

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA BAPAK A.F YANG MENGALAMI  
HALUSINASI DI RUANG ELANG RUMAH SAKIT JiWA  
DAERAH ATMA HUSADA MAHAKAM SAMARINDA**

**KARYA TULIS ILMIAH**



**Oleh :**

**DIDIN SETYO PRASOJO**

**NIM : 1211308210635**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH  
SAMARINDA**

**2016**

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang**

World Health Organization (WHO) mendefinisikan kesehatan sebagai keadaan sehat fisik, mental dan sosial, bukan semata-mata keadaan penyakit atau kelemahan. Definisi ini menekankan kesehatan sebagai suatu keadaan sejahtera yang positif, bukan sekedar keadaan tanpa penyakit. Orang yang memiliki kesejahteraan emosional, fisik dan sosial dapat memenuhi tanggung jawab kehidupan, berfungsi dengan efektif dalam kehidupan sehari-hari, dan puas dengan hubungan interpersonal dan diri mereka sendiri (Videbeck, 2008 )

Dimasa lalu gangguan jiwa dipandang sebagai kerasukan setan, hukuman karena pelanggaran sosial atau agama, kurang minat atau semangat, dan pelanggaran norma sosial. Penderita gangguan jiwa dianiaya, di hukum, dijauhi, diejek, dikucilkan dari masyarakat normal, sampai abad ke-19 penderita gangguan jiwa dinyatakan tidak dapat disembuhkan dan dibelenggu dalam penjara tanpa diberi makan dan tempat berteduh, atau pakaian yang cukup (Videbeck, 2008)

Penyakit jiwa juga di sebut dengan istilah skizofrenia. Skizofrenia berasal dari bahasa Yunani, yaitu shizo (perpecahan) dan Pheros (pikiran). ..Kata ini digunakan untuk menggambarkan buruknya

hubungan atau terpecahnya proses berpikir penderita dengan fungsi lain dari pikiran seperti emosi dan perilaku . Skizofrenia termasuk dalam salah satu gangguan mental yang disebut psikosis. Pasien psikotik tidak dapat mengenali atau tidak memiliki kontak dengan realitas (World Federation for Mental Health, 2008. dalam Sinaga, 2007). Adapun tanda dan gejala dari pada Skizoprenia salah satunya adalah Halusinasi .

Halusinasi adalah persepsi sensorik yang salah dimana tidak terdapat stimulus sensorik yang berkaitannya. Halusinasi dapat berwujud penginderaan kelima indra yang keliru, tetapi yang paling sering adalah halusinasi dengar (auditory) dan Halusinasi penglihatan (visual). ( Gail W. Stuart, 2006 ).

Pada klien halusinasi ditemukan tanda dan gejala halusinasi pendengaran adalah bicara atau tertawa sendiri, marah-marah tanpa sebab, mencondongkan telinga kearah tertentu, menutup telinga, mendengar suara atau kegaduhan, mendengar suara yang mengajak mengobrol, dan mendengar suara yang memerintah melakukan sesuatu yang berbahaya (Direja,2011).

Menurut dokumentasi di Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Provinsi Kalimantan Timur, khususnya ruang Elang sebanyak 103 orang pasien, dan untuk pasien halusinasi ada 53,4% dan gangguan jiwa yang ada.

Berdasarkan uraian dalam latar belakang, maka penulis tertarik untuk membuat karya tulis ilmiah yang membahas tentang Asuhan Keperawatan Jiwa Klien Dengan Masalah Utama Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi.

## **B. Rumusan Masalah**

Adapun permasalahan yang penulis rumuskan dalam karya tulis ilmiah “ Bagaimana Asuhan Keperawatan Jiwa pad Bapak A.F Dengan Masalah Gangguan Sensori Persepsi Halusinasi Pendengaran di Ruang Elang di Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda.

## **C. Tujuan Penulisan**

Tujuan penulisan terbagi menjadi dua yaitu tujuan umum dan tujuan khusus, yaitu sebagai berikut :

### **1. Tujuan Umum**

Memperoleh gambaran umum pelaksanaan asuhan keperawatan pada klien Bapak Y dengan Gangguan Sensori Persepsi Halusinasi Pendengaran di Ruang Elang Rumah Sakit Jiwa Atma Husada Mahakam Samarinda.

### **2. Tujuan khusus**

Memperoleh pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan jiwa pada klien Bapak A.F dengan masalah utama Gangguan Sensori Persepsi Halusinasi Pendengaran di Ruang

Elang Rumah Sakit Jiwa Atma Husada Mahakam Samarinda dalam hal :

- a. Melakukan pengkajian
- b. Merumuskan diagnosa keperawatan
- c. Merencanakan tindakan keperawatan
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan
- e. Membuat evaluasi dari tindakan keperawatan

#### **D. Metode Penulisan**

Penulis menyusun karya tulis ilmiah ini dengan menggunakan metode deskriptif tipe studi kasus. Adapun metode pelaksanaan dengan cara pengumpulan data kemudian melakukan analisa data dan menarik kesimpulan dengan cara sebagai berikut :

##### 1. Wawancara

Melakukan wawancara langsung kepada klien, keluarga terdekat, dan perawat ruang Elang untuk mengetahui keadaan pasien.

##### 2. Observasi

Melakukan pengamatan langsung kepada klien baik secara fisik dan perilaku saat dirawat di Rumah Sakit.

##### 3. Studi Dokumentasi

Mengumpulkan data dari klien, status klien dan keluarga klien.

#### 4. Pemeriksaan Fisik

Melakukan pemeriksaan secara langsung untuk mendapatkan data-data lebih lanjut, berupa pemeriksaan fisik, tanda-tanda vital, pengukuran tekanan darah, denyut nadi, pernafasan dan suhu tubuh.

#### 5. Studi Kepustakaan

Menggunakan buku-buku atau literatur lain yang menunjang dimana berhubungan dengan studi kasus yang dilakukan oleh penulis.

### **E. Sistematika Penulisan**

Dalam penulisan karya ilmiah ini disusun secara sistematika yang terdiri dari lima bab.

Bab I pendahuluan, yang terdiri dari latar belakang, rumusan masalah, tujuan penulisan, metode penulisan dan sistematika penulisan.

Bab II tinjauan pustaka, yang terdiri dari pengertian, faktor-faktor predisposisi, faktor presipitasi, rentang respon, tanda dan gejala dan asuhan keperawatan yang mencakup pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi.

Bab III Tinjauan pustaka pada Pasien halusianasi pendengaran, yaitu meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi yang dilakukan kepada klien.

Bab IV Pembahasan berisikan uraian tentang analisa terhadap hasil studi dengan mencantumkan teori yang relevan untuk memperkuat

bahasan dan mengacu pada tujuan penulisan dan di fokuskan pada keterkaitan dan kesenjangan antara kasus dengan teori yang dipelajari terdiri daripengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi keperawatan.

Bab V penutup, berisikan kesimpulan dari pembahasan merupakan jawaban tujuan penulisan dan sebagai inti dari pembahasan yang di tuliskan secara singkat dan jelas, dan saran adalah tanggapan dari butir kata kesimpulan yang berupa kesenjangan antara teori dengan kenyataan yang ada pada saat pelaksanaan karya tulis ilmiah.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Pengertian**

Halusinasi adalah suatu gejala gangguan jiwa pada individu yang ditandai dengan perubahan sensori persepsi, merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecap, perabaan atau penghidu. Pasien merasakan stimulus yang sebenarnya tidak ada (Keliat, 2009). Sedangkan menurut Nurjannah (2008) halusinasi adalah kesalahan persepsi yang berasal dari lima indera (pendengar, penglihatan, peraba, pengecap, penghidu).

#### **B. Jenis-jenis halusinasi**

Ada beberapa jenis jenis halusinasi menurut ( Yosep, 2007 )

##### **1. Halusinasi Pendengaran**

Halusinasi ini paling sering dialami penderita gangguan mental.

Misalnya mendengar suara melengking, bising, mungkin juga dalam bentuk kata-kata atau kalimat. Suara itu dirasakan tertuju pada dirinya, sehingga sering penderita terlihat bertengkar atau berbicara sendiri, sehingga dengan suara yang didengarnya. Sumber suara bisa berasal dari bagian tubuhnya sendiri, dari sesuatu yang jauh atau dekat. Kadang berhubungan dengan sesuatu yang menyenangkan, menyuruh-nyuruh berbuat baik.



Kadang berhubungan dengan sesuatu yang mengancam, mencela, memaki dan sebagainya.

## 2. Halusinasi Penglihatan

Biasanya terjadi bersamaan dengan adanya penurunan kesadaran, paling sering di jumpai pada penderita dengan penyakit otak yang organis. Umumnya halusiansi penglihatan yang muncul adalah suatu yang mengerikan dan menakutkan. Misalnya merasa melihat ular yang besar, sebesar pohon kelapa, dengan bulu-bulu yang menakutkan, seolah-olah akan memangsanya (berbentuk), atau melihat kilatan cahaya (tak berbentuk).

## 3. Halusinasi Penciuman

Seolah-olah mencium bau tertentu. Misalnya penderita yang terkena tekananproblem yang banyak, ia merasakan bau-bauan kemenyan, sampah, kototran, seperti mengikuti kemanapun ia bergerak.

## 4. Halusinasi pengecap

Seolah-olah merasa mengecap sesuatu. Misalnya penderita yang sangat ketakutan,ia merasa lidahnya selalu pahit.

## 5. Halusinasi perabaan

Seolah-olah merasa di sentuh, di raba, ditiup, disinari atau ada sesuatu yang bergerak dikulit atau dibawah kulitnya (ulat misalnya).

## 6. Halusinasi *visceral*

Ada semacam sesuatu didalam tubuhnya.

## 7. Halusinasi *kinestik*

Seolah-olah merasa badannya bergerak dalam sebuah ruangan, atau anggota badannya bergerak-gerak tanpa da berhentinya.

## 8. Halusinasi Viseral

### a. Depersonalisasi

Perasaan aneh tentang dirinya atau perasaan bahwa pribadinya sudah tidak seperti dulu lagi, tidak menurut kenyataan. Misalnya penderita merasa seperti di luar badannya atau bagian tubuhnya sudah bukan kepunyaannya lagi.

### b. Derealisasi

Perasaan aneh tentang lingkungannya dan tidak menurut kenyataan misalnya segala sesuatu dialaminya seperti dalam impian.

## **C. Faktor Predisposisi**

Faktor predisposisi dari halusinasi menurut yosep (2007) adalah :

### 1. Faktor perkembangan

Tugas perkembangan klien yang terganggu misalnya rendahnya ontrol dan kehangatan keluarga menyebabkan klien tidak mampu mandiri sejak kecil, mudah Frustasi, hilang percaya diri dan lebih rentan terhadap stress.

## 2. Faktor Sosial Kultural

Seseorang yang merasa tidak diterima dilingkungannya sejak bayi akan merasa disingkirkan, kesepiandan tidak percaya pada lingkungan.

## 3. Faktor Biokimia

Yaitu mempunyai pengaruh terhadap gangguan jiwa. Ada stress yang dialami seseorang maka tubuh akan dihasilkan suatu zat yang dapat bersifat halusinogenik neurokimia seperti *buffofenon* dan *dimetyramferasi* (DMP).

## 4. Faktor Psikologis

Hal ini berpengaruh pada ketidakmampuan klien dalam mengambil keputusan yang tepat untuk masa depannya. Memilih kesenangan sesaat dan lari dari kenyataan menuju alam hayal.

## 5. Faktor Genetik dan Pola Asuh

Penelitian menunjukkan bahwa anak sehat yang diasuh oleh orang tuanya *skizofrenia* cenderung mengalami *skizofrenia*. Hasil studi menunjukkan bahwa faktor keluarga menunjukkan hubungan yang sangat berpengaruh pada penyakit.

### **D. Faktor Presipitasi**

Faktor presipitasi halusinasi (Yosep, 2007), adalah

## 1. Perilaku

Respon klien terhadap halusinasi dapat berupa curiga, ketakutan, perasaan tidak aman, gelisah dan bingung. Menurut Rawlin dan Heacock mencoba memecahkan masalah halusinasi berdasarkan atas hakikat seseorang individu yang dibangun atas dasar unsur-unsur bio-psiko-sosio-spiritual sehingga dapat dilihat menjadi lima dimensi.

## 2. Dimensi fisik

Halusinasi dapat timbul oleh beberapa kondisi fisik seperti kelelahan yang luar biasa penggunaan obat-obatan, demam hingga delirium, intoksikasi alkohol dan susah tidur.

3. Perasaan cemas yang berlebihan atas dasar problem yang tidak dapat diatasi merupakan penyebab halusinasi itu terjadi, halusinasi dapat berupa perintah memaksa dan menakutkan. Klien tidak sanggup menentang perintah tersebut sehingga dengan kondisi tersebut klien berbuat sesuatu terhadap ketakutan tersebut.

## 4. Dimensi intelektual

Dalam intelektual ini menerangkan bahwa individu dengan halusinasi akan memperlihatkan adanya penurunan fungsi ego. Pada awalnya halusinasi melawan implus yang menekan dan klien tak jarang mengontrol semua perilaku klien.

#### 5. Dimensi sosial

Klien mengalami gangguan interaksi sosial pada fase awal dan conforing klien menganggap hidup di dalam sangat membahayakan. Klien asik dengan halusinasinya seolah-olah mereka untuk memenuhi kebutuhan akan interaksi sosial, control diri dan harga diri tidak didapatkan dalam dunia nyata.

#### 6. Dimensi spiritual

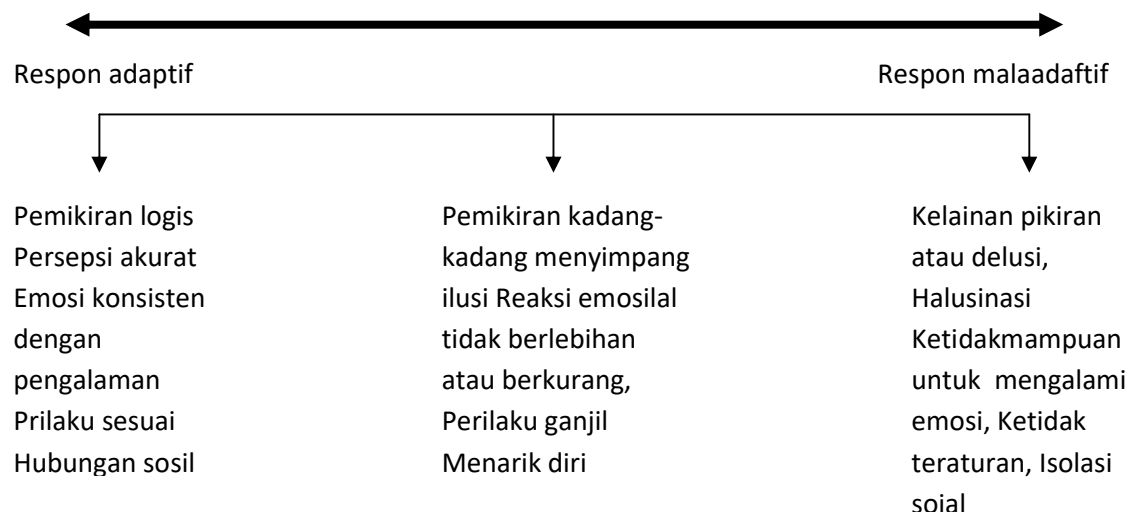
Secara spiritual klien halusinasi mulai dengan kehampaan hidup, rutinitas tidak bermakna, hilangnya keaktifitas ibadah dan jarang berupaya secara spiritual untuk mensucikan diri. Dia ssering memaki takdir tetapi lemah dalam upaya menjemput rezeki, menyalahkan lingkungan dan orang lain yang menyebabkan takdirnya memburuk.

### **E. Rentang Respon Halusinasi**

Rentang Respon Halusinasi menurut Stuart ( 2007 ).

Halusinasi merupakan salah satu respon maladaptif individu yang berada dalam rentang respon neurobiologi. Seorang yang sehat mampu mengidentifikasi dan menginterpretasikan stimulus berdasarkan informasi yang didapat dengan menggunakan panca indra yang dimiliki. Sdenagkan klien dengan halusinasi mempersepsikan suatu stimulus panca inderanya walaupun sebenarnya hal itu tidak ada. Dari kedua rentang respon tersebut

terhadap respon yang disebut dengan ilusi yaitu cara seseorang menginterpretasikan suatu stimulus yang didapat dari panca indra dengan cara yang tidak akurat. yang di gambarkan dalam rentang respon neurobiologi.



**Gambar 2.1** rentang respon neurobiologis ( Stuart, 2007 )

Menurut Yosep (2009), klien yang mengalami gangguan jiwa sebagian besar disertai halusinasi yang meliputi beberapa tahapan antara lain.

**Tabel 2.1** Tahapan Halusinasi (Yosep, 2007).

Tahapan Halusinasi	Karakteristik
<b>Stage I : Sleep disorder</b> Fase awal seseorang sebelum muncul halusinasi	Klien merasa banyak masalah, ingin menghindari dari lingkungan, takut diketahui orang lain bahwa dirinya banyak masalah. Masalah makin terasa sulit karena berbagai stresor terakumulasi, misalnya kekeasihan

	<p>hamil, terlibat narkoba, dikhianati kekasih, masalah dikampus, drop out, dst.malah terasa menekan karena terakumulasi sedangkan support system kurang dan persepsi terhadap masalah sangat buruk. Sulit tidur berlangsung terus-menerus.sehingga terbiasa menghayal. Klien menganggap lamunan-lamunan awal tersebut sebagai pemecahan masalah.</p>
<p><b>Stage II : <i>Comforting</i></b> Halusinasi secara umum ia terima sabagai suatu yang alami.</p>	<p>Klien mengalami emosi yang berlanjut seperti adanya perasaan cemas, kesepian perasaan berdosa, ketakutan dan mencoba memusatkan pikiran pada timbulnya kecemasan. Ia beranggapan bahwa pengalaman pikiran dan sensorinya dapat ia controlbila kecemasannya diatur, dalam tahap ini ada kecendrungan klien merasa nyaman dengan halusinasinya.</p>
<p><b>Stage III : <i>Condemning</i></b> Secara umum halusinasi sering mendatangi klien</p>	<p>Pengalaman sensori klien mnjadi sering datang dan mengalami bias. Klien mulai merasa tidak mampu lagi mengontrol dan mulai berupaya menjaga jakrak antara dirinya dengan objek yang dipersepsikan klien mulai menarik diri dari orang lain, dengan intensitas waktu yang lama.</p>
<p><b>Stage VI : <i>Controlling Severe Level of Anxiety</i></b> Fungsi sensori menjadi tidak relevan dengan kenyataan</p>	<p>Klien mencoba melawan suara-suara atau sensori abnormal yang datang. Klien dapat merasakan kesepian bila halusinasinya berakhir. Dari sinilah dimulai fase gangguan psikotik</p>
<p><b>Stage V : <i>Conquering Panic Level of Anxiety</i></b> Klien mengalami gangguan dalam menilai lingkungannya</p>	<p>Pengalaman sensorinya terganggu. Klien mulai terancang dengan datangnya suara-suara terutama bila klien tidak dapat menuruti ancaman atau perintah yang ia dengar dari halusinasinya. Halusinasi dapat berlangsung selama minimal empat jam atau seharian bila klien tidak mendapatkan komunikasi teraupetik. Terjadi gangguan psikotik berat.</p>

## F. Asuhan Keperawatan

### 1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dasar utama dari proses keperawatan. Tahap pengkajian terdiri dari pengumpulan data dan

perumusan kebutuhan, atau psikologis, sosial, biologis, dan spiritual. Data pada pengajian kesehatan jiwa dapat di kelompokkan menjadi faktor predisposisi, faktor presipitasi, penilaian terhadap stressor, sumber coping dan kemampuan coping yang dimiliki klien. Data umumnya, dikembangkan dalam pengkajian dan petunjuk teknis pengkajian agar memudahkan dalam pengkajian. isi pengkajian menurut Weber dan Kelly (2009) , yaitu :

- a. Identitas Klien
  - b. Keluhan utama/alasan masuk
  - c. Faktor predisposisi
  - d. Aspek fisik/biologis
  - e. Pemeriksaan fisik
  - f. Psikologis
  - g. Status mental
  - h. Kebutuhan persiapan pulang
  - i. Mekanisme coping
  - j. Masalah psikososial dan lingkungan
  - k. Pengetahuan
  - l. Aspek medis
2. Daftar masalah keperawatan.

Menurut Klelliat ( 2006 ), tanda dan gejala halusinasi adalah bicara, senyum dan tertawa sendiri, menarik diri dan menghindar



dari orang lain, tidak dapat membedakan antara keadaan nyata dan tidak nyata, tidak dapat memusatkan perhatian, curiga bermusuhan, merusak (diri sendiri, orang lain dan lingkungan), takut ekspresi muka yang tegang dan mudah tersinggung.

Data yang diperoleh kemudian di kelompokkan menjadi dua data subjektif dan objektif, dan merumuskan masalah keperawatan pada setiap kelompok data, yang terkumpul untuk merumuskan masalah keperawatan tentang diagnosa keperawatan dan masalah kolaboratif (Kelliat, 2006 ).

Menurut (Videbeck, 2004 dikutip dalam Yoisep, 2009) .Tanda dan gejala halusinasi dapat dilihat secara subjektif dan objektif dari klien yang mengalami halusinasi yaitu :

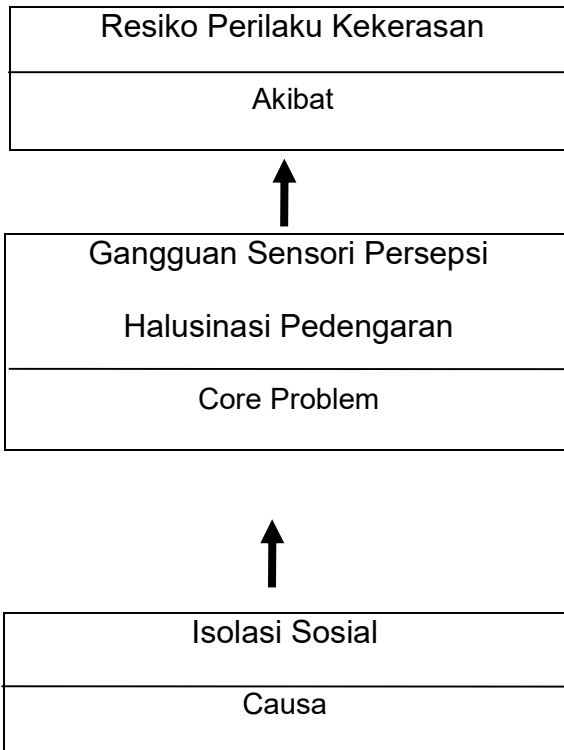
**Tabel 2.2** Tanda dan gejala halusinasi

<b>Jenis Halusinasi</b>	<b>Data Subyektif</b>	<b>Data Obyektif</b>
Halusinasi dengar ( <i>Auditory-hearing voices or sound</i> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mendengar suara suruh melakukan sesuatu yang berbahaya mendengar suara atau bunyi.</li> <li>- Mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap.</li> <li>- Mendengar suara orang yang sudah meninggal.</li> <li>- Mendengar suara yang mengancam diri klien atau orang lain atau suara yang membahayakan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengarah suara pada sumber suara.</li> <li>- Bicara atau tertawasendiri.</li> <li>- Marah-marah tanpa sebab.</li> <li>- Menutup telinga.</li> <li>- Mulut komat kamit.</li> <li>- Ada gerakan tangan</li> </ul>
Halusinasi	Melihat seseorang yang sudah	Ketakutan pada objek

penglihatan ( <i>Visual-seeing person or ting</i> )	meninggal, melihat makhluk tertentu, bayangan, hantu atau sesuatu yang menakutkan, cahaya monster , dll.	yang dilihat. Menunjukkan kearah tertentu tatapan mata keraha tertentu
Halusinasi penghidu ( <i>Olfactory smelling or dors</i> )	Mencium bau sesuatu seperti bau mayat, darah, fesses, atau bau masakan klien ssering mengatakan sering mencium bau sesuatu . tipe ini sering mnmyertai klien dimensia, kejang atau penyakit serebrovaskuler	Ekspresi wajah seperti mencium sesuatu dengan gerakan cuping hidung, mengarahkan hidng ketempat tertentu
Halusinasi Peraba ( <i>tactile-feeling bodily sensation</i> )	Klien seperti mengerangi tubuh seperti tangan, binatang kecil, makhluk halus, merasakan sesuatu di permukaan kulit, merasakan sangat panas merasa tersengat listrik.	Mengusap, menggaruk, meraba-raba permukaan kulit. Menggerak-gerakan badan mersa suatu rabaan
Halusinasi pengecap ( <i>Gastatory-experiencing tastes</i> )	Klien seperti sedang merasakan makanan tertentu atau mengunyah sesuatu	Seperti mengecap, gerakan mengunyah, meludah dan muntah
<i>Canesthetic and kinaesthetic hallucination</i>	Klien melaporkan bahwa fungsi tubuhnya tidak dapat terdeteksi misalnya tidak adana denyutan jantung, sensi pembentukan urin dalam tubuhnya, perasaan tubuhnya melayang di udara	Klien terlihat menatap tubuhnya sendiri dan terlihat mearaskan sesuatu yang aneh tentang tubuhnya.

Setelah data di kelompokkan, selanjutnya membuat pohon masalah. Pohon masalah terdiri dari masalah utama, penyebab, dan akibat.masalah utama adalah prioritas masalah klien dari beberapa masalah yang dimiliki klien.pada umumnya masalah utama berkaitan erat dengan alasan masuk atau keluhan utama. Akibat adalah akibat dari beberapa masalah klien yang merupakan efek masalah utama penyebab adalah salah satu dari beberapa masalah klien yang di sebabkan oleh satu masalah yang lain, demikian seterusnya.

Berikut adalah masalah utama gangguan sensori persepsi: Halusinasi Pendengaran



**Gambar 2.2** Pohon Masalah Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Pendengaran ( Damayanti, 2014 ).

### 3. Diagnosa Keperawatan

Menurut Stuart dan Laraia yang di kutip dari Kelliat (2006), Diagnosa keperawatan adalah identifikasi atau penilaian terhadap pola respon klien baik aktual maupun potensial. Menurut Fitria (2010), diagnosa yang muncul dengan masalah utama gangguan sensori persepsi halusinasi adalah sebagai berikut.

- a. Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi
- b. Harga diri Rendah Kronik
- c. Resiko Perilaku Kekerasan

#### 4. Rencana Keperawatan

Langkah selanjutnya dalam proses keperawatan adalah perencanaan, yaitu penentuan apa yang ingin dilakukan untuk membantu klien untuk membantu memenuhi kebutuhan kesehatan dan mengatasi masalah keperawatan langkah-langkah perencanaan, menurut Damaiyanti ( 2014 ). Adalah sebagai berikut

- a. Rencana Keperawatan Dengan Diagnosa Keperawatan Jiwa  
Gangguan Sensori Persepsi Halusinasi Pendengaran

##### 1) Tujuan 1 Gangguan Sensori Persepsi Halusinasi Pendengaran

###### a) Kriteria hasil

- (1) ekspresi wajah bersahabat
- (2) menunjukkan rasa senang,
- (3) ada kontak mata dan mau berjabat tangan
- (4) mau menyebutkan nama dan mau menjawab salam
- (5) klien mau duduk berdampingan dengan perawat dan mau mengutarakan masalah yang dihadapi

b) Intervensi

(1) Bina hubungan saling percaya dengan mengungkapkan prinsip komunikasi terapeutik :

(a) sapa klien dengan ramah, baik verbal maupun nonverbal

(b) perkenalkan diri dengan sopan

(c) tanyakan nama lengkap klien

(d) jelaskan tujuan pertemuan

(e) jujur dan menepati janji

(f) tunjukkan sikap empati dan menerima klien dengan apa adanya

(g) beri perhatian pada klien dan perhatian kebutuhan dasar klien

2. Tujuan 2 Gangguan Sensori Persepsi Halusinasi Pendengaran

a) Kriteria Hasil

(1) klien dapat menyebutkan waktu, isi, frekuensi timbulnya halusinasi

(2) klien dapat mengungkapkan perasaan terhadap halusinasi

b) Intervensi

(1) adakan kontak sering dan singkat secara bertahap

- (2) observasi tingkah laku klien terkait dengan halusinasinya.
- (3) bantu klien mengenali halusinasinya
- (4) Diskusikan dengan klien tentang situasi yang dapat menimbulkan halusinasinya dan waktu serta frekuensi halusinasinya
- (5) diskusikan dengan klien apa yang dirasakan jika terjadi halusinasi ( marah,takut, sedih atau senang ) diberi kesempatan mengungkapkan perasaannya.

### 3. Tujuan 3 Gangguan Sensori Pesepsi Halusinasi Pendengaran

#### a) Kriteria Hasil

- (1) klien dapat menyebutkan tindakan yang biasa dilakukan untuk mengendalikan halusinasinya
- (2) klien dapat menyebutkan cara yang baru
- (3) klien dapat memilih cara mengatasi halusinasi

#### b) Intervensi

- (1) identifikasi bersama klien cara tindakan yang dilakukan jika terjadi halusinasinya
- (2) diskusikan manfaat cara yang dilakukan klien, jika bermanfaat beri pujian

(3) diskusikan bersama klien cara mengatasi halusinasinya, jika halusinasinya muncul

(4) bantu klien memilih dan melatih cara memutuskan halusinasinya secara bertahap

#### 4. Tujuan 4 Gangguan Sensori Persepsi Halusinasi Pendenagaran

##### a) Kriteria Hasil

(1) klien dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat

(2) keluarga dapat menyebutkan pengertian tanda dan kegiatan untuk dapat mengendalikan halusianasi

(3) klien dan keluarga dapat menyebutkan manfaat, dosis dan efek samping obat

(4) klien dapat mendemonstrasikan penggunaan obat secara benar

(5) klien dapat informasi tentang efek samping obat

(6) klien dapat memahai efek jika berhenti minum obat

(7) klien mampu menyebutkan 5 prinsip benar minum obat

##### b) Intervensi

(1) diskusikan dengan klien dan keluargatentang dosis, frekuensi dan manfaat obat

- (2) anjurkan klien minta sendiri obat dengan perawat dan merasakan manfaatnya
- (3) anjurkan klien bicara dengan dokter tentang manfaat dan efek samping obat yang dirasakan
- (4) diskusikan akibat berhenti minum obat
- (5) bantu klien menggunakan obat dengan prinsip benar

b. Rencana Keperawatan Harga Diri Rendah Kronik

1) Tujuan 1 Harga Diri Rendah Kronik

a) Kriteria Hasil

- (1) ekspresi wajah bersahabat
- (2) menunjukkan rasa senang,
- (3) ada kontak mata dan mau berjabat tangan
- (4) mau menyebutkan nama dan mau menjawab salam
- (5) klien mau duduk berdampingan dengan perawat dan mau mengutarakan masalah yang dihadapi

b) Intervensi

- (1) Bina hubungan saling percaya dengan mengungkapkan prinsip komunikasi terapeutik:
  - (a) sapa klien dengan ramah, baik verbal maupun nonverbal



- (b) perkenalkan diri dengan sopan
- (c) tanyakan nama lengkap klien
- (d) jelaskan tujuan pertemuan
- (e) jujur dan menepati janji
- (f) tunjukkan sikap empati dan menerima klien dengan apa adanya
- (g) beri perhatian pada klien dan perhatian kebutuhan dasar klien

## 2) Tujuan 2 Harga Diri Rendah Kronik

### a) Kriteria hasil

- (1) klien mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki
- (2) kemampuan yang dimiliki klien
- (3) aspek positif keluarga
- (4) aspek lingkungan yang dimiliki oleh klien

### b) Intervensi

- (1) diskusikan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki klien
- (2) setiap ketemu klien hindarkan dalam memberi nilai negatif
- (3) utamakan memberikan pujian yang realistis

3) Tujuan 3 Harga Diri Rendah Kronik

a) Kriteria hasil

(1) klien menilai kemampuan yang dapat di gunakan

b) Intervensi

(1) diskusikan dengan klien kemampuan yang masih dapat digunakan selama sakit

(2) diskusikan kemampuan dapat dilanjutkan penggunaanya

4) Tujuan 4 Harga Diri Rendah Kronik

a) Kriteria Hasil

(1) klien membuat rencana harian

b) Intervensi

(1) rencanakan bersama klien aktivitas yang dapat dilakukan setiap hari sesuai dengan kemampuan

(2) tingkatkan kegiatan sesuai dengan toleransi kondisi klien

(3) beri contoh satu pelaksanaan kegiatan yang boleh klien lakukan

5) Tujuan 5 Harga Diri Rendah Kronik

a) Kriteria Hasil

(1) klien melakukan kegiatan sesuai kondisi sakit dan kemampuannya

b) Intervensi

(1) beri kesempatan kepada klien untuk mencoba rencana kegiatan yang telah di rencanakan

(2) beri pujian atas keberhasilan klien

(3) diskusikan kemungkinan pelaksanaan di rumah

6) Tujuan 6 Harga Diri Rendah Kronik

a) Kriteria Hasil

(1) klien memanfaatkan sistem pendukung yang ada di keluarga

b) Intervensi

(1) beri pendidikan kesehatan pada keluarga tentang cara merawat klien dengan harga diri rendah kronik

(2) bantu keluarga memberikan dukungan selama klien di rawat

(3) bantu keluarga menyiapkan lingkungan rumah.

c. Rencana Keperawatan Dengan Diagnosa Keperawatan Jiwa  
Resiko Perilaku kekerasan

1) Tujuan 1 Resiko Perilaku kekerasan

a) Kriteria Hasil

(1) ekspresi wajah bersahabat

- (2) menunjukkan rasa senang
- (3) ada kontak mata dan mau berjabat tangan
- (4) mau menyebutkan nama dan mau menjawab salam
- (5) klien mau duduk berdampingan dengan perawat dan mau mengutarakan masalah yang dihadapi

b) Intervensi

(2) Bina hubungan saling percaya dengan mengungkapkan prinsip komunikasi terapeutik :

(1) sapa klien dengan ramah, baik verbal maupun nonverbal

(2) perkenalkan diri dengan sopan

(3) tanyakan nama lengkap klien

(4) jelaskan tujuan pertemuan

(5) jujur dan menepati janji

(6) tunjukkan sikap empati dan menerima klien dengan apa adanya

(7) beri perhatian pada klien dan perhatian kebutuhan dasar klien

2) Tujuan 2 Resiko Perilaku kekerasan

a) Kriteria Hasil

(1) klien dapat mengungkapkan perasaanya

(2) klien dapat mengungkapkan penyebab kekerasan, jengkel, kesal, (dari diri sendiri, lingkungan atau orang lain)

b) Intervensi

(1) beri kesempatan kepada klien untuk mengungkapkan perasaannya

(2) bantu klien mengungkapkan penyebab klien jengkel/marah

3) Tujuan 3 Resiko Perilaku Kekerasan

a) Kriteria Hasil

(1) klien dapat mengungkapkan perasaan saat marah atau jengkel

(2) klien dapat menyimpulkan tanda-tanda jengkel/kesal yang dialami

b) Intervensi

(1) anjurkan klien mengungkapkan apa yang dialami saat marah atau jengkel

(2) observasi tanda perilaku kekerasan pada klien

(3) simpulkan bersama klien tanda-tanda kesal/jengkel yang dialami klien

4) Tujuan 4 Resiko Perilaku kekerasan

a) Kriteria Hasil

(1) klien dapat mengungkapkan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan

(2) klien dapat bermain peran dengan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan

(3) klien dapat mengetahui cara yang biasa dapat menyesuaikan masalah atau tidak

b) Intervensi

(1) anjurkan klien untuk mengungkapkan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan

(2) bantu klien bermain peran sesuai dengan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan

(3) bicarakan dengan klien apakah cara yang dilakukan klien masalahnya selesai ?

5) Tujuan 5 Resiko Perilaku kekerasan

a) Kriteria Hasil

(1) klien dapat menjelaskan akibat dari cara yang digunakan klien

b) Intervensi

(1) bicarakan akibat/kerugian dari cara yang dilakukan klien

(2) bersama klien menyimpulkan akibat cara yang digunakan oleh klien

6) Tujuan 6 Resiko Perilaku Kekerasan

a) Kriteria hasil

(1) klien dapat melakukan cara berespon terhadap kemarahan secara konstruktif

b) Intervensi

(1) tanyakan kepada klien “ apakah ia mau mempelajari cara yang sehat ?”

(2) berikan pujian jika klien mengetahui cara yang lain yang sehat

(3) diskusikan dengan klien cara yang lain yang sehat

7) Tujuan 7 Resiko Perilaku Kekerasan

a) Kriteria Hasil

(1) klien dapat mendemonstrasikan cara mengontrol perilaku kekerasan

b) Intervensi

(1) bantu klien memilih cara yang paling tepat untuk klien

(2) bantu klien mengidentifikasi manfaat cara yang dipilih

- (3) bantu keluarga klien menstimulasi cara tersebut (role play)
- (4) beri reinforcement positif atau keberhasilan klien cara mendemostrasikan tersebut
- (5) anjurkan klien menggunakan cara yang telah di pelajari saat jengkel atau marah.

8) Tujuan 8 Resiko Perilaku kekerasan

a) Kriteria Hasil

- (1) keluarga klien dapat :
  - (a) menyebutkan cara merawat klien yang berperilaku kekerasan
  - (b) mengungkapkan rasa puas dalam merawat klien

b) Intervensi

- (1) identifikasi kemampuan keluarga dalam merawat klien dari sikap apa yang telah dilakukan keluarga terhadap klien selama ini
- (2) jelaskan peran serta keluarga dalam merawat klien
- (3) jelaskan cara-cara merawat klien
- (4) bantu keluarga dalam mendemonstrasikan cara merawat klien
- (5) bantu keluarga dalam mengungkapkan persaannya setelah melakukan demonstrasi



9) Tujuan 9 Resiko Perilaku kekerasan pada diri sendiri, lingkungan dan orang lain

a) Kriteria Hasil

(1) klien dapat menyebutkan obat-obat yang diminum dan kegunaannya ( jenis, waktu dan efek )

(2) klien dapat minum obat sesuai program pengobatan

b) Intervensi

(1) jelaskan jenis-jenis obat yang diminum klien pada klien dan keluarga

(2) diskusikan manfaat minum obat dan kerugian berhenti minum obat tanpa seizin dokter

(3) jelaskan prinsip benar minum obat ( baca nama yang tertera dalam botol obat, dosis obat, waktu dan cara minum )

(4) ajarkan klien minum obat dan minum tepat waktu

(5) anjurkan klien untuk melapor kepada perawat dan dokter jika merasakan efek yang tidak menyenangkan

(6) beri pujian jika klien minum obat dengan benar

5. Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

a. Strategi Pelaksanaan Pada Pasien Gangguan Sensori Persepsi Halusinasi Pendegaran

1) Strategi Pelaksanaan SP1P

- a) Mengidentifikasi Jenis halusinasi klien
- b) Mengidentifikasi isi halusinasi klien
- c) Mengidentifikasi waktu halusinasi klien
- d) Mengidentifikasi situasi yang dapat menimbulkan halusinasi klien
- e) Mengajarkan klien menghardik halusinasi
- f) Mengajarkan klien memasukkan cara menghardik kedalam jadwal harian klien

2) Strategi Pelaksanaan SP2P

- a) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien ( SP1P )
- b) Melatih klien mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain.
- c) Mengajarkan klien memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian

3) Strategi Pelaksanaan SP3P

- a) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien (SP2P)
- b) Melatih klien mengendalikan halusinasi dengan cara melakukan kegiatan
- c) Mengajarkan klien memasukkan kedalam kegiatan harian

4) Strategi Pelaksanaan SP4P

- a) Mengevaluasi jadwal kegiatan Klien ( SP3P)

- b) Memberikan penkes tentang penggunaan obat secara teratur.
  - c) Menganjurkan klien memasukkan kedalam jadwal harian klien.
- 5) Strategi Pelaksanaan SP1K
- a) Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat klien
  - b) Memberikan pendidikan kesehatan tentang pengertian halusinasi, jenis halusinasi yang dialami klien, tanda dan gejala halusinasi, serta proses terjadinya halusinasi
  - c) Menjelaskan cara merawat klien dengan halusinasi
- 6) Strategi Pelaksanaan SP2K
- a) Melatih keluarga mempraktekkan cara merawat klien dengan halusinasi
  - b) Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada klien halusinasi
- 7) Strategi Pelaksanaan SP3K
- a) Membantu keluarga membuat jadwal aktivitas dirumah termasuk minum obat
  - b) Menjelaskan Pollock Up klien setelah pulang.
- b. Strategi Pelaksanaan Pada Pasien Harga Diri Rendah Kronik
- 1) Strategi Pelaksanaan 1 SP1P

- a) Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki klien
- b) Membantu klien menilai kemampuan yang masih dapat digunakan
- c) Membantu klien memilih atau menetapkan kegiatan yang akan dilatih sesuai dengan kemampuan klien
- d) Melatih klien sesuai dengan kemampuan yang dipilih
- e) Memberikan pujian yang wajar terhadap keberhasilan klien
- f) Menghimbau klien memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian

2) Strategi Pelaksanaan SP2P

- a) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien ( SP1P)
- b) Melatih klien melakukan kegiatan lain yang sesuai dengan kemampuan klien
- c) Menghimbau klien memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian

3) Strategi Pelaksanaan SP1K

- a) Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat klien di rumah

- b) Menjelaskan pengertian tanda dan gejala harga diri rendah kronik yang dialami klien beserta proses terjadinya
  - c) Mendemonstrasikan cara merawat klien dengan harga diri rendah kronik
  - d) Memberi kesempatan kepada keluarga untuk mempraktekan cara merawat klien dengan harga diri rendah kronik
- 4) Strategi Pelaksanaan SP2K
- a) Melatih keluarga mempraktekan cara merawat langsung kepada klien harga diri rendah kronik
- 5) Strategi Pelaksanaan SP3K
- a) Membuat perencanaan pulang bersama keluarga dan membuat jadwal aktifitas di rumah termasuk minum obat
  - b) Menjelaskan Pollock Up klien setelah pulang
- c. Strategi Pelaksanaan Pada Pasien Resiko Perilaku Kekerasan
- 1) Strategi Pelaksanaan SP1P
- a) Mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan
  - b) Mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan
  - c) Mengidentifikasi perilaku kekerasan yang dilakukan
  - d) Mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan
  - e) Menyebutkan cara mengontrol perilaku kekerasan

- f) Membantu klien mempraktekkan latihan cara fisik 1 :  
Latihan nafas dalam.
- g) Menganjurkan klien memasukkan kedalam kegiatan harian

2) Strategi pelaksanaan SP2P

- a) Mengevaluasi kegiatan harian klien ( SP1P)
- b) Melatih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik 2 : Pukul kasur dan bantal
- c) Menganjurkan klien memasukkan kedalam kegiatan harian

3) Strategi Pelaksanaan (SP3P)

- a) Mengevaluasi kegiatan harian klien ( SP2P)
- b) Melatih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik 3 : sosis/verbal
- c) Menganjurkan klien memasukkan kedalam kegiatan harian

4) Strategi Pelaksanaan (SP4P)

- a) Mengevaluasi kegiatan harian klien ( SP3P)
- b) Melatih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik 4 : Cara Spiritual
- c) Menganjurkan klien memasukkan kedalam kegiatan harian

5) Strategi Pelaksanaan (SP5P)

- a) Mengevaluasi kegiatan harian klien ( SP4P)
- b) Melatih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik 5: minum obat
- c) Menganjurkan klien memasukkan kedalam kegiatan harian

6) Strategi Pelaksanaan (SP1K)

- a) Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat klien dirumah
- b) Menjelaskan pengertian tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan yang dialami klien beserta proses terjadinya
- c) Mendemonstrasikan cara merawat klien resiko perilaku kekerasan

7) Strategi Pelaksanaan (SP2K)

- a) Melatih keluarga mempraktekkan cara merawat langsung kepada klien resiko perilaku kekerasan

8) Strategi Pelaksanaan (SP2K)

- a) Membuat perencanaan pulang bersama keluarga dan membuat jadwal aktifitas di rumah termasuk minum obat
- b) Menjelaskan Pollo Up klien setelah pulang.

## 6. Tindakan Keperawatan

Sebelum melakukan tindakan yang sudah direncanakan, perawat perlu memvalidasi dengan singkat, apakah rencana tindakan masih sesuai dan dibutuhkan oleh klien saat ini. Perawat juga menilai diri sendiri, apakah mempunyai kemampuan interpersonal, intelektual, dan teknikan yang diperlukan untuk melaksanakan tindakan. Perawat juga menilai kembali apakah tindakan aman bagi klien. Setelah tidak ada hambatan maka tindakan keperawatan boleh dilaksanakan. Pada saat akan melaksanakan tindakan keperawatan, perawat membuat kontrak dengan klien yang isinya menjelaskan apa yang akan dikerjakan dan peran serta yang diharapkan dari klien. Dokumentasikan semua tindakan yang telah dilaksanakan beserta respon klien. (Kliat, 2006)

Adapun tindakan keperawatan sesuai Strategi pelaksanaan sesuai dengan diagnosa keperawatan, menurut Damaiyanti (2014), sebagai berikut.

- a. Pelaksanaan Tindakan Keperawatan Dengan Klienb  
Gangguan Sensori persepsi halusinasi pendengaran
  - 1) Melaksanakan SP1P-SP4P



Mengidentifikasi jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi, respon klien di dalam halusinasinya. Mengajarkan cara menghardik, serta memasukan kedalam jadwal kegiatan hariannya.

2) Melaksanakan SP1K-SP3K

Mendiskusikan, memberikan pendidikan dan menjelaskan kepada klien kepada keluarga tentang halusinasi, serta cara merawat klien yang mengalami halusinasi. Serta melatih dan membantu keluarga dalam membuat jadwal aktivitas dirumah termasuk minum obat.

b. Pelaksanaan Tindakan Keperawatan Dengan Klien Harga Diri Rendah Kronik

1) Melakukan SP1P-SP2P

Mengidentifikasi, membantu serta melatih klien sesuai kemampuan yang di pilih dan dengan kemampuan klien, serta memberikan pujian yang wajar dan menganjurkan memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian. Mengevaluasi, melatih dan menganjurkan memasukkan kaedalam jadwal kegiatan harian , kemampuan kedua yang dipilih klien.

2) Melakukan SP1K-SP3K

Mendiskusikan, memberikan pendidikan dan menjelaskan kepada klien kepada keluarga tentang harga diri rendah

kronik, serta cara merawat klien yang mengalami Harga diri rendah kronik. Serta melatih dan membantu keluarga dalam membuat jadwal aktivitas dirumah termasuk minum obat.

c. Pelaksanaan Tindakan Keperawatan Dengan resiko perilaku kekerasan

1) Melakukan SP1P-SP5P

Mengidentifikasi penyebab, tanda dan gejala, akibat dan cara mengontrol perilaku kekerasan. ajarkan latihan cara fisik 1 : yaitu latihan nafas dalam, Latihan fisik 2 : Pukul kasur dan bantal, Cara Fisik 3 : Sosila/verbal, Cara fisik 4 : Spiritual, cara fisik 5 : minum obat. Serta mengevaluasi dan memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian klien setiap Tindakan, yang telah di lakukan /diajarkan.

2) Melakukan SP1K-SP3K

Mendiskusikan, memberikan pendidikan dan menjelaskan kepada klien kepada keluarga tentang Resiko perilaku kekerasan, serta cara merawat klien yang mengalami resiko perilaku kekerasan. Serta melatih dan membantu keluarga dalam membuat jadwal aktivitas dirumah termasuk minum obat.

## 7. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah proses berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada klien. Evaluasi dilakukan terus menerus pada respon klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Evaluasi dibagi menjadi dua, yaitu evaluasi proses dan formatif yang dilakukan setiap selesai melakukan tindakan, evaluasi hasil atau sumatif yang dilakukan dengan membandingkan antara respon klien dan tujuan khusus serta umum yang telah ditentukan. (Kliat, 2006).

Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP, sebagai pola pikir.

S : Respon subjektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Dapat diukur dengan menanyakan: contoh bagaimana perasaan bapak setelah melakukan latihan nafas dalam.

O : Respon objektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Dapat diukur dengan mengobservasi perilaku klien saat tindakan dilakukan, atau menanyakan kembali apa yang telah diajarkan, atau memberi umpan balik sesuai dengan hasil observasi.

A : Analisis ulang atas data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap atau muncul masalah

baru atau ada data yang kontradiksi dengan masalah yang ada.

Dapat pula membandingkan hasil dengan tujuan.

P : Perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisa pada respon klien yang terdiri dari tindak lanjut klien dan tindak lanjut oleh perawat. Didalam evaluasi ada terdapat 2 menurut Damaiyanti (2014), sebagai berikut :

a. Planing perawat

Planing perawat adalah apa tindakan selanjutnya yang akan di lakukan.

b. Planing Klien

Planing klien adalah memmotivasi klien agar klien mampu melaksanakan kegiatan hariannya.

BAB III	TINJUAUAN PUSATAKA	
	A. Pengkajian.....	44
	B. Diagnosa Keperawatan.....	53
	C. Perencanaan.....	54
	D. Pelaksanaan.....	56
BAB IV	PEMBAHASAN	
	A. Pengkajian.....	62
	B. Diagnosa Keperawatan.....	65
	C. Perencanaan.....	66
	D. Penatalaksanaan.....	67
	E. Evaluasi Keperawatan.....	68

**SILAHKAN KUNJUNGI PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS**

**MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR**

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

Setelah dilakukan pengkajian pada Bapak A.F pada tanggal 09-12 Juni 2014 maka ditemukan masalah utama pada Bapak A.F dengan gangguan sensori persepsi : halusinasi pendengaran

1. Pada pengkajian ditemukan adanya kesenjangan antara teori dan tinjauan kasus yaitu tanda dan gejala haslusinasi pendengaran Menurut Kelliat (2006) tanda dan gejala halusinasi pendengaran adalah bicara , senyum dan tertawa sendiri, menarik diri dan menghindar dari orang lain, tidak bisa membedakan keadaan yang nyata dan tidak nyata, tidak dapat merumuskan perhatian, curiga, bermusuhan, merusak (orang lain dan lingkungan), takut, ekspresi muka yang tegang dan mudah tersinggung.

Sementara dalam tinjauan kasusu melalui pengkajian tidak semua ditemukan data tersebut. Saat observasi klien terlihat klien gelisah tetapi tidak ditemukan klien bicara, senyum dan tertawa sendiri, menarik diri dan menghindar dari orang lain, tidak dapat membedakan keadaan yang nyata dan tidak nyata, tidak dapat memusatkan perhatian, curiga, bermusuhan,

merusak, takut, ekspresi muka yang tegang dan mudah tersinggung.

2. Diagnosa keperawatan pada tinjauan pustaka tidak semua sama dengan tinjauan kasus, dimana dalam tinjauan kasus diagnosa keperawatan dapat berkembang, sesuai dengan respon dan keadaan klien yang didapatkan pada Bapak A.F, adapun diagnosa keperawatan yang ditegakkan pada tinjauan kasus adalah gangguan sensori persepsi halusinasi pendengaran, harga diri rendah kronik dan resiko perilaku kekerasan

3. Perencanaan menurut tinjauan teori dan tinjauan kasus, tidak ada perbedaan karena rencana keperawatan sudah baku, sehingga memudahkan dalam penyusunan rencana keperawatan, dimana rencana tindakan terdiri dari menetapkan prioritas masalah, tujuan, kriteria hasil, dan rencana tindakan

4. Implementasi asuhan keperawatan

Implementasi asuhan keperawatan yang terlaksana pada masalah keperawatan gangguan sensori persepsi : Halusinasi pendengaran adalah SP 1 Pasien, SP 2 Pasien, SP 3 Pasien, dan SP 4 Pasien Halusinasi pendengaran,

5. Evaluasi yang telah berhasil dilaksanakan yaitu diagnosa keperawatan yaitu gangguan sensori persepsi halusinasi

pendengaran SP 1 Pasien, SP 2 Pasien, SP 3 Pasien, dan SP 4 Pasien dengan evaluasi hasil yaitu klien mengatakan sudah tidak mendengar suara dengung-dengung lagi, dan klien mampu melakukan cara menghardik. Saat ini klien telah mengenal halusinasinya, klien di tanya klien mampu menjawab pertanyaan halusinasinya, ketika di observasi klien gelisah sendiri, klien mampu menyebutkan dan mempraktekkan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, bercakap-cakap dan melakukan aktifitas, dan menyebutkan obat dan 5 benar minum obat. Masalah halusinasi pendengaran tercapai. Pertahankan SP 1, 2, 3, 4 halusinai pendengaran.

## **B. Saran**

Dengan melihat pentingnya asuhan keperawatan jiwa tersebut. Penulis mengajukan beberapa saran yaitu :

### 1. Institusi

- a) Menambah buku referensi tentang masalah keperawatan jiwa khususnya pada masalah gangguan sensori persepsi halusinasi pendengaran
- b) Untuk selalu memberikan motivasi dan sarana yang memadai bagi mahasiswa



## 2. Perawat

- a) Meningkatkan kualitas dan kemampuan dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien khususnya pada masalah gangguan sensori persepsi halusinasi pendengaran
- b) Menginformasikan kepada keluarga klien untuk menjenguk klien minimal sebulan sekali
- c) Mengajarkan pada keluarga cara merawat klien dirumah

## 3. Bagi rumah sakit

- a) Meningkatkan mutu dalam memberikan pelayanan keperawatan khususnya pada klien dengan gangguan sensori persepsi halusinasi pendengaran
- b) Hendaknya menyediakan dan memfasilitasi apa yang dibutuhkan klien untuk penyembuhan . rumah sakit menyediakan perawat-perawat yang profesional guna membantu penyembuhan klien

## 4. Klien dan keluarga

- a) Klien diharapkan mengikuti program terapi yang telah direncanakan oleh dokter dan perawat untuk mempercepat kesembuhan klien
- b) Klien diharapkan melaksanakan melaksanakan jadwal kegiatan yang telah disusun

c) Agar keluarga sebagai pemelihara kesehatan klien untuk melakukan kontrol datang kerumah sakit.

## DAFTAR PUSTAKA

Azizah, lilik MA.(2011). Keperawatan Jiwa Aplikasi Praktek Klinik. Yogyakarta:Graha Ilmu.

Direja, Surya Herman Ade. (2011). Buku Ajar Keperawatan Jiwa Yogyakarta : Nuha Medika.

Fitria. Nita. (2009). Prinsip Dasar dan Aplikasi Penulisan Laporan Pendahuluan dan Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan. Jakarta:EGC

Keliat, B.A & Akamet (2006). Keperawatan Jiwa. Jakarta : EGC

Maramis, Willy F. (2009). Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa. Surabaya:Airlangga.

Stuart, Gail W (2006). Buku Saku Keperawatan Jiwa Edisi 5. Jakarta : EGC.

Yosep I. (2007). Keperawatan Jiwa Bandung : Refika Aditama.

Videbeck,S L (2008). Buku Ajar Keperawatan Jiwa. Jakarta : EGC

<http://digilib.unimus.ac.id/files/disk1/104.itptunimus-gdi-umriyahq01-5171-1-bab1.pdf> diakses pada tanggal 13 Juni 2016.