

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA IBU L DENGAN MASALAH
UTAMA GANGGUAN PERSEPSI SENSORI HALUSINASI
PENGLIHATAN DI RUANG PUNAI RUMAH SAKIT
JIWA DAERAH ATMA HUSADA MAHAKAM
PROVINSI KALIMANTAN TIMUR**

KARYA TULIS ILMIAH



WAHYU FAJAR .K

NIM : 1311308210807

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
STIKES MUHAMMADIYAH SAMARINDA**

2016

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan jiwa menurut WHO bukan hanya tidak ada gangguan jiwa melainkan mengandung berbagai karakteristik yang positif menggambarkan keselarasan dan keseimbangan kejiwaan yang mencerminkan kedewasaan kepribadiannya. Ketika syarat tersebut tidak terpenuhi maka seseorang tersebut mengalami gangguan jiwa. Gangguan jiwa adalah kondisi terganggunya fungsi mental, emosi, pikiran, kemauan, perilaku psikomotorik dan verbal yang menjelma dalam kelompok gejala klinis yang disertai oleh penderitaan dan mengakibatkan terganggunya fungsi humanistik individu (Yosep, 2009).

Penyebab umum gangguan jiwa dipengaruhi oleh faktor-faktor yang terus menerus saling mempengaruhi yang pertama faktor-faktor somatik (somatogenetik) atau organobiologis, yang kedua faktor-faktor psikologis (psikogenik) dan yang terakhir faktor-faktor sosio-budaya (sosiogenik) atau sosiokultural. Setiap orang memiliki kultur historis yang berbeda mulai dari cara dia dilahirkan, cara dia diasuh, lingkungan tempat tinggal dia dibesarkan, pendidikan yang diperoleh.

Tugas perawat menggali dan menganalisa faktor-faktor yang potensial menjadi stressor dan membantu mekanisme pertahanan dari

klien agar klien dapat beradaptasi terhadap stressor yang potensial menyebabkan gangguan jiwa (Yosep, 2009).

Keperawatan jiwa adalah proses interpersonal yang berupaya untuk meningkatkan dan mempertahankan perilaku yang mengontrol pada fungsi yang terintegrasi, pasien atau sistem klien dapat berupa individu, keluarga, kelompok, organisasi atau komunitas. Ruang lingkup masalah kesehatan jiwa yang dihadapi individu sangat kompleks meliputi: perubahan fungsi jiwa sehingga menimbulkan penderitaan pada individu distress atau hambatan dalam melaksanakan fungsi sosialnya. Individu yang mengalami hambatan dalam melaksanakan fungsi sosialnya, menyendiri cenderung berhalusinasi (Stuart, 2007).

Halusinasi adalah suatu persepsi yang salah tanpa dijumpai adanya rangsangan dari luar. Walaupun tampak sebagai sesuatu yang "khayal" halusinasi sebenarnya merupakan bagian dari kehidupan mental penderita. Halusinasi dapat terjadi karena dasar-dasar organik fungsional, psikotik maupun histeri. Oleh karena itu halusinasi perlu perawatan yang rutin agar tidak menciderai diri sendiri, orang lain dan lingkungan (Stuart, 2007).

Asuhan keperawatan sangat diperlukan karena pasien pada halusinasi cukup banyak. Hal ini hanya mungkin terjadi jika tidak dilakukan dengan asuhan keperawatan yang baik dan benar.

Dari hasil data yang di peroleh, jumlah pasien jiwa pada 6 bulan terakhir di tahun 2016 Di Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Pemprov Kaltim sebanyak 1.308 masalah keperawatan dengan kasus resiko perilaku kekerasan sebanyak 8%, Halusinasi 77%, Harga diri rendah 2%, Defisit perawatan diri 9%, Waham 4%, dan resiko bunuh diri tidak ada kasus. Jadi, jumlah masalah keperawatan halusinasi dari bulan November 2015 sampai April 2016 sebesar 75,5% dari total 6.156 masalah keperawatan halusinasi. Dilihat dari data diatas, prevalensi kejadian halusinasi di Rumah Sakit Jiwa Atma Husada Mahakan Samarinda terbilang tinggi, yaitu sebesar 75,5% masalah keperawatan dari total 6.156 masalah keperawatan halusinasi pada 6 bulan terakhir.

Bedasarkan hal tersebut penulis tertarik untuk membuat karya tulis ilmiah dengan masalah : Asuhan Keperawatan pada Ibu. L yang mengalami Halusinasi di Ruang Punai Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda.

Rumusan masalah

Adapun Permasalahan yang penulis rumuskan dalam karya tulis ilmiah “Bagaimana Asuhan Keperawatan Jiwa pada Ibu L. yang mengalami Halusinasi penglihatan di Ruang Punai Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda Provinsi Kalimantan Timur.

B. Tujuan penulisan

Tujuan penulisan terbagi menjadi dua yaitu tujuan umum dan tujuan khusus, yaitu sebagai berikut :

1. Tujuan Umum

Memperoleh gambaran umum pelaksanaan asuhan keperawatan pada klien ibu L. yang mengalami masalah Halusinasi penglihatan di Ruang Punai Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Samarinda Kalimantan Timur.

2. Tujuan khusus

Memperoleh pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien ibu L. yang mengalami halusinasi di ruang Punai Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Samarinda Kalimantan Timur, dalam hal :

- a. Melakukan Pengkajian
- b. Merumuskan diagnosa keperawatan

- c. Menetapkan perencanaan keperawatan
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan
- e. Melakukan evaluasi asuhan keperawatan

C. Metode penulisan

Penulisan menyusun karya tulis ilmiah ini dengan menggunakan metode deskriptif. Dimana studi kasus ini memberikan gambaran yang sedang terjadi (berlangsung) pada seorang klien dengan masalah utama gangguan persepsi halusinasi penglihatan.

