

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA TN. A DENGAN GANGGUAN
PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI PENDENGARAN AKIBAT
GANGGUAN MOOD (BIPOLAR) DI YAYASAN REHABILITASI
MENTAL NUR ILAHIE ASSANI SAMARANG
KABUPATEN GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Untuk Memenuhi Syarat Dalam Menyelesaikan Program Pendidikan
Diploma III Keperawatan di STIKes Karsa Husada Garut

DISUSUN OLEH:

**ANNISA DESI NUR UTAMI
KHGA20006**



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

2023

LEMBAR PENGESAHAN

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA TN. A DENGAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI: HALUSINASI PENDENGARAN AKIBAT GANGGUAN MOOD (BIPOLAR) DI YAYASAN NUR ILAHIE ASSANI REHABILITASI MENTAL KABUPATEN GARUT

NAMA : ANNISA DESI NUR UTAMI

NIM : KHGA20006

Garut, Juli 2023

Menyetujui

Penguji I

Penguji II

Wahyudin, S.Kp., M.Kes

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

Mengetahui,

Mengesahkan,

Ketua Program Studi D III Keperawatan
STIKes KARSA HUSADA GARUT

Pembimbing

K. Dewi Budiarti, M. Kep

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

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA TN. A DENGAN
GANGGUAN PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI
PENDENGARAN AKIBAT GANGGUAN MOOD
(BIPOLAR) DI YAYASAN NUR ILAHIE ASSANI
REHABILITASI MENTAL KABUPATEN GARUT

NAMA : ANNISA DESI NUR UTAMI

NIM : KHGA20006

Karya Tulis Ilmiah

KTI ini telah disidangkan dihadapan

Tim Penguji Program Studi DIII Keperawatan STIKes Karsa Husada

Garut, Juli 2021

Menyetujui,

Pembimbing

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

ABSTRAK

JUDUL : **ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA TN. A DENGAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI PENDENGARAN AKIBAT GANGGUAN MOOD (BIPOLAR) DI YAYASAN NUR ILAHIE ASSANI REHABILITASI MENTAL KABUPATEN GARUT**

NAMA : **ANNISA DESI NUR UTAMI**

NIM : **KHGA20006**

IV BAB, 74 halaman, 8 tabel, 8 gambar, 5 lampiran

Karya tulis ilmiah ini berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Tn. A Dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran Akibat Gangguan mood (Bipolar) Di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Ilahie Assani Samarang Garut”. Penulis merasa tertarik untuk melakukan studi kasus pada klien dengan gangguan persepsi sensorial halusinasi pendengaran, karena halusinasi pendengaran merupakan gejala yang sering ditemukan pada penderita gangguan jiwa khususnya bipolar. Metode penelitian yang digunakan adalah metode *deskriptif* melalui studi kasus dengan teknik pengumpulan data, teknik observasi, wawancara dan studi pustaka di Rehabilitasi Mental. Subjek penelitiannya adalah pasien bipolar dengan masalah keperawatan halusinasi dilakukan mulai dari tahap pengkajian, diagnosa, rencana, tindakan, evaluasi sampai catatan perkembangan. Tujuannya yaitu untuk memperoleh pengalaman secara nyata dalam menerapkan asuhan keperawatan jiwa secara langsung dan komprehensif. Setelah dilakukan asuhan keperawatan penulis menemukan dua masalah yaitu gangguan persepsi sensorial: halusinasi pendengaran dan resiko perilaku kekerasan yang menjadi data fokus atau tujuan utama dari pemberian asuhan keperawatan ini adalah memotivasi pasien untuk mengenali halusinasi, mengajarkan cara mengontrol halusinasi, dan mengajarkan minum obat dengan teratur. Maka diharapkan dari Karya Tulis Ilmiah ini kerja sama antara tim kesehatan dan keluarga pasien sangat diperlukan untuk keberhasilan asuhan keperawatan yang dilakukan pada klien teratasi, dengan masalah persepsi sensorial halusinasi pendengaran.

Kata Kunci : *Bipolar, Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi, Asuhan Keperawatan*

Daftar Pustaka: 11 buah (2014-2022)

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT, Tuhan semesta alam. Atas izin dan karunia-Nya, penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini dengan judul “Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. A Dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi.

Penulisan karya tulis ilmiah ini bertujuan untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan Pendidikan program Diploma III Keperawatan di STIKes Karsa Husada Garut. Sebagai hamba-Nya yang lemah, dengan segala kerendahan hati penulis menanti saran dan kritik yang sifatnya membangun demi perbaikan karya tulis ilmiah ini. Pada kesempatan ini penulisan mengucapkan terima kasih yang setulusnya kepada semua pihak yang telah membantu dalam proses penyusunan karya tulis ilmiah ini. Oleh karena itu, penulis berterima kasih 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 DIII Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut

5. Ibu Tanti S., S.Kep, Ners., M.H.Kes, selaku dosen pembimbing Karya Tulis Ilmiah ini yang telah banyak memberikan saran dan bimbingannya dengan penuh tanggung jawab, sehingga penulis mampu menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Bapak Wahyudin, S.Kp., M.Kes, selaku dosen penguji I yang telah memberikan masukan yang sangat berarti untuk penulis.
7. Bapak Gin Gin Sugih P., S.Kep., M.H.Kes, selaku dosen penguji II yang telah memberikan masukan yang sangat berarti untuk penulis.
8. Seluruh staf dan karyawan tata usaha dan perpustakaan yang telah memberi bantuan dalam penyediaan buku sumber.
9. Ketua Klinik Yayasan Nur Illahie yang telah memberikan izin untuk melaksanakan praktek lapangan.
10. Kepala Klinik Yayasan Nur Illahie beserta staf yang telah memberikan kesempatan dan bantuan serta kerjasama dalam melaksanakan asuhan keperawatan.
11. Tn. A yang telah bersedia untuk bekerja sama dengan penulis dalam melaksanakan asuhan keperawatan.
12. Keluarga tercinta Mama dan Ayah, serta Adik yang telah mendoakan, memberikan motivasi yang tiada henti, memberikan dukungan baik secara moril maupun material, serta tiada henti dalam memberikan curahan kasih sayang dan semangat kepada penulis selama penyusunan karya tulis ilmiah ini.

13. Rekan-rekan mahasiswa seperjuangan Angkatan 2020 terutama untuk kelas 3A Prodi DIII Keperawatan yang selalu memberikan semangat dan memberikan motivasi juga kenangan selama tiga tahun.
14. Sahabat-sahabat MTs terbaikku Alifa, Wilda yang sudah menemani, membantu masa proses saya dan memberikan motivasi serta semangat.
15. Sahabat-sahabat tercinta QUBETU, Alma Fadira, Arini Rahayu, Dini Risdianti, Dineu Srirahmawati, Elsa Nabila terima kasih telah menjadi sahabat penulis selama menempuh Pendidikan DIII Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut, memberikan motivasi serta dukungan semangat yang tiada henti kepada penulis.

Garut, Juni 2023

Penulis

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSIDANGAN

LEMBAR PENGESAHAN

ABSTRAK

KATA PENGANTAR..... i

DAFTAR ISI..... iv

DAFTAR TABEL vi

DAFTAR GAMBAR..... vii

DAFTAR LAMPIRAN viii

BAB I PENDAHULUAN..... 1

A. Latar Belakang 1

B. Tujuan Penulisan 5

C. Metode Telaah 6

D. Sistematik Penulisan 7

BAB II TINJAUAN TEORITIS..... 9

A. Konsep Dasar 9

1. Konsep Bipolar 9

2. Konsep Halusinasi 11

3. Konsep Resiko Perilaku Kekerasan 19

4. Konsep Dasar Isolasi Sosial 22

B. Konsep Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Perubahan Sensori
Persepsi Halusinasi Pendengaran 25

1. Pengkajian 25

2. Analisa data 32

3. Diagnosa Keperawatan 33

4. Rencana Tindakan Keperawatan 33

5. Intervensi 33

6. Implementasi..... 38

7. Evaluasi 38

BAB III TINJAUAN KASUS..... 40

A. Tinjauan Kasus 41

1. Pengkajian 41

2. Diagnosa Keperawatan 55

3. Analisa Data	56
4. Perencanaan.....	57
5. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan.....	61
6. Catatan Perkembangan	70
B. Pembahasan.....	74
1. Pengkajian	74
2. Diagnosa Keperawatan.....	75
3. Perencanaan.....	76
4. Implementasi.....	77
5. Evaluasi.....	78
BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI.....	79
A. KESIMPULAN	79
B. REKOMENDASI.....	79

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Jumlah penderita penyakit jiwa di wilayah Klinik Rehabilitas Nur Ilahi Assani Samarang.....	4
Tabel 2.1 Karakteristik dan Perilaku Halusinasi	17
Tabel 2.2 Perbandingan perilaku pasif, asertif, dan agresif	20
Tabel 2.3 Intervensi Keperawatan Halusinasi	33
Tabel 3.1 Terapi medik.....	50
Tabel 3.2 Analisa Data	51
Tabel 3.3 Intervensi Keperawatan pada Tn. A	52
Tabel 3.4 Implementasi dan Evaluasi pada Tn. A	56
Tabel 3.5 Catatan Perkembangan	64

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Rentang respon halusinasi.....	15
Gambar 2. 2 Pohon masalah.....	15
Gambar 2. 3 Rentang respon resiko perilaku kekerasan	20
Gambar 2. 4 Pohon masalah.....	22
Gambar 2. 5 Rentang respon isolasi sosial.....	23
Gambar 2. 6 Pohon masalah.....	24
Gambar 2. 7 Pohon masalah.....	32
Gambar 3. 1 Pohon masalah halusinasi.....	50

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 SPTK Halusinasi

Lampiran 2 SPTK Resiko Perilaku Kekerasan

Lampiran 3 Dokumentasi

Lampiran 4 Riwayat Hidup

Lampiran 5 Lembar Bimbingan

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan Jiwa merupakan kondisi ketika seorang 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. Kesehatan jiwa memiliki rentang respon adaptif yang merupakan sehat jiwa, masalah psikososial, dan respon maladaptif yaitu gangguan jiwa (UU No. 18 Tahun 2014).

Menurut *World Healty Organization* (WHO) tahun (2017), gangguan Kesehatan jiwa sudah menjadi masalah yang sangat serius, Indonesia merupakan negara dengan insiden gangguan jiwa berat, sebanding dengan penduduknya yang paling banyak dibandingkan dengan negara-negara lain diwilayah tersebut. Hal ini dapat dilihat dari jumlah penderita gangguan jiwa sekitar 238.452.952 penduduk Indonesia, 596.132 orang diantaranya menderita gangguan jiwa berat jumlah penderita gangguan jiwa saat ini mencapai lebih dari 28 juta orang, dengan kategori gangguan jiwa ringan 11,06% dan 0,46% penderita gangguan jiwa berat.

Upaya Kesehatan jiwa adalah setiap kegiatan untuk mewujudkan derajat Kesehatan jiwa yang optimal bagi setiap individu, keluarga, dan masyarakat dengan pendekatan promotive, preventif, kuratif, dan rehabilitative yang

diselenggarakan secara menyeluruh, terpadu, dan berkesinambungan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, atau masyarakat (UU Kesehatan Jiwa, 2014).

Menurut WHO (2017), pada umumnya gangguan mental yang terjadi adalah gangguan kecemasan dan gangguan depresi. Depresi merupakan penyebab terbesar kecacatan diseluruh dunia. Lebih dari 80% penyakit ini dialami oleh orang-orang yang tinggal dinegara yang berpenghasilan rendah dan menengah.

Gangguan jiwa yaitu suatu sindrom atau pola perilaku yang secara klinis bermakna yang berhubungan dengan distress atau penderitaan dan menimbulkan gangguan pada satu atau lebih fungsi kehidupan manusia (Keliat, 2014). Gangguan jiwa berat termasuk kedalam kategori ODGJ (Orang Dalam Gangguan Jiwa), yang merupakan gangguan jiwa yang ditandai oleh terganggunya kemampuan menilai realitas atau tilikan (insight) yang buruk dengan gejala halusinasi, ilusi, gangguan proses pikir, kemampuan berpikir serta tingkah laku aneh.

Kasus gangguan jiwa dengan prevalensi depresi pada penduduk umur \geq 15 tahun sebesar 7,8 dengan prevalensi tertinggi berada di rentan usia 65-74 tahun. Kemudian prevalensi gangguan mental emosional pada penduduk umur \geq 15 tahun sebesar 12,11 dengan prevalensi tertinggi berada di rentan usia 75 tahun keatas. Pelayanan kesehatan untuk Orang dengan gangguan jiwa berat di Jawa Barat pada tahun 2020 mencapai 70% (Risksedas, 2018).

Dinas Kesehatan melaporkan terdapat 3,721 Orang dengan gangguan jiwa yang tercatat di Dinas Kesehatan Kabupaten Garut, dengan 3,135 Orang

dengan gangguan jiwa telah dilayani dan 586 Orang dengan gangguan jiwa akan dilakukan penanganan di tingkat Puskesmas, Rumah Sakit Umum Daerah sampai rujukan ke Rumah Sakit Jiwa dan selama tahun 2022 terdapat 3,134 Orang dengan gangguan jiwa dilakukan rujukan langsung ke Rumah Sakit Jiwa (Dinkes, 2022).

Rehabilitasi Mental Nur Ilahie Assani merupakan salah satu Lembaga yang menerapkan konseling spiritual kepada para pasiennya. Penyembuhan pasien depresi di Rehabilitasi mental ini fokus utamanya yaitu dengan pemberian obat-obatan anti depresi. Rehabilitasi Mental Nur Ilahie Assani ini didirikan pada tahun 2010 semata-mata sebagai rumah perawatan dan rehabilitasi mental untuk menolong masyarakat atau klien yang mengalami gangguan jiwa dan penyalahgunaan napza disamping itu pendekatan secara konseling bagi para pasien juga diterapkan baik pada pasien yang rawat inap maupun rawat jalan. Menurut salah satu perawat disana, alasan fokus utama pengobatannya dengan pemberian obat karena dengan meminum obat dapat di matikan penyakit yang kemudian dibantu oleh pengobatan jiwa seperti bimbingan rohani maka mengantisipasi penyakit tersebut muncul kembali.

Tujuannya untuk memulihkan dan mengembangkan kemauan dan kemauan penyandang distabilitas khususnya disabilitas mental agar dapat melaksanakan fungsi sosial secara optimal, mendukung terpenuhnya kebutuhan dasar penyandang disabilitas binaan, Membantu pemerintah dalam aksesibilitas pelayanan rehabilitas sosial penyandang disabilitas mental.

Tabel 1.1 Jumlah penderita penyakit jiwa di wilayah Yayasan Rehabilitas

Nur Ilahi Assani Samarang

No	Diagnosa Medis	Tahun 2022	Tahun 2023
1.	Bipolar	28	26
2.	Skizofrenia	4	6
3.	Retardasi Mental	2	2
	Total	34	34

Berdasarkan tabel di atas, tiga besar masalah keperawatan di klinik rehabilitasi mental nur ilahie Samarang dari 2022 s.d 2023 ternyata yang mengalami gangguan jiwa yang paling banyak yaitu Bipolar. Sebanyak 28 pada tahun 2022 dan 26 pada tahun 2023 orang berada pada peringkat ke satu. Hal ini terjadi karena kurangnya dukungan serta perhatian dari keluarga dan masyarakat penderita yang diperlukan demi tercapainya upaya peningkatan Kesehatan jiwa, yang apabila tidak segera diatasi maka akan menimbulkan gejala atau permasalahan baru.

Bipolar merupakan gangguan mood yang serius ditandai dengan perubahan suasana hati, energi dan tingkat aktivitas seseorang (Mintz, 2015). Faktor yang menyebabkan penderita gangguan bipolar melakukan kejahatan di tinjau dari psikologi kriminal adalah apabila seseorang mendapatkan banyak tekanan yang menyebabkan hilangnya kesadaran dari penderita yang dapat menimbulkan perbuatan yang mengarah ke tindak pidana.

Gangguan bipolar terdiri dari atas 3 jenis yaitu pertama gangguan bipolar episode I merupakan gangguan mental yang bersifat sementara, kedua gangguan bipolar II merupakan gangguan dimana penderita selalu cemas dan

khawatir sehingga menimbulkan depresi, ketiga gangguan bipolar episode campuran (bipolar mixed) adalah seseorang dengan episode mania atau depresi dapat memiliki gejala psikotik seperti halusinasi.

Berdasarkan pernyataan diatas maka penulis merasa tertarik untuk mengambil kasus dengan judul **“Asuhan Keperawatan Pada Tn. A Dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran Akibat Gangguan mood (Bipolar) Di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Ilahie Assani Samarang Garut”**.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Mahasiswa mampu memberikan asuhan keperawatan jiwa Kepada Tn. A dengan masalah gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran di Klinik Nur Ilahi Samarang Garut.

2. Tujuan Khusus

- a. Mahasiswa mampu melakukan pengkajian pada pasien dengan gangguan persepsi sensori : Halusinasi pendengaran.
- b. Mahasiswa mampu menegakkan diagnosa dan masalah keperawatan pada Tn. A dengan gangguan presepsi sensori : Halusinasi pendengaran.
- c. Mahasiswa mampu menetapkan intervensi keperawatan secara menyeluruh pada Tn. A dengan gangguan persepsi sensori : Halusinasi pendengaran.
- d. Mahasiswa mampu Tindakan keperawatan yang nyata pada Tn. A dengan gangguan persepsi sensori : Halusinasi pendengaran.

- e. Mampu melakukan mengevaluasi sebagai tolak ukur guna menerapkan asuhan keperawatan pada Tn. A dengan gangguan persepsi sensori : Halusinasi pendengaran.
- f. Mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada gangguan persepsi sensori : Halusinasi pendengaran.

C. Metode Telaah

Dalam penulisan studi kasus ini, penulis menggunakan metode deskriptif yang berupa laporan kasus asuhan keperawatan melalui proses keperawatan tehnik pengumpulan data yang dilakukan adalah :

1. Wawancara

Yaitu cara pengumpulan data dengan melakukan tanya jawab secara langsung kepada klien, perawat di ruangan maupun tenaga Kesehatan yang terkait dan wawancara itu dilakukan selama melakukan Tindakan asuhan keperawatan.

2. Observasi

Yaitu teknik pengambilan data dengan mengadakan pengamatan langsung terhadap klien selama melakukan asuhan keperawatan metode pengambilan data yang menggunakan indra penglihatan untuk mengamati kondisi fisik klien dan memperoleh data yang objektif. Observasi dilakukan secara langsung sehubungan dengan masalah Kesehatan yang menimpanya.

3. Dokumentasi

Pengumpulan data yang didapatkan dari data klien dan laporan dari tenaga Kesehatan melalui catatan dokumentasi asuhan keperawatan yang

telah dilakukan dan mempelajari buku-buku atau referensi yang berguna untuk memperoleh dasar-dasar teori yang berhubungan dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran pada Bipolar serta permasalahannya, sehingga dapat digunakan untuk landasan dalam pemberian asuhan keperawatan.

D. Sistematik Penulisan

Untuk mendapatkan gambaran yang jelas mengenai penyusunan karya tulis ilmiah ini, maka penulis menggunakan sistematika penulisan sebagai berikut:

BAB I : PENDAHULUAN

Bab ini membahas tentang mengenai latar belakang, tujuan umum dan tujuan khusus, metode telaah, dan sistematika penulisan.

BAB II : TINJAUAN TEORI

Bab ini berisi tentang konsep dasar penyakit meliputi pengertian gangguan, psikodinamika bipolar, psikodinamika halusinasi, dampak halusinasi terhadap kebutuhan dasar manusia serta membahas tentang proses keperawatan jiwa meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

BAB III : TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

Tinjauan kasus berisi dokumentasi asuhan keperawatan meliputi: pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi dan catatan perkembangan. Sedangkan pembahasannya menguraikan tentang kesenjangan antara kasus dengan konsep.

BAB IV : KESIMPULAN

Dalam bab ini berisikan kesimpulan dari pelaksanaan asuhan keperawatan serta rekomendasi yang operasional terhadap masalah yang ditemukan.

DAFTAR PUSTAKA

Daftar pustaka merupakan daftar yang mencantumkan judul buku, nama pengarang, penerbit, dan sebagainya yang ditempatkan pada bagian akhir suatu karangan atau buku, dan disusun menurut abjad.

LAMPIRAN

Lampiran ini merupakan dokumen tambahan yang disertakan dalam Skripsi ataupun Karya Tulis Ilmiah berisi hasil dari suatu penelitian, baik berupa gambar, foto, teks, dan lain sebagainya. Penempatan lampiran skripsi biasanya pada bagian paling belakang setelah daftar pustaka dengan keterangan yang sangat jelas.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar

1. Konsep Bipolar

a. Definisi Bipolar

Gangguan bipolar (Bipolar Disorder) atau yang juga dikenal sebagai Gangguan Afektif Bipolar (GAB) adalah salah satu gangguan mood dalam kasus psikiatri. Sejak diterbitkannya Diagnostic and Statistical Manual 5 tahun edition (DSM-5) pada tahun 2013, secara resmi gangguan terkait (bipolar related disorder) dipisahkan dari gangguan mood utama lain yaitu gangguan depresi.

Menurut WHO (2017), bipolar disorder merupakan salah satu gangguan jiwa yang paling umum diderita masyarakat dunia dengan jumlah sekitar 60 juta jiwa atau sekitar 1% dari seluruh populasi di seluruh dunia. Bipolar disorder juga telah menjadi penyebab gangguan disabilitas ke-6 di dunia. Lebih dari itu, sebanyak 25-50% penderita gangguan bipolar pernah melakukan percobaan bunuh diri paling sedikit sekali selama hidupnya.

b. Tanda dan Gejala

- 1) Sulit konsentrasi, bicaranya pelan, kata-kata monoton, suara pelan.
- 2) Memilih untuk sendirian dan berdiam diri atau justru tidak bisa diam.
- 3) Sulit menemukan solusi permasalahan.

Tanda dan gejala depresi mungkin bervariasi tergantung usia, anak-anak yang depresi seringkali menunjukkan keluhan somatis, seperti sakit perut atau sakit kepala, sedangkan orang dewasa yang depresi seringkali mudah lupa dan mudah terdistraksi (Davison, Neale, & Kring, 2014).

c. Penyebab Bipolar

Secara umum, bipolar disorder disebabkan oleh dua hal, yaitu lingkungan dan genetik. Faktor-faktor maupun kejadian yang dapat menyebabkan bipolar disorder antara lain:

- 1) Kejadian traumatis dan peristiwa kehidupan, tetapi hasilnya masih belum tetap
- 2) Kekerasan seksual (Jiménez et al., 2017).
- 3) Penyalahgunaan zat-zat yang mengganggu mood.
- 4) Antidepresan sebagai contohnya mungkin menimbulkan gejala hipomanik (Barbuti et al., 2017).

d. Manifestasi Klinis

Terdapat dua pola gejala dasar pada Gangguan bipolar yaitu, episode depresi dan episode mania.

- 1) Episode manic:
 - a) Percaya diri berlebihan
 - b) Berkurangnya kebutuhan tidur
 - c) Cepat dan banyaknya pembicaraan
 - d) Lompatan gagasan atau pikiran berlomba
 - e) Perhatian mudah teralih

- f) Peningkatan energy dan hiperaktivitas psikomotor
- g) Meningkatnya aktivitas bertujuan (social, seksual, pekerjaan dan sekolah)

2) Episode Depresi Mayor

Paling sedikit dua minggu pasien mengalami lebih dari empat symptom atau tanda yaitu :

- a) Mood depresif atau hilangnya minat atau rasa senang
- b) Menurun atau meningkatnya berat badan atau
- c) nafsu makan
- d) Sulit atau banyak tidur
- e) Agitasi atau retardasi psikomotor
- f) Kelelahan atau berkurangnya tenaga
- g) Menurunnya harga diri
- h) Ide-ide tentang rasa bersalah, ragu-ragu dan menurunnya konsentrasi
- i) Pesimis

2. Konsep Halusinasi

Adapun diagnosa keperawatan pasien yang muncul dengan gangguan sensori persepsi : halusinasi adalah sebagai berikut:

- a. Gangguan persepsi sensori : Halusinasi
- b. Resiko perilaku kekerasan (pada diri sendiri, orang lain, dan lingkungan sekitar)

(Ah, Yusuf, 2015).

a. Definisi Halusinasi

Halusinasi adalah gangguan persepsi sensori dari suatu obyek tanpa adanya rangsangan dari luar, gangguan persepsi sensori ini meliputi seluruh pancaindra. Halusinasi merupakan salah satu gejala gangguan jiwa yang pasien mengalami perubahan sensori persepsi, serta merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan perabaan, atau penciuman.

Halusinasi adalah salah satu gejala gangguan sensori persepsi yang dialami oleh pasien gangguan jiwa. Pasien merasakan sensasi berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan, atau penghiduan tanpa stimulus yang nyata (Zelika & Dermawan (2015).

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

b. Etiologi

Menurut Aldam & Wardani, (2019), faktor-faktor yang menyebabkan klien gangguan jiwa mengalami halusinasi adalah sebagai berikut :

1) Faktor Predisposisi

a) Faktor perkembangan

Hambatan perkembangan akan mengganggu hubungan interpersonal yang dapat berakhir dengan gangguan persepsi.

Pasien mungkin menekan perasaannya sehingga pematangan fungsi intelektual dan emosi tidak efektif.

b) Faktor sosial budaya

Berbagai factor di masyarakat yang membuat seseorang merasa disingkirkan atau kesepian, selanjutnya tidak dapat diatasi sehingga pematangan fungsi intelektual dan emosi tidak efektif.

c) Faktor psikologis

Hubungan interpersonal yang tidak harmonis, serta peran ganda atau peran yang bertentangan dapat menimbulkan ansietas berat berakhir dengan pengingkaran terhadap kenyataan, sehingga terjadi halusinasi.

d) Faktor biologis

Stuktur otak yang abnormal ditemukan pada pasien gangguan orientasi realitas, serta dapat ditemukan atropik otak, pembesaran ventikal, perubahan besar, serta bentuk sel kortil dan limbik.

e) Faktor genetik

Gangguan orientasi realitas termasuk halusinasi umumnya ditemukan pada pasien skizofrenia. Skizofrenia ditemukan cukup tinggi pada keluarga yang salah satu anggota keluarganya mengalami skizofrenia, serta akan lebih tinggi jika kedua orang tua skizofrenia.

2) Faktor Presipitasi

a) Sressor sosial budaya

Stres dan kecemasan akan meningkatkan bila terjadi penurunan stabilitas keluarga, perpisahan dengan orang yang penting, atau diasingkan dari kelompok dapat menimbulkan halusinasi.

b) Faktor biokimia

Berbagai penelitian tentang dopamine, beropinetrin, indolamine, serta zat halusigenik diduga berkaitan dengan orientasi realitas termasuk halusinasi.

c) Faktor biologis

Intensitas kecemasan yang ekstrem dan memanjang disertai terbatasnya kemampuan mengatasi masalah memungkinkan berkembangnya gangguan orientasi realitis. Pasien mengembangkan koping untuk menghindari kenyataan yang tidak menyenangkan.

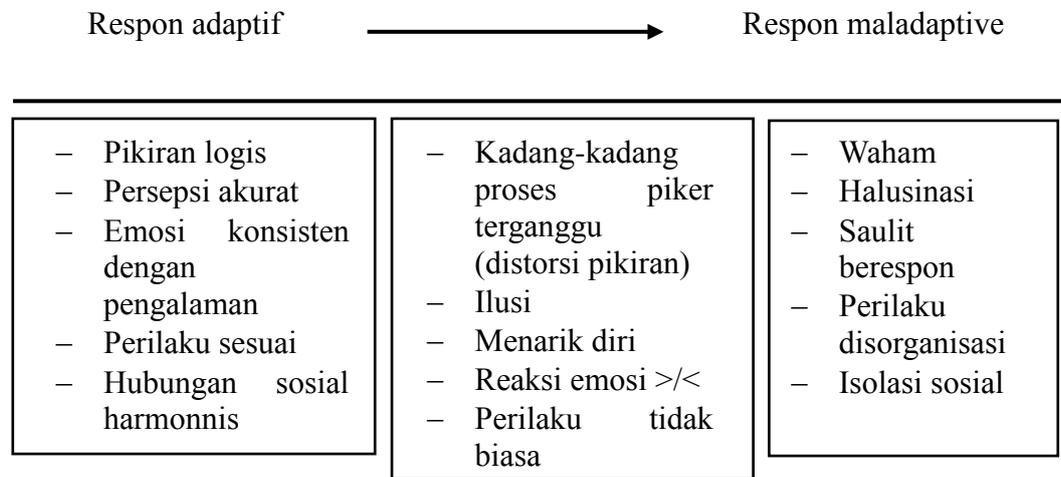
d) Perilaku

Perilaku yang perlu dikaji pada pasien dengan gangguan orientasi realitas termasuk halusinasi.

c. Rentang Respon Halusinasi

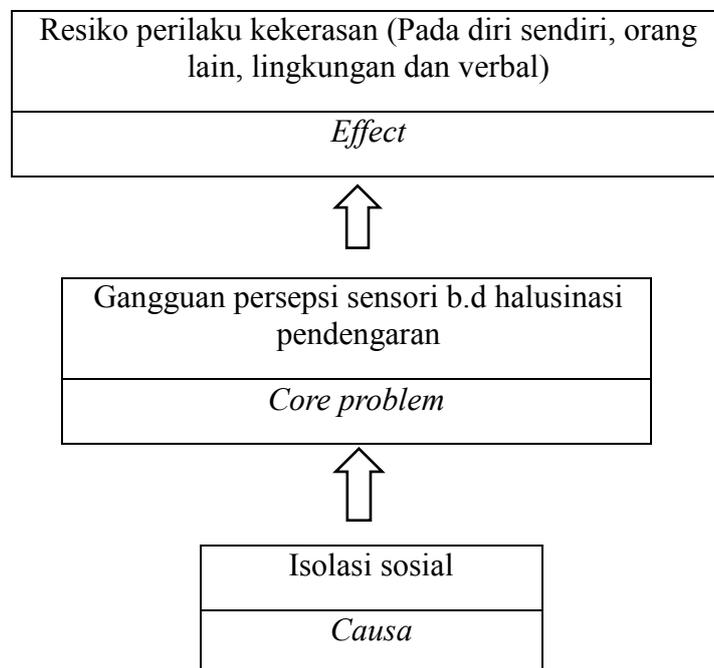
Halusinasi adalah salah satu gejala gangguan persepsi sensori yang dialami oleh pasien gangguan jiwa. Pasien merasakan sensasi berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan, atau penghidup tanpa stimulus yang nyata (Zelika & Dermawan, 2015).

Gambar 2. 1 Rentang respon halusinasi



d. Pohon Masalah

Gambar 2. 2 Pohon masalah



e. Jenis Halusinasi

Menurut Stuart (2007, dalam Pardee at al, 2021), jenis halusinasi antara lain :

1) Halusinasi Pendengaran (auditorik) 70%

Karakteristik ditandai dengan mendengar suara, terutama suara-suara orang, biasanya klien mendengar suara oaring yang sedang membicarakan apa yang sedang dipikirkannya dan memerintahkan untuk melakukan sesuatu.

2) Halusinasi Penglihatan (visual) 20%

Karakteristik dengan adanya stimulus penglihatan dalam bentuk pancaran cahaya, gambaran geometrik, gambar kartun dan atau panorama yang luas dan kompleks. Penglihatan bisa menyenangkan atau menakutkan.

3) Halusinasi Penciuman / Penghidup (olfactory)

Karakteristik ditandai dengan adanya bau busuk, amis dan bau yang menjijikan seperti: darah, urine atau feses. Kadang-kadang terhirup bau harum. Biasanya berhubungan dengan stroke, tumor, kejang dan dementia.

4) Halusinasi Peraba (tactile)

Karakteristik ditandai dengan adanya rasa sakit atau tidak enak tanpa stimulus yang terlihat. Contoh : merasakan sensasi listrik datang dari tanah, benda mati atau orang lain.

5) Halusinasi Pengecap (gustatory)

Karakteristik ditandai dengan merasakan sesuatu yang busuk, amis dan menjijikkan, merasa mengecap rasa seperti rasa darah, urin atau feses.

6) Halusinasi cenesthatik

Karakteristik ditandai dengan merasakan fungsi tubuh seperti darah mengalir melalui vena atau arteri, makanan dicerna atau pembentukan urine.

7) Halusinasi kinestatic

Karakteristik pergerakan sementara berdiri tanpa bergerak.

f. Fase-fase halusinasi

Menurut Yusuf (2015) Fase halusinasi dibagi menjadi 4, yaitu.

Tabel 2.1 Karakteristik dan Perilaku Halusinasi

Fase halusinasi	Karakteristik	Perilaku pasien
1	2	3
Fase I : Comforting ansietas tingkat sedang, secara umum, halusinasi bersifat menyenngkan	Klien mengalami keadaan emosi seperti ansietas, kesepian, rasa bersalah, dan takut serta mencoba untuk berfokus pada penenangan pikiran untuk mengurangi ansietas. Individu mengetahui bahwa pikiran dan pengalaman sensosri yang dialaminya tersebut dapat dikendalikan jika ansietasnya bisa diatasi (Non psikotik).	Tertawa yang tidak sesuai, menggerakkan bibir tanpa menimbulkan suara, pergerakan mata yang cepat, respon verbal yang lambat, dian dan dipenuhi oleh sesuatu yang mengasyikkan.

<p>Fase II : Condemning ansietas tingkat berat, secara umum, halusinasi menjadi menjijikkan</p>	<p>Pengalaman sensori bersifat menjijikkan dan menakutkan, klien mulai lepas kendali dan mungkin mencoba untuk menjauhkan dirinya dengan sumber yang dipersepsikan. Klien mungkin merasa malu karena pengalaman sensosinya dan menarik diri dari oranglain. (Psikotik ringan).</p>	<p>Peningkatan system syaraf otonom yang menunjukkan ansietas, seperti peningkatan nadi, pernafasan, dan tekanan darah; penyempitan kemampuan konsentrasi, dipenuhi dengan pengalaman sensori dan kehilangan kemampuan membedakan antara halusinasi dengan realita.</p>
<p>Fase III : Controlling ansietas tingkat berat, pengalaman sensori menjadi berkuasa</p>	<p>Klien berhenti menghentikan perlawanan terhadap halusinasi dan menyerah pada halusinasi tersebut. Isi halusinasi menjadi menarik, dapat berupa permohonan. Klien mungkin mengalami kesepian jika pengalaman sensori tersebut berakhir. (Psikotik).</p>	<p>Cenderung mengikuti petunjuk yang diberikan halusinasinya daripada menolaknya, kesukaran berhubungan dengan orang lain, rentang perhatian hanya beberapa detik atau menit, adanya tanda-tanda fisik ansietas berat : berkeringat, tremor</p>
<p>Fase IV : Conquering panik, umumnya halusinasi menjadi lebih rumit, melebur dalam halusinasinya</p>	<p>Pengalaman sensori menjadi mengancam dan menakutkan jika klien tidak mengikuti perintah. Halusinasi bisa berlangsung dalam beberapa jam atau hari jika tidak ada intervensi terapeutik. (Psikotik Berat)</p>	<p>Perilaku menyerang-teror seperti panik, berpotensi kuat melakukan bunuh diri atau membunuh orang lain, aktivitas fisik yang merefleksikan isi halusinasi seperti amuk, agitasi, menarik diri, atau katatonia, tidak mampu berespon terhadap perintah yang kompleks, tidak mampu berespon terhadap lebih dari satu orang.</p>

(Sumber : Ah. Yusuf, 2015)

g. Diagnosa Keperawatan

- 1) Risiko perilaku kekerasan (pada diri sendiri, orang lain, lingkungan dan verbal)
- 2) Gangguan persepsi sensori: halusinasi

3. Konsep Resiko Perilaku Kekerasan

a. Definisi Resiko Perilaku Kekerasan

Resiko Perilaku kekerasan yaitu bentuk perilaku tujuannya untuk melukai seseorang secara psikologis ataupun fisik. Perilaku kekerasan yaitu respon maladaptif dari kemarahan seseorang akibat tidak mampunya klien mengatasi stressor yang sedang dialami di lingkungan (Wulansari & Sholihah, 2021).

Perilaku kekerasan adalah respon terhadap stressor yang dialami seseorang, respon ini menimbulkan kerugian kepada diri sendiri, orang lain. Seseorang yang mengalami perilaku kekerasan menunjukkan perubahan perilaku seperti mengancam, tidak bisa diam, gelisah, intonasi suara keras, ekspresi tegang, agresif, nada suara tinggi, bergembira secara berlebihan. Pada seseorang yang mengalami resiko perilaku kekerasan mengalami perubahan penurunan kemampuan dalam memecahkan masalah, orientasi terhadap waktu, tempat, orang, kegelisahan (Pardede, Siregar, & Halawa, 2020).

Sikap tubuh	Melorot, menundukkan kepala	Tegak, refleks	Tegang bersandar ke depan
Personal space	Orang lain dapat masuk pada territorial pribadinya	Menjaga jarak yang menyenangkan, mempertahankan hak tempat/territorial	Memiliki territorial orang lain
Gerakan	Minimal, lemah, resah	Memperlihatkan gerakan yang sesuai	Mengancam, ekspansi gerakan
Kontak mata	Sedikit/tidak ada	Sesekali (intermiten) sesuai dengan kebutuhan interaksi	Melotot

(Ah. Yusuf, 2015)

c. Tanda dan Gejala

- 1) Emosi : Tidak adekuat, tidak aman, rasa terganggu, marah (dendam) dan jengkel.
- 2) Intelektual : Mendominasi, bawel, sarkasme, berdebat, meremehkan.
- 3) Fisik : Muka marah, pandangan tajam, napas pendek, keringat, sakit fisik, penyalahgunaan zat, dan tekanan darah meningkat.
- 4) Spiritual : Kemahakuasaan, kebijakkan dan kreativitas terlambat
- 5) Sosial : Menarik diri, pengasingan, penolakan, kekerasan, ejekan, humor (Ah. Yusuf, 2015).

d. Pohon masalah

Gambar 2. 4 pohon masalah



e. Diagnosis Keperawatan

1. Risiko perilaku kekerasan (pada diri sendiri, orang lain, dan lingkungan)
2. Perilaku kekerasan

4. Konsep Dasar Isolasi Sosial

a. Definisi Isolasi Sosial

Isolasi sosial menurut Ah. Yusuf (2015), adalah keadaan seorang individu mengalami penurunan atau bahkan sama sekali tidak mampu berinteraksi dengan orang lain di sekitarnya. Pasien mungkin merasa ditolak, tidak diterima, kesepian dan tidak mampu membina hubungan yang berarti dengan orang lain.

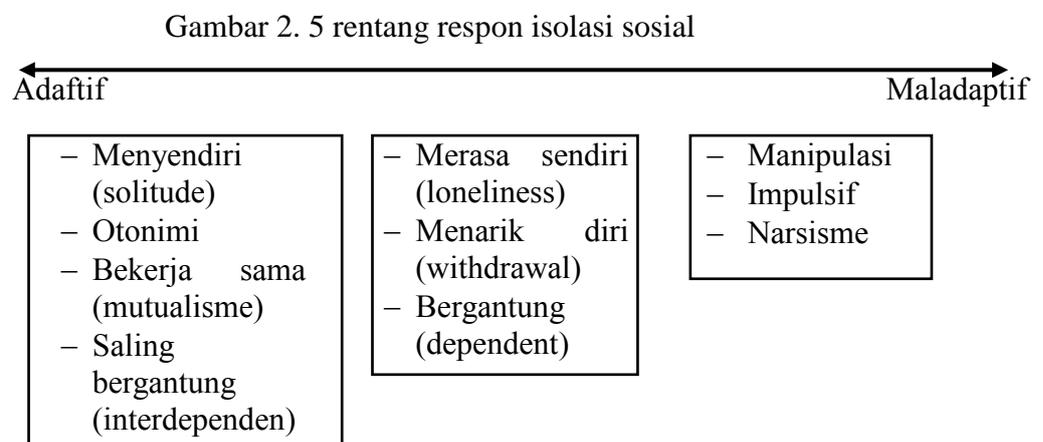
Isolasi sosial adalah suatu pengalaman menyendiri dari seseorang dan perasaan segan terhadap orang lain sebagai sesuatu yang negatif atau keadaan yang mengancam, merasa tidak dimengerti oleh orang lain, merasa tidak berguna, merasa putus asa dan tidak mampu membuat

tujuan hidup, kehilangan rasa tertarik kegiatan sosial, merasa tidak aman berada diantara orang lain (Herman, 2015).

b. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala isolasi sosial meliputi : kurang spontan, apatis (acuh tak acuh terhadap lingkungan), ekspresi wajah kurang berseri (ekspresi sedih), afek tumpul, tidak merawat dan memperhatikan kebersihan diri, tidak ada atau kurang terhadap komunikasi verbal, menolak berhubungan dengan oranglain, mengisolasi diri (menyendiri), kurang sadar dengan lingkungan sekitarnya, asupan makan dan minuman terganggu, aktivitas menurun dan rendah diri. (Damanik, Pardede & Manalu. 2020).

c. Rentang Respon



d. Pengkajian Keperawatan

(Ah. Yusuf. 2015)

Objektif

1) Apatitis, ekspresi sedih, afek tumpul

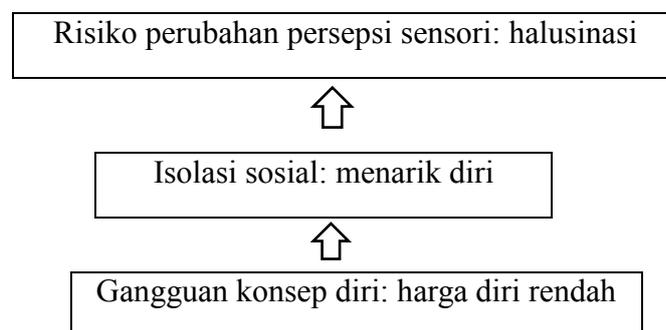
- 2) Menghindari orang lain, tampak menyendiri, dan memisahkan diri dari orang lain.
- 3) Komunikasi kurang/tidak ada, pasien tidak tampak bercakap-cakap dengan orang lain.
- 4) Tidak ada kontak mata dan sering menunduk.
- 5) Berdiam diri di kamar
- 6) Menolak berhubungan dengan orang lain, memutuskan pembicaraan, atau pergi saat diajak bercakap-cakap
- 7) Tidak tampak melakukan kegiatan sehari-hari, perawatan diri kurang, dan kegiatan rumah tangga tidak dilakukan.

Subjektif

- 1) Pasien menjawab dengan singkat “ya”, “tidak”, “tidak tahu”.
- 2) Pasien tidak menjawab sama sekali

e. Pohon Masalah

Gambar 2. 6 pohon masalah



f. Diagnosa Keperawatan

1. Risiko perubahan sensori persepsi: halusinasi berhubungan dengan menarik diri
2. Isolasi sosial; menarik diri berhubungan dengan harga diri rendah
(Ah. Yusuf, 2015)

B. Konsep Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Perubahan Sensori Persepsi Halusinasi Pendengaran

1. Pengkajian

a. Pengumpulan data

Pengkajian sebagai tahap awal proses keperawatan meliputi pengumpulan data, dan perumusan masalah pasien. Data yang dikumpulkan adalah data pasien secara holistik, meliputi aspek biologi, psikologis, sosial, dan spiritual. Seorang perawat jiwa diharapkan memiliki kesadaran atau kemampuan tilik diri (*self awareness*), kemampuan mengobservasi dengan akurat, berkomunikasi secara terapeutik, dan kemampuan berespons secara efektif (Stuart & Sundeen, 2002 dalam Yusuf, 2015).

b. Identitas klien

Perawat yang merawat klien melakukan perkenalan dan kontrak waktu dengan klien tentang : nama perawat, nama klien, panggilan perawat, panggilan klien, tujuan, waktu, tempat pertemuan, topik yang akan dibicarakan, usia, alamat, pekerjaan.

c. Keluhan utama atau alasan masuk

Apa yang menyebabkan klien/keluarga, apa yang sudah dilakukan oleh keluarga mengatasi masalah ini

d. Faktor predisposisi

1) Riwayat penyakit jiwa terdahulu

Kaji apakah klien pernah mengalami gangguan jiwa sebelumnya, berapa lama klien dirawat, apakah pengobatannya berhasil atau tidak serta kaji keluhan waktu mengalami gangguan. Kaji apakah ada anggota keluarga yang menderita penyakit yang sama dengan klien. Pengalaman masa lalu yang dapat menjadi factor pendukung yang menyebabkan klien mengalami gangguan jiwa.

e. Pemeriksaan fisik

Ukur dan observasi tanda-tanda vital, ukuran tinggi badan, berat badan, tanyakan pada klien atau keluarga apakah ada keluhan fisik yang dirasakan oleh klien.

f. Psikososial

1) Genogram

Membuat genogram minimal tiga generasi yang dapat menggambarkan hubungan klien dengan keluarga, masalah yang terkait dengan komunikasi pengambilan keputusan, pola asuh, pertumbuhan individu dan keluarga.

2) Konsep diri

3) Gambar diri

Tanyakan persepsi klien terhadap bagian tubuh klien yang disukai dan tidak disukai.

4) Identitas diri

Kaji persepsi klien mengenai identitas yang dimilikinya, apakah penampilannya sesuai dengan identitas. Klien dengan halusinasi tidak puas akan dirinya sendiri merasa bahwa klien tidak berguna.

g. Peran

Tugas atau peran klien dalam keluarga atau kelompok masyarakat, 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.

1) Ideal diri

Harapan klien terhadap tubuh yang ideal, posisi, tugas, peran dalam keluarga, pekerjaan atau sekolah, harapan klien terhadap penyakitnya, bagaimana jika kenyataan tidak sesuai dengan harapannya. Pada klien yang mengalami halusinasi cenderung tidak peduli dengan diri sendiri ataupun sekitarnya.

2) Harga diri

Tanyakan hubungan klien dengan orang lain, penilaian atau klien yang mengalami halusinasi cenderung menerima diri tanpa syarat meskipun telah melakukan kesalahan, kekalahan dan kegagalan ia tetap merasa dirinya sangat berharga.

h. Hubungan sosial

1) Orang yang berarti

Tanyakan pada klien siapa orang yang berarti dalam kehidupannya, tempat mengadu, tempat bicara, minta bantuan.

2) Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat

Tanyakan pada klien kelompok apa saja yang diikuti dalam masyarakat

3) Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain

Tanyakan pada klien sejauh mana ia terlibat dalam kelompok masyarakat

i. Spiritual

1) Nilai dan keyakinan

Kaji nilai dan keyakinan klien terhadap tuhan. Apakah ada gangguan dalam keyakinan seperti waham.

2) Kegiatan ibadah

Mengkaji kegiatan ibadah di rumah secara individu atau kelompok, pendapat klien tentang kegiatan ibadah.

j. Status mental

1) Penampilan

Kaji penampilan klien, penampilan tidak rapi atau rapi, penggunaan pakaian tidak sesuan, berapa kali mandi, gosok gigi, keramas. Pada klien dengan halusinasi mengalami deficit perawatan diri. Raut wajah tampak takut, kebingungan dan cemas.

2) Pembicaraan

Klien dengan halusinasi cenderung suka berbicara sendiri, ketika diajak bicara tidak focus. Terkadang yang dibicarakan tidak masuk akal.

3) Aktivitas motoric

Klien dengan halusinasi tampak gelisah, kelesuan, ketegangan, agitasi, tremor. Klien terlihat sering menutup telinga, menunjuk-nunjuk kearah tertentu, menggaruk-garuk permukaan kulit, sering meludah, menutup hidup.

4) Afek

Pada klien halusinasi tingkat emosi lebih tinggi, perilaku agresif, kekuatan yang berlebih.

5) Interaksi selama wawancara

Klien dengan halusinasi cenderung tidak kooperatif (tidak dapat menjawab pertanyaan pewawancara dengan spontan dan kontak mata kurang (tidak mau menatap lawan bicara) mudah tersinggung.

6) Persepsi

Mengkaji persepsi klien tentang halusinasi, isi halusinasi, waktu munculnya halusinasi, frekuensi terjadinya terus-menerus atau hanya sekali-kali, situasi terjadinya apakah ketika sendiri atau setelah terjadi kejadian tertentu.

7) Proses pikir

Mengalami dereistik yaitu bentuk pemikiran tidak sesuai dengan kenyataan, selalu merasa curiga sesuatu hal dan depersonalissi atau perasaan yang aneh.

8) Tingkat kesadaran

Pada klien halusinasi sering muncul merasa bingung, apatis (acuh tak acuh).

9) Memori

Daya ingat jangka Panjang meningatkan kejadian masa lalu lebih dari 1 bulan. Daya ingat jangka pendek dapat mengingat kejadian yang terjadi saat ini.

10) Tingkat konsentrasi berhitung

Pada klien dengan halusinasi tidak dapat berkonsentrasi dan dapat menjelaskan kembali pembicaraan yang baru saja dibicarakan dirinya/orang lain.

11) Kemampuan penilaian

Gangguan ringan dapat mengambil keputusan secara sederhna baik dibantu orang lain/tidak. Gangguan tidak dapat mengambil keputusan

secara sederhana cenderung mendengar atau melihat ada yang di perintahkan.

k. Daya tilik diri

Pada klien halusinasi cenderung mengingkari penyakit yang diderita, klien tidak menyadari gejala penyakit (perubahan fisik dan emosi) pada dirinya dan merasa tidak perlu meminta pertolongan, klien tidak mau berbicara tentang penyakitnya.

l. Kebutuhan persiapan pulang

1) Makan : Observasi bermakan dan tanyakan tentang frekuensi makan, jumlah, variasi, macam-macam makanan yang disukai atau tidak disukai, observasi kemampuan klien dalam menyiapkan dan membersihkan makan.

2) BAB/BAK : Kebersihan BAB, BAK, menggunakan WC atau tidak.

3) Mandi : Kaji tentang frekuensi mandi, menggosok gigi,

4) cuci muka, gunting kuku, gosok gigi.

5) Istirahat tidur

Observasi lama dan waktu tidur siang atau tidur malam. Persiapan sebelum tidur dan kegiatan sesudah tidur

m. Penggunaan obat

Klien yang mengalami halusinasi biasanya diberikan obat:

1) Haloperidol 5mg 2x1 tablet per oral

2) Chlorpromazine 100 mg 1x1 tablet per oral

3) Trihexpenidil 2mg 2x1 tablet per oral

4) Perphenzine 4mg 2x1 tablet per oral

n. Pemeliharaan Kesehatan

Apakah klien minum obat secara teratur dan sesuai dengan anjuran dokter atau tidak. Pada saat di rumah apakah klien akan mampu melaksanakan perawatan sendiri dan mengontrol perilaku dan emosi dengan baik.

o. Kegiatan di luar rumah

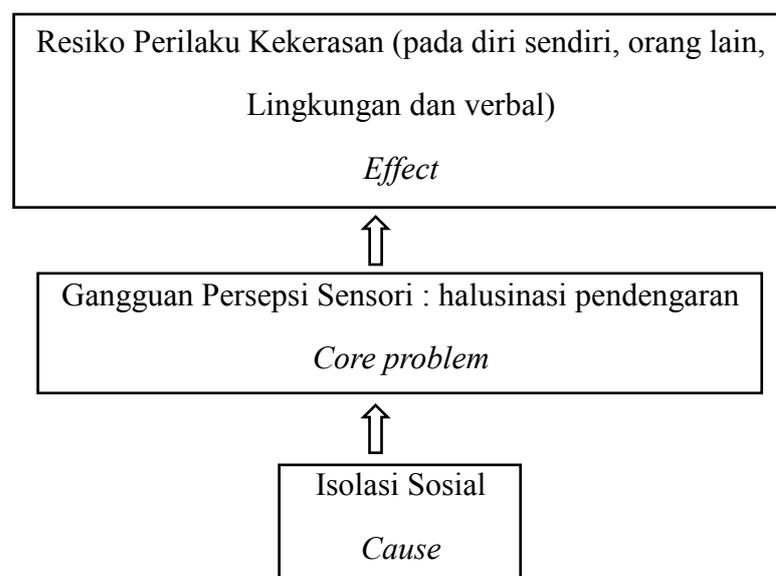
Kaji apakah klien akan mencoba untuk bergaul dan mengikuti kegiatan yang ada di lingkungannya.

2. Analisa data

Dengan melihat data subyektif dan objektif dapat menentukan permasalahan yang dihadapi pasien. Dan dengan memperhatikan pohon masalah dapat diketahui penyebab, akibat dari masalah tersebut.

a. Pohon masalah

Gambar 2. 7 pohon masalah



3. Diagnosa Keperawatan

Adapun diagnosa keperawatan pasien yang muncul dengan gangguan sensori persepsi : halusinasi adalah sebagai berikut:

- a. Gangguan persepsi sensori : Halusinasi.
- b. Resiko perilaku kekerasan (pada diri sendiri, orang lain, dan lingkungan sekitar)

(Yusuf, 2015).

4. Rencana Tindakan Keperawatan

Rencana tindakan keperawatan terdiri atas empat komponen, yaitu tujuan khusus, rencana tindakan keperawatan, dan rasional. Tujuan umum berfokus pada penyelesaian masalah (P). Tujuan ini dapat dicapai jika tujuan yang ditetapkan telah tercapai. Tujuan khusus berfokus pada penyelesaian etiologic (E). Tujuan ini merupakan rumusan kemampuan pasien yang harus dicapai (AhYusuf, 2015).

5. Intervensi

Tabel 2.3 Intervensi Keperawatan Halusinasi

No	Diagnosa	Tujuan	Kriteria evaluasi	Intervensi
1	2	3	4	5
1.	Gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran	Setelah dilakukan perawatan klien mampu : 1. Membina hubungan saling percaya 2. Klien dapat mengenal halusinasinya 3. Klien dapat mengontrol	Setelah...pertemuan... klien dapat: 1. Menyebutkan isi, waktu, frekuensi, pencetus halusinasi 2. Mampu memperagakan cara mengontrol halusinasi	SP 1 1. Bantu klien mengenal halusinasi (isi, waktu, frekuensi, situasi pencetus, perasaan saat terjadi halusinasi) 2. Latih pasien mengontrol halusinasi dengan cara ketiga : melaksanakan aktivitas terjadwal dengan cara pertama : menghardik

		<p>halusinasinya</p> <p>4. Mengikuti program pengobatan secara optimal</p> <p>5. Klien dapat memanfaatkan obat dengan baik</p>		<p>halusinasi.</p> <p>Tahap tindakan meliputi :</p> <ol style="list-style-type: none"> Jelaskan cara menghardik Peragakan cara menghardik Minta klien memperagakan ulang Pantau penerapan cara ini, beri penguatan Masukan dalam jadwal kegiatan
			<p>Setelah...pertemuan klien mampu :</p> <ol style="list-style-type: none"> Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan Membuat jadwal kegiatan sehari-hari 	<p>SP 2</p> <ol style="list-style-type: none"> Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1) Latih pasien mengontrol halusinasi dengan cara kedua : bercakap-cakap dengan orang lain
			<p>Setelah...pertemuan klien mampu :</p> <ol style="list-style-type: none"> Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan Membuat jadwal kegiatan sehari-hari 	<p>SP 3</p> <ol style="list-style-type: none"> Evaluasi kegiatan yang lalu SP 1 dan SP 2 Latih kegiatan agar halusinasi tidak muncul tahapannya: <ol style="list-style-type: none"> Jelaskan pentingnya melakukan aktivitas yang teratur Diskusi aktivitas yang biasa klien lakukan Latih klien melakukan aktivitas terjadwal Susun jadwal aktivitas sesuai aktivitas yang telah dilatih Pantau pelaksanaan jadwal kegiatan
			<p>Setelah...pertemuan klien mampu :</p> <ol style="list-style-type: none"> Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan Klien dapat menyebutkan manfaat dosis dan efek samping obat Klien dapat memahami akibat berhenti minum obat 	<p>SP 4</p> <ol style="list-style-type: none"> Evaluasi SP 1, 2, dan 3 Jelaskan pentingnya program penggunaan obat Jelaskan akibat bila tidak minum obat Latih pasien minum obat Masukan kejadwal harian

2	Resiko Perilaku Kekerasan		<p>Setelah...pertemuan klien dapat :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ketika dievaluasi pasien mampu membalas salam, tersenyum, ada kontak mata serta menyediakan waktu untuk kunjungan berikutnya 2. Bersedia menceritakan perasaannya 	<p>SP 1</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bina hubungan saling percaya dengan cara menjelaskan maksud tujuan interksi dan identifikasi penyebab perasaan marah tanda dan gejala yang dirasakan, perilaku kekerasan yang dilakukan, akibatnya serta cara mengontrol secara fisik I
			<p>Setelah...pertemuan keluarga mampu</p> <p>Setelah...pertemuan pasien dapat :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien dapat melakukan cara berespon terhadap kemarahan secara konstruktif dengan cara tarik nafas dalam dan pukul bantal 	<p>SP 2</p> <p>Latih mengontrol perilaku kekerasan secara fisik II :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ajarkan teknik relaksasi nafas dalam 2. Pukul Kasur dan bantal
			<p>Setelah...pertemuan pasien paham dan mampu :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyampaikan amarah dengan cara berbicara dengan baik 	<p>SP 3</p> <p>Latih mengontrol perilaku kekerasan secara sosial/verbal :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menolak dengan baik 2. Meminta dengan baik 3. Mengungkapkan perasaan dengan baik
			<p>Setelah...pertemuan pasien dapat :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien dapat melakukan cara berespon terhadap kemarahan secara konstruktif dengan spiritual 	<p>SP 4</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi jadwal kegiatan harian klien 2. Latih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual 3. Anjurkan klien memasukan kedalam kegiatan harian
			<p>Setelah...pertemuan klien dapat :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien dapat menyebutkan obat- 	<p>SP 5</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan harian klien 2. Mendiskusikan manfaat

			<p>obatan yang diminum dan kegunaannya (jenis, waktu, dan efek obat)</p> <p>2. Klien dapat meminum obat sesuai program pengobatan</p>	<p>minum obat dan kerugian berhenti minum obat tanpa seizin dokter</p> <p>3. Latih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan minum obat</p> <p>4. Jelaskan prinsip benar minum obat (baca nama yang tertera, dosis obat, waktu, dan cara minum)</p> <p>5. Beri pujian, jika klien minum obat dengan benar</p>
3.	Isolasi Sosial	<p>Klien mampu :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyadari penyebab isolasi sosial 2. Berinteraksi dengan orang lain 	<p>Setelah...pertemuan klien mampu :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membina hubungan saling percaya 2. Menyadari penyebab isolasi sosial, keuntungan dan kerugian berinteraksi dengan orang lain 3. Melakukan interaksi dengan orang lain secara bertahap 	<p>SP 1:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bina hubungan saling percaya <ol style="list-style-type: none"> a. Jelaskan tujuan pertemuan b. Tunjukkan sifat empati dari menerima klien apa adanya c. Beri perhatian kepada klien dan kebutuhan dasar klien 2. Identifikasi penyebab isolasi sosial 3. Tanyakan keuntungan dan kerugian berinteraksi dengan orang lain <ol style="list-style-type: none"> a. Tanyakan apa yang menyebabkan klien tidak ingin berinteraksi dengan orang lain b. Diskusikan keuntungan bila klien memiliki banyak teman dan bergaul dengan orang lain c. Diskusikan kerugian bila klien hanya mengurung diri dan tidak bergaul dengan orang lain d. Jelaskan pengaruh isolasi sosial terhadap Kesehatan fisik klien 4. Latih berkenalan <ol style="list-style-type: none"> a. Jelaskan kepada klien

				<p>cara berinteraksi</p> <p>b. Berikan conroh berinteraksi</p> <p>c. Beri kesempatan klien mempraktekkan cara berinteraksi dengan orang lain</p> <p>d. Beri pujian untuk setiap kemajuan interaksi yang telah dilakukan oleh klien</p> <p>5. Masukan ke dalam jadwal kegiatan klien</p>
			<p>Setelah...pertemuan klien mampu :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membina hubungan saling percaya 2. Menyadari penyebab isolasi sosial, keuntungan dan kerugian berinteraksi dengan orang lain 3. Melakukan interaksi dengan orang lain secara bertahap 	<p>SP 2 :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP I) 2. Latih berhubungan sosial secara bertahap 3. Masukan ke dalam jadwal kegiatan klien
			<p>Setelah...pertemuan klien mampu :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membina hubungan saling percaya 2. Menyadari penyebab isolasi sosial, keuntungan dan kerugian berinteraksi dengan orang lain 3. Melakukan interaksi dengan orang lain secara bertahap 	<p>SP 3:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP II) 2. Latih cara berkenalan dengan 2 orang atau lebih 3. Masukan ke dalam jadwal kegiatan klien

6. Implementasi

Sebelum tindakan keperawatan diimplementasikan perawat perlu memvalidasi apakah rencana tindakan yang ditetapkan masih sesuai dengan kondisi pasien saat ini (here and now). Perawat juga perlu mengevaluasi diri sendiri apakah mempunyai kemampuan interpersonal intelektual, dan teknikal sesuai dengan tindakan yang akan dilaksanakan. Setelah tidak ada hambatan lagi, maka tindakan keperawatan bisa diimplementasikan.

Saat memulai untuk implementasi tindakan keperawatan, perawat harus membuat kontrak dengan pasien dengan menjelaskan apa yang akan dikerjakan dan peran serta pasien yang diharapkan. Kemudian penting untuk diperhatikan Saspek legal yaitu mendokumentasikan apa yang telah dilaksanakan (Ah. Yusuf, 2015).

7. Evaluasi

Evaluasi merupakan proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dan tindakan keperawatan pada pasien. Evaluasi ada dua macam, yaitu :

- a. Evaluasi proses atau evaluasi formatif, yang dilakukan setiap selesai melaksanakan tindakan
- b. Evaluasi hasil atau sumatif, yang dilakukan dengan membandingkan respons pasien pada tujuan khusus dan umum yang telah ditetapkan.
- c. Evaluasi dilakukan dengan pendekatan SOAP, yaitu sebagai berikut :
S: Respon subjektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan

O: Respon objektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan

A: Analisa terhadap data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap ada, muncul masalah baru, atau data yang kontradiksi terhadap masalah yang ada.

P: Tindak lanjut berdasarkan hasil Analisa respons pasien.

Rencana tindak lanjut berdasarkan hasil analisis respons pasien.

- 1) Rencana dilanjutkan (jika ada masalah baru).
- 2) Rencana dimodifikasi (jika masalah tetap, sudah dilaksanakan semua tindakan tetapi hasil belum memuaskan).
- 3) Rencana dibatalkan (jika ditemukan masalah baru dan bertolak belakang dengan masalah yang ada).
- 4) Rencana selesai jika tujuan sudah tercapai dan perlu mempertahankan keadaan (Yusuf, 2015).

BAB III

TINJAUAN KASUS

Ruang Rawat: Yayasan Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assani Samarang

Tanggal Pengkajian: 3 April 2023

A. Tinjauan Kasus

1. Pengkajian

a. Pengumpulan Data

1) Identitas Klien

Inisial	: Tn. A
Umur	: 40 tahun
Alamat	: Sukaregang, Garut Kota
Agama	: Islam
Status	: Belum menikah
Pekerjaan	: Buruh / Pengrajin
Jenis Kelamin	: Laki-laki
Suku Bangsa	: Sunda
No. RM	: 00000225
Diagnosa Medis	: Bipolar
Tanggal Pengkajian	: 3 April 2023

2) Identitasa penanggung jawab

Nama : Tn. I
Umur : 58 tahun
Alamat : Perum Campaka
Agama : Islam
Hubungan dengan klien : Kakak kandung

b. Alasan Masuk

Klien mengatakan dirinya masuk ke Rehabilitasi Mental pada tahun 2016 karena klien marah-marah kepada kakanya dan mendengar suara bisikan-bisikan. Dan pada saat dikaji tanggal 3 April 2023. Klien mengatakan dirinya mendengar suara bisikan-bisikan perempuan yang melarangnya “Tn. A tidak boleh seperti itu”, suara itu muncul diwaktu siang dan pada malam hari saat mau tidur. Klien pun mengatakan dirinya masuk kembali ke Rehabilitasi Mental Nur Ilahie Assani karena pada saat dirumah klien tidak teratur dalam minum obat.

c. Faktor Predisposisi

1) Pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu ?

Klien sebelumnya pernah mengalami gangguan jiwa \pm 7 tahun yang lalu.

2) Pengobatan sebelumnya

Pengobatan pada klien kurang berhasil karena pada tahun 2016 saat pertama kali klien dirawat setelah itu klien pulang dan dirawat

dirumah setelah beberapa bulan klien masuk kembali ke klinik Rehabilitasi Mental Nur Ilahie Assani Samarang.

3) Trauma

Klien mengatakan dirinya pernah mengalami kekerasan seperti marah marah dalam keluarga secara verbal (pelaku), disebabkan karena klien merasa emosi terhadap kakaknya.

4) Adakah anggota keluarga yang mengalami Gangguan Jiwa ?

Klien mengatakan dalam keluarganya yang mengalami gangguan jiwa yaitu ibunya. Hubungan keluarga dengan klien ibu kandung.

5) Pernah mengalami masalah lain yang tidak menyenangkan (bio, psiko, sosio, kultural spiritual) :

Klien mengatakan dirinya pernah mengalami masalah yang tidak menyenangkan didalam pekerjaan usaha kakaknya karena menurut klien dirinya digaji tidak sama rata dengan pegawai lainnya, yang menyebabkan klien menjadi emosi, sensitif, dan marah-marah.

d. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan umum : Baik, klien tidak memiliki keluhan fisik

2) Tanda-tanda vital :

TD : 110/70 MmHg

N : 80x/menit

S : 36^oC

R : 20x/menit

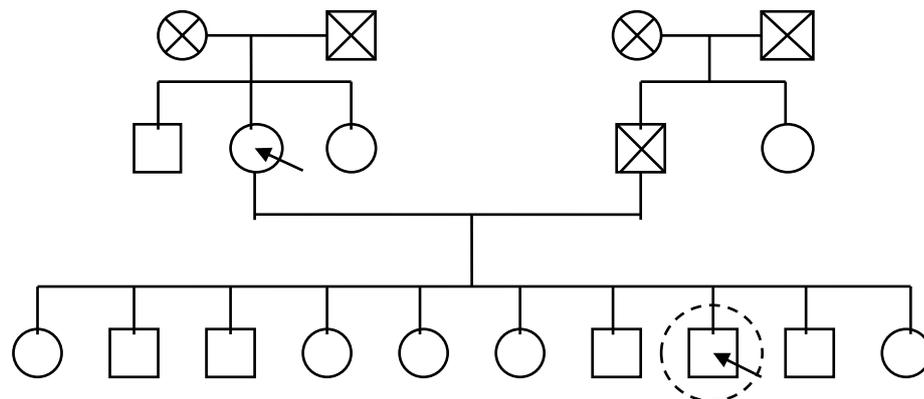
3) Ukur

TB : 15 cm

BB : 80 kg

e. Psikisosial

1) Genogram



Keterangan :

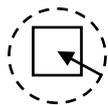
○ : Perempuan

○ (dashed) : Orang yang tinggal serumah

□ : Laki-laki

□ (with arrow) : Klien

⊗ ⊗ : Meninggal



: Tn. A tinggal di Rehabilitasi Mental sudah ± 7 tahun sejak 2016 dan saat ini klien tinggal sendiri.



: Anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa hubungan dengan klien adalah ibu kandung klien.

2) Konsep diri

a) Citra tubuh

Pada saat dikaji klien mengatakan tidak ada bagian anggota tubuh yang tidak disukai, karena menurut klien anggota tubuh mempunyai fungsi masing-masing, sangat berguna bagi dirinya dan klien menyukai seluruh bagian tubuhnya.

b) Identitas diri

Menurut klien, klien adalah seorang laki-laki dan mengatakan anak ke 8 dari 10 bersaudara, klien mengatakan puas dengan dirinya sebagai laki-laki.

c) Peran diri

Klien mengatakan suka melakukan aktivitas di rumahnya dan membantu pekerjaan rumah maupun membantu kakaknya seperti menyapu, membuat sepatu dan jaket.

d) Ideal diri

Klien mengatakan ingin panjang umur, ingin cepat sembuh, dan ingin segera pulang kerumah.

e) Harga diri

Klien mengatakan tidak merasa malu walaupun semenjak klien sakit

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah

3) Hubungan Sosial

a) Orang yang berarti

Pada saat dilakukan pengkajian klien mengatakan bahwa orang yang terdekat dengannya ialah keluarga.

b) Peran serta dalam kegiatan kelompok / masyarakat

Klien mengatakan sebelum sakit klien sering ikut serta dalam kegiatan masyarakat seperti gotong royong membersihkan selokan.

c) Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain

Semenjak pasien sakit, pasien apabila diajak berbicara dengan orang lain tampak ngawur.

Masalah Keperawatan : Halusinasi Pendengaran

4) Spiritual & kultural

a) Nilai dan keyakinan

Klien mengatakan bahwa dirinya beragama islam dan meyakini adanya Allah SWT, serta menyadari sakit ini merupakan ujian dari Allah SWT.

b) Kegiatan ibadah

Klien mengatakan selalu melaksanakan shalat 5 waktu dan menurut pandangan islam mengenai ibadah itu wajib

Masalah Keperawatan : Tidak ada.

5) Status Mental

a) Penampilan

Pada saat dikaji penampilan klien rapi, rambut rapi, baju rapi, kebersihan pasien baik, rambut bersih, kuku bersih dan pendek.

b) Pembicaraan

Ketika berbicara sesuai topik, tetapi jika sedang diajak berbicara kadang-kadang mendominasi pembicaraan, klien sulit untuk beronsentrasi.

