

**ASUHAN KEPERAWAATAN JIWA PADA BAPAK I DENGAN MASALAH
UTAMA GANGGUAN PERSEPSI SENSORI HALUSINASI PENDENGARAN
DI RUANG ELANG RUMAH SAKIT JIWA DAERAH ATMA HUSADA
MAHAKAM SAMARINDA**

KARYA TULIS ILMIAH



DI AJUKAN OLEH

DIAH SAFITRI

1311308210741

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH
SAMARINDA**

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Tuntutan dalam masalah hidup yang semakin meningkat serta perkembangan teknologi yang pesat menjadi stressor pada kehidupan manusia. Jika individu tidak mampu melakukan koping dengan adaptif, maka individu beresiko mengalami gangguan jiwa. Gangguan jiwa merupakan gangguan pikiran, perasaan atau tingkah laku seseorang sehingga menimbulkan penderitaan dan terganggunya fungsi sehari-hari. Gangguan jiwa di sebabkan karena gangguan fungsi sel-sel syaraf di otak, dapat berupa kekurangan maupun kelebihan neurotransmitter atau substansi tertentu (Febrida, 2007).

Menurut Yosep, (2010) gangguan jiwa merupakan kumpulan dari keadaan-keadaan yang tidak normal, baik yang berhubungan dengan fisik maupun mental yang meliputi gangguan jiwa dan sakit jiwa. Seseorang yang mengalami gangguan jiwa masih mengetahui dan merasakan keesulitannya, serta kepribadiannya tidak jauh dari realitas dan masih hidup dalam alam kenyataan. Sedangkan orang yang terkena sakit jiwa tidak memahami kesulitannya, kepribadiannya dari segi tanggapan, perasaan dan dorongan motivasinya sangat

terganggu. Orang tersebut hidup jauh dari alam kenyataan. Salah satu bentuk gangguan jiwa yang terdapat di seluruh dunia adalah gangguan jiwa berat yaitu (*skizofrenia*).

Menurut WHO (2009) memperkirakan terdapat 450 juta jiwa di seluruh dunia yang mengalami gangguan jiwa di seluruh dunia yang mengalami gangguan mental, sebagian besar di alami oleh orang dewasa muda antara usia 18-21 tahun, hal ini dikarenakan pada usia tersebut tingkat emosional masih belum terkontrol. di Indonesia sendiri prevalensi penduduk yang mengalami gangguan jiwa cukup tinggi, data WHO (2006) mengungkapkan bahwa 26 juta penduduk Indonesia atau kira-kira 12-16% mengalami gangguan jiwa. Berdasarkan data Departemen Kesehatan, jumlah penderita gangguan jiwa di Indonesia mencapai 2,5 juta jiwa.

Dari hasil data yang di peroleh di bulan Mei di ruang Elang terdapat 53,2% klien yang mengalami halusinasi. Berdasarkan latar belakang tersebut penulis tertarik untuk membuat karya tulis ilmiah dengan judul "Asuhan keperawatan jiwa bapak I dengan masalah utama gangguan persepsi sensori Halusinasi pendengaran di ruang Elang Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda".

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang tersebut maka penulis tertarik untuk membuat karya tulis ilmiah dengan rumusan masalah dengan “Bagaimana Asuhan Keperawatan pada bapak I dengan gangguan persepsi sensori Halusinasi pendengaran di ruang Elang Rumah sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda?”

C. Tujuan penulisan

1. Tujuan umum

Memperoleh gambaran yang nyata pelaksanaan Asuhan Keperawatan pada bapak I dengan gangguan persepsi sensori Halusinasi pendengaran di ruang Elang Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda.

2. Tujuan khusus

Memperoleh pengalaman yang nyata dalam pelaksanaan Asuhan Keperawatan pada bapak I dengan gangguan persepsi sensori Halusinasi pendengaran di ruang Elang Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda, dan menganalisa kesenjangan-kesenjangan antara teori dan kasus khususnya dalam hal :

- a. Pengkajian
- b. Diagnosa keperawatan
- c. Perencanaan

d. Pelaksanaan

e. Evaluasi

D. Metode penulisan

Dalam penulisan laporan proposal karya tulis ilmiah ini penulis menggunakan metode deskriptif dan dalam mengumpulkan data, penulis menggunakan studi kasus dengan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

Cara yang di gunakan oleh penulis dalam mengumpulkan data guna penyusunan karya tulis ilmiah misalnya dengan wawancara, observasi, dan pengumpulan data dari status klien

E. Sistematika Penulisan

Dalam penulisan karya tulis ilmiah ini penulis terdiri dari lima bab, yaitu:

Bab I pendahuluan, berisi latar belakang masalah, rumusan masalah, tujuan penulisan, metode penulisan dan sistematika penulisan.

Bab II tujuan pustaka, berisi teori-teori yang mendukung isi karya tulis ilmiah sesuai dengan masalah yang meliputi pengertian, jenis dan tanda gejala, rentang respon, penyebab, proses terjadinya

serta pohon masalah, selanjutnya uraian secara teoritis tentang asuhan keperawatan meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, evaluasi keperawatan.

Bab III tinjauan kasus, berisi pelaksanaan asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana tindakan keperawatan jiwa, implementasi keperawatan jiwa, evaluasi keperawatan jiwa.

Bab IV pembahasan, berisi uraian tentang analisa terhadap hasil studi dengan mencantumkan teori yang relevan untuk memperkuat bahasan dan mencakup dan tujuan penulisan dan di fokuskan pada keterkaitan dan kesenjangan antara kasus dengan teori yang di pelajari terdiri dari pengkajian, diagnose keperawatan, rencana tindakan keperawatan jiwa, implementasi keperawatan jiwa, evaluasi keperawatan jiwa.

Bab V penutup, berisikan kesimpulan merupakan jawaban tujuan penulis dan sebagai inti dari pembahasan yang di tulis secara singkat dan jelas, dan saran adalah tanggapan dan butir ke simpulan yang berupa kesenjangan antara teori dengan kenyataan yang ada pada saat pelaksanaan karya tulis ilmiah.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Pengertian

Halusinasi adalah hilangnya kemampuan manusia dalam membedakan rangsangan internal (pikiran) dan rangsangan eksternal (dunia luar). Klien member persepsi atau pendapat tentang lingkungan tanpa ada objek atau rangsangan yang nyata. Sebagai contoh klien mengatakan mendengar suara padahal tidak ada orang yang bicara (Direja, 2011).

Halusinasi pendengaran adalah mendengar suara atau bunyi yang berkisar dari suara sedarhana sampai suara yang berbicara mengenai klien sehingga klien berespon terhadap suara atau bunyi tersebut (Stuart, 2007).

Menurut Yosep, (2007) Halusinasi adalah suatu persepsi yang salah tanpa di jumpai adanya rangsangan dari luar. Walaupun tampak sebagai sesuatu khayal, halusinasi sebenarnya merupakan bagian dari kehidupan mental penderita yang terobsesi. Halusinasi dapat terjadi karena dasar-dasar organic fungsional psikotik maupun histerik.

B. Jenis dan tanda gejala halusinasi

Ada beberapa jenis halusinasi menurut (Yosep, 2007) yaitu :

1. Halusinasi pendengaran (*auditif, akustik*)

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

Suara tersebut dapat di rasakan berasal dari jauh atau dekat, bahkan mungkin datang dari tiap bagian tubuhnya sendiri. Suara bias menyenangkan, menyuruh berbuat baik, tetapi dapat pula berupa ancaman, mengejek, memaki atau bahkan yang menakutkan dan kadang-kadang mendesak/memerintah untuk berbuat sesuatu seperti membunuh dan merusak.

2. Halusinasi penglihatan (*visual optik*)

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

3. Halusinasi penciuman (*ulfatorik*)

Halusinasi ini biasanya berupa mencium sesuatu bau tertentu dan di rasakan tidak enak, melambangkan rasa bersalah pada penderita. Bau di lambangkan sebagai pengalaman yang di anggap penderita sebagai suatu kombinasi moral.

4. Halusinasi pengecapan (*gustatorik*)

Walau jarang terjadi, biasanya bersamaan dengan halusinasi penciuman, penderita merasa mengecap sesuatu. Halusinasi gastorik lebih jarang dari halusinasi *gustatorik*.

5. Halusinasi raba (taktil)

Merasa di raba, di sentuh, di tiup atau seperti ada ulat, yang bergerak di bawah kulit. Terutama pada keadaan *delirium toksis* dan *skizofrenia*.

6. Halusinasi seksual, ini termasuk halusinasi raba

Penderita merasa di raba dan di perkosa, sering pada skizofrenia dengan waham kebesaran terutama mengenai organ-organ

7. Halusinasi kinestik

Penderita merasa badannya bergerak-gerak dalam suatu ruang atau anggota badannya yang bergerak-gerak, misalnya "*phantom phenomenon*" atau tungkai yang di amputasi selalu bergerak-gerak tertentu akibat pemakaian obat tertentu.

8. Halusinasi viseral

Timbulnya perasaan tertentu di dalam tubuhnya.

9. *Depersonalisasi*

Perasaan aneh pada dirinya bahwa pribadinya sudah tidak seperti biasanya lagi serta tidak sesuai dengan kenyataan yang ada. Sering pada *skizofrenia* dan sindrom *lobus parietalis*. Misalnya merasa dirinya terpecah menjadi dua.

10. *Derealisasi*

Suatu perasaan aneh tentang lingkungannya yang tidak sesuai dengan kenyataan, misalnya perasaan bahwa segala sesuatu yang di alaminya seperti dalam impian.

