ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN GL DENGAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI PENGLIHATAN DI RUANG ARIMBI RSJ PROVINSI BALI TANGGAL 26 – 30 APRIL 2016

OLEH :

I GEDE SUDIATMIKA ADE SAPUTRA

NIM : 13E11096

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN BALI

DENPASAR

2016

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN GL DENGAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI PENGLIHATAN DI RUANG ARIMBI RSJ PROVINSI BALI TANGGAL 26 – 30 APRIL 2016

LAPORAN KASUS
Diajukan sebagai salah satu persyaratan
Dalam menyelesaikan pendidikan pada
Program Studi DIII Keperawatan STIKES Bali

Diajukan Oleh :

I GEDE SUDIATMIKA ADE SAPUTRA
NIM : 13E11096

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN BALI
DENPASAR
2016

PERSYARATAN PERSETUJUAN PEMBIMBING

Laporan kasus dengan judul **"ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN GL DENGAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI: HALUSINASI PENGLIHATAN DI RUANG ARIMBI RSJ PROVINSI BALI TANGGAL 26 APRIL – 30 APRIL 2016"** telah mendapat persetujuan pembimbing dan dapat diajukan kehadapan Tim Penguji Laporan Kasus pada Program Studi DIII Keperawatan STIKES BALI.

Denpasar, 31 Mei 2016

Pembimbing

(Ns. I Nyoman Dharma Wisnawa, S.Kep)
NIDN .0808028601

PERSYARATAN PERSETUJUAN PEMBIMBING

Laporan kasus dengan judul **"ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN GL DENGAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI: HALUSINASI PENGLIHATAN DI RUANG ARIMBI RSJ PROVINSI BALI TANGGAL 26 APRIL – 30 APRIL 2016"** telah mendapat persetujuan pembimbing dan dapat diajukan kehadapan Tim Penguji Laporan Kasus pada Program Studi DIII Keperawatan STIKES BALI.

Denpasar, 31 Mei 2016

Pembimbing

(I Wayan Suarjaya, S.Kep., Ns.)

NIP. 197407051998031008

PERSYARATAN PENGESAHAN

Laporan kasus dengan judul **"ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN GL DENGAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI: HALUSINASI PENGLIHATAN DI RUANG ARIMBI RSJ PROVINSI BALI TANGGAL 26 APRIL – 30 APRIL 2016"** telah di sajikan di depan Dewan Penguji pada Tanggal 16 Juni 2016, dan diterima serta disyahkan oleh Dewan Penguji Ujian Akhir Program dan Ketua STIKES BALI.

Denpasar, 23 Juni 2016

Disyahkan oleh

Dewan Penguji Ujian Akhir Program

1. Drs. I Ketut Widia, BN.Stud., MM. NIP.19510904 197903 1001
2. Ns. I Wayan Suarjaya, S.Kep. ..... NIP. 19740705 199803 1008
3. Ns. I Nyoman Dharma Wisnawa, S.Kep. ..... NIDN. 0808028601

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bali

Ketua

Drs. I Ketut Widia, BN.Stud., MM.

NIP : 19510904 197903 1001

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat rahmat-Nyalah penulis dapat menyusun laporan kasus yang berjudul **" ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN GL DENGAN PERUBAHAN PERSEPSI SENSORI: HALUSINASI PENGLIHATAN DI RUANG ARIMBI RSJ PROVINSI BALI TANGGAL 26 APRIL – 30 APRIL 2016",** yang terselesaikan tepat pada waktunya.

Laporan kasus ini disusun sebagai salah satu persyaratan dalam menyelesaikan pendidikan di STIKES BALI Denpasar Program Studi DIII Keperawatan.

Dalam menyusun laporan kasus ini banyak mendapat bimbingan dan masukan baik materi maupun tekhnik penulisan dari berbagai pihak. untuk itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terimakasih kepada yang terhormat:

1. Bapak dr. Gede Bagus Darmayasa M.Repro. Selaku Direktur Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali beserta staf yang telah memberikan ijin praktek dan masukan-masukan dan sumber-sumber yang berkaitan dengan penyusunan laporan kasus ini.
2. Bapak Drs. I Ketut Widia, BN.Stud.MM. Selaku Ketua STIKES Bali dan selaku Penguji utama, yang telah banyak memberikan dukungan dalam mendidik penulis dari awal mengikuti pendidikan sampai saat ini.

3. Bapak Ns. I Gede Satria Astawa, S Kep. Selaku Ketua Prodi DIII Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKES) BALI, beserta staf yang telah memberikan ijin dan petunjuk kepada penulis dalam menyusun laporan kasus ini
4. Bapak I Wayan Suarjaya, S.Kep, Ns. Selaku pembimbing di RSJ Provinsi Bali beserta staf di ruang Arimbi yang telah banyak meluangkan waktu untuk memberikan petunjuk dan masukan-masukan kepada penulis dalam menyelesaikan laporan kasus ini.
5. Bapak Ns. I Nyoman Dharma Wisnawa, S.Kep Selaku pembimbing akademik yang telah memberikan bimbingan, motivasi, petunjuk dan arahan kepada penulis dalam menyusun laporan kasus ini.
6. Seluruh staf dosen Program Studi DIII Keperawatan STIKES Bali atas segala bimbingannya selama penulis mengikuti pendidikan .
7. Keluarga GL yang telah bersedia memberikan informasi dan kerjasama yang dibutuhkan penulis di dalam penyusunan laporan kasus ini .
8. Bapak, Ibu, Adik dan keluarga tercinta yang telah memberikan bantuan dan dukungan dalam menyelesaikan laporan ini.
9. Seluruh rekan mahasiswa Program Studi DIII Keperawatan STIKES Bali Denpasar dan semua pihak yang telah membantu baik secara langsung maupun tidak langsung yang pada kesempatan ini tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Semoga segala bantuan yang telah diberikan kepada penulis mendapat imbalan dari Tuhan Yang Maha Esa.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa laporan kasus ini jauh dari sempurna, oleh karena itu maka kritik dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak penulis harapkan, guna kesempurnaan laporan kasus ini.

Akhir kata penulis mengharapkan semoga laporan kasus ini bermanfaat bagi semua pihak.

Denpasar, Mei 2016

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman

HALAMAN JUDUL i
LEMBAR PERSETUJUAN ii
LEMBAR PENGESAHAN iv
KATA PENGANTAR v
DAFTAR ISI viii
DAFTAR TABEL x
DAFTAR GAMBAR xi
DAFTAR LAMPIRAN xii
BAB I PENDAHULUAN 1
A. Latar Belakang 1
B. Tujuan Penulisan 5
C. Metode Penulisan 5
D. Sistematika Penulisan 5
BAB II TINJAUAN TEORI DAN TINJAUAN KASUS 7
A. Tinjauan Teori 7
1. Konsep Dasar Teori Skizofrenia 7
a. Pengertian 7
b. Etiologi 7
c. Tanda Dan Gejala 9
d. Tipe Skizofrenia 12
2. Konsep Dasar Teori Halusinasi 13
a. Pengertian 13
b. Jenis-jenis Halusinasi 14
c. Tanda Dan Gejala 15
d. Rentan Respon Neurobiologis 17
e. Fase-fase Halusinasi 20
f. Etiologi 21
g. Penatalaksanaan Medis 23

3. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Halusinasi 25
a. Pengkajian 26
b. Perencanaan 34
c. Pelaksanaan 57
d. Evaluasi 57
B. Tinjauan Kasus 58
1. Pengkajian 58
2. Perencanaan 73
3. Pelaksanaan 81
4. Evaluasi 86

BAB III PEMBAHASAN 89
A. Pengkajian 89
B. Perencanaan 91
C. Pelaksanaan 92
D. Evaluasi 94
BAB IV PENUTUP 96
A. Kesimpulan 96
B. Saran 98
DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR TABEL

Tabel **Halaman**

1. FASE-FASE HALUSINASI, KARAKTERISTIK DAN PERILAKUNYA 20

2. INTERVENSI KEPERAWATAN PADA KLIEN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI: HALUSINASI 49

3. ANALISA DATA KEPERAWATAN KLIEN Tn. GL DENGAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI: HALUSINASI PENGELIHATAN DI RUANG ARIMBI RS JIWA PROVINSI BALI TANGGAL 26 s/d 30 APRIL 2016 71

4. RENCANA KEPERAWATAN KLIEN GL DENGAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI PENGLIHATAN DI RUANG ARIMBI RSJ PROPINSI BALI 74

5. PELAKSANAAN KEPERAWATAN PADA KLIEN GL DENGAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI: HALUSINASI PENGELIHATAN DIRUANG ARIMBI RSJ PROVINSI BALI TANGGAL 26 APRIL – 30 APRIL 2016 81

6. EVALUASI KEPERAWATAN PADA KLIEN GL DENGAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI :HALUSINASI PENGLIHATAN DI RUANG ARIMBI RSJ PROPINSI BALI TANGGAL 26 s/d 30 APRIL 2016 86

DAFTAR GAMBAR

Halaman

Gambar. 1 Rentang Respon Neurobiologis..... 17

Gambar 2. Pohon Masalah Halusinasi 33

Gambar. 3 genogram keluarga klien 62

Gambar. 4 Pohon Masalah 72

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Strategi Pelaksanaan Klien dan Strategi Pelaksanaan Keluarga

Lampiran 2. Satuan Acara Penyuluhan

Lampiran 3. Daftar Kegiatan Harian Klien

Lampiran 4. Laeflet/Brosur

Lampiran 5. Surat Tugas

Lampiran 6. Dokumentasi

Lampiran 7. Bukti Bimbingan

BAB I
PENDAHULUAN

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Adanya perang, konflik, dan lilitan krisis ekonomi berkepanjangan merupakan salah satu pemicu timbulnya stres, depresi dan berbagai gangguan kesehatan jiwa pada manusia (Yosep, 2014). Dimasa lalu gangguan jiwa merupakan sebuah kejadian kerasukan setan atau hukuman karena pelanggaran sosial, agama, atau norma sosial. Oleh sebab itu penderita disiksa, diejek, dihukum, dan dijauhi oleh masyarakat (Prabowo, 2014).

Sistem kesehatan belum memadai menanggapi beban gangguan mental. Akibatnya, terjadi kesenjangan antara kebutuhan untuk pengobatan dan penyediaan alat di seluruh dunia. Di negara-negara berpenghasilan rendah dan pendapatan menengah, antara 76 % dan 85 % dari orang-orang dengan gangguan mental tidak menerima pengobatan untuk gangguan mereka. Di negara-negara berpenghasilan tinggi, antara 35 % dan 50 % dari orang-orang dengan gangguan mental berada dalam situasi yang sama (WHO, 2016).

Skizofrenia sebagai penyakit neurologis yang memengaruhi persepsi klien, cara berfikir, bahasa, emosi, dan perilaku sosialnya (Melinda Hermann, 2008. dalam Direja, 2011). *Skizofrenia* ditandai dengan distorsi dalam pemikiran, persepsi, emosi, bahasa, kesadaran diri dan perilaku. Pengalaman umum termasu mendengar suara-suara dan

delusi. Di seluruh dunia, *skizofrenia* dikaitkan dengan kecacatan yang cukup besar dan dapat mempengaruhi kinerja pendidikan dan pekerjaan. Orang dengan *skizofrenia* 2-2,5 kali lebih mungkin meninggal dini daripada populasi umum. Hal ini sering disebabkan penyakit fisik, seperti kardiovaskular, metabolisme dan penyakit menular. Stigma, diskriminasi dan pelanggaran hak asasi manusia dari orang dengan *skizofrenia* adalah umum. *Skizofrenia* dapat diobati. Pengobatan dengan obat-obatan dan dukungan psikososial efektif. Fasilitasi hidup dibantu, didukung perumahan dan didukung kerja adalah strategi manajemen yang efektif bagi orang-orang dengan *skizofrenia* (WHO, 2016).

Gangguan psikotik ditandai dengan disregulasi proses berpikir. Secara khusus, *skizofrenia* memiliki gejala khas dari delusi atau keyakinan yang salah dan halusinasi seperti mendengar dan atau melihat informasi sensorik yang tidak benar-benar hadir dan tidak jelas kepada orang lain. Gangguan schizoafektif adalah gangguan di mana, seperti namanya, individu memiliki fitur dari kedua *skizofrenia* dan suasana hati disorders. Biasanya, gangguan psikotik yang diobati dengan obat antipsikotik dan beberapa bentuk interventions Psikososial (CDC, 2016).

Berdasarkan laporan tahunan Rumah sakit jiwa provinsi bali tahun 2016 dari tiga bulan terakhir (januari, pebruari, maret) diperoleh data bahwa dari 1387 klien yang masuk dan dirawat inap di RSJ provinsi bali terdapat 1057 klien (76,2%) yang menderita *skizofrenia* diantaranya 715 laki-laki (67,6%) dan 342 perempuan (32,4%) (rekam medik RSJ

Provinsi bali, 2014), Berdasarkan laporan tahunan RS Provinsi bali tahun 2016 bulan (januari, pebruari,maret), bulan januari diperoleh data bahwa dari 464 klien yang masuk dan dirawat inap di RSJ Provinsi bali terdapat 354 klien (76,2%) yang menderita *skizofrenia* diantaranya 227 laki-laki (64,1%) dan 127 perempuan (35,9%). Bulan pebruari diperoleh data bahwa dari 458 klien yang masuk dan di rawa tinap di RSJ terdapat 348 klien (76 %) yang menderita *skizofrenia* diantaranya 238 laki-laki (68,3%) dan 110 perempuan (31,7 %). Bulan maret diperoleh data bahwa dari 465 klien yang masuk dan dirawat inap terdapat 355 (76,3%) klien yang menderita *skizofrenia* diantaranya 250 laki-laki (70,4%) dan 105 perempuan (29,6 %). Data yang diperoleh diruang Arimbi RSJ provinsi bali tiga bulan terakhir (januari, pebruari, maret) pada bulan januari dari 33 orang klien 4 orang (12,1%) menderita defisit perawatan diri (DPD), 2 orang (6,1%) menderita gangguan konsep diri harga diri rendah (HDR), 2 orang (6,1%) menderita kerusakan interaksi sosial (KIS), 2 orang (6,1%) orang menderita gangguan proses pikir: waham, 10 orang (30,3%) menderita halusinasi, 13 orang (39,3%) menderita prilaku kekerasan. Pada bulan pebruari terdapat 40 orang klien diantaranya 6 orang (15%) menderita DPD, 3 orang (7,5) menderita HDR, 4 orang (10%) menderita KIS, 4 orang (10%) menderita waham, 8 orang (20%) menderita halusinasi, 14 orang (35%) menderita RPK, 1orang (2,5%) menderita resiko bunuh diri. Pada bulan maret terdapat 33 orang klien, 4 orang (12,1%) menderita DPD, 6 orang (18,1%) menderita HDR, 2 orang (6,0%)

menderita KIS, 5 orang (15,1%) menderita waham, 14 orang (42,4%) menderita halusinasi dan 2 orang (6,0%) menderita PK.

Dari data diatas dapat diperoleh bahwa kasus halusinansi berada di urutan kedua pada data diruangan Arimbi RSJ Provinsi Bali dari bulan januari-maret 2016 dengan persentase 30,3% di bulan januari dan 20% di bulan februari. Respon klien terhadap halusinasi dapat berupa curiga, ketakutan perasaan tidak aman, gelisah, dan bingung, perilaku merusak diri kurang perhatian, tidak mampu mengambil keputusan serta tidak dapat membedakan nyata dan tidak nyata (Stuart dan Laraina, 2005. dalam buku Muhith, 2015).

Berdasarkan hal tersebut di atas penulis tertarik mengambil *study* kasus yang berjudul. "Asuhan Keperawatan Pada Klien GL Dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Penglihatan Di Ruang Arimbi RSJ Provinsi Bali".

Manfaat yang ingin penulis dapatkan adalah mampu memberikan Asuhan Keperawatan pada klien dengan gangguan persepsi sensori. Halusinasi Penglihatan. Selain itu dengan penulisan laporan ini diharapkan bermanfaat terhadap pelayanan keperawatan khususnya dalam bidang asuhan keperawatan jiwa pada klien dengan perubahan persepsi sensori: halusinasi penglihatan.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

   Memperoleh gambaran secara umum tentang klien yang mengalami gangguan persepsi sensori halusinasi pengelihatan di ruang Arimbi RSJ Provinsi Bali.

2. Tujuan Khusus

   Dalam prosesnya diharapkan penulis mampu:

   a. Melakukan pengkajian dan perumusan diagnosa kepada klien yang mengalami gangguan persepsi sensori: halusinasi pengelihatan.
   b. Melakukan penyusunan perencanaan terhadap klien yang mengalami gangguan persepsi sensori: halusinasi pengelihatan.
   c. Melaksanakan tindakan keperawatan terhadap klien dan keluarga dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi pengelihatan.
   d. Melakukan evaluasi tindakan keperawatan pada klien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi penglihatan.

C. Metode Penulisan

Laporan kasus ini ditulis dengan metode deskriptif dengan teknik pengumpulan data : wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan dokumentasi rekam medis dan *home visit.*

D. Sistematik Penulisan

Dalam penyusunan laporan kasus ini, secara garis besar dibagi menjadi 4 (empat) BAB. Adapun sistematika penulisannya sebagai berikut: BAB I: Pendahuluan, menguraikan tentang latar belakang, tujuan

dan metode serta sistematika penulisan, BAB II: Tinjauan teori mencakup tinjauan teoritis dan tinjauan kasus, dimana tinjauan teoritis meliputi konsep dasar kasus dan konsep dasar asuhan keperawatan. Konsep dasar teori menguraikan pengertian, jenis - jenis halusinasi, psikopatologi halusinasi, etiologi, penatalaksanaan medis. Konsep dasar asuhan keperawatan kasus meliputi pengkajian, perencanaan dan evaluasi sedangkan pada tinjauan kasus meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. BAB III: Pembahasan, yang membahas mengenai kesenjangan antara asuhan keperawatan yang diberikan di lapangan dengan teori yang seharusnya dilaksanakan. BAB IV: Penutup, terdiri dari kesimpulan dan saran.

BAB II
TINJAUAN TEORI
&
TINJAUAN KASUS

BAB II

TINJAUAN TEORITIS DAN TINJAUAN KASUS

A. Tinjauan Teoritis

1. Konsep Dasar Teori *Skizofrenia*

a. Pengertian

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

Skizofrenia merupakan penyakit neurologis yang memengaruhi persepsi klien, cara berpikir, bahasa, emosi dan perilaku sosialnya (Melinda Hermann, 2008. dalam Yosep, 2014).