Adapun teknik pengumpulan data yang digunakan adalah :

1. Wawancara

Melakukan wawancara langsung kepada klien, keluarga terdekat, perawat ruangan punai untuk mengetahui keadaan pasien.

2. Observasi

Melakukan pengamatan langsung pada klien baik secara fisik dan perilaku saat dirawat dirumah sakit.

3. Pemeriksaan fisik

Mengumpulkan data klien, status klien dan keluarga klien

4. Studi dokumentasi

Menggunakan buku-buku atau literatur lain yang menunjang dimana berhubungan dengan studi kasus yang dilakukan oleh penulis.

5. Studi kepustakaan

Penulis mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan konsep halusinasi serta hal-hal yang menyangkut halusinasi dan keperawatannya.

D. Sistematika Penulisan

Dalam penulisan karya tulis ilmiah ini disusun secara sistematika yang terdiri dari lima bab :

Bab Pertama pendahuluan : yang terdiri dari latar belakang, rumusan masalah, tujuan penulisan, metode penulisan dan sistematika penulisan.

Bab ke Dua tinjauan pustaka, yang terdiri dari pengertian, faktor predisposisi, faktor presipitasi, rentang respon, tanda dan gejala, dan asuhan keperawatan yang mencakup pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan evaluasi.

Bab ke Tiga Tinjauan Kasus pada pasien halusinasi penglihatan, yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi yang dilakukan terhadap klien.

Bab ke Empat pembahasan, tentang perbedaan dari teori yang ada dengan studi kasus yang dilakukan. Bab ke Lima penutup, yang berisi tentang kesimpulan dan saran-saran dari penulis.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Pengertian Halusinasi

Ada beberapa pengertian halusinasi yang digali oleh beberapa ahli diantaranya adalah sebagai berikut :

Halusinasi adalah suatu persepsi yang salah tanpa dijumpai adanya rangsanga dari luar. Walaupun tampak sebagai sesuatu yang khayal halusinasi sebenarnya merugikan bagian dari kehidupan mental penderita yang terobsesi. Halusinasi dapat terjadi karena dasar-dasar organik fungsional psikopatik maupun histerik.

(Yosep, 2007).

Halusinasi adalah persepsi yang salah atau palsu tetapi tidak ada rangsangan yang menimbulkannya (tidak ada objeknya). Misalnya merasa melihat orang yang akan memukul, padahal tidak ada seorangpun disekitarnya. Sekalipun tidak nyata, tetapi pada penderita gangguan jiwa halusinasi dirasakan sebagai suatu yang sungguh-sungguh. Halusinasi muncul sebagai suatu proses panjang yang berkaitan erat dengan kepribadian seseorang, karena itu halusinasi dipengaruhi dengan pengalaman-pengalaman psikologis seseorang. Misalnya rasa ketakutan dapat memunculkan halusinasi penglihatan tentang binatang-binatang yang menakutkan: halusinasi

bau banyak berkaitan dengan aspek moral, bau harum terkait dengan moralitas baik, sedang bau anyir/busuk terkait moralitas buruk (Baihaqi, 2007).

Halusinasi adalah salah satu gejala gangguan jiwa pada individu yang ditandai dengan perubahan sensori persepsi, merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan atau penghidu. Pasien merasakan stimulus yang sebenarnya tidak ada (Keliat, 2009).

B. Faktor predisposisi

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

1. Faktor perkembangan

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

2. Faktor sosiokultural

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

3. Faktor Biokimia

Dimana mempunyai pengaruh terhadap gangguan jiwa. Ada stress yang berlebihan yang dialami seseorang maka tubuh

akan menghasilkan suatu zat yang dapat bersifat halusinogenik neurokimia seperti *buffofenon* dan *dimetytramferase* (DMP).

4. Faktor Psikologis

Hal ini berpengaruh dalam pada ketidakmampuan klien dalam mengambil keputusan yang tepat yang demi masa depannya. Memilih kesenangan sesaat dan lari dari alam kenyataan menuju alam hayal.

5. Faktor genetik dan pola asuh

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

c. Faktor Presipitasi

Secara umum klien dengan gangguan halusinasi gangguan setelah adanya hubungan yang bermusuhan, tekanan, isolasi, perasaan tidak berguna, putus asa dan rasa tidak berdaya. Penilaian individu terhadap stressor dan masalah coping dapat mengindikasikan 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 secara selektif menanggapi stimulus yang diterima oleh otak untuk diinterpretasikan.

2. Stres lingkungan

Ambang toleransi terhadap stres yang berinteraksi terhadap stressor lingkungan untuk menentukan terjadinya gangguan perilaku.

3. Sumber Koping

Sumber koping mempengaruhi respon individu dalam menanggapi stressor.