Table 2.1 jenis dan tanda gejala halusinasi

Jenis halusinasi	Data Objektif	Data Subyektif
Halusinasi pendengaran	<ol style="list-style-type: none">1. Bicara/tertawa sendiri tanpa lawan bicara2. Marah-marah tanpa sebab3. Mencondongkan telinga ke arah tertentu4. Mulut komat-kamit	Mendengar suara keganduhan/mengajak bercakap/menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya
Halusinasi penglihatan	<ol style="list-style-type: none">1. Menunjuk-nunjuk ke arah tertentu2. Ketakutan pada objek yang tidak jelas	Melihat bayangan, sinar bentuk kartun, melihat hantu atau monster
Halusinasi penghidu	<ol style="list-style-type: none">1. Menghidu seperti sedang mambau bau-bauan tertentu	Membau bau-bauan seperti bau darah, urin, feses, kadang-kadang bau itu menyenangkan

	2. Menutup hidung	
Halusinasi pengecap	1. Sering meludah 2. Menutup hidung	Merasakan rasa seperti bau darah, urin, atau feeses
Halusinasi perabaan	1. Menggaruk-garuk permukaan kulit	Menyatakan ada serangga di permukaan kulit merasa tersengat listrik

Sumber Stuart (2007)

C. Rentang respon neurobiologist



Respon adaptif

1. Hubungan logis
2. Persepsi akurat
3. Emosi konsisten
4. Perilaku sesuai
5. Hubungan sosial

Respon maladaptif

1. Distorsi pikiran
2. Ilusi
3. Menarik diri
4. Reaksi emosional berlebihan atau kurang
5. Perilaku tidak biasa

1. Gangguan pikiran/waham
2. Halusinasi
3. Sulit berespons
4. Perilaku tidak terorganisasi
5. Isolasi sosial

Gambar 2.1 Rentang Respons Neurobiologis

Sumber Kusumawati (2011)

D. Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi dari halusinasi menurut (Yosep, 2007) adalah :

1. Faktor perkembangan

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

2. Faktor sosial kultural

Seseorang yang tidak di terima di lingkungannya sejak bayi akan merasa di singkirkan , kesepian dan tidak percaya pada lingkungan

3. Faktor biokimia

Yaitu mempunyai pengaruh terhadap gangguan jiwa. Ada stress yang di alami seseorang maka tubuh akan di hasilkan suatu zat yang dapat bersifat halusinogenik neurokimia seperti *buffofenon dan dimetyframferase (DMP)*.

4. Faktor psikologis

Hal ini dapat berpengaruh pada ketidakmampuan klien dalam mengambil keputusan yang tepat untuk masa depannya. Memilih kesenangan sesaat dan lari dalam kenyataan menuju alam khayal.

5. Faktor genetik dan pola asuh

Penelitian menunjukkan bahwa anak sehat yang di asuh orang tua *skizofrenia* cenderung mengalami *skizofrenia*. hasil studi menunjukkan bahwa faktor keluarga menunjukkan hubungan yang sangat berpengaruh pada penyakit.

E. Faktor predisposisi

Secara umum klien dengan gangguan halusinasi timbul gangguan setelah adanya hubungan yang bermusuhan, tekanan, isolasi, perasaan tidak berguna, koping dapat mengidentifikasi kemungkinan kekambuhan (Keliat,2006). Menurut Stuart (2007) faktor presipitasi terjadinya gangguan halusinasi adalah :

1) Biologis

Gangguan dalam komunikasi dan putaran balik otak, yang mengatur proses informasi serta abnormalitas pada mekanisme pintu masuk dalam otak yang mengakibatkan ketidakmampuan untuk selektif menghadapi stimulus yang di terima oleh otak untuk interprestasikan.

2) Stress lingkungan

Ambang toleransi terhadap stress yang berinteraksi terhadap stressor lingkungan untuk menentukan terjadinya adanya perilaku.

3) Sumber koping

Sumber koping mempengaruhi respon individu dalam menanggapi stressor.

F. Proses terjadinya halusinasi

Menurut Direja (2010) halusinasi berkembang melalui empat fase, yaitu sebagai berikut :

1. Fase pertama

Di sebut juga dengan *fase comforting* yaitu fase yang menyenangkan. Pada tahap ini masuk dalam golongan nonpsikotik. Karakteristik : klien mengalami cemas, stress, perasaan perpisahan, rasa bersalah, kesepian yang memuncak dan tidak dapat di selesaikan. Klien mulai melamun dan memikirkan hal-hal yang menyenangkan, cara ini hanya menolong sementara. Perilaku klien : tersenyum atau tertawa yang tidak sesuai, menggerakkan bibir tanpa suara, pergerakan mata cepat, respon verbal yang lambat jika sedang asyik dengan halusinasinya dan suka menyendiri.

2. Fase kedua

Di sebut juga fase *condemning* atau ansietas berat yaitu halusinasi menjadi menjijikan, termasuk dalam psikotik ringan. Karakteristik : pengalaman sensori menjijikan dan menakutkan, kecemasan meningkat, melamun dan berfikir sendiri jadi dominan.

Mulai dirasakan adanya bisikan yang jelas. Klien tidak ingin orang lain tahu, dan ia tetap dapat mengontrolnya. Perilaku klien meningkat tanda-tanda sistem syaraf otonom seperti peningkatan denyut jantung dan tekanan darah. Klien asyik dengan halusinasinya yang tidak bias membedakan realitas.

3. Fase ketiga

Di sebut juga dengan fase *controlling* atau ansietas berat yaitu pengalaman sensori menjadi berkuasa. Termasuk dalam gangguan psikotik. Karakteristik : bisikan, suara isi halusinasi semakin menonjol, menguasai dan mengontrol klien. Klien menjadi terbiasa dan tidak berdaya terhadap halusinasinya. Perilaku klien : kemauan di kendalikan halusinasi, rentang perhatian hanya beberapa menit atau detik. Tanda-tanda fisik klien berupa klien berkeringat, tremor dan tidak mampu mematuhi perintah.

4. Fase keempat

Di sebut juga dengan fase *conquering* atau panic yaitu klien lebur dengan halusinasinya, termasuk dalam psikotik berat. Karakteristik : halusinasinya berubah menjadi mengancam, memerintah, dan memarahi klien. Klien menjadi takut, tidak berdaya, hilang, kontrol, dan tidak dapat berhubungan secara nyata dengan orang lain di lingkungan. Perilaku klien : perilaku

teror akibat panik, potensi bunuh diri, perilaku kekerasan, agitasi, menarik diri atau kakatonik, tidak mampu merespon terhadap perintah kompleks, dan tidak mampu merespons lebih dari satu orang.

G. Asuhan keperawatan

Asuhan keperawatan di berikan sesuai dengan kebutuhan dan masalah klien sehingga mutu pelayanan keperawatan menjadi optimal. Kebutuhan dan masalah klien dapat diidentifikasi, di prioritaskan untuk di penuhi, serta di selesaikan. Dengan menggunakan proses keperawatan, perawat dapat terhindar dari tindakan keperawatan yang bersifat rutin, intuisi, dan tidak unik bagi individu klien.

Proses keperawatan mempunyai ciri dinamis, siklik, saling bergantung, luwes dan terbuka. Setiap tahap dapat di perbarui jika keadaan klien berubah. Tahap demi tahap merupakan siklus dan saling bergantung. Keperawatan tidak mungkin dapat di rumuskan data pengkajian belum ada (Keliat, 2006).

Tahapan-tahapan dari proses keperawatan menurut (Direja, 20011) adalah :

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan. Tahap pengkajian terdiri atas pengumpulan

data dan perumusan masalah klien. Data yang di kumpulkan meliputi data biologis, psikologis, sosial, dan spiritual.

Data pada pengkajian kesehatan jiwa dapat di kelompokkan menjadi faktor predisposisi, faktor presipitasi, penilaian terhadap stressor, sumber coping, dan kemampuan coping yang di miliki klien.

Untuk dapat menjaring data yang di perlukan, umumnya di kembangkan formulir pengkajian dan petunjuk teknis pengkajian agar memudahkan dalam pengkajian.

Adapun isi pengkajian meliputi : identitas klien, keluhan utama/alasan masuk, faktor predisposisi, aspek fisik/biologis, aspek psikososial, status mental, kebutuhan persiapan pulang, mekanisme coping, masalah psikososial dan lingkungan, pengetahuan dan aspek medic (Direja, 2011).

Menurut Yosep (2007) data yang di peroleh dapat di kelompokkan menjadi dua macam, seperti berikut ini :

1. Data objektif yang di temukan secara nyata. Data ini di dapatkan melalui observasi atau pemeriksaan langsung oleh perawat
2. Data subjektif di peroleh melalui wawancara perawat kepada klien dan keluarga. Data yang di sampaikan secara lisan oleh klien dan keluarga. Data yang langsung di dapat oleh perawat

di sebut sebagai data primer, data yang di ambil dari hasil pengkajian atau catatan tim kesehatan lain disebut sebagian data sekunder.

Perawat dapat menyimpulkan kebutuhan atau masalah klien sebagai berikut :

a. Tidak ada masalah tetapi ada kebutuhan

- 1) Klien tidak memerlukan pemeliharaan kesehatan, tetapi hanya memerlukan pemeliharaan kesehatan dan memerlukan tindak lanjut (*follow up*) secara periodic karena tidak ada masalah, serta klien telah mempunyai pengetahuan untuk antisipasi masalah
- 2) Klien memerlukan peningkatan kesehatan berupa prevensi dan promosi sebagai program antisipasi terhadap masalah.

b. Ada masalah dengan kemungkinan

- 1) Resiko terjadinya masalah karena sudah ada faktor yang dapat menimbulkan masalah
- 2) Aktual terjadi masalah di sertai data pendukung

Umumnya sejumlah masalah klien saling berhubungan serta dapat di gambarkan sebagai pohon masalah. Agar penentuan pohon masalah dapat di pahami dengan jelas, penting untuk memperhatikan tiga komponen yang

terdapat pada pohon masalah yaitu : penyebab (*causa*), masalah utama (*core problem*), dan akibat (*effect*).

Masalah utama adalah masalah prioritas utama klien dari beberapa masalah yang di miliki klien. Penyebab adalah salah satu dari beberapa masalah klien yang merupakan penyebab masalah utama. Akibat salah satu dari beberapa masalah klien merupakan efek/akibat diet masalah utama (Direja, 2011).

2. Diagnosa keperawatan

Pengertian diagnosa keperawatan dit temukan oleh beberapa ahli sebagai berikut :

- a. Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis tentang respons terhadap masalah kesehatan.proses kehidupan (Corpenito, di kutip oleh Keliat, 2006)
- b. Diagnosa keperawatan merupakan suatu pernyataan masalah keperawatan klen mencakup baik respon sehat adaptif atau maladaptif serta stressor yang menunjang (kusumawati, 2011).

Rumusan diagnosis adalah problem/masalah (P) berhubungandengan penyebab (etiologi) , dan keduanya ini saling berhubungan sebab akibat secara ilmiah. Diagniosa ini juga permasalahan (P), penyebab (E), dan simtom/gejala sebagai data penunjang. Jika pada diagnosis tersebut di berikan tindakan

keperawatan, tetapi permasalahan (P) belum teratasi , maka perlu di rumuskan diagnosis baru sampai tindakan keperawatan tersebut dapat di berikan hingga masalah tuntas (Kusumawati, 2011).

Klien yang mengalami halusinasi dapat kehilangan kontrol dirinya sehingga bisa membahayakan diri sendiri, orang lain maupun lingkungan. Hal ini terjadi jika halusinasi sudah sampai pada fase keempat, di mana klien mengalami panik dan perilakunya di kendalikan oleh isi halusinasinya. Masalah yang menyebabkan halusinasi itu adalah isolasi sosial dan resiko perilaku kekerasan. (Keliat, 2006).

3. Rencana Tindakan Keperawatan

Rencana tindakan keperawatan terdiri atas tiga aspek yaitu tujuan umum, tujuan khusus, dan rencana tindakan keperawatan. Tujuan umum berfokus pada penyelesaian permasalahan (P) dari diagnosis keperawatan dan dapat di capai jika serangkaian tujuan khusus tercapai. Tujuan khusus berfokus pada penyelesaian penyebab (E) dari diagnosis keperawatan. Tujuan khusus merupakan rumusan kemampuan klien yang perlu di capai/di miliki. Kemampuan pada tujuan khusus terjadi atas tiga aspek yaitu kemampuan kognitif, psikomotor, dan efektif yang perlu di miliki klien untuk menyelesaikan masalah.

Rencana tindakan di susun berdasarkan standar asuhan keperawatan jiwa Indonesia, yaitu berupa tindakan konseling/psikoterapeutik, pendidikan kesehatan, perawatan mandiri (*self care*) atau aktivitas hidup sehari-hari, serta tindakan kolaborasi smatik dan psikofarmaka (Kusumawati, 2011).

Adapun rencana tindakan pada pasien dengan masalah utama gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran berdasarkan diagnosa di atas yaitu : (Keliat, 2009).

Diagnosa keperawatan 1 : Gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran

Tujuan : klien mampu :

- a. Mengenal halusinasi yang di alami
- b. Mengontrol halusinasinya
- c. Mengikuti program pengobatan secara optimal

Rencana tindakan

SP1P Gangguan persepsi sensori Halusinasi pendengaran:

- a. Bantu klien mengenali halusinasinya :
 - 1) Isi halusinasi klien
 - 2) Jenis halusinasi klien
 - 3) Waktu terjadinya halusinasi pada klien

- 4) Frekuensi terjadinya halusinasi pada klien
 - 5) Situasi atau penyebab yang menimbulkan halusinasi pada klien
 - 6) Perasaan atau respon klien saat terjadi halusinasi
- b. Sebutkan cara mengontrol halusinasi (menghardik, berbincang-bincang, melakukan aktivitas, dan minum obat).
 - c. Latih klien menghardik halusinasi dengan tahapan :
 - 1) Jelaskan cara menghardik halusinasi
 - 2) Peragakan cara menghardik
 - 3) Minta klien memperagakan ulang
 - 4) Pantau klien mempraktikkan dan beri penguatan
 - d. Anjurkan klien memasukkan cara menghardik dalam jadwal kegiatan harian

Kriteria Hasil :

- a. Klien mampu mengenali halusinasinya dengan menyebutkan isi, waktu, frekuensi, situasi pencetus halusinasi, perasaan dan respon saat halusinasinya timbul.
- b. Klien dapat memperagakan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik.

SP2P Gangguan persepsi sensori Halusinasi pendengaran :

- a. Evaluasi kegiatan klien yang lalu tentang kemampuan klien mengontrol halusinasi dengan cara menghardik (SP1)
- b. Latih klien bila halusinasi timbul, klien dapat berbicara/bercakap-cakap dengan orang lain
- c. Anjurkan klien memasukkan cara berbincang-bincang dengan orang lain dalam jadwal kegiatan harian

Kriteria Hasil :

- a. Klien dapat menyebutkan kegiatan yang sudah di lakukan yaitu cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik
- b. Klien dapat memperagakan cara bercakap –cakap dengan orang lain

SP3P Gangguan persepsi sensori Halusinasi pendengaran:

- a. Evaluasi kegiatan klien yang lalu tentang kemampuan klien mengontrol halusinasi dengan cara menghardik dan berbincang-bincang dengan orang lainn (SP1 dan SP2)
- b. Latih klien melakukan kegiatan harian agar halusinasinya tidak muncul, dengan tahapan :

- 1) Jelaskan pentingnya aktivitas yang teratur untuk mengatasi halusinasi
 - 2) Diskusikan aktivitas yang biasa dilakukan klien
 - 3) Susun jadwal kegiatan sehari-hari sesuai dengan aktivitas mulai dari bangun tidur hingga tidur malam
- c. Anjurkan klien agar melakukan jadwal kegiatan harian sesuai dengan jadwal.

Kriteria Hasil :

- a. Klien dapat menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan yaitu cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik dan berbincang-bincang dengan orang lain
- b. Klien dapat membuat jadwal dan melakukan aktivitas sesuai dengan jadwal kegiatan harian yang telah dibuat

SP4P Gangguan persepsi sensori Halusinasi pendengaran :

- a. Evaluasi kegiatan klien yang lalu yaitu cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, berbincang-bincang dengan orang lain dan melakukan aktivitas harian sesuai jadwal (SP1, SP2, SP3).
- b. Berikan pendidikan kesehatan tentang penggunaan obat secara teratur

- 1) Jelaskan pentingnya minum obat
- 2) Jelaskan akibat bila minum obat tidak sesuai program
- 3) Jelaskan akibat bila putus obat
- 4) Jelaskan cara mendapatkan obat/berobat
- 5) Jelaskan pengobatan dengan prinsip 5B
- 6) Latih klien minum obat
- 7) Anjurkan klien agar memasukkan jadwal minum obat dalam jadwal kegiatan harian klien

Kriteria Hasil :

- a. Klien dapat menyebutkan kegiatan yang sudah dapat dilakukan yaitu cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, berbincang-bincang dengan orang lain dan melakukan aktivitas harian sesuai jadwal
- b. Klien dapat membuat jadwal dan melakukan aktivitas sesuai dengan jadwal kegiatan harian yang telah di buat dan memperagakan cara minum obat yang benar

Diagnosa Keperawatan 2 : isolasi sosial

Tujuan : klien mampu berinteraksi dengan orang lain secara mandiri

Rencana tindakan :

SP1P Isolasi sosial :

- a. identifikasi isolasi sosial klien
 - 1) Siapa yang serumah dengan klien?
 - 2) Siapa yang dekat dengan klien? Apa penyebabnya?
 - 3) Siapa yang tidak dekat dengan klien? Apa penyebabnya?
- b. Tanyakan keuntungan berinteraksi dengan orang lain :
 - 1) Tanyakan tentang kebiasaan berinteraksi dengan orang lain
 - 2) Tanyakan pendapat klien tentang manfaat yang di rasakan atau tanyakan apa yang menyebabkan klien tidak ingin berinteraksi dengan orang lain
 - 3) Diskusikan keuntungan bila klien memiliki banyak teman dan bergaul akrab
- c. Diskusikan kerugian bila tidak berinteraksi dengan orang lain
- d. Latih klien berkenalan dengan satu orang :
 - 1) Jelaskan pada klien cara berkenalan dengan orang lain
 - 2) Berikan contoh cara berkenalan :
 - a) Sebutkan nama
 - b) Sebutkan tempat tinggal
 - c) Sebutkan hobi
 - d) Berikan kesempatan klien mempraktikkan cara berinteraksi di hadapan perawat

- e) Berikan pujian terhadap kemampuan klien
 - f) Dengarkan ekspresi perasaan klien setelah latihan berkenalan
- e. Anjurkan klien memasukkan kegiatan latihan berbincang-bincang dengan orang lain ke dalam kegiatan harian

Kriteria Hasil :

- a) Menyadari penyebab isolasi sosial
- b) Menyebutkan keuntungan berinteraksi dengan orang lain
- c) Menyebutkan kerugian bila tidak berinteraksi dengan orang lain
- d) Melakukan latihan cara berkenalan

SP2P Isolasi sosial

- a. Evaluasi SP1
- b. Latih berhubungan sosial secara bertahap (dengan klien lain satu orang) dan berikan pujian atas kemajuan interaksi yang dilakukan klien
- c. Anjurkan klien memasukkan kegiatan latihan berbincang-bincang dengan orang lain ke dalam kegiatan harian

Kriteria Hasil :

Klien dapat melakukan interaksi dengan orang lain secara bertahap

SP3P Isolasi sosial

- a. Evaluasi SP1 dan SP2
- b. Latih berhubungn sosial dengan orang lain (minimal dua orang) dan berikan pujian atas kemajuan interaksi yang di lakukan klien
- c. Anjurkan klien tetap mempertahankan cara berkenalan dengan orang lain di masukkan ke dalam kegiatan harian

Kriteria Hasil :

Klien dapat mempertahankan interaksi dengan orang lain

Diagnosa 3 : Resiko perilaku kekerasan

Tujuan : tidak terjadi perilaku kekerasan pada diri sendiri dan orang lain

Rencana tindakan:

SP1P Resiko perilaku kekerasan

- a) Mengidentifikasi resiko perilaku kekerasan klien
 - 1) Identifikasi penyebab perilaku kekerasan

- 2) Identifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan
- 3) Identifikasi perilaku kekerasan yang dilakukan
 - a) Klien dapat mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan
 - 1) Anjurkan klien mengungkapkan yang dialami dan dirasakan saat jengkel atau kesal
 - 2) Observasi tanda perilaku kekerasan
 - 3) Simpulkan bersama klien tanda-tanda jengkel atau kesal yang dialami klien
 - b) Diskusikan kerugian bila klien melakukan perilaku kekerasan pada diri sendiri dan orang lain
 - c) Latih klien mempraktekkan latihan cara relaksasi nafas dalam
 - 1) Jelaskan pada klien cara relaksasi nafas dalam
 - 2) Membantu klien mempraktekkan latihan relaksasi nafas dalam
 - d) Menganjurkan klien memasukkan latihan kedalam jadwal kegiatan harian

Kriteria Hasil :

Klien dapat menahan rasa marah dengan teknik relaksasi

SP2P Resiko perilaku kekerasan

- a) Mengidentifikasi perilaku kekerasan yang biasa dilakukan
 - 1) Evaluasi SP1

- 2) Bantu klien mempraktekkan latihan cara mengontrol secara fisik (memukul bantal)
- 3) Menganjurkan klien memasukkan latihan kedalam jadwal kegiatan harian

Kriteria Hasil :

Klien dapat bermain peran dengan perilaku kekerasan yang biasa di lakukan

SP3P Resiko prilaku kekerasan

- a) Klien dapat mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan
 - 1) Evaluasi SP1, SP2
 - 2) Bantu klien mempraktekkan cara mengontrol secara verbal (meminta dengan baik, menolak dengan baik, dan mengungkapkan denga baik
 - 3) Anjurkan klien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian

Kriteria Hasil :

Klien dapat mengetahui cara yang biasa dapat menyesuaikan masalah atau tidak

SP4P Resiko perilaku kekerasan

a) Klien dapat mengidentifikasi cara konstruktif dalam berespon terhadap kemarahan

- 1) Evaluasi SP1, SP2, dan SP3
- 2) Bantu klien mempraktekkan latihan cara mengontrol secara spiritual (sholat dan berdo'a)
- 3) Anjurkan klien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian

Kriteria Hasil : klien melakukan cara berespon terhadap kemarahan secara konstruktif

SP5P Resiko perilaku kekerasan

a) Klien dapat menggunakan obat dengan benar (sesuai dengan program pengobatan)

- 1) Evaluasi SP1, SP2, SP3, dan SP4
- 2) Bantu klien mempraktekkan latihan cara mengontrol minum obat secara teratur
- 3) Anjurkan klien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian

Kriteria Hasil : klien dapat minum obat sesuai program pengobatan

4. Implementasi

Implementasi tindakan keperawatan menurut Direja (2011), disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Pada situasi nyata, implementasi seringkali jauh berbeda dengan rencana, hal itu terjadi karena perawat belum terbiasa menggunakan rencana tertulis dalam melaksanakan tindakan keperawatan. Yang biasa dilakukan perawat adalah menggunakan rencana tertulis, yaitu apa yang dipikirkan, dirasakan itu yang dilaksanakan. Hal itu sangat membahayakan klien dan perawat jika tindakan berakibat fatal dan juga tidak memenuhi aspek legal.

Sebelum melaksanakan tindakan yang sudah direncanakan, perawat perlu memvalidasi dengan singkat, apakah rencana tindakan masih sesuai dan dibutuhkan oleh klien saat ini. Perawat juga menilai diri sendiri, apakah mempunyai kemampuan interpersonal, intelektual, dan teknis yang diperlukan untuk melaksanakan tindakan. Perawat juga menilai kembali apakah tindakan aman bagi klien, setelah tidak ada hambatan tindakan keperawatan, perawat membuat kontrak (*inform consent*) dengan klien yang isinya menjelaskan apa yang dilaksanakan dan peran serta yang diharapkan dari klien. Dokumentasikan semua tindakan yang telah dilaksanakan beserta respon klien.

