

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA Ny. H
DENGAN GANGGUAN PREPSESI SENSORI : HALUSINASI
PENDENGARAN DENGAN DIAGNOSA MEDIS GANGGUAN AFEKTIF
BIPOLAR DI KLINIK NUR ILLAHI ASSANIE SAMARANG GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

Disusun Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam Menyelesaikan
Program Pendidikan Diploma III Keperawatan
di STIKes Karsa Husada Garut

Oleh :
HELMI SETIA BUDI
KHG.A.200039



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
2023**

LEMBAR PENGESAHAN

Judul : ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA NY. H DENGAN GANGGUAN PRESEPSI SENSORI : HALUSINASI PENDENGARAN DENGAN DIAGNOSA MEDIS GANGGUAN AFEKTIF BIPOLAR DI KLINIK REHABILITASI MENTAL YAYASAN NUR ILLAHI ASSANIE SAMARANG GARUT

Nama : HELMI SETIA BUDI

Nim : KHG.A.20039

Garut, Juni 2023

Karya Tulis Ilmiah Ini Telah Disidangkan dan Dipertanggungjawabkan Di
Hadapan Penguji

Penguji I

Penguji II

Wahyudin, S.Kp.,M.Kes

Tanti Suryawantie, S.Kep.,Ners.,M.H.Kes

Mengesahkan,

Mengetahui,

Pembimbing

Ketua Program Studi D III Keperawatan

STIKes Karsa Husada Garut

K. Dewi Budiarti, S.Kp., M.Kep

Gin Gin Sugih P., S.Kep., M.H.Kes.

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

Judul : ASUHAN KEPERAWATAN Jiwa pada Ny. H dengan Gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran dengan diagnosa medis gangguan afektif bipolar di Klinik Rehabilitasi Mental Yayasan Nur Illahi Assanie Samarang Garut

Nama : HELMI SETIA BUDI

Nim : KHG.A.20039

Garut, Juni 2023

Karya Tulis Ilmiah ini disetujui untuk disidangkan program studi di hadapan

Tim penguji program studi D-III Keperawatan

STIKes Karsa Husada Garut

Pembimbing

Gin Gin Sugih P., S.Kep.,M.H.Kes.

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA NY. H DENGAN GANGGUAN PRESEPSI SENSORI: HALUSINASI PENDENGARAN DI KLINIK REHABILITASI MENTAL YAYASAN NUR ILLAHI ASSANIE SAMARANG GARUT

Nama : HELMI SETIA BUDI

NIM : KHGA20039

IV BAB, 85 Halaman, 11 Tabel, 3 Bagan, 3 Gambar, 2 Lampiran

Karya tulis ilmiah ini dibuat agar penulis memperoleh pengetahuan dan keterampilan secara nyata dalam memberi asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan persepsi sensoris: halusinasi pendengaran menggunakan metode deskriptif, pendekatan proses keperawatan meliputi: pengkajian, diagnose, perencanaan, intervensi, evaluasi dan catatan perkembangan. Dari pengkajian ditentukan masalah keperawatan: gangguan persepsi sensoris: halusinasi pendengaran. Untuk mencapai Asuhan keperawatan yang maksimal diperlukan pengetahuan dan keterampilan. Asuhan keperawatan harus memperhatikan aspek-aspek yang meliputi aspek biologis, psikologis, sosial dan spiritual. Gangguan bipolar atau gangguan manik depresif merupakan gangguan pada alam perasaan, energi dan derajat aktivitas yang menghambat kemampuan aktivitas sehari-hari yang diakibatkan adanya gangguan pada otak. Gangguan bipolar dapat disertai dengan gejala psikotik berupa halusinasi. Halusinasi pendengaran merupakan jenis halusinasi paling umum pada klien bipolar, berikan penerapan expressive writing untuk menunjukkan adanya pengaruh dalam menurunkan tingkat depresi, dari karya tulis ilmiah ini penulis perlu mengidentifikasi kemampuan dan memotivasi klien dalam menerapkan suatu intervensi sebagai salah satu faktor tercapainya penerapan intervensi secara efektif, penulis juga perlu memfasilitasi faktor eksternal yang mendukung keberhasilan intervensi dan memastikan kepatuhan klien dalam pengobatan. Penulis juga melaksanakan tindakan keperawatan dengan menggunakan pendekatan terapeutik, melatih mengontrol perilaku kekerasan dengan berbagai cara. Penulis mengevaluasi tindakan keperawatan sehingga mendapatkan data bahwa klien sudah mampu mengikuti latihan yang diinstruksikan perawat selama implementasi. Maka diharapkan adanya kerjasama antara tim kesehatan dan keluarga pasien untuk keberhasilan asuhan keperawatan sehingga masalah klien dapat teratasi.

Kata kunci (Key word): Halusinasi Pendengaran, Bipolar

KATA PENGANTAR

Bismillahirrahmanirrahim

Assalamualaikum Wr. Wb

Dengan memanjatkan puji dan syukur kehadiran Allah SWT, sholawat serta salam senantiasa dilimpah curahkan kepada junjunan kita Nabi Muhammad SAW, yang mana atas segala Rahmat dan karunianya akhirnya penulis dapat menyelesaikan penyusunan karya tulis ilmiah ini dengan judul **“ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA Tn. A DENGAN PERILAKU KEKERASAN AKIBAT GANGGUAN AFEKTIF BIPOLAR DI KLINIK REHABILITASI MENTAL YAYASAN NUR ILLAHI ASSANIE SAMARANG GARUT”**.

Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini dimaksudkan untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan Pendidikan Program Studi D III keperawatan di STIKes Karsa Husada Garut.

Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini penulis menyadari sepenuhnya tidak terlepas dari segala dukungan dan bantuan dari berbagai pihak. Maka dari itu dalam kesempatan ini, penulis mengucapkan rasa terimakasih yang sedalam-dalamnya kepada :

1. Bapak Dr. H. Hadiat, MA., selaku ketua pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak Drs. H. Suryadi, M.Si., selaku ketua pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut

3. Bapak H. Engkus Kusnadi, S.Kep., M.Kes, Selaku Ketua STIKes Karsa Husada Garut,
4. Ibu K. Dewi Budiarti, M.Kep, selaku Ketua Program Studi D III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut,
5. Bapak Gin Gin Sugih, P., S.Kep., M.H.Kes, selaku dosen pembimbing yang telah banyak memberikan saran dan bimbingannya dengan penuh tanggungjawab, sehingga penulis mampu menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini,
6. Seluruh Staf Dosen STIKes Karsa Husada Garut terutama Program Studi D III Keperawatan yang telah memberikan ilmu pengetahuan dan keterampilan yang bermanfaat serta motivasi selama penulis mengikuti Pendidikan,
7. Seluruh Staf dan Karyawan Tata Usaha dan Perpustakaan yang telah memberi bantuan dalam penyediaan buku sumber,
8. Seluruh Staf dan Pimpinan Klinik Rehabilitasi Mental Yayasan Nur Illahi Assanie Samarang Garut,
9. Ny . H yang telah bersedia untuk bekerja sama dengan penulisan dalam melaksanakan asuhan keperawatan,
10. Ayah dan ibu serta keluarga yang selalu mengasih support dan dukungan
11. Kepada sahabat-sahabat Terbaik Irsal, Ardiansyah, Zulfa, Ddan, Lutfi, Aji, yang telah memberikan motivasi, support dimanapun dan kapanpun,

12. Seluruh rekan-rekan D III Keperawatan Angkatan XXVII, khususnya kelas A dengan bermacam-macam karakter, sifat sehingga memberikan pelajaran serta kebersamaan yang tidak akan pernah terlupakan oleh penulis.

Penulis menyadari bahwa penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kata sempurna, oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun untuk kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini.

Semoga Karya Tulis Ilmiah ini bisa bermanfaat khususnya bagi penulis dan umumnya bagi semua pihak serta mendapatkan keridhoan-Nya. Akhir kata penulis berharap semoga amal dari berbagai pihak senantiasa mendapatkan balasan yang berlipat dari Allah SWT. Aamiin.

Garut, Juni 2023

Penulis

Daftar isi

BAB I.....	1
PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan	9
1. Tujuan Umum	9
2. Tujuan Khusus	9
C. Metode Telaah	10
1. Wawancara	10
2. Observasi.....	11
3. Pemeriksaan fisik	11
4. Studi Dokumentasi	11
5. Studi Kepustakaan	12
6. Partisipasi Aktif.....	12
D. Sistematika Penulisan	12
BAB II	13
TINJAUAN TEORI.....	13
A. Konsep Dasar	13
1. Konsep Bipolar	13
a. Definisi Bipolar.....	13
b. Etiologi	14
c. Klasifikasi Bipolar	15
d. Manifestasi klinis Bipolar	15
e. Penatalaksanaan Gangguan Bipolar	16
f. Rentang Respon	18
2. Konsep Halusinasi	18
a. Definisi.....	18
b. Etiologi	19
c. Pohon masalah.....	20

d. Tahapan halusinasi	20
e. Rentang respon halusinasi.....	22
f. Jenis-jenis halusinasi	23
g. Tanda dan Gejala Halusianasi.....	25
3. Konsep Harga Diri Rendah	27
a. Definisi.....	27
b. Etiologi	28
c. Tanda dan Gejala Harga Diri Rendah Kronik	29
d. Rentang Respon Konsep Diri.....	30
e. Pohon masalah.....	31
f. Diagnosa Keperawatan	32
4. Rencana tindakan keperawatan.....	33
5. Implementasi.....	36
6. Evaluasi	37
BAB III.....	39
TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHAAN.....	39
A. LAPORAN KASUS	39
1. Pengkajian.....	39
a. Identitas klien	39
b. Alasan masuk	39
c. Faktor predisposisi	40
d. Faktor Presipitasi.....	40
e. Pemeriksaan fisik.....	40
f. Psikososial.....	41
2. Status mental.....	44
a. Penampilan	44
b. Tingkat konsentrasi dan berhitung.....	46
c. Kemampuan penilaian	46
d. Daya tilik diri	46
e. Kebutuhan persiapan pulang	46

3. Terapi.....	49
a. Terapi obat	49
4. Analisa data.....	50
a. Diagnosa keperawatan	51
5. Implementasi.....	53
6. Evaluasi, Implementasi	57
7. Catatan perkembangan	66
B. Pembahasan	72
1. Pengkajian.....	72
2. Diagnosa Keperawatan	73
3. Perencanaan.....	74
4. Implementasi.....	75
5. Evaluasi	77
6. Dokumentasi	78
KESIMPULAN DAN REKOMENDASI.....	79
A. KESIMPULAN	79
B. REKOMENDASI.....	80
1. Rekan seprofesi	80
2. Pihak keluarga.....	80
3. Institusi pendidikan	80

DAFTAR TABEL

1.1 DATA DIAGNOSA MEDIS DI KABUPATEN GARUT.....	4
1.2 DATA DIAGNOSA KLINIK NUR ILLAHIE ASSANIE.....	5
2.1 TAHAPAN HALUSINASI.....	20
2.2 INTERVENSI HALUSINASI	32
2.3 IMPLEMENTASI.....	35
3.1 TERAPI OBAT.....	48
3.2 ANALISA DATA.....	49
3.3 IMPLEMENTASI.....	52
3.4 EVALUASI.....	55
3.5 CATATAN PERKEMBANGAN.....	63

DAFTAR GAMBAR

Gambar	2.1	RENTANG	RESPON
HALUSINASI.....	23		
Gambar 2.2	RENTANG RESPON KONSEP DIRI.....		
30			
Gambar	2.3	POHON	MASALAH
DIRI.....	31		KONSEP

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Setiap Individu mempunyai cara tersendiri untuk menyelesaikan masalahnya, akan tetapi ada juga beberapa individu yang tidak mengetahui bagaimana cara untuk menyelesaikan masalahnya tersebut sehingga mengakibatkan gangguan jiwa (Rabba, 2014).

Kesehatan jiwa adalah kondisi dimana seseorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual dan sosial sehingga individu tersebut menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif, dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya. Adapun kondisi perkembangan yang tidak sesuai pada individu disebut gangguan jiwa (UU No. 18 tahun 2014).

Kesehatan jiwa menurut World Health Organization (WHO) adalah Ketika seseorang tersebut merasa sehat dan Bahagia, mampu menghadapi tantangan hidup serta menerima orang lain sebagaimana seharusnya serta mempunyai sikap positif terhadap diri sendiri dan orang lain. Kesehatan jiwa adalah kondisi dimana

seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial sehingga menyadari kemampuan sendiri. Kondisi perkembangan yang tidak sesuai pada individu disebut gangguan jiwa (DITJEN P2P, 2018)

Gangguan jiwa yang terjadi di Era Globalisasi dan persaingan bebas cenderung meningkat. Peristiwa kehidupan yang penuh tekanan seperti kehilangan orang yang dicintai, putusnya hubungan sosial, pengangguran, masalah dalam pernikahan, kesulitan ekonomi, tekanan di pekerjaan dan deskriminasi dapat meningkatkan resiko penderita gangguan jiwa. Peningkatan angka penderita gangguan jiwa akan terus menjadi masalah dan tantangan bagi tenaga Kesehatan. Sumber daya yang berkualitas sangat diharapkan untuk mengatasi hal tersebut (Suliswati,dkk, 2013).

Gangguan jiwa merupakan suatu kumpulan dari keadaan-keadaan yang tidak normal, baik yang berhubungan dengan fisik, maupun dengan mental. Keabnormalan tersebut dibagi ke dalam 2 golongan yaitu : yang pertama Gangguan Jiwa (*neurosa*) dimana orang itu masih mengetahui dan merasakan kesukarannya, serta kepribadiannya tidak jauh dari realitas dan masih hidup dalam alam kenyataan pada umumnya, yang kedua Sakit Jiwa (*psikosa*) dimana orang tersebut tidak memahami kesukaran-kesukarannya, kepribadiannya, tidak ada integritas dan ia hidup jauh dari alam kenyataannya. (Sutini, 2014)

Secara umum, klasifikasi gangguan jiwa menurut hasil riskesdas tahun 2013 dibagi menjadi dua bagian yaitu: gangguan jiwa berat atau kelompok psikosa dan gangguan jiwa ringan meliputi semua gangguan mental emosional yang berupa kecemasan, panik, gangguan alam perasaan, dan sebagainya. Untuk skizofrenia masuk kedalam kelompok gangguan jiwa berat.

World Health Organization (WHO, 2016) mengemukakan terdapat sekitar 35 juta orang terkena depresi, 60 juta terkena bipolar, 21 juta terkena skizofrenia, serta 47,5 juta terkena dimensi. Di Indonesia dengan berbagai factor biologis, psikologis dan sosial dengan keanekaragaman penduduk maka jumlah kasus gangguan jiwa terus bertambah yang berdampak pada penambahan beban negara dan produktifitas manusia untuk jangka Panjang.

Dalam riskesdas 2019 menunjukkan gangguan mental emosional yang ditunjukkan dengan gejala-gejala depresi dan kecemasan untuk usia 15 tahun keatas mencapai sekitar 6,1% dari jumlah penduduk Indonesia. Sedangkan prevalensi gangguan jiwa berat, seperti skizofrenia mencapai sekitar 400.000 orang atau sebanyak 1,7 per 1.000 penduduk (Indra Maulana, 2019).

Dinas Kesehatan provinsi jawa barat memperkirakan jumlah orang dengan gangguan jiwa di jawa barat mencapai 72 ribu orang dengan sebanyak ratusan orang diantaranya pernah mengalami gangguan jiwa berat (Depkes,2013).

Dinas kesehatan kabupaten garut memperkirakan jumlah orang dengan gangguan jiwa di jawa barat mencapai 3,135 orang yang mengalami gangguan kejiwaan (Dinkes,2023).

Tabel 1. 1 Data 10 Diagnosa Medis yang ada di Kabupaten Garut menurut Dinas Kesehatan Kabupaten Garut 2023

No.	Kode Diagnosa	Diagnosa Penyakit	Jumlah (orang)			Jumlah seluruh
			0-14 th	15-59 th	≥60 th	
1.	F.22	Skizofrenia	65	1.273	130	1.468
2.	F.32-F.40	Gangguan Campuran Ansietas dan Depresi	72	724	358	1.154

(Sumber : Dinas Kesehatan Kab. Garut, 2023)

3.	F.40	Gangguan Ansietas	-	494	164	658
4.	F.21	Gangguan Psikotik Akut	-	214	5	219
5.	F.30-39	Gangguan Depresi	3	152	3	155
6.	F.51.0	Insomnia	-	110	29	139
7.	F.45	Gangguan Somatoform	-	25	24	49
8.	F.80-89	Gangguan Perkembangan	1	26	-	27
9.	F.10	Gangguan Penyalahgunaan Napza	-	25	-	25
10.	F.70-F.79	Retardasi Mental	4	20	-	24

Klinik Nur Illahi Assanie adalah salah satu klinik rehabilitasi mental yang konsen pada kesehatan jiwa. Klinik ini berada di kecamatan Samarang, Garut, Jawab Barat.

Berdasarkan data yang di dapat dari Klinik Nur Illahi Assanie Samarang sendiri, jumlah Pasien Gangguan Jiwa khususnya yang sudah terdiagnosa dari bulan januari 2023 sampai saat ini terdapat pada tabel berikut:

**TABEL 1.2 DATA DIAGNOSA DI KLINIK NUR ILLAHIE
ASSANIE SAMARANG**

No.	Kode Diagnosa	Diagnosa Penyakit	Jumlah (orang)	
			2022	2023
1.	F.30.F.39	Gangguan Afektif Bipolar	28 Orang	30 Orang
2.	F.20.0	Skizofrenia Paranoid	4 Orang	7 Orang
3.	F.49	Penyalahgunaan Napza	-	3 Orang
4.	F.73.F78	Retardasi Mental	2 Orang	2 Orang

(Sumber : Buku Register Klinik Nur Illahie Assanie Samarang, 2023)

Dari tabel di atas dapat data Orang dalam Gangguan Jiwa di Klinik Nur Illahi Assanie Samarang dengan diagnosa medis Gangguan Afektif Bipolar mendapat jumlah paling banyak yaitu 30 Orang dari 42 Orang Pasien yang di rehabilitasi, sehingga berada di peringkat pertama gangguan yang muncul di klinik tersebut. Hal ini terjadi karena kurangnya dukungan dan perhatian dari keluarga dan masyarakat yang diperlukan penderita, yang apabila tidak segera ditangani hal ini akan menimbulkan permasalahan baru.

Bipolar disorder adalah gangguan mental serius yang stabil dapat mendadak berubah dan menjadilebih intens secara tak terduga. Para individu dengan tanda-tanda bipolar bisa dengan cepat berubah dari perasaan Bahagia menjadi sangat Lelah. Semua individu yang memiliki bipolar memiliki episode manik mereka, tetapi tidak semua dari mereka menjadi depresi (BIPOLAR DISORDER, 2021).

Gangguan Afektif Bipolar merupakan gangguan jiwa yang pada umumnya mempengaruhi mood dan suasana hati. bersifat episodic, ditandai oleh gejala-gejala manik, hipomanik, depresi, dan campuran, biasanya rekuren serta dapat berlangsung seumur hidup (Kemenkes, 2015) dalam (Novi Milasari, 2021)

Episode yang dialami sendiri (hanya satu kali) disebut unipolar, sedangkan bila terjadi perubahan atau fluktuasi antara kedua episode tersebut, seperti disforia dan euforia disebut bipolar. Gangguan bipolar adalah

gangguan mental yang ditandai dengan perubahan suasana hati yang ekstrem (Holland & Nicholls, 2018).

Gangguan bipolar adalah gangguan kejiwaan yang ditandai dengan manik, depresi, dan gejala campuran, sering berulang dan berlangsung seumur hidup. Biasanya pada orang dengan gangguan bipolar. Mengalami perubahan mood yang disertai dengan perubahan energi dan perilaku yang parah (Hadiati, 2022). Lebih dari 60 juta orang di seluruh dunia hidup dengan gangguan bipolar. Gangguan bipolar meliputi episode manik dan depresif, sering kali dimediasi oleh episode normal. Episode manik ditandai dengan suasana hati yang meningkat, hiperaktif, peningkatan harga diri, dan penurunan kebutuhan untuk tidur. Orang yang mengalami episode manik tetapi bukan episode depresi juga diklasifikasikan sebagai gangguan bipolar. (Yankees, Departemen Kesehatan, 2023).

Dari pengertian diatas ditemukan bahwa seseorang yang mengalami Gangguan Afektif Bipolar menyebabkan terjadinya manik. Pengertian dari manik atau mania sendiri merupakan kondisi psikologis yang dapat membuat seseorang mengalami euforia diluar batas dimana orang tersebut akan menunjukan gejala percaya diri berlebihan, menjadi terlalu sensitive sehingga mudah tersinggung, merasa sangat bersemangat, melakukan hal-hal yang berisiko tinggi tanpa pertimbangan yang matang, dan dapat membahayakan diri sendiri atau orang lain. Dari gejala tersebut merujuk pada tanda dan gejala Risiko Perilaku Kekerasan, sehingga dapat disimpulkan bahwa Orang dengan

diagnosa medis Gangguan Afektif Bipolar dapat menyebabkan Risiko Perilaku Kekerasan (Fadli, 2022)

Halusinasi adalah salah satu gejala gangguan jiwa pada individu yang ditandai dengan perubahan sensori persepsi: merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan, atau penghidupan. Pasien merasakan stimulus yang sebenarnya tidak ada. (Keliat, 2015).

Halusinasi adalah persepsi klien yang salah terhadap lingkungan tanpa stimulus yang nyata, memberikan persepsi yang salah atau pendapat tentang sesuatu tanpa ada objek/rangsangan yang nyata dan hilangnya kemampuan manusia untuk membedakan rangsangan internal pikiran dan rangsangan eksternal (Trimeilia, 2013).

Halusinasi pendengaran (auditory) adalah mendengar suara atau bunyi yang berkisar dari suara sederhana sampai suara yang berbicara mengenai klien sehingga klien berespon terhadap suara atau bunyi tersebut. Klien juga akan mendengar suara yang membicarakan, mengejek, mentertawakan, mengancam, memerintahkan untuk melakukan sesuatu yang kadang-kadang merupakan hal yang berbahaya (Trimeilia, 2013).

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Penulis memperoleh pengetahuan, keterampilan, wawasan serta pengalaman yang nyata dalam melaksanakan dan memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif yang meliputi aspek bio, psikologi, sosial dan spiritual kepada klien dengan Gangguan sensori halusinasi indra pendengaran.

2. Tujuan Khusus

Setelah memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan Gangguan Konsep Diri Gangguan sensori halusinasi indra pendengaran

- a. Mampu melaksanakan pengkajian fisik dan mental secara komprehensif pada Ny.h dengan Gangguan sensori halusinasi indra pendengaran dengan diagnosa medis Bipolar Di Yayasan nur illahi assanie.
- b. Mampu merumuskan diagnosa keperawatan yang timbul pada Ny.h dengan Gangguan sensori halusinasi indra pendengaran akibat Bipolar Di Yayasan nur illahi assanie.
- c. Mampu Menyusun rencana asuhan keperawatan pada Ny.H dengan Gangguan sensori halusinasi indra pendengaran akibat Bipolar Di Yayasan nur illahi assanie

- d. Mampu Melaksanakan Tindakan Keperawatan Sesuai rencana yang ditetapkan pada Ny.H dengan Gangguan sensori halusinasi indra pendengaran akibat Bipolar Di Yayasan nur illahi assanie.
- e. Mampu melaksanakan evaluasi hasil Tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan pada Ny.H dengan Konsep Gangguan sensori halusinasi indra pendengaran akibat Bipolar Di. Yayasan nur illahi assanie.
- f) Mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Ny.H dengan Gangguan sensori halusinasi indra pendengaran akibat Bipolar Di Yayasan nur illahi assanie.

C. Metode Telaah

Dalam penulisan studi kasus ini, penulisan menggunakan metode deskriptif yang berupa laporan kasus asuhan keperawatan melalui pendekatan proses keperawatan yang komprehensif. Adapun Teknik pengumpulan data yang dilakukan oleh penulisan adalah sebagai berikut:

1. Wawancara

Biasa juga disebut anamnesa adalah menanyakan atau tanya jawab yang berhubungan dengan masalah yang dihadapi klien dan merupakan suatu komunikasi yang di rencanakan. Dalam berkomunikasi ini perawat

mengajak klien dan keluarga untuk bertukar pikiran dan yang diistilahkan dengan teknik komunikasi terapeutik.

2. Observasi

Observasi adalah teknik pengumpulan data yang dilakukan melalui tatap muka dan tanya jawab antara perawat dan klien. Data yang dikumpulkan melalui observasi yaitu dengan cara melihat atau mengamati langsung keadaan klien baik yang adaptif maupun mal adaptif.

3. Pemeriksaan fisik

Hal-hal yang dilakukan pada pemeriksaan fisik ini diantaranya memeriksa tanda-tanda vital dan keadaan umum, sehingga didapatkan data dari pasien yang bisa menimbulkan masalah Kesehatan atau pasien. keperawatan pada

4. Studi Dokumentasi

Data yang diperoleh penulis dari rekam medik atau buku status klien berupa data-data dan catatan yang berhubungan dengan asuhan keperawatan.

5. Studi Kepustakaan

Penulis mempelajari buku-buku dari bahan-bahan perpustakaan institusi maupun dari internet untuk mendapatkan teori yang berhubungan dengan kasus yang diambil.

6. Partisipasi Aktif

Partisipasi aktif yaitu penulis melakukan asuhan keperawatan pada Ny. H dengan Gangguan sensori halusinasi indra pendengaran secara langsung dengan bimbingan petugas kesehatan lain.

D. Sistematika Penulisan

Untuk memudahkan penyusunan karya tulis ilmiah ini, maka penulis menggunakan sistematika penulisan sebagai berikut:

1. BAB I : Pendahuluan, bab ini membahas mengenai latar belakang, tujuan penulisan, metode telaahan dan sistematika penulisan.
2. BAB II : Tinjauan Teoritis, bab ini membahas tentang teori-teori yang berhubungan dengan judul di atas yang dapat dijadikan acuan pada waktu pembahasan, terdiri dari konsep dasar penyakit, definisi, psikodinamika skizofrenia, psikodinamika halusinasi, dampak halusinasi terhadap kebutuhan dasar manusia serta membahas tentang proses keperawatan jiwa meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

3. BAB III : Tinjauan Kasus dan Pembahasan, dalam bab ini dijelaskan tentang asuhan keperawatan yang dilakukan secara nyata di lapangan melalui tahap pengkajian, pelaksanaan, evaluasi, dan catatan perkembangan pada klien dengan Gangguan sensori halusinasi indra pendengaran. Sedangkan dalam pembahasannya berisi tentang kesenjangan-kesenjangan yang ditemukan dan dibandingkan antara pendekatan teoritis dengan pelaksanaan langsung pada kasus serta pemecahan masalahnya.
4. BAB IV : Kesimpulan dan Rekomendasi, dalam bab ini berisikan tentang kesimpulan penulis setelah melaksanakan kegiatan asuhan keperawatan dan rekomendasi yang bersifat membangun terhadap kesimpulan untuk perbaikan selanjutnya.
5. Daftar Pustaka
6. Lampiran

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Dasar

1. Konsep Bipolar

a. Definisi Bipolar

Bipolar disorder adalah gangguan mental serius yang stabil dapat mendadak berubah dan menjadilebih intens secara tak terduga. Para individu dengan tanda-tanda bipolar bisa dengan cepat berubah dari perasaan Bahagia menjadi sangat Lelah.

Semua individu yang memiliki bipolar memiliki episode manik mereka, tetapi tidak semua dari mereka menjadi depresi (BIPOLAR DISORDER, 2021).

Gangguan Bipolar merupakan salah satu di antara gangguan mental yang serius dan dapat menyerang seseorang, sifatnya melumpuhan disebut mania depresi (Parks, 2014).

Episode yang dialami sendiri (hanya satu kali) disebut unipolar, sedangkan bila terjadi perubahan atau fluktuasi antara kedua episode tersebut, seperti di sforia dan euforia disebut bipolar. Gangguan bipolar adalah gangguan mental yang ditandai dengan perubahan suasana hati yang ekstrem (Holland & Nicholls, 2018).

b. Etiologi

Penyebab gangguan Bipolar masih belum diketahui, tetapi diperkirakan sebagai kombinasi dari kerentanan genetik, perubahan biologis, dan stressor psikososial

1) Faktor biologis

Kembar identik lebih beresiko lebih beresiko 2-4 kali lipat mengalami bipolar dibanding kembar dizigot. Pada kembar identik persentase kemungkinannya mencapai 70%-80%.

Terdapat 5 lokus genetik telah dilaporkan terkait dengan gangguan bipolar sebagai salah satu gangguan mood, yaitu *grn* BDNF, COMT, NRG1, DAOA, dan DISC1. Gen lain yang terlibat adalah SERT, DAT, TPH, dan mtDNA.

2) Faktor Psikososial

Perempuan beresiko lebih tinggi mengalami gangguan bipolar 2 (episode depresi dan hipomanik). Akan tetapi, pada kasus manik unipolar, kasus bipolar di mana pasien tidak pernah mengalami depresi, laki-laki mempunyai resiko lebih tinggi,

1. Faktor lingkungan

Seseorang dengan gangguan bipolar menyadari bahwa mereka tidak dapat hidup ideal dan nyaman sehingga mereka merasa putus asa dan tidak berdaya (Heinz, 2013)

c. Klasifikasi Bipolar

Bipolar tipe 1 dengan episode manik berat dan depresi (Ahuja,2013). Gangguan bipolar tipe 1 ini Ketika kondisi manik, penderita ini sering dalam kondisi berat dan berbahaya. Bipolar tipe 2, pada kondisi ini penderita masih bisa melaksanakan kegiatan harian rutin dan tidak separah tipe 1. Namun penderita bipolar tipe 2 ini mudah tersinggung.

d. Manifestasi klinis Bipolar

Terdapat episode atau fase suasana hati yang berlanjut selama berbulan-bulan atau setelah satu fase dan bisa terjadi selama bertahun-tahun tanpa terulangnya tipe apapun (Dipiro,2013).

Episode atau fase bipolar di antaranya:

1) Depresi berat

Penderita terkadang memiliki suasana hati yang terus-menerus tertekan dan kehilangan kegembiraan dalam aktivitas yang biasanya memberi kesenangan, penurunan atau kenaikan berat badan, insomnia atau hypersomnia, gelisah atau retardasi, kehilangan energi, penurunan konsentrasi, perasaan bersalah, keputusasaan ataupun keinginan untuk bunuh diri (Smith, 2014).

2) Fase manik

Pada fase manik ini seseorang akan mengalami peningkatan energi, penuh ide, merasa sangat gembira, dan sangat bersemangat. Manik biasanya berlangsung secara tiba-tiba, dan gejalanya akan meningkat selama beberapa hari. Gejala dan perilaku aneh, delusi paranoid, halusinasi serta penurunan produktifitas sosial (Dipiro,2013). Seseorang pada fase ini akan bertindak impulsif dan pada saat yang bersamaan merasa memiliki keyakinan dan tujuan (Kaplan & Sadock's, 2015).

3) Hipomanik

Fase hipomanic tidak ada kerusakan yang nyata dalam fungsi sosial atau pekerjaan, tidak ada halusinasi maupun delusi. Beberapa penderitanya mungkin akan lebih produktif dari biasanya, maun 5-15% penderitanya dapat dengan cepat berpindah ke fase manik (Wells,2015).

e. Penatalaksanaan Gangguan Bipolar

1).Terapi non farmakologi

a) Psikoterapi

Mengobati penyalahgunaan zat serta pemberian nutrisi yang baik dengan protein normal dan asupan lemak esensial,berolahraga, tidur yang cukup, pengurangan stress, dan terapi

psikososial.(Wells,2015).Bisa dilakukan dengan memberikan dukungan, edukasi, dan bimbingan kepada orang-orang yang mengalami bipolar dan keluarga penderita bipolar.Beberapa perawatan fisioterapi yang dapat digunakan untuk mengobati bipolar yaitu:

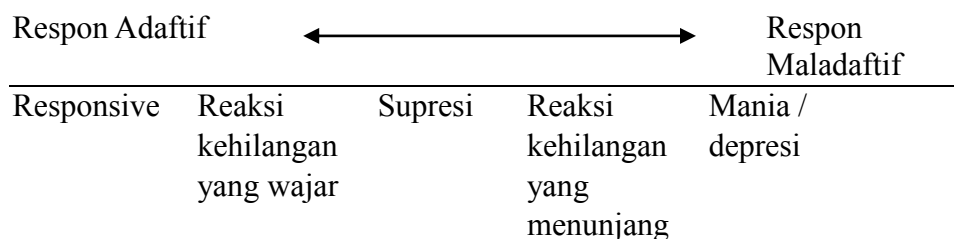
- (1) Terapi Kognitif (CBT)
- (2) Terapi Keluarga
- (3) Terapi *psychotherapy interpersonal*

2).Terapi farmakologi

Penatalaksanaan secara farmakalogi first-line dalam pengobatan episode manic dan episode depresi berulang dari gangguan bipolar adalah Litium. Golongan obat penstabil mood atau antikonvulsan juga telah banyak digunakan (contohnya, carbamazepine dan asam valproat) untuk pengobatan episode mania akut dan untuk pencegahan kekambuhannya. Lamotrigin juga dapat digunakan untuk terapi pencegahan kekambuhan. aripiprazol disetujui oleh FDA untuk pengobatan episode manik gangguan bipolar. Pengobatan adjuvan jangka pendek dengan benzodiazepin juga dapat membantu (APA, 2013).

f. Rentang Respon

Bagan 2.1



Sumber: Iyus Yosef, cetakan III, 2017

2. Konsep Halusinasi

a. Definisi

Halusinasi menurut Damayanti (2013), adalah salah satu gejala gangguan jiwa dimana klien mengalami perubahan sensori persepsi, merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecap, perabaan atau penghiduan.

Klien merasakan stimulus yang sebetulnya tidak ada. Halusinasi adalah persepsi yang tanpa dijumpai adanya rangsangan dari luar. Walaupun tampak sebagai sesuatu yang "khayal", halusinasi sebenarnya merupakan bagian dari kehidupan mental penderita yang "terespsi" (Yosep, 2013).

Halusinasi adalah persepsi klien terhadap lingkungan tanpa stimulus yang nyata, artinya klien terhadap lingkungan tanpa stimulus yang nyata, artinya klien menginterpretasikan sesuatu yang tidak nyata tanpa stimulus atau rangsangan dari luar (Azizah, 2016).

Berdasarkan pengertian diatas, dapat disimpulkan bahwa halusinasi adalah adanya perubahan sensori persepsi dimana klien merasakan sensasi palsu dan dapat menginterpretasikannya tanpa adanya rangsangan dari luar.

b. Etiologi

Proses terjadinya halusinasi terdapat dua faktor yaitu: faktor predisposisi dan faktor presipitasi menurut Sutejo (2019), yang dikutip oleh Stuart (2013):

1) Faktor predisposisi

(a) Faktor biologis

Hal yang dikaji pada faktor biologis, meliputi adanya faktor herediter gangguan jiwa, adanya risiko bunuh diri, riwayat penyakit trauma kepala, adanya riwayat penggunaan NAZPA

(b) Faktor psikologis

Pada klien yang mengalami halusinasi, dapat ditemukan adanya kegagalan yang berulang, individu korban kekerasan, kurangnya kasih sayang, atau overprotektif.

(c) Faktor sosial budaya

Klien dengan halusinasi didapatkan sosial ekonomi rendah, riwayat penolakan lingkungan pada usia perkembangan anak, tingkat pendidikan rendah, dan kegagalan dalam hubungan sosial (perceraian, hidup sendiri), serta tidak bekerja.

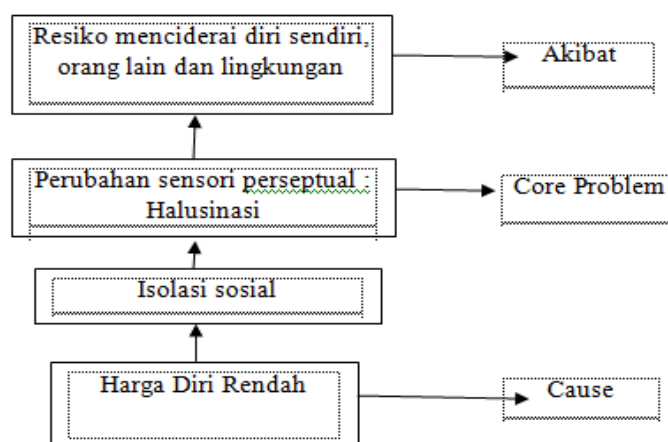
2) Faktor Presipitasi

Stressor presipitasi pada klien dengan halusinasi ditemukan adanya riwayat penyakit infeksi, penyakit kronis, atau kelainan struktur otak, kekerasan dalam keluarga, atau adanya kegagalan kegagalan dalam hidup, kemiskinan, adanya aturan atau tuntutan di dalam keluarga atau masyarakat yang sering tidak sesuai dengan klien serta konflik antar masyarakat.

c. Pohon masalah

Bagan 2.1

Pohon masalah



d. Tahapan halusinasi

Intensitas halusinasi meliputi empat tingkat mulai dari tingkat 1 sampai 4

Tabel 2.1
Tahapan halusinasi

Tingkat	Karakteristik halusinasi	Prilaku klien
Tingkat I Memberi rasa nyaman Tingkat ansietas sedang	1.Mengalami ansietas kesepian rasa bersalah, dan	1.Tersenyum 2.Menggerakkan bibir

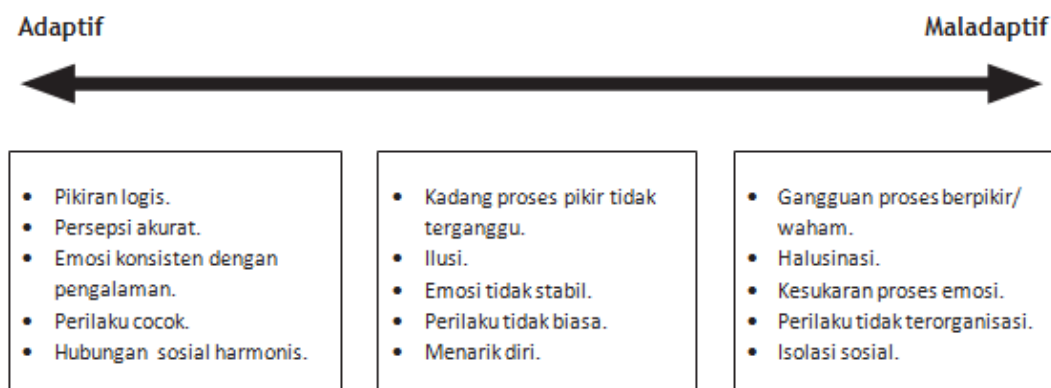
Halusinasi merupakan suatu kesenangan	ketakutan. 2.Mencoba berfokus pada pikiran yang dapat menghilangkan ansietas. 3.Pikiran dan pengalaman sensori masih ada dalam kontrol kesadaran (jika ansietas dikontrol)	tanpa suara 3.Menggerakkan mata dengan cepat 4.Respons verbal yang lambat 5.Diam dan konsentrasi
Tingkat II Menyalahkan Tingkat ansietas berat Halusinas menyebabkan rasa antipati	1. Pengalaman sensori Menakutkan Mulai merasa kehilangan 2.kontrol Merasa dilecehkan oleh 3.pengalaman sensori tersebut. 4.Menarik diri dari orang lain.	1.Peningkatan sistem saraf otak, tanda-tanda ansietas, seperti peningkatan denyut jantung, pernafasan,dan tekanan darah. 2.Rentang perhatian Menyempit 3.Konsentrasi dengan pengalaman sensori. 4.Kehilangan kemampuan membedakan halusinasi dari realita
Tingkat III Mengontrol tingkat ansietas berat pengalaman sensori	1.Klien menyerah dan menerima pengalaman	1.Perintah halusinasi ditaati. 2. Sulit berhubungan

tidak dapat ditolak	sensorinya 2. Isi halusinasimenjadi atraktif. 3.Kesepian bila pengalaman lagi	dengan orang lain 3.Rentang perhatian hanya beberapa detik
Tingkat IV menguasai tingkat ansietas panik yang diatur dan di pengaruhi oleh waham	1.Pengalaman sensori jadi ancaman 2.Halusinasi dapat berlangsung selama beberapa jam atau hari	1.Prilaku panik 2.Berpotensi untuk membunuh diri 3.Tindakan kekerasan agitasi,menarik diri atau katatonia 4.Tidak mampu merespon perintah yang kompleks 5.Tidak mampu merespon terhadap lebih dari satu orang

e. Rentang respon halusinasi

Respon perilaku klien dapat diidentifikasi sepanjang rentang respon yang berhubungan dengan fungsi neurobiologik, perilaku yang dapat diamati dan mungkin menunjukkan adanya halusinasi. Respon yang terjadi dapat berada dalam rentang adaptif sampai maladaptif (Damali, 2014).

Gambar 2.2
Rentang respon halusinasi



f. Jenis-jenis halusinasi

(1) Halusinasi pendengaran (Auditif, Akustik)

Paling sering dijumpai dapat berupa bunyi mendenging atau suara bising yang tidak mempunyai arti, tetapi lebih sering terdengar sebagai suara sebuah kata atau kalimat yang bermakna. Biasanya suara tersebut ditujukan pada penderita sehingga tidak jarang penderita bertengkan dan berdebat dengan suara-suara tersebut. b) Halusinasi Penglihatan (Visual, Optik) Lebih sering terjadi pada keadaan delirium (penyakit organik). Biasanya sering muncul bersamaan dengan penurunan kesadaran, menimbulkan rasa takut akibat gambaran-gambaran yang mengerikan.

(2) Halusinasi Penciuman (Olfaktorik)

Halusinasi ini biasanya berupa mencium sesuatu bau tertentu dan dirasakan tidak enak, melambungkan rasa bersalah pada penderita. Baru dilambungkan sebagai pengalaman yang dianggap penderita sebagai suatu kombinasi moral.

(3) Halusinasi Pengecapan (Gustatorik)

Walaupun jarang terjadi, biasanya bersamaan dengan halusinasi penciuman. Penderita merasa mengecap sesuatu. Halusinasi gastorik lebih jarang dari halusinasi gustatorik.

(4) Halusinasi Perabaan (Taktil)

Merasa diraba, disentuh, ditiup, atau seperti ada ulat yang bergerak di bawah kulit. Terutama pada keadaan deliriu toksis dan skizofrenia. Halusinasi Kinestetik Penderita merasa badanya bergerak-gerak dalam suatu ruang atau anggota.

(5) Halusinasi kinestik

Badannya bergerak-gerak. Misalnya "phantom phenomenom" atau tungkai yang diamputasi selalu bergerak - gerak (phantom limb). Sering pada skizofrenia dalam keadaan toksik tertentu akibat pemakaian obat tertentu.

(6) Halusinasi Viseral

Timbulnya perasaan tertentu di dalam tubuhnya.

- (1) Depersonalisasi adalah perasaan aneh pada dirinya bahwa pribadinya sudah tidak seperti biasanya lagi serta tidak sesuai dengan kenyataan yang ada. Sering pada skizofrenia dan sindrom

lobus parietalis. Misalnya sering merasa dirinya terpecah dua. (2)

Derealisasi adalah suatu perasaan aneh tentang lingkungannya yang tidak sesuai dengan kenyataannya. Misalnya perasaan segala sesuatu yang dialaminya seperti dalam impian (Yosep, 2007 dalam Damayanti, 2013).

g. Tanda dan Gejala Halusianasi

Menurut Hamid (2014), yang dikutip oleh Damaiyanti (2015) adalah:

- (a) Bicara sendiri,
- (b) Senyum sendiri.
- (c) Keta sendiri.
- (d) Menggerakkan bibir sendiri.
- (e) Penggerakkan mata yang cepat.
- (f) Respon verbal yang lambat.
- (g) Menarik diri dari orang lain.
- (h) Tidak dapat membedakan yang nyata dan tidak nyata.
- (i) Terjadi peningkatan denyut jantung, pernafasan dan tekanan darah
- (j) nafas dan tekanan darah

(k) berkonsentrasi dengan pengalaman sensori.

(l) Sulit berhubungan dengan orang lain.

(m) Ekspresi muka tegang.

(n) Mudah tersinggung, jengkel dan marah.

(o) Tidak mampu mengikuti perintah dari perawat

(p) Tampak tremor dan berkeringat.

(q) Perilaku panik.

(r) Agitasi dan kataton.

(s) Curiga dan bermusuhan.

(t) Bertindak merusak diri, orang lain dan lingkungan

(u) Ketakutan.

(v) Tidak dapat mengurus diri.

(w) Biasanya terdapat disorientasi waktu, tempat dan(Damaiyanti, 2012

h. Diagnosa Keperawatan Klien yang Muncul Dengan Gangguan

Sensori Persepsi : Halusinasi adalah:

a) Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi

b) Gangguan konsep diri : Harga Diri Rendah.

3. Konsep Harga Diri Rendah

a. Definisi

Harga diri rendah adalah perasaan tidak berharga, tidak berarti dan rendah diri yang berkepanjangan akibat evaluasi yang negatif terhadap diri sendiri atau kemampuan diri. Adanya perasaan hilang kepercayaan diri, merasa gagal karena tidak mampu mencapai keinginan sesuai ideal diri (Yosep, 2015).

Gangguan harga diri yang disebut sebagai harga diri rendah dapat terjadi secara:

- 1) Situsional, yaitu terjadi terutama yang tiba-tiba, misalnya harus operasi, kecelakaan, dicerai suami/istri, putus sekolah, putus hubungan kerja, perasaan malu karena sesuatu (korban perkosaan, dituduh KKN, di penjara tiba-tiba.
- 2) Kronik, yaitu perasaan negatif terhadap berlangsung lama, yaitu sebelum sakit/dirawat. Klien mempunyai cara berpikir yang negatif. Kejadian sakit dan dirawat akan menambah persepsi negatif terhadap dirinya. Kondisi ini mengakibatkan respon mal yang adaptif. Kondisi ini dapat ditemukan pada klien gangguan fisik yang kronik atau pada klien gangguan jiwa. Berdasarkan kesimpulan diatas bahwa harga diri rendah adalah

dimana harga diri merasa gagal mencapai keinginan, perasaan tentang diri yang negative dan merasa dirinya lebih rendah dibandingkan orang lain.

b. Etiologi

Berbagai faktor menunjang terjadinya perubahan dalam konsep diri seseorang. Dalam tinjauan life span history klien, penyebab terjadinya harga diri rendah adalah pada masa kecil sering disalahkan, jarang dapat pujian atas keberhasilannya. Saat individu mencapai masa remaja keberadaanya kurang dihargai, tidak diberi kesempatan dan tidak diterima. Menjelang dewasa awal sering gagal disekolah, pekerjaan atau pergaulan. Harga diri rendah muncul saat lingkungan cenderung mengucilkan dan menuntut lebih dari kemampuannya (Yosep, 2013).

(1) Faktor Prediposisi

- (a) Faktor yang mempengaruhi harga diri meliputi penolakanj orang tua, harapan orangtua yang tidak realistis, kegagalan yang berulang, kurang mempunyai tanggung jawab personal, ketergantungan pada orang lain, dan idel diri yang tidak realistis.
- (b) Faktor yang mempengaruhi ferpormaperan adalah stereotype peran gender ,tuntutan peran pekerjaan

- (c) Faktor yang mempengaruhi identitas pribadi meliputi tidak percaya orang tua, tekanan dari kelompok sebaya, dan perubahan struktur sosial.

(2) Faktor presipitasi

Menurut Yosep (2014), faktor presipitasi terjadinya harga diri rendah biasanya adalah kehilangan bagian tubuh, perubahan penampilan atau bentuk tubuh, kegagalan atau produktivitas yang menurun. Secara umum, gangguan konsep harga diri rendah ini dapat terjadi secara situasional atau kronik. Secara situasional karena trauma yang muncul secara tiba-tiba, misalnya harus dioperasi, kecelakaan, perkosaan atau dipenjara, termasuk dirawat di rumah sakit biasanya menyebabkan harga diri rendah disebabkan karena penyakit fisik atau pemasangan alat bantu yang membuat klien tidak nyaman. Harga diri rendah kronik, biasanya dirasakan klien sebelum sakit atau sebelum dirawat klien sudah memiliki pikiran negatif dan meningkat saat dirawat.

c. Tanda dan Gejala Harga Diri Rendah Kronik

Menurut Damaiyanti (2015), tanda dan gejala harga diri rendah kronik adalah sebagai berikut:

- a) Mengkritik diri sendiri.

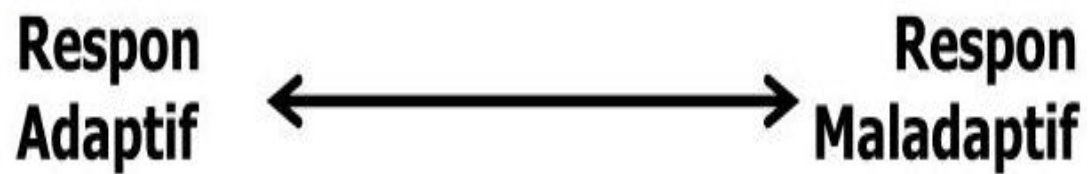
- b) Perasaan tidak mampu.
- c) Pandangan hidup yang pesimis.
- d) Penurunan produktivitas.
- e) Penolakan terhadap kemampuan diri.

Selain data di atas, dapat juga mengamati penampilan seseorang dengan harga diri rendah, terlihat dari kurang memperhatikan perawatan diri, berpakaian tidak rapi, selera makan kurang, tidak berani menatap lawan bicara, lebih banyak menunduk, bicara lambat dengan suara nada lemah.

e. Rentang Respon Konsep Diri

Gambar 2.6

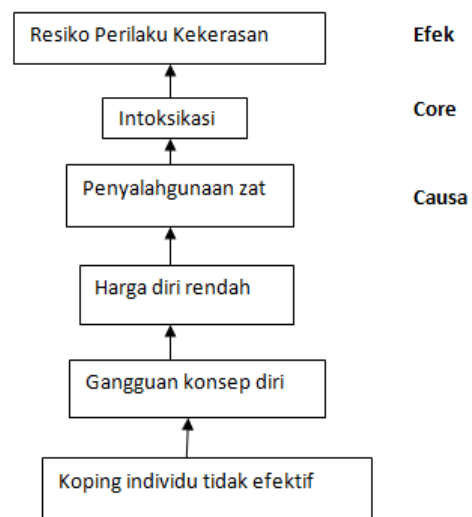
Rentang respon konsep diri



e. Pohon masalah

Gambar 2.7

Pohon masalah



f. Diagnosa Keperawatan

Masalah konsep diri berkaitan dengan perasaan ansietas, bermusuhan dan rasa bersalah. Masalah ini sering menimbulkan proses penyebaran diri dan sirkular bagi individu yang dapat menyebabkan respon koping maladaptif. Respon ini dapat terlihat pada berbagai macam individu yang mengalami ancaman integritas fisik atau sistem diri (Stuart, 2006). Diagnosa keperawatan yang diangkat berdasarkan pohon masalah adalah:

- a) Harga Diri Rendah Kronik
- b) Koping individu tidak efektif

4. Rencana tindakan keperawatan

Tabel 2.2
Intervensi keperawatan halusinasi

No	Diagnosa	Tujuan	Evaluasi	Intervensi
1	Gangguan sensori persepsi: Halusinasi	Klien mampu : Mengenali halusinasi yang dialami, Mengontrol halusinasi dan mengikuti program pengobatan secara teratur	Setelah 1x pertemuan klien dapat menyebutkan : isi, waktu, frekuensi, situasi, pencetus perasaan dan mampu memperagakan cara mengontrol halusinasi	SP 1 a. Bantu klien mengenali halusinasi : isi, waktu, frekuensi, situasi pencetus. b. Latih mengontrol halusinasi dengan cara menghardik c. Jelaskan cara menghardik halusinasi d. Peragakan cara menghardik e. Minta klien peragakan ulang f. Pantau penerapan cara ini g. Masukkan ke dalam jadwal kegiatan
			Setelah 2x pertemuan klien mampu: a. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan b. Memperagakan cara bercakap dengan orang lain	SP 2 a. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1) b. Latih berbicara dengan orang lain saat halusinasi muncul c. Masukkan kedalam jadwal klien

			Setelah 3x pertemuan klien mampu: - Menyebutkan kegiatan yang telah dilakukan - Memberi jadwal kegiatan sehari hari dan mampu memperagakannya	SP 3 - Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1, 2, 3) - Latih kegiatan agar halusinasi tidak muncul tahapannya adalah: - Jelaskan pentingnya aktivitas yang teratur untuk mengatasi halusinasi - Diskusi aktivitas yang bisa dilakukan klien - Latih klien melakukan aktivitas - Susun jadwal aktivitas sehari hari sesuai aktivitas yang dilatih - Pantau pelaksanaan jadwal kegiatan, berikan penguatan terhadap perilaku klien yang positif
			Setelah 3x pertemuan klien mampu: - Menyebutkan kegiatan yang telah dilakukan - Manfaat dari program pengobatan	SP 4 - Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1, 2, 3, 4,) - Tanyakan program pengobatan - Jelaskan pentingnya penggunaan obat terhadap gangguan jiwa - Jelaskan akibat penggunaan obat tidak sesuai program - Jelaskan akibat putus obat - Jelaskan cara mendapatkan obat - Jelaskan pengobatan 6 B - Latih klien minum obat dan masukan kedalam jadwal kegiatan

				klien
2	Harga diri rendah	Klien mampu: - Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki - Menilai kemampuan yang dapat digunakan - Memilih kemampuan yang sesuai - Merencanakan kegiatan yang sudah dipilih	Setelah 1x pertemuan klien mampu - Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki - Menilai kemampuan yang dapat digunakan - Memilih kemampuan yang sesuai - Merencanakan kegiatan yang sudah dipilih	SP 1 - Identifikasi kemampuan positif yang dimiliki - Membantu klien menilai kemampuan yang dimiliki - Membantu klien memilih kegiatan yang akan dilatih dan sesuai dengan kemampuan klien - Memberikan pujian yang wajar terhadap keberhasilan klien - Mengajarkan klien memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian
			Setelah 2x pertemuan diharapkan klien mampu - Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan - Mampu melakukan kegiatan yang dipilih	SP 2 - Evaluasi SP 1 - Latih klien melakukan jadwal kegiatan sesuai kemampuan klien - Menganjurkan me masukan ke dalam jadwal harian klien

5. Implementasi

Implementasi atau pelaksanaan adalah realisasi dari perencanaan tindakan keperawatan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan kegiatan dalam pelaksanaan meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan serta menilai data yang baru (Rohmah dan Wahid,2014).

Tabel 2.3 IMPLEMENTASI

Dx	Strategi Pelaksanaan
Gangguan persepsi sensori halusinasi	SP 1 1.Membantu pasien mengenal halusinasi, menjelaskan cara-cara mengontrol halusinasi, megajarkan pasien mengontrol halusinasi dengan cara Menghardik halusinasi. SP 2 Melatih pasien mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain. SP 3 Melatih pasien mengontrol halusinasi dengan cara melaksanakan aktivitas terjadwal. SP 4 Melatih pasien menggunakan obat secara teratur.
Gangguan konsep diri : Harga diri rendah	SP 1 Mendiskusikan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien, membantu pasien menilai kemampuan yang masih dapat digunakan, membantu pasien memilih/menetapkan kemampuan yang akan dilatih, melatih kemampuan yang sudah dipilih dan Menyusun jadwal pelaksanaan kemampuan yang telah dilatih dalam rencana tindakan. SP 2

	Melatih pasien melakukan kegiatan lain yang sesuai dengan kemampuan pasien.
--	---

6. Evaluasi

Menurut Rohmah dan Walid (2014) evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Untuk memudahkan perawat dalam melakukan evaluasi atau memantau perkembangan pasien, digunakan komponen SOAP..

Adapun pengertian SOAP adalah sebagai berikut:

S: Data subjektif

Perawat menuliskan keluhan pasien yang masih dirasakan oleh pasien setelah dilakukan tindakan keperawatan

O : Data objektif

Data berdasarkan hasil pengamatan perawat secara langsung kepada pasien dan yang dirasakan pasien setelah dilakukan tindakan keperawatan.

A : Analisis interpretasi dari data subjektif dan data objektif

Analisis merupakan diagnosis keperawatan yang masih terjadi atau juga dapat dituliskan masalah/diagnosis baru yang terjadi akibat perubahan status kesehatan pasien yang telah teridentifikasi datanya dalam data subjektif dan objektif.

P : Planning

Perencanaan keperawatan yang akan dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi, atau ditambahkan dalam rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHAAN

A. LAPORAN KASUS

1. Pengkajian

a. Identitas klien

Nama : Ny.H (P)
Umur : 41 Tahun
Alamat : Bandung
Suku bangsa : Sunda
Pekerjaan : Tidak bekerja
Diagnosa medis : Bipolar
Tanggal pengkajian : Senin, 05 april 2023
No RM : 0417

b. Alasan masuk

Klien di bawa ke yayasan nur illahi assanie garut oleh keluarganya karena sering berbicara sendiri tidurnya kurang dan komunikasi tidak nyambung, Klien terlihat sering berbicara sendiri, beliau suka berbicara dengan pria yang tampan dan sudah menjadi sahabatnya, klien mengatakan ia tidak berhalusinasi tetapi sedang mengobrol dan klien merasa bahagia, pada saat perawat memberi tahu

bahwa itu halusinasi dan tidak nyata, klien malah menjawab, “saya tahu, namun itu tidak mengganggu, tidak membahayakan juga, malah menemani saya”

c. Faktor predisposisi

Klien mengatakan sudah mengalami gangguan jiwa kurang lebih 10 taun yang lalu di pekan baru, namun pengobatan tidak rutin karena klien tidak mau minum obat, pengobatan klien kurang berhasil, Klien mengatakan mempunyai pengalaman yang tidak menyenangkan yaitu klien pernah menjadi korban perselingkuhan oleh suaminya. awal mulanya klien sudah menikah dan dikarunia seorang anak, namun kemudian bercerai dengan suaminya, klien merasa dikhianati dan dikecewakan oleh mantan suaminya, semenjak berpisah klien merasa sedih dan sering berhalusinasi.

d. Faktor Presipitasi

Stresor presipitasi pada klien dengan halusinasi pendengaran ditemukan adanya kegagalan dalam berumah tangga membuat klien kecewa dan merasa dikhiaati oleh orang yang dia sayangi.

e. Pemeriksaan fisik

- 1) Keadaan umum : cukup baik
- 2) Tanda tanda vital

Tekanan darah : 110/90mmhg

Suhu : 36,2

Nadi : 89 x/menit

Pernafasan : 21 x/menit

BB : 57 kg

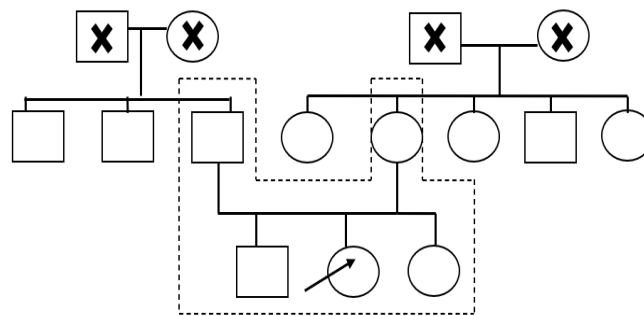
TB : 165 cm

3) Keluhan fisik

Klien tidak mengeluh apa pun.

f. Psikososial

1) Genogram



Keterangan :

○ : perempuan

□ : laki laki

✕ : meninggal

↗ : klien

---- : tinggal serumah

1. Konsep Diri

a) Citra Tubuh

Klien mengatakan menyukai semua bagian tubuhnya, kecuali bagian wajah. Karena menurut klien wajahnya berbeda dengan orang lain, merasa tidak percaya diri karena suaminya tergoda oleh perempuan lain yang parasnya lebih cantik dari klien.

Masalah keperawatan : Harga diri rendah

b) Identitas Diri

Klien mengatakan status dan posisinya sebelum sakit adalah sebagai istri. Klien mengatakan dirinya di khianati oleh suaminya yang berselingkuh dengan adiknya sendiri dan merasa tidak pantas lagi untuk siapa pun.

Masalah keperawatan : Harga Diri Rendah

c) Peran

Klien mengatakan tugasnya dikeluarga adalah membantu suaminya, tetapi klien mengatakan belum mampu melaksanakan tugas dan perannya dengan baik.

Masalah keperawatan : Harga Diri Rendah

d) Ideal diri

Klien mengatakan ingin cepat sembuh dan ingin cepat pulang. Klien juga mengatakan ketika sudah sembuh ia berencana untuk mencoba membuat usaha sendiri.

e) Harga Diri

Klien mengatakan hubungan dengan orang lain cukup baik. Orang lain juga menilai dan mampu menghargai dirinya .

f) Hubungan Sosial

1) Orang yang berarti

Menurut klien orang yang berarti dalam hidupnya adalah anaknya dan kedua orang tuanya

2) Peran serta dalam kelompok atau masyarakat

Klien ikut berperan serta dalam masyarakat seperti : menjadi panitia dalam acara atau hari hari besar, gotong royong dll

3) Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain

Klien mengatakan tidak ada hambatan dalam berhubungan dengan orang lain.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah

g) Spiritual dan kultural

1) Nilai dan keyakinan

Klien mengatakan beragama islam dan memiliki keyakinan bahwa penyakitnya akan sembuh karena Allah SWT.

2) Kegiatan ibadah

Klien mengatakan kegiatan ibadah yang dilakukan seperti : sholat wajib berjamaah , sholat berjamaah, mendengarkan ceramah, dan mengaji.

Masalah keperawatan : Tidak ada Masalah

2. Status mental

a. Penampilan

Klien tampak tidak bersih, kuku panjang, terdapat banyak kutuklien berpakaian sesuai dengan aturan dari klinik

1) Pembicaraan

Pada saat berinteraksi pembicaraan klien tampak gagap

Masalah : Harga diri rendah

2) Aktivitas motorik

Klien tampak sedikit lesu

3) Alam perasaan

Pada saat pengkajian klien mengatakan merasa khawatir kepada anaknya dan ingin segera pulang.

4) Afek

Afek klien labil atau emosi yang cepat berubah rubah pada saat berinteraksi

5) Interaksi selama wawancara

Pada saat berinteraksi klien kooperatif walaupun kontak mata klien kurang.

6) Persepsi halusinasi

klien mengatakan mendengar suara yang mengajaknya bercakap cakap dan menyuruh dia mencekik lehernya, suara itu muncul 1-3 kali perhari dan muncul ketika klien sedang brdiam diri di kamar

Masalah keperawatan : Halusinasi Pendengaran

7) Proses pikir

Saat pengkajian didapatkan proses pikir klien Sirkumtansial yaitu berbicara berbelit belit tetapi sampai pada tujuan pembicaraan.

8) Ide pikir

Saat pengkajian klien memiliki keyakinan terhadap kejadian yang terjadi di lingkungannya bermakna dan terkait pada dirinya atau disebut dengan ide yang terkait.

9) Memori

Klien mengatakan masih mengingat kejadian 1 bulan yang lalu dan dalam minggu terakhir. Tetapi klien tidak bisa menyebutkan kejadian yang baru saja terjadi , contohnya klien mudah lupa tentang apa yang 1 jam lalu dibicarakan. Masalah : Gangguan daya ingat saat ini.

b. Tingkat konsentrasi dan berhitung

Klien mampu berhitung dari 1-10, tetapi klien tidak mampu berkonsentrasi terbukti dengan klien selalu meminta untuk mengulang kembali pertanyaan dan klien tidak mampu menjelaskan kembali pembicaraan.

c. Kemampuan penilaian

Gangguan kemampuan penilaian ringan : klien dapat mengambil keputusan sederhana dengan bantuan.

d. Daya tilik diri

Klien tidak mengingkari penyakit dan menyalahkan hal hal diluar dirinya.

e. Kebutuhan persiapan pulang**1) Makan**

Klien makan 3 kali sehari, 1 porsi habis. Tidak ada pantangan dalam makanan, klien makan mandiri tanpa bantuan.

2) BAB/BAK

Klien mampu pergi, menggunakan dan membersihkan wc secara mandiri.

3) Mandi

Klien mandi 1 kali sehari yaitu pagi hari secara mandiri, klien mampu menyebutkan alat alat mandi.

4) Berpakaian

Klien mengatakan berganti pakaian 1 kali 3 hari, klien mengenakan baju secara mandiri.

a) Istirahat tidur

Klien mengatakan jarang tidur siang, tidur malam dari pukul 23.00 sampai 07.00. Kegiatan sebelum tidur melamun dan berdoa, kegiatan sesudah tidur mandi atau mencuci muka.

b) Penggunaan obat

Klien minum obat 3 kali sehari, pada pagi siang dan sore hari. Klien minum obat secara mandiri terkadang juga dibantu oleh perawat.

c) Pemeriksaan kesehatan

Klien membutuhkan perawatan lanjutan yaitu rawat jalan di klinik atau puskesmas jiwa dengan sistem pendukung oleh keluarga.

d) Aktivitas di Dalam Rumah

Klien dapat membantu orang tuanya dalam menjaga kebersihan rumah dan mencuci pakaian miliknya.

e) Aktivitas d Luar Rumah

Klien pergi keluar rumah untuk belanja keperluan dengan menggunakan alat transportasi motor.

f. Mekanisme Koping

1) Koping adaptif

Pada saat pengkajian klien mengatakan ketika suara itu muncul klien akan mengajak temannya untuk berbicara dan melakukan aktivitas.

2) Koping maladaptif

Klien merupakan peminum alkohol dan perokok aktif.

3) Masalah psikososial dan lingkungan

a) Masalah dengan dukungan kelompok

Klien mengatakan tidak ada masalah dalam berinteraksi dengan kelompok masyarakat.

b) Masalah berhubungan dengan lingkungan

Klien mengatakan tidak ada masalah dalam lingkungan masyarakat.

c) Masalah dengan pendidikan

Klien mengatakan sekolah sampai SMA, tidak ada masalah dalam pendidikan.

d) Masalah dengan pekerjaan

Klien mengatakan tidak bekerja, pernah mencoba membuka usaha namun gagal.

e) Masalah dengan perumahan

Klien mengatakan sudah bercerai dengan istrinya dan berpisah dengan anaknya.

f) Masalah dengan ekonomi

Keluarga klien berkecukupan walaupun klien tidak bekerjapun.

g) Masalah dengan pelayanan kesehatan, Tidak ada masalah dalam pelayanan kesehatan.

Masalah keperawatan : Harga diri rendah

h) Pengetahuan kurang tentang

Klien mengatakn kurang mengetahui tentang fungsi dan efek samping dari obat obatan yang dimakan olehnya .

Masalah keperawatan : Defisit Pengetahuan

i) Aspek medik

Diagnosa medis : Bipollar

3. Terapi

a. Terapi obat

TABEL 3.1

NO	Nama Obat	Dosis	Waktu pemberian	Cara pemberian
1	Stelosi	5gr	08.00, 13.00, 17.00	Oral
2	Heximer	2ml	08.00, 13.00, 17.00	Oral
3	Risperidon	2.5mg	08.00, , 17.00	Oral
4	Clozapine	25mg	17.00	Oral

4. Analisa data

Tabel 3.2
Analisa data

NO	DATA	MASALAH
1	Data subjektif : 1. Klien mengatakan sering mendengar suara suara yang mengajaknya untuk bercakap cakap dengan pria tampan 2. Suara itu muncul pada malam hari dan pagi hari 3. Suara itu muncul apabila klien sedang sendiri 4. Suara itu muncul 1-3 kali setiap hari 5. Klien mengatakan ketika suara itu muncul yang dilakukan adalah berdoa dan menutup telinga Data Objektif : 1. Klien tampak menutup telinga 2. Klien tampak melamun 3. Konsentrasi klien buruk 4. Klien tampak mondar mandir 5. Sese kali klien tampak menyendiri 6. Sering berbicara sendiri	Gangguan persepsi sensori : Halusinasi Pendengaran
2	Data Subjektif : 1. Klien mengatakan merasa malu berada di klinik rehabilitas mental oleh keluarganya 2. Klien mengatakan malu karna mengalami kegagalan berumah tangga 3. Klien mengatakan dirinya tidak berharga 4. Klien mengatakan tidak percaya diri karena wajahnya	Gangguan konsep diri : Harga Diri Rendah

	tidak cantik nya Data Objektif : 1. Klien berbicara gagap 2. Kontak mata kurang 3. Tidak berani menatap lawan bicara 4. Klien lebih banyak menunduk	
--	--	--

a. Diagnosa keperawatan

- 1) Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan halusinasi pendengaran ditandai dengan :

Data subjektif :

- a) Klien mengatakan sering mendengar suara suara yang mengajaknya untuk bercakap cakap dengan seseorang pria tampan
- b) Suara itu muncul pada malam hari dan pagi hari
- c) Suara itu muncul apabila klien sedang sendiri
- d) Suara itu muncul 1-3 kali setiap hari
- e) Klien mengatakan ketika suara itu muncul yang dilakukan adalah berdoa dan menutup telinga

Data Objektif :

- a) Klien tampak menutup telinga
- b) Klien tampak melamun
- c) Konsentrasi klien buruk

- d) Klien tampak mondar mandir
 - e) Sese kali klien tampak menyendiri
- 2) Gangguan konsep diri berhubungan dengan kegagalan hidup berulang ditandai dengan :

Data Subjektif :

- a) Klien mengatakan malu karena berada di klinik rehabilitas mental
- b) Klien mengatakan dirinya gagal dalam membangun rumah tangga
- c) Klien mengatakan dirinya tidak bisa apa apa
- d) Klien mengatakan tidak percaya diri karena wajahnya tidak secantik wanita yang menjadi selingkuhan mantan suaminya

Data Objektif :

- a) Klien berbicara gagap
- b) Kontak mata kurang
- c) Tidak berani menatap lawan bicara
- d) Klien lebih banyak menunduk

5. Implementasi

3.3 Implementasi

No.	Diagnosa	Tujuan	Kriteria hasil	Intervensi	Rasional
1	Halusinasi	1. Klien mampu mengenali kemampuan halusinasi yang di alaminya. 2. Klien mampu menontrol halusinasinya. 3. Klien mampu mengobati program.pengobatan secara optimal.	Setelah dilakukan intervensi 1x pertemuan diharapkan klien dapat : 1. Mengenali halusinasi. 2. Menjelaskan cara mengontrol halusinasi.	SP I : Bantu klien mengenal halusinasinya dan menjelaskan cara mengontrol halusinasinya dengan menghardik halusinasi.	1. Klien mampi mengenal halusinasi. 2. Klien mengetahui cara mengontrol halusinasi.
		Klien mampu mengontrol halusinasinya dengan cara bercakap cakap dengan orang lain.	Setelah dilakukan intervensi 2x pertemuan diharapa Kan klien dapat : 1. Klien dapat mengontrol halusinasinya dengan bercakap cakap.	SP II : Latih klien mengontrol halusinasi dengan car bercakap cakap dengan orang lain.	Bercakap cakap dengan orang lain.

		klien mampu menontrol halusinasinya dengan melaksanakan aktivitas terjadwal.	Setelah dilakukan intervensi 3x oertemuan klien dapat mengontrol halusinasinya dengan melakukan aktivitas terjadwal.	SP III ; Latih klien mengontrol halusinasi dengan melakukan ativitas terjadwal.	Klien mengetahui cara mengontrol halusinasi dengan melaksanakan aktivitas terjadwal.
		Klien mampu meminum obat secara rutin dan teratur.	Setelah dilakukan intervensi 3x pertemuan klien diharapkan dapat : mengkonsumsi obat secara teratur.	SP IV : Latih klien mengkonsumsi obat secara teratur.	Klie mengetahui cara mengkonsumsi obat secara teratur.
2	Harga diri rendah	Klien mampu ; 1. Klien mampu memodifikasi keampuan dan aspek yang dimiliki 2. Klien mampu menilai kemampuan yang dimiliki 3. Klien mampu menetapkan kegiatan yang sesuai	Setelah dilakukan intervensi 1x pertemuan diharapanklien dapat : 1. Klien dapat mengidentifikas i kemampuan dan aspek positif 2. Klien dapat menilai kemampuan 3. Klien dapat memilih	SP I : Menyesuaikan kemampuan dan aspek positifyang dimiliki klien, bantu klien memilih kemampuan yang akan dilatih, latih kemampuan yang dipilih	Untuk mengetahui aspek positif yang dimiliki dari klien

		kemampuan 4. Klien mampu melatih kegiatan yang dipilih 5. Klien mampu menyusun jadwal untuk melaksanakan kegiatan yang di pilih	memilih kemampuan 4. Klien dapat melatih kegiatan 5. Klien dapat menyusun jadwal untuk melakukan kegiatan	dan susun jadwal untuk melatih kemampuan yang lain	
		Klien mampu : 1. Mengenali kemampuan yang dapat digunakan	Setelah dilakukan intervensi 2x pertemuan diharapkan klien dapat : 1. Menilai kemampuan yang ada pada dirinya yang dapat digunakan	SP II: Latih klien melakukan kegiatan yang sesuai dengan kemampuan klien yang dapat digunakan	Untuk mengetahui kemampuan klien
		Klien mampu memilih kemampuan yang di pilih	Setelah dilakukan intervensi 2x pertemuan diharapkan klien dapat memilih atau menetapkan kegiatan yang di pilih	SP II: Melatih kemampuan menetapkan kemampuan yang dilatih yang ada pada klien untuk menambah	Untuk mengetahui kemampuan klien

				harga klien	diri	
--	--	--	--	----------------	------	--

6. Evaluasi

Tabel 3.4

N O	Diagnosa Keperawatan	Tangg al	Implementasi Keperawatan	Evaluasi
1.	Gangguan persepsi sensori: Halusinasi pendengaran	07/04 /23	SP 1 1. Membina hubungan saling percaya. 2. Membantu pasien mengenal halusinasi, menjelaskan cara-cara mengontrol halusinasi, mengajarkan pasien mengontrol halusinasi dengan cara pertama: menghardik halusinasi. 3. Menjelaskan cara-cara mengontrol halusinasi. 4. Mengajarkan klien mengontrol halusinasi drngan cara menghardik halusinasi.	S: 1. Pasien mau memperkenalkan dirinya. 2. Pasien mau menceritakan isi, jenis, waktu, frekuensi halusinasi 3. Klien mengatakan perasaannya sudah mulai tenang. O: 1. Klien dapat memperagakan cara menghardik halusinasi. 2. Klien mampu menjawab pertanyaan dari perawat. 3. Klien mengetahui cara mengontrol halusinasi. A: SP 1 teratasi Sebagian (Halusinasi pendengaran masih ada) P: Lanjutkan SP 2 Latih pasien mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain 2x/hari sama 4-5 orang setiap harinya.
		08/04 /23	SP 2 1. Melatih pasien mengontrol	S: 1. Klien merasa senang dan tenang, namun masih mendengar suara-suara saat sedang sendiri

			halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain. 2. Mengevaluasi cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik. 3. halusinasi dengan cara melakukan aktivitas terjadwal. 4. Mengajukan masukan ke jadwal Latihan harian.	2. Klien mengatakan mengerti cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik O: 1. Klien dapat memperagakan cara mengontrol dengan menghardik. 2. Klien dapat memperagakan cara bercakap-cakap. 3. Klien tidak banyak melamun A: SP 2 teratasi. P: Lanjutkan SP 3. Melatih klien dengan melakukan aktivitas terjadwa
		09/04 /23	SP 3 1. Mengevaluasi kegiatan harian menghardik dan bercakap-cakap lalu beri pujian. 2. Melatih pasien mengontrol halusinasi dengan cara melaksanakan aktivitas terjadwal. 3. Diskusikan dengan klien beberapa aktifitas	S: 1. Klien mengatakan suara-suara mulai sedikit berkurang dengan cara bercakap-cakap. 2. Klien mengatakan lebih tenang dan senang. O: Klien mampu mempraktikkan cara mengontrol halusinasi dengan kegiatan rutin. A: SP 3 teratasi. P: Lanjutkan SP 4. Melatih pasien menggunakan obat secara teratur sesuai

			yang dapat dilakukan dan dipilih sebagai kegiatan. 4. Menjelaskan obat dan melatih cara minum obat yang teratur. 5. Menganjurkan memasukkan ke jadwal kegiatan harian.	jadwal 3x/hari.
		11/04/2023 10.00 wib	SP 4 1. Melatih pasien menggunakan obat secara teratur. 2. Mengonsumsi obat secara teratur sesuai jadwal dan dosis yang diberikan. 3. Diskusikan dengan klien tentang jenis, dosis, frekuensi manfaat. 4. Pastikan klien minum obat sesuai anjuran dokter	S: 1. Klien mengatakan Ketika minum obat dirinya sudah mulai tenang. 2. Klien senang O: Klien mampu menyebutkan 5 benar obat. A: SP 4 teratasi. P: Hentikan intervensi Mengevaluasi Kembali SP 1-4 dan manfaat, kemampuan dengan cara mengontrol halusinasi yang sudah diajarkan.
2.	Gangguan Konsep Diri:	07/04	SP 1 1. Bina hubungan	S:

	Harga Diri Rendah	/23	saling percaya (ucapkan salam, berkenalan, mengungkapkan perasaan dan keluhan saat ini, kontrak waktu). 2. Mendiskusikan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien, membantu pasien menilai kemampuan yang masih dapat digunakan, membantu pasien memilih/menetapkan kemampuan yang akan dilatih, melatih kemampuan yang sudah dipilih dan menyusun jadwal pelaksanaan kemampuan yang telah dilatih dalam rencana harian. 3. Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang	1. Klien memperkenalkan dirinya. 2. Klien mengatakan saya sering melakukan kegiatan sendiri seperti merapihkan tempat tidur. 3. Klien mengatakan memilih merapihkan tempat tidur dan menyapu. 4. Klien mengatakan memilih merapihkan tempat tidur terlebih dahulu. O: 1. Kontak mata klien tampak kurang 2. Klien mampu melatih kemampuan pertama yang dipilih. A: Masalah teratasi SP 1 1. Klien mampu mengidentifikasi kemampuan positif yang dimiliki. 2. Klien mampu memilih kemampuan yang akan dilatih. 3. Klien mampu melatih kemampuan pertama yang telah dipilih (merapihkan tempat tidur). P: Hentikan Intervensi 1. Motivasi klien untuk melatih kemampuan yang telah dipilih. 2. Lanjut SP 2 (Latih kemampuan kedua yang telah dipilih).
--	-------------------	-----	--	---

		07/04 /23	masih dimiliki pasien 4. Membantu pasien menilai kemampuan yang dapat digunakan. 5. Mendiskusikan bahwa sejumlah kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien seperti kegiatan pasien di rumah sakit, di rumah, dalam keluarga dan lingkungan adanya keluarga dan lingkungan terdekat pasien. 6. Beri pujian yang realistis/nyata dan hindarkan setiap kali bertemu dengan pasien penilaian yang negatif. 7. Membantu pasien menilai kemampuan yang dapat digunakan. 8. Mendiskusikan	3. Masukkan dalam jadwal kegiatan klien. S: 1. Klien mengatakan sudah tidak malu lagi 2. Klien mengatakan "Saya masih memiliki kemampuan positif yang dapat dilakukan dan tidak boleh berfikir negatif terhadap diri sendiri. O: 1. Klien tampak tidak menunjukkan kepala dan kontak mata ada. 2. Klien mau menceritakan masalahnya. 3. Klien mampu menyapu A: Masalah teratasi SP 2 teratasi 1. Klien mampu mengidentifikasi aspek positif yang dimiliki. 2. Klien mampu melatih kemampuan kedua yang telah dipilih. P: Hentikan intervensi 1. Motivasi klien untuk melatih kemampuan yang telah dipilih.
--	--	--------------	---	--

			dengan pasien kemampuan yang masih dapat digunakan saat ini. 9. Bantu pasien menyebutkannya dan memberi penguatan terhadap kemampuan diri yang diungkapkan pasien. 10. Perlihatkan respon yang kondusif dan menjadi pendengar yang aktif. SP 2 1. Mengevaluasi kegiatan yang lalu(SP 1). 2. Memilih kemampuan kedua yang dapat dilakukan. 3. Melatih pasien melakukan kegiatan lain yang sesuai dengan kemampuan pasien.	2. Masukkan dalam jadwal kegiatan klien.
--	--	--	--	---

			4. Membantu pasien memilih/menetapkan kemampuan yang akan dilatih. 5. Mendiskusikan dengan pasien beberapa kegiatan yang dapat dilakukan dan dipilih sebagai kegiatan yang akan pasien lakukan sehari-hari. 6. Bantu pasien menetapkan kegiatan mana yang dapat pasien lakukan secara mandiri, mana kegiatan yang memerlukan bantuan minimal dari keluarga dan kegiatan apa saja yang perlu bantuan penuh dari keluarga atau lingkungan terdekat pasien. Berikan contoh cara pelaksanaan kegiatan yang dapat dilakukan	
--	--	--	---	--

			pasien. Susun bersama pasien dan buat daftar kegiatan sehari-hari pasien. 7. Melatih kemampuan yang dipilih pasien. 8. Mendiskusikan dengan pasien untuk melatih kemampuan yang dipilih. 9. Bersama pasien memperagakan kegiatan yang ditetapkan. 10. Berikan dukungan dan pujian pada setiap kegiatan yang dapat dilakukan pasien. 11. Membantu menyusun jadwal pelaksanaan kemampuan yang dilatih. 12. Memberi kesempatan pada pasien untuk mencoba kegiatan yang telah dilatihkan. Beri pujian at	
--	--	--	---	--

			13. as kegiatan/kegiatan yang dapat dilakukan pasien setiap hari. 14. Tingkatkan kegiatan sesuai dengan tingkat toleransi dan perubahan setiap kegiatan. 15. Susun jadwal untuk melaksanakan kegiatan yang telah dilatih.	
--	--	--	--	--

7. Catatan perkembangan

Tabel 3.5

Catatan perkembangan

NO	Tanggal	Diagnosa keperawatan	Catatan perkembangan
1.	07/04/23	Gangguan persepsi sensori : Halusinasi pendengaran	S : Klien mengatakan perasaannya sudah mulai tenang O : 1. Klien sudah bisa menjawab Ketika diberi pertanyaan oleh perawat. 2. Klien tampak sudah mampu menghardik halusinasinya. A : Gangguan persepsi sensori : Halusinasi pendengaran P : 1. Latih cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik. 2. Jelaskan cara-cara mengontrol halusinasi. I : 1. Melatih cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik. 2. Menjelaskan cara-cara mengontrol halusinasi.

	08/04/23		E : SP 1 teratasi R : Lanjutkan SP 2 dan SP 3 S : 1. Klien mengatakan sudah bisa mengontrol dengan cara bercakap-cakap. 2. Klien mengatakan senang diajak ngobrol. 3. Melatih klien cara mengontrol dengan melakukan kegiatan secara rutin setiap harinya. O : 1. Klien sudah mampu mempraktekkan dengan cara bercakap-cakap Bersama orang lain. 2. Klien sudah mampu melakukan aktivitas terjadwal setiap harinya. A: Gangguan persepsi sensori : Halusinasi Pendengaran (SP 1 dan SP 2). P: 1. Latih dengan cara mengontrol dengan bercakap-cakap Bersama orang lain. 2. Latih dengan melakukan aktivitas harian. I:
--	----------	--	--

	11/04/23	1. Melatih dengan melakukan bercakap-cakap.. 2. Melatih melakukan aktivitas harian selanjutnya. E: Sp 2 dan SP 3 teratasi. R: Lanjutkan SP 4. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1, 2, 3). S : 1. Klien mengatakan sudah mampu minum obat secara mandiri dan teratur. 2. Klien mengadatak sudah tenang. O: 1. Klien sudah tau 5 benar obat. 2. Klien sudah tau minum obah sehari 3x1. A: Gangguan persepsi sensori: Halusinasi Pendengaran P: 1. Latih cara menghardik. 2. Latih cara minum obat. I: 1. Melatih cara menghardik.
--	----------	--

			2. Melatih cara minum obat. E: SP 4 teratasi. R: Pertahankan sp 1-4. Evaluasi kemampuan dengan cara mengontrol
2.	07/04/23	Gangguan konsep diri : Harga diri rendah	S ; 1. Klien mengatakan sering melakukan kegiatan pada saat dirumah. 2. Klien mengatakan memilih merapihkan tempat tidur terlebih dahulu. O: Klien mampu melatih kemampuan yang dipilih. A: Gangguan konsep diri; : Harga diri rendah. P: 1. Identifikasi kemampuan positif. 2. Bantu klien memilih yang akan dipilih. 3. Latih klien melakukan kegiatan sesuai kemampuan klien. 4. Masukkan dalam jadwal kegiatan pasien. I: 1. Mengidentifikasi kemampuan positif. 2. Membantu klien memilih kemampuan yang akan dipilih. 3. Melatih klien melakukan kegiatan sesuai kemampuan klien.

	08/04/23	E: SP 1 teratasi. R: Lanjut SP 2. Evaluasi kegiatan SP 1. Masukan dalam jadwal kegiatan harian
	09/04/23	S: Klien mengatakan sudah bisa melakukan kegiatan harian. O: Klien bisa merapihkan tempat tidur. A: Gangguan konsep diri: Harga diri rendah P: Evaluasi SP 1 dan SP 2 Pertahankan pengetahuan dan Latihan kegiatan. I: Mempertahankan intervensi yang telah dilakukan. E: SP 2 teratasi. R: Pertahankan intervensi. S: Klien mengatakan bisa Menyusun jadwal kegiatan. O: Klien bisa merapihkan tempat tidur sendiri. A: Gangguan konsep diri: Harga diri rendah.

			P: Pertahankan intervensi. I: Mempertahankan intervensi. E: SP 1 dan SP 2 teratasi. R: Pertahankan intervensi.
--	--	--	--

B. Pembahasan

Setelah melakukan asuhan keperawatan jiwa pada Ny. H dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran akibat Skizofrenia Paranoid di yayasan nur illahie assanie mulai tanggal 2 April sampai 14 April 2023, penulis melaksanakan tahap-tahap proses keperawatan dan membandingkan dengan kasus di lapangan.

Penulis melakukan proses keperawatan melalui tahap pengkajian, penegakan diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. Berikut uraian hasil dari asuhan keperawatan jiwa yang dilakukan oleh penulis kepada Ny. H mulai dari pengkajian sampai dengan evaluasi.

1. Pengkajian

Pada tahap pengkajian dilaksanakan untuk memperoleh data klien baik data yang bersifat subjektif maupun data yang bersifat objektif. Data subjektif didapatkan dari wawancara langsung pada klien dan tim kesehatan lain, sedangkan data objektif diperoleh dari observasi langsung dan pengkajian terhadap klien.

Dalam pengkajian untuk mengumpulkan data, penulis menggunakan teknik komunikasi terapeutik yaitu pendekatan pada klien (bina hubungan saling percaya). Pendekatan tersebut berupa wawancara dan observasi. Pada tahap ini, tidak semua masalah keperawatan pada tinjauan teoritis ditemukan pada kasus

Ny. H karena dalam menentukan diagnosa penulis melihat dari data yang didapat dari hasil pengkajian.

Pada awal pengkajian, penulis mengalami hambatan dipengaruhi oleh faktor kondisi klien yang mengalami gangguan jiwa hal ini dengan Halusinasi dan harga diri rendah. Untuk mengatasi masalah ini penulis berusaha menciptakan hubungan saling percaya melalui teknik komunikasi terapeutik yang dimulai dari fase pra interaksi, orientasi, kerja dan terminasi.

Menurut Gail W. Stuart (2013), beberapa faktor pendukung terjadinya perubahan sensori persepsi: halusinasi pendengaran dan penglihatan akibat skizofrenia yaitu:

a. Faktor Predisposisi

1) Biologis

2) Psikologis

Keluarga klien mengatakan bahwa klien korban perundungan

3) Sosial budaya dan lingkungan

Klien tidak bekerja setelah terjadi perundungan

b. Faktor Presipitasi

Kehilangan pekerjaan karena berhenti bekerja

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien dengan diagnosa skizofrenia menurut Sutejo (2019) antara lain.

- a. Gangguan konsep diri : Harga diri rendah
- b. Gangguan persepsi sensori: Halusinasi pendengaran

Pada tahap ini, tidak semua diagnosa keperawatan pada tinjauan teoritis ditemukan pada kasus Ny. H. Dikarenakan dalam menentukan diagnosa penulis melihat dari data yang didapat dari hasil pengkajian. Faktanya hanya terdapat 2 diagnosa keperawatan yang muncul pada klien, di antaranya yaitu:

- 1) Gangguan konsep diri : Harga diri rendah
- 2) Gangguan persepsi sensori: Halusinasi

penulis mengangkat 2 masalah tersebut untuk dilakukan pelaksanaan keperawatan. Terdapat kesenjangan pada pasien Ny.H

3. Perencanaan

Penulis mampu menyusun rencana tindakan keperawatan dengan memperhatikan literatur keperawatan yang ada. Rencana keperawatan ini juga dibuat berdasarkan prioritas masalah dan disesuaikan dengan permasalahan yang pasien alami. Karena keterbatasan waktu, dari beberapa masalah yang ditemukan pada pasien, penulis hanya dapat membuat perencanaan untuk masalah harga diri saja. Penyusunan rencana dibuat selengkap mungkin sesuai dengan standar kriteria asuhan keperawatan meliputi tujuan, kriteria evaluasi, serta intervensi tindakan dan rasionalisasi tindakan.

4. Implementasi

Tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan pada situasi nyata implementasi sering kali jauh lebih berbeda dengan rencana tertulis dalam melaksanakan tindakan keperawatan, yang biasa dilakukan perawat setelah menggunakan rencana tidak tertulis yaitu apa yang di pikirkan, dirasakan itu yang dilaksanakan. Sebelum melaksanakan tindakan yang sudah direncanakan perawat perlu memvalidasi dengan singkat apakah rencana tindakan masih dibutuhkan dan sesuai dengan keadaan pasien saat ini. Sesuai dengan teori, pada saat akan melaksanakan tindakan perawatan membuat kontrak/ janji terlebih dahulu dengan pasien yang isinya menjelaskan apa yang akan dikerjakan dan peran serta yang diharapkan pasien. Kemudian dokumentasi semua tindakan yang telah dilaksanakan beserta respon pasien, namun direncanakan Tindakan menggunakan tujuan umum dan tujuan khusus, di implementasi menggunakan strategi pelaksanaan sesuai dengan kriteria keperawatan. Pada tanggal 07 April 2023 dilakukan SP 1 yang isinya mencakup: untuk masalah Halusinasi perawat membina hubungan saling percaya dengan pasien, mengidentifikasi jenis, isi, waktu, frekuensi, respon, dan mengajarkan pasien cara menghardik halusinasi dalam jadwal kegiatan harian. Kemudian untuk masalah Harga Diri Rendah perawat mengidentifikasi, menilai, dan membantu pasien dalam memilih kemampuan positif yang akan dilatih yang dimiliki klien. Pada tanggal 08 April 2023 dilakukan SP 2 yang isinya mencakup untuk masalah Halusinasi mengevaluasi cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik,

pasien mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain, dan menganjurkan pasien memasukkan cara menghardik halusinasi dan di dalam pelaksanaan pasien mampu mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap.. untuk masalah Harga Diri Rendah perawat melakukan evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1), memilih kemampuan kedua yang dapat dilakukan, melatih kemampuan yang dipilih, memasukan ke dalam jadwal kegiatan,

Pada tanggal 09 April dilakukan SP 3 yang isinya mencakup untuk Halusinasi mengevaluasi latihan bercakap-cakap dengan temannya, melatih pasien mengendalikan halusinasi dengan melakukan kegiatan(kegiatan yang biasa dilakukan pasien setiap hari), menjelaskan obat dan melatih cara minum obat dan melatih cara minum obat yang teratur, menganjurkan memasukan ke jadwal kegiatan harian. mengidentifikasi, menilai, dan membantu pasien dalam memilih kemampuan positif yang akan dilatih yang dimiliki klien

Pada tanggal 08 April 2023 dilakukan SP 2 yang isinya mencakup untuk masalah Halusinasi mengevaluasi cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, pasien mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain, dan menganjurkan pasien memasukkan cara menghardik halusinasi dan di dalam pelaksanaan pasien mampu mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap memilih kemampuan kedua yang dapat dilakukan, melatih kemampuan yang dipilih, memasukan ke dalam jadwal kegiatan,

Pada tanggal 09 April dilakukan SP 3 yang isinya mencakup untuk Halusinasi mengevaluasi latihan bercakap-cakap dengan temannya, melatih pasien mengendalikan halusinasi dengan melakukan kegiatan(kegiatan yang biasa dilakukan pasien setiap hari), menjelaskan obat dan melatih cara minum obat dan melatih cara minum obat yang teratur, menganjurkan memasukan ke jadwal kegiatan harian.

Pada tanggal 11 April dilakukan SP 4 yang isinya mencakup untuk halusinasi mengevaluasi cara meminum obat dan dan melatih cara minum obat yang teratur, menganjurkan memasukan ke jadwal kegiatan harian.

5. Evaluasi

Tahap ini merupakan tahap akhir dari proses keperawatan yang berguna untuk menilai perkembangan klien setelah diberikan asuhan keperawatan. Pada tahap ini penulis tidak mendapatkan hambatan yang berarti karena kriteria evaluasi dapat dinilai jelas melalui observasi ataupun ungkapan secara verbal dari klien.

Penulis menerapkan asuhan keperawatan sesuai dengan standar asuhan keperawatan yang harus diberikan, namun tidak semua proses perencanaan dapat terlaksana dalam tahap implementasi untuk mengatasi masalah tersebut diperlukan asuhan keperawatan yang lebih optimal dengan didukung oleh informasi, sarana, lingkungan klinis dan kerjasama dari berbagai pihak yang memahami kondisi kejiwaan klien secara tepat dan optimal.

6. Dokumentasi

Tahap dokumentasi keperawatan bisa dibuat berdasarkan informasi tertulis atau secara elektrik. Dokumentasi ini menjelaskan tentang perawatan maupun layanan yang diberikan perawat kepada seorang pasien, dengan system perawatan kesehatan (Upik Rahmi, Mkep 2022).

Pada saat melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan penulis mendapatkan beberapa kesulitan, tetapi dengan adanya teori dan berbagai sumber serta bimbingan dari dosen pembimbing, penulis mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan jiwa ini dari tahap pengkajian, penegakan giagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. KESIMPULAN

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada Ny. H dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran dari tanggal 2 april sampai 14 april 2023, maka dapat diambil kesimpulan sebagai berikut ini.

1. Penulis mampu melakukan pengkajian secara komprehensif terhadap klien dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran setelah dilakukan analisa data berdasarkan hasil pengkajian, maka penulis menemukan dua masalah keperawatan pada klien yaitu : Halusinasi pendengaran dan gangguan harga diri rendah.
2. Penulis mampu merencanakan tindakan keperawatan sesuai dengan prioritas masalah keperawatan.
3. Penulis melakukan tindakan keperawatan yang mengacu kepada rencana yang telah disusun dan disesuaikan dengan kondisi klien, Pelaksanaan tindakan keperawatan diberikan langsung kepada klien.
4. Penulis mampu melakukan evaluasi terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan dan menilai bahwa klien sudah mau berinteraksi dengan orang lain serta mau melakukan kegiatan untuk menghindari dan mengontrol halusinasinya.

5. Klien mampu mendokumentasikan hasil asuhan keperawatan yang dilakukan secara sistematis dan teoritis.

B. REKOMENDASI

Berdasarkan kesimpulan di atas dan mengingat ada rencana yang belum terselesaikan, maka penulis memberikan rekomendasi dengan sebagai berikut:

1. Rekan seprofesi

Mengingat tujuan umum belum maksimal dan ada beberapa rencana tindakan keperawatan yang belum dapat dilaksanakan oleh penulis, maka penulis menyarankan kepada rekan seprofesi yaitu dengan tujuan resiko mencederai diri sendiri, lingkungan dan orang lain berhubungan dengan halusinasi pendengaran.

2. Pihak keluarga

Perawatan pada penderita jiwa akan lebih berhasil dengan baik jika keluarga turut berperan aktif dengan memberikan support antara lain dengan mengobrol dengan klien, mendengarkan dan menerima keadaan klien.

3. Institusi pendidikan

Di usahkan perpustakaan selalu siap sedia sehingga mahasiswa tidak kesulitan mencari buku yang dibutuhkan untuk membantu mahasiswa dalam pembuatan karya tulis dan diharapkan buku yang ada terbitan terbaru