Masalah Keperawatan : Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Pendengaran

a) Aktivitas Motorik

Klien tampak sering berjalan-jalan mondar-mandir disekitar rumahnya, klien tampak tersenyum sendiri, berbicara sendiri. Klien melakukan aktivitasnya sendiri seperti memakai baju, mandi, dan menggosok gigi.

b) Alam Perasaan

Klien mengatakan merasa kesal dibawa ke sini karena marah-marah dan mendengar bisikan-bisikan yang memanggil namanya menyuruh untuk tidak melakukan itu.

c) Afek

Afek datar, emosi klien baik, ekspresi wajah tenang, mimik muka sesuai dengan keadaan perasaannya.

d) Interaksi Selama Wawancara

Klien cukup kooperatif, kontak mata kurang focus, klien mau mendengarkan dan menjawab semua pertanyaan dari perawat walaupun lambat dalam menjawab

e) Persepsi

Pada saat bicara klien tampak mengepal tangannya, klien mengatakan sering mendengar suara-suara yang memanggil namanya, suara itu muncul ketika klien sedang sendiri, ketika suara itu muncul klien merasa gelisah, dan menutupi telinganya, klien mengatakan suara itu muncul ketika mau tidur dan pada siang hari.

f) Proses Pikir

Klien dapat mengungkapkan perasaannya serta dapat menjawab pertanyaan perawat, pembicaraan klien cukup dimengerti dengan baik, jawaban sesuai dengan apa yang ditanyakan, selama interaksi berlangsung dapat diketahui bahwa pembicaraan sudah cukup terarah.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah

g) Isi Pikir

Klien tidak menunjukkan adanya kelainan isi pikir seperti obsesi, phobia, hipokindria, depersonalisasi, ide yang terkait dan pikiran magis, serta tidak menunjukkan adanya waham.

h) Tingkat Kesadaran Berhitung

Pada saat wawancara klien tidak mampu berkonsentrasi ketika diberi pertanyaan maupun berhitung

6) Kebutuhan Sehari-hari

a) Makan

Klien makan 3x sehari sesuai yang dijadwalkan dengan nasi lauk pauk serta cemilan lainnya.

b) BAB dan BAK

Klien mampu mengontrol BAB dan BAK, klien mampu BAB dan BAK sendiri tanpa bantuan orang lain dan dapat menggunakan wc sebagai tempat untuk BAB dan BAK.

c) Makan

Klien mandi 3x sehari secara mandiri, klien juga mampu menggunakan perlengkapan mandi seperti sabun, menggosok gigi dengan pasta gigi

d) Berpakaian / berhias

Klien berpakaian secara mandiri dan sesuai dengan yang ditetapkan ruangan.

e) Istirahat dan tidur

Klien mengatakan tidur siang dari jam 13.00-14.00 WIB dan tidur malam jam 21.00-04.00 WIB.

f) Aktivitas sebelum / sesudah tidur

Klien mengatakan pada saat sebelum tidur klien melakukan aktivitas seperti mencuci kaki dan menggosok gigi. Dan saat sesudah bangun tidur klien mengatakan dirinya terkadang membantu pegawai untuk menjemur pakaian.

g) Penggunaan obat

Klien mengatakan selama di rawat selalu minum yang telah diberikan oleh perawat dan minum obat teratur.

h) Pemeliharaan Kesehatan

Klien memiliki sistem pendukung yaitu perawat yang terlibat dalam ADL dan pengawasan minum obat.

i) Aktivitas di dalam rumah

Klien mengatakan sering membantu dan bekerja di usaha kakaknya.

j) Aktivitas di luar rumah

Klien mengatakan sering berjalan-jalan di luar rumah dan berkomunikasi dengan tetangga sekitarnya.

7) Mekanisme Koping

Klien mengatakan jika ada masalah klien menghindar

Masalah keperawatan : Koping tidak efektif

8) Masalah Psikososial dan Lingkungan

a) Masalah berhubungan dengan lingkungan

Klien mengatakan belum pernah ada masalah dengan lingkungan

b) Masalah dengan Pendidikan

Klien mengatakan tidak ada masalah pada pendidikannya dulu dan pendidikan klien sampai SMA.

c) Masalah dengan pekerjaan

Klien mengatakan memiliki masalah dalam pekerjaannya dikarenakan klien digaji tidak sama rata dengan pegawai kakaknya yang lain.

d) Masalah dengan perumahan

Klien mengatakan adanya perselisihan dengan kakak kandung karena pekerjaan

7) Pengetahuan Penyakit jiwa

Klien mengatakan dirinya mengetahui bahwa klien sedang mengalami gangguan kejiwaan.

8) Aspek Medik

a) Diagnosa medik : Bipolar

b) Terapi medik :

Tabel 3.1 terapi medik

No	Nama Obat	Dosis	Cara	Kegunaan
1.	Haloperidol	3x1 mg	Oral	Mengurangi stress
2.	Stelosi	3x1 mg	Oral	Mengatasi gelisah/depresi
3.	Hexymer	3x1 mg	Oral	Untuk menyeimbang
4.	Chlorpromazine	1x1 mg	Oral	Obat tidur

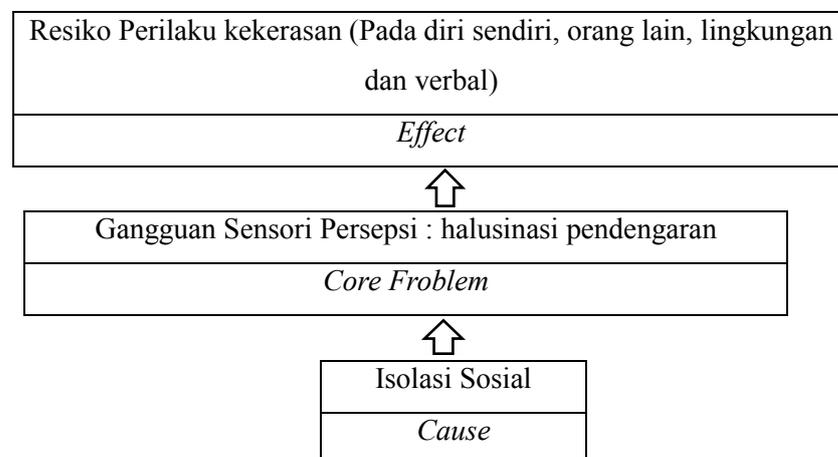
2. Diagnosa Keperawatan

a. Masalah Keperawatan

- 1) Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Pendengaran b.d adanya suara-suara bisikan
- 2) Resiko Perilaku Kekerasan (Pada diri sendiri, orang lain, lingkungan dan verbal)

b. Pohon Masalah

Gambar 3. 1 pohon masalah halusinasi



3. Analisa Data

Tabel 3.2 Analisa Data

No	Data Fokus	Masalah
1.	Ds : <ul style="list-style-type: none"> – Klien mengatakan dirinya mendengar suara bisikan-bisikan perempuan yang melarangnya “Tn. A tidak boleh seperti itu” – Klien mengatakan suara itu muncul diwaktu siang dan pada malam hari saat mau tidur – Klien mengatakan suara itu muncul ketika klien sedang sendiri – Klien mengatakan ketika suara itu muncul klien merasa gelisah, dan menutupi telinganya Do : <ul style="list-style-type: none"> – Klien tampak tersenyum sendiri – Klien tampak melamun – Klien tampak sering mondar mandir 	Gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran
2.	Ds : <ul style="list-style-type: none"> – Klien mengatakan merasa kesal – Klien mengatakan dirinya marah-marah kepada kakanya – Klien mengatakan dirinya pernah melempar barang Do : <ul style="list-style-type: none"> – Pasien tampak mengepal tangan 	Resiko perilaku kekerasan

4. Perencanaan

Nama : Tn. A

Jenis kelamin : Laki-laki

Dx : Bipolar

Tabel 3.3 Intervensi Keperawatan pada Tn. A

No	Diagnosa	Rencana Keperawatan		Intervensi	Rasional
		Tujuan	Kriteria hasil		
1.	Gangguan sensori persepsi : halusinasi pendengaran	Setelah dilakukan perawatan klien mampu : 1. Membina hubungan saling percaya 2. Klien dapat mengenal halusinasinya 3. Klien dapat mengontrol halusinasinya 4. Mengikuti program pengobatan secara optimal 5. Klien dapat memanfaatkan obat dengan baik	Setelah pertemuan pertama klien dapat: 1. Menyebutkan isi, waktu, frekuensi, pencetus halusinasi 2. Mampu memperagakan cara mengontrol halusinasi	SP 1 1. Bantu klien mengenal halusinasi (isi, waktu, frekuensi, situasi pencetus, perasaan saat terjadi halusinasi) 2. Latih pasien mengontrol halusinasi dengan cara ketiga : melaksanakan aktivitas terjadwal dengan cara pertama : menghardik halusinasi. Tahap tindakan meliputi : a. Jelaskan cara menghardik b. Peragakan cara menghardik c. Minta klien memperagakan ulang d. Pantau penerapan cara ini, beri penguatan e. Masukkan dalam jadwal kegiatan	1. Mengetahui ungkapan dari klien mengenai isi, waktu, frekuensi, situasi, pencetus, dan perasaan saat terjadi halusinasi menunjukkan apa yang dibutuhkan dan dirasakan oleh klien. 2. Tindakan menghardik merupakan salah satu upaya untuk mengontrol halusinasi

			<p>Setelah pertemuan kedua klien mampu :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan 2. Membuat jadwal kegiatan sehari-hari 	<p>SP 2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1) 2. Latih pasien mengontrol halusinasi dengan cara kedua: bercakap-cakap dengan orang lain 	<p>SP 2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bercakap-cakap dengan orang lain merupakan salah satu tindakan yang dapat mengendalikan halusinasi
			<p>Setelah pertemuan ketiga klien mampu :</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan 4. Membuat jadwal kegiatan sehari-hari 	<p>SP 3</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan yang lalu SP 1 dan SP 2 2. Latih kegiatan agar halusinasi tidak muncul tahapannya: <ol style="list-style-type: none"> a. Jelaskan pentingnya melakukan aktivitas yang teratur b. Diskusi aktivitas yang biasa klien lakukan 3. Latih klien melakukan aktivitas terjadwal 4. Susun jadwal aktivitas sesuai aktivitas yang telah dilatih 5. Pantau pelaksanaan jadwal kegiatan 	<p>SP 3</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi akan membantu rencana selanjutnya 2. Melakukan kegiatan dirumah yang sesuai dengan kegiatan yang biasa dilakukan klien
			<p>Setelah pertemuan keempat klien mampu :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan 2. Klien dapat menyebutkan manfaat dosis dan efek samping obat 	<p>SP 4</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi SP 1, 2, dan 3 2. Jelaskan pentingnya program penggunaan obat 3. Jelaskan akibat bila tidak minum obat 4. Latih pasien minum obat 5. Masukkan kejadwal harian 	<p>SP 4</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Agar pasien mampu mengontor halusinasinya dengan minum obat dan mempercepat proses halusinasi

			3. Klien dapat memahami akibat berhenti minum obat		
2.	Resiko Perilaku Kekerasan		Setelah pertemuan pertama klien dapat : 1. Ketika dievaluasi pasien mampu membalas salam, tersenyum, ada kontak mata serta menyediakan waktu untuk kunjungan berikutnya 2. Bersedia menceritakan perasaannya	SP 1 1. Bina hubungan saling percaya dengan cara menjelaskan maksud tujuan interksi dan identifikasi penyebab perasaan marah tanda dan gejala yang dirasakan, perilaku kekerasan yang dilakukan, akibatnya serta cara mengontrol secara fisik I	SP 1 1. Hubungan saling percaya merupakan landasan utama untuk hubungan selanjutnya dan membantu pasien mengenali perilaku kekerasan dan pasien dapat mengontrol perilaku kekerasan
			Setelah pertemuan kedua pasien dapat : 1. Klien dapat melakukan cara berespon terhadap kemarahan secara konstruktif dengan cara tarik nafas dalam dan pukul bantal	SP 2 Latih mengontrol perilaku kekerasan secara fisik II : 1. Ajarkan teknik relaksasi nafas dalam 2. Pukul Kasur dan bantal	SP 2 1. Agar pasien dapat mengontrol perilaku kekerasan dengan cara tekni nafas dalam dan memukul bantal
			Setelah pertemuan ketiga pasien paham dan mampu : 1. Menyampaikan amarah dengan cara berbicara dengan baik	SP 3 Latih mengontrol perilaku kekerasan secara sosial/verbal : 1. Menolak dengan baik 2. Meminta dengan baik Mengungkapkan perasaan dengan baik	SP 3 1. Untuk melatih pasien mengungkapkan rasa marah secara verbal seperti menolak dengan baik, meminta dengan baik, dan

					mengungkapkan perasaan dengan cara yang baik.
			Setelah pertemuan keempat pasien dapat : 1. Klien dapat melakukan cara berespon terhadap kemarahan secara konstruktif dengan spiritual	SP 4 1. Evaluasi jadwal kegiatan harian klien 2. Latih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual 3. Anjurkan klien memasukan kedalam kegiatan harian	SP 4 1. Untuk membantu pasien agar mampu mengontrol perilaku kekerasan dengan cara beribadah sholat dan berdoa
			Setelah pertemuan kelima klien dapat : 1. Klien dapat menyebutkan obat-obatan yang diminum dan kegunaannya (jenis, waktu, dan efek obat) 2. Klien dapat meminum obat sesuai program pengobatan	SP 5 1. Evaluasi kegiatan harian klien 2. Mendiskusikan manfaat minum obat dan kerugian berhenti minum obat tanpa seizin dokter 3. Latih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan minum obat 4. Jelaskan prinsip benar minum obat (baca nama yang tertera, dosis obat, waktu, dan cara minum) 5. Beri pujian, jika klien minum obat dengan benar	SP 5 1. Memanatu perkembangan pasien dan menentukan berjalannya intervensi selanjutnya 2. Klien dapat mengetahui kegunaan obat yang dikonsumsi klien 3. Klien dapat memiliki kesadaran pentingnya obat 4. Klien dapat mengetahui prinsip benar agar tidak terjadi kesalahan dalam mengonsumsi obat 5. Memotivasi klien serta dapat meningkatkan harga diri

5. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Nama : Tn. A

Umur : 40 tahun

Tabel 3.4 Implementasi dan Evaluasi pada Tn. A

No	Tanggal/Jam	Diagnosa	Implementasi	Evaluasi	TTD
1.	2.	3.	4.	5.	6.
1.	04 April 2023 08.00	Gangguan Sensori Persepsi : halusinasi pendengaran	SP 1 1. Membantu klien mengenal halusinasi (isi, waktu, frekuensi, situasi pencetus, perasaan saat terjadi halusinasi).terjadi halusinasi) 2. Melatih pasien mengontrol halusinasi dengan cara ketiga : melaksanakan aktivitas terjadwal dengan cara pertama : menghardik halusinasi. Tahap tindakan meliputi : a. Menjelaskan cara menghardik b. Memperagakan cara	S : – Klien mengatakan saya masih sering mendengar suara-suara yang memanggil Namanya dan mengatakan “tidak boleh seperti itu” (melarang) – Klien mengatakan suara itu datang ketika klien sedang sendiri, klien merasa gelisah ketika suara itu muncul. – Klien mengatakan frekuensinya sewaktu-waktu – Klien mengatakan waktu terjadinya siang hari dan malam – Klien mengatakan ada seseorang yang selalu mengajaknya untuk ngobrol – Klien mengatakan “saya sudah bisa mempraktekkan cara menghardik dengan cara tutup mata, tutup telinga lalu katakana pergi-pergi kamu tidak	Annisa Desi

			<p>menghardik</p> <p>c. Meminta klien mempragakan ulang</p> <p>d. Memantau penerapan cara ini, beri penguatan</p> <p>e. Memasukan dalam jadwal kegiatan</p>	<p>nyata suaramu palsu</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak kooperatif - Klien tampak tersenyum sendiri - Klien tampak melamun - Klien tampak berbicara sendiri - Klien mau mempraktekkan cara menghardik <p>A : SP 1</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien sudah dapat mengenal halusinasi Sebagian (isi, waktu terjadi, frekuensi, situasi pencetus perasaan terjadi halusinasi) - Klien mampu mempragakan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memotivasi klien untuk mempraktikkan cara menghardik apabila halusinasi muncul - Lanjutkan SP 2 (bercakap-cakap dengan orang lain) - Masukan jadwal kegiatan klien 	
	04 April 2023 09.30		<p>SP 2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi kegiatan SP 1 2. Melatih bercakap-cakap 3. Mengajarkan klien untuk banyak berlatih dengan 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sering mempraktekkan cara menghardik saat halusinasi itu muncul dengan cara tutup 	Annisa Desi

			<p>orang lain</p> <p>4. Memasukan dalam jadwal kegiatan sehari-hari</p>	<p>mata, tutup telinga lalu katakan pergi-pergi kamu tidak nyata suaramu palsu</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan harus melakukan cara yang kedua yaitu bercakap-cakap dengan orang lain yang diajarkan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak tenang dan kooperatif - Klien mau bercakap-cakap dengan orang lain <p>A :</p> <p>Sp 2</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien sudah mengenal halusinasi - Klien mampu memperagakan cara menghardik halusinasi - Klien sudah bisa bercakap-cakap dengan <p>P :</p> <p>Latih bercakap-cakap apabila halusinasi itu datang</p>	
	04 April 2023 10.00		<p>SP 3</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi kegiatan harian pasien yang lalu (SP 1, SP 2) 2. Melatih kegiatan agar halusinasi tidak muncul 3. Melatih kegiatan agar halusinasi tidak muncul 4. Menjelaskan pentingnya aktivitas yang teratur untuk 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan masih suka mendengar bisikan-bisikan - Klien mengatakan selalu melakukan aktivitas yang menyibukan diri <p>O :</p> <p>Klien dapat membuat jadwal kegiatan</p> <p>A :</p> <p>Klien mampu melatih kegiatan agar halusinasi tidak muncul</p>	Annisa Desi

			<p>mengatasi halusinasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Mendiskusikan aktivitas yang bisa dilakukan oleh klien 6. Melatih klien melakukan kegiatan aktivitas 7. Menyusun jadwal aktivitas yang telah dilatih dari bangun pagi sampai tidur malam 8. Memasukan dalam jadwal kegiatan harian klien 	<p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lanjut ke SP 4 - Jelaskan pentingnya penggunaan obat, menjelaskan akibat bila tidak digunakan sesuai program, menjelaskan akibat berhenti minum obat 	
	04 April 2023 11.30		<p>SP 4</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi kegiatan klien yang lalu (SP 1, SP 2 & SP 3) 2. Menanyakan program pengobatan 3. Mendiskusikan dengan klien dosis, tentang 4. Menjelaskan obat akibat berhenti minum obat 5. Membantu pasien menggunakan obat prinsip benar 6. Melatih pasien minum obat 7. Menganjurkan 	<p>S :</p> <p>Klien mengatakan jika halusinasi muncul “saya akan berkata pergi saya tidak mau dengar, suara kamu palsu atau berbincang-bincang dengan teman dan melakukan aktivitas sesuai jadwal kegiatan yang telah dibuat jika suara itu muncul lagi” saya harus minum obat haloperidol, stelosi, hexymer, chlorpromazine (CPZ)</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak tenang - Kontak mata ada - Klien mampu menunjukan dan menyebutkan jenis obat - Klien kooperatif 	Annisa Desi

			<p>mendemonstrasikan klien cara mengontrol halusinasi</p> <p>8. yang sudah diajarkan</p> <p>9. Memasukan dalam jadwal harian pasien</p>	<p>A : SP 4 teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>	
2.	06 April 2023 09.00	Resiko perilaku kekerasan	<p>SP 1</p> <p>1. Memberi salam/panggil nama klien</p> <p>2. Mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan</p> <p>3. Membantu klien latihan nafas dalam</p> <p>4. Menganjurkan klien memasukan kedalam kegiatan harian</p>	<p>S : Klien mengatakan mudah marah, saya mau Latihan kalua marah saya Tarik nafas dalam, Tarik dari hidung perlahan dan keluar lewat mulut</p> <p>O : – Klien berbicara dengan nada yang keras – Klien mampu melakukan Tarik nafas dalam dengan mandiri – Klien tampak gelisah</p> <p>A : Masalah resiko perilaku kekerasan SP 1</p> <p>P : – Lanjut SP 2 diruang perawatan klien – Motivasi klien untuk Latihan mengontrol marah Tarik nafas dalam sesuai jadwal harian</p> <p>S : Klien antusias dan bersemangat dalam menjawab pertanyaan yang diajukan perawat dan mampu mengulangi tindakan tarik nafas dalam dan sekarang saya mau lagi diajarkan cara mengontrol marah</p>	Annisa Desi

				<p>dengan memukul kasur dan bantal untuk melampiaskan marah saya.</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pandangan tajam - Telapak tangan klien tampak mengempal - Klien mampu memukul bantal dengan mandiri <p>A :</p> <p>Klien dapat mendemonstrasikan cara mengontrol perilaku kekerasan</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lanjut SP 3 - Motivasi klien untuk Latihan mengontrol marah pukul kasur dan bantal setiap hari 	
	06 April 2023 09.30		<p>SP 2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melatih mengontrol perilaku kekerasan secara fisik II : 2. Mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam 3. Memukul Kasur dan bantal 	<p>S :</p> <p>Klien antusias dan bersemangat dalam menjawab pertanyaan yang diajukan perawat dan mampu mengulangi tindakan tarik nafas dalam dan mengontrol marah dengan memukul kasur dan bantal untuk melampiaskan</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengempal tangan 2. Klien mampu memukul bbantal dengan mandiri 3. Pandangan tajam <p>A :</p> <p>SP 2 tercapai</p>	Annisa Desi

				<p>Klien dapat mendemonstrasikan cara mengontrol perilaku kekerasan</p> <p>P : Lanjutkan SP 3 Motivasi klien untuk latihan mengontrol marah dengan pukul kasur dan bantal</p>	
	06 April 2023 10.00		<p>SP 3</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien 2. Melatih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara sosial/verbal katakana bahwa anda sedang kesal 3. Menganjurkan klien memasukan kedalam jadwal kegiatan harian 	<p>S : Klien mengatakan merasa senang dan telah mampu mengontrol emosinya setelah perawat menjelaskan tarik nafas dalam, memukul bantal dan sekarang Latihan berbicara dengan baik</p> <p>O : – Kontak mata baik – Klien tampak tenang – Klien kooperatif – Klien mampu komunikasi dengan baik</p> <p>A : Masalah resiko perilaku kekerasan Klien dapat mendemonstrasikan cara mengontrol perilaku kekerasan</p> <p>P : Motivasi klien untuk shalat 5 waktu sesuai jadwal shalat</p>	Annisa Desi
	06 April 2023 10.30		<p>SP 4</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien 2. Melatih klien mengontrol 	<p>S : Klien mengatakan senang dan akan mengulangi apa yang diajarkan perawat</p> <p>O :</p>	Annisa Desi

			<p>perilaku kekerasan dengan cara spiritual</p> <p>3. Menganjurkan klien memasukan kegiatan harian kedalam</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Kontak mata baik - Klien kooperatif - Klien mengatur jadwal harian sholat 5 waktu <p>A :</p> <p>Masalah resiko perilaku kekerasan</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lanjutkan SP resiko perilaku kekerasan - Motivasi klien untuk minum obat sesuai jadwal harian 	
	06 April 2023 13.00		<p>SP 5</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi kegiatan harian klien 2. Mendiskusikan manfaat minum obat dan kerugian berhenti minum obat dan kerugian berhenti minum obat tanpa seizin dokter/perawat 3. Melatih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan minum obat 4. Menjelaskan prinsip benar minum obat (baca nama yang tertera, dosis obat, waktu, cara minum) 5. Memberi pujian, jika klien minum obat dengan benar 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan dapat obat empat macam haloperidol, stelosi, hexymer dan chlorpromazine (CPZ) - Klien mengatakan harus minum obat secara teratur dan obat sesuai jadwal supaya tenang dan tidak rileks. <p>O ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kontak mata baik - Klien kooperatif - Klien memasukan kedalam jadwal kegiatan harian minum obat <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - SP 5 teratasi sebagian - Klien dapat menggunakan obat-obatan yang diminum dan yang digunakannya (jenis, dosis, waktu, dan efek). 	Annisa Desi

6. Catatan Perkembangan

Nama : Tn. A

Jenis Kelamin : Laki-laki

Dx : Bipolar

Tabel 3. 5 Catatan Perkembangan

No	Dx	Tanggal/Jam	Catatan Perkembangan	TTD
1.	1	07 April 2023 10.00	<p>SP 1</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan kadang mendengar suara tersebut yang memanggilnya - Klien mengatakan apabila mendengar suara itu lagi klien akan menghardik dengan berkata : “pergi-pergi kamu tidak nyata, suara kamu palsu” <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak tenang - Kontak mata klien baik - Klien memperagakan cara menghardik dengan berkata : “pergi-pergi kamu tidak nyata, suara kamu palsu” <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - SP 1 teratasi - Klien masih mendengar suara-suara tersebut - Klien memperagakan cara menghardik <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluasi SP 1 - Lanjut SP 2 - Melatih berbicara/bercakap-cakap dengan orang lain saat halusinasi muncul, masukan dalam kegiatan klien 	Annisa Desi
		07 April 2023 10.00	<p>SP 2</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan kadang masih suka mendengar suara-suara lagi - Klien mengatakan apabila mendengar suara itu lagi klien akan menghardik dengan “pergi-pergi kamu tidak nyata, suara kamu palsu atau mengajak temanya ngobrol” 	Annisa

			<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak tenang - Kontak mata klien baik - Klien mampu mengajak temannya ngobrol <p>A :</p> <p>SP 2 teratasi</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lanjutkan ke SP 3 - Melatih kegiatan agar halusinasi tidak muncul 	
		07 April 2023 10.00	<p>SP 3</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan kadang masih suka mendengar suara-suara lagi - Klien mengatakan apabila mendengar suara itu lagi klien melakukan aktivitas untuk menyibukan diri - Klien tampak tenang - Kontak mata klien baik - Klien mampu memperagakan cara menghardik dan mampu mengajak temannya ngobrol dan melakukan aktivitas sesuai dengan yang dijadwalkan <p>A :</p> <p>SP 3 teratasi</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lanjutkan ke SP 4 - Menjelaskan pengobatan dengan benar 	Annisa Desi
		07 April 2023 10.00	<p>SP 4</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan apabila mendengar suara itu lagi klien akan menghardik dengan berkata “pergi-pergi kamu tidak nyata, suara kamu palsu” atau mengajak temannya mengobrol atau melakukan aktivitas dan harus minum obat. - Klien mengatakan tidak tahu pengobatan 5B. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak bingung - Kontak mata baik - Klien tidak mampu menjelaskan cara minum obat yang benar <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah teratasi Sebagian - Klien mampu memperagakan cara menghardik dan mampu mengajak temannya ngobrol dan mampu minum obat 5B <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluasi SP 1, 2 dan 3 	Annisa Desi

			<ul style="list-style-type: none"> - Lanjutkan ke SP 4 - Menjelaskan pengobatan 5B, latih klien minum obat <p>I :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menjelaskan pengobatan 5B, melatih klien minum obat <p>E :</p> <p>SP 4 teratasi</p> <p>R :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pertahankan semua SP 	
987yu 2	2	07 April 2023 10.00	<p>SP 1</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sudah mulai bisa mengontrol emosinya dan setelah perawat menjelaskan bagaimana cara mengontrol emosinya <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien memperagakan tarik nafas dalam - Kontak mata ada - Pandangan tajam <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - SP 1 teratasi - Klien mampu memperagakan cara tarik nafas dalam dengan benar <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluasi SP 1 - Lanjutkan ke SP 2 - Melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik yaitu memukul kasur atau bantal 	Annisa Desi
		07 April 2023 10.00	<p>SP 2</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan tidurnya sudah mulai nyenyak - Klien mengatakan ciri-ciri perilaku kekerasan wajah tegang, mata melotot dan nada suara tinggi <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien memperagakan tarik nafas dalam - Klien memperagakan cara mengontrol marah dengan memukul kasur atau bantal - Klien tampak tenang - Kontak mata ada <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - SP 2 teratasi - Klien mampu memperagakan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan dengan pukul kasur atau bantal dengan benar <p>P :</p>	Annisa Desi

			<ul style="list-style-type: none"> - Evaluasi SP 1, SP 2 - Pertahankan intervensi - Latihan cara mengontrol marah dengan memukul bantal atau kasur 	
		07 April 2023 10.00	<p>SP 3</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan mampu mengontrol marah dengan bercakap-cakap dengan orang lain <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak tenang - Klien tampak mampu mengontrol marah dengan bercakap-cakap dengan orang lain <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - SP 3 teratasi - Klien mampu mengontrol marah dengan bercakap-cakap dengan orang lain <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluasi SP1, SP 2, dan SP 3 - Latihan cara mengontrol mampu mengontrol marah dengan melaksanakan sholat 	Annisa Desi
		07 April 2023 10.00	<p>SP 4</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan mampu mengontrol marah dengan melaksanakan sholat <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak tenang - Kontak mata ada - Klien tampak dapat mengontrol marah dengan melaksanakan sholat 5 waktu <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - SP 4 teratasi - Klien mampu mengontrol marah dengan melaksanakan sholat 5 waktu <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluasi SP 1, SP 2, SP 3, dan SP 4 	Annisa Desi
		07 April 2023 10.00	<p>SP 5</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan mampu mengontrol marah dengan minum obat <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak tenang - Klien mau minum obat secara teratur - Klien tidak mampu menjelaskan pengobatan 5B <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluasi SP 1, SP 2, SP 3, SP 4, dan SP 5 - Menjelaskan pengobatan 5B, melatih klien minum obat 	Annisa Desi

			I : Menjelaskan pengobatan 5B, melatih klien minum obat E : SP 4 tercapai R : Pertahankan semua SP	
--	--	--	--	--

B. Pembahasan

Dalam pembahasan ini, penulis akan membahas asuhan keperawatan serta membandingkan dengan teori seperti yang telah diuraikan dalam tinjauan teori dan tinjauan kasus untuk menganalisis sejauh mana kesenjangan antara teori dan kasus. Setelah menganalisis selama melaksanakan asuhan keperawatan pada Tn. A di Rehabilitasi Mental Nur Ilahie Assani Samarang Kab. Garut. Pada klien dengan Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Pendengaran dari mulai pengkajian sampai evaluasi, terdapat tidak ada kesenjangan antara teori dengan lapangan yang didapatkan.

1. Pengkajian

Pada tahap pengkajian, penulis melakukan anamnesa baik kepada klien sendiri maupun perawat mengenai identitas klien, identitas penanggung jawab, alasan masuk, faktor predisposisi, dan genogram keluarga, serta melakukan pemeriksaan fisik, dan pada saat pengkajian tidak menemukan hambatan.

Sedangkan data yang tidak ditemukan pada klien Tn. A tetapi ada dalam teori, yaitu ;

- a. Produktifitas menurun
- b. Mudah marah dan tersinggung

- c. Keluhan-keluhan fisik
- d. Mengingkari kemampuan diri sendiri
- e. Mengejek diri sendiri
- f. Mencederai diri
- g. Ketegangan peran
- h. Khawatir

Tanda dan gejala tersebut tidak terjadi karena klien sudah agak membaik. Selain itu klien sudah mendapatkan perawatan selama \pm 7 tahun. Dan pada saat pengkajian klien sudah mampu melakukan kegiatan-kegiatan yang ada di Rehabilitasi Mental. Nur Ilahie Assani Samarang, klien juga dapat mengidentifikasi kemampuan yang dimilikinya, seperti membereskan tempat tidur, dan mandi secara mandiri.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan pada Tn. A dengan gangguan sensori persepsi halusinasi pendengaran yang mungkin muncul ada 2 diagnosa dan sesuai dengan kasus yang penulis temukan yaitu:

- a. Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi Pendengaran
- b. Resiko Perilaku Kekerasan (diri sendiri, orang lain, lingkungan, dan verbal.

Sedangkan masalah keperawatan yang berkaitan dengan gangguan sensori persepsi halusinasi pendengaran yang sesuai dengan teori menurut Yusuf (2015) yaitu;

- a. Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi

b. Resiko Perilaku Kekerasan (diri sendiri, orang lain, lingkungan, dan verbal)

Dalam diagnosa keperawatan pada Tn. A tidak ada masalah kesenjangan dikarenakan adanya kesesuaian antara teori dan lapangan

3. Perencanaan

Suatu keberhasilan dalam asuhan keperawatan memerlukan perencanaan yang disusun untuk melakukan tindakan terhadap klien, sehingga dapat disusun suatu rencana yang tepat antara tindakan yang dilakukan terhadap klien dengan masalah yang dihadapi oleh klien.

Dalam perencanaan, penulis tidak mengalami kesulitan yang berarti, baik dalam melakukan hubungan dengan klien maupun dalam melakukan penyusunan masalah yang dialami klien, hal ini dikarenakan klien yang hanya mengalami kondisi halusinasi dengar yang dapat ditangani dengan cara menumbuhkan rasa percaya kepada klien. Menurut WHO (2014), menetapkan hubungan terapeutik, kontak sering dan singkat secara bertahap, peduli, empati, jujur, menepati janji dan memenuhi kebutuhan dasar klien pada umumnya melindungi dari perilaku yang membahayakan, tidak membenarkan ataupun menyalahkan halusinasi klien, melibatkan klien dalam perencanaan asuhan keperawatan dan mempertahankan perilaku keselarasan verbal dan non verbal. Keberhasilan dalam proses perencanaan, dapat terlaksana dengan adanya faktor pendukung dalam melaksanakan proses tersebut, yaitu:

- a. Adanya hubungan yang tercipta secara baik antara klien dengan penyusun, sehingga perencanaan yang dilakukan dan disetujui oleh klien.
- b. Tersedianya sumber daya yang menunjang dalam penyusun studi kasus yang menyusun laksanakan sehingga dapat membantu penyusun dalam melakukan perencanaan.
- c. Adanya pihak yang dapat membantu dalam proses perencanaan sehingga memudahkan dalam proses perencanaan, seperti pihak Klinik Rehabilitasi Mental Nur Ilahi Assani Samarang dan perawat yang memberikan kesempatan bagi penyusun untuk melakukan studi kasus melaksanakan evaluasi hasil tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan pada klien Tn. A dengan Gangguan Persepsi Sensor Halusinasi Pendengaran Akibat Bipolar.

4. Implementasi

Pada tahap ini, penulis melaksanakan tindakan sesuai dengan perencanaan yang ditetapkan, dan disesuaikan dengan situasi dan kondisi klien, penulis tidak mendapatkan hambatan dalam pelaksanaan ini karena ada kerja sama dengan perawat ruangan terutama yang berkaitan dengan sarana dan prasarana.

Tujuan tindakan untuk pasien meliputi:

- a. Pasien mengenali halusinasi yang dialaminya
- b. Pasien dapat mengontrol halusinasinya
- c. Pasien mengikuti program pengobatan secara optimal

SP1:Membantu pasien mengenal halusinasi, menjelaskan cara-cara mengontrol halusinasi, mengajarkan pasien mengontrol halusinasi dengan cara pertama menghardik halusinasi. SP2:Mengajarkan klien mengontrol halusinasi dengan cara kedua yaitu bercakap-cakap dengan orang lain. SP 3:Mengajarkan klien mengontrol halusinasi dengan cara ketiga yaitu melakukan aktivitas terjadwal. SP 4:Mengajarkan klien mengontrol halusinasi dengan cara keempat yaitu minum obat dengan teratur.

5. Evaluasi

Evaluasi dapat dilihat dari hasil tindakan dan dengan tujuan atau kriteria evaluasi, apabila masalah dapat diatasi atau belum. Dalam kenyataannya masalah yang dihadapi klien dapat dicapai yaitu : ancaman halusinasi sudah berkurang baik akan sifat, jumlah maupun waktu, perilaku klien menunjukkan kemajuan, klien mulai belajar mengendalikan halusinasi dan mengikuti terapi aktivitas kelompok, klien mulai menyadari perlunya berada bersama orang lain untuk mengatasi halusinasinya. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada klien dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran Akibat Bipolar.

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. KESIMPULAN

Setelah penulis melaksanakan Asuhan Keperawatan Pada Tn. A. dengan Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Pendengaran di Rehabilitasi Mental Nur Ilahie Assani Samarang Kab. Garut, mulai dari tanggal 3-7 April 2023 dalam proses keperawatan jiwa akhirnya penulis dapat mengambil beberapa kesimpulan sebagai berikut:

1. Melaksanakan pengkajian fisik dan mental secara komprehensif pada klien Tn. A dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran Akibat Bipolar.
2. Merumuskan diagnosa keperawatan yang timbul pada klien Tn. A dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran Akibat Bipolar.
3. Menyusun rencana asuhan keperawatan terhadap masalah-masalah yang muncul sesuai prioritas masalah pada klien Tn.A dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran Akibat Bipolar.
4. Melaksanakan tindakan keperawatan sesuai rencana yang ditetapkan pada klien Tn. A dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran.
5. Melaksanakan evaluasi hasil tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan pada klien Tn. A dengan Gangguan Persepsi Sensor Halusinasi Pendengaran Akibat Bipolar.
6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada klien dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran Akibat Bipolar

B. REKOMENDASI

Pada kesempatan ini penulis ingin menyumbangkan penilaian dalam bentuk saran-saran, yaitu sebagai berikut:

1. Untuk Institusi STIKes Karsa Husada Garut Sebagai bahan tambahan bahan bacaan yang dapat dijadikan sebagai acuan atau referensi dalam pembelajaran di perkuliahan dan institusi dan sebagai bahan masukan pengembangan ilmu keperawatan jiwa khususnya klien dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran sebagai pertimbangan dan data referensi bagi peneliti sebelumnya.
2. Untuk Klien dan Keluarga Klien, hendaknya keluarga klien selalu memberikan dukungan dan dorongan pada klien dengan secara rutin, sehingga hubungan keluarga dan klien tetap terjaga dan klien merasa mendapatkan perhatian yang pada akhirnya dapat membantu dalam proses penyembuhan klien.
3. Untuk Klinik Rehabilitasi Mental Nur Ilahie Assani Samarang, sebagai bahan masukan, acuan, dan pertimbangan bagi profesi keperawatan dalam meningkatkan pelayanan kesehatan dan memberikan informasi bagi Klinik Rehabilitasi Mental Nur Ilahi Assani Samarang.

DAFTAR PUSTAKA

- Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa/Ah. Yusuf, Rizky Fitriyasari PK,
Hanik Endang Nihayati_Jakarta: Salemba Medika, 2015 1
jil., 366.
- Estika Mei Wulansari. Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Dengan
Resiko Perilaku Kekerasan Dirumah Sakit Daerah Dr Arif
Zainuddin Surakarta. Diss. Universitas Kusuma Husada
Surakarta, 2021.
- Keliat B, dkk. (2014). Proses Keperawatan Jiwa Edisi II. Jakarta : ECG
- McIntyre, Roger S., et al. "Bipolar disorders." *The Lancet* 396.10265
(2020): 1841-18. 56.
- Pardede, Jek Amidos. "Standar Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan
Masalah Risiko Perilaku Kekerasan." *Jurnal Keperawatan
Jiwa* (2020).
- Riskesdas. 2018. Hasil Utama Riskesdas 2018 : Jakarta : Balitbang
Kemenkes RI
- Riskesdes. 2018. Petunjuk Teknik Asuhan Keperawatan Pasien Gangguan
Jiwa Jakarta : Direktorat Kesehatan Jiwa.
- Undang-Undang No 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa Pasal 1 :
tentang Kesehatan jiwa
- WHO, 2018. "Mood Disorders", *Brave New Brain. Conquering Mental
Illness in The Era of The Genome*. Oxford University Press.

Yudhantara, D. S., Istiqomah, R., Putri, W. D. D. W., Ulya, Z., & Putri, F.
R. (2022). *Gangguan Bipolar: Buku Ajar untuk Mahasiswa Kedokteran*. Universitas Brawijaya Press.

Zelika, Alkhosiyah Alfi, and Deden Dermawan. "Kajian Asuhan Keperawatan Jiwa Halusinasi Pendengaran Pada Sdr. D Di Ruang Nakula RSJD Surakarta." *Profesi (Profesional Islam): Media Publikasi Penelitian* 12.02 (2015)

Lampiran 1

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN (SPTK)

PADA KLIEN DENGAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI :

HALUSINASI PENDENGARAN

Tanggal 3-7 April 2023

A. Proses Keperawatan

a. Kondisi Klien

DS :

- Melarangnya “Tn. A tidak boleh seperti itu”
- Klien mengatakan suara itu muncul diwaktu siang dan pada malam hari saat mau tidur
- Klien mengatakan suara itu muncul ketika klien sedang sendiri Ds :
- Klien mengatakan dirinya mendengar suara bisikan-bisikan perempuan yang

DO :

- Klien mengatakan ketika suara itu muncul klien merasa gelisah, dan menutupi telinganya
- Klien tampak tersenyum sendiri
- Klien tampak melamun
- Klien tampak sering mondar mandir

b. Diagnosa Keperawatan

Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran

c. Tujuan Keperawatan

- a. Pasien mengenali halusinasi yang dialaminya
- b. Pasien dapat mengontrol halusinasinya
- c. Pasien mengikuti program pengobatan secara optimal

d. Tindakan Keperawatan

- a. Membantu pasien mengenali halusinasi.

Untuk membantu pasien mengenali halusinasi Saudara dapat melakukannya dengan cara berdiskusi dengan pasien tentang isi halusinasi (apa yang didengar/dilihat), waktu terjadi halusinasi, frekuensi terjadinya halusinasi, situasi yang menyebabkan halusinasi muncul dan respon pasien saat halusinasi muncul

- b. Melatih pasien mengontrol halusinasi. Keempat cara tersebut meliputi:

- 1) Menghardik halusinasi
- 2) Tahapan tindakan meliputi:
 - 3) Menjelaskan cara menghardik halusinasi
 - 4) Memperagakan cara menghardik
 - 5) Meminta pasien memperagakan ulang
 - 6) Memantau penerapan cara ini, menguatkan perilaku pasien
 - 7) Bercakap-cakap dengan orang lain
 - 8) Melakukan aktivitas yang terjadwal.

SP 1 Pasien :

Membantu pasien mengenal halusinasi, menjelaskan cara-cara mengontrol halusinasi, mengajarkan pasien mengontrol halusinasi dengan cara pertama: menghardik halusinasi

ORIENTASI:

”Assalamualaikum pak. Saya perawat yang akan merawat bapak. Nama saya Annisa Desi, senang dipanggil Nisa. Nama bapak siapa? Senang dipanggil apa”

”Bagaimana perasaan bapak hari ini? Apa keluhan bapak saat ini”

”Baiklah, bagaimana kalau kita bercakap-cakap tentang suara yang selama ini bapak dengar tetapi tak tampak wujudnya? Di mana kita duduk? Di musholah? Berapa lama? Bagaimana kalau 10 menit”

KERJA:

”Apakah bapak mendengar suara tanpa ada wujudnya? Apa yang dikatakan suara itu?”

” Apakah terus-menerus terdengar atau sewaktu-waktu? Kapan yang paling sering bapak dengar suara? Berapa kali sehari bapak alami? Pada keadaan apa suara itu terdengar? Apakah pada waktu sendiri?”

” Apa yang bapak rasakan pada saat mendengar suara itu?”

”Apa yang bapak lakukan saat mendengar suara itu? Apakah dengan cara itu suara-suara itu hilang? Bagaimana kalau kita belajar cara-cara untuk mencegah suara-suara itu muncul?”

” Pak, ada empat cara untuk mencegah suara-suara itu muncul. Pertama, dengan menghardik suara tersebut. Kedua, dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain. Ketiga, melakukan kegiatan yang sudah terjadwal, dan yang ke empat minum obat dengan teratur.”

”Bagaimana kalau kita belajar satu cara dulu, yaitu dengan menghardik”.

”Caranya sebagai berikut: saat suara-suara itu muncul, langsung bapak bilang, pergi saya tidak mau dengar, ... Saya tidak mau dengar. Kamu suara palsu. Begitu diulang-ulang sampai suara itu tak terdengar lagi. Coba bapak peragakan! Nah begitu, ... bagus! Coba lagi! Ya bagus bapak sudah bisa”

TERMINASI:

”Bagaimana perasaan bapak setelah peragaan latihan tadi?” Kalau suara-suara itu muncul lagi, silakan coba cara tersebut ! bagaimana kalau kita buat jadwal latihannya. Mau jam berapa saja latihannya? (Saudara masukkan kegiatan latihan menghardik halusinasi dalam jadwal kegiatan harian pasien). Bagaimana kalau kita bertemu lagi untuk belajar dan latihan mengendalikan suara-suara dengan cara yang kedua? Jam berapa pak? Bagaimana kalau nanti jam 09.20? Berapa lama kita akan berlatih? Dimana tempatnya”

”Baiklah, sampai jumpa. Assalamu’alaikum”

SP 2 Pasien :

Melatih pasien mengontrol halusinasi dengan cara kedua: bercakap-cakap dengan orang lain

ORIENTASI:

“Assalammu’alaikum pak. Bagaimana perasaan bapak hari ini? Apakah suara-suaranya masih muncul ? Apakah sudah dipakai cara yang telah kita latih? Berkurangkan suara-suaranya Bagus ! Sesuai janji kita tadi saya akan latih cara kedua untuk mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain. Kita akan latihan selama 10 menit. Mau di mana? Di sini saja?”

KERJA:

“Cara kedua untuk mencegah/mengontrol halusinasi yang lain adalah dengan bercakap-cakap dengan orang lain. Jadi kalau bapak mulai mendengar suara-suara, langsung saja cari teman untuk diajak ngobrol. Minta teman untuk ngobrol dengan bapak. Contohnya begini; ... tolong, saya mulai dengar suara-suara. Ayo ngobrol dengan saya! Atau kalau ada orang dirumah misalnya Kakak bapak katakan: Kak, ayo ngobrol dengan saya. Saya sedang dengar suara-suara. Begitu pak. Coba bapak lakukan seperti saya tadi lakukan. Ya, begitu. Bagus! Coba sekali lagi! Bagus! Nah, latih terus ya pak!”

TERMINASI:

“Bagaimana perasaan bapak setelah latihan ini? Jadi sudah ada berapa cara yang bapak pelajari untuk mencegah suara-suara itu? Bagus, cobalah kedua

cara ini kalau bapak mengalami halusinasi lagi. Bagaimana kalau kita masukkan dalam jadwal kegiatan harian bapak. Mau jam berapa latihan bercakap-cakap? Nah nanti lakukan secara teratur serta sewaktu-waktu suara itu muncul! Besok pagi saya akan ke mari lagi. Bagaimana kalau kita latih cara yang ketiga yaitu melakukan aktivitas terjadwal? Mau jam berapa? Bagaimana kalau jam 09.00? Mau di mana/Di sini lagi? Sampai nanti ya. Assalamu'alaikum”

SP 3 Pasien :

Melatih pasien mengontrol halusinasi dengan cara ketiga: melaksanakan aktivitas terjadwal

ORIENTASI:

“Assalamu'alaikum pak. Bagaimana perasaan bapak hari ini? Apakah suara-suaranya masih muncul ? Apakah sudah dipakai dua cara yang telah kita latih ? Bagaimana hasilnya ? Bagus ! Sesuai janji kita, hari ini kita akan belajar cara yang ketiga untuk mencegah halusinasi yaitu melakukan kegiatan terjadwal. Mau di mana kita bicara? Baik kita duduk di ruang tamu. Berapa lama kita bicara? Bagaimana kalau 10 menit? Baiklah.”

KERJA:

“Apa saja yang biasa bapak lakukan? Pagi-pagi apa kegiatannya, terus jam berikutnya (terus ajak sampai didapatkan kegiatannya sampai malam). Wah banyak sekali kegiatannya. Mari kita latih dua kegiatan hari ini (latih kegiatan tersebut). Bagus sekali bapak bisa lakukan. Kegiatan ini dapat

bapak lakukan untuk mencegah suara tersebut muncul. Kegiatan yang lain akan kita latih lagi agar dari pagi sampai malam ada kegiatan.

TERMINASI:

“Bagaimana perasaan bapak setelah kita bercakap-cakap cara yang ketiga untuk mencegah suara-suara? Bagus sekali! Coba sebutkan 3 cara yang telah kita latih untuk mencegah suara-suara. Bagus sekali. Mari kita masukkan dalam jadwal kegiatan harian bapak. Coba lakukan sesuai jadwal ya!(Saudara dapat melatih aktivitas yang lain pada pertemuan berikut sampai terpenuhi seluruh aktivitas dari pagi sampai malam) Bagaimana kalau menjelang makan siang nanti, kita membahas cara minum obat yang baik serta guna obat. Mau jam berapa? Bagaimana kalau jam 12.00 pagi?Di ruang makan ya! Sampai jumpa. Wassalammu’alaikum.

SP 4 Pasien:

Melatih pasien menggunakan obat secara teratur

ORIENTASI:

“Assalamualaikum pak. Bagaimana perasaan bapak hari ini? Apakah suara-suaranya masih muncul ? Apakah sudah dipakai tiga cara yang telah kita latih ? Apakah jadwal kegiatannya sudah dilaksanakan ? Apakah pagi ini sudah minum obat? Baik. Hari ini kita akan mendiskusikan tentang obat-obatan yang bapak minum. Kita akan diskusi selama 10 menit sambil menunggu makan siang. Di sini saja ya pak?”

KERJA:

“Pak adakah bedanya setelah minum obat secara teratur. Apakah suara-suara berkurang/hilang ? Minum obat sangat penting supaya suara-suara yang bapak dengar dan mengganggu selama ini tidak muncul lagi. Berapa macam obat yang bapak minum ? (Perawat menyiapkan obat pasien) Ini yang warna pink (halo) 3 kali sehari pagi siang malam, jam 7 pagi, jam 1 siang dan 8 malam gunanya mengurangi stress. Ini yang biru (Stelosis) 3 kali sehari jam nya sama gunanya untuk mengatasi gelisah/depresi. Sedangkan yang kuning (hexymer) 3 kali sehari jam nya sama gunanya untuk menyeimbang dan warna orange (CPZ) 1 kali sehari jam 8 malam gunanya untuk obat tidur. Kalau suara-suara sudah hilang obatnya tidak boleh diberhentikan. Nanti konsultasikan dengan dokter, sebab kalau putus obat, bapak akan kambuh dan sulit untuk mengembalikan ke keadaan semula. Kalau obat habis bapak bisa minta ke dokter untuk mendapatkan obat lagi. bapak juga harus teliti saat menggunakan obat-obatan ini. Pastikan obatnya benar, artinya bapak harus memastikan bahwa itu obat yang benar-benar punya bapak. Jangan keliru dengan obat milik orang lain. Baca nama kemasannya. Pastikan obat diminum pada waktunya, dengan cara yang benar. Yaitu diminum sesudah makan dan tepat jamnya. Bapak juga harus perhatikan berapa jumlah obat sekali minum, dan harus cukup minum 10 gelas per hari”

TERMINASI:

“Bagaimana perasaan bapak setelah kita bercakap-cakap tentang obat? Sudah berapa cara yang kita latih untuk mencegah suara-suara? Coba

sebutkan! Bagus! (jika jawaban benar). Mari kita masukkan jadwal minum obatnya pada jadwal kegiatan bapak. Jangan lupa pada waktunya minta obat pada perawat atau pada keluarga kalau di rumah. Nah makanan sudah datang. Besok kita ketemu lagi untuk melihat manfaat 4 cara mencegah suara yang telah kita bicarakan. Mau jam berapa? Bagaimana kalau jam 10.00. sampai jumpa. Wassalammu'alaikum.

Lampiran 2

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN (SPTK)

PADA KLIEN DENGAN GANGGUAN RESIKO PERILAKU

KEKERASAN

Tanggal 3-7 April 2023

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Klien

DS :

- Klien mengatakan merasa kesal
- Klien mengatakan dirinya marah-marah kepada kakanya
- Klien mengatakan dirinya pernah melempar barang

DO :

- Pasien tampak mengepal tangan

2. Diagnosa Keperawatan

Resiko Perilaku Kekerasan

3. Tujuan Keperawatan

- a. Pasien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan
- b. Pasien dapat mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan
- c. Pasien dapat menyebutkan jenis perilaku kekerasan yang pernah dilakukannya
- d. Pasien dapat menyebutkan akibat dari perilaku kekerasan yang dilakukannya

- e. Pasien dapat menyebutkan cara mencegah/mengontrol perilaku kekerasannya
- f. Pasien dapat mencegah/mengontrol perilaku kekerasannya secara fisik, spiritual, sosial, dan dengan terapi psikofarmaka.

4. Tindakan Keperawatan

- a. Bina hubungan saling percaya
- b. Diskusikan bersama pasien penyebab perilaku kekerasan saat ini dan yang lalu
- c. Diskusikan bersama pasien akibat perilakunya
- d. Diskusikan bersama pasien cara mengontrol perilaku kekerasan secara :
- e. Latih mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual:
- f. Latih mengontrol perilaku kekerasan dengan patuh minum obat:
 - 1) Latih pasien minum obat secara teratur dengan prinsip lima benar (benar nama pasien, benar nama obat, benar cara minum obat, benar waktu minum obat, dan benar dosis obat) disertai penjelasan guna obat dan akibat berhenti minum obat
 - 2) Susun jadwal minum obat secara teratur
- g. Ikut sertakan pasien dalam Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Persepsi mengontrol Perilaku Kekerasan

SP 1 Pasien :

Membina hubungan saling percaya, identifikasi penyebab perasaan marah, tanda dan gejala yang dirasakan, perilaku kekerasan yang dilakukan, akibatnya serta cara mengontrol secara fisik I

ORIENTASI:

“Assalamualaikum pak, perkenalkan nama saya Annisa Desi, panggil saya Nisa, saya perawat yang dinas di ruangan ini. Hari ini saya dinas pagi dari pukul 08.00-14.00. Saya yang akan merawat bapak selama bapak di klinik ini. Nama bapak siapa, senangnya dipanggil apa?”

“Bagaimana perasaan bapak saat ini?, Masih ada perasaan kesal atau marah?”

“Baiklah kita akan berbincang-bincang sekarang tentang perasaan marah bapak”

“Berapa lama bapak mau kita berbincang-bincang?” Bagaimana kalau 10 menit?

“Dimana enakya kita duduk untuk berbincang-bincang, pak? Bagaimana kalau di ruang tamu?”

KERJA:

“Apa yang menyebabkan bapak marah?, Apakah sebelumnya bapak pernah marah? Terus, penyebabnya apa? Samakah dengan yang sekarang?. O..iya, jadi ada 2 penyebab marah bapak”

“Pada saat penyebab marah itu ada, seperti bapak pulang ke rumah dan orang rumah belum menyediakan makanan(misalnya ini penyebab marah pasien), apa yang bapak rasakan?” (tunggu respons pasien)

“Apakah bapak merasakan kesal kemudian dada bapak berdebar-debar, mata melotot, rahang terkatup rapat, dan tangan menggepal?”

“Setelah itu apa yang bapak lakukan? O..iya, jadi bapak marah-marah dan ingin memukul kaka bapak dan melempar barang, apakah dengan cara ini membuat bapak tenang? Iya, tentu tidak. Apa kerugian cara yang bapak lakukan? Betul, orang rumah jadi takut, barang-barang pecah. Menurut bapak adakah cara lain

yang lebih baik? Maukah bapak belajar cara mengungkapkan kemarahan dengan baik tanpa menimbulkan kerugian?”

”Ada beberapa cara untuk mengontrol kemarahan, pak. Salah satunya adalah dengan cara fisik. Jadi melalui kegiatan fisik disalurkan rasa marah.”

”Ada beberapa cara, bagaimana kalau kita belajar satu cara dulu?”

”Begini pak, kalau tanda-tanda marah tadi sudah bapak rasakan maka bapak berdiri, lalu tarik napas dari hidung, tahan sebentar, lalu keluarkan/tiupu perlahan-lahan melalui mulut seperti mengeluarkan kemarahan. Ayo coba lagi, tarik dari hidung, bagus.., tahan, dan tiup melalui mulut. Nah, lakukan 5 kali. Bagus sekali, bapak sudah bisa melakukannya. Bagaimana perasaannya?”

“Nah, sebaiknya latihan ini bapak lakukan secara rutin, sehingga bila sewaktu-waktu rasa marah itu muncul bapak sudah terbiasa melakukannya”

TERMINASI

“Bagaimana perasaan bapak setelah berbincang-bincang tentang kemarahan bapak?”

”Iya jadi ada 2 penyebab bapak marah dan yang bapak rasakan kesal dan yang bapak lakukan marah-marah dan melempar barang serta akibatnya orang sekitar bapak merasa ketakutan.

”Coba selama saya tidak ada, ingat-ingat lagi penyebab marah bapak yang lalu, apa yang bapak lakukan kalau marah yang belum kita bahas dan jangan lupa latihan napas dalamnya ya pak. ‘Sekarang kita buat jadwal latihannya ya pak, berapa kali sehari bapak mau latihan napas dalam?, jam berapa saja pak?’”

”Baik, bagaimana kalau 10 menit lagi saya datang dan kita latihan cara yang lain untuk mencegah/mengontrol marah. Tempatnya disini saja ya pak, assalamu’alaikum”

SP 2 Pasien:

Latihan mengontrol perilaku kekerasan secara fisik ke-2

ORIENTASI

“Assalamualaikum pak, sesuai dengan janji saya dua jam yang lalu sekarang saya datang lagi”

“Bagaimana perasaan bapak saat ini, adakah hal yang menyebabkan bapak marah?”

“Baik, sekarang kita akan belajar cara mengontrol perasaan marah dengan kegiatan fisik untuk cara yang kedua”

“Mau berapa lama? Bagaimana kalau 20 menit?”

“Dimana kita bicara? Bagaimana kalau di ruang tamu?”

KERJA

“Kalau ada yang menyebabkan bapak marah dan muncul perasaan kesal, berdebar-debar, mata melotot, selain napas dalam bapak dapat melakukan pukul kasur dan bantal”.

“Sekarang mari kita latihan memukul kasur dan bantal. Mana kamar bapak? Jadi kalau nanti bapak kesal dan ingin marah, langsung ke kamar dan lampiaskan kemarahan tersebut dengan memukul kasur dan bantal. Nah, coba bapak lakukan, pukul kasur dan bantal. Ya, bagus sekali bapak melakukannya”.

“Kekesalan lampiaskan ke kasur atau bantal.”

“Nah cara inipun dapat dilakukan secara rutin jika ada perasaan marah. Kemudian jangan lupa merapikan tempat tidurnya

TERMINASI

“Bagaimana perasaan bapak setelah latihan cara menyalurkan marah tadi?”

“Ada berapa cara yang sudah kita latih, coba bapak sebutkan lagi? Bagus!”

“Mari kita masukkan ke dalam jadwal kegiatan sehari-hari bapak. Pukul kasur bantal mau jam berapa? Bagaimana kalau setiap bangun tidur? Baik, jadi jam 05.00 pagi. dan jam jam 15.00 sore. Lalu kalau ada keinginan marah sewaktu-waktu gunakan kedua cara tadi ya pak. Sekarang kita buat jadwalnya ya pak, mau berapa kali sehari bapak latihan memukul kasur dan bantal serta tarik nafas dalam ini?”

“Besok pagi kita ketemu lagi kita akan latihan cara mengontrol marah dengan belajar bicara yang baik. Mau jam berapa pak? Baik, jam 10 pagi ya. Sampai jumpa”

SP 3 Pasien:

Latihan mengontrol perilaku kekerasan secara sosial/verbal:

ORIENTASI

“Assalamualaikum pak, sesuai dengan janji saya kemarin sekarang kita ketemu lagi”

“Bagaimana pak, sudah dilakukan latihan tarik napas dalam dan pukul kasur bantal?, apa yang dirasakan setelah melakukan latihan secara teratur?”

“Coba saya lihat jadwal kegiatan hariannya.”

“Bagus. Nah kalau tarik nafas dalamnya dilakukan sendiri tulis M, artinya mandiri; kalau diingatkan suster baru dilakukan tulis B, artinya dibantu atau diingatkan. Nah kalau tidak dilakukan tulis T, artinya belum bisa melakukan

“Bagaimana kalau sekarang kita latihan cara bicara untuk mencegah marah?”

“Dimana enakny kita berbincang-bincang? Bagaimana kalau di tempat yang sama?”

“Berapa lama bapak mau kita berbincang-bincang? Bagaimana kalau 20 menit?”

KERJA

“Sekarang kita latihan cara bicara yang baik untuk mencegah marah. Kalau marah sudah dusalurkan melalui tarik nafas dalam atau pukul kasur dan bantal, dan sudah lega, maka kita perlu bicara dengan orang yang membuat kita marah. Ada tiga caranya pak:

1. Meminta dengan baik tanpa marah dengan nada suara yang rendah serta tidak menggunakan kata-kata kasar. Kemarin Bapak bilang penyebab marahnya larena minta uang sama isteri tidak diberi. Coba Bapak minta uang dengan baik:”Bu, saya perlu uang untuk membeli rokok.” Nanti bisa dicoba di sini untuk meminta baju, minta obat dan lain-lain. Coba bapak praktekan. Bagus pak.”
2. Menolak dengan baik, jika ada yang menyuruh dan bapak tidak ingin melakukannya, katakan: ‘Maaf saya tidak bisa melakukannya karena sedang ada kerjaan’. Coba bapak praktekan. Bagus pak”

3. Mengungkapkan perasaan kesal, jika ada perlakuan orang lain yang membuat kesal bapak dapat mengatakan: ' Saya jadi ingin marah karena perkataanmu itu'. Coba praktekan. Bagus”
4. Saya jadi ingin marah karena perkataanmu itu'. Coba praktekan. Bagus”

TERMINASI

“Bagaimana perasaan bapak setelah kita bercakap-cakap tentang cara mengontrol marah dengan bicara yang baik?”

“Coba bapak sebutkan lagi cara bicara yang baik yang telah kita pelajari”

“Bagus sekal, sekarang mari kita masukkan dalam jadwal. Berapa kali sehari bapak mau latihan bicara yang baik?, bisa kita buat jadwalnya?”

Coba masukkan dalam jadwal latihan sehari-hari, misalnya meminta obat, uang, dll. Bagus nanti dicoba ya Pak!”

“Bagaimana kalau dua jam lagi kita ketemu lagi?”

“Nanti kita akan membicarakan cara lain untuk mengatasi rasa marah bapak yaitu dengan cara ibadah, bapak setuju? Mau di mana Pak? Di sini lagi? Baik sampai nanti ya”

SP 4 Pasien :

Latihan mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual

ORIENTASI

“Assalamualaikum pak, sesuai dengan janji saya dua jam yang lalu sekarang saya datang lagi” Baik, yang mana yang mau dicoba?”

“Bagaimana pak, latihan apa yang sudah dilakukan? Apa yang dirasakan setelah melakukan latihan secara teratur? Bagus sekali, bagaimana rasa marahnya”

“Bagaimana kalau sekarang kita latihan cara lain untuk mencegah rasa marah yaitu dengan ibadah?”

“Dimana enaknya kita berbincang-bincang? Bagaimana kalau di tempat tadi?”

“Berapa lama bapak mau kita berbincang-bincang? Bagaimana kalau 20 menit?”

KERJA

“Coba ceritakan kegiatan ibadah yang biasa Bapak lakukan! Bagus. Baik, yang mana mau dicoba?”

“Nah, kalau bapak sedang marah coba bapak langsung duduk dan tarik napas dalam. Jika tidak reda juga marahnya rebahkan badan agar rileks. Jika tidak reda juga, ambil air wudhu kemudian sholat”.

“Bapak bisa melakukan sholat secara teratur untuk meredakan kemarahan.”

“Nanti kita akan membicarakan cara lain untuk mengatasi rasa marah bapak yaitu dengan cara ibadah, bapak setuju? Mau di mana Pak? Di sini lagi? Baik sampai nanti ya”

SP 4 Pasien :

Latihan mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual

ORIENTASI

“Assalamualaikum pak, sesuai dengan janji saya dua jam yang lalu sekarang saya datang lagi” Baik, yang mana yang mau dicoba?”

“Bagaimana pak, latihan apa yang sudah dilakukan? Apa yang dirasakan setelah melakukan latihan secara teratur? Bagus sekali, bagaimana rasa marahnya?”

“Bagaimana kalau sekarang kita latihan cara lain untuk mencegah rasa marah yaitu dengan ibadah?”

“Dimana enakny kita berbincang-bincang? Bagaimana kalau di tempat tadi?”

“Berapa lama bapak mau kita berbincang-bincang? Bagaimana kalau 20 menit?”

KERJA

“Coba ceritakan kegiatan ibadah yang biasa Bapak lakukan! Bagus. Baik, yang mana mau dicoba?”

“Nah, kalau bapak sedang marah coba bapak langsung duduk dan tarik napas dalam. Jika tidak reda juga marahnya rebahkan badan agar rileks. Jika tidak reda juga, ambil air wudhu kemudian sholat”.

“Bapak bisa melakukan sholat secara teratur untuk meredakan kemarahan.”

“Coba Bpk sebutkan sholat 5 waktu? Bagus. Mau coba yang mana? Coba sebutkan caranya (untuk yang muslim).”

TERMINASI

Bagaimana perasaan bapak setelah kita bercakap-cakap tentang cara yang ketiga ini?”

“Jadi sudah berapa cara mengontrol marah yang kita pelajari? Bagus”.

“Mari kita masukkan kegiatan ibadah pada jadual kegiatan bapak. Mau berapa kali bapak sholat. Baik kita masukkan sholat dan (sesuai kesepakatan pasien)

“Coba bapak sebutkan lagi cara ibadah yang dapat bapak lakukan bila bapak merasa marah”

“Setelah ini coba bapak lakukan jadual sholat sesuai jadual yang telah kita buat tadi”

“Besok kita ketemu lagi ya pak, nanti kita bicarakan cara keempat mengontrol rasa marah, yaitu dengan patuh minum obat.. Mau jam berapa pak? Seperti sekarang saja, jam 10 ya?”

“Nanti kita akan membicarakan cara penggunaan obat yang benar untuk mengontrol rasa marah bapak, setuju pak?”

SP 5 Pasien :

Latihan mengontrol perilaku kekerasan dengan obat

ORIENTASI

“Assalamualaikum pak, sesuai dengan janji saya kemarin hari ini kita ketemu lagi”

“Bagaimana pak, sudah dilakukan latihan tarik napas dalam, pukul kasur bantal, bicara yang baik serta sholat?, apa yang dirasakan setelah melakukan latihan secara teratur?. Coba kita lihat cek kegiatannya”.

“Bagaimana kalau sekarang kita bicara dan latihan tentang cara minum obat yang benar untuk mengontrol rasa marah?”

“Dimana enakya kita berbincang-bincang? Bagaimana kalau di tempat kemarin?”

“Berapa lama bapak mau kita berbincang-bincang? Bagaimana kalau 15 menit”

KERJA

(perawat membawa obat pasien)

“Bapak sudah dapat obat dari dokter?”

Berapa macam obat yang Bapak minum? Warnanya apa saja? Bagus! Jam berapa Bapak minum? Bagus!

“Obatnya ada empat macam pak, yang warnanya orange namanya CPZ gunanya agar pikiran tenang, yang pink ini namanya (Halo) mengurangi stress, yang biru ini namanya (Stetolis) mengatasi gelisah/depresi sedangkan yang kuning ini namanya (hexymer) untuk penyeimbang, yang warna orange (CPZ) obat tidur semuanya ini harus bapak minum 3 kali sehari jam 7 pagi, jam 1 siang, dan jam 8 malam” kecuali untuk obat CPZ.

“Bila terasa mata berkunang-kunang, bapak sebaiknya istirahat dan jangan beraktivitas dulu”

“Nanti di rumah sebelum minum obat ini bapak lihat dulu label di kotak obat apakah benar nama bapak tertulis disitu, berapa dosis yang harus diminum, jam berapa saja harus diminum. Baca juga apakah nama obatnya sudah benar? Di sini minta obatnya pada suster kemudian cek lagi apakah benar obatnya!”

“Jangan pernah menghentikan minum obat sebelum berkonsultasi dengan dokter ya pak, karena dapat terjadi kekambuhan.”

“Sekarang kita masukkan waktu minum obatnya kedalam jadual ya pak.”

TERMINASI

“Bagaimana perasaan bapak setelah kita bercakap-cakap tentang cara minum obat yang benar?”

“Coba bapak sebutkan lagi jenis obat yang Bapak minum! Bagaimana cara minum obat yang benar?”

“Nah, sudah berapa cara mengontrol perasaan marah yang kita pelajari?. Sekarang kita tambahkan jadual kegiatannya dengan minum obat. Jangan lupa laksanakan semua dengan teratur ya”.

“Baik, Besok kita ketemu kembali untuk melihat sejauhmana ana bapak melaksanakan kegiatan dan sejauhmana dapat mencegah rasa marah. Sampai jumpa”

Lampiran 3



Lampiran 4

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. IDENTITAS

Nama : Annisa Desi Nur Utami
Jenis Kelamin : Perempuan
Tempat, Tanggal Lahir : Garut, 04 Mei 2002
Agama : Islam
Alamat : Kp. Campaka Rt/Rw 04/04 Desa.
Sukamaju Kec. Cilawu Kab. Garut
Instagram : annisadsn_
Gmail : anisadesi045@gmail.com

B. RIWAYAT PENDIDIKAN

1. SDN Bojonggede 04 (2008-2009)
2. SDN Sukamaju 3 (2009-2014)
3. MTs Cilawu (2014-2017)
4. SMKN 3 Garut (2017-2020)
5. STIKes Karsa Husada Garut Program Studi Diploma III Keperawatan (2020-2023)

Lampiran 5

LEMBAR BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH STIKes KARSA HUSADA GARUT

Nama : Annisa Desi Nur Utami
Nim : KHGA20006
Pembimbing : Tanti Suryawantie, S.Kep., Ns., M.H.Kes
Judul KTI : Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. A Dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran Akibat Gangguan Mood (Bipolar) Di Yayasan Rehabilitasi Mental Nur Ilahie Assani Samarang Kabupaten Garut

No	Hari/ Tanggal	Materi yang dikonsulkan	Saran Pembimbing	Tanda Tangan Pembimbing	Tanda Tangan Mahasiswa
1	Kamis, 25/5/2023	Bab I	Buat pendahuluan latar belakang	Tanti Suryawantie, S.Kep., Ns., M.H.Kes	Annisa Desi
2	Senin, 29/5/2023	Bab I	Cari data profil Yayasan rehab buat bab II	Tanti Suryawantie, S.Kep., Ns., M.H.Kes	Annisa Desi
3	Selasa, 3/6/2023	Bab I Bab II	Penulisan perbaiki lanjut bab III	Tanti Suryawantie, S.Kep., Ns., M.H.Kes	Annisa Desi

4	Selasa, 13/6/2023	Bab I Bab II Bab III	- ACC - ACC - Pengkajian, Analisa data, Pembahasan	Tanti Suryawantie, S.Kep., Ns., M.H.Kes	Annisa Desi
5	Kamis, 15/6/2023	Bab I Bab III Bab IV	- ACC - Pembahasan perbaiki - ACC	Tanti Suryawantie, S.Kep., Ns., M.H.Kes	Annisa Desi
6	Jumat, 16/6/2023		- Lampirkan SPTK	Tanti Suryawantie, S.Kep., Ns., M.H.Kes	Annisa Desi
7	Selasa, 27/6/2023	Bab III	- ACC - Abstrak perbaiki	Tanti Suryawantie, S.Kep., Ns., M.H.Kes	Annisa Desi
8	Rabu, 28/6/2023		- Abstrak perbaiki - ACC Sidang hasil KTI siapkan draft	Tanti Suryawantie, S.Kep., Ns., M.H.Kes	Annisa Desi