

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. F (61 TAHUN) DENGAN
GANGGUAN PERSEPSI SENSORI: HALUSINASI
PENDENGARAN AKIBAT GANGGUAN AFEKTIF
BIPOLAR DI KLINIK REHABILITASI
MENTAL NUR ILLAHI ASSANIE
SAMARANG GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan untuk Memenuhi Salah Satu Syarat dalam Menyelesaikan
Pendidikan Program Diploma III Keperawatan
Di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut

Disusun Oleh:
MILANI NAZI'AH
KHG.A.22109



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM DIPLOMA III KEPERAWATAN
2025**

LEMBAR PERSETUJUAN

**JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. F (61 TAHUN)
DENGAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI:
HALUSINASI PENDENGARAN AKIBAT
GANGGUAN AFEKTIF BIPOLAR DI KLINIK
REHABILITASI MENTAL NUR ILLAHI ASSANIE
SAMARANG GARUT**

NAMA : MILANI NAZI'AH

NIM : KHGA22109

KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah ini Telah Siap untuk Diujikan Dihadapan Penelaah
Program Studi Diploma III Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut

Garut, Juli 2025
Menyetujui,
Pembimbing

Angga Dipa Nagara S.Kep, Ners., M.Kep.

LEMBAR PENGESAHAN

**JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. F (61 TAHUN)
DENGAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI:
HALUSINASI PENDENGARAN AKIBAT
GANGGUAN AFEKTIF BIPOLAR DI KLINIK
REHABILITASI MENTAL NUR ILLAHI ASSANIE
SAMARANG GARUT**

NAMA : MILANI NAZI'AH

NIM : KHGA22109

Garut, Juli 2025
Menyetujui,

Penguji I

Penguji II

Wahyudin, S.Kep.,M.Kes.

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

Mengetahui,
Ketua Program Studi Diploma III
Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut

Mengesahkan,
Pembimbing

K. Dewi Budiarti, M.Kep.

**Angga Dipa Nagara S.Kep,
Ners., M.Kep.**

ABSTRAK
ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA TN. F DENGAN GANGGUAN
PERSEPSI SENSORI: HALUSINASI PENDENGARAN AKIBAT
GANGGUAN AFEKTIF BIPOLAR DI KLINIK NUR ILLAHI ASSANIE
SAMARANG GARUT

MILANI NAZI'AH
KHG.A.22109

IV Bab, 157 Halaman, 8 Bagan, 10 Tabel, 3 Lampiran

Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini dilatarbelakangi oleh tingginya angka kasus Gangguan Afektif Bipolar di Kabupaten Garut. Data tahun 2024 mencatat 1.988 kasus atau 50,53% dari total penderita gangguan jiwa. Gangguan Afektif Bipolar dapat memicu komplikasi serius, salah satunya adalah Gangguan Persepsi Sensori: halusinasi pendengaran. Tujuan dari penulisan ini adalah untuk memperoleh pemahaman, keterampilan, dan pengalaman dalam memberikan asuhan keperawatan jiwa secara komprehensif kepada pasien dengan gangguan halusinasi pendengaran. Metode yang digunakan adalah studi kasus deskriptif dengan teknik pengumpulan data melalui wawancara, observasi, dan studi pustaka. Fokus utama kajian adalah pelaksanaan asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosis Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran. Proses asuhan mencakup pengkajian, penetapan diagnosis, perencanaan, pelaksanaan intervensi, hingga evaluasi. Hasil studi kasus menunjukkan bahwa klien, Tn. F mengalami dua masalah keperawatan utama, yaitu halusinasi pendengaran dan risiko perilaku kekerasan. Intervensi dilakukan menggunakan pendekatan Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan (SPTK), yang menunjukkan hasil positif berupa penurunan frekuensi halusinasi serta peningkatan kontrol diri pasien. Kesimpulannya, keberhasilan asuhan keperawatan sangat dipengaruhi oleh keterlibatan keluarga, pengetahuan tentang gangguan jiwa, kemampuan pasien dalam mengelola halusinasi, dan kepatuhan terhadap pengobatan. Oleh karena itu, pendekatan holistik, kolaboratif, dan berkelanjutan sangat penting dalam mendukung pemulihan pasien gangguan jiwa.

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

Daftar Pustaka: 51 buah, Tahun 2015 s.d 2025

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur kami panjatkan kepada Allah SWT atas limpahan rahmat dan karunia-Nya yang memungkinkan penulis menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini yang berjudul "Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. F Dengan Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran Akibat Gangguan Afektif Bipolar Di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang Garut” ini tepat pada waktunya.

Penulis menyadari bahwa tanpa dukungan dan kontribusi dari semua pihak, karya tulis ini tidak akan tercapai sesuai harapan. Karena itu, penulis mengungkapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini, khusus kepada:

1. Bapak Dr. H. Hadiat, MA., yang menjabat sebagai ketua pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut
2. Bapak Drs. H. Suryadi, M. Si., yang menjabat sebagai ketua pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut
3. Bapak H. Engkus Kusnadi, S. Kep., M. Kes., yang menjabat sebagai ketua STIKes Karsa Husada Garut.
4. Ibu K. Dewi Budiarti, S.Kp., M. Kep., yang menjabat sebagai ketua Program Studi D III Keperawatan di STIKes Karsa Husada Garut.
5. Bapak Angga D. Nagara, S. Kep., Ners., M. Kep., yang berperan sebagai pembimbing yang memberikan dukungan dan arahan dengan penuh kebaikan kepada penulis dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini ditengah kesibukan yang bapak miliki.

6. Ibu Tanti Suryawantie, M. H. Kes., dan Bapak Wahyudin, M. Kes yang berperan sebagai dosen penguji. Bimbingan dan koreksi yang diberikan secara cermat dan penuh perhatian selama proses sidang dan revisi telah membantu penulis melihat kekurangan dan menyempurnakan setiap detail dalam KTI ini. Terima kasih banyak karena keahlian dan pengalaman Bapak/Ibu sungguh sangat berarti bagi saya.
7. Semua tenaga pengajar di Program Studi Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut yang telah berbagi ilmu, pengetahuan, keterampilan yang bermanfaat, dan memberikan motivasi selama penulis menempuh pendidikan.
8. Staf administrasi dan perpustakaan yang telah mendukung kelancaran penulis selama proses pendidikan dan saat menyiapkan karya tulis ilmiah ini.
9. Klinik Rehabilitasi Mental Yayasan Nur Ilahi Assani Samarang Garut telah memberikan banyak kesempatan kepada penulis untuk menulis Karya Tulis Ilmiah ini, terima kasih kepada Teh Viera dan Teh Hajar yang selalu memberikan bimbingan, dukungan, dan informasi mengenai asuhan keperawatan sehingga penulis berhasil menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan lancar dan tanpa hambatan.
10. Terima kasih kepada Tn. F yang telah berkolaborasi dalam pelaksanaan asuhan keperawatan, yang memungkinkan penulis untuk menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
11. Terima kasih kepada orang tua tercinta, Bapak Husni Tamrin dan Ibu Hasanah yang selalu memberikan perhatian, motivasi, dan dukungan hingga penulis

mampu menyelesaikan studinya sampai meraih gelar. Semoga mamah dan Bapak sehat, panjang umur dan bahagia selalu.

12. Terima kasih kepada Mahasiswa/i dengan NIM 22843003, 222154007, P17320122098, KHGA22128, KHGA22133, KHGA22130, KHGC22124 kendati ada yang berbeda kota tapi kalian semua selalu memberikan dukungan motivasi, suka duka, canda dan tawa kebersamai dalam proses perjuangan, terima kasih semoga bersama-sama dilancarkan sampai akhir, sukses selalu kalian semuanya.
13. Kepada diri saya sendiri Milani Nazi'ah. Terima kasih sudah berusaha sejauh ini.

Penulis menyadari bahwa dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah ini masih terdapat kekurangan dan ketidaksempurnaan karena keterbatasan ilmu pengetahuan. Oleh karena itu, penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang membangun untuk meningkatkan kesempurnaan karya ini.

Semoga karya tulis ilmiah ini dapat memberikan manfaat yang besar bagi penulis serta seluruh pembaca. Akhir kata, penulis berdoa agar amal baik dari semua pihak diberi balasan yang berlipat ganda dari Allah SWT. Amin

Garut, Juni 2025

Penulis

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
ABSTRAK	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR BAGAN	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan.....	8
1. Tujuan Umum	8
2. Tujuan Khusus	8
C. Metode Telaahan	9
D. Sistematika Penulisan	10
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	13
A. Konsep Dasar.....	13
1. Konsep Bipolar	13
2. Konsep Halusinasi	24
B. Konsep Asuhan Keperawatan.....	59
1. Pengkajian Keperawatan.....	59
2. Analisa Data.....	73
3. Diagnosa Keperawatan	74
4. Intervensi Keperawatan	76
5. Implementasi Keperawatan.....	86
6. Evaluasi Keperawatan.....	87
BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN.....	89
A. Tinjauan Kasus.....	89
1. Pengkajian Keperawatan.....	89
2. Analisa Data.....	103
3. Pohon Masalah.....	105
4. Diagnosa Keperawatan	105

5.	Intervensi Keperawatan	107
6.	Implementasi dan Evaluasi Keperawatan	118
7.	Catatan Perkembangan	120
B.	Pembahasan	129
1.	Tahap Pengkajian	129
2.	Tahap Diagnosa	135
3.	Tahap Intervensi	137
4.	Tahap Implementasi	139
5.	Tahap Evaluasi	141
6.	Dokumentasi	148
BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI		149
A.	Kesimpulan	149
B.	Rekomendasi	150
DAFTAR PUSTAKA		153
LAMPIRAN		157

DAFTAR TABEL

Tabel 1. 1 Data Penderita Gangguan Jiwa Di Kabupaten Garut Tahun 2024	2
Tabel 1. 2 Diagnosa Penyakit Yayasan Nur Illahi Garut Periode 2024-2025	3
Tabel 1. 3 Masalah Keperawatan Jiwa Yayasan Nur Illahi Periode 2025.....	6
Tabel 2. 1 Analisa Data.....	73
Tabel 2. 2 Intervensi Keperawatan.....	76
Tabel 3. 1 Terapi Medis.....	103
Tabel 3. 2 Analisa Data	103
Tabel 3. 3 Intervensi Keperawatan.....	107
Tabel 3. 4 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan	118
Tabel 3. 5 Catatan Perkembangan	120

DAFTAR BAGAN

Bagan 2. 1 Rentang Respon Halusinasi	26
Bagan 2. 2 Pohon Masalah Halusinasi	38
Bagan 2. 3 Rentang Respon Risiko Perilaku Kekerasan.....	49
Bagan 2. 4 Pohon Masalah Risiko Perilaku Kekerasan	53
Bagan 2. 5 Rentang Respon Isolasi Sosial	54
Bagan 2. 6 Pohon Masalah Isolasi Sosial.....	58
Bagan 3. 1 Genogram	93
Bagan 3. 2 Pohon Masalah Halusinasi	105

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran I Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan (SPTK)
- Lampiran II Dokumentasi Kegiatan
- Lampiran III Daftar Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Menurut WHO (2022) kesehatan jiwa yaitu kondisi ketika seseorang merasa sehat dan bahagia, mampu menghadapi tantangan hidup serta dapat menerima orang lain sebagaimana seharusnya dan memiliki sikap positif terhadap diri sendiri dan orang lain. Sedangkan menurut Peraturan Menteri Kesehatan (PERMENKES) RI No. 29 Tahun 2022 kesehatan jiwa adalah keadaan perkembangan fisik, mental, spiritual, dan sosial yang memungkinkan individu menyadari kemampuan mereka, mengatasi stres, bekerja secara efektif, dan berkontribusi terhadap komunitas mereka.

Menurut Tombakan *et.al.* (2023) gangguan jiwa adalah kondisi yang memengaruhi kesehatan mental seseorang dan dapat mengganggu perilaku, emosi, pikiran dan fungsi sosial. Gangguan jiwa tidak hanya satu kondisi melainkan sekumpulan dari berbagai kondisi kesehatan mental yang berbeda contohnya gangguan kecemasan, gangguan *mood*, gangguan psikotik, gangguan makan, gangguan perilaku dan kepribadian. Pada gangguan *mood* jenis gangguan jiwa yang terjadi adalah depresi, bipolar, dan gangguan suasana hati lainnya (Mubin fathkul Muhammad, 2024).

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) (2022) menjelaskan bahwa gangguan bipolar atau manik depresif adalah kelainan psikologis yang ditandai dengan perubahan suasana hati yang sangat ekstrem, yaitu dari fase yang penuh semangat atau dikenal sebagai manik hingga depresi yang sangat dalam.

Prevalensi gangguan jiwa di seluruh dunia menurut data *World Health Organization* pada tahun 2017 terdapat sekitar 60 juta orang terkena bipolar, 47,5 juta orang terkena demensia, 35 juta orang terkena depresi dan 21 juta orang terkena skizofrenia (Kementerian Kesehatan RI, 2020).

Dalam laporan Riskesdas 2018 informasi mengenai gangguan bipolar belum diperinci dengan jelas, namun Bipolar Care Indonesia (BCI) melaporkan bahwa sebaran orang Indonesia yang mengalami gangguan bipolar mencapai 2% atau sekitar 72. 860 individu (Agustina, 2018). Pada tahun 2020 provinsi dengan tingkat kejadian bipolar tertinggi di Indonesia adalah Nangroe Aceh Darussalam dan Daerah Istimewa Yogyakarta.

Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kabupaten Garut tahun 2024, Gangguan Afektif Bipolar menjadi diagnosis paling dominan dengan proporsi hampir setengah dari total kasus gangguan jiwa yang ada di kabupaten Garut dengan persentase 50,53% atau 1.988 kasus. Skizofrenia menempati posisi kedua sebesar 34,38% (1.353 kasus), diikuti penyalahgunaan NAPZA pada urutan ketiga dengan 9,89% (389 kasus). Sementara itu, Disabilitas Intelektual menjadi kasus paling rendah (5,2% atau 205 kasus).

Tabel 1. 1 Data Penderita Gangguan Jiwa Di Kabupaten Garut Tahun 2024

No.	Diagnosa Penyakit	Jumlah	Presentasi
1	Gangguan Afektif Bipolar	1.988	50,53%
2	Skizofrenia	1.353	34,38%
3	Penyalahgunaan Napza	389	9,89%
4	<i>Intelektual Disability</i>	205	5,2%
	Jumlah	3.935	100%

(Sumber : Dinas Kesehatan Kabupaten Garut)

Data yang diperoleh penulis di lokasi penelitian yaitu di Klinik Nur Illahi Assanie Samarang Garut tahun 2024, mengungkapkan dinamika kasus gangguan jiwa. Terjadi adanya peningkatan jumlah pasien dari 37 kasus (2024) menjadi 39 kasus (2025). Gangguan Afektif Bipolar tetap menjadi diagnosis dominan dengan kenaikan signifikan dari 27 kasus (72,97%) menjadi 32 kasus (82,05%). Sebaliknya, Skizofrenia mengalami penurunan dari 8 kasus (21,62%) menjadi 5 kasus (12,82%). Kasus Disabilitas Intelektual stabil pada 2 kasus, meskipun persentasenya turun secara minor (dari 5,41% menjadi 5,13%) akibat peningkatan denominator dan tidak terdapat kasus penyalahgunaan NAPZA selama periode penelitian.

Tabel 1. 2 Diagnosa Penyakit Klinik Nur Illahi Assanie Samarang Garut Periode 2024-2025

No.	Kasus Gangguan Jiwa	Jumlah (Orang) 2024	Presentasi	Jumlah (Orang) 2025	Presentasi
1.	Gangguan Afektif Bipolar	27 Orang	72,97 %	32 Orang	83,05 %
2.	Skizofrenia	8 Orang	21,62 %	4 Orang	11,26 %
3.	Penyalahgunaan NAPZA	0 Orang	0 %	0 Orang	0 %
4.	<i>Intelektual Disability</i>	2 Orang	5,40 %	2 Orang	5,59 %
	Jumlah	37 Orang	100 %	39 Orang	100 %

(Sumber: Buku Register Klinik Nur Illahi Assanie Garut)

Ada berbagai manifestasi klinis yang biasanya terjadi pada penderita gangguan afektif bipolar yang bervariasi tergantung fase penyakitnya. Pada fase depresi mayor, pasien menunjukkan penurunan suasana hati yang mendalam disertai gejala psikotik seperti delusi dan halusinasi, kehilangan

minat pada aktivitas sehari-hari, perubahan berat badan, gangguan tidur (insomnia atau hipersomnia), agitasi atau retardasi psikomotor, serta munculnya pikiran bunuh diri. Sebaliknya, episode mania sering diawali secara tiba-tiba dan memburuk dalam beberapa hari, ditandai perilaku impulsif, delusi paranoid, halusinasi, serta penurunan fungsi sosial dan produktivitas. Fase hipomania, meski meningkatkan produktivitas, tidak menyebabkan gangguan fungsi sosial yang nyata dan tidak disertai gejala psikotik, walaupun 5–15% pasien dapat dengan cepat beralih ke episode manik (Dwiki, 2022).

Sebuah penelitian yang dilakukan oleh Van Bergen *et., al* (2019) dengan sampel 1.342 penderita Bipolar Disorder tipe I (BDI), ditemukan bahwa 42,7 % penderita gangguan Bipolar pernah mengalami halusinasi selama masa hidupnya. Halusinasi merupakan suatu gejala gangguan jiwa dimana klien merasakan stimulus, seperti merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan atau penciuman yang sebenarnya tidak ada atau tidak nyata. Secara fenomenologis halusinasi adalah gangguan yang paling umum dan yang paling penting, selain itu halusinasi dapat dianggap sebagai karakteristik psikosis (Sutejo, 2017).

Halusinasi pendengaran menjadi salah satu jenis halusinasi yang umum terjadi pada penderita gangguan bipolar pada episode manik dibuktikan dengan sebuah penelitian kecil yang dilakukan pada tahun 2023 yang mengungkapkan bahwa sekitar 1 dari 4 individu yang memiliki gangguan bipolar mengalami halusinasi verbal pendengaran, yaitu mendengar suara pada berbagai waktu (Medical News Today, 2025).

Pentingnya penyelenggaraan fasilitas kesehatan sebagai sebuah upaya preventif, promotif, kuratif, dan rehabilitatif dalam meningkatkan angka kesehatan jiwa terletak pada kemampuan fasilitas tersebut untuk menyediakan rangkaian layanan yang terintegrasi. Mulai dari deteksi dini dan edukasi masyarakat, intervensi klinis tepat waktu, hingga dukungan pemulihan jangka panjang sehingga meminimalkan komplikasi, menurunkan angka kekambuhan, dan mempercepat reintegrasi sosial pasien.

Menurut UU Kesehatan Tahun 2023 pasal 74 hingga 84 mengatur secara menyeluruh tentang fasilitas layanan kesehatan mental yang mencakup pengelolaan ODGJ, sistem rujukan, perawatan rawat jalan dan rawat inap, peran tenaga kesehatan, penegakan hukum, hak-hak ODGJ, serta larangan terhadap tindakan yang merugikan. Pasal 79 tentang fasilitas pelayanan kesehatan jiwa mencakup: layanan kesehatan; layanan di luar sektor Kesehatan serta fasilitas yang berbasis masyarakat.

Klinik Rehabilitasi Nurillahi Assanie merupakan fasilitas kesehatan dimana individu mendapat dukungan penanganan atau pemulihan dengan gangguan mental di wilayah Kabupaten Garut. Klinik Nurillahi Assanie adalah institusi rehabilitasi mental yang mengkhususkan diri dalam perawatan kesehatan jiwa. Fasilitas kesehatan ini terletak di Kecamatan Samarang Kabupaten Garut Provinsi Jawa Barat.

Setiap individu yang dirawat menunjukkan keluhan dan kebutuhan penanganan yang berbeda, mulai dari gejala psikotik seperti halusinasi dan waham, hingga gangguan psikososial seperti harga diri rendah dan risiko

perilaku kekerasan. Pemahaman mendalam terhadap pola distribusi dan frekuensi masalah-masalah ini sangat penting untuk merancang intervensi keperawatan yang tepat sasaran. Berikut gambaran komprehensif jumlah dan persentase masalah keperawatan jiwa yang ditangani di klinik selama periode 2025:

Tabel 1. 3 Masalah Keperawatan Jiwa Klinik Nur Illahi Assanie Samarang Garut Periode 2025

No.	Masalah Kep. Jiwa	Jumlah (orang)	Presentasi
1.	Halusinasi	25 Orang	65%
2	Harga Diri Rendah	8 Orang	20%
3.	Risiko Perilaku kekerasan (RPK)	3 Orang	7,5%
4.	Waham	3 Orang	7,5%
	Jumlah	39 Orang	100%

(Sumber: Buku Register Klinik Nur Illahi Assanie Garut)

Dari 39 pasien yang ditangani pada periode 2025 terdapat 25 orang (65 %) yang mengalami halusinasi, diikuti 8 orang (20 %) dengan masalah harga diri rendah. Sementara itu, masing-masing 3 pasien (7,5%) teridentifikasi berisiko perilaku kekerasan dan mengalami waham. Proporsi ini menggambarkan bahwa gejala psikotik berupa halusinasi mendominasi beban keperawatan jiwa di klinik, sedangkan gangguan psikososial dan risiko kekerasan masih memerlukan perhatian khusus meski frekuensinya lebih rendah. Hasil statistik ini menegaskan kebutuhan akan prioritas intervensi yang tepat sasaran, terutama untuk menangani halusinasi sebagai prioritas masalah.

Pentingnya pemberian asuhan keperawatan jiwa yang tepat dan komprehensif bagi pasien bipolar dengan halusinasi pendengaran memegang peran yang sangat krusial. Asuhan keperawatan yang holistik, mulai dari pengkajian hingga evaluasi yang berkelanjutan, merupakan fondasi utama dalam mencegah secara proaktif komplikasi serius yang ditimbulkan oleh halusinasi, seperti risiko perilaku kekerasan (baik terhadap diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan), harga diri rendah kronis, dan isolasi sosial yang memperparah kondisi (Wulandari et al., 2023). Dengan perencanaan tindakan keperawatan yang tepat, pemantauan secara berkala, dan dukungan psikososial diharapkan dapat mempercepat pemulihan serta reintegrasi sosial pasien. Oleh karena itu, penelitian ini diharapkan menghasilkan model asuhan keperawatan yang efektif dan kontekstual bagi pasien bipolar dengan gangguan halusinasi di Klinik Nur Illahi Assanie Samarang Garut.

Dengan pertimbangan mendalam atas urgensi klinis dan juga potensi kontribusi terhadap peningkatan kualitas layanan kesehatan, penulis memfokuskan kajian pada penerapan Asuhan Keperawatan Jiwa yang komprehensif meliputi seluruh tahapan proses keperawatan (pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi dan evaluasi) dengan judul: **“Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. F Dengan Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran Akibat Gangguan Afektif Bipolar Di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang Garut”**.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Penyusun memperoleh pengetahuan, keterampilan, wawasan serta pengalaman yang nyata dalam melaksanakan asuhan keperawatan secara komprehensif yang meliputi aspek bio, psiko, sosial dan spiritual pada klien dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendegaran.

2. Tujuan Khusus

Setelah memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran Penyusun:

- a. Mampu melakukan pengkajian fisik dan mental secara komprehensif pada Tn. F dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran akibat Gangguan Afektif Bipolar di klinik Nur Illahi Assanie Samarang Garut.
- b. Mampu merumuskan diagnosa keperawatan yang timbul pada Tn. F dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran akibat Gangguan Afektif Bipolar di klinik Nur Illahi Assanie Samarang Garut.
- c. Mampu menyusun rencana asuhan keperawatan pada Tn. F dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran akibat Gangguan Afektif Bipolar di klinik Nur Illahi Assanie Samarang Garut.
- d. Mampu melaksanakan implementasi/tindakan asuhan keperawatan pada Tn. F dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi

Pendengaran akibat Gangguan Afektif Bipolar di klinik Nur Illahi Assanie Samarang Garut.

- e. Mampu melaksanakan evaluasi hasil tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan pada Tn. F dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran akibat Gangguan Afektif Bipolar di klinik Nur Illahi Assanie Samarang Garut.
- f. Mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Tn. F dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran akibat Gangguan Afektif Bipolar di klinik Nur Illahi Assanie Samarang Garut.

C. Metode Telaahan

Dalam analisis ini, penulis menerapkan pendekatan deskriptif yang meliputi proses keperawatan secara menyeluruh melalui sebuah studi kasus. Berikut adalah salah satu contoh metode pengumpulan data yang digunakan oleh penulis:

1. Wawancara

Wawancara bisa dilaksanakan dengan komunikasi terapeutik

Dalam proses ini, penulis biasanya akan membuka sesi wawancara dengan membina hubungan saling percaya kemudian mengajukan pertanyaan yang terkait dengan isu yang dihadapi oleh klien, berdasarkan komunikasi yang diperoleh langsung dari klien, keluarganya, dan anggota tim kesehatan lainnya.

2. Observasi

Observasi ini mencakup pemantauan berbagai hal, seperti tanda vital, perilaku, tingkat kesadaran, rasa sakit, serta kondisi klien yang bersifat adaptif maupun maladaptif.

3. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan ini dilakukan untuk menilai tanda vital dan kondisi umum, sehingga informasi dari pasien dapat diperoleh yang dapat membantu mengungkapkan masalah kesehatan yang dialami oleh klien.

4. Studi Dokumentasi

Data yang dikumpulkan oleh penulis berasal dari rekam medis atau dokumen status klien yang berisi beragam informasi dan catatan terkait dengan perawatan yang telah diberikan kepada klien.

5. Studi Kepustakaan

Penulis meneliti buku-buku dari koleksi perpustakaan lembaga dan sumber online untuk mendapatkan teori-teori yang sesuai dengan kasus yang sedang dianalisis.

6. Partisipasi Aktif

Partisipasi aktif terkait tindakan penulis dalam memberikan perawatan keperawatan kepada Tn. F yang mengalami Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi akibat Gangguan Afektif Bipolar di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang Garut.

D. Sistematika Penulisan

Untuk mempermudah proses penyusunan karya ilmiah ini, penulis menerapkan sistem penulisan sebagai berikut:

1. Bagian I: Pendahuluan

Bagian ini menjelaskan tentang latar belakang, tujuan, metode analisis, serta sistematika penulisan yang digunakan.

2. Bagian II: Tinjauan Teoritis

Bagian ini mengupas teori-teori yang berhubungan dengan judul yang diteliti, yang dapat menjadi rujukan dalam pembahasan. Terdapat konsep dasar mengenai penyakit, definisi, psikodinamika dari gangguan bipolar, psikodinamika halusinasi, psikodinamika risiko perilaku kekerasan, gangguan pola tidur, serta proses perawatan jiwa yang meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

3. Bagian III: Tinjauan Kasus dan Pembahasan

Bagian ini menjelaskan tentang perawatan keperawatan yang dilakukan secara langsung di lapangan melalui proses keperawatan yang mencakup tahapan pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi, implementasi, evaluasi, serta catatan perkembangan pada klien yang mengalami Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran akibat Gangguan Afektif Bipolar. Pembahasannya berfokus pada kesenjangan yang ditemukan dan perbandingan antara pendekatan medis dengan tindakan yang dilakukan langsung pada kasus serta solusi terhadap permasalahan yang ada.

4. Bagian IV: Kesimpulan dan Rekomendasi

Bagian ini berisi kesimpulan penulis setelah melakukan perawatan keperawatan serta saran atau rekomendasi yang bersifat konstruktif berdasarkan kesimpulan untuk perbaikan di masa mendatang.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar

1. Konsep Bipolar

a. Definisi

Kata bipolar menurut KBBI berasal dari dua kata yaitu bi (dua) dan polar (kutub) yang berarti memiliki dua kutub yang berlainan, yaitu kutub manik dan kutub depresi. Sebelum disebut *bipolar disorder*, penyakit ini juga disebut *manik depressive* (Universitas Airlangga, 2021).

Menurut *World Health Organization* (2024) menyatakan bahwa gangguan bipolar adalah kondisi kesehatan mental yang memengaruhi suasana hati, energi, aktivitas, dan pikiran seseorang serta ditandai dengan episode manik dan depresi.

Gangguan bipolar atau *bipolar disorder* adalah satu jenis gangguan mental yang kompleks karena melibatkan pikiran, perasaan, dan perilaku sebagai akibat dari fluktuasi emosi yang drastis dan ditandai dengan episode manik tinggi atau depresi rendah yang dapat berlangsung selama satu-dua hari bahkan berbulan-bulan (Rasa S, 2023).

Dari beberapa pengertian di atas dapat ditarik kesimpulan bahwa gangguan bipolar merupakan salah satu jenis gangguan psikis yang mempengaruhi pikiran, perasaan, perilaku, energi, dan aktivitas seseorang, serta termasuk dalam kategori gangguan *mood* yang parah dan bisa

berlangsung dalam waktu singkat maupun berbulan-bulan dan terjadi pada kalangan muda sampai tua.

b. Etiologi

Menurut Prasetyo (2023), faktor etiologi gangguan bipolar meliputi:

1) Genetika

Hasil penelitian yang dilakukan tentang pengaruh faktor genetis terhadap gangguan bipolar dengan melibatkan keluarga dan anak kembar menunjukkan bahwa orang tua yang salah satunya pengidap bipolar memiliki risiko 15%-30% jika salah satu orang tua menderita bipolar, dan meningkat menjadi 50%-75% jika kedua orang tua menderita gangguan bipolar. Risiko tertinggi ditemukan pada kembar identik dibanding kembar non-identik, dengan kecenderungan mengalami setidaknya satu episode gangguan suasana hati.

2) Struktural Otak

Menurut Yudhantara *et. al* (2022) individu dengan gangguan bipolar memiliki struktur dan fungsi otak yang mengalami perubahan dibandingkan dengan individu tanpa kondisi tersebut. Perubahan struktur dan fungsi otak tersebut diperkirakan dipengaruhi oleh adanya perubahan proses perkembangan otak sejak dini seperti hubungan antara *white matter* dan *pruning* pada korteks prefrontal. Perubahan ini menyebabkan penurunan hubungan antara prefrontal dengan struktur

limbik terutama amigdala sehingga memengaruhi modulasi *mood* dan emosi.

Sebuah penelitian yang dilakukan oleh Wedanthi (2022) menunjukkan bahwa orang dengan gangguan bipolar mengalami perubahan halus namun signifikan dalam struktur dan fungsi otak. Perubahan ini mungkin terjadi sejak lahir atau berkembang seiring berjalannya waktu dan diyakini berkontribusi terhadap perkembangan gangguan bipolar.

3) Fisiologis

Sebagai organ yang berfungsi menghantarkan rangsang, otak membutuhkan neurotransmitter (saraf pembawa pesan atau isyarat dari otak ke bagian tubuh lainnya) dalam menjalankan tugasnya. Norepinephrin, dopamin, dan serotonin adalah beberapa jenis neurotransmitter yang penting dalam penghantaran impuls saraf. Pada penderita gangguan bipolar, cairan-cairan kimia tersebut berada dalam keadaan yang tidak seimbang.

Pada fase manik kadar cairan kimia utama dalam otak meningkat sehingga membuat individu merasa bersemangat, agresif, impulsif dan percaya diri. Sebaliknya pada fase depresi kadar cairan kimia utama otak itu menurun di bawah normal, sehingga mengakibatkan penderita merasa tidak bersemangat, pesimis dan bahkan besar keinginan untuk bunuh diri.

Seseorang yang menderita gangguan bipolar menandakan adanya gangguan pada sistem motivasional yang disebut dengan *behavioral activation system* (BAS). BAS memfasilitasi kemampuan manusia untuk memperoleh penghargaan (pencapaian tujuan) dari lingkungannya karena melibatkan dopamin.

Pada sistem neuroendokrin dapat mempengaruhi hipotalamus yang berfungsi mengontrol kelenjar endokrin dan tingkat hormon yang dihasilkan juga mempengaruhi kelenjar pituitari. Kelenjar ini terkait dengan gangguan depresi seperti gangguan tidur dan rangsangan selera. Berbagai temuan mendukung hal tersebut, bahwa orang yang depresi memiliki kadar hormon kortisol tinggi yang disebabkan oleh respon tubuh dalam menjaga homeostatis. Namun produksi yang berlebih dari kortisol pada orang yang depresi juga dapat menyebabkan semakin banyaknya kelenjar adrenal dan berhubungan dengan kerusakan pada bagian hipokampus.

4) Inflamasi/peradangan

Gangguan bipolar sering dikaitkan juga dengan adanya proses inflamasi melalui disregulasi sistem kekebalan tubuh baik sentral maupun perifer. Individu dengan gangguan bipolar memiliki kadar interleukin-4 (IL-4), tumor necrosis factor-alpha (TNF-a), dan C reactive protein (CRP) yang relatif lebih tinggi dibandingkan individu tanpa gangguan tersebut (Dargél *et al.*, 2015; Munkholm *et al.*, 2013 dalam Yudhantara, 2022). Peningkatan dari kadar sitokin tersebut dapat

berakibat pada kerusakan fungsi otak dan menyebabkan gangguan suasana hati, seperti depresi dan mania.

5) Lingkungan

Berikut ini adalah faktor lingkungan yang dapat memicu terjadinya gangguan bipolar:

- a) Stres merupakan peristiwa kehidupan yang dapat memicu gangguan bipolar pada seseorang dengan kerentanan genetik. Peristiwa ini cenderung melibatkan perubahan drastis atau tiba-tiba-baik atau buruk seperti akan menikah, akan pergi ke perguruan tinggi, kehilangan orang yang dicintai, atau dipecat dalam pekerjaan.
- b) Penyalahgunaan zat tidak menyebabkan gangguan bipolar, itu dapat membawa pada sebuah episode dan memperburuk perjalanan penyakit. Obat-obatan seperti kokain, ekstasi dan amphetamine dapat memicu manik, sedangkan alkohol dan obat penenang dapat memicu depresi.
- c) Perubahan musiman merupakan episode manik dan depresi sering mengikuti pola musiman. Episode manik lebih sering terjadi selama musim panas, dan episode depresif lebih sering terjadi selama musim dingin, musim gugur, serta musim semi (untuk negara dengan 4 musim).
- d) Kurang tidur atau melewatkan beberapa jam istirahat dapat memicu episode manik (Dwiki, 2022).

c. Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala bipolar dapat bervariasi pada setiap individu, namun secara umum, berikut ini adalah beberapa gejala dan tanda-tanda yang sering muncul pada penderita *bipolar disorder*:

1) Episode Manik:

Pada episode manik biasanya individu mengalami perasaan euforia dan sangat bersemangat, meningkatnya energi dan aktivitas yang tidak wajar, berbicara secara cepat dan sulit dihentikan, pikiran yang terlalu berjalan cepat dan sulit berkonsentrasi, pengambilan keputusan impulsif dan bertanggung jawab atas risiko yang tidak wajar, perasaan grandiositas, merasa lebih unggul dari orang lain, perilaku tidak terkontrol dan tidak pantas (Rasa S, 2023).

2) Episode Depresi:

Pada episode manik biasanya individu mengalami suasana hati yang murung dan perasaan sedih yang berkepanjangan, sering menangis atau ingin menangis tanpa alasan yang jelas, kehilangan minat untuk melakukan sesuatu, tidak mampu merasakan kegembiraan, mudah letih, tak bergairah, tak bertenaga, sulit konsentrasi, merasa tak berguna dan putus asa, merasa bersalah dan berdosa, rendah diri dan kurang percaya diri, beranggapan masa depan suram dan pesimistis, berpikir untuk bunuh diri, hilang nafsu makan atau makan berlebihan, penurunan berat badan atau penambahan berat badan, sulit tidur, bangun tidur lebih awal, atau tidur berlebihan, mual sehingga sulit

berbicara karena menahan rasa mual, mulut kering, susah buang air besar, dan terkadang diare, kehilangan gairah seksual, menghindari komunikasi dengan orang lain (Prasetyo, 2023).

3) Episode Hipomanik (hanya pada Bipolar II):

Gejala manik yang lebih ringan, tetapi tetap berdampak pada kehidupan sehari-hari, meningkatnya energi dan produktivitas, berbicara lebih cepat dan bersemangat, perasaan percaya diri berlebihan, perilaku impulsif yang tidak biasa (Rasa S, 2023).

4) Periode Campuran:

Selalu berbicara tentang kematian dan keinginan untuk mati kepada orang-orang di sekitarnya, memiliki pandangan pribadi tentang kematian, mengonsumsi obat-obatan secara berlebihan dan alkohol, terkadang lupa akan hutang atau tagihan seperti tagihan listrik dan telepon (Prasetyo, 2023).

d. Klasifikasi

Jenis gangguan afektif bipolar terkait pola terjadinya menurut Prasetyo (2023):

- 1) Gangguan Bipolar I: Setidaknya terjadi satu kejadian kegembiraan berlebihan (manik), dengan satu atau lebih episode manik atau campuran dan biasanya terdapat satu atau lebih episode depresi berat (Blackwell, 2015).
- 2) Gangguan Bipolar II: Tidak ada kejadian kegembiraan berlebihan, tetapi setidaknya ada satu kejadian *hypomanik*, dan setidaknya satu

kejadian kesedihan berlebihan (*major depressive*). Biasanya ditandai dengan episode depresi berat dan *hypomanik* berulang tetapi tanpa episode manik dan gangguan siklotimik (Blackwell, 2015).

- 3) *Cyclothymia*: Seperti halnya gangguan bipolar II, tetapi depresinya tidak dapat dikategorikan sebagai kesedihan berlebihan.
- 4) Unipolar gejala yang diperlihatkan hanya satu yaitu gejala depresi saja. Berbeda dengan bipolar 1 dan 2 sama-sama memiliki gejala manik dan gejala depresi.

Menurut Ketua Umum Perhimpunan Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa Indonesia (PDSKJI) dr. Danardi Sosrosumihardjo, Sp.KJ(K) mengatakan gangguan bipolar dapat dianalogikan dengan angka untuk menjelaskan tingkat keparahan episode manik. Pada bipolar tipe I, tingkat manik berada di angka 10 karena gejalanya tampak jelas dan berat. Pada bipolar tipe II, tingkat manik berada di angka 5 karena yang muncul adalah episode hipomanik atau manik ringan. Sementara itu, pada gangguan unipolar (depresi murni), tingkat manik berada di angka 0, karena tidak terdapat episode manik sama sekali.

e. Penatalaksanaan

Menurut Ni Ketut Adriani *et al* (2024), penanganan pasien dengan gangguan bipolar harus dilakukan secara komprehensif, yang mencakup beberapa aspek terapi yaitu farmakoterapi, psikoedukasi, psikoterapi, dan rehabilitasi. Pendekatan multidisipliner ini penting untuk memastikan stabilitas kondisi pasien secara jangka panjang.

Selain itu, peristiwa-peristiwa yang bersifat stresor diketahui dapat menjadi faktor pencetus kekambuhan pada pasien bipolar. Oleh karena itu, menurut Amir (2018), karena gangguan bipolar merupakan penyakit yang bersifat kronik dan berulang, maka edukasi terhadap pasien dan keluarganya mengenai penatalaksanaan jangka panjang sangat diperlukan sebagai bagian dari upaya pencegahan kekambuhan.

1) Terapi Farmakologi

Penatalaksanaan farmakologis lini pertama (*first-line*) dalam pengobatan episode manik dan depresi berulang pada pasien dengan gangguan bipolar adalah lithium. Selain itu, obat-obatan dari golongan penstabil *mood* atau antikonvulsan juga banyak digunakan. Contohnya adalah carbamazepine dan asam valproat, yang efektif untuk menangani episode manik akut dan mencegah kekambuhan.

Obat lamotrigin juga dapat digunakan, terutama untuk pencegahan kekambuhan episode depresi. Sementara itu, sejumlah antipsikotik atipikal seperti aripiprazole, klorpromazin, olanzapine, quetiapine, risperidone, dan ziprasidone digunakan untuk menangani episode manik dalam gangguan bipolar.

Penggunaan benzodiazepin sebagai terapi adjuvan jangka pendek juga dapat membantu dalam mengatasi gejala-gejala akut tertentu, terutama kecemasan dan gangguan tidur yang menyertai episode manik (Kusumah, 2023).

2) Terapi Psikososial

Sementara farmakoterapi sangat penting dan membentuk dasar untuk keberhasilan pengobatan, intervensi psikososial tambahan mungkin juga berguna untuk episode depresi akut, serta dalam perawatan rumatan untuk mencegah kekambuhan dan untuk mengembalikan kualitas hidup individu dan keluarga.

a) Psikoedukasi

Psikoedukasi secara luas mencakup pemberian informasi tentang sifat penyakit, perawatannya, dan strategi koping utama kepada pasien dan keluarga. Tujuan utamanya adalah menciptakan strategi koping yang dipersonalisasi untuk mencegah kekambuhan *mood*. Psikoedukasi dapat disampaikan baik secara individu atau kelompok.

b) *Cognitive Behavioral Therapy* (CBT)

Cognitive Behavioral Therapy (CBT) adalah jenis psikoterapi yang membantu penderita mengidentifikasi dan mengubah pola pikir dari perilaku negatif yang memicu perubahan suasana hati serta mengembangkan strategi untuk mengelola stres dan mencegah kambuh. CBT biasanya diberikan dalam 20 sesi individu selama 6 bulan atau pada beberapa kasus seringkali dengan sesi *booster* tambahan.

c) *Family - Focused Therapy*

Family - Focused Therapy (FFT) menganggap bahwa gangguan bipolar dapat diatasi dengan dukungan dan kerjasama dari keluarga atau orang lain yang signifikan, terutama dalam keluarga yang ditandai dengan tingkat tinggi dari emosi yang diekspresikan. FFT berfokus pada gaya komunikasi antara pasien dan keluarga mereka atau hubungan perkawinan dengan tujuan meningkatkan fungsi hubungan dan disampaikan kepada keluarga dan pasien dalam 21 sesi selama 9 bulan. Secara keseluruhan, FFT direkomendasikan sebagai pengobatan tambahan untuk depresi akut (tingkat 2) dan untuk pemeliharaan (tingkat 2).

d) *Interpersonal and Social Rhythm Therapy*

Interpersonal and Social Rhythm Therapy (IPSRT) adalah psikoterapi berbasis bukti yang dirancang untuk membantu penderita gangguan suasana hati, terutama gangguan bipolar, untuk mengelola gejala dengan menangani ritme biologis dan sosial. Biasanya disampaikan dalam 24 sesi individu selama 9 bulan. Secara keseluruhan, IPSRT direkomendasikan sebagai pengobatan lini ketiga tambahan untuk depresi akut dan untuk pemeliharaan (Ni Ketut Putri Ariani et.al, 2024).

f. Komplikasi

Penderita gangguan bipolar memiliki risiko kematian dini yang signifikan, yang terutama disebabkan oleh dua faktor utama:

- 1) Peningkatan risiko bunuh diri, dan
- 2) Komorbiditas medis yang menyertainya.

Komorbiditas tersebut mencakup berbagai kondisi seperti penyakit kardiovaskular, gangguan pernapasan, gangguan endokrin, serta masalah kelebihan berat badan atau obesitas. Kondisi-kondisi ini secara keseluruhan dapat meningkatkan risiko terjadinya penyakit jantung dan stroke pada individu dengan gangguan bipolar (Ankit Jain, 2023).

2. Konsep Halusinasi

Daftar masalah keperawatan dengan halusinasi menurut Azizah M Lilik (2016) antara lain:

- a. Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi
- b. Risiko Perilaku Kekerasan
- c. Gangguan Isolasi Sosial: Menarik diri

a. Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi

1) Definisi

Halusinasi merupakan salah satu gejala gangguan jiwa yang dialami dalam perubahan sensori persepsi, serta merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan perabaan, atau penciuman. Klien merasakan stimulus yang sebetulnya tidak ada (AH Yusuf, 2015).

Halusinasi adalah gejala gangguan jiwa berupa respons panca indra meliputi penglihatan, pendengaran, penciuman, perabaan, dan pengecapian terhadap sumber yang tidak nyata (Keliat Budi Anna, 2022).

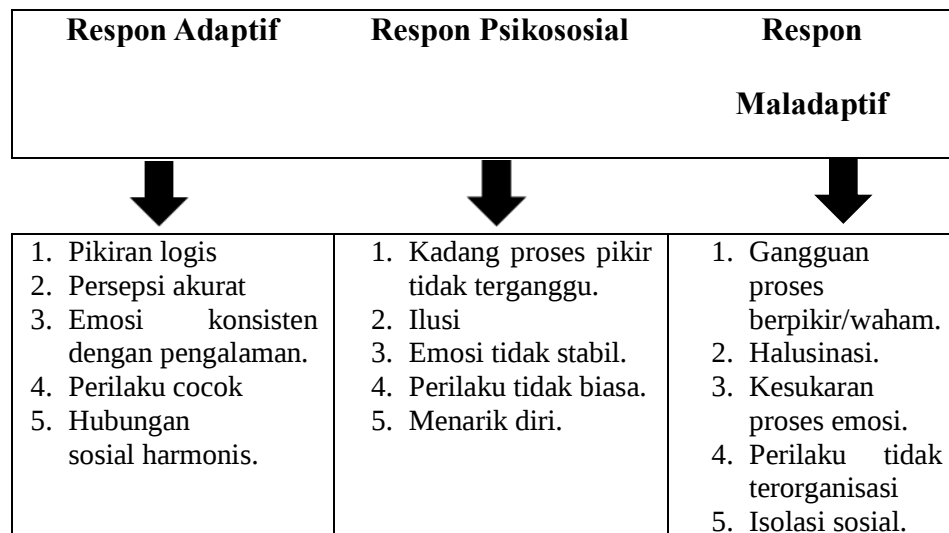
Berdasarkan penjelasan tersebut, dapat disimpulkan bahwa halusinasi adalah gangguan persepsi sensori yang membuat seseorang merasakan atau mengalami sensasi tanpa adanya rangsangan yang nyata. Gangguan ini dapat melibatkan seluruh pancaindra dan sering terjadi pada individu dengan gangguan jiwa.

2) Rentang Respon

Halusinasi merupakan gangguan dari persepsi sensori, waham merupakan gangguan pada pikiran. Keduanya merupakan gangguan dari respons neurobiologi. Oleh karenanya secara keseluruhan, rentang respons halusinasi mengikuti kaidah rentang respons neurobiologi. Rentang respons neurobiologi yang paling adaptif adalah adanya pikiran logis dan terciptanya hubungan sosial yang harmonis. Rentang respons yang paling maladaptif adalah adanya waham, halusinasi, termasuk isolasi sosial menarik diri. Berikut adalah gambaran rentang respons neurobiologi.

Bagan 2. 1 Rentang Respon Halusinasi

(AH Yusuf, 2015)



Keterangan:

a) Respon Adaptif

Respon adaptif adalah respon seseorang terhadap sesuatu masalah dimana responnya tersebut dapat diterima oleh norma-norma sosial budaya yang berlaku. Individu tersebut merespon masalah yang dihadapinya dengan perilaku yang masih dalam batas normal (Wenny, 2023).

(1) Pikiran Logis

Ini adalah pandangan yang mengarah pada realitas yang dapat diterima akal.

(2) Persepsi Akurat

Ini adalah pandangan seseorang tentang peristiwa yang diperhitungkan dengan cermat dan tepat.

(3) Emosi Konsisten dengan Pengalaman

Ini adalah perasaan jiwa yang muncul sesuai dengan peristiwa yang dialami.

(4) Perilaku Sosial

Perbuatan seorang individu, atau sesuatu yang berhubungan dengan individu tersebut, yang diwujudkan dalam isyarat atau bahasa yang tidak bertentangan dengan moralitas.

(5) Hubungan Sosial

Ini adalah proses interaksi dengan orang lain di masyarakat dan lingkungan.

b) Respon Psikososial

Menurut Muzakki (2019) respon psikososial adalah respon yang berhubungan dengan segala sesuatu mengenai masyarakat, diantaranya:

- (1) Pikiran terkadang mengembara yang disebabkan karena tidak bisa mengabstraksi dan mengambil kesimpulan.
- (2) Ilusi merupakan pemikiran atau evaluasi yg keliru mengenai penerapan nyata (objek nyata) yang didapatkan menurut rangsangan panca indera.
- (3) Emosi yang hiperbola dan kurangnya pengalaman berupa respon emosional yang diekspresikan menjadi perilaku yang tidak tepat.

- (4) Perilaku abnormal merupakan perilaku yang melebihi batas normal.
- (5) Menarik diri bertujuan untuk menghindari hubungan dengan orang lain, baik pada komunikasi ataupun interaksi sosial dengan orang sekitarnya

c) Respon Maladaptif

Respon maladaptif merupakan suatu respon individu dalam memecahkan masalah yang menyimpang dari norma sosial budaya dan lingkungan. Respon maladaptif berupa:

- (1) Gangguan pikiran (waham) adalah kepercayaan yang dianut ketika orang lain tidak mempercayainya dan bertentangan dengan kepercayaan masyarakat.
- (2) Halusinasi adalah gangguan yang timbul karena kesalahan persepsi terhadap suatu rangsangan.
- (3) Gangguan pemrosesan emosional adalah ketidakmampuan untuk mengendalikan emosi, seperti berkurangnya kemampuan untuk mengalami kegembiraan, kebahagiaan, dan keintiman.
- (4) Perilaku tidak teratur (terorganisir) adalah gangguan perilaku yang memanifestasikan dirinya sebagai ketidaksesuaian antara perilaku dan gerakan yang ditampilkan.

- (5) Isolasi sosial adalah keadaan dimana seseorang merasa kesepian dan tidak mau berinteraksi dengan orang lain dan lingkungannya.

3) Etiologi

Halusinasi disebabkan oleh dua jenis faktor yaitu faktor presdiposisi dan faktor presipitasi (Wenny, 2023).

a) Faktor Presdiposisi

(1) Faktor Perkembangan

Individu yang mengalami hambatan dalam perkembangan emosional, seperti ketidakmampuan mengontrol emosi atau kurangnya keharmonisan dalam keluarga, berpotensi mengalami kesulitan dalam mencapai kemandirian sejak usia dini. Kondisi ini dapat memicu frustrasi, rendahnya kepercayaan diri, dan kerentanan terhadap gangguan kejiwaan.

(2) Faktor Sosiokultural

Pengalaman merasa tidak diterima oleh lingkungan sejak kecil dapat berlanjut hingga dewasa sehingga menimbulkan perasaan terasingkan, kesepian, dan kecurigaan terhadap orang-orang di sekitar dan berisiko menjadikannya isolasi sosial yang dapat menjadi pemicu gangguan persepsi dan kejiwaan.

(3) Faktor Biokimia

Stres yang berlebihan dapat merangsang produksi zat-zat tertentu di dalam tubuh, seperti zat halusinogenik neurokimia

dan enzim metiltransferase yang kemudian memicu ketidakseimbangan neurotransmiter seperti asetilkolin dan dopamin. Ketidakseimbangan ini dapat berkontribusi terhadap terjadinya halusinasi dan gangguan persepsi lainnya.

(4) Faktor Psikologis

Kepribadian yang lemah dan tidak bertanggung jawab, serta kecenderungan untuk menghindari realitas melalui kesenangan sesaat atau kecanduan terhadap zat tertentu, dapat memperbesar risiko gangguan persepsi. Individu dengan karakteristik seperti ini seringkali menggunakan fantasi sebagai pelarian dari dunia nyata.

(5) Faktor Genetik dan Pola Asuh

Faktor genetik diyakini berperan penting dalam meningkatkan risiko gangguan persepsi, terutama jika disertai dengan pola asuh yang tidak suportif atau tidak konsisten. Kombinasi keduanya dapat memperkuat predisposisi terhadap gangguan mental.

b) Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi merupakan faktor pencetus atau pemicu timbulnya halusinasi pada individu. Berdasarkan pendekatan multidimensional, terdapat lima dimensi utama yang memengaruhi munculnya halusinasi, yaitu:

(1) Dimensi Fisik

Halusinasi dapat muncul akibat kondisi fisik yang terganggu, seperti kelelahan ekstrem, penggunaan obat-obatan tertentu seperti zat adiktif, demam tinggi, delirium, intoksikasi alkohol, serta gangguan tidur yang berkepanjangan. Ketidakseimbangan fisiologis ini dapat menyebabkan persepsi sensorik terganggu dan memicu munculnya pengalaman halusinatif.

(2) Dimensi Emosional

Emosi yang tidak stabil, terutama kecemasan berlebihan akibat masalah yang tidak terselesaikan, dapat menjadi pemicu munculnya halusinasi. Halusinasi yang terjadi biasanya berbentuk perintah atau ancaman yang menakutkan. Dalam kondisi ini, klien sering kali tidak mampu menolak atau melawan perintah dari halusinasi, sehingga terdorong untuk melakukan tindakan tertentu guna mengurangi rasa takut tersebut.

(3) Dimensi intelektual

Pada dimensi ini, halusinasi sering kali muncul akibat penurunan fungsi ego di mana kemampuan individu dalam membedakan antara realitas dan fantasi menjadi terganggu. Halusinasi awalnya bisa menjadi upaya ego untuk melawan impuls yang tertekan, namun dalam perkembangannya,

halusinasi dapat menguasai perhatian dan perilaku klien secara menyeluruh, serta mengganggu proses berpikir logis.

(4) Dimensi Sosial

Individu yang mengalami penolakan sosial atau isolasi dalam kehidupan nyata cenderung mencari pelarian dalam bentuk halusinasi. Halusinasi dianggap sebagai sarana untuk memenuhi kebutuhan akan interaksi sosial, pengendalian diri, dan harga diri yang tidak terpenuhi. Oleh karena itu, intervensi keperawatan perlu difokuskan pada penciptaan pengalaman interpersonal yang memuaskan, agar klien terdorong untuk berinteraksi dengan lingkungan nyata dan tidak bergantung pada dunia halusinatif.

(5) Dimensi Spiritual

Kehidupan spiritual yang terganggu, seperti hilangnya rutinitas ibadah, penurunan aktivitas keagamaan, dan kehilangan makna hidup, dapat memicu timbulnya halusinasi. Klien mungkin mulai merasa putus asa, menyalahkan nasib, serta menyalahkan lingkungan atau orang lain atas penderitaannya. Ketidakstabilan spiritual ini dapat memperparah kondisi kejiwaan dan memperbesar kemungkinan munculnya gejala halusinatif.

4) Jenis - Jenis Halusinasi

Menurut Stuart dan Laraia (1998) dalam Lalla, *et.,al* (2022) menjelaskan bahwa halusinasi terbagi menjadi 7 jenis yaitu sebagai berikut:

a) Halusinasi Pendengaran (*Auditory*)

Merupakan jenis halusinasi di mana individu mendengar suara-suara atau kebisingan tanpa adanya stimulus eksternal. Kadang-kadang, suara tersebut berbentuk perintah yang memerintahkan individu untuk melakukan sesuatu, bahkan dapat membahayakan diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan sekitar.

b) Halusinasi Penglihatan (*Visual*)

Merupakan halusinasi di mana individu melihat sesuatu yang tidak nyata, seperti kilatan cahaya, gambar geometris, kartun, atau bayangan kompleks. Halusinasi ini bisa menyenangkan, namun sering kali bersifat menakutkan, seperti melihat monster atau makhluk menyeramkan.

c) Halusinasi Penciuman (*Olfactory*)

Jenis halusinasi ini berkaitan dengan indera penciuman, di mana individu mencium bau-bauan yang sebenarnya tidak ada. Biasanya bau tersebut bersifat tidak menyenangkan, seperti bau darah, urine, atau feses.

d) Halusinasi Pengecapan (*Gustatory*)

Pada halusinasi ini, individu merasakan rasa tertentu di mulut tanpa adanya makanan atau minuman. Rasa tersebut umumnya tidak menyenangkan atau menjijikkan, seperti rasa darah, urine, atau feses.

e) Halusinasi Perabaan (*Tactile*)

Merupakan halusinasi di mana individu merasakan sensasi fisik di kulit tanpa adanya stimulus nyata. Contohnya adalah sensasi seperti tersengat listrik atau adanya benda merayap di tubuh.

f) Halusinasi Cenesthetic

Halusinasi ini berkaitan dengan fungsi internal tubuh, seperti merasakan aliran darah dalam vena atau arteri, serta proses pencernaan makanan, meskipun tidak ada rangsangan fisiologis yang nyata.

g) Halusinasi Kinesthetic

Merupakan halusinasi di mana individu merasakan pergerakan tubuh atau posisi tubuh yang tidak nyata, seperti merasa berdiri, melayang, atau bergerak, padahal tubuh dalam keadaan diam.

5) Tanda dan Gejala

Menurut Wenny (2023) tanda dan gejala halusinasi disesuaikan dengan jenis halusinasi yang dialami.

a) Halusinasi pendengaran (*auditory-hearing voices or sounds*)

Data subjektif:

Klien mengatakan bahwa dia mendengar suara-suara atau suatu kegaduhan, ajakan untuk berbincang-bincang, perintah untuk melakukan sesuatu tindakan yang berbahaya, dan ancaman untuk diri nya atau orang lain.

Data objektif:

Klien terlihat bicara sendiri, tertawa sendiri, marah-marah tanpa sebab, mengarahkan telinganya ke arah tertentu atau menutup telinganya, menunjuk-nunjuk ke arah tertentu dan mulutnya melakukan komat kamit sendiri.

b) Halusinasi penglihatan (*visual-seeing persons or things*)

Data subjektif:

Klien mengatakan bahwa dia melihat seseorang yang sudah meninggal dunia, melihat suatu makhluk tertentu, melihat penampakan hantu atau hal-hal yang menakutkan.

c) Halusinasi penciuman (*olfactory-smelling odors*)

Data subjektif:

Klien mengatakan bahwa dia sering mencium bau sesuatu seperti bau masakan, bau mayat, bau feses, bau darah, bau bayi, bau harum yang menyenangkan.

Data objektif:

Klien terlihat mengarahkan hidungnya pada tempat tertentu, ekspresi wajah dari klien terlihat seperti mencium sesuatu dengan gerakan cuping hidungnya.

d) Halusinasi perabaan (*tactile-feeling bodily sensations*)

Data subjektif:

Klien mengatakan bahwa dia merasakan sesuatu di permukaan kulit seperti merasakan sensasi sangat dingin atau panas, sengatan aliran listrik, dan hal-hal lainnya, merasakan sesuatu yang menggerayangi tubuhnya seperti tangan orang lain, hewan-hewan kecil, atau makhluk tak kasat mata.

Data objektif:

Klien terlihat menggerak-gerakkan tubuhnya seperti merasakan sesuatu meraba tubuhnya.

e) Halusinasi pengecapan (*gustatoryexperiencing tastes*)

Data subjektif:

Klien mengatakan bahwa dia merasakan makanan tertentu, rasa tertentu, atau mengunyah tertentu.

Data objektif:

Klien terlihat seperti mengecap sesuatu, sering meludah, dan mengalami mual atau muntah.

f) Halusinasi cenesthetic

Data subjektif:

Klien mengatakan ada sesuatu yang bergerak di dalam tubuhnya seperti bisa merasakan darahnya mengalir sangat deras, merasa jantungnya bergerak ke kiri dan ke kanan, perutnya seperti sedang dipilin dari dalam, di dalam pencernaannya seperti ada yang berjalan.

Data objektif:

Klien tampak memegang atau menekan bagian tubuh tertentu secara berulang, sering meringis atau menunjukkan ekspresi tidak nyaman tanpa penyebab medis yang jelas, tidak ditemukan tanda-tanda medis/fisik yang sesuai dengan keluhan sensorik internal.

g) Halusinasi kinestetik

Data subjektif:

Klien mengatakan tubuhnya bergerak-gerak seperti perasaan sedang melayang di udara, merasa tubuhnya goyang sendiri padahal duduk.

Data objektif:

Klien tampak bingung dengan posisi tubuhnya sendiri, sering mempertanyakan posisinya, “saya sedang duduk atau berdiri ya?”, ekspresi wajah menunjukkan ketakutan atau kebingungan mendadak.

6) Pohon Masalah

Bagan 2. 2 Pohon Masalah Halusinasi (Wulandari *et.al*, 2023)



7) Fase Halusinasi

Menurut Wenny (2023) fase halusinasi terbagi menjadi 4 tahap, diantaranya:

a) Tahap I (*Comforting*)

Cara umum halusinasi merupakan suatu kesenangan dengan karakteristik klien mengalami kesepian, ansietas, ketakutan dan rasa bersalah. Pada tahap ini halusinasi memberi rasa nyaman dan tingkat ansietas sedang. Klien akan mencoba untuk fokus pada pikiran yang dapat menghilangkan ansietas dimana pikiran dan pengalaman masih dalam kontrol kesadaran. Perilaku klien yang mencirikan dari tahap ini adalah tertawa atau tersenyum sendiri, menggerakkan bibir tanpa mengeluarkan suara, respon verbal yang lambat, pergerakan kedua mata yang cepat, sering diam dan berkonsentrasi.

b) Tahap II (*Condemning*)

Secara umum halusinasi akan menyebabkan rasa antisipasi dikarenakan karakteristik pengalaman sensori menakutkan, klien akan merasa dilecehkan oleh pengalaman sensori tersebut, mulai merasa kehilangan kontrol diri dan akan menarik diri dari orang lain. Pada tahap ini klien akan mulai menyalahkan, dan mengalami tingkat kecemasan yang berat. Perilaku klien yang mencirikan dari tahap ini adalah peningkatan dari denyut jantung, tekanan darah serta pernafasan, perhatian dengan lingkungan mulai berkurang, fokus berkonsentrasi dengan pengalaman sensorinya dan kehilangan kemampuan membedakan halusinasi dengan realita.

c) Tahap III (*Controlling*)

Pada tahap ini klien akan mulai dapat mengontrol diri meskipun tingkat kecemasan mulai menjadi berat. Klien akan sulit untuk menolak pengalaman halusinasi yang terjadi dengan karakteristik yang menunjukkan klien mulai menyerah dan menerima pengalaman sensorinya (halusinasi). Isi halusinasi menjadi atraktif dan klien akan merasa kesepian bila pengalaman sensori (halusinasi) berakhir. Perilaku klien pada ini adalah klien akan mentaati perintah halusinasinya, perhatian terhadap lingkungan akan berkurang dalam beberapa detik, sulit berhubungan sosial dengan orang lain, tidak mampu mengikuti perintah dari tenaga medis, tangan gemetas (tremor) dan berkeringat.

d) Tahap IV (*Conquering*)

Pada tahap ini klien sudah sangat dikuasai oleh halusinasinya dan klien akan tampak panik. Karakteristik dari tahap ini adalah klien akan mendengar suara atau ide yang datang mengancam diri klien jika tidak diikuti. Jika tidak diintervensi, halusinasi dapat berlangsung selama beberapa jam atau hari. Perilaku klien pada ini adalah tampak panik, risiko tinggi mencederai diri sendiri atau orang lain, katatonik atau agitasi dan tidak mampu merespon terhadap perintah yang kompleks dan lingkungan sekitar.

8) Penatalaksanaan

Penatalaksanaan halusinasi menurut Azizah M Lilik (2016) terdiri dari:

a) Farmakoterapi

(1) Haloperidol (HLD) adalah obat yang dianggap sangat efektif dalam pengelolaan hiperaktivitas, gelisah, agresif, waham, dan halusinasi.

(a) Klasifikasi : Antipsikotik, neuroleptik, butorifenon.

(b) Indikasi : Mengelola psikosis kronis dan akut, mengendalikan hiperaktivitas dan masalah perilaku yang parah.

(c) Mekanisme Kerja : Mekanisme kerja yang tepat belum sepenuhnya dipahami, namun terlihat mengurangi

aktivitas sistem saraf pusat di tingkat subkortikal formasi retikular otak, mesensefalon, dan batang otak.

(d) Kontraindikasi : Hipersensitivitas terhadap obat ini, depresi SSP dan sumsum tulang belakang, kerusakan subkortikal otak, penyakit Parkinson, dan anak di bawah 3 tahun.

(e) Efek Samping : Mengantuk, sakit kepala, kejang, insomnia, pusing, mulut kering, dan anoreksia

(f) Dosis : 3x5 mg (tiap 8 jam) intra muscular.
Dalam keadaan agitasi dan hiperaktif diberikan tablet 2x1.5-2.5 mg per hari. Dalam Fase kronis diberikan tablet 2x0,5-1 mg perhari.

(2) Chlorpromazine (CPZ) adalah obat yang digunakan untuk gangguan psikosis yang terkait bipolar dan gangguan perilaku yang tidak terkontrol.

(a) Klasifikasi : Antipsikotik Phenothiazine, neuroleptik

(b) Indikasi : Mengatasi gejala psikosis, gangguan bipolar, dan gangguan perilaku

(c) Mekanisme Kerja : Menghambat reseptor dopamine D2 postsinaps pada jalur mesolimbic serta menghambat pelepasan hormon dari hipotalamus dan hipofisis

(d) Kontraindikasi : Pasien dengan hipersensitivitas karena dapat menyebabkan anafilaksis, urtikaria, dan angioedema yang dapat mengancam jiwa, pasien dengan riwayat depresi system saraf pusat karena dapat menimbulkan efek depresan pada sistem saraf pusat yang mengakibatkan koma, penekanan sumsum tulang

(e) Efek Samping : Kantuk, mulut kering, hidung tersumbat, penglihatan buram, sembelit, insomnia (susah tidur) dan tremor.

(f) Dosis : 25-50 mg diberikan intra muscular setiap 6-8 jam sampai keadaan akut teratasi. Dalam keadaan agitasi dan hiperaktif diberikan tablet 2x100 mg per hari. Dalam Fase kronis diberikan tablet 1x50 mg sehari (malam).

(3) Trihexilpenidyl (THP)

(a) Klasifikasi : Antiparkinson.

(b) Indikasi : Semua bentuk penyakit Parkinson, gejala ekstra yang terkait dengan pengobatan antiparkinson.

(c) Mekanisme Kerja : Mengkoreksi ketidak seimbangan antara defisiensi dopamine dan kelebihan asetilkolin di korpus striatum, menghambat efek kolinergik yang berlebihan dengan memblokir sinaps asetilkolin.

- (d) Kontraindikasi : Hipersensitivitas terhadap obat ini, glaukoma sudut tertutup, hiperplasia prostat pada anak di bawah 3 tahun.
- (e) Efek Samping : Mengantuk, pusing, disorientasi, hipotensi, mulut kering, mual, dan muntah.
- (f) Dosis : Dalam keadaan agitasi dan hiperaktif 2x2 mg per hari per oral. Dalam Fase kronis diberikan tablet 1-2 x 2 mg sehari.

b) Psikosomatik

(1) Pengikatan

Pengikatan adalah terapi yang menggunakan alat mekanis atau manual untuk membatasi mobilitas fisik klien dan dirancang untuk melindungi klien dari bahaya fisik bagi diri sendiri atau orang lain.

(2) Terapi Kejang Listrik (*Elektrokonvulsif*)

Terapi kejang listrik adalah bentuk perawatan pasien yang menyebabkan kejang (*grandmal*) dengan mengalirkan arus listrik dengan kekuatan yang rendah (2-3 joule) melalui elektroda yang dipasang pada pelipis kiri/kanan pasien (lobus frontal) selama beberapa detik.

(3) Isolasi

Isolasi adalah suatu bentuk terapi dimana klien ditempatkan sendirian di ruangan terpisah untuk mengontrol

perilakunya dan melindungi klien, orang lain, dan lingkungan dari potensi bahaya. Namun tidak dianjurkan untuk pasien dengan risiko bunuh diri, pasien gelisah dengan gangguan pengaturan suhu tubuh yang diinduksi obat dan perilaku abnormal.

(4) Terapi Deprivasi Tidur

Terapi Deprivasi Tidur merupakan terapi yang ditawarkan kepada klien dengan mengurangi jam tidur klien sebanyak 3,5 jam. Terapi ini cocok untuk klien yg mengalami depresi.

c) Terapi Psikososial

(1) Terapi Modalitas

Terapi modalitas menekankan pentingnya keterlibatan seluruh sumber daya rumah sakit dalam mendukung pemulihan pasien, terutama melalui komunikasi terapeutik. Tidak hanya tenaga medis, tetapi juga staf administrasi, petugas instalasi, hingga mahasiswa praktik diharapkan mampu menjalin interaksi yang positif dan suportif dengan pasien. Hal ini bertujuan menciptakan lingkungan yang aman, ramah, dan membantu proses penyembuhan secara holistik.

(2) Terapi Kelompok

Terapi kelompok adalah psikoterapi yang dilakukan pada klien bersama dengan jalan yang diarahkan oleh seseorang yang terlatih (Ida Ayu P Widianingsih, 2023).

9) Komplikasi

Halusinasi pendengaran dapat menjadi salah satu faktor yang menyebabkan pasien melakukan perilaku kekerasan. Hal ini disebabkan oleh suara-suara yang muncul dalam pikiran pasien, yang sering kali memberi perintah atau dorongan untuk melakukan tindakan tertentu, termasuk tindakan yang bersifat agresif atau membahayakan. Suara-suara tersebut dapat mengganggu persepsi realitas pasien dan memicu respons yang tidak adaptif.

Pada pasien dengan bipolar, halusinasi sering diawali oleh perasaan tidak berharga, ketakutan, serta pengalaman ditolak oleh lingkungan sekitar. Akibatnya, pasien cenderung menarik diri dari hubungan interpersonal dan memilih untuk mengisolasi diri. Gangguan ini dapat semakin memperburuk kondisi mental dan emosional pasien.

Beberapa komplikasi yang umum terjadi pada pasien dengan gangguan persepsi sensori berupa halusinasi pendengaran meliputi: risiko perilaku kekerasan, harga diri rendah, dan isolasi sosial (Wulandari et al., 2023).

b. Risiko Perilaku Kekerasan

1) Definisi

Perilaku kekerasan merupakan tindakan agresif yang dilakukan terhadap diri sendiri, orang lain, dan lingkungan baik secara verbal maupun nonverbal yang merupakan hasil dari kegagalan seseorang dalam menerima stimulus yang diungkapkan dalam tindakan yang tidak konstruktif yang dapat menimbulkan dampak bahaya baik secara langsung maupun tidak langsung (Anipah, 2024).

Risiko perilaku kekerasan merupakan hal yang dapat membahayakan secara fisik, emosi dan seksual pada diri sendiri ataupun orang lain. Tindakan Perilaku kekerasan dapat terbagi menjadi dua yaitu risiko perilaku kekerasan pada diri sendiri (*risk for self-directed*) dan risiko perilaku kekerasan pada orang lain (*risk for other-directed*) (SDKI, 2019).

Perilaku kekerasan adalah salah satu respons terhadap stresor yang dihadapi oleh seseorang yang ditunjukkan dengan perilaku kekerasan, baik pada diri sendiri maupun orang lain dan lingkungan secara verbal atau non-verbal. Bentuk perilaku kekerasan yang dilakukan seperti mengamuk, bermusuhan yang berpotensi melukai, atau merusak baik fisik maupun kata-kata (Keliat, 2015 dalam Pujiningsih, 2021 dalam Pratama, 2022).

Berdasarkan pernyataan di atas dapat disimpulkan risiko perilaku kekerasan adalah respons maladaptif terhadap stresor/stimulus internal/eksternal yang diwujudkan melalui tindakan agresif verbal-

nonverbal terhadap diri sendiri, orang lain, atau lingkungan. Manifestasinya bersifat destruktif (mengamuk, permusuhan, ancaman) dan berpotensi menimbulkan bahaya fisik, emosional, maupun seksual. Secara kategoris, risiko perilaku ini terbagi menjadi *self-directed violence* (bunuh diri/self-harm) dan *other-directed violence* (agresi ke orang/lingkungan).

2) Etiologi

Menurut Keliat dalam Pujiningsih (2021) terdapat faktor predisposisi dan faktor presipitasi terjadinya perilaku kekerasan, yaitu:

a) Faktor Predisposisi

(1) Psikoanalisis

Teori ini menyatakan bahwa perilaku agresif merupakan hasil dari dorongan insting.

(2) Psikologis

Berdasarkan teori frustrasi-agresif, agresivitas timbul sebagai hasil dari peningkatan frustrasi. Tujuan yang tidak tercapai dapat menyebabkan frustrasi berkepanjangan.

(3) Biologis

Bagian-bagian otak yang berhubungan dengan terjadinya agresivitas adalah sebagai berikut.

(1) Sistem limbik

Merupakan organ yang mengatur dorongan dasar dan ekspresi emosi serta perilaku seperti makan, agresif, dan

respons seksual. Selain itu, mengatur sistem informasi dan memori.

(2) Lobus temporal

Organ yang berfungsi sebagai penyimpan memori dan melakukan interpretasi pendengaran.

(3) Lobus frontal

Organ yang berfungsi sebagai bagian pemikiran yang logis, pengelola emosi dan alasan berpikir

(4) Neurotransmitter

Beberapa neurotransmitter yang berdampak pada agresivitas adalah Serotonin, Dopamin, Norepinephrine, Acetylcholine, dan GABA.

(4) Perilaku

(1) Kerusakan organ otak, retardasi mental, dan gangguan belajar mengakibatkan kegagalan kemampuan dalam respons positif terhadap frustrasi.

(2) Penekanan emosi berlebihan pada anak-anak atau godaan orang tua mempengaruhi kepercayaan dan percaya diri individu

(3) Perilaku kekerasan di usia muda, baik korban kekerasan pada anak atau mengobservasi kekerasan dalam keluarga memengaruhi penggunaan kekerasan sebagai coping.

(5) Sosial Kultural

(1) Norma merupakan kontrol masyarakat pada kekerasan.

Hal ini mendefinisikan ekspresi perilaku kekerasan yang diterima atau tidak diterima akan menimbulkan sanksi.

(2) Budaya asertif di masyarakat membantu individu yang memberi respons terhadap marah yang sehat.

b) Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi dapat berasal dari kondisi internal klien, lingkungan sekitar, maupun interaksi sosial dengan orang lain. Faktor internal meliputi kelemahan fisik, keputusan, ketidakberdayaan, serta rendahnya rasa percaya diri, yang semuanya dapat memicu timbulnya perilaku kekerasan. Sementara itu, faktor eksternal seperti lingkungan yang bising dan padat, kritik yang bersifat merendahkan, kehilangan orang tercinta atau pekerjaan, serta pengalaman kekerasan juga turut berkontribusi sebagai pemicu perilaku kekerasan (Vancampfort *et.al.*, 2019 dalam Pratama, 2022).

3) Rentang Respon

Bagan 2. 3 Rentang Respon Risiko Perilaku Kekerasan

(Stuart dan Sudarath dalam Sharman, 2017)



Keterangan:

- a) Asertif adalah respon marah tanpa menyakiti, melukai perasaan orang lain, atau tanpa merendahkan harga diri orang lain.
- b) Frustrasi adalah respons yang timbul akibat gagal mencapai tujuan atau keinginan. Frustrasi dapat dialami sebagai suatu ancaman dan kecemasan. Akibat dari ancaman tersebut dapat menimbulkan kemarahan.
- c) Pasif adalah respons di mana individu tidak mampu mengungkapkan perasaan yang dialami.
- d) Agresif merupakan perilaku yang menyertai marah, namun masih dapat dikontrol oleh individu. Orang agresif biasanya tidak mau mengetahui hak orang lain. Individu berpendapat bahwa setiap orang harus bertarung untuk mendapatkan kepentingan sendiri dan mengharapkan perlakuan yang sama dari orang lain.
- e) Kekerasan adalah rasa marah dan bermusuhan yang kuat disertai kehilangan kontrol diri. Pada keadaan ini, individu dapat merusak dirinya sendiri atau terhadap orang lain

4) Tanda dan Gejala

Data Subjektif:

Mengungkapkan kebencian atau kekesalan terhadap orang lain,
Menyatakan keinginan untuk memukul orang lain, Mengaku tidak mampu

mengendalikan perilaku kekerasan, Menyampaikan niat untuk menyakiti diri sendiri atau orang lain serta merusak lingkungan.

Data Objektif:

Mata melotot, Pandangan tajam, Tangan mengepal, Rahang mengatup, Gelisah, Mondar-mandir, Tekanan darah meningkat, Nadi dan pernapasan meningkat, Mudah tersinggung, Berbicara dengan nada tinggi dan kasar, Mendominasi pembicaraan, Menggunakan sarkasme, Merusak lingkungan, Memukul orang lain (Deviana Indriyanti et.al., 2024).

5) Penatalaksanaan

Menurut Kumar (2020) penatalaksanaan pada klien dengan perilaku kekerasan adalah sebagai berikut.

(a) Terapi Farmakologi

Pasien dengan perilaku kekerasan memerlukan perawatan dan pengobatan yang tepat. Salah satu pilihan utama adalah pemberian obat neuroleptika dengan dosis efektif tinggi, seperti *Chlorpromazine HCl*, yang bermanfaat untuk mengendalikan aktivitas psikomotor. Jika obat ini tidak tersedia, alternatifnya adalah penggunaan neuroleptika dengan dosis efektif rendah seperti *Trifluoperazine* atau *Estelasine*. Bila kedua jenis neuroleptika tidak tersedia, maka *tranquilizer* dapat digunakan sebagai pilihan, meskipun bukan termasuk golongan antipsikotik. Namun demikian, baik neuroleptika maupun tranquilizer memiliki efek antitegang, anticemas, dan antiagitasi.

(b) Terapi Okupasi

Terapi okupasi merupakan intervensi yang menggunakan berbagai bentuk kegiatan sebagai media rehabilitasi untuk meningkatkan kemampuan komunikasi dan fungsi sosial pasien. Terapi ini tidak terbatas pada aktivitas kerja, melainkan mencakup kegiatan sederhana seperti membaca koran atau bermain catur. Terapi ini dilakukan setelah proses seleksi dan penentuan program aktivitas yang sesuai dengan kondisi pasien.

(c) Peran Serta Keluarga

Keluarga berperan sebagai sistem pendukung utama dalam perawatan pasien. Keluarga yang mampu mengelola stres dan menyelesaikan masalah akan lebih efektif dalam mencegah, menangani, dan memulihkan perilaku maladaptif pasien menjadi perilaku adaptif. Peran aktif keluarga sangat penting dalam meningkatkan derajat kesehatan pasien secara optimal.

(d) Terapi Somatik

Menurut Imelisa (2021), terapi somatik merupakan bentuk terapi yang ditujukan untuk mengubah perilaku maladaptif menjadi perilaku adaptif melalui tindakan yang berfokus pada kondisi fisik pasien. Meskipun target utamanya adalah perubahan perilaku, pendekatannya dilakukan dengan stimulasi fisik tertentu sesuai kondisi pasien.

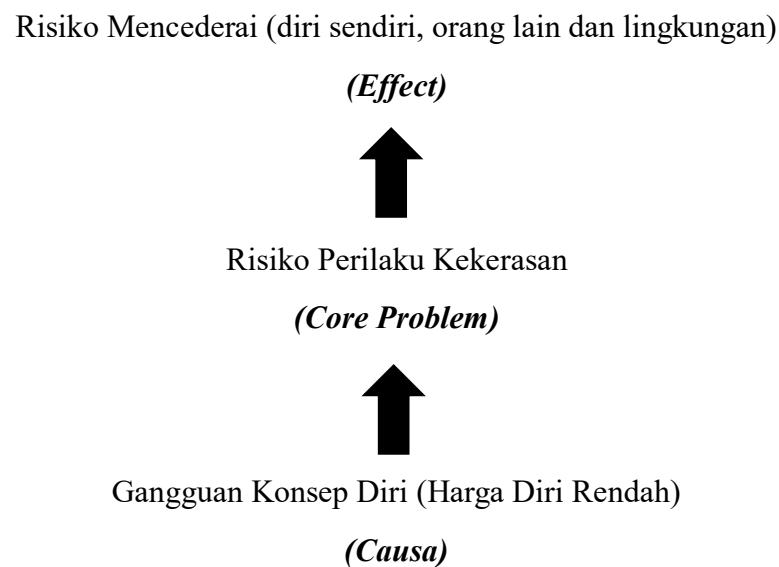
(e) Terapi Kejang Listrik (ECT)

Terapi Kejang Listrik atau *Electroconvulsive Therapy* (ECT) adalah prosedur medis yang dilakukan dengan cara mengalirkan arus

listrik ke otak melalui elektroda yang ditempatkan di pelipis pasien untuk menimbulkan kejang terkendali. Terapi ini awalnya digunakan untuk pasien skizofrenia dan biasanya dilakukan sebanyak 20–30 sesi, dengan frekuensi 2–3 kali per minggu (Pratama Agus Ari, 2022).

6) Pohon Masalah

Bagan 2. 4 Pohon Masalah Risiko Perilaku Kekerasan (Pratama Agus Ari, 2022)



c. Isolasi Sosial

1) Definsi

Isolasi sosial merupakan upaya klien untuk menghindari interaksi dengan orang lain, menghindari hubungan dengan orang lain maupun komunikasi dengan orang lain. Penarikan diri atau withdrawal merupakan suatu tindakan melepaskan diri, baik perhatian maupun minatnya terhadap lingkungan sosial secara langsung yang dapat bersifat

sementara atau menetap (Azizah M Lilik, 2016). Sedangkan menurut pendapat lain, Isolasi sosial adalah kesendirian yang dialami oleh individu dan dianggap timbul karena orang lain serta sebagai suatu keadaan negatif atau mengancam (NANDA-I, 2018 dalam Keliat *et.,al* 2022).

2) Etiologi

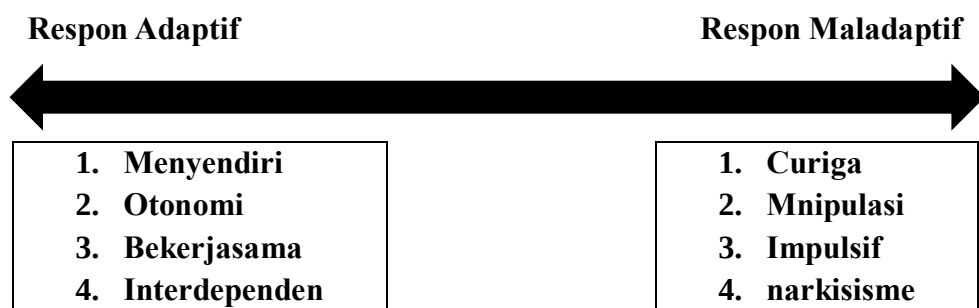
Penyebab Isolasi Sosial menurut Keliat *et.,al* (2022) antara lain:

- a) Sulit berhubungan atau berinteraksi dengan orang lain
- b) Tidak mampu berhubungan atau berinteraksi yang memuaskan
- c) Perasaan malu
- d) Perasaan tidak berharga
- e) Pengalaman ditolak, dikucilkan, dan dihina

3) Rentang Respon

Bagan 2. 5 Rentang Respon Isolasi Sosial

(Stuart dan Sudarath dalam Azizah M Lilik, 2016)



Keterangan:

- a) Respon Adaptif

Merupakan suatu respons yang masih dapat diterima oleh norma norma sosial dan kebudayaan secara umum yang berlaku dengan kata lain individu tersebut masih dalam batas normal ketika menyelesaikan masalah.

(1) Menyendiri

Merupakan respons yang dibutuhkan seseorang untuk merenungkan apa yang telah terjadi di lingkungan sosialnya (instropeksi).

(2) Otonomi

Merupakan kemampuan individu untuk menentukan dan menyampaikan ide, pikiran, dan perasaan dalam hubungan sosial.

(3) Bekerja sama

Merupakan kemampuan individu yang saling membutuhkan satu sama lain serta mampu untuk memberi dan menerima.

(4) Interdependen

Merupakan saling ketergantungan antara individu dengan orang lain dalam membina hubungan interpersonal.

b) Respon Maladaptif

Merupakan suatu respons yang menyimpang dari norma sosial dan kehidupan disuatu tempat, perilaku respons maladaptif, yakni meliputi:

(1) Menarik diri

Merupakan keadaan dimana seseorang yang mengalami kesulitan dalam membina hubungan secara terbuka dengan orang lain.

(2) Ketergantungan

Merupakan keadaan dimana seseorang gagal mengembangkan rasa percaya dirinya sehingga tergantung dengan orang lain.

(3) Manipulasi

Merupakan hubungan sosial yang terdapat pada individu yang menganggap orang lain sebagai objek dan berorientasi pada diri sendiri atau pada tujuan, bukan berorientasi pada orang lain. Individu tidak dapat membina hubungan sosial secara mendalam.

(4) Curiga

Merupakan keadaan dimana seseorang gagal mengembangkan rasa percaya diri terhadap orang lain.

(5) Impulsif

Keidakmampuan merencanakan sesuatu, tidak mampu belajar dari pengalaman, tidak dapat diandalkan, mempunyai penilaian yang buruk dan cenderung memaksakan kehendak.

(6) Narkisisme

Harga diri yang rapuh, secara terus menerus berusaha mendapatkan penghargaan dan pujian, memiliki sikap egosentris, pengecekan, benci dan marah jika orang lain tidak mendukung.

4) Tanda dan Gejala

Adapun tanda dan gejala mayor menurut Keliat *et.al* (2022) antara lain:

Data subjektif:

Ingin menyendiri, merasa tidak nyaman di tempat umum, merasa berbeda dengan orang lain.

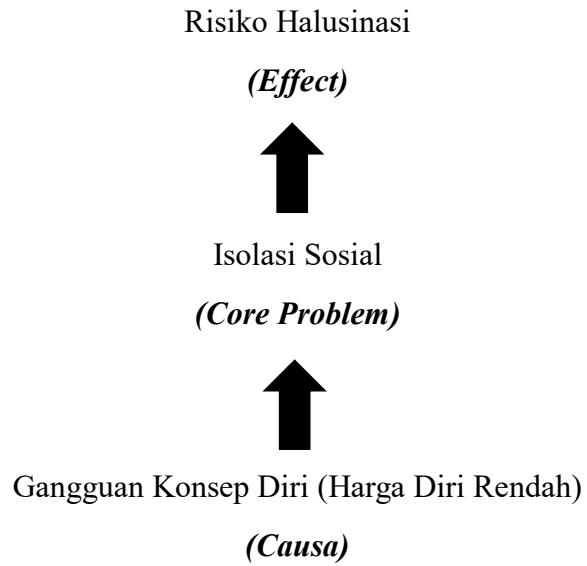
Data objektif:

Menarik diri, menolak melakukan interaksi, afek datar, afek sedih, afek tumpul, tidak ada kontak mata, tidak bergairah atau lesu.

5) Pohon Masalah

Bagan 2. 6 Pohon Masalah Isolasi Sosial

(Azizah M Lilik, 2016)



B. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan langkah awal dan dasar dari proses keperawatan, dan mempengaruhi langkah proses selanjutnya serta merupakan suatu proses yang sistematis dalam mengumpulkan data dari berbagai sumber untuk mengidentifikasi status kesehatan pasien. Data yang dikumpulkan saat pengkajian dalam keperawatan jiwa merupakan data yang holistik meliputi data biologis, psikologis, sosial dan spiritual (Anipah, 2024).

a. Identitas

Melakukan pengenalan BHSP dan kontrak dengan klien meliputi informasi tentang identitas pasien, seperti nama, usia, jenis kelamin, status pernikahan, keyakinan keagamaan, tanggal kedatangan pasien, orang yang memberikan informasi, tanggal pengkajian, dan alamat.

b. Keluhan Utama/Alasan Masuk

Menanyakan kepada anggota keluarga pasien mengapa pasien dibawa ke rumah sakit jiwa, langkah-langkah yang telah diambil oleh keluarga sebelum pasien dibawa ke rumah sakit jiwa, dan hasilnya. Biasanya, ini terjadi karena keluarga merasa terganggu oleh perilaku dan gejala tidak normal yang ditunjukkan oleh pasien, seperti berbicara atau tertawa sendiri, marah tanpa

alasan yang jelas, dan sebagainya, sehingga keluarga mengambil inisiatif untuk membawa pasien ke rumah sakit jiwa.

c. Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi mencakup kondisi sosiokultural, biokimia, psikologis, dan genetis yang membentuk ambang toleransi stres serta ragam sumber daya koping pada individu. Melalui wawancara terstruktur dengan pasien dan keluarga, perawat mengumpulkan data tentang nilai dan norma sosial, profil neurotransmitter, pola kognitif-afektif, dan riwayat keluarga. Semua elemen yang bersama-sama menentukan kemampuan klien dalam menilai, memilih, dan mengimplementasikan strategi koping adaptif.

1) Faktor perkembangan

Hambatan dalam menyelesaikan tugas perkembangan-seperti ketidakmampuan menyesuaikan diri dengan tuntutan usia remaja dapat memicu stres dan kecemasan yang berlebihan. Remaja yang gagal menyelesaikan tugas emosional dan sosialnya cenderung mengalami penurunan kesejahteraan psikologis dan kesulitan membangun identitas diri.

2) Faktor sosial-kultural

Norma, nilai, dan struktur sosial yang tidak kondusif seperti stigma mental atau tekprofn ekspektasi

keluarga dapat menimbulkan perasaan terasing dan kesepian. Isolasi ini melemahkan dukungan sosial, yang sejatinya menjadi salah satu sumber koping utama individu.

3) Faktor biokimia

Respons stres kronis memicu perubahan kadar neurotransmitter termasuk dopamin dan glutamate yang berpotensi menimbulkan efek halusinogenik. Ketidakseimbangan ini merusak integrasi sensorik dan kognitif, sehingga mempermudah munculnya halusinasi.

4) Faktor psikologis

Konflik interpersonal yang berkepanjangan, penolakan emosional, atau trauma masa lalu meningkatkan level stres dan kecemasan. Kondisi ini dapat memicu distorsi persepsi, di mana pengalaman halusinasi muncul sebagai mekanisme pelarian kognitif dari tekanan psikologis.

5) Faktor genetik

Faktor genetik diyakini berperan penting dalam meningkatkan risiko gangguan persepsi, terutama jika disertai dengan pola asuh yang tidak suportif atau tidak konsisten. Kombinasi keduanya dapat memperkuat predisposisi terhadap gangguan mental.

d. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi adalah rangsangan lingkungan yang langsung memicu timbulnya halusinasi, meliputi gangguan pola tidur, kondisi kecemasan pikiran yang tak menentu, minimnya dukungan sosial, dan rendahnya dukungan spiritual. Keempat tema ini diidentifikasi melalui analisis fenomenologis pada 15 pasien halusinasi pendengaran di RSJ Menur Provinsi Jawa Timur, yang menunjukkan bahwa konteks lingkungan dan psikososial berperan sebagai pemicu utama episode halusinasi (Reliani, 2020). Selain itu, faktor stresor akut seperti interaksi berkepanjangan dengan objek tak nyata atau isolasi sosial dapat meningkatkan produksi neurotransmitter halusinogenik, memperburuk gejala sensoris (Eka, 2017).

e. Penilaian Terhadap Stressor

Penilaian terhadap stressor pada klien jiwa adalah proses evaluasi menyeluruh atas bagaimana individu memaknai dan merespons sumber stres dalam kehidupannya. Instrumen penilaian umumnya mencakup lima aspek utama (UI Depok, 2014; Yusuf et al., 2015):

1) Aspek Kognitif

Menilai cara berpikir klien termasuk logika, alur pikiran, memori, orientasi, dan kemampuan pengambilan keputusan. Gangguan pada elemen-elemen ini mencerminkan appraisal stresor yang maladaptif dan

melemahkan kapasitas klien untuk menilai situasi secara akurat.

2) Aspek Afektif

Mengukur respons emosional seperti kecemasan berlebihan, kesedihan mendalam, kegembiraan yang tak terkendali, atau kecurigaan hiperaktif. Intensitas dan durasi reaksi afektif ini menunjukkan seberapa besar stresor memengaruhi stabilitas emosional klien.

3) Aspek Fisiologis

Mencatat gejala somatik pusing, kelelahan, peningkatan denyut jantung, keringat dingin, gangguan tidur serta perubahan neurokimia (imbalance dopamin/serotonin) sebagai manifestasi aktivasi respons *“fight-or-flight”*.

4) Aspek Perilaku

Mengamati perilaku yang terhubung dengan stresor misalnya berbicara atau tertawa sendiri, negativisme, kaku motorik, agresivitas, atau penurunan perawatan diri untuk menilai sejauh mana kontrol diri klien terganggu.

5) Aspek Sosial

Menilai fungsi interpersonal: kemampuan berkomunikasi, keinginan berinteraksi, kebersihan diri, dan partisipasi dalam aktivitas sosial. Penurunan di bidang

ini mengindikasikan dampak stresor pada jaringan dukungan dan adaptasi sosial klien.

f. Pemeriksaan Fisik

Dalam asuhan keperawatan jiwa pada pasien bipolar, pemeriksaan fisik menyeluruh merupakan langkah krusial untuk mendeteksi komorbiditas metabolik dan efek samping terapi psikotropika. Perawat harus rutin mengukur tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, laju pernapasan, dan suhu tubuh) serta melakukan penilaian antropometri (tinggi badan, berat badan, dan indeks massa tubuh) untuk memantau risiko obesitas, hipertensi, dan diabetes mellitus. Selain itu, inspeksi dan palpasi kulit, pemeriksaan tremor, edema, postur, serta mobilitas memberikan gambaran awal gangguan neurologis atau kardiovaskular yang mungkin timbul akibat litium, antipsikotik, atau stabilisator mood. Keluhan fisik yang dilaporkan pasien seperti kelelahan, pusing, nyeri dada, atau gangguan tidur juga harus dicatat secara sistematis untuk merancang intervensi keperawatan spesifik.

g. Psikososial

1) Genogram

Menyusun pohon keluarga hingga tiga generasi untuk memetakan riwayat gangguan jiwa, pola komunikasi, gaya asuh, dan struktur pengambilan keputusan keluarga.

Data ini berguna mengidentifikasi faktor risiko psikososial yang dapat memengaruhi kondisi klien.

2) Konsep Diri

Konsep diri meliputi aspek berikut:

a) Citra Tubuh

Tanyakan bagaimana klien memandang tubuhnya dan bagian yang dirasa nyaman atau tidak nyaman.

b) Identitas Diri

Gali kepuasan klien terhadap jenis kelamin, peran dalam keluarga, dan status sosialnya. Biasanya klien dengan halusinasi tidak puas akan dirinya sendiri merasa bahwa klien tidak berguna.

c) Peran Diri

Identifikasi kesulitan klien menjalankan tugas sosial atau perannya dalam keluarga/masyarakat. Pada klien halusinasi bisa berubah atau berhenti fungsi peran yang disebabkan penyakit, trauma akan masa lalu, menarik diri dari orang lain, perilaku agresif.

d) Ideal Diri

Tanyakan harapan klien terhadap proses penyembuhan dan perannya pasca perawatan. Pada klien yang mengalami halusinasi cenderung tidak peduli dengan diri sendiri maupun sekitarnya.

e) Harga Diri

Nilai rasa percaya diri klien dalam berinteraksi, perasaan diasingkan oleh lingkungan sering menurunkan harga diri. Klien yang mengalami halusinasi cenderung menerima diri tanpa syarat meskipun telah melakukan kesalahan, kekalahan, dan kegagalan tapi individu tetap merasa dirinya sangat berharga.

3) Hubungan Sosial

Mintalah klien menyebutkan anggota keluarga atau teman terdekat serta kelompok sosial yang diikutinya. Perhatikan pola interaksi misalnya kedekatan dengan orang tua atau isolasi dari tetangga untuk menilai dukungan sosial dan potensi stres interpersonal. Klien dengan halusinasi cenderung tidak mempunyai orang terdekat, dan jarang mengikuti kegiatan yang ada dimasyarakat. Lebih senang menyendiri dan asyik dengan isi halusinasinya.

4) Spiritual

a) Nilai Keyakinan

Ajukan pertanyaan kepada klien mengenai pandangan dan keyakinannya terhadap gangguan jiwa yang sesuai dengan norma budaya dan agama yang dianutnya. Apakah isi halusinasinya mempengaruhi keyakinan klien dengan Tuhannya.

b) Kegiatan Ibadah

Tanyakan kepada klien mengenai kegiatan ibadah yang dilakukan di rumah, baik secara individu maupun secara bersama-sama dengan kelompok.

h. Status Mental

Menurut Fendro *et.,al* (2021) dalam pengkajian status mental ada beberapa aspek yang perlu diperhatikan, sebagai berikut:

1) Penampilan

Melakukan pengamatan terhadap penampilan klien dari ujung rambut hingga ujung kaki, termasuk aspek seperti rambut yang berantakan, kancing baju yang tidak terpasang dengan benar, pakaian yang terbalik, dan pilihan pakaian yang tidak sesuai.

2) Pembicaraan

Mengamati pola bicara klien, apakah itu cepat, keras, gagap, membisu, apatis, lambat, atau berpindah-pindah dari satu topik ke topik lain. Klien dengan halusinasi cenderung suka berbicara sendiri, ketika di ajak bicara tidak focus. Terkadang yang dibicarakan tidak masuk akal.

3) Aktivitas Motorik

Amati tanda agitasi (pacing, gelisah), katatonia (immobilitas), tremor, atau gerakan mulut meniru bicara, sebagai indikasi kecemasan ekstrem atau disfungsi

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

4) Alam Perasaan

Gali kondisi emosional mendasar seperti depresi, kecemasan, atau euphoria termasuk lamanya dan intensitasnya untuk mengidentifikasi gangguan afektif

5) Afek

Lihat kesesuaian ekspresi wajah dengan suasana hati; afek yang datar (*flat*), tidak sesuai (*incongruent*), atau labil menunjukkan disfungsi regulasi emosional. Pada klien halusinasi tingkat emosi lebih tinggi, perilaku agresif, ketakutan yang berlebih, eforia.

6) Interaksi Selama Wawancara

Nilai kemampuan kontak mata, sikap kooperatif, dan inisiatif berbicara. Penarikan diri, defensif, atau agresif mengganggu proses pengkajian dan perlu strategi pendekatan khusus dalam melakukan pengkajian. Klien dengan halusinasi cenderung tidak kooperatif (tidak dapat menjawab pertanyaan pewawancara dengan spontan) dan

kontak mata kurang (tidak mau menatap lawan bicara)
mudah tersinggung.

7) Presepsi

Identifikasi halusinasi (*auditori, visual, taktil, gustatori*) atau ilusi, termasuk frekuensi, durasi, dan dampaknya pada fungsi sehari-hari.

8) Proses Pikir

Mengamati proses berpikir klien selama wawancara, apakah itu terhenti atau terputus.

9) Isi Pikir

Amati adanya delusi (paranoid, referensial), obsesi, atau pikiran bunuh diri. Konten pikiran yang menyimpang menandakan gangguan realitas serius.

10) Tingkat Kesadaran

Mengamati tingkat kesadaran klien, terutama bagi klien yang mengalami gangguan persepsi sensorik seperti halusinasi pendengaran. Klien mungkin mengalami keadaan stupor atau kebingungan, serta gangguan gerakan yang tidak teratur.

11) Memori

Periksa memori jangka pendek (mis. mengulang tiga kata) dan jangka panjang (riwayat pribadi) untuk mendeteksi amnesia atau konfabulasi.

12) Tingkat Konsentrasi dan Berhitung

Tes sederhana seperti menghitung mundur dari 20 atau *serial sevens* untuk menilai atensi dan fungsi eksekutif.

13) Kemampuan Penilaian

Mengamati kemampuan klien dalam membuat keputusan. Pada umumnya, klien dengan gangguan persepsi sensorik seperti halusinasi pendengaran memiliki kemampuan penilaian yang baik dalam situasi tertentu.

14) Daya Titik Diri

Mengamati pemahaman klien tentang penyakit yang dideritanya, terutama bagi klien dengan gangguan persepsi sensorik seperti halusinasi pendengaran.

i. Kebutuhan Persiapan Pulang

1) Makan

Ajukan pertanyaan dan perhatikan tentang jumlah, frekuensi, variasi, dan jenis makanan yang dikonsumsi klien, serta kemampuan klien dalam menyiapkan dan membersihkan peralatan makan.

2) BAB/BAK

Amati kemampuan klien untuk buang air besar dan buang air kecil, seperti pergi ke toilet dan membersihkan diri.

3) Mandi

Tanyakan dan amati seberapa sering klien mandi, metode mandi, menyikat gigi, mencuci rambut, gunting kuku, dan bercukur, serta perhatikan tingkat kebersihan tubuh dan bau badan klien.

4) Berpakaian

Amati kemampuan klien dalam mengenakan pakaian dan alas kaki, serta perhatikan penampilan dan gaya berpakaian klien.

5) Istirahat dan Tidur

Tanyakan dan perhatikan durasi tidur siang/malam klien, aktivitas sebelum tidur, dan aktivitas setelah bangun tidur.

6) Penggunaan Obat

Tanyakan dan amati penggunaan obat oleh klien dan keluarga, serta reaksi yang ditimbulkannya.

7) Pemeliharaan Kesehatan

Tanyakan kepada klien dan keluarga mengenai jenis, cara, waktu, dan tempat perawatan lanjutan, serta sistem pendukung yang dimiliki (keluarga, teman, dan lembaga pelayanan kesehatan) dan cara penggunaannya.

8) Kegiatan Dalam Rumah

Tanyakan kemampuan klien dalam merencanakan, mengolah, dan menyajikan makanan, membersihkan rumah (kamar tidur, dapur, menyapu dan mengepel), mencuci pakaian sendiri, dan mengatur kebutuhan biaya sehari-hari.

9) Kegiatan di Luar Rumah

Tanyakan kemampuan klien dalam berbelanja untuk keperluan sehari-hari, serta aktivitas lain di luar rumah (pembayaran tagihan listrik/telepon/air, kunjungan ke kantor pos, dan ke bank).

j. Mekanisme Koping

Biasanya pada klien halusinasi cenderung berperilaku maladaptif, seperti mencederai diri sendiri dan orang lain di sekitarnya. Malas beraktifitas, perubahan suatu persepsi dengan berusaha untuk mengalihkan tanggung jawab kepada orang lain, mempercayai orang lain dan asyik dengan stimulus intenal (Azizah M Lilik, 2016).

k. Pengetahuan

Umumnya, klien memiliki pemahaman yang memadai tentang kondisinya, memungkinkan dia untuk menerima keadaan penyakitnya dan merespons perawatan yang diberikan.

l. Aspek Medis

Pengobatan yang diterima oleh pasien dapat meliputi pengobatan obat, terapi psikomotor, terapi okupasional, layanan TAK, dan program rehabilitasi.

2. Analisa Data

Analisa data adalah kemampuan untuk mengaitkan informasi dan menghubungkannya dengan prinsip-prinsip teori yang relevan, sehingga memungkinkan pembuatan kesimpulan yang memandu dalam identifikasi masalah yang ada.

Tabel 2. 1 Analisa Data

Data	Masalah
DS: - Mengatakan mendengar suara-suara atau suatu kegaduhan - Adanya ajakan untuk berbincang-bincang - Perintah untuk melakukan sesuatu tindakan yang berbahaya, dan ancaman untuk diri nya atau orang lain. DO: - Terlihat bicara sendiri - tertawa sendiri - marah-marah tanpa sebab - Terlihat mengarahkan telinganya ke arah tertentu atau menutup telinganya - menunjuk-nunjuk ke arah tertentu - mulutnya melakukan komat kamit sendiri.	Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran
DS - Mengungkapkan kebencian atau kekesalan terhadap orang lain - Menyatakan keinginan untuk memukul orang lain - Mengaku tidak mampu	Risiko Perilaku Kekerasan

mengendalikan perilaku kekerasan - Menyampaikan niat untuk menyakiti diri sendiri atau orang lain serta merusak lingkungan DO - Mata melotot - Pandangan tajam - Tangan mengepal - Rahang mengatup - Gelisah - Tekanan darah meningkat - Nadi dan pernapasan meningkat - Mudah tersinggung - Berbicara dengan nada tinggi dan kasar - Mendominasi pembicaraan - Menggunakan sarkasme - Merusak lingkungan - Memukul orang lain	
DS: - Ingin menyendiri - Merasa tidak nyaman di tempat umum - Merasa berbeda dengan orang lain. DO: - Menarik diri - Menolak melakukan interaksi - Afek datar, afek sedih, afek tumpul - Tidak ada kontak mata - Tidak bergairah atau lesu.	Isolasi Sosial

(Sumber: Wenny, 2023 dan Deviana et.al, 2024)

3. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merujuk pada penilaian klinis mengenai tanggapan aktual atau potensial individu, keluarga, atau masyarakat terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan. Rumusan diagnosis terdiri dari permasalahan yang terkait dengan etiologi, dengan hubungan sebab-akibat

yang didasarkan pada ilmu pengetahuan. Rumusan diagnosis keperawatan jiwa mengacu pada kerangka pemikiran yang telah ditetapkan, seperti pohon masalah. Diagnosa keperawatan dengan halusinasi menurut Azizah M Lilik (2016) antara lain:

- a. Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi
- b. Risiko Perilaku Kekerasan
- c. Gangguan Isolasi Sosial: Menarik diri

4. Intervensi Keperawatan

Tabel 2. 2 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1.	Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran	1) Klien dapat mengontrol halusinasi dengan cara menghardik 2) Klien dapat mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap 3) Klien dapat mengontrol halusinasi dengan memasukkan jadwal kegiatan harian sehari-hari 4) Klien dapat mengontrol	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan halusinasi teratasi dengan kriteria hasil: 1) Klien mampu melakukan cara menghardik halusinasi 2) Klien mampu mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap 3) Klien mampu memasukkan kegiatan harian yang sudah dilakukan 4) Klien mampu	SP I 1) Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik 2) Identifikasi jenis, isi, waktu, frekuensi dan situasi halusinasi klien 3) Anjurkan kepada klien cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik 4) Anjurkan klien memasukkan cara menghardik ke dalam jadwal kegiatan harian SP II 1) Evaluasi jadwal kegiatan harian klien 2) Latih klien	SP I Menerapkan teknik mendengarkan aktif dan empati untuk menciptakan suasana aman, sehingga pasien merasa dihargai dan berani mengungkapkan pengalaman halusinasinya meliputi jenis, isi, waktu, frekuensi dan situasi halusinasi, teknik menghardik berguna untuk memberi rasa kontrol diri dan mengurangi intensitas serta frekuensi gejala halusinasi, penerapan jadwal harian agar menjadi kebiasaan koping otomatis dan membantu mengurangi kebingungan dan kecemasan. SP II

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
		halusinasinya dengan meminum obat secara teratur	melaksanakan Memakan obat secara teratur	mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain 3) Anjurkan klien memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian SP III 1) Evaluasi jadwal kegiatan harian klien 2) Latih klien mengendalikan halusinasi dengan cara melakukan kegiatan 3) Anjurkan klien memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian SP IV 1) Evaluasi jadwal kegiatan harian klien 2) Berikan penkes tentang cara penggunaan obat secara teratur 3) Anjurkan klien memasukan kedalam	Tinjau jadwal harian pasien untuk menilai efektivitas kegiatan dalam mereduksi halusinasi dan menyesuaikan aktivitas berdasarkan respons pasien, sehingga kegiatan mendukung proses pemulihan, memfasilitasi interaksi sosial bermakna (sharing pengalaman, diskusi ringan) untuk mengalihkan fokus dari halusinasi, memperkuat realitas objektif, dan memperluas dukungan sosial pasien,serta menjadi kebiasaan yang mengurangi isolasi dan meningkatkan kesejahteraan emosional. SP III Dengan mengevaluasi rutinitas harian, perawat dapat mengidentifikasi kapan klien paling rentan mengalami halusinasi atau gejala psikosis lainnya, berkegiatan berfungsi sebagai distraksi positif dan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
				jadwal kegiatan harian klien	memperkuat kontrol diri karena aktivitas ini merangsang produksi endorfin, menurunkan kecemasan, serta mengalihkan fokus dari suara atau bayangan halusinasi ke pengalaman sensorik nyata serta memudahkan klien membentuk kebiasaan koping otomatis karena struktur harian yang jelas mengurangi kebingungan, menurunkan tingkat stres, dan meningkatkan <i>sense of mastery</i> sehingga kemampuan klien dalam menghadapi halusinasi semakin terlatih. SP IV Review jadwal harian pasien untuk memastikan waktu minum obat tercatat jelas dan mengidentifikasi hambatan seperti lupa atau efek samping, sehingga solusi dapat segera diterapkan,

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
					edukasi sederhana bermanfaat untuk meningkatkan pemahaman dan motivasi pasien dalam mengenal obat, dan pengintegrasikan waktu minum obat ke dalam rutinitas harian (misalnya setelah makan) dan dukung dengan <i>reminder</i> digital atau “buddy sistem” keluarga agar konsistensi dan efektivitas terapi terjaga.
2.	Risiko Perilaku Kekerasan (diri sendiri, orang lain, lingkungan dan verbal)	1) Klien mampu mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik I: Tarik nafas dalam 2) Klien mampu mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik II: pukul bantal dan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan perilaku kekerasan teratasi dengan kriteria hasil: 1) Klien mampu mempraktikan latihan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara tarik nafas dalam	SP I 1) Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik 2) Identifikasi penyebab perilaku kekerasan 3) Identifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan 4) Identifikasi perilaku kekerasan yang dilakukan 5) Identifikasi akibat dari	SP I Pemahaman ini (faktor pemicu seperti stres akut, frustrasi, efek obat, atau gangguan neurokimia memungkinkan perawat merancang intervensi tepat seperti terapi kognitif atau modifikasi obat (Kurniawan <i>et al.</i> , 2024). Tanda-tanda dari rpk harus segera dikenali untuk mencegah kekerasan (Setiawan <i>et al.</i> , 2015). Pencatatan jenis dan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
		kasur 3) Klien mampu mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal/sosial 4) Klien mampu mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual 5) Klien mampu mengontrol perilaku kekerasan dengan minum obat	2) Klien mampu mempraktikan latihan cara II dengan pukul bantal dan Kasur 3) Klien dapat mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal/sosial 4) Klien dapat mengontrol perilaku kekerasan denganspiritual dengan mendekatkan diri kepada Allah Swt 5) Klien mengetahui manfaat minum obat secara teratur	perilaku kekerasan 6) Bantu klien mempraktikan latihan cara mengontrol perilaku kekerasan secara fisik (latihan nafas dalam) 7) Anjurkan klien memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian klien SP II 1) Evaluasi jadwal kegiatan harian klien 2) Latih klien cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik II: pukul kasur dan bantal 3) Anjurkan klien memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian SP III 1) Evaluasi jadwal kegiatan harian klien 2) Latih klien	pola kekerasan membantu perawat mendesain intervensi spesifik. memantau durasi, dan menentukan risiko kekambuhan. (Anisa et al., 2021). Diskusi tentang konsekuensi perilaku kekerasan dapat meningkatkan kesadaran pasien terhadap dampak negatif dari perilaku tersebut secara sosial dan emosional. (JENDELA Nursing Journal, 2023). Latihan napas dalam secara teratur menurunkan respons stres, meningkatkan ketenangan, dan membantu pengendalian diri pasien. (Kurniawan et al., 2024). Menjadwalkan latihan napas dalam setiap hari memberikan efek terapeutik jangka panjang dan memperkuat adaptasi pasien terhadap stres.

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
				mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal/sosial 3) Anjurkan klien memasuki kedalam kegiatan harian SP IV 1) Evaluasi jadwal kegiatan harian klien 2) Latih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual 3) Anjurkan klien ke dalam jadwal kegiatan harian klien SP V 1) Evaluasi jadwal kegiatan harian klien 2) Latih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan meminum obat secara 3) Anjurkan klien memasuki ke dalam jadwal kegiatan harian	(Anisa <i>et al.</i>, 2021) SP II Evaluasi terhadap efektivitas aktivitas fisik bertujuan untuk memastikan bahwa aktivitas tersebut membantu pasien menyalurkan energi berlebih secara positif (RSJ Jawa Timur, 2023). Latihan teknik saluran fisik seperti memukul bantal atau kasur membantu menyalurkan dorongan kekerasan tanpa menyakiti diri sendiri atau orang lain (Studi kasus Talagasari, 2023). Saluran fisik yang dijadwalkan secara rutin dapat membentuk pola kontrol diri dan memperkuat kemampuan regulasi emosi (Fajariyah & Tresna, 2023). SP III Evaluasi kesiapan berpindah dari intervensi fisik ke verbal membantu menentukan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
					sejauh mana pasien telah mengembangkan kemampuan pengendalian impuls. Latihan teknik komunikasi verbal dan sosial seperti asertif training dapat meningkatkan kemampuan pasien dalam menyampaikan perasaan tanpa kekerasan. Sesi komunikasi yang dijadwalkan secara berkala memberikan pasien kesempatan untuk mempraktikkan keterampilan interpersonal secara konsisten. SP IV Evaluasi terhadap kesiapan spiritual pasien memungkinkan intervensi berbasis nilai dan keyakinan pasien yang meningkatkan kenyamanan emosional. Aktivitas spiritual seperti dzikir atau wudhu dapat menurunkan ketegangan dan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
					meningkatkan regulasi emosi melalui pendekatan religius yang menenangkan. Rutinitas aktivitas spiritual membantu menciptakan struktur harian yang menenangkan dan memperkuat kontrol diri pasien. SP V Integrasi waktu minum obat ke dalam rutinitas pasien membantu meningkatkan kepatuhan dan mencegah kambuhnya gejala. Kepatuhan terhadap obat psikiatri penting dalam menyeimbangkan neurotransmitter yang berperan dalam pengendalian impuls dan emosi. Penggunaan pengingat atau keterlibatan keluarga dalam pengaturan waktu minum obat memperkuat konsistensi pasien dalam mengikuti

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
					terapi farmakologis.
3	Isolasi Sosial	1) Klien mampu membina hubungan saling percaya dengan orang lain 2) Klien mampu berinteraksi dengan orang lain	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan perilaku isolasi sosial teratasi dengan kriteria hasil: 1) Klien mampu membina hubungan saling percaya dengan orang lain 2) Klien mampu berinteraksi dengan orang lain	SP I: 1) Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik. 2) Mengidentifikasi penyebab isolasi sosial pada klien. 3) Berdiskusi dengan pasien tentang keuntungan berinteraksi dengan orang lain. 4) Berdiskusi dengan klien tentang kerugian tidak berinteraksi dengan orang lain. 5) Mengajarkan klien cara berkenalan dengan satu orang. 6) Menganjurkan klien memasukkan kegiatan: latihan bebincang-bincang dengan orang lain dalam kegiatan harian. SP II:	Hubungan saling percaya merupakan langkah awal untuk menentukan keberhasilan rencana selanjutnya, Mengetahui sejauh mana pengetahuan klien tentang berhubungan dengan orang lain. Agar klien lebih percaya diri berhubungan dengan orang lain. Mengetahui sejauh mana pengetahuan klien tentang kerugian bila tidak berhubungan dengan orang lain. Agar klien lebih percaya diri dan tahu akibat tidak berhubungan dengan orang lain. Mengetahui sejauh mana pengetahuan klien tentang membina hubungan dengan orang lain.

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
				1) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien. 2) Memberikan kesempatan kepada klien mempraktekkan cara berkenalan dengan satu orang. 3) Membantu klien memasukkan kegiatan berbincang-bincang dengan orang lain sebagai salah satu kegiatan harian. SP III: 1) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien. 2) Memberikan kesempatan kepada klien cara berkenalan dengan dua orang atau lebih. 3) Menganjurkan klien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian	

(Sumber: Keliat et.al, 2022)

5. Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan tindakan keperawatan merupakan tahapan operasional dari rencana asuhan keperawatan yang telah disusun secara sistematis berdasarkan hasil pengkajian dan penetapan diagnosis keperawatan. Intervensi yang dilakukan mengacu pada Standar Asuhan Keperawatan Jiwa (SAK) dengan mempertimbangkan relevansi intervensi terhadap permasalahan keperawatan yang diidentifikasi.

Sebelum pelaksanaan tindakan, perawat akan melakukan kontrak terapeutik dengan pasien yang mencakup pemberian informasi mengenai prosedur keperawatan yang akan dilakukan, tujuan tindakan, serta peran yang diharapkan dari pasien selama proses implementasi berlangsung. Validasi terhadap rencana tindakan dilakukan untuk memastikan bahwa implementasi yang akan dilaksanakan tetap sesuai dengan kebutuhan dan kondisi aktual pasien. Selain itu, perawat juga melakukan evaluasi terhadap kompetensi personal, baik dari aspek keterampilan interpersonal, intelektual, maupun teknis, serta memastikan keamanan tindakan bagi pasien. Apabila seluruh aspek tersebut telah dipastikan tidak menjadi hambatan, maka tindakan keperawatan dapat dilaksanakan secara sistematis dan sesuai dengan standar prosedur operasional.

Setiap tindakan keperawatan dan respons pasien terhadap implementasi didokumentasikan secara lengkap, akurat, dan berkesinambungan sebagai bagian dari tanggung jawab profesional dan legal praktik keperawatan.

6. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahapan akhir dalam proses asuhan keperawatan yang bertujuan untuk menilai keberhasilan pencapaian tujuan yang telah dirumuskan sebelumnya. Evaluasi dilakukan dengan membandingkan respons pasien terhadap intervensi yang telah diberikan, guna mengetahui sejauh mana keberhasilan tindakan keperawatan dalam mengatasi masalah yang ada. Pada pasien dengan gangguan persepsi sensori (halusinasi pendengaran) evaluasi menunjukkan bahwa secara umum pasien tidak menunjukkan perilaku kekerasan selama menjalani perawatan. Selain itu, pasien mampu membangun hubungan saling percaya dengan perawat, mengenali kemunculan halusinasi, serta menunjukkan kemampuan dalam mengendalikan halusinasi pendengaran dalam rentang waktu enam hari perawatan.

Data subjektif memperlihatkan bahwa pasien menyatakan telah mengenali gejala halusinasi dan mampu menerapkan beberapa teknik pengendalian halusinasi seperti dengan cara menghardik, mengalihkan perhatian dan berbicara dengan orang lain dan menjadwalkan aktivitas sehari-hari. Sementara itu, data objektif menunjukkan bahwa meskipun pasien masih terlihat berbicara sendiri pada beberapa waktu, pasien telah mampu berinteraksi dengan lingkungan sosial, menjalani aktivitas harian yang telah dijadwalkan, serta mematuhi jadwal minum obat secara konsisten (Pardede, 2020).

Evaluasi ini dapat dianalisis menggunakan pendekatan SOAP, yaitu kerangka berpikir sistematis dalam pencatatan evaluasi keperawatan (Sianturi, 2022), yang terdiri dari:

- S (*Subjective*): Tanggapan subjektif pasien terhadap intervensi keperawatan yang diberikan, termasuk persepsi dan perasaan pasien atas hasil tindakan.
- O (*Objective*): Data objektif yang diperoleh dari hasil observasi atau pemeriksaan yang menggambarkan respons nyata pasien terhadap intervensi.
- A (*Assessment*): Analisis terhadap data subjektif dan objektif untuk menentukan keberhasilan intervensi, mengidentifikasi masalah baru, atau mengevaluasi adanya perkembangan atau kemunduran kondisi pasien.
- P (*Planing*): Perencanaan tindak lanjut yang disusun berdasarkan hasil evaluasi, baik melanjutkan rencana sebelumnya, merevisi intervensi, atau menyusun strategi baru yang lebih sesuai dengan kondisi pasien terkini.

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan Kasus

1. Pengkajian Keperawatan

a. Identitas

1) Identitas Klien

Nama	: Tn. F
Tempat tanggal lahir	: Garut, 22 Juli 1964
Umur	: 61 Tahun
Jenis kelamin	: Laki-Laki
Pendidikan	: SLTA
Agama	: Islam
Status pernikahan	: Cerai
Alamat	: Kampung Cigadog Rt 1/Rw 08 Kel.Karyamekar, Kec. Cilawu, Kab. Garut, Prov. Jawa Barat
Tanggal Masuk	: 19 Februari 2025
Tanggal Pengkajian	: 23 April 2025
No. RM	: 006817

2) Identitas Penanggung Jawab

Nama	: Ny. F
------	---------

Umur : 28 Tahun

Jenis Kelamin : Perempuan

Agama : Islam

Hubungan dg Klien: Anak Kandung Klien

b. Alasan Masuk

Pada tanggal 19 Februari 2025 klien datang diantar oleh anak dan menantunya karena di rumah membakar kursi, memecahkan gelas di rumah, dan mengamuk kemudian membalik-balikkan papan kayu, ember, dan barang milik umum di kampung sebelah karena mengikuti bisikan yang menyuruhnya melakukan itu. Bisikan itu muncul karena klien sering berada di rumah sendiri dan tidak meminum obat.

c. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada saat dikaji tanggal 23 April 2025 di Klinik Nur Ilahi Assanie Samarang Garut. Klien mengatakan ada suara yang selalu menyangkal kematian kedua orang tua klien ketika klien melakukan kegiatan aktivitas sehari-hari. Bisikannya berisi, “Mamah masih ada, Bapak masih ada” sehingga mengganggu klien. Bisikan itu kadang muncul ketika malam hari pada saat sebelum tidur jam 21.30 WIB dan ketika klien sendiri namun kebanyakan tidak tentu waktunya. 3 hari sebelumnya klien mengamuk pada malam hari kemudian membalikkan kasur milik teman di sebelahnya dan mengatakan bahwa suasana hatinya sedang kurang baik karena merasa terganggu dengan bisikan yang menyangkal kematian orang tuanya.

d. Faktor Predisposisi

1) Riwayat Gangguan Jiwa Dahulu

Klien mengatakan sudah pernah mengalami gangguan jiwa pada saat kelas 3 SLTA dan berobat jalan.

2) Riwayat Pengobatan Sebelumnya

Pengobatan klien sebelumnya sempat berhasil pada tahun 2015, namun beberapa tahun setelahnya klien kambuh lagi karena jarang minum obat dengan alasan obat memberikan efek buruk bagi ginjal kemudian klien dibawa ke Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie yang di Bandung selama 2 minggu dan pulang ke rumah. Setelah itu, satu minggu ke depan klien kambuh lagi karena jarang minum obat dengan alasan tidak ada yang mengingatkannya dan dirawat di Klinik Rehabilitasi Mental Nurillahi Assanie Samarang Garut hingga sekarang.

3) Riwayat Anggota Keluarga Yang Mengalami Gangguan Jiwa

Klien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa seperti yang dialami klien saat ini.

4) Pengalaman Masa Lalu Yang Tidak Menyenangkan

Pada saat dikaji klien mengatakan di masa lalunya klien pernah ditinggalkan oleh istri pertama karena sakit kemudian meninggal setelah itu beberapa tahun ke depan klien menikah lagi dan

ditinggalkan lagi oleh istri keduanya karena tidak mau menerima klien yang sering kambuh sakit. Klien juga mudah tersinggung sehingga sering terjadi kesalahpahaman dengan rekan kerjanya sebelum klien pensiun.

5) Riwayat Aniaya Fisik, Seksual, dalam Keluarga dan Tindakan Kriminal

Klien mengatakan tidak pernah mengalami kekerasan verbal, aniaya fisik, seksual dan kriminal

e. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum : Baik

2) Tanda-Tanda Vital

Tekanan darah : 130/90 mmHg

Nadi : 90 x/menit,

Suhu : 36,5 °C

Frekuensi Pernafasan : 21 x/menit

3) Antropometri

Tinggi Badan : 160 cm

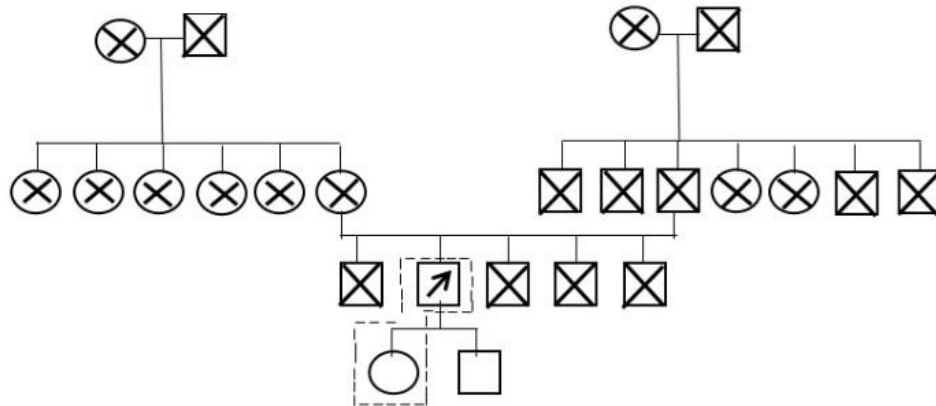
Berat Badan : 68 kg

4) Keluhan Fisik pada system muskuloskeletal

Kedua tangan menjadi tremor namun kekuatan otot baik 5

f. Psikososial

1) Genogram

Bagan 3. 1 Genogram

Keterangan:

□	Laki-Laki
○	Perempuan
⊠	Laki-Laki Meninggal
⊙	Perempuan Meninggal
T	Garis Keturunan
—	Garis Pernikahan

Klien sudah 3 bulan berada di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang Garut. Klien merupakan anak ke 2 dari 5 bersaudara, klien berstatus sebagai seorang ayah dan kakek karena memiliki 2 orang anak dan 3 cucu. Orang tua klien yaitu ayah dan ibu serta saudara kandungnya sudah meninggal, klien tinggal bersama anak pertamanya. Pola komunikasi klien dalam keluarganya terjalin baik.

Fase halusinasinya fase ke dua.

2) Konsep Diri

a) Gambaran Diri

Klien mengatakan menyukai semua bagian tubuhnya dan bersyukur memiliki anggota tubuh yang lengkap namun klien paling suka dengan hati karena bisa merasakan dan berdoa.

b) Identitas Diri

Klien mengatakan status dan posisinya sebelum dirawat di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie adalah sebagai seorang ayah dan kakek dari anak dan cucunya. Klien mengatakan dirinya adalah seorang laki-laki berusia 61 tahun dan anak ke 2 dari 5 bersaudara.

c) Peran Diri

Klien mengatakan tugasnya di keluarga adalah sebagai seorang kepala keluarga, ayah dari anak-anaknya sekaligus orang yang mencari nafkah pegawai bumh di dept. Perhutani cilawu sebelum pensiun.

d) Ideal Diri

Klien mengatakan harapannya ingin cepat sembuh dan pulang ke rumahnya berkumpul kembali dengan anak dan cucunya.

e) Harga diri

Klien mengatakan tidak malu dengan keadaan sekarang yang dialaminya, klien mengatakan dirinya akan pulih dan sehat kembali seperti dahulu.

3) Hubungan Sosial

a) Orang Terdekat

Klien mengatakan orang yang berarti dalam hidupnya adalah kedua anaknya (terutama anaknya yang pertama) karena mereka yang selalu ada dan mendukung kesembuhan klien selama di klinik rehabilitasi mental nur illahi assanie samarang garut semenjak ayah, ibu, dan ketiga adik kandungnya meninggal.

b) Peran Serta dalam Kegiatan Kelompok

Klien selalu ikut dan aktif berinteraksi dengan sesama temannya ketika ada kegiatan seperti: senam, pengajian, dan bermain game.

4) Spiritual

a) Nilai dan Keyakinan

Klien mengatakan bahwa klien beragama islam dan memiliki keyakinan banyak beribadah dan berdo'a akan mempercepat proses penyembuhannya.

b) Kegiatan Ibadah

Klien mengatakan jika ingat selalu melaksanakan sholat 5 waktu setiap harinya. Klien juga selalu mengikuti pegajian rutin yang di adakan di klinik setiap minggu nya yaitu pada hari kamis dan jum'at. Klien juga mengatakan selalu berdo'a kepada Allah Swt untuk segera di sembuhkan dari penyakitnya.

g. Status Mental

1) Penampilan

Klien berpenampilan rapih , penggunaan baju sesuai dengan aturan di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang Garut, klien rajin mandi dan menggosok gigi, kebersihan mulut baik serta kuku tampak panjang dan bersih.

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah

2) Pembicaraan

Klien berbicara dengan normal tidak berbelit-belit, namun ketika memulai komunikasi harus di mulai duluan dari orang lain. Nada pembicaraan tenang.

3) Aktivitas Motorik

Klien tampak tenang pada saat pertama kali di mulai pengkajian dan kedua tangan klien selalu tremor.

4) Alam Perasaan

Klien mengatakan merasa kesal/jengkel dan gelisah.

5) Afek

Pada saat di kaji tampak ekspresi tumpul, kontak mata klien ada, saat dilakukan wawancara klien tampak kooperatif menjawab saat diberi pertanyaan.

6) Interaksi Selama Wawancara

Klien sangat kooperatif setiap ditanya selalu menjawab, kontak mata klien ada, sorot mata sedikit tajam, mata memerah.

7) Persepsi Halusinasi

Klien mengatakan ada suara yang selalu menyangkal klien ketika klien melakukan kegiatan aktivitas sehari – hari. Bisikan itu muncul berisi, “Mamah masih ada, Bapak masih ada” sehingga mengganggu klien. Bisikan itu kadang muncul ketika malam hari pada saat sebelum tidur jam 21.30 WIB dan ketika klien sendiri namun kebanyakan tidak tentu waktunya. 3 hari sebelumnya klien mengamuk pada malam hari kemudian membalikkan kasur milik teman di sebelahnya dan mengatakan bahwa suasana hatinya sedang kurang baik karena merasa terganggu dengan bisikan yang menyangkal kematian orang tuanya itu. Klien mengatakan pada saat bisikan itu muncul terkadang tubuh klien tidak bisa terkontrol sehingga klien mengamuk dan ada kalanya di biarkan saja.

Masalah keperawatan: Gangguan persepsi Sensori: Halusinasi pendengaran

8) Proses Pikir

Klien pada saat pengkajian mengungkapkan seluruh isi hatinya, terbuka atas masalah hidupnya, pembicaraan klien tidak berbelit-belit ketika di beri pertanyaan klien langsung menjawab dengan baik dan langsung ke intinya.

9) Isi Pikir

Tidak ada gangguan isi pikir.

10) Tingkat Kesadaran

Tingkat Kesadaran klien Baik, klien mengetahui saat ini klien berada di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Garut, klien mengenal teman-teman kamarnya dan orang-orang di sekitarnya. Klien juga menyadari bahwa klien sedang mengalami gangguan jiwa dengan selalu mendengar bisikan-bisikan dan sulit mengontrol emosinya.

11) Memori

Jangka pendek: Saat di beri pertanyaan, “tos sabaraha lami pak didie?

”Bapak inget ayena dinten sareng kaping naon?”

Klien dapat menjawab benar dengan jawaban,

“bade 3 sasih, ayena teh dinten rebo kaping 23 April 2025”.

Jangka panjang: Ketika klien di Tanya, “Bapak tipayun pendidikan

terakhirna naon?”. Klien menjawab dengan semangat, “Abdi teh ti SLTA neng”.

12) Tingkat Kosentrasi dan Berhitung

Pada saat di beri pertanyaan, “Bapak kan abi dipasih an artos ku mamah teh 30.000 teras abi meser cilok 5000 sareng pas uih dipiwarang meser bensin 15.000 teras mayar sametan ka rerancangan 3.000. janten artos abi sisa sabaraha?”. Klien menjawab dengan benar dengan jawaban sisa uang nya berarti 7.000.

13) Kemampuan Penilaian

Klien dapat memberikan keputusan saat diberi pertanyaan, “Bapak upami dipiwarang milih, Bapak bade milih makan hela atanapi minum hela?”. Kemudian klien dapat memutuskan sendiri, “abi mah neng minum hela nembe makan”.

14) Daya Tilik Diri

Klien mampu menyadari bahwa saat ini klien sedang dalam keadaan sakit dan harus menjalani pengobatan di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang Garut.

h. Kebutuhan Persiapan Pulang

1) Makan

Klien makan 1 porsi 3x/hari, makan sendiri dengan menu yang tersedia. Klien makan dengan tenang dan tertib. Klien mampu

mengambil dan merapihkan kembali bekas makanannya.

Masalah Keperawatan: Tidak Ada Masalah

2) BAB/BAK

Bila ada keinginan BAB/BAK, klien selalu ke WC atau kamar mandi tanpa bantuan. Klien mampu membersihkan kembali bekas BAK/BAB nya.

3) Mandi

Klien mampu mandi sendiri, 1x/hari, dan mencuci rambut (keramas), gosok gigi, mampu menjaga kebersihan kuku.

4) Berpakaian/Berhias

Klien menggunakan baju Yayasan sesuai jadwal, dan klien mengatakan tidak ada masalah dengan bajunya karena tampak bersih dan wangi.

5) Istirahat dan Tidur

Klien tidur malam 7-8 jam/hari klien mengatakan tidurnya kadang nyenyak, tetapi sesekali klien merasa tidurnya kurang nyenyak. Tidur siang klien tidak menentukan kapan 1/2jam atau bahkan tidak tidur siang.

Masalah Keperawatan: Tidak Ada Masalah

i. Mekanisme Koping

Adaptif :Klien bisa berbicara dengan orang di sekitar klien ketika klien sedang dalam keadaan tenang, adanya dukungan dari anak-anaknya, dan penggunaan obat.

Maladaptif :Ketika ada masalah klien suka melamun dan menyendiri, kurangnya kontrol diri saat mengamuk.

j. Masalah Psikososial dan Lingkungan

1) Masalah dengan Dukungan Kelompok

Pada saat pengkajian klien mengatakan bahwa dirinya suka bergaul dengan orang di sekitarnya.

2) Masalah Berhubungan dengan Lingkungan

Klien mengatakan suka berinteraksi dengan orang disekitarnya tetapi klien tidak bisa memulai pembicaraan atau obrolan duluan.

3) Masalah dengan Pendidikan

Klien mengatakan pendidikan klien hanya sampai SLTA karena dulu sakit sehingga tidak bisa mengikuti ujian ke perguruan tinggi seperti teman-temannya.

4) Masalah dengan Pekerjaan

Klien mengatakan tidak ada masalah dengan pekerjaannya namun klien mudah tersinggung sehingga kadang terjadi kesalahpahaman dengan rekan kerjanya di lapangan.

5) Masalah dengan Perumahan

Klien mengatakan tinggal bersama anaknya yang pertama dan selalu di dukung oleh keluarganya.

6) Masalah dengan Ekonomi

Klien mengatakan tidak ada masalah dengan ekonomi karena klien berasal dari keluarga yang berkecukupan.

7) Masalah dengan Pelayanan Kesehatan

Klien mengatakan tidak ada masalah dengan pelayanan kesehatan, jika ada keluarganya yang sakit maka akan di bawa atau di periksa ke puskesmas terdekat dari rumah klien

8) Pengetahuan Kurang Tentang

Pada saat dikaji klien mengatakan tahu tentang penyakit yang dialaminya ini, dan klien juga mengetahui merek dagang serta warna obat yang di makannya setiap hari.

k. Aspek Penunjang

Diagnosa medis: Gangguan Afektif Bipolar

Terapi medis:

Tabel 3. 1 Terapi Medis

No	Nama dan Sediaan obat	Dosis	waktu	Cara pemberian	kegunaan	Efek samping
1.	Haloperidol	5 mg	1-1-1	Oral	Memperbaiki suasana hati, mengatasi halusinasi, gelisah, agresi	Pusing, Kantuk, sulit buang air kecil, gangguan tidur
2.	Stelosi	5 mg	1-1-1	Oral	Mengatasi halusinasi, stress	Pusing, mulut kering dan sembelit
3.	Hexymer	2 mg	2-1-2	Oral	Penyeimbang / menghindari efek samping tremor dan mata juling	Mulut kering dan pusing
4.	Nuzip	50 mg	0-0-1	Oral	Mengatasi perubahan suasana hati, dan sulit tidur	Mual, muntah, kantuk, tremor
5	Merlofam	2 mg	0-0-1	Oral	Menghasilkan efek tenang dan mengantuk	Pusing, tremor, nyeri kepala, kelelahan

1. Daftar Masalah Keperawatan

- 1) Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran
- 2) Risiko Perilaku Kekerasan

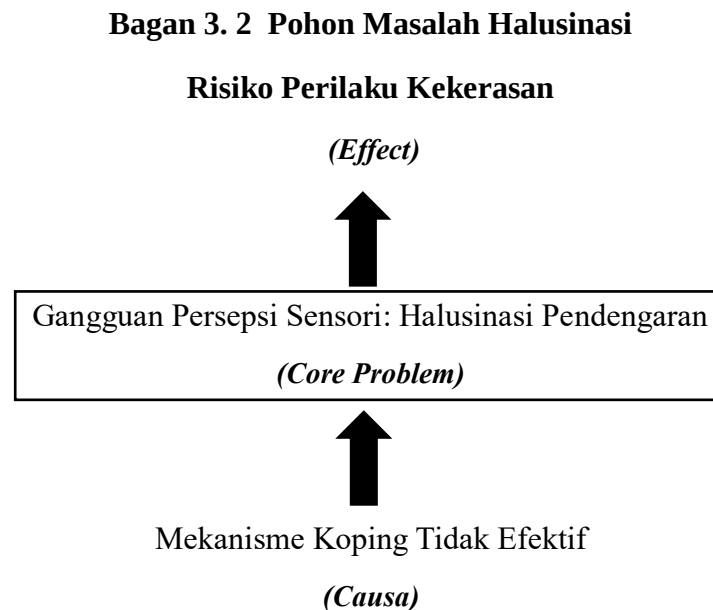
2. Analisa Data

Tabel 3. 2 Analisa Data

No	Data	Masalah
1.	DS: 1. Klien mengatakan ada suara yang selalu menyangkal kematian kedua orang tua klien ketika klien melakukan kegiatan aktivitas	Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran

	sehari – hari 2. Bisikan itu muncul berisi, “Mamah masih ada, Bapak masih ada” Sehingga mengganggu klien. 3. Bisikan itu kadang muncul ketika malam hari pada saat sebelum tidur jam 21.30 WIB dan ketika klien sendiri namun kebanyakan tidak tentu waktunya. 4. Klien mengatakan pada saat bisikan itu muncul terkadang tubuh klien tidak bisa terkontrol sehingga klien terganggu dan ada kalanya dibiarkan saja. DO: 1. Tampak melamun. 2. Tampak menyendiri.	
2.	DS: 1. Klien mengatakan perasaannya kesal/jengkel. 2. 3 hari sebelumnya klien mengamuk pada malam hari kemudian membalikkan kasur milik teman di sebelahnya dan mengatakan bahwa suasana hatinya sedang kurang baik karena merasa terganggu dengan bisikan yang menyangkal kematian orang tuanya itu. 3. Klien mengatakan pada saat bisikan itu muncul terkadang tubuh klien tidak bisa terkontrol sehingga klien mengamuk dan ada kalanya di biarkan saja. DO: 1. Tampak Gelisah. 2. Mata memerah. 3. Sorot mata tampak tajam.	Risiko Perilaku Kekerasan

3. Pohon Masalah



4. Diagnosa Keperawatan

- a. Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran ditandai dengan:

DS:

- 1) Klien mengatakan ada suara yang selalu menyangkal kematian kedua orang tua klien ketika klien melakukan kegiatan aktivitas sehari – hari.
- 2) Bisikan itu muncul berisi,”Mamah masih ada, Bapak masih ada” sehingga mengganggu klien.
- 3) Bisikan itu kadang muncul ketika malam hari pada saat sebelum tidur jam 21.30 WIB dan ketika klien sendiri namun kebanyakan tidak tentu waktunya.
- 4) Klien mengatakan pada saat bisikan itu muncul terkadang tubuh klien tidak bisa terkontrol sehingga klien terganggu dan ada kalanya di biarkan saja.

DO:

- 1) Tampak melamun.
 - 2) Tampak menyendiri.
- b. Risiko Perilaku Kekerasan (diri sendiri, orang lain, lingkungan dan verbal)
ditandai dengan:

DS:

- 1) Klien mengatakan perasaannya kesal/jengkel.
- 2) 3 hari sebelumnya klien mengamuk pada malam hari kemudian membalikkan kasur milik teman di sebelahnya dan mengatakan bahwa suasana hatinya sedang kurang baik karena merasa terganggu dengan bisikan yang menyangkal kematian orang tuanya itu.
- 3) Klien mengatakan pada saat bisikan itu muncul terkadang tubuh klien tidak bisa terkontrol sehingga klien mengamuk dan ada kalanya di biarkan saja.

DO:

- 1) Tampak Gelisah.
- 2) Mata memerah.
- 3) Sorot mata tampak tajam.

5. Intervensi Keperawatan

Tabel 3. 3 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1.	Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran	1) Klien dapat mengontrol halusinasi dengan cara menghardik 2) Klien dapat mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap 3) Klien dapat mengontrol halusinasi dengan memasukkan jadwal kegiatan harian sehari-hari 4) Klien dapat mengontrol halusinasinya	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan halusinasi berkurang dengan kriteria hasil: 1) Klien mampu melakukan cara menghardik halusinasi 2) Klien mampu mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap 3) Klien mampu memasukkan kegiatan harian yang sudah dilakukan 4) Klien mampu melaksanakan	SP I 1) Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik 2) Identifikasi jenis, isi, waktu, frekuensi dan situasi halusinasi klien 3) Anjurkan kepada klien cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik 4) Anjurkan klien memasukkan cara menghardik ke dalam jadwal kegiatan harian SP II 1) Evaluasi jadwal kegiatan harian klien	SP 1 Menerapkan teknik mendengarkan aktif dan empati untuk menciptakan suasana aman, sehingga pasien merasa dihargai dan berani mengungkapkan pengalaman halusinasinya meliputi jenis, isi, waktu, frekuensi dan situasi halusinasi, teknik menghardik berguna untuk memberi rasa kontrol diri dan mengurangi intensitas serta frekuensi gejala halusinasi, penerapan jadwal harian agar menjadi kebiasaan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
		dengan meminum obat secara teratur	Memakan obat secara teratur	2) Latih klien mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap – cakap dengan orang lain 3) Anjurkan klien memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian SP II 1) Evaluasi jadwal kegiatan harian klien 2) Latih klien mengendalikan halusinasi dengan cara melakukan kegiatan 3) Anjurkan klien memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian SP III 1) Evaluasi jadwal	koping otomatis dan membantu mengurangi kebingungan dan kecemasan. SP II Tinjau jadwal harian pasien untuk menilai efektivitