**KARYA TULIS ILMIAH**

**LAPORAN STUDI KASUS**

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA NY.JDENGAN DIAGNOSA HALUSINASI**

**DI KAMPUNG LABUHAN KECAMATAN RANAH PESISIR**

**PUSKESMAS BALAI SELASA**

**TAHUN 2018**

****

**OLEH :**

**AFRIDA SURIANTI**

**NIM : 1714401101**

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN**

**PERINTIS PADANG**

**TAHUN 2018**

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA NY.J DENGANDIAGNOSA**

**HALUSINASI DIKAMPUNG LABUHAN RANAH PESISIR**

**PUSKESMAS BALAI SELASA**

**TAHUN 2018**

**LAPORAN STUDI KASUS**

**Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam Menyelesaikan Pendidikan Progran Diploma III Keperawatan di STIKes Perintis Padang**



**OLEH**

**AFRIDA SURIANTI**

**NIM : 1714401101**

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN**

**PERINTIS PADANG**

**TAHUN 2018**

**LEMBAR PERSETUJUAN**

**Nama Mahasiswa : AFRIDA SURIANTI**

**N I M : 1714401101**

**Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada Ny. J dengan Diagnosa Halusinasi**

**Pendengaran di kampung Labuhan wilayah Puskesmas Balai Selasa,**

**Kec. Ranah Pesisir, Kab. Pesisir Selatan Tahun 2018.**

Karya Tulis Ilmiah telah disetujui, diperiksa dan telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji

Studi Kasus Program Studi Diploma III Keperawatan STIKes Perintis Padang.

Bukit Tinggi, Juli 2018

Pembimbing,

**Ns.Yuli Permata Sari, S.Kep,M.Kep**

**NIK. 1440122078614104**

Mengetahui,

Ka Prodi DIII Keperawatan

STIKes Perintis Padang

**Ns.Endra Amalia, S.Kep, M.Kep**

**NIK.1420123106993012**

**LEMBAR PENGESAHAN**

**Nama Mahasiswa : AFRIDA SURIANTI**

**N I M : 1714401101**

**Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada Ny. J dengan Diagnosa Halusinasi**

**Pendengaran di kampung Labuhan wilayah Puskesmas Balai Selasa,**

**Kec. Ranah Pesisir, Kab. Pesisir Selatan Tahun 2018.**

Karya Tulis Ilmiah telah disetujui, diperiksa dan telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji

Studi Kasus Program Studi Diploma III Keperawatan STIKes Perintis Padang.

Bukit Tinggi, Juli 2018

Tim Penguji,

Penguji I

**NS. Faleriska Yunere, M.Kep**

**NIK.**

Penguji II

**Ns.Yuli Permata Sari, S.Kep,M.Kep**

**NIK. 1440122078614104**

**Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis Padang**

**Program studi DIII Keperawatan**

**Karya Tulis Ilmiah**

**Agustus 2018**

**AFRIDA SURIANTI**

**1714401101**

**Asuhan Keperawatan Jiwa pada Ny.J dengan diagnosa Halusinasi di kampung Labuhan Kecamatan Ranah Pesisir Puskesmas Balai Selasa**

**ABSTRAK**

Halusinasi adalah persepsi atau tanggapan dari panca indera tanpa adanya rangsangan internal (pikiran) dan rangsangan eksternal (dunia luar). klien memberikan pendapat tentang lingkungan tanpa objek atau rangsangan nyata. Tujuan dari penelitian ini mampu melaksankan asuhan keperawatan pada pasien dengan halusinasi. Hasil laporan kasus ditemukan data pada Ny.J yaitu klien mengatakan mendengar suara-suara dan mengajaknya berbicara, dan merasa tidak dihargai oleh keluarga, keluarga klien mengatakan bahwa klien sering tertawa dan berbicara sendiri serta berteriak, ketika keluarga melarangnya klien ingin mengamuk, hasil pengkajian tersebut didapatkan masalah keperawatan pada Ny.J yaitu Halusinasi Pendengaran, dan harga diri rendah. Tindakan keperawatan yang dilakukan adalah membina hubungan saling percaya dengan klien, kaji pengetahuan tentang halusinasi dan tanda dan gejalanya, berikan kesempatan pada klien mengungkapkan perasaanya, melakukan Strategi Pelaksanaan (Sp). Hasil evaluasi didapatkan klien dapat membina hubungan saling percaya, klien mengetahui halusinasi pendengaran tanda dan gejalanya, klien bisa melaksanakan Sp yang telah di berikan. Berdasarkan implementasi yang telah dilakukan laporan ini dapat menjadi masukan dalam pemberian asuhan keperawatan klien dengan halusinasi.

**Kata kunci : Asuhan Keperawatan Jiwa, Halusinasi**

**Daftar pustaka : 3 ( 1998-2011)**

**Insttute Of Health Science Perintis Padang**

**D III Study Program Of Nursing**

**Script Writing, July 2018**

**AFRIDA SURIANTI**

**1714401101**

**Mental Health Nursing Care for Mrs. J, who experienceshallucination in Labuhan village, Ranah Pesisir Subdistrict, Balai Salasa Health Center.**

**ABSTRACT**

Hallucinations are perceptions or responses from the five senses in the absence of internal (thoughts) and external (the outside world) stimulus, clients give opinions about environmentwithout objects or real stimuli. The aim of this study is to be able to implement nursing care inpatients with hallucinations. The results of this case found that clientsaid she heard voices and the voices might speak to her. The patient felt under-appreciated by the family. Theclient’s family stated that the client often laughed, talked to herself and screamed, when thefamily tried to stop her, client was going berserk. The results of this study indicated a nursingproblem in Mrs. J that is auditory hallucination, and low self-esteem. Nursing interventionsfor this caseare build a trustnurse-client relationship, promote an understandingof the features, signs and symptoms of hallucination, give the clienttime to fully and openly discuss her feelings and practice theImplementation Strategy. After giving this intervention found a trustnurse-client relationship, better understanding of auditory hallucinations and good practice of Implementation Strategy. Based on the implementation, this study is advised as a nursing care for hallucination patient.

**Keywords : Mental Health Nursing Care, Hallucinations**

**Bibliography: 3 ( 1998-2000**

**KATA PENGANTAR**

Assalamualaikum Warahmatullahi Wabarakaatuh.

Puji dan syukur penulis ucapkan kehadirat Allah SWT yang telah memberi limpahan rahmat dan kurnianya, sehingga penulis dapat menyelesaikan tugas ini dengan waktu yang telah ditentukan dengan judul **“Asuhan Keperawatan Jiwa pada pasien Nyonya J. dengan Halusinasi”, dimana tugas ini merupakan salah satu kegiatan akhir dari siklus keperawatan jiwa yang diadakan diwilayah Puskesmas Balai Selasa, Kecamatan Ranah Pesisir, Kabupaten Pesisir Selatan tahun 2018,** tanpa nikmat yang diberikan olehnya sekiranya penulis tidak akan mampu untuk menyelesaikan studi kasus ini. Shalawat serta salam selalu tercurahkan kepada junjungan Nabi Muhammad SAW, semoga atas izin Allah SWT penulis dan teman-teman seperjuangan , semuanya mendapatkan syafaatnya nanti Amin Ya Rabbal Alamin.

Penulis laporan studi kasus ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar A.Md.Kep. Program Studi Diploma III Keperawatan STIKes Perintis Padang. Penulis banyak mendapat arahan, bimbingan dan nasehat dari berbagai pihak dalam menyusun, membuat dan menyelesaikan laporan studi kasus ini. Oleh karena itu penulis mengucapkan banyak berterima kasih terutama kepada YTH : Ibu Ns.Yuli Permata Sari, S.Kep,M.Kep, selaku Pembimbing dan Bapak NS. Faleriska Yunere, S.Kep,M.Kep yang telah banyak meluangkan waktu dengan penuh perhatian, petunjuk dan bimbingan, sehingga karya tulis ilmiah ini dapat selesai.

Seterusnya ucapan terima kasih saya kepda :

1. Bapak Yendrizal Jafri, S.Kep,M.Biomed selaku Ketua STIkes Perintis Bukit Tinggi Padang.

2. Ibu NS.Endra Amalia, M.Kep, selaku Penanggung Jawab Progran Studi Diploma III

Keperawatan STIKes Perintis Padang.

3. Kepada Puskesmas Balai Selasa yang telah memberikan izin untuk melakukan studi

kasusi ini, beserta stap yang telah memberi izin dalam Pengambilan Data yang penukis

butuhkan.

**i**

4. Ibu NS.Yuli Permata Sari, S.Kep,MKep, selaku Pembimbing yang telah memberikan

bimbingan dalam pembuatan laporan studi kasus ini.

5. Bapak NS.Faleriska Yunere, M.Kep, selaku Penguji yang telah membimbing dalam

pembuatan laporan studi kasus ini.

6. Khusus kepada Keluarga, terima kasih atas dukungan penuh, jerih payah, curahan kasih

sayang, bantuan moral maupun materil serta doa yang tulus dan iklas.

7. Teman-teman Mahasiswa dan Mahasiswi STIKes Perintis Program Studi Diploma III

Keperawatan, maupun teman-teman lainnya yang telah memberi masukan dan

dukungan kepada penulis.

Penulis menyadari bahwa laporan studi kasus ini jauh dari kesempurnaan. Hal ini bukanlah suatu kesenjangan melainkan karena keterbatasan ilmu dan kesempurnaan penulis. Untuk itu penulis berharap tanggapan dan kritik serta saran yang bersifat membangun dari semua pihak demi kesempurnaan laporan studi kasus ini.

Akhir kata penulis mengharapkan agar laporan studi kasus ini bermanfaat bagi kita semua, semoga Allah SWT memberikan rahmat dan hidayahNya kepada kita semua Amin.

Wassalamualaikum Warahmatullahi Wabarakaatuh.

Balai Selasa, 09 Juli 2018

Penulis

**ii**

**DAFTAR ISI**

**HALAMAN JUDUL HALAMAN**

**HALAMAN PERSETUJUAN**

**KATA PENGANTAR i**

**DAFTAR ISI iii**

**BAB I PENDAHULUAN**

1.1 Latar Belakang………………………………………………………………………………………..1

1.2 Tujuan …………..……………………………………………………………………………………….1

1.2.1 Tujuan Umum ..………………………………………………………………………………1

1.2.2 Tujuam Khusus ………………………………………………………………….……………1

1.3 Manfaat ………………………………………………………………………………………………….2

**BAB II TINJAUAN TEORITIS**

2.1 Konsep Dasar…………………………………………………………………………………………..3

2.1.1 Pengertian ………………………………………………………………………………………3

2.1.2 Faktor Penyebab……………………………………………………………………………..3

2.1.3 Manifestasi Klinis ……………………………………………………………………………4

2.1.4 Proses Terjadinya ……………………………………………………………………………4

2.1.5 Mekanisme Koping ………………………………………………………………………….5

2.1.6 Penatalaksanaan………………………………………………………………………………5

**BAB III ASUHAN KEPERAWATAN TEORITIS**

3.1 Pengkajian ……………………………………………………………………………………………..7

3.2 Diagnosa ………………………………………………………………………………………………..9

3.3 Asuhan Keperawatan ……………………………………………………………………………..9

3.4 Intervensi ………………………………………………………………………………………………10

3.5 Implementasi …………………………………………………………………………………………12

3.6 Evaluasi ………………………………………………………………………………………………….12

**iii**

**BAB IV TINJAUAN KASUS**

4.1 Pengkajian ……………………………………………………………………………………………13

4.2 Analisa Data …………………………………………………………………………………………16

4.3 Daftar Masalah …………………………………………………………………………………….16

4.4 Pohon Masalah …………………………………………………………………………………….16

4.5 Daftar Diagnosis Keperawatan ……………………………………………………………..17

**BAB V PEMBAHASAN**

5.1 Pengkajian ............................................................................................... 31

5.2 Diagnosa Keperawatan ........................................................................... 31

5.3 Intervensi ................................................................................................ 32

**BAB VI PENUTUP**

6.1 Kesimpulan ………………………………………………………………………………………….35

6.2 Saran ………………………………………………………………………………………………….. 35

**DAFTAR PUSTAKA** …………………………………………………………………………………………………………… 36

**LAMPIRAN** ............................................................................................................................ 37

**iv**

**BAB I**

**PENDAHULUAN**

**1.1. Latar Belakang**

World Health Organitation (WHO) menyatakan kesehatan jiwa adalah berbagai karakteristik positif yang menggambarkan keselarasan dan keseimbangan kejiwaan yang mencerminkan kedewasaan kepribadiannya. Gangguan jiwa adalah kondisi yang memungkinkan perkembangan fisik, intelektual, emosional secara optimal dari seseorang dan perkembangan ini berjalan selaras dengan orang lain (uu kesehatan jiwa No.3 tahun 1966 dalam herman, 2011 halaman 1). Fenomena gangguan jiwa pada saat ini mengalami peningkatan yang sangat signifikan, dan setiap diberbagai belahan dunia jumlah penderita gangguan jiwa bertambah.

Data dari World Health Organitation (WHO) ada sekitar 450 juta orang didunia yang mengalami gangguan jiwa.Indonesia sendiri diperkirakan sebanyak 264 dari 1.000 anggota rumah tangga mengalami gangguan jiwa. Angka itu menunjukan jumlah penderita gangguan kesehatan jiwa di masyarakat yang sangat tinggi, yakni dari empat penduduk Indonesia menderita kelainan jiwa dari rasa cemas, depresi, stres, penyalahgunaan obat, kenakalan remaja sampai skisofrenia (Yosep, 2014 halaman 34).

**1.2. Tujuan**

**1.2.1 Tujuan Umum**

Mahasiswa mampu memahami dan melaksanakan Asuhan Keperawatan pada Ny. J

dengan Halusisnasi.

**1.2.2 Tujuan Khusus**

Setelah menyusun makalah ini mahasiswa mampu.

a. Melakukan Pengkajian pada Ny. J dengan Halusinasi Pendengaran. **1**

b. Menegakkan Dignosa Keperawatan dengan Halusinasi Pendengaran.

c. Melakukan Intervensi Keperawatan pada Ny.J dengan Halusinasi Pendengran.

d. Melakukan Implementasi Keperawatan dengan Halusinasi Pendengaran pada Ny.J

e. Melakukan Evaluasi Keperawatan dengan Halusinasi Pendengaran pada Ny.J.

f. Melakukan Pendokumentasi Keperawatan dengan Halusinasi Pendengaran pada Ny J.

**1.3. Manfaat**

**a. Bagi Penulis**

Sebagai bahan untuk mengembangkan pengetahuan tentang Halusinasi dan melakukan Asuhan Keperwatan pada klien dengan Halusinasi.Dapat juga sebagai masukan bagi institusi pelayanan dalam meningkatkan mutu pelayanan pada klien gangguan jiwa.

**b. Bagi Klien dan Keluarga**

-Bagi klien

Memberi pengetahuan kepada klien tentang cara menangani, merawat dan pencegahan halusinasi.

-Bagi Keluarga

Memberikan pengetahuan serta masukan kepada keluarga tentang merawat, mencegah kekambuhan dan berkomunikasi kepada anggota keluarga yang mengalami gangguan Halusinasi Sensori/Halusinasin Pendengaran.

**2**

**BAB II**

**TINJAUAN TEORITIS**

**2.1. Konsep Dasar**

**2.1.1 Pengertian Halusinasi**

Halusinasi adalah persepsi atau tanggapan dari panc indera tanpa adanyarangsangan internal (pikiran) dan rangsangan eksternal (dunia luar). Klien memberikanpersepsi atau pendapat tentang lingkungan tanpa objek atau rangsangan nyata (Farida 2010).

Halusinasi Pendengan adalah pendengar atau bunyi yang berkisar dari suara sederhana sampai suara berbicara mengenai klien, sehingga klien merespon terhadap suara atau bunyi tersebut (kliat 2006).

**2.1.2 Faktor Penyebab**

Menurut Struat dan Laraia (2005)

**a. Faktor Predisposisi**

Merupakan faktor menterbelakangi terjadinya perubahan, penyimpangan danperkembangan yang mempengaruhi psikis.

**1. Faktor Biologis**

Faktor Herediter yang mengalami gaangguan jiwa, riwayat penyakit dan trauma kepala.

**2. Faktor Psikologis**

Faktor adanya gangguan yang berulang , tindakan kekerasan dalam rentang hidup klien.

**3. Faktor Sosial, Budaya dan Lingkungan**

Faktor kondisi tubuh yang mempengaruhi gangguan orientasi realita, seperti adanya

penolakan lingkungan, tingkat pendekatan rendah, kemiskinan, kerusuhan dan

bencana alam dalam kehidupan. **3**

**b. Faktor Presipitasi**

Merupakan faktor adanya riwayat penyakit infeksi, penyakit kronis, kelainan struktur otak.

Faktor Presipitasi terjadinya gangguan Halusinasi adalah:

**1. Biologis**

Gangguan dalam komunikasi dan putar balik otak, yang mengatur proses informasi serta

abnormalitas pada mekanisme pintu masuk otak, akibat ketidak mampuan untuk secara

selektif menanggapi stimulus yang diterima oleh otak untuk di interpretasikan.

**2. Stress Lingkungan**

Ambang toleransi terhadap stress yang berinteraksi terhadap stressor lingkungan untuk

menentukan terjadinya gangguan prilaku.

**3. Sumber Koping**

Sumber koping mempengaruhi respon individu dalam menanggapi stressor.

**2.1.3 Manifestasi Klinis**

Tanda dan gejala yang ditimbulkan pada individu yang mengalami Halusinasi Pendengaran.

-Bicara senyum sendiri.

-Mengatakan mendengar suara.

-Tidak dapat membedakan hal yang nyata dan hal yang tidak nyata.

-Tidak dapat memusaatka konsentrasi (perhatian).

-Berbicara kacau, kadang tidak masuk akal.

-Menarik diri, menghindar dari orang lain.

-Sulit membuat keputusan.

-Ketakutan.

-Menyalahkan diri sendiri (orang lain). **4**

-Tidak mampu melaksanakan asuhan mandiri,seperti:mandi,berdandan(berpakaian)

-Expresi wajah tegang.

**2.1.4 Proses terjadinya**

**a. Fase Pertama**

Klien mengalami perasaan mendalam, seperti cemas (ansietas), kesepian, rasa bersalah, dan

takut serta mencoba untuk berfokus pada pikiran yang menyenangkan untuk ansietas.

**b. Fase Kedua**

Pengalaman sensori menjijikan dan menakutkan. Klien disini terjadi peningkatan tanda-tanda

vital (denyut jantung dan tekanan darah). Asik dengan pengalaman sensori dan kehilangan

kemampuan untuk membedakan Halusinasi dengan realita.

**c. Fase Ketiga**

Klien berhenti menghentikan perlawanan terhadap Halusinasi tersebut.

**d. Fase Keempat**

Mengalami sensori menjadi mengancam jika klien mengikuti perintah Halusinasi.

Disini terjadi prilaku kekerasan, agitasi, menarik diri, tidak mampu berespon lebih dari 1

orang. Kondisi klien sangat membahayakan orang lain.

**2.1.5 Mekanisme Koping**

Tiap upaya yang diarahkan pada pelaksana stress, termasuk upaya penyelesaian

masalah langsung dan mekanisme pertahanan yang digunakan untuk melindungi diri.

**2.1.6 Penatalaksana**

**a. Medis**

**Haloperidol** (HLP)

-Indikasi untuk dalam fungsi mental dan fungsi keghidupan sehari-hari. **5**

-Efek samping: gangguan irama jantung, defekasi hidung tersumbat, mata kabur.

-Kontra indikasi: kelainan hati, kelainan jantung, febris, ketergantungan obat.

-Penggunaan obat pada pasien kondisi akut biasanya dalam bentuk injeksi 3x5mg IM.

Pemberian ini dilakukan 3x24 jam, sedangkan pemberian peoral diberikan 3x1,5 mg atau 3x5

mg.

**Respidon**

Obat dengan fungsi untuk gangguan mental atau mood tertentu, seperti: schizophrenia,

gangguan bipolar dan iritabilitas yang berhubungan autis. Dosisnya 2x2 mg perhari.

**b. Keperawatan**

Tindakan keperawatan dapat dilakukan secara individual dan terapi berkelompok(TAK) terapi

aktivitas kelompok.

**Terapi music** yaitu menikmati dengan relaksasi music yang disukai pasien.

Fokus: mendengar, memainkan alat music, dan bernyanyi.

**Terapi seni**

Fokus untuk mengekspresikan perasaan melalui berbagai pekerjaan seni.

**Terapi menari**

Fokus pada ekspresi perasaan melalui gerakan tubuh.

**Terapi relaksasi**

Belajar dan praktek relaksasi dalam kelompok.

Rasional; untuk koping atau prilaku mal, adeftif atau deskriftif, meningkatkan partisipasi dan kesenangan pasien dalam kehidupan.

**Terapi social**, pasien belajar bersosialisasi dengan pasien lainnya.

**Terapi kelompok 6**

**Terapi group** (kelompok terapeutik).

**Terapi aktivitas kelompok** (TAK).

TAK Stimulus Persepsi: Halusinasi.

Sesi 1 : Mengenal halusinasi.

Sesi 2 : Mengontrol halusinasi dengan menghardik.

Sesi 3 : Mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan.

Sesi 4 : Mencegah halusinasi dengan bercakap-cakap, dan mendengar.

Sesi 5 : Mengontrol halusinasi dengan minum obat.

**7**

**BAB III**

**ASUHAN PERAWATAN TEORITIS**

**3.1. Pengkajian**

**a. Identitas Klien**

Meliputi: nama, umur, jenis kelamin, alamat, pendidikan, tanggal masuk RSJ, tanggal

pengkajian, No. MR.

**b. Alasan Masuk**

Klien masuk RSJ umur 20 tahun dengan keluhan mau berinterasi dengan orang lain dan

suka jalan sendiri, klien mengatakan sering mendengar suara panggilan kalau keadaan

cuaca hujan, dan waktu tengah malam sering terbangun nampak bayangan orang laki-laki

dan perempuan sambil memanggil-manggil nama klien.

**c. Faktor Predisposisi**

Mengkaji pernah atau tidaknya mengalami gangguan jiwa sebelumnya, usaha

pengobatan bagi klien yang telah mengalami gangguan jiwa, karena keturunan klien yang

mengalami gangguan jiwa serta pengalaman klien yang tidak menyenangkan sebelum

mengalami gangguan jiwa. Kehilangan, perpisahan, kekerasan seksul, penolakan orang

tua yang tidak realistis, tekanan dari kelompok sebaya. Maka akan terjadi trauma bagi

klien karena tidak menghargai klien.

**d. Fisik**

Mengkaji TTV : TD, N, P, S (TD cenderung meningkat) TB, BB biasanya menurun.

**e. Keluhan Fisik**

Mengalami gangguan pola makan dan tidur sehingga bisa terjadi penurunan BB, klien

biasanya tidak menghiraukan kebersihan dirinya. **8**

**f. Aspek Psikososial**

Genogram yang menggambarkan tiga generasi

**g. Konsep Diri**

**1. Citra Tubuh**

Biasanya klien menolak melihat bagian tubuh yang berubah atau tidak menerima

perubahan tubuh, persepsi negative tenyang tubuh.

**2. Identitas Tubuh**

Ketidakpastian memandang diri, sukar menetapkan keinginan dan tidak mampu

mengambil keputusan.

**3. Peran Diri**

Biasanya berubah atau berhenti berfungsi peran yang disebabkan penyakit dan proses

penuaan.

**4. Ideal Diri**

Biasanya klien mengungkapkan keputusan karena penyakit.

**5. Harga Diri**

Biasanya klien memiliki perasaan malu terhadap diri sendiri, rasa bersalah terhadap diri

sendiri.

**6. Hubungan social**

Biasanya klien mengalami gangguan dalam hubungan social seperti merasa tidak punya

teman.

**7. Status mental**

**1) Penampilan**

Biasanya klien berpenampilan tidak rapi, rambut acak-acakan. **9**

**2) Pembicaraan**

Biasanya klien tidak mampu memulai pembicaraan.

**3) Aktifitas Motorik**

Biasanya klien tampak bergairah dalam beraktifitas, sering monda mandir.

**4) Alam Perasaan**

Biasanya klien tampak putus asa dan sering melamun.

**5) Afek**

Biasanya klien afek datar, tidak bereaksi terhadap rangsangnormal.

**6) Interaksi Selama Wawancara**

Biasanya klien menunjukan kurang kontak mata dan kadang-kadang menolak untuk

bicara.

**7) Persepsi**

Biasanya klienmenglami gangguan persepsi : Halusinasi pendengaran, klien

biasanya mendengar suara memanggil-manggil.

**8) Isi Pikir**

Pada umumnya klien mengalami isi pikir: Waham, terutama waham curiga.

**9) Proses Pikir**

Biasanya klien akan kehilangan asosiasi, inkoheren dalam proses berpikir.

**10) Kesadaran**

Biasanya klien tidak mengalami gangguan konsentrasi.

**11) Memori**

Biasanya klien tidak mengalami gangguan memori, klien mampu mengingat hal-hal

yang telah terjadi. **10**

**12) Konsentrasi dan Berhitung**

Biasanya klien tidak mengalami gangguan konsentrasi dan berhitung.

**13) Daya Tilik Diri**

Biasanya klien mengalami gangguan tilik diri karena akan mengingkari penyakityang

dideritanya.

**3.2. Diagnosa**

1. Prilaku kekerasan

2. Halusinasi pendengaran

3. Harga diri rendah

4. Difisit perawataan diri (DPD)

**3.3. Asuhan Keperawatan**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Diagnosis** | **Implementasi** | **Evaluasi** | **Faraf** |
| 1 | Gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran | **SP1.**  \*Membina hubungan saling  percaya dengan klien.  -Mengucapkan salam.  -Berkenalan dengan klien.  -Menjelaskan tujuan.  -Membuat kontrak.  \*Menjelaskan prinsip 6 benar makan  obat.  \*Menjelaskan penggunaan minum  obat.  **SP2.**  \*Mengevaluasi kegiatan yang lalu.  \*Mengajarkan cara mengendalikan  halusinasi dengan cara menghardik.  **SP3.**  \*Mengevaluasi kegiatan SP1 dan SP2.  \*Mengajarkan cara mengendalikan  halusinasi dengan cara bercakap-  cakap dengan orang lain.  **SP4.**  \*Mengevaluasi SP1, SP2, dan SP3.  \*Mengendalikan halusinasi dengan  melakukan aktivitas. | S : Klien mengatakan  mulai mengerti  akan hal  bagaimana cara  menghilangkan  halusinasi.  O : Klien tampak  mengerti.  Klien ntampak  tenang.  A : SP1 halusinasi  mandiri.  P : Intervensi  dilanjutkan |  |

**3.4. Intervensi Keperawatan**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Hari/Tgl/Waktu** | **Diagnosa** | **Implementasi Keperawatan** | **Evaluasi** |
|  | Halusinasi | **SP1**  1) Mengidentifikasi isi frekuensi, waktu  terjadinya, situasi pencetus,  perasaan respon terhadaphalusinasi  2) Menjelaskan cara mengontrol  halusinasi.  - Cara menghardik.  - Minum obat dengan benar,  bercakap-cakap dan melakukan  kegiatan.  3) Melatih cara menghardik.  4) memberikan kesempatan klien  untuk mempraktekan dengan cara  menghardik. | S. Klien masih  melihat sesuatu  bayangan dan  suara.  O. Klien tampak  gelisah  A. Melatih klien cara  menghardik bisa  dilakukan.  P. Lanjutkan ke SP2 untuk mengontrol halusinasi |
|  | Halusinasi | **SP2**  1) Mengevaluasi jadwal kegiatan dan  beri pujian.  2) Melatih cara mengontrol halusinasi  dengan cara 6 benar minum obat.  3) Menjelaskan akibat bila tidak  minum obat.  4) Menjelaskan cara mendapatkan  obat.  5) Menjelakan fungsi obat.  6) Menjelaskan cara menggunakan  obat denganprinsip 6 benar minum  obat.  7) Memasukan pada jadwal kegiatan  untuk melatih menghardik dan  minum obat. | S. Klien masih  merasakan  sesuatu dan  merasa melihat  bayangan dan  suara.  O. Klien tampak  gelisah.  A. Klien belum bisa  cara minum obat  yang benar dan  teratur  P. SP2 tetap  dilakukan. |
|  | Halusinasi | **SP3**  1) Mengevaluasi kegitan menghardik ,  minum obat dan memberi pujian.  2) Melatih cara mengontrol halusinasi  dengan cara bercakap-cakap.  3) Menganjurkan klien memasukan  kedalam jadwal kegiatan untuk  menghardi, minum obat dan  bercakap-cakap. | S. Klien mengatakan  bayangan sampai  menghilang.  O. Klien masih  gelisah.  A. Klien mampu  melakukan cara  bercakap-cakap.  P. Lanjutkan ke SP4  Halusinasi |

**3.5. Implementasi**

Implementasi adalah pelaksanaan perencanaan asuhan keperawatan oleh mahasiswa dan klien.Petunjuk dalam implementasi :

a. Intervensi dilakukan sesuai dengan rencana.

b. Keterampilan interpersonal, inteletual, tekhnikal dilakukan dengan cermat dan efisien

dalam situasi yang tepat.

c. Dokumentasi intervensi dan respon klien.

(Keliat, Budi Anna. 1998 : 15)

**3.6. Evaluasi**

Evaluasi adalah tindakan untuk mengidentifikasi sejauh mana tujuan dari perencanaan tercapai dan evaluasi itu sendiri dilakukan terus menerus melalui hubungan yang erat.

**14**

**BAB IV**

**TINJAUAN KASUS**

**4.1 Pengkajian**

**A. Identitas Klien**

Inisial Klien : Ny. J

Umur : 74 tahun

Jenis Kelamin : Perempuan

Agama : Islam

Pendidikan : SD

Alamat : Labuhan Kec. Ranah Pesisir, Kab. Pessel

Tanggal Pengkajian : 9 Juli 2018

**B. Alasan Masuk Rumah Sakit**

Klien sering tertawa sendiri, berbicara sendiri, dan berteriak sambil berjalan.

**C. Faktor Predisposisi**

**1. Gangguan Jiwa Dimasa Lalu**

Semenjak umur 18 tahun klien sering tertawa sendiri dan berbicara sendiri serta berteriak, ketika keluarga klien ingin melarangnya klien nampak akan mengamuk.

Setelah mengalami kejadian tersebut keluarga membawa klien ke RSJ Padang, dirawat selama 1 minggu. Setelah klien sembuh dibawa pulang dan selanjutnya untuk control ke Puskesmas terdekat selama 6 bulan secara teratur dan keadaan klien mulai membaik. Setelah itu keluarga tidak lagi membawa klien berobat sampai sekarang.

-Pengobatan sebelumnya tidak berhasil

-Trauma : Klien mengatakan ada mengalami trauma. **15**

**b. Aniaya Fisik**

-Klien mengatakan tidak pernah mengalami aniaya fisik terhadap diri klien, baik darikeluarga

maupun dari orang lain.

**c. Aniaya Seksual**

-Klien mengatakan pernah mngalami aniaya seksual terhadap diri klien

**d. Penolakan**

-Klien mengatakan tidak pernak mengalami penolakan, baik dari keluarga maupun dari

lingkungan.

**e. Kekerasan dalam Keluarga**

-Klien mengatakan tidak pernah mengalami kekerasan dalam keluarga.

**f. Tindakan Kriminal**

-Klien mengatakan tidak pernah menyaksikan maupun melakukan tindakan kriminal.

-Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperwatan.

**g. Anggota Keluarga yang Mengalami Gangguan Jiwa**

-Klien mengatakan ada dua anggota keluarga (anak ketiga dan keempat) yang mengalami

gangguan jiwa.

**D. Pemeriksaan fisik**

**a. Tanda-Tanda Vital** : TD : 120/80 mmHg, N : 84x/I, S : 36 cc.

**b. TB** : 152 cm, BB : 45 kg.

**c. Keluhan Fisik** : Klien mengatakan lutut sakit, klien mengatakan tidak ada lagi yang sakit

**E. Psikososial**

Masalah psiologi yang dialami klien pernah kecewa, sakit hati, merasa tidak nyaman

mendengar suara memanggi-manggil, tertawa-tawa sewaktu hari hujan.  **16**

**1. Genogram :**

****

**Keterangan:** **: Laki-Laki ------- : Serumah**

**: Perempuan =====: Garis Perkawinan**

**: Meninggal -------: Garis Keturunan**

**: Klien**

**2. BAB/BAK**

-Dalam BAB/BAK; klien kadang-kadang teratur.

-Masalah Keperawartan : Divisit Perawatan.

**3. Mandi**

-Klien bisa mandi sendiri dua kali sehari.

-Masalah Keperawatan : Tidak ada.  **17**

**4. Berpakaian / Berhias**

-Klien bisa mandiri.

-Masalah keperawatan : Tidak ada.

**5. Istirahat dan Tidur**

a. Tidur siang, lama : Tidak ada.

b. Tidur malam, lama : jam 23.00 s/d jam 04.00 pagi.

c. Aktivitas sebelum tidur : Tidak ada.

-Masalah Keperawatan : Gangguan pola tidur.

**4.2 Analisa Data**

|  |  |
| --- | --- |
| **DATA** | **MASALAH** |
| **DS** : Klien mengatakan mendengar suara-suara.  Klien mengatakan ada yang mengajaknya berbicara.  **DO** : Klien sering komat-kamit.  Klien tampak mengalihkan telinga kesuatu tempat.  **DS** : Klien mengatakan tentang dirinya tidak dihargai oleh  keluarga.: Klien tampak senang menunduk dan menghindari kontak mata. | Gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran.  Harga diri rendah. |

**4.3 Daftar Masalah**

-Gangguan Persepsi Sensori.

-Isolasi Sosial.

-Harga Diri Rendah.

-Divisit Perawatan Diri.  **18**

**4.4 Pohon Masalah:**

Resiko Prilaku Kekerasan

I

Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi

I

Isolasi Sosial ---- Divisit Perawatan Diri

I

Harga Diri Rendah

**4.5 Daftar Diagnosis Keperawatan**

-Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran.

-Harga Diri Rendah.

-Devisit Perawatan Diri.

-Resiko Prilaku Kekerasan.

**1. Isi Pikir**

-Klien tidak mengalami gangguan isi pikir.

-Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan.

**2. Tingkat kesadaran**

-Klien sadar dia berada dimana.

-Masalah keperawatan : Tidak ada.

**3. Memori**

-Klien tidak ada masalah.

-Masalah Keperawatan : tidak ada  **19**

**4. Interaksi selama wawancara**

-Klien pada saat melakukan wawancara sering menunduk.

-Masalah keperawatan : Isolasi Sosial

**5. Persepsi**

-Pada saat pengkajian; klien mendengar suara-suara.

-Masalah Keperawatan : Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran.

**6. Proses / Arus Pikir**

-Tidak ada pada saat pengkajian tanda dan gejala diatas.

-Masalah Keperawatan : Tidak ada.

**7. Tidak konsentrasi dan berhitung**

-Pada saat pengkajian; klien tidak ada masalah pada konsentrasinya.

-Masalah Keperawatan : Tidak ada.

**8. Kemampuan penilaian**

-Pada saat pengkajian; klien tidak mengalami gangguan penilaian.

-Masalah keperawatan : tidak ada.

**9. Kebutuhan Persiapan Pulang**

**10. Makan**

-Klien mengatakan makan 3 X sehari.

-Masalah keperawatan : Tidak ada.

**11. Adakah anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa? Ya**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Hubungan Keluarga** | **Gejala** | **RiwayatPengobatan/Perawatan** |
| 1. Anak ketiga.  2. Anak keempat. | 1. Suka menyendiri, bicara sendiri  dan jalan sendiri.  2. Suka jalan sendiri dan mengamuk | 1. Pernah berobat ke RSJ dan  makan obat.  2. Tidak pernah makan obat. |

-Masalah Keperawatan :koping keluarga potensial pertumbuhan.

**12. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan** : klien diceraikan suami.

Masalah keperawatan : Gangguan proses keluarga.

**13. Spiritual**

**a. Nilai dan keyakinan** : klien beragama islam.

**b. Kegiatan ibadah** : klien mengatakan ada melakukan kegiatan ibadah.

-Masalah keperawatan : Tidak ada.

**14. Status Mental**

**a. Penampilan.**

-Penampilan tidak rapi : kencing baju klien ada yang tidak terpasang dan baju jarang

diganti tampak kotor dan lusuh.

-Masalah : Devisit perawatan diri

**b. Pembicaraan**.

-Pada saat pengkajian; klien berbicara lambat.

-Masalah keperawatan : Hambatan komunikasi verbal.

**c. Aktivitas motorik**.

-Pada saat pengkajian; klien tampak lesu.

-Masalah keperawatan : Tidak ada masalah.

**d. Pemeliharaan kesehatan**.

-Pada saat pengkajian; klien mengatakan akan melakukan perawatan selanjutnya.

-Masalah keperawatan : Prilaku mencari pengobatan kesehatan. **21**

**15. Kegiatan didalam rumah**

-Klien mengatakan mampu mempersiapkan makanan, menyapu rumah, mencuci piring

danmenjaga kerapian rumah.

-Masalah keperawatan : Tidak ada masalah.

**16. Kegiatan diluar rumah**

Klien bisa belanja sendiri.

-Masalah ekonomi : Tidak mampu.

-Masalah pelayanan kesehatan : Klien tidak memiliki masalah dengan pelayanan

kesehatan.

-Masalah keperawatan : Tidak ada masalah.

**17. Pengetahuan tentang obat-obatan**

-Pada saat pengkajian; klien dulu pernah dibawa ke PusKesMas untuk berobat, namun

klien lupa fungsi obatnya.

-Masalah keperawatan : Kurang pengetahuan.

**18. Aspek Medik**

-Diagnosa Medik : Schizophrenia paranoid.

-Terapi Medik : \*Trihexiyl Phendyl ; 2x2 mg.

\*Hlaloperidol; 3x5 mg.

\*Cpz.

**19. Intervensi Keperawaatan**

**Nama : Ny.J**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Hari/Tgl/Waktu** | **Diagnosa** | **Intervensi** | **Evaluasi** | **Faraf** |
| 12 Juli 2018 / Pagi / 10.30 | Gangguan Halusinasi pendengaran | **SP1**  1.Membina hubungan saling  percaya.  2.Mengidentifikasi halusinasi  (isi, frekuensi, situasi, waktu,  perasaan respon).  3.Latihan cara mengontrol  halusinasi.  4.Masukan latihanmenghardik  dalam jadwal. | 1.Denga adanya  hubungan saling  percaya menjadi  dasar identitas  perawat dengan  klien.  2.Agarmengetahui  prilaku yang klien  lakukan. |  |
|  |  | **SP2**  1.Evaluasi tanda dan gejala  halusinasi  2.Validasi kemampuan klien  melakukan latihan cara  menghardik.  3.Latih cara mengontrol  halusinasi dengancara  minum obat.  4.Masukan dalam jadwal  kegiatan harian klien. | 1.Agarmengetahui  apa yang  dirasakan klien.  2.Agar dapat  mengetahui  tindakan  pengetahuan  klien tentang  fungsi makan  obat.  3.Meningkatkan  semangat agar  bisamempraktek  kan aapa yang  sudah diajarkan |  |
|  |  | **SP3**  1.Evaluasi tanda dan gejala  dari klien.  2.Validasi kemampuan klien  terhadap mengontrol,  menghardik dan minum  obat.  3.Latih cara mengontrol  halusinasi dengan bercakap-  cakap.  4.Masukan dalam jadwal  kegiatan harian klien |  |  |
|  |  | **SP4**  1.Evaluasi tanda dan gejala.  2.Validasi kemampuan klien  terhadap mengontrol,  menghardik, minum obat  dan bercakap-cakap.  3.Latih cara mengontrol  halusinasi dengan cara  aktivitas.  4.Masukan dalam jadwal  kegiatan harian klien. |  |  |

**20. Implementasi**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Hari/Tgl/Waktu** | **Diagnosa** | **Implementasi Keperawatan** | **Evaluasi** | **Faraf** |
| 15 Juli 2018 /  Pagi / 10.00 | Halusinasi  Pendengar-an | **SP1**  1.Mengidentifikasiisi,frekuensi,  waktu terjadinya, situasi  pencetus, perasaan, respon  terhadap halusinasi.  2.Menjelaskan caramengontrol  halusinasi, cara menghardik,  minum obat yang benar,  bercakap-cakap dan  melakukan kegiatan.  3.Melatih cara menghardik.  4.Memberikan kesempatan  klien untuk mempraktekan  cara menghardik halusinasi.  5.Menganjurkan untuk  memasukan cara  menghardik kedalam jadwal  kegiatan harian | **S**: Klien  mengatakan ada  sesuatu ditubuh  nya yangsebenar  nya tidak ada.  **O**: Klien tampak  gelisah  **A**: Melatih klien  dengan cara  menghardik  belum bisa.  **P**: SP1 tetap  dilanjutkan. |  |
|  | Halusinasi  Pendenga-  an | **SP2**  1.Mengevaluasi jadwal  kegiatan dan beri pujian.  2.Melatih caraa mengontrol  halusinasi dengan cara 6  benar minum obat  3.Menjelaskan akibat bila tidak  minum obat.  4.Menjelaskan cara mendapat  kan obat.  5.Menjelaskan jenis dan fungsi obat.  6.Menjelaskan cara mengguna  kan obat dengan prinsip 6  benar minum obat.  7.Memasukan pada jadwal  kegiatan untuk latihan  menghardik dan minum  obat. | **S**: Klien masih  merasakan  sesuatu dan  masih melihat  bayangan.  **O**: Klientampak  gelisah.  **A**: Klien belum bisa  cara minum  obat yang benar  dan teratur.  **P**: SP2 tetap  dilanjutkan  untuk mengon  trol halusinasi |  |
|  |  | **SP3**  1.Mengevaluasi kegiatan  menghardik,minum obatdan  memberi pujian.  2.Melatih cara mengontrol  halusinasi dengan cara ber  cakap-cakap.  3.Menganjurkanklienmemasuk  an kedalam jadwal kegiatan  untuk menghardik minum  obat dan bercakap-cakap. | **S**: Klien mengata -  kan bayangan  sedikit menghi –  lang.  **O**: Klienmasih  gelisah.  **A**: Klienmampu  melakukan cara  bercakap-cakap.  **P**: Lanjutkan ke SP4 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Hari/Tgl/Waktu** | **Diagnosa** | **Implementasi Keperawatan** | **Evaluasi** | **Faraf** |
| 17 Juli 2018 /  Pagi / 10.30 | Halusinasi  Pendengar-an | **SP1**  1.Mengidentifikasiisi,frekuensi,  waktu terjadinya, situasi  pencetus, perasaan, respon  terhadap halusinasi.  2.Menjelaskan caramengontrol  halusinasi, cara menghardik,  minum obat yang benar,  bercakap-cakap dan  melakukan kegiatan.  3.Melatih cara menghardik.  4.Memberikan kesempatan  klien untuk mempraktekan  cara menghardik halusinasi.  5.Menganjurkan untuk  memasukan cara  menghardik kedalam jadwal  kegiatan harian | **S:** Klien  mengatakan ada  sesuatu ditubuh  nya yangsebenar  nya tidak ada.  **O**: Klien tampak  gelisah  **A**: Melatih klien  dengan cara  menghardik  belum bisa.  **P**: SP1 tetap  dilanjutkan. |  |
|  | Halusinasi  Pendenga-  an | **SP2**  1.Mengevaluasi jadwal  kegiatan dan beri pujian.  2.Melatih caraa mengontrol  halusinasi dengan cara 6  benar minum obat  3.Menjelaskan akibat bila tidak  minum obat.  4.Menjelaskan cara mendapat  kan obat.  5.Menjelaskan jenis dan fungsi obat.  6.Menjelaskan cara mengguna  kan obat dengan prinsip 6  benar minum obat.  7.Memasukan pada jadwal  kegiatan untuk latihan  menghardik dan minum  obat. | **S**: Klien masih  merasakan  sesuatu dan  masih melihat  bayangan.  **O**: Klientampak  gelisah.  **A**: Klien belum bisa  cara minum  obat yang benar  dan teratur.  **P**: SP2 tetap  dilanjutkan |  |
|  |  | **SP3**  1.Mengevaluasi kegiatan  menghardik,minum obatdan  memberi pujian.  2.Melatih cara mengontrol  halusinasi dengan cara ber  cakap-cakap.  3.Menganjurkanklienmemasuk  an kedalam jadwal kegiatan  untuk menghardik minum  obat dan bercakap-cakap. | **S**: Klien mengata -  kan bayangan  sedikit menghi –  lang.  **O**: Klienmasih  gelisah.  **A**: Klienmampu  melakukan cara  bercakap-cakap.  **P**: Lanjutkan ke SP4 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Diagnosis** | **Implementasi** | **Evaluasi** | **Faraf** |
| 1 | Gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran | **SP1**.  \*Membina hubungan saling  percaya dengan klien.  -Mengucapkan salam.  -Berkenalan dengan klien.  -Menjelaskan tujuan.  -Membuat kontrak.  \*Menjelaskan prinsip 6 benar makan  obat.  \*Menjelaskan penggunaan minum  obat.  **SP2**.  \*Mengevaluasi kegiatan yang lalu.  \*Mengajarkan cara mengendalikan  halusinasi dengan cara menghardik.  **SP3.**  \*Mengevaluasi kegiatan SP1 dan SP2.  \*Mengajarkan cara mengendalikan  halusinasi dengan cara bercakap-  cakap dengan orang lain.  **SP4**.  \*Mengevaluasi SP1, SP2, dan SP3.  \*Mengendalikan halusinasi dengan  melakukan aktivitas. | **S** : Klien mengatakan  mulai mengerti  akan hal  bagaimana cara  menghilangkan  halusinasi.  **O** : Klien tampak  mengerti.  Klien ntampak  tenang.  **A** : SP1 halusinasi  mandiri.  **P** : Intervensi  dilanjutkan |  |

**30**

**BAB V**

**PEMBAHASAN**

Setelah melakukan tindakan keperawatan terhadap klien dengan masalah Halusinasi Pendengaran dikampung Labuhan, Kec.Ranah Pesisir diwilayah Puskesmas Balai selasa dari tanggal 9 s/d 30 Juli 2018, tidak ada ditemukan yang dilakukan mahasiswa.

**5.1 Pengkajian**

Pada pengkajian pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan format pengkajian perawatan jiwa yang ditetapkan. Data yang dikumpulkan dengan wawancara langsung dengan klien dari data catatan tidak ditemukan kesenjangan antara data teoritis dengan apa yang didapat dengan kasus dilapangan. Pengumpukan data yang dilakukan hanya dengan wawancara dengan klien observasi.

Menurut data teoitis secara umum dari faktor predisposisi diterangkan bahwa Halusinasi Pendengaran dapat terjadi dari berbagai faktor yaitu faktor psiologis, faktor genetic, faktor social dan faktor budaya, yang pasti mungkin terjadi dalam perkembangan suatu kelainan psiologis, tampak bahwa individu yang berada pada resiko tinggi terhadap kelainan ini adalah mereka yang memiliki keluarga dengan kelainan yang sama (orang tua dan saudara kandung yang mengalami gangguan jiwa).

Dalam melakukan pengkajian tidak ada menemukan hambatan dalam mandapatkan data langsung dari klien sendiri.

**5.2 Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan yang ada pada teori yaitu Halusinasi Pendengaran pada kasus Ny.J ditemukan ada dua Diagnosa Keperawatan yaitu : 1. Gangguan persepsi, 2. Harga diri rendah.**31**

**5.3 Intervensi**

Intervensi adalah suatu rencana tindakan yang disusun untuk mengatasi permasahan yang dialami klien.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Diagnosis** | **Intervensi** | **Evaluasi** | **Faraf** |
| 1 | Gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran | **SP1**.  \*Membina hubungan saling  percaya dengan klien.  -Mengucapkan salam.  -Berkenalan dengan klien.  -Menjelaskan tujuan.  -Membuat kontrak.  \*Menjelaskan prinsip 6 benar makan  obat.  \*Menjelaskan penggunaan minum  obat.  **SP2**.  \*Mengevaluasi kegiatan yang lalu.  \*Mengajarkan cara mengendalikan  halusinasi dengan cara menghardik.  **SP3**.  \*Mengevaluasi kegiatan SP1 dan SP2.  \*Mengajarkan cara mengendalikan  halusinasi dengan cara bercakap-  cakap dengan orang lain.  **SP4**.  \*Mengevaluasi SP1, SP2, dan SP3.  \*Mengendalikan halusinasi dengan  melakukan aktivitas. | **S** : Klien mengatakan  mulai mengerti  akan hal  bagaimana cara  menghilangkan  halusinasi.  **O** : Klien tampak  mulai tenang dan  halusinasinya  mulai berkurang  **A** : SP1 halusinasi  mandiri.  **P** : Intervensi  dilanjutkan |  |

**5.4 Implementasi**

Implementasi merupakan tahap dimana segala intervensi keperawatan untuk memenuhi semua kebutuhan klien secara optimal. Setelah melakukan Asuhan Keperawatan sesuai intervensi keperawatan yang telah dibuat sebelumnya yaitu :

a. Membina hubungan saling percaya dengan klien.

b. Mengkaji pengetahuan klien tentang Halusinasi Pendengaran dan tanda-tandanya.

c. Memberi kesempatan kepada klien untuk mengungkapkan persaan penyebab halusinasi.

d. Mendiskusikan bersama klien tentang Halusinasi Pendengaran tanda serta gejalanya.

e. Memberi pujian terhadap kemampuan klien mengungkapkan perasaannya.

f. Mengkaji pengetahuan klien tentang kerugian bila tidak berhubungan dengan orang lain.

**5.5 Evaluasi**

Evaluasi dilakukan dari awal hingga akhir kegiatan yang setiap kali berinteraksi menggunakan analisis SOAP (Subjektif, Objektif, Analisis, Problema). Semua tindakan keperawatan dengan Halusinasi Pendengaran yang dibahas melalui strategi pelaksanaan dapat dialaksanakan Yaitu :

a. Klien dapat membaca hubungan saling percaya.

b. Klien mengetahui Halusinasi Pendengaran tanda dan gejalanya.

c. Klien mengetahui manfaat dan keuntungan berhubungan dengan orang lain. **33**

d. Klien mengetahui kerugian bila tidak berhubugan dengan orang lain.

e. Klien mampu berinteraksi dengan orang lain.

**34**

**BAB VI**

**PENUTUP**

**6.1 Kesimpulan**

Setelah penulis melakukan tindakan keperawatan terhadap klien dengan masalah Halusinasi yang dialami Ny. J, tindakan yang dilakukan sesuai dengan konsep teori yaitu membina hubungan saling percaya, membantu klien dalam mengidentifikasikan tanda-tanda Halusinasi Pendengaran. Membantu mengungkapkan akibat atau kerugian dari cara yang digunakan klien, membantu klien mengidentifikasikan cara yang konstruktif dalam merespon pendengaran dan mengajarkan cara untuk menyalurkan energy yang sehat agar tidak mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan.

**6.2 Saran**

**a. Untuk klien**

Usulan penulis pada klien halusinasi dalam mengatsi permasalahan yang dihadapi.

1. Bina hubungan saling percaya dengan klien.

2. Beri kesempatan pada klien untuk menangkap perasaannya.

3. Anjurkan klien untuk mengikuti kegiatan atau aktivitas sehari-hari baik dalam maupun

luar ruangan.

4. Beri klien pengetahuan tentang keuntungan dan manfaat bergaul dengan orang lain.

5. Anjurkan klien minum obat secara teratur dengan ketentuan dokter.

**b. Untuk Keluarga Klien**

Sisihkan waktu untuk mengunjungi klien selama dirawat di RSJ dan terimalah klien apa

adanya serta beri dukungan dan perhatian yang dapat mempercepat proses

penyembuhan klien. **34**

**c. Untuk Perawat dan Tenaga Kesehatan lainnya**

Binalah hubungan saling percaya dengan klien agar komunikasi terapeutik, sehingga

klien dapat mengungkapkan semua permasalahannya agar tercapai keberhasilan proses

keperawatan.

**d. Untuk Mahasiswa**

1. Tingkatkan semangat individu dan kerja sama kelompok, mengelola kasus kelompok

agar dapat memberikan asuhan keperwatan secara profesional.

2. Mempersiapkan diri baik fisik maupun materi sebelum praktek khususnya dalam

bidang keperawatan jiwa.

**e. Untuk Rumah Sakit**

1. Dapat mempertahankan keperawatan yang komperhensif yang telah dilakukan

selama ini.

2. Pertahankan kerja sama dalam keperawatan kepada klien, dapat meningkatkan mutu

pelayanan asuhan keperawatan di setiap sub keperawatan.

**35**

**DAFTAR PUSTAKA**

1. Carpenito, Lynda Juall. 1998, Buku Saku Diagnosa Keperawatan, Edisi 6 Alih

Bahasa Yasmin Asih Jakarta AGC.

2. Kliat B.A 1999 , Proses Keperawatan Jiwa Jakarta AGC.

3. Kusumawah, Farida dan Yudi Hartono 2011, Buku ajar Keperawtan jiwa

Jakarta Salemba medika.

4. Kliat, Budi Anna, Proses Keperawatan Jiwa Jakarta EGC 1998.

5. Aziz R dkk, Pedoman Asuhan Keperawatan Jiwa Semarang RSJD . Dr. Amino Gono

Utomo 2003.

**36**

**LAMPIRAN**

-Lembaran Dinas Pengamatan Kasus.

-Lembaran Konsultasi Bimbingan.

-Lembaran Bimbingan Kasus 2 Penguji.

-Daftar Riwayat Hidup.

**37**

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN**

**PERINTIS PADANG**

**TAHUN 2018**

**LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN**

**Nama Mahasiswa : AFRIDA SURIANTI**

**N I M : 1714401101**

**Pembimbing : NS. YULI PERMATA SARI,M.Kep**

**Judul KTI Studi Kasus : Asuhan Keperawatan Jiwa**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **Hari/Tgl** | **Materi Bimbingan** | **Tanda Tangan Pembimbing** |
| **1** |  |  |  |
| **2** |  |  |  |
| **3** |  |  |  |
| **4** |  |  |  |
| **5** |  |  |  |
| **6** |  |  |  |
| **7** |  |  |  |
| **8** |  |  |  |

**DAFTAR RIWAYAT HIDUP**

**IDENTITAS DIRI**

Nama : AFRIDA SURIANTI

Nomor Peserta : 259

NIM : 1714401101

Tempat / Tanggal Lahir : Balai Selasa / 07 Januari 1967

Jenis Kelamin : Perempuan

Status Perkawinan : Kawin

Agama : Islam

Golongan / Pangkat : III.c / Penata

Instansi : Puskesmas Balai Selasa

Pekerjaan : PNS

Alamat : Balai Selasa, Kec. Ranah Pesisir

Alamat Rumah : Kampung Melayu Koto VIII, Kec. Ranah Pesisir

HP : 082285290790

**RIWAYAT PENDIDIKAN**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **Nama Sekolah** | **Tahun Lulus** | **Jurusan/Program Studi** |
| 1 | SDN. Tebing Tinggi (Pes-Sel) | 1981 |  |
| 2 | SMPN. 1 Ranah Pesisir (Pes-Sel) | 1984 |  |
| 3 | SPK. Rumah Sakit Jakarta | 1988 |  |

**Balai Selasa, 19 Juni 2017**

**Yang Menyatakan**

**AFRIDA SURIANTI**

**BUKTI PENYERAHAN KARYA TULIS ILMIAH LAPORAN STUDI KASUS**

**PRODI D III KEPERAWATAN STIKES PERINTIS PADANG**

**TA 2017/2018**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **HARI/TANGGAL** | **PENYERAHAN** | **NAMA/PARAF/STEMPEL** |
| **1** |  | **PERPUSTAKAAN** |  |
| **2** |  | **PEMBIMBING** |  |
| **3** |  | **PENGUJI** |  |
| **4** |  | **PENANGGUNG JAWAB** |  |

**BUKIT TINGGI,……………………………2018**

**PENANGGUNG JAWAB**

**Ns.Vera Sesrianty, M.Kep**

