

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA NY. S DENGAN MASALAH
KEPERAWATAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI
PENDENGARAN DI WISMA SUBADRA
RSJ PROF DR SOERODJO
MAGELANG**



Karya Tulis Ilmiah ini diajukan sebagai salah satu syarat guna
memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan

Oleh

Ika Fitri Nurjanah
NIM : 13.1665.P

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
STIKES MUHAMMADIYAH PEKAJANGAN
PEKALONGAN
2016**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Karya Tulis Ilmiah ini adalah hasil karya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan benar.

Pekalongan, Juli 2016
Yang Membuat Pernyataan

Ika Fitri Nurjanah
NIM 13.1665.P

HALAMAN PERSETUJUAN

KTI yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Ny.S dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran” yang disusun oleh Ika Fitri Nurjanah telah disetujui sebagai salah satu syarat yang diperlukan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi DIII Keperawatan STIKES Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan.

Pekalongan, Juli 2016

Pembimbing

Nurul Aktifah, S.Kep., Ns., M.Si.Med
NIK. 07.001.047

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah Berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Ny.S dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran” yang disusun oleh Ika Fitri Nurjanah telah berhasil dipertahankan dihadapan penguji dan diterima sebagai salah satu syarat yang diperlukan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi DIII Keperawatan STIKES Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan.

Pekalongan, Juli 2016

Dewan Penguji

Penguji I

Penguji II

(Mokhamad Arifin, S.Kp., M.Kep)
NIK. 92.001.011

(Nurul Aktifah, S.Kep., NS., M.Si.Med)
NIK.07.001.047

Mengetahui

Ka.Prodi DIII Keperawatan

STIKES Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan

(Herni Rejeki, S.Kep., M.Kep., Ns. Sp.Kep.Kom)
NIK. 96.001.016

KATA PENGANTAR

Puji syukur *alhamdulillahirobilalamin* penulis panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Ny.S Dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran”.

Tujuan dari penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, yaitu untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan program studi Diploma III Keperawatan di STIKES Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan. Penulis sangat menyadari dalam penyusunan karyatulis ilmiah ini masih banyak kekurangan, namun berkat bimbingan, bantuan dan do’a dari berbagai pihak akhirnya karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan dengan baik. Penulis ingin mengucapkan terimakasih kepada :

1. Mokhamad Arifin, S.Kp., M.Kep, selaku ketua STIKES Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan dan penguji Karya Tulis Ilmiah.
2. Herni Rejeki, S.Kep., M.Kep., Ns., Sp.Kep.Kom, selaku ketua prodi studi DIII Keperawatan.
3. Nurul Aktifah, S.Kep., NS., M.Si.Med, selaku pembimbing dan penguji Karya Tulis Ilmiah.
4. Direktur RSJ dr. Soeroyo Magelang beserta staf.
5. Karno Arisma dan Taljinah selaku kedua orang tua yang telah memberikan semangat, limpahan kasih sayang, materi dan do’a.
6. Dwi Izqi Intani dan Ayu Novianti selaku adik yang selalu memberikan dukungan dan semangat.
7. Semua pihak yang telah memberikan kontribusi dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kata sempurna. Oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun dari semua pihak sehingga hasil dari

penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi pembaca pada khususnya.

Pekalongan, Juli 2016

(Penulis)

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN ORISINALITAS	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI	vii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan	4
C. Manfaat	5
BAB II KONSEP DASAR.....	6
A. Pengertian	6
B. Etiologi.....	6
C. Manifestasi	8
D. Proses Terjadinya Halusinasi.....	9
E. Rentang Respon	11
F. Sumber Koping	12
G. Mekanisme Koping.....	12
H. Jenis-jenis Halusinasi	12
I. Pohon Masalah.....	13
J. Data Yang Perlu Dikaji	14
K. Diagnosa Keperawatan	14
L. Tindakan Keperawatan Pasien Halusinasi.....	14
M. Terapi Aktivitas Kelompok	19
BAB III RESUME KASUS	24
BAB IV PEMBAHASAN.....	29
BAB V PENUTUP	34

A. Kesimpulan	34
B. Saran	34

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR SKETSA

Sketsa 1.1 Rentang Respon Neurologist.....	12
Sketsa 1.2 Pohon Masalah.....	13

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Data Yang Perlu Dikaji	14
--	----

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Laporan Asuhan Keperawatan Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi pada Ny. S Di Wisma Subadra RSJ Prof. dr. Soeroyo Magelang.
- Lampiran 2 : Lembar Konsultasi Karya Tulis Ilmiah Prodi D III Keperawatan STIKES Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan.

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan jiwa di zaman modern saat ini bukan perkara yang mudah untuk diatasi. Semakin pesatnya ilmu pengetahuan dan teknologi serta persaingan sosial yang semakin berkembang dapat mengakibatkan semakin banyak masalah yang harus dihadapi dan diatasi secara fisik maupun psikologi, maka individu dituntut agar tetap kritis dan menyesuaikan diri terhadap perubahan, untuk itu diperlukan kesiapan psikis dan mekanisme coping positif agar dapat menyesuaikan diri di zaman modern saat ini. Individu yang menganggap perubahan ilmu pengetahuan dan teknologi serta persaingan sosial saat ini sebagai ancaman bagi dirinya dan tidak efektifnya mekanisme coping yang digunakan, maka dapat terjadi stress yang berkepanjangan dan selanjutnya dapat terjadi gangguan jiwa. Hal ini tampak pada meningkatnya penderita gangguan jiwa di masyarakat dan sarana kesehatan yang bergerak di bidang kesehatan jiwa seperti rumah sakit jiwa dan dinas sosial.

World Health Organization (WHO) mendefinisikan kesehatan adalah suatu keadaan sejahtera fisik (jasmani), mental (rohani) dan sosial yang lengkap dan bukan hanya bebas dari penyakit atau kecacatan. Sehat menurut UU. No 23 tahun 1992 tentang kesehatan, adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomi. Sedangkan pengertian kesehatan jiwa adalah perasaan sehat ataupun bahagia dalam diri kita yang mampu menghadapi tantangan hidup ini dalam keadaan apapun, serta dapat bersikap positif baik bagi diri sendiri maupun orang lain. Jadi, kesehatan jiwa bisa meliputi : bagaimana perasaan seseorang terhadap dirinya, terhadap orang lain dan juga ia bisa mengatasi stres yang terjadi dalam kehidupan sehari-hari. Perlu diketahui bahwa kesehatan jiwa bukan sekedar terbebas dari gangguan jiwa, tetapi merupakan sesuatu

yang dibutuhkan oleh semua orang termasuk diri kita sendiri (Hendra, 2007, h 4).

Kesehatan jiwa merupakan bagian integral dari kesehatan pada umumnya. Hal ini dibuktikan dengan hasil penelitian *Disability Adjusted Life Year (DALY)*, dimana masalah kesehatan jiwa berada pada urutan ketiga (10%) setelah penyakit infeksi dan parasit (22,9%) serta kecelakaan (11%) yang berkontribusi terhadap masalah kesehatan (*WHO*, 1999 dalam Keliat 2003 dalam Hendra, 2007, h 4).

Risikesdas (2013, h 125) menunjukkan angka rata-rata gangguan jiwa berat seperti skizofrenia sebesar 0,17% atau sekitar 400.000 orang. Dirjen Bina Upaya Kesehatan Kementerian Kesehatan Indonesia, Prof Akmal Taher, mengatakan “belum termasuk penderita gangguan jiwa ringan seperti cemas dan depresi yang mencapai 14 juta penduduk. Dan mereka yang ketahuan berobat ke fasilitas kesehatan”. Prevalensi gangguan jiwa berat pada penduduk Indonesia 1,7 per mil. Gangguan jiwa berat terbanyak di DI Yogyakarta, Aceh, Sulawesi Selatan, Bali, dan Jawa Tengah. Proporsi Rumah Tangga (RT) yang pernah memasung Asisten Rumah Tangga (ART) gangguan jiwa berat 14,3% dan terbanyak pada penduduk yang tinggal di pedesaan (18,2%), serta pada kelompok penduduk dengan kuintil indeks kepemilikan terbawah (19,5%). Prevalensi gangguan mental emosional pada penduduk Indonesia 6,0%. Provinsi dengan prevalensi gangguan mental emosional tertinggi Sulawesi Tengah, Sulawesi Selatan, DI Yogyakarta dan Nusa Tenggara Timur.

Melihat data yang diperoleh dari RSJ Prof. dr Soeroyo Magelang jumlah pasien dengan gangguan jiwa pada tahun 2010 berjumlah 3596 pasien, pada tahun 2011 berjumlah 3974, pada tahun 2012 berjumlah 4141, pada tahun 2013 berjumlah 4451, pada tahun 2014 berjumlah 9.250 pasien, dan jumlah penderita gangguan jiwa pada periode bulan Januari sampai November tahun 2015 adalah 10.591 pasien. Berdasarkan data tersebut dapat disimpulkan bahwa dari tahun 2010 sampai tahun 2015 jumlah penderita gangguan jiwa selalu mengalami peningkatan. Khususnya di Wisma Subadra, jumlah penderita gangguan jiwa pada periode bulan Januari sampai Oktober 2015

adalah 307 pasien diantaranya adalah dengan masalah keperawatan Halusinasi sebanyak 232 pasien, Resiko Perilaku Kekerasan 32 pasien, Perilaku Kekerasan 14 pasien, Harga Diri Rendah 8 pasien, Defisit Perawatan Diri 8 pasien, Waham 5 pasien, Isolasi Sosial 4 pasien, Resiko Bunuh Diri 3 pasien dan Gangguan Proses Pikir pikun 1 pasien. Dari data tersebut dapat disimpulkan bahwa di Wisma Subadra masalah keperawatan terbanyak adalah Halusinasi.

Halusinasi adalah persepsi yang salah atau palsu tetapi tidak ada rangsang yang menimbulkannya atau tidak ada objek (Sunardi, 2005). Halusinasi adalah distorsi persepsi yang terjadi pada respon neurobiological yang maladaptif (Stuart and Sundeer, 1998). Halusinasi adalah salah satu gejala gangguan jiwa pada individu yang ditandai dengan perubahan sensori persepsi; merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan atau penghiduan. Pasien merasakan stimulus yang sebenarnya tidak ada (Budi Anna, 2009, h 109). Berdasarkan beberapa pengertian tersebut dapat disimpulkan bahwa halusiasi adalah gangguan persepsi sensori tentang suatu objek atau gambaran dan pikiran yang sering terjadi tanpa adanya rangsangan dari luar yang dapat meliputi semua sistem penginderaan (Ermawati et al,2009).

Jurnal Keperawatan Jiwa, Vol. 2, 2014 menjelaskan, salah satu keperawatan yaitu mengidentifikasi halusinasi yang muncul (isi, jenis, durasi, situasi dan respon), mengontrol halusinasi dengan menghardik atau mengusir, bercakap-cakap dengan orang lain, melakukan kegiatan dan minum obat dengan teratur, serta melakukan terapi aktivitas stimulasi persepsi (Fortinash, 2007). Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Caroline, Keliat, & Sabri (2008) bahwa penerapan standar asuhan keperawatan klien halusinasi dalam mengontrol halusinasi akan mempengaruhi kemampuan kognitif dan psikomotor klien, sehingga klien halusinasi akan mengalami penurunan terhadap intensitas tanda dan gejala halusinasi yang muncul.

Pasien dengan halusinasi beresiko mengalami resiko perilaku kekerasan, perilaku teror akibat panik, potensi bunuh diri, agitasi, menarik diri

atau kakatonik, dan tidak mampu berespons lebih dari satu orang. Oleh karena hal tersebut penting bagi pasien dengan halusinasi untuk dilakukan penanganan pengobatan dan tindakan keperawatan (Herman, 2011, h 112).

Melihat uraian diatas dapat disimpulkan bahwa setiap tahun penderita gangguan jiwa semakin meningkat khususnya Halusinasi, kasus terbanyak yang mendominasi di sarana kesehatan yang bergerak di bidang kesehatan jiwa seperti di RSJ Prof. dr. Soeroyo Magelang. Berdasarkan data yang di peroleh dari RSJ Prof dr Soerojo magelang dan banyaknya penderita gangguan jiwa di masyarakat dengan masalah keperawatan Halusinasi, maka penulis tertarik untuk membahas studi kasus tentang “Asuhan Keperawatan Pada Ny. S Dengan Masalah Keperawatan Perubahan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran Di Wisma Subadra RSJ Prof. dr. Soeroyo Magelang”.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Tujuan umum dari penulisan karya tulis ilmiah ini adalah mendapatkan pengalaman dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan persepsi sensori halusinasi secara komprehensif.

2. Tujuan Khusus

Tujuan dari penulisan karya tulis ini adalah agar penulis mampu:

- a. Melakukan pengkajian pada klien dengan perubahan persepsi sensori: halusinasi pendengaran.
- b. Membuat diagnosa keperawatan pada klien perubahan persepsi sensori : halusinasi.
- c. Melakukan intervensi keperawatan kepada klien perubahan persepsi sensori:halusinasi pendengaran.
- d. Melakukan tindakan keperawatan pada klien perubahan persepsi sensori : halusinasi pendengaran.
- e. Mengevaluasi hasil tindakan keperawatan pada klien perubahan persepsi sensori: halusinasi pendengaran.

- f. Pendokumentasian asuhan keperawatan pada klien dengan perubahan persepsi sensori : halusinasi pendengaran.

C. Manfaat

1. Perkembangan ilmu pengetahuan

Manfaat bagi perkembangan ilmu pengetahuan adalah menambah pengetahuan tentang pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah keperawatan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran.

2. Profesi keperawatan

Manfaat bagi profesi keperawatan adalah sebagai informasi tambahan dalam melaksanakan proses keperawatan khususnya pada pasien dengan masalah keperawatan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran.

3. Penulis

Manfaat bagi penulis adalah memberi pengalaman dan pengalaman tambahan dalam memberikan asuhan keperawatan dengan pasien perubahan sensori persepsi: halusinasi pendengaran.

BAB II

KONSEP DASAR

A. Pengertian

Halusinasi adalah persepsi yang salah atau palsu tetapi tidak ada rangsangan yang menimbulkannya atau tidak ada objek (Drs Sunardi dalam ermawati et al, 2009, h 18). Maramis menjelaskan halusinasi merupakan gangguan atau perubahan persepsi dimana pasien mempersepsikan sesuatu yang sebenarnya tidak terjadi. Suatu penerapan panca indra tanpa ada rangsangan dari luar. Suatu pengkhayatan yang dialami suatu persepsi melalui panca indra tanpa stimulus eksternal : persepsi palsu (Prabowo, 2014, h 129).

Pengertian halusinasi berdasarkan para ahli diatas, dapat disimpulkan bahwa halusinasi adalah suatu rangsangan yang dirasakan individu berupa rangsangan panca indra tanpa adanya rangsangan nyata dari luar.

B. Etiologi

1. Faktor predisposisi

Yosep (2009, dalam Prabowo 2014, h 131) menjelaskan faktor predisposisi yang menyebabkan halusinasi adalah:

a. Faktor perkembangan

Tugas perkembangan pasien terganggu, misalnya rendahnya control dan kehangatan keluarga menyebabkan pasien tidak mampu mandiri sejak kecil, mudah frustrasi, hilang percaya diri dan lebih rentan terhadap stres.

b. Faktor sosiokultural

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

c. Faktor biokimia

Mempunyai pengaruh terhadap terjadinya gangguan jiwa. Adanya stress berlebihan yang dialami seseorang maka didalam tubuh akan dihasilkan suatu zat yang bersifat halusinogenik neurokimia. Akibat stress bekepanjangan menyebabkan teraktivasinya neurotransmitter otak.

d. Faktor psikologis

Tipe kepribadian lemah dan tidak bertanggung jawab mudah terjerumus pada penggunaan zat adiktif. Hal ini berpengaruh pada ketidakmampuan pasien dalam mengambil keputusan yang tepat demi masa depannya. Pasien lebih memilih kesenangan sesaat dan lari dari alam nyata menuju alam khayal.

e. Faktor genetik dan pola asuh

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

2. Faktor presipitasi

Stuart dan Sundeen (2008, Prabowo 2014, h 132) menjelaskan, faktor presipitasi terjadinya gangguan halusinasi adalah:

a. Biologis

Gangguan dalam komunikasi dan putaran balik otak, yang mengatur proses informasi serta abnormalitas pada pintu masuk dalam otak yang mengakibatkan ketidakmampuan untuk secara selektif menanggapi stimulus yang diterima oleh otak atau diinterpretasikan.

b. Stress lingkungan

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

c. Sumber koping

Sumber koping mempengaruhi respon individu dalam menanggapi stres.

C. Manifestasi

Fitria (2009, h 53) menjelaskan, manifestasi dari halusinasi dapat dilihat dari berbagai jenis halusinasi yang dialaminya, diantaranya:

1. Halusinasi Dengar (klien mendengar suara/bunyi yang tidak ada hubungannya dengan stimulus yang nyata/ lingkungan)

Tanda Objektif :

- a. Berbicara atau tertawa sendiri.
- b. Marah-marah tanpa sebab.
- c. Mendekatkan telinga ke arah tertentu.
- d. Menutup telinga.

Tanda Subjektif :

- a. Mendengar suara-suara atau kegaduhan.
- b. Mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap.
- c. Mendengar suara yang menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya.

2. Halusinasi Penglihatan (klien melihat gambaran yang jelas/samar terhadap adanya stimulus yang nyata dari lingkungan dan orang lain tidak melihatnya)

Tanda Objektif :

- a. Menunjuk-nunjuk ke arah tertentu.
- b. Ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas.

Tanda Subjektif :

Melihat bayangan, sinar, bentuk geometris, kartun, melihat hantu atau monster.

3. Halusinasi Penciuman (klien mencium sesuatu bau yang muncul dari sumber tertentu tanpa stimulus yang nyata)

Tanda Objektif :

- a. Mengendus-endus seperti sedang membaui bau-bauan tertentu.
- b. Menutup hidung

Tanda Subjektif :

Membaui bau-bauan seperti bau darah, urine, feses, dan terkadang bau-bau tersebut menyenangkan bagi klien.

4. Hausinasi Pengecap (klien merasakan sesuatu yang tidak nyata, biasanya merasakan rasa makanan yang tidak enak)

Tanda Objektif :

- a. Sering meludah
- b. Muntah

Tanda Subjektif :

Merasakan rasa seperti darah, urine, atau feses.

5. Halusinasi Perabaan (klien merasakan sesuatu pada kulitnya tanpa ada stimulus yang nyata)

Tanda Objektif :

Menggaruk-garuk permukaan kulit.

Tanda Subjektif :

- a. Mengatakan ada serangga di permukaan kulit.
- b. Merasa seperti tersengat listrik.

6. Halusinasi Kinestetik (klien merasa badannya bergerak dalam suatu ruangan atau anggota badannya bergerak)

Tanda Objektif :

Memegang kakinya yang dianggapnya bergerak.

Tanda Subjektif :

Mengatakan badannya melayang di udara.

7. Halusinasi Viseral (perasaan tertentu timbul dalam tubuhnya)

Tanda Objektif :

Memegang badannya yang dianggapnya berubah bentuk dan tidak normal seperti biasanya.

Tanda Subjektif :

Mengatakan perutnya menjadi mengecil setelah minum soft drink.

D. Proses Terjadinya Halusinasi

Menurut (tim kesehatan jiwa Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, dalam Ermawati et al, 2009, h 20-21) tahap-tahap halusinasi,

karakteristik dan perilaku yang ditampilkan oleh klien yang mengalami halusinasi adalah :

1. Tahap I (*Comforting*)

Memberi rasa nyaman tingkat ansietas sedang secara umum halusinasi merupakan suatu kesenangan.

Karakteristik :

- a. Klien mengalami ansietas, kesepian, rasa bersalah dan ketakutan.
- b. Mencoba berfokus pada pikiran yang dapat menghilangkan ansietas.
- c. Pikiran dan pengalaman sensori masih ada dalam kontrol kesadaran.

Perilaku klien :

- a. Tersenyum atau tertawa sendiri.
- b. Menggerakkan bibir tanpa suara.
- c. Pergerakan mata cepat.
- d. Reson verbal yang lambat.
- e. Diam dan berkonsentrasi.

2. Fase II (*Condemning*)

- a. Menyalahkan.
- b. Tingkat kecemasan berat secara umum halusinasi menyebabkan satuantipati.

Karakteristik :

- a. Pengalaman sensori menakutkan.
- b. Merasa dilecehkan oleh pengalaman sensori tersebut.
- c. Mulai merasa kehilangan kontrol.
- d. Menarik diri dari orang lain.

Perilaku klien :

- a. Terjadi peningkatan denyut jantung, pernafasan, dan tekanan darah.
- b. Perhatian dengan lingkungan berkurang.
- c. Konsentrasi terhadap pengalaman sensorinya.
- d. Kehilangan kemampuan membedakan halusinasi dengan realitas.

3. Fase III (*Controlling*)

- a. Mengontrol.

- b. Tingkat kecemasan berat.
- c. Pengalaman sensori (halusinasi) tidak dapat ditolak.

Karakteristik (psikotik) :

- a. Klien menyerah dan menerima pengalaman sensorinya (halusinasi)
- b. Isi halusinasi menjadi atraktif.
- c. Kesepian bila pengalaman sensori berakhir.

Perilaku klien :

- a. Perintah halusinasi ditandai.
- b. Sulit berhubungan dengan orang lain.
- c. Perhatian dengan lingkungan kurang atau hanya beberapa detik.

4. Fase IV (Conquering)

Menguasai tingkat kesadaran, panik secara umum diatur dan dipengaruhi oleh halusinasi.

Karakteristik :

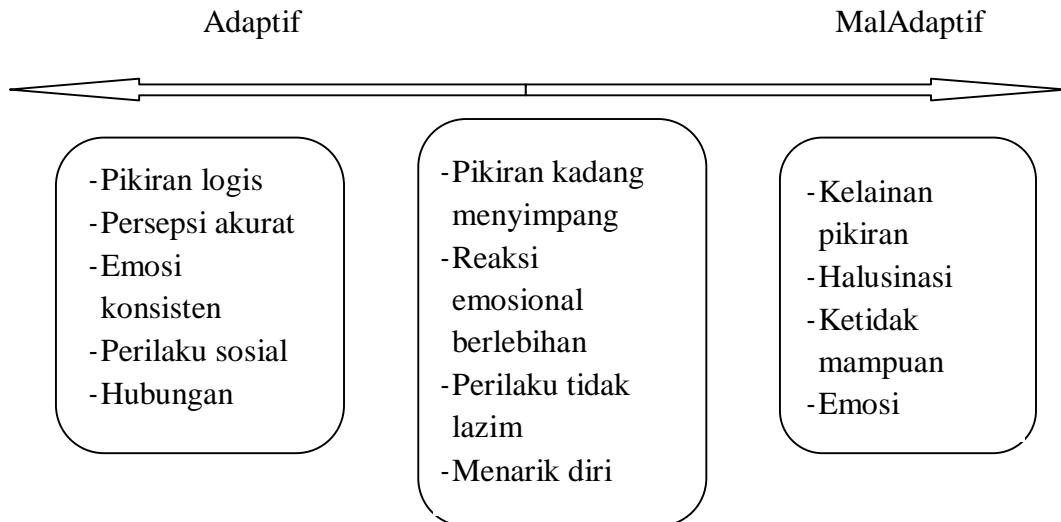
- a. Pengalaman sensori menjadi mengancam.
- b. Halusinasi dapat menjadi beberapa jam atau beberapa hari.

Perilaku klien :

- a. Perilaku panik.
- b. Potensial untuk bunuh diri atau membunuh.
- c. Tindak kekerasan agitasi, menarik atau katatonik.
- d. Tidak mampu merespon terhadap lingkungan.

E. Rentang respon

Prabowo (2014, h 131) menjelaskan persepsi mengacu pada identifikasi dan interpretasi awal dari suatu stimulus berdasarkan informasi yang diterima melalui panca indera. Respon neuro biologis sepanjang rentang sangat berkisar dari adaptif pikiran logis, persepsi akurat, emosi konsisten, dan perilaku sesuai sampai dengan respon maladaptive meliputi delusi, halusinasi, dan isolasi sosial. Rentang respon dapat digambarkan sebagai berikut:

Sketsa 1.1 Rentang respon *neurobiologist*

F. Sumber koping

Sumber koping merupakan suatu evaluasi terhadap pilihan koping terhadap pilihan koping dan strategi seseorang. individu dapat mengatasi stress dan ansietas dengan menggunakan sumber koping yang ada dilingkungannya. Sumber koping tersebut dijadikan sebagai modal untuk menyelesaikan masalah. Dukungan sosial dan keyakinan budaya dapat membantu seseorang mengintegrasikan pengalaman yang menimbulkan stress (Fitria, 2009, h 57).

G. Mekanisme koping

Mekanisme koping merupakan tiap upaya yang diarahkan pada pengendalian stres, termasuk upaya penyelesaian masalah secara langsung dan mekanisme pertahanan lain yang digunakan untuk melindungi (Fitria, 2009, h 57).