Jadi *skizofrenia* adalah gangguan sistem saraf yang merusak proses pikir, emosi, tingkah laku, dan mengubah persepsi klien.

b. Etiologi

Di dalam otak terdapat milyaran sambungan sel. Setiap sambungan sel menjadi tempat untuk meneruskan maupun menerima pesan dari sambungan sel yang lain. Sambungan sel tersebut melepaskan zat kimia yang disebut neurotransmiter yang membawa pesan dari ujung sambungan sel yang satu ke ujung sambungan sel yang lain. Di dalam

otak yang terserang *skizofrenia*, terdapat kesalahan atau kerusakan pasa sistem komunikasi tersebut.

Bagi keluarga dengan penderita *skizofrenia* di dalamanya, akan mengerti dengan jelas apa yang dialami penderita *skizofrenia* dengan membandingkan otak dengan telepon. Pada orang yang normal, sistem *switch* pada otak bekerja dengan normal. Sinyal-sinyal persepsi yang datang dikirim kembali dengan sempurna tanpa ada gangguan sehingga menghasilkan perasaan, pemikiran, dan akhirnya melakukan tindakan sesuai kebutuhan saat itu. Pada otak klien *skizofrenia*, sinyal-sinyal yang dikirim mengalami gangguan sehingga tidak berhasil mencapai sumbangan sel yang dituju.

Skizofrenia terbentuk secara bertahap dimana keluarga maupun klien tidak menyadari ada sesuatu yang tidak beres dalam otaknya dalam kurun waktu yang lama. Kerusakan yang perlahan-lahan ini yang akhirnya menjadi *skizofrenia* yang tersembunyi dan berbahaya. Gejala yang timbul perlahan-lahan ini bisa saja menjadi *skizofrenia*. Periode *skizofrenia* akut adalah gangguan yang singkat dan kuat, yang meliputi halusinasi, penyesatan pikiran (dilusi), dan kegagalan berpikir.

Kadang kala menyerang secara tiba-tiba. Perubahan perilaku yang sangat dramatis terjadi dalam beberapa hari atau minggu. Serangan yang memdadak selalu memicu terjadinya periode akut secara cepat. Beberapa penderita mengalami gangguan seumur hidup, tapi banyak juga yang

bisa kembali hidup secara normal dalam periode akut tersebut. Kebanyakan didapati bahwa mereka dikucilkan, menderita depresi yang hebat, dan tidak dapat berfungsi sebagai mana layaknya orang normal dalam lingkungannya. Dalam beberapa kasus, serangan dapat meningkat menjadi apa yang disebut *skizofrenia* kronis. Klien menjadi buas, kehilangan karakter sebagai manusia dalam kehidupn sosial, tidak memiliki motivasi sama sekali, depresi, dan tidak memiliki kepekaan tentang perasaannya sendiri (Yosep, 2014).

c. Tanda dan Gejala

Secara general gejala serangan *skizofrenia* dibagi menjadi 2 , yaitu:

1) Gejala positif

Halusinai selalu terjadi saat rangsangan terlalukuat dan otak tidak mampu menginterprestasikan dan merespon pesan atau rangsangan yang datang. Klien *skizofrenia* mungkin mendengar suara-suara atau melihat seseuatu yang sebenarnya tidak ada, atau mengalami suatu sensasi yang tidak biasa pada tubuhnya. *Auditoryhallucinations*, gejala yang biasanya timbul yaitu klien merasakan ada suara dari dalam dirinya. Kadang suara itu dirasakan menyejukkan hati, memberi kedamaian, tapi kadang suara itu menyuruhnya melakukan sesuatu yang sangt berbahaya seperti bunuh diri.

Penyesatan pikiran atau delusi adalah kepercayaan yang kuat dalam menginterpretasikan sesuatu yang kadang berlawanan dengan kenyataan. Misalnya, pada penderita *skizofrenia* lampu trafick di jalan raya yang berwarna merah-kuning-hijau, dianggap sebagai suatu isyarat dari luar angkasa. beberapa penderita *skizofrenia* berubah menjadi seorang paranoid. mereka selalu merasa sedang diamat-amati, diintai, atau hendak diserang.

Kegagalan berpikir mengarah kepada masalah dimana klien *skizofrenia* tidak mampu memproses dan mengatur pikirannya. Kebanyakan klien tidak mampu memahami hubungan antara kenyataan dan logika. Karena klien *skizofrenia* tidak mampu mengatur pikirannya membuat mereka berbicara secara serampangan dan tidak bisa ditangkap secara logika. Ketidak mampuan dalam berpikir mengakibatkan ketidakmampuan mengendalikan emosi emosi dan perasaan. Hasilnya, kadang penderita *skizofrenia* tertawa atau berbicara sendiri dengan keras tanpa memperdulikan sekelilingnya.

Semua itu membuat penderita *skizofrenia* tidak bisa memahami siapa dirinya, tidak berpakaian dan tidak mengerti apa itu manusia. Dia juga tidak bisa mengeri kapan dia lahir, dimana dia berada dan sebagainya.

2) Gejala Negatif

Klien *skizofrenia* kehilangan motivasi dan apatis berarti kehilangan energi dan minat dalam hidup yang membuat klien menjadi orang yang malas. Karena klien *skizofrenia* hanya memiliki energi yang sedikit, mereka tidak bisa melakukan hal-hal yang lain selain tidur dan makan. Perasaan yang tumpul membuat emosi klien *skizofrenia* menjadi datar. Klien *skizofrenia* tidak memiliki ekspresi baik dari raut muka maupun gerakan tangannya, seakan-akan dia tidak memiliki emosi apapun. Tapi ini tidak berarti bahwa klien *skizofrenia* tidak bisa merasakan perasaan apapun. Mereka mungkin bisa menerima pemberian perhatian orang lain, tetapi tidak bisa mengekspresikan perasaan mereka.

Depresi yang tidak mengenal perasaan ingin tolong dan berharap, selalu menjadi bagian dari hidup klien *skizofrenia*. Mereka tidak merasa memiliki perilaku yang menyimpang, tidak bisa membina hubungan relasi dengan orang lain, dan tidak mengenal cinta.perasaan depresi adalah suatu yang sangat menyakitkan. Disamping itu, perubahan otak secara biologis juga memberi andil dalam depresi. Depresi yang berkelanjutan akan membuat klien *skizofrenia* menarik diri dari lingkungannya. Mereka selalu merasa aman bila sendirian. Dalam beberapa kasus, *skizofrenia* menyerang manusia usia muda antara 15 hingga 30 tahun, tetapi serangan

kebanyakan terjadi pada usia 40 tahun keatas. *Skizofrenia* bis menyerang siapa saja tanpa mengenal jenis kelamin, ras, maupn tingkat sosial ekonomi. Diperkirakan penderita *skizofrenia* sebanyak 1 % dari jumlah manusia yang ada di bumi.

d. Tipe *Skizofrenia*

Menurut Direja, (2011) tipe *skizofrenia* dapat di bedakan menjadi 7 yaitu :

a) *Skizofrenia* simplex

Dengan gejala utama kedang kala emosi dan kemunduran, kemauan.

b) *Skizofrenia* hebefrenik

Gejala utama gangguan proses pikir gangguan kemauan dan depersonalisasi. Banyak terdapat waham dan halusinasi.

c) *Skizofrenia* katatonik

Dengan gejala utama pada psikomotor seperti stupor maupun gaduh gelisah katatonik.

d) *Skizofrenia* Paranoid

Dengan gejala utama kecurigaan yang ekstrim disertai waham kejar atau kebesaran.

e) Episode *Skizofrenia* Akut (Lir Schizoprenia)

Adalah kondisi akut mendadak yang disertai dengan perubahan kesadaran, kesadaran mungkin berkabut.

f) *Skizofrenia* Psiko-afektif

Yaitu gejala utama *skizofrenia* yang menonjol dengan disertai gejala depresi atau mania.

g) *Skizofrenia* residual

Adalah *skizofrenia* dengan gejala-gejala primernya dan muncul setelah beberapa kali serangan *skizofrenia*.

2. Konsep Dasar Teori Halusinasi

a. Pengertian

Halusinasi merupakan gangguan atau perubahan persepsi dimana pasien mempersepsikan sesuatu yang sebenarnya tidak terjadi. Suatu penerapan panca indra tanpa ada rangsangan dari luar. Suatu penghayatan yang di alami suatu persepsi melalui panca indra tanpa stimulus eksteren : persepsi palsu (Maramis, 2005. dalam Prabowo, 2014).

Halusinasi dapat di definisikan sebagai terganggunya persepsi sensori seseorang dimana tidak terdapatnya stimulus (Varcarolis, 2006 dalam Yosep, 2014).

Yosep (2014) menyebutkan bahwa 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 yang ”terepsesi”.

Halusinasi dapat terjadi karena dasar-dasar organik fungsional, psikotik maupun histerik.

Dari pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa halusinasi adalah salah satu gangguan persepsi, dimana terjadi pengalaman panca indera tanpa adanya rangsangan sensorik (persepsi indera yang salah).

b. Jenis – Jenis Halusinasi

Halusinasi dapat dibagi menjadi tujuh jenis, diantaranya : Halusinasi pendengaran *(auditory)*, halusinasi penglihatan *(visual)*, halusinasi penghidu *(olfaktorik)*, halusinasi pengecapan *(gustatorik)*, halusinasi raba *(taktil)*, halusinasi cenestetic, dan halusinasi kinestetik.

1) Halusinasi Pendengaran *(Auditory-hearning voices of sound)*

Klien mendengar suara-suara atau bisikan, paling sering suara orang. Suara berbentuk kebisingan yang kurang jelas sampai kata-kata yang berbicara tentang klien, bahkan sampai ke percakapan lengkap antara dua orang atau lebih tentang orang yang mengalami halusinasi. Pikiran yang terdengar dimana klien mendengar perkataan bahwa klien disuruh untuk melakukan sesuatu kadang-kadang dapat membahayakan.

2) Halusinasi Penglihatan *(Visual-seeing persons or things)*

Stimulus visual dalam bentuk kilatan cahaya, gambar geometris, gambar karton, bayangan yang rumit atau kompleks. Bayangan bisa menyenangkan atau menakutkan seperti melihat monster.

3) Halusinasi Penghidu *(Olfactory-smelling odors)*

Membaui bau-bauhan tertentu seperti bau darah, urin, atau feces, umumnya bau-bauhan yang tidak menyenangkan. Halusinasi penghidu sering akibat stroke, tumor, kejang atau demensia.

4) Halusinasi Pengecapan *(Gustatoriy-experiencing testes).*

Merasa mengecap rasa seperti rasa darah, urin atau feces.

5) Halusinasi Perabaan *(Tactile-feeling bodily sensations).*

Mengalami nyeri atau ketidaknyaman tanpa stimulus yang jelas. Rasa tersetrum listrik yang datang dari tanah, benda mati, atau orang lain.

6) *Cenesthetic & kinestetic hallucinations.*

Klien melaporkan bahwa fungsi tubuhnya tidak dapat terdeteksi misalnya tidak adanya denyutan di otak, atau sensai pembentukan urine dalam tubuhnya, perasaan tubuhnya melayang di atas bumi, klien terlihat menatap tubuhnya sendiri dan terlihat merasakan sesuatu yang aneh tentang tubuhnya. (Videbeck, 2004. dalam Yosep, 2014)

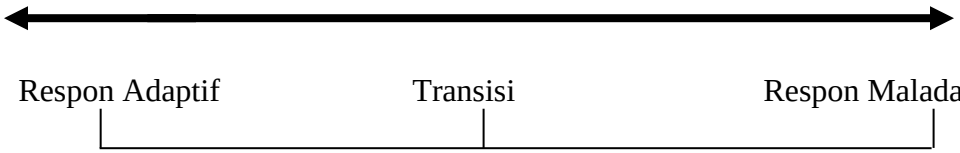
c. Tanda dan Gejala

Menurut Hamid yang dikutip oleh jallo (2008), dan menurut Kliat dukutip oleh Syahbana (2009) dalam Eko Prabowo (2014) prilaku pasien yang berkaitan dengan halusinasin adalah sebagai berikut:

- Bicara, senyum, ketawa sendiri

- Menggerakan bibir tanpa suara
- Menarik diri dari orang lain
- Tidak bisa membedakan antara keadaan nyata dan keadaan yang tidak nyata
- Terjadi peningkatan denyut jantung
- Perhatian dengan lingkungan yang kurang
- Curiga, bermusuhan
- Sulit berhubungan dengan orang lain
- Ekspresi muka tegang
- Tidak mampu mengikuti perintah
- Tampak tremor dan berkeringat.

d. Rentang respon neurobiologis menurut (Stuart dan Sundeen, 1998 dalam Prabowo, 2014) dapat di gambarkan sebagai berikut:



• Pikiran logis	• Kadang-kadang proses pikir terganggu	• Kelainan pikir dan Delusi
• Persepsi akurat	• Ilusi	• Halusinasi
• Emosi konsisten dengan pengalaman	• Reaksi emosi berlebihan atau kurang	• Sulit merespon emosi
• Perilaku cocok	• Perilaku yang tidak biasa	• Prilaku disorganisasi
• Hub sosial harmonis	• Menarik diri	• Isolasi sosial

Gambar. 1
Rentang Respon Neurobiologis

Rentang respon neurobiologis pada gambar tersebut dapat dijelaskan sebagai berikut:

1) Pikiran logis: yaitu ide yang berjalan secara logis dan koheren
2) Persepsi akurat: yaitu proses di terimanya rangsang melalui panca indera yang didahului oleh perhatian *(attetion)* sehingga individu sadar tentang sesuatu yang ada di dalam maupu di luar dirinya.
3) Emosi konsisten: yaitu manifestasi perasaan yang konsisten atau afek keluar di sertai banyak komponen fisiologik dan biasanya berlangsung tidak lama.
4) Prilaku sesuai: prilaku individu berupa tindakan nyata dalam penyelesaian masalah masih dapat diterima oleh norma-norma sosial dan budaya umum yang berlaku.
5) Hubungan sosial harmonis: yaitu hubungan yang dinamis menyangkut hubungan antar individu dan individu, individu dan kelompok dalam bentuk kerjasama.
6) Proses pikir kadang terganggu
7) Ilusi: yaitu manifestasi dari persepsi impuls eksternal melalui alat panca indera yang memproduksi gambaran sensorik pada area tertentu di otak kemudian diinterpretasi sesuai dengan kejadian yang telah dialami sebelumnya.
8) Emosi berlebihan atau kurang: yaitu perasaan atau afek keluar atau kurang.

9) Prilaku tidak sesuai: yaitu perilaku indivuidu berupa tindakan nyata dalam penyelesaian masalahnya tidak di terima oleh norma-norma sosial atau budaya umum yang berlaku.
10) Menarik diri: yaitu percobaan untuk menghindari interaksi dengan orang lain, menghindari hubungan denganorang lain.
11) Waham: yaitu keyakinan terhadap sesuatu yang salah dan secara kukuh di pertahankan walaupun tidak diyakini oleh orang lain dan bertentangan dengan realita normal.
12) Halusinasi: yaitu persepsi klien terhadap lingkungan tanpa stimulus yang nyata.
13) Perilaku aneh: prilaku individu berupa tindakan nyata dalam menyelesaikan masalah tidak di terima oleh norma-norma sosial atau budaya umum yang berlaku.
14) Isolasi sosial: menghindari dan dihindari oleh lingkungan sosial dalam berinteraksi.

Berdasarkan gambar di ketahui bahwa halusinasi merupakan respon persepsi paling maladaptif. Jika klien sehat, persepsinya akurat, mampu mengidentifikasi dan menginterpretasikan stimulus berdasarkan informasi yang di terima melalui panca indra (pendengaran, penglihatan, penghidu, pengecapan, dan perabaan), sedangkan klien dengan halusinasi mempersepsikan suatu stimulus panca indra walaupun sebenarnya stimulus tidak ada.

e. Fase-Fase Halusinasi (Yosep, 2014)

TABEL. 1

FASE-FASE HALUSINASI, KARAKTERISTIK DAN PERILAKUNYA

Fase 1: *Sleep Disorder* Fase awal seseorang sebelum muncul hallusinasi	Klien merasa banyak masalah, ingin menghindar dari lingkungan, takut diketahui orang lain bahwa dirinya banyak masalah. Masallah makin terasa sulit karena berbagai stresor terakumulasi, misalnya kekasih hamil; terlibat narkoba, dihianati kekasih, masalah di kampus, PHK di tempat kerja, penyakit, utang, nilai di kampus, *drop out* dsb. Masalah terasa menekan karena terakumulasi sedang *support system* kurang dan persepsi terhadap masalah buruk. Sulit tidur berlangsung terus-menerus sehingga terbiasa menghayal. Klien menganggap lamunan-lamunan awal tersebut sebagai pemecah masalah.
Fase 2: *Comforting* *Moderate level ofanxiety* Halusinasi secara umum ia terima sebagai sesuatu yang alami	Klien mengalami emosi yang berlanjut seperti adanya perasaan cemas, kesepian, perasaan berdosa, ketakutan dan mencoba memusatkan pemikiran pada timbulnya kecemasan. Ia beranggapan bahwa pengalaman pikirin dan sensorinya dapat ia kontor bila kecemasannya diatur, dalam tahap ini ada kecenderungan klien merasa nyaman dengan halusinasinya.
Fase 3: *Condeming* *Severe level of anxiety* Secara umum halusinasi sering mendatangi klien	Pengalaman sensori klien menjadi sering datang dan mengalaminya. Klien mulai merasa tidak mampu lagi mengontrolnya dan mulai berupanya menjaga jarak antara dirinnya dengan objek yang dipersepsikan klien mulai menarik diri dari orang lain dengan intensitas waktu yang lama.
Fase 4: *Controling* *Severe level of anxiety* Fungsi sensori menjadi tidak relefan dengan kenyataan	Klien mencoba melawan suara-suara atau *sensory abnormal* yang datang. Klien dapat merasakan kesepian bila halusinasinya berakhir, dari sinilah dimulai fase gangguan *psychotic*
Fase 5: Conquering	Pengalaman sensorinya terganggu, klien mulai merasa terancam dengan datangnya suara-suara terutama bila klien

Panic level of anxiety Klien mengalami gangguan dalam menilai lingkungannya	tidak dapat menuruti ancaman atau perintah yang ia dengar dari halusinasinya. Halusinasi dapat berlangsung selama minimal 4 jam atau seharian bila klien tidak mendapatkan komunikasi terapeutik. Terjadi psikotik berat

f. Etiologi

1) Faktor Predisposisi

Beberapa faktor predisposisi yang berkontribusi pada munculnya respon neurobiologi seperti pada halusinasi antara lain:

a) Faktor Perkembangan

Tugas perkembangan klien yang mengganggu misalnya rendahnya kontrol dan kehangatan keluarga menyebabkan klien tidak mampu mandiri sejak kecil, mudah frustasi, hilang percaya diri dan lebih rentan terhadap stres.

b) Faktor sosiokultural

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

c) Faktor Biokimia

Mempunyai pengaruh terhadap terjadinya gangguan jiwa adannya stres yang berlebihan dialami seseorang maka di dalam tubuh akan di hasilkan suatu zat yang dapat bersifat

halusinogenik neurokimiaseperti *Buffofenon* dan *Dimetytranferase* (DMD). Akibat stres berkepanjangan menyebabkan teraktivasinya neurotransmiter otak.

d) Faktor Psikologis

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

e) Faktor genetik dan pola asuh

Penelitian menunjukan bahwa anak sehat yang di asuh oleh orang tua *skizofrenia* cenderung mengalami *skizofrenia*. Hasil studi menunjukan bahwa faktor keluarga menunjukan hubungan yang sangat berpengaruh pada penyakit ini. (Yosep, 2014)

2) Faktor Presipitasi

Faktor – faktor pencetus Neurobiologis, meliputi:

a) Berlebihannya proses informasi pada sistem syaraf yang menerima dan memproses informasi di thalamus dan frontal otak.

b) Mekanisme penghantar listrik di syaraf tergantung (mekanisme gating abnormal)

c) Gejala – gejala pemicu seperti kondisi kesehatan, lingkungan, sikap dan perilaku.

3) Mekanisme Koping

Mekanisme koping yang sering digunakan klien dengan halusinasi meliputi:

a) Regresi, menjadi malas beraktivitas
b) Proyeksi mencoba menjelaskan gangguan persepsi dengan mengalihkan tanggung jawab kepada orang lain atau sesuatu benda.
c) Menarik diri, sulit mempercayai orang lain dan asyik dengan stimulus internal.
d) Keluarga mengingkari masalah yang dialami klien (Muhith, 2015).

g. Penatalaksanaan Medis

Penatalaksanaan medis pada perubahan persepsi sensori: halusinasi dengan mengacu pada diagnosa medis *Skizofrenia* yaitu:

1) Farmakoterapi

Neuroleptika dengan dosis efektif bermanfaat pada penderita *skizofrenia* yang menahun, hasilnya lebih banyak jika mulai diberi dalam dua tahun penyakit. Neuroleptika dengan dosis efektif tinggi bermanfaat pada penderita dengan psikomotorik yang meningkat.

2) Terapi Kejang Listrik / *Elektro Convulsive Terapi (ECT)*

Elektro Convulsive Terapi (ECT) adalah suatu pengobatan untuk menimbulkan kejang *grandmal* secara artifisial dengan melewatkan aliran listrik melalui elektrode yang dipasang pada satu atau dua ”temples”. Jumlah tindakan yang dilakukan merupakan rangkaian yang bervariasi pada tiap pasien tergantung pada masalah pasien dan respon terapeutik sesuai hasil pengkajian sampai tindakan. Rentang respon yang paling umum dilakuakan pada pasien dengan gangguan afektif antara enam sampai dengan dua belas kali, sedangkan pada pasien *skizofrenia* biasanya diberikan sampai 30 kali. ECT biasanya diberikan tiga kali seminggu atau setiap beberapa hari, walaupun sebenarnya bisa diberikan lebih jarang atau lebih sering.

Indikasi penggunaan adalah:

a) Penyakit depresi berat yang tidak berespon terhadap obat antidepresi atau pada pasien yang tidak dapat menggunakan obat.
b) Gangguan bipolar dimana pasien sudah tidak berespon lagi terhadap obat.
c) Pasien dengan bunuh diri akut yang sudah tidak menerima pengobatan untuk dapat mencapai efek terapiutik

d) Jika efek sampingan ECT yang diantisipasikan lebih rendah daripada efek terapi pengobatan, seperti pada pasien lansia dengan blok jantung, dan respon kehamilan.

3) Psikoterapi dan Rehabilitasi

Psikoterapi suportif individual atau kelompok yang membantu karena berhubungan dengan praktis dengan maksud mempersiapkan pasien kembali ke masyarakat. Selain itu terapi kerja sangat baik untuk mendorong pasien bergaul dengan orang lain, pasien lain, perawat dan dokter. Maksudnya agar tidak mengasingkan diri karena dapat meembentuk kebiasaan yang kurang baik, dianjurkan untuk mengadakan permainanan atau latihan bersama seperti terapi modalitas yang terdiri dari terapi aktifitas yang meliputi terapi musik, terapi seni, terapi menari, terapi relaksasi. Terapi sosial, terapi kelompok, TAK (Terapi Aktivitas Kelompok) Stimulus Persepsi : Halusinasi, terapi lingkungan (Prabowo, 2014).

3. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Halusinasi

Proses Keperawatan bertujuan untuk memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan dan masalah klien sehingga mutu pelayanan optimal. Dengan menggunakan proses keperawatan dapat terhindar dari tindakan keperawatan yang bersifat rutin, intuisi tidak unik bagi individu klien. Hubungan saling percaya antara perawat dan klien merupakan dasar utama dalam melakukan asuhan keperawatan pada klien

dengan gangguan jiwa. Hal ini penting karena peran perawat dalam asuhan keperawatan jiwa adalah membantu klien untuk dapat menyelesaikan masalah sesuai dengan kemampuan yang dimiliki. Proses Keperawatan terdiri atas 4 langkah (Direja, 2011) yang sistematis yang dijabarkan sebagai berikut :

a. Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah awal dan dasar utama dari proses keperawatan. Tahap pengkajian terdiri atas pengumpulan data perumusan masalah klien, pohon masalah, diagnosa keperawatan. Data yang dikumpulkan meliputi data biologis, psikologis sosial dan spiritual (Direja, 2011).

1) Pengumpulan data

Persepsi dan harapan klien dan keluarga terhadap masalah dan pemecahannya. Klien biasanya tidak menyadari dirinya sakit dan tidak menyadari adanya masalah. Persepsi keluarga terhadap masalah biasanya dipengaruhi oleh latar belakang budaya dan keperawatannya.

a) Pengkajian psikologis

(1) Status emosi

Biasanya klien bicara sendiri, sering membentak teman, sering mengamuk, sering bengong, kalau diajak berbicara pandangan tajam, kecemasan berat atau panik.

(2) Konsep diri

(a) Gambaran diri *(body image)*

Merupakan sikap klien terhadap tubuhnya baik disadari maupun tidak disadari yang meliputi ukuran, fisik, penampilan dan potensi tubuh.

(b) Ideal diri (*self ideal*)

Merupakan persepsi klien tentang bagaimana dia bertingkah laku berdasarkan standar pribadi, gambaran diri, aspirasi, tujuan yang ingin dicapai.

(c) Harga diri

Merupakan pendapat klien tentang kesejahteraan atau nilai yang telah dicapai dengan menganalisa berapa banyak kesesuaian tingkah laku dengan ideal dirinya.

(d) Peran diri

Merupakan serangkain pola tingkah laku yang diharapkan oleh masyarakat yang dihubungkan dengan fungsi klien dalam kelompok sosialnya.

(e) Identitas diri

Merupakan kesadaran klien untuk menjadi diri sendiri yang tidak ada duanya dengan mensintesa semua gambaran diri sebagai suatu kesatuan utuh dan perasaan berbeda dengan orang lain.

(3) Gaya komunikasi

Bicaranya cepat, sering terjadi penyimpangan komunikasi, bicaranya keras

(4) Pola interaksi

Interaksi akan menjadi terbatas dan hanya terjadi dengan orang yang dipercaya, sering bengong.

(5) Pola pertahanan yang sering dipakai adalah ngamuk.

b) Pengkajian sosial

(1) Pendidikan dan pekerjaan

Hal ini tidak mutlak mempengaruhi terjadinya gangguan jiwa atau perubahan perilaku.

(2) Hubungan sosial

Klien sulit untuk melakukan hubungan sosial dengan lingkungannya.

(3) Faktor sosial budaya

Budaya tertentu dapat mempengaruhi terjadinya gangguan jiwa, biasanya klien berasal dari masyarakat yang mempunyai berbagai aturan yang menekan seperti pingitan.

c) Pengkajian keluarga

Klien biasanya mempunyai keluarga yang menderita kelainan jiwa. Hubungan atau komunikasi dalam keluarga juga

mempengaruhi gangguan jiwa. Klien lebih banyak berasal dari keluarga yang hubungan interen dan antara keluarganya kurang baik serta kurangnya perhatian dan kasih sayang orang tua atau pasangan.

d) Pengkajian kesehatan fisik

Kesehatan fisik seseorang tidak mutlak dapat mempengaruhi terjadinya gangguan jiwa.

e) Status mental

(a) Kebenaran data

Informasi yang diberikan biasanya sulit dipahami dan dianalisis karena sering memberikan keterangan yang tidak sesuai.

(b) Status sensorik

Perhatiannya cepat berubah, klien sering melamun, tersenyum dan menangis tanpa sebab.

(c) Status persepsi

Halusinasi ada, klien mengatakan melihat bayangan-bayangan perempuan.

(d) Status motorik

Klien biasanya mengalami peningkatan aktivitas.

(e) Afek

Sering terjadi penumpulan afek, pendataran afek atau afek yang tidak sesuai.

(f) Orientasi

Sering mengalami disorientasi baik disorientasi tempat, waktu dan orang.

(g) Pikiran

Sering mengalami gangguan dalam arus pikiran atau tindakannya bukan berasal dari dirinya.

(h) Delusi atau waham

Biasanya terjadi delusi atau waham terutama waham curiga.

Prilaku klien yang mengalami halusinasi sangat tergantung pada jenis halusinasinya, apakah halusinasinya merupakan halusinasi pendengaran, penglihatan, penghidu, pengecapan, peraba, kinesthetik atau chanesthetik. Apabila perawat mengidentifikasikan adanya tanda- tanda dan prilaku halusinasi, maka pengkajian selanjutnya harus dilakukan tidak hanya sekedar mengetahui jenis halusinasinya saja, validasi informasi tentang halusinasinya sangat diperlukan meliputi:

a) Isi halusinasi yang dialami klien

Ini dapat dikaji dengan menanyakan suara siapa yang didengar, berkata apabila halusinasi yang dialami adalah halusinasi

pendengaran, atau bentuk bayangan yang dilihat oleh klien bila halusinasinya adalah halusinasi penglihatan, bau apa yang tercium untuk halusinasi penghidu, rasa apa yang dikecap untuk halusinasi pengecapan, atau merasakan apa yang dipermukaan tubuh bila halusinasi perabaan.

b) Waktu dan frekwensi halusinasi

Ini dapat dikaji dengan menanyakan kepada klien kapan pengalaman halusinasi muncul, berapa kali sehari, seminggu atau sebulan pengalaman halusinasi itu muncul. Bila memungkinkan klien diminta menjelaskan kapan persisnya waktu terjadi halusinasi tersebut. Informasi ini penting untuk mengidentifikasikan pencetus halusinasi dan menentukan bila mana klien perlu diperhatikan saat mengalami halusinasi.

c) Situasi pencetus halusinasi

Perawat mengidentifikasi situasi yang dialami klien sebelum mengalami halusinasi. Ini dapat dikaji dengan menanyakan kepada klien kejadian yang dialami sebelum halusinasi muncul. Selain itu perawat juga dapat mengobservasi apa yang dialami klien menjelang muncul halusinasi untuk memvalidasi pernyataan klien.

d) Respon klien

Untuk menentukan sejauh mana halusinasi telah mempengaruhi klien, bisa dikaji dengan menanyakan apa yang dilakukan oleh klien

saat mengalami pengalaman halusinasi. Apakah klien mampu mengontrol stimulasi halusinasi atau sudah tidak berdaya terhadap stimulasi.

2) Analiasa data

Setelah data terkumpul, maka tahap selanjutnya adalah menganalisa data untuk merumuskan masalah – masalah yang dihadapi klien. Data tersebut diklasifikasikan menjadi data subyektif dan obyektif.

a) Data subyektif

Menyatakan mendengar suara – suara dan melihat sesuatu yang tidak nyata, tidak percaya terhadap lingkungan, sulit tidur, tidak dapat memusatkan perhatian dan konsentrasi, rasa berdosa, menyesal dan bingung terhadap halusinasi, perasaan tidak aman, merasa cemas, takut dan kadang – kadang panik kebingungan.

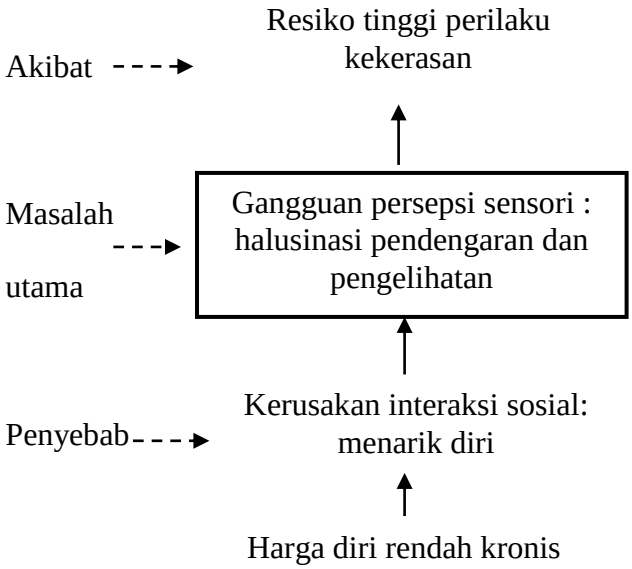
b) Data obyektif

Tidak dapat membedakan hal yang nyata dan tidak nyata, pembicaraan kacau kadang tidak masuk akal, sulit membuat keputusan, tidak perhatian terhadap perawatan dirinya, sering manyangkal dirinya sakit atau kurang menyadari adanya masalah, ekspresi wajah sedih, ketakutan

atau gembira, klien tampak gelisah, insight kurang, tidak ada minat untuk makan.

3) Pohon Masalah

Pohon masalah adalah kerangka berpikir logis yang berdasarkan prinsip sebab dan akibat yang terdiri dari masalah utama, penyebab dan akibat (Fitria, 2009 dalam Direja, 2011).



Gambar 2. Pohon Masalah Halusinasi

4) Diagnosa keperawatan

Perumusan diagnosa keperawatan merupakan langkah keempat dari pengkajian setelah pohon masalah. Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis tentang respon aktual atau potensial individu, keluarga atau masayarakat terhadap masalah kesehatan klien/proses kehidupan (Direja, 2011)

b. Perencanaan

Dalam menyusun rencana keperawatan terlebih dahulu dirumuskan perioritas diagnosa keperawatan. Prioritas diagnosa keperawatan ditentukan berdasarkan urutan kebutuhan Maslow berdasarkan berat ringannya masalah. Hal tersebut tidak terlepas dari keadaan dan kondisi klien saat menyusun rencana keperawatan. Adapun prioritas diagnosa keperawatan adalah:

1) Resiko tinggi melakukan kekerasan yang berhubungan dengan halusinasi pendengaran.

a) TUM : Klien tidak melakukan kekerasan

b) TUK :

(1) Klien dapat membina hubungan saling percaya untuk mengendalikan emosinya.

Tindakan Keperawatan

(a) Bina hubungan saling percaya

Rasional : Hubungan saling percaya dapat mempererat hubungan dan menjadi dasar interaksi dengan perawat.

(b) Ciptakan lingkungan yang sangat

Rasional : Untuk menciptakan rasa kebersamaan.

(2) Klien dapat mengenal halusinasinya

(a) Adakah kontak sering dan singkat.

Rasional : Kontak sering dan singkat dapat menghindari rasa jamu klien.

(b) Observasi perlakuan (verbal dan non verbal) yang berhubungan dengan halusinasi.

Rasional : Dengan mengobservasi dapat diketahui apakah klieni mengalami halusinasi atau tidak.

(c) Terima halusinasi sebagai hal yang nyata bagi klien dan tidak nyata bagi perawat.

Rasional : Dapat memberitahu pada klien bahwa halusinasi tidak ada.

(d) Identifikasi bersama klien tentang waktu munculnya halusinasi dan frekwensi timbulnya halusinasi.

Rasional : Membentuk klien mengidentifikasikan halusinasinya.

(e) Dorong klien untuk mengungkapkan perasaannya ketika halusinasi muncul.

Rasional : Untuk mengetahui perasaan saat terjadi halusinasi.

(f) Diskusikan dengan klien mengenai perasaannya saat terjadi halusinasi.

Rasional : mengetahui perasaan klien saat terjadi halusinasi.

(3) Klien dapat mengendalikan halusinasinya.

Tindakan Keperawatan :

(a) Identifikasi bersama klien tindakan yang biasa dilakukan bila suara-suara tersebut ada.

Rasional : Dapat mengalihkan perhatian klien terhadap halusinasinya.

(b) Beri pengetahuan dan pujian terhadap tindakan klien yang positif.

Rasional : Pujian akan mendorong klien untuk melakukan kegiatan.

(c) Bersama klien merencanakan kegiatan untuk mencegah terjadinya halusinasi.

Rasional : merencanakan kegiatan bersama klien akan dapat mencegah timbulnya halusinasi.

(d) Diskusikan cara mencegah timbulnya halusinasi.

Contoh : bicara dengan orang lain, melakukan kegiatan, mengatakan pada suara saya tidak mau mendengar.

Rasional : Membantu klien mengendalikan halusinasinya sehingga tidak terjadi perilaku kekerasan.

(e) Dorong klien untuk memilih cara yang akan digunakannya dalam menghadap halusinasinya.

Rasional : Memotivasi klien untuk melakukan aktivitas dalam menghadapi halusinasinya.

(f) Beri penguatan dan pujian terhadap pilihan klien yang benar.

Rasional : Pujian akan mendorong klien untuk melakukan kegiatannya.

(g) Dorong klien untuk melakukan tindakan sesuai dengan cara yang telah dipilih dalam menghadapi halusinasi.

Rasional : Memberiakn kesempatan pada klien untuk mencoba melakukan kegiatan yang dipilih dalam menghadapi halusinasi.