5. Evaluasi

Menurut Direja (2010) evaluasi adalah proses berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada klien. Evaluasi dilakukan terus-menerus pada respon klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Evaluasi dibagi dua, yaitu evaluasi proses atau formatif yang dilakukan setiap selesai melaksanakan tindakan, evaluasi hasil atau sumatif yang dilakukan dengan membandingkan antara respon klien dan tujuan khusus serta umum yang telah ditentukan. Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP di antaranya sebagai berikut :

- S : Respon subjektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Dapat diukur dengan menanyakan “Bagaimana perasaan bapak setelah latihan napas dalam?”
- O : Respon objektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Saat diukur dengan mengobservasi perilaku klien pada saat tindakan dilakukan, atau menanyakan kembali apa yang telah diajarkan atau member umpan balik sesuai dengan observasi
- A : Analisis ulang atas data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap atau muncul masalah baru atau ada data yang kontraindikasi dengan

masalah yang ada. Dapat pula membandingkan hasil dengan tujuan.

P : Perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisis pada respon klien yang terdiri dari tindak lanjut klien, dan tindak lanjut oleh perawat

BAB III TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian	39
B. Diagnosa Keperawatan	48
C. Rencana Tindakan Keperawatan jiwa	49
D. Tindakan Keperawatan Jiwa	58

BAB IV PEMBAHASAN

A. Pengkajian	69
B. Diagnosa Keperawatan	72
C. Rencana Tindakan Keperawatan jiwa	72
D. Implementasi Keperawatan Jiwa.....	73
E. Evaluasi Keperawatan Jiwa	74

SILAHKAN KUNJUNGI PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS

MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Setelah dilakukan pengkajian pada bapak I pada 9 juni 2016 sampai 11 juni 2016 maka ditemukan masalah utama pada Bapak I dengan gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran.

Diagnosa keperawatan pada tinjauan pustaka semua sama dengan tinjauan kasus, adapun diagnosa keperawatan yang ditegakkan pada tinjauan kasus adalah gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran, isolasi sosial, dan resiko perilaku kekerasan.

Rencana tindakan keperawatan jiwa menurut tinjauan teori dan tinjauan kasus tidak ada perbedaan karena rencana keperawatan sudah baku, sehingga memudahkan dalam penyusunan rencana keperawatan, dimana rencana tindakan terdiri dari menetapkan prioritas masalah, tujuan, kriteria hasil, dan rencana tindakan.

Evaluasi keperawatan yang telah berhasil dilaksanakan yaitu gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran Sp1p dengan kriteria hasil klien dapat mengenal halusinasi, menghardik halusinasi dan memasukkan cara mengontrol halusinasi yang pertama ke dalam

jadwal kegiatan harian klien Sp2p dengan kriteria hasil klien dapat mengevaluasi jadwal kegiatan harian, mampu mempraktekkan dengan benar cara mengontrol halusinasi yang ke dua yaitu bercakap-cakap dengan orang lain dan memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian klien, Sp3p dengan kriteria hasil klien mampu melakukan aktivitas secara terjadwal dan Sp4p dengan kriteria hasil klien mampu minum obat secara teratur.

B. Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas, penulis mengajukan beberapa saran untuk menjadi bahan pertimbangan:

1. Keluarga

Hendaknya dalam usaha untuk mempercepat penyembuhan gangguan jiwa diharapkan keluarga memberikan dukungan terlibat aktif dalam proses penyembuhan klien, merawat klien dirumah dan mengajurkan klien mengikuti pengobatan dan terapi dengan baik.

2. Rumah Sakit

Dalam memberikan pelayanan keperawatan kepada klien hendaknya pendokumentasian tindakan keperawatan selalu dilakukan sebagai bukti dari kerja perawat dan sebagai alat pertanggung jawaban atas semua tindakan asuhan keperawatan yang telah diberikan kepada klien.

3. Pendidikan

Kepada pihak pendidikan hendaknya memperbanyak buku literature keperawatan jiwa dan memperbarui buku-buku keperawatan jiwa serta memberikan waktu yang lebih banyak agar penyusunan laporan Karya Tulis Ilmiah ini dapat memberikan hasil yang lebih sempurna.

DAFTAR PUSTAKA

Damaiyanti (2012) *buku ajar asuhan keperawatan jiwa*

Direja, Surya Hermanade. (2011). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*

Yogyakarta: Nuha Medika

Iyos, Yosep. (2007). *Keperawatan Jiwa*. Bandung. PT Refika Aditama.

Keliat, Budi A. Et all (2009), *Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa*. Jakarta: EGC

Kusumawati, Farida. (2011). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta: Salemba Medika

Stuart, Gail W.. (2006). *Buku Keperawatan Jiwa Edisi 5*. Jakarta: EGC

Videbeck, Sheila L. (2008). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC.