



**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA NY. M DENGAN MASALAH
GANGGUAN PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI PENGLIHATAN
PADA KASUS SKIZOFRENIA DI RUMAH SAKIT KHUSUS
JIWA SOEPRAPTO BENGKULU
TAHUN 2017**

KARYA TULIS ILMIAH

**Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Memperoleh Gelar Ahli
Madya Keperawatan Pada Program Studi DIII Keperawatan**

Oleh :

**MUHAMMAD FAJRUL FALAH
F0H014025**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
FAKULTAS MATEMATIKA DAN ILMU PENGETAHUAN ALAM
UNIVERSITAS BENGKULU
TAHUN 2017**

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA NY. M DENGAN MASALAH
GANGGUAN PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI PENGLIHATAN
PADA KASUS SKIZOFRENIA DI RUMAH SAKIT KHUSUS
JIWA SOEPRAPTO BENGKULU
TAHUN 2017**

KARYA TULIS ILMIAH

Oleh :

**MUHAMMAD FAJRUL FALAH
F0H014025**

Telah diuji, disetujui, dan disahkan untuk memenuhi salah satu syarat
Memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan
Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam

Bengkulu, November 2017

Pembimbing Pendamping	Pembimbing Utama
<u>Ns. H. Arif Budi Hermawan, S.Kep</u> NIP. 197506111995031004	<u>Ns. Mayulis, S.Kep, MPH</u> NIP. 197204101997021001
Penguji II	Penguji I
<u>Tri Haryanto, S.Kep</u> NIP. 198003132000031001	<u>Ns. Nur Mukaromatis Saleha, M.Kep</u> NIP. 197807182006042008
Mengetahui: Ketua Prodi D III Keperawatan	Mengesahkan: Dekan FMIPA Universitas Bengkulu
<u>Ns. Yusran Hasymi, M.Kep, SP.KMB</u> NIP. 197110191995031003	<u>Dr. Zul Bahrudin Caniago, M.S</u> NIP. 195711251987021001

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah segala puji dan syukur pada Allah SWT yang telah memberikan nikmat yang begitu banyak sehingga saya mampu menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang merupakan tugas akhir dalam menyelesaikan program D-III keperawatan yang berjudul **“Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny.M Dengan Masalah Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Penglihatan Pada Kasus Skizofrenia di Rumah Sakit Khusus Jiwa Soeprapto Bengkulu Tahun 2017”** ini dapat dengan baik.

Dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah penulis banyak mendapat bantuan dari berbagai pihak dan semuanya itu tidak lepas dari bantuan banyak pihak, maka saya ucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya:

1. Kepada kedua orang tua ayah dan ibunda yang selalu sedia memberikan segala hal untuk kehidupan ini, dan selalu menemani kehidupan ini dengan cintanya.
2. Rektor Universitas Bengkulu, Bapak Dr. Ridwan Nurazi, SE, M.Sc
3. Dekan Fakultas MIPA Dr. Zul Bahrum Caniago, M.S. Ns. Yusran Hasymi, S.Kep, M.Kep.Sp.KMB Selaku Ketua Jurusan. Kepada ibu pembimbing Ns. Mayulis. S.Kep,MPH dan Ns. H. Arif Budaya S.Kep yang telah ikhlas dan sabar dalam memberikan masukan dan bimbingan demi kesempurnaan karya

tulis ilmiah ini. Kepada dosen penguji Ns. Mayulis. S.Kep, MPH, Ns.

Nurmukaromatis Saleha S.Kep, Tri Haryanto S.Kep.

4. Kepada seluruh Dosen keperawatan yang telah berjasa dalam mendidik dan memberikan ilmunya selama dibangku kuliah.
5. Keluarga “Syarief” (Asmadi, Asminah, Asanik, Asnati, Asmurni, Asani, Asmalina, Asnisar)
6. Sahabat seperjuangan “BrotherHutt” (Andri julianto, Afran doris, Ari Irawan, Ari Sulaiman, Bayu Putra Abdi, Bobby Sugara, Dein Saputra, Muhammad Rangga Angdesta, Rendo Setiawan Gumay, Yohanes Prio Prasajo).
7. Seluruh keluarga besar “KENAREL”.
8. Sumantri, Ayuk Seri, Kakak andy, kakak Dani, Bang Daut, Deri terima kasih sudah meluangkan waktu di tengah-tengah kesibukan kalian untuk berkenaan peneliti repoti.
9. Muhammad Fathan al-Faruqy. Siti Mahfuzzo, Muhammad Bastian al-Barqy, Nabila aulia, Exsel, Zaki, Kinara, Naura terima kasih telah menambah ‘warna’ pada penulis peneliti ini.
10. Seluruh teman teman sekolah dan rumah yang tak bisa peneliti sebutkan satu persatu, terimah kasi untuk kepedulian kalian.
11. Untuk semua pihak yang telah membaca dan tidak bisa disebutkan satu-persatu terimakasih.
12. Tak lupa terimah kasih untuk “kita”.”kita” adalah keajaiban semesta.

Penulis menyadari bahwa KTI ini masih jauh dari sempurna baik bentuk, isi, maupun teknik penyajiannya. Oleh karena itu peneliti sangat menghargai dan berterima kasih kritik dan saran membangun yang peneliti terima agar lebih baik ketika peneliti melakukan penelitian di masa yang akan datang.

Akhir kata, semoga kehadiran peneliti ini bisa menambah paradigma baru bagi kita semua dalam menyikapi setiap perbedaan, apapun bentuknya.

Bengkulu, 22 November 2017

Peneliti

Muhammad Fajrul Falah

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	
HALAMAN PERSETUJUAN.....	
KATA PENGANTAR	
DAFTAR ISI.....	
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Ruang Lingkup	3
1.3 Tujuan Penulisan	
1.3.1 Tujuan Umum.....	3
1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.4 Metode Penulisan	4
BAB II TINJAUAN TEORI	
2.1 Konsep Toeritis Skizofrenia	
2.1.1 Definisi	5
2.1.2 Etiologi Skizofrenia.....	5
2.1.3 Jenis Skizofrenia.....	6
2.1.4 Tanda dan Gejala.....	7
2.1.5 Manifestasi Klinik Skizofrenia.....	8
2.1.6 Penatalaksanaan Sekizofrenia	9
2.2 Konsep Teori Halusinasi	
2.2.1 Pengertian.....	16
2.2.2 Tanda dan Gejala.....	16
2.2.3 Jenis Halusinsai	17
2.2.4 Rentang Respon.....	18
2.2.5 Faktor Predisposisi	19
2.2.6 Faktor Presipitasi	20

2.2.7 Sumber Koping.....	21
2.2.8 Mekanisme Koping	21
2.2.9 Pohon Masalah	22
2.3 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan	
2.3.1 Pengkajian	23
2.3.2 Diagnosa Keperawatan.....	35
2.3.3 Rencana Tindakan Keperawatan	36
2.3.4 Implementasi	42
2.3.5 Evaluasi	42
2.4 Konsep Masalah Yang Diangkat	43
BAB III Laporan Kasus	
3.1 Pengkajian	
3.1.1 Identitas Klien	46
3.1.2 Alasan Masuk	47
3.1.3 Faktor Predisposisi	47
3.1.4 Pemeriksaan Fisik.....	48
3.1.5 Psikososial	49
3.1.6 Status Mental	51
3.1.7 Kebutuhan Persiapan Pulang.....	46
3.1.8 Mekanisme Koping	55
3.1.9 Masalah Psikososial dan Lingkungan	56
3.1.10 Aspek Medis.....	57
3.1.11 Daftar Masalah Keperawatan	57
3.1.12 Pohon Masalah	58
3.2 Analisa Data	59
3.3 Diagnosa Keperawatan	60
3.4 Rencana Tindakan Keperawatan	61

3.5 Implementasi dan Evaluasi	99
BAB IV PEMBAHASAN	
4.1 Pengkajian	86
4.2 Diagnosa Keperawatan	88
4.3 Perencanaan Keperawatan	89
4.4 Implementasi Keperawatan	89
4.5 Evaluasi Keperawatan	92
BAB V PENUTUP	
5.1 Kesimpulan	93
5.2 Saran	95
DAFTAR PUSTAKA	
HALAMAN LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Rencana Tindakan Keperawatan.....	36
Tabel. 2 Mekanisme Koping.....	55
Tabel. 3 Analisa Data Tinjauan Kasus	59
Tabel. 4 Rencana Tindakan Keperawatan.....	61
Tabel. 5 Implementasi dan Evaluasi 1	69
Tabel. 6 Implementasi dan Evaluasi 2	76
Tabel. 7 Implementasi dan Evaluasi 3	83

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Rentang Respon Halusinasi.....	18
Gambar 2. Pohon Masalah Halusnasi	22
Gambar 3. Genogram	49
Gambar 4. Pohon Masalah Tinjauan Kasus	58

ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA NY. M DENGAN MASALAH
GANGGUAN PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI PENGLIHATAN
PADA KASUS SKIZOFRENIA DI RUMAH SAKIT KHUSUS
JIWA SOEPRAPTO BENGKULU
TAHUN 2017

PEMBIMBING : 1. Ns. Mayulis, S.Kep, MPH

2. Ns. H. Arif Budi Hermawan, S.Kep

ABSTRAK

Halusinasi adalah persepsi sensori yang salah dimana tidak terdapat stimulus sensorik yang berkaitan dengannya. Halusinasi dapat berwujud penginderaan kelima indra yang keliru, tetapi yang paling sering adalah halusinasi penglihatan (visual) dan pendengaran (auditory) seperti melihat sesuatu pada kenyataan tidak ada. Gangguan jiwa diseluruh dunia memang sudah menjadi masalah yang sangat serius, bahkan berdasarkan data dari *study World Bank* di beberapa Negara menunjukkan 81 % dari kesehatan Global masyarakat disebabkan oleh masyarakat gangguan jiwa. WHO menyebutkan tidak kurang dari 450 juta jiwa penderita gangguan jiwa ditemukan didunia. Menurut Kemenkes RI, (2012) gangguan jiwa saat ini telah menjadi masalah kesehatan global bagi setiap Negara tidak hanya Indonesia saja. Gangguan jiwa yang dimaksud tidak hanya gangguan jiwa psikotik/skizofrenia, tetapi kecemasan, depresi dan pengguna narkotika, psikotropika, dan zat adiktif (NAPZA) juga menjadi masalah kesehatan jiwa. Di Indonesia diperkirakan sekitar 50 juta atau 25% dari 220 juta penduduk mengalami gangguan jiwa. Pada saat pengkajian di dapatkan data klien mengatakan sering melihat bayang-bayang yang sosoknya tidak jelas, melihat semua objek menjadi kotak. klien terlihat gelisah, mondar mandir, dan melamun. Diagnosa yang diangkat Halusinasi Penglihatan. Intervensi Dalam penyusunan perencanaan keperawatan disesuaikan dengan konsep dasar teori, diagnosa yang penulis temukan dalam tujuan dan serta kriteria hasil perencanaan disusun berdasarkan prioritas masalah klien. Pada tahap evaluasi sebagian besar masalah teratasi sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil.

Kata kunci : Halusinasi pengelihatan, Rumah sakit Jiwa

Daftar Pustaka : (2010-2016)

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

MOTTO:

- Belajarlah untuk tidak merasa memiliki sesuatu apapun yang di berikan allah kepada diri kita, supaya diri kita tidak merasa kehilangan bila sang pemilik mengambilnya (Buya Asman Syarief).
- Berjalanlah kemanapun. Jangan sampai melupakan siapa dirimu (Sumantri).
- Apapunposisi mudalamkehidupanadalahAnugerahkebaik andariTuhanmu.Karnaitu, bertugaslasygbaiksesuaiperan&fungsidirimu.KelakT uhanbukakanlebihbanyakkebaikandaridalamHatimuata skesetiaanmupadaKebaikan, Ya. TeruslahSetiapadakebaikan.Sebagaisalahsatubuktik esetiaanmupadaNya (Reinal Cahaya).
- Hati itu buakan seperti pakaian, yang mudah di cuci kalau kotor (Kgs. Muttaqien ZA).

Persembahan:

Dengan tidak mengurangi rasa syukur kepada pencipta-Ku Allah
SWT, Karya ini dipersembahkan untuk :

- DRS. Asman Syarief (Buya) dan Daryatul Aini (ibu)
kuterima kasih telah mencurahkan kasih sayang dan perhatian
serta doa-doa selama ini.



Muhammad Fajrul Falah (Rully) Lahir Bengkulu, 12 April 1996. penulis merupakan anak ke 01 dari 02 bersaudara, dari pasangan bapak DRS. Asman Syarief (Alm) dan ibu Daryatul Aini. Adapun jenjang pendidikan yang telah di lalainya :

TK Aisyiyah kota Lubuklinggau 2001-2002

SD Negeri 04 Kab. Kepahiang 2002-2008

SMP Negeri 01 Kab. Kepahiang 2008-2011

SMA Negeri 01 Kab. Kepahiang 2011-2014

Setelah menyelesaikan pendidikan dijenjang SMA, pada tahun 2014 Muhammad Fajrul Falah melanjutkan pendidikan di DIII Keperawatan Universitas Bengkulu dan tercatat sebagai salah satu mahasiswa yang di terima untuk mengenyam pendidikan lanjut di kampus tersebut. Setelah menyelesaikan pendidikan dalam kurun waktu tiga tahun lamanya, pada tahun 2017 Muhammad Fajrul Falah berhasil menyelesaikan pendidikan di D-III Keperawatan Universitas Bengkulu dan berhak menyandang gelar Amd, Kep.

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Di era globalisasi ini seringkali kita jumpai masalah-masalah yang harus kita hadapi, masalah tersebut bisa berasal dari faktor-faktor internal dan eksternal. Tidak semua individu memiliki coping yang efektif, setiap individu biasanya mempunyai cara sendiri untuk menyelesaikan masalahnya, tapi jika ada sebagian manusia yang tidak dapat menyelesaikan masalahnya sendiri akan dapat mengakibatkan gangguan jiwa salah satunya adalah halusinasi (Handoyo, 2013)

Gangguan jiwa diseluruh dunia memang sudah menjadi masalah yang sangat serius, bahkan berdasarkan data dari *study World Bank* di beberapa Negara menunjukan 81 % dari kesehatan Global masyarakat disebabkan oleh masyarakat gangguan jiwa. WHO menyebutkan tidak kurang dari 450 juta jiwa penderita gangguan jiwa ditemukan didunia (Gemari, 2015)

Menurut Kemenkes RI, (2012) gangguan jiwa saat ini telah menjadi masalah kesehatan global bagi setiap Negara tidak hanya Indonesia saja. Gangguan jiwa yang dimaksud tidak hanya gangguan jiwa psikotik/skizofrenia, tetapi kecemasan, depresi dan pengguna narkotika, psikotropika, dan zat adiktif (NAPZA) juga menjadi masalah kesehatan jiwa. Di Indonesia diperkirakan sekitar 50 juta atau 25% dari 220 juta penduduk mengalami gangguan jiwa.

Klien dengan kasus Skizofrenia mempunyai banyak masalah salah satunya adalah halusinasi. Pasien yang mengalami halusinasi disebabkan karena ketidak mampuan klien dalam menghadapi stressor dan kurangnya kemampuan dalam mengenal dan cara mengontrol halusinasi. Adanya ancaman terhadap kebutuhan akan menyebabkan seseorang akan berusaha mengulangi ancaman tersebut dengan mengadakan adaptasi, pada klien dengan gangguan jiwa kemampuan untuk mengadakan adaptasi akan mengakibatkan terjadinya kekambuhan (Maramis, 2012).

Halusinasi merupakan bentuk yang paling sering dari gangguan persepsi. Bentuk halusinasi ini bisa berupa suara-suara yang bising atau mendengung, tapi yang paling sering berupa kata-kata yang tersusun dalam bentuk kalimat yang agak sempurna. Biasanya kalimat tadi membicarakan mengenai keadaan pasien sedih atau yang dialamatkan pada pasien itu. Akibatnya pasien bisa bertengkar atau bicara dengan suara halusinasi itu. Bisa pula pasien terlihat seperti bersikap dalam mendengar atau bicara keras-keras seperti bila ia menjawab pertanyaan seseorang atau bibirnya bergerak-gerak. Kadang-kadang pasien menganggap halusinasi datang dari setiap tubuh atau diluar tubuhnya. Halusinasi ini kadang-kadang menyenangkan misalnya bersifat tiduran, ancaman dan lain-lain.

Persepsi merupakan respon dari reseptor sensoris terhadap stimulus esksternal, juga pengenalan dan pemahaman terhadap sensoris yang diinterpretasikan oleh stimulus yang diterima. Jika diliputi rasa kecemasan yang berat maka kemampuan untuk menilai realita dapat terganggu.

Persepsi mengacu pada respon reseptor sensoris terhadap stimulus. Persepsi juga melibatkan kognitif dan pengertian emosional akan objek yang dirasakan. Gangguan persepsi dapat terjadi pada proses sensori penglihatan, pendengaran, penciuman, perabaan dan pengecapan.

Berdasarkan data statistik *Medical Record* Rumah Sakit Khusus Jiwa (RSKJ) Soeprapto Bengkulu, pada tanggal 21 Desember 2016 di dapatkan bahwa terjadi peningkatan jumlah pasien gangguan jiwa (skizofrenia) tiap tahunnya seperti pada pasien rawat inap yaitu pada tahun 2013 pasien rawat inap berjumlah 1668 orang pasien, tahun 2014 menurun menjadi 1611 orang pasien, tahun 2015 kembali meningkat menjadi 1922 orang pasien. Dan tahun 2016 pada bulan Januari – September berjumlah 1.202 orang pasien. Sedangkan pasien rawat jalan pada tahun 2015 mencapai 6983 orang pasien dan tahun 2016 pada bulan Januari – Oktober berjumlah 5859 orang pasien.

Berdasarkan data diatas, maka penulis tertarik untuk mengambil Karya Tulis Ilmiah yang berjudul **“Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Masalah Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Penglihatan di Rumah Sakit Khusus Jiwa Soeprapto Bengkulu Tahun 2017”**.

1.2 Ruang Lingkup

Dalam penyusunan, penulis hanya akan membahas Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Dengan Masalah Halusinasi Penglihatan Pada Kasus Skizofrenia Di RSJ Soeprapto Bengkulu.

1.3 Tujuan Penulisan

1.3.1 Tujuan umum

Tujuan penulisan ini adalah agar penulis mampu melakukan asuhan keperawatan pada klien dengan Gangguan Halusinasi Penglihatan di Rumah Sakit Jiwa Soeprapto Daerah Provinsi Bengkulu.

1.3.2 Tujuan khusus

Tujuan khusus dan perumusan yang hendak dicapai adalah kemampuan untuk:

1. Mampu menjelaskan tentang konsep teori skizofrenia
2. Mampu melakukan pengkajian pada pasien “Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Penglihatan”.
3. Mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien “Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Penglihatan”.
4. Mampu menyusun rencana keperawatan pada pasien “Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Penglihatan”.
5. Mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien “Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Penglihatan” sesuai dengan asuhan keperawatan yang telah disusun.
6. Mampu melakukan evaluasi sesuai implementasi yang sesuai dengan pasien “Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Penglihatan”.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

2.1 Konsep Teoritis Skizofrenia

2.1.1 Definisi

Skizofrenia adalah suatu bentuk psikosa fungsional dengan gangguan utama pada proses pikir serta disharmoni (keretakan, perpecahan) antara proses pikir, afek/emosi, kamauan dan psikomotor disertai distorsi kenyataan, terutama karena waham dan halusinasi; asosiasi terbagi-bagi sehingga timbul inkoherensi (Direja, 2011).

2.1.2 Etiologi Skizofrenia

Menurut Yosep, (2011) gangguan skizofrenia dapat terjadi di sebabkan oleh banyak factor yaitu sebagai berikut:

a. Factor genetic

Factor keturunan atau bawaan merupakan factor penyebab yang berpengaruh bagi munculnya gangguan skizofrenia.

b. Ketidak seimbangan *neurotransmitter (dopamine dan glutamate)*.

c. Factor lingkungan

- 1) Kekurangan gizi selama kehamilan
- 2) Masalah dalam proses persalinan
- 3) Stress pada kondisi lingkungan
- 4) Infeksi virus otak

2.1.3 Jenis Skizofrenia

Menurut Direja (2011) jenis skizofrenia dapat di bagi beberapa macam yaitu sebagai berikut :

- a. Skizofrenia simplex dengan gejala utama kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan.
- b. Skizofrenia hebefrenik, gejala utama gangguan proses fiker gangguan kemampuan dan depersonalisasi. Banyak terdapat waham dan halisinasi.
- 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 schizophrenia akut (lir schizophrenia) adalah kondisi akut mendadak yang di sertai dengan perubahan kesadaran , kesadaran mungkin berkabut.
- f. Skizofrenia psiko-afektif yaitu adanya gejala utama sekizofrenia yang menonjol dengan disertai gejala depresi atau mania.
- g. Skizofrenia residual adalah skizofrenia dengan gejala-gejala primer dan muncul setelah beberapa kali serangan skizifrenia.

2.1.4 Tanda dan Gejala

Menurut Damianti (2012), tanda dan gejala skizofrenia adalah sebagai:

a. Gejala Positif

- 1) Halusinasi gangguan penerimaan panca indra tanpa adanya stimulus eksternal (halusinasi penglihatan, pendengaran, pengecapan, penghidu dan perabaan).
- 2) Perubahan asu piker terputus dalam pembicaraan terjadi tiba-tiba tanpa bisa merumuskan pembicaraan.
- 3) Inkoheren berbicara tidak selaras dengan lawan bicara (bicara kacau).
- 4) Neurologis menggunakan kata-kata yang di mengerti oleh diri sendiri tetapi tidak di mengerti oleh orang lain.
- 5) Perubahan perilaku:
 - (a) Hiperaktif Perilaku motorik yang berlebihan.
 - (b) Agitasi Perilaku yang menunjukkan ke gelisahan.
 - (c) Iritabel mudah tersinggung.

b. Gejala negatif

- 1) Sikap masah bodoh (*apatis*).
- 2) Pembicaraan berhenti tiba-tiba (bloking).
- 3) Menarik diri dari pengaruh sosial.
- 4) Menurunkan kinerja atau aktivitas sosial sehari-hari.
- 5) Kehilangan motivasi dan cita-cita.

2.1.5 Manifestasi Klinik Skizofrenia

1. Gejala Primer

Gangguan proses pikir (bentuk, langkah dan isi pikiran). Yang paling menonjol adalah gangguan asosiasi dan terjadi inkoherensi

- a. Gangguan afek emosi
- b. Terjadi kedangkalan afek-emosi
- c. Paramimi dan paratimi (incongruity of affect / in adekuat)
- d. Emosi dan afek serta ekspresinya tidak mempunyai satu kesatuan
- e. Emosi berlebihan
- f. Hilangnya kemampuan untuk mengadakan hubungan emosi yang baik

2. Gangguan kemauan

- a. Terjadi kelemahan kemauan
- b. Perilaku negativisme atas permintaan
- c. Otomatisme : merasa pikiran/perbuatannya dipengaruhi oleh orang lain.

3. Gejala psikomotor

- a. Stupor atau hiperkinesia, logorea dan neologisme
- b. Stereotipi
- c. Katelepsi : mempertahankan posisi tubuh dalam waktu yang lama
- d. Echolalia dan echopraxia

4. Gejala Sekunder

Waham dan Halusinasi

Istilah ini menggambarkan persepsi sensori yang salah yang mungkin meliputi salah satu dari kelima pancaindra. Halusinasi pendengaran dan penglihatan yang paling umum terjadi, halusinasi penciuman, perabaan, dan pengecapan juga dapat terjadi.

2.1.6. Penatalaksanaan Skizofrenia

Menurut Yosep (2011), Obat antipsikotik digunakan untuk mengatasi gejala psikotik (misalnya perubahan perilaku, agitasi, agresif, sulit tidur, halusinasi, waham, proses pikir kacau). Obat yang bisa digunakan sebagai berikut: (1) Clorpromazine (CPZ) → sediaan tablet 25 mg, 100 mg, injeksi 25 mg/ml. (2) Haloperidol (HLP) → sediaan tablet 0,5 mg, 1,5 mg, 5 mg, injeksi 5 mg/ml.

a. Pengobatan fase akut

1) Dalam keadaan akut yang disertai agitasi dan hiperaktif diberi injeksi.

a) Haloperidol 3-5 mg (tiap 8 jam), secara IM.

b) Kombinasi injeksi haloperidol 1,5 mg, kemudian diazepam 10 mg dengan intra vena 1-2 menit.

kombinasi ini jarang digunakan di butuhkan suntikan kedua.

2) Dalam keadaan tidak agitasi dan hiper aktif diberikan :

a) Haloperidol 2 kali 0,5-1 mg/hari.

b) Clorpromazifle 2 kali 100 mg /hari (malam).

c) Triheksipenidil 2 kali 2 mg / hari.

b. Fase Kronik

Obat yang diberikan dalam bentuk tablet.

1) Haloperidol 2 kali 0,5-1 mg /hari.

2) Chlorpromazine 1 kali 50 mg /hari (malam).

3) Triheksipenidil 2 kali 2 mg/hari.

a) Tingkatkan perlahan-lahan, berkesempatan obat bekerja. Disamping itu melakukan tindakan perawatan dan pendidikan kesehatan.

b) Dosis maksimal

(1) Haloperidol

Table: 0,5 mg, 1,5 mg, 5mg/hari.

Injeksi : 5 mg/ml, atau 5-15 mg/ml.

(2) Chlorpromazine: 600 mg sehari (tablet)

1. Chlorpromazine

a) Indikasi

Indikasi obat ini untuk sindrom psikis yaitu berdaya berat dalam kemampuan menilai realitas, kesadaran diri terganggu, daya ingat norma social dan tilik diri terganggu. Berdaya berat dalam fungsi-fungsi mental seperti: waham dan halusinasi. Gangguan perasaan dan perilaku yang aneh atau tidak terkendali, berdaya berat dalam fungsi kehidupan sehari-hari seperti tidak mampu bekerja, hubungan social dan melakukan kegiatan rutin.

b) Mekanisme kerja

Memblokade dopamine pada reseptor pasca sinap di otak, khususnya system ekstra pyramidal.

c) Efek samping

1. Sedasi, dimana pasien mengatakan merasa melayang-layang antar sadar atau tidak sadar.
2. Gangguan otonomi (hipotensi) antikolinergik atau parasimpatik, seperti mulut kering, kesulitan dalam miksi dan defekasi, hidung tersumbat, mata kabur, tekana intraokuler meninggi, gangguan irama jantung.
3. Gangguan ekstrapiramidal seperti : distonia akut, akathisia syndrome parkinsonien, atau bradikinesia regiditas.
4. Kontra indikasi

Kontra indikasi obat ini seperti penyakit hati, penyakit darah, epilepsi (kejang, perubahan kesadaran), kelainan jantung, febris (panas), ketergantungan obat, penyakit SSP (system saraf pusat), gangguan kesadaran disebabkan oleh depresi.

5. Penggunaan obat

Penggunaan obat pada klien dengan kondisi akut di berikan 3x100mg. Apabila kondisi klien sudah stabil dosisnya di kurangi menjadi 1x100mg pada malam hari saja.

2. Haloperidol (HLP)

1. Indikasi

Indikasi dalam pemberian obat ini, yaitu pasien yang berdaya berat dalam kemampuan menilai realitas, baik dalam fungsi mental dan dalam fungsi kehidupan sehari-hari.

2. Mekanisme kerja

Obat anti psikis ini dapat memblokir dopamin pada reseptor pasca sinaptik neuron di otak, khususnya system limbic dan system pyramidal.

3. Efek samping

1. Sedasi dan inhibisi psikomotor

2. Gangguan miksi dan parasimpatik, defekasi, hidung tersumbat, mata kabur, tekanan intraokuler meninggi, gangguan irama jantung.

4. Kontra indikasi

Kontra indikasi obat ini seperti penyakit hati, penyakit darah, epilepsi (kejang, perubahan kesadaran), kelainan jantung, febris (panas), ketergantungan obat, penyakit SSP (system saraf pusat), gangguan kesadaran.

5. Penggunaan obat

Penggunaan obat pada klien dengan kondisi akut biasanya dalam bentuk injeksi 3x5mg IM pemberian ini dilakukan 3x24 jam. Sedangkan pemberian peroral di berikan 3x1,5mg atau 3x5 mg.

3. Trihexyphenidil (THP)

1. Indikasi

Indikasi dalam pemberian obat ini, yaitu segala jenis penyakit parkinson, termasuk pasca encephalitis (infeksi obat yang disebabkan oleh virus atau bakteri) dan idiopatik (tanpa penyebab yang jelas). Sindrom Parkinson akibat obat, misalnya reserpina dan fenotiazine.

2. Mekanisme kerja

Obat ini sinergis (bekerja bersama) dengan obat kiniden; obat depreson, dan antikolinergik lainnya.

3. Efek samping

Mulut kering, penglihatan kabur, pusing, mual, muntah, bingung, agitasi (gerakan motorik yang menunjukkan kegelisahan), konstipasi, takikardia, dilatasi, ginjal, retensi urine.

4. Kontra indikasi

Kontra indikasinya seperti hipersensitif terhadap trihexypenidil (THP), glaucoma sudut sempit, psikosis berat psikoneurosis, hipertropi prostat, dan obstruksi saluran edema.

5. Penggunaan obat

Penggunaan obat ini di berikan pada klien dengan dosis 3x2 mg sebagai anti parkinson.

b. Keperawatan

Tindakan keperawatan dapat dilakukan secara individual dan terapi berkelompok (TAK) Terapi Aktifitas Kelompok orientasi realita (TAK) : orientasi realita adalah upaya untuk mengorientasikan keadaan nyata kepada klien yaitu diri sendiri, orang lain, lingkungan / tempat, dan waktu. Klien dengan gangguan jiwa sikotik, mengalami penurunan daya nilai realitas. Klien tidak lagi mengenal tempat, waktu dan orang – orang disekitarnya, hal ini dapat mengakibatkan klien merasa asing dan menjadi pencetus terjadinya ansietas pada klien. Untuk menanggulangi kendala ini maka perlu ada aktifitas

yang memberi stimulus secara konsisten kepada klien tentang realitas disekitarnya. Stimulus tersebut meliputi stimulus tentang realitas lingkungan yaitu diri sendiri, orang lain, waktu dan tempat.

2.2 Konsep Teori Halusinasi

2.2.1 Pengertian

Halusinasi adalah persepsi sensori yang salah dimana tidak terdapat stimulus sensorik yang berkaitan dengannya. Halusinasi dapat berwujud penginderaan kelima indra yang keliru, tetapi yang paling sering adalah halusinasi penglihatan (visual) dan pendengaran (auditory) seperti melihat sesuatu pada kenyataan tidak ada (Arif, 2012).

Halusinasi merupakan persepsi yang salah tentang objek, gambaran dan pikiran yang sering terjadi tanpa adanya pengaruh rangsangan dari luar yang terjadi pada semua system penginderaan dan hanya dirasakan oleh klien tetapi tidak dapat di buktikan dengan nyata dengan kata lain objek tersebut tidak ada secara nyata (Direja, 2011).

2.2.2 Tanda dan Gejala

Menurut Yosep (2011) tanda dan gejala halusinasi adalah :

1. Melihat bayangan yang menyuruh melakukan sesuatu berbahaya.
2. Melihat seseorang yang sudah meninggal.
3. Melihat orang yang mengancam diri klien atau orang lain
4. Bicara atau tertawa sendiri.
5. Marah-marah tanpa sebab.
6. Menutup mata.
7. Mulut komat-kamit
8. Ada gerakan tangan

- 9. Tersenyum
- 10. Gelisah
- 11. Menyendiri, melamun

2.2.3 Jenis Halusinasi

1. Halusinasi pendengaran :

karakteristik ditandai dengan mendengar suara, terutama suara – suara orang, biasanya klien mendengar suara orang yang sedang membicarakan apa yang sedang dipikirkannya dan memerintahkan untuk melakukan sesuatu.

2. Halusinasi penglihatan :

karakteristik dengan adanya stimulus penglihatan dalam bentuk pancaran cahaya, gambaran geometrik, gambar kartun dan / atau panorama yang luas dan kompleks. Penglihatan bisa menyenangkan atau menakutkan.

3. Halusinasi penciuman:

karakteristik ditandai dengan adanya bau busuk, amis dan bau yang menjijikkan seperti : darah, urine atau feses. Kadang–kadang terhidu bau harum. Biasanya berhubungan dengan stroke, tumor, kejang dan dementia.

4. Halusinasi peraba :

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

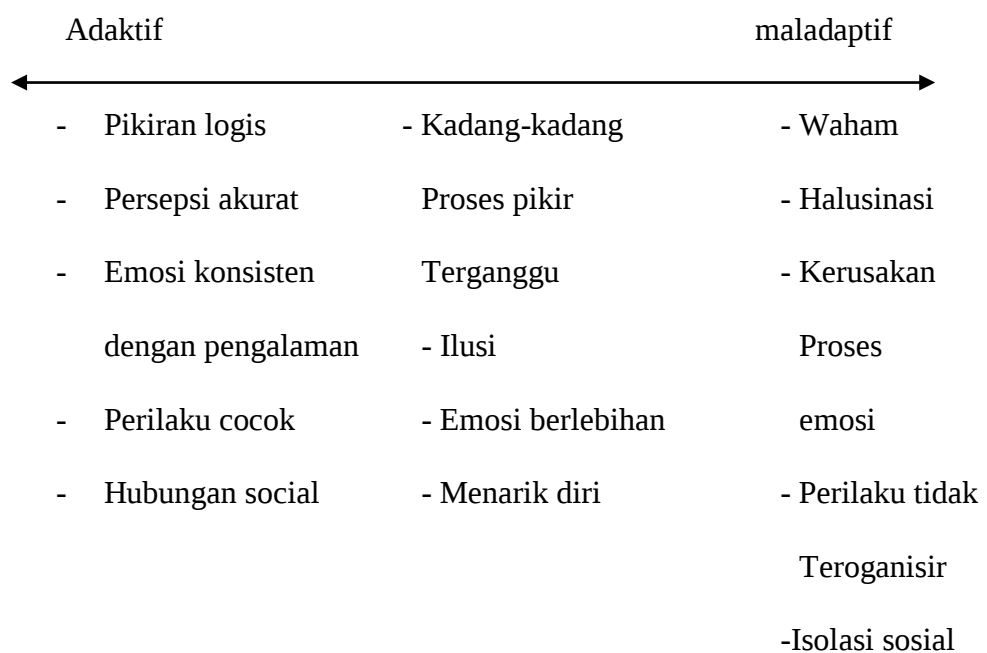
5. Halusinasi pengecap :

Karakteristik ditandai dengan merasakan sesuatu yang busuk, amis dan menjijikkan.

6. Halusinasi sinestetik :

karakteristik ditandai dengan merasakan fungsi tubuh seperti darah mengalir melalui vena atau arteri, makanan dicerna atau pembentukan urine (Menurut Stuart, 2007).

2.2.4 Rentang respon



Gambar 1. Rentang Respon Halusinasi

2.2.5 Faktor predisposisi

Faktor predisposisi adalah faktor resiko yang mempengaruhi jenis dan jumlah sumber yang dapat dibangkitkan oleh individu untuk mengatasi stress. Diperoleh baik dari klien maupun keluarganya. Faktor predisposisi dapat meliputi faktor perkembangan, sosiokultural, biokimia, psikologis, dan genetik (Yosep, 2011).

a. Faktor perkembangan

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

b. Faktor sosiokultural

Berbagai faktor dimasyarakat dapat menyebabkan seseorang merasa disingkirkan, sehingga orang tersebut merasa kesepian dilingkungan yang membesarkannya.

c. Faktor biokimia

Mempunyai pengaruh terhadap terjadinya gangguan jiwa. Jika seseorang mengalami stress yang berlebihan, maka didalam tubuhnya akan dihasilkan suatu zat yang dapat bersifat halusinogenik neurokimia seperti buffofenon dan dimethytrenferase (DMP).

d. Faktor psikologis

Tipe kepribadian lemah dan tidak bertanggung jawab mudah terjerumus pada penyalahgunaan zat adiktif. Berpengaruh pada ketidak mampuan klien dalam mengambil keputusan demi masa

depannya. Klien lebih memilih kesenangan sesaat dan lari dari alam nyata menuju alam hayal.

e. Faktor genetik

Gen yang berpengaruh dalam skizofrenia belum diketahui, tetapi hasil studi menunjukkan bahwa factor keluarga menunjukkan hubungan yang sangat berpengaruh pada penyakit ini.

2.2.6 Faktor presipitasi

Respon k lien terhadap halusinasi dapat berupa curiga, ketakutan, penasaran, tidak aman, gelisah, bingung, dan lainnya. Halusinasi dapat dilihat dari 5 dimensi yaitu :

a. Dimensi fisik

Halusinasi dapat timbul oleh kondisi fisik seperti kelelahan yang luar biasa, penyalahgunaan obat, demam, kesulitan tidur.

b. Dimensi emosional

Perasaan cemas yang berlebihan atas masalah yang tidak dapat diatasi merupakan penyebab halusinasi berupa perintah memaksa dan menakutkan.

c. Dimensi intelektual

Halusinasi merupakan usaha dari ego untuk melawan implus yang menekan merupakan suatu hal yang menimbulkan kewaspadaan yang dapat mengambil seluruh perhatian klien.

d. Dimensi sosial

Klien mengalami interaksi sosial menganggap hidup bersosialisasi di alam nyata sangat membahayakan. Klien asyik dengan halusinasinya seolah merupakan tempat memenuhi kebutuhan dan interaksi sosial, kontrol diri dan harga diri yang tidak didapatkan di dunia nyata.

e. Dimensi spiritual

Secara spiritual halusinasi mulai dengan kehampaan hidup, ritinitas tidak bermakna, hilangnya aktifitas ibadah dan jarang berupaya secara spiritual untuk menyucikan diri.

2.2.7 Sumber koping

Pada halusinasi terdapat 3 mekanisme koping yang digunakan:

2. Regresi: menjadi malas beraktifitas sehari-hari.
3. Proyeksi: menjelaskan perubahan suatu persepsi dengan berusaha untuk mengalihkan tanggung jawab kepada orang lain.
4. Menarik diri: sulit mempercayai orang lain dan asyik dengan stimulus internal. (Stuart, 2007).

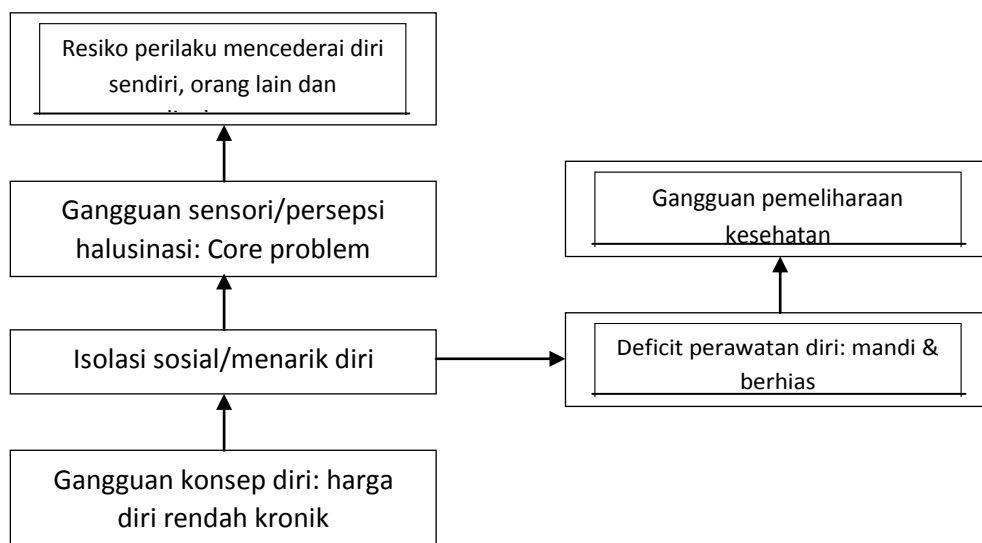
2.2.8 Mekanisme koping

Mekanisme koping merupakan tiap upaya yang diarahkan pada pengendalian stress, termasuk upaya penyelesaian masalah secara langsung dan mekanisme pertahanan lain yang digunakan melindungi diri. Mekanisme koping menurut Yosep, 2011 meliputi cerita dengan orang lain

(asertif), diam (represi/supresi), menyalahkan orang lain (sublimasi), mengamuk (displacement), mengalihkan kegiatan yang bermanfaat (konversi), memberikan alasan yang logis (rasionalisme), mundur ke tahap perkembangan sebelumnya (regresi), dialihkan ke objek lain, memarahi tanaman atau binatang (proyeksi).

2.2.9 Pohon masalah

Menurut Direja (2011), pohon masalah pasien dengan halusinasi dapat di gambarkan berikut:



Gambar 2. Pohon Masalah Halusnasi

2.3 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

2.3.1 Pengkajian

a) Identitas klien

Perawat yang merawat klien melakukan pengenalan dan kontrak dengan klien tentang; nama klien, umur, panggilan klien, nama perawat, tujuan, waktu pertemuan, topik pembicaraan.

b) Alasan masuk

Tanyakan pada keluarga atau klien hal yang menyebabkan klien dan keluarga datang ke rumah sakit, yang telah dilakukan keluarga untuk mengatasi masalah dan perkembangan yang dicapai.

c) Faktor predisposisi

Tanyakan pada klien atau keluarga apakah klien pernah mengalami gangguan jiwa pada masa lalu, pernah melakukan, mengalami penganiayaan fisik, seksual, penolakan diri dari lingkungan, kekerasan dalam keluarga dan tindakan kriminal dapat dilakukan pengkajian pada keluarga faktor yang mungkin mengakibatkan terjadinya gangguan:

1) Psikologis

Keluarga, pengasuh dan lingkungan klien sangat mempengaruhi respon psikologis klien.

2) Biologis

Gangguan perkembangan dan fungsi otak atau SSP, pertumbuhan dan perkembangan individu pada prenatal, neonatus dan anak-anak.

3) Sosial Budaya

Seperti kemiskinan, konflik sosial budaya (perpelempangan, kerusuhan, kerawanan), kehidupan yang terisolasi serta stress yang menumpuk.

d) aspek fisik / biologis

Hasil pengukuran tanda vital (TD, Nadi, Suhu, Pernapasan, TB, BB) dan keluhan fisik yang dialami oleh klien.

e) Aspek Psikososial

1. Konsep diri

- a. Citra tubuh: mengenal persepsi klien terhadap tubuhnya, bagian yang disukai dan tidak disukai.
- b. Identitas diri: status posisi klien sebelum dirawat, kepuasan klien terhadap status dan posisinya dan keputusan klien sebagai laki-laki/perempuan.
- c. Peran: tugas yang diemban dalam keluarga / kelompok dan masyarakat dan kemampuan klien dalam melaksanakan tugas tersebut.
- d. Ideal diri: harapan terhadap tubuh, posisi, status, tugas, lingkungan dan penyakitnya.

- e. Harga diri: hubungan klien dengan orang lain, penilaian dan penghargaan orang lain terhadap dirinya, biasanya terjadi pengungkapan kekecewaan terhadap dirinya sebagai wujud harga diri rendah.

2. Hubungan sosial

Hubungan dengan orang lain yang terdekat dalam kehidupan, kelompok yang di ikuti di masyarakat.

f). Status mental

a) Deskripsi umum

1. Penampilan: Posture, siap, pakaian, perawatan diri, rambut, kuku, sehat, sakit, marah, takut, apatis, bingung, merendakan, tenang, tampak lebih tua, tampak lebih muda, bersifat seperti wanita, dahi berkeringat, pelisah, tubuh tegang, mata melebar, tingkat kecemasan berubah-ubah semala wawancara atau dengan topic khusus.
2. Perilaku dan aktivitas psikomotorik : Cara berjalan, mannerisme , tics, gerak-isyarat, berkejang-kejang (*twitches*), stereotipik, memetik, menyentuh pemriksa, ekopraksia, janggal/kikuk (*clumsy*), tangkas (*agile*), pincang (*limp*), kaku, lamban, hiperaktif, agitasi, melawan (*combative*), bersikap seperti lilin (*waxy*).

3. Sikap terhadap pemeriksa : Kooperatif, penuh perhatian, menarik perhatian, menantang (*frack*), sikap bertahan, bermusuhan, main-main, mengelak (*evasive*). berhati-hati (*guarded*)
- b) Bicara : Cepat, lambat, memaksa (*pressure*), ragu-ragu (*hesitant*), emosional, monoton, keras, membisik (*whispered*), mencerca (*slurred*), komat-kamit (*mumble*), gagap, ekolalia, intensitas, puncak (*pitch*), berkurang (*ease*), spontan, bergaya (*manner*), bersajak (*prosody*).
- c) Mood dan Afek
 - (1) Mood : (Suatu emosi yang meresap dan bertahan yang mewarnai persepsi seseorang terhadap dunianya) :
Bagaimana pasien menyatakan perasannya, kedalaman, intensitas, durasi, fluktuasi suasana perasaan-depresi, berputus asa (*despairing*), mudah tersinggung (*irritable*), cemas, menakutkan (*terrify*), marah, meluap-luap (*expansive*), euforia, hampa, rasa bersalah, perasaan kagum (*awed*), sia-sia (*futile*), merendahkan diri sendiri (*self-contemptuous*).
 - (2) Afek (ekspresi keluar dari pengalaman dunia dalam pasien), Bagaimana pemeriksa menilai afek pasien-luas, terbatas, tumpul atau datar, dangkal (*shallow*), jumlah dan kisaran dari ekspresi perasaan;sukar dalam memulai,

menahan (*sustaining*) atau mengakhiri respons emosional, ekspresi emosi serasi dengan isi pikiran, kebudayaan.

- (3) Kekerasan: keserasian respon emosional pasien dapat dinilai dalam hubungan dengan masalah yang sedang dibahas oleh pasien. Sebagai contoh, pasien paranoid yang melukiskan waham kejiarnya harus marah atau takut tentang pengalaman yang sedang terjadi pada mereka. Afek yang tidak serasi, ialah suatu mutu respons yang ditemukan pada beberapa pasien skizofrenia; afeknya inkongruen dengan topik yang sedang mereka bicarakan. (contohnya; mereka mempunyai afek yang datar ketika berbicara tentang impuls membunuh). Ketidak serasian juga mencerminkan tarap hendaya dari pasien untuk mempertimbangkan atau pengendalian dalam hubungan dengan respons emosional.

d) Pikiran dan Persepsi

(1) Bentuk Pikiran:

- (a) Produktivitas: Ide yang meluap-luap (*overabundance of ideas*), kekurangan ide (*paucity of ideas*), ide yang melompat-lompat (*flight of ideas*), berpikir cepat, berpikir lambat, berpikir ragu-ragu (*hesitant thinking*), apakah pasien bicara secara spontan ataukah menjawab hanya bila ditanya, pikiran mengalir

(stream of thought), kutipan dari pasien *(quotation from patient)*.

(b) Arus pikiran: Apakah pasien menjawab pertanyaan dengan sungguh-sungguh dan langsung pada tujuan relevan atau tidak relevan, asosiasi longgar, hubungan sebab akibat yang kurang dalam penjelasan pasien; tidak logis, tangensial, sirkumstisial, melantur (*rambling*), bersifat mengelak (*evasive*), perseverasi, pikiran terhambat (*blocking*) atau pikiran kacau (*distractibility*).

(c) Gangguan Berbahasa: Gangguan yang mencerminkan gangguan mental seperti inkoheren, bicara yang tidak dimengerti (*word salad*), asosiasi bunyi (*clang association*), neologisme.

(2) Isi Pikiran:

Preokupasi: Mengenai sakit, masalah lingkungan, obsesi, kompulsi, fobia, rencana bunuh diri, membunuh, gejala-gejala hipokondrik, dorongan atau impuls-impuls antisosial.

(3) Gangguan Pikiran:

(a) Waham: Isi dan setiap sistim waham, organisasinya,

pasien yakin akan kebenarainya bagaimana waham ini mempengaruhi kehidupannya ; waham penyiksaan-isolasi atau berhubungan dengan kecurigaan yang menetap, serasi mood (congruent) atau tak serasi mood (incongruent).

(b) *Ideas of Reference* dan *Ideas of influence* :

Bagaimana ide mulai, dan arti / makna yang menghubungkan pasien dengan diri mereka.

(4) Gangguan persepsi

(a) halusinasi dan ilusi : Apakah pasien mendengar suara pada pagi, siang atau malam, dengan frekuensi lebih dan 1 kali, dan bila setiap mendengar suara emosi pasien tidak stabil terkadang marah, dan senang.

(b) Depersonalisasi dan Derealisasi : Perasaan yang sangat berbeda terhadap diri dan lingkungan.

(5) Mimpi dan Fantasi

(a) Mimpi : satu yang menonjol, jika ia ingin menceritakan mimpi buruk.

(b) Fantasi : berulang, kesukaan, lamunan yang tak tergoyahkan.

e) Sensorium dan Fungsi Kognitif:

(1) kesadaran : kesadaran terhadap lingkungan , jangka waktu perhatian, kesadaran berkabut, fluktuasi tingkat kesadaran, somnolen, stupor, kelelahan, keadaan fugue.

(2) Orientasi:

(a) Waktu : Apakah pasien mengenal hari secara benar, tanggal, waktu dan hari, jika dirawat di rumah sakit dia mengetahui sudah berapa lama dia berbaring disitu.

(b) Tempat : Apakah pasien tahu dimana dia berada.

(c) Orang : Apakah pasien mengetahui siapa yang memeriksa dan apa peran dan orang-orang yang bertemu denganya.

(3) Konsentrasi dan perhitungan :

Pengurangan 7 dari 100 dan hasilnya tetap dikurangi 7.

jika pasien tidak dapat dengan pengurangan 7. Pasien dapat tugas lebih mudah — 4×9 ; 4×5 ; Apakah cemas atau beberapa gangguan mood atau konsentrasi yang bertanggung jawab terhadap kesulitan ini.

(4) Daya ingat :

Gangguan, usaha yang membuat mengwasai gangguan itu-
penyangkalan, konfabulasi, reaksi katastrofik,

sirkumstansialitas yang digunakan untuk
menyembunyikan kekurangannya, apakah proses registrasi,
retensi, rekoleksi material terlibat.

(a) Daya ingat jangka panjang (*remote memory*) : data
masa kanak-kanak, peristiwa penting yang terjadi ketika
masih muda atau bebas dan penyakit, persoalan-
personal pribadi.

(b) Daya ingat jangka pendek (*Recent past memory, recent
memory*) : beberapa bulan atau beberapa tahun yang
lalu, apa yang dilakukan pasien kemarin, sehari
sebelumnya, sudah sarapan makan siang, makan
malam.

(c) Daya ingat segera (*immediate retention and recall*):
kemampuan untuk mengulangi enam angka setelah
pemeriksaan mendiktekananya - pertama maju,
kemudian mundur, sesudah beberapa menit interupsi,
tes pertanyaan yang lain, pertanyaan yang sama, jika
diulang, sebutkan empat perbedaan jawaban pada
empat waktu.

(d) Pengaruh atau kecacatan pada pasien mekanisme pasien
mengembangkan kemampuan menguasai kecacatan

(5) Tingkat Pengetahuan :

Tingkat pendidikan formal, perkiraan kemampuan intelektual pasien dan apakah mampu berfungsi pada tingkat dasar pengetahuan. : jumlah, penghitungan pengetahuan umum, pertanyaan harus relevan dengan latar belakang pendidikan dan kebudayaan pasien.

(6) Pikiran Abstrak :

Gangguan dalam formulasi konsep; cara pasien mengkonsepsualisasikan atau menggunakan ide-idenya, (misalnya membedakan antara apel dan pear, abnormalisasi dalam mengartikan peribahasa yang sederhana misalnya ; “Batu-batu berguling tidak kerumuni lumut” jawabannya mungkin konkrit, memberikan contoh contoh yang spesifik terhadap ilustrasi atau arti) atau sangat abstrak (memberikan penjelasan yang umum) ; kesesuaian dengan jawaban.

f) Tilikan:

- (1) penyangkalan sepenuhnya terhadap penyakit.
- (2) Sedikit kesadaran diri akan adanya penyakit dan meminta pertolongan tetapi menyangkalinya pada saat yang bersamaan.

- (3) Sadar akan adanya penyakit tetapi menyalahkan orang lain, faktor luar, medis atau faktor organik yang tidak diketahui.
- (4) Sadar bahwa Penyakitnya disebabkan oleh sesuatu yang tidak diketahui pada dirinya.
- (5) Tipe Intelektual : Pengakuan sakit dan mengetahui gejala dan kegagalan dalam penyesuaian sosial oleh karena perasaan irasional atau terganggu, tanpa menerapkan pengetahuan untuk pengalaman dimasa mendatang.
- (6) Tipe Emosional yang sebenarnya : kesadaran emosional terhadap motif-motif perasaan dalam, yang mendasari arti dan gejala; ada kesadaran yang menyebabkan perubahan keperibadian dan tingkah laku di masa mendatang; keterbukaan terhadap ide dan konsep yang baru mengenai diri sendiri dan orang-orang penting dalam kehidupannya.

g) Daya nilai ;

- (1) Daya nilai Sosial : Manifestasi perilaku yang tidak kentara yang membahayakan pasien dan berlawanan dengan tingkah laku yang dapat diterima budayanya. Adanya pengertian pasien sebagai hasil yang tak mungkin dan tingkah laku pribadi dan pasien dipengaruhi oleh pengertian itu.

- (2) Uji daya nilai : pasien dapat meramalkan apa yang akan dia lakukan dalam bayangan situasi tersebut. Misalnya apa yang akan dilakukan pasien dengan perangko, alamat surat yang dia ternukan di jalan.
- (3) Penilaian Realitas : kemampuan membedakan kenyataan dengan fantasi.

7) Mekanisme Koping

- a) Penyangkutan sepenuhnya terhadap penyakit
- b) Sedikit kesadaran diri akan adanya penyakit dan meminta pertolongan tetapi menyangkalinya pada saat yang bersamaan
- c) Sadar akan adanya penyakit tetapi menyalahkan orang lain, faktor luar, medis atau faktor organik yang tidak diketahui.
- d) Sadar bahwa penyakitnya disebabkan oleh sesuatu yang tidak diketahui pada dirinya.
- e) Pengakuan sakit dan mengetahui gejala dan kegagalan dalam penyesuaian sosial oleh karena perasaan irrasional atau terganggu, tanpa menerapkan pengetahuannya untuk pengalaman dimasa mendatang.
- f) Kesadaran emosional terhadap motif-motif perasaan dalam, yang mendasari arti dan gejala; ada kesadaran yang menyebabkan perubahan keperibadian dan tingkah laku dimasa mendatang; keterbukaan terhadap ide dan konsep yang baru mengenai diri sendiri dan orang-orang penting dalam kehidupan.

8) Masalah Psikososial dan Lingkungan

Masalah berkenaan dengan ekonomi, dukungan kelompok, lingkungan, pendidikan, pekerjaan, perumahan dan pelayanan kesehatan.

9) Pengetahuan

Tingkat pendidikan formal, perkiraan kemampuan intelektual pasien dan apakah mampu berfungsi pada tingkat dasar pengetahuan: jumlah, perbitungan, pengetahuan umum, pertanyaan harus relevan dengan latar belakang pendidikan dan kebudayaan pasien.

10) Aspek Meclik

Diagnosa medis yang telah dirumuskan dokter. Terapi yang diterima kilen bisa berupa therapi farmakologi ECT, Psikoterapi, therapi okopasional.

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

- 1) Gangguan persepsi sensori : Halusinasi
- 2) Isolasi sosial
- 3) Resiko periaku mencederai diri

2. 3.3 Rencana Tindakan Keperawatan

Menurut Direja, (2011) rencana tindakan keperawatan pada pasien halusinasi adalah sebagai berikut:

Diagnose	Tujuan	Kriteria Evaluasi	Intervensi
Halusinasi	Pasien mampu: - Mengenal halusinasi yang di alami - Mengontrol halusinasi - Mengikuti program pengobatan	Setelah beberapa kali pertemuan, pasien dapat menyebutkan: - Isi, waktu, frekuensi, situasi pencetus, perasaan - Mampu mempragakan cara dalam mengontrol halusinasi	SP I ➤ Bantu pasien mengenal halusinasi (isi, waktu terjadinya, frekuensi, situasi pencetus, perasaan terjadi halusinasi ➤ Latih mengontrol halusinasi ➤ Tahapan tindakan keperwatan • Jelaskan cara menghardik halusinasi • Peragakan cara menghardik • Minta pasin mempragakan ulang • Pantau penerapan cara ini, beri penguatan perilaku pasien • Masukan dalam jadwal kegiatan pasien

		Setelah beberapa kali pertemuan, pasien dapat menyebutkan: - Menyebutkan kegiatan yang sudah di lakukan - Memperagakan caraberkap-cakap dengan orang lain	SP 2 ➤ Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1) ➤ Latih berbicara / bercakap dengan orang lain saat halusinasi muncul ➤ Masukan dalam jadwal kegiatan pasien
		Setelah beberapa kali pertemuan, pasien dapat menyebutkan: - Menyebutkan kegiatan yang sudah di lakukan - Membuat jadwal kegiatan sehari-hari dan mampu memperagakan	SP 3 ➤ Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1 dan 2) ➤ Latih kegiatan agar halusinasi tidak muncul, tahapanya: • Jelaskan pentingnya aktivitas yang teratur untuk mengatasi halusinasi

			• Diskusikan aktivitas yang bisa dilakukan oleh pasien • Latih pasien melakukan aktivitas • Susun jadwal aktivitas sehari-hari sesuai dengan aktivitas yang telah dilatih (dari bangun pagi sampai tidur malam) ➤ Pantau pelaksanaan jadwal kegiatan, berikan pengatan terhadap perilaku pasien yang (+)
		Setelah ... X pertemuan, pasien mampu : • Kegiatan yang sudah di	SP 4 ➤ Evaluasi kegiatan yang lalu (SP1,2dan 3) ➤ Tanyakan program pengobatan

		lakukan • Menyebutkan manfaat dari program pengobatan	➤ Jelaskan pentingnya penggunaan obat pada gangguan jiwa ➤ Jelaskan akibat bila tidak di gunakan sesuai program ➤ Jelaskan akibat bila putus obat ➤ Jelaskan cara mendapat obat/ berobat ➤ Latih pasien minum obat ➤ Masuk dalam kegiatan harian pasien
	Keluarga mampu merawat pasien di rumah dan menjadi system pendukung yang efektif untuk pasien	Setelah ...x pertemuan keluarga mampu menjelaskan tentang halusinasi	SP I ➤ Identifikasi masalah keluarga dalam merawat pasien ➤ Jelaskan tentang halusinasi : ➤ Pengertian halusinasi ➤ Cara merawat pasien halusinasi (cara berkomunikasi, pembicaraan, obat &

			pemberian aktivitas kepada pasien) ➤ Sumber-sumber pelayanan kesehatan yang bisa di jangkau ➤ Rencana tindak lanjut keluarga, jadwal keluarga untuk merawt pasien
		Setelah ...x pertemuan keluarga mampu: • Menyelesaikan kegiatan yang sudah dilakukan • Memperagakan cara merawat pasien	SP 2 ➤ Evaluasi kemampuan keluarga (SP 1) ➤ Latih keluarga merawat pasien ➤ RTL keluarga / jadwal keluarga untuk merawat pasien
		Setelah ...x pertemuan keluarga mampu: • Menyebutkan kegiatan yang sudah di lakukan	SP 3 ➤ Evaluasi kemampuan keluarga (SP 2) ➤ Latih keluarga merawat pasien ➤ RTL keluarga / jadwal keluarga untuk

		• Memperagakan cara merawat pasien serta mampu membuat RTL	merawat pasien
		Setelah ...x pertemuan keluarga mampu: • Menyebutkan kegiatan yang sudah di lakukan • Melakukan follow up rujukan	➤ Evaluasi kemampuan pasien ➤ RTL Keluarga: • Follow Up • Rujukan

2.3.4 Implementasi

Menurut Direja, (2011) implementasi adalah tindakan keperawatan yang sesuai dengan rencana tindakan keperawatan. Sebelum melaksanakan tindakan keperawatan yang sudah di rencanakan perawat perlu memvalidasi rencana tindakan keperawatan yang masih di butuhkan dan sesuai dengan kondisi klien saat ini.

2.3.5 Evaluasi

Menurut Direja, (2011) evaluasi adalah proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada klien. Evaluasi dapat dilakukan berdasarkan SOAP sebagai pola pikir.

S : Respon subjektif dari klien dapat intervensi keperawatan

O : Respon objektif dari klien terhadap intervensi keperawatan

A : Analisa ulang atas dasar subjek dan objek untuk mengumpulkan apakah masalah masih ada, munculnya masalah baru, atau ada data yang berlawanan dengan masalah yang masih ada.

P : Perencanaan atau tindakan lanjut berdasarkan hasil analisa pada respon klien.

2.4 Konsep Masalah Yang Diangkat

A. Konsep Halusinasi Penglihatan

Menurut fitria (2009) halusinasi penglihatan yaitu dimana klien melihat gambar jelas atau samar terhadap adanya stimulus yang nyata dari lingkungan dan yang orang lain tidak melihat. Dengan data objektif menunjuk-nunjuk kearah tertentu, ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas. Sedangkan data subjektif melihat bayangan, sinar, bentuk geometris, kartun, melihat hantu atau monster.

B. Faktor Presipitasi

Menurut Fitri (2009), faktor persepsi yaitu stimulus yang dipersepsikan oleh individu sebagai tantangan, ancaman, atau tuntutan yang memerlukan energy ekstra untuk mendapatkannya. Respon klien terhadap halusinasi dapat rasa curiga, takut, tidak aman, gelisah dan bingung.

C. Penatalaksanaan Umum

Penatalaksanaan pada pasien halusinasi dengan cara :

- Menciptakan lingkungan yang terapeutik

Untuk mengurangi tingkat kecemasan, kepanikan dan ketakutan pasien akibat halusinasi, sebaiknya pada permulaan pendekatan di lakukan secara individual dan usahakan agar terjadi knntak mata, kalau bisa pasien di sentuh atau di pegang. Pasien jangan di isolasi baik secara fisik atau

emosional. Setiap perawat masuk ke kamar atau mendekati pasien, bicaralah dengan pasien. Begitu juga bila akan meninggalkannya hendaknya pasien di beritahu. Pasien di beritahu tindakan yang akan di lakukan.

Di ruangan itu hendaknya di sediakan sarana yang dapat merangsang perhatian dan mendorong pasien untuk berhubungan dengan realitas, misalnya jam dinding, gambar atau hiasan dinding, majalah dan permainan.

- Melaksanakan program terapi dokter

Sering kali pasien menolak obat yang di berikan sehubungan dengan rangsangan halusinasi yang di terimanya. Pendekatan sebaiknya secara persuasif tapi instruktif. Perawat harus mengamati agar obat yang di berikan betul di telannya, serta reaksi obat yang di berikan.

- Menggali permasalahan pasien dan membantu mengatasi masalah yang ada

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

- Memberi aktivitas pada pasien

Pasien di ajak mengaktifkan diri untuk melakukan gerakan fisik, misalnya berolah raga, bermain atau melakukan kegiatan. Kegiatan ini dapat membantu mengarahkan pasien ke kehidupan nyata dan memupuk hubungan dengan orang lain. Pasien di ajak menyusun jadwal kegiatan dan memilih kegiatan yang sesuai.

- Melibatkan keluarga dan petugas lain dalam proses perawatan

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

BAB III

LAPORAN KASUS

3.1 IDENTITAS KLIEN

Ruang rawat : Ruang Anggrek Rumah Sakit Khusus Jiwa
Soeprapto Bengkulu

Rekam Medik : 040288

Tanggal masuk : 10 Juli 2017

Tanggal pengkajian : 11 Juli 2017

Nama : Ny. M

Umur : 30 tahun

Jenis kelamin : Perempuan

Status Perkawinan : Kawin

Pendidikan : SMA

Pekerjaan : Ibu rumah tangga

Agama : Budha

Suku/Bangsa : China/Indonesia

3.2 ALASAN MASUK RUMAH SAKIT.

Klien masuk IGD Rumah Sakit Jiwa Soeprapto Bengkulu di antar oleh petugas PSBL dengan keluhan klien mulai ngoceh-ngoceh, gelisah, mondar-mandir, marah-marah, berbicara sendiri, tidak mau minum obat dan klien suka melihat bayangan-bayangan yang sosoknya tidak jelas, melihat semua objek menjadi kotak.

Pada saat pengkajian di dapatkan data klien mengatakan sering melihat bayang-bayang yang sosoknya tidak jelas, melihat semua objek menjadi kotak. klien terlihat gelisah, mondar mandir, dan melamun.

3.3 FAKTOR PREDISPOSISI

Klien pernah mengalami gangguan jiwa sebelumnya. Klien pertama kali dirawat pada tahun 2015 di Rumah Sakit Jiwa (RSJ). Penyebab klien masuk pertama kali mengalami aniaya fisik oleh suami di karenakan masalah c. Kemudian klien di antar oleh keluarga dari pihak suami ke rumah sakit jiwa untuk mendapat perawatan. Saat di kaji klien tidak pernah mengalami aniaya fisik tetapi klien mengalami penolakan di dalam keluarganya, dikarenakan keluarga klien tidak mau lagi mengurusinya hal ini terbukti karena klien dikirimkan ke PSBL Provinsi Bengkulu.

MK :

- **koping keluarga tidak efektif**
- **halusinasi penglihatan**

3.4 PEMERIKSAAN FISIK

A. Keadaan umum

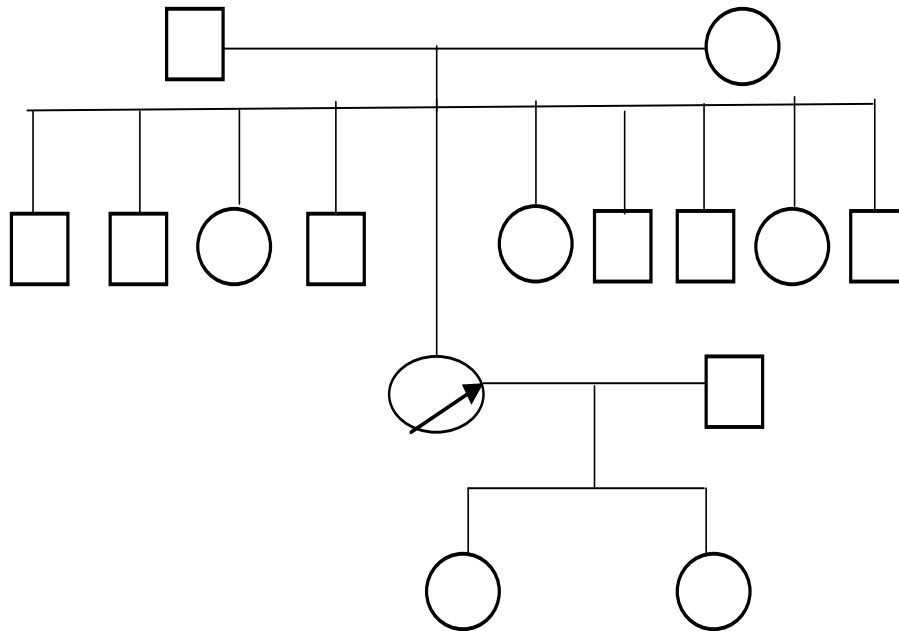
Kepala: rambut kusut, tidak teratur, sclera putih, mata tidak merah dan tidak tampak anemic, hidung simetris, tidak ada stomatitis, gigi rapi.

B. Tanda – tanda vital

Tekanan darah	: 120/80 mmHg
Nadi	: 80x/ Menit
Suhu	: 36,5°C
Pernapasan	: 24x/ menit
Berat Badan	: 55 kg
Tinggi Badan	: 150 cm

3.5 PSIKOSOSIAL

1. Genogram.



Ket :



: Laki-laki



: Perempuan



: Perempuan meninggal



: Klien



: Laki-laki meninggal

.....

: Tinggal serumah

Catatan:

Klien merupakan anak kelima dari sepuluh bersaudara, klien di rumah sebagai istri dan ibu dari anak-anaknya, pengambil keputusan di rumah adalah suami, ketika klien mempunyai masalah tidak mendiskusikan masalah tersebut dengan suami dan keluarga. Klien lebih memilih mengambil keputusan sendiri. Suami kurang memperhatikan klien karena masalah perbedaan status sosial keluarga.

MK: koping keluarga tidak efektif

2. Konsep diri.

a. Gambaran diri

Klien mengatakan menyukai semua anggota organ tubuhnya.

Klien mengatakan tidak kurang suatu apa pun.

b. Identitas diri

Klien merupakan anak ke lima dari sepuluh bersaudara. Pendidikan terakhir klien SMA. Klien di rumah selalu mengurus rumah dan anaknya.

MK: Tidak ada masalah

c. Peran

Klien memiliki tugas sebagai istri dan ibu dari kedua anak perempuannya. Tetapi peran itu tidak berjalan, dikarenakan klien mengalami masalah dalam keluarga dan suami.

d. Ideal diri

Harapan klien terhadap tubuhnya yaitu ingin lebih bersih. Ia ingin tugas dan peranya lebih penting dan berguna di keluarga.

e. Harga diri

Klien mengatakan malu kepada keluarga karena sering cekcok dengan suami dan klien sering mengurung diri.

MK :Resiko harga dirih rendah

3. Hubungan social

Pada saat pengkajian orang yang paling berarti adalah keluarganya, pada saat di rumah sakit klien terlihat kurang berinteraksi dengan pasien lain dan lebih banyak menghabiskan waktu di tempat tidur.

MK: isolasi sosial

4. Spiritual (nilai dan keyakinan)

Klien beragama Budha di rumah sakit jiwa Soeprapto klien jarang beribadaah.

3.6 STATUS MENTAL

1. Penampilan

Klien berpenampilan rapi, kuku bersih, apabila klien di suruh perawat untuk mandi klien menolaknya.

2. Pembicaraan

Dalam berkomunikasi dengan perawat pasien berbicara dengan

bahasa indonesia, nada bicara klien lambat dan pelan. Klien berbicara hanya saat ditanya, klien menjawab pertanyaan dengan singkat.

3. Aktivitas motorik

Ketika di rumah sakit klien sering mondar-mandir, dan klien tidak mau berinteraksi dengan pasien lain. Klien terlihat selalu menyendiri.

4. Alam perasaan

Klien merasa khawatir, karena klien di rumah sakit jiwa sedangkan ia mengatakan sudah sehat

5. Afek

Afek klien tumpul, klien ditanya oleh perawat dan hanya menjawab seperlunya saja, dan menjawab sesuai pertanyaan.

6. Interaksi selama wawancara

Klien hanya menjawab pertanyaan apabila ditanya dan menjawab dengan singkat, kontak mata ada.

7. Persepsi

Klien mengatakan melihat bayangan-bayangan yang sosoknya tidak jelas, melihat semua objek menjadi kotak. Frekuensinya satu kali dan terjadi pada malam hari waktu kondisi ruangan sedang tenang. Ketika bayangan itu muncul klien hanya diam memperhatikan bayangan tersebut dengan ketakutan.

Masalah Keperawatan :Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi penglihatan

8. Proses pikir

Klien mampu menjawab pertanyaan perawat tetapi lambat dan seadanya namun masih bisa dimengerti, pembicaraan klien bervariasi dimana pembicaraan yang di ulang berkali-kali.

9. Isi pikir

Saat dikaji tidak di temukan klien mengatakan orang yang hebat, mempunyai jabatan dan yang lainnya.

10. Tingkat kesadaran

Kesadaran CM, klien mampu berinteraksi dengan perawat. Pada saat pengkajian pasien mengetahui waktu dan tempat.

Masalah Keperawatan :Tidak ada masalah keperawatan

11. Memori

Pasien tidak mengalami gangguan daya ingat jangka panjang dan gangguan daya ingat jangka pendek. Saat ditanya tentang kejadian masa lalu pasien menceritakan semua walaupun agak tersendat.

Masalah Keperawatan :Tidak ada masalah keperawatan

12. Daya tilik diri

Klien menyadari bahwa sekarang sedang mengalami perawatan di RSJ dan sekarang sedang mengalami proses pengobatan.

Masalah Keperawatan :Tidak ada masalah keperawatan

13. Kemampuan penilaian

Klien bisa mengambil keputusan sederhana, sebagai contoh klien diberi kesempatan untuk memilih mandi dahulu sebelum makan atau makan dahulu sebelum mandi. Klien memilih mandi dulu sebelum makan.

Masalah Keperawatan :Tidak ada masalah keperawatan

14. Tingkat konsentrasi

Klien mampu menambah dan mengurangi angka-angka yang sederhana dari kelipatan lima, dan klien mampu berkonsentrasi dengan mematuhi perintah perawat terbukti saat klien di suru berhitung mundur klien bisa melakukannya.

3.7 KEBUTUHAN PERSIAPAN PULANG

1. Makan

Nafsu makan klien baik yaitu klien dapat menghabiskan porsi yang disiapkan. Dapat makan sendiri tanpa bantuan orang lain. Tidak mempunyai pantangan makan dan membersihkan alat makan sendiri setelah makan.

2. BAB / BAK

Klien mengatakan pola BAK/BAB baik, tidak mengalami gangguan, dalam hal ini klien dapat BAB dan BAK lancar.

3. Mandi

Klien mengatakan mandi 2 kali sehari bila disuruh

4. Berpakaian

Klien memakai baju yang disiapkan oleh rumah sakit jiwa, klien tidak mengganti pakaian sebelum diberikan pakaian ganti.

5. Istirahat dan tidur

Klien mengatakan tidak ada masalah gangguan tidur.

6. Penggunaan obat

Mengatakan 2 kali dalam sehari minum obat yaitu pagi dan sore setelah makan. Haloperidol 2 x 5 mg, Resperidon 2 x 2 mg.

7. Pemeliharaan kesehatan

Klien mampu memelihara kesehatan dengan baik, seperti kesehatan tubuh, klien juga bisa hidup sehat.

8. Aktivitas dirumah

Klien mengatakan jika ia pulang nanti dia ingin bercocok tanam di rumah.

9. Aktivitas diluar rumah

Mengatakan ketika keluar dari rumah sakit klien ingin belanja di warung.

3.8 MEKANISME KOPING

Adaptif	Maladaptif
☐ Berbicara dengan orang lain ☐ Mampu menyelesaikan masalah ☐ Tidak relokasi ☐ Aktifitas konstruktif ☐ Olahraga ☐ Lainnya	☐ Minum alkohol ☒ Reaksi lambat ☐ Berkerja berlebihan ☒ Menghindar ☐ Mencederai diri ☐ Lainnya

Klien jika ada masalah tidak mau menceritakan dengan orang lain dan mau menyelesaikan sendiri.

3.9 MASALAH PSIKOSOSIAL

1. Masalah dengan dukungan kelompok

Klien hanya mengikuti kegiatan kelompok yang sudah direncanakan perawat. Namun diluar kegiatan tersebut klien hanya menghabiskan waktu dengan tidur.

2. Masalah berhubungan dengan lingkungan

Klien kurang berhubungan dengan orang lain dan teman-temannya.

3. Masalah dengan pendidikan

Klien mengatakan pendidikan terakhir Ny. M adalah SMA.

4. Masalah dengan pekerjaan

Klien mengaku bekerja sebagai ibu rumah tangga.

5. Masalah dengan pelayanan kesehatan

Klien dirawat dirumah sakit jiwa soeprapto dan memiliki asuransi BPJS kesehatan

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3.10 KURANG PENGETAHUAN

Klien mengatakan tidak mengerti tentang penyakitnya dan cara mengontrolnya halusinanya. Untuk obat-obatan klien hanya mengetahui warnanya, sedangkan nama dosis dan kegunaanya klien tidak mengetahui. Saat ditanya klien terlihat bingung.

Masalah Keperawatan : kurang pengetahuan tentang penyakitnya.

3.11 ASPEK MEDIK

Diagnosa medic : F. 20. 0 Skizofrenia.

Terapi Medik :

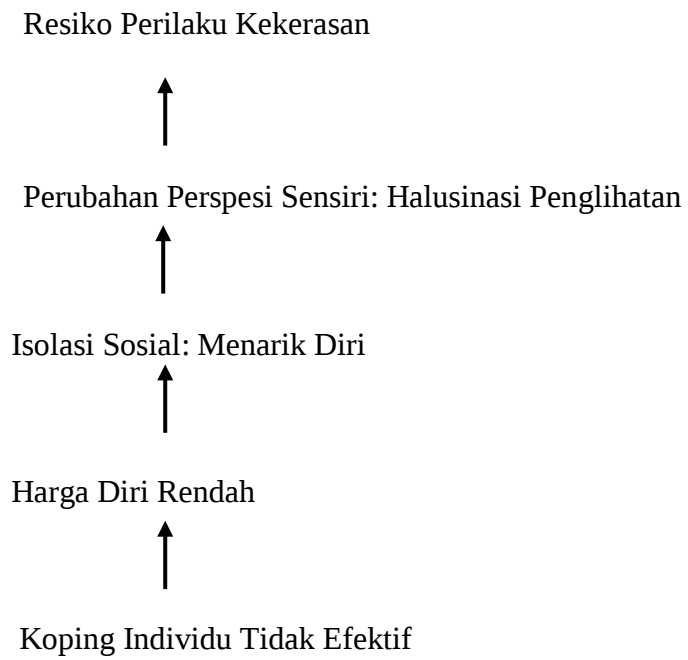
- Haloperidol 2 x 5 mg
- Resperidon 2 x 2 mg

Klien minum obat pagi pukul 07.00 WIB, dan sore pukul 18.00 WIB

3.12 DAFTAR MASALAH KEPERAWATAN.

1. Gangguan Perspsi Sensori: Halusinasi Penglihatan
2. Resiko harga diri rendah
3. Kofing keluarga tidak efektif
4. Isolasi sosial
5. Koping individu tidak efektif

3.13 POHON MASALAH



3.14 ANALISA DATA

No	Data	Masalah
1	DS: - Klien mengatakan melihat bayangan-bayangan yang sosoknya kurang jelas dan melihat semua objek menjadi kotak. - Klien mengatakan merasa takut bila bayangan-bayangan yang sosoknya tidak jelas dan semua objek yang dilihat menjadi kotak. DO: - Kontak mata ada saat berbicara dengan perawat. - Pembicaraan klien jelas tapi lambat. - Klien tampak kooperatif	Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi penglihatan
2	DS: - Klien mengatakan jarang berbicara sama pasien lain. DO: - Klien sering menyendiri	Isolasi Sosial
3	DS: Klien mengambil keputusan sendiri DO: Keluarga mengatakan klien suka mengambil keputusan sendiri	Koping keluarga tidak efektif
4	DS: Klien mengatakan malu kepada keluarga karena sering cekcok dan sering mengurung diri	Resiko harga diri rendah

	DO: • Klien lebih mengabdikan waktu di tempat tidur	
5	DS: • Klien mengatakan lebih senang menyendiri ketika ada masalah yang menimpanya DO: • Klien tampak menyendiri • Klien tampak murung	Koping Individu Tidak Efektif

3.15 Diagnosa Keperawatan

- Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi penglihatan
- Isolasi Sosial
- Resiko harga diri rendah
- Koping keluarga tidak efektif
- Koping individu tidak efektif

3.16 RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN KLIEN DENGAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI

PENGLIHATAN

Nama klien : Ny. M

Ruangan : Anggrek

No. RM : 040288

DX. Medis : F 20.0

Diagnosa	Tujuan	Kriteria Evaluasi	Intervensi
Gangguan persepsi sensori : Halusinasi penglihatan	TUM : klien dapat mengontrol halusinasi yang dialaminya. TUK : 1. Klien dapat membina hubungan saling percaya	1. Setelah... x pertemuan klien menunjukkan tanda-tanda percaya kepada perawat : • Ekspresi wajah bersahabat • Menunjukkan rasa senang • Ada kontak mata • Mau berjabat tangan • Mau menyebut nama • Mau menjawab salam	1. Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik • Sapa klien dengan ramah baik verbal maupun non verbal • Perkenalkan nama, sama nama panggilan perawat dan tujuan berinteraksi • Tanyakan nama lengkap dan nama panggilan yang disukai klien. • Buat kontak yang jelas • Tunjukkan sikap jujur dan menepati janji setiap kali berinteraksi • Tunjukkan sikap empati dan menerima apa adanya • Tunjukkan perasaan dan masalah yang diharapkan klien

		• Mau duduk berdampingan dengan perawat • Bersedia mengungkapkan masalah yang di hadapi	• Dengarkan dengan penuh perhatian ekspresi prasaan klien
		2. Setelah ...x interaksi klien menyebutkan: • Isi • Waktu • Frekuensi • Situasi dan kondisi yang menimbulkan halisinasi	2.1. Adakan kontak sering dan singkat secara bertahap 2.2. Observasi tingkah laku klien terkait dengan halusinasi penglihatan jika menemukan klien yang sedang halusinasi : • tanyakan apakah klien mengalami sesuatu (halusinasi penglihatan) • jika klien menjawab iya, tanyakan apa yang seddang di lihat • katakan bahwa perawat percaya bahwa klien mengalami hal tersebut, namun perawat tidak mengalaminya • katakan bahwa ada klien lain yang mengalami hal yang sama • katakan bahwa perawat akan

			membantu klien jika tidak sedang berhalusinasi klarifikasi tentang adanya adanya pengalaman halusinasi diskusikan dengan klien • isi waktu dan frekuensi terjadinya halusinasi (pagi, siang, malam atau sering dan kadang-kadang)
		3. Setelah ...x interaksi klien menyatakan perasaan dan respon saat mengalami halusinasi • Marah, takut, jengkel, cemas, senang	Diskusikan dengan klien apa yang dirumuskan dengan klien apa yang dirasakan jika terjadi halusinasi dan berikan kesempatan untuk mengungkapkan Diskusikan dengan klien apa yang dilakukan untuk mengendalikan perasaan tersebut Diskusikan tentang dampak yang akan dialami jika mengikuti halusinsai.

		Setelah...x interaksi klien menyebutkan tindakan yang biasa di lakukan untuk mengendalikan halusinasinya. Setelah...x interaksi klien benyebutkan cara baru mengontrol halusinasinya. Setelah...x interaksi dapat memilih dan memperagakan cara mengontrol halusinasi. Setelah...x interaksi klien melaksanakan cara yang sudah dipilih untuk mengendalikan halusinasi Setelah...x pertemuan, klien mengikuti travi aktivitas kelompok	3.1. Identifikasi berasama klien cara atau tindakan jika terjadi halusinasi (tidur, marah-marah, menyibukan diri, dll). 3.2. Diskusikan cara yang digunakan klien: • Jika cara yang digunakan adaktif beri pujian • Jika cara yang di gunakan maladaktif diskusikan cara tersebut 3.3. Diskusikan cara baru untuk memutuskan/mengontrol timbulnya halusinasi. • Katakan pada diri sendiri bahwa ini tidak nyata (saya tidak mau melihat) • Menemui orang lain untuk menceritakan masalah halusinasi • Membuat dan melaksanakan jadwal • Meminta perawat atau teman untuk menyapa jika sedang halusinasi 3.4. Bantu klien memilih cara yang di pilih dan di latih 3.5. Beri kesempatan untuk
--	--	---	--

			melakukan cara yang di pilih 3.6.Pantau pelaksanaan yang telah di pilih, jika berhasil beri pujian 3.7.Anjurkan klien untuk mengikuti terapi aktivitas kelompok:observasi realitis, stimulasi persepsi
--	--	--	---

Rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan Isolasi Sosial dalam bentuk SP

	Klien	Keluarga
No	SPIP	SPIK
1.	Membina ubungan saling percaya	Keluarga mampu mengenali masalah isolasi sosial
2.	Mendiskusikan keuntungan bila pasien banyak teman	Keluarga mampu mengambil keputusan untuk merawat pasien isolasi sosial
3.	Mendiskusikan kerugian bila pasien tidak mau bergaul dengan orang lain	Membantu mendukung pasien berinteraksi dengan lingkungan
4.	Menjelaskan pengaruh isolasi sosial terhadap kesehatan fisik	
	SP2P	SP2K
1	Menjelaskan cara berinteraksi dengan orang lain	Melatih keluarga merawat pasien isolasi sosial
2	Memberikan contoh dan kesempatan pada pasien untuk berinteraksi dengan orang lain	Membimbing keluarga dalam merawat pasien dengan isolasi sosial
3	Membantu pasien berinteraksi dengan orang lain	Melatih keluarga menciptakan lingkungan yang mendukung meningkatkan kemampuan sosialisasi
4	Menganjurkan pasien memasukkan kedalam jadwal kegiatan	
	SP3P	SP3K
1	Melatih pasien bercakap-cakap dengan anggota keluarga	Membantu keluarga dalam membuat jadwal aktivitas klien di rumah
2	Melatih pasien bercakap-cakap saat melakukan kegiatan sosial	Mendiskusikan tanda dan gejala pasien isolasi sosial
3	Mendengarkan ekspresi perasaan pasien setelah berinteraksi	Menganjurkan <i>follow up</i> ke fasilitas pelayanan kesehatan

Rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan Resiko Harga Diri

Rendah dalam bentuk SP

	Klien	Keluarga
No	SPIP	SPIK
1.	Mendiskusikan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien Membantu pasien menilai kemampuan yang masih dapat di lakukan Membantu pasien menentukan kemampuan yang akan di latih Melatih kemampuan yang sudah di lakukan dan masukan ke dalam kegiatan terjadwal	Mendiskusikan masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat pasien di rumah Menjelaskan tentang pengertian tanda dan gejala harga diri rendah Menjelaskan cara merawat pasien harga diri rendah Memberikan kesempatan kepada keluarga untuk mempraktekan cara merawat
	SP2P	SP2K
	Melatih pasien melakukan kegiatan yang sesuai dengan kemampuan pasien	Melatih keluarga mempraktekan cara merawat pasien dengan masalah harga diri rendah

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama pasien : Ny. M

Umur : 30 tahun

No.RM :040288

Ruangan : Anggrek

Sp/ Pertemuan : /1

A. Proses keperawatan

1. Kondisi

Pasien terlihat sering sendiri.

2. Diagnosa

Gangguan persepsi sensori: Halusinasi.

3. Tujuan

Membina hubungan saling percaya

4. Tindakan keperawatan

- Beri salam setiap berinteraksi
- Perkenalkan nama dan tujuan
- Tanyakan panggilan nama kesukaan pasien
- Tunjukkan sikap empati, jujur dan menepati janji setiap kali berinteraksi.
- Tanyakan perasaan dan masalah yang dihadapi klien
- Buat kontrak interaksi yang jelas
- Dengarkan dengan penuh perhatian ungkapan perasaan klien

B. Strategi Komunikasi

Orientasi

“ Selamat pagi bu, perkenalkan saya mahasiswa Universitas Bengkulu jurusan Keperawatan nama saya Rully, Ny. M bisa panggil saya perawat Rully”. “Nama ibu siapa, senang dipanggil apa?”.

