

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA TN. N DENGAN GANGGUAN
PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI PENDENGARAN PADA
BIPOLAR DI KLINIK NUR ILLAHIE ASSANI
SAMARANG KABUPATEN GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Untuk Salah Satu Syarat Dalam Menyelesaikan Program
Pendidikan Diploma III Keperawan STikes Karsa Husada Garut

Disusun Oleh :

Elsa Nabila Mutiara
KHGA 20040



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

LEMBAR PERSETUJUAN

**JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA TN. N DENGAN
GANGGUAN PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI
PENDENGARAN PADA BIPOLAR DI KLINIK NUR
ILLAHIE ASSANI SAMARANG KABUPATEN GARUT**

NAMA : ELSA NABILA MUTIARA

NIM : KHGA20040

Garut, Juli 2023

Karya Tulis Ilmiah Ini Disetujui Untuk Disidangkan Dihadapan
Tim Penguji Program Studi DIII Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut

Pembimbing

Susan Susyanti M.Kep.

LEMBAR PENGESAHAN

**JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA TN. N DENGAN
GANGGUAN PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI
PENDENGARAN PADA BIPOLAR DI KLINIK NUR
ILLAHIE ASSANI SAMARANG KABUPATEN GARUT**

NAMA : ELSA NABILA MUTIARA

NIM : KHGA20040

Garut, Juli 2023

Karya Tulis Ilmiah Ini Telah Disidangkan dan Dipertanggungjawabkan di
Hadapan Penguji
Menyetujui,

Penguji I

Penguji II

Iwan Wahyudi, M.Kep.

Rudy Alfiansyah, S.Kep., Ners., M.Pd.

Mengetahui,
Ketua Program Studi DIII Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut

Mengesahkan,
Pembimbing

K. Dewi Budiarti, M.Kep.

Susan Susyanti, M.Kep.

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA TN. N DENGAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI PENDENGARAN PADA BIPOLAR DI KLINIK NUR ILLAHIE ASSANI SAMARANG KABUPATEN GARUT

IV BAB, 85 halaman, 6 tabel, 5 bagan

Karya tulis ilmiah yang berjudul asuhan keperawatan jiwa pada Tn. N dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran pada bipolar. Dilatar belakangi dengan banyaknya klien yang di rawat pada bulan april 2023 di Klinik Nur Illahie Assani Samarang dari 32 pasien tercatat 26 pasien dengan bipolar. Apabila halusinasi tidak segera ditangani, maka akan berakibat buruk baik bagi dirinya sendiri, orang lain dan lingkungan. Untuk mengobati dampak tersebut maka diperlukan tindakan yang tepat dengan menggunakan proses keperawatan, guna menggali serta memecahkan masalah pada kasus halusinasi pada bipolar. Tujuan pembuatan karya tulis ilmiah ini adalah penulis dapat mengetahui, memahami dan mengaplikasikan asuhan keperawatan jiwa yang komprehensif pada klien dengan gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran. Karya tulis ini menggunakan metode studi kasus, dilaksanakan di Klinik Nur Illahie Assani Wilayah Kerja Samarang Garut. Masalah yang ditemukan pada Tn. N yaitu halusinasi pendengaran dan resiko perilaku kekerasan. Penulis juga melaksanakan tindakan keperawatan dengan menggunakan pendekatan dengan terapeutik, memotivasi klien agar bisa mengendalikan halusinasinya. Keberhasilan asuhan keperawatan ini dapat dicapai dengan adanya pengaplikasian proses keperawatan dan ditunjang adanya kerja sama yang baik antara penulis, klien dan tim keperawatan serta sarana penunjang kesehatan yang lainnya.

Kata Kunci (Key Word) : *Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran*
Daftar Pustaka : 14

KATA PENGANTAR

Assalamualaikum WR.WB

Dengan mengucapkan puji dan syukur kehadiran Illahi Robbi yang Maha Sempurna, Allah SWT. Karena dengan rahmat, karunia dan hidayah-Nya penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah “Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. N Dengan Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran Pada Bipolar Di Klinik Nur Illahi Assani Samarang Kabupaten Garut ”.

Adapun dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini penulis menyadari sepenuhnya segala kesalahan dan kekurangan, baik dalam pencarian materi maupun bahasa yang digunakan, untuk itu penulis mohon kritik dan saran sebagai masukan yang tentunya bersifat membangun.

Bimbingan, bantuan serta dorongan dari berbagai pihak yang tidak akan penulis lupakan sehingga selesainya tugas ini. Oleh karena itu, penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Bapak Dr. H. Hadiat, M.A , selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak Drs. H. Suryadi. M.Si. Selaku Ketua 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 prodi DIII Keperawatan STikes Karsa Husada Garut.
5. Ibu Susan Susyanti, S.Kp., M.Kep. Selaku pembimbing yang sabar dan baik hati telah meluangkan waktu, pikiran, dan ilmunya untuk memberikan bimbingan kepada penulis dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Bapak Iwan Wahyudi, M.Kep. Selaku dosen penguji I yang telah memberikan masukan yang sangat berarti untuk penulis.
7. Bapak Rudy Alfiansyah, S.Kep., Ners.,M. Pd. Selaku dosen penguji II yang telah memberikan masukan yang sangat berarti untuk penulis.
8. Seluruh Staf Dosen DIII Keperawatan STikes Karsa Husada Garut, yang telah memberikan bantuan dorongan dan juga ilmunya selama penulis mengikuti pendidikan program DIII Keperawatan STikes Karsa Husada Garut.
9. Mamah dan Bapak yang telah membimbing dan membiayai saya dari kecil sampai saat ini, juga yang selalu memberikan support dan selalu mendoakan saya dalam keadaan apapun, semoga selalu dalam keadaan sehat dan allah membalas segala kebaikan orang tua saya, sehingga bisa menjadi pendorong ke syurganya allah aamiin allahuma aamiin.
10. Kakak-kakak saya dan adik saya terima kasih selalu ada dan siap ketika saya butuh bantuan, dengan meluangkan waktu dan menguras energinya semoga allah balas semua kebaikan saudara-saudara saya aamiin.

11. Kepada teman dekatku (Arini, Dineu, Ichaa, Dini, Alma, Adinda, Arsil, Nopa) yang sudah saya anggap seperti keluarga sendiri yang selalu memberikan banyak motivasi, dukungan dan kenangan yang tidak akan saya lupakan.
12. Terimakasih kepada perawat Klinik Nur Illahi Assani yang telah memberikan begitu banyak ilmu dan keterampilan yang bermanfaat.
13. Kepada Tn. N terima kasih atas ketersediaannya untuk bekerja sama dalam selama melakukan Asuhan Keperawatan.
14. Terima kasih kepada someone yang selalu memberi semangat, membantu dan memotivasi sehingga saya bisa menyelesaikan penyusunan karya tulis ilmiah ini.
15. Kepada sahabat dan rekan-rekan seperjuangan terutama yang selalu memberikan dukungan, memberikan ilmu yang bersangkutan dengan karya tulis ilmiah, memberikan banyak motivasi dan kenangan yang tidak akan terlupakan.
16. Untuk grup musik EXO : Kyungsoo, Baekhyun, Sehun, Chanyeol, Chen, Suho, Xiumin, Lay, terima kasih telah menjadi motivasi dan comeback di waktu yang tepat, sehingga saya dapat menikmati musik-musik terbarunya saat melakukan penyusunan KTI.

Garut, Juni 2023

Penulis

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN	
LEMBAR PENGESAHAN	
ABSTRAK	
KATA PENGANTAR	<u>i</u>
DAFTAR ISI	<u>iv</u>
BAB I PENDAHULUAN	<u>1</u>
A. Latar Belakang	<u>1</u>
B. Tujuan Penulisan	<u>4</u>
C. Metode Telaahan	<u>5</u>
D. Sistematika Penulisan	<u>6</u>
BAB II TINJAUAN TEORITIS	<u>8</u>
A. Konsep Dasar	<u>8</u>
1. Konsep Bipolar	<u>8</u>
2. Konsep Halusinasi	<u>12</u>
3. Konsep Perilaku Kekerasan	<u>20</u>
B. Konsep Asuhan Keperawatan Halusinasi Pendengaran	<u>23</u>
1. Pengkajian	<u>23</u>
2. Analisa Data	<u>29</u>
3. Diagnosa Keperawatan	Error! Bookmark not defined.
4. Perencanaan	<u>30</u>
5. Implementasi	<u>38</u>
BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN	<u>40</u>
A. Pengkajian	<u>40</u>
B. Analisa Data	<u>50</u>
C. Diagnosa Keperawatan	<u>50</u>
D. Rencana Keperawatan	<u>51</u>
E. Implementasi dan Evaluasi	<u>56</u>
F. Pembahasan	<u>66</u>
BAB IV KESIMPULAN DAN SARAN	<u>73</u>
A. KESIMPULAN	<u>73</u>
B. SARAN	<u>74</u>

DAFTAR PUSTAKA.....	75
----------------------------	-----------

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 : Analisa data

Tabel 2.2 : Perencanaan

Tabel 3.1 : Analisa data

Tabel 3.2 : Rencana keperawatan

Tabel 3.3 : Implementasi

Tabel 3.4 : Catatan perkembangan

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 : Pohon masalah halusinasi

Bagan 2.2 : Rentang respon neurologi

Bagan 2.3 : Rentang respon perilaku kekerasan

Bagan 2.4 : Pohon masalah perilaku kekerasan

Bagan 3.1 : Genogram

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Daftar Riwayat Hidup

Lampiran 2 : Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan Halusinasi

Lampiran 3 : Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan RPK

Lampiran 4 : Dokumentasi

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan mental akhir-akhir ini menjadi isu yang paling diperhatikan masyarakat dunia terutama Indonesia. Menurut *World Health Organization* (WHO) kesehatan jiwa adalah ketika seseorang tersebut merasa sehat dan bahagia, mampu menghadapi tantangan hidup serta dapat menerima orang lain sebagaimana seharusnya serta mempunyai sikap positif terhadap diri sendiri dan orang lain, adapun kondisi perkembangan yang tidak sesuai pada individu disebut gangguan jiwa (Scott dkk, 2018).

Prevalensi dunia yang mengidap gangguan kejiwaan yaitu sekitar 450 juta jiwa (Kemenkes, 2019). Gangguan jiwa merupakan penyimpangan perilaku akibat adanya permasalahan emosi sehingga terlihat tidak wajar yang berdampak negatif pada dirinya sendiri maupun orang lain. Stigma sosial yang terjadi terhadap penderita gangguan jiwa merupakan suatu karakteristik negatif yang melekat pada individu dan di pengaruhi oleh lingkungan.

Data Rakerdes 2018 menunjukkan prevalensi gangguan mental emosional yang ditunjukkan gejala depresi dan kecemasan untuk usia 15 tahun ke atas mencapai 6,3% dari jumlah penduduk Indonesia. Penyakit gangguan jiwa tidak menyebabkan kematian secara langsung, akan tetapi penyakit tersebut bisa menimbulkan penderitaan, baik mental maupun

materi bagi individu/seseorang yang mengidap gagguan jiwa dan keluarganya (Risksdas, 2018).

Menurut Dinas Kesehatan data tahun 2020 terdapat 67.828 orang dengan gangguan jiwa sedangkan pada tahun 2021 jumlah gangguan jiwa di jawa barat yaitu 69.569 orang maka dari itu terjadi peningkatan jumlah gangguan jiwa di jawa barat sekitar 1.741 orang .

Dinas kesehatan Kabupaten Garut melaporkan pada tahun 2022 terdapat 3721 orang dengan gangguan jiwa, dan hasil laporan pada bulan mei 2023 terdapat 3893 orang dengan gangguan jiwa, maka dari itu terjadinya peningkatan. Gangguan jiwa ini menjadi salah satu masalah utama bipolar.

Bipolar adalah gangguan mental serius yang menyebabkan suasana hati yang stabil dapat mendadak berubah dan menjadi lebih intens secara tak terduga. Para individu dengan tanda-tanda bipolar bisa dengan cepat berubah dari sangat bahagia menjadi sangat lelah. Semua individu yang memiliki bipolar memiliki episode manik, tetapi tidak semua dari mereka menjadi depresi. Berdasarkan hasil observasi dan wawancara di Klinik Nur Illahie Assani di dapatkan data pasien dengan gangguan bipolar 26 orang, skizofrenia 6 orang dan degradasi mental 2 orang, dilihat dari data tersebut gangguan bipolar menempati jumlah pasien terbanyak dibandingkan dengan gangguan kejiwaan yang lain.

Salah satu gangguan yang dialami pasien dengan bipolar ditunjukan merasa terlalu bahagia dan bersemangat, sangat sensitif, kurang tidur,

merasa sangat bersedih, malas, kehilangan ketertarikan dalam melakukan kegiatan sehari-hari seperti mengabaikan hygiene atau perawatan dirinya secara mandiri dan halusinasi. Halusinasi adalah salah satu gangguan jiwa dimana klien mengalami perubahan sensori persepsi, merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecap, perabaan atau penghiruan. Klien merasakan stimulus yang sebetulnya tidak ada (Yosep, 2018).

Apabila halusinasi tidak segera ditangani, maka akan berakibat buruk baik bagi dirinya sendiri, orang lain dan lingkungan. Peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien halusinasi yaitu sebagai pendidik, konselor, memberi pelayanan kepada klien dan mendemonstrasikan penerimaan (Weiss dalam Yosep, 2014). Maka dari itu perawat melakukan penerapan asuhan keperawatan berupa penerapan strategi pelaksanaan cara mengontrol halusinasi dengan tujuan untuk membantu pasien agar mampu mengendalikan halusinasinya.

Berdasarkan hal tersebut di atas penulis tertarik untuk membuat karya tulis ilmiah dengan masalah “ **Asuhan Keperawatan Jiwa Tn. N Dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran Pada Bipolar Di Klinik Nur Illahi Assani Samarang Kabupatenn Garut**”.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Mampu melaksanakan asuhan keperawatan jiwa secara komprehensif yang meliputi aspek bio, psikologi, sosial dan spiritual pada Tn. N dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran pada bipolar di klinik nur illahi assani samarang kabupaten garut.

2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian pada Tn. N dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran pada bipolar di klinik nur illahi assani samarang kabupaten garut.
- b. Merumuskan diagnosa keperawatan pada Tn. N dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran pada bipolar di klinik nur illahi assani samarang kabupaten garut.
- c. Menyusun rencana tindakan keperawatan pada Tn. N dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran pada bipolar di klinik nur illahie assani samarang kabupaten garut.
- d. Melakukan tindakan asuhan keperawatan yang sudah direncanakan pada Tn. N dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran pada bipolar di klinik nur illahie assani samarang kabupaten garut.
- e. Mengevaluasi hasil tindakan yang sudah dilakukan pada Tn. N dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran pada bipolar di klinik nur illahi assani samarang kabupaten garut.

- f. Mendokumentasikan asuhan keperawatan yang sudah dilakukan pada Tn. N dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran pada bipolar di klinik nur illahi assani samarang kabupaten garut.

C. Metode Telaahan

1. Metode Penulisan

Metode yang digunakan dalam penulisan karya tulis ilmiah ini menggunakan metode deskriptif dimana berbentuk studi kasus laporan dalam asuhan Keperawatan pada pasien bipolar dengan halusinasi pendengaran.

2. Teknik Pengumpulan Data

a. Wawancara

Penulis mengadakan diskusi dan tanya jawab dengan klien, keluarga klien, perawat ruangan, dan tenaga kesehatan lain yang terkait dengan kasus ini.

b. Observasi

Penulis mengadakan pengamatan secara langsung pada klien dalam memberikan asuhan keperawatan.

c. Pemeriksaan Fisik

Penulis melakukan pemeriksaan fisik secara keseluruhan pada klien yang mempunyai masalah kesehatan dan keperawatan yang berkaitan dengan keadaan fisik dengan menggunakan pendekatan persistem dengan teknik inspeksi, auskultasi, perkusi, palpasi.

d. Studi Dokumentasi

Melakukan studi dokumentasi untuk memvalidasi data yang diperoleh dengan melihat status klien.

e. Studi Kepustakaan

Penulis melakukan studi kepustakaan dengan cara mengumpulkan berbagai buku, artikel, dan makalah sebagai referensi yang berhubungan studi kasus ini.

D. Sistematika penulisan

Untuk memudahkan dan memberi gambaran yang jelas dalam penyusunan karya tulis ini, penulis akan menguraikan sistematika penulisan yaitu Bab I pendahuluan, merupakan bab pertama yang menguraikan tentang latar belakang, tujuan penulisan, metode telaahan dan sistematika penulisan. Bab II tinjauan teoritis berisi tentang teori-teori yang berhubungan dengan judul di atas yang dapat dijadikan acuan pada waktu pembahasan, terdiri dari konsep dasar, definisi, faktor predisposisi, faktor presipitasi, tanda dan gejala, rentang respon neurobiologis, konsep asuhan keperawatan, dampak kerusakan terhadap kebutuhan dasar manusia, proses keperawatan, diagnosa keperawatan, intervensi, rasionalisasi, implementasi dan evaluasi.

Bab III tinjauan kasus dan pembahasan, bab ini merupakan laporan kasus terhadap klien yang dirawat langsung oleh mahasiswa. Kasus yang diambil harus relevan dengan judul yang diambil. Materi bab ini berlaku untuk asuhan keperawatan kasus jiwa. Bab ini juga berisi pembahasan

dengan mengidentifikasi temuan kasus untuk dibahas dalam setiap tahap asuhan keperawatan. Pembahasan juga harus mencantumkan literatur terbaru hasil penelitian atau jurnal keperawatan yang menyangkut asuhan keperawatan untuk mendukung suatu data atau fakta yang ditulis. Lingkup pemecahan masalah dapat diupayakan dalam bentuk promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif. Bab IV kesimpulan dirumuskan untuk menjelaskan tujuan penulisan dan merupakan inti dari sub bab pembahasan. Dengan demikian kesimpulan yang dirumuskan harus berasal dari pembahasan dan tidak boleh tiba-tiba muncul tanpa ada pembahasan-pembahasan sebelumnya.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar

1. Konsep Bipolar

a. Definisi

Bipolar merupakan gangguan yang terdiri dari afek yang meningkat, dan juga aktivitas yang berlebih (mania atau hipomania), dan dalam jangka waktu yang berbeda terjadi penurunan afek disertai dengan penurunan aktivitas (depresi). (Putra, 2014)

Bipolar adalah gangguan perasaan dengan dua kutub yang bertolak belakang, dua kutub yang dimaksud adalah depresi dan manik (Panggabean, L.M., & Rona 2015).

Dapat disimpulkan bahwa bipolar adalah gangguan mental serius yang menyebabkan suasana hati yang stabil dapat mendadak berubah.

b. Etiologi

1) Genetika

Genetika bawaan adalah faktor umum penyebab gangguan bipolar. Seseorang yang lahir dari orang tua yang salah satunya merupakan pengidap gangguan bipolar memiliki resiko mengidap penyakit yang sama sebesar 15 % - 30%. Bila kedua orang tuanya mengidap gangguan bipolar, maka berpeluang mengidap gangguan bipolar sebesar 50% - 75%.

2) Fisiologis

Salah satu faktor utama penyebab seseorang mengidap gangguan bipolar adalah terganggunya keseimbangan cairan kimia utama di dalam otak. Sebagai organ yang berfungsi menghantarkan rangsang, otak membutuhkan neurotransmitter (saraf pembawa pesan atau isyarat dari otak ke bagian tubuh lainnya) dalam menjalankan tugasnya.

c. Jenis bipolar

Berikut penjelasan singkat dari setiap jenis gangguan bipolar (Holland & Nicholls, 2018):

1) Bipolar I

Adanya episode manik (setidaknya sekali) yang diikuti/diawali dengan episode hipomanik atau depresi mayor.

2) Bipolar II

Penderita gangguan bipolar type 2 jenis ini akan mengalami episode depresi mayor yang berlangsung selama dua minggu. Mereka juga akan mengalami setidaknya satu episode hipomanik yang berlangsung selama kurang-lebih empat hari.

3) Cyclothymia

Penderita *cyclothymia* akan memiliki episode hipomanik dan depresi. Gejala kedua episode ini lebih pendek dan

tidak memiliki tingkat keparahan dari episode mania dan depresi yang disebabkan oleh gangguan bipolar tingkat I dan II. Mayoritas orang yang memiliki kondisi ini hanya mengalami suasana hati yang stabil setiap satu atau dua bulan.

d. Penatalaksanaan

Berikut beberapa contoh medikasi, psikoterapi, dan perubahan gaya hidup yang bisa membantu meringankan bipolar disorder (Holland & Nicholls, 2018):

1) Obat-obatan

- a) *Mood stabilizers* seperti lithium (Lithobid) yang dapat membantu mengendalikan episode manik dan hipomanik.
- b) *Antipsychotics* seperti olanzapine (Zyprexa) yang digunakan apabila gejala depresi atau mania masih muncul saat pengobatan dengan obat lain sudah diberikan.
- c) *Antidepressant-antipsychotics* seperti fluoxetine-olanzapine (Symbyax) yang bekerja sebagai pengobatan depresi dan menstabilkan suasana hati.
- d) *Anti-anxiety medications* seperti benzodiazepines yang mampu membantu dengan kecemasan dan meningkatkan

kualitas tidur, meskipun hanya digunakan dalam jangka pendek.

2) Psikoterapi

- a) *Cognitive Behavioral Therapy*
- b) *Psychoeducation*
- c) *Interpersonal and Social Rhythm Therapy*

3) Perubahan gaya hidup

Beberapa cara mudah agar bisa mengenali dan mengelola bipolar:

- a) Menjaga rutinitas makan dan tidur
- b) Belajar mengenal mood swings
- c) Meminta teman atau saudara yang dekat untuk mendukung rencana pengobatan
- d) Berbicara dengan tenaga profesional (dokter ataupun psikolog)

Ada juga beberapa metode pengobatan lainnya yang digunakan untuk menangani situasi-situasi kasus bipolar tertentu, seperti *electroconvulsive therapy (ECT)*, obat tidur, suplemen dan akupuntur.

2. Konsep Halusinasi

a. Definisi

Halusinasi adalah salah satu gangguan jiwa dimana klien mengalami perubahan sensori persepsi, merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan atau penghirupan. Klien merasakan stimulus yang sebetulnya tidak ada (Yosep, 2018).

Halusinasi adalah persepsi yang tanpa di jumpai adanya rangsangan dari luar, walaupun dampak sebagai sesuatu yang khayal halusinasi sebenarnya merupakan bagian dari kehidupan mental penderita yang tersepsi (Herman, 2018).

Dapat disimpulkan dari kedua pengertian di atas bahwa halusinasi merupakan gangguan atau perubahan persepsi dimana pasien mempersepsikan yang sebenarnya tidak terjadi.

b. Etiologi

1) Faktor predisposisi klien halusinasi menurut (Oktiviani, 2020)

:

a) Faktor perkembangan

Tugas perkembangan klien terganggu misalnya rendahnya kontrol dan kehangatan keluarga menyebabkan klien tidak mampu mandiri sejak kecil, mudah frustrasi, hilang percaya diri.

b) Faktor sosiokultural

Seseorang yang merasa tidak diterima dilingkungan sejak bayi akan merasa disingkirkan, kesepian, dan tidak percaya pada lingkungan.

c) Biologis

Faktor biologis mempunyai pengaruh terhadap terjadinya gangguan jiwa. Adanya stress yang berlebihan dialami seseorang maka didalam tubuh akan dihasilkan suatu zat yang dapat bersifat halusinogen neurokimia. Akibat stress berkepanjangan menyebabkan teraktivitasnya neurotransmitter otak.

d) Psikologis

Tipe kepribadian lemah dan tidak bertanggung jawab mudah terjerumus pada penyalahgunaan zat adiktif. Hal ini berpengaruh pada ketidakmampuan klien dalam mengambil keputusan yang tepat demi masa depannya, klien lebih

memilih kesenangan sesaat dan lari dari alam nyata menuju alam khayal.

e) Sosial Budaya

Meliputi klien mengalami interaksi sosial dalam fase awal dan comforting, klien meganggap bahwa hidup bersosialisasi di alam nyata sangat membahayakan. Klien asik dengan halusinasinya, seolah-olah ia merupakan tempat untuk memenuhi kebutuhan akan interaksi sosial, kontrol diri dan harga diri yang tidak didapatkan dalam dunia nyata.

2) Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi merupakan stimulus yang dipersepsikan oleh individu sebagai tantangan, ancaman, atau tuntutan yang memerlukan energi ekstra untuk menghadapinya. Penyebab Halusinasi dapat dilihat dari lima dimensi (Oktiviani, 2020) yaitu :

- a) Dimensi fisik: Halusinasi dapat ditimbulkan oleh beberapa kondisi fisik seperti kelelahan yang luar biasa, penggunaan obat-obatan, demam hingga delirium, intoksikasi alkohol dan kesulitan untuk tidur dalam waktu yang lama.
- b) Dimensi Emosional: Perasaan cemas yang berlebihan atas dasar problem yang tidak dapat diatasi merupakan

penyebab halusinasi itu terjadi. Isi dari halusinasi dapat berupa perintah memaksa dan menakutkan. Klien tidak sanggup lagi menentang perintah tersebut hingga dengan kondisi tersebut klien berbuat sesuatu terhadap ketakutan tersebut.

- c) Dimensi Intelektual: Dalam dimensi intelektual ini menerangkan bahwa individu dengan halusinasi akan memperlihatkan adanya penurunan fungsi ego. Pada awalnya halusinasi merupakan usaha dari ego sendiri untuk melawan impuls yang menekan, namun merupakan suatu hal yang menimbulkan kewaspadaan yang dapat mengambil seluruh perhatian klien dan tidak jarang akan mengontrol semua perilaku klien.
- d) Dimensi Sosial: Klien mengalami interaksi sosial dalam fase awal dan comforting, klien meganggap bahwa hidup bersosialisasi di alam nyata sangat membahayakan. Klien asyik dengan Halusinasinya, seolah-olah ia merupakan tempat untuk memenuhi kebutuhan akan interaksi sosial, kontrol diri dan harga diri yang tidak didapatkan dalam dunia nyata.
- e) Dimensi Spiritual: Secara spiritual klien halusinasi mulai dengan kehampaan hidup, rutinitas tidak bermakna, hilangnya aktifitas ibadah dan jarang berupaya secara

sepiritual untuk menyucikan diri. Saat bangun tidur klien merasa hampa dan tidak jelas tujuan hidupnya. Individu sering memaki takdir tetapi lemah dalam upaya menjemput rezeki, menyalahkan lingkungan dan orang lain yang menyebabkan takdirnya memburuk.

c. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala halusinasi dinilai dari hasil observasi terhadap pasien serta ungkapan pasien. Tanda dan gejala pasien halusinasi adalah sebagai berikut (Oktaviani, 2020)

1) Data Objektif

Bicara atau tertawa sendiri, marah-marah tanpa sebab, memalingkan muka ke arah telinga seperti mendengar sesuatu, menutup telinga, menunjuk-nunjuk ke arah tertentu, ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas, mencium sesuatu seperti sedang membaui bau-bauan tertentu, menutup hidung, sering meludah, muntah menggaruk-garuk permukaan kulit.

2) Data Subjektif

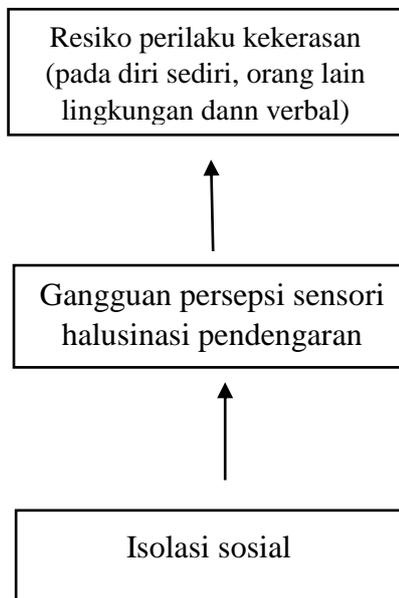
Mendengar suara-suara atau kegaduhan, mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap, mendengar suara menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya, melihat bayangan, sinar, bentuk geometris, bentuk kartun, melihat hantu atau monster. Mencium bau-bauan seperti bau darah, urin, feses, kadang-kadang bau itu menyenangkan. Merasakan rasa seperti darah,

urin atau feses, merasa takut atau senang dengan halusinanya,
mengatakan sering mengikuti isi perintah halusinasi

d. Pohon Masalah

Bagan 2.1

Pohon masalah



e. Rentang Respon Neurobiologi

Halusinasi merupakan gangguan dari persepsi sensori, sehingga halusinasi merupakan gangguan dari respons neurobiologi. Oleh karenanya, secara keseluruhan, rentang respon halusinasi mengikuti rentang respon neurobiologi

Bagan 2.2
Rentang Respon Neurobiologi



Respon Adaptif

Respon maladaptif

a. Pikiran logis	a. Distorsi pikiran (pikiran kotor)	a. Gangguan pikir/delusi
b. Persepsi akurat	b. Ilusi reaksi	b. Halusinasi
c. Emosi konsisten dengan pengalaman	c. Emosi tidak stabil	c. Perilaku disorganisasi
d. Perilaku sosial	d. Perilaku aneh	d. Isolasi sosial
e. Hubungan sosial	e. Menarik diri	

1) Respon Adaptif

Respon adaptif respon yang dapat diterima oleh norma-norma sosial budaya yang berlaku. Dengan kata lain individu tersebut dalam batas normal jika menghadapi suatu masalah akan dapat memecahkan masalah tersebut, respon adaptif :

- a) Pikiran logis adalah pandangan yang mengarah pada kenyataan.
- b) Persepsi akurat adalah pandangan yang tepat pada kenyataan.
- c) Emosi konsisten dengan pengalaman yaitu perasaan yang timbul dari pengalaman
- d) Perilaku sosial adalah sikap dan tingkah laku yang masih dalam batas kewajaran.
- e) Hubungan sosial adalah proses suatu interaksi dengan orang lain dan lingkungan.

2) Respon Maladaptif

Respon maladaptif adalah respon individu dalam menyelesaikan masalah yang menyimpang dari norma-norma sosial budaya dan lingkungan, adapun respon maladaptif meliputi:

- a) Gangguan pikira adalah keyakinan yang secara kokoh dipertahankan walaupun tidak diyakini oleh orang lain dan bertentangan dengan kenyataan sosial.
- b) Halusinasi merupakan persepsi sensori yang salah atau persepsi eksternal yang tidak realita atau tidak ada.

- c) Kerusakan proses emosi adalah perubahan sesuatu yang timbul dari hati.
- d) Perilaku tidak terorganisir merupakan suatu yang tidak teratur.
- e) Isolasi sosial adalah kondisi kesendirian yang dialami oleh individu dan diterima sebagai ketentuan oleh orang lain dan sebagai suatu kecelakaan yang negatif mengancam.

3. Konsep Perilaku Kekerasan

a. Definisi

Perilaku kekerasan adalah salah satu respon terhadap stressor yang dihadapi oleh seseorang yang dihadapi seseorang yang ditunjukkan dengan perilaku kekerasan baik pada diri sendiri maupun orang lain dan lingkungan baik secara verbal maupun non-verbal. (Estika, 2021).

Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik kepada diri sendiri maupun orang lain. Sering juga disebut gaduh gelisah atau amuk dimana seseorang marah berespon terhadap

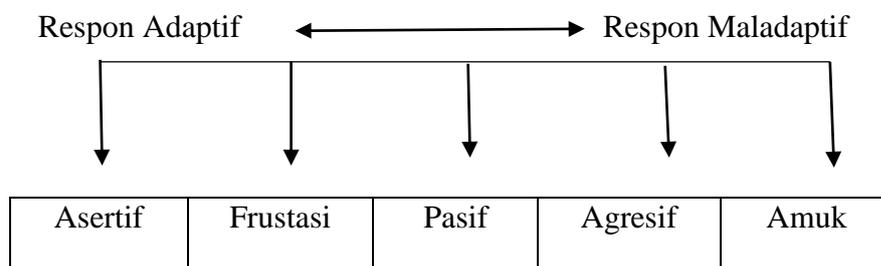
suatu stressor dengan gerakan motoric yang tidak terkontrol (Yosep, 2014)

Berdasarkan pengertian diatas, dapat disimpulkan bahwa pengertian dari resiko perilaku kekerasan yang disebabkan oleh ketidakmampuan pasien mengatasi stressor yang dialaminya sehingga menyebabkan kerugian baik terhadap pasien maupun orang lain.

b. Rentang Respon

Bagan 2.3

Rentang Respon Perilaku Kekerasan



c. Tanda dan Gejala

Menurut (Yosep, 2010 dalam Damaiyanti, 2014) perawat dapat mengidentifikasi dan mengobservasi tanda dan gejala perilaku kekerasan:

- a) Muka merah dan tegang
- b) Muka melotot/pandangan tajam
- c) Tangan mengepal
- d) Rahang mengatup
- e) Jalan mondar-mandir

d. Pohon Masalah

Bagan 2.4

Pohon Masalah

Kekerasan

Resiko perilaku kekerasan
(pada diri sendiri, orang lain
lingkungan dann verbal)

Resiko Perilaku

Gangguan persepsi sensori
halusinasi pendengaran

Isolasi sosial





B. Konsep Asuhan Keperawatan Halusinasi Pendengaran

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan pengumpulan data subjektif dan objektif secara sistematis dengan tujuan membuat penentuan tindakan keperawatan(Damayanti, 2014).

a) Identitas klien

Meliputi nama klien, umur, jenis kelamin, status perkawinan, agama, tanggal masuk, tanggal pengkajian, alamat, pendidikan.

b) Keluhan utama

Keluhan utama biasanya berupa bicara sendiri, tertawa sendiri, senyum sendiri, menggerakkan bibir tanpa suara, menarik diri dari orang lain, tidak dapat membedakan yang nyata dan tidak nyata, ekspresi muka tegang mudah tersinggung, jengkel dan marah ketakutan biasa terdapat disorientasi waktu, tempat dan orang, tidak dapat mengurus diri dan tidak melakukan kegiatan sehari-hari.

c) Faktor predisposisi

Faktor predisposisi adalah faktor resiko yang mempengaruhi jenis dan jumlah sumber yang dibangkitkan oleh individu untuk mengatasi stress. Diperoleh baik klien maupun keluarganya, mengenai faktor yang mempengaruhi jenis dan jumlah sumber yang dapat dibangkitkan oleh individu untuk mengatasi stress.

d) Pemeriksaan fisik

Hasil pengukuran tanda vital (TD, nadi, suhu, pernapasan TB, BB), dan keluhan fisik yang dialami oleh klien. Terjadi peningkatan denyut jantung, pernapasan dan tekanan darah.

e) Psikososial

(1) Genogram

Menjelaskan apakah ada anggota keluarga pasien yang lain yang mengalami gangguan jiwa, pola komunikasi terganggu, begitu

pula dengan pengambilan keputusan dan pola asuh. Genogram dilihat dari tiga generasi.

(2) Konsep diri

(a) Citra tubuh

Menolak melihat dan menyentuh bagian tubuh yang berubah/tidak menerima tubuh yang terjadi/yang akan terjadi. Menolak penjelasan perubahan tubuh, persepsi negatif tentang tubuh, Preokupasi dengan bagian tubuh yang hilang, mengungkapkan keputusan, mengungkapkan ketakutan.

(b) Identitas diri

Klien dengan halusinasi tidak puas akan dirinya sendiri merasa bahwa klien tidak berguna.

(c) Peran diri

Peran klien dalam keluarga/keompok masyarakat/pekerjaan, kemampuan klien dalam melaksanakan fungsi atau perannya, dan bagaimana perasaan klien akibat perubahan tersebut. Pada klien halusinasi bisa berubah atau berhenti fungsi peran yang disebabkan penyakit, trauma akan masa lalu, menarik diri dari orang lain, perilaku agresif.

(d) Ideal diri

Mengungkapkan harapan klien terhadap keadaan tubuh yang ideal, tugas atau peran dalam keluarga dan lingkungan masyarakat .

(e) Harga diri

Klien yang mengalami halusinasi cenderung menerima diri tanpa syarat meskipun telah melakukan kesalahan dan kegagalan dia tetap merasa dirinya berharga.

f) Hubungan sosial

Tanyakan siapa orang terdekat dikehidupan klien, tempat mengadu, berbicara, minta bantuan atau dukungan. Serta tanyakan organisasi yang diikuti dalam kelompok/masyarakat . Klien dengan halusinasi cenderung tidak mempunyai orang terdekat, dan jarang mengikuti kegiatan yang ada dimasyarakat.

g) Spiritual

Nilai keyakinan, kegiatan ibadah/menjalankan keyakinan, perasaan setelah menjalankan keyakinan.

h) Status mental

(1) Penampilan : Melihat penampilan klien dari ujung rambut sampai ujung kaki. Pada klien dengan halusinasi mengalami defisit perawatan diri biasanya (penampilan tidak rapi,

penggunaan pakaian tidak sesuai dengan cara berpakaian, kuku dan rambut pasien kotor dan panjang, gigi kuning).

- (2) Cara bicara : Klien dengan halusinasi cenderung suka berbicara sendiri, ketika di ajak bicara tidak fokus. Terkadang yang dibicarakan tidak masuk akal.
- (3) Aktivitas motorik : Klien dengan halusinasi tampak lesu, tegang, gelisah atau sering menyendiri. Klien sering menutup telinga, menunjuk-nunjuk kearah tertentu.
- (4) Alam perasaan : Keadaan klien tampak seperti sedih, ketakutan putus asa atau khawatir.
- (5) Afek : Afek pasien datar, tumpul labil atau ambivalen.
- (6) Interaksi dalam wawancara : Klien dengan halusinasi cenderung tidak kooperatif (tidak menjawab pertanyaan pewawancara dengan spontan), mudah tersinggung, kontak mata kurang atau selalu curiga.
- (7) Persepsi: Pada umumnya mengalami gangguan persepsi terutama halusinasi pendengaran, klien biasanya mengalami suara-suara mengancam, sehingga klien cenderung menyendiri dan melamun.
- (8) Proses pikir : Proses pikir yang tidak sesuai dengan kenyataan yang ada atau tidak mengikuti logika secara umum (tidak ada sangkut pautnya antara proses individu dan pengalaman yang

sedang terjadi). Klien yang mengalami halusinasi lebih sering was-was terhadap hal-hal yang dialaminya.

(9) Kesadaran : Pada klien halusinasi sering kali merasa bingung, apatis (acuh tak acuh).

(10) Konsentrasi dan berhitung : Pada saat dilakukan wawancara cenderung tidak mampu berkonsentrasi dan tidak mampu berhitung.

(11) Kemampuan penilaian : Klien mengalami gangguan kemampuan penilaian bermakna.

(12) Daya tilik diri : Pada klien halusinasi cenderung mengikari penyakit yang diderita dan menyalahkan hal-hal yang diluar dirinya.

i) Kebutuhan persiapan pulang

(1) Makan: klien kurang makan dan tidak nafsu makan.

(2) Mandi: klien tidak mau mandi, gosok gigi, tampak kusam, dan tidak mampu menggunting kuku.

(3) BAB/BAK: BAB/BAK klien normal/tidak ada gangguan.

(4) Berpakaian: klien tidak mau mengganti pakaian, dan tidak memakai pakaian yang serasi.

(5) Istirahat: istirahat klien terganggu.

(6) Penggunaan obat: klien meminum obat tidak teratur.

(7) Aktivitas dalam rumah: klien tidak mau beraktivitas diluar rumah karena selalu merasa ketakutan.

j) Mekanisme koping

- (1) Adaptif : klien menyendiri, otonomi, mutualisme atau interdependent.
- (2) Maladaptif: reaksi klien lambat, klien bekerja secara berlebihan, selalu menghindar dan mencederai diri sendiri.
- (3) Masalah psikososial dan lingkungan: klien mengalami masalah dalam berinteraksi dengan lingkungan, biasanya disebabkan oleh kurangnya dukungan dari kelompok, pendidikan, pekerjaan dan masalah pelayanan kesehatan.
- (4) Pengetahuan: Pada klien halusinasi kurang mengetahui tentang penyakit jiwa karena tidak merasa hal yang dilakukam dalam tekanan.

k) Aspek medis

Tindakan dalam memberikan asuhan keperawatan adalah dengan memberikan terapi. Memberikan penjelasan tentang diagnosa medis dan terapi medis seperti Haloperidol (HLP), Clapromazine (CPZ), Trihexyphenidyl (THP).

2. Analisa Data

Analisa data merupakan kegiatan pengelompokkan dan menginterpretasikan kelompok data itu serta mengaitkannya untuk menarik kesimpulan.

Tabel 2.1
Analisa Data

No	Data	Masalah
----	------	---------

1.	DS : 1. Mendengar suara bisikan yang mengancam. 2. Merasakan sesuatu melalui indra pendengaran. DO: 1. Respon tidak sesuai. 2. Bersikap seolah mendengar sesuatu. 3. Menyendiri. 4. Melamun. 5. Mondar- mandir. 6. Bicara sendiri.	Gangguan persepsi sensori : Halusinasi
2.	DS : 1. Klien mengatakan sering marah 2. Klien melempar barang-barang 3. Klien mengatakan suka tempramen DO: 1. Klien selalu curiga saat didekati orang 2. Klien tampak kesal saat melihat orang berkumpul 3. Klien mudah tersinggung	Resiko perilaku kekerasan

3. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial (PPNI, 2017)

Berikut diagnosa yang muncul menurut Yusuf (2015):

- a. Gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran
- b. Gangguan emosi : resiko perilaku kekerasan

4. Perencanaan

Perencanaan keperawatan merupakan suatu tindakan yang dilakukan langsung kepada pasien yang bertujuan mengubah perilaku dan memenuhi kebutuhan klien (Damaiyanti & Iskandar, 2014), yaitu dengan cara menerapkan strategi pelaksanaan (SP). Strategi pelaksanaan adalah penerapan standar asuhan keperawatan yang diterapkan pada pasien yang bertujuan untuk mengurangi masalah keperawatan jiwa yang ditangani, Strategi pelaksanaan pasien halusinasi pendengaran yaitu dengan cara berikut:

Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komter.

- a. Sapa klien dengan ramah
- b. Perkenalkan diri dengan sopan
- c. Tanyakan nama lengkap klien dan nama kegiatan klien
- d. Jelaskan maksud tujuan interaksi
- e. Berikan perhatian pada klien

SP1: Membantu pasien mengenali halusinasi dan mengajarkan cara menghardik halusinasi.

1. Bantu klien mengenali halusinasinya : Isi, waktu, frekuensi, situasi yang menyebabkan halusinasi, perasaan saat halusinasi muncul
2. Latih cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik
 - a. Jelaskan cara menghardik halusinasi

- b. Peragakan cara menghardik
- c. Minta klien memperagakan ulang
- d. Pantau penerapan cara ini, berikan penguatan perilaku pasien

SP2: Melatih bercakap-cakap dengan orang lain

- 1. Latih klien bercakap-cakap dengan orang lain

SP3 : Melatih klien beraktivitas secara terjadwal

- 1. Jelaskan pentingnya aktivitas yang teratur
- 2. Diskusikan aktivitas yang biasa dilakukan pasien
- 3. Susun jadwal aktivitas sehari-hari
- 4. Pantau pelaksanaan jadwal kegiatan

SP4 : Melatih pasien menggunakan obat secara teratur

- 1. Jelaskan pentingnya penggunaan obat
- 2. Jelaskan akibat bila obat tidak di minum sesuai jadwal
- 3. Jelaskan cara menggunakan obat dengan prinsip 5 benar (benar obat, benar pasien, benar cara, benar waktu, benar dosis)

Strategi pelaksanaan masalah resiko perilaku kekerasan yaitu dengan cara berikut:

SP1 : Identifikasi penyebab, tanda dan gejala, serta akibat perilaku kekerasan,

Latih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik 1 : Tarik napas dalam

SP 2: Latih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik 2: pukul kasur,bantal atau guling

SP3: Latih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara sosial atau verbal: Mengungkapkan marah dengan verbal, menolak dengan baik, meminta dengan baik

SP4: Latih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual: berdoa dan sholat

SP5: Latih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara patuh minum obat

Tabel 2.2
Rencana keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1.	Gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran	Setelah dilakukan interaksi 3×20 menit diharapkan klien mampu membina hubungan saling percaya dengan perawat dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Membalas sapaan perawat 2. Ekspresi wajah bersahabat dan senang 3. Ada kontak mata 4. Mau menyebutkan nama 	Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komter <ol style="list-style-type: none"> a. Sapa klien dengan ramah b. Perkenalkan diri dengan sopan c. Tanyakan nama lengkap klien dan nama kegiatan klien d. Jelaskan maksud tujuan interaksi e. Berikan perhatian pada klien 	Hubungan saling percaya merupakan dasar untuk memperlancar interaksi yang selanjutnya akan dilakukan
		Setelah dilakukan interaksi 3×20 menit diharapkan klien mampu mengenal halusinasinya dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien dapat menyebutkan isi halusinasi, waktu halusinasi, situasi yang menyebabkan halusinasi, perasaan saat halusinasi muncul. 2. Mampu mempragakan cara mengontrol halusinasi 	SP 1 <ol style="list-style-type: none"> 1. Bantu klien mengenali halusinasinya <ol style="list-style-type: none"> a. Isi halusinasi b. Waktu halusinasi c. Frekuensi d. Situasi yang menyebabkan halusinasi e. Perasaan saat halusinasi muncul 2. Latih cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik <ol style="list-style-type: none"> a. Jelaskan cara menghardik halusinasi 	Dengan mengenal halusinasi klien dapat mengontrol halusinasi

			<ul style="list-style-type: none"> b. Peragakan cara menghardik c. Minta klien memperagakan ulang d. Pantau penerapan cara ini, berikan penguatan perilaku pasien <p>3. Masukan dalam jadwal kegiatan pasien</p>	
		Setelah dilakukan interaksi 3×20 menit diharapkan klien mampu : Pasien mampu bercakap- cakap dengan orang lain	<p>SP 2</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP1) 2. Latih klien bercakap-cakap dengan orang lain 3. Masukan dalam jadwal kegiatan pasien 	Fokus perhatian klien akan beralih dari halusinasi ke percakapan
		Setelah dilakukan interaksi 3×20 menit diharapkan pasien mampu : <ul style="list-style-type: none"> 1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan 2. Membuat jadwal kegiatan sehari-hari 	<p>SP 3</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP1,SP2) 2. Latih klien melaksanakan aktivitas terjadwal <ul style="list-style-type: none"> a. Jelaskan pentingnya aktivitas yang teratur b. Diskusikan aktivitas yang biasa dilakukan pasien c. Susun jadwal aktivitas sehari-hari d. Pantau pelaksanaan jadwal kegiatan 3. Masukan dalam jadwal kegiatan pasien 	Mengurangi halusinasi muncul kembali dengan menyibukan diri
		Setelah dilakukan interaksi 3×20 menit: <ul style="list-style-type: none"> 1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan 	<p>SP 4</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP1,SP2,SP3) 2. Latih klien menggunakan obat secara 	Mencegah terjadinya kekambuhan

		2. Minum obat secara teratur	<p>teratur</p> <ol style="list-style-type: none"> Jelaskan pentingnya penggunaan obat Jelaskan akibat bila obat tidak di minum sesuai jadwal Jelaskan cara menggunakan obat dengan prinsip 5 benar (benar obat, benar pasien, benar cara, benar waktu, benar dosis) 	
2.	Gangguan emosi : resiko perilaku kekerasan	<p>Setelah dilakukan interaksi 3×20 menit diharapkan klien dapat membina hubungan saling percaya dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> Membalas sapaan perawat Ekspresi wajah bersahabat dan senang Ada kontak mata Mau menyebutkan nama 	<p>Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komter</p> <ol style="list-style-type: none"> Sapa klien dengan ramah Perkenalkan diri dengan sopan Tanyakan nama lengkap klien dan nama kegiatan klien Jelaskan maksud tujuan interaksi Berikan perhatian pada klien 	<p>Hubungan saling percaya merupakan dasar untuk memperlancar interaksi yang selanjutnya akan dilakukan</p>
		<p>Setelah dilakukan interaksi 3×20 menit diharapkan klien mampu:</p> <ol style="list-style-type: none"> Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan Memperagakan cara fisik 1 untuk mengontrol perilaku kekerasan 	<p>SP1</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi penyebab, tanda dan gejala, serta akibat perilaku kekerasan Latih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik 1 : Tarik napas dalam Masukan dalam jadwal harian pasien 	<ol style="list-style-type: none"> Memberikan kesempatan kepada klien untuk mengungkapkan perasaannya dan mengidentifikasi penyebab perilaku

				<p>kekerasan.</p> <p>2. Membantu klien mengatasi perilaku kekerasan</p>
		<p>Setelah dilakukan interaksi 3×20 menit diharapkan klien mampu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan 2. Memperagakan cara fisik 2 untuk mengontrol perilaku kekerasan 	<p>SP2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP1) 2. Latih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik 2: pukul kasur, bantal atau guling 3. Masukkan dalam jadwal kegiatan klien 	<p>Meluapkan emosi ke benda yang tidak membahayakan</p>
		<p>Setelah dilakukan interaksi 3×20 menit diharapkan klien mampu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan 2. Memperagakan cara sosial atau verbal untuk mengontrol perilaku kekerasan 	<p>SP3</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP1,SP2) 2. Latih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara sosial atau verbal: <ol style="list-style-type: none"> a. Mengungkapkan marah dengan verbal b. Menolak dengan baik c. Meminta dengan baik 3. Masukkan dalam jadwal kegiatan pasien 	<p>Meredakan emosi dengan mengungkapkan rasa kesalnya agar lebih lega</p>
		<p>Setelah dilakukan interaksi 3×20 menit diharapkan klien mampu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan 2. Memperagakan cara spiritual untuk mengontrol 	<p>SP4</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP1,SP2,SP3) 2. Latih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual: berdoa dan sholat 	<p>Agar klien lebih tenang</p>

		perilaku kekerasan	3. Masukan dalam jadwal pasien	
		<p>Setelah dilakukan interaksi 3×20 menit diharapkan klien mampu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan 2. Memperagakan cara patuh minum obat 	<p>SP5</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP1, SP2, SP3,SP4) 2. Latih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara patuh minum obat <ol style="list-style-type: none"> a. Minum obat secara teratur dengan menggunakan prinsip 5 benar b. Susun jadwal minum obat secara teratur 3. Masukan dalam jadwal hariian pasien 	<p>Agar pasien memiliki kesadaran pentingnya minum obat dengan kesadaran sendiri</p>

5. Implementasi

Implementasi adalah pelaksanaan keperawatan oleh klien. Hal yang harus diperhatikan ketika melakukan implementasi adalah tindakan keperawatan yang akan dilakukan implementasi pada klien dengan hausinasi

Implementasi disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Adapun pelaksanaan tindakan keperawatan jiwa dilakukan berdasarkan Strategi Pelaksanaan (SP) yang sesuai dengan masing-masing masalah utama. Pada saat akan dilaksanakan tindakan keperawatan maka kontrak dengan klien dilaksanakan dengan menjelaskan apa yang akan dikerjakan dan peran serta klien yang diharapkan, dokumentasikan semua tindakan yang telah dilaksanakan serta respon klien.

6. Evaluasi

Evaluasi adalah proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada klien. Evaluasi dilakukan sesuai dengan tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan, evaluasi dapat dibagi dua yaitu evaluasi proses formatif, dilakukan setiap selesai melaksanakan tindakan, evaluasi hasil atau sumatif dilakukan dengan membandingkan respon klien pada tujuan yang telah dilakukan

Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP/SOAPIER sebagai pola pikir, dimana masing-masing huruf akan diuraikan sebagai berikut:

S : Respon subjektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

O : Respon objektif terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan

A : Analisa ulang terhadap data subjektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap atau muncul masalah baru atau ada yang kontraindikasi dengan masalah yang ada.

P : Perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisa pada respon klien.

I : Implementasi, bagaimana dilakukannya tindakan

E : Respon pasien terhadap tindakan keperawatan

R : Apakah rencana akan berubah

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Pengkajian

1. Identitas Klien

Nama : Tn. N

Umur : 40 thn

Jenis kelamin : Laki- laki

Agama : Islam

Status perkawinan : Tidak kawin

Pekerjaan : -

Pendidikan : SMA

Alamat : Kp. Cihampelas, Desa Cipaganti, Kec. Coblong
Kab. Bandung

No RM : XX3

Diagnosa medis : Bipolar

Tanggal masuk : Sabtu, 15 September 2014

Tanggal pengkajian : Kamis, 05 april 2023

2. Alasan masuk

Klien datang ke klinik rehabilitasi mental diantar oleh keluarganya setelah marah-marah dan nendang pintu karena kesal kepada orang tuanya tidak memenuhi keinginannya dan ngurung diri dikamar. Pada saat dikaji pada tanggal 05 april 2023 pasien mengeluh suka mendengar suara-suara yang tidak ada wujudnya dan nyuruh untuk melukai orang, suara itu datang ketika mau tidur, klien terganggu oleh suara tersebut.

3. Faktor Predisposisi

a. Gangguan jiwa di masa lalu

Klien mengatakan mengalami gangguan jiwa sejak 2014, klien mengatakan selama dirawat selama 9 tahun klien merasa lebih baik, sudah tidak kesal lagi kepada orang tuanya namun klien kadang suka mendengar suara-suara yang yang tidak ada wujudnya.

b. Pengobatan sebelumnya

Klien mengatakan sebelumnya tidak pernah menjalani pengobatan

c. Trauma

a) Aniaya fisik

Klien mengatakan tidak ada penganiayaan fisik

b) Aniaya seksual

Klien mengatakan tidak ada penganiayaan seksual

c) Penolakan

Klien mengatakan tidak ada penolakan dari masyarakat

d) Kekerasan dalam keluarga

Klien mengatakan tidak ada kekerasan dalam keluarga

e) Anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa

Klien mengatakan bahwa adiknya juga mengalami gangguan jiwa

f) Pengalaman masa lalu yang kurang/tidak menyenangkan

Klien mengatakan dulu a keinginannya tidak terpenuhi

4. Pemeriksaan fisik

a. Tanda-tanda vital

Tekanan darah : 110/80 mmHg

Nadi : 99x/menit

Suhu badan : 37,0 C

Respirasi : 24x/menit

b. Ukuran

Tinggi badan : 165 cm

Berat badan : 46 kg

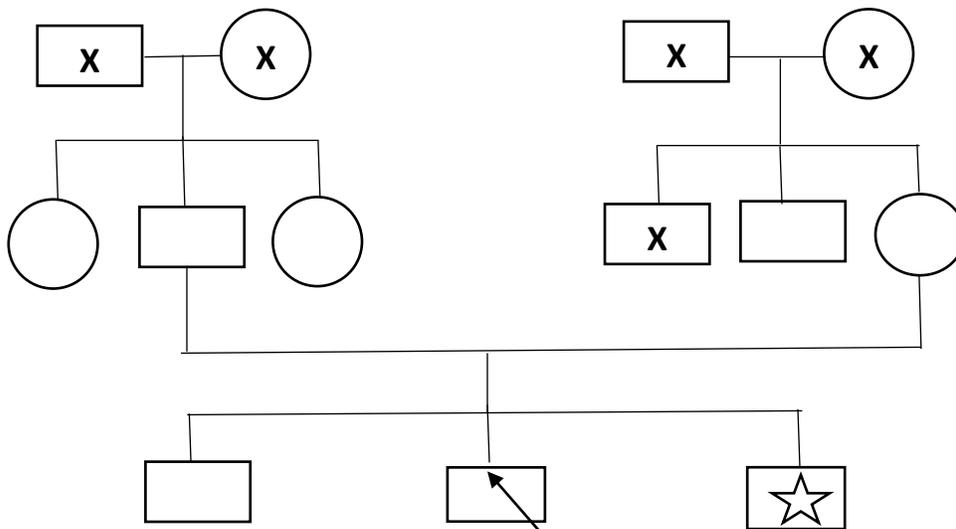
c. Kondisi fisik

Klien mengatakan tidak ada keluhan fisik .

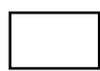
5. Psikososial

a. Genogram

Bagan 3.1
Genogram



Keterangan :

-  : Laki-laki
-  : Perempuan
- X** : Meninggal
-  : Klien
-  : Mempunyai Riwayat Kejiwaan

Di dapatkan data bahwa pasien adalah anak ke dua dari tiga bersaudara, pasien tidak serumah lagi dengan orang tuanya, karena pasien sudah tinggal di klinik selama 9 tahun. Dan adiknya juga mengalami gangguan jiwa.

b. Konsep diri

a) Citra diri

Klien mengatakan bagian yang tidak disukai adalah telinga karena suka mendengar suara bisikan-bisikan yang menyuruh untuk melukai orang lain pada saat mau tidur.

b) Identitas diri

Pada saat dikaji pasien bisa menyebutkan namanya, usia, alamat dan klien mengatakan sebelum masuk Klinik Nur Illahie Assani ini klien adalah seorang remaja yang kerja di bengkel.

c) Ideal diri

Klien mengatakan berharap sembuh total, dan setelah sembuh klien ingin mempunyai tempat bengkel sendiri.

d) Harga diri

Klien mengatakan dulu ingin melanjutkan kuliah sastra sunda, tapi orang tua klien kurang mampu untuk menguliahkannya dan klien merasa malu, namun saat ini klien lebih menerima dirinya, dan tetap bersyukur dengan keadaan.

e) Peran

Klien mengatakan saat ini klien suka membantu perawat, dan suka membantu bersih-bersih di klinik.

c. Hubungan sosial

a) Orang yang terdekat

Klien mengatakan mempunyai orang terdekat yaitu Tn. A.

b) Peran serta dalam kegiatan kelompok

Pada saat kegiatan klien kurang aktif, namun saat di kasih pertanyaan klien menjawab pertanyaan tersebut dengan benar.

c) Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain

Klien mengatakan tidak ada hambatan dalam berhubungan dengan orang lain, klien bisa bersosialisasi namun seperlunya.

d. Spiritual

a) Nilai dan keyakinan

Klien mengatakan beragama islam.

b) Kegiatan ibadah

Klien mengatakan beribadah 5 waktu, suka adzan dan mengikuti pengajian.

e. Status mental

a) Penampilan

Baju klien kurang rapih, mandi setiap hari, gosok gigi setiap hari, kuku klien pendek dan bersih.

b) Pembicaraan

Klien bicara lancar, klien mampu menjawab semua pertanyaan yang ditanyakan oleh perawat.

c) Aktifitas motorik

Klien tampak tegang pada saat pertama kali dilakukan pengkajian.

d) Alam perasaan

Klien merasa sedih karena tidak kunjung pulang, klien khawatir pada orang tuanya yang ada dirumah.

e) Afek

Pada saat dikaji kontak mata pasien kurang, namun pasien tampak ekspresif saat menyampaikan ceritanya.

f) Interaksi saat wawancara

Saat diwawancara klien kooperatif, klien mudah tersinggung, kontak mata kurang, sesekali pasien melihat ke arah lain.

g) Persepsi

Saat dilakukan pengkajian klien mengatakan suka mendengar suara-suara nyuruh untuk melukai orang, dulu terdengar hampir setiap hari saat mau tidur, tapi sekarang munculnya hilang timbul, frekuensi muncul sekitar 2-3 kali dalam durasi 1-2 menit. Tanggapan pasien terhadap suara tersebut acuhkan saja namun adakalanya pasien tersulut oleh suara tersebut dan memukul orang. Pasien mengatakan dulu pernah diajarkan cara mengontrol halusinasi namun lupa.

h) Proses pikir

Tidak ada gangguan dalam proses tanya jawab.

i) Isi pikir

Pasien mengatakan mendengar suara-suara yang menyuruh melukai orang lain.

j) Tingkat kesadaran

Klien menyadari dirinya berada di klinik, pasien mengetahui saat ini siang.

k) Memori

Klien dapat mengingat kejadian saat di bawa ke klinik.

l) Tingkat konsentrasi berhitung

Klien mampu untuk menghitung sederhana, dan mampu menghitung perawat yang sedang bertugas.

m) Kemampuan penilaian

Klien mampu mengambil keputusan yang sederhana seperti: untuk memilih beres-beres terlebih dahulu setiap pagi.

n) Daya Tarik diri

Pada saat dikaji klien sudah menerima penyakit yang di derita, tapi klien merasa tidak tahu dunia luar, karena sudah lama di rawat di klinik.

f. Pola fungsional kesehatan

a) Makan

Klien makan mandiri dengan cara yang baik 3× sehari, klien menyukai makanan yang diberikan pihak klinik dan selalu makan bersama.

b) BAB/BAK

Klien melakukan eliminasi dengan baik, menjaga kebersihan setelah BAB/BAK.

c) Mandi

Klien mandi 1× sehari dengan mandiri di kamar mandi dengan sabun, menggosok gigi pakai pasta gigi, dan mencuci rambut pakai sampo.

d) Berpakaian

Klien ganti pakaian 1× sehari dengan mandiri, pakaiannya kurang rapih.

e) Pola istirahat dan tidur

Klien tidur 2× sehari siang dan malam, klien mengatakan akan tidur setelah minum obat, dan tidurnya nyenyak, terganggu jika suara tersebut muncul.

f) Penggunaan obat

Klien mengatakan minum obat 2×1

g) Aktivitas di dalam klinik

Klien selalu membantu pekerjaan klinik, yaitu bersih_bersih, angkat-angkat barang dll.

h) Aktivitas di luar rumah

Klien mengatakan sebelum dirawat disini klien suka nongkrong bersama teman-temanya.

g. Mekanisme koping

Mekanisme koping adaptif berupa pasien mampu mengenali masalahnya namun tida dapat menemukan pemecahan masalahnya, mau bicara dengan orang lain dan kooperatif menjawab setiap pertanyaan.

Mekanisme koping maladaptif dulu klien selalu minum alkohol saat menyelesaikan masalahnya, sekarang klien bisa menyelesaikan masalahnya dengan sabar dan beribadah.

h. Pengetahuan

Klien lupa bagaimana cara mengatasi penyakit yang dialaminya, klien meminta mengajarkan cara mengatasi penyakit tersebut.

i. Aspek medik

a) Chlorpromazine (CPZ) 1×1 hari

b) Haloperidol 2×1 hari

B. Analisa Data

Nama: Tn. N

Usia: 40 Tahun

Tabel 3.1
Analisa Data

No.	Tanggal	Data	Masalah Keperawatan
1.	05 april 2023	DS: Klien mengatakan 1. Suka mendengar suara-suara yang tidak ada wujudnya 2. Mendengar suara tersebut ketika mau tidur 3. Suara berlangsung selama 1-2 menit 4. Tidur terganggu jika suara tersebut itu datang DO: 1. Kien tampak sering melamun 2. Klien terlihat suka mundur mandir	Gangguan persepsi sensori: Halusinasi pendengaran
2.	05 april 2023	DS: Klien mengatakan 1. Klien mengatakan suara tersebut terdengar menyuruh untuk memukul orang lain 2. Klien mengatakan pernah menendang pintu saat marah DO: Klien mudah tersinggung	Gangguan emosi: Resiko perilaku kekerasan

C. Diagnosa Keperawatan

1. Gangguan persepsi sensori : Halusinasi pendengaran
2. Gangguan Emosi: Resiko perilaku kekerasan

D. Rencana Keperawatan

Tabel 3.2
Rencana keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1.	Gangguan persepsi sensori: Halusinasi pendengaran	Setelah dilakukan interaksi 3×20 menit diharapkan klien mampu membina hubungan saling percaya dengan perawat, dengan kriteria hasil : 1. Membalas sapaan perawat 2. Ekspresi wajah bersahabat dan senang 3. Ada kontak mata 4. Mau menyebutkan nama	Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komter a. Sapa klien dengan ramah b. Perkenalkan diri dengan sopan c. Tanyakan nama lengkap klien dan nama kegiatan klien d. Jelaskan maksud tujuan interaksi e. Berikan perhatian pada klien	Hubungan saling percaya merupakan dasar untuk memperlancar interaksi yang selanjutnya akan dilakukan
		Setelah dilakukan interaksi 3×20 menit diharapkan klien mampu mengenal halusinasinya dengan kriteria hasil: 1. Klien dapat menyebutkan isi halusinasi, waktu halusinasi, situasi yang menyebabkan halusinasi, perasaan saat halusinasi muncul.	SP 1 1. Bantu klien mengenali halusinasinya a. Isi halusinasi b. Waktu halusinasi c. Frekuensi d. Situasi yang menyebabkan halusinasi e. Perasaan saat halusinasi muncul 2. Latih cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik	Dengan mengenal halusinasi klien dapat mengontrol halusinasi

		2.Mampu memperagakan cara mengontrol halusinasi	f.Jelaskan cara menghardik halusinasi g. Peragakan cara menghardik h. Minta klien memperagakan ulang i.Pantau penerapan cara ini, berikan penguatan perilaku pasien 3. Masukan dalam jadwal kegiatan pasien	
		Setelah dilakukan interaksi 3×20 menit diharapkan klien mampu mengontrol halusinasi dengan cara bercakap- cakap dengan orang lain	SP 2 1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP1) 2. Latih klien bercakap-cakap dengan orang lain 3. Masukan dalam jadwal kegiatan pasien	Fokus perhatian klien akan beralih dari halusinasi ke percakapan
		Setelah dilakukan interaksi 3×20 menit diharapkan pasien mampu : 1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan 2.Membuat jadwal kegiatan sehari-hari	SP 3 1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP1,SP2) 2. Latih klien melaksanakan aktivitas terjadwal e. Jelaskan pentingnya aktivitas yang teratur f. Diskusikan aktivitas yang biasa dilakukan pasien g. Susun jadwal aktivitas sehari-hari h. Pantau pelaksanaan jadwal kegiatan 2. Masukan dalam jadwal kegiatan pasien	Mengurangi halusinasi muncul kembali dengan menyibukan diri
		Setelah dilakukan interaksi 3×20	SP 4	Mencegah terjadinya

		<p>menit diharapkan klien mampu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan 2. Minum obat secara teratur 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP1,SP2,SP3) 2. Latih klien menggunakan obat secara teratur <ol style="list-style-type: none"> a. Jelaskan pentingnya penggunaan obat b. Jelaskan akibat bila obat tidak di minum sesuai jadwal c. Jelaskan cara menggunakan obat dengan prinsip 5 benar (benar obat, benar pasien, benar cara, benar waktu, benar dosis) 	kekambuhan
2.	Gangguan emosi: Resiko perilaku kekerasan	<p>Setelah dilakukan interaksi 3 ×20 menit diharapkan klien dapat membina hubungan saling percaya dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membalas sapaan perawat 2. Ekspresi wajah bersahabat dan senang 3. Ada kontak mata 4. Mau menyebutkan nama 	<p>Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komter</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Sapa klien dengan ramah b. Perkenalkan diri dengan sopan c. Tanyakan nama lengkap klien dan nama kegiatan klien d. Jelaskan maksud tujuan interaksi e. Berikan perhatian pada klien 	Hubungan saling percaya merupakan dasar untuk memperlancar interaksi yang selanjutnya akan dilakukan
		<p>Setelah dilakukan interaksi 3×20 menit diharapkan klien mampu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan 2. Memperagakan cara fisik 1 untuk mengontrol perilaku 	<p>SP1</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab, tanda dan gejala, serta akibat perilaku kekerasan 2. Latih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik 1 : Tarik napas dalam 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan kesempatan kepada klien untuk mengungkapkan perasaannya dan mengidentifikasi

		kekerasan	3.Masukan dalam jadwal harian pasien	penyebab perilaku kekerasan. 2. Membantu klien mengatasi perilaku kekerasan
		Setelah dilakukan interaksi 3×20 menit diharapkan klien mampu: 1.Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan 2.Memperagakan cara fisik 2 untuk mengontrol perilaku kekerasan	SP2 1.Evaluasi kegiatan yang lalu (SP1) 2. Latih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik 2: pukul kasur,bantal atau guling 3.Masukan dalam jadwal kegiatan klien	Meluapkan emosi ke benda yang tidak membahayakan
		Setelah dilakukan interaksi 3×20 menit diharapkan klien mampu: 1.Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan 2.Memperagakan cara sosial atau verbal untuk mengontrol perilaku kekerasan	SP3 1.Evaluasi kegiatan yang lalu (SP1,SP2) 2.Latih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara sosial atau verbal: a.Mengungkapkan marah dengan verbal b.Menolak dengan baik c.Meminta dengan baik 3.Masukan dalam jadwal kegiatan pasien	Meredakan emosi dengan mengungkapkan rasa kesalnya agar lebih lega
		Setelah dilakukan interaksi 3 ×20 menit diharapkan klien mampu: 1.Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan 2.Memperagakan cara spiritual untuk mengontrol perilaku	SP4 1.Evaluasi kegiatan yang lalu (SP1,SP2,SP3) 2.Latih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual: berdoa dan sholat	Agar klien lebih tenang

		kekerasan	3.Masukan dalam jadwal pasien	
		Setelah dilakukan interaksi 3×20 menit diharapkan klien mampu: 1.Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan 2.Memperagakan cara patuh minum obat	SP5 1.Evaluasi kegiatan yang lalu (SP1, SP2, SP3,SP4) 2.Latih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara patuh minum obat a. Minum obat secara teratur dengan menggunakan prinsip 5 benar b.Susun jadwal minum obat secara teratur 3.Masukan dalam jadwal hariian pasien	Agar pasien memiliki kesadaran pentingnya minum obat dengan kesadaran sendiri

E. Implementasi dan Evaluasi

Tabel 3.3
Implementasi dan Evaluasi

Hari Tanggal	No DX	Diagnosa keperawatan	Implementasi	Evaluasi	Paraf
Kamis, 06 april 2023 09.30	1	Gangguan persepsi sensori: Halusinasi pendengaran	Membina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komter a. Menyapa klien dengan ramah b. Memperkenalkan diri dengan sopan c. Menanyakan nama lengkap klien dan nama kegiatan klien d. Mejelaskan maksud tujuan interaksi e. Memberikan perhatian pada klien	S : <ul style="list-style-type: none"> • Klien membalas sapaan • Klien menyebutkan namanya • Klien mengutarakan masalah yang dihadapinya O : <ul style="list-style-type: none"> • Ekspresi tegang • Kontak mata kurang • Mau menjabat tangan A : BHSP tercapai sebagian P: Lanjut SP1	Elsa
09.45			SP 1 1. Membantu klien mengenali halusinasinya a. Isi halusinasi b. Waktu halusinasi c. Frekuensi d. Situasi yang menyebabkan halusinasi e. Perasaan saat halusinasi muncul 2.Melatih cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik	S : <ul style="list-style-type: none"> • Klien mampu menyebutkan isi, waktu, frekuensi, situasi yang menyebabkan halusinasi, dan perasaan saat halusinnasi muncul O : <ul style="list-style-type: none"> • Klien mampu memperagakan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik • Kontak mata kurang 	Elsa

			<ol style="list-style-type: none"> a. Menjelaskan cara menghardik halusinasi b. Memperagakan cara menghardik c. Meminta klien memperagakan ulang d. Memantau penerapan cara ini, berikan penguatan perilaku pasien <p>3. Memasukan dalam jadwal kegiatan pasien</p>	<p>A : SP1 teratasi P : Evaluasi SP1 dan lanjutkan SP2</p>	
10.00			<p>SP 2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi kegiatan yang lalu (SP1) 2. Melatih klien bercakap-cakap dengan orang lain 3. Memasukan dalam jadwal kegiatan pasien 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak memperagakan cara bercakap-cakap dengan orang lain • Klien tampak masih sering melamun dan bicara seperlunya <p>A: SP2 tercapai sebagian P: Evaluasi SP1 SP2 lanjut SP 3</p>	Elsa
Jumat 7 april 2023 09.35			<p>SP 3</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi kegiatan yang lalu (SP1,SP2) 2. Melatih klien melaksanakan aktivitas terjadwal <ol style="list-style-type: none"> a. Menjelaskan pentingnya aktivitas 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengingat nama perawat • Klien dapat menyebutkan cara mengontrol halusinasi SP1,SP2 	Elsa

			<p>yang teratur</p> <p>b. Mendiskusikan aktivitas yang biasa dilakukan pasien</p> <p>c. Menyusun jadwal aktivitas sehari-hari</p> <p>d. Memantau pelaksanaan jadwal kegiatan</p> <p>3. Memasukan dalam jadwal kegiatan pasien</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Klien menyebutkan jadwal sehari-hari <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak membuat jadwal kegiatan sehari-hari • Klien dapat melakukan aktivitas sesuai jadwal yang dibuat • Klien nampak masih suka menyendiri <p>A: SP3 tercapai sebagian</p> <p>P: Evaluasi SP1,SP2,SP3 lanjutkan SP4</p>	
11.00			<p>SP 4</p> <p>1. Mengevaluasi kegiatan yang lalu (SP1,SP2,SP3)</p> <p>2. Melatih klien menggunakan obat secara teratur</p> <p>a. Menjelaskan pentingnya penggunaan obat</p> <p>b. Menjelaskan akibat bila obat tidak di minum sesuai jadwal</p> <p>c. Menjelaskan cara menggunakan obat dengan prinsip 5 benar (benar obat, benar pasien, benar cara, benar waktu, benar dosis)</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan • Klien menyebutkan manfaat dari program pengobatan <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak memperhatikan saat diberi penjelasan • Klien tampak paham manfaat pengobatan • Kontak mata kurang <p>A: SP4 tercapai sebagian</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan dan evaluasi SP1,SP2,SP3,SP4</p>	Elsa
		Gangguan	SP1	S:	Elsa

Senin 10 April 2023 10.15	2	emosi: Resiko perilaku kekerasan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi penyebab, tanda dan gejala, serta akibat perilaku kekerasan 2. Melatih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik 1 : Tarik napas dalam 3. Memasukan dalam jadwal harian pasien 	<ul style="list-style-type: none"> • Klien menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien memperhatikan pada saat dilatih cara fisik 1 • Klien mampu memperagakan cara fisik 1 • Kontak mata baik <p>A: SP1 tercapai P: Evaluasi SP1, lanjutkan SP2</p>	
10.20			<p>SP2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi kegiatan yang lalu (SP1) 2. Melatih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik 2: pukul kasur,bantal atau guling 3. Memasukan dalam jadwal kegiatan klien 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien memperhatikan pada saat dilatih cara fisik 2 • Klien mampu memperagakan cara fisik 2 • Klien tampak tenang <p>A: SP 2 tercapai P: Evaluasi SP1,SP2 lanjutkan SP3</p>	Elsa
Selasa 11 april 2023 10.00			<p>SP3</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi kegiatan yang lalu (SP1,SP2) 2. Melatih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara sosial atau verbal: <ol style="list-style-type: none"> a. Mengungkapkan marah dengan 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan • Klien mengatakan sudah bisa memperagakan cara sosial dan verbal <p>O:</p>	Elsa

			verbal b. Menolak dengan baik c. Meminta dengan baik 3. Memasukan dalam jadwal kegiatan pasien	<ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak memperhatikan pada saat dilatih dengan cara sosial, verbal • Klien mampu memperagakan marah secara verbal • Klien mampu maminta dan menolak dengan baik A: SP3 tercapai P: Evaluasi SP1,SP2,SP3 lanjut SP4	
10.10			SP4 1. Mengevaluasi kegiatan yang lalu (SP1,SP2,SP3) 2. Melatih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual: berdoa, sholat dan ngaji 3. Memasukan dalam jadwal pasien	S: <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan kegiatan yang sudah dilakukan O: <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak rajin sholat dan mengikuti acara pengajian A: SP4 tercapai P: Evaluasi SP1,SP2,SP3,SP4 lanjut SP5	Elsa
10.15			SP5 1. Mengevaluasi kegiatan yang lalu (SP1, SP2, SP3,SP4) 2. Melatih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara patuh minum obat a. Minum obat secara teratur	S: <ul style="list-style-type: none"> • Klien menyebutkan SP1-SP4 • Klien mengatakan belum mengetahui cara minum obat menggunakan 5B O: <ul style="list-style-type: none"> • Klien mampu minum obat 	Elsa

			dengan menggunakan prinsip 5 benar b. Menyusun jadwal minum obat secara teratur 3. Memasukan dalam jadwal harian pasien	secara teratur A: SP5 tercapai sebagian P: Intervensi dilanjutkan evaluasi SP1,SP2,SP3,SP4,SP5	
--	--	--	---	---	--

F. Catatan Perkembangan

Tabel 3.4
Catatan perkembangan

Tanggal/ Jam	DX	Catatan Perkembangan	Paraf
Sabtu 08 april 2023 09.30	1	SP1 S: <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan halusinasinya berkurang • Klien mengatakan jika suara itu muncul akan mengontrol dengan menghardik O: <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak tenang • Kontak mata baik A: SP1 teratasi P: <ul style="list-style-type: none"> • Evaluasi SP1 • Lanjutkan SP2 I: Melatih pasien cara menghardik halusinasi E: <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mampu mempegakan cara menghardik halusinasi • Pasien bersedia berlatih cara mengontrol halusinasi dengan cara lain 	Elsa
09.35		SP2 S: <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan halusinasinya berkurang • Klien mengatakan tidak akan banyak melamun O: <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak tenang • Kontak mata baik • Klien tampak sering berkumpul dengan temannya A: SP2 teratasi P: <ul style="list-style-type: none"> • Evaluasi SP1,2 • Lanjutkan SP3 I: Melatih pasien bercakap-cakap dengan orang lain E: Pasien mampu mengajak temanya bercakap-cakap	Elsa

09.40		<p>SP3</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan jika suara itu muncul akan melakukan aktivitas untuk menyibukan diri • Klien menyebutkan aktivitas sehari-hari <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak banyak melakukan aktivitas • Klien tampak tenang <p>A: SP 3 tercapai</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluasi SP 1,2,3 • Lanjutkan SP4 <p>I: Melatih klien melaksanakan aktivitas terjadwal</p> <p>E:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien dapat melakukan aktivitas terjadwal • Klien mengikuti kegiatan di klinik 	Elsa
09.45		<p>SP4</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan jadi tahu pentingnya minum obat <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kontak mata baik • Klien lupa cara menggunakan obat dengan 5B <p>A: SP4 tercapai sebagian</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluasi SP1,2,3,4 <p>I: Melatih klien menggunakan obat secara teratur</p> <p>E:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mampu menyebutkan pentingnya minum obat secara teratur 	Elsa
Rabu, 12 april 2023 10.00	2	<p>SP1</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan sudah bisa melakukan napas dalam untuk mengontrol marah <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak tenang • Klien dapat memperagakan tarik napas dalam <p>A: SP1 tercapai</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluasi SP1 	Elsa

		<ul style="list-style-type: none"> • Lanjutkan SP2 <p>I:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Melatih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik 1: Tarik napas dalam <p>E: pasien mampu mempraktekan cara fisik 1 tarik napas dalam</p>	
10.05		<p>SP2</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan jika sedang kesal atau marah klien akan mengalihkannya ke bantal/kasur <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak senang pada saat belajar • Kontak mata klien baik <p>A: SP2 tercapai</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluasi SP2 • lanjutkan SP3 <p>I: Melatih mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik 2: pukul kasur, bantal atau guling</p> <p>E: Pasien dapat mempragakan cara fisik 2; pukul kasur, bantal, atau guling</p>	Elsa
10.10		<p>SP3</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan sudah bisa mengendalikan dengan marah dengan meminta/menolak dengan baik <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak tenang • Klien tampak semangat dalam berlatih <p>A: SP3 tercapai</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluasi SP3 • Lanjutkan SP4 <p>I: Mengajarkan kepada klien bicara dengan baik tanpa marah</p> <p>E:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mampu mempragakan marah secara verbal dan sosial 	Elsa

10.15	<p>SP4</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan jika saya marah saya akan banyak istighfar <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak rajin sholat • Klien mengikuti pengajian <p>A: SP4 tercapai</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluasi SP4 • Lanjutkan SP5 <p>I:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Melatih klien melakukan cara mengontrol kemarahannya dengan cara spiritual <p>E: Klien mampu melakukan dan mengikuti kegiatan-kegiatan spiritual.</p>	Elsa
10.20	<p>SP5</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan sudah tahu jadwal minum obat • Klien mengatakan minum obat secara teratur <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mampu menyebutkan prinsip 5 benar minum obat namun terkadang klien lupa dan masih harus di ingatkan oleh perawat <p>A: SP5 tercapai sebagian</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lakukan evaluasi • Terminasi pada pertemuan selanjutnya <p>I:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Membantu klien mengontrol perilaku kekerasan dengan minum obat secara teratur <p>E:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien minum obat secara teratur • Klien masih suka lupa prinsip 5 benar minum obat 	Elsa

B. PEMBAHASAN

Setelah melakukan asuhan keperawatan jiwa pada Tn. N dengan Gangguan persepsi sensori : Halusinasi pendengaran pada bipolar di Klinik Nur Illahie Assani di wilayah Samarang, penulis akan membahas kesenjangan antara teoritis dengan tinjauan kasus. Pembahasan dimulai melalui tahapan proses keperawatan yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

1. Tahap 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 Tn. N karena dalam menentukan diagnosa penulis melihat dari data yang didapat dari hasil pengkajian.

Pada awal pengkajian, penulis tidak mengalami hambatan, karena penulis telah melaksanakan perkenalan dan menjelaskan maksud penulis, yaitu melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien sehingga pasien terbuka dan kooperatif.

Menurut data yang didapatkan klien datang ke klinik rehabilitasi mental diantar oleh keluarganya setelah marah-marah dan nendang pintu karena kesal kepada orang tuanya tidak memenuhi keinginannya dan ngurung diri dikamar. Pada saat dikaji pada tanggal 05 april 2023 pasien mengeluh suka mendengar suara-suara yang tidak ada wujudnya dan nyuruh untuk melukai orang, suara itu datang ketika mau tidur, klien terganggu oleh suara tersebut.

Pada tanda dan gejala dalam tinjauan pustaka masalah yang ditulis menurut Damaiyanti (2014) perilaku pasien yang terkait dengan halusinasi yaitu berupa berbicara, tertawa, dan senyum sendiri, menggerakkan bibir tanpa suara menarik diri dari orang lain, bertindak merusak diri, orang dan lingkungan, tidak dapat membedakan yang nyata dan tidak nyata, ekspresi muka tegang dan mudah tersinggung, jengkel dan marah ketakutan biasa terdapat disorientasi waktu, tempat dan orang, tidak dapat mengurus diri dan tidak melakukan kegiatan sehari-hari.

Dari beberapa kesenjangan tinjauan pustaka maka dapat disimpulkan bahwa ada beberapa perilaku yang muncul pada tinjauan kasus, hal ini sesuai dengan teori Damaiyanti (2014) bahwa tanda dan gejala pasien halusinasi adalah sebagai berikut :

a. Melamun

Pada saat diruangan didapatkan pasien cenderung menyendiri dan kemudian melamun.

b. Menarik diri dari orang lain

Pada saat diruangan pasien tampak cenderung menyendiri.

c. Bertindak merusak diri, orang lain dan lingkungan

Klien mengatakan sebelum masuk klinik klien pernah menendang pintu saat marah.

d. Mudah tersinggung

Klien cenderung mudah tersinggung.

Menurut data yang diperoleh terdapat kesenjangan antara tinjauan kasus dan tinjauan teori, didapatkan bahwa pasien dengan halusinasi tidak selalu sama dengan tinjauan teori, menurut asumsi penulis banyak kesenjangan karena pasien sudah di rawat selama 9 tahun maka dari itu pasien sudah lebih baik.

2. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian pada tinjauan kasus, didapatkan data fokus pasien suka mendengar suara-suara yang tidak ada wujudnya dan nyuruh untuk melukai orang, dulu muncul hamper setiap hari sekarang suara itu muncul hilang timbul, frekuensi muncul sekitar 2-3 kali dalam durasi 1-2 menit . Pada saat suara itu muncul pasien mengacuhkan suara tersebut dan berusaha mengusirnya, pasien juga tampak sering menyendiri, melamun dan mudah tersinggung, pada saat sebelum masuk klinik pasien menendang pintu ketika marah. Sehingga munculnya diagnosa keperawatan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran, dan Resiko Perilaku kekerasan, hal ini sesuai dengan teori menurut Yusuf

(2015). Dalam penegakkan diagnosa tidak terdapat kesenjangan dalam masalah keperawatan, karena dalam tinjauan teori terdapat dua masalah keperawatan.

3. Rencana Keperawatan

Menurut tinjauan teori dari (Yosep, 2014) dan tinjauan kasus pada halusinasi pendengaran yaitu SP1 bantu pasien mengenali halusinasi dan mengajarkan cara menghardik halusinasi, SP2 latih bercakap-cakap dengan orang lain, SP3 latih klien beraktivitas secara terjadwal, SP4 latih pasien menggunakan obat secara teratur. Tinjauan kasus resiko perilaku kekerasan dilakukan 5 strategi pelaksanaan yaitu SP1 Identifikasi penyebab, tanda dan gejala, serta akibat perilaku kekerasan, latih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik 1 tarik napas dalam, SP2 latih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik 2 pukul kasur, bantal atau guling, SP3 latih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara sosial atau verbal mengungkapkan marah dengan verbal, menolak dengan baik, meminta dengan baik, SP4 latih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual berdoa dan sholat, SP5 latih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara patuh minum obat.

Pada rencana keperawatan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus terdapat kesamaan perencanaan menggunakan kriteria hasil yang mengacu pada penilaian tujuan, sedangkan pada tinjauan kasus perencanaan menggunakan sasaran, dalam rasionalnya dengan alasan penulis ingin berupaya memandirikan pasien dalam pelaksanaan.

Pemberian asuhan keperawatan melalui peningkatan pengetahuan yang kognitif, keterampilan menangani masalah dan perubahan tingkah laku pasien. Dalam rasional rencana keperawatan yang ditampilkan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus terdapat kesamaan, maka rasional tetap mengacu pada sasaran kriteri yang telah ditetapkan. Didalam keperawatan jiwa yang dilakukan adalah komunikasi terapeutik, dan untuk melakukan komunikasi terapeutik maka harus dibina hubungan saling percaya anatar pasien dan perawat.

4. Tindakan Keperawatan

Tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan , pada saat akan melaksanakan tindakan keperawatan membuat kontrak/janji terlebih dahulu dengan pasien yang isinya menjelaskan apa yang akan dikerjakan dan peran serta yang diharapkan pasien. Kemudian catat semua tindakan yang telah dilaksanakan, tetapi berencana untuk mengambil tindakan gunakan tujuan dan implementasi menggunakan strategi pelaksanaan. Pada tanggal 6,7,8 april 2023 dilakukan pelaksanaan tindakan keperawatan dengan masalah halusinasi pendengaran dengan empat strategi pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan. SP1 membantu pasien mengenali halusinasi dan mengajarkan cara menghardik halusinasi, SP2 melatih bercakap-cakap dengan orang lain, SP3 melatih klien beraktivitas secara terjadwal, SP4 melatih pasien menggunakan obat secara teratur. Setelah dilakukan interaksi atau membantu pasien mengontrol halusinasinya pasien mampu

mempraktikkan cara menghardik halusinasinya, bercakap-cakap dengan orang lain, melakukan aktivitas yang terjadwal, dan menggunakan obat secara teratur.

Pada tanggal 10,11,12 april 2023 dilakukan pelaksanaan tindakan keperawatan dengan masalah resiko perilaku kekerasan dengan lima strategi pelaksanaan SP1 mengidentifikasi penyebab, tanda dan gejala, serta akibat perilaku kekerasan, melatih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik 1 tarik napas dalam, SP2 melatih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik 2 pukul kasur,bantal atau guling, SP3 melatih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara sosial atau verbal mengungkapkan marah dengan verbal, menolak dengan baik, meminta dengan baik, SP4 melatih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual berdoa dan sholat, SP5 melatih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara patuh minum obat. Setelah dilakukan interaksi atau membantu pasien mengontrol emosinya pasien dalam melakukan strategi pelaksanaan yang sudah di latih.

5. Evaluasi

Tahap ini merupakan tahap akhir dari proses keperawatan berguna untuk menilai perkembangan klien setelah diberikan asuhan keperawatan. Pada tahap ini penulis tidak mendapatkan hambatan karena pasien dapat diajak kerja sama dan kooperati, kriteria evaluasi dapat dinilai jelas melalui observasi ataupun 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 kerja sama dengan pihak yang memahami kondisi kejiwaan klien.

BAB IV

KESIMPULAN DAN SARAN

A. KESIMPULAN

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada Tn. N dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran dari tanggal 05 April sampai 12 April 2023, maka dapat diambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Penulis dapat 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 jiwa yaitu halusinasi pendengaran dan resiko perilaku kekerasan.
2. Penulis dapat merumuskan diagnosa keperawatan dari hasil pengkajian terhadap masalah klien.
3. Penulis dapat merencanakan tindakan keperawatan sesuai dengan prioritas masalah keperawatan
4. Penulis dapat melaksanakan tindakan keperawatan yang mengacu pada rencana yang telah disusun dan disesuaikan dengan kondisi klien, pelaksanaan tindakan keperawatan diberikan langsung kepada klien selama 7 pertemuan.
5. Penulis dapat melakukan evaluasi terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan dan menilai bahwa klien sudah bisa mengontrol halusinasinya dan klien juga sudah bisa mengontrol emosinya.

6. Penulis dapat mendokumentasikan asuhankeperawatan yang telah dilakukan.

B. SARAN

1. Bagi Perawat

Diharapkan agar perawatan klien dengan halusinasi mencapai hasil yang optimal, maka perlu dilakukan tindakan keperawatan yang sesuai standar asuhan keperawatan jiwa, perawat tidak terkonsentrasi oleh pekerjaan rutin sehingga kemajuan perkembangan klien kurang terdukung. Terapi aktivitas kelompok sebaiknya dilakukan agar kesadaran dan persepsi klien tentang lingkungan maupun dirinya terdukung.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan bagi mahasiswa khususnya tentang pemberian asuhan keperawatan pada pasien jiwa, sehingga mahasiswa lebih profesional dalam mengaplikasikan pada kasus secara nyata.

3. Bagi Mahasiswa

Untuk meningkatkan dan pengembangan pengetahuan mahasiswa tentang ilmu keperawatan jiwa sesuai perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi. Serta mengetahui terlebih dahulu beberapa masalah utama dan diagnosa medis yang meliputi keperawatan jiwa.

DAFTAR PUSTAKA

- Damaiyanti, M., & Iskandar. (2014). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Bandung : Refika Aditama
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat. 2021. *Jumlah Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) Di Jawa Barat*. Diakses 10 juni 2023 <https://opendata.jabarprov.go.id>
- Dinas Kesehatan Kabupaten Garut. 2023. *Laporan Tahunan Dinas Kesehatan Kabupaten Garut. Garut : Dinkes*
- Herman S, D,. 2018. *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta : Cv. Trans Info Media
- Holland, K., & Nicholls, E. (2018, January 18). Bipolar Disorder: Symptoms, Diagnosis, and Treatment. Diakses pada 18 juni 2023 [.https://www.healthline.com/health/bipolar-disorder](https://www.healthline.com/health/bipolar-disorder)
- Kemendes RI. (2019). *Situasi Kesehatan Jiwa di Indonesia: Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*. Kementerian Kesehatan RI. <https://pusdatin.kemkes.go.id>
- Oktiviani, D. P. (2020). *Asuhan Keperawatan Jiwa dengan masalah Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran di Ruang Rukan Rumah Sakit Jiwa Tampan (Doctoral dissertation, Poltekes Kemenkes Riau)* . Diakses pada 20 Juni 2023. <http://repository.pkr.ac.id/id/eprint/498>
- Panggabean, L. M., & Rona, D (2015). *Apakah aku bipolar?: 100 tanya jawab dengan psikiater*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama.
- Putra, H. G. S. A. Gangguan afektif bipolar mania dengan psikotik: sebuah laporan kasus. Diakses pada 7 Juni 2023. *Jurnal Medika Udayana* Vol 3 No 4 (2014).
- Risal, M dkk (2022). *Ilmu Keperawatan Jiwa*. Bandung : Media Sains Indonesia

- Scott, K. M., Jonge, P. De, Stein, D. J., dan Kessler, R. C. (2018). *Mental Disorders Around The World*. Cambridge University Press.
Diakses pada 5 Juni 2023.
- SDKI. (2017). *Standar Diagnosis Asuhan Keperawatan: Definisi dan Indikator Diagnostik* (1 cetakan). Jakarta: DPP PPNI.
- Yusuf, A., Rizky, F, & Nihayati, H. E. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta: Salemba Medika
- Yosep Iyus & Sutini Titin (2014). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Bandung : Refika Aditama

