

## **BAB 4**

### **HASIL STUDI KASUS**

#### **4.1 Hasil Penelitian.**

##### **4.1.1 Pengkajian Keperawatan**

Pada tahap pengkajian ini dilakukan observasi dan wawancara langsung dengan klien dan istrinya, serta menganalisa catatan medik dan catatan keperawatan untuk mendapatkan data, disamping mengobservasi langsung terhadap klien, tempat pengkajian di ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya

##### **4.1.2 Identitas Pasien**

Pengkajian dilakukan pada tanggal 18 Maret 2014 di ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya, dengan diagnosa medik skizofrenia hebefrenik. Pasien bernama Tn. SH, umur 56 tahun, jenis kelamin laki laki, pendidikan pasien SMP dan pasien menjalani rawat inap sejak 4 Maret 2014 di ruang Gelatik RS Jiwa Menur Surabaya.

##### **4.1.3 Riwayat keperawatan**

###### **1) Keluhan utama**

###### **a. Alasan masuk**

Pasien dibawa ke Rumah Sakit Jiwa Menur untuk kontrol karena di rumah selalu ngomel ngomel sendiri, marah marah dan kluyuran tanpa tujuan yang selanjutnya pasien masuk rumah sakit.

###### **b. Data yang didapat saat pengkajian**

Pasien mengatakan kalau dia sering berpuasa nanti bisa ketemu sama wali, pasien bercerita kalau dirinya masih bekerja dipasar sebagai bosnya tukang pakir, intonasi bicara tinggi pasien diruangan berlagak seperti mandor berjalan mondar mandir sambil menyuruh pasien yang lain untuk membersihkan ruangan.

## 2) Faktor predisposisi

### a. Pernah mengalami gangguan jiwa sebelumnya ?

Pasien pernah mengalami gangguan jiwa dan rawat inap pertama tahun 1992 pada usia 32 tahun, awalnya sering susah tidur, kluyuran, merasa semua orang selalu mengancam dirinya, dia mau dibunuh karena menurut pasien banyak orang di sekitar rumahnya tidak suka sama dia., setelah keluar rumah sakit klien kontrol dan minum obat: chlopromasin 3x100mg, stelasin 2x5mg, arthan 2x1mg, tapi lama kelamaan pasien tidak mau minum obat katanya sudah sembuh.

Masalah Keperawatan : resiko kekambuhan

### b. Pengobatan sebelumnya

Setelah keluar rumah sakit klien rajin kontrol dan minum obat: chlopromasin 3x100mg, stelasin 2x5mg, arthan 2x1mg.

### c. Aniaya fisik, aniaya seksual, penolakan, kekerasan dalam rumah tangga, tindakan kriminal data tidak terkaji.

### d. Adakah keluarga yang mengalami gangguan jiwa

Pada keluarga pasien menurut istrinya tidak ada yang menderita sakit seperti yang diderita pasien.

Masalah keperawatan : tidak ditemukan

### e. Pengalaman masa lalu tidak menyenangkan

Menurut klien pada masa lalu klien tidak pernah mengalami trauma pada kepala, kekerasan dan penolakan keluarga.

Masalah Keperawatan : tidak di temukan

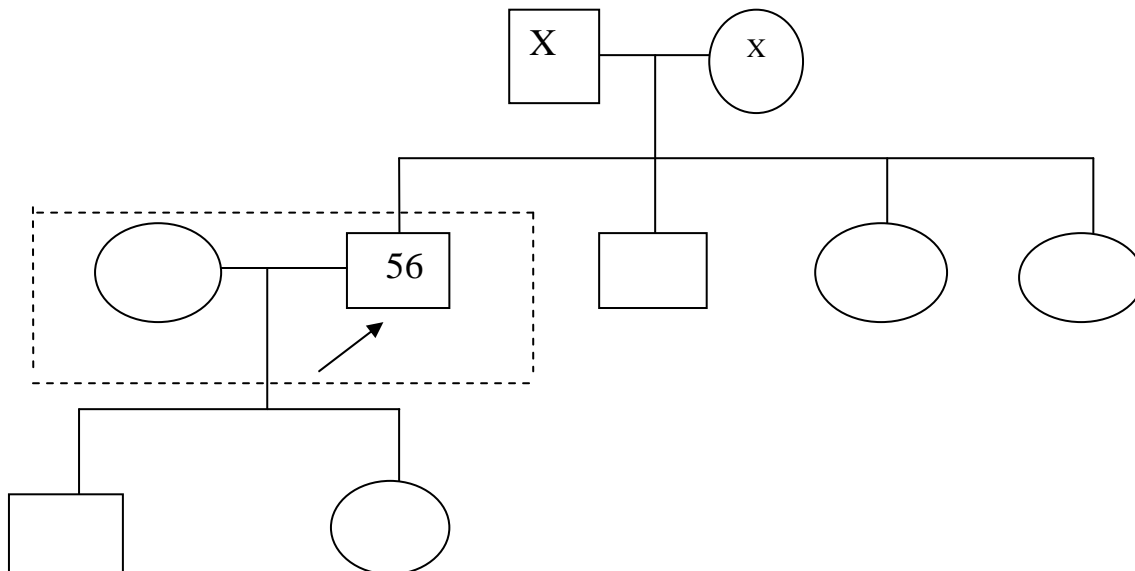
## 3) Tanda vital

Tekana darah : 130/80 mm/hg, nadi : 80 kali/menit, tinggi badan : 160 cm, berat badan : 70 kg.

Masalah Keperawatan : tidak di temukan

#### 4.1.4 Psikososial

##### 1) Genogram



Keterangan :

□	= Laki-laki	.....	= Tinggal satu rumah
○	= perempuan	56	= Umur pasien
X	= Meninggal	↗	= pasien

Keterangan

Pasien merupakan anak pertama dari 4 bersaudara, pasien mempunyai 3 Adik, 1 laki-laki dan 2 perempuan.

##### 2) Konsep Diri

###### a. Gambaran Diri

Pasien mengatakan dirinya sangat menyukai terhadap tubuhnya karena menganggap dirinya tidak ada kekurangan yang berarti

###### b. Identitas Diri

Pasien adalah anak pertama dari 4 bersaudara dan telah menempuh sekolah sampai dengan SMP tamat.

#### **c. Peran Diri**

Klien dalam keluarga memiliki peran sebagai kepala keluarga mempunyai satu orang istri dan dua orang anak dari perkawinannya.

#### **d. Ideal Diri**

Pasien mengatakan ingin bekerja untuk keluarganya, pasien pun ingin mampu mendapatkan uang seperti dulu.

#### **d. Harga Diri**

Pasien mengatakan dia masih kuat untuk bekerja, makanya kalau sudah pulang dirumah dia ingin bekerja supaya punya uang.

Masalah Keperawatan: Ideal diri tinggi

#### **e. Hubungan Sosial**

Pasien jika ada masalah jarang bercerita dengan istrinya. Di masyarakat pasien banyak punya teman karena pasien sering kumpul dengan warga.

Masalah keperawatan : tidak di temukan

#### **f. Spiritual**

Pasien yakin adanya Tuhan yang maha kuasa yang telah menciptakannya, klien rajin sholat bila dirumah dan mengikuti kegiatan ibadah di lingkunganya

Masalah keperawatan : tidak di temukan

### **4.1.5 Status Mental**

#### **1) Penampilan**

Penampilan pasien rapi, baju bersih, rambut tersisir rapi.

Masalah Keperawatan : tidak di temukan

#### **2) Pembicaraan**

Klien intonasi bicara agak keras, menjawab sesuai pertanyaan kadang bicara terus ngelatur tidak sesuai dengan pertanyaan, klien suka memerintah teman pasien lain.

Masalah Keperawatan : kerusakan komunikasi verbal.

### **3) Aktivitas Motorik**

Klien masih dapat beraktivitas dengan baik di rumah maupun di runagan dan pada saat melaksanakan aktivitas klien tidak banyak bicara

Masalah Keperawatan : tidak ditemukan

### **4) Alam Perasaan**

Klien mengatakan bila dirumah sakit perasaanya cukup senang karena dia di suruh berobat dulu, nanti kalau sudah sembuh pulang dan bekerja lagi.

Masalah Keperawatan : Harga diri tinggi

### **5) Afek**

Afek klien labil, emosi klien berubah-ubah, mudah tersinggung dan cepat marah,

Masalah keperawatan : resiko perilaku kekerasan

### **6) Interaksi Selama Wawancara**

Selama wawancara dilaksanakan kontak mata ada, wajah tegang, pasien kooperatif menjawab pertanyaan intonasi kadang tinggi, pasien sedikit bicara kasar ketika pembicaraan menuju ke arah permasalahan.

Masalah Keperawatan : resiko perilaku kekerasan

### **7) Persepsi**

Tidak dijumpai pada klien adanya perubahan persepsi : halusinasi

Masalah Keperawatan : tidak di temukan

### **8) Proses Fikir**

Klien bila menjawab pertanyaan lama lama jawaban tidak sesuai dengan pertanyaan cenderung ngelatur dan di besar besarkan

Masalah Keperawatan : perubahan proses pikir

### 9) Isi Fikir

Kalau pasien ditanya kenapa kalau dirumah kok sering melakukan puasa, menurut pasien dia sedang menjalankan ritual topo ngulo untuk mencari ilmu kanuragan karena kalau sering berpuasa nanti bisa ketemu wali.

Masalah Keperawatan : Waham kebesaran

### 10) Tingkat Kesadaran

Dalam batas normal, orientasi waktu, tempat , orang baik

**Masalah keperawatan** : tidak di temukan

### 11) Memori

Pasien dapat mengingat kejadian pada masa lalunya.

Masalah keperawatan : tidak di temukan

### 12) Tingkat konsentrasi berhitung

Pasien dapat berkonsentrasi terhadap pertanyaan yang diajukan pasien mampu berhitung “1,2,3,4,5,6,7,8,9,10.....50. pasien mengatakan umurnya 56 th.

Masalah keperawatan : tidak di temukan

### 13) Kemampuan Penilaian

Ketika perawat memberikan pilihan mana yang lebih baik, klien mampu menentukan pilihan, seperti duluan mana mandi atau makan, klien menjawab mandi dulu karena kalau mandi badan terasa segar setelah itu baru makan.

Masalah Keperawatan : tidak ditemukan

### 14) Daya Tilik Diri

Klien tahu dan menyadari kalau dirinya mengalami gangguan jiwa dan harus kontrol teratur ke rumah sakit jiwa menur surabaya.

Masalah Keperawatan : tidak di temukan

**15) Kebutuhan ADL****a. Makan**

Pasien mau makan tanpa disuruh.

**b. BAK / BAB**

Pasien BAK/BAB pada tempatnya.

**c. Mandi**

Pasien mengatakan dirumah mandi 2x sehari, di rumah sakit juga dua kali sehari

**d. Berpakaian**

Cara berpakaian/ penampilan rapi.

**e. Kebersihan Diri**

Pasien mandi rutin, gosok gigi teratur.

**f. Istirahat dan Tidur**

Pasien bisa tidur malam saja jam 22.00 s/d 05.30 WIB.

**g. Penggunaan Obat**

Pasien mau minum obat secara teratur saat dirawat, dan kontrol teratur sesuai petunjuk dokter

**h. Mekanisme Koping**

Dalam menyelesaikan masalahnya dengan cara yang adaptif diantaranya mencoba berbicara dengan orang lain (istrinya) serta mencari solusi untuk menyelesaikan masalahnya.

Masalah Keperawatan : tidak di temukan

**i. Masalah Psikososial dan Lingkungan**

Pasien mengatakan bila ada masalah kadang bercerita dengan orang lain juga istrinya

Masalah Keperawatan : tidak di temukan

**g. Penatalaksanaan**

1. Diagnosa Medik : Skizofrenia hebrefenik

2. Therapi Medik : Haloperidol 2 x 1,5 mg

Clozapin 1 x 25 mg

Trihexiphenidil 2x2 mg



#### 4.1.6 Analisa Data

No	Data	Masalah
1.	<p>DS :</p> <p>Pasien mengatakan kalau sering berpuasa nanti bisa bertemu wali.</p> <p>Pasien mengatakan kalau dirinya bekerja sebagai bos nya tukang pakir</p> <p>DO :</p> <p>Berjalan mondar mandir, berlagak pengawas ruangan sambil menyuruh teman pasien untuk membersihkan ruangan</p>	<p>Gangguan proses pikir : waham kebesaran</p>
2.	<p>DS :</p> <p>Klien bila bicara suka nglantur, ngotot dan intonasinya tinggi</p> <p>DO :</p> <p>Klien bila bicara cenderung kasar dan memdominasi pembicaraan, sering berlaku kasar dengan teman di ruangan.</p>	<p>Resiko prilaku kekerasan</p>