“ Baiklah Ny. M, bagaimana perasaan Ny. M hari ini?” Bisa tidak saya mengobrol dengan Ny. M? Tujuannya agar kita lebih saling mengenal, bagaimana ibu dimana kita bisa mengobrol? Berapa lama Ny. M punya waktu untuk mengobrol dengan saya?”. Bagaimana kalau 10 menit Ny. M?”.

Fase kerja

“ Baiklah Ny. M sesuai dengan janji kita tadi sekarang kita akan mengobrol .” sudah berapa lama Ny. M di sini?”. “ Apa yang Ny. M rasakan saat ini?”.

“Apa ada yang ingin Ny. M ceritakan?”. “Ny. M tinggal dimana? Apakah Ny. M sudah menikah? Anak Ny. M ada berapa?”.

“Apakah Ny. M tahu mengapa bisa berada di sini? “. “Selama Ny. M di sini apakah keluarga pernah menjenguk Ny. M? “. “.

Terminasi

“ Nah sekarang kan kita sudah berkenalan, coba Ny. M sebutkan nama saya tadi?”. “Bagus sekali adik masih ingat nama saya”. Bagaimana kalau

besok kita ngobrol lagi, apakah Ny. M bersedia?”. Kalau Ny. M bersedia, dimana Ny. M mau kita mengobrol? Berapa lama Ny. M punya waktu?”.

“ Baiklah Ny. M besok kita akan mengobrol lagi lebih lanjut tentang masalah Ny. M dan bayangan yang muncul pada saat Ny. M sendirian, mau jam berapa Ny. M? jam 15.00 wib selama 10 menit”. “Baiklah Ny. M kalau begitu saya permisi dulu Ny. M silahkan istirahat sampai jumpa besok pagi ya Ny. M”.

Nama : Ny. M

Ruangan : Anggrek

No RM : 040288

Hari/Tanggal	Diagnosa	Implementasi	Evaluasi
Selasa, 11 juli 2017	Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi	Jam : 09.10 WIB 1. Membina hubungan saling percaya, menyapa klien dengan ramah dan baik verbal maupun non verbal. "Selamat pagi bu, perkenalkan nama saya Rully, Ny. M bisa panggil saya perawat Rully". "Nama ibu siapa, senang	Jam : 09.10 WIB S : • Selamat pagi pak Rully. • Nama saya Ny. M. • Perasaan saya kurang baik • Saya sudah menikah • Mempunyai 2 orang anak.

		dipanggil apa?”. 2. Jelaskan tujuan pertemuan. 3. Tunjukkan siakap jujur dan menepati janji. 4. Mempertahankan konyak mata. Memberikan kesempatan kepda klien untuk mengungkapkan perasaannya hari ini? “ Baiklah Ny. M, bagaimana perasaan Ny. M hari ini?” Bisa tidak saya mengobrol dengan Ny. M? Tujuannya agar kita lebih saling mengenal, bagaimana ibu, dimana kita bisa mengobrol? Berapa lama Ny. M punya waktu	• Saya sekarang sedang sajit jiwa. • Tidak ada keluarga yang menjenguk saya. • Ya, boleh 10 menit • Disini saja • Terserah bapak • Iya, sampai jumpa besok pagi O : • Klien tanpa senang • Klien tampak kooperatif • Kontak mata ada dalam saat wawancara • Klien hanya berbicara seperlunya
--	--	---	---

		untuk mengobrol dengan saya?”. Bagaimana kalau 10 menit Ny. M?”. 5. Menunjukkan sikap empati kepada klien dan bersikap menerima klien 6. Fase Kerja Apakah Ny. M sudah menikah? Anak Ny. M ada berapa?”. “Apakah Ny. M tahu mengapa bisa berada di sini? “. “Selama Ny. M di sini apakah keluarga pernah menjenguk Ny. M? “. 7. Membuat kontrak yang akan dating Bagaimana kalau besok	saja saat ditanya A : Klien mampu membina hubungan saling percaya. P : Intervensi dilanjutkan. Tetap di sp 2
--	--	--	---

		kita ngobrol lagi, apakah Ny. M bersedia?”. Kalau Ny. M bersedia, dimana Ny. M mau kita mengobrol? Berapa lama Ny. M punya waktu?”.	
--	--	--	--

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama pasien : Ny. M

Umur : 30 tahun

No.RM :040288

Ruangan : Anggrek

Sp/ Pertemuan : 2/3

Proses keperawatan

1. Kondisi

Pasien terlihat sering berbicara sendiri.

2. Diagnosa

Gangguan persepsi sensori: Halusinasi.

3. Tujuan

Mengatasi Halusinasi dan cara menghardik Halusinasi.

4. Tindakan keperawatan

- a. Mengenali halusinasi yang dialaminya: isi, frekuensi, waktu terjadinya, situasi pencetus, perasaan, respon.
- b. Latihan cara Menghardik halusinasi
- c. Masukkandalamjadwalharianpasien.

Strategi Komunikasi

Orientasi:

”Selamat pagi Ny. M. Masih ingat dengan saya?”

”Bagaimana perasaan Ny. M hari ini? Apa keluhan Ny. M saat ini?”

”Baiklah, sesuai dengan janji saya kemaren, bagaimana kalau kita bercakap-cakap. tentang bayangan-bayangan tetapi tak tampak wujudnya? Di mana kita duduk? Di sini ya Ny. M? Berapa lama? Bagaimana kalau 10 menit?”

Kerja:

”Apakah Ny. M melihat bayangan tanpa ada wujudnya? Apa yang dikatakan bayangan itu?”

” Apakah terus-menerus melihat atau sewaktu-waktu? Kapan yang paling sering Ny. M melihat? Berapa kali sehari Ny. M alami? Pada keadaan apa Ny. M melihatnya? Apakah pada waktu sendiri?”

” Apa yang Ny. M rasakan pada saat melihat bayangan itu?”

”Apa yang Ny. M lakukan saat melihat bayangan itu? Apakah dengan cara itu bayangan itu hilang? Bagaimana kalau kita belajar cara-cara untuk mencegah bayangan itu muncul?”

”Ny. M, ada empat cara untuk mencegah bayangan itu muncul. Pertama, dengan menghardik. Kedua, dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain. Ketiga, melakukan kegiatan yang sudah terjadwal, dan yang ke empat minum obat dengan teratur.”

”Bagaimana kalau kita belajar satu cara dulu, yaitu dengan menghardik”.

”Caranya sebagai berikut: saat bayangan itu muncul, langsung Ny. M bilang, pergi saya tidak mau melihat kamu, ... Saya tidak mau melihat. Kamu bayangan palsu. Begitu diulang-ulang sampai bayangan itu tak muncul lagi. Coba Ny. M peragakan! Nah begitu, ... bagus! Coba lagi! Ya bagus Ny. M sudah bisa”

Terminasi:

”Bagaimana perasaan Ny. M setelah peragaan latihan tadi?” Kalau bayangan itu muncul lagi, silakan coba cara tersebut ! bagaimana kalau kita buat jadwal latihannya. Mau jam berapa saja latihannya?. Bagaimana kalau kita bertemu lagi untuk belajar dan latihan mengendalikan bayangan dengan cara yang kedua? Jam berapa Ny. M ?Bagaimana kalau besok lagi? Berapa lama kita akan berlatih?Dimana tempatnya”

”Baiklah, sampai jumpa besok.”

Nama : Ny. M

Ruangan : Anggrek

No RM : 040288

Hari/Tanggal	Diagnosa	Implementasi	Evaluasi
	Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi	Jam : 10.00 WIB Membina hubungan saling percaya, menyapa klien dengan ramah dan baik verbal maupun non verbal. Menyapa klien dengan ramah “ selamat siang (sambil berjabat tangan dan tersenyum)” masih ingat dengan saya Ny.	Jam : 10.00 WIB S : • Siang pak • Nama bapak, pak rully • Iya, saya mau bercakap-cakap dengan pak rully. Tentang bayangan yang saya lihat. • Saya melihat bayangan-bayangan yang

		M..?. 1. Jelaskan tujuan pertemuan. "Baiklah, sesuai dengan janji saya kemaren, bagaimana kalau kita bercakap-cakap. tentang bayangan-bayangan tetapi tak tampak wujudnya? 2. Menunjukkan sikap jujur dan menepati janji 3. Mempertahankan konyak mata 4. Memberikan kesempatan kepada klien untuk mengungkapkan perasaannya hari ini.	sosoknya kurang jelas, dan saya melihat semua objek menjadi kotak. • pergi saya tidak mau melihat kamu, ... Saya tidak mau melihat. Kamu bayangan palsu. • Perasaan saya cukup tenang • Ya, boleh 10 menit • Disini saja • Terserah bapak • Iya, sampai jumpa besok pagi O : • Klien tampak tenang • Klien tampak kooperatif
--	--	--	--

		5. Fase kerja “saat bayangan itu muncul, langsung Ny. M bilang, pergi saya tidak mau melihat kamu, ... Saya tidak mau melihat. Kamu bayangan palsu. Begitu diulang-ulang sampai bayangan itu tak muncul lagi”. 6. Membuat kontrak yang akan datang ”Bagaimana perasaan Ny. M setelah peragaan latihan tadi? Bagaimana kalau kita bertemu lagi untuk belajar dan latihan mengendalikan bayangan dengan cara yang kedua? Jam berapa Ny. M ?Bagaimana kalau	A :Klien mampu melakukan cara menghardik halusinasi. P: Intervensi dilanjutkan ke Sp.3
--	--	---	--

		kalau besok lagi? Berapa lama kita akan berlatih?Dimana tempatnya".Baiklah, sampai jumpa besok."	
--	--	--	--

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama pasien : Ny. M

Umur : 30 tahun

No.RM :040288

Ruangan : Anggrek

Sp/ Pertemuan : 2/5

Proses keperawatan

1. Kondisi

Pasien terlihat sering berbicara sendiri.

2. Diagnosa

Gangguan persepsi sensori: Halusinasi.

3. Tujuan

Mengenal Halusinasi dan cara menghardik Halusinasi.

4. Tindakan keperawatan

d. Mengenal halusinasi yang dialaminya: isi, frekuensi, waktu terjadinya, situasi pencetus, perasaan, respon.

e. Latihan cara Menghardik halusinasi

f. Masukkandalamjadwalharianpasien.

Strategi Komunikasi

Orientasi:

“Selamat pagi Ny.M, Masih ingat dengan saya? Bagaimana perasaan Ny. M hari ini? Apakah bayangan-bayangan itu? Apakah sudah dipakai cara yang telah kita latih?Berkurangkan bayangannya Bagus ! Sesuai janji kita tadi saya akan latih cara kedua untuk mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain. Kita akan latihan selama 10 menit. Mau di mana? Di sini saja?

Kerja:

“Cara kedua untuk mencegah atau mengontrol halusinasi yang lain adalah dengan bercakap-cakap dengan orang lain. Jadi kalau Ny. M mulai melihat bayangan-bayangan, langsung saja cari teman untuk diajak ngobrol. Minta teman untuk ngobrol dengan Ny. M Contohnya begini; ... tolong, saya mulai melihat bayangan-bayangan. Ayo ngobrol dengan saya! Atau kalau ada orang dirumah misalnya suami,anak Ny. M katakan: pak, ayo ngobrol dengan ibu sedang melihat bayangan-bayangan. Begitu Ny. M Coba Ny. M lakukan seperti saya tadi lakukan. Ya, begitu. Bagus! Coba sekali lagi! Bagus! Nah, latih terus ya Ny. M!”

Terminasi:

“Bagaimana perasaan Ny. M setelah latihan ini? Jadi sudah ada berapa cara yang Ny. M pelajari untuk mencegah bayangan-bayangan itu? Bagus,

cobalah kedua cara ini kalau Ny. M mengalami halusinasi lagi. Bagaimana kalau kita masukkan dalam jadwal kegiatan harian Ny. M. Mau jam berapa latihan bercakap-cakap? Nah, nanti lakukan secara teratur serta sewaktu-waktu suara itu muncul! Besok pagi saya akan ke mari lagi. Bagaimana kalau kita latih cara yang ketiga yaitu melakukan aktivitas terjadwal? Mau jam berapa? Mau di mana/Di sini lagi? Sampai besok ya. Selamat pagi”

Nama : Ny. M

Ruangan : Anggrek

No RM : 040288

Hari/Tanggal	Diagnosa	Implementasi	Evaluasi
	Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi	Jam : 10.00 WIB Membina hubungan saling percaya, menyapa klien dengan ramah dan baik verbal maupun non verbal. Menyapa klien dengan ramah “ selamat siang (sambil berjabat tangan dan tersenyum)” masih ingat dengan saya Ny.	Jam : 10.00 WIB S : • pagi pak • Nama bapak, pak rully • Iya, saya mau pak • tolong, saya mulai melihat bayangan- bayangan. Ayo ngobrol dengan saya!.

		M..?. 7. Jelaskan tujuan pertemuan. Cara kedua untuk mencegah atau mengontrol halusinasi yang lain adalah dengan bercakap-cakap dengan orang lain. 8. Menunjukkan sikap jujur dan menepati janji 9. Mempertahankan kontak mata 10. Memberikan kesempatan kepada klien untuk mengungkapkan perasaannya hari ini. 11. Fase kerja	• Perasaan saya cukup tenang • Ya, boleh 10 menit • Disini saja • Terserah bapak • Iya, sampai jumpa besok pagi O : • Klien tampak tenang • Klien tampak kooperatif • A :Klien mampu melakukan cara menghardik halusinasi.
--	--	--	--

		“saat bayangan itu muncul, kalau Ny. M mulai melihat bayangan-bayangan, langsung saja cari teman untuk diajak ngobrol. Minta teman untuk ngobrol dengan Ny. 12. Membuat kontrak yang akan datang. “Bagaimana perasaan Ny. M setelah latihan ini? Bagaimana kalau kita latih cara yang ketiga yaitu melakukan aktivitas terjadwal? Mau jam berapa? Mau di mana/Di sini lagi? Sampai besok ya. Selamat pagi”	P: Intervensi dilanjutkan ke Sp.2
--	--	---	--

BAB IV

PEMBAHASAN

Dalam bab ini penulis akan membahas kesenjangan antara konsep teori dengan tinjauan kasus pada klien dengan masalah utama Gangguan persepsi sensori : halusinasi penglihatan pada Ny.M yang dilakukan selama 3 hari perawatan dari tanggal 11 juli 2017 sampai 13 juli 2017 di rumah sakit khus jiwa Soeprapto Provinsi Bengkulu.

Pembahasan ini dibuat sesuai dengan tahap-tahap proses perawatan yaitu : Pengkajian, Diagnosa Keperawatan, Intervensi Keperawatan, Implementasi Keperawatan dan Evaluasi Keperawatan yang ada dalam tinjauan kasus dan akan dibandingkan dengan proses yang ada dalam tinjauan teoritis.

4.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan proses awal dan dasar utama dari proses keperawatan yaitu proses pengumpulan data untuk menemukan masalah keperawatan dan merumuskan diagnose keperawatan. Pada proses pengkajian ini penulis menggunakan metode wawancara, observasi, studi dokumentasi, dan kepustakaan. Selain itu juga penulis tidak banyak menemukan hambatan yang begitu bearti dalam mamperoleh data.

Hasil pengkajian pada Ny. M di temukan bahwa penyebab klien masuk RSKJ Soeprapto Bengkulu untuk yang kedua kalinya dengan keluhan berbicara sendiri, gelisa, mondar-mandir, tidak mau minum obat dan klien melihat bayangan-bayangan yang tidak jelas bentuknya.

Klien mengalami Gangguan persepsi sensori : Halusinasi Penglihatan karena sebelumnya memiliki masalah dalam keluarga dan setelah itu klien mengalami penolakan dari keluarga.

Pada saat pengkajian penulis menemukan beberapa kesenjangan antara tujuan teori dan tujuan kasus, antara lain :

1. Faktor perkembangan

Pada tinjauan teori menurut (Yosep, 2011) dikatakan bahwa jika tugas perkembangan mengalami hambatan dan hubungan interpersonal terganggu, maka individu akan mengalami stress dan kecemasan. Hal ini sesuai dengan yang di temukan pada tinjauan kasus dimana pada tinjauan kasus ditemukan bahwa penyebab klien mengalami gangguan jiwa karena mengalami hambatan dalam interpersonal dalam keluarga

2. Faktor sosiokultural

Pada tinjauan teori menurut (Yosep, 2011) berbagai faktor di masyarakat dapan menyebabkan seseorang merasa tersingkirkan, sehingga orang tersebut merasa kesepian di lingkungan yang membesarkanya. Hal ini bertentangan dengan tinjauan kasus dimana klien tidak mengalami hambatan di dalam masyarakat.

3. Faktor psikologis

Pada tinjauan teori menurut (Yosep, 2011) dikatakan bahwa tipe keperibadian lama dan tidak bertanggung jawab dapat terjerumus pada kemampuan dalam mengambil keputusan dan klien lebih menyenangi saat dirinya menuju alam hayalan.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah masalah klien yang ditemukan dari data-data yang tela dianalisis berdasarkan pengkajian yang telah dilakukan. Adapun diagnosa keperawatan klien pada kasus tetapi tidak di temukan pada tinjauan teori ini dikarenakan data yang didapatkan klien menunjukkan semua diagnose keperawatan yang muncul namun penulis menjalankan diagnose yang dianggap prioritaas oleh penulis. Adapun diagnose menurut Yosep, 2011 adalah:

1. Gangguan Perspesi Sensori: Halusinasi Penglihatan
2. Harga diri rendah
3. Isolasi sosial
4. Perilaku kekerasan
5. Koping Individu Tidak Efektif
6. Koping individu tidak efektif

Berdasarkan pengkajian pada Ny.M penulis menemukan diagnosa sebagai berikut. Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Penglihatan, hal ini di sebabkan pada pengkajian klien di temukan data : berbicara sendiri, gelisa, mondar-mandir, tidak mau minum obat dan klien melihat bayangan-bayangan yang tidak jelas bentuknya. Klien juga tidak mau mengobrol dengan sesama pasien , klien berbicara apabila perawat bertanya. Dan waktu perawat menyuruh klien untuk mandi, klien menolaknya “saya tidak mau mandi”.

Sedangkan tanda dan gejala klien dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Penglihatan antara lain : Melihat bayangan yang menyuruh melakukan sesuatu berbahaya, melihat seseorang yang sudah meninggal, melihat orang yang

mengancam diri klien atau orang lain, berbicara atau tertawa sendiri, marah-marah tanpa sebab, menutup mata, mulut komat-kamit, ada pergerakan tangan, tersenyum, gelisah, menyendiri, melamun (Yosep, 2011).

Sedangkan tanda dan gejala pada klien dengan harga diri rendah antara lain : Mengejek dan mengkritik diri, merasa bersalah dan khawatir, menghukum atau menolak diri, perasaan tidak mampu, pandangan hidup yang pesimis, kurang memperhatikan perawatan diri, berpakaian tidak rapi (Yosep, 2011).

4.3 Perencanaan Keperawatan

Dalam menyusun rencana tindakan keperawatan, penulis hanya membuat rencana perawatan untuk diagnosa pertama, karena mengingat

Dalam penyusunan rencana tindakan keperawatan Penulis berlandaskan tinjauan teori yang ada sehingga dapat mencapai tujuan yang ditetapkan. Pada tahap intervensi penulis tidak mengalami kesulitan karena semua rencana tindakan yang ada di teori dapat diterapkan pada pasien, dan sumberdaya pendukung yang diperlukan penulis untuk melakukan rencana tindakan tersedia sehingga mempermudah penulis untuk menerapkan rencana tindakan yang sudah dibuat. Adapun rencana keperawatan pada tinjauan teori tidak diangkat pada tinjauan kasus adalah intervensi dengan diagnosa : koping individu tidak efektif, koping keluarga tidak efektif.

4.4 Implementasi Keperawatan

Rencana keperawatan yang disusun penulis berdasarkan masalah yang diangkat serta masalah yang penulis temukan selama melakukan pengkajian, dalam perencanaan ini penulis tidak menemukan hambatan dan kesulitan yang berarti dikarenakan adanya

dukungan dan kerja sama yang baik dengan klien, perawat ruangan, dan tim kesehatan yang lainnya.

Rencana keperawatan disesuaikan dengan kemampuan penulis, situasi, kondisi rumah sakit dan literatur tentang perawat gangguan jiwa terutama Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Penglihatan.

Data disesuaikan dengan kebutuhan klien, tujuan, kriteria yang ingin dicapai dan menentukan masalah serta menyusun rencana keperawatan : Rencana tindakan pada Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Penglihatan adalah membina hubungan saling percaya (sapa klien dengan ramah baik verbal maupun non verbal, perkenalkan nama, nama panggilan, dan tujuan perawat berkenalan, tanyakan nama lengkap dan nama panggilan yang disukai klien, tunjukkan sikap jujur dan menepati janji setiap berinteraksi dengan klien, tunjukkan sikap empati dan menerima klien apa adanya, tanyakan perasaan klien dan masalah yang dihadapi klien), bantu klien untuk mengungkapkan perasaan dan pikiran klien, bantu klien untuk mengidentifikasi kebutuhan yang tidak terpenuhi serta kejadian yang menjadi faktor pencetus Halusinasi Penglihatan.

Rencana tindakan pada isolasi sosial adalah bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip terapeutik (sapa klien dengan ramah baik verbal maupun non verbal, perkenalkan nama, nama panggilan, dan tujuan perawat berkenalan, tanyakan nama lengkap dan nama panggilan yang disukai klien, tunjukkan sikap jujur dan menepati janji setiap berinteraksi dengan klien, tunjukkan sikap empati dan menerima klien apa adanya, tanyakan perasaan klien dan masalah yang dihadapi klien). Kaji pengetahuan klien tentang keuntungan dan kerugian berhubungan dengan orang lain. Klien mampu melakukan kegiatan serta aktivitas.

Pada rencana tindakan dengan Isolasi Sosial dan Defisit Perawatan Diri tidak penulis lakukan karena penulis hanya melakukan intervensi yang muncul pada Ny. M yaitu dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Penglihatan.

Dari krtiga diagnosa diatas bahwa semua SP keluarga tidak dapat penulis lakukan karena keterbatasan waktu dan tidak ada keluarga yang datang dalam mensupport klien dalam proses pengobatan maka dari itu penulis menitip pada perawat ruangan lainnya jika keluarga klien datang agar menyampaikan pada keluarga klien mengenai intevensi atau SP yang ditunjukan pada keluarga.

Seharusnya keluarga berperan aktif dalam proses penyembuhan klien selama dirawat karena dukungan keluarga sangatlah penting. Hal ini dikarenakan klien selama dirawat merasa tidak diperhatikan dan dipedulikan sehingga proses penyembuhan klien berjalan dengan lambat.

Adapun intervensi keperawatan yang berhasil penulis rumuskan pada tinjauan kasus adalah:

1. Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Penglihatan

Pada DX 1 yaitu Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Penglihatan intervensi yang diberikan pada klien membina hubungan saling percaya dengan perawat dan identifikasi kebutuhan yang tidak terpenuhi dan cara memenuhinya, identifikasi kemampuan yang dimiliki oleh klien, ajarkan cara minum obat yang benar. Pada SP keluarga yaitu memberdayakan sistem keluarga (keluarga mampu merawat klien dirumah, keluarga mampu merawat klien) tidak dapat dilakukan karena selama klien menjalani perawatan dan penulis melakukan penelitian tidak ada keluarga yang menunggu dan mengunjungi klien.

Dari diagnosa diatas bahwa semua SP keluarga tidak dapat penulis lakukan karena keterbatasan waktu dan tidak ada keluarga yang kunjung datang dalam mensupport klien dalam peroses penyembuhan maka dari itu penulis menitipkan pada perawat ruangan, jika keluarga klien datang agar menyampaikan SP keluarga.

4.5 Evaluasi

Pada tahap penelitian, penulis melakukan penilaian dengan cara mengamati langsung perubahan yang terjadi terhadap kondisi klien. Dari hasil evaluasi pada Ny. M menurut penulis untuk mencapai keberhasilan dan penilaian yang baik membutuhkan waktu yang cukup lama, sedangkan penulis hanya melakukan asuhan keperawatan selama 7 hari dan juga dibutuhkan peran serta keluarga dalam membantu perawatan klien.

Berdasarkan evaluasi yang penulis rumuskan berdasarkan teknik SOAP klien mampu membina hubungan saling percaya dengan perawat, klien sudah mampu mengontrol Halusinasi Penglihatanya. Tujuan dan kriteria hasil dari rencana asuhan keperawatan belum tercapai sepenuhnya sehingga intervensi harus dilanjutkan dan penulis menyerahkan kepada perawat ruangan .

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Dari hasil penerapan asuhan keperawatan Jiwa pada klien pada kasus Skizofrenia dengan masalah Gangguan Perspsi Sensori: Halusinasi Penglihatan selama 7 hari perawatan dari tanggal 11 juli -17 juli 2017 di Rumah Sakit Khusus Jiwa Soeprapto Provinsi Bengkulu dapat di ambil kesimpulan :

1. Pengkajian

Pada proses pengkajian penulis memperoleh data dengan menggunakan metode wawancara, observasi, study dokumentasi dan kepustakaan, selain itu juga penulis memperoleh data dari tim kesehatan lain. Data dari keluarga penulis tidak dapatkan karena keluarga tidak ada, dan penulis tidak melakukan kunjungan rumah karena keterbatasan waktu. Tetapi penulis mencoba untuk menanyakan kepada pihak PSBL Bengkulu.

2. Diagnosa keperawatan

Pada diagnosa keperawatan tidak semua diagnosa keperawatan yang terdapat pada kasus ditemukan pada teori, karena hal ini tergantung pada keadaan klien saat dikaji. Adapun diagnosa keperawatan sebagai berikut :

- Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Penglihatan
- Harga Diri Rendah
- Perilaku Kekerasan
- Isolasi Sosial

3. Intervensi

Dalam penyusunan perencanaan keperawatan disesuaikan dengan konsep dasar teori, diagnosa yang penulis temukan dalam tujuan dan serta kriteria hasil perencanaan disusun berdasarkan prioritas masalah klien.

4. Impelementasi

Dalam hal tindakan keperawatan dapat berjalan dengan baik, hal ini dikarenakan adanya kerjasama yang baik antara penulis, klien, dan tim kesehatan lainnya. Selain itu juga dengan adanya keterbatasan waktu sehingga penulis tidak dapat melakukan pengawasan selama 24 jam penuh dan penulis tidak dapat melaksanakan asuhan keperawatan yang berhubungan dengan keluarga.

5. Evaluasi

Pada tahap evaluasi terhadap Ny. M penulis menyimpulkan sebagian besar masalah teratasi sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil, hal ini dikarenakan penulis hanya melakukan tindakan keperawatan selama 7 hari perawatan dan juga diperlukan peran aktif keluarga dalam membantu perawatan klien selama dirawat di RSJ Soeprapto Bengkulu.

5.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan yang telah dikemukakan, maka penulis memberikan saran agar kiranya dapat berguna bagi kita semua dimasa yang akan datang terutama pada :

1. Rumah Sakit Jiwa Soeprapto Bengkulu

Diharapkan hasil dari penelitian ini dapat menjadi pertimbangan dalam meningkatkan pelayanan di RSJ dan dapat meningkatkan prasarana yang ada di RSJ Soeprapto Bengkulu, kemudian bagi perawat ruangan agar dapat memberikan asuhan keperawatan jiwa secara profesional serta meningkatkan asuhan keperawatan pada keluarga dengan melakukan home visit secara berkesinambungan.

2. Institusi Pendidikan Universitas Bengkulu

Diharapkan lebih meningkatkan pemahaman mengenai perawatan jiwa, agar kemudian kiranya praktik kerja klinik jiwa lebih ditingkatkan, agar kiranya dapat menambah referensi khususnya keperawatan jiwa, melakukan revisi buku yang terbaru karena ilmu keperawatan jiwa selalu berkembang, serta masih banyak hal-hal yang perlu kita ketahui dan alami mengenai kesehatan jiwa.

3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Diharapkan setelah menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dapat berguna sebagai referensi dan pedoman bagi peneliti, selanjutnya untuk membantu karya tulis ilmiah khususnya pada pasien Skizofrenia dengan masalah yang lebih aktual dan terpecaya.

DAFTAR PUSTAKA

- Arif. 2013. *Prevalensi Penderita Skizofrenia Di Indonesia*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Damianti,M..2012. *Asuhan Keperawatan Jiwa* Bandung: PT Refika Aditama
- Direja, A,H,S. 2011. *Buku Ajaran Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Gemari, 2015. *Kondisi Gangguan Jiwa Di Dunia*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Handoyo, 2013. *Pengaruh globalisasi terhadap kesehatan jiwa*. Jakarta: Selemba Medika
- Kemenkes RI. 2012. *Gangguan Jiwa Di Indonesia*. Jakarata: Kemenkes RI
- Maramis, G, 2012. *Panduan menghadapi orang dengan gangguan jiwa*. Jakarta Nuha Medika
- Yosep, I. 2011. *Keperawatan Jiwa* Bandung: PT Refika Adimata