4. Rentang respon halusinasi

Respon perilaku klien dapat diidentifikasi sepanjang rentang respon yang berhubungan dengan fungsi neurobiologik, perilaku yang dapat diamati dan mungkin menunjukkan adanya halusinasi. Respon yang terjadi dapat digambarkan seperti di bawah ini :

Rentang respon neurobiologi

a. Respon Adaptif

- Pikiran logis berupa pendapat
- Persepsi akurat
- Emosi konsisten dari pengalaman
- Perilaku sesuai dengan kegiatan
- Hubungan sosial dapat diketahui

b. Respon Transisi

- Pikiran terkadang menyimpang
- Ilusi merupakan persepsi yang salah
- Emosi berlebihan
- Perilaku yang ganjil
- Menarik diri dari lingkungan

c. Respon Maladaptif

- Kelainan pikiran
- Ketidakteraturan perilaku
- Isolasi sosial

5. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala halusinasi dapat dilihat melalui subjektif dan objektif dari klien yang mengalami halusinasi yaitu :

Tabel 2.1 Jenis Halusinasi menurut data subjektif dan data objektif

Jenis halusinasi	Data objektif	Data subyektif
Dengar/suara	<ul style="list-style-type: none"> - Bicara atau tertawa sendiri - Marah tanpa sebab -mencondongkan telinga 	<ul style="list-style-type: none"> -Mendengar suara-suara atau kegaduhan -Mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap -mendengar suara yang memerintah atau melakukan hal yang berbahaya
Penglihatan	<ul style="list-style-type: none"> -melihat kearah tertentu -ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas 	<ul style="list-style-type: none"> -Melihat bayangan, monster, hantu atau kartun
Penghidu	<ul style="list-style-type: none"> -Tampak seperti mencium bau -Menutup hidung 	<ul style="list-style-type: none"> -Mencium bau-bauan seperti bau darah ,urine, feses, terkadang bau yang menyenangkan
Pengecap	<ul style="list-style-type: none"> -Sering meludah -Muntah 	<ul style="list-style-type: none"> -merasakan rasa seperti urine, atau feses
Perabaan	<ul style="list-style-type: none"> -Menggaruk-garuk permukaan kulit 	<ul style="list-style-type: none"> -Mengatakan ada serangga di permukaan kulit -Merasakan seperti tersengat listrik

6. Asuhan keperawatan

Asuhan keperawatan diberikan pada klien untuk memecahkan masalah klien dengan menggunakan proses keperawatan, perawat memakai latar belakang pengetahuan pasien, mendiagnosa, merencanakan intervensi keperawatan (Keliat, 2006).

Kemampuan perawat yang diharapkan dalam melakukan pengkajian adalah mempunyai kesadaran/tilik diri, kemampuan observasi dengan akurat, kemampuan berkomunikasi terapeutik dan senantiasa mampu berespon secara efektif (Stuart, 2007).

Tahapan-tahapan dari proses keperawatan tersebut adalah :

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan, Tahap pengkajian terdiri atas pengumpulan data dan perumusan kebutuhan atau masalah klien. Data yang dikumpulkan meliputi data biologis, psikologis, sosial dan spiritual. Data pengkajian kesehatan jiwa dapat dikelompokkan menjadi faktor predisposisi , faktor presipitasi, penilaian terhadap stressor, sumber coping dan kemampuan coping yang dimiliki, cara ini yang dipakai pada uraian berikut. Cara pengkajian lain berfokus pada lima dimensi yaitu, fisik emosional, intelektual, sosial dan spiritual isi pengkajian. Isi pengkajian meliputi (Keliat, 2006).

a. Identitas klien

Meliputi nama, umur tempat tinggal, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat

b. Alasan masuk

Gejala yang sering menjadi alasan klien dibawa kerumah sakit jiwa adalah : halusinasi, waham, resiko kekerasan, isolasi sosial. Data dapat diperoleh dengan menanyakan pada keluarga dengan menanyakan : apa yang sering terjadi dirumah (klien sering berbicara sendiri, klien mendengar suara-suara, marah tanpa alasan, klien mengatakan sesuatu yang tidak nyata), Apa yang telah dilakukan keluarga minta pertolongan sebelum kerumah sakit.

c. Faktor predisposisi

Aspek biologis : perkembangan dan fungsi susunan syaraf pusat. Aspek psikologis : konflik dan kekerasan pada keluarga, pola asuh pada anak yang tidak adekuat. Sosial budaya : kemiskinan, konflik sosial budaya (peperangan, permusuhan, kerawanan, kehidupan yang terisolasi disertai stress yang menumpuk).

d. Fisik

Tanda vital : Tekanan darah klien 110/70 mmHg, Nadi 80x/menit kemudian Pernapasan klien 17x/menit serta Suhu 36 °C

keluhan fisik : Klien mengatakan badannya terasa sangat letih.

e. Psikososial

1. Konsep diri

Klien berperan sebagai ibu rumah tangga dan mengasuh ketujuh anaknya, klien tinggal bersama orang tuanya klien tidak berkerja klien kurang menyukai dirinya.

2. Hubungan sosial

Klien mengatakan orang terdekat klien adalah kedua orang tuanya beserta dengan anak-anaknya.Klien jarang berbicara dengan temannya, klien jarang bergaul dengan teman-temannya karena merasa malu dengan kondisi keluarganya.Apabila beraktivitas klien sering berbicara sendiri, berbicara ngelantur.

3. Spiritual

Klien mengatakan, beragama katholik dan percaya dengan tuhannya, selama berada di RS Jiwa klien jarang beribadah hanya berdoa saja.

1. Status mental

1. Penampilan : Rapi. Klien dapat memakai baju dengan baik.
2. pembicaraan :tidak terorganisir, tidak berhubungan, tidak logis, berbelit-belit.
3. aktivitas dan motorik : meningkat/menurun, tremor, tegang, lesu, gelisah kurang aktif.
4. Alam perasaan :sedih dan putus asa disertai dengan perilaku apatis, sering melamun sendiri dan berjalan-jalan.
5. Afek :tumpul, datar, tidak sesuai, labil.
6. interaksi selama wawancara :bermusuhan, tidak kooperatif, mudah tersinggung, kontak mata kurang,curiga, bercakap-cakap sendiri.
7. Persepsi :bicara, senyumdan tertawa sendiri, menarik diri dan menghindar dari orang lain, tidak dapat membedakan hal yang nyata dengan hal yang tidak nyata, mudah tersinggung, tegang.
8. proses pikir : pengulangan pembicaraan.
9. isi pikir : melihat hantu, keyakinan klien tidak konsisten dengan tingkat intelektual dan latar belakang budaya klien
10. tingkat kesadaran : disorientasi waktu,tempat dan orang, bingung

11. daya ingat : gangguan daya ingat jangka pendek atau panjang, berulang kali menanyakan waktu

12. tingkat konsentrasi dan berhitung : mudah beralih, tidak mampu berkonsentrasi, mampu berhitung sederhana

13. daya tilik diri : mengingkari penyakit yang diderita, tidak merasa bahwa apa yang dipikirkan dan diucapkan adalah salah

14. Kemampuan : gangguan ringan

2. Kebutuhan persiapan pulang

Penampilan/berhias, BAK/BAB, mandi, istirahat dan tidur, penggunaan obat, pemeliharaan kesehatan, aktivitas didalam dan diluar rumah.

3. Mekanisme coping

Bicara denga orang lain, menghindar dan menciderai orang lain

4. Masalah psikososial dan lingkungan

Dukungan kelompok, pendidikan, ekonomi, pekerjaan.

5. Kurang pengetahuan

Penyakit jiwa, faktor presipitasi, coping obat-obatan, penyakit fisik.

6. Aspek medis

Diagnosa medis dan terapi medis

7. Daftar masalah keperawatan

Masalah psikososial dan lingkungan : masalah berkenaan dengan ekonomi, pekerjaan, pendidikan dan perumahan atau pemukiman.

8. Masalah keperawatan

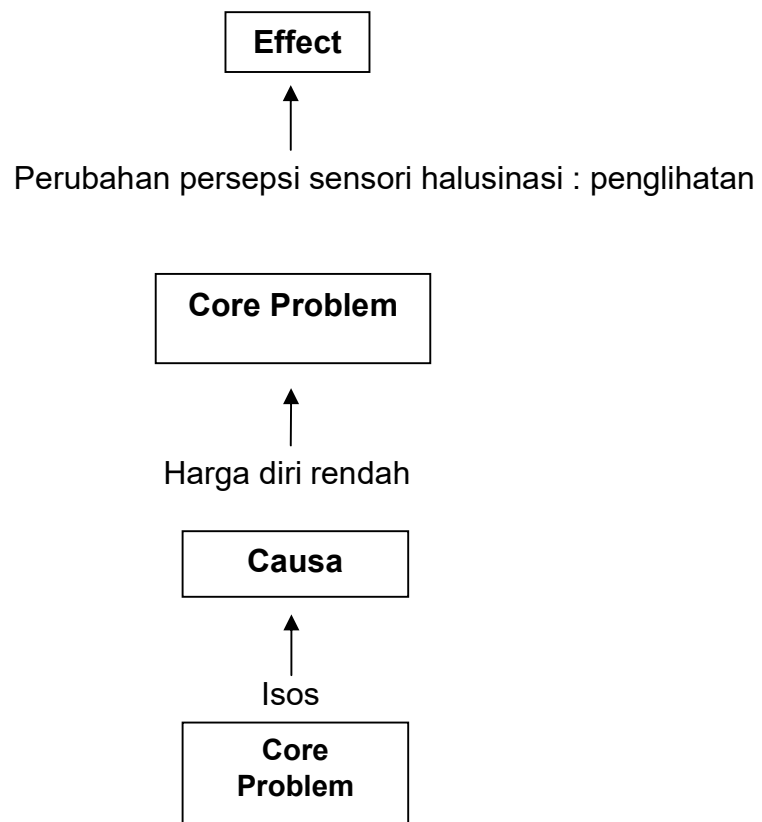
Menurut (Keliat, 2006). Masalah keperawatan yang sering pada klien halusinasi adalah :

Perubahan persepsi sensori : halusinasi penglihatan, resiko menciderai diri sendiri orang lain dan lingkungan, isolasi sosial : menarik diri, Gangguan konsep diri : harga diri rendah, intoleransi aktivitas dan defisit perawatan diri.

Klien yang mengalami halusinasi dapat kehilangan kontrol dirinya sehingga bisa membahayakan diri sendiri, orang lain maupun lingkungan. Hal ini terjadi karena jika halusinasi sudah sampai pada fase 4 dimana klien mengalami panik dan perilakunya dikendalikan oleh isi halusinasinya, Masalah yang menyebabkan halusinasinya itu adalah harga diri rendah dan isolasi sosial, akibat rendah diri dan kurangnya berhubungan sosial maka klien menjadi menarik diri dari lingkungan (Keliat, 2006).

Bedasarkan masalah-masalah tersebut, maka dapat disusun pohon masalah sebagai berikut :

Resiko menciderai diri sendiri, orang lain dan lingkungan



Gambar 2.2 Pohon masalah gangguan persepsi sensori halusinasi (Keliat,2006).

1. Diagnosa Keperawatan

Pengertian diagnosa keperawatan dikemukakan oleh beberapa ahli sebagai berikut :

- a. Diagnosa keperawatan ialah identifikasi atau penilaian terhadap pola respon klien baik aktual maupun potensial (Keliat, 2006).
- b. Diagnosa keperawatan adalah penilaian teknik mengenai respon individu, keluarga komunitas terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual maupun potensial (Keliat,2006).

Rumusan diagnosa menurut (Keliat, 2006).

- a. Problem (masalah) : nama atau label diagnosa.
- b. Etiologi (penyebab) : alasan yang dicurigai dari respon yang telah diidentifikasi dari pengkajian.
- c. Sign dan symptom (tanda dan gejala) : Manifestasi yang diidentifikasi dalam pengkajian yang menyokong diagnosa keperawatan.

Ada beberapa caradiagnosa keperawatan yang sering ditemukan pada klien dengan halusinasi menurut (Keliat,2009).yaitu :

- a. Gangguan Resiko perilaku kekerasan.
- b. persepsi sensori penglihatan
- c. Harga diri rendah
- d. Isolasi sosial

2. Perencanaan

Menurut Nursalam (2006) diagnosa keperawatan adalah desai spesifik dari intervensi yang spesifik dan intervensi yang disusun

untuk membantu klien dan mencapai criteria hasil. Perencanaan meliputi perkembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi, mengoreksi masalah yang telah diidentifikasi pada diagnosa keperawatan, tahap ini dimulai setelah menentukan diagnosa keperawatan dan menyimpulkan rencana dokumentasi.

SP1 P BHSP

Tujuan :

Pasien mampu membina hubungan saling percaya

Kriteria hasil :

Pasien dapat menerima perawat baik verbal maupun non verbal : menjawab salam, mau berjabat tangan dan duduk berdampingan dengan perawat.

Tindakan Keperawatan :

1. Salam terapeutik
2. Perkenalkan diri
3. Jelaskan tujuan dan interaksi
4. Ciptakan lingkungan yang tenang
5. Buat kontrak yang jelas
6. Yakinkan bahwa kerahasiaan pasien senantiasa terjaga
7. Tanyakan harapan pada pertemuan

SP2 P BHSP

Kriteria Hasil :

Klien dapat mengungkapkan perasaan dan keadaan saat ini.

Tindakan keperawatan :

1. Evaluasi kegiatan pasien yang lalu (sp1)
2. Dorong dan beri kesempatan pada pasien untuk mengungkapkan perasaannya.
3. Dengarkan ucapan pasien dengan empati

Lakukan pengkajian data

SP1 K BHSP

Tujuan :

Keluarga mampu membina hubungan saling percaya.

Kreteria Hasil :

Keluarga mau menerima kehadiran perawat dan mau mengungkapkan perasaan perasaan dalam merawat pasien.

Tindakan Keperawatan :

1. Salam Teraupetik
2. Perkenalkan diri
3. Jelaskan tujuan informasi
4. Ciptakan lingkungan yang tenang
5. Buat kontrak yang jelas
6. Tanyakan harapan keluarga terhadap pertemuan dengan perawat

Tepati waktu

SP2K BHSP

Kriteria Hasil :

Keluarga mampu mengungkapkan perasaan dan keadaan pasien saat klien.

1. Evaluasi yang telah lalu
2. Kaji keadaan pasien dirumah
3. Rencanakan tindakan resiko perilaku kekerasan

SP1 P RPK

Tujuan :

Pasien mampu mengidentifikasi penyebab dan tanda perilaku kekerasan, menyebutkan jenis perilaku kekerasan yang dilakukan, menyebutkan akibat perilaku kekerasan yang dilakukan, menyebutkan cara mengontrol perilaku kekerasan secara fisik, sosial/verbal, spiritual dan psikofarma.

Pasien dapat menyebutkan penyebab tanda dan gejala serta akibat serta mampu memperagakan mengontrol perilaku kekerasan.

Tindakan Keperawatan ;

1. Identifikasi penyebab perilaku kekerasan
2. Identifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan
3. Identifikasi akibat perilaku kekerasan

4. Identifikasi perilaku kekerasan yang dilakukan
5. Sebutkan cara mengontrol perilaku kekerasan (fisik 1 dan 2) secara verbal, secara spiritual dan minum obat.
6. Bantu pasien mempraktekkan latihan cara mengontrol secara fisik (tarik nafas dalam).
7. Anjurkan pasien memasukkan kedalam jadwal harian pasien.

SP2 P RPK

Kriteria hasil :

Pasien dapat menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan dan memperagakan cara fisik 2 untuk mengontrol perilaku kekerasan.

Tindakan keperawatan :

1. Evaluasi jadwal kegiatan harian pasien (SP1)
2. Pasien dapat mempraktekkan cara mengontrol secara fisik 2 memukul bantal
3. Anjurkan pasien memasukkan cara mengontrol perilaku kekerasan kedalam jadwal harian.

SP 3 P RPK

Kriteria Hasil :

Pasien dapat menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan dan mampu memperagakan cara sosial untuk perilaku kekerasan.

Tindakan Keperawatan :

1. Evaluasi jadwal kegiatan harian pasien (sp1 dan 2)
2. Bantu pasien mempraktekkan latihan cara mengontrol PK secara verbal
3. Anjurkan pasien memasukkan cara mengontrol perilaku kekerasan kedalam jadwal harian.

SP 4 P RPK

Kriteria hasil:

Pasien dapat menyebutkan kegiatan yang sudah ada dan dilakukan dan mampu memperagakan cara spiritual

Tindakan Keperawatan :

1. Evaluasi jadwal harian klien
2. Bantu klien mempraktekkan cara mengontrol PK secara spiritual
3. Anjurkan klien memasukkan kedalam jadwal harian.

SP 5 P RPK

Kriteria Hasil :

Pasien dapat menyebutkan kegiatan yang sudah ada dan dilakukan dan mampu memperagakan cara minum obat

Tindakan keperawatan :

1. Evaluasi jadwal kegiatan harian pasien (sp1 sp2 dan sp3)
2. Bantu pasien mempraktekkan latihan cara mengontrol PK dengan cara minum obat secara teratur

3. Anjurkan pasien memasukkan cara meminum obat kedalam jadwal harian pasien.

SP 1 K

Tujuan :

Keluarga mampu merawat pasien dengan perilaku kekerasan dirumah dan menjadi sistem pendukung yang efektif bagi pasien

Kriteria hasil :

Keluarga dapat menyebutkan penyebab, dan tanda gejala, akibat dan merawat pasien serta memperagakan mengontrol PK

Tindakan keperawatan :

1. Diskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien
2. Jelaskan tentang perilaku kekerasan pada keluarga
3. Jelaskan caea merawat pasien PK

SP 2K RPK

Kriteria hasil :

Keluarga dapat langsung memeragakan cara mengontrol PK

Tindakan keperawatan :

1. Evaluasi sp 1k
2. Latih keluarga langsung memeperagakan cara mengontrol pasien PK

SP 3 K RPK

Kriteria hasil :

Keluarga dapat membuat jadwal aktivitas pada pasien PK dan melakukan rujukan

Tindakan keperawatan:

Bantu keluarga membuat jadwal aktifitas termasuk minum obat

1. Jelaskan follow up pasien
7. Rencana tindakan keperawatan gangguan persepsi sensori halusinasi penglihatan

SP 1 P Halusinasi

Tujuan;

Pasien menganali halusinasi yang dialami, mengontrol halusinasi, dan mengikuti program pengobatan

Kriteria hasil;

Pasien mampu mengenali halusinasi dengan menyebutkan isi, waktu frekuensi, faktor pencetus, perasaan dan respon saat halusinasi timbul.

Tindakan keperawatan :

1. Bantu klien mengebali halusinasinya ;
 - a. Isi halusinasi klien
 - b. Jenis halusinasi klien
 - c. Waktu terjadinya halusinasi klien

- d. Frekuensi terjadinya halusinasi klien
 - e. Situasi atau penyebab yang menimbulkan halusinasi pada klien
 - f. Perasaan atau respon pasien saat terjadi halusinasi
2. Sebutkan cara mengontrol halusinasi
 3. Latih klien menghardik halusinasi dengan tahapan
 - a. Jelaskan cara menghardik halusinasi
 - b. Peragakan cara menghardik
 - c. Minta klien memperagakan ulang
- . Pantau klien mempratikkan dan beri penguatan
- e. Anjurkan klien memasukkan cara menghardik dalam jadwal kegiatan harian

SP 2P Halusinasi

Kriteria hasil :

Pasien dapat menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan yaitu cara bercakap-cakap dengan orang lain.

Tindakan evaluasi ;

1. Evaluasi kegiatan klien yang lalu tentang kemampuan klien mengontrol halusinasi dengan cara menghardik
2. Latih klien bila halusinasi timbul, klien dapat berbicara dengan orang lain

3. Anjurkan klien memasukkan cara berbicara dengan orang lain dalam jadwal kegiatan harian.

SP 3 Halusinasi

Kriteria hasil :

Pasien dapat menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan yaitu cara menghardik dan bercakap dengan pasien dapat membuat dan melakukan aktivitas sesuai dengan kegiatan harian yang telah dibuat.

Tindakan Keperawatan ;

1. Evaluasi kegiatan yang lalu tentang kemampuan klien
2. Latih klien melakukan kegiatan harian
3. Anjurkan klien agar melakukan jadwal kegiatan harian sesuai dengan jadwal

SP 4P Halusinasi

Kriteria Hasil :

Pasien dapat menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan yaitu cara menghardik dan cara berbincang serta melakukan aktivitas sesuai dengan jadwal harian yang telah dibuat :

Tindakan keperawatan :

1. Evaluasi kegiatan klien yang lalu yaitu cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik

2. Berikan pendidikan kesehatan tentang penggunaan obat secara teratur
3. Anjurkan klien agar memasukkan jadwal minum obat pada jadwal harian klien.

SP 1K Halusinasi

Tujuan :

Keluarga mampu merawat pasien halusinasi dirumah.

Kriteria hasil :

Keluarga dapat menyebutkan tentang halusinasi dan menjelaskan tentang halusinasi dan menjelaskan cara merawat pasien.

Tindakan keperawatan :

1. Identifikasi masalah yang dirasakan
2. Jelaskan tentang halusinasi pada keluarga
3. Cara merawat pasien halusinasi

SP 2K Halusinasi

Kriteria Hasil

Keluarga dapat memperagakan cara mengontrol halusinasi

Tindakan keperawatan :

1. Evaluasi kemampuan keluarga dalam merawat pasien
2. Latih keluarga merawat langsung pada pasien

SP 3K Halusinasi

Kriteria hasil

Keluarga dapat membuat jadwal harian pasien

Tindakan keperawatan :

1. Bantu keluarga membuat jadwal aktivitas termasuk minum obat
2. Jelaskan follow up pasien

SP 1P Harga Diri Rendah

Kriteria Hasil :

- a. Identifikasikan kemampuan dan aspek yang positif dimiliki klien
 1. Diskusikan bahwa klien masih memiliki sejumlah kemampuan dan aspek positif seperti kegiatan klien dirumah, adanya keluarga dan lingkungan terdekat klien
 2. Berikan penguatan positif terhadap kemampuan klien.
- b. Nilai kemampuan yang dapat dilakukan klien
 1. Diskusikan dengan klien kemampuan yang dimiliki
 2. Bantu klien menyebutkan dan beri penguatan terhadap kemampuan diri yang digunakan saat ini
 3. Perhatikan respon yang kondusif dan menjadi pendengar yang aktif.
- c. Pilih kemampuan klien yang dapat dilakukan

1. Diskusikan dengan klien berapa aktivitas yang dilakukan dan dipilih sebagai kegiatan yang akan klien lakukan sehari-hari
2. Bantu klien menetapkan aktivitas mana yang akan dilakukan
3. Aktivitas mana yang memerlukan bantuan minimal dari keluarga
4. Aktivitas apa saja yang perlu bantuan penuh dari keluarga
5. Berikan contoh cara melaksanakan aktivitas yang dapat dilakukan oleh klien

Kriteria hasil:

Klien dapat mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif mana yang dimiliki, menilai kemampuan yang dapat digunakan, memilih kegiatan yang sesuai kemampuan, merencanakan kegiatan yang sudah dilatih.

Sp 2 Harga Diri Rendah

- a. Evaluasi jadwal kegiatan harian pasien
- b. Pilih kemampuan klien yang kedua yang dapat digunakan
- c. Latih kemampuan yang dipilih
- d. Anjurkan klien memasukkan ke dalam jadwal harian

Kriteria Hasil

Pasien dapat memilih dan melatih kemampuan lain yang dimiliki

SP3 Harga Diri Rendah

- a. Evaluasi jadwal kegiatan harian pasien
- b. Pilih kemampuan klien yang ketiga yang dapat digunakan
- c. Latih kemampuan yang dipilih
- d. Anjurkan klien memasukkan kedalam jadwal harian

Kriteria Hasil :

Pasien dapat memilih dan melatih kemampuan yang dimiliki

Tujuan : Keluarga mampu merawat pasien dengan harga diri rendah dirumah dan menjadi sistem pendukung yang efektif bagi pasien

SP 3 Hrga Diri Rendah

- a. Diskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien
- b. Jelaskan pada keluarga
 - 1) Pengertian harga diri
 - 2) Tanda dan gejala harga diri rendah
 - 3) Proses terjadinya

Kriteria hasil :

Keluarga dapat

- a. Mengidentifikasi kemampuan yang dimiliki
- b. Menyediakan fasilitas untuk pasien
- c. Memperagakan cara merawat pasien harga diri

SP2K Harga Diri Rendah

- a. Evaluasi kemampuan SP 1
- b. Latih keluarga merawat langsung pada pasien harga diri rendah

Kriteria Hasil

Keluarga dapat melakukan perawatan langsung pada pasien harga diri rendah

SP 3K Harga Diri Rendah

- a. Bantu keluarga membuat jadwal aktivitas dirumah termasuk minum obat
- b. Anjurkan keluarga untuk merencanakan follow up

Kriteria Hasil :

Keluarga dapat membuat jadwal aktifitas dan merencanakan follow up

4. Tindakan Keperawatan

Sebelum melakukan 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 teknikan yang diperlukan untuk melaksanakan tindakan. Perawat juga menilai kembali apakah tindakan aman bagi klien. Setelah tidak ada hambatan maka tindakan keperawatan boleh dilaksanakan. Pada

saat akan melaksanakan tindakan keperawatan, perawat membuat kontrak dengan klien yang isinya menjelaskan apa yang akan dikerjakan dan peran serta yang diharapkan dari klien. Dokumentasikan semua tindakan yang telah dilaksanakan beserta respon klien.(Keliat, 2006).

5. Evaluasi Keperawatan

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 menjadi dua, yaitu evaluasi proses dan formatif yang dilakukan setiap selesai melakukan tindakan, evaluasi hasil atau sumatif yang dilakukan dengan membandingkan antara respon klien dan tujuan khusus serta umum yang telah ditentukan. (Keliat, 2006).

Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP, sebagai pola pikir.

S : Respon subjektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Dapat diukur dengan menanyakan: contoh bagaimana perasaan bapak setelah melakukan latihan nafas dalam.

O : Respon objektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Dapat diukur dengan mengobservasi perilaku klien saat

tindakan dilakukan, atau menanyakan kembali apa yang telah diajarkan, atau memberi umpan balik sesuai dengan hasil observasi.

A : Analisis ulang atas data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap atau muncul masalah baru atau ada data yang kontradiksi dengan

P : Perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisa pada respon klien yang terdiri dari tindak lanjut klien dan tindak lanjut perawat, Rencana tindak lanjut berupa

- a. Rencana diteruskan, jika masalah tidak berubah
- b. Rencana dimodifikasi jika masalah tetap, semua tindakan sudah dijalankan tetapi hasil belum memuaskan
- c. Rencana dibatalkan jika di temukan masalah baru dan bertolak belakang dengan masalah yang ada serta diagnosa lama diberikan. Hasil yang diharapkan pada asuhan keperawatan klien dengan halusinasi adalah sebagai berikut (Keliat,2009). :

1. Klien mampu memutuskan halusinasi dengan berbagai cara yang telah diajarkan
2. Klien mampu mengetahui tentang halusinasinya
3. Meminta bantuan atau partisipasi keluarga.
4. Mampu berhubungan dengan orang lain
5. Menggunakan obat dengan benar
6. Keluarga mampu mengidentifikasi gejala halusinasi

7. Keluarga mampu merawat klien dirumah dan mengetahui tentang cara mengatasi.

6. Dokumentasi Keperawatan

Dokumentasi keperawatan merupakan unsur penting dalam sistem pelayanan kesehatan, karena adanya dokumentasi yang baik, informasi mengenai keadaan kesehatan pasien dapat diketahui secara berkesinambungan. Disamping itu dokumentasi merupakan dokumen legal tentang pemberian asuhan keperawatan secara lebih spesifik, dokumentasi berfungsi sebagai sarana komunikasi antara profesi kesehatan, sumber data untuk penelitian, sebagai bahan bukti penanggung jawaban dan pertanggung gugatan asuhan keperawatan, dan sarana untuk pemantauan asuhan keperawatan, dokumentasi berdasarkan permasalahan terdiri dari format pengkajian, rencana keperawatan, catatan tindakan keperawatan dan catatan perkembangan pasien.

BAB III TINJAUAN KASUS

A. Pengertian.....	38
B. Diagnosa Keperawatan.....	48
C. Rencana Keperawatan.....	49
D. Implementasi dan Evaluasi.....	50

BAB IV PEMBAHASAN

A. Pengkajian.....	76
B. Diagnosis Keperawatan.....	78
C. Perencanaan.....	79
D. Penatalaksanaan.....	80
E. Evaluasi Keperawatan.....	81

SILAHKAN KUNJUNGI PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS

MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Bedasarkan pembahasan yang telah di bahas maka penulis mencoba menarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Dalam pengkajian terdapat beberapa faktor yang dapat mendukung keakuratan suatu data yaitu diantaranya faktor dari klien, faktor dari perawat, faktor dari lingkungan dan faktor pendukung lainnya yaitu keluarga
2. Didalam tinjauan pustaka diagnosa yang muncul pada klien dengan halusinansi penglihatan adalah resiko perilaku kekerasan, gangguan persepsi sensori : halusinasi penglihatan, dan harga diri rendah. Hal ini umumnya sama dengan tinjauan kasus akan tetapi pada tinjauan kasus dapat berkembang dan bertambah sesuai dengan responden klien pada saat itu
3. Dalam perencanaan terdapat sedikit ada perbedaan antara tinjauan kasus dengan tinjauan pustaka, namun tidak ada

hambatan, sehingga hal ini dapat memudahkan perawat dalam merencanakan suatu tindakan.

4. Pelaksanaan tindakan keperawatan dilakukan sesuai dengan rencana tindakan yang ada, intervensi yang dilakukan oleh penulis, yaitu diagnosa gangguan persepsi sensori : halusinasi, harga diri rendah dan resiko perilaku kekerasan.
5. Evaluasi diagnosa adapun gangguan persepsi sensori : halusinasi penglihatan, harga diri rendah, resiko perilaku kekerasan adalah faktor-faktor yang mendukung keberhasilan dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada Ibu L. Yaitu klien cukup kooperatif, kesediaan perawat ruangan dalam memberikan informasi tentang klien dan data-data dari status klien yang ada di ruangan cukup lengkap sehingga memudahkan penulis dalam mengumpulkan data sementara klien sudah diberikan tindakan keperawatan sebelumnya.

6. Semua tindakan keperawatan yang dilakukan oleh penulis di dokumentasikan sebagai aspek tanggung jawab dan tanggung gugat kedalan suatu bentuk format pendokumentasian.

B. Saran

1. Perawat hendaknya dapat melakukan proses keperawatan secara komprehensif.
2. Perawat dapat menjadi konselor serta fasilitator untuk klien dan keluarga klien dalam melakukan asuhan keperawatan
3. Keluarga hendaknya memberi dukungan dan terlibat aktif dalam proses penyembuhan klien, hal ini penting dilakukan karena keluarga merupakan sistem dimana klien berasal dan pengaruh sikap keluarga akan sangat menentukan kesehatan jiwa klien
4. Diharapkan karya tulis ilmiah ini dapat digunakan dan dimanfaatkan oleh institusi pendidikan sebagai bahan literatur dan bahan referensi.
5. Diharapkan karya tulis ilmiah tentang asuhan keperawatan pada klien dengan masalah gangguan persepsi sensori halusinasi

:penglihatan ini, dapat digunakan untuk peningkatan pelayanan kesehatan masyarakat dalam menentukan rencana yang sesuai dengan kebutuhan pada pelayanan kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

(<http://www.bbc.co.uk>, Riskesdas tahun 2013 diakses tanggal 13 Juni 2016

Azizah, L. M. (2011). Keperawatan Jiwa (Aplikasi Praktik Klinik).

Yogyakarta : Graha Ilmu.

Damaiyanti, M. (2012). Asuhan Keperawatan Jiwa. Bandung : PT Refika Aditama.

Keliat, dkk.(2006) Proses Keperawatan Kesehatan Jiwa. (edisi lima): Jakarta : EGC

Keliat B. A & Akemat, dkk.(2009) *proses keperawatan kesehatan jiwa*.Edisi 2.Jakarta : EGC

(2009). *Model praktek keperawatan pofesional jiwa*.Jakarta : EGC

<http://saliqyusuf.blog.friendster.com/2008/11/dokumentasi-keperawatan/> diakses pada tanggal 14 Juni 2016

Stuart, G W. (2006). Buku Keperawatan Jiwa Edisi 5. Jakarta EGC

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

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