

KARYA TULIS ILMIAH : STUDI KASUS

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA KLIEN *SKIZOFRENIA SIMPLEK*
DENGAN MASALAH *GANGGUAN PERSEPSI SENSORI “HALUSINASI*
PENDENGARAN” DI RUANG FLAMBOYAN 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 SIMPLEK*
DENGAN MASALAH *GANGGUAN PERSEPSI SENSORI “HALUSINASI
PENDENGARAN”* DI RUANG FLAMBOYAN RUMAH SAKIT
JIWA MENUR SURABAYA**



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

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA KLIEN SKIZOFRENIA SIMPLEK
DENGAN MASALAH GANGGUAN PERSEPSI SENSORI “HALUSINASI
PENDENGARAN” DI RUANG FLAMBOYAN RUMAH
SAKIT JIWA MENUR SURABAYA**

KARYA TULIS ILMIAH : STUDI KASUS

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 : Rachman Indra Setiawan

NIM : 14.121.003.1

Tempat Tanggal Lahir : Surabaya, 28 Mei 1996

Institusi : STIKes Insan Cendekia Medika Jombang

Judul Karya Tulis Ilmiah : Asuhan Keperawatan pada klien *Skizofrenia Simplek* dengan *Gangguan Persepsi Sensori* "*Halusinasi Pendengaran*".

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, 12 Juli 2017

Peneliti

Rachman Indra Setiawan



MOTTO

“Seorang Pemenang Takkan Pernah Berhenti Untuk Berusaha Dan Orang Yang Berhenti Untuk Berusaha Takkan Menjadi Seorang Pemenang”

PERSEMBAHAN

Sembah sujud serta syukur alhamdulillah kepada ALLAH SWT. Atas karunia serta kemudahan yang Engkau berikan akhirnya Karya Tulis Ilmiah yang sederhana ini dapat terselesaikan.

Aku persembahkan karya tulis ini untuk seseorang yang selalu senantiasa merawatku, membesarkanku, memberikanku banyak pendidikan mulai dari tidak mengerti sampai umurku sekarang terimakasih bapak dan ibu karena selalu memanjatkan doa disetiap sujudmu sehingga karya tulis ini terselesaikan.

Terima kasih juga buat sahabatku “Asrama Putri Icme, Kost putrid Candi, dan Kos Combo putra” yang selalu memberi dukungan, suport, serta selalu berbagi pengalaman denganku.

Serta teman-teman D3 Keperawatan yang aku cintai sudah menjadi teman-teman yang luar biasa selama 3 tahun ini, tawa, canda, tangis sudah pernah kita rasakan aku pasti akan rindu dengan kalian semua.

Terimakasih atas semuanya

LEMBAR PERSETUJUAN

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN *SKIZOFRENIA SIMPLEK* DENGAN MASALAH *GANGGUAN PERSEPSI SENSORI "HALUSINASI PENDENGARAN"* DI RUANG FLAMBOYAN RUMAH SAKIT JIWA MENUR SURABAYA.


Nama Mahasiswa : Rachman Indra Setiawan

NIM : 141210031

Program Studi : D3 Keperawatan


SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
TELAH DISETUJUI KOMISI PEMBIMBING
PADA TANGGAL 12 JULI 2017
INSAN CENDEKIA MEDIKA


Maharani Tri P. S. Kep, Ns. MM.
Pembimbing Utama


Afif Hidavatul Arham S. Kep, Ns.
Pembimbing Kedua

Mengetahui,


H. Bambang Tutuko, SH., S. Kep., Ns., MH
Ketua STIKes ICMe


Maharani Tri P. S. Kep, Ns. MM.
Ketua Program Studi D-III
Keperawatan

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini berjudul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN *SKIZOFRENIA SIMPLEK* DENGAN MASALAH *GANGGUAN PERSEPSI SENSORI “HALUSINASI PENDENGARAN”* DIRUANG FLAMBOYAN RUMAH SAKIT JIWA MENUR SURABAYA.

Nama Mahasiswa : Rachman Indra Setiawan


NIM : 14.121.003.1

Program studi : D3 Keperawatan

Telah berhasil dipertahankan dan diuji dihadapan Dewan Penguji dan diterima Sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada Program Studi Diploma III keperawatan STIKes ICMe Jombang

Komisi Dewan Penguji

1. Penguji Utama : Ruliati, SKM.,M.Kes ()

2. Penguji Anggota 1 : Maharani Tri P, S.Kep.,Ns.,MM ()

3. Penguji Anggota 2 : Afif Hidayatul Arham, S.Kep.,Ns. ()

Ditetapkan di : Jombang

Pada Tanggal : 12 Juli 2017



KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, atas rahmat dan hidayah- Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Proposal penelitian dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Klien *Skizofrenia Simplek* dengan masalah keperawatan *Gangguan Persepsi Sensori :”Halusinasi Pendengaran”*. Karya Tulis Ilmiah ini disusun sebagai salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi Diploma III Keperawatan Stikes Insan Cendekia Medika Jombang.

Terima kasih yang tak terhingga dan sebesar - besarnya saya sampaikan kepada Ibu Maharani Tri Puspitasari S.Kep.,Ns.,MM selaku Pembimbing Utama yang telah dengan sabar dan penuh perhatian memberikan motivasi, bimbingan dan saran untuk penyusunan karya tulis ilmiah ini.

Terima kasih yang tak terhingga dan sebesar - besarnya saya sampaikan kepada Bapak Afif Hidayatul Arham S.Kep.,Ns, selaku pembimbing kedua yang telah menyediakan waktu dengan penuh kesabaran memberikan pengarahan dan masukan kepada penulis sejak awal hingga akhirnya Karya Tulis Ilmiah ini terselesaikan.

Dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini penulis mendapat bantuan dari berbagai pihak untuk itu perkenankan saya menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada : Bapak H. Bambang Tutuko, S.H.,S.Kep.,Ns.,M.H selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang. Ibu Maharani Tri Puspitasari, S.Kep.,Ns.,MM selaku Ketua Program Studi Ahli Madya Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika

Jombang. Ibu Ruliati, S.K.M., M.Kes selaku Koordinator Karya Tulis Ilmiah Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang.

Semoga Allah SWT memberikan rahmat-Nya dan semua pihak yang telah memberikan kesempatan, dukungan dan bantuan menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini. Penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari sempurna, tetapi penulis berharap Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi profesi keperawatan.

Jombang, 12 Juli 2017

Penulis



RIWAYAT HIDUP

Penulis dilahirkan di Surabaya, 28 Mei 1996 dari keluarga bapak Suparno dan ibu Mariyani. Penulis merupakan anak kedua dari tiga bersaudara.

Tahun 2002 penulis lulus dari TK Sukses Surabaya, tahun 2008 penulis lulus dari SD Negeri Rungkut kidul I Surabaya, tahun 2011 penulis lulus dari SMP Negeri I Slahung Ponorogo dan tahun 2014 penulis lulus dari SMK Kesehatan Bakti Indonesia Medika Ponorogo, tahun 2014 penulis lulus seleksi masuk STIKes "Insan Cendekia Medika" Jombang melalui jalur PMDK gelombang 1. Penulis memilih program Studi D3 Keperawatan dari lima pilihan program studi yang ada di STIKes "ICME" Jombang.

Demikian riwayat hidup ini dibuat dengan sebenarnya.

Jombang, 12 Juli 2017

Penulis

Rachman Indra Setiawan

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN *SKIZOFRENIA SIMPLEK* DENGAN MASALAH KEPERAWATAN *GANGGUAN PERSEPSI SENSORI* “*HALUSINASI PENDENGARAN*” DI RUANG FLAMBOYAN RUMAH SAKIT JIWA MENUR SURABAYA

Oleh :

Rachman Indra Setiawan

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

Desain penelitian ini adalah deskriptif dengan menggunakan metode penelitian yaitu studi kasus. Subyek dalam studi kasus ini menggunakan 2 klien/pasien dengan kasus *gangguan persepsi sensori “halusinasi pendengaran”* di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya. Teknik pengumpulan data di deskripsikan secara naratif dan dilakukan dengan 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 di lakukan pada klien I (Ny.D) dan klien II (Ny.S) dengan *Gangguan Persepsi Sensori*, pada penelitian ini di dapatkan satu diagnose yang prioritas yaitu *Skizofrenia Simplek*. Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 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 terapeutik dapat mendorong klien lebih kooperatif, peran keluarga sangat penting dalam merawat klien dengan gangguan persepsi sensori: Halusinasi.

Kata Kunci: Asuhan Keperawatan, Gangguan Persepsi sensori, Halusinasi pendengaran

ABSTRACT

NURSING CARE IN CLIENT SIMPLEX SCHIZOPHRENIC WITH SENSORY PERCEPTION DISORDER NURSING PROBLEM "AUDITORY HALLUCINATIONS" THE FLAMBOYAN ROOM OF THE MENTAL HOSPITAL MENUR SURABAYA .

OLEH :

Rachman Indra Setiawan

Mental disorder is a change in the function of the soul that leads to impaired mental function, which creates barriers in carrying out social roles. Hallucinatory hearing is a form of sensory perceptual disorder that occurs in schizophrenia. The purpose of this study that researchers can know, understand and can apply nursing care on clients with sensory perceptual disorder "hearing hallucinations" that include assessment, diagnosis, interventions, implementation and evaluation of nursing.

The design of this research is descriptive by using research method that is case study. Subjects in this case study used 2 clients/patients with sensory perceptual disorder cases of "auditory hallucinations" in space Flamboyan Mental Hospital Menur Surabaya. Data collection techniques are described narratively and done by interview techniques (the anamnesis contains the identity of the client ,the main complaint,the history of the disease now and in the past) as well as observation or physical examination .

The results of this study were performed on client I (Ny.D) and client II (Ny.S) with Sensory Perception Disorder, in this research one diagnosis of priority is Schizophrenia Simplex. After nursing care done for 3x 24 hours ,the patient can recognize the hallucination experienced, can control hallucinations by 4 ways of rebuking ,covering with others, performing activities on schedule and be able to run drug therapy correctly.

Conclusion from this research that is needed cooperation between health team and client or client family is very necessary for success of nursing care to client ,therapeutic communication can encourage more cooperative clients ,family roles are very important in caring for clients with sensory perception disorders :Hallucinations

Keywords : Nursing care, Sensory Perception Disorder, Auditory Hallucinations

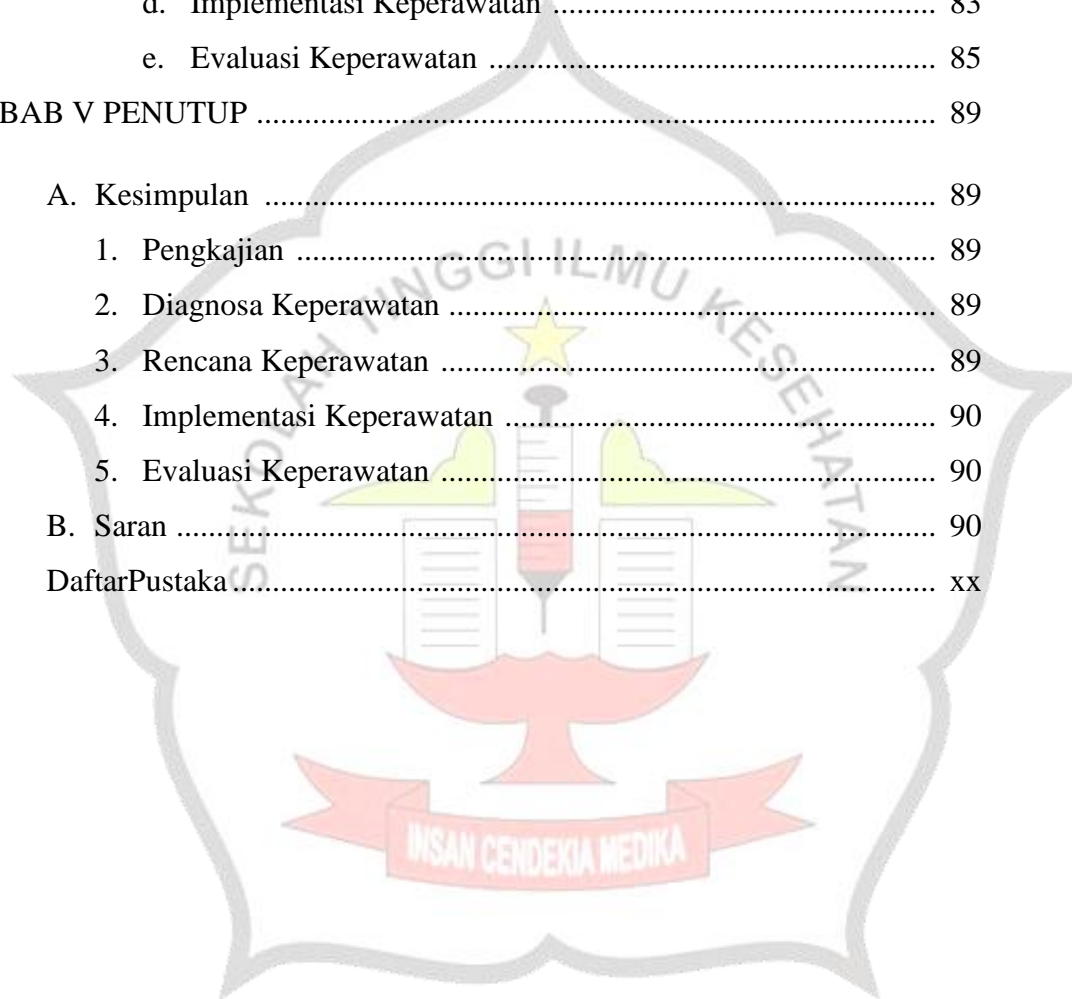
DAFTAR ISI

Halaman Judul	i
Halaman Judul Dalam	ii
Surat Pernyataan	iii
Motto dan Persembahan	iv
Lembar Persetujuan Karya Tulis Ilmiah	v
Lembar Pengesahan Penguji	vi
Kata Pengantar	vii
Riwayat Hidup	ix
Abstrak	x
Daftar Isi	xii
Daftar Tabel	xvi
Daftar Skema	xvii
Daftar Lampiran	xviii
Daftar Lambang Dan Singkatan	xix
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Batasan Masalah.....	5
C. Rumusan Masalah	5
D. Tujuan Penelitian	5
E. Manfaat Penelitian	6
BAB II TINJAUAN TEORITIS	8
A. Konsep Skizofrenia	8
1. Definisi	8

2. Jenis – jenis <i>Skizofrenia</i>	9
3. Gejala <i>Skizofrenia</i>	9
a. Gejala Primer	9
b. Gejala Psikomotor	9
c. Gejala Sekunder	9
B. Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran	10
1. Definisi	10
2. Jenis– jenis Halusinasi	11
3. Fase – fase Halusinasi	12
4. Dimensi Halusinasi	13
5. Rentang Respon Neurobiologis	15
6. Faktor yang mempengaruhi	16
7. Mekanisme Koping	20
8. Validasi informasi tentang Halusinasi	21
9. Patofisiologi	23
10. Penatalaksanaan Medis	23
C. Konsep Asuhan Keperawatan	25
BAB III METODOLOGI PENELITIAN	35
A. Desain Penelitian	35
B. Batasan – Batasan Istilah	35
C. Partisipan	36
D. Lokasi dan Waktu Penelitian	36
E. Pengumpulan Data	36
F. Uji Keabsahan Data	38
G. Analisa Data	38
H. Etika Penelitian	40
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	41
A. Hasil	41
1. Gambaran Lokasi Pengambilan Data	41
2. Pengkajian	41
a. Klien I (Ny. D)	42

1) Identitas Klien	42
2) Alasan masuk	42
3) Faktor Predisposisi	42
4) Pemeriksaan Fisik	43
5) Psikososial	43
6) Status Mental	45
7) Kebutuhan Persiapan Pulang	47
8) Mekanisme Koping	48
9) Masalah Psikososial dan Lingkungan	49
10) Pengetahuan Kurang tentang	50
11) Aspek Medik	50
12) Daftar Masalah Keperawatan	50
13) Daftar Diagnosa Keperawatan	50
14) Analisa Data	51
15) Intervensi Keperawatan	52
16) Implementasi Keperawatan	55
17) Evaluasi Keperawatan	57
b. Klien II (Ny. S).....	59
1. Identitas Klien	59
2. Alasan masuk	59
3. Faktor Predisposisi	59
4. Pemeriksaan Fisik	60
5. Psikososial	60
6. Status Mental	62
7. Kebutuhan Persiapan Pulang	64
8. Mekanisme Koping	65
9. Masalah Psikososial dan Lingkungan	66
10. Pengetahuan Kurang tentang	66
11. Aspek Medik	67
12. Daftar Masalah Keperawatan	67
13. Daftar Diagnosa Keperawatan	67
14. Analisa Data	68

15. Intervensi Keperawatan	69
16. Implementasi Keperawatan	72
17. Evaluasi Keperawatan	74
3. Pembahasan	76
a. Pengkajian	76
b. Diagnosa Keperawatan	81
c. Intervensi Keperawatan	82
d. Implementasi Keperawatan	83
e. Evaluasi Keperawatan	85
BAB V PENUTUP	89
A. Kesimpulan	89
1. Pengkajian	89
2. Diagnosa Keperawatan	89
3. Rencana Keperawatan	89
4. Implementasi Keperawatan	90
5. Evaluasi Keperawatan	90
B. Saran	90
DaftarPustaka	xx



DAFTAR TABEL

No.	Daftar Tabel.	Hal.
2.1	Karakteristik Halusinasi	12
2.2	Fase – fase Halusinasi	13
2.3	Gejala pencetus respon neurobiologist	21
2.4	Kemampuan penilaian halusinasi	31
2.5	Analisa Data	33
2.6	Intervensi Keperawatan	34
2.7	Evaluasi Keperawatan	36
4.1	Riwayat Penyakit Keluarga klien I	45
4.2	Pemeriksaan Fisik klien I	45
4.3	Analisa Data klien I	54
4.4	Intervensi Keperawatan klien I	55
4.5	Implementasi Keperawatan klien I	58
4.6	Evaluasi Keperawatan klien I	60
4.7	Riwayat Penyakit Keluarga klien II	63
4.8	Pemeriksaan Fisik klien II	63
4.9	Analisa Data klien II	72
5.0	Intervensi Keperawatan klien II	73
5.1	Implementasi Keperawatan klien II	76
5.2	Evaluasi Keperawatan klien II	78

DAFTAR GAMBAR

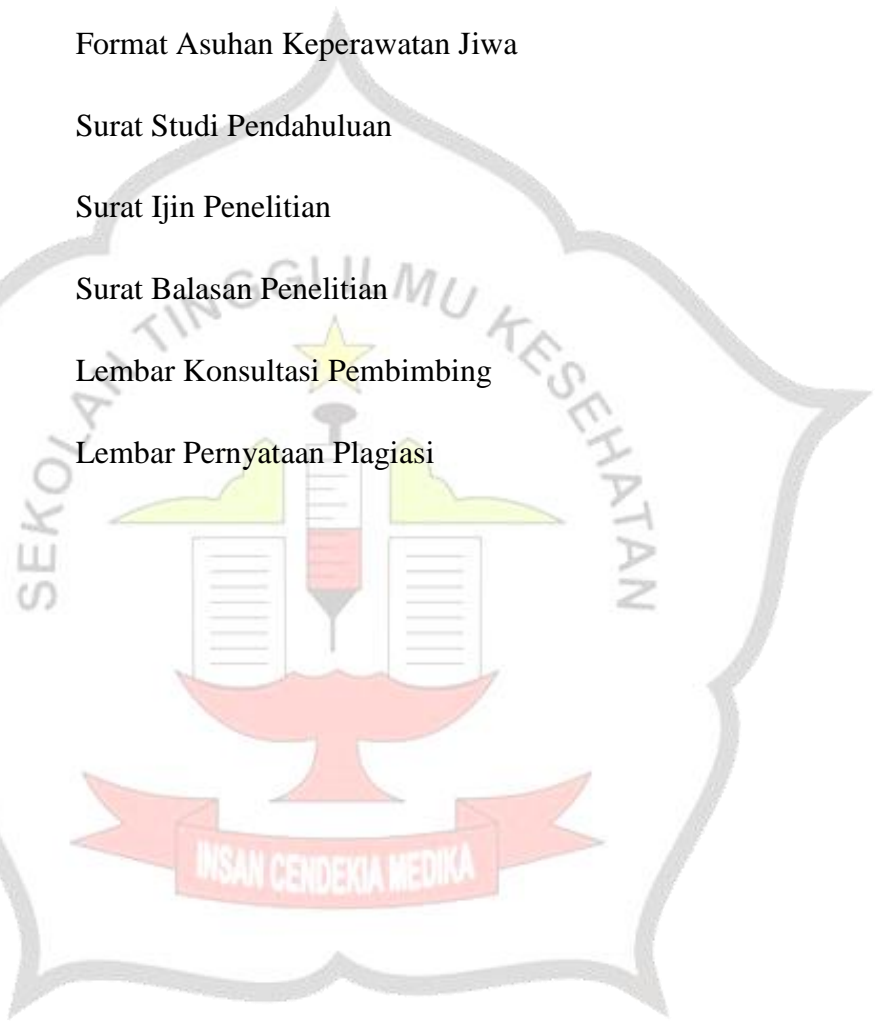
No.	Daftar Gambar	Hal.
1.	Rentang Respon Neurobiologis	16
2.	Pathofisiologi	25
3.	Genogram klien I	46
4.	Genogram klien II	64



LAMPIRAN

No. Lampiran

Lampiran 1	Jadwal Rencana Kegiatan Penelitian
Lampiran 2	Permohonan Menjadi Responden
Lampiran 3	Persetujuan Menjadi Responden
Lampiran 4	Format Asuhan Keperawatan Jiwa
Lampiran 5	Surat Studi Pendahuluan
Lampiran 6	Surat Ijin Penelitian
Lampiran 7	Surat Balasan Penelitian
Lampiran 8	Lembar Konsultasi Pembimbing
Lampiran 9	Lembar Pernyataan Plagiasi



DAFTAR LAMBANG DAN SINGKATAN

Lambang

1. % : Persentase
2. ° : Derajat
3. / : Atau
4. & : Dan
5. > : Lebih dari

Singkatan

1. STIKes : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
2. ICMe : Insan Cendekia Medika
3. WHO : *World Health Organization*
4. RSJ : Rumah Sakit Jiwa
5. BAK : Buang Air Kecil
6. BAB : Buang Air Besar
7. SPTK : Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan
8. SP : Strategi Pelaksanaan
9. BHSP : Bina Hubungan Saling Percaya
10. RM : Rekam Medik
11. WIB : Waktu Indonesia Barat
12. mmHg : Milimeter Hidragirum
13. Kg : Kilogram
14. Cm : Centimeter
15. SOAP : *Subyektif, Obyektif, Assasment, Planning.*
16. Mg : Miligram

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Gangguan jiwa yaitu suatu perubahan pada fungsi jiwa yang menyebabkan adanya gangguan pada fungsi jiwa, yang menimbulkan penderitaan pada individu atau hambatan dalam melaksanakan peran sosial. Individu yang sehat jiwa terdiri dari : menyadari sepenuhnya kemampuan dirinya, mampu menghadapi stres kehidupan yang wajar, mampu bekerja produktif dan memenuhi kebutuhan hidupnya, dapat berperan serta dalam lingkungan hidup, menerima dengan baik apa yang ada pada dirinya dan merasa nyaman bersama dengan orang lain (Abdul N & Abdul M, 2011).

Halusinasi pendengaran merupakan bentuk yang paling sering dari gangguan persepsi sensori pada klien *skizofrenia*. *Skizofrenia* merupakan suatu gangguan psikotik yang dapat ditandai dengan gangguan utama pikiran, persepsi, emosi dan perilaku (APA, 2013; Davidson, Neale & Kring, 2006). Bentuk halusinasi bisa berupa suara-suara bising atau mendengung. Tapi paling sering berupa kata-kata yang tersusun dalam bentuk kalimat. Bisa juga klien bersikap mendengarkan dengan penuh perhatian pada orang yang tidak berbicara atau pada benda mati. Persepsi masyarakat bahwa penderita gangguan jiwa merupakan tanggung jawab pihak rumah sakit jiwa saja, padahal faktor yang memegang peranan penting dalam hal perawatan penderita yaitu keluarga serta masyarakat di sekitar penderita gangguan jiwa tersebut (Dermawan & Rusdi, 2013)

Menurut WHO pada tahun 2013 memperkirakan 450 juta orang seluruh dunia mengalami gangguan jiwa saat ini dan dua puluh lima persen penduduk diperkirakan akan mengalami gangguan jiwa pada usia tertentu selama hidupnya. Diperkirakan terdapat 200.000 kasus baru yang di diagnosa *skizofrenia* setiap tahun di *United States*, dan 2 juta diseluruh dunia. Kira-kira sekitar 1% dari populasi di *United States* menderita *skizofrenia*. 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 dari 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. Angka kejadian *skizofrenia* biasanya 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, 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, perilaku kekerasan 4074 kasus, isolasi sosial: menarik diri 1617 kasus, harga diri rendah 1087 kasus dan defisit perawatan diri 1634 kasus. Rata-rata terdapat 150 klien *skizofrenia* perbulan, klien

mengalami halusinasi mencapai 90 orang (60%), kerusakan interaksi dan gangguan konsep diri mencapai 38 orang (25%), perilaku kekerasan mencapai 15 orang (10%), dan klien dengan waham sekitar 8 orang (5%). 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 pendengaran.

Skizofrenia merupakan suatu penyakit yang mempengaruhi otak dan menyebabkan timbulnya pikiran, persepsi, emosi, gerakan dan perilaku aneh yang terganggu (Keliat dkk, 2012). Salah satu gejala umum *skizofrenia* adanya gangguan persepsi sensori (halusinasi dengar). 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 pengecapan) (Keliat dkk, 2012).

Penatalaksanaan halusinasi yaitu membantu mengenali halusinasi dengan cara melakukan berdiskusi dengan klien tentang halusinasinya (apa yang didengar/ dilihat), waktu terjadi halusinasi, frekuensi halusinasi, situasi yang

menyebabkan halusinasi muncul dan respons klien saat halusinasi muncul, untuk dapat mengontrol halusinasi klien dapat mengendalikan halusinasinya ketika halusinasi kambuh, penerapan ini dapat menjadi jadwal kegiatan sehari-hari yang dapat diterapkan klien yang bertujuan untuk mengurangi masalah halusinasi yang dialami klien dengan gangguan persepsi sensoris (halusinasi dengar) (Keliat dkk, 2012).

Upaya optimalisasi penatalaksanaan klien dengan *skizofrenia* dalam menangani gangguan persepsi sensoris (halusinasi dengar) di rumah sakit antara lain melakukan penerapan standar asuhan keperawatan, terapi aktivitas kelompok dan melatih keluarga untuk merawat pasien dengan halusinasi dan terapi non farmakologis salah satunya dengan cara terapi musik. Standar Asuhan Keperawatan mencakup penerapan strategi pelaksanaan halusinasi. Strategi pelaksanaan pada pasien halusinasi mencakup kegiatan mengenal halusinasi, mengajarkan pasien menolak halusinasinya, minum obat dengan teratur, bercakap-cakap dengan orang lain saat halusinasi muncul, serta melakukan aktivitas terjadwal untuk mencegah halusinasi (Wahyu P, 2010). Penerapan SPTK (Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan) terjadwal yang diterapkan pada klien yaitu bertujuan untuk mengurangi masalah keperawatan jiwa yang ditangani pada gangguan persepsi sensoris (halusinasi dengar). Jika pasien sudah pulang maka anjurkan pasien untuk membuat jadwal kegiatan harian di rumah sesuai dengan kegiatan pasien sehari – hari untuk mengurangi terjadinya halusinasi, anjurkan pasien untuk minum obat tepat waktu, dan anjurkan pasien untuk konsultasi kepada dokter sesuai jadwal yang telah ditentukan.

Dari latar belakang diatas penulis tertarik mengambil masalah tentang “Asuhan keperawatan pada klien *Skizofrenia Simplek* dengan masalah *Gangguan Persepsi Sensori “Halusinasi Pendengaran”*”.

1.2 Batasan Masalah

Masalah pada studi kasus ini di batasi pada :

Asuhan Keperawatan pada Klien *Skizofrenia Simplek* dengan masalah *Gangguan Persepsi Sensori “Halusinasi Pendengaran”* Di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.

1.3 Rumusan Masalah

“Bagaimana memberikan asuhan keperawatan pada klien *Skizofrenia Simplek* dengan masalah *Gangguan Persepsi Sensori “Halusinasi Pendengaran”* di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya”.

1.4 Tujuan Penelitian.

1.4.1 Tujuan Umum

Memberikan asuhan keperawatan pada klien *Skizofrenia Simplek* dengan masalah *Gangguan Persepsi Sensori “Halusinasi Pendengaran”* di RSJ Menur Surabaya.

1.4.2 Tujuan Khusus

- a. Melakukan Pengkajian pada klien *Skizofrenia Simplek* dengan masalah *Gangguan Persepsi Sensori “Halusinasi Pendengaran”* di RSJ Menur Surabaya.
- b. Merumuskan Diagnosa keperawatan pada klien *Skizofrenia Simplek* dengan masalah *Gangguan Persepsi Sensori “Halusinasi Pendengaran”* di RSJ Menur Surabaya.

- c. Menyusun Rencana Keperawatan pada klien *Skizofrenia Simplek* dengan masalah *Gangguan Persepsi Sensori “Halusinasi Pendengaran”* di RSJ Menur Surabaya.
- d. Melakukan Implementasikan pada klien *Skizofrenia Simplek* dengan masalah *Gangguan Persepsi Sensori “Halusinasi Pendengaran”* di RSJ Menur Surabaya.
- e. Melakukan Evaluasi tindakan keperawatan pada klien *Skizofrenia Simplek* dengan masalah *Gangguan Persepsi Sensori “Halusinasi Pendengaran”* di RSJ Menur Surabaya.

1.5 Manfaat Penelitian.

1.5.1 Manfaat Teoritis

Menambah khasanah keilmuan sehingga peningkatan ilmu pengetahuan dalam mencari pemecahan permasalahan pada klien *Skizofrenia Simplek* dengan masalah *Gangguan Persepsi Sensori “Halusinasi Pendengaran”*

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, seperti cara untuk mengendalikan halusinasinya.

b. Bagi Institusi Pendidikan STIKes ICMe.

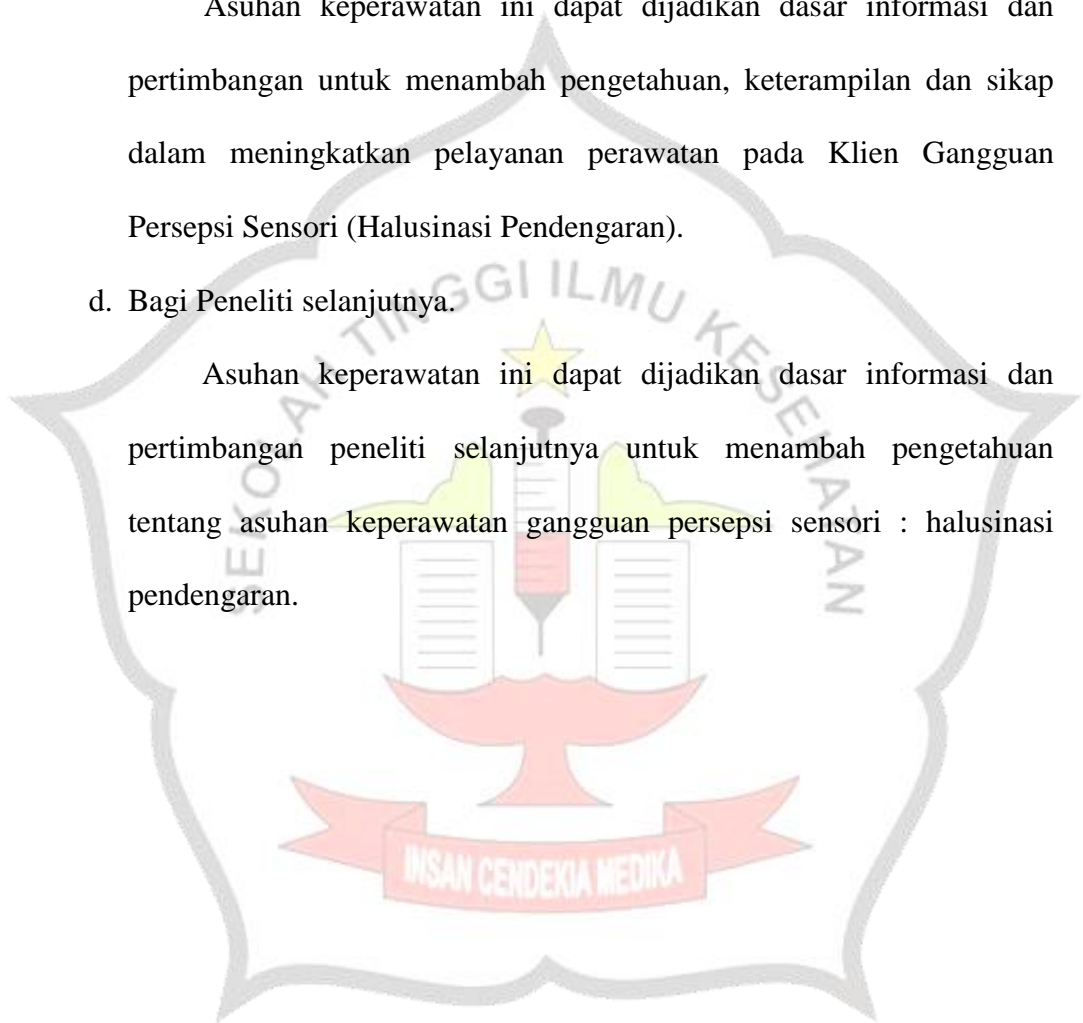
Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai tambahan dan referensi untuk meningkatkan kualitas pendidikan keperawatan pada klien dengan gangguan jiwa..

c. Bagi Perawat.

Asuhan keperawatan ini dapat dijadikan dasar informasi dan pertimbangan untuk menambah pengetahuan, keterampilan dan sikap dalam meningkatkan pelayanan perawatan pada Klien Gangguan Persepsi Sensori (Halusinasi Pendengaran).

d. Bagi Peneliti selanjutnya.

Asuhan keperawatan ini dapat dijadikan dasar informasi dan pertimbangan peneliti selanjutnya untuk menambah pengetahuan tentang asuhan keperawatan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran.



BAB II

TINJAUAN TEORITIS

2.1 Konsep *Skizofrenia*.

2.1.1 Definisi.

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

Skizofrenia adalah suatu bentuk psikosa fungsional dengan gangguan utama pada proses pikir serta *disharmoni* (keretakan, perpecahan) antara proses pikir, afek/emosi, kemauan dan psikomotor disertai distorsi kenyataan, terutama karena waham dan halusinasi; asosiasi terbagi-bagi sehingga timbul inkoherenasi.

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 kemunduran kemauan.
- b. *Skizofrenia hebefrenik*, gejala utama gangguan proses pikir gangguan kemauan dan depersonalisasi. Banyak terdapat waham dan halusinasi.
- c. *Skizofrenia katatonik*, dengan gejala utama pada psikomotor seperti stupor maupun gaduh gelisah katatonik.
- d. *Skizofrenia paranoid*, dengan gejala utama kecurigaan yang ekstrim disertai waham kejar atau kebesaran.

- e. Episode *skizofrenia* akut (*lir skizofrenia*), adalah kondisi akut mendadak disertai dengan perubahan kesadaran, kesadaran mungkin berkabut.
- f. *Skizofrenia psiko-afektif*, yaitu adanya gejala utama skizofrenia yang menonjol dengan disertai gejala depresi atau mania.
- g. *Skizofrenia residual* adalah skizofrenia dengan gejala-gejala primernya dan muncul setelah beberapa kali serangan skizofrenia.

2.1.3 Gejala *Skizofrenia*.

1. Gejala primer.
 - a. Gangguan proses pikir (bentuk, langkah dan isi pikiran). Yang paling menonjol adalah gangguan asosiasi dan terjadi inkoherensi.
 - b. Gangguan afek emosi.
 - c. Terjadi kedangkalan afek emosi.
 - d. Paramimi dan paratimi (*incongruity of affect*/ inadekuat).
 - e. Emosi dan afek serta ekspresinya tidak mempunyai satu kesatuan.
 - f. Emosi berlebihan.
 - g. Hilangnya kemampuan untuk mengadakan hubungan emosi yang baik.
 - h. Gangguan kemauan. Gangguan ini meliputi :
 - a) Terjadi kelemahan kemauan.
 - b) Perilaku negativisme atas permintaan.
 - c) Otomatisme: merasa pikiran/perbuatannya dipengaruhi oleh orang lain.
2. Gejala psikomotor.

- a. *Stupor* atau *hiperkinesia*, *longorea* dan *neologisme*
 - b. *Stereotipi*
 - c. *Katelepsi*: mempertahankan posisi tubuh dalam waktu yang lama
 - d. *Echolalia* dan *echopraxia*
 - e. *Autisme*
3. Gejala sekunder.
- a. Waham
 - b. Halusinasi.

2.2 Konsep Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran.

2.2.1 Definisi

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 suatu gangguan persepsi panca indera tanpa disertai dengan adanya rangsangan dari luar yang dapat terjadi pada sistem penginderaan dimana pada saat kesadaran individu itu penuh dan baik (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 (Abdul muhith, 2015).

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 (Abdul muhith, 2015).

2.2.2 Jenis – jenis Halusinasi.

Menurut Stuart dan Laraia (2005) membagi halusinas menjadi 7 jenis halusinasi yang meliputi : halusinasi pendengaran (*auditory*), halusinasi penglihatan (*visual*), halusinasi pengecapan (*gustatory*), halusinasi perabaan (*tactile*), halusinasi *kinestetik*, halusinasi *cenesthetics*, halusinasi penghidu (*olfactory*).

Halusinasi yang paling banyak diderita adalah halusinasi pendengaran yang mencapai kurang lebih 70%, sedangkan halusinasi penglihatan mencapai urutan kedua dengan rata – rata 20%, sementara jenis halusinasi yang lain yaitu halusinasi pengecapan, penghidu, perabaan, *kinestetik* dan *cenesthetics* hanya meliputi 10%. Tabel di bawah ini menjelaskan karakteristik tiap – tiap halusinasi.

Tabel 2.1 Karakteristik Halusinasi (Stuart dan Laraia, 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 – bau tertentu seperti bau darah, bau urin, atau bau feses, umumnya bau – bau 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.
<i>Cenesthetics</i>	Merasakan fungsi tubuh seperti aliran darah di vena atau arteri, pencernaan makanan atau pembentukan urin.
<i>Kinesthetics</i>	Merasakan pergerakan saat berdiri tanpa bergerak.

2.2.3 Fase – Fase Halusinasi.

Halusinasi yang dialami klien bisa berbeda intensitas dan tingkat keparahannya. Menurut Stuart dan Laraia, (2005) membagi fase – fase halusnasi dalam 4 fase berdasarkan tingkat ansietas atau kecemasan yang dialami dan kemampuan klien mengendalikan dirinya. Semakin berat mengalami ansietas atau kecemasan dan makin dikendalikan oleh halusinasinya.

Tabel 2.2 Fase – Fase Halusinasi (Stuart dan Laraia, 2005)

Fase Halusinasi	Karakteristik	Perilaku Klien
Fase I : <i>Comforting</i>. 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 dikendalikan. NONPSIKOTIK	<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.

<p>Fase II : <i>Condemning</i> Ansietas berat. Halusinasi menjadi menjijikan.</p>	<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. <p style="text-align: center;">PSIKOTIK RINGAN</p>	<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 : <i>Controlling</i> Ansietas berat. Pengalaman sensori menjadi berkuasa.</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. <p style="text-align: center;">PSIKOTIK</p>	<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, tremor 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 : <i>Conquering.</i> Panik. Umumnya menjadi melebur dalam halusinasinya.</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. <p style="text-align: center;">PSIKOTIK BERAT</p>	<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. <i>Agitasi</i> atau <i>katatonik</i>.

2.2.4 Dimensi Halusinasi.

Respon klien terhadap halusinasi dapat berupa kecurigaan, ketakutan, perasaan tidak aman, gelisah, dan bingung, perilaku merusak diri, kurang perhatian, tidak mampu mengambil keputusan serta tidak dapat membedakan antara keadaan nyata dan tidak nyata. Masalah halusinasi berlandaskan pada hakikat keberadaan seseorang individu sebagai makhluk

yang di bangun atas dasar unsur – unsur bio-psiko-sosio-spiritual sehingga halusinasi dapat dilihat dari lima dimensi (Stuart dan Laraia, 2005) yaitu :

a. 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.

b. 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.

c. 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.

d. Dimensi Sosial.

Dimensi sosial pada individu dengan halusinasi menunjukkan adanya kecenderungan untuk menyendiri. Individu asyik dengan

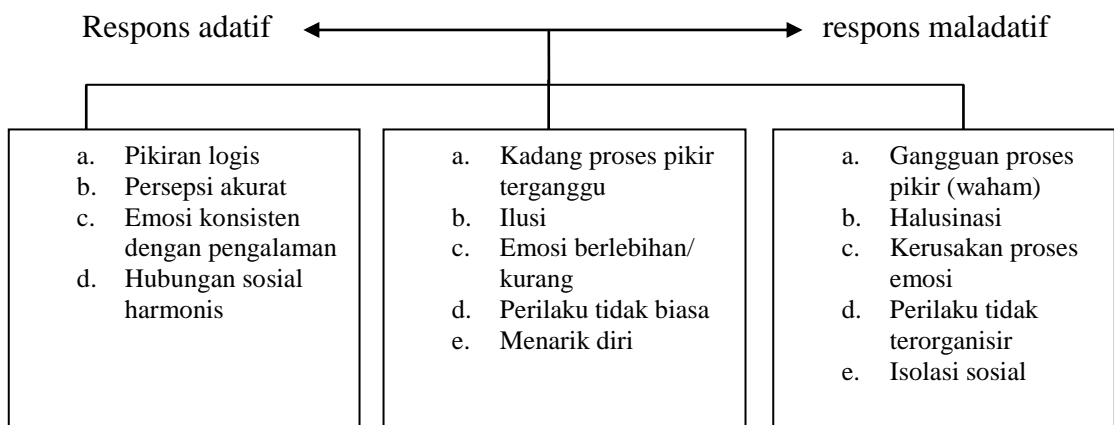
halusinasinya, seolah – olah ia merupakan tempat untuk memenuhi kebutuhan akan interaksi sosial, kontrol diri, dan harga diri yang tidak didapatkan dalam dunia nyata. Isi halusinasi dijadikan sistem kontrol oleh individu tersebut sehingga jika perintah halusinasi berupa ancaman, maka individu tersebut 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.

e. 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 diatas 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).

2.2.5 Rentang respon.

Rentang Respon neurobiologis.



Halusinasi merupakan salah satu respon maladaptif individu yang berada dalam rentang respon neurobiologis (Stuart dan Laraia, 2005). Ini merupakan respon persepsi paling mal adaptif. Jika klien sehat maka persepsinya akurat, mampu mengidentifikasi dan menginterprestasikan 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 pancaindra tidak akurat sesuai dengan stimulus yang diterima. Respon tersebut digambarkan seperti gambar diatas.

2.2.6 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 Laraia, 2005), dibawah ini antara lain :

a. Faktor Predisposisi.

Adalah faktor resiko yang mempengaruhi jenis dan jumlah sumber yang dapat di bangkitkan oleh individu untuk mengatasi stress. Diperoleh baik dari klien maupun keluarganya, mengenai faktor perkembangan sosial kultural, biokimia, psikologis, dan genetik. Beberapa faktor predisposisi yang berkontribusi pada munculnya respon *neurobiology* seperti pada halusinasi antara lain :

1. Faktor Genetik.

Telah diketahui bahwa secara genetik *skizofrenia* diturunkan melalui kromosom – kromosom tertentu. Namun demikian, kromosom yang keberapa 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 *dizygote* peluangnya sebesar 15%. Seorang anak yang salah satunya orang tuanya mengalami *skizofrenia* berpeluang 15% mengalami *skizofrenia*, sementara bila kedua orang tuanya *skizofrenia* maka peluangnya menjadi 35%.

2. Faktor Perkembangan.

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

3. Faktor *neurobiology*.

Ditemukan bahwa *kortex pre frontal* dan *kortex 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*.

4. 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 *Buffofenon* dan *Dimetytranferase* (DMP).

5. Faktor Sosiokultural.

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

6. 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 bertentangan dan sering diterima oleh anak akan mengakibatkan stress dan kecemasan yang tinggi dan berakhir dengan gangguan orientasi realitas.

7. Teori Virus.

Paparan virus *influenzae* pada trimester ke -3 kehamilan dapat menjadi faktor predisposisi *skizofrenia*.

8. Study neurotransmitter.

Skizofrenia diduga juga disebabkan oleh adanya ketidakseimbangan neurotransmitter serta dopamine berlebihan, tidak seimbang dengan kadar serotin.

b. Faktor presipitasi,

Yaitu suatu stimulus yang dipersepsikan oleh individu sebagai tantangan, ancaman/tuntutan yang memerlukan energi ekstra untuk coping. Adanya rangsang lingkungan yang sering yaitu seperti partisipasi klien dalam kelompok, terlalu lama diajak komunikasi dan suasana sepi/isolasi sering sebagai pencetus terjadinya halusinasi karena hal tersebut dapat meningkatkan stress dan kecemasan yang merangsang tubuh mengeluarkan zat halusinogenik. Disamping itu juga oleh karena proses penghambatan dalam proses transduksi dari 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 dithalamus dan frontal otak.
- b. Mekanisme penghantaran listrik di syaraf terganggu (*mekanisme gattung abnormal*).
- c. Gejala – gejala pemicu seperti kondisi kesehatan, lingkungan, sikap, dan perilaku seperti yang tercantum ditabel dibawah ini :

Tabel 2.3 gejala pencetus respon neurobiologis (Stuart dan Laraia, 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.

2.2.7 Mekanisme Koping.

Mekanisme koping yang sering digunakan klien dengan halusinasi (Stuart dan Laraia, 2005) :

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

2.2.8 Validasi Informasi Tentang Halusinasi.

Halusinasi benar – benar nyata 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

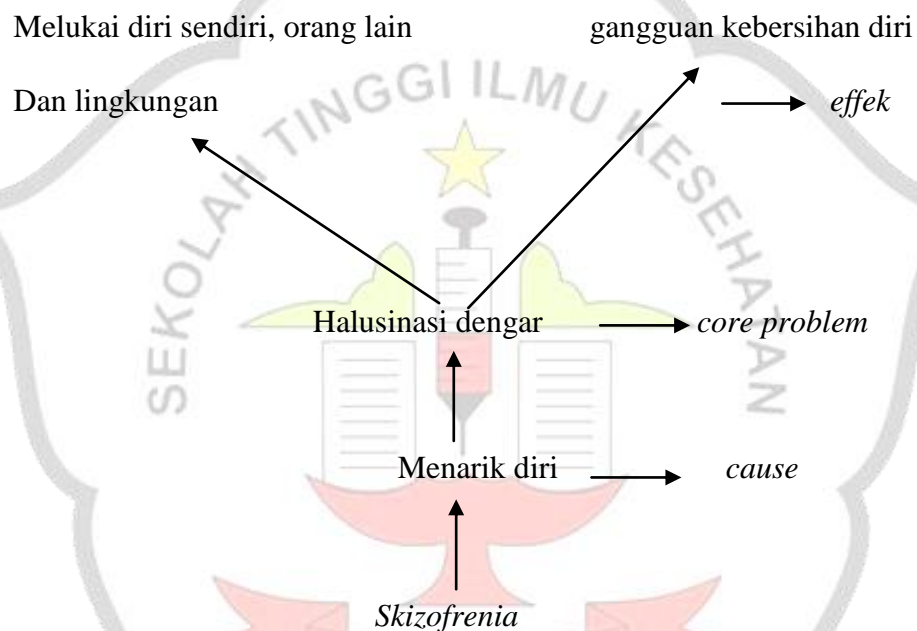
pendengaran, penglihatan, penghidu, pengecapan, perabaan, *kinestetik*, *cenesthetic*. Apakah perawat mengidentifikasi adanya tanda – tanda dan perilaku halusinasi, maka pengkajian selanjutnya harus dilakukan tidak hanya sekedar mengetahui jenis halusinasinya saja. Validasi informasi tentang halusinasi 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 dicitum 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).

2.2.9 Patofisiologi.

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



Skema 2.2 Patofisiologi Halusinasi

2.2.10 Penatalaksanaan Medis.

Penatalaksanaan pada klien halusinasi dengan cara:

- a. Menciptakan lingkungan yang terapiutik

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 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.

b. 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.

c. 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.

d. 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.

e. 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 pada Klien dengan Halusinasi.

1. Identitas Klien

Identitas ditulis lengkap meliputi nama, usia dalam tahun, alamat, pendidikan, agama, status perkawinan, pekerjaan, jenis kelamin, nomor 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. Pemeriksaan Fisik

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

6. Pengkajian Psikososial

a. Genogram

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

b. Konsep Diri

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

- 2) Identitas diri, bagaimana persepsi tentang status dan posisi klien sebelum dirawat, kepuasan klien terhadap suatu/posisi tersebut, kepuasan klien sebagai laki-laki atau perempuan.
- 3) 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.
- 4) Ideal diri, bagaimana harapan klien terhadap tubuhnya, posisi, status, tugas/peran dan harapan klien terhadap lingkungan.
- 5) 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 (*latergik*, 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, khawatir 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.

12. Kemampuan penilaian.

Tabel 2.4 kemampuan Penilaian Halusinasi.

Skor	Keterangan	Karakteristik
1	Tidak ada. Sangat berat.	1. Tidak cukup informasi. 2. Keputusan yang diambil maladatif dan perilakunya berisiko membahayakan diri sendiri dan orang lain
2	Berat.	3. Penilaian yang dialami maladatif.
3	Sedang.	4. Tidak mampu membuat penilaian sederhana (konstruktif) dan adatif meskipun telah mendapat bantuan orang lain.
4	Ringan.	5. Mampu membuat penilaian sederhana dengan bantuan orang lain

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 berpotesi 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.

13. Analisa Data

Tabel 2.5 Analisa Data.

Data	Masalah Keperawatan
<p>Subyektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien mengatakan mendengarkan bisikan / melihat bayangan. Klien menyatakan senang dengan suara – suara / senang melihat bayangan tersebut. <p>Obyektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien terlihat bicara sendiri, tertawa sendiri, sering melamun, menyendiri dan marah-marah tanpa sebab. 	<p>Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi.</p>

14. Diagnosa Keperawatan.

Gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran

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

Nama klien : Diagnosa Medis :
 Ruangan : No. RM :

No. diagnosa	Diagnosa keperawatan	Rencana tindakan keperawatan	
		ujuan (umum dan khusus)	Tindakan keperawatan
	Gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran	<ol style="list-style-type: none"> Klien dapat membina hubungan saling percaya. Klien mampu mengenali halusinasi yang dialaminya, dan 	<ol style="list-style-type: none"> 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). <ol style="list-style-type: none"> 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 pengkajian).

	mengikuti program pengobatan secara optimal	1	Identifikasi jenis, isi dan frekuensi halusinasi klien
		2	Identifikasi situasi yang menimbulkan halusinasi
3.	Klien mampu mengontrol halusinasinya	3	Identifikasi respons klien terhadap halusinasi
		4	Bimbing klien memasukkan dalam jadwal harian.
		1	evaluasi masalah dan latihan sebelumnya
		2	latih klien cara mengontrol halusinasi dengan menghardik
		3	latih cara mengontrol halusinasi dengan berbicara 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 6 benar minum obat)
		6	Masukkan dalam jadwal kegiatan klien

Tabel 2.6 Rencana Tindakan Keperawatan pada Halusinasi.

16. 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
17. Evaluasi keperawatan.

Tabel 2.7 Evaluasi Keperawatan Halusinasi

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

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* simplek dengan masalah keperawatan gangguan persepsi sensori : Halusinasi Pendengaran

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, 2008).
- 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 pelaksana.

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 Pendengaran dengan masalah *Skizofrenia Simplek*

3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

3.4.1 Lokasi

Studi kasus ini dilaksanakan di ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.

3.4.2 Waktu

Waktu yang ditetapkan adalah pada bulan November 2016 sampai bulan Mei 2017 dan pada pengkajian klien dilakukan selama 4-5 hari saat klien MRS sampai klien pulang. Jika sebelum 4 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, prasasti, 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)

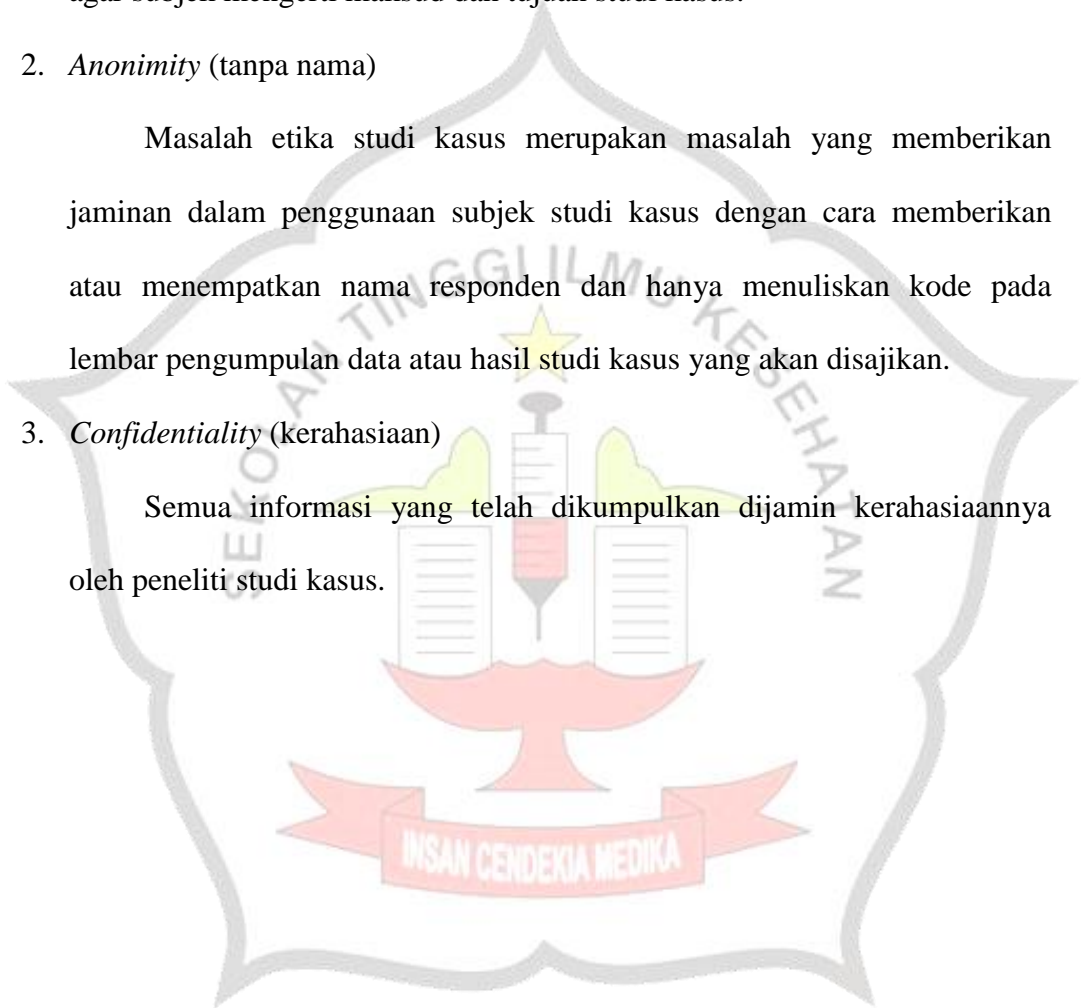
Memberikan bentuk persetujuan antara dan responden studi kasus dengan memberikan lembar persetujuan. Tujuan *Informed Consent* adalah agar subjek mengerti maksud dan tujuan studi kasus.

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 pengecap, Perilaku kekerasan, dan Isolasi Sosial menarik diri.

4.1.2 Pengkajian.

Pada studi kasus ini peneliti melakukan pengkajian terhadap 2 klien. Isi dari pengkajian ini yaitu identitas klien, hasil pemeriksaan fisik, keluhan utama, dan riwayat penyakit (sekarang, dahulu dan keluarga).

1. Pengkajian pada klien I (Ny. D).

Ruangan Rawat : Flamboyan

Tanggal Di rawat : 23 Desember 2016

A. IDENTITAS KLIEN

Tanggal pengkajian : 23 Januari 2017

No. Rekam Medik : 048XXX

Nama : Ny. D

Usia : 26 Tahun.

Jenis Kelamin : Perempuan.

Informan : Klien

B. ALASAN MASUK

Klien sering senyum – senyum sendiri, ngomel-ngomel sendiri, tidak bisa tidur, gelisah, klien mengatakan mendengar suara – suara dan bisikan yang menyuruh klien untuk memecahkan kaca rumah tetangga.

C. 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 Keperawatan.

4. Adakah anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa: Tidak

Anggota 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 saat ayah klien meninggal dunia.

Masalah Keperawatan: Respon Pasca Trauma.

D. PEMERIKSAAN FISIK

Pemeriksaan Fisik

Hasil

TD : 120/80 mmHg

Tanda – tanda vital N : 94 x/menit

S : 36,4°C

RR : 20 x/menit

Ideal Tubuh

TB : 158 CM

BB : 59 KG

Keluhan Fisik

Tidak ada.

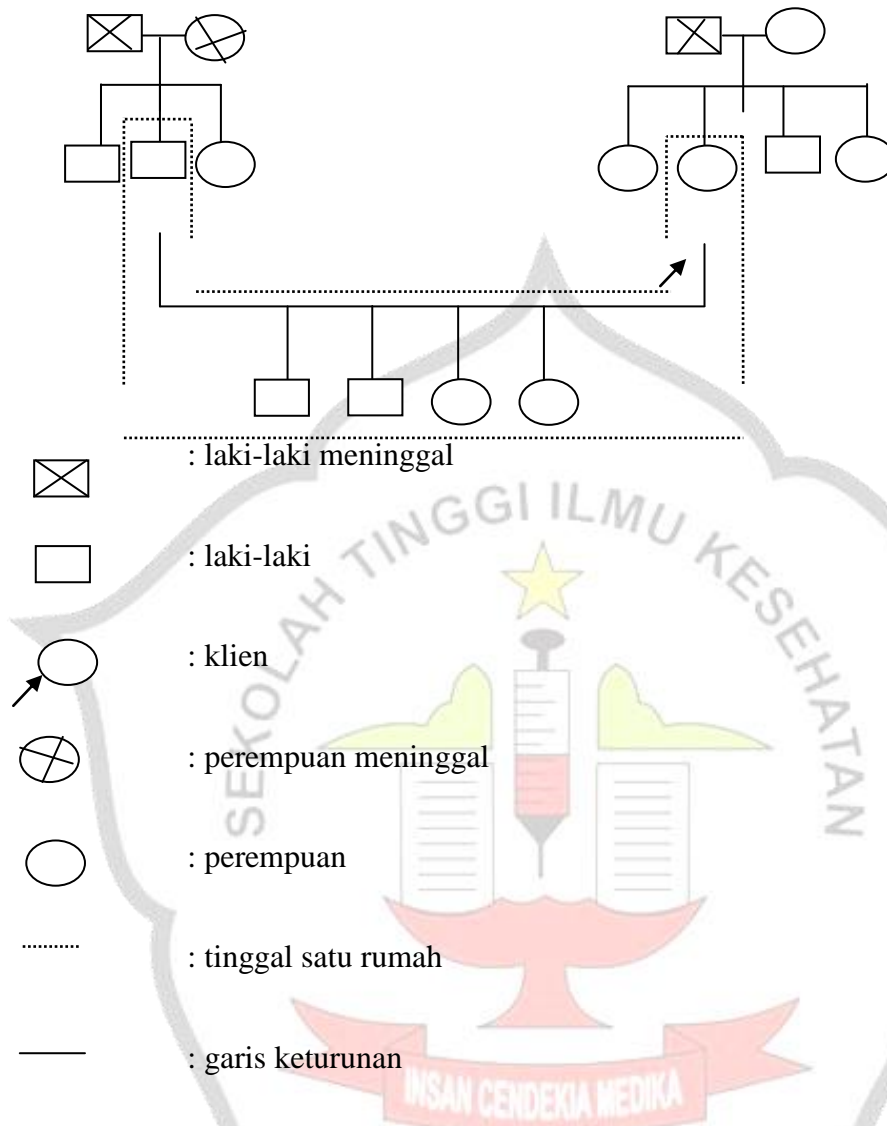
Jelaskan

: saat pengkajian tidak ditemukan keluhan.

Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

E. PSIKOSOSIAL

1. Genogram



Jelaskan : klien merupakan anak ke dua dari empat bersaudara, klien menikah dengan suaminya dan klien juga memiliki empat orang anak 2 anak laki – laki dan 2 anak perempuan.

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

2. Konsep diri

- a. Gambaran diri : klien mengatakan suka dengan semua anggota tubuhnya, penampilan klien bersih, rapi dan tidak bau dan klien mampu merawat dirinya sendiri.
- b. Identitas : klien mengatakan sudah menikah dan mempunyai 4 orang anak dan klien merupakan anak kedua dari empat bersaudara.
- c. Peran : klien berperan sebagai ibu rumah tangga.
- d. Ideal diri : klien ingin cepat sembuh agar dapat berkumpul seperti biasanya dengan keluarga.
- e. Harga diri : klien merasa penuh dosa kepada orang lain dan ingin meminta maaf atas apa yang sudah klien perbuat kepada orang lain.

Masalah Keperawatan : harga diri rendah

3. Hubungan Sosial

- a. Orang yang berarti : klien mengatakan orang yang berarti adalah ibunya, karena ibunya lah yang mengajarkan banyak ilmu tentang kehidupan, kesehatan, dll.
- b. Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat : klien kooperatif selalu mengikuti kegiatan yang diadakan mahasiswa seperti TAK dan selalu 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 yakin kalau allah SWT itu ada.
- b. Kegiatan ibadah : klien selalu menjalankan ibadahnya.

Masalah Keperawatan: tidak ada masalah keperawatan

F. STATUS MENTAL

1. Penampilan : penampilan klien bersih, sesuai keadaan 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 ingin cepat sembuh.

Masalah Keperawatan : gangguan alam pikir.

4. Alam perasaan : khawatir karena suara-suara tidak jelas dan tidak ada wujudnya itu selalu mengganggu klien.

Masalah Keperawatan : gangguan alam pikir.

5. Afek : labil disaat ada suara bisikan klien berbicara sendiri, senyum-senyum sendiri, dan kadang gelisah.

Masalah Keperawatan : halusinasi pendengaran

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

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan.

7. Persepsi : pendengaran, isi: berupa bisikan dan suara-suara yang menyuruh klien untuk memecahkan kaca jendela rumah tetangga, frekuensi: kadang - kadang, waktu: disaat pagi dan jika tidak ada teman untuk diajak bicara.

Masalah Keperawatan : halusinasi pendengaran.

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 : klien 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, klien ingin suara bisikan itu agar segera hilang.

Masalah Keperawatan : halusinasi pendengaran.

14. Daya tilik diri : klien mengatakan bahwa dirinya tidak mengerti dengan penyakitnya.

Masalah Keperawatan : kurangnya informasi.

G. 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 WIB.
 - b. Tidur malam lama : 21:00 s/d 04:00 WIB.
 - 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 bermain volly.
6. Penggunaan obat : bantuan minimal.
7. Pemeliharaan Kesehatan :
 - a. Perawatan lanjutan :Ya.
 - b. Perawatan pendukung :Ya.
8. Kegiatan di dalam rumah :
 - a. Mempersiapkan makanan :Ya.
 - b. Menjaga kerapihan rumah :Ya.
 - c. Mencuci pakaian : Ya.

- d. Pengaturan keuangan : Ya.
9. Kegiatan di luar rumah :
- a. Belanja :Ya.
- b. Transportasi :Tidak.
- c. Lain-lain : Ya

Jelaskan : klien mengatakan jika dirumah melakukan aktifitas sehari – hari dan kegiatan seperti ikut pengajian.

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

H. Mekanisme Koping

Adaptif

Bicara dengan orang lain

Mampu menyelesaikan masalah

Teknik relaksasi

Aktivitas konstruktif

Olahraga

Lainnya

Maladaptif

Minum alkohol

reaksi lambat/berlebih

bekerja berlebihan

menghindar

mencederai diri

lainnya :

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan.

I. 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 ruang 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 seles dan pembantu rumah tangga.
5. Masalah dengan perumahan, spesifik: klien tinggal bersama ibu, kakak dan adik-adiknya.
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

J. Pengetahuan Kurang Tentang:

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

Masalah Keperawatan : kurang pengetahuan

K. Aspek Medik

Diagnosa Medik : F.20.5 (Skizofrenia Simplek)

Terapi Medik : CPZ (0-0-1).

Clozapin 2 x 25 mg.

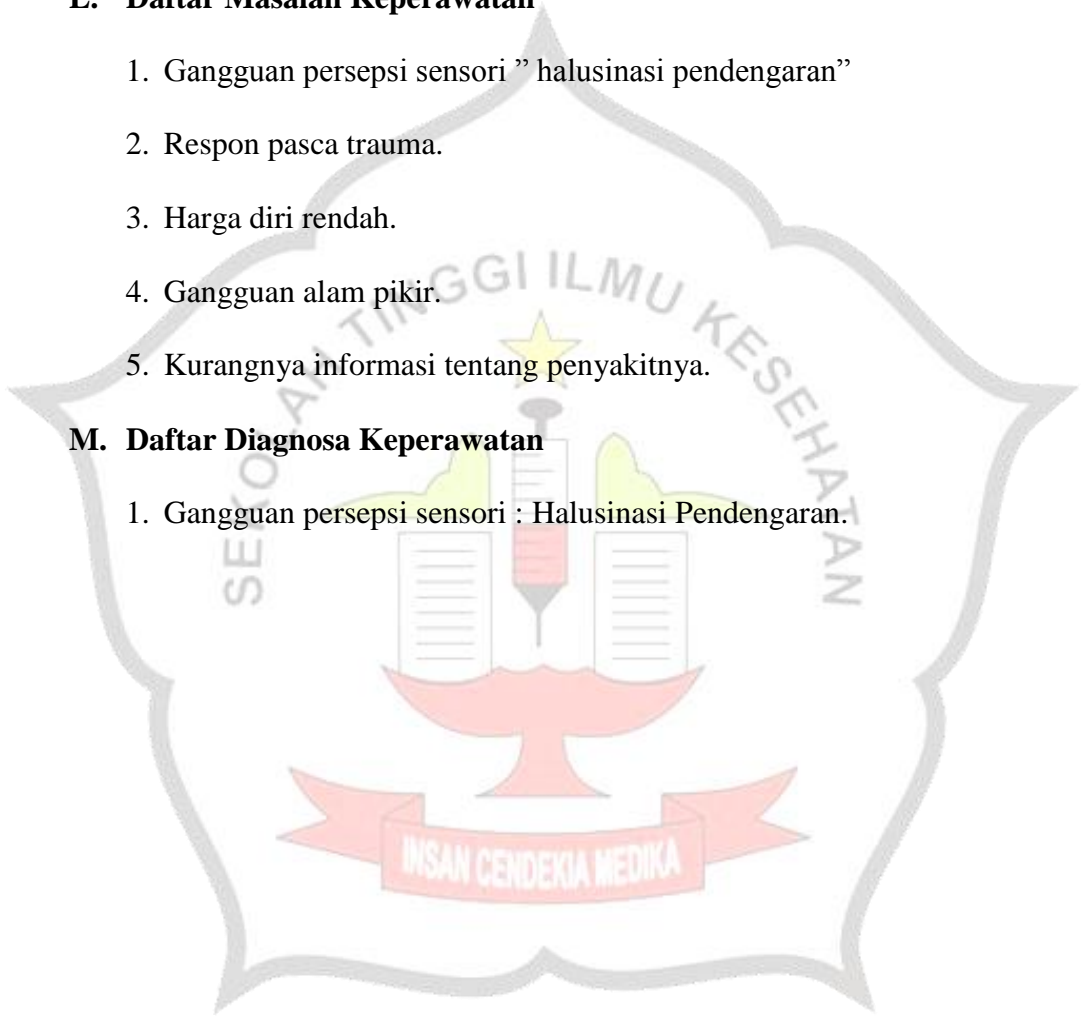
Trihexypenidin (THD) 2 X 5 mg

L. Daftar Masalah Keperawatan

1. Gangguan persepsi sensori ” halusinasi pendengaran”
2. Respon pasca trauma.
3. Harga diri rendah.
4. Gangguan alam pikir.
5. Kurangnya informasi tentang penyakitnya.

M. Daftar Diagnosa Keperawatan

1. Gangguan persepsi sensori : Halusinasi Pendengaran.



ANALISA DATA

NAMA: Ny”D”

NIRM: X048XX

RUANGAN: FLAMBOYAN

TGL	DATA	ETIOLOGI	MASALAH	T.T
23/01/2017	<p>Ds: klien mengatakan mendengar suara dan bisikan</p> <p>I : bisikan-bisikan yang menyuruh klien untuk memecahkan kaca jendela rumah tetangga.</p> <p>F : kadang-kadang</p> <p>T : di saat pagi dan kadang tiba-tiba</p> <p>R : klien merasa gelisah dan takut</p> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien ngomel-ngomel sendiri - Klien senyum-senyum sendiri - Gelisah - Mengarahkan telinga ke sumber suara 	<p>Resiko tinggi mencederai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan.</p> <p>↑</p> <p>Perubahan persepsi sensori : halusinasi pendengaran.</p> <p>↑</p> <p>Isolasi sosial : menarik diri.</p>	Halusinasi pendengaran	

RENCANA KEPERAWATAN JIWA.

Nama klien : Ny. D

No.RM : 048XXX

Ruangan : Flamboyan

	Diagnosa Keperawatan.	Perencanaan.			Rasional.
		Tujuan	Kriteria Hasil	Tindakan keperawatan.	
1.	Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi pendengaran.	<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 percayadengan cara :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Sapa klien dengan sopan, ramah baik secara verbal maupun non verbal. b. Perkenalkan diri dengan sopan. c. Tanyakan nama klien dan nama panggilan klien yang di sukai. d. Jelaskan tujuan dilakukan kontak atau pertemuan dengan klien. e. Bersikap jujur dan menepati janji. f. Perhatikan kebutuhan dasar klien. 	<p>1. Akan membantu mempermudah kerjasama agar klien lebih kooperatif.</p>

			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 yang bisa mengendalikan / mengatasi halusinasinya.	<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 mencegah terjadinya halusinasi. C. Dorong klien untuk memilih cara yang akan digunakan dalam mengendalikan halusinasi. D. Dorong klien untuk melakukan tindakan sesuai dengan cara yang telah 	3. Untuk mempermudah klien mengendalikan halusinasinya dengan teknik yang telah dipilih oleh klien.

					dipilih klien untuk mengendalikan halusinasi. E. Diskusikan dengan klien hasil upaya yang telah dilakukan.	
			TUK 4 : klien dapat mengkonsumsi obat untuk mengendalikan halusinasinya.	Setelah dilakukan 1x Interaksi klien menyebutkan manfaat dan kerugian minum obat.	a. Diskusikan dengan klien dan keluarga tentang obat yang akan di konsumsi untuk mengendalikan halusinasinya. b. Bantu klien untuk minum obat karena sudah sesuai dengan anjuran dokter. c. Observasi tanda dan gejala akibat efek samping obat. d. Bantu klien menggunakan obat sesuai 5 prinsip (benar obat, benar dosis, benar klien, benar pemberian, dan benar waktu)	4. Meningkatkan kesadaran klien akan pentingnya obat dan kesembuhannya.
			TUK 5 : klien mendapat dukungan keluarga untuk mengendalikan halusinasinya.	Setelah dilakukan 1x interaksi keluarga setuju untuk mendukung klien untuk mengendalikan halusinasinya a.	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

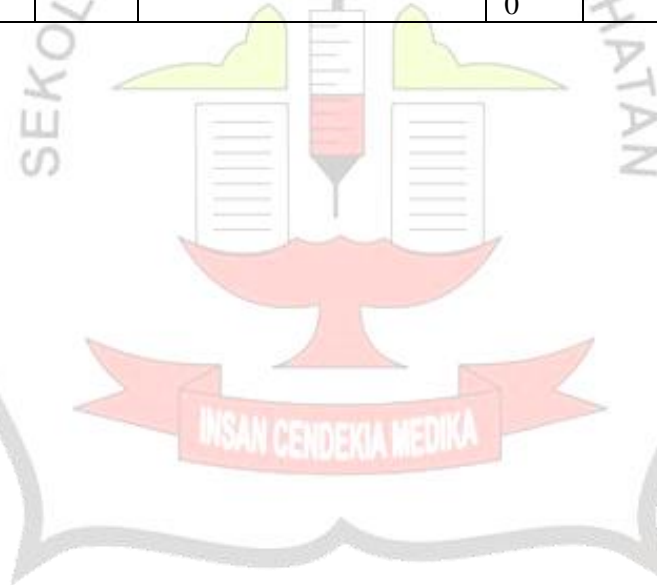
Nama : Ny.D

No.RM : 048XXX

Ruangan : Flamboyan

Diagnosa keperawatan	23 Januari 2017		24 Januari 2017		25 Januari 2017		26 Januari 2017	
Klien I								
Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran.	Implementasi		Implementasi		Implementasi		Implementasi	
	09:00	SP 1 : 9. BHSP 10. Mengidentifikasi jenis halusinasi klien 11. Mengidentifikasi isi halusinasi klien 12. Mengidentifikasi frekuensi halusinasi klien 13. Mengidentifikasi situasi yang menimbulkan halusinasi	09:00	SP 1: 1. Mengidentifikasi respons klien terhadap halusinasi 2. Melatih klien cara mengontrol halusinasi dengan menghardik dengan cara : a. Menutup telinga b. Memejamkan mata c. Dan berkata pada hati jika suara tersebut tidak ada. 3. Membimbing	09:00	1. Melatih cara mengontrol halusinasi dengan berbincang dengan orang lain 2. Membimbing klien memasukkan jadwal kegiatan harian SP 3: 4. Mengevaluasi masalah dan latihan sebelumnya 5. Melatih klien cara	09:00	1. Melatih klien cara mengontrol halusinasi dengan kegiatan (yang bisa dilakukan klien) 2. Membimbing klien memasukkan jadwal kegiatan harian SP 4: 4. Mengevaluasi masalah dan latihan
	10:00		09:30		09:15		09:15	
			10:00		09:30		09:30	
			10:15		10:00		10:00	
					10:20		10:20	
					10:45		10:45	

11:00	14. Mengidentifikasi respons klien terhadap halusinasi 15. Melatih klien cara mengontrol halusinasi dengan menghardik 16. Membimbing klien memasukkan dalam jadwal harian	10:30	klien memasukan dalam jadwal harian SP 2: 4. Mengevaluasi masalah dan latihan sebelumnya 5. Melatih cara mengontrol halusinasi dengan berbincang dengan orang lain 6. Membimbing klien memasukan jadwal kegiatan harian	10:20 10:45 11:00 11:30 12:00	mengontrol halusinasi dengan kegiatan (yang bisa dilakukan klien) 6. Membimbing g klien memasukan jadwal kegiatan harian	11:00	sebelumnya 5. Menjelaskan cara mengontrol halusinasi dengan teratur minum obat(prinsip 5 benar minum obat) 6. Membimbing klien memasukan jadwal kegiatan
-------	---	-------	---	---	---	-------	---



EVALUASI KEPERAWATAN

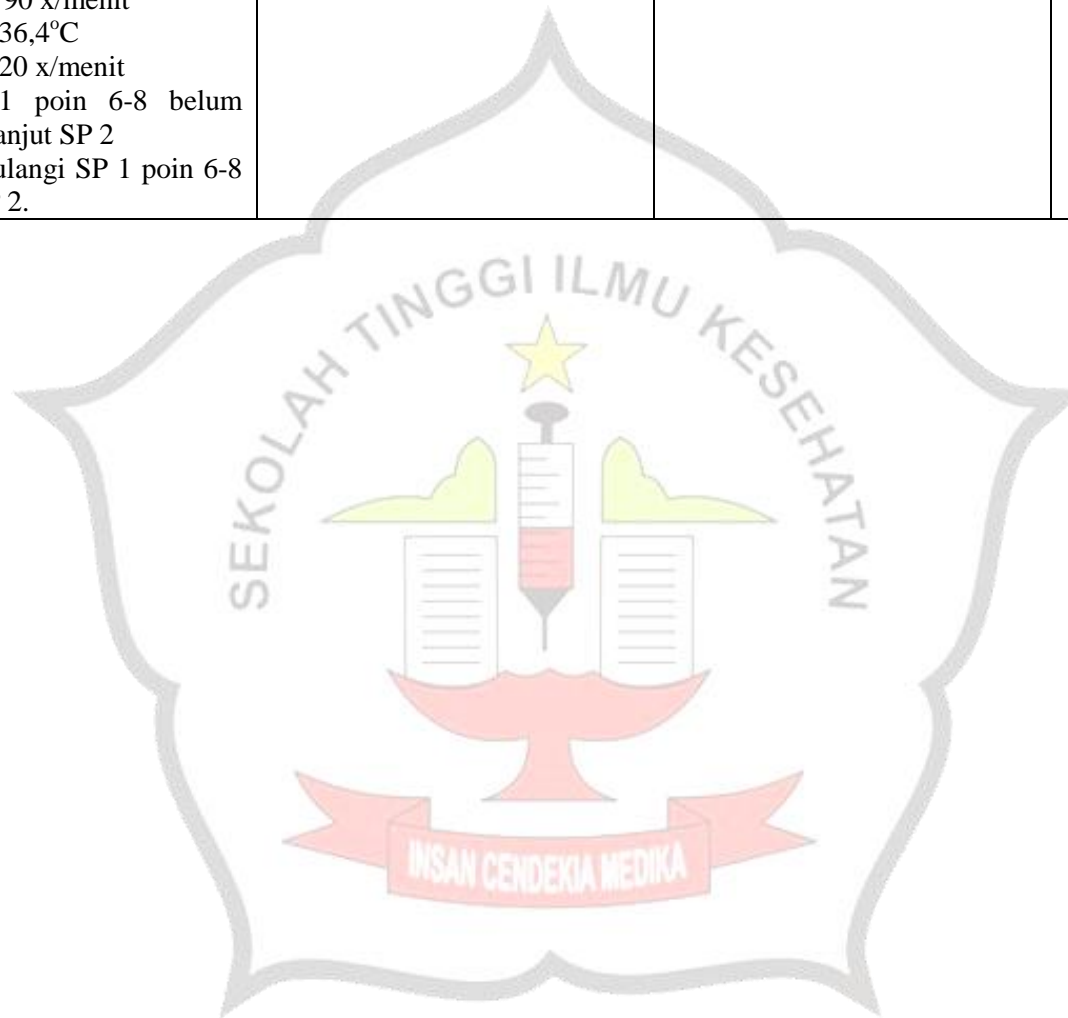
Nama : Ny. D

No.RM : 048XXX

Ruangan : Flamboyan

Diagnosa Keperawatan	Hari 1	Hari ke 2	Hari ke 3	Hari ke 4
Klien I				
Gangguan persepsi sensoris : Halusinasi Pendengaran	<p>S: klien mengatakan mendengar suara-suara bisikan yang menyuruh klien untuk berbuat anarkis.</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien ngomel-ngomel sendiri - Klien senyum-senyum sendiri - Gelisah - Mengarahkan telinga ke sumber suara - Klien susah tidur. - Klien tampak sering melamun. <p>TTV TD:110/80 mmhg</p>	<p>S: klien mengatakan mendengar suara-suara bisikan yang menyuruh klien untuk berbuat anarkis.</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien senyum-senyum sendiri. - Klien kadang diam menyendiri. - Klien tampak gelisah. - Klien terlihat sedih - Klien susah tidur <p>A: SP 1 teratasi ulangi SP 2 poin 2-3</p> <p>P: ulangi SP 2 poin 2-3 lanjut SP 3</p>	<p>S:Klien mengatakan sudah kadang-kadang mendengar suara-suara yang menyuruh klien untuk anarkis.</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien kooperatif - Klien sudah jarang melamun - Klien sudah jarang gelisah. - Klien berbaur dengan temannya <p>A: SP 2 teratasi ulangi Sp 3 poin 2-3</p> <p>P: ulangi sp 3 poin 2-3 lanjutkan Sp 4</p>	<p>S: klien mengatakan suara-suara itu sudah jarang muncul</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien kooperatif - Klien sudah jarang melamun - Klien mengikuti senam dan volly setiap hari - Klien berbaur dengan temannya <p>A: SP 3 teratasi ulangi SP 4 poin 2-3</p> <p>P: pertahankan sp 1,2,3 ulangi SP 4</p>

	N: 90 x/menit S: 36,4°C P: 20 x/menit A: SP 1 poin 6-8 belum teratasi lanjut SP 2 P: mengulangi SP 1 poin 6-8 lanjut SP 2.			
--	--	--	--	--



2. Pengkajian pada klien II (Ny. S).

Ruangan Rawat : Flamboyan

Tanggal Di rawat : 20 November 2016

A. IDENTITAS KLIEN

Tanggal pengkajian : 23 Januari 2017

No. Rekam Medik : 039XXX

Nama : Ny. S

Usia : 26 Tahun.

Jenis Kelamin : Perempuan.

Informan : Klien

B. ALASAN MASUK

Klien sering diam dan menyendiri, tidak bisa tidur, gelisah, klien mengatakan mendengar suara - suara dan bisikan yang menyuruh klien untuk pergi dari rumah dan tidak tau mau pergi kemana, dan suara tersebut terdengar pada saat pagi hari.

C. 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 Keperawatan.

4. Adakah anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa: Tidak

Keadaan 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 saat ibu klien meninggal dunia.

Masalah Keperawatan: Respon Pasca Trauma.

D. PEMERIKSAAN FISIK

Pemeriksaan Fisik

Hasil

Tanda – tanda vital

TD : 110/80 mmHg

N : 90 x/menit

S : 36,4°C

RR : 20 x/menit

Ideal Tubuh

TB : 158 CM

BB : 58 KG

Keluhan Fisik

Tidak ada.

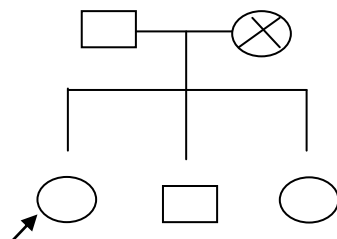
Jelaskan

: saat pengkajian tidak ditemukan keluhan.

Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

E. PSIKOSOSIAL

1. Genogram



: laki-laki meninggal

- : laki-laki
- (with arrow) : klien
- : perempuan
- : garis keturunan

Jelaskan : klien merupakan anak pertama dari tiga bersaudara, dan klien juga belum menikah.

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan.

2. Konsep diri

- a. Gambaran diri : klien mengatakan suka dengan semua anggota tubuhnya, klien juga suka kebersihan..
- b. Identitas : klien merupakan anak pertama dari tiga bersaudara.
- c. Peran : klien berperan sebagai anak sekaligus kakak bagi adik - adiknya dan klien tinggal dengan ayah, dan adik-adiknya.
- d. Ideal diri : klien ingin cepat sembuh agar dapat berkumpul seperti biasanya dengan keluarga.
- e. Harga diri : klien merasa malu diumur 26 tahun belum menikah

Masalah Keperawatan : harga diri rendah

3. Hubungan Sosial

- a. Orang yang berarti : klien mengatakan orang yang berarti adalah ibunya, karena ibu lah orang yang paling aku sayangi.
- b. Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat : klien kooperatif selalu mengikuti kegiatan yang diadakan mahasiswa seperti TAK dan selalu 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 yakin kalau Allah SWT itu ada dan Allah SWT yang maha menyembuhkan segala penyakit.
- b. Kegiatan ibadah : klien rajin beribadah selama sakit dan sehat.

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

F. STATUS MENTAL

1. Penampilan : penampilan klien bersih, sesuai keadaan 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 : klien tampak bingung dan gelisah karena klien ingin cepat sembuh.

Masalah Keperawatan : resiko tinggi cedera.

4. Alam perasaan : khawatir karena suara-suara tidak jelas dan tidak ada wujudnya itu selalu mengganggu klien.

Masalah Keperawatan : gangguan alam pikir.

5. Afek : ekspresi wajah klien tampak datar ketika diberi stimulus.

Masalah Keperawatan : gangguan komunikasi.

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

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan.

7. Persepsi halusinasi : klien mengatakan sering mendengarkan suara – suara, suara tersebut terdengar tidak terlalu lama, setelah itu suaranya pun juga menghilang, dan respon klien hanya diam saat mendengar suara – suara tersebut.

Masalah Keperawatan : halusinasi pendengaran.

8. Proses Pikir : klien menjawab saat ditanya dengan perawat.

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan.

9. Isi Pikir : klien tidak mengalami waham dan klien fobia dengan yang namanya ular.

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan.

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

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan.

11. Memori : klien mengatakan masih dapat mengingat masa – masa lalu bersama keluarga dan masih bisa mengingat saat bersama almh. ibunya.

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan.

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

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan.

13. Kemampuan penilaian : Gangguan ringan, klien ingin suara bisikan itu agar segera hilang.

Masalah Keperawatan : halusinasi pendengaran.

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

Masalah Keperawatan : resiko tinggi penatalaksanaan regiment terapi inefektif.

G. 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 : 13:30 s/d 14:30 WIB.
 - b. Tidur malam lama : 22:00 s/d 04:00 WIB.
 - c. Kegiatan sebelum/sesudah tidur : klien sebelum tidur biasanya membaca komik dan minum susu, kegiatan setelah bangun tidur saat pagi hari yaitu berolahraga pagi.
6. Penggunaan obat : bantuan minimal.
7. Pemeliharaan Kesehatan :
 - a. Perawatan lanjutan : Ya.
 - b. Perawatan pendukung : Ya.
8. Kegiatan di dalam rumah :
 - a. Mempersiapkan makanan : Ya.
 - b. Menjaga kerapian rumah : Ya.
 - c. Mencuci pakaian : Ya.
 - d. Pengaturan keuangan : tidak.
9. Kegiatan di luar rumah :
 - a. Belanja : Ya.
 - b. Transportasi : Ya.
 - c. Lain-lain : Ya.

Jelaskan : klien mengatakan jika dirumah melakukan kegiatan seperti berkumpul dengan keluarga dan teman – teman.

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

H. Mekanisme Koping

Adaptif

Bicara dengan orang lain



Mampu menyelesaikan masalah



Teknik relaksasi



Aktivitas konstruktif



Olahraga



Lainnya :

Maladaptif

Minum alkohol



reaksi lambat/berlebih



bekerja berlebihan



menghindar



mencederai diri



lainnya :

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan.**I. 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 baik dengan lingkungan ruangan flamboyan RSJ Menur surabaya.
3. Masalah dengan pendidikan, spesifik: klien keluar sekolah saat kelas 1 SMA.
4. Masalah dengan pekerjaan, spesifik : klien sebelumnya kerja di mall besar.
5. Masalah dengan perumahan, spesifik: klien tinggal bersama ayah dan adik-adiknya.

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

J. Pengetahuan Kurang Tentang:

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

Masalah Keperawatan : kurang pengetahuan

K. Aspek Medik

Diagnosa Medik : F.20.5 (Skizofrenia Simplek)

Terapi Medik : CPZ (0-0-1).

Clozapin 2 x 25 mg.

Trihexypenidin (THD) 2 X 5 mg

L. Daftar Masalah Keperawatan

1. Gangguan persepsi sensori "halusinasi pendengaran"
2. Respon pasca trauma.
3. Harga diri rendah.

4. Resiko tinggi cedera.
5. Gangguan alam pikir.
6. Gangguan komunikasi.
7. Resiko tinggi regimenterapi inefektif..

M. Daftar Diagnosa Keperawatan

1. Gangguan persepsi sensori : Halusinasi Pendengaran.



ANALISA DATA

NAMA: Ny”S”

NIRM: 0390XX

RUANGAN: FLAMBOYAN

TGL	DATA	ETIOLOGI	MASALAH	T.T
23/01/17	<p>Ds: klien mengatakan mendengar suara dan bisikan</p> <p>I : bisikan-bisikan yang menyuruh klien untuk pergi dari rumah.</p> <p>F : kadang-kadang</p> <p>T : di saat pagi dan kadang tiba-tiba</p> <p>R : klien merasa gelisah dan takut</p> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien sering diam menyendiri. - Klien susah untuk tidur. - Gelisah - Mengarahkan telinga ke sumber suara 	<p>-Resiko tinggi mencederai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan.</p> <p>↑</p> <p>Perubahan persepsi sensori : halusinasi pendengaran.</p> <p>↑</p> <p>Isolasi sosial : menarik diri.</p>	Halusinasi pendengaran	

RENCANA KEPERAWATAN JIWA.

Nama klien : Ny. S

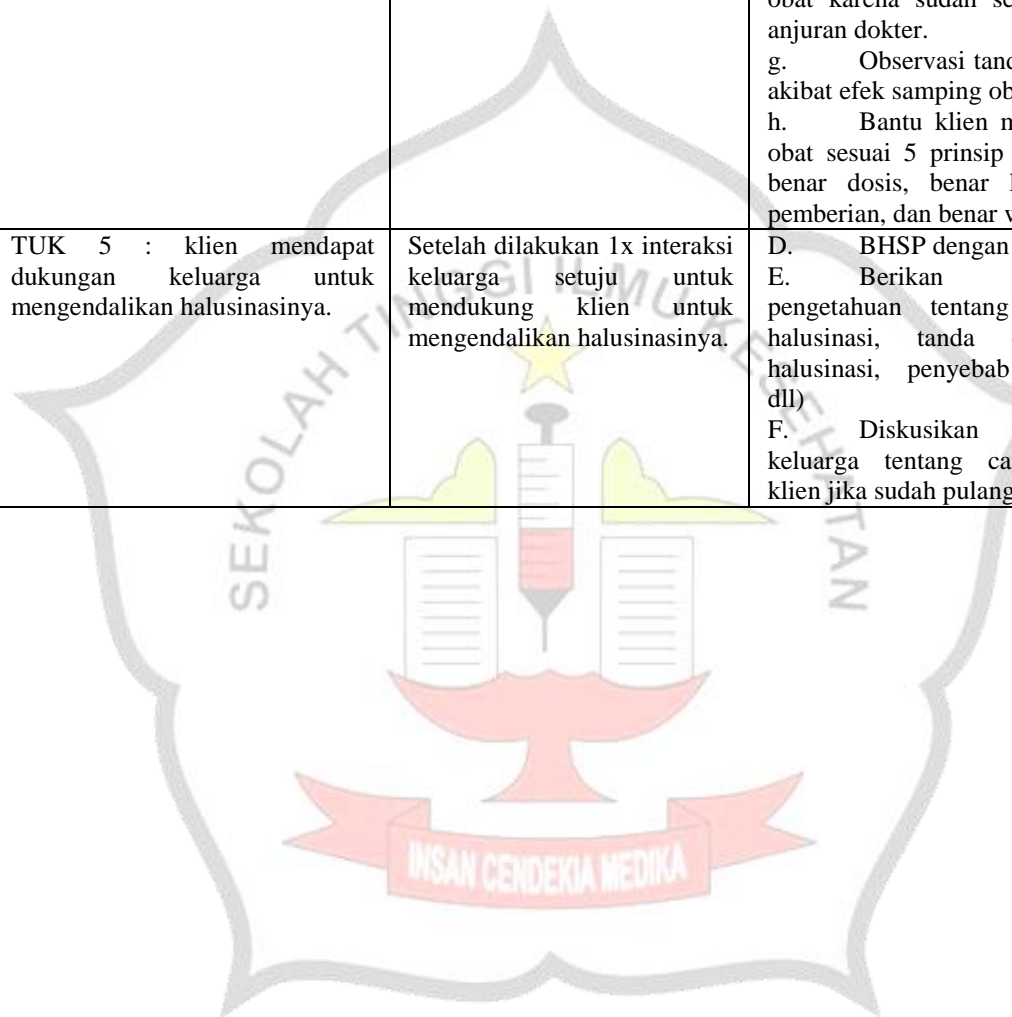
No.RM : 039XXX

Ruangan : Flamboyan

	Diagnosa Keperawatan.	Perencanaan.			Rasional.
		Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi keperawatan.	
2.	Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi pendengaran.	<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. 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. h. Perkenalkan diri dengan sopan. i. Tanyakan nama klien dan nama panggilan klien yang di sukai. j. Jelaskan tujuan dilakukan kontak atau pertemuan dengan klien. k. Bersikap jujur dan menepati janji. l. Perhatikan kebutuhan dasar klien.</p>	<p>6. Akan membantu mempermudah kerjasama agar klien lebih kooperatif.</p>

			TUK 2 : klien dapat mengenal halusinasinya.	Setelah dilakukan 1 x interaksi, klien dapat mengerti jelas waktu, isi, frekuensi, situasi dan kondisi yang menimbulkan halusinasi.	f. Adakan kontak sering dan singkat dengan klien. g. Observasi perilaku yang berhubungan dengan halusinasi. h. Menerima halusinasi sebagai hal yang nyata bagi klien dan tidak nyata bagi perawat. i. Identifikasi bersama klien waktu munculnya, isi, dan frekuensi halusinasi. j. Diskusikan dengan klien mengenai perasaannya	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.	F. Identifikasi bersama klien tindakan yang bisa dilakukan bila halusinasi terjadi. G. Bersama klien merencanakan kegiatan sehari – hari untuk mencegah terjadinya halusinasi. H. Dorong klien untuk memilih cara yang akan digunakan dalam mengendalikan halusinasi. I. Dorong klien untuk melakukan tindakan sesuai dengan cara yang telah dipilih klien untuk mengendalikan halusinasi. J. Diskusikan dengan klien hasil upaya yang telah dilakukan.	8. Untuk mempermudah klien mengendalikan halusinasinya dengan teknik yang telah dipilih oleh klien.
			TUK 4 : klien dapat mengkonsumsi obat untuk mengendalikan halusinasinya.	Setelah dilakukan 1x Interaksi klien menyebutkan manfaat dan kerugian minum obat.	e. Diskusikan dengan klien dan keluarga tentang obat yang akan di konsumsi untuk mengendalikan halusinasinya. f. Bantu klien untuk minum	9. Meningkatkan kesadaran klien akan pentingnya obat dan kesembuhannya.

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



IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Nama : Ny. S

No.RM : 039XXX

Ruangan : Flamboyan

Diagnosa keperawatan	23 Januari 2017	24 Januari 2017	25 Januari 2017	26 Januari 2017
Klien II				
Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran.	Implementasi	Implementasi	Implementasi	Implementasi
	SP 1 : 09:00 1. BHSP 2. Mengidentifikasi jenis halusinasi klien 3. Mengidentifikasi isi halusinasi klien 10:00 4. Mengidentifikasi frekuensi halusinasi klien 5. Mengidentifikasi situasi yang menimbulkan halusinasi 6. Mengidentifikasi respons klien terhadap halusinasi 11:00 7. Melatih klien cara mengontrol halusinasi dengan	SP 1: 09:00 6. Mengidentifikasi respons klien terhadap halusinasi 09:30 7. Melatih klien cara mengontrol halusinasi dengan menghardik a. Menutup telinga 10:00 b. Memejamkan mata c. Dan berkata pada hati jika suara tersebut tidak ada. 10:15 8. Membimbing klien memasukan dalam jadwal harian 10:30 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: 10:00 7. Mengevaluasi masalah dan latihan sebelumnya 10:20 8. Melatih klien cara mengontrol halusinasi dengan kegiatan (yang bisa dilakukan klien) 10:45 11:00 9. Membimbing	09:00 3. Melatih klien cara mengontrol halusinasi dengan kegiatan (yang bisa dilakukan klien) 09:15 4. Membimbing klien memasukkan jadwal kegiatan harian 10:00 SP 4: 10:20 4. Mengevaluasi masalah dan latihan sebelumnya 10:45 5. Menjelaskan cara mengontrol halusinasi dengan teratur minum obat(

	12:00	menghardik 8. Membimbing klien memasukkan dalam jadwal harian	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi masalah dan latihan sebelumnya 2. Melatih cara mengontrol halusinasi dengan berbincang dengan orang lain 3. Membimbing klien memasukkan jadwal kegiatan harian 	11:30 12:00	klien memasukkan jadwal kegiatan harian	11:00	<p>prinsip 5 benar minum obat)</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Membimbing klien memasukkan jadwal kegiatan
--	-------	--	--	----------------	---	-------	---



EVALUASI KEPERAWATAN

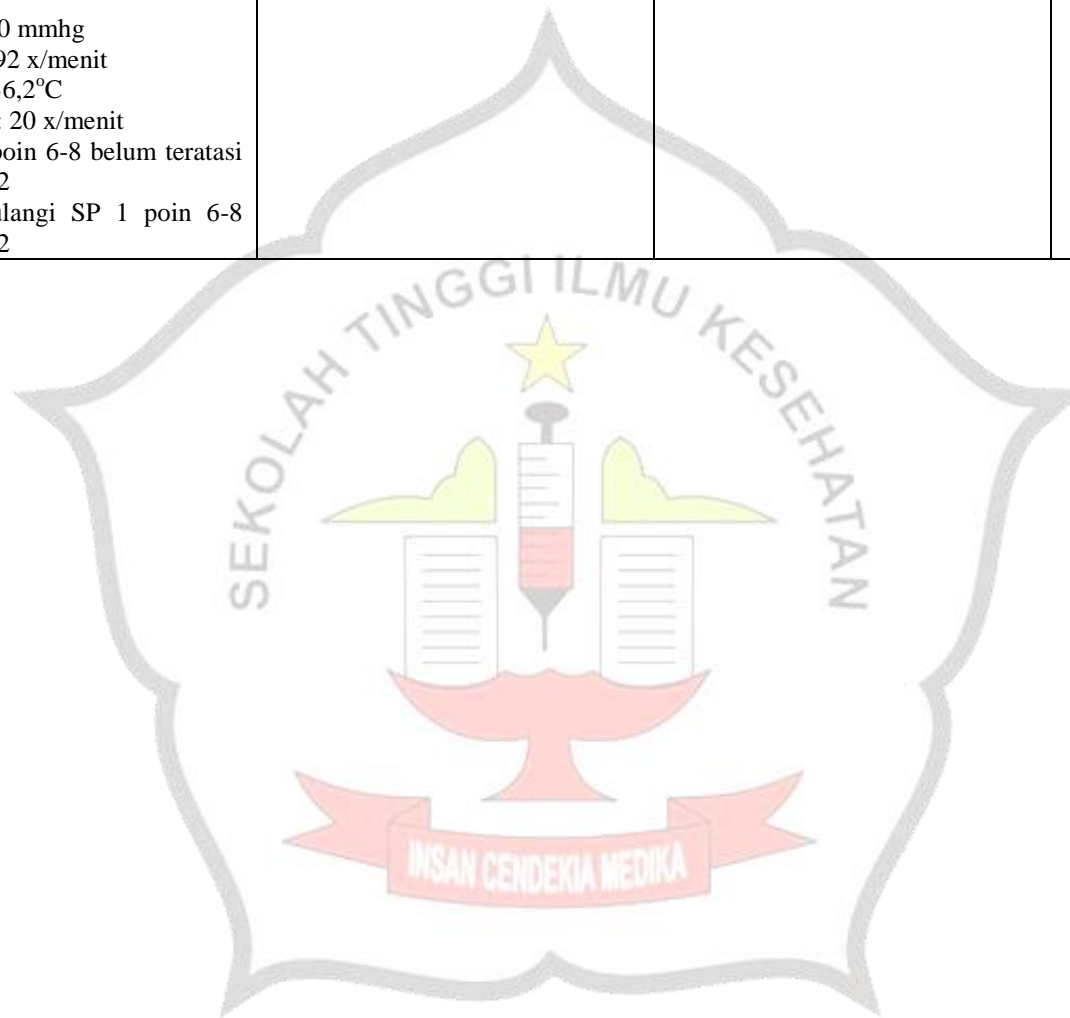
Nama : Ny. S

No.RM : 039XXX

Ruangan : Flamboyan

Diagnosa Keperawatan	Hari 1	Hari ke 2	Hari ke 3	Hari ke 4
Klien II				
Gangguan persepsi sensori : Halusinasi Pendengaran	<p>S: klien mengatakan mendengar suara-suara bisikan yang mengajak klien untuk pergi dari rumah dan pergi tanpa arah tujuan.</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien ngomel-ngomel sendiri - Klien senyum-senyum sendiri - Gelisah - Klien kadang diam – diam sendiri. - Klien tampak melamun. - Mengarahkan telinga ke sumber suara - Klien susah tidur 	<p>S:Klien mengatakan sudah kadang-kadang mendengar suara-suara yang menyuruhnya pergi dari rumah dan pergi tanpa arah tujuan..</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 ulangi Sp 3 poin 2-3</p> <p>P: ulangi sp 2 poin 2-3 lanjutkan Sp 3</p>	<p>S:Klien mengatakan sudah kadang-kadang mendengar suara-suara yang menyuruhnya pergi dari rumah dan pergi tanpa arah tujuan..</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 ulangi Sp 3 poin 2-3</p> <p>P: ulangi sp 3 poin 2-3 lanjutkan Sp 4</p>	<p>S: klien mengatakan suara-suara itu sudah jarang muncul</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien kooperatif - Klien sudah jarang melamun - Klien sudah tidak gelisah lagi. - Klien mengikuti senam setiap hari - Klien mau berbaur dengan temannya <p>A: SP 3 teratasi ulangi SP 4 poin 2-3</p> <p>P: pertahankan sp 1,2,3 ulangi SP 4</p>

	<p>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>			
--	--	--	--	--



4.2 Pembahasan.

4.2.1 Pengkajian

Pada laporan kasus ini penulis melakukan pengkajian pada klien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran pada skizofrenia simplek, pada gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran didapatkan Klien I (Ny. D) mengatakan ngomel-ngomel sendiri, klien gelisah, tidak bisa tidur, dan klien mengatakan mendengar suara-suara dan bisikan yang menyuruh klien untuk memecahkan kaca jendela rumah tetangga. Sehingga klien merasa ketakutan dan tidak bisa tidur. Sedangkan pada klien II (Ny. S) mengatakan ngomel – ngomel sendiri, klien kadang diam dan menyendiri, klien mengatakan mendengarkan suara – suara dan bisikan yang menyuruh klien untuk pergi dari rumah dan tak tau mau pergi kemana.

Menurut Yudi Hartono & Farida Kusumawati (2010) 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 pendengaran dipengaruhi oleh beberapa faktor salah satu yang terjadi pada klien I Ny. D adalah faktor sosiokultural dan psikologis sangat berkaitan dimana

hubungan interpersonal yang tidak harmonis pada saat klien di tinggal sama ayahnya meninggal dunia sehingga klien merasa sedih dan kehilangan yang sangat dalam. Faktor sosiokultural yang mempengaruhi adalah disaat setelah klien memecahkan kaca jendela rumah tetangga 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. S adalah faktor presipitasi dan psikologis sangat berkaitan dimana hubungan interpersonal yang tidak harmonis pada saat klien di tinggal sama ibunya meninggal dunia sehingga klien merasa sedih dan kehilangan yang sangat dalam. Faktor presipitasi yang mempengaruhi adalah dalam kondisi yang sepi sunyi menyebabkan klien mengingat masa – masa bersama sang ibu yang membuat klien menjadi diam dan tidak mau berbicara dengan orang lain sehingga klien mengalami halusinasi

Klien I Ny. D merupakan anak kedua dari empat bersaudara, klien tinggal bersama suaminya dan ke empat anaknya. Klien mengatakan perannya sebagai ibu rumah tangga, klien merasa berdosa dan bersalah karena sudah berbuat anarkis yaitu memecahkan kaca jendela rumah tetangga, bagi klien orang yang sangat berarti adalah ibunya. 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 pendengaran yang berupa isi: klien mendengarkan bisikan yang menyuruh klien untuk memecahkan kaca jendela rumah tetangga, klien kadang-

kadang bicara sendiri, 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 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. S merupakan anak kedua dari empat bersaudara, klien tinggal bersama suaminya dan ke empat anaknya. Klien mengatakan perannya sebagai ibu rumah tangga, klien merasa berdosa dan bersalah karena sudah berbuat anarkis yaitu memecahkan kaca jendela rumah tetangga, bagi klien orang yang sangat berarti adalah ibunya. 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 pendengaran yang berupa isi: klien mendengarkan bisikan yang menyuruh klien untuk memecahkan kaca jendela rumah tetangga, klien kadang-kadang bicara sendiri, 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 prespitasi, koping, sistem pendukung, penyakit fisik, dan obat-obatan sehingga klien tidak mengetahui cara yang tepat untuk mengatasi masalah tersebut.

Menurut Stuart (2007), 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, *inkhoheren*, *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 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 perbedaan data antara klien I dengan klien I, pada klien I didapatkan data jika klien sering ngomel-ngomel sendiri, klien gelisah, klien terlihat ketakutan, dan klien juga sering mendengarkan suara/bisikan, tekanan darah 120/80 mmhg, nadi 94 x/menit, pernapasan 20 x/menit, suhu 36,4⁰C, tinggi badan 158 cm, berat badan 59 kg, saat pengkajian klien tidak mempunyai keluhan fisik. Sedangkan pada klien II didapatkan hasil yaitu klien sering menyendiri

tanpa sebab, klien tampak gelisah dan ketakutan, klien juga sering mendengarkan suara/bisikan, tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 90 x/menit, suhu 36,4°C, RR 20 x/menit, tinggi badan 158CM, berat badan 58 kg.

Menurut *The Joint National Commite VII (2016)* batasan – batasan normal vital sign yang meliputi tekanan darah sistolik <120 mmHg dan diastolic <90 mmHg, nilai normal tekanan Nadi yaitu 60 – 100, Nilai normal suhu dewasa yaitu 36,5°C – 37,5°C sedangkan nilai normal pernafasan yaitu 16 – 24 x/menit.

Menurut peneliti dari hasil tanda – tanda vital klien Ny.D dan Ny.S sama – sama tidak ada masalah karena dari hasil tanda – tanda vital kedua klien masih berada dalam batas normal, sehingga dari data ini tidak mempengaruhi masalah keperawatan yang ada.

4.2.2 Diagnosa keperawatan

Dari data yang di temukan muncul masalah keperawatan seperti; regiment terapiutik in efektif, harga diri rendah, defisit perawata diri: personal hygiene, gangguan alam pikir, dan kurang pengetahuan yang menyebabkan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran sebagai *core problem*.

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

Menurut peneliti pada Ny.D dan Ny.S yang mengalami gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran penulis menemukan beberapa masalah keperawatan yang muncul saat pengkajian yaitu regimint terapiutik in efektif, harga diri rendah, defisit perawatan diri: personal *hygiene*, gangguan alam pikir, gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran, dan kurang pengetahuan, yang terjadi pada Ny.D dan Ny.S yang mengalami halusinasi disebabkan oleh regimint terapiutik in efektif karena saat obat habis klien tidak kontrol kerumah sakit sehingga halusinasi klien kambuh kembali.

4.2.3 Rencana Keperawatan

Perencanaan yang diberikan pada klien gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran adalah BHSP: membina hubungan saling percaya dengan klien dan memberi salam terapiutik 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 askep 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 peneliti 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 jadwal). SP 4 (mengevaluasi SP 1, 2, dan 3, mengajarkan tentang minum obat, memasukkan ke dalam jadwal). Mengkolaborasi dengan tim medis dalam pemberian obat: *clozapin* 2 x 25 mg (0-1-1) 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, CPZ (*chlorpromazine* (0-0-1)) 100 mg merupakan obat antipsikotik yang mempunyai efek anti-adrenergik kuat dan antikolinergik perifer lemah, serta efek penghambatan ganglion yang relatif lemah juga mempunyai efek antihistamin dan antiserotonin lemah.

Menurut Potter (2005) implementasi merupakan inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditujukan pada nursing orders untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Pada masalah gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran terdapat 2 jenis SP, yaitu SP klien dan SP keluarga. 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 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 WIB dengan melakukan observasi keadaan klien agar mengetahui perkembangan klien setiap hari. Pada hari Senin tanggal 23 Januari 2017 klien Ny. D mengatakan mendengar suara-suara bisikan yang menyuruh klien untuk memecahkan kaca jendela rumah tetangga, klien ngomel-ngomel sendiri, senyum-senyum sendiri, gelisah, mengarahkan telinga ke sumber suara, klien susah tidur, tanda-tanda vital: TD: 120/80 mmhg, N: 94

x/menit, S: 36,4⁰C, P: 20 x/menit, klien melamun. Sedangkan pada klien II (Ny.S) mengatakan mendengarkan suara bisikan yang menyuruh klien untuk pergi dari rumah dan tidak tahu mau pergi kemana, klien tampak gelisah, klien tampak ngomel – ngomel sendiri, klien tampak sering diam menyendiri, hasil tanda – tanda vital dari klien II yaitu TD : 110/80 mmHg, N : 90 x/menit, S : 36,4⁰C, P: 20 x/menit. Sehingga antara klien I dengan klien II memiliki Intervensi yang sama yaitu mengulangi SP 1 point 6 – 8 dan lanjut SP 2.

Pada hari Selasa tanggal 24 Januari 2017 klien I mengatakan masih mendengar suara-suara bisikan yang menyuruh klien untuk berbuat anarkis, klien masih sering senyum – senyum sendiri, klien kadang merasa sedih, sedangkan pada klien II mengatakan masih mendengar suara bisikan yang menyuruh klien untuk pergi dari rumah, klien tampak kooperatif, klien sudah jarang melamun. Sehingga antara kedua klien memiliki intervensi yang sama yaitu mengulangi SP 2 point 2 -3 dan lanjutkan SP 3.

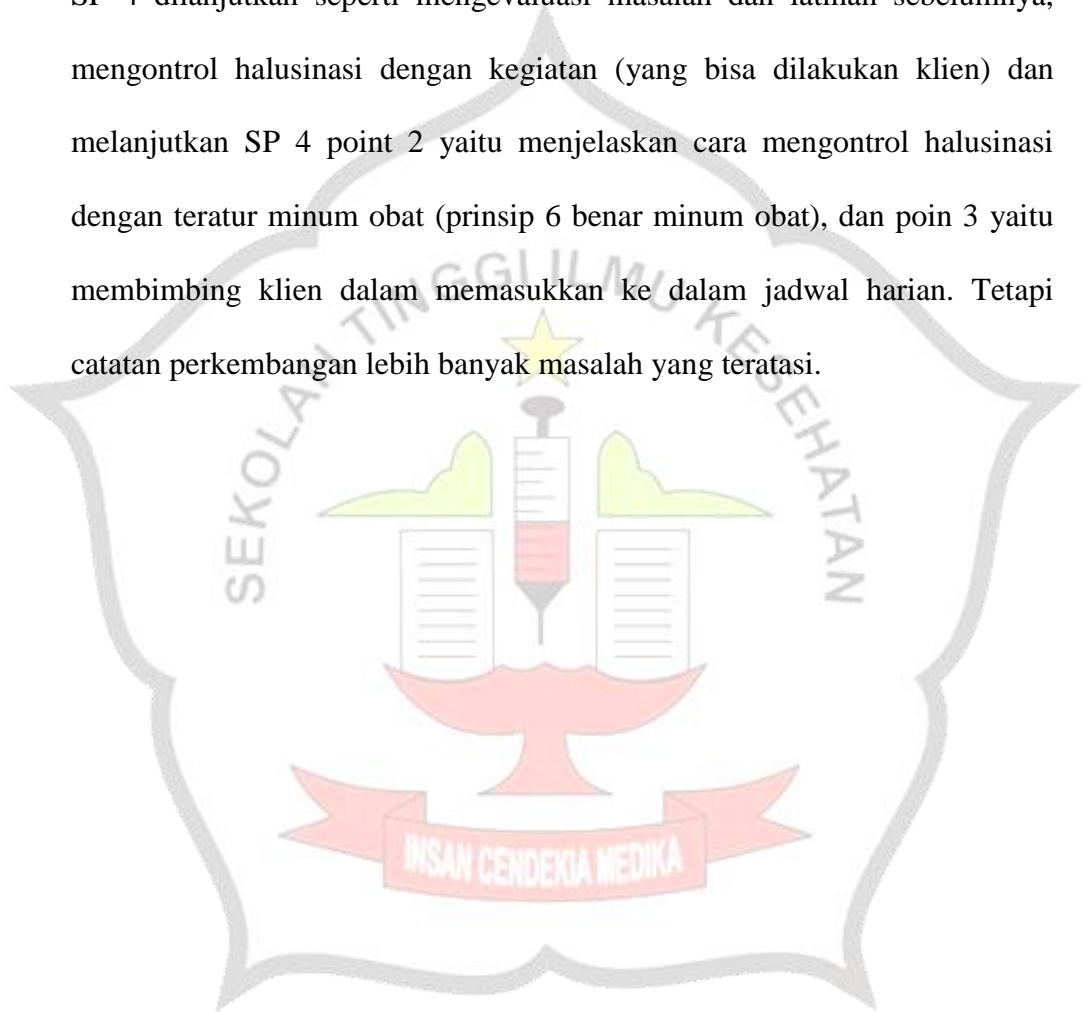
Pada hari Rabu tanggal 25 Januari 2017 klien I mengatakan sudah jarang mendengar suara-suara bisikan yang menyuruh klien untuk berbuat anarkis, klien sudah tampak kooperatif, klien sudah jarang melamun dan klien sudah mau berbaur dengan temannya, sedangkan pada klien II mengatakan sudah jarang mendengar suara bisikan yang menyuruh untuk pergi dari rumah, klien tampak kooperatif, klien sudah jarang melamun, sehingga kedua klien memiliki Intervensi yang sama yaitu mengulangi SP 3 point 2 -3 dan lanjutkan SP 4

Pada hari Kamis tanggal 26 Januari 2017 klien I mengatakan jika suara/biikan tersebut sudah jarang muncul, klien angkat kooperatif, klien sudah tidak melamun lagi, dan klien juga mengikuti semua kegiatan yang ada di rumah sakit sedangkan pada klien II jika suara/biikan tersebut sudah jarang muncul, klien angkat kooperatif, klien sudah tidak melamun lagi, klien sudah tidak tampak gelisah, dan klien juga mengikuti semua kegiatan yang ada di rumah sakit, sehingga pada kedua klien memiliki Intervensi yang sama yaitu mempertahankan SP 1, 2, 3 dan mengulangi SP 4.

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 Abdul Muhith (2015) pada tahapan ini perawat melihat perkembangan klien dari Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan (SPTK) yang ada pada Implementasi keperawatan yang meliputi dari SP 1, SP 2, SP 3, SP 4 dan SP 5 atau SP keluarga.

Menurut penulis pada evaluasi hari pertama antara klien I dan klien II adalah masalah teratasi sebagian, karena SP 1 telah di terapkan 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 penulis mengkaji dan melaksanakan asuhan keperawatan pada klien Ny. D dan Ny.S dengan gangguan persepsi sensori “halusinasi pendengaran”, penulis akan menyimpulkan Asuhan Keperawatan gangguan persepsi sensori “halusinasi pendengaran” pada klien dengan *skizofrenia simplek*.

1. Pengkajian

Pengkajian ini dilakukan dengan menggunakan 2 klien dengan kasus yang sama yaitu gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran yang didapatkan adalah klien I yaitu klien sering ngomel-ngomel sendiri, klien gelisah, tidak bisa tidur, klien mendengar suara-suara dan bisikan yang menyuruh klien untuk memecahkan kaca jendela rumah tetangga. Sedangkan klien II yaitu klien tampak gelisah, dan sulit tidur, klien juga sering mendengar suara – suara dan bisikan yang menyuruh klien untuk pergi keluar rumah dan menyuruh untuk berjalan – jalan jauh dari tempat tinggalnya.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa yang didapat dari keluhan antara klien I dan klien II penulis merumuskan diagnosa prioritas yaitu gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran.

3. Rencana keperawatan

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

persepsi: halusinasi pendengaran 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 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).

4. Implementasi keperawatan

pada implementasi keperawatan bisa saja berbeda dengan intervensi yang di buat. Karena penulis harus menyesuaikan kondisi klien. Tapi yang diimplementasikan ada satu tambahan yaitu mengkolaborasi dengan tim medis dalam pemberian obat.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran pada Ny. D dan Ny. S yang dilakukan selama 4 hari, tindakan keperawatan mendapatkan hasil positif melalui teknik SOAP. Klien sudah jarang mendengar suara-suara bisikan yang mengancamnya, klien kooperatif, klien mampu mencapai sampai 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 pendengaran, sehingga klien

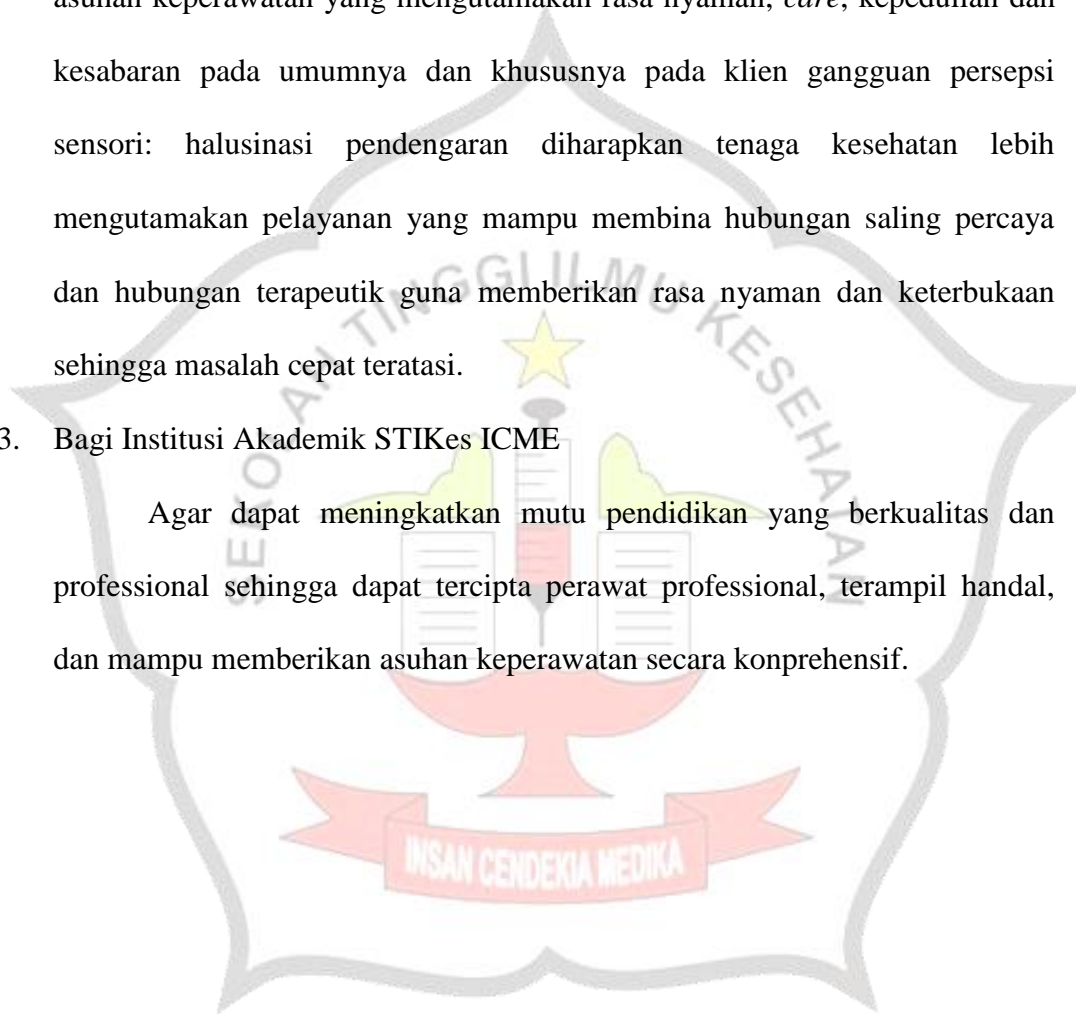
merasa ada dukungan yang dapat mempercepat proses penyembuhan penyakitnya.

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 pendengaran 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 & Fitryasari, 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 KEGIATAN KARYA TULIS ILMIAH
PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN Th. 2016**

No	Kegiatan	Bulan																															
		September				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
1	Pendaftaran Mahasiswa Peserta Studi Kasus																																
2	Pembimbingan Proposal Studi Kasus																																
3	Pendaftaran Ujian Proposal Studi Kasus																																
4	Ujian Proposal Studi Kasus																																
5	Revisi Proposal Studi Kasus																																
6	Pengambilan dan pengolahan data																																
7	Pembimbingan Hasil																																
8	Pendaftaran Ujian Sidang Studi Kasus																																
9	Ujian Sidang Studi Kasus																																
10	Revisi Studi Kasus dan Pengumpulan Studi Kasus																																

PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Nama Mahasiswa : Rachman Indra Setiawan
NIM : 14.12.100.31
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Klien *Skizofrenia Simplek* dengan masalah keperawatan *Gangguan Persepsi Sensori “Halusinasi Pendengaran”* di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.

Bahwa saya meminta Bapak/Ibu/Saudara/i untuk berperan serta dalam penyusunan studi kasus sebagai responden dengan mengisi lembar pengkajian.

Sebelumnya saya akan memberikan penjelasan tentang tujuan laporan kasus ini dan saya akan merahasiakan identitas, data informasi yang klien berikan. Apabila ada pertanyaan yang diajukan menimbulkan ketidaknyamanan bagi klien, peneliti akan menghentikan pada saat ini dan klien berhak mengundurkan diri

Demikian permohonan ini saya buat dan apabila klien mempunyai pertanyaan, klien dapat menanyakan langsung kepada peneliti yang bersangkutan

Jombang, 12 Juli 2017

Peneliti

Rachman Indra Setiawan

FORMULIR PENGKAJIANA KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA

RUANGAN RAWAT _____ TANGGAL DIRAWAT _____

I. IDENTITAS KLIEN

Inisial : _____ (L/P) Tanggal Pengkajian : _____
Umur : _____ RM No. : _____
Informan : _____

II. ALASAN MASUK

III. FAKTOR PREDISPOSISI

1. Pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tidak	<input type="checkbox"/>	Ya	
2. Pengobatan sebelumnya.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
tidak berhasil	Berhasil	kurang berhasil	
3.	Pelaku/Usia	Korban/Usia	Saksi/Usia
Aniaya fisik	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Aniaya seksual	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Penolakan	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kekerasan dalam keluarga	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tindakan kriminal	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Jelaskan No. 1, 2, 3 : _____

Masalah Keperawatan: _____

4. Adakah anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa Ya Tidak

Lampiran 4

Hubungan keluarga	Gejala	Riwayat pengobatan/perawatan
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Masalah Keperawatan :

5. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan

Masalah Keperawatan

IV. FISIK

1. Tanda vital : TD : _____ N : _____ S : _____ P : _____

2. Ukur : TB : _____ BB : _____

3. Keluhan fisik : Ya Tidak

Jelaskan :

Masalah keperawatan :

V. PSIKOSOSIAL

1. Genogram

Jelaskan :

Masalah Keperawatan :

2. Konsep diri

Lampiran 4

a. Gambaran diri :

b. Identitas :

c. Peran :

d. Ideal diri :

e. Harga diri :

Masalah Keperawatan :

3. Hubungan Sosial

a. Orang yang berarti :

b. Peran serta dalam kegiatan kelompok / masyarakat :

c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang Lain :

Masalah keperawatan:

4. Spiritual

Lampiran 4

a. Nilai dan keyakinan :

b. Kegiatan ibadah :

Masalah Keperawatan

VI. STATUS MENTAL

1. Penampilan

<input type="checkbox"/>	Tidak rapi	<input type="checkbox"/>	Penggunaan pakaian tidak sesuai	<input type="checkbox"/>	Cara berpakaian tidak seperti biasanya
--------------------------	------------	--------------------------	---------------------------------	--------------------------	--

Jelaskan :

Masalah Keperawatan :

2. Pembicaraan

<input type="checkbox"/>	Cepat	<input type="checkbox"/>	Keras	<input type="checkbox"/>	Gagap	<input type="checkbox"/>	Inkoheren
<input type="checkbox"/>	Apatis memulai	<input type="checkbox"/>	Lambat	<input type="checkbox"/>	Membisu	<input type="checkbox"/>	Tidak mampu pembicaraan

Jelaskan :

Masalah Keperawatan :

Lampiran 4

3. Aktivitas Motorik:

Lesu Tegang Gelisah Agitasi

Tik Grimasen Tremor Kompulsif

Jelaskan :

Masalah Keperawatan : _____

4. Alam perasaan

Sedih berlebihan Ketakutan Putus asa Khawatir Gembira

Jelaskan :

Masalah Keperawatan : _____

5. Afek

Datar Tumpul Labil Tidak sesuai

Jelaskan :

Masalah Keperawatan : _____

6. Interaksi selama wawancara

bermusuhan Tidak kooperatif Mudah tersinggung

Kontak mata (-) Defensif Curiga

Jelaskan :

Masalah Keperawatan :

7. Persepsi

- Pendengaran Penglihatan Perabaan
 Pengecapan Penghidu

Jelaskan :

Masalah Keperawatan :

8. Proses Pikir

- sirkumtansial tangensial kehilangan asosiasi
 flight of idea blocking pengulangan
pembicaraan/persevarasi

Jelaskan :

Masalah Keperawatan :

9. Isi Pikir

- Obsesi Fobia Hipokondria
 depersonalisasi ide yang terkait pikiran magis
- Waham
- Agama Somatik Kebesaran Curiga
 nihilistic sisip pikir Siar pikir
Kontrol pikir

Lampiran 4

Jelaskan :

Masalah Keperawatan :

10. Tingkat kesadaran

bingung sedasi stupor

Disorientasi

waktu tempat orang

Jelaskan :

Masalah Keperawatan :

11. Memori

Gangguan daya ingat jangka panjang gangguan daya ingat jangka pendek

gangguan daya ingat saat ini konfabulasi

Jelaskan :

Masalah Keperawatan :

12. Tingkat konsentrasi dan berhitung

mudah beralih tidak mampu konsentrasi Tidak mampu berhitung sederhana

Jelaskan :

Masalah Keperawatan :

13. Kemampuan penilaian

- Gangguan ringan gangguan bermakna

Jelaskan :

Masalah Keperawatan :

14. Daya tilik diri

- mengingkari penyakit yang diderita menyalahkan hal-hal diluar dirinya

Jelaskan :

Masalah Keperawatan :

VII. Kebutuhan Persiapan Pulang

1. Makan

- Bantuan minimal Bantuan total

2. BAB/BAK

- Bantuan minimal Bantual total

Jelaskan :

Masalah Keperawatan :

Lampiran 4

3. Mandi

Bantuan minimal Bantuan total

4. Berpakaian/berhias

Bantuan minimal Bantual total

5. Istirahat dan tidur

Tidur siang lama :s/d.....

Tidur malam lama :s/d.....

Kegiatan sebelum / sesudah tidur

6. Penggunaan obat

Bantuan minimal Bantual total

7. Pemeliharaan Kesehatan

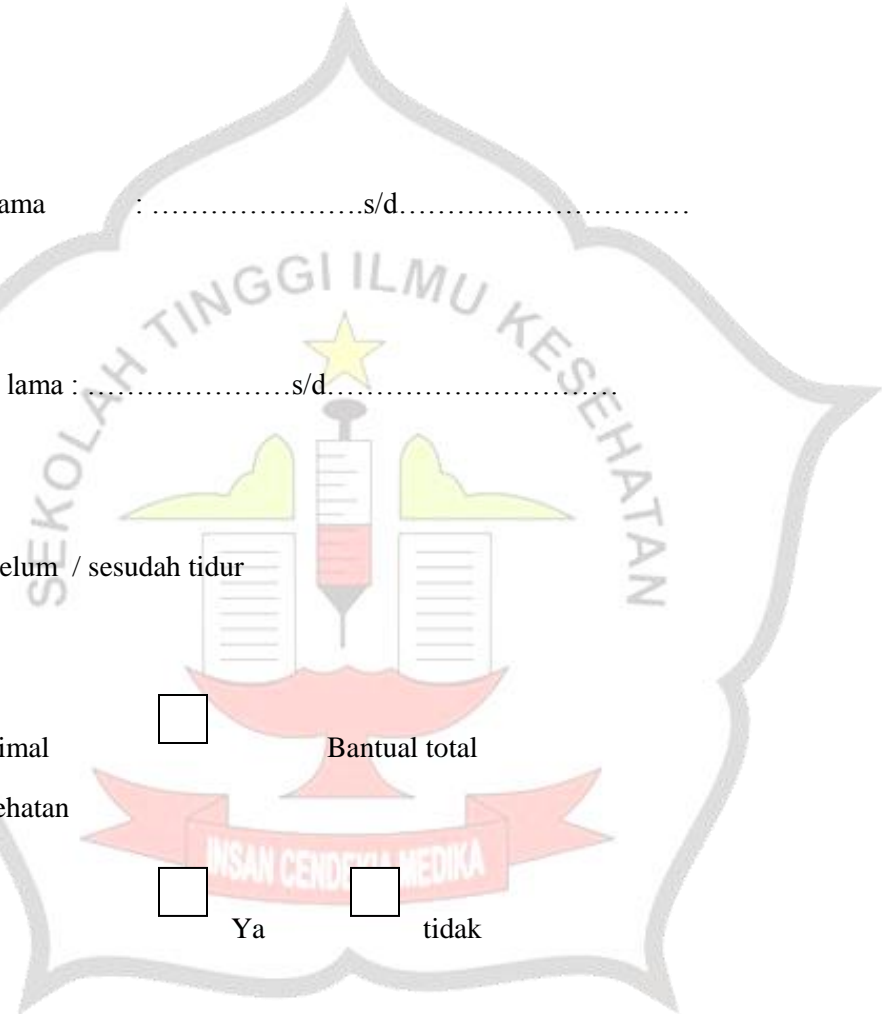
Perawatan lanjutan Ya tidak

Perawatan pendukung Ya tidak

8. Kegiatan di dalam rumah

Mempersiapkan makanan Ya tidak

Menjaga kerapihan rumah Ya tidak



Lampiran 4

Mencuci pakaian Ya tidak

Pengaturan keuangan Ya tidak

9. Kegiatan di luar rumah

Belanja Ya tidak

Transportasi Ya tidak

Lain-lain Ya tidak

Jelaskan :

Masalah Keperawatan :

VIII. Mekanisme Koping

Adaptif

Bicara dengan orang lain

Maladaptif

Minum alkohol

Mampu menyelesaikan masalah

reaksi lambat/berlebih

Teknik relaksasi

bekerja berlebihan

Lampiran 4

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

Masalah Keperawatan :

IX. Masalah Psikososial dan Lingkungan:

<input type="checkbox"/> Masalah dengan dukungan kelompok, spesifik	_____
<input type="checkbox"/> Masalah berhubungan dengan lingkungan, spesifik	_____
<input type="checkbox"/> Masalah dengan pendidikan, spesifik	_____
<input type="checkbox"/> Masalah dengan pekerjaan, spesifik	_____
<input type="checkbox"/> Masalah dengan perumahan, spesifik	_____
<input type="checkbox"/> Masalah ekonomi, spesifik	_____

Lampiran 4

Masalah dengan pelayanan kesehatan, spesifik

Masalah lainnya, spesifik

Masalah Keperawatan :

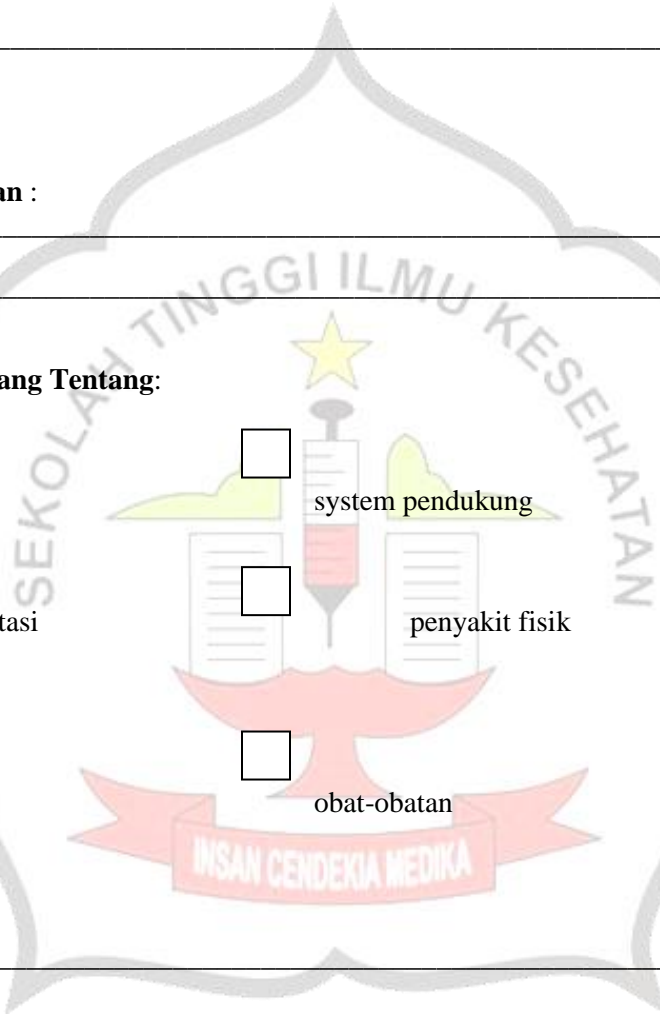
X. Pengetahuan Kurang Tentang:

Penyakit jiwa

Faktor presipitasi

Koping

Lainnya :



system pendukung

penyakit fisik

obat-obatan

Masalah Keperawatan :

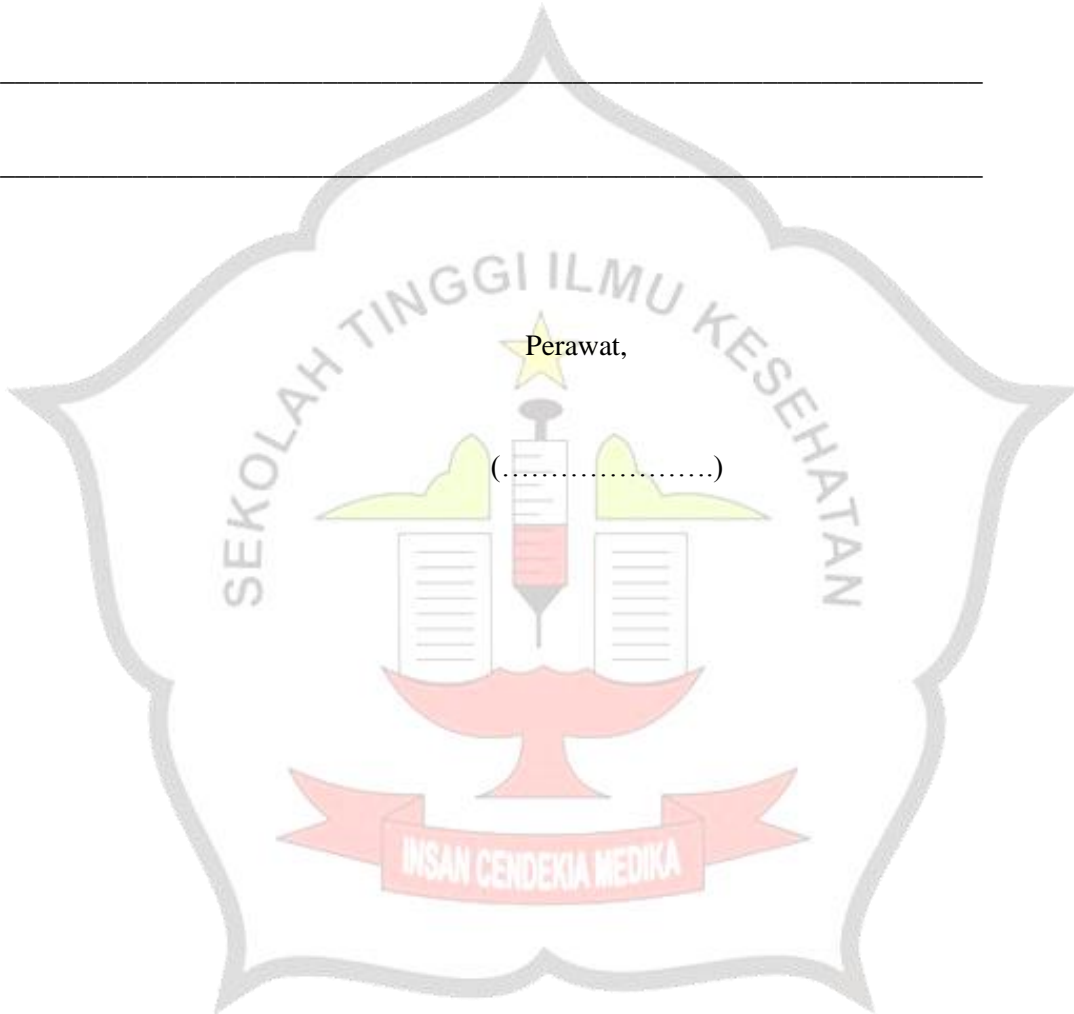
Analisa Data

XI. Aspek Medik

Lampiran 4

Diagnosa Medik :

Terapi Medik :



PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Umur :

Alamat :

Bahwa saya diminta untuk berperan serta dalam proposal penelitian sebagai responden dengan mengisi lembar pengkajian.

Sebelumnya saya telah diberi penjelasan tentang tujuan proposal penelitian ini dan saya telah mengerti bahwa peneliti akan merahasiakan identitas, data maupun informasi yang saya akan berikan. Apabila ada pertanyaan yang diajukan menimbulkan ketidaknyamanan bagi saya, peneliti akan menghentikan pada saat ini dan saya berhak mengundurkan diri.

Demikian persetujuan ini saya buat secara sadar dan sukarela tanpa ada unsur pemaksaan dari siapapun, saya menyatakan bersedia menjadi responden dalam penelitian

Jombang, 12 Juli 2017

Responden

()