(h) Diskusikan dengan klien hasil upaya yang telah dilakukan.

Rasional : Untuk mengetahui hasil kegiatan yang telah dilakukan.

(i) Beri penguatan atas upaya yang berhasil dan beri jalan keluar atas upaya yang belum berhasil.

Rasional : Pujian akan mendorong klien melakukan kegiatannya.

(4) Klien mendapat dukungan untuk mengendalikan halusinasinya.

Tindakan keperawatan :

(a) Bina hubungan saling percaya dengan keluarga

Rasional : Hubungan saling percaya merupakan landasan utama dalam berinteraksi.

(b) Kaji pengetahuan keluarga tentang halusinasi dan tindakan yang dilakukan dalam merawat klien.

Rasional : Menambah pengetahuan keluarga untuk merawat klien.

(c) Beri pengetahuan dan pujian terhadap tindakan yang positif.

Rasional : Pujian akan mendorong keluarga melakukan kegiatannya.

(d) Diskusikan dengan keluarga tentang halusinasi, tanda dan cara merawat klien di rumah.

Rasional : Membantu keluarga mengenal halusinasi klien.

(e) Anjurkan keluarga mendemonstrasikan cara merawat klien di rumah.

Rasional : Untuk mengetahui pengetahuan keluarga tentang cara merawat klien.

(f) Beri pengetahuan dan pujian terhadap tindakan yang tepat.

Rasional : Pujian akan mendorong keluarga untuk merawat klien.

(5) Klien dapat menggunakan obat untuk mengendalikan halusinasinya.

(a) Diskusikan dengan klien dan keluarga tentang obat untuk mengendalikan halusinasi.

Rasional : Membantu klien agar mau minum obat.

(b) Bantu klien untuk pastikan bahwa klien minum obat sesuai dengan program dokter.

Rasional : Membantu penyembuhan klien dengan minum obat.

(c) Observasi tanda dan gejala terkait efek samping obat.

Rasional : mengobservasi keefektipan obat.

(d) Diskusikan dengan dokter tentang efek samping obat.

Rasional : Keluarga dan klien memahami efek samping obat.

(e) Mendiskusikan dengan klien 7 benar dalam pemberian obat.

Rasional : Dengan mendiskusikan 7 benar dalam pemberian obat diharapkan klien tidak salah minum obat.

(f) Mendiskusikan dengan klien dosis, frekwensi, dan manfaat obat yang di minum.

Rasional : Agar klien mengetahui dosis, frekwensi dan manfaat obat yang diminum.

2) Perubahan sensori persepsi : halusinasi pendengaran yang berhubungan dengan menarik diri.

a) TUM : Klien dapat berhubungan dengan orang lain, lingkungan sehingga halusinasi dapat dicegah.

b) TUK :

(1) Klien dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat.

Tindakan keperawatan :

(a) Bina hubungan saling percaya :

Rasional : Hubungan saling percaya dapat mempererat hubungan dan menjadi dasar interaksi klien dengan perawat.

(2) Klien dapat mengenal perasaan yang menyebabkan perilaku menarik diri.

Tindakan keperawatan

(a) Kaji pengetahuan klien tentang perilaku diri.

Rasional : untuk mengetahui pengetahuan klien tentang menarik diri.

(b) Beri kesempatan pada klien untuk mengungkapkan perasaan penyebab menarik diri.

Rasional : mengetahui bagaimana perasaan klien dan penyebab menarik diri.

(c) Diskusikan bersama klien tentang perilaku menarik dirinya.

Rasional : Mengetahui alasan klien menarik diri.

(d) Beri pujian terhadap kemampuan klien mengungkapkan perasaannya.

Rasional : Pujian akan mendorong klien mengungkapkan perasannya.

(3) Klien dapat mengetahui keuntungan berhubungan dengan orang lain.

Tindakan keperawatan :

(a) Diskusikan tentang manfaat berhubungan dengan orang lain.

Rasional : Klien mengetahui manfaat berhubungan dengan orang lain.

(b) Dorong klien untuk menyebutkan kembali manfaat berhubungan dengan orang lain.

Rasional : Mengkaji pengetahuan klien tentang manfaat berhubungan dengan orang lain.

(c) Beri pujian terhadap kemampuan klien dalam menyebabkan manfaat berhubungan dengan orang lain.

Rasional : Pujian akan mendorong klien mengungkapkan perasaannya.

(4) Klien dapat berhubungan dengan orang lain secara bertahap.

Tindakan keperawatan :

(a) Dorong klien untuk menyebutkan cara berhubungan dengan orang lain.

Rasional : Meningkatkan interaksi klien dengan lingkungan.

(b) Dorong dan Bantu klien berhubungan dengan orang lain secara bertahap antara lain:

(i) Klien – perawat

(ii) Klien – perawat – perawat lain

(iii) Klien – perawat – perawat lain – klien lain

(iv) Klien – kelompok kecil Terapi Aktivitas Kelompok (TAK)

(v) Klien – keluarga

Rasional : Klien dapat mengalami perasaan tindak nyaman atau malu dalam berhubungan sehingga perlu dilatih secara bertahap.

(c) Libatkan klien dalam kegiatan Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) dan Activity Daily Living (ADL) ruangan.

Rasional : Dengan mengikuti TAK klien dapat berinteraksi sehingga tidak terpaku pada halusinasi.

(d) Reinforcement positif atas keberhasilan yang telah melakukan kegiatannya.

(5) Klien mendapat dukungan keluarga dalam berhubungan dengan orang lain.

(a) Diskusikan tentang manfaat berhubungan dengan anggota keluarga.

Rasional : Klien dapat mengetahui manfaat berhubungan dengan orang lain.

(b) Dorong Klien untuk mengemukakan perasaan tentang keluarga.

Rasional : Mengetahui perasaan klien setelah berhubungan dengan keluarga.

(c) Dorogan klien untuk mengikuti kegiatan bersama keluarga seperti : makan, ibadah dan rekreasi.

Rasional : Untuk menumbuhkan rasa kebersamaan klien dengan keluarga.

(6) Keluarga dapat mengunjungi klien di rumah sakit setiap minggu secara bergantian.

Tindakan keperawatan :

(a) Jelaskan pada keluarga kebutuhan klien

Rasional : Untuk mempertahankan hubungan klien dengan keluarga.

(b) Bantu keluarga untuk tetap mempertahankan hubungan dengan klien, yaitu memperlihatkan perhatian dengan meningkatkan kunjungan ke RS.

Rasional : Untuk mempertahankan hubungan klien dengan keluarga.

(c) Beri Klien penguatan misalnya dengan membawakan makanan kesukaan klien.

Rasional : Untuk menciptakan rasa kebersamaan.

3) Kerusakan interaksi sosial : menarik diri berhubungan dengan harga diri rendah kronis.

a) TUM : Klien dapat berhubungan saling percaya.

b) TUK :

(1) Klien dapat membina hubungan saling percaya. Tindakan keperawatan.

(a) Bina hubungan saling percaya dengan klien

Rasional : Hubungan saling percaya dapat mempercepat hubungan dan menjadi dasar interaksi klien dengan perawat.

(b) Beri kesempatan pada klien mengungkapkan perasaan penyebab klien tidak mau bergaul.

Rasional : Mengetahui penyebab klien tidak mau bergaul.

(c) Beri pujian terhadap kemampuan klien mengungkapkan perasaannya.

Rasional : Pujian akan mendorong klien mengungkapkan perasannya.

(d) Dorong dan bantu klien untuk berhubungan dengan orang lain secara bertahap.

Rasional : Meningkatkan interaksi klien dengan lingkungan.

(e) Beri pujian atas keikutsertaan klien dalam kegiatan di ruangan.

Rasional : Pujian akan mendorong klien melakuakn kegiatannya.

(2) Klien dapat mengidentifikasiakn kemampuan dan aspek positif yang dimiliki.

(a) Tanyakan kelebihan atau kemampuan positif seperti hobi dan keterampilan.

Rasional : Mengidentifikasiakn aspek positif yang dimiliki.

(b) Bantu klien mengekspresiakn perasaannya.

Rasional : Meningakatkan pemahaman tentang harga diri.

(c) Beri pujian bila klien mampu mengungkapkan perasaan.

Rasional : Meningkatkan harga diri klien.

(3) Klien dapat merencanakan sesuatu sesuai dengan kemampuan yang dimiliki.

(a) Rencanakan bersama klien aktifitas yang dapat dilakukan setiap hari sesuai dengan kemampuan.

Rasional : Merencanakan aktivitas bersama klien dapat meningkatkan keinginan klien beraktivitas.

(b) Beri pujian bila klien mampu melaksanakan kegiatan dengan baik.

Rasional : Pujian mendorong klien beraktivitas.

(4) Sindrom defisit perawatan diri : mandi / kebersihan, berpakaian/berhias berhubungan dengan intoleransi aktivitas.

(a) TUM : Klien dapat meningkatkan perawatan dirinya

(b) TUK :

(5) Klien melakukan usaha kebersihan diri dan klien mampu mengungkapkan penjelasan yang diberikan tentang pentingnya perawatan diri.

Tindakan keperawatan :

(a) Kaji penyebab klien malas meningkatkan kebersihan diri atau ungkapan kepada klien tentang dampak bila kebersihan diri dijaga atau diperhatikan.

Rasional : Mengetahui Pengetahuan klien tentang kebersihan diri.

(b) Beri reinforcement apabila klien mampu menjaga kebersihan diri.

Rasional : Pujian akan mendorong klien untuk menjaga kebersihan.

Tabel. 2 Intervensi Keperawatan Pada Klien Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi

TGL	No Dx	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		Intervensi	Rasional
			Tujuan	Kriteria Hasil		
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
	1	Gangguan persepsi sensori: halusinasi	1. Klien dapat membina hubungan saling percaya	1.1 Ekspresi wajah bersahabat, menunjukkan rasa senang, ada kontak mata, mau berjabat tangan, mau menyebut nama, mau memberi salam, klien mau duduk berdampingan dengan perawan, dan mau mengutarakan mesalah.	1.1.1 Bina hubungan saling percanya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapuetik: a. Sapa klien dengan ramah baik verbal maupun nonverbal b. Perkenalkan diri dengan sopan. c. Tanyakan nama lengkap klien dan nama panggilan yang disukai klien d. Jelaskan tujuan pertemuan. e. Jujur dan menepati janji	Hubungan saling percaya merupakan dasar untuk kelancaran hubungan interaksi selanjutnya.

dilanjutkan

lanjutan

1	2	3	4	5	6	7
					f. Tunjukan sikap empati dan menerima klien apaa danya g. Beri perhatian pada klien dan perhatikan kebutuhan dasar klien.	
			2. Klien dapat mengenali halusinasinya	2.1 Klien dapat menyebutkan isi, waktu, frekuensi timbunya halusinasi 2.2 Klien dapat mengungkakan perasaan terhadap halusinasi.	2.1.1 Adakan kontak sering dan singkat secara bertahap 2.1.2 Observasi tingkah laku klien terkait dengan halusinasinya; bicara dan tertawa tenpa stimulus, memandang ke kiri atau kekanan kedepan seolah-olah ada teman bicara	Kontak sering tapi singkat selaiin membina hubungan saling percaya, juga dapat memutuskan halusinasi. Mengenal perilaku saat halusinasi timbul memudahkan perawat dalam melakukan intervensi

dilanjutkan

lanjutan

1	2	3	4	5	6	7
					2.1.3 Bantu klien mengenal halusinasinya: a. Jika menemukan yang sedang halusinasi, tanyakan apakah ada suara yang didengar b. Jika klien menjawab ada, lanjutkan; apa yang dikatakan c. Katakan bahwa perawat percaya klien mendengar suara itu, namun perawat sendiri tidak mendengarnya (dengan nada bersahabat tanpa menuduh atau menghakimi) d. Katakan bahwa klien ada juga yang seperti klien. 2.1.4 Diskusikan dengan klien a. Situasi yang menimbulkan atau tidak menimbulkan halusinasi.	Mengenal halusinassi memungkinkan klien untuk menghidarkan faktor pencetus Dengan mengetahui waktu, isi, dan frekuensi munculnya halusinasi

dilanjutkan

lanjutan

1	2	3	4	5	6	7
					b. Waktu dan frekuensi terjadinya halusinasi(pagi, siang, sore, dan malam ataujika sendiri, jengkel atau sedih) 2.1.5Diskusikan dengan klien apa yang dirasakan jika terjadi halusinasi (marah atau takut, sedih, senang) beri kesempatan mengungkapkan perasaan	mempermudah tindakan keperawatan klien yang akan dilakukan perawat Untuk mengidentifikasi pengaruh halusinasi klien
			3. Klien dapat mmengontrol halusinasi	3.1 Klien dapat menyebutkan tindakan yang bisa dilakukan untuk mengendalikan halusinasi 3.2 Klien dapat menyebutka cara baru	3.1.1 Identifikasi dengan klien cara tindakan yeng dilakukan jika terjadi halusinasi(tidur, marah, menyibukan diri, dll). 3.1.2 Diskusikan manfaat cara yang dilakukan klien, jika bermanfaat beri pujian.	Upaya untuk memutukan siklus halusinasi sehingga hausinasi tidak berlanjut. *Reinforcemen* positif akan meningkatkan harga diri klien

dilanjutkan

lanjutan

1	2	3	4	5	6	7
				3.3 Klien dapat memilihcarameng atasi halusinasi seperti yang telah didiskusikan dengan klien.	3.1.3 Diskusikan cara baru untuk memutuskan halusinasi atau mengontrol halusinasi: a. Katakan " say saya tidak mau dengar kamu" (pada saat halusinasi terjadi) b. Menemui orang lain (perawat/teman/anggo ta keluarga) untuk bercakap cakap atau mengatakan halusinasi yang terdengar. c. Membuat jadwal kegiatan sehari-hari agar halusinasinya tidak muncul d. Minta keluarga/teman/peraw at jika nampak bicar sendiri. 3.1.4 Bantu klien memilih dan melatih cara memutuskan halusinasi secara bertahap.	Memberikan alternatif pilihan bagi klien untuk mengotrol halusinasi Memotivasi dapat meningkatkan kegiatan klien untuk mencoba memilih salah

dilanjutkan

lanjutan

1	2	3	4	5	6	7
						satu cara mengendalikan halusinasi dan dapat meningkatkan harga diri klien
			4. Klien dapat dukungan dari keluarga dalam mengontrol halusinasi	4.1 Klien dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat 4.2 Keluarga dapat menyebutkan pengertian, tanda dan kegiatan untuk mengendalikan halusinasi.	4.1.1 Anjurkan klien untuk memberi tahu keluarga jika mengalami halusinasi 4.1.2 Diskusikan dengan keluarga (pada saat berkunjung/pada saat kunjungan rumah): a. Gejala halusinasi yang dialami klien b. Cara yang dapat dilakukan klien dan keluarga untuk memutuskan halusinasi. c. Cara merawat anggota keluarga nenutuskan halusinasi di rumah, beri kegiatan, jangan	Untuk mendapatkan bantuan keluarga mengontrol halusinasi Untuk mengetahui pengetahuan keluarga dan meningkatkan kemampuan pengetahuan tentang halusinasi

dilanjutkan

lanjutan

1	2	3	4	5	6	7
					berikan sendiri, makan dan bepergian bersama d. Beri informasi waktu *follow up* atau kapan perlu mendapat bantuan: halusinasi terkontrol dan resiko mencederai orang	
			5. Klien dapat memanfaatkan obat dengan baik	5.1 Klien dan keluarga dapat menyebutkan manfaat , dosis, dan efek samping obat 5.2 Klien dapat mendemonstrasikan penggunaan obat secara benar. 5.3 Klien dapat informasi tentang efek samping obat 5.4 Klien dapat memahami akibat	5.1.1 Diskusikan dengan klien dan keluarga tentang dosis, frekuensi manfaat obat 5.1.2 Anjurkan klien meminta sendiri obat pada perawat dan merasakan manfaatnya 5.1.3 Anjurkan klien bicara dengan dokter tentan manfaat	Dengan menyebutkan dosis frekuensi dan manfaat obay Diharapkan klien melaksanakan program pengobatan. Menilai kemampuan klien dalam pengobatan sendiri Dengan mengetahui

dilanjutkan

lanjutan

1	2	3	4	5	6	7
				berhenti minum obat	dan efek samping obat yang dirasakan	efek samping obat klien akan tahu apa yang akan dilakukan setelah minum obat
				5.5 Klien dapat menyebutkan prinsip 5 benar penggunaan obat	5.1.4 Diskusikan akibat berhenti minum obat tanpa konsultasi	Program pengobatan berjalan sesuai rancana
					5.1.5 Bantu klien menggunakan obat dengan prinsip benar	Dengan mengetahui prinsip penggunaan obat, maka kemandirian klien untuk pengobatan dapat ditingkatkan secara bertahap

c. Pelaksanaan

Pelaksanaan dikerjakan oleh tim keperawatan sesuai dengan rencana tindakan yang telah dibuat bersama klien, antara lain : membina hubungan saling percaya, mendorong klien untuk mengungkapkan masalahnya, melatih klien untuk mengenal dan mengendalikan halusinasi, mengkaji pengetahuan keluarga tentang halusinasi dan tindakan yang dilakukan dalam merawat klien, mendiskusikan dengan klien dan keluarga tentang manfaat berhubungan dengan orang lain, memberi kesempatan pada klien untuk mengungkapkan perasaan penyebab klien tidak mau bergaul dan mengkaji penyebab tidak mau komunikasi dengan orang lain.

d. Evaluasi

Evaluasi yang ingin dicapai diantaranya yaitu: klien tidak melakukan tindakan yang dapat melukai dirinya sendiri dan orang lain, klien dapat meningkatkan keterbukaan dan hubungan saling percaya, klien mampu menyebutkan tindakan yang bisa dilakukan saat halusinasi muncul, klien dapat mengenal dan mengendalikan halusinasinya, klien mau mengungkapkan perasaannya dan klien dapat menjaga kebersihan diri.

B. Tinjauan Kasus

1. Pengkajian

Pengkajian dilaksanakan pada tanggal 26 april 2016 pukul 08.00 WITA di Ruang Arimbi RSJ Prov. Bali, dengan tekhnik pengumpulan data, wawancara/anamnesa klien, perawat dan keluarga, observasi, pemeriksaan fisik, dokumentasi rekam medis, dan *home visit.*

Dari pengkajian tersebut di dapatkan hasil sebagai berikut:

a. Pengumpulan Data

1) Identitas

	Klien	Penanggung
Nama	: Tn. GL	: Tn. S
Umur	: 36th	: 38th
Jenis Kelamin	: Laki laki	: Laki laki
Status	: Belum kawin	: Kawin
Suku Bangsa	: Indonesia	: Indonesia
Agama	: Hindu	: Hindu
Pendidikan	: SMP	: SMA
Pekerjaan	: -	: Wiraswasta
Hubungan dgn klien	:-	:Kakak kandung
Alamat	:Buleleng	
No CM	: 0091xx	

2) Alasan Masuk Rumah Sakit

a) Keluhan Utama Saat MRS

Klien datang pada tanggal 28 januari 2016, Keluarga mengatakan klien diajak ke RSJ karena klien mengamuk dan banyak bicara.

b) Keluhan Utama Saat Pengkajian

Klien mengatakan melihat bayangan di sekitar rumah sakit dan berwujud seperti leak (bertaring, lidah panjang, berambut panjang).

c) Riwayat Penyakit

Sebelumnya klien mengalami keluhan atau gangguan jiwa sejak klien lulus SMP sekitar umur 15th, klien sempat diajak ke RSJ Prov. Bali dan diperbolehkan untuk pulang atau rawat jalan. Terakhir klien dirawat pada bulan juni 2015 dengan keluhan yang sama.

Klien datang pada tanggal 28 januari 2016 pada pukul 13.00 wita dengan diantar oleh dua kakak kandungnya, klien datang mengenakan pakaian dengan jaket berwarna hijau dan hitam, celana pendek berwarna hitam, dan sandal jepit berwarna hitam. Saat ditanya klien mengeluh sakit kepala dan klien mengaku kepalanya pecah dipukul orang. Saat disangkal, klien tetep kukuh dengan pernyataannya, klien mengatakan ada bayangan

menyerupai makhluk seperti leak (bertaring, lidah panjang, berambut panjang). Klien diantar ke RSJ Provinsi Bali karena klien mengamuk dan banyak bicara, klien mengamuk dan merusak pintu dirumah, klien menginjak lantai rumahnya hingga keras dan klien dikatakan marah-marah dan teriak-teriak, tidak mau minum obat dan tidak mau dipaksa. Klien diterima di UGD dan diberi therapy sebagai berikut:

- Cycozam2 x 50 mg (pagi, malam)

Pada saat klien di rawat di ruang Arimbi, klien tampak jarang bergaul dengan teman-temannya. Klien lebih sering menyendiri dan klien mengatakan sering melihat bayangan yang menyerupai makhluk menyeramkan seperti perwujudan leak. (bertaring, lidah panjang, berambut panjang.)

3) Faktor predisposisi

Keluarga klien mengataka klien mengalami gangguan jiwa semenjak klien menginjak dewasa atau sekitar saat setelah tamat dari SMP. Klien sempat dirawat di RSJ Provinsi Bali beberapa kali dan terakhir klien dirawat pada bulan juli 2015. Setelah rawat jalan klien mau minum obat, tapi beberapa hari kemudian klien mulai mengalami gangguan jiwa

seperti klien mulai memunguti ikan yang sudah mati dilaut dan dibawa kerumah. (klien mengatakan bahwa itu adalah jimat)

Keluarga klien mengatakan klien pernah meminum obat secara berlebihan dan klien sempat tidak sadarkan diri, klien sempat dirawat di RSAD Singaraja.

Keluarga klien mengatakan pernah merusak televisi dan radio yang ada dirumahnya. Dan melemparnya kesumur.

4) Faktor Presipitasi

Klien mengatakan dirinya menemukan bayangan sehingga klien mengamuk dan tidak tahan dengan bayangan yang dilihatnya.

Klien berada pada fase ke 5 conquering pada saat mengamuk.

5) Pemeriksaan Fisik

a) Tanda-tanda vital

Tekanan darah	: 110/70 mmHg
Suhu	: 36 ^{0}C
Nadi	: 80 x/menit
Respirasi	: 20 x/menit

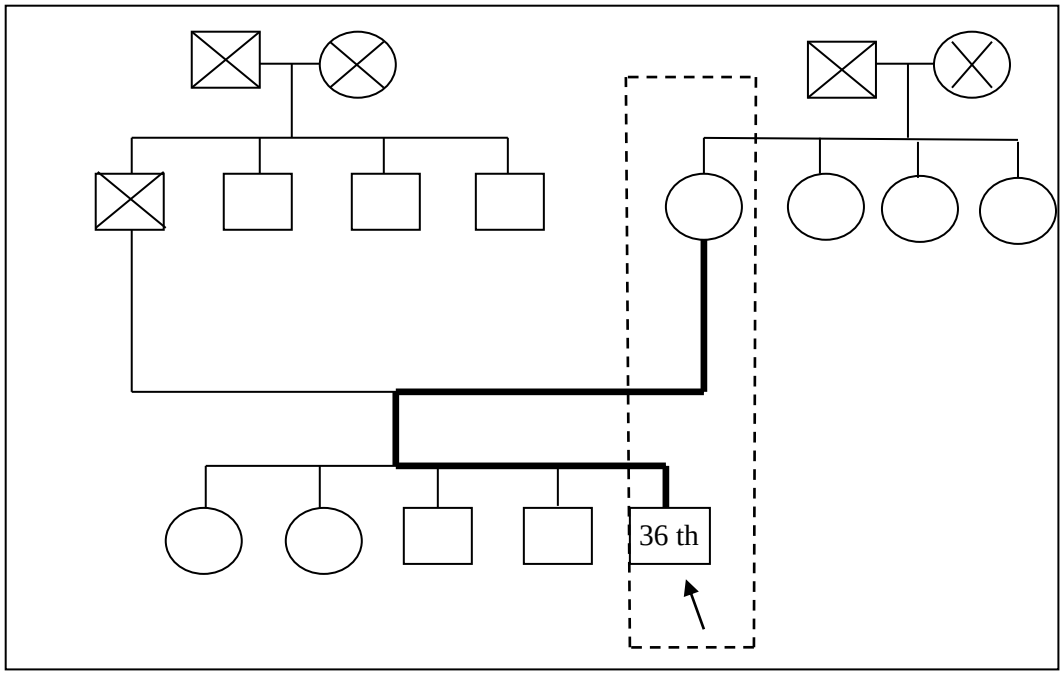
b) Ukuran-ukuran

Berat badan	: 60 kg
Tinggi badan	: 166 cm

c) Keluhan Fisik

Klien mengatakan tidak mengalami keluhan fisik pada tubuhnya.

6) Genogram



Gambar. 3 genogram keluarga klien.

Keterangan:

;Laki-laki

;Perempuan

;Hubungan dekat dengan klien

;Meninggal

;Klien

;Keluarga

;Tinggal serumah

Penjelasan :

Klein merupakan anak ke lima dari lima bersaudara klien tinggal dengan ibunya, ayah klien meninggal kurang lebih sejak 5 th yang lalu. Saudara saudaranya semua tinggal di Denpasar dan bekerja disana. Kakak perempuannya sudah menikah semua. Keluarga klien mengatakan tidak ada yang mengalami gangguan jiwa selain klien.

a) Konsep Diri

(1) Citra Tubuh

Klien mengatakan klien tidak mempunyai keluhan terhadap tubuhnya, klien mengatakan sangat suka dengan tubuhnya.

(2) Identitas Diri

Saat pengkajian klien mampu menyebutkan nama , alamat serta statusnya sebagai seorang anak dan klien menyadari bahwa dirinya seorang lelaki dan belum menikah.

(3) Peran Diri

Saat ditanya klien mengatakan perannya sebagai anak di rumahnya dan mampu melaksanakan perannya di rumah.

(4) Ideal diri

Klien mengatakan dirinya tidak mau pulang karena dirumah klien berbau sesuatu, klien jarang bergaul di RSJ Provinsi Bali, dan dirumah klien juga lebih sering sendiri.

(5) Harga diri

Saat pengkajian klien mengatakan tidak mau berinteraksi dengan teman-temannya karena klien merasa males bergaul dengan teman temannya.

b) Hubungan sosial

(1) Orang terdekat.

Klien mengatakan orang yang dekat dalam hidupnya adalah ibunya, karena dia tinggal dan sering cerita dengan ibunya.

(2) Peran serta dalam masyarakat.

Klien mengatakan bahwa dirinya tidak pernah ikut dalam kegiatan sosial di lingkungannya, saat klien masuk rumah sakit jiwa klien tampak kurang aktif dalam kegiatan-kegiatan yang ada di ruangan. Klien lebih suka menyendiri.

(3) Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain.

Klien mengatakan jarang bergaul dengan teman-temannya di rumah semenjak klien sakit. Dan setelah klien masuk rumah sakit jiwa klien juga kurang bergaul dengan teman-temannya di ruangan.

c) Spiritual

(1) Nilai dan keyakinan

Klien beragama hindu. Keluarga klien yakin kalau penyebab penyakit klien bukan penyakit gaib karena klien sempat di bawa kedukun dan di berikan tirta tetapi klien tidak sembuh. Maka dari itu klien di bawa ke RSJ Provinsi Bali.

(2) Kegiatan Ibadah

Keluarga klien mengatakan klien sering sembahnyang di pura dekat rumahnya, di RSJ Provinsi Bali klien jarang sembahnyang.

7) Status Mental

a) Penampilan

Saat pengkajian klien tampak berpenampilan kurang rapi baju klien tidak di kancing dengan benar, klien menggunakan baju berwana hitam putih dengan garis-garis, celana hitam, sandal jepit berwarna hitam.

b) Pembicaraan

Saat pengkajian klien tidak terlibat aktif dalam pembicaraan, pada saat berbicara klien acuh tak acuh klien hanya mau menjawab jika ditanya. Kontak mata kurang.

c) Aktifitas Motorik

Klien sering kebagian rehabilitas klien direhabilitas dibagian kegiatan untuk membikin batako dengan teman teman yang lain. Tapi setelah klien kembali ke ruangan klien hanya diam dan beberapa saat tampak jalan jalan diruangan, klien lebih suka menyendiri.

d) Perasaan

Klien merasa senang berada di RSJ Provinsi Bali karena tidak ada bayangan yang mengganggu klien di RSJ, tapi kalau di rumah klien merasa sering diganggu.

e) Afek

Saat pengkajian afek klien tampak sesuai dengan stimulus dimana ketika ditanya oleh petugas klien tampak senang.

f) Interaksi selama wawancara

Klien cukup kooperatif selama wawancara, klien hanya menjawab jika ditanya, kontak mata kurang.

g) Persepsi

Klien mengatakan hampir setiap hari menemukan banyangan banyangan tapi banyangan itu tidak sampai mengganggu klien untuk saat ini, klien mengatakan bayangannya hilang ketika klien istirahat tidur, klien mengatakan wujudnya seperti leak (bertaring, lidah dan rambut panjang).

h) Proses pikir

Saat pengkajian klien mampu menjawab pertanyaan yang di berikan. Terkadang klien tiba-tiba berhenti saat di ajak bicara *(blocking)* namun klien melanjutkan lagi pembicaraannya.

i) Isi pikir

Saat pengkajian klien mengatakan di rumahnya ada mayat orang yang dibuang dan dipercayai bahwa itu jatuh dari atas atau langit.

j) Tingkat kesadaran

Klien tampak bingung dan klien tidak mampu menyebutkan orang yang ada di sekitarnya.

k) Memori

Klien masih bisa mengingat kejadian yang pernah dialaminya kejadian di masa lalu dan sekarang namun klien tidak ingat kejadian atau kegiatannya seminggu yang lalu.

l) Tingkat konsentrasi dan berhitung

Perhatian klien mudah beralih dari satu objek ke objek lain saat wawancara sering menengok kanan kiri. Klien mampu menjawab ketika ditanya 5000 – 3000 + 1000 = 3000.

m) Kemampuan penilaian

Klien mampu mengambil keputusan sederhana. Seperti mencuci tangan dulu baru makan.

n) Daya tilik diri

Klien tidak menyakini bahwa dirinya mengalami gangguan jiwa.

8) Kebutuhan Persiapan Pulang

a) Makan

Klien makan 3x sehari sesuai dengan porsi yang disediakan oleh rumah sakit, klien dapat menghabiskan porsi yang disediakan ditambah snack 2 kali sehari, klien makan sendiri tanpa bantuan dan membersihkan piring sendiri dan ditaruh di tempatnya. Klien mengatakan menyukai menu yang disediakan di RSJ.

b) BAB/BAK

Klien BAB dan BAK tanpa bantuan perawat. Klien BAB 1 kali sehari dan BAK > 3X sehari di WC klien ingat menyiram agar tidak bau.

c) Mandi

Klien mengatakan mandi 1x sehari pagi hari, klien mandi diawali dengan membuka pakaiannya, klien tidak menggosok gigi, membasahi tubuhnya kemudian menggunakan sabun, setelah selesai mandi badan dikeringkan dengan handuk dan mengenakan kembali pakaiannya, klien mengaku jarang keramas dengan menggunakan sampo

d) Berpakaian

Klien memakai pakaian yang telah disediakan oleh rumah sakit, klien mengatakan merasa nyaman menggunakan baju

kaos dan celana pendek. Namun klien tampak tidak rapi dengan pakaian yang digunakan. Karena kancing baju bagian atas samapi dada tidak di kancing. Klien mengatakan biasa mengganti pakaian 2x dalam seminggu.

e) Istirahat tidur

Klien mengatakan pada malam hari biasa tidur dari jam 20.00-06.00 WITA, klien mengatakan tidurnya nyenyak, klien mengatakan terbiasa tidur siang dari jam 14.00-16.00 WITA.

f) Penggunaan Obat

Klien mengatakan minum obat secara teratur. Klien mengatakan minum obat sendiri dan minum obat 2 kali sehari setelah makan. Namun klien tidak mengetahui fungsi obat tersebut.

g) Pemeliharaan Kesehatan

Klien memerlukan perawatan lanjutan untuk meneruskan *theraphy* dan memerlukan dukungan dari keluarga dalam pengobatan.

h) Aktivitas dalam rumah

Klien mengatakan di rumah jarang melakukan aktivitas di dalam rumah. Dan klien juga tampak tidak pernah mengikuti kegiatan-kegiatan yang ada di ruang Arimbi seperti menyapu dan mengepel.

i) Aktivitas di luar rumah

Klien mengatakan saat dirumah klien sering atau terbiasa jalan-jalan ke pentai dan saat klien berada di RSJ Provinsi Bali klien mengikuti kegiatan rehabilitas secara rutin.

j) Mekanisme koping

Klien mengatakan bila memiliki masalah klien menceritakan masalahnya kepada ibunya. Namun lebih sering bengong semenjak mengalami gangguan jiwa.

k) Masalah psikososial dan lingkungan

Klien mengatakan saat ini jarang berkomunikasi dengan orang lain. Klien tampak lebih senang menyendiri dan mondar mandir.

l) Pengetahuan

Klien mengatakan tidak mengetahui dirinya menderita gangguan jiwa. Namun klien mengetahui sedang di rawat di Rumah Sakit Jiwa.

m) Aspek medis

Diagnosa medis : Skizofrenia Hebefrenik

Terapi Saat MRS tanggal 28 januari 2016

- Cycozam 2 x 50 mg (pagi, malam)

Terapi saat diruangan:

- Cycozam 2 x 50 mg (pagi, malam)

b. Analisa Data

TABEL. 3

ANALISA DATA KEPERAWATAN KLIEN Tn. GL

DENGAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI: HALUSINASI PENGELIHATAN

DI RUANG ARIMBI RS JIWA PROVINSI BALI

TANGGAL 26 s/d 30 APRIL 2016

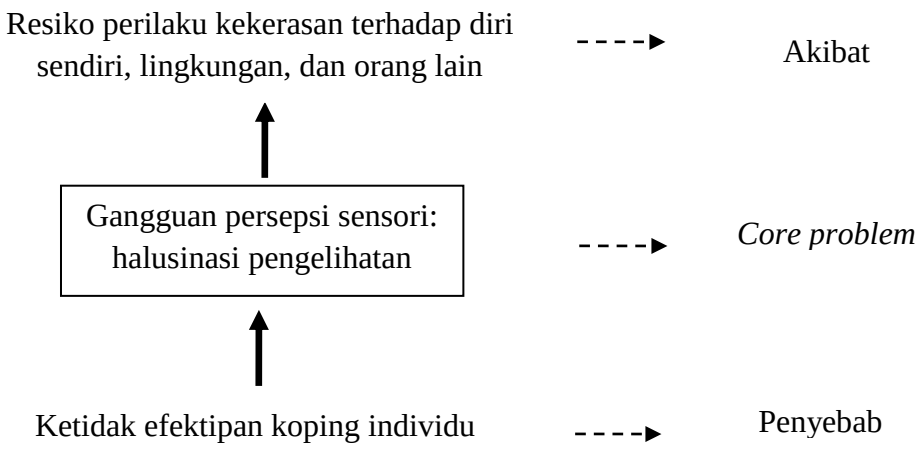
NO	Data Subyektif	Data Obyektif	Kesimpulan
1	2	3	4
1	- Keluarga klien mengatakan klien sering mengamuk jika halusinasinya kambuh lagi. - Keluarga klien mengatakan pernah merusak televisi dan radio yang ada dirumahnya. Dan melemparnya kesumur	- Klien tampak menyendiri. - Klien saat wawancara menjawab pertanyaan sedikit kesal.	Resiko prilaku kekerasan terhadap diri sendiri, lingkungan, dan orang lain.
2	- Klien mengatakan melihat sebuah banyangan menyerupai makhluk gaib yaitu leak. (bertaring, lidah panjang dan rambut panjang.	- Klien tampak melihat kesana kesini.	Gangguan persespsi sensori: halusinasi pengelihatan.

1	2	3	4
3	- Klien mengatakan kalau punya masalah klien terbiasa menyimpannya sendiri dan tidak mau bercerita dengan teman sekamarnya.	- Klien tampak lebih sering menyendiri.	Ketidak efektipa koping individu.

c. Rumusan Masalah

1) Resiko perilaku kekerasan terhadap diri sendiri, lingkungan, dan oranglain.
2) Gangguan persepsi sensori: halusinasi pengelihatan.
3) Ketidak efektipan koping individu.

d. Pohon Masalah



Gambar. 4 Pohon Masalah

e. Diagnosa Keperawatan

1) Gangguan persepsi sensori: Halusinasi pengelihatan.

2. Perencanaan

a. Prioritas diagnosa keperawatan.

Prioritas diagnosa keperawatan berdasarkan masalah utama yang di peroleh dari pengkajian dan akibat dari masalah utama sebagai berikut:

1) Gangguan persepsi sensori: halusinasi pengelihatan.

TABEL. 4

RENCANA KEPERAWATAN KLIEN GL DENGAN

GANGGUAN PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI PENGLIHATAN

DI RUANG ARIMBI RSJ PROPINSI BALI

No	Hari/ Tanggal/ Jam	Diagnosa Keperawatan	Rencana Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
1	Selasa, 26 April 2016 Pukul 10.00 wita	Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pengelihatan.	TUM : Klien tidak mengalami halusinasi TUK : 1. Klien dapat membina hubungan saling percaya.	Setelah diberi askep 2x pertemuan diharapkan: 1.1 Ekspresi wajah bersahabat, klien tampak tenang, mau berjabat	1.1.1 Bina hubungan saling percaya dengan klien dengan menggunakan komunikasi terapiutik, yaitu sapa klien dengan ramah, baik secara verbal	- Hubungan saling percaya sebagai dasar interaksi perawat dan klien.

dilanjutkan

lanjutan

1	2	3	4	5	6	7
				1.2 tangan, membalas salam perawat dan mau duduk dekat perawat.	1.1.2 maupun non verbal, perkenalkan nama. 1.1.3 Dorong klien mengungkapkan perasaannya. 1.1.4 Dengarkan klien dengan penuh perhatian dan empati.	- Mengetahui masalah yang dialami oleh klien. - Agar klien merasa diperhatikan.

dilanjutkan

lanjutan

1	2	3	4	5	6	7
2			2. Klien dapat mengenal halusinasinya	Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 1 X pertemuan diharapkan: 2.1 Klien dapat membedakan antara nyata dan tidak nyata	2.1.1 Adakan kontak sering dan singkat. 2.1.2 Observasi segala prilaku klien verbal dan nonverbal yang berhubungan dengan halusinasi. 2.1.3 Terima halusinasi klien sebagai hal yang nyata bagi klien tapi tidak nyata bagi perawat.	- Menghindari waktu kosong yang dapat menyebabkan timbulnya halusinasi. - Halusinasi harus dikenal terlebih dahulu agar intervensi efektif. - Meningkatkan realita klien dan rasa percaya klien.

dilanjutkan

lanjutan

1	2	3	4	5	6	7
				2.2 Klien dapat menyebutkan situasi yang menimbulkan halusinasi	2.2.1 Diskusikan dengan klien situasi yang menimbulkan dan tidak menimbulkan halusinasi. 2.2.2 Diskusikan dengan klien faktor predisposisi terjadinya halusinasi.	- Peran serta aktif klien membantu dalam melakukan intervensi keperawatan. - Dengan diketahui faktor predispossisi membantu dalam mengontrol halusinasi.
3			3. Klien dapat mengontrol halusinasinya	Setelah diberi asuhan keperawatan selama 1 x pertemuan diharapkan: 3.1 Klien dapat menyebutkan tindakan yang dapat dilakukan apabila halusinasi -nya timbul.	3.1.1 Diskusikan dengan klien tentang tindakan yang dilaksanakan bila halusinasinya timbul.	- Mengetahui tindakan yang dilakukan dalam mengontrol halusinasinya.

dilajutkan

lanjutan

1	2	3	4	5	6	7
				3.2 Klien dapat menyebutkan cara memutuskan halusinasinya dengan melawan semua suara itu dengan mengatakan tidak mau mendengar, melakukan kegiatan menyapu, mengepel, minum obat, secara teratur, dan lapor kepada perawat saat timbul halusinasi.	3.2.1 Diskusikan dengan klien tentang cara memutuskan halusinasinya. 3.2.2 Dorong klien menyebutkan kembali cara memutuskan halusinasi. 3.2.3 Beri reinforcement positif atas keberhasilan klien menyebutkan kembali cara memutuskan halusinasinya.	- Meningkatkan pengetahuan klien tentang cara memutuskan halusinasi - Meningkatkan harga diri klien. - Hasil diskusi sebagai bukti sebagai perhatian klien atas apa yang dijelaskan.

dilanjutkan

lanjutan

1	2	3	4	5	6	7
4			4. Klien mendapat dukungan dari keluarga dalam mengontrol halusinasinya.	Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 1 x pertemuan diharapkan: 4.1 Klien dapat sistem pendukung keluarga.	4.1.1 Kaji kemampuan keluarga tentang tindakan yang dilakukan dalam merawat klien bila halusinasinya timbul. 4.1.2 Diskusikan dengan keluarga tentang cara merawat klien yaitu jangan biarkan klien menyendiri, selalu berinteraksi dengan klien,	- Mengetahui tindakan yang dilakukan oleh keluarga dalam merawat klien. - meningkatkan pengetahuan keluarga tentang cara merawat klien.

dilanjutkan

lanjutan

1	2	3	4	5	6	7
					anjurkan pada klien untuk rajin minum obat setelah pulang dan rajin kontrol ke RSJ.	
5			5. Klien dapat memanfaatkan obat dalam mengontrol halusinasinya.	Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 1 x pertemuan diharapkan: 5.1 Klien mau minum obat dengan teratur.	5.1.1 Diskusikan dengan klien tentang obat untuk mengontrol halusinasinya.	- Meningkatkan pengetahuan klien tentang fungsi obat yang diminum.

TABEL. 5

PELAKSANAAN KEPERAWATAN PADA KLIEN GL

DENGAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI: HALUSINASI PENGELIHATAN

DIRUANG ARIMBI RSJ PROVINSI BALI

TANGGAL 26 APRIL – 30 APRIL 2016

Hari/ Tanggal/ Jam	Dx	Pelaksanaan Keperawatan	Evluasi Pelaksanaan	Paraf
1	**2**	**3**	**4**	**5**
Selasa, 26 April 2016 Pukul 10.00 wita	1 (TUK 1)	Membina hubungan saling percaya kepada klien. “ Selamat pagi pak” Perkenalkan nama saya Ade, nama bapak siapa ? Bapak senang di panggil siapa ? Asal bapak dari mana ?	S : Klien mengatakan “selamat pagi” “nama saya GL” O : Ekspresi wajah tampak kurang bersahabat, klien tidak mau berjabat tangan, klien mau membalas salam, dan tidak mau duduk dekat perawat A : TUK 1 tercapai Sebagian P : Ulangi TUK 1	ADE

dilanjutkan

lanjutan

1	2	3	4	5
Pukul 10.30 wita	(TUK) 1	Membina hubungan saling percaya kepada klien. “ Selamat pagi pak” Perkenalkan nama saya ADE, nama bapak siapa ? Bapak senang di panggil siapa ? Asal bapak dari mana ?	S : Klien mengatakan “nama saya GL saya senang di panggil L” O : Ekspresi wajah tampak kurang bersahabat, klien mau berjabat tangan, klien mau membalas salam, dan tidak mau duduk dekat perawat. A : TUK 1 tercapai sebagian P : Ulangi TUK 1	ADE
Rabu, 27 April 2016 Pukul 10.00 wita	(TUK 1)	Membina hubungan saling percaya kepada klien. “ Selamat pagi pak” Perkenalkan nama saya ADE, nama bapak siapa ? Bapak senang di panggil siapa ? Asal bapak dari mana ?	S : Klien mengatakan “selamat pagi” Klien mengatakan “nama saya GL saya senang di panggil L” O : Ekspresi wajah tampak kurang bersahabat, klien mau berjabat tangan, klien mau membalas salam, dan tidak mau duduk dekat perawat. A : TUK 1 tercapai P : Pertahankan TUK 1 dan lanjuk ke TUK 2	ADE

dilanjutkan

lanjutan

1	2	3	4	5
Kamis, 28 April 2016 Pukul 10.00 wita	(TUK 2)	Klien dapat mengenal halusinasinya: “ Selamat Pagi pak, masih ingat dengan saya ? “Coba bapak ceritakan tentang bayangan yang bapak lihat ? “Apakah bapak sering melihat bayangan itu? Apa yang dilakukan bayangan itu? Apakah bapak terus menerus atau sewaktu-waktu? Kapan paling sering melihat bayangan itu? Berapa kali melihat bayangan itu? Apakah bapak tau caranya mengontrol halusinasinya? Saya ajarkan ya pak? Tutup matanya dengan kedua tangan lalu katakan saya tidak mau melihat, kamu palsu, kamu tidak nyata ! coba bapak ulangi? Ya, bagus sekali pak.”	S : Klien mengatakan masih ingat dan bisa menyebutkan nama saya. Klien mengatakan melihat bayangan seperti sebuah leak O : Klien tampak tenang saat diskusi. A : TUK 2 tercapai, Lanjutkan TUK 3 P : Pertahankan TUK 1 dan 2, lanjutkan TUK 3.	ADE
Jumat, 29 April 2016 Pukul 10.00 wita	(TUK 3)	Bapak cara kedua untuk mengontrol halusinasi yang lain adalah bercakap-cakap dengan orang lain. Apakah bapak mengetahui caranya? Bagus ternyata bapak bisa. Bagaimana kalau kita berlatih dan mengulangi	S : Klien mengatakan kadang-kadang terbawa dengan halusinasinya tersebut. Namun klien beristrahat saat terbawa dalam halusinasinya.	ADE

dilanjutkan

lanjutan

1	2	3	4	5
		lagi. Jadi kalau bapak melihat bayangan itu bapak bisa menggunakan cara ini yaitu bercakap dengan teman atau orang lain. Suster tolong saya, saya melihat bayangan itu lagi, ayo mengobrol dengan saya, atau kalau bapak dirumah bapak bisa minta tolong kepada orang rumah, coba ulangi lagi ? ya, bagus sekali"	O : Klien tampak antusias, klien tampak tenang. A : TUK 3 tercapai, P : Pertahankan TUK 1,2 dan 3,lanjutkan TUK 4.	
Pukul 16.35 wita	(TUK 4)	"Om swatyastu Ibu! Perkenalkan saya perawat Ade, perawat yang merawat anak ibu di RSJ Provinsi Bali" "Bagaiman perasaan Ibu hari ini? Apa pendapat Ibu tentang anak ibu? Ya gejala yang dialami oleh anak ibu itu dinamakan halusinasi, yaitu melihat sesuatu yangg tidak ada bendanya." "Ada beberapa cara untuk membantu anak ibu agar bisa mengendalikan halusinasi. Cara pertama, jangan membantah halusinasi. Kedua jangan biarkan anak ibu	S : Keluarga mengatakan mengerti dengan penjelasan yang diberikan. O: - Keluarga klien membalas salam, menerima perawat dengan ramah, ekpresi wajah bersahabat. -Keluarga tampak kooperatif A : TUK 4 tercapai. P : Pertahankan TUK 1,2,3 dan 4, lanjutkan TUK 5.	ADE

dilanjutkan

lanjutan

1	2	3	4	5
		melamar dan sendiri karena kalau melamun halusinasi akan muncul. Cara ketiga, bantu anak untuk minum obat secara teratur. Terakhir jika tanda-tanda halusinasi muncul. Putus halusinasi dengan menepuk punggung anak ibu, kemudian suruh anak ibu menghardik suara tersebut."		
Sabtu, 30 April 2016 Pukul 10.00 wita	(TUK 5)	"Bapak apakah ada bedanya setelah minum obat? Apakah bayangan tersebut sudah berkurang? Apa manfaat minum obat pak? Berapa macam obat yang bapak minum? Apa warna obatnya pak? Sebelum minum obat bapak juga harus teliti ya? Dalam sehari bapak minum obat berapa kali? Bapak GL hebat sekali ya ?"	S : "saya,merasa sedikit tenang. Sedikit berkurang untuk saat ini. Saya tidak tahu maanfaat obatnya, ada satu warna, warnanya putih. Saya minum obat 2 kali pagi sama malam." O : Klien dapat menyebutkan warna obat A : TUK 5 tercapai P : Pertahankan TUK 1,2,3 dan 4, 5	ADE

TABEL. 6

EVALUASI KEPERAWATAN PADA KLIEN GL

DENGAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI :HALUSINASI PENGLIHATAN

DI RUANG ARIMBI RSJ PROPINSI BALI

TANGGAL 26 s/d 30 APRIL 2016

Hari/Tanggal/ Jam	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	Paraf
1	2	3	4
Rabu, 27 April 2016 Pukul 10.00 wita	Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pengelihatan (TUK) 1	S : Klien mengatakan “selamat pagi” Klien mengatakan “nama saya GL saya senang di panggil L” O : Ekspresi wajah tampak kurang bersahabat, klien mau berjabat tangan, klien mau membalas salam, dan tidak mau duduk dekat perawat. A : TUK 1 tercapai P : Pertahankan TUK 1 dan lanjuk ke TUK 2	ADE
Kamis, 28 April 2016 Pukul 10.00 wita	(TUK) 2	S : Klien mengatakan masih ingat dan bisa menyebutkan nama saya. Klien mengatakan melihat bayangan seperti sebuah leak (bertaring, lidah panjang dan rambut panjang)	ADE

dilanjutkan

lanjutan

1	2	3	4
		O : Klien tampak tenang saat diskusi. A : TUK 2 tercapai, Lanjutkan TUK 3 P : Pertahankan TUK 1 dan 2, lanjutkan TUK 3.	
Jumat, 29 April 2016 Pukul 10.00 wita	(TUK) 3	S : Klien mengatakan kadang-kadang terbawa dengan halusinasinya tersebut. Namun klien beristrahat saat terbawa dalam halusinasinya. O : Klien tampak antusias, klien tampak tenang. A : TUK 3 tercapai, P : Pertahankan TUK 1,2 dan 3,lanjutkan TUK 4.	ADE
Jumat, 29 April 2016 Pukul 16.35 wita	(TUK) 4	S : Keluarga mengatakan mengerti dengan penjelasan yang diberikan. O: Keluarga klien membalas salam, menerima perawat dengan ramah, ekpresi wajah bersahabat. Keluarga tampak kooperatif A : TUK 4 tercapai. P : Pertahankan TUK 1,2,3 dan 4, lanjutkan TUK 5	ADE

dilanjutkan

lanjutan

1	2	3	4
Sabtu, 30 April 2016 Pukul 10.00 wita	(TUK) 5	S : “saya, merasa sedikit tenang. Sedikit berkurang untuk saat ini. Saya tidak tahu maanfaat obatnya, ada satu warna, warnanya putih. Saya minum obat 2 kali pagi sama malam.” O : Klien dapat menyebutkan warna obat A : TUK 5 tercapai P : Pertahankan TUK 1,2,3 dan 4, 5	ADE

BAB III
PEMBAHASAN

BAB III
PEMBAHASAN

Dalam Bab ini dibahas tentang kesenjangan antara teori yang ada dengan kenyataan yang terjadi dalam kasus, argumen atas kesenjangan yang terjadi dan solusi atau pemecahan yang diambil untuk mengatasi masalah yang terjadi saat memberikan asuhan keperawatan pada klien GL dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi penglihatan di ruang Arimbi RSJ Provinsi Bali, tanggal 26 April sampai dengan 30 April 2016 Pembahasan meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaaan dan evaluasi.

A. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahapan awal dari proses keperawatan yang dilaksanakan kepada klien GL melalui teknik wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, rekam medis, dan *home visit.* Kesenjangan yang muncul di pengkajian pada klien Tn. GL dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi pengelihatan yaitu Secara teori terdapatnya tanda gejala pada klien yang mengalami gangguan persepsi sensori: halusinasi pengelihatan adalah bicara, senyum, ketawa sendiri, menggerakan bibir tanpa suara, menarik diri dari orang lain, perhatian dengan lingkungan yang kurang, curiga, bermusuhan, sulit berhubungan dengan orang lain, ekspresi muka yang tegang, tidak mampu mengikuti perintah, tampak tremor dan berkeringan. Sedangkan tanda dan gejala yang muncul pada klien Tn. GL yaitu, klien mengatakan melihat bayanggan yang menyerupai leak (bertaring, lidah

panjang, berambut pangjang), melihat kesana-kesini, berbicara sendiri, dan ketawa sendiri, klien memiliki riwayat prilaku kekerasan, klien sering menyendiri. Berdasarkan 5 fase halusinasi menurut yosep, 2014. Dan dari hasil pengkajian yang di lakukan, saat ini klien berada di fase *Comforting* dimana klien mengalami emosi yang berlanjut seperti adanya perasaan cemas, kesepian, perasaan berdosa, ketakutan dan mencoba memusatkan pemikiran pada timbulnya kecemasan. Ia beranggapan bahwa pengalaman pikirin dan sensorinya dapat ia kontor bila kecemasannya diatur, dalam tahap ini ada kecenderungan klien merasa nyaman dengan halusinasinya. Dan yang tidak ada di klien tapi tercantum dalam teori yaitu, curiga, cemas, takut, bermusuhan, ekspresi muka yang tegang, tidak mampu mengikuti perintah, tampak tremor dan berkeringan. Hal ini disebabkan karena sifat masing-masing individu manusia itu berbeda, sehingga setiap orang mengalami perbedaan juga dalam menanggapi stres yang datang pada dirinya. Data-data diatas di dukung oleh pengkajian yang di lakukan ke keluarga klien, dimana keluarga mengatakan klien tidak pernah menceritakan masalah yang dimiliki klien, jarang berkomunikasi dengan lingkungan dan masyarakat.

Pada tinjauan teori terdapat empat masalah keperawatan yang muncul pada asuhan keperawatan klien GL yaitu gangguan persepsi sensori :halusinasi pengelihatan; resiko prilaku kekerasan terhadap lingkungan, diri sendiri dan orang lain, kerusakan interaksi sosial:

menarik diri, dan harga diri rendah kronis. Sedangkan, masalah keperawatan yang muncul pada kasus klien GL yaitu, resiko prilaku kekerasan terhadap diri sendiri, lingkungan dan orang lain, gangguan persepsi sensori: halusinasi pengelihatan, ketidak efektipan koping individu. Diagnosa di atas didukung dari data yang di berikan oleh keluaraga yang dilakukan saat home visit kerumah klien pada tanggal 29 April 2016. Keluarga mengatakan klien sering berbicara sendiri, klien ketawa sendiri, dan klien tidak pernah menceritakan masalahnya ke orang lain. Jadi terdapat kesenjangan masalah keperawatan antara tinjauan teori dan kasus pada asuhan keperawatan pada Tn. GL yaitu tidak munculnya masalah kerusakan interaksi sosial: menarik diri dan harga diri rendah kronis karena tidak adanya data yang muncul

B. Perencanaan

Rencana tindakan yang dibuat mengacu pada standar asuhan keperawatan yang lazim pada klien halusinasi penglihatan dengan 5 TUK yaitu TUK pertama klien dapat membina hubungan saling percaya, TUK kedua klien dapat mengenal halusinasinasinya, TUK ketiga klien dapat mengontrol halusinasinya, TUK keempat klien mendapat dukungan keluargauntuk mengendalikan halusinasinya, TUK kelima klien dapat menggunakan obat untuk mengendalikan halusinasinya. Perencanaan yang disusun disesuaikan dengan situasi, kondisi klien, lingkungan dan sudah mengacu pada protaf yang ada serta bekerja sama dengan klien.

Pada tinjauan teori tidak ada dicantumkan hari, tanggal, kriteria waktu rencana perawatan, sedangkan pada kasus dicantumkan karena pada rencana perawatan dijadikan acuan untuk melaksanakan tindakan dan mengevaluasi. Pada kasus diagnosa utama kriteria waktu yakni 7 kali pertemuan selama 5 hari dikarenakan situasi, kondisi klien dan lingkungan sangat mendukung untuk kriteria waktu dengan rencana keperawatan yang telah disusun.

C. Pelaksanaan

Pelaksanaan merupakan tindakan keperawatan sebagai realisasi dari perencanaan dimana telah disesuaikan dengan kondisi klien dan kebutuhan klien akan pelayanan keperawatan, pelaksanaan tindakan keperawatan pada klien GL dilaksanakan selama lima hari yaitu dari tanggal 26 sampai dengan 30 April 2016. Pelaksanaan tindakan keperawatan dilakukan secara tim dengan perawat di ruang Arimbi. Pada diagnosa gangguan persepsi sensori: halusinasi pengelihatan ada 7 strategi pelakasanaan (SP), dan dibagi menjadi 4 SP ke klien dan 3 SP ke keluarga, dilakukan selama 7 x pertemuan, kriteria waktu bisa berubah karena disesuaikan dengan kondisi klien. Dalam SP 1 diharapkan klien dapat mengidentifikasi jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi yang dapat menimbulkan halusinasinya, respon klien terhadap halusinasi, menggajarkan menghardik halusinasi, dan memasukan cara menghardik ke dalam jadwal kegiatan. Dalam SP 2 mengevaluasi jdwal kegiatan harian klien, melatih klien bercakap-cakap dengan orang lain,

dan memasukkan kedalam jadwal harian klien. Dalam SP 3 melatih klien mengendalikan halusinasi dengan cara melakukan kegiatan dan memasukkan ke jadwal kegiatan. Dalam SP 4 memberi pendidikan kesehatan tentang penggunaan obat secara teratur.

SP1K mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat klien, memberi pendidikan kesehatan tentang pengertian, jenis, tanda dan gejala, serta proses terjadinya halusinasi, menjelaskan cara merawat klien dengan halusinasi. SP2K melatih keluarga mempraktikkan cara merawat klien, melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada klien halusinasi. SP3K membantu keluarga membuat jadwal aktivitas dirumah termasuk minum obat, dan menjelaskan *Pollow Up* klien setelah pulang dengan melaksanakan *home visit* dan *home care.*

Secara umum semua tindakan keperawatan sudah dilaksanakan sesuai dengan rencana. Hal ini disebabkan klien cukup kooperatif, peran serta dari keluarga, ketersediaan waktu, tempat, sarana dan prasarana serta kerjasama yang baik dengan perawat di ruang Arimbi. Namun dari kelima TUK, TUK lima yaitu klien dapat memanfaat obat dalam mengontrol halusinasinya yang belum tercapai karena klien tidak dapat memanfaatkan obat yang di berikan. Untuk kunjungan rumah ke keluarga klien difokuskan pada tanggal 29 April 2016 sekaligus memberikan penjelasan kepada keluarga tentang perawatan klien GL bahwa keluarga merupakan unit paling berperan terhadap kesembuhan

klien. Dalam pelaksanaan tindakan, penulis tidak melaksanakannya sendiri, penulis bekerjasama dengan perawat di ruangan karena penulis hanya melaksanakan asuhan keperawatan selama praktek diruangan, sedangkan perawat diruangan bisa memantau klien selama 24 jam. Strategi Pelaksanaan (SP) ke klien dan SP ke keluarga terlampir

D. Evaluasi

Evaluasi merupakan langkah akhir dari proses keperawatan untuk mengetahui sejauh mana keberhasilan dari asuhan keperawatan yang diberikan pada klien selama melakukan asuhan keperawatan. Pada klien Tn. GL ditemukan diagnosa utama dimana untuk mengatasi diagnosa tersebut penulis menyusun tujuan umum dan tujuan khusus untuk setiap diagnosa kemudian dilaksanakan dalam bentuk strategi pelaksanaan (SP). Selama 5 hari, setiap SP sudah dilaksanakan pada diagnosa gangguan persepsi sensori: halusinasi pengelihatan. TUK 1 dan 2 telah tercapai dibuktikan dengan data subyek setelah di evaluasi seperti "Klien mengatakan "selamat pagi" "Klien mengatakan "nama saya GL saya senang di panggil L" " Klien mengatakan masih ingat dan bisa menyebutkan nama saya. Klien mengatakan melihat bayangan seperti sebuah leak (bertaring, lidah panjang dan rambut panjang)" TUK 3 tercapai dengan DS : "Klien mengatakan kadang-kadang terbawa dengan halusinasinya tersebut. Namun klien beristrahat saat terbawa dalam halusinasinya". TUK 4 tercapai dengan DS: "Keluarga

mengatakan mengerti dengan penjelasan yang diberikan". TUK 5 tercapai dengan DO: Klien dapat menyebutkan warna obat

Evaluasi pada kasus merupakan evaluasi yang berdasarkan kriteria waktu dan disesuaikan dengan keadaan klien, setelah dilaksanakan evaluasi diagnosa utama dapat dievaluasi sesuai dengan kriteria evaluasi yang telah ditetapkan namun disini untuk dapat mempertahankan atau meningkatkan klien maka perawatan selanjutnya didelegasikan kepada perawat di ruang Arimbi RSJ Provinsi Bali.

BAB IV
PENUTUP

BAB IV

PENUTUPAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan uraian pada bab-bab sebelumnya dapat disimpulkan beberapa hal sebagai berikut:

Pengkajian yang di lakukan pada klien GL pada tanggal 26 April 2016 dimana data di dapat dari observasi, wawancara, pemeriksaan fisik, *home visit* dan catatan perkembangan klien. Adapun tanda dan gejala yang muncul pada klien GL seperti klien mengatakan melihat bayanggan yang menyerupai leak (bertaring, lidah panjang, berambut pangjang), melihat kesana-kesini, berbicara sendiri, dan ketawa sendiri, klien memiliki riwayat prilaku kekerasan, klien sering menyendiri.

Sehingga dari data tersebut muncul diagnosa keperawatan pada klien GL adalah resiko prilaku kekerasan terhadap diri sendiri, lingkungan dan orang lain, gangguan persepsi sensori: halusinasi pengelihatan, dan ketidak efektipan koping individu.

Perencanaan pada klien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi penglihatan difokuskan pada penyelesaian *core problem* untuk mencegah atau mengatasi akibat dari *core problem.* Rencana tindakan difokuskan pada tujuan khusus dan tujuan umum yang telah disusun dan ingin dicapai dengan pertimbangan kognitif, afektif, dan psikomotor. Semua TUK dapat direncanakan sesuai dengan teori.

Pada tahap pelaksanaan, tujuan khusus 1, 2, 3, 4 dan 5 dapat dilaksanakan. Namun pada pelaksanaan SP ke klien di SP1 TUK 1 mengalami kesusahan karena membina hubungan saling percaya cukup membutuhkan waktu agar klien bisa percaya dengan kita.

Pada tahap evaluasi pada klien dengan perubahan persepsi sensori: halusinasi penglihatan dikatakan berhasil apabila klien dapat mengontrol halusinasinya, dapat membedakan hal nyata dan tidak nyata, namun untuk mendapatkan hasil yang optimal diperlukan waktu yang cukup banyak karena mengubah persepsi yang dialami klien dengan perubahan persepsi sensori: halusinasi penglihatan sangat sulit.

Kesenjangan Asuhan Keperawatan Klien GL Dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Penglihatan di Ruang Arimbi Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali antara teori dengan kasus terdapat pada semua tahapan keperawatan pengkajian, diagnosa keperawatan dan perencanaan keperawatan, pelaksanaan dan evaluasi.

B. Saran

Dalam rangka meningkatkan pelayanan keperawatan klien di ruang Arimbi RSJ Propinsi Bali di Bangli dan mengingat permasalahan yang ditemukan selama pelaksanaan asuhan keperawatan, maka penulis dapat menyampaikan saran – saran sebagai berikut :

1. Kepada RSJ Provinsi Bali

   Kepada RSJ Provinsi Bali agar menyediakan brosur tentang gangguan jiwa, dan menyusun Strategi Pelaksanaan yang baku untuk setiap ruangan dan diagnosa

2. Kepada STIKES Bali

   Kepada STIKES Bali diharapkan untuk menyediaka sumber-sumber yang telah di perbaharui

3. Kepada staf pelaksanaan perawatan di ruang Arimbi.

   Kepada staf perawat di ruang Arimbi RSJ Provinsi Bali : diharapkan dapat mempertahankan dan meningkatkan kondisi klien GL .

4. Kepada keluarga

   Kepada keluarga diharapkan untuk lebih kooperatif memberi dukungan yang optimal dan ikut berperan aktif dalam proses penyembuhan klien serta mencegah faktor-faktor pencetus karena keluarga merupakan unit terpenting yang berperan dalam penyembuhan klien dirumah.

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR PUSTAKA

Iskandar&Damaiyanti, M. (2012).*Asuhan Keperawatan Jiwa.* Bandung: RefikaAditama

Muhith, Abdul. (2015). *Pendidikan Keperawatan Jiwa Teori dan Aplikasi*. Yogyakarta: Andi

Prabowo, Eko. (2014). *Konsep & Aplikasi Asuhan Keperawatan Jiwa*. Banyuwangi: Nuha Medika

RSJ Provinsi Bali, (2016). *Laporan Bulanan Klien Rawat Inap*. Bangli: Rekam Medik Rumah Sakit jiwa.

Surya Direja, Ade Herman. (2011). *BukuAjar Asuahan Keperawatan Jiwa* Edisi 1. Yogyakarta: Nuha Medika

Yosep&Sutini (2014).*Buku Ajar Keperawatan Jiwa*.Bandung :RefikaAditama.

http://www.cdc.gov/mentalhealth/basics/mental-illness/psychotic.htm

http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/en/

LAMPIRAN

Lampiran 1

STRATEGI PELAKASANAAN PADA KLIEN DENGAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI: HALUSINASI PENGLIHATAN

SP I

Hari/Tanggal : Selasa, 26 April 2016

Pertemuan ke : 2

Waktu : 10.00 s/d 10.30 wita

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi klien

   DS: Klien mengatakan melihat bayangan leak (bertaring, lidah panjang, dan rambut panjang)

   DO:Klien tampak melamun

   Klien berbicara sendiri

   Klien tertawa sendiri

2. Diagnosa keperawatan

   Gangguan persepsi sensori halusinasi penglihatan

3. Tujuan Khusus

   a. Pasien dapat membina hubungan saling percaya

   b. Pasien dapat mengenal halusinasinya

   c. Pasien dapat mengontrol halusinasinya

   d. Pasien dapat mendemonstrasikan salah satu mengontrol halusinasi

4. Tindakan keperawatan

    a. Mengidentifikasikan jenis halusinasi

    b. Mengidantifikasikan isi halusinasi

    c. Mengidentifikasi frekuensi halusinasi

    d. Mengidantifikasikan situasi yang menimbulkan halusinasi

    e. Mengidentifikasikan respon klien tentang halusinasi

    f. Mengajarkan klien menghardik halusinasi

    g. Menganjurkan klien memasukan cara menghardik halusinasinya dalam jadwal harian

B. Strategi Komunikasi Dalam Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

1. Fase orientasi

    a. Salam traupetik

    Selamat pagi pak? Perkenalkan saya perawat ADE yang akan merawat bapak hari ini.

    b. Evaluasi Validasi

    Bagaimana perasaan bapak hari ini

    c. Kontrak

    - Topik : bagaimana kalau kita mengobrol untuk lebih mengenal tentang bayangan yang bapak lihat?
    - Waktu : Berapa lama kita kita akan bercakap pak? 10 menit ya pak
    - Tempat : Dimana kita akan bercakap pak? Bangaiman kalau disini saja ya pak

2. Fase kerja

Apakah bapak sering melihat bayangan itu? Apa yang dilakukan bayangan itu? Apakah bapak terus menerus atau sewaktu-waktu? Kapan paling sering melihat bayangan itu? Berapa kali melihat bayangan itu? Apakah bapak tau caranya mengontrol halusinasinya? Saya ajarkan ya pak? Tutup matanya dengan kedua tangan lalu katakan saya tidak mau melihat, kamu palsu, kamu tidak nyata ! coba bapak ulangi? Ya, bagus sekali pak.

3. Fase terminasi

a. Evaluasi

1) Evaluasi subyektif

Bagaimna persaan bapak setelah kita latihan cara menghardik?

2) Evaluasi obyektif

Coba bapak ulangi lagi

b. Rencana tindak lanjut

Apa bila bapak melihat bayngan itu bapak bisa lakukan cara tersebut!

c. Kontrak yang akan datang

- Topik : bagaimana kalo besok kita berlatih cara kedua yaitu bercakap-cakap, bapak mau kan?
- Waktu : jam berapa besok mau berbincang pak? Jam 11 ya pak? Berapa lama pak? 10 menit ya pak ?

- Tempat : dimana kita akan bercakap-cakap? Bagaimana kalo disini saja ya pak.

STRATEGI PELAKASANAAN PADA KLIEN DENGAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI: HALUSINASI PENGLIHATAN

SP II

Hari / tanggal : Kamis, 28 April 2016

Pertemuan ke : 3

Waktu : 10.00 s/d 10.30 wita

A. PROSES KEPERAWATAN

1. Konisi klien

   DS : Klien mengatakan melihat bayangan seperti leak(bertaring,lidah panjang dan rambut panjang)

   DO : Klienn tampak melamun

2. Diagnosa keperawatan

   Gangguan persepsi sensori halusinasi penglihatan

3. Tujuan khusus

   Pasien dapat mengendalikan halusinasinya dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain

4. Tindakan keperawatan

   Melatih pasien mengendalikan hakusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain

B. Strategi Komunikasi Dalam Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

1. Fase orientasi

   a. Salam terapiutik

      Selamat pagi , bapak masih ingat dengan saya ? ya, benar sekali pak ?

   b. Evaluasi/ Validasi

      Bagaimana perasaan bapak hari ini? Apakah bayangan itu masih sering datang? Apakah bapak berlatih cara mengontrol halusinasunya?

   c. Kontrak

      - Topik : sesuai janji kita kemarin, kita akan berlatih cara kedua untuk mengontrol halusinasinya dengan bercakap-cakap dengan orang lain
      - Waktu : berapa lama kita akan bercakap pak? 30 menit ya pak?
      - Tempat : dimana kita akan bercakap? Disini saja ya pak?

2. Fase kerja

   Bapak cara kedua untuk mengontrol halusinasi yang lain adalah bercakap-cakap dengan orang lain. Apakah bapak mengetahui caranya? Bagus ternyata bapak bisa. Bagaimana kalau kita berlatih dan mengulangi lagi. Jadi kalau bapak melihat bayangan itu bapak bisa menggunakan cara ini yaitu bercakap dengan teman atau orang lain. Suster tolong saya, saya melihat bayangan itu lagi, ayo mengobrol

dengan saya, atau kalau bapak dirumah bapak bisa minta tolong kepada orang rumah, coba ulangi lagi ? ya, bagus sekali

3. Fase terminasi

   a. Evaluasi

      1) Evaluasi Subyektif

         Bagaimana perasaan bapak setelah kita berlatih cara mengontrol halusinasi dengan bercakap dengan orang lain

      2) Evaluasi obyektif

         Coba bapak ulangi kembali ? ya, bagus sekali pak

   b. Rencana Tindak Lanjut

      Jangan lupa memasukan ke dalam kegiatan harian bapak

   c. Kontrak yang akan datang

      - Topik : baiklah pak, bagaimana kalau besok kita berbincang-bincang lagi tentang cara mengontrol halusinasi
      - Waktu : bapak mau berapa lama ?
      - Tempat : dimana kita akan berbincang pak ?

STRATEGI PELAKASANAAN PADA KLIEN DENGAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI: HALUSINASI PENGLIHATAN

SP III

Hari / tanggal : Jumat, 29 April 2016

Pertemuan : 4

Waktu : 10.00 s/d 10.30 wita

A. PROSES KEPERAWATAN

1. Kondisi klien

   DS: Klien mengatakan melihat bayangan seperti leak(bertaring,lidah panjang dan rambut panjang)

   DO: Klien tampak melamun

2. Diagnosa keperawatan

   Gangguan persepsi sensori halusinasi penglihatan

3. Tujuan khusus

   Pasien dapat mengendalikan halusinasinya dengan melakukan tindakan

4. Tindakan keperawatan

   - Melatih klien mengontrol halusinasi dengan cara ketiga: melaksanakan aktivitas terjadwal

B. Strategi Komunikasi Dalam Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

1. Fase orientasi

   a. Salam teraupetik

      Selanmat pagi pak ? masih ingat dengan saya pak ? ya, benar sekali

   b. Evaluasi / validasi

      Bagaimana persaan bapak hari ini ?

   c. Kontrak

      - Topik : sesuai janji kita kemarin, hari ini kita akan berlatih cara mengendalikan halusinasi yaitu melakukan kegiatan harian terjadwal
      - Waktu : berapa lama ? bagai mana 30 menit pak ?
      - Tempat : di mana tempatnya pak ? disini saja ya pak ?

2. Fase kerja

   Pak, apa saja yang bapak lakukan setiap hari ? pagi-pagi apa kegiatan bapak? Terus apa lagi ? bagai mana kalau kita latihan kegiatan yang belum bapak lakukan / bagaimana kalau kita berlatih menyapu lantai ? cara menyapu lantai yang benar adalah…

   Coba bapak peragakan ? ya bagus sekali pak

3. Fase terminasi

   a. Evaluasi

      1) Evaluasi subyetif

         Bagaimana perasaan bapak ? setelah kita berlatih cara melakukan aktivitas terjadwal yaitu menyapu?

2) Evaluasi obyektif

Coba sekarang bapak ulangi ?

b. Rencana Tindakan selanjutnya

Jangan lupa masukan ke dalam kegiatan harian bapak ?

c. Kontrak

- Topik : bagai mana kita besok berbincang tentang cara minum obat yang baik serta manfaatnya?
- Waktu : bapak mau kita ngobrol jam berapa? Bagaimana kalau jam 11
- Tempat : bapak mau dimana ? disini saja ya pak ?

STRATEGI PELAKASANAAN PADA KLIEN DENGAN GANGGUAN

PERSEPSI SENSORI: HALUSINASI PENGLIHATAN

SP IV

Hari /Tanggal : Sabtu, 30 April 2016

Pertemuan ke : 5

Waktu :10.00 s/d 10.30 wita

A. PROSES KEPERAWATAN

1. Kondisi klien

   DS: Klien mengatakan melihat bayangan

   DO: Klien tampak melamun

2. Diagnosa keperawatan

   Gangguan persepsi sensori halusinasi penglihatan

3. Tujuan khusus

   Pasien dapat memanfaatkan obat dengan baik

4. Tindakan keperawatan

   - Memberikan pendidikan kesehatan tentang pengguanaan obat secara teratur

B. Strategi Komunikasi Dalam Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

1. Fase orientasi

   a. Salam traupetik

      Selamat pagi pak ? masih ingat dengan saya pak

   b. Evaluasi validasi

      Bagaimana perasaan bapak hari ini / apakah bayangan itu sering datang ? apakah bapak sudah menggunakan cara yang telah kita pelajari kemarin ? bagaimana hasilnya ? apakah bapak sudah minum obat ? ya bagus

   c. Kontak

      - Topik : baik, hari ini kita akan berbincang tantang obat-obatan yang di minum bapak setiap hari ?
      - Waktu : berapa lama kita berbincang pak ? bagaimana kalau 10 menit?
      - Tempat : di mana kita akan berbincang pak ? bagaimana kalao disini saja pak?

2. Fase kerja

   Bapak apakah ada bedanya setelah minum obat? Apakah bayangan tersebut sudah berkurang? Apa manfaat minum obat pak? Berapa macam obat yang bapak minum? Apa warna obatnya pak? Sebelum minum obat bapak juga harus teliti ya? Dalam sehari bapak minum obat berapa kali? Bapak GL hebat sekali ya ?

3. Fase terminasi

   a. Evaluasi

      1) Evaluasi subyektif

         Bagaimana perasaan bapak setelah berbincang-bincang tentang obat ?

      2) Evaluasi Obyektif

         Coba bapak ulangi lagi apa yang kita bicara tadi ?

   b. Rencana Tindakan lanjut

      Jangan lupa pada waktunya bapak bisa minta obat pada perawat

      Dan selanjutnya kalau bapak melihat banyangan itu dan membahayakan bapak bisa minta bantuan perawat atau kalau bapak sudah boleh pulang minta bantuan pada orang sekitar.

SATUAN ACARA PENYULUHAN

POKOK BAHASAN : GANGGUAN PERSEPSI SENSORI

SUB POKOK BAHASAN : HALUSINASI PENGELIHATAN

WAKTU : 16.35 – 18.15 Wita

SASARAN : KELUARGA BAPAK GL

TEMPAT : RUMAH KELUARGA GL

TUJUAN INSTRUKSIONAL UMUM

Setelah diberikan pendidikan kesehatan keluarga bapak GL dapat mengetahui tentang perubahan persepsi sensori halusinasi.

TUJUAN INSTRUKSIONAL KHUSUS

Setelah diberikan pendidikan kesehatan selama 45 menit diharapkan keluarga Bapak GL mampu :

1. Menjelaskan tentang pengertian halusinasi.
2. Menjelaskan tanda dan gejala halusinasi.
3. Proses halusinasi
4. Menjelaskan tahapan halusinasi.
5. Menjelaskan cara menghentikan halusinasi.
6. Menjelaskan penanggulangan halusinasi di rumah.

KEGIATAN PENKES

1. Pembukaan : 10 menit
    - Perkenalan
    - Menjelaskan tujuan
    - Apersersepsi dengan menggali pengetahuan yang dimiliki keluarga tantang halusinasi.
2. Pelaksanaan : 30 menit
    - Menjelaskan materi tentang halusinasi
    - Melakukan tanya jawab dengan keluarga tentang halusinasi pada klien
3. Penutup : 5 menit
    - Menyimpulkan materi
    - Mengevaluasi materi yang sudah diberikan
    - Mengakhiri penkes dilanjutkan dengan ramah tamah

METODE

Ceramah dan tanya jawab secara langsung. Suasana santai dan keluarga mau mau menerima dengan ramah.

MEDIA

- Leaflet

EVALUASI

Pertanyaan langsung disampaikan pada keluarga dan dijawab secara langsung juga oleh keluarga. Koreksi saat itu juga.

DAFTAR PUSTAKA

Iskandar&Damaiyanti, M. (2012).*Asuhan Keperawatan Jiwa.* Bandung: RefikaAditama

Muhith, Abdul. (2015). *Pendidikan Keperawatan Jiwa Teori dan Aplikasi*. Yogyakarta: Andi

Prabowo, Eko. (2014). *Konsep & Aplikasi Asuhan Keperawatan Jiwa*. Banyuwangi: Nuha Medika

RSJ Provinsi Bali, (2016). *Laporan Bulanan Klien Rawat Inap*. Bangli: Rekam Medik Rumah Sakit jiwa.

Surya Direja, Ade Herman. (2011). *BukuAjar Asuahan Keperawatan Jiwa* Edisi 1. Yogyakarta: Nuha Medika

Yosep&Sutini (2014).*Buku Ajar Keperawatan Jiwa*.Bandung :Refika Aditama.

http://www.cdc.gov/mentalhealth/basics/mental-illness/psychotic.htm

http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/en/

LAMPIRAN MATERI

1. PENGERTIAN HALUSINASI

Halusinasi adalah hilangnya kemampuan manusia dalam membedakan rangsangan internal (pikiran) dan rangsangan eksternal (dunia luar). Klien memberi persepsi atau pendapat tentang lingkungan tanpa ada objek atau rangsangan yang nyata.

2. JENIS – JENIS HALUSINASI

a. Halusinasi penglihatan (*visual, optik*)

Merasa seperti melihat sesuatu baik yang tak terbentuk (sinar, kilapan atau pola cahaya) atau berbentuk (orang, binatang, barang - barang yang dikenalnya).

b. Halusinasi pendengaran (*auditif, akustik*)

Misalnya merasa saperti mendengar suara manusia, hewan, mesin ataupun suara musik.

c. Halusinasi pencium (*olfaktorik*)

Merasa seeperti mencium suatu bau tertentu.

d. Halusinasi pengecap (*gustatorik*)

Merasa mengecap sesuatu.

e. Halusinasi peraba *(taktil)*

Merasa diraba, disentuh, ditiup, disinari atau seperti ada ulat bergerak dibawah kulitnya.

f. Halusinasi *kinestetik*

Merasa badannya bergerak dalam sebuah ruang atau anggota badannya bergerak dengan sendiri.

g. Halusinasi *viseral*

Perasaan tertentu yang timbul di dalam tubuhnya.

h. Halisinasi *hipnagonik*

Persepsi sensorik bekerja secar salah, terjadi tepat sebelum tidur.

i. Halusinasi *hipnopompik*

Kesalahan persepsi ini sama dengan hipnogonik, hanya terjaddi pada saat tepat sebelum terbangun.

j. Halusinasi *histerik*

Terjadi pada neurosa histerik akibat dari konflik sosial.

3. TANDA DAN GEJALA

a. Bicara, senyum, ketawa sendiri
b. Menggerakan bibir tanpa suara
c. Menarik diri dari orang lain
d. Tidak bisa membedakan antara keadaan nyata dan keadaan yang tidak nyata
e. Terjadi peningkatan denyut jantung
f. Perhatian dengan lingkungan yang kurang
g. Curiga, bermusuhan
h. Sulit berhubungan dengan orang lain
i. Ekspresi muka tegang
j. Tidak mampu mengikuti perintah
k. Tampak tremor dan berkeringat.

4. FASE HALUSINASI

Fase 1: *Sleep Disorder* Fase awal seseorang sebelum muncul hallusinasi. Klien merasa banyak masalah, ingin menghindar dari lingkungan, takut diketahui orang lain bahwa dirinya banyak masalah. Masallah makin terasa sulit karena berbagai stresor terakumulasi, misalnya kekasih hamil; terlibat narkoba, dihianati kekasih, masalah di kampus, PHK di tempat kerja, penyakit, utang, nilai di kampus, *drop out* dsb. Masalah terasa menekan karena terakumulasi sedang *support system* kurang dan persepsi terhadap masalah buruk. Sulit tidur berlangsung terus-menerus sehingga terbiasa menghayal. Klien menganggap lamunan-lamunan awal tersebut sebagai pemecah masalah.

Fase 2: *Comforting, Moderate level ofanxiety*, Halusinasi secara umum ia terima sebagai sesuatu yang alami. Klien mengalami emosi yang berlanjut seperti adanya perasaan cemas, kesepian, perasaan berdosa, ketakutan dan mencoba memusatkan pemikiran pada timbulnya kecemasan. Ia beranggapan bahwa pengalaman pikirin dan sensorinya dapat ia kontor bila kecemasannya diatur, dalam tahap ini ada kecenderungan klien merasa nyaman dengan halusinasinya.

Fase 3: *Condeming Severe level of anxiety,* Secara umum halusinasi sering mendatangi klien. Pengalaman sensori klien menjadi sering datang dan mengalaminya. Klien mulai merasa tidak mampu lagi mengontrolnya dan mulai berupanya menjaga jarak antara dirinnya dengan objek yang dipersepsikan klien mulai menarik diri dari orang lain dengan intensitas waktu yang lama.

Fase 4:*Controling,Severe level of anxiety.* Fungsi sensori menjadi tidak relefan dengan kenyataan. Klien mencoba melawan suara-suara atau *sensory abnormal* yang datang. Klien dapat merasakan kesepian bila halusinasinya berakhir, dari sinilah dimulai fase gangguan *psychotic*

Fase 5: *Conquering*, *Panic level of anxiety*. Klien mengalami gangguan dalam menilai lingkungannyaPengalaman sensorinya terganggu, klien mulai merasa terancam dengan datangnya suara-suara terutama bila klien tidak dapat menuruti ancaman atau perintahyang ia dengar dari halusinasinya. Halusinasi dapat berlangsung selama minimal 4 jam atau seharian bila klien tidak mendapatkan komunikasi terapeutik. Terjadi psikotik berat

5. CARA MENGHENTIKANNYA

a. Ajarkan pada klien tidak mengikuti perintah halusinasi.

   Contoh : "Saya tidak mau mendengar kamu"

b. Ajarkan klien untuk meminta tolong pada orang lain untuk menghentikan halusinasi

   Contoh : "Apakah kamu (orang lain) mendengar apa yang saya dengar?"

c. Meminta orang lain untuk menyapa jika klien berbicara sendiri.

6. PENANGGULANGAN HALUSINASI DI RUMAH

a. Jangan biarkan pasien sendiri

b. Ajurkan klien untuk terlibat dalam kegiatan rumah

c. Bantu klien untuk berlatih cara menghentikan halusinasi

d. Motivasi keluarga untuk awasi klien munum obat

e. Jiuka pasien terlihat berbicara sendiri atau tertawa sendiri maka segera disapa atau diajak bicara.
f. Motifasi keluarga untuk mengontrol keadaan klien
g. Beri pujian positif pada klien dan keluarga jika mampu melakukan apa yang dianjurkan
h. Segera bawa ke Rumah Sakit jika halusinasi berlanjut dan berisiko mencederai diri dan orang lain.

LAMPIRAN KEGIATAN HARIAN DI RUANG ARIMBI

RSJ PROV. BALI

JAM	KEGIATAN HARIAN
05. 00	BANGUN PAGI
05.30	MANDI PAGI
06.30	SARAPAN PAGI DAN MINUM OBAT
07.00	MEMBERSIHKAN TEMPAT TIDUR DAN LINGKUNGAN
08.00	VISITE DOKTER
09.00	TERAPI AKTIVITAS KELOMPOK
10.00	PEMBAGIAN SNACK
11.00	TERAPI REKREASI (NONTON TV, KARAOKE)
12.00	MAKAN SIANG
12.30	MEMBERSIHKAN MEJA MAKAN
13.00	ISTIRAHAT
15.30	BANGUN KEMUDIAN MANDI SORE
16.00	BERSOSIALISASI
17.00	TERAPI REKREASI (NONTON TV, KARAOKE)
18.00	MAKAN MALAM DAN MINUM OBAT
18.30	MEMBERSIHKAN MEJA MAKAN
19.00	TERAPI SPIRITUAL (SEMBAHYANG)
19.30	ISTIRAHAT/TIDUR

Apakah Halusinasi itu?

Halusinasi adalah salah satu 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.

Jenis – jenis Halusinasi

Halusinasi dibagi menjadi 7 jenis meliputi :

1. Halusinasi Pendengaran
2. Halusinasi Penglihatan
3. Halusinasi pengecap
4. Halusinasi peraba
5. Halusinasi penghidu
6. Halusinasi *kinestetik*
7. Halisinasi *Cenesthetic*

FASE-FASE HALUSINASI

Fase 1: *Sleep Disorder,* Fase awal seseorang sebelum muncul hallusinasi

Fase 2: *Comforting*, *Moderate level ofanxiety*, Halusinasi secara umum ia terima sebagai sesuatu yang alami

Fase 3: *Condeming*, *Severe level of anxiety*, Secara umum halusinasi sering mendatangi klien

Fase 4: *Controling*, *Severe level of anxiety* Fungsi sensori menjadi tidak relefan dengan kenyataan

Fase 5: *Conquering*, *Panic level of anxiety*, Klien mengalami gangguan dalam menilai lingkungannya

Bagaimana Cara Mengontrol Halusinasi?????

1. Dilkakukan klien :
   a. Katakan “saya tidak mau melihat kamu” (pada saat halusinasi terjadi)
   b. Menemui orang lain untuk bercakap – cakap atau mengatakan halusinasi yang dilihat
   c. Membuat jadwal kegiatan sehari – hari agar halusinasi tidak sempat muncul
   d. Menggunaklan obat secara teratur dan benar.

2. Cara merawat halusinasi di rumah oleh keluarga
   a. Menyapa klien jika tampak berbicara sendiri
   b. Bicara dengan klien secara sering dan singkat
   c. Berikan klien kegiatan
   d. Jangan biarkan klien menyendiri
   e. Ajak klien berbicara jika tampak sedang berhalusinasi
   f. Terima halusinasi klien tanpa mendukung dan menyalahkan. Misal "saya percaya anda melihatnya tetapi saya tidak melihatnya".
   g. Beri kesempatan untuk mengungkapkannnya
   h. Makan bersama
   i. Bepergian bersama
   j. Mencegah klien melukai diri sendiri dan orang lain

HALUSINASI
DAN
CARA MENGONTROL

OLEH :
I GD SUDIATMIKA ADE SAPUTRA
NIM : 13E11096

DIII KEPERAWATAN

STIKES BALI

DOKUMENTASI KELUARGA

DOKUMENTASI KLIEN

BUKU BUKTI FISIK
BIMBINGAN PENYUSUNAN KTI

Nama Mahasiswa : I GD. SUDIATMIKA ADE SAPUTRA
NIM : 13E1096
Judul KTI : HALUSINASI PENGELIHATAN
Pembimbing : I. WAYAN SUARJAYA S.Kep. Ns.

No	Hari Tgl Waktu	Bimb. Ke	Materi Bimbingan	Masukan / Revisi	TT Pembimb.
1	2	3	4	5	6
1	4/5 '16.	I	BAB I	- Latarbelakang - Tujuan penulisan - Metode " - Sistematika "	Iwayan Suarjaya
2	16/5 '16	II	BAB II	- Tinjauan Teori -Pengertian -Teori Askep - Tinjauan kasus - Pengkajian - Evaluasi	Iwayan Suarjaya
3	18/5 '16	III	Bab III	- Pengkajian - Perencanaan - Pelaksanaan - Evaluasi	Iwayan Suarjaya
4	18/5 '16	IV	Bab IV	- kesimpulan - Saran.	Suarjaya
5	26/5 '16	V	koreksi cohan Bab	ACC ujian	Iwayan Suarjaya

Pembimbing KTI,

(Iwayan Suarjaya S.Kep. Ns.)
NIP. 197404051998031008

Catatan :

- Untuk kolom 1- 4 ditulis oleh Mahasiswa sesuai dengan hasil bimbingan hari itu.
- Untuk kolom 5 dan 6 ditulis oleh Pembimbing KTI.

BUKU BUKTI FISIK

BIMBINGAN PENYUSUNAN KTI

Nama Mahasiswa : **I Gede Sudiatmika Ade Saputra**

NIM : **13E11096**

Judul KTI : **Halusinasi Penglihatan**

Pembimbing : **Ns. Nyoman Dharma Wisnawa, S.kep**

No	Hari/Tgl/ Waktu	Bimb. Ke	Materi Bimbingan	Masukan/ Revisi	TT Pembimbing
1	2	3	4	5	6
1	Kamis, 4 Mei 2016 Pukul 17.00 wita	1	Bab I	Bab I (latar belakang)	
2	Rabu, 11 Mei 2016 Pukul 17.00 wita	2	Revisi bab I, bab II	Laporan Pendahuluan (pengertian, patofisiologi, penatalaksanaan medis).	
3	Sabtu, 14 Mei 2016 Pukul 17.00 wita	3	Revisi bab I, bab II, Bab III	Bab I (latar belakang, metode) Bab II (Laporan Pendahuluan) Bab III (pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi)	
4	Rabu, 18 Mei 2016 Pukul 17.00 wita	4	Revisi bab I - bab IV	Bab I (latar belakang) Bab IV (penutup, saran)	
5	Senin, 23 Mei 2016 Pukul 17.00 wita	5	Revisi bab I – bab IV	Cek pengetikan	
6	Rabu, 25 Mei 2016 Pukul 17.00 wita	6	Revisi akhir	Acc lanjutkan	

Pembimbing KTI

(Ns. Nyoman Dharma Wisnawa, S.kep)

NIDN: 0808028601