H. Jenis-jenis halusinasi

Prabowo (2014, h 129-130) menjelaskan halusinasi terdiri dari beberapa jenis, dengan karakteristik tertentu, diantaranya :

1. Halusinasi pendengaran (akustik, audiotorik) : gangguan stimulus dimana pasien mendengar suara-suara terutama suara-suara orang, biasanya pasien mendengar suara orang yang sedang membicarakan apa yang sedang dipikirkannya dan memerintahkan untuk melakukan sesuatu.
2. Halusinasi penglihatan (visual) : stimulus visual dalam bentuk beragam seperti bentuk pancaran cahaya, gambaran geometrik, gambar kartundan/atau panorama yang luas dan kompleks. Bayangan bias bisa menyenangkan atau menakutkan.
3. Halusinasi menghidu (olfaktori) : gangguan stimuluspada penghidu, yang ditandai dengan adanya bau busuk, amis, dan bau yang menjijikan seperti : darah, urine, atau feses. Kadang-kadang terhidu bau harum. Biasanya berhubungan dengan stroke, tumor, kejang dan dementia.
4. Halusinasi peraba (taktil, kinaestatik) : gangguan stimulus yang ditandai dengan adanya rasa sakit atau tidak enak tanpa stimulus yang terlihat. Contoh : merasa sensasi listrik datang dari tanah, benda mati atau orang lain.
5. Halusinasi pengecapan (gustatorik) : gangguan stimulus yang ditandai dengan merasakan sesuatu yang busuk, amis dan menjijikan.
6. Halusinasi sinestetik : gangguan stimulus yang ditandai dengan merasakan fungsi tubuh seperti darah mengalir melalui vena atau arteri, makanan dicerna atau pembentukan urine (Yosep Iyus, 2007).

I. Pohon masalah

Sketsa 1.2 Pohon masalah menurut Fitria (2009, h 60)



J. Data yang perlu dikaji

Fitria (2009, h 61) menjelaskan, data yang perlu dikaji untuk masalah keperawatan perubahan persepsi sensori : halusinasi adalah :

Masalah keperawatan	Data yang perlu dikaji
Perubahan persepsi sensori : halusinasi	<p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan mendengar sesuatu. 2. Klien mengatakan melihat bayangan putih. 3. Klien mengatakan dirinya seperti disengat listrik. 4. Klien mencium bau-bauan yang tidak sedap, seperti feses. 5. Klien mengatakan kepalanya melayang di udara. 6. Klien mengatakan dirinya merasakan ada sesuatu yang berbeda pada dirinya. <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien terlihat bicara atau tertawa sendiri saat dikaji. 2. Bersikap seperti mendengarkan sesuatu. 3. Berhenti bicara di tengah-tengah kalimat untuk mendengarkan sesuatu. 4. Disorientasi. 5. Konsentrasi rendah. 6. Pikiran cepat berubah-ubah. 7. Kekacauan alur pikiran.

K. Diagnosa Keperawatan

Perubahan persepsi sensori : halusinasi (Fitria, 2009, h 61).

L. Tindakan Keperawatan Paisein Halusinasi

Fitria (2009, h 61) menjelaskan tindakan keperawatan untuk pasien halusinasi meliputi:

1. Tindakan keperawatan untuk klien

Tujuan tindakan untuk klien adalah sebagai berikut :

- a. Klien mengenali halusinasi yang dialaminya.
- b. Klien dapat mengontrol halusinasinya.
- c. Klien mengikuti program pengobatan secara optimal.

Tindakan keperawatan.

- a. Membantu klien mengenali halusinasi.

Diskusi adalah salah satu cara yang dapat dilakukan untuk membantu klien mengenali halusinasinya. Perawat dapat berdiskusi dengan klien terkait isi halusinasi (apa yang di dengar atau dilihat), waktu terjadi halusinasi, frekuensi terjadinya halusinasi, situasi yang menyebabkan halusinasi muncul, dan perasaan klien saat halusinasi muncul (komunikasinya sama dengan pengkajian diatas).

- b. Melatih klien mengontrol halusinasi.

Perawat dapat melatih empat cara dalam mengendalikan halusinasi pada klien. Keempat cara tersebut sudah terbukti mampu menontrol halusinasi seseorang. Keempat cara tersebut adalah menghardik halusinasi, bercakap-cakap dengan orang lain, melakukan aktivitas yang terjadwal, dan mengkonsumsi obat secara teratur.

2. Tindakan keperawatan untuk keluarga klien

Tujuan tindakan untuk keluarga :

Keluarga dapat merawat klien dirumah dan menjadi sistem pendukung yang efektif untuk klien.

Tindakan keperawatan :

Keluarga merupakan faktor vital dalam penanganan klien gangguan jiwa di rumah. Hal ini mengingat keluarga adalah sistem pendukung terdekat dan orang yang bersama-sama dengan klien selama 24 jam. Keluarga sangat menentukan apakah klien akan kambuh atau tetap sehat. Keluarga yang mendukung klien secara konsisten akan membuat klien mampu mempertahankan program pengobatan secara optimal. Namun demikian, jika keluarga tidak mampu merawat maka klien akan kambuh bahkan untuk memulihkannya kembali akan sangat sulit. Oleh karena itu, perawat harus melatih keluarga klien agar mampu merawat klien gangguan jiwa di rumah.

Pendidikan kesehatan kepada keluarga dapat dilakukan melalui tiga tahap. Tahap pertama adalah menjelaskan tentang masalah yang dialami oleh klien dan pentingnya peran keluarga untuk mendukung klien. Tahap kedua adalah melatih keluarga untuk merawat klien, dan tahap ketiga adalah melatih keluarga untuk merawat klien langsung.

Informasi yang perlu disampaikan kepada keluarga meliputi pengertian halusinasi, jenis halusinasi yang dialami oleh klien, tanda dan gejala halusinasi, proses terjadinya halusinasi, cara merawat klien halusinasi (cara berkomunikasi, pemberian obat, dan pemberian aktivitas kepada klien), serta sumber-sumber pelayanan kesehatan yang bisa di jangkau.

Sedangkan Ermawati et al (2009, h 28-29) menjelaskan langkah ke dua dari proses keperawatan adalah perencanaan dimana perawat akan menyusun rencana yang akan dilakukan pada klien untuk mengatasi masalahnya, perencanaan disusun berdasarkan diagnosa keperawatan, diagnosa satu atau masalah utamanya adalah gangguan persepsi sensori halusinasi.

Tujuan umum adalah klien dapat mengontrol halusinasi yang dialaminya.

Adapun tujuan khusus pada diagnosa ini adalah :

1. Membina hubungan saling percaya dengan cara bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik

- a. Sapa klien dengan ramah baik verbal maupun non verbal.
 - b. Perkenalkan naman, nama panggilan perawat dan tujuan perawat berinteraksi.
 - c. Tanyakan nama lengkap dan nama panggilan yang disukai klien.
 - d. Tunjukkan sikap jujur dan menepati janji setiap kali interaksi.
 - e. Tunjukkan sikap empati dan menerima klien apa adanya.
 - f. Berikan perhatian pada klien dan perhatikan kebutuhan dasar klien.
 - g. Tanyakan perasaan klien dan masalah yang dihadapi klien.
 - h. Buat kontrak interaksi yang jelas.
 - i. Dengarkan dengan penuh perhatian ungkapkan perasaan klien.
2. Klien dapat mengenal halusinasinya.
- a. Adakan kontrak sering dan singkat secara bertahap.
 - b. Observasi tingkah laku klien yang terkait dengan halusinasinya, dengar, lihat, penghidu, raba dan pengecapan, jika menemukan klien yang sedang halusinasi maka :
 - 1) Tanyakan apakah klien mengalami sesuatu (halusinasi dengar, lihat, penghidu, peraba, pengecap).
 - 2) Jika klien menjawab ya, tanyakan apa yang sedang dialaminya.
 - 3) Katakan bahwa perawat percaya klien mengalami hal tersebut, namun perawat sendiri tidak mengalaminya (dengan nada bersahabat tanpa menuduh dan menghakimi).
 - 4) Katakan bahwa klien lain yang mengalami hal yang sama.
 - 5) Katakan bahwa perawat akan membantu.
 - c. Jika klien tidak sedang berhalusinasi, klarifikasi tentang adanya pengalaman halusinasi, diskusikan dengan klien
 - 1) Isi, waktu, dan frekuensi terjadinya halusinasi (pagi, sore, malam) atau sering dan kadang-kadang.
 - 2) Situasi dan kondisi yang menimbulkan atau tidak menimbulkan halusinasi.
 - 3) Diskusikan dengan klien apa yang dirasakan jika terjadi halusinasi dan beri kesempatan pada klien untuk mengungkapkan perasaannya.

- 4) Diskusikan dengan klien apa yang dilakukan untuk mengatasi halusinasinya.
 - 5) Diskusikan dengan klien apa dampak yang akan dialaminya bila klien berhalusinasi.
3. Klien dapat mengontrol halusinasinya.
- a. Identifikasi bersama klien cara atau tindakan yang dilakukan jika terjadi halusinasi (tidur, marah, menyibukan diri dan lain-lain)
 - b. Diskusikan cara yang di gunakan
 - 1) Jika cara yang digunakan klien adaptif, maka berikan pujian.
 - 2) Jika cara yang di gunakan klien maladaptif, diskusikan dengan klien kerugian cara tersebut.
 - c. Diskusikan cara baru untuk memutus atau mengontrol timbulnya halusinasi dengan cara :
 - 1) Katakan padadiri sendiri bahwa ini tidak nyata, katakan saya tidak mau mendengar, lihat, mencium, meraba, dan mengecap pada saat halusinasi terjadi.
 - 2) Menemui orang lain atau perawat teman ataupun anggota keluarga untukmenceritakan halusinasinya.
 - 3) Membuat dan melaksanakan jadwal kegiatan harian yang telah disusun.
 - 4) Meminta keluarga teman, perawat menyapa klien jika sedang berhalusinasi.
 - d. Bantu klien memilih cara yang sudah dianjurkan dan latih untuk mencobanya.
 - e. Beri kesempatan kepada klien untuk melakukan cara yang dipilih dan dilatih.
 - f. Pantau pelaksanaan yang telah dipilih dan dilatih, jika berhasil berikan pujian.
 - g. Anjurkan klien mengikuti terapi aktivitas kelompok orientasi realita stimulasi persepsi.
4. Klien mendapat dukungan dari keluarga dalam mengontrol halusinasinya.

- a. Buat kontrak dengan keluarga untuk pertemuan (waktu, tempat dan topik).
- b. Diskusikan dengan keluarga tentang :
 - 1) Pengertian halusinasi.
 - 2) Tanda dan gejala halusinasi.
 - 3) Cara yang dapat dilakukan klien dan keluarga untuk memutus halusinasi.
 - 4) Obat-obatan halusinasi.
 - 5) Cara merawat anggota keluarga yang bila halusinasi di rumah (beri kegiatan, jangn biarkan sendiri, makan bersama, memantau obat-obatan dan cara pemberiannya untuk mengatasi halusinasi).
 - 6) Beri informasi waktu kontrol ke rumah sakit dan bagaimana cara mencari bantuan jika halusinasi tidak dapat diatasi dirumah.
5. Klien dapat memanfaatkan obat dengan baik.
 - a. Diskusikan dengan klien tentang manfaat dan kerugian bila tidak minum obat, nama, warna, dosis, cara, efek terapi dan efek samping penggunaan obat.
 - b. Pantau klien saat penggunaan obat.
 - c. Beri pujian bila lien menggunakan obat dengan benar.
 - d. Diskusikan akibat berhenti minum obat tanpa konsultasi dengan dokter.
 - e. Anjurkan klien untuk konsultasi kepada dokter/perawat jika terjadi hal yang tidak diinginkan.

M. Terapi Aktivitas Kelompok

1. Pengertian kelompok

Kelompok adalah sekumpulan individu yang mempunyai hubungan antara satu dengan yang lainnya, saling ketergantungan serta mempunyai norma yang sama (Stuart & Sundeen, 1991, h.10). Sedangkan kelompok terapeutik member kesempatan untuk saling bertukar tujuan, misalnya membantu individu berperilaku destruktif dalam hubungannya dengan

orang lain, mengidentifikasi dan memberikan alternative untuk membantu merubah perilaku dekstruktif menjadi konstruktif.

Kelompok dapat dijadikan wadah untuk prektek dan area uji coba kemampuan berhubungan dan berperilaku terhadap orang lain, secara umum tujuan kelompok adalah sebagai berikut :

- a. Setiap anggota kelompok dapat bertukar pengalaman.
 - b. Berupaya memberikan pengalaman dan penjelasan pada anggota lain.
 - c. Merupakan proses penerimaan umpan balik.
2. Manfaat terapi aktifitas kelompok
- a. Terapeutik
 - 1) Umum
 - a) Meningkatkan kemampuan uji realitas melalui komunikasi dan umpan balik dengan atau orang lain.
 - b) Melakukan sosialisasi
 - c) Membangkitkan motifasi untuk kemajuan fungsi kognitif dan afektif
 - 2) Khusus
 - a) Meningkatkan identitas diri
 - b) Menyalurkan emosi secara konstruktif
 - c) Meningkatkan keterampilan hubungan interpersonal atau sosial
 - 3) Rehabilitas
 - a) Meningkatkan keterampilan ekspresi diri
 - b) Meningkatkan keterampilan social
 - c) Meningkatkan kemampuan empati
 - d) Meningkatkan kemampuan / pemecahan masalah
3. Tujuan terapi aktifitas kelompok
- a. Mengembangkan stimulasi kognitif
- Tipe : Biblioterapy

Aktifitas : menggunakan artikel, sajak, puisi, buku, surat kabar untuk merangsang dan mengembangkan hubungan dengan orang lain.

b. Mengembangkan stimulasi sensoris

Tipe : Musik, seni, menari

Aktifitas : menyediakan kegiatan, mengekspresikan perasaan.

Tipe : relaksasi

Aktifitas : belajar teknik relaksasi dengan cara nafas dalam.

c. Mengembangkan orientasi realitas

Tipe : Kelompok orientasi realitas, kelompok validasi

Aktifitas : fokus pada orientasi waktu, tempat, orang, benar, salah.

d. Mengembangkan sosialisasi

Tipe : Kelompok remotivasi

Aktifitas : mengorientasikan klien yang menarik diri, regresi.

Tipe : Kelompok mengingatkan

Aktifitas : fokus pada mengingatkan untuk menetapkan arti positif.

4. Tahapan dalam terapi aktifitas kelompok

Menurut Yalom, yang dikutip Stuart dan Sundeen, 1995. Menggambarkan fase-fase dalam terapi aktifitas kelompok adalah sebagai berikut :

a. Pre kelompok

Dimulai dengan membuat tujuan, merencanakan siapa yang menjadi leader, anggota, tempat, dan waktu kegiatan kelompok yang akan dilaksanakan serta membuat proposal lengkap dengan media yang akan digunakan beserta dana yang akan dibutuhkan.

b. Fase awal

Pada fase ini terdapat 3 tahapan yang terjadi, yaitu :

Orientasi, konflik dan kebersamaan.

Orientasi : anggota mulai mencoba mengembangkan sistem social masing-masing, leader mulai menunjukkan rencana terapi dan mengambil kontrak dengan anggota.

Konflik : merupakan masa sulit dalam proses kelompok, anggota mulai memikirkan siapa yang berkuasa dalam kelompok, bagaimana peran anggota, tugasnya, dan saling ketergantungan yang akan terjadi.

Kebersamaan : anggota mulai bekerjasama untuk mengatasi masalah, anggota mulai menemukan siapa dirinya.

c. Fase kerja

- 1) Merupakan fase yang menyenangkan bagi pemimpin dan anggotanya.
- 2) Perasaan positif dan negative dapat dikoreksi dengan hubungan saling percaya yang telah terbina.
- 3) Semua anggota bekerjasama untuk mencapai tujuan yang telah disepakati
- 4) Tanggungjawab merata, kecemasan menurun, kelompok lebih stabil dan realitis.
- 5) Kelompok mulai mengeksplorasi lebih jauh sesuai dengan tujuan dan tugas kelompok dalam menyelesaikan tugasnya.
- 6) Fase ini ditandai dengan penyelesaian masalah yang kreatif.

Petunjuk untuk leader pada fase ini :

- 1) Intervensi leader didasari pada kerangka kerja teoritis, pengalaman, personaliti, dan kebutuhan kelompok serta anggotanya.
- 2) Membantu perkembangan keutuhan kelompok dan mempertahankan batasannya, mendorong kelompok bekerja pada tugasnya.
- 3) Intervensi langsung ditujukan untuk menolong kelompok mengatasi masalah khusus.

d. Fase terminasi

Ada dua jenis terminasi, yaitu terminasi akhir dan terminasi sementara. Anggota kelompok mungkin mengalami terminasi prematur, tidak sukses atau mengalami sukses. Terminasi dapat

mengakibatkan kecemasan, regresi dan kecewa. Untuk menghindari hal ini, terapis perlu mengevaluasi kegiatan dan menunjukkan sikap bertapa bermaknanya kegiatan tersebut, menganjurkan anggota untuk member umpan balik pada tiap anggota.

Terminasi tidak boleh disangkal, tetapi harus tuntas didiskusikan. Akhir terapi aktifitas kelompok harus dievaluasi, bisa melalui pre dan post test.

5. Peran perawat dalam terapi aktifitas kelompok
 - a. Mempersiapkan program terapi aktifitas kelompok.
 - b. Tugas sebagai leader dan co-leader.
 - c. Tugas sebagai fasilitator.
 - d. Tugas sebagai observer.
 - e. Tugas dalam mengatasi permasalahan yang timbul dalam pelaksanaan terapi.
 - f. Program antisipasi masalah.

BAB III

RESUM KASUS

Hasil pengkajian pada tanggal 18 november 2015 diperoleh data, klien berinitial Ny. S, berjenis kelamin perempuan, usia 34 tahun, pendidikan terakhir SMP, dan saat ini belum bekerja. Penanggung jawab klien adalah Ny.S A, alamat di Banjarnegara dan berusia 37 tahun. Klien dibawa ke Rumah Sakit Jiwa Prof. dr. Soerojo Magelang pada tanggal 2 November 2015 dengan diagnosa medis F.20.3 Skizofrenia tak terinci, dengan alasan dirumah mengamuk, mudah tersinggung, menyerang orang lain, pergi keluyuran, tidak bisa tidur dan tertawa sendiri. Riwayat penyakit dahulu, klien pernah dirawat di RSJ Prof. dr. Soerojo Magelang pada tanggal 9 Mei 2015. Selama pengobatan klien tidak teratur minum obat karena klien merasa bosan dan malas meminum obat, klien memiliki riwayat gangguan jiwa sejak tahun 2013 setelah di PHK dari pekerjaannya. Dalam keluarganya tidak terdapat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.

Hasil pengkajian pada tanggal 18 November 2015 pukul 9.30 didapatkan data subjektif : Klien mengatakan “kadang mendengar suara pacar yang menggombali saya. Saya mendengar suara itu ketika saya sedang sendiri dan melamun, saya mendengar suara itu 1 kali sehari, saya merasa senang ketika mendengar suara itu, saya hanya diam ketika suara itu datang”. Klien mengatakan malu sudah berumur 34 tahun tetapi belum menikah dan belum bekerja, malu karena sebagai adik belum bisa membahagiakan kakak dan malu merepotkan keluarga karena sering bolak balik ke rumah sakit jiwa. Klien mengatakan ketika dirumah mengamuk, mudah tersinggung dan menyerang orang lain.

Data objektif yang didapatkan adalah klien terlihat bingung, mondar-mandir sendiri, klien tampak melamun, kontak mata mudah beralih, klien tampak komat-kamit sendiri, pembicaraan klien mengkritik diri sendiri, kontak mata menunduk, menyendiri, dan emosi klien labil, penampilan fisik dan pakaian rapi dan bersih, rambut hitam dan berkutu, gigi bersih tidak ompong, kuku bersih tidak panjang dan kulit sawo matang, tidak bersisik, turgor kulit baik. Klien dapat

menjawab pertanyaan yang diajukan, klien dapat melakukan kegiatan sehari-hari. Selama proses wawancara kadang klien kooperatif kadang tidak. Proses pikir klien adalah flight of ideas yaitu pembicaraan meloncat-loncat dari topik satu ke topik lainnya dan pembicaraan klien berbelit-belit, klien berpikir secara realistis, tidak ada gangguan isi pikir seperti obsesi, phobia, depersonalisasi maupun waham. Tingkat kesadaran compos mentis, orientasi waktu, tempat, dan orang baik. Klien tidak mengalami gangguan daya ingat jangka panjang, jangka pendek maupun saat ini.

Masalah keperawatan pertama adalah gangguan persepsi sensori halusinasi: pendengaran, didapatkan data subjektif ; Klien mengatakan “kadang mendengar suara pacar yang menggombali saya. Saya mendengar suara itu ketika saya sedang sendiri dan melamun, saya mendengar suara itu 1 kali sehari, saya merasa senang ketika mendengar suara itu, saya hanya diam ketika suara itu datang”. Data objektif : Klien terlihat bingung, mondar-mandir sendiri, klien tampak melamun, kontak mata mudah beralih, klien tampak komat-kamit sendiri.

Masalah keperawatan ke dua adalah gangguan konsep diri : Harga diri rendah, didapatkan data subjektif ; Klien mengatakan malu sudah berumur 34 tahun tetapi belum menikah dan belum bekerja, malu karena sebagai adik saya belum bisa membahagiakan kakak saya dan malu merepotkan keluarga karena sering bolak balik ke rumah sakit jiwa. Data objektif ; pembicaraan klien mengkritik diri sendiri, kontak mata menunduk, menyendiri.

Masalah keperawatan ke tiga adalah resiko perilaku kekerasan, didapatkan data subjektif ; Klien mengatakan ketika dirumah saya mengamuk, mudah tersinggung, menyerang orang lain. Data objektif ; emosi klien labil.

Rencana keperawatan yang akan diberikan adalah bina hubungan saling percaya, adakan kontak sering dan singkat secara bertahap, observasi tingkah laku klien terkait dengan halusinasinya, diskusikan dengan klien apa yang dirasakan ketika terjadi dan beri kesempatan kepada klien untuk mengungkapkan perasaannya, diskusikan dengan klien apa yang dilakukan untuk mengatasi perasaan tersebut, diskusikan tentang dampak yang akan dialaminya bila klien menikmati halusinasinya, diskusikan dengan klien apa yang dirasakan ketika

terjadi halusinasi, diskusikan dengan klien apa yang dilakukan untuk mengatasi perasaannya, ajarkan klien cara mengontrol halusinasi dengan menghardik halusinasi, bercakap-cakap dengan orang lain, melaksanakan kegiatan terjadwal dan meminum obat secara teratur.

Implementasi pada hari Rabu tanggal 18 November 2015 pukul 13.00 SP 1 mengidentifikasi jenis, isi, waktu, frekuensi, perasaan dan respon klien terhadap halusinasinya, melatih mengontrol halusinasi dengan cara melakukan kegiatan, membimbing pasien memasuki latihan mengontrol halusinasi dengan cara melakukan kegiatan dengan evaluasi dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan ditemukan data sebagai berikut : S : Klien mengatakan “kadang mendengar suara pacar yang menggombali saya. Saya mendengar suara itu ketika saya sedang sendiri dan melamun, saya mendengar suara itu 1 kali sehari, saya merasa senang ketika mendengar suara itu, saya hanya diam ketika suara itu datang”. O : klien mampu menceritakan jenis, isi, frekuensi, situasi, waktu dan respon halusinasi, klien mampu mengontrol halusinasi dengan cara melakukan kegiatan dengan bimbingan, kontak mata mudah beralih, klien masih tampak komat-kamit sendiri. A : Klien mampu mengontrol halusinasi dengan cara melakukan kegiatan dengan bimbingan. PP : bimbing klien dalam aplikasi cara kontrol halusinasi (melakukan kegiatan), bimbing klien dalam melaksanakan jadwal kegiatan. PK : anjurkan klien untuk menggunakan cara kontrol halusinasi dengan cara melakukan kegiatan, anjurkan klien melaksanakan jadwal latihan yang telah dibuat.

Implementasi pada hari Kamis tanggal 19 November 2015 pukul 12.30 SP 2 memvalidasi masalah dan latihan sebelumnya, melatih klien cara kontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan, membimbing pasien memasuki latihan mengontrol halusinasi dengan cara melakukan kegiatan dengan evaluasi dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan, ditemukan data sebagai berikut : S : klien mengatakan masih mendengar suara pacar saya waktu saya sendiri, saya mendengar suara itu cuma satu kali sehari, saya senang ketika suara itu datang, saya lupa mencoba cara yang di ajarkan kemarin. O : kontak mata mudah beralih, klien mengontrol halusinasi dengan cara melakukan kegiatan dengan bimbingan,

klien belum optimal dalam melaksanakan jadwal latihan kegiatan, jadwal terlampir. A : Klien belum optimal dalam mengontrol halusinasi dengan cara melakukan kegiatan. PP : bimbing klien dalam aplikasi cara kontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan, bimbing klien dalam melaksanakan jadwal kegiatan. PK : anjurkan klien untuk menggunakan cara kontrol halusinasi dengan cara melakukan kegiatan saat halusinasi datang, anjurkan klien melaksanakan jadwal latihan yang telah dibuat.

Implementasi pada hari jum'at tanggal 20 November 2015 pukul 13.00 SP 3 memvalidasi masalah dan latihan sebelumnya, melatih klien cara kontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan, membimbing pasien memasuki latihan mengontrol halusinasi dengan cara melakukan kegiatan dengan evaluasi dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan, ditemukan data sebagai berikut : S : klien mengatakan sudah tidak mendengar suara-suara . O : klien mampu melakukan cara kontrol halusinasi dengan cara melakukan kegiatan, klien mampu melaksanakan jadwal kegiatan, jadwal terlampir, kontak mata klien kadang mudah beralih, klien kadang masih suka menyendiri, klien kooperatif. A : Klien belum mampu dalam pelaksanaan aplikasi cara mengontrol halusinasi dengan cara melakukan kegiatan. PP : motivasi klien dalam aplikasi cara kontrol halusinasi (melakukan kegiatan), lanjutkan latihan klien dalam cara kontrol halusinasi dengan menghardik. PK : anjurkan klien menggunakan cara kontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan.

Implementasi pada hari Sabtu tanggal 21 November 2015 pukul 13.30 SP 4 memvalidasi masalah dan latihan sebelumnya, melatih klien cara kontrol halusinasi dengan cara menghardik, membimbing pasien memasuki latihan mengontrol halusinasi dengan cara menghardik dengan evaluasi dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan, ditemukan data sebagai berikut : S : klien mengatakan sudah jarang mendengar suara pacar. O : klien blm mampu melakukan cara kontrol halusinasi dengan menghardik, klien menolak, klien tampak kurang kooperatif. A : Klien klien menolak dalam pelaksanaan aplikasi cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik. PP : bimbing kembali klien cara kontrol halusinasi dengan cara menghardik, bimbing klien dalam mengontrol

halusinasi dengan obat.. PK : anjurkan klien menggunakan cara kontrol halusinasi dengan cara menghardik.

Implementasi pada hari Senin tanggal 23 November 2015 pukul 13.00 SP 5 memvalidasi masalah dan latihan sebelumnya, melatih klien cara kontrol halusinasi dengan obat, menganjurkan klien untuk memasukan latihan ke jadwal kegiatan dengan evaluasi dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan, ditemukan data sebagai berikut : S : klien sudah tidak mendengar suara pacarnya, klien tidak bisa melakukan cara menghardik, klien malas melakukannya, klien ingin pulang. O : Klien belum mampu aplikasi cara kontrol halusinasi dengan obat, klien tampak gelisah, klien kooperatif. A : belum mampu cara kontrol halusinasi dengan obat, jadwal dilaksanakan dengan bimbingan. PP : motivasi klien dalam aplikasi cara kontrol halusinasi dengan obat, bimbing klien dalam mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain. PK : anjurkan klien menggunakan cara kontrol halusinasi dengan obat.

Implementasi hari selasa tanggal 24 November 2015 pukul 07.00 SP 6 mengobservasi klien dengan evaluasi dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan, ditemukan data sebagai berikut : S : - O : klien sudah pulang pada tanggal 23 November 2015 pukul 17.00 WIB di jemput oleh keluarganya. A : klien sudah pulang. PP : pertahankan intervensi pasien pulang.

Evaluasi akhir yang didapat setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 6 hari dari tanggal 18-24 November 2015 adalah gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran sudah teratasi. Hal ini ditunjukkan dengan data : S : - O : klien sudah pulang pada tanggal 23 November 2015 pukul 17.00 WIB di jemput oleh keluarganya. A : masalah klien teratasi. PP : pertahankan intervensi pasien pulang.

BAB IV

PEMBAHASAN

Penulis dalam bab ini akan membahas kesenjangan yang terdapat pada konsep dasar dan studi kasus pada klien dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi yang dimulai dengan membahas pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi.

Hasil dari data yang diperoleh dari klien, perawat ruangan dan rekam medik, dalam kasus ini penulis melakukan pengkajian yaitu meliputi : identitas klien, alasan masuk RSJ, faktor presipitasi dan faktor predisposisi, konsep diri, hubungan sosial, status mental, mekanisme koping, masalah psikososial dan pengetahuan dari klien. Pada saat pengkajian ditemukan data subjektif :Klien mengatakan “kadang mendengar suara pacar yang menggombali saya. Saya mendengar suara itu ketika saya sedang sendiri dan melamun, saya mendengar suara itu 1 kali sehari, saya merasa senang ketika mendengar suara itu, saya hanya diam ketika suara itu datang”. Data objektif : klien terlihat bingung, mondar-mandir sendiri, klien tampak melamun, kontak mata mudah beralih, klien nampak komat-kamit sendiri, dan klien nampak senyum-senyum sendiri. Kelliat dalam Prabowo (2014, h 133) menjelaskan tanda dan gejala dari halusinasi adalah sebagai berikut: bicara, senyum, dan ketawa sendiri, menggerakkan bibir tanpa suara, pergerakan mata cepat, dan respon verbal yang lambat, menarik diri dari orang lain, dan berusaha untuk menghindari diri dari orang lain, tidak dapat membedakan antara keadaan nyata dan keadaan tidak nyata, terjadi peningkatan denyut jantung, pernapasan dan tekanan darah, perhatian dengan lingkungan yang kurang atau hanya beberapa detik dan berkonsentrasi dengan pengalaman sensorinya, curiga, bermusuhan, merusak (diri sendiri, orang lain, dan lingkungannya), takut, dan sulit berhubungan dengan orang lain.

Diagnosa keperawatan jiwa tentang halusinasi digambarkan dalam pohon masalah menurut Kelliat (2005, h 45) diawali dari gangguan konsep diri: harga diri rendah menjadi isolasi sosial dan mengakibatkan gangguan persepsi sensori

halusinasi yang beresiko perilaku kekerasan, namun pada kasus ini diagnosa yang muncul adalah gangguan persepsi sensori halusinasi, gangguan konsep diri harga diri rendah dan resiko perilaku kekerasan, sedangkan diagnosa yang tidak muncul adalah isolasi sosial, karena klien dalam berinteraksi dengan klien lain yang ada di wisma Subadra RSJ prof. dr. Soerojo Magelang cukup baik, ikut dalam kegiatan yang ada di RSJ dan mau berkomunikasi dengan temannya dengan baik.

Penulis menetapkan gangguan persepsi sensori : halusinasi sebagai prioritas utama yang perlu ditangani terlebih dahulu karena masalah tersebut adalah yang paling sering dirasakan klien dan beresiko menimbulkan masalah-masalah lain sehingga diagnosa ini menjadi prioritas utama, hal ini sesuai dengan pendapat Carpenito (2007) dimana prioritas diagnosa adalah diagnosa keperawatan yang bila tidak diatasi sekarang akan mengganggu kemajuan untuk mencapai hasil atau secara negatif mempengaruhi status fungsional klien. Menurut Yosep (2009, dalam Prabowo 2014, h 131) gangguan konsep diri: Harga diri rendah menjadi prioritas kedua karena gangguan konsep diri: harga diri rendah merupakan penyebab dari masalah utama, apabila masalah utama halusinasi sudah teratasi maka secara otomatis masalah harga diri rendahpun ikut teratasi. Harga diri rendah mempunyai hubungan erat dengan proses terjadinya halusinasi yaitu harga diri rendah merupakan faktor predisposisi dari halusinasi berupa faktor sosiokultural dimana seseorang yang merasa tidak diterima sejak bayi akan merasa disingkirkan, kesepian, dan tidak percaya pada lingkungannya. Resiko tinggi perilaku kekerasan menjadi prioritas ketiga karena dari masalah utama klien apabila tidak segera ditangani akan beresiko menimbulkan masalah perilaku kekerasan. Dilihat dari alasan masuk klien yaitu ketika dirumah mengamuk, mudah tersinggung dan menyerang orang lain, tetapi pada saat pengkajian klien tidak mengalami tanda-tanda perilaku kekerasan. Pasien dengan halusinasi beresiko mengalami resiko perilaku kekerasan, perilaku teror akibat panik, resiko bunuh diri, agitasi, menarik diri, dan tidak mampu berespons lebih dari satu orang. Oleh karena hal tersebut penting bagi pasien dengan halusinasi untuk dilakukan penanganan pengobatan dan tindakan keperawatan (Hermawan, 2011, h 112).

Tujuan dari tindakan yang akan dilakukan kepada pasien dengan gangguan persepsi sensori adalah sebagai berikut, tujuan umum : klien dapat mengontrol halusinasi yang dialaminya. Tujuan khusus : klien dapat membina hubungan saling percaya, klien dapat mengenal halusinasinya, klien dapat mengontrol halusinasinya, klien dapat dukungan dari keluarga dalam mengontrol halusinasinya dan klien dapat memanfaatkan obat dengan baik (Dalami at all, 2009, h 28) berdasarkan asuhan keperawatan yang dilakukan pada Ny. S tujuan tindakan tersebut dimaksudkan agar klien dapat mengenali dan tahu apa yang sebenarnya terjadi pada klien bahwa itu hanyalah halusinasi, sehingga klien mau dan bisa mengontrol halusinasi agar halusinasi tidak muncul dan mengikuti program pengobatan, diharapkan dapat mengembalikan keadaan klien seperti semula dan mencegah timbulnya resiko yang diakibatkan dari masalah utama tersebut.

Intervensi keperawatan yang dilakukan yaitu bina hubungan saling percaya, rasionalnya hubungan saling percaya akan mempermudah petugas medis untuk memberikan terapi (Senyum perawat.com, 2014), adakan kontak sering dan singkat secara bertahap, observasi tingkah laku klien terkait dengan halusinasinya, diskusikan dengan klien apa yang dirasakan ketika terjadi dan beri kesempatan kepada klien untuk mengungkapkan perasaannya, diskusikan dengan klien apa yang dilakukan untuk mengatasi perasaan tersebut, diskusikan tentang dampak yang akan dialaminya bila klien menikmati halusinasinya, diskusikan dengan klien apa yang dirasakan ketika terjadi halusinasi, diskusikan dengan klien apa yang dilakukan untuk mengatasi perasaannya, ajarkan klien cara mengontrol halusinasi dengan menghardik halusinasi, bercakap-cakap dengan orang lain, melaksanakan kegiatan terjadwal dan meminum obat secara teratur. Rencana tersebut dilakukan supaya klien dapat mengenal, mampu mengontrol, mengikuti program pengobatan dan tidak munculnya resiko yang dapat membahayakan klien.

Implementasi yang dilakukan pada tanggal 18-24 November 2015 adalah Mengidentifikasi jenis, isi, waktu, frekuensi, perasaan dan respon klien terhadap halusinasinya, rasionalnya untuk mengetahui hal-hal yang dapat menimbulkan

halusinasi. Melatih mengontrol halusinasi dengan cara melakukan kegiatan, rasionalnya untuk mengajarkan klien cara mengatasi halusinasi dengan tepat. Membimbing pasien memasukan latihan mengontrol halusinasi, rasionalnya agar klien dapat melakukan latihan rutin dan teratur. Melatih cara kontrol halusinasi dengan cara menghardik, rasionalnya untuk mengajarkan klien cara mengatasi halusinasi dengan tepat. Melatih klien cara kontrol halusinasi dengan cara meminum obat dengan benar, rasionalnya untuk mengajarkan klien cara mengatasi halusinasi secara farmakologi dengan tepat. Implementasi yang dilakukan penulis pada kasus ini sedikit berbeda teori yang ditetapkan menurut Fitria (2009, h 62) bahwa perawat dapat melatih empat cara dalam mengendalikan halusinasi pada klien. Keempat cara tersebut sudah terbukti mampu mengontrol halusinasi seseorang. Keempat cara tersebut adalah menghardik halusinasi, bercakap-cakap dengan orang lain, melakukan aktivitas terjadwal, dan mengkonsumsi obat secara teratur. Pada kasus ini penulis menetapkan implementasi cara kontrol halusinasi dengan cara melakukan kegiatan terjadwal terlebih dahulu sebelum cara kontrol halusinasi dengan cara menghardik karena pada kasus ini klien dalam tahap halusinasi yaitu tahap satu (*Comforting*) dimana klien merasa nyaman dan senang dengan halusinasi yang dialami sehingga menurut klien cara kontrol halusinasi dengan menghardik kurang efektif apabila diterapkan terlebih dahulu kepada klien.

Evaluasi adalah proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada klien. Evaluasi dilakukan terus menerus pada respon klien terhadap tindakan yang telah dilaksanakan, evaluasi dapat dibagi dua jenis yaitu evaluasi proses atau formatif dilakukan selesai melaksanakan tindakan, evaluasi hasil atau somatif dilakukan dengan membandingkan respon klien pada tujuan umum dan tujuan khusus yang telah ditentukan (Dalami et al, 2009, h 32). Evaluasi hasil yang didapat setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 6 hari dari tanggal 18-24 November 2015 adalah gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran sudah teratasi. Hal ini ditunjukkan dengan data : S : - O : klien sudah pulang pada tanggal 23 November 2015 pukul 17.00 WIB di jemput oleh

keluarganya. A : masalah klien teratasi. PP : pertahankan intervensi pasien pulang.
PK : - .

Masalah keperawatan yang muncul pada kasus ini adalah yang pertama gangguan persepsi sensori halusinasi : pendengaran, kedua gangguan konsep diri : harga diri rendah, dan ketiga adalah resiko tinggi perilaku kekerasan. Penulis hanya membahas masalah keperawatan gangguan persepsi sensori halusinasi : pendengaran karena masalah tersebut merupakan masalah utama yang harus dibahas dan diselesaikan, apabila masalah tersebut terselesaikan secara otomatis masalah keperawatan kedua dan ketiga akan teratasi pula.

Kelebihan pada klien saat dilakukan tindakan keperawatan yaitu klien kooperative sehingga penulis dapat dengan mudah melakukan asuhan keperawatan yang tepat terhadap klien. Kelemahannya klien memiliki emosi labil sehingga penulis sedikit kesulitan saat berinteraksi dengan klien.

BAB V

PENUTUP

A. Simpulan

Penulis telah melaksanakan asuhan keperawatan jiwa pada Ny. S dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi di Wisma Subadra Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soeroyo Magelang, penulis mengambil simpulan sebagai berikut:

1. Hasil pengkajian pada tanggal 18 November 2015 didapatkan data :
subjektif : klien mengatakan “kadang mendengar suara pacar yang menggombali saya. Saya mendengar suara itu ketika saya sedang sendiri dan melamun, saya mendengar suara itu 1 kali sehari, saya merasa senang ketika mendengar suara itu, saya hanya diam ketika suara itu datang”.
Objektif : klien terlihat bingung, mondar mandir sendiri, klien tampak melamun. kontak mata mudah beralih, klien tampak komat kamit sendiri, klien tampak senyum senyum sendiri
2. Diagnosa yang muncul pada Ny.S adalah gangguan persepsi sensori : halusinasi, gangguan konsep diri : harga diri rendah, resiko perilaku kekerasan. Penulis memprioritaskan gangguan persepsi sensori : halusinasi sebagai masalah utama.
3. Intervensi yang dilakukan pada Ny. S adalah bina hubungan saling percaya, mengidentifikasi jenis, isi, waktu, frekuensi, perasaan dan respon klien terhadap halusinasinya, melatih mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, bercakap-cakap dengan orang lain, melaksanakan kegiatan terjadwal dan minum obat secara teratur.
4. Tindakan keperawatan yang dilakukan pada Ny. S adalah SP 1 mengidentifikasi jenis, isi, waktu, frekuensi, perasaan dan respon klien terhadap halusinasinya, melatih mengontrol halusinasi dengan cara melakukan kegiatan. SP 2 memvalidasi masalah dan latihan sebelumnya, melatih klien cara kontrol halusinasi dengan cara melakukan kegiatan. SP 3

memvalidasi masalah dan latihan sebelumnya, melatih klien cara kontrol halusinasi dengan cara melakukan kegiatan. SP 4 memvalidasi masalah dan latihan sebelumnya, melatih klien cara kontrol halusinasi dengan cara menghardik. SP 5 memvalidasi masalah dan latihan sebelumnya, melatih klien cara kontrol halusinasi dengan obat.

5. Evaluasi hasil yang didapat setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 6 hari dari tanggal 18-24 November 2015 adalah gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran sudah teratasi. Hal ini ditunjukkan dengan data : S : - O : klien sudah pulang pada tanggal 23 November 2015 pukul 17.00 WIB di jemput oleh keluarganya. A : masalah klien teratasi. PP : pertahankan intervensi pasien pulang.

B. Saran

1. Mahasiswa diharapkan lebih bersungguh-sungguh, lebih cermat dan sabar dalam melakukan asuhan keperawatan pada klien halusinasi yang memiliki emosi labil, sehingga dalam pemberian asuhan keperawatan pada klien dapat dilakukan dengan tepat sesuai dengan kebutuhan klien.
2. Perawat diharapkan dapat meningkatkan ilmu pengetahuan dan ketrampilan sesuai perkembangan ilmu dan teknologi sehingga dapat meningkatkan mutu pelayanan kesehatan pada masyarakat.
3. Peran serta keluarga dan masyarakat sangat diharapkan untuk membantu kesembuhan pada klien dengan gangguan jiwa.

DAFTAR PUSTAKA

- Azizah, Lilik Ma'rifatul, 2011, *Keperawatan Jiwa Aplikasi Praktik Klinik*, Graha Ilmu, Yogyakarta.
- Carpenito-Moyet, L. J, 2007, *Buku Saku Diagnosa Keperawatan*, Edisi 10, EGC, Jakarta.
- Dalami, E S.Kp, Suliswati, S.Kp M.Kp, Rochimah, Ns.S.Kep, Rai KS, SKM & Lestari W, SKM, 2009, *Asuhan Keperawatan klien Dengan Gangguan Jiwa*, CV Trans Info Media, Jakarta.
- Fitria, Nita, 2009, *Prinsip dan Aplikasi penulisan Laporan Pendahuluan dan Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan Jiwa*, Salemba Medika, Jakarta.
- George, K Hendra, 2007, *Mengenal Gangguan Jiwa Sejak Dini*, Karya Mandiri Nusantara, Surakarta.
- Hermawan, Ade, 2011, *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Jiwa*. Jakarta: Nuha Medika.
- Prabowo, Eko, 2014, *Konsep Dan Aplikasi Asuhan Keperawatan Jiwa*, Nuha Medika, Yogyakarta.
- Rasmun, 2009, *Keperawatan Kesehatan Mental Psikiatri Terintegrasi Dengan Keluarga*, Sagung Seto, Jakarta.
- Suliswati, dkk, 2005, *Konsep Dasar Keperawatan Kesehatan Jiwa*, EGC, Jakarta.
- www.senyumperawat.com/2014/12/tindakan-keperawatan-untuk-pasien-jiwa.html