#### 4.1.7 Daftar diagnosa

1. Gangguan proses pikir : waham
2. Resiko prilaku kekerasan

## 4.2 Perencanaan

Nama Klien : Tn. SH

No. RM : 00. 28.xx

Bangsal / tempat : ruang Gelatik

No	Tgl	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN			RASIONAL
			TUJUAN	KRITERIA EVALUASI	TINDAKAN KEPERAWATAN	
1	18/3-14	Gangguan proses pikir: waham kebesaran	<p>TUM : Klien mendapat dukungan dari keluarga cara pencegahan timbulnya waham</p> <p>TUK</p> <p>1. Diskusikan dengan keluarga tentang waham yang dialami pasien</p> <p>2. Diskusikan dengan keluarga tentang cara merawat pasien dirumah, follow up dan keteraturan pengobatan</p>	<p>1.Keluarga mau mendiskusikan tentang waham yang dialami pasien.</p> <p>2.Keluarga mengerti cara bersikap dan pentingnya pengobatan pasien</p> <p>3. Keluarga mengetahui nama obat, dosis, frekwensi, efek samping obat.</p> <p>4.Keluarga dapat mengerti kondisi</p>	<p>SP.1</p> <p>Bina hubungan saling percaya, mengidentifikasi masalah, menjelaskan proses terjadinya masalah dan pemberian obat.</p> <p>a) Identifikasi masalah yang dirasakan keluarga berkaitan dengan pasien waham, penjelasan waham ( tanda &amp; gejala, jenis waham , akibat waham)</p> <p>b) Jelaskan cara merawat pasien dengan waham dirumah</p> <p>c) Jelaskan pada keluarga jenis obat yang diminum , berapa kali dan pentingnya</p>	<p>Keluarga dapat mengetahui masalah waham yang dialami pasien.</p> <p>Keluarga dapat bersikap yang tepat pada pasien.</p> <p>Keluarga dapat mengatur pemberian obat</p>

			<p>3. Diskusikan dengan keluarga tentang obat pasien( nama obat, dosis, frekwensi, efek samping)</p> <p>4. Diskusikan dengan keluarga kondisi pasien memerlukan konsultasi, dan latih cara merawat pasien dirumah dan membuat jadwal kegiatan.</p>	<p>pasien memerlukan konsultasi, dan melatih cara merawat pasien dirumah dan membuat jadwal kegiatan.</p>	<p>pengobatan pada pasien.</p> <p>d) Jelaskan pada keluarga tanda dan gejala bila pasien memerlukan bantuan tenaga medis segera.</p> <p><b>SP 2.</b> Melatih keluarga cara merawat pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Evaluasi (Sp 1)</li> <li>b. Latih (demonstrasikan) cara keluarga merawat pasien selama dirumah</li> <li>c. Latih (langsung ke pasien cara pemberian obat yang benar)</li> </ul> <p><b>SP 3.</b> Membuat perencanaan kegiatan setelah pasien pulang</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Evaluasi (Sp 1 &amp; 2)</li> <li>b. Latih (langsung ke pasien tanda dan gejala dari pasien yang memerlukan konsultasi tim medis)</li> <li>c. Bersama keluarga membuat jadwal kegiatan harian selama di rumah</li> </ul>	<p>pada pasien secara benar Keluarga dapat mengerti kondisi pasien yang memerlukan konsultasi.</p> <p>Keluarga dapat merawat pasien yang tepat selama dirumah</p> <p>Keluarga dapat memberikan obat yang tepat sesuai dosis.</p> <p>Keluarga mengetahui tanda dan gejala bila mau kambuh dan tahu cara mencari bantuan Keluarga dapat membuat jadwal kegiatan untuk pasien dirumah</p>
--	--	--	--	---	--	--

### 4.3 Pelaksanaan tindakan dan Evaluasi

Tanggal	Diagnosa keperawatan	Tindakan	Evaluasi
18- 03-2014	Gangguan proses pikir : waham kebesaran	SP 1. Membina hubungan saling percaya dengan keluarga pasien a) Bersama keluarga mengidentifikasi masalah yang dirasakan keluarga berkaitan dengan pasien waham , menjelaskan tanda & gejala, jenis waham , akibat waham. b) Mejelaskan kepada keluaraga tentang cara merawat pasien dengan waham kebesaran dirumah. c) Menjelaskan cara bersikap dengan pasien dan pentingnya pengobatan pada pasien d) Menjelaskan pada keluaraga cara minum obat , waktu, dosis dan efek samping obat.	S Keluarga mengatakan mengetahui tanda dan gejala waham setelah berdiskusi dengan perawat O Keluarga bisa mendemonstrasikan , cara merawat pasien di rumah Keluarga mampu mendemonstrasikan cara memberikanh obat pasien A. Tindakan berhasil P. Dilanjutkan Sp.2

Tanggal	Diagnosa keperawatan	Tindakan	Evaluasi
1- 04-2014	Gangguan proses pikir : waham kebesaran	SP 2. Melatih keluarga cara merawat pasien di rumah <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Mengevaluasi (Sp 1)</li> <li>b. Mendemonstrasikan kepada keluarga cara cara keluarga merawat pasien selama dirumah</li> <li>c. Melatih keluarga mendemonstrasikan langsung ke pasien cara pemberian obat yang benar</li> <li>d. Menjelaskan efek samping obat dan tindakan yang harus dilakukan keluarga bila terjadi efek samping obat</li> </ol>	S Keluarga mengatakan mau merawat pasien setelah dirumah. Keluarga mengatakan mengerti tindakan yang harus dilakukan bila terjadi efek samping obat O Keluarga bisa menunjukkan nama obat, jumlah obat, warna obat dan pemberian dalam satu hari. A Tindakan berhasil P. Dilanjutkan SP.3

Tanggal	Diagnosa keperawatan	Tindakan	Evaluasi
1- 04-2014	Gangguan proses pikir : waham kebesaran	<p><b>SP 3.</b> Membuat perencanaan kegiatan setelah pasien pulang</p> <p>d. Evaluasi (Sp 1 &amp; 2)</p> <p>e. Menjelaskan pada keluarga tanda dan gejala dari pasien yang memerlukan konsultasi tim medis</p> <p>f. Bersama keluarga membuat jadwal kegiatan harian selama di rumah</p>	<p>S Keluarga mengatakan sudah mengetahui tanda dan gejala pasien bila mau kambuh dan cara mencari bantuan</p> <p>O Keluarga dapat menunjukan contoh cara membuat jadwal kegiatan dirumah</p> <p>A Tindakan berhasil</p> <p>O Dipertahankan</p>

Tanggal	Diagnosa keperawatan	Tindakan	Evaluasi
15- 04-2014	Gangguan proses pikir : waham kebesaran	Bersama keluarga melakukan evaluasi pelaksanaan SP.1, SP.2, dan SP.3 selama perawatan pasien dirumah	<p>S</p> <p>Keluarga mengatakan alhambdulillah bisa merawat pasien selama dirumah</p> <p>Keluarga mengatakan pasien mau minum obat secara teratur</p> <p>Keluarga mengatakan pasien mau membantu melakukan kegiatan selama dirumah</p> <p>O</p> <p>Pasien menganggukan kepala bila hal tersebut di klarifikasi kan kepadanya</p> <p>A</p> <p>Tindakan berhasil</p> <p>P.</p> <p>Dipertahankan</p>

### 4.3 Pembahasan Kasus

Pengkajian data dilakukan terhadap istri Tn.Sh dimana suaminya dirawat di ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya dengan masalah keperawatan waham kebesaran, didapatkan data bahwa Tn. Sh sering kambuh dan masuk rumah sakit. Masuk Rumah Sakit Jiwa Menur pada, tgl.04 Maret 2014 adalah masuk rumah sakit yang ke 44, karena pasien tidak mampu mengendalikan kemauanya untuk bekerja kembali bila sudah pulang dari rumah sakit, sehingga pasien sering keluar rumah untuk berangkat bekerja. Hal tersebut ditandai dengan pasien selalu keluar rumah tujuan ke pasar dengan alasan untuk bekerja karena pasien menganggap dirinya bos tukang pakir yang ada dilokasi tersebut.

Pemberian asuhan keperawatan merupakan proses terapeutik yang melibatkan hubungan kerjasama antara perawat dengan klien, keluarga dan atau masyarakat untuk mencapai tingkat kesehatan yang optimal (Keliat, Ria, 2006).

Berdasarkan standar asuhan keperawatan jiwa pada klien waham, dilakukan dengan tiga strategi pelaksanaan (SP) untuk pasien dan tiga strategi pelaksanaan (SP) untuk keluarga. Penerapan strategi pelaksanaan pasien pada setiap pertemuan klien diajarkan kegiatan yang telah dilatih untuk mengatasi masalah dan dimasukkan kedalam jadwal kegiatan. Jadwal kegiatan yang telah dibuat dan akan dievaluasi oleh perawat pada pertemuan berikutnya. Selanjutnya perawat memberikan pendidikan kesehatan tentang penggunaan obat secara teratur dan menganjurkan klien untuk memasukkan dalam jadwal kegiatan harian. ( Rumah Sakit Jiwa Menur, 2014)

Setelah diberikan implementasi keperawatan dengan menggunakan strategi pelaksanaan (Sp) keluarga selama tiga kali kunjungan dengan intensitas pertemuan selama 45 (empat puluh limat menit), di dapatkan adanya peningkatan kemampuan keluarga dalam merawat, di dukung data keluarga mampu memahami tanda dan



gejala, keluarga mampu merawat dengan memberikan obat secara teratur, keluarga memberikan kegiatan pada pasien selama dirumah. Pada pasien didapatkan data pasien mampu mengendalikan kemauanya untuk keluar rumah dalam rangka untuk bekerja. Hal tersebut ditandai dengan pasien mampu memberikan penjelasan pada perawat tentang apa yang dilakukan selama dirumah dan keluarga berusaha mendorong untuk memandirikan klien untuk datang kontrol sendiri ke rumah sakit tanpa pendampingan dari istrinya.

Evaluasi yang dilakukan pada strategi pelaksanaan pasien akan dinilai kemampuan klien dalam mengidentifikasi kebutuhan yang tidak terpenuhi, mengidentifikasi kemampuan yang dimiliki, dan kemampuan menggunakan obat secara teratur untuk membantu mengatasi gangguan proses pikir (waham) yang dialami klien. Sedangkan evaluasi yang dilakukan pada penerapan strategi pelaksanaan (SP), keluarga adalah tingkat pengetahuan keluarga tentang jenis waham yang dialami oleh klien, tanda dan gejala, cara merawat klien waham di rumah dan membantu keluarga dalam membuat jadwal aktifitas di rumah termasuk tentang jadwal minum obat, kontrol ke rumah sakit jiwa setelah obat habis.

Dari data di atas dapat diketahui bahwa pelaksanaan strategi pelaksanaan keluarga secara tepat dapat meningkatkan pengetahuan keluarga dalam perawatan pasien dengan masalah waham kebesaran setelah pulang dari rumah sakit. Langkah - langkah strategi pelaksanaan keluarga pada pasien dengan waham terdiri dari tiga strategi pelaksanaan keluarga, yaitu tindakan tidak mendukung dan membantah keyakinan pasien, yakinkan pasien berada dalam keadaan aman, observasi pengaruh waham terhadap aktivitas sehari hari, observasi apakah pasien selalu membicarakan tentang wahamnya, dengarkan tanpa memberi dukungan atau menyakal sampai pasien berhenti membicarakannya, beri pujian bila pembicaraan dan orientasi pasien sesuai

dengan realitas. Tingkatkan aktivitas yang dapat memenuhi kebutuhan fisik dan emosional pasien, bantu pasien melakukan kemampuan yang dimiliki, berdiskusi tentang pentingnya minum obat, latih cara minum obat yang benar dosis dan waktunya.

Untuk dapat melakukan strategi di atas perawat perlu memahami perasaan keluarga dan melihat responnya saat memberikan motivasi, seringkali tanpa disadari perawat menunjukkan respons yang tidak terapeutik yang dapat memperburuk hubungan terapeutik perawat keluarga. Pada pasien dengan waham evaluasi harus berdasarkan observasi respon perilaku dan respon subyektif yang diamati, pada saat mengadakan evaluasi diharapkan keluarga dapat mengidentifikasi penyebab timbul waham, tanda dan gejala waham, dan dapat mendemonstrasikan cara bersikap pada pasien. Peran dan fungsi perawat kesehatan jiwa sangat besar dalam hal ini memberi asuhan keperawatan jiwa kepada pasien dan keluarga untuk membantu mengembangkan pengetahuan dan kemampuan menyelesaikan masalah dan meningkatkan fungsi kehidupannya. Peran ini dilakukan dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan jiwa dalam melakukan tindakan sesuai yang dihadapi keluarga. Kegiatan yang dilakukan adalah pengelolaan kasus, tindakan keperawatan jiwa pada individu dan masyarakat, dan tindakan kolaborasi dengan tim kesehatan lain.

Perawat juga memberikan pendidikan kesehatan jiwa kepada individu dan keluarga untuk mengembangkan kemampuan keluarga dalam melakukan perawatan kepada pasien yaitu mampu mengenal masalahnya, mampu merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, memodifikasi lingkungan keluarga yang dapat mendukung pemulihan pasien, memberikan kegiatan selama di rumah dan dapat

memanfaatkan pelayanan kesehatan jiwa yang ada serta selalu mendorong memandirikan pasien dalam memenuhi kebutuhan harian dan kesehatannya.

