi pada kenyataannya tidak ada orang yang berbicara (Abdul muhith, 2015).

Halusinasi adalah salah satu gejala gangguan jiwa dimana klien mengalami perubahan persepsi sensori: merasakan sensori palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan atau penghiduan.

Berdasarkan beberapa pengertian diatas, dapat disimpulkan bahwa halusinasi adalah suatu gangguan persepsi sensori tentang suatu objek atau gambaran dan pikiran yang sering terjadi tanpa adanya rangsangan dari luar yang dapat meliputi semua sistem penginderaan.

2.1.4 Jenis-jenis Halusinasi

Stuart dan Laria (2005) membagi halusinasi menjadi 7 jenis halusinasi yang meliputi : halusinasi pendengaran (auditory), halusinasi penglihatan (visual), halusinasi penghidu (olfactory), halusinasi pengecapan (gustatory), halusinasi perabaan (tactile), halusinasi cenesthetic, halusinasi kinesthetic.

Halusinasi yang paling banyak diderita adalah halusinasi pendengaran yang mencapai kurang lebih 70%, sedangkan halusinasi penglihatan menduduki peringkat kedua dengan rata-rata 20%, sementara jenis halusinasi yang lain yaitu halusinasi pengecapan, penghidu, perabaan, cinesthetic hanya meliputi 10%. Berikut tabel penjelasan tentang karakteristik tiap halusinasi.

2.1 Tabel karakteristik Halusinasi (Stuart dan Laria,2005)

Jenis Halusinasi.	Karakteristik
Pendengaran	Mendengar suara – suara atau kebisingan, paling sering suara orang, suara berbentuk kebisingan yang kurang keras sampai kata – kata yang jelas berbicara tentang klien, bahkan sampai percakapan lengkap antara dua orang atau lebih. Pikiran yang didengar klien dimana klien disuruh untuk melakukan sesuatu yang kadang – kadang membahayakan.
Penglihatan	Stimulus visual dalam bentuk kelihatan cahaya, gambaran geometris, gambaran kartun, bayangan yang rumit dan kompleks. Bayangan bisa menyenangkan atau menakutkan seperti melihat monster.
Penghidu	Menghirup bau – bauan tertentu seperti bau darah, bau urin, atau bau feses, umumnya bau – bauan yang tidak menyenangkan. Halusinasi penghidu sering akibat dari stroke, tumor, kejang atau dimensia.
Pengecapan	Merasa mengecap rasa sesuatu seperti darah, urin atau feses.
Perabaan	Mengalami nyeri atau ketidaknyamanan tanpa stimulus yang jelas. Rasa tersetrum listrik yang datang dari tanah, benda mati atau orang lain.
Cenesthetics	Merasakan fungsi tubuh seperti aliran darah di vena atau arteri, pencernaan makanan atau pembentukan urin.
Kinesthetics	Merasakan pergerakan saat berdiri tanpa bergerak.

2.2.5 Fase – Fase Halusinasi

Halusinasi yang dialami klien bisa berbeda intensitas dan keparahannya. Stuart dan Laria (2005) membagi fase halusinasi dalam 4 fase berdasarkan tingkat ansietas yang dialami dan kemampuan klien mengendalikan dirinya. Semakin berat fase halusinasinya, klien semakin berat mengalami ansietas dan makin dikendalikan oleh halusinasinya.

Fase-fase lengkap tercantum dalam tabel dibawah ini:

2.2 Tabel Fase-Fase Halusinasi (Stuart dan Laria,2005)

Fase Halusinasi	Karakteristik	Perilaku Klien
Fase.I Comforting Ansietas sedang. Halusinasi menyenangkan.	Klien mengalami perasaan yang mendalam seperti ansietas, kesepian, rasa bersalah, takut sehingga mencoba untuk berfokus pada pikiran menyenangkan untuk meredakan ansietasnya. Individu dapat mengenali bahwa pikiran – pikiran dan pengalaman sensori berada dalam kendali kesadaran jika ansietas dapat ditangani.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tersenyum atau tertawa yang tidak sesuai. 2. Menggerakkan bibir tanpa suara. 3. Pergerakan mata yang cepat. 4. Respon verbal yang lambat jika sedang asyik. 5. Diam dan asyik sendiri.
Fase.II Condemning Ansietas berat. Halusinasi menjadi menjijikkan.	NONPSIKOTIK <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengalaman sensori yang menjijikan dan menakutkan. 2. Klien mulai lepas kendali dan mungkin mencoba untuk mengambil jarak dirinya dengan sumber yang di persepsikan. 3. Klien mungkin mengalami dipermalukan oleh pengalaman sensori dan menarik diri dari orang lain. 4. Mulai merasa kehilangan kontrol. 5. Tingkat kecemasan berat, secara umum halusinasi menyebabkan perasaan antipati. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatnya tanda – tanda sistem syaraf otonom akibat ansietas seperti peningkatan denyut jantung, pernafasan dan tekanan darah. 2. Rentang perhatian menyempit. 3. Asyik dengan pengalaman sensori dan kehilangan kemampuan membedakan antara halusinasi dengan realita. 4. Menyalahkan. 5. Menarik diri dari orang lain. 6. Konsentrasi terhadap pengalaman sensori kerja.

<p>Fase.III Controlling</p> <p>Ansietas berat.</p> <p>Pengalaman sensori menjadi berkuasa.</p>	<p>PSIKOTIK RINGAN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien berhenti melakukan perlawanan terhadap halusinasi dan menyerah pada halusinasi tersebut. 2. Isi halusinasi menjadi menarik. 3. Klien mungkin mengalami pengalaman kesepian jika sensori halusinasi berhenti. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kemauan yang dikendalikan halusinasi akan lebih diikuti. 2. Kesukaran berhubungan dengan orang lain. 3. Rentang perhatian hanya beberapa detik atau menit. 4. Adanya tanda – tanda fisik ansietas berat : berkeringat, termor atau gemetar, dan tidak mampu mematuhi perintah. 5. Isi halusinasi menjadi atraktif. 6. Perintah halusinasi ditaati. 7. Tidak mampu mengikuti perintah dari perawat.
<p>Fase.IV Conquering</p> <p>Panik</p> <p>Umumnya menjadi melebur dalam halusinasinya</p>	<p>PSIKOTIK</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengalaman sensori menjadi mengancam jika klien mengikuti perintah halusinasinya. 2. Halusinasinya berakhir dari beberapa jam atau hari jika tidak ada intervensi therapeutic. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perilaku eror akibat panik. 2. Potensi kuat <i>suicide</i> atau <i>homicide</i>. 3. Aktifitas fisik merefleksikan isi halusinasi seperti perilaku kekerasan , agitasi, menarik diri, atau katatonik. 4. Tidak mampu nerespon perintah yang kompleks. 5. Tidak mampu merespon lebih dari satu orang. 6. Agitasi atau katatonik.
<p>PSIKOTIK BERAT</p>		

2.2.3 Dimensi Halusinasi

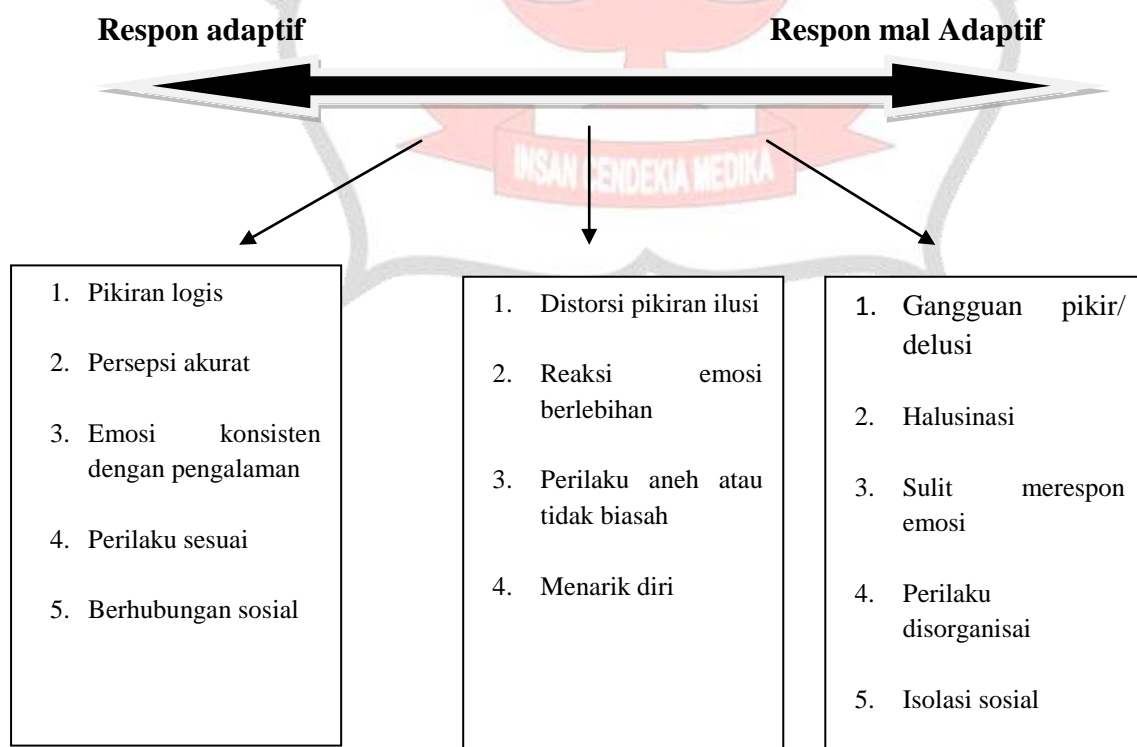
Respon klien terhadap halusinasi dapat berupa kecurigaan, ketakutan, perasaan tidak aman, gelisah, dan bingung, perilaku merusak diri, kurang perhatian, yidak mampu mengambil keputusan serta tidak dapat

membedakan antara keadaan nyata dan tidak nyata. Masalah halusinasi berlandaskan pada hakikat keberadaan seseorang individu sebagai makhluk yang dibangun atas dasar unsur – unsur bio-psiko-sosio-spiritual sehingga halusinasi dapat dilihat dari lima dimensi (Stuart dan Laraia, 2005) yaitu :

1. Dimensi Fisik, Manusia dibangun oleh sistem indera untuk menanggapi rangsangan eksternal yang diberikan oleh lingkungannya. Halusinasi dapat ditimbulkan oleh beberapa kondisi fisik seperti kelelahan yang luar biasa, penggunaan obat – obatan, demam hingga delirium, intoksikasi alkohol, dan kesulitan untuk tidur dalam waktu yang lama.
2. Dimensi Emosional, Perasaan cemas yang berlebihan atas dasar problem yang tidak dapat diatasi merupakan penyebab halusinasi itu terjadi. Isi dari halusinasi dapat berupa perintah memaksa dan menakutkan. Klien tidak sanggup lagi menentang perintah tersebut sehingga dengan kondisi tersebut klien berbuat sesuatu terhadap ketakutan tersebut.
3. Dimensi Intelektual, Dalam dimensi intelektual ini menerangkan bahwa individu dengan halusinasi akan memperlihatkan adanya penurunan fungsi ego. Pada awalnya, halusinasi merupakan usaha dari ego sendiri untuk melawan impuls yang menekan, namun merupakan suatu hal yang menimbulkan kewaspadaan yang dapat mengambil seluruh perhatian klien dan tak jarang akan mengontrol semua perilaku klien.
4. Dimensi Sosial, Dimensi sosial pada individu dengan halusinasi menunjukkan adanya kecenderungan untuk menyendiri. Individu asyik dengan halusinasinya, seolah – olah ia merupakan tempat untuk memenuhi kebutuhan akan interaksi sosial, kontrol diri, dan harga diri yang tidak didapatkan dalam dunia nyata. isi halusinasi dijadikan sistem

kontrol oleh individu tersebut sehingga jika perintah halusinasi berupa ancaman, maka individu tersebut bisa membahayakan orang lain. Oleh karena itu, aspek penting dalam melakukan atau melaksanakan intervensi keperawatan klien dengan mengupayakan suatu proses interaksi yang menimbulkan pengalaman interpersonal yang memuaskan, serta mengusahakan klien tidak menyendiri sehingga klien selalu berinteraksi dengan lingkungannya dan halusinasi tidak berlangsung.

5. Dimensi Spiritual, Manusia diciptakan oleh Tuhan sebagai makhluk sosial sehingga interaksi dengan manusia lainnya merupakan kebutuhan yang mendasar. Individu yang mengalami halusinasi cenderung menyendiri hingga proses di atas tidak terjadi, individu tidak sadar dengan keberadaannya sehingga halusinasi menjadi sistem kontrol dalam individu tersebut. Saat halusinasi menguasai dirinya, individu kehilangan kontrol kehidupan dirinya. (Stuart dan Laraia, 2005).



2.1 Gambar: rentang respon neurobiologist halusianasi (Stuart dan Laria,2005)

Halusinasi merupakan salah satu respon mal adaptif individu yang berada dalam rentang respon neurobiologist (Stuart dan Laraia, 2005). Ini merupakan respon persepsi paling mal adaptif. Jika klien sehat maka persepsinya akurat, mampu mengidentifikasi dan menginterorestasikan stimulus berdasarkan informasi yang diterima melalui pancaindra (pendengaran, penglihatan, penghidu, pengecap, dan perabaan), klien dengan halusinasi mempersepsikan suatu stimulus pancaindra walaupun sebenarnya stimulus tersebut tidak ada. Respon individu (yang karena suatu hal mengalami kelainan persepsi) yaitu salah mempersepsikan stimulus yang diterimanya yang disebut dengan ilusi. Klien mengalami ilusi jika interpretasi yang dilakukan terhadap stimulus pancaindera tidak akurat sesuai dengan stimulus yang diterima. Respon tersebut digambarkan seperti gambar diatas.

2.2.4 Faktor yang mempengaruhi terjadinya halusinasi

Halusinasi merupakan salah satu gejala dalam menentukan diagnosis klien yang mengalami psikotik, khususnya Skizofrenia Halusinasi dipengaruhi oleh faktor (Stuart dan Laria, 2005), di bawah ini antara lain:

1. Faktor predisposisi, adalah faktor resiko yang mempengaruhi jenis dan jumlah sumber yang dapat dibangkitkan oleh individu untuk mengatasi stress. Diperoleh baik dari klien maupun keluarganya, mengenai faktor perkembangan sosial kultular, biokimia, psikologis, dan genetik yaitu faktor resiko yang mempengaruhi jenis dan jumlah sumber yang dapat dibangkitkan oleh individu untuk mengatasi stress. Beberapa faktor predisposisi yang

berkontribusi pada munculnya respon neurobiology seperti pada halusinasi antara lain:

a. Faktor Genetik, telah diketahui bahwa secara genetik skizofrenia diturunkan melalui kromosom-kromosom tertentu. Namun demikian, beberapa kromosom yang menjadi faktor penentu gangguan ini sampai sekarang masih dalam tahap penelitian. Anak kembar identik memiliki kemungkinan mengalami skizofrenia sebesar 50%. Jika salah satunya mengalami skizofrenia, sementara jika dizygote peluang sebesar 15% mengalami skizofrenia, sementara bila orang tuanya skizofrenia maka peluangnya menjadi 35%.

b. Faktor Perkembangan, jika tugas perkembangan mengalami hambatan dan hubungan interpersonal terganggu, maka individu akan mengalami stres dan kecemasan

c. Faktor Neurobiology, ditemukan bahwa korteks pre frontal dan korteks limbic pada klien dengan skizofrenia tidak pernah berkembang penuh. Ditemukan juga pada klien skizofrenia terjadi penurunan volume dan fungsi otak yang abnormal. Neurotransmitter juga tidak ditemukan tidak normal, khususnya dopamine, serotonin dan glutamat.

d. Study neurotransmitter, skizofrenia diduga juga disebabkan oleh adanya ketidak seimbangan neurotransmitter serta dopamin berlebihan, tidak seimbang dengan kadar serotonin

e. Faktor biokimia, mempunyai pengaruh terhadap terjadinya gangguan jiwa dengan adanya stress yang berlebihan yang dialami seseorang, maka tubuh akan menghasilkan suatu zat yang dapat bersifat halusinogenik neurokimia seperti amfetamin dan Dimethyltransferase (DMP)

f. Teori Virus, paparan virus influenzae pada trimester ke-3 kehamilan dapat menjadi faktor predisposisi skizofrenia

g. Psikologis, beberapa kondisi psikologis yang menjadi faktor predisposisi skizofrenia, antara lain anak yang diperlakukan oleh ibu yang pencemas, terlalu melindungi, dingin dan tidak berperasaan, sementara ayah yang mengambil jarak dengan anaknya. Sementara itu hubungan interpersonal yang tidak harmonis serta adanya peran ganda yang betentangan dan sring diterima oleh anak akan mengakibatkan tress dan kecemasan yang tinggi dan berakhir dengan gangguan orientasi realitas.

h. Faktor Sosiokultural, berbagai faktor di masyarakat dapat menyebabkan seseorang merasa disingkirkan oleh kesepian terhadap lingkungan tempat klien dibesarkan.

2. Faktor Paresipitasi, yaitu stimulus yang dipersepsikan oleh individu sebagai tantangan, ancaman/tuntutan yang memerlukan energi ekstra untuk koping. Adanya rangsang lingkungan yang sering yaitu seperti partisipasi klien dalam kelompok, terlalu lama diajak komunikasi dan suasana sepi/isolasi sering sebagai pencetus terjadinya halusinasi karena hal tersebut dapat meningkatkan stress dan kecemasan yang merangsang tubuh mengeluarkan zat halusinogenetik. Disamping itu juga oleh karena proses penghambatan dalam proses tranduksi dari suatu impuls yang menyebabkan terjadinya penyimpangan dalam proses interpretasi dan interkoneksi sehingga dengan demikian faktor-faktor pencetus respon neurobiologis dapat dijabarkan sebagai berikut:

a. Berlebihnya proses informasi pada sistem syaraf yang menerima dan memproses informasi di thalamus dan frontal otak

- b. Mekanisme penghantaran listrik di syaraf terganggu (mekanisme gaitting abnormal)
- c. Gejala-gejala pemicu seperti kondisi kesehatan, lingkungan, sikap dan perilaku seperti yang tercantum di tabel berikut ini :

2.3 Gejala-gejala pencetus respon neurobiologi (Stuart, Laria, 2005)

KESEHATAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nutrisi kurang. 2. Kurang tidur. 3. Ketidakseimbangan irama sirkadian. 4. Kelelahan. 5. Infeksi. 6. Obat – obatan sistem syaraf pusat. 7. Kurangnya latihan. 8. Hambatan untuk menjangkau pelayanan kesehatan.
LINGKUNGAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lingkungan yang memusuhi, krisis. 2. Masalah di rumah tangga. 3. Kehilangan kebebasan hidup. 4. Perubahan kebiasaan hidup, pola aktifitas sehari – hari. 5. Kesukaran dalam hubungan dengan orang lain. 6. Isolasi sosial. 7. Kurangnya dukungan sosial. 8. Tekanan kerja (keterampilan dalam bekerja). 9. Kurangnya alat transportasi. 10. Ketidakmampuan dalam mendapatkan pekerjaan.
SIKAP PERILAKU	<ol style="list-style-type: none"> 1. Merasa tidak mampu (harga diri rendah). 2. Putus asa (tidak percaya diri). 3. Merasa gagal (kehilangan motivasi dalam menggunakan keterampilan diri). 4. Kehilangan kendali diri (demoralisasi). 5. Merasa mempunyai kekuatan yang berlebihan dengan gejala tersebut. 6. Merasa malang (tidak dapat memenuhi kebutuhan spiritual). 7. Bertindak tidak seperti orang lain dari segi usia maupun kebudayaan. 8. Rendahnya kemampuan sosialisasi. 9. Ketidakadekuatan pengobatan. 10. Perilaku agresif. 11. Perilaku kekerasan. 12. Ketidakadekuatan penanganan gejala.

2.2.5 Mekanisme koping

Mekanisme koping yang sering digunakan klien dengan halusinasi (Stuart, Laria, 2005) meliputi :

1. Regresi: menjadi malas beraktifitas sehari-hari
2. Proyeksi: mencoba menjelaskan gangguan persepsi dengan mengalihkan tanggung jawab kepada orang lain atau sesuatu benda
3. Menarik diri: sulit mempercayai orang lain dan asyik dengan stimulus internal
4. Keluarga mengingkari masalah yang dialami oleh klien

2.2.6 Validasi informasi tentang halusinasi

Halusinasi benar-benarnya dirasakan oleh klien yang mengalaminya, seperti mimpi saat tidur. Klien mungkin tidak punya cara untuk menentukan persepsi tersebut secara nyata. Sama halnya seperti seseorang yang mendengarkan siaran ramalan cuaca dan tidak lagi meragukan orang yang berbicara tentang cuaca tersebut. Ketidakmampuan untuk mempersepsikan stimulus secara riil dapat menyulitkan kehidupan klien. Karenanya halusinasi menjadi prioritas untuk segera diatasi. Sangat penting untuk memberi kesempatan klien untuk menjelaskan tentang halusinasi yang dialaminya secara leluasa. Perawat membutuhkan kemampuan untuk berbicara tentang halusinasi karena dengan perbincangan halusinasi dapat menjadi indikator sejauh mana gejala psikotik klien diatasi. Untuk memfasilitasinya. Klien perlu dibuat nyaman untuk menceritakan perihal halusinasinya. Klien yang mengalami halusinasi sering kecewa karena mendapatkan respon negatif ketika mereka menceritakan halusinasinya kepada orang lain. Karenanya banyak klien kemudian enggan untuk menceritakan pengalaman-pengalaman aneh halusinasinya.

Pengalaman halusinasi menjadi masalah untuk dibicarakan dengan orang lain. Kemampuan untuk bercakap-cakap tentang halusinasi yang dialami oleh

klien sangat penting untuk memastikan dan memvalidasi pengalaman halusinasi tersebut. Perawat harus memiliki ketulusan dan perhatian yang penuh untuk dapat memfasilitasi percakapan tentang halusinasi. Perilaku klien yang mengalami halusinasi sangat tergantung pada jenis halusinasinya, apakah halusinasinya merupakan halusinasi pendengaran, penglihatan, penghidu, pengecapan, perabaan, kinestetik, cenesthetic. Apakah perawat mengidentifikasi adanya tanda–tanda dan perilaku halusinasi, maka pengkajian selanjutnya harus dilakukan tidak hanya sekedar mengetahui jenis halusinasinya saja. Validasi informasi tentang halusinasi yang dilakukan meliputi :

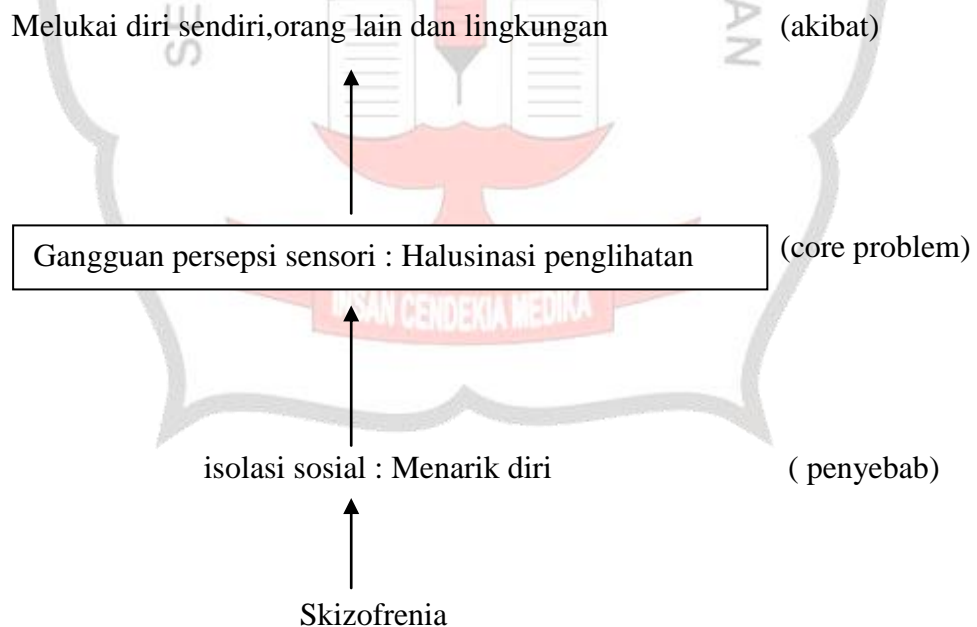
1. Isi Halusinasi, yang dialami oleh klien. Ini dapat dikaji dengan menanyakan suara siap yang didengar dan apa yang dikatakan berkata jika halusinasi yang dialami adalah halusinasi dengar. Bentuk bayangan bagaimana yang dilihat klien bila jenis halusinasinya adalah halusinasi penglihatan, bau apa yang dicium jika halusinasinya adalah halusinasi penghidu, rasa apa yang dikecap untuk halusinasi pengecapan, atau merasakan apa dipermukaan tubuh bila mengalami halusinasi perabaan.
2. Waktu dan Frekuensi Halusinasi, ini dapat dikaji dengan menanyakan kepada klien kapan pengalaman halusinasi muncul, berapa hari sekali, seminggu atau sebulan pengalaman halusinasi itu muncul. Informasi ini penting untuk mengidentifikasi pencetus halusinasi dan menentukan bilamana klien perlu diperhatikan saat mengalami halusinasi.
3. Situasi pencetus Halusinasi, perawat perlu mengidentifikasi situasi yang dialami klien sebelum mengalami halusinasi. Ini dapat dikaji dengan menanyakan kepada klien peristiwa atau kejadian yang dialami sebelum halusinasi ini muncul. Selain itu perawat juga bisa mengobservasi apa yang

dialami klien menjelang muncul halusinasi untuk memvalidasi pernyataan klien.

4. Respon klien, untuk menentukan sejauh mana halusinasi telah mempengaruhi klien, bisa dikaji dengan menanyakan apa yang dilakukan klien saat mengalami pengalaman halusinasi. Apakah klien masih bisa mengontrol stimulasi halusinasi atau sudah tidak berdaya lagi terhadap halusinasi (Stuart dan Laraia, 2005).

2.2.8 PATOFISIOLOGI

Menurut trimelia (2012), pohon masalah pada klien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi dengar dan perabaan sebagai berikut:



2.1 Pathway Halusinasi

2.2.9 Penatalaksanaan medis

Penatalaksanaan pada klien halusinasi dengan cara:

1. Menciptakan lingkungan yang terapeutik

Untuk mengurangi tingkat kecemasan, kepanikan dan ketakutan klien akibat halusinasi, sebaiknya pada permulaan pendekatan dilakukan secara individual dan usahakan agar terjadi kontak mata, kalau bisa klien disentuh atau dipegang. Klien jangan di isolasi baik secara fisik maupun emosional. Setiap perawat masuk ke kamar atau mendekati klien, bicaralah dengan klien. Begitu juga bila akan meninggalkannya hendaknya klien diberitahu. Klien diberitahu tindakan yang akan dilakukan. Diruangan itu hendaknya di sediakan sarana yang dapat merangsang perhatian dan mendorong klien untuk berhubungan dengan realitas, misalnya jam dinding, gambar atau hiasan dinding, majalah dan permainan.

2. Melaksanakan program terapi dokter

Sering kali klien menolak obat yang di berikan sehubungan dengan rangsangan halusinasi yang diterimanya. Pendekatan sebaiknya secara persuasif tapi intruktif. Perawat harus mengamati agar obat yang diberikan betul ditelan, serta reaksi obat yang diberikan.

3. Menggali permasalahan klien dan membantu mengatasi yang ada

Setelah klien lebih kooperatif dan komunikatif, perawat dapat menggali masalah klien yang merupakan penyebab timbulnya halusinasi serta membantu mengatasi masalah yang ada. Pengumpulan data ini juga dapat melalui keterangan keluarga klien atau orang lain yang dekat dengan klien.

4. Memberi aktivitas pada klien

Klien di ajak mengaktifkan diri untuk melakukan gerakan fisik, misalnya berolahraga, bermain atau melakukan kegiatan. Kegiatan ini dapat

membantu mengarahkan klien ke kehidupan nyata dan memupuk hubungan dengan orang lain. Klien di ajak menyusun jadwal kegiatan memilih kegiatan yang sesuai.

5. Melibatkan keluarga dan petugas lain dalam proses keperawatan

Keluarga klien dan petugas lain sebaiknya diberitahu tentang data klien agar ada kesatuan pendapat dan kesinambungan dalam proses keperawatan, misalnya dari percakapan dengan klien di ketahui bila sedang sendirian dia sering mendengar suara yang mengejek. Tapi bila ada orang lain di dekatnya suara-suara itu tidak terdengar jelas. Perawat menyarankan agar klien jangan menyendiri dan menyibukan diri dalam permainan atau aktivitas yang ada. Percakapan ini hendaknya di beritahukan pada keluarga klien dan petugas lain agar tidak membiarkan klien sendirian dan saran yang di berikan tidak bertentangan.

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Skizofrenia dengan Halusinasi

1. Identitas Klien

Identitas ditulis lengkap meliputi nama, usia dalam tahun, alamat, pendidikan, agama, status perkawinan, pekerjaan, jenis kelamin, nomer rekam medis dan diagnosa medisnya.

2. Alasan Masuk

Menanyakan kepada klien/ keluarga/ pihak yang berkaitan dan tulis hasilnya, apa yang menyebabkan klien datang kerumah sakit, apa yang sudah dilakukan oleh klien/ keluarga sebelumnya atau dirumah untuk mengatasi masalah ini dan bagaimana hasilnya. Klien dengan halusinasi biasanya dilaporkan oleh keluarga bahwa klien sering melamun, menyendiri dan terlihat berbicara sendiri, tertawa sendiri.

3. Riwayat Penyakit Sekarang

Menanyakan riwayat timbulnya gejala gangguan jiwa saat ini, penyebab munculnya gejala, upaya yang dilakukan keluarga untuk mengatasi dan bagaimana hasilnya.

4. Faktor predisposisi

Menanyakan apakah klien pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu, pengobatan yang pernah dilakukan sebelumnya, adanya trauma masa lalu, faktor genetik dan silsilah orang tuanya dan pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan.

5. Faktor presipitasi merupakan faktor pencetus yang meliputi sikap persepsi merasa tidak mampu, putus asa, tidak percaya diri, merasa gagal, merasa malang, kehilangan rendah diri, perilaku agresif, kekerasan, ketidak adekuatan pengobatan dan penanganan gejala stres pencetus pada umumnya mencakup kejadian kehidupan yang penuh dengan stress seperti kehilangan yang mempengaruhi kemampuan individu untuk berhubungan dengan orang lain dan menyebabkan ansietas.

6. Pemeriksaan Fisik

Mengkaji keadaan umum klien, tanda-tanda vital, tinggi badan/ berat badan, ada/ tidak keluhan fisik seperti nyeri dan lain-lain.

7. Pengkajian Psikososial

a. Genogram

Membuat genogram beserta keterangannya untuk mengetahui kemungkinan adanya riwayat genetik yang menyebabkan/ menurunkan gangguan jiwa.

b. Konsep Diri

Citra tubuh, bagaimana persepsi klien terhadap tubuhnya, bagian tubuhnya yang paling/tidak disukai.

- 1) Identitas diri, bagaimana persepsi tentang status dan posisi klien sebelum dirawat, kepuasan klien terhadap suatu/ posisi tersebut, kepuasan klien sebagai laki-laki atau perempuan.
- 2) Peran, bagaimana harapan klien terhadap tubuhnya, posisi, status, tugas/ peran yang harapannya dalam keluarga, kelompok, masyarakat dan bagaimana kemampuan klien dalam melaksanakan tugas/ peran tersebut.
- 3) Ideal diri, bagaimana harapan klien terhadap tubuhnya, posisi, status, tugas/ peran dan harapan klien terhadap lingkungan.
- 4) Harga diri, bagaimana persepsi klien terhadap dirinya dalam hubungannya dengan orang lain sesuai dengan kondisi dan bagaimana penilaian/ penghargaan orang lain terhadap diri dan lingkungan klien.

c. Hubungan Sosial

Mengkaji siapa orang yang berarti/ terdekat dengan klien, bagaimana peran serta dalam kegiatan dalam kelompok/ masyarakat serta ada/ tidak hambatan dalam berhubungan dengan orang lain.

d. Spiritual

Apa agama/ keyakinan klien. Bagaimana persepsi, nilai, norma, pandangan dan keyakinan diri klien, keluarga dan masyarakat setempat tentang gangguan jiwa sesuai dengan norma budaya dan agama yang dianut.

e. Status Mental

1. Penampilan

Observasi penampilan umum klien yaitu penampilan usia, cara berpakaian, kebersihan, sikap tubuh, cara berjalan, ekspresi wajah, kontak mata.

2. Pembicaraan

Bagaimana pembicaraan yang didapatkan pada klien, apakah cepat, keras. Gagap, inkoheren, apatis, lambat, membisu dan lain-lain.

3. Aktivitas motorik (psikomotor)

Aktivitas motorik berkenaan dengan gerakan fisik perlu dicatat dalam hal tingkat aktivitas (laterjik, tegang, gelisah, agitasi), jenis (TIK, tremor) dan isyarat tubuh yang tidak wajar.

4. Afek dan emosi

Afek merupakan nada perasaan yang menyenangkan atau tidak menyenangkan yang menyertai suatu pikiran dan berlangsung relatif lama dan dengan sedikit komponen fisiologis/ fisik serta bangga, kecewa. Emosi merupakan manifestasi afek yang ditampilkan/diekspresikan keluar, disertai banyak komponen fisiologis dan berlangsung relatif lebih singkat/spontan seperti sedih, ketakutan, putus asa, kuatir atau gembira berlebihan.

5. Interaksi selama wawancara

Bagaimana respon klien saat wawancara, kooperatif/tidak, bagaimana kontak mata dengan perawat dan lain-lain.

6. Persepsi sensori

Memberikan pertanyaan kepada klien seperti “apakah anda sering mendengar suara saat tidak ada orang? Apa anda mendengar suara yang tidak dapat anda lihat? Apa yang anda lakukan oleh suara itu. Memeriksa ada/ tidak halusinasi, ilusi.

7. Proses pikir

Bagaimana proses pikir klien, bagaimana alur pikirnya (koheren/inkoheren), bagaimana isi pikirannya realitas/ tidak.

8. Kesadaran

Bagaimana tingkat kesadaran klien menurun atau meninggi.

9. Orientasi.

Bagaimana orientasi klien terhadap waktu, tempat dan orang

10. Memori

Apakah klien mengalami gangguan daya ingat, seperti: efek samping dari obat dan dari psikologis.

11. Tingkat konsentrasi dan berhitung

Apakah klien mengalami kesulitan saat berkonsentrasi, bagaimana kemampuan berhitung klien, seperti: disaat ditanya apakah klien menjawab pertanyaan sesuai dengan yang ditanyakan oleh observer.

Pada proses pengkajian, data penting yang perlu diketahui saudara dapatkan adalah :

a. Jenis halusinasi

b. Berikut adalah jenis-jenis halusinasi, data objektif dan subjektifnya. Dan objektifnya dapat dikaji dengan cara melakukan wawancara dengan pasien. Melalui data ini perawat dapat mengetahui isi halusinasi pasien.

2.4 Kemampuan Penilaian Halusinasi

Jenis halusinasi	Data objektif	Data subjektif
-------------------------	----------------------	-----------------------

Halusinasi dengar	<ul style="list-style-type: none"> - Bicara atau tertawa sendiri - Marah-marah tanpa sebab - Menyedengkan telinga kearah tertentu - Menutup telinga 	<ul style="list-style-type: none"> -Mendengar suara atau kegaduhan - Mendengar suara yang bercakap-cakap - mendengar suara menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya
Halusinasi penglihatan	<ul style="list-style-type: none"> - Menunjuk nunjuk kearah tertentu - Ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas 	<ul style="list-style-type: none"> - Melihat bayangan sinar bentuk kartoon, melihat hantu atau monster
Halusinasi penghiduan	<ul style="list-style-type: none"> - Menghidu seperti sedang membaui bau bauan tertentu - Menutup hidung 	<ul style="list-style-type: none"> Membaui bau-bauan seperti bau darah, urine, feces, kadang-kadang bau itu menyenangkan
Halusinasi pengecapan	<ul style="list-style-type: none"> - Sering meludah - Muntah 	<ul style="list-style-type: none"> - Meraskan rasa seperti darah, urine, atau feces
Halusinasi perabaan	<ul style="list-style-type: none"> - Menggaruk-garuk permukaan kulit 	<ul style="list-style-type: none"> - Mengatakan ada serangga dipermukaan kulit - Merasa seperti tersengat listrik

1. Daya tilik diri

Apakah klien mengingakari penyakit yang diderita, apakah klien menyalahkan hal-hal diluar dirinya.

2. Kebutuhan persiapan pulang

Apakah dalam melakukan kebutuhan sehari-hari seperti makan, BAB/BAK, mandi, berpakaian/ berhias, istirahat tidur, penggunaan obat, pemeliharaan kesehatan, kegiatan didalam rumah/luar rumah memerlukan bantuan atau pendampingan dari perawat/keluarga.

3. Mekanisme Koping

Perilaku yang mewakili upaya melindungi diri sendiri dari pengalaman yang menakutkan berhubungan dengan respon neurobiologik.

4. Masalah Psikososial dan Lingkungan

Setiap perubahan dalam kehidupan individu baik yang bersifat psikologis atau social yang memberikan pengaruh timbale balik dan dianggap berpotensi cukup besar sebagai faktor penyebab terjadinya gangguan jiwa atau gangguan kesehatan secara nyata atau sebaliknya masalah kesehatan jiwa yang berdampak pada lingkungan sosial.

5. Pengaruh kurang pengetahuan

Suatu keadaan dimana seorang individu atau kelompok mengalami defisiensi pengetahuan kognitif atau ketrampilan-ketrampilan psikomotor berkenaan dengan kondisi atau rencana pengobatan.

12. Analisa Data

Tabel 2.4 Analisa Data

Data	Masalah Keperawatan
Subyektif : 1. Klien mengatakan mendengarkan bisikan / melihat bayangan. 2. Klien menyatakan senang dengan suara – suara / senang melihat bayangan tersebut.	Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi.
Obyektif : 1. Klien terlihat bicara sendiri, tertawa sendiri, sering melamun, menyendiri dan marah-marah tanpa sebab	

Subyektif :

Gangguan Persepsi Sensori :

3. Klien mengatakan mendengarkan bisikan / melihat bayangan.

Halusinasi.

4. Klien menyatakan senang dengan suara – suara / senang melihat bayangan tersebut.

Obyektif :

2. Klien terlihat bicara sendiri, tertawa sendiri, sering melamun, menyendiri dan marah-marah tanpa sebab

13. Diagnosa Keperawatan.

Gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran

14. Rencana Keperawatan Klien Gangguan Persepsi sensori:(halusinasi dengar)

Tabel 2.5 Rencana Tindakan Keperawatan pada Halusinasi

Nama klien : Diagnosa Medis :

Ruangan : No. RM :

Tgl	No.	Diagnosa	Rencana tindakan keperawatan		
		keperawata	Tujuan (umum dan khusus)		Tindakan keperawatan
		Gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran	1. Klien dapat membina hubungan saling percaya.	1	Bina hubungan saling percaya dengan klien: beri salam terapeutik (panggil nama klien), sebutkan nama perawat, jelaskan tujuan interaksi, ciptakan lingkungan yang tenang, buat kontrak yang jelas (topik yang

dibicarakan, waktu dan tempat).

a. yakinkan bahwa kerahasiaan klien senantiasa terjaga

b. tanyakan harapan terhadap pertemuan

2 Dorong dan beri kesempatan untuk klien mengungkapkan perasaannya

3 Dengarkan ungkapan klien dengan empati

2. Klien mampu mengenali halusinasi yang dialami, dan mengikuti program pengobatan secara optimal

4 Lakukan pengkajian data (sesuai format pengkajian).

1 Identifikasi jenis, isi dan frekuensi halusinasi klien

2 Identifikasi situasi yang menimbulkan halusinasi

3 Identifikasi respons klien terhadap halusinasi

4 Bimbing klien memasukkan dalam jadwal harian.

3. Klien

mampu mengontrol halusinasinya

1 evaluasi masalah dan latihan sebelumnya

2 latih klien cara mengontrol

halusinasi dengan menghardik

3 latih cara mengontrol halusinasi dengan berbincang dengan orang lain

4 latih klien cara mengontrol halusinasi dengan kegiatan (yang bisa dilakukan klien)

5 Menjelaskan cara mengontrol halusinasi dengan teratur minum obat(prinsip 6benar minum obat)

6 Masukkan dalam jadwal kegiatan klien

Implementasi keperawatan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran

a. Klien.

SP 1 :

1. BHSP
2. Mengidentifikasi jenis halusinasi klien
3. Mengidentifikasi isi halusinasi klien
4. Mengidentifikasi frekuensi halusinasi klien
5. Mengidentifikasi situasi yang menimbulkan halusinasi
6. Mengidentifikasi respons klien terhadap halusinasi
7. Melatih klien cara mengontrol halusinasi dengan menghardik
8. Membimbing klien memasukan dalam jadwal harian.

SP 2:

1. Mengevaluasi masalah dan latihan sebelumnya

2. Melatih cara mengontrol halusinasi dengan berbincang dengan orang lain
3. Membimbing klien memasukkan jadwal kegiatan harian

SP 3:

1. Mengevaluasi masalah dan latihan sebelumnya
2. Melatih klien cara mengontrol halusinasi dengan kegiatan (yang bisa dilakukan klien)
3. Membimbing klien memasukkan jadwal kegiatan harian

SP 4:

1. Mengevaluasi masalah dan latihan sebelumnya
2. Menjelaskan cara mengontrol halusinasi dengan teratur minum obat(prinsip 6 benar minum obat)
3. Membimbing klien memasukkan jadwal kegiatan

b. Keluarga.

SP 1:

1. Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat klien
2. Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala, halusinasi yang dialami klien beserta proses terjadinya
3. Menjelaskan cara-cara merawat klien halusinasi.

SP 2:

1. Melatih keluarga mempraktekkan cara merawat klien dengan halusinasi
2. Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada klien halusinasi

SP 3:

1. Membantu keluarga membuat jadwal aktivitas dirumah termasuk minum obat(*discharge planing*)

2. Menjelaskan *follow up* klien setelah pulang

15. Evaluasi keperawatan

16. Tabel 2.6 Evaluasi Keperawatan Halusinasi

Waktu.	Tindakan keperawatan.	Evaluasi.
		S: respon subyek klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan
		O: respon obyek klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan
		A: analisa terhadap data subyek untuk menyimpulkan apakah masalah masih ada/telah teratasi atau muncul masalah baru
		P: perencanaan tindak lanjut berdasarkan analisa respon klien

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1. Desain Penelitian

Desain penelitian yang digunakan adalah studi kasus. Studi kasus yang menjadi pokok bahasan penelitian ini adalah digunakan untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan pada klien Skizofrenia paranoid dengan masalah keperawatan gangguan persepsi sensori : Halusinasi Penglihatan

3.2. Batasan Batasan Istilah

Untuk menghindari kesalahan dalam memahi judul penelitian, maka peneliti sangat perlu memberikan batasan istilah yang digunakan dalam penelitian ini sebagai berikut :

3.2.1 Asuhan keperawatan adalah suatu metode yang sistematis dan terorganisasi dalam pemberian asuhan keperawatan, yang difokuskan pada reaksi dan respons untuk individu pada suatu kelompok atau perorangan terhadap gangguan kesehatan yang dialami, baik aktual maupun potensial.

3.2.2 Halusinasi adalah suatu gangguan persepsi sensori tentang suatu objek atau gambaran dan pikiran yang sering terjadi tanpa adanya rangsangan dari luar yang dapat melputi semua sistem penginderaan (Stuart dan Laraia, 2005).

3.2.3 Skizofrenia sebagai penyakit neurologis yang mempengaruhi persepsi klien, cara berfikir, bahasa, emosi, dan perilaku sosialnya (Melinda Hermann, 20

3.2.4 Masalah: Diartikan sebagai penyimpangan antara yang seharusnya dengan apa yang benar-benar terjadi, antara teori dengan praktek, antara aturan dengan pelaksanaan, antara rencana dengan pelaksanaan.

3.3 Partisipan

Partisipan dalam keperawatan adalah pasien dan keluarga. Subyek yang digunakan adalah 2 klien (2 kasus). Subyek yang digunakan dalam penelitian ini adalah dewasa lanjut dengan masalah keperawatan dan diagnose medis yang sama, yaitu klien Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Penglihatan dengan masalah Skizofrenia paranoid

3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

3.4.1 Lokasi

Studi kasus ini dilaksanakan di ruang Flamboyan RSJ Menur Surabaya.

3.4.2 Waktu

Waktu yang ditetapkan adalah pada tanggal januari 2017 dan pada saat klien MRS sampai klien pulang atau klien dirawat minimal 3 hari. Jika sebelum 3 hari klien sudah pulang, maka perlu penggantian klien dan bila perlu dilanjutkan dalam bentuk *home care*.

3.5 Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subjek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam suatu penelitian (Nursalam, 2011). Dalam studi kasus ini menggunakan metode pengumpulan data dalam penelitian deskriptif, yaitu :

1. Wawancara

Wawancara berisi tentang identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang-dahulu-keluarga dll. Dalam mencari informasi, peneliti melakukan 2 jenis wawancara, yaitu autoanamnesa (wawancara yang dilakukan dengan subjek (klien) dan aloanamnesa (wawancara dengan keluarga klien).

2. Observasi dan pemeriksaan fisik

Observasi merupakan hasil perbuatan jiwa secara aktif dan penuh perhatian untuk menyadari adanya rangsangan. Pengamatan dapat dilakukan dengan seluruh alat indra, tidak terbatas hanya pada apa yang dilihat (Saryono, 2013). Beberapa informasi yang diperoleh dari hasil observasi adalah ruang (tempat), pelaku, kegiatan, objek, perbuatan, kejadian atau peristiwa, waktu dan perasaan. Alasan peneliti melakukan observasi adalah untuk menyajikan gambaran realistik perilaku atau kejadian, untuk menjawab pertanyaan, untuk membantu mengerti perilaku manusia dan untuk evaluasi yaitu melakukan pengukuran terhadap aspek tertentu melakukan umpan balik terhadap pengukuran tersebut.

Observasi ini menggunakan observasi partisipasi (participant observation) adalah metode pengumpulan data yang digunakan untuk menghimpun data studi kasus melalui pengamatan. Pemeriksaan pada studi kasus ini dengan pendekatan komunikasi terapeutik pada klien.

3. Studi Dokumentasi

Studi dokumentasi merupakan kegiatan mencari data atau variabel dari sumber berupa catatan, transkrip, buku, surat kabar, majalah, prasati, notulen rapat, agenda, dan sebagainya. Yang diamati dalam studi dokumentasi adalah benda mati (Saryono, 2013). Dalam studi kasus ini menggunakan studi dokumentasi berupa catatan hasil dari pemeriksaan diagnostik dan data lain yang relevan.

3.6 Uji Keabsahan Data

Uji keabsahan data dimaksudkan untuk menghasilkan validitas data studi kasus yang tinggi. Disamping integritas peneliti (karena peneliti menjadi instrument utama), uji keabsahan data dilakukan dengan:

1. Memperpanjang waktu pengamatan/tindakan sampai kegiatan studi kasus berakhir dan memperoleh validitas tinggi. Dalam studi kasus ini waktu yang ditentukan adalah 3 hari akan tetapi apabila belum mencapai validitas data yang diinginkan maka waktu untuk mendapatkan data studi kasus diperpanjang satu hari, sehingga waktu yang diperlukan dalam studi kasus adalah 4 hari.
2. Sumber informasi tambahan menggunakan triangulasi dari tiga sumber data utama yaitu klien, keluarga dan perawat.

3.7 Analisa data

Analisa data dilakukan sejak peneliti dilapangan, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua data terkumpul. Analisa data dilakukan dengan cara mengemukakan fakta, selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada dan selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada dan selanjutnya dituangkan dalam opini pembahasan. Teknik analisis yang digunakan dengan cara menarasikan jawaban-jawaban yang diperoleh dari hasil interpretasi wawancara mendalam yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah. Teknik analisis digunakan dengan cara observasi oleh peneliti dan studi dokumentasi yang menghasilkan data untuk selanjutnya diinterpretasikan dan dibandingkan teori yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut.

Langkah-langkah analisis data pada studi kasus, yaitu :

1. Pengumpulan data

Data dikumpulkan dari hasil WOD (wawancara, observasi, dokumentasi) hasil studi di tempat pengambilan studi kasus. Hasil ditulis dalam bentuk catatan, kemudian disalin dalam bentuk transkrip (catatan terstruktur).

2. Mereduksi data

Data hasil wawancara seluruh data yang diperoleh dari lapangan ditelaah, dicatat kembali dalam bentuk uraian atau laporan yang lebih rinci dan sistematis dan dijadikan satu dalam bentuk transkrip dan dikelompokkan menjadi data subjektif dan objektif, dianalisis berdasarkan hasil pemeriksaan diagnostik kemudian dibandingkan nilai normal.

3. Penyajian data

Penyajian data dapat dilakukan dengan tabel, gambar, bagan maupun teks naratif. Kerahasiaan dari klien dijamin dengan jalan mengaburkan identitas dari klien.

4. Kesimpulan

Dari data yang disajikan, kemudian data dibahas dan dibandingkan dengan hasil-hasil penelitian terdahulu dan secara teoritis dengan perilaku kesehatan. Penarikan kesimpulan dilakukan dengan metode induksi. Data yang dikumpulkan terkait dengan data pengkajian, diagnosis, perencanaan, tindakan, dan evaluasi.

3.8 Etika Penelitian

Dicantumkan etika yang mendasari penyusunan studi kasus, terdiri dari :

1. *Informed Consent* (persetujuan menjadi klien)

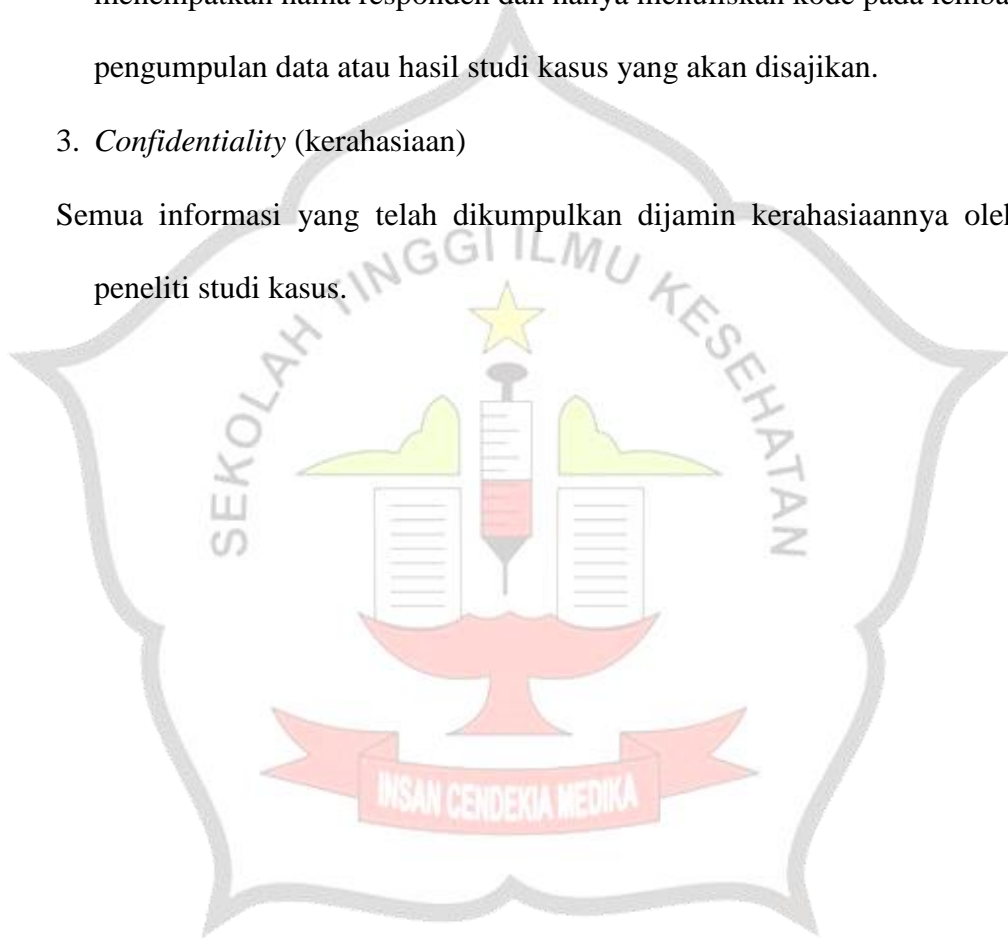
Memberikan bentuk persetujuan antara dan responden studi kasus dengan memberikan lembar persetujuan. Tujuan *Informed Consent* adalah agar subjek mengerti maksud dan tujuan studi kasus.

2. *Anonimity* (tanpa nama)

Masalah etika studi kasus merupakan masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subjek studi kasus dengan cara memberikan atau menempatkan nama responden dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil studi kasus yang akan disajikan.

3. *Confidentiality* (kerahasiaan)

Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti studi kasus.



BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil

4.1.1 Gambaran lokasi pengambilan data

Pada studi kasus ini penelitian dilakukan di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya yang beralamat di Jl.Menur No.120 Surabaya, Jawa Timur.. RSJ Menur Surabaya adalah rumah sakit negeri kelas A. di RSJ Menur Surabaya sudah memiliki banyak dokter spesialis mulai dari spesialis Umum, spesialis Gigi dan spesialis bedah. Ruang Flamboyan merupakan Ruangan kelas III khusus perempuan yang memiliki 2 ruangan yang pertama dengan 20 bed, yang kedua dengan 30 bed, kasus yang sering di temukan di ruang flamboyan adalah gangguan persepsi sensori mulai dari halusinasi pendengaran, halusinasi penglihatan, halusinasi pengecapan. Perilaku kekerasan, dan Isolasi Sosial menarik diri.

4.1.2 Pengkajian

1. Klien A

Tgl pengkajian : 23-01-2017

jam : 08.30 WIB

RM No. :0407XX

Inisial : Ny”N” (P)

Umur : 35 Tahun

Informan : Klien

Pendidikan : SLTA

II. ALASAN MASUK

Klien mengatakan orang seperti melihat bayangan yang menakutinya, ngomel-ngomel, ketika klien dikurung dan merasa kesal akhirnya memecahkan kaca rumah, kemudian klien mengatakan dikurung ibunya.

III. FAKTOR PREDISPOSISI

1. Pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu ? : tidak
2. Pengobatan sebelumnya. : -
3. klien tidak mengalami aniaya fisik, aniaya seksual, penolakan dan kekerasan keluarga.

Jelaskan No. 1, 2, 3 : klien mengatakan belum pernah di rawat di RS dan tidak pernah mengalami sakit seperti ini.

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah

4. Adakah anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa : Tidak

Hubungan keluarga	Gejala	Riwayat pengobatan / perawatan
Tidak ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa	tidak ada gejala gangguan jiwa	tidak ada riwayat pengobatan / perawatan jiwa pada keluarga

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

5. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan

Klien merasa kehilangan suaminya karena bercerai dengan tidak adanya problem/ masalah .

Masalah Keperawatan : Respon Pasca Trauma

IV. FISIK

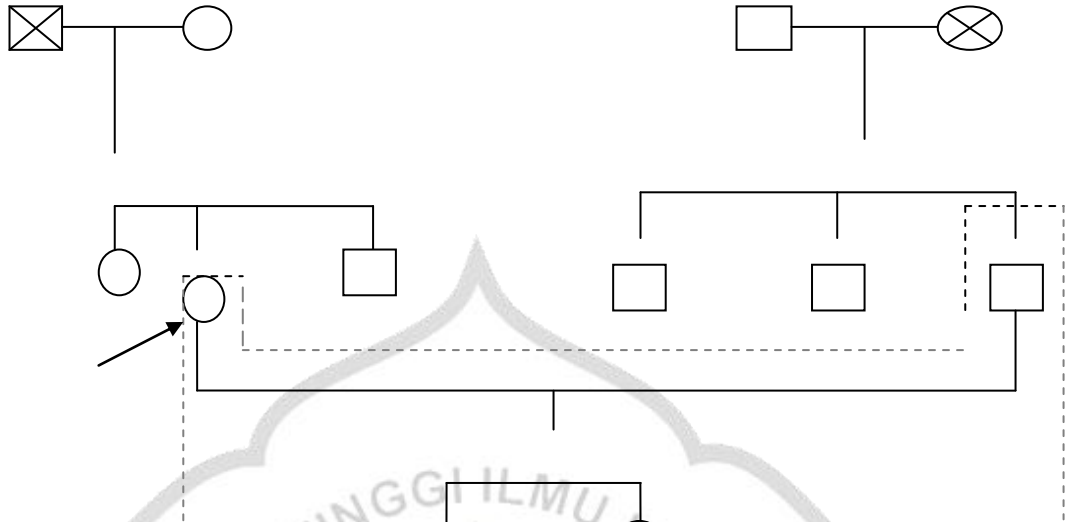
Pemeriksaan Fisik	Hasil
Tanda – tanda vital	TD : 110/70 mmHg N : 112 x/menit S : 36,2°C RR : 20 x/menit
Ideal Tubuh	TB : 152 CM BB : 46 KG
Keluhan Fisik	Sering mengantuk pada pagi hari, tangannya kesemutan.

Jelaskan : Klien mempunyai riwayat Penyakit Diabetes Mellitus

Masalah keperawatan : Diabetes Mellitus

V. PSIKOSOSIAL

1. Genogram



Gambar 2.1 genogram Ny.N

Keterangan :



: laki- laki



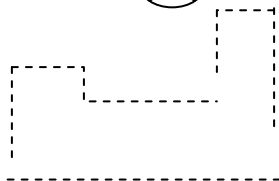
: Perempuan



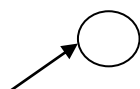
: laki-laki meninggal



: perempuan meninggal



: tinggal serumah



: Klien

Pengkajian psikososial genogram, klien merupakan anak kedua dari 3 bersaudara dan tinggal bersama ibu, ayah dan adiknya. Klien mengatakan keluarganya tidak ada yang mengalami gangguan jiwa.

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

2. Konsep diri

a. Gambaran diri : klien mengatakan suka dengan mata dari tubuhnya

b. Identitas : klien merupakan anak kedua dari tiga bersaudara

c. Peran : klien berperan sebagai ibu dan masih tinggal dengan ibu, bapak dan anak-anaknya.

d. Ideal diri : klien ingin cepat sembuh agar dapat berkumpul seperti biasanya dengan keluarga

e. Harga diri : klien merasa bangga memiliki dua orang anak yang ganteng dan cantik, baik dan penyayang.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah Keperawatan

3. Hubungan Sosial

a. Orang yang berarti : Klien mengatakan orang yang berarti adalah anak-anaknya

- b. Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat : Klien kooperatif selalu mengikuti kegiatan yang diadakan mahasiswa seperti TAK dan ikut rehabilitasi
- c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang Lain : Klien tidak ada hambatan dalam berhubungan dengan orang lain

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

4. Spiritual

- a. Nilai dan keyakinan : klien dapat menyebut nama Allah SWT, tetapi klien tidak mau menjalankan ibadah shalat
- b. Kegiatan ibadah : klien tidak beribadah selama sakit

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

VI. STATUS MENTAL

1. Penampilan : penampilan klien bersih dan rapi

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

2. Pembicaraan : lancar dan selalu menjawab jika ditanya

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

3. Aktivitas Motorik :Gelisah karena klien melihat nur zahrotul sebagai teman sekolahnya

dengan sebutan fitriyah, melihat genderuwo di pojokan ruangan, melihat temannya di ruangan / perawat sebagai anaknya laki-laki dan perempuan.

Masalah Keperawatan : Halusinasi Penglihatan

4. Alam perasaan :Gelisah,labil saat melihat orang lain seperti anak/temannya.

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

5. Afek : Klien mendengarkan apa yang orang lain dengar

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

6. Interaksi selama wawancara :Kooperatif dan mau menjawab pertanyaan-pertanyaan

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

7. Persepsi : Gelisah karena klien melihat nur zahrotul dengan sebutan fitriyah/teman semasa sekolahnya, melihat genderuwo di pojokan ruangan, melihat temannya / perawat sebagai anaknya laki-laki dan perempuan

Masalah Keperawatan : Halusinasi penglihatan

8. Proses Pikir : Klien menjawab saat ditanya dengan perawat

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

9. Isi Pikir : Klien tidak mengalami waham

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

10. Tingkat kesadaran : Kesadaran dapat mengetahui waktu dan tempat dimana klien sekarang

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

11. Memori : Tidak ada gangguan daya ingat

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

12. Tingkat konsentrasi dan berhitung : Konsentrasi baik dan mampu berhitung

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

13. Kemampuan penilaian : Tidak menganggap sebagai sebuah gangguan apabila melihat nur seperti fitriyah, tetapi mengganggu ketika melihat makhluk halus yang ada di ruangan.

Masalah Keperawatan : Halusinasi penglihatan

14. Daya tilik diri : klien mengatakan bahwa dirinya sedang sakit jiwa

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

VII. Kebutuhan Persiapan Pulang

1. Makan : Tanpa bantuan / mandiri

2. BAB/BAK : Tanpa bantuan / mandiri

Jelaskan : Klien mampu melakukan kebutuhan persiapan pulang dengan mandiri

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3. Mandi : Klien mandi dengan mandiri

4. Berpakaian/berhias : Klien berpakaian /berhias sendiri tanpa bantuan orang lain

5. Istirahat dan tidur

a. Tidur siang lama : 13:00 s/d 14:00

b. Tidur malam lama : 20:00 s/d 04:00

c. Kegiatan sebelum / sesudah tidur : klien sebelum tidur biasanya menonton tv dan ngobrol dengan teman, kegiatan setelah bangun tidur saat pagi hari yaitu senam dan sarapan .

6. Penggunaan obat : bantuan minimal

7. Pemeliharaan Kesehatan

Perawatan lanjutan : Ya

Perawatan pendukung : Ya

8. Kegiatan di dalam rumah

Mempersiapkan makanan : Ya

Menjaga kerapihan rumah : Ya

Mencuci pakaian : tidak

Pengaturan keuangan : tidak

9. Kegiatan di luar rumah

Belanja : tidak

Transportasi : tidak

Lain-lain : Ya

Jelaskan : klien mengatakan jika dirumah melakukan senam, belanja, mendengarkan pengajian.

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

VIII. Mekanisme Koping

Adaptif

Maladaptif

Bicara dengan orang lain

Minum alkohol

Mampu menyelesaikan masalah

reaksi lambat/berlebih

Teknik relaksasi

bekerja berlebihan

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Aktivitas konstruktif | <input type="checkbox"/> menghindar |
| <input checked="" type="checkbox"/> Olahraga | <input type="checkbox"/> mencederai diri |
| <input type="checkbox"/> Lainnya | <input type="checkbox"/> lainnya : |

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

IX. Masalah Psikososial dan Lingkungan:

1. Masalah dengan dukungan kelompok, spesifik : Tidak ada masalah dengan dukungan kelompok
2. Masalah berhubungan dengan lingkungan, spesifik : Klien mampu berhubungan dengan lingkungan puri mitra RSJ Menur Surabaya.
3. Masalah dengan pendidikan, spesifik: Tidak ada masalah dengan pendidikan saat sekolah sampai lulus SMK
4. Masalah dengan pekerjaan, spesifik : Klien bekerja sebelum berumah tangga, sebagai buruh pabrik .
5. Masalah dengan perumahan, spesifik : Klien tinggal bersama orang tua dan anak-anaknya
6. Masalah ekonomi, spesifik: klien tidak bekerja karena sakit gangguan jiwa
7. Masalah dengan pelayanan kesehatan, spesifik: klien mempunyai riwayat Diabetes Mellitus
8. Masalah lainnya, spesifik: klien tidak mempunyai masalah lainnya

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

X. Pengetahuan Kurang Tentang:

- | | |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Penyakit jiwa | <input checked="" type="checkbox"/> system pendukung |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

- Faktor presipitasi penyakit fisik
 Koping obat-obatan
 Lainnya :

Masalah Keperawatan : kurang pengetahuan

XI. Aspek Medik

Diagnosa Medik : F.20.1 (skizofrenia paranoid)

Terapi Medik : Risperidone 2mg 1 – 0 – 1 tab

Clozapin 100mg 0 – 0 – ½ tab

Thd 2mg 1 – 0 – 1 tab

Haloperidol 5mg 1 – 0 – 1 tab

Depakote 250mg 0 – 0 – 1 tab

XII. Daftar Masalah Keperawatan

1. Halusinasi Penglihatan
2. Harga diri rendah
3. Gangguan alam pikir
4. Kurang pengetahuan

XIII. PEMERIKSAAN PENUNJANG

HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM

Tgl sampel	: 21-12-2016	No.Rm	: 0407XX
Nama	: Ny.N	Jam	: 08:56
Tgl lahir	: 29-03-1981	Jenis kelamin	: perempuan

NAMA	METODE	HASIL	SATUAN	NILAI
PEMERIKSAAN	IFCC 37C	20	∅/l	NORMAL
	IFCC 37C	9	∅/l	L : 37 P : 91 L : 40 P : 31
SGOT				
SGPT				
FAAL GINJAL	L/V	7.9	mg/dl	
(RFT)		8,9	g/dl	4.5 – 23
BUN	Jalle tanpa			
deprat		4.8	mg/dl	L : 0.6- 1.1 P : 0.5
Creatinin				1.2
Asam urat	Uricase PAP	154	mg/dl	L : 3.4-7.0 P : 2.5 5.0
GULA DARAH				
Gula Puasa	GOD PAP	118	mg/dl	
(BSN)		40	mg/dl	75-115
LEMAK	CHOD PAP			
	GPO PAP			
Cholesterol Total				<200
Trigliserida				<150

XIII. Daftar Diagnosa Keperawatan

1. Halusinasi Penglihatan

XIV. Analisa Data

NAMA: klien A NIRM: 0407XX

RUANGAN:FLAMBOYAN

DATA	ETIOLOGI	MASALA H
Ds: klien mengatakan melihat hantu/gender uwo, n teman smk nya.	Melukai diri sendiri,orang lain dan lingkungan	Halusinasi penglihatan
I:hantu yang membuat hidupnya terganggu	Gangguan persepsi sensori : Halusinasi penglihatan	
F:kadang-kadang T: setiap saat dan kadang tiba-tiba	Isolasi sosial : Menarik diri	
R:klien merasa gelisah dan takut	Skizofrenia	
Do: - klien ngomel-ngomel sendiri - Klien suka menyanyi sendiri - Gelisah - Menetapkan pandangan ke satu titik		

INTERVENSI KEPERAWATAN JIWA

Nama klien : Klien I

No.RM : 0407XX

Ruangan : Flamboyan

	Diagnosa Keperawatan	Intervensi Keperawatan			Rasional.
		Tujuan	Kriteria Hasil	Rencana Keperawatan	
1.	Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi penglihatan.	<p>Tujuan Umum : klien dapat mengenali, mengontrol, memutuskan halusinasinya.</p> <p>Tujuan Khusus : TUK 1 : klien dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat.</p>	<p>Setelah dilakukan 1x pertemuan, klien dapat berinteraksi dan berkomunikasi dengan perawat.</p> <p>Evaluasi : klien masih belum bisa diajak berinteraksi.</p>	<p>1. Bina hubungan saling percaya dengan cara :</p> <ol style="list-style-type: none"> Sapa klien dengan sopan, ramah baik secara verbal maupun non verbal. Perkenalkan diri dengan sopan. Tanyakan nama klien dan nama panggilan klien yang disukai. Jelaskan tujuan dilakukan kontak atau pertemuan dengan klien. Bersikap jujur dan 	<p>1. Akan membantu mempermudah kerjasama agar klien lebih kooperatif.</p>

					menepati janji. f. Perhatikan kebutuhan dasar klien.	
			TUK 2 : klien dapat mengenal halusinasinya.	Setelah dilakukan 1 x interaksi, klien dapat mengerti jelas waktu, isi, frekuensi, situasi dan kondisi yang menimbulkan halusinasi.	<ul style="list-style-type: none"> a. Adakan kontak sering dan singkat dengan klien. b. Observasi perilaku yang berhubungan dengan halusinasi. c. Menerima halusinasi sebagai hal yang nyata bagi klien dan tidak nyata bagi perawat. d. Identifikasi bersama klien waktu munculnya, isi, dan frekuensi halusinasi. e. Diskusikan dengan klien mengenai perasaannya 	2. Untuk mengurangi waktu kosong bagi klien sehingga klien dapat mengurangi frekuensi halusinasi.
			TUK 3 : klien dapat mengendalikan halusinasinya.	Setelah dilakukan 1x interaksi, klien dapat menyebutkan tindakan	<ul style="list-style-type: none"> A. Identifikasi bersama klien tindakan yang bisa dilakukan bila halusinasi terjadi. B. Bersama klien merencanakan kegiatan sehari – hari untuk 	3. Untuk mempermudah klien mengendalikan halusinasinya dengan teknik yang telah dipilih oleh klien.

				yang bisa mengendalikan / mengatasi halusinasinya.	<p>mencegah terjadinya halusinasi.</p> <p>C. Dorong klien untuk memilih cara yang akan digunakan dalam mengendalikan halusinasi.</p> <p>D. Dorong klien untuk melakukan tindakan sesuai dengan cara yang telah dipilih klien untuk mengendalikan halusinasi.</p> <p>E. Diskusikan dengan klien hasil upaya yang telah dilakukan.</p>	
			TUK 4 : klien dapat mengkonsumsi obat untuk mengendalikan halusinasinya.	Setelah dilakukan 1x Interaksi klien menyebutkan manfaat dan kerugian minum obat.	<p>a. Diskusikan dengan klien dan keluarga tentang obat yang akan di konsumsi untuk mengendalikan halusinasinya.</p> <p>b. Bantu klien untuk minum obat karena sudah sesuai dengan anjuran dokter.</p> <p>c. Observasi tanda dan gejala akibat efek</p>	4. Meningkatkan kesadaran klien akan pentingnya obat dan kesembuhannya.

					samping obat. d. Bantu klien menggunakan obat sesuai 5 prinsip (benar obat, benar dosis, benar klien, benar pemberian, dan benar waktu)	
			TUK 5 : klien mendapat dukungan keluarga untuk mengendalikan halusinasinya.	Setelah dilakukan 1x interaksi keluarga setuju untuk mendukung klien untuk mengendalikan halusinasinya.	A. BHSP dengan keluarga. B. Berikan keluarga pengetahuan tentang pengertian halusinasi, tanda dan gejala halusinasi, penyebab halusinasi, dll) C. Diskusikan dengan keluarga tentang cara merawat klien jika sudah pulang kerumah.	5. Keluarga merupakan orang terdekat dari klien sehingga mudah untuk membantu mengendalikan halusinasi yang terjadi pada klien.

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Nama : Klien I

No.RM : 0407XX

Ruangan : Flamboyan

Diagnosa keperawatan	23 Januari 2014	24 Januari 2017	25 Januari 2017	26 Januari 2017
Klien I				
Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Penglihatan	Implementasi	Implementasi	Implementasi	Implementasi
	09:00 SP 1 : 9. BHSP 10. Mengidentifikasi jenis halusinasi klien 11. Mengidentifikasi isi halusinasi klien 10:00 12. Mengidentifikasi frekuensi halusinasi klien 13. Mengidentifikasi situasi yang menimbulkan halusinasi 14. Mengidentifikasi	09:00 SP 1: 1. Mengidentifikasi respons klien terhadap halusinasi 09:30 2. Melatih klien cara mengontrol halusinasi dengan menghardik 10:00 3. Membimbing klien memasukan dalam jadwal harian SP 2: 4. Mengevaluasi 10:15	09:00 1. Melatih cara mengontrol halusinasi dengan berbincang dengan orang lain 09:15 2. Membimbing klien memasukkan jadwal kegiatan harian SP 3: 4. Mengevaluasi masalah dan latihan sebelumnya 10:00 10:20 10:45	09:00 1. Melatih klien cara mengontrol halusinasi dengan kegiatan (yang bisa dilakukan klien) 09:15 09:30 10:00 2. Membimbing klien memasukkan jadwal 10:20 10:45

	<p>11:00</p> <p>12:00</p>	<p>respons klien terhadap halusinasi</p> <p>15. Melatih klien cara mengontrol halusinasi dengan menghardik</p> <p>16. Membimbing klien memasukan dalam jadwal harian</p>	<p>10:30</p>	<p>masalah dan latihan sebelumnya</p> <p>5. Melatih cara mengontrol halusinasi dengan berbincang dengan orang lain</p> <p>6. Membimbing klien memasukan jadwal kegiatan harian</p>	<p>11:00</p> <p>11:30</p> <p>12:00</p>	<p>5. Melatih klien cara mengontrol halusinasi dengan kegiatan (yang bisa dilakukan klien)</p> <p>6. Membimbing klien memasukan jadwal kegiatan harian</p>	<p>11:00</p>	<p>kegiatan harian</p> <p>SP 4:</p> <p>4. Mengevaluasi masalah dan latihan sebelumnya</p> <p>5. Menjelaskan cara mengontrol halusinasi dengan teratur minum obat(prinsip 5 benar minum obat)</p> <p>6. Membimbing klien memasukan jadwal kegiatan</p>
--	---------------------------	--	--------------	--	--	--	--------------	--

EVALUASI KEPERAWATAN

Nama : Klien I

No.RM : 0407XX

Ruangan : Flamboyan

Diagnosa Keperawatan	Hari 1	Hari ke 2	Hari ke 3	Hari ke 4
Klien I				
Gangguan persepsi sensori : Halusinasi Penglihatan	<p>S : klien mengatakan melihat hantu/genderuwo, dan melihat nur sebagai fitriyah</p> <p>O: klien mengatakan melihat hantu/genderuwo, dan melihat nur sebagai teman smk nya</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien ngomel-ngomel sendiri - Klien suka menyanyi sendiri - Klien ketakutan 	<p>S: klien mengatakan hantunya sudah jarang terlihat tetapi masih melihat nur seperti teman smknya dan melihat teman nya sebagai anknya.</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien sering menyanyi sendiri - Klien suka menyanyi sendiri - Klien senyum-senyum sendiri - Klien tiba-tiba pergi 	<p>S:Klien mengatakan jengkel dan ingin memukul seseorang, karena ingin segera pulang.</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien kooperatif - Klien suka berbagi cerita - Klien suka menyanyi sendiri 	<p>S: klien mengatakan melihat anaknya dan melihat nur sebagai fitriyah</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien marah - Klien menangis - Klien tidak takut lagi - Klien memukul perawat - Klien mencekik

	<p>menetapkan pandangan ke satu titik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gelisah <p>TTV TD:110/70 mmhg N: 112 x/menit S: 36,2°C P: 20 x/menit</p> <p>A: SP 1 poin 6-8 belum teratasi lanjut SP 2 P: mengulangi SP 1 poin 6-8 lanjut SP 2.</p>	<p>saat diajak bicara</p> <p>A: SP 1 teratasi ulangi SP 2 poin 2-3 P: ulangi SP 3 poin 2-3 lanjut SP 3</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Klien senyum-senyum sendiri - Mau istigfar saat berhalusinasi <p>A: SP 2 teratasi lanjut SP 3 poin 2-3 P: ulangi SP 3 poin 2-3 lanjutkan Sp 4</p>	<p>temannya sendiri</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien diikat di tempat tidur <p>A: SP 3 teratasi ulangi SP 4 poin 2-3 P: pertahankan sp 1,2,3 ulangi SP 4</p>
--	--	---	---	--



4.1.3 Pengkajian.

1. Klien B

RUANGAN RAWAT: Flamboyan Tanggal dirawat: 09-12-2016

1. Identitas klien

Inisial : Ny M (P)

Jam : 10.30

Tgl Pengkajian : 23-01-2017

RM No. :0521XX

Umur : 48 Tahun

Informan : Klien

Pendidikan : SD

II. ALASAN MASUK

Px mondar-mandir dari rumah ke sungai – sungai ke rumah , px seperti melihat suaminya di bantaran sungai .

III. FAKTOR PREDISPOSISI

1. Pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu ? : tidak

2. Pengobatan sebelumnya. : -

3. klien tidak mengalami aniaya fisik, aniaya seksual, penolakan dan kekerasan keluarga.

Jelaskan No. 1, 2, 3 : klien

mengatakan belum pernah di rawat di rawat di RS dan tidak pernah mengalami sakit seperti ini.

Masalah Keperawatan : Tidak

Ada Masalah

4. Adakah anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa : Tidak

Hubungan keluarga	Gejala	Riwayat pengobatan / perawatan
Tidak ada anggota keluarga Yang mengalami gangguan jiwa.	tidak ada gejala gangguan jiwa	tidak ada riwayat pengobatan / perawatan jiwa pada keluarga

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

1. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan

Klien merasa kehilangan saat suami klien menikah lagi .

Masalah Keperawatan : Respon Pasca Trauma

IV. FISIK

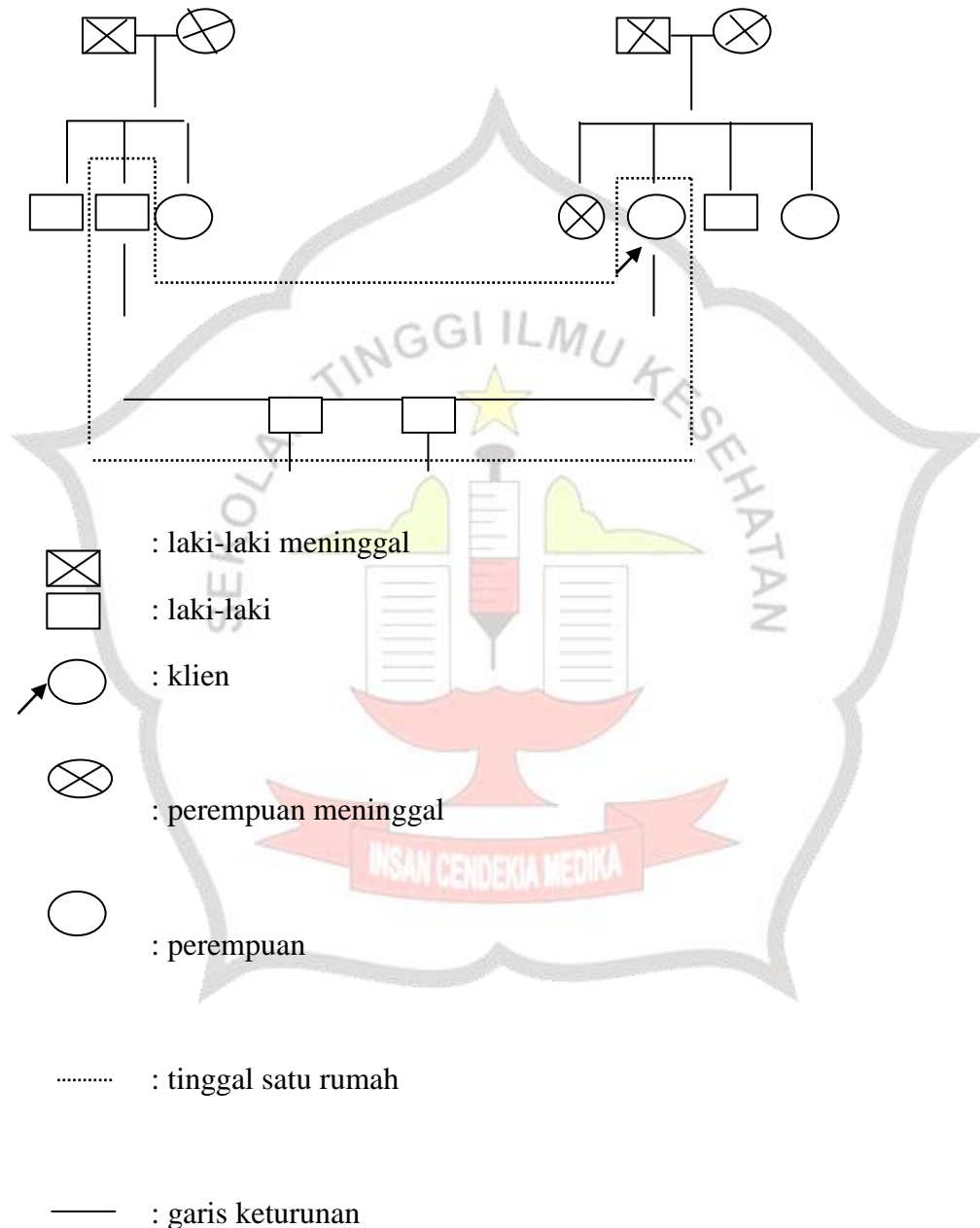
Pemeriksaan Fisik	Hasil
Tanda – tanda vital	TD : 110/70 mmHg N : 97 x/menit S : 36,2°C RR : 20 x/menit
Ideal Tubuh	TB : 147 CM BB : 31 KG
Keluhan Fisik	Tidak ada keluhan fisik
3. Keluhan fisik	: Tidak

Jelaskan : saat pengkajian tidak ditemukan keluhan

Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

PSIKOSOSIAL

1. Genogram



Jelaskan : klien merupakan anak ke dua dari empat bersaudara

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

1. Konsep diri

a. Gambaran diri : klien tidak menjawab

b. Identitas : klien merupakan kedua dari 4 bersaudara

c. Peran : klien berperan sebagai ibu dan anak cucunya

d. Ideal diri : klien ingin cepat pulang naik bemo agar dapat berkumpul seperti biasanya dengan keluarga

e. Harga diri : Pasien merasa sedih karena ditinggal suaminya menikah lagi

Masalah Keperawatan : harga diri rendah

3. Hubungan Sosial

a. Orang yang berarti : klien mengatakan orang yang berarti adalah keluarganya

b. Peran serta dalam kegiatan kelompok / masyarakat : klien tidak kooperatif

tidak mau mengikuti kegiatan yang diadakan mahasiswa seperti TAK dan selalu ikut rehabilitasi

1. Hambatan dalam berhubungan dengan orang Lain : klien miskin bicara

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

4. Spiritual

a. Nilai dan keyakinan : klien tidak mengingat Allah dan tidak beribadah

b. Kegiatan ibadah : klien jarang beribadah selama sakit

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

VI. STATUS MENTAL

1. Penampilan : Penampilan klien sesuai dan rapi

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

2. Pembicaraan : miskin bicara , terkadang tidak mau menjawab pertanyaan, suaranya sangat pelan

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3. Aktivitas Motorik : mondar-mandir ingin cepat pulang

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

4. Alam perasaan : Pasien merasa sedih ditinggal suaminya nikah lagi

Masalah Keperawatan : Gangguan alam pikir

5. Afek : Bingung saat ditanya , mengalihkan pembicaraan karena seperti melihat SUHER anaknya .

Masalah Keperawatan : halusinasi penglihatan

1. Interaksi selama wawancara : tidak kooperatif dan kadang diam saat diberi pertanyaan-pertanyaan

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

7. Persepsi : Penglihatan , isi : Klien seperti melihat suami / anaknya untuk mengajaknya pulang.

Masalah Keperawatan : halusinasi penglihatan

8. Proses Pikir : klien menjawab saat ditanya perawat, kadang jawabannya tidak sesuai dengan pertanyaan

Masalah Keperawatan : gangguan pola pikir

9. Isi Pikir : klien tidak mengalami waham

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

10. Tingkat kesadaran : kesadaran dapat mengetahui waktu dan tempat dimana klien sekarang

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

11. Memori : tidak ada gangguan daya ingat

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

12. Tingkat konsentrasi dan berhitung : konsentrasi baik dan mampu berhitung

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah
keperawatan

13. Kemampuan penilaian : Gangguan ringan, pasien
ingin agar bayangan itu tidak lagi muncul dan membuatnya

Masalah Keperawatan : halusinasi penglihatan

14. Daya tilik diri : klien mengatakan bahwa
dirinya sedang sakit jiwa

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah
keperawatan

VII. Kebutuhan Persiapan Pulang

1. Makan : tanpa bantuan / mandiri

2. BAB/BAK : tanpa bantuan / mandiri

Jelaskan : klien mampu melakukan
kebutuhan persiapan pulang dengan mandiri

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah
keperawatan

3. Mandi : klien malas mandi

4. Berpakaian/berhias : ADL dengan bantuan orang
lain

5. Istirahat dan tidur

- d. Tidur siang lama : 12:00 s/d 14:00
- e. Tidur malam lama : 20:00 s/d 04:00
- f. Kegiatan sebelum / sesudah tidur : klien sebelum tidur biasanya menonton tv dan ngobrol dengan teman, kegiatan setelah bangun tidur saat pagi hari yaitu duduk-duduk ditempat tidur

6. Penggunaan obat : bantuan minimal

7. Pemeliharaan Kesehatan

Perawatan lanjutan : Ya

Perawatan pendukung : Ya

1. Kegiatan di dalam rumah

Mempersiapkan makanan : Ya

Menjaga kerapihan rumah : Ya

Mencuci pakaian : tidak

Pengaturan keuangan : tidak

9. Kegiatan di luar rumah

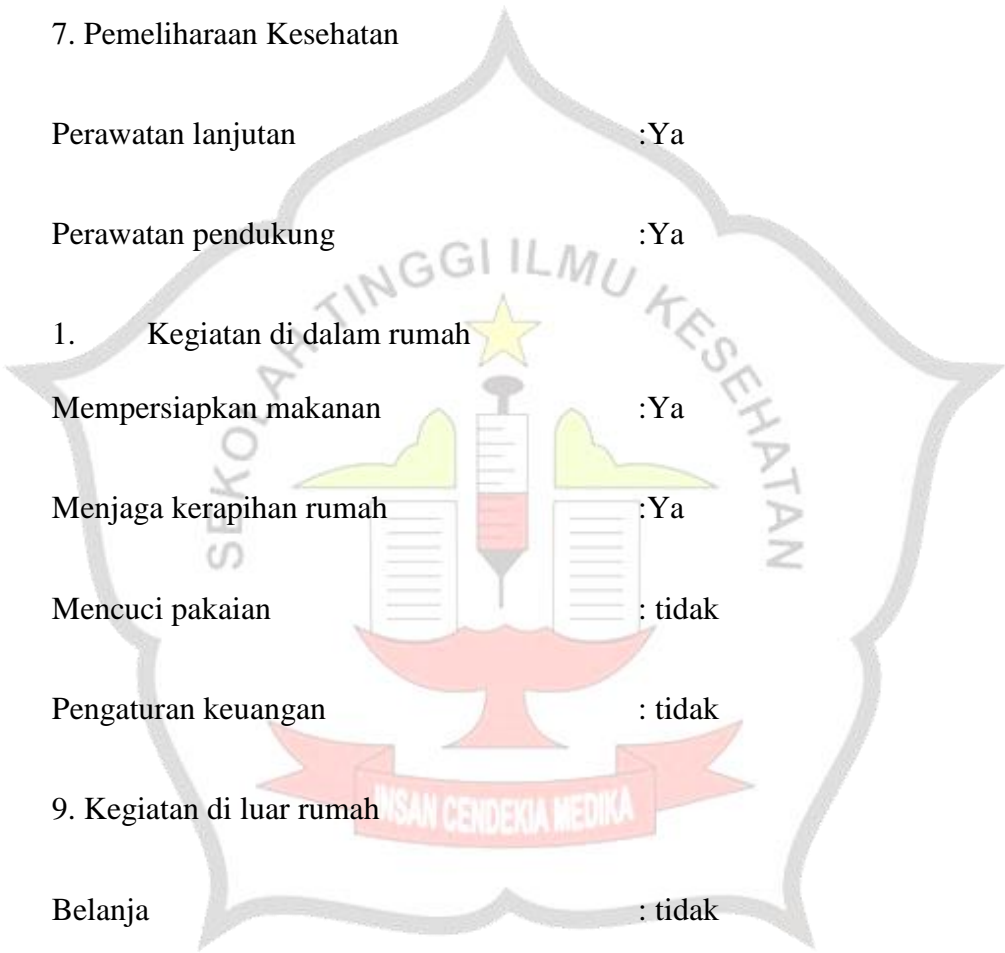
Belanja : tidak

Transportasi : tidak

Lain-lain : tidak

Jelaskan : -

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah
keperawatan



VIII. Mekanisme Koping

Adaptif	Maladaptif
<input checked="" type="checkbox"/> Bicara dengan orang lain	<input type="checkbox"/> Minum alkohol
<input type="checkbox"/> Mampu menyelesaikan masalah	<input checked="" type="checkbox"/> reaksi lambat/berlebih
<input type="checkbox"/> Teknik relaksasi	<input type="checkbox"/> bekerja berlebihan
<input type="checkbox"/> Aktivitas konstruktif	<input checked="" type="checkbox"/> menghindar
<input type="checkbox"/> Olahraga	<input type="checkbox"/> mencederai diri
<input type="checkbox"/> Lainnya	<input type="checkbox"/> lainnya :

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

IX. Masalah Psikososial dan Lingkungan:

1. Masalah dengan dukungan kelompok, spesifik : tidak ada masalah dengan dukungan kelompok
2. Masalah berhubungan dengan lingkungan, spesifik : klien mampu berhubungan dengan lingkungan flamboyan RSJ Menur surabaya.
3. Masalah dengan pendidikan, spesifik: klien keluar sekolah saat kelas 2 SMA
4. Masalah dengan pekerjaan, spesifik : klien sebelumnya kerja menjadi kernet mini bus
5. Masalah dengan perumahan, spesifik: klien tinggal bersama anak, menantu dan cucunya
6. Masalah ekonomi, spesifik: klien tidak bekerja karena sakit gangguan jiwa

7. Masalah dengan pelayanan kesehatan, spesifik: klien tidak mengalami masalah pada pelayanan kesehatan

8. Masalah lainnya, spesifik: klien tidak mempunyai masalah lainnya

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

X. Pengetahuan Kurang Tentang:

- | | |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Penyakit jiwa | <input checked="" type="checkbox"/> system pendukung |
| <input checked="" type="checkbox"/> Faktor presipitasi | <input type="checkbox"/> penyakit fisik |
| <input checked="" type="checkbox"/> Koping | <input type="checkbox"/> obat-obatan |
| <input type="checkbox"/> Lainnya : | |

Masalah Keperawatan : kurang pengetahuan

XI. Aspek Medik

Diagnosa Medik : F.20.1 (skizofrenia paranoid)

Terapi Medik : Resperidone 2mg 0 – 0 – ½ tab

Trihexiphenidil 2mg 1 – 0 – 1 tab

Trifluoperazine 5mg 1 – 0 – 1 tab

Haloperidol 5mg ½ – 0 – ½ tab

XII. Daftar Masalah Keperawatan

1. Halusinasi penglihatan
2. Regimen terapeutik in efektif
3. Gangguan pola pikir

4. Harga diri rendah
5. Gangguan alam pikir
6. Kurang pengetahuan

XIII. Daftar Diagnosa Keperawatan

1. Halusinasi penglihatan



XIV. Analisa Data

NAMA: Ny”D”

NIRM: 0390XX

RUANGAN: FLAMBOYAN

TGL	DATA	ETIOLOGI	MASALAH	T.T
23/01 /2017	<p>Ds: klien mengatakan melihat suaminya dan mengikutinya sampai di bantaran sungai dekat rumahnya</p> <p>I: bayangan itu memanggil klien dan disuruh mengikutinya</p> <p>F: pagi & sore</p> <p>T: di saat pagi dan kadang tiba-tiba</p> <p>R: klien merasa bingung</p> <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien mondar-mandir - klien suka bicara sendiri dengan pelan - Klien senyum-senyum sendiri - Klien bingung - Klien banyak diam 	<p>Resiko tinggi mencederai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan.</p> <p>↑</p> <p>Perubahan persepsi sensori : halusinasi penglihatan</p> <p>↑</p> <p>Isolasi sosial : menarik diri</p> <p>↑</p> <p>Skizofrenia</p>	Halusinasi penglihatan	



INTERVENSI KEPERAWATAN JIWA

Nama klien : Klien II

No.RM : 0521XX

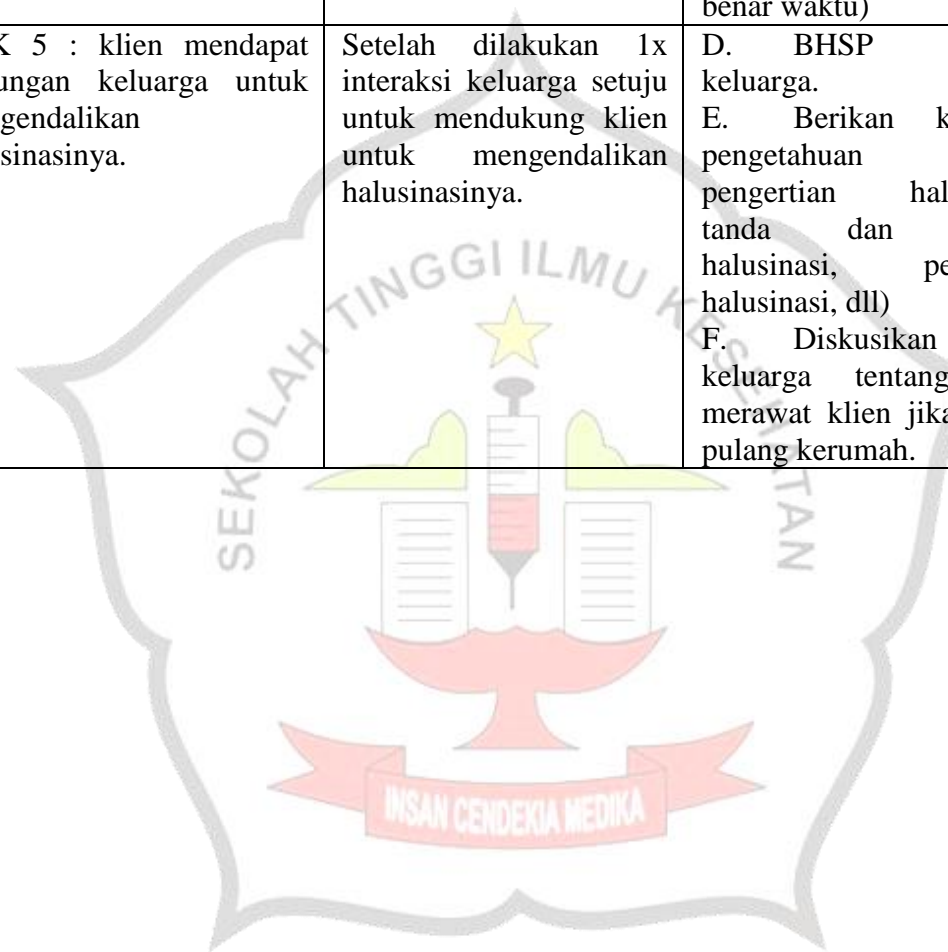
Ruangan : Flamboyan

	Diagnosa Keperawatan.	Intervensi keperawatan			Rasional.
		Tujuan	Kriteria Hasil	Rencana keperawatan	
2.	Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi penglihatan.	<p>Tujuan Umum : klien dapat mengenali, mengontrol, memutuskan halusinasinya.</p> <p>Tujuan Khusus : TUK 1 : klien dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat.</p>	<p>Setelah dilakukan 1x pertemuan, klien dapat berinteraksi dan berkomunikasi dengan perawat.</p> <p>Evaluasi : klien masih belum bisa diajak berinteraksi.</p>	<p>2. Bina hubungan saling percayadengan cara :</p> <p>g. Sapa klien dengan sopan, ramah baik secara verbal maupun non verbal.</p> <p>h. Perkenalkan diri dengan sopan.</p> <p>i. Tanyakan nama klien dan nama panggilan klien yang di sukai.</p> <p>j. Jelaskan tujuan dilakukan kontak atau pertemuan dengan klien.</p> <p>k. Bersikap jujur dan menepati janji.</p> <p>l. Perhatikan</p>	6. Akan membantu mempermudah kerjasama agar klien lebih kooperatif.

					kebutuhan dasar klien.	
			TUK 2 : klien dapat mengenal halusinasinya.	Setelah dilakukan 1 x interaksi, klien dapat mengerti jelas waktu, isi, frekuensi, situasi dan kondisi yang menimbulkan halusinasi.	<p>f. Adakan kontak sering dan singkat dengan klien.</p> <p>g. Observasi perilaku yang berhubungan dengan halusinasi.</p> <p>h. Menerima halusinasi sebagai hal yang nyata bagi klien dan tidak nyata bagi perawat.</p> <p>i. Identifikasi bersama klien waktu munculnya, isi, dan frekuensi halusinasi.</p> <p>j. Diskusikan dengan klien mengenai perasaannya</p>	7. Untuk mengurangi waktu kosong bagi klien sehingga klien dapat mengurangi frekuensi halusinasi.
			TUK 3 : klien dapat mengendalikan halusinasinya.	Setelah dilakukan 1x interaksi, klien dapat menyebutkan tindakan yang bisa mengendalikan / mengatasi halusinasinya.	<p>F. Identifikasi bersama klien tindakan yang bisa dilakukan bila halusinasi terjadi.</p> <p>G. Bersama klien merencanakan kegiatan sehari – hari untuk mencegah terjadinya halusinasi.</p> <p>H. Dorong klien untuk</p>	8. Untuk mempermudah klien mengendalikan halusinasinya dengan teknik yang telah dipilih oleh klien.

					<p>memilih cara yang akan digunakan dalam mengendalikan halusinasi.</p> <p>I. Dorong klien untuk melakukan tindakan sesuai dengan cara yang telah dipilih klien untuk mengendalikan halusinasi.</p> <p>J. Diskusikan dengan klien hasil upaya yang telah dilakukan.</p>	
			<p>TUK 4 : klien dapat mengkonsumsi obat untuk mengendalikan halusinasinya.</p>	<p>Setelah dilakukan 1x Interaksi klien menyebutkan manfaat dan kerugian minum obat.</p>	<p>e. Diskusikan dengan klien dan keluarga tentang obat yang akan di konsumsi untuk mengendalikan halusinasinya.</p> <p>f. Bantu klien untuk minum obat karena sudah sesuai dengan anjuran dokter.</p> <p>g. Observasi tanda dan gejala akibat efek samping obat.</p> <p>h. Bantu klien menggunakan obat sesuai 5 prinsip (benar obat, benar dosis, benar klien,</p>	<p>9. Meningkatkan kesadaran klien akan pentingnya obat dan kesembuhannya.</p>

					benar pemberian, dan benar waktu)	
			TUK 5 : klien mendapat dukungan keluarga untuk mengendalikan halusinasinya.	Setelah dilakukan 1x interaksi keluarga setuju untuk mendukung klien untuk mengendalikan halusinasinya.	D. BHSP dengan keluarga. E. Berikan keluarga pengetahuan tentang pengertian halusinasi, tanda dan gejala halusinasi, penyebab halusinasi, dll) F. Diskusikan dengan keluarga tentang cara merawat klien jika sudah pulang kerumah.	10. Keluarga merupakan orang terdekat dari klien sehingga mudah untuk membantu mengendalikan halusinasi yang terjadi pada klien.



IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Nama : Klien II

No.RM : 0521XX

Ruangan : Flamboyan

Diagnosa keperawatan	23 Januari 2014	24 Januari 2017	25 Januari 2017	26 Januari 2017
Klien II				
Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Penglihatan	Implementasi	Implementasi	Implementasi	Implementasi
	SP 1 : 09:00 17. BHSP 18. Mengidentifikasi jenis halusinasi klien 19. Mengidentifikasi isi halusinasi klien 20. Mengidentifikasi frekuensi halusinasi klien 10:00 21. Mengidentifikasi situasi yang menimbulkan halusinasi	SP 1: 09:00 4. Mengidentifikasi respons klien terhadap halusinasi 5. Melatih klien cara mengontrol halusinasi dengan menghardik 09:30 6. Membimbing klien memasukan dalam jadwal harian 10:00 SP 2:	09:00 3. Melatih cara mengontrol halusinasi dengan berbincang dengan orang lain 09:15 4. Membimbing klien memasukkan jadwal kegiatan harian 09:30 SP 3: 7. Mengevaluasi masalah dan latihan	09:00 3. Melatih klien cara mengontrol halusinasi dengan kegiatan (yang bisa dilakukan klien) 09:15 4. Membimbing klien memasukkan jadwal kegiatan harian 09:30 SP 4: 7. Mengevaluasi masalah dan latihan

	11:00	22. Mengidentifikasi respons klien terhadap halusinasi 23. Melatih klien cara mengontrol halusinasi dengan menghardik 24. Membimbing klien memasukkan dalam jadwal harian	10:15	7. Mengevaluasi masalah dan latihan sebelumnya 8. Melatih cara mengontrol halusinasi dengan berbincang dengan orang lain 9. Membimbing klien memasukkan jadwal kegiatan harian	10:00	sebelumnya 8. Melatih klien cara mengontrol halusinasi dengan kegiatan (yang bisa dilakukan klien) 9. Membimbing klien memasukkan jadwal kegiatan harian	10:00	sebelumnya 8. Menjelaskan cara mengontrol halusinasi dengan teratur minum obat(prinsip 5 benar minum obat) 9. Membimbing klien memasukkan jadwal kegiatan
12:00	0				11:30		11:00	0

EVALUASI KEPERAWATAN

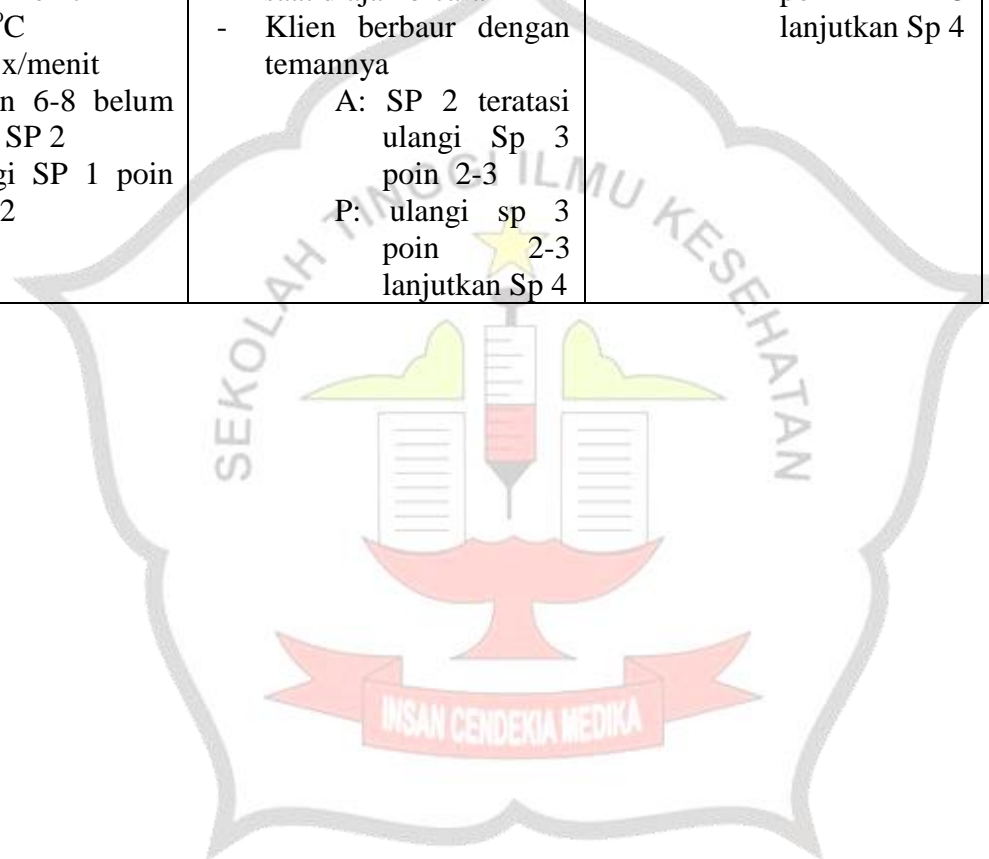
Nama : Klien II

No.RM : 0521XX

Ruangan : Flamboyan

Diagnosa Keperawatan	Hari 1	Hari ke 2	Hari ke 3	Hari ke 4
Klien II				
Gangguan persepsi sensori : Halusinasi Penglihatan	<p>S: klien mengatakan melihat suaminya dan mengikuti bayangannya sampai bantaran sungai</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien ngomel-ngomel sendiri - Klien senyum-senyum sendiri - Klien banyak diam - Klien suka melamun - Klien suka pergi saat diajak bicara 	<p>S: klien mengatakan melihat suaminya di rs dan melihat anaknya sambil berkata ingin pulang naik bemo</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien kooperatif - klien ngomel-ngomel sendiri - Klien senyum-senyum 	<p>S: klien mengatakan sering melihat anaknya dan berkata ingin pulang naik bemo</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien kooperatif - Klien sudah jarang melamun - Klien berbaur dengan temannya <p>A: SP 2 teratasi</p>	<p>S: klien mengatakan sering melihat anaknya dan berkata ingin pulang naik bemo</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien kooperatif - Klien sudah jarang melamun - Klien mengikuti senam setiap hari

	<p>- Klien susah tidur TTV : TD:120/80 mmhg N: 92 x/menit S: 36,2°C RR: 20 x/menit A: SP 1 poin 6-8 belum teratasi lanjut SP 2 P: mengulangi SP 1 poin 6-8 lanjut SP 2</p>	<p>sendiri - Klien banyak diam - Klien masih suka pergi saat diajak bicara - Klien berbaur dengan temannya A: SP 2 teratasi ulangi Sp 3 poin 2-3 P: ulangi sp 3 poin 2-3 lanjutkan Sp 4</p>	<p>ulangi Sp 3 poin 2-3 P: ulangi sp 3 poin 2-3 lanjutkan Sp 4</p>	<p>- Klien mau berbaur dengan temannya A: SP 3 teratasi ulangi SP 4 poin 2-3 P: pertahankan sp 1,2,3 ulangi SP 4</p>
--	---	--	---	--



4.2 Pembahasan.

4.2.1 Pengkajian

Pada laporan kasus ini penulis melakukan pengkajian pada klien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi penglihatan pada skizofrenia paranoid, pada gangguan persepsi sensori: halusinasi penglihatan didapatkan Klien I (Ny. N) mengatakan seperti melihat bayangan yang menakutinya, ngomel-ngomel, ketika klien dikurung dan merasa kesal akhirnya memecahkan kaca rumah, kemudian klien mengatakan dikurung ibunya. Sehingga klien merasa ketakutan dan tidak bisa tidur. Sedangkan pada klien II (Ny. M) mengatakan Px mondar-mandir dari rumah ke sungai – sungai ke rumah , px seperti melihat suaminya di bantaran sungai .

Menurut Abdul Muhith, 2015. Halusinasi merupakan keadaan hilangnya kemampuan individu dalam membedakan rangsangan internal (pikiran) dan rangsangan eksternal (dunia luar). Klien memberi persepsi atau pendapat tentang lingkungan tanpa objek atau rangsangan yang nyata. Sebagai contoh klien mengatakan mendengar suara padahal tidak ada orang yang berbicara. Gejala gangguan jiwa dimana klien mengalami perubahan persepsi sensori: merasakan sensori palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan atau penghiduan.

Menurut peneliti gangguan persepsi sensori: halusinasi penglihatan dipengaruhi oleh beberapa faktor salah satu yang terjadi pada klien I Ny. N adalah faktor sosiokultural dan presipitasi karena klien menderita penyakit fisik (Diabetes Mellitus) dan sangat berkaitan dimana hubungan interpersonal yang tidak harmonis antara klien dengan mantan suami

klien sehingga klien merasa direndahkan dan menimbulkan perasaan benci. Faktor sosiokultural yang mempengaruhi adalah disaat setelah klien memecahkan kaca jendela rumah semua masyarakat takut dan tidak mau berinteraksi dengan klien sehingga klien merasa disingkirkan dari masyarakat dan klien juga sering menyendiri sehingga klien mengalami halusinasi.

Sedangkan pada klien II Ny. M adalah faktor sosiokultural dan psikologis sangat berkaitan dimana hubungan interpersonal yang tidak harmonis pada saat klien di tinggal suaminya menikah lagi sehingga klien merasa sedih dan kehilangan yang sangat dalam. Faktor sosiokultural yang mempengaruhi adalah dalam kondisi yang sepi sunyi menyebabkan klien mengingat masa – masa bersama sang suami membuat klien menjadi diam dan tidak mau mendengarkan orang lain sehingga klien mengalami halusinasi.

Pada pemeriksaan fisik didapatkan perbedaan data antara klien I dengan klien II, pada klien I didapatkan data jika klien sering ngomel-ngomel sendiri, klien gelisah, klien terlihat ketakutan, dan klien juga sering melihat bayangan yg menakutkan, tekanan darah 110/70 mmhg, nadi 112 x/ menit, pernapasan 20 x/ menit, suhu 36,2⁰C, tinggi badan 152 cm, berat badan 46 kg, saat pengkajian klien mengeluh sering mengantuk di pagi hari, dan tangannya kesemutan. Sedangkan pada klien II didapatkan hasil yaitu klien sering menyendiri tanpa sebab, klien tampak bingung, klien juga sering melihat bayangan suaminya. tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 97 x/menit, suhu 36⁰C, RR 20 x/menit, tinggi badan 147 CM, berat badan 31 kg.

Klien I Ny. N merupakan klien merupakan anak kedua dari 3 bersaudara, klien tinggal bersama anaknya dan ayah, ibunya. Klien mengatakan perannya sebagai ibu rumah tangga, klien merasa berdosa dan bersalah karena sudah berbuat anarkis yaitu memecahkan kaca jendela rumah, bagi klien orang yang sangat berarti adalah anaknya. Dari hasil observasi, cara berpakaian klien sesuai dan rapi, rambut rapi. Saat berinteraksi klien bicara dengan lancar, suara keras tidak gagap dan klien mampu memulai pembicaraan serta kooperatif. Klien mengalami persepsi penglihatan yang berupa isi: klien mengatakan seperti melihat bayangan yang menakutinya, ngomel-ngomel, ketika klien dikurung dan merasa kesal akhirnya memecahkan kaca rumah, kemudian klien mengatakan dikurung ibunya, klien kadang-kadang bicara sendiri, frekuensi: kadang-kadang, waktu: disaat pagi dan secara tiba-tiba, proses pikir klien mengalami gangguan proses pikir yaitu saat interaksi suka mengulang kalimat yang sudah diucapkan tetapi dapat kembali ke topik dan tujuan yang dibicarakan dengan perawat.

Klien mengatakan kurang pengetahuan tentang penyakit jiwa, faktor prespitasi, koping, sistem pendukung, penyakit fisik, dan obat-obatan sehingga klien tidak mengetahui cara yang tepat untuk mengatasi masalah tersebut. Sedangkan pada Klien II Ny. M merupakan klien merupakan anak ke dua dari empat bersaudara dan klien tinggal bersama anak menantu dan cucunya. Klien mengatakan perannya sebagai ibu sekaligus nenek bagi cucu-cucunya, klien merasa malu karena ditinggal pergi suaminya untuk menikah lagi. Dari hasil observasi, cara berpakaian klien sesuai dan rapi, rambut tidak rapi. Saat berinteraksi klien miskin

bicara , suara dengan nada yang sangat pelan dan klien tidak mampu memulai pembicaraan kurang kooperatif. Klien mengalami persepsi penglihatan yang berupa isi: klien frekuensi: kadang-kadang, waktu: disaat pagi dan secara tiba-tiba, proses pikir klien baik yaitu saat interaksi tidak berbelit-belit dan langsung ke topik dan tujuan yang dibicarakan dengan perawat. Klien mengatakan kurang pengetahuan tentang penyakit jiwa, faktor sosiokultural, coping, sistem pendukung, dan obat-obatan sehingga klien tidak mengetahui cara yang tepat untuk mengatasi masalah tersebut.

Menurut Stuart (2005), penyebab terjadinya halusinasi merupakan biologis dimana abnormalitas perkembangan sistem saraf yang berhubungan dengan respon neurobiologis yang maladaptif baru mulai dipahami. Ini menunjukkan penelitian pencitraan otak sudah menunjukkan keterlibatan otak yang lebih luas dalam perkembangan skizofrenia. Lesi pada daerah frontal, temporal dan limbik berhubungan dengan perilaku psikotik. Psikologis merupakan lingkungan klien yang sangat mempengaruhi respon dan kondisi psikologis klien.

Salah satu sikap atau keadaan yang dapat mempengaruhi gangguan orientasi realita adalah penolakan atau tindakan kekerasan dalam rentang hidup klien. Pada klien gangguan persepsi sensori pada pemeriksaan fisik terdapat pengkajian psikososial yang meliputi: genogram untuk mengetahui kemungkinan adanya riwayat genetik yang menyebabkan/ menurunkan gangguan jiwa, konsep diri yaitu pada citra tubuh, bagaimana persepsi klien terhadap tubuhnya yang paling/ tidak disukai, identitas diri bagaimana persepsi tentang status dan posisi klien,

kepuasan klien terhadap suatu posisi tersebut, kepuasan klien sebagai laki-laki atau perempuan, peran bagaimana harapan klien terhadap tubuhnya, posisi, status, tugas/ peran yang diharapkan dalam keluarga, kelompok, masyarakat, dan bagaimana kemampuan klien dalam melaksanakan tugas/ peran tersebut. Ideal diri bagaimana harapan klien terhadap tubuhnya, posisi, status, tugas/ peran dan harapan klien terhadap lingkungan. Harga diri bagaimana persepsi klien terhadap dirinya dalam hubungan dengan orang lain sesuai dengan kondisi dan bagaimana penilaian/ penghargaan orang lain terhadap diri dan lingkungan klien.

Observasi penampilan umum klien yaitu penampilan usia, cara berpakaian, kebersihan, sikap tubuh, cara berjalan, ekspresi wajah, kontak mata, bagaimana pembicaraan yang didapatkan pada klien, apakah cepat, keras, gagap, inkohoren, apatis, lambat, membisu seperti aktivitas motorik berkenaan dengan gerakan titik perlu dicatat dalam hal tingkat aktivitas (latergik, tegang, gelisah, agitasi), jenis (TIK, tremor) dan isyarat tubuh yang tidak wajar. Merupakan nada perasaan yang menyenangkan atau tidak menyenangkan yang menyertai suatu pikiran dan langsung relatif lama dengan sedikit komponen fisiologis/ fisik serta bangga, kecewa. Emosi merupakan manifestasi afek yang ditampilkan/ diekspresikan keluar, disertai banyak komponen fisiologis dan berlangsung relatif lebih singkat/ spontan seperti sedih, ketakutan, putus asa, kuatir atau gembira berlebihan.

Menurut penulis klien Ny. N dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran salah satunya akan mengalami gelisah, ngomel-ngomel sendiri, mendengar suara/ bisikan yang memberikan persepsi

atau pendapat tentang lingkungan tanpa ada objek atau rangsangan yang nyata. Pada pemeriksaan fisik didapatkan data tekanan darah 110/70 mmhg, nadi 112 x/ menit, pernapasan 20 x/ menit, suhu 36,2⁰C, tinggi badan 152 cm, berat badan 46 kg. pada pengkajian psikososial yaitu genogram pada teori menyebutkan bahwa kemungkinan besar gangguan jiwa disebabkan oleh faktor genetik/ keturunan yang dapat menyebabkan/ menurunkan gangguan jiwa, tetapi pada fakta yang penulis temukan bahwa pada keluarga Ny. N tidak memiliki faktor genetik yang dapat menurunkan gangguan jiwa.

Sedangkan klien Ny. M dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi penglihatan salah satunya akan mengalami gelisah, ngomel-ngomel sendiri, melihat bayangan/ suaminya yang memberikan persepsi atau pendapat tentang lingkungan tanpa ada objek atau rangsangan yang nyata. Pada pemeriksaan fisik didapatkan data tekanan darah 110/70 mmhg, nadi 97 x/ menit, pernapasan 20 x/ menit, suhu 36⁰C, tinggi badan 147 cm, berat badan 31 kg. pada pengkajian psikososial yaitu genogram pada teori menyebutkan bahwa kemungkinan besar gangguan jiwa disebabkan oleh faktor genetik/ keturunan yang dapat menyebabkan/ menurunkan gangguan jiwa, tetapi pada fakta yang penulis temukan bahwa pada keluarga Ny. M tidak memiliki faktor genetik yang dapat menurunkan gangguan jiwa.

4.2.2 Diagnosa keperawatan

Dari data yang di temukan muncul masalah keperawatan seperti; regimenterapeutik in efektif Harga diri rendah, Gangguan alam pikir, Kurang pengetahuan, Halusinasi Penglihatan, yang menyebabkan gangguan persepsi sensori: halusinasi penglihatan sebagai core problem.

Menurut trimelia (2012), pohon masalah pada klien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi penglihatan yaitu dari harga diri menjadi *cause*: menarik diri sehingga menjadi *core problem*, dan menimbulkan *afek*: melukai diri sendiri, orang lain dan lingkungan, dan kebersihan diri.

Menurut peneliti pada Ny. N yang mengalami gangguan persepsi sensori: halusinasi penglihatan penulis menemukan beberapa masalah keperawatan yang muncul saat pengkajian yaitu harga diri rendah, gangguan alam pikir, gangguan persepsi sensori: halusinasi penglihatan, dan kurang pengetahuan, serta respon pasca trauma. yang terjadi pada Ny. N mengalami halusinasi disebabkan oleh respon pasca trauma bercerai dengan suaminya tanpa sebab dan ditinggal menikah lagi . Sedangkan pada Ny. M yang mengalami gangguan persepsi sensori: halusinasi penglihatan penulis menemukan beberapa masalah keperawatan yang muncul saat pengkajian yaitu Regimen terapeutik in efektif

Gangguan pola pikir, Harga diri rendah, Gangguan alam pikir, Halusinasi penglihatan, dan Kurang pengetahuan, yang

terjadi pada Ny. M mengalami halusinasi karena ditinggal menikah lagi dengan suaminya .

4.2.3 Rencana Keperawatan

Perencanaan yang diberikan pada klien gangguan persepsi sensori: halusinasi penglihatan adalah BHSP: membina hubungan saling percaya dengan klien dan memberi salam terapeutik dengan memanggil nama klien, menyebutkan nama perawat, jelaskan tujuan interaksi, ciptakan lingkungan yang tenang, buat kontrak yang jelas (topik yang dibicarakan, waktu dan tempat), yakinkan bahwa kerahasiaan klien senantiasa terjaga, tanyakan harapan terhadap pertemuan, dorong dan beri kesempatan untuk klien mengungkapkan perasaannya, dengarkan ungkapan klien dengan empati, lakukan pengkajian data (sesuai format aspek pengkajian). Klien mampu mengenali halusinasi yang dialaminya, dan mengikuti program pengobatan secara optimal meliputi mengidentifikasi jenis, isi dan frekuensi halusinasi klien, identifikasi situasi yang menimbulkan halusinasi, identifikasi respon klien terhadap halusinasi, bimbing klien memasukkan dalam jadwal harian. Klien mampu mengontrol halusinasinya meliputi evaluasi masalah dan latihan sebelumnya, latih klien cara mengontrol halusinasi dengan menghardik, latih cara mengontrol halusinasi dengan cara berbincang dengan orang lain, latih klien cara mengontrol halusinasi dengan kegiatan (yang bisa dilakukan klien), menjelaskan cara mengontrol halusinasi dengan teratur minum obat

(prinsip 6 benar minum obat), masukkan dalam jadwal kegiatan klien

Menurut WHO (2013), menetapkan hubungan terapeutik, kontak sering dan singkat secara bertahap, peduli, empati, jujur, menepati janji, dan memenuhi kebutuhan dasar klien. pada umumnya melindungi dari perilaku yang membahayakan, tidak membenarkan ataupun menyalahkan halusinasi klien, melibatkan klien dan keluarga dalam perencanaan asuhan keperawatan dan mempertahankan perilaku keselarasan verbal dan nonverbal.

Menurut penulis semua direncanakan sesuai dengan teori, dalam perencanaan ditetapkan prioritas masalah, tujuan, kriteria hasil dan evaluasi, tujuan yang ditetapkan mengacu pada SOAP (subjektif, objektif, assessment, planing) dan kriteria sesuai dengan kondisi klien.

4.2.4 Implementasi keperawatan

Implementasi yang dilakukan yang pertama dengan menggunakan strategi pelaksanaan yaitu; SP 1 (membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi halusinasi (jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi, respon), mengajarkan cara menghardik, memasukkan cara menghardik ke dalam jadwal. SP 2 (mengevaluasi SP 1, mengajarkan cara bercakap-cakap ketika halusinasi muncul, memasukkan ke dalam jadwal). SP 3 (mengevaluasi SP 1 dan SP 2, mengajarkan untuk melakukan kegiatan untuk menghindari halusinasi muncul, memasukkan ke

dalam kejadwal). SP 4(mengevaluasi SP 1, 2, dan 3, mengajarkan tentang minum obat, memasukkan kedalam jadwal). Mengkolaborasi dengan tim medis dalam pemberian obat: clozapin 2 x 25 mg (1-0-1) sebagai obat anti psikosis dan sebagai dopamine, Trehexilphenidyl 2 x 5 mg(1-0-1) digunakan untuk mengatasi gangguan gerakan yang tidak normal dan tidak terkendali akibat penyakit parkinson atau efek samping obat masalah pada pergerakan adalah obat untuk psikosis, masalah kejiwaan atau emosional, mual, dan perasaan gelisah, Haloperidol 5mg (1-0-1) digunakan untuk mengobati gangguan mental/mood (misalnya Skizofrenia, gangguan skizoafektif), membantu pasien berfikir lebih jernih, lebih tidak gugup, mencegah bunuh diri, obat ini juga mengurangi agresi dan keinginan untuk melukai orang lain. Risperidone 2mg (1-0-1) obat ini merupakan obat antikejang dan mencegah kemunculan kejang.

Dalam perencanaan tindakan ini dilakukan menurut teori, tetapi dilaksanakan dengan melihat situasi dan kondisi pasien. Rencana tindakan yang ada pada teori dilakukan dengan komunikasi terapeutik agar dapat mengurangi frekuensi halusinasi pasien. Komunikasi terapeutik dapat mendorong proses penyembuhan pasien dengan tujuan komunikasi interpersonal dapat memberikan titik tolak pengertian antara perawat dengan klien.

Implementasi adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun sesuai dengan rencana tindakan keperawatan yang telah diidentifikasi. Perawat

mengimplementasikan rencana asuhan keperawatan untuk mencapai tujuan dalam tindakan keperawatan pada hasil yang diharapkan (Muhith, 2015). pada nursing orders untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Pada masalah gangguan persepsi sensori: halusinasi SP klien terbagi menjadi SP 1(membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi halusinasi(jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi, respon), mengajarkan cara menghardik, memasukkan ke dalam jadwal); SP 2(mengevaluasi SP 1, mengajarkan cara bercakap-cakap ketika halusinasi muncul, memasukkan ke dalam jadwal); SP 3(mengevaluasi SP 1 dan SP 2, mengajarkan untuk melakukan kegiatan untuk menghindari halusinasi muncul, memasukkan ke dalam jadwal); SP 4(mengevaluasi SP 1,2 dan 3, mengajarkan tentang minum obat, memasukkan ke dalam jadwal). SP keluarga terbagi menjadi SP 1 (membina hubungan saling percaya, mendiskusikan masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat klien, menjelaskan pengertian, tanda dan gejala halusinasi, jenis halusinasi yang dialami klien beserta proses terjadinya, menjelaskan cara merawat klien halusinasi); SP 2 (melatih keluarga mempraktekkan cara merawat klien dengan halusinasi, melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada klien halusinasi); SP 3 (membantu keluarga membuat jadwal aktivitas dirumah termasuk minum obat (discharge planing), menjelaskan follow up klien setelah pulang).

Menurut penulis tidak menemukan hambatan dan secara keseluruhan dalam melakukan tindakan kepada klien I maupun klien II yang dimulai dari SP 1 sampai SP 4 karena klien kooperatif, mampu mengingat dan memperagakan, tetapi untuk SP keluarga penulis menemukan hambatan yaitu penulis tidak dapat bertemu dengan keluarga klien, karena keluarga klien tidak menjenguk klien.

4.2.5 Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan dilakukan setiap hari dari jam 09:00 - 12:00 dengan melakukan observasi keadaan klien agar mengetahui perkembangan klien setiap hari. Pada hari Senin tanggal 23 Januari 2017 klien Ny. N mengatakan sering melihat bayangan yg menakutkan sering ngomel-ngomel sendiri, klien gelisah, klien terlihat ketakutan, TD: 110/70 mmhg, N: 112 x/ menit, P: 20 x/ menit, suhu 36,2⁰C, Intervensi dilanjutkan SP 1 poin 6-8.

Pada hari selasa tanggal 24 Januari 2017 klien Ny. M mengatakan mengatakan Px mondar-mandir dari rumah ke sungai – sungai ke rumah , px seperti melihat suaminya di bantaran sungai, tanda-tanda vital: TD: 110/90 mmhg, N: 96 x/menit, S: 36,4⁰C, P: 20 x/menit. Intervensi dilanjutkan SP 3 dan mempertahankan SP 1 dan 2.

Pada hari rabu tanggal 25 Januari 2017 klien Ny. N mengatakan mengatakan seperti melihat bayangan yang menakutinya, ngomel-ngomel, ketika klien dikurung dan merasa kesal akhirnya memecahkan kaca rumah, kemudian klien

mengatakan dikurung ibunya. Sehingga klien merasa ketakutan dan tidak bisa tidur. Intervensi dilanjutkan SP 4 dan mempertahankan SP 1,2 dan 3.

Pada hari Kamis 26 Januari 2017 klien Ny. N mengatakan bayangan itu sudah jarang muncul, klien kooperatif, klien sudah jarang melamun, klien mengikuti senam , klien berbaur dengan temannya. Intervensi dilanjutkan SP 4 poin 2-3.

Sedangkan pada hari Senin tanggal 23 Januari 2017 klien Ny. M mengatakan, tanda-tanda vital: TD: 110/80 mmhg, N: 90 x/menit, S: 36,2⁰C, P: 20 x/menit, klien melamun. Intervensi dilanjutkan SP 1 poin 6-8.

Pada hari selasa tanggal 24 Januari 2017 klien Ny. M mengatakan melihat bayangan/ suaminya gelisah, ngomel-ngomel sendiri, dan melamun , yang memberikan persepsi atau pendapat tentang lingkungan tanpa ada objek atau rangsangan yang nyata. Pada pemeriksaan fisik didapatkan data TD: 110/70 mmhg, N: 97 x/ menit, P: 20 x/ menit, suhu 36⁰C. Intervensi dilanjutkan SP 3 dan mempertahankan SP 1 dan 2.

Pada hari rabu tanggal 25 Januari 2017 klien Ny. M mengatakan sudah kadang – kadang mendengar suara-suara bisikan yang menyuruh klien untuk pergi dari rumah dan tak tau mau pergi kemana, klien sudah mulai kooperatif jika diajak berinteraksi, klien sudah jarang gelisah, klien sudah mau berbaur dengan temannya. Intervensi dilanjutkan SP 4 dan mempertahankan SP 1,2 dan 3.

Pada hari Kamis 26 Januari 2017 klien Ny. N mengatakan bayangan itu sudah jarang muncul, klien kooperatif, klien sudah jarang melamun, klien mengikuti senam , klien berbaur dengan temannya. Intervensi dilanjutkan SP 4 poin 2-3.

Menurut Debora (2011) Pada tahap ini perawat membandingkan hasil tindakan yang telah dilakukan dengan kriteria hasil yang sudah ditetapkan serta menilai apakah masalah yang terjadi sudah teratasi seluruhnya, hanya sebagian atau bahkan belum teratasi semuanya.

Menurut penulis pada evaluasi hari pertama anantara klien I dan klien II adalah masalah teratasi sebagian, karena SP 1 telah diterapkan oleh klien sehingga klien sudah bisa mengidentifikasi (jenis, isi, frekuensi, situasi) yang dapat menimbulkan halusinasi. Pada evaluasi hari kedua masalah sudah teratasi, pada SP 1 dan SP 2 seperti klien sudah bisa mengidentifikasi respon terhadap halusinasi, dapat mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, dan dapat memasukkan ke dalam jadwal harian dan mengevaluasi masalah dan latihan sebelumnya, dan mengontrol halusinasi dengan cara berinteraksi dengan orang lain. Pada evaluasi hari ketiga masalah teratasi pada SP 1 dan 2 dipertahankan sehingga lanjut SP 3 seperti mengevaluasi masalah dan latihan sebelumnya, mengontrol halusinasi dengan kegiatan dalam jadwal harian (yang bias dilakukan oleh klien). Pada evaluasi hari keempat masalah teratasi pada SP 1, 2 dan 3 dipertahankan dan SP 4 dilanjutkan seperti mengevaluasi masalah dan latihan sebelumnya, mengontrol

halusinasi dengan kegiatan (yang bisa dilakukan klien) dan melanjutkan SP 4 point 2 yaitu menjelaskan cara mengontrol halusinasi dengan teratur minum obat (prinsip 6 benar minum obat), dan poin 3 yaitu membimbing klien dalam memasukkan ke dalam jadwal harian. Tetapi catatan perkembangan lebih banyak masalah yang teratasi.





BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Dari hasil peneliti mengkaji dan melaksanakan asuhan keperawatan pada klien 1 dan klien 2 dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi penglihatan, peneliti menyimpulkan bahwa pada Klien 1 berkurang ditandai adanya klien bisa melawan halusinasinya saat dihardik dan klien mempunyai keinginan untuk pulang dan segera kembali hidup bersama keluarganya. Dan satu minggu lagi dibolehkan pulang oleh dokter.

Pengkajian

Pengkajian ini dilakukan dengan menggunakan 2 klien dengan kasus yang sama yaitu klien I sering ngomel-ngomel sendiri, klien gelisah, tidak bisa tidur, klien melihat bayangan yang menakutkan dan yang membuat klien untuk memecahkan kaca jendela rumah. Sedangkan klien II yaitu klien tampak gelisah, dan sulit tidur, klien juga sering melihat bayangan suaminya dan menyuruh klien untuk pergi ke sungai mengikuti bayangannya.

1. Diagnosa keperawatan

Diagnosa yang didapat dari keluhan antara klien I dan Klien II peneliti merumuskan diagnosa prioritas yaitu gangguan persepsi sensori: Halusinasi Penglihatan.

2. Rencana keperawatan

Rencana keperawatan berdasarkan analisa data yang telah dilakukan dimana didapat diagnosa keperawatan yaitu gangguan persepsi sensori: halusinasi penglihatan Rencana keperawatan pada

masalah gangguan persepsi: halusinasi penglihatan dari SP 1 – SP 4 meliputi SP 1 (membina hubungan saling percaya), mengidentifikasi halusinasi (jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi, respon), mengajarkan cara menghardik, memasukkan cara menghardik ke dalam jadwal. SP 2 (mengevaluasi SP 1, mengajarkan bercakap-cakap ketika halusinasi muncul, memasukkan ke dalam jadwal). SP 3 (mengevaluasi SP 1 dan SP 2, mengajarkan untuk melakukan kegiatan untuk menghindari halusinasi muncul, memasukkan ke dalam jadwal). SP 4 (mengevaluasi SP 1, 2 dan 3, mengajarkan tentang ,minum obat, memasukkan ke dalam jadwal).

3. Implementasi keperawatan

Pada implementasi keperawatan bisa saja berbeda dengan intervensi yang dibuat. Karena peneliti harus menyesuaikan kondisi klien. Tapi yang diimplementasikan tim medis dalam pemberian obat.

4. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan gangguan persepsi sensori: halusinasi penglihatan pada Klien I dan klien II yang dilakukan selama 4 hari, tindakan keperawatan mendapatkan hasil positif melalui teknik SOAP. Klien sudah jarang melihat bayangan yang menakutkan dan mengancamnya, klien kooperatif, klien mampu mencapai SP 1 – SP 4 dengan baik.

B. Saran

1. Bagi pasien dan keluarga

Keluarga dapat ikut serta dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien gangguan persepsi sensori: halusinasi penglihatan sehingga

klien merasa ada dukungan yang dapat mempercepat proses penyembuhan penyakitnya.

2. Bagi perawat

Diharapkan mampu berkoordinasi dengan tim kesehatan yang lain yakni, dokter, dan ahli gizi karena untuk menangani klien membutuhkan asuhan keperawatan yang mengutamakan rasa nyaman, care, kepedulian, dan kesabaran pada umumnya dan khususnya pada klien gangguan persepsi sensori halusinasi penglihatan diharapkan tenaga kesehatan lebih mengutamakan pelayanan yang mampu membina hubungan saling percaya dan hubungan terapeutik guna memberikan rasa nyaman dan keterbukaan sehingga masalah cepat teratasi.

3. Bagi Institusi Akademik STIKes ICME

Agar dapat meningkatkan mutu pendidikan yang berkualitas dan professional sehingga dapat tercipta perawat professional, terampil handal, dan mampu memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif.

Daftar Pustaka

- Ade Herman Surya Direja, 2011. *Buku Asuhan Keperawatan Jiwa*, Nuha Medika ;
Yogyakarta, Desember
- Abdul Muhith, 2015. *Buku Teori dan Aplikasi Pendidikan Keperawatan Jiwa* ;
Yogyakarta.
- Budi Anna K & Akemat, 2010. *Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa*,
Jakarta, EGC.
- Debora, Oda. 2011. “*proses keperawatan dan pemeriksaan fisik*”. Jakarta:
Salemba Medika
- Dhani Redhono, H & Yuliana Heri, S. 2016. *Buku Pedoman keterampilan Klinis.*
Vital Sign. Surakarta.
- Diah , Nur Khasanah, 2013. *Studi Kasus Asuhan Keperawatan Pada Klien*
Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran, Surakarta.
- Dr.Afiyanti,Y. & Nur,IR, 2014. *Buku Metodologi Penelitian Kualitatif dalam*
Riset Keperawatan; Ed.I. Rajawali Pers,Jakarta
- Endah, Dwi E, 2013. *Studi Kasus Asuhan Keperawatan pada Klien dengan*
Halusinasi Pendengaran, Surakarta.
- Ernawati Dalami, 2009. *Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Jiwa* ;
Jakarta – TIM
- Hidayat, A. Aziz Alimul. 2012, *Metode Penelitian Kebidanan dan Teknik Analisis*
Data, Edisi Pertama – Jakarta : Salemba Medika.

Keliat, Budi Anna, 2005. *Keperawatan Jiwa Terapi Aktifitas Kelompok*. EGC :
Jakarta.

Nurlinda . 2013. Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Dengar . Jurnal:
Jtptunimus-Gdl-Nurlindaok, 3-4.

Nursalam, 2013. *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan : Pendekatan Praktis*,
Ed 4. Jakarta, Salemba Medika.

Notoadmojo, Soeidjo. 2005. *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta

Rafina Damayanti, Jumaini, Sri U, *Efektifitas Terapi Musik Klasik Terhadap
Penurunan Tingkat Halusinasi Pendengaran*, Jurnal PSIK Vol. 1 No. 2
Oktober 2014.

RISKESDAS, 2013. Riset Kesehatan Dasar. Jurnal : Myra.

Rizqa Sabrina, *Konseling Eksistensial untuk Meningkatkan Kebermaknaan Hidup
Pada Klien Halusinasi*, *Journal Universitas Malang*, Februari 2016.

Wiwiek Liestyningrum, *Penurunan Jumlah Klien Halusinasi dan Isolasi Sosial*,
Jurnal Ilmiah Keperawatan, ISSN, Vol. 10 No. 1/Maret 2016.

Yusuf, AH & Fitriyasari, R, 2015. *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*,
Jakarta, Salemba Medika.

Yudi Hartono dan Farida Kusumawati, *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*, Jakarta:
Salemba Medika, 2010.

Lampiran 1

JADWAL PELAKSANAAN STUDI KASUS

Kegiatan-Kegiatan	Desember				Januari				Februari				Maret				April				Mei				Juni				Juli			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Pendaftaran Mahasiswa Peserta Studi Kasus				■																												
Bimbingan Proposal Studi Kasus				■	■	■																										
Pendaftaran Ujian Proposal Studi Kasus							■																									
Ujian Proposal Studi Kasus								■																								
Revisi Proposal Studi Kasus									■	■	■	■	■	■	■	■																
Pengambilan Data dan Pengolah Data									■	■	■	■	■	■	■	■																
Bimbingan Hasil Pendaftaran Ujian Sidang Studi Kasus																					■	■	■	■	■	■	■	■				
Ujian Sidang Studi Kasus																													■			
Revisi Studi Kasus dan Pengumpulan Studi Kasus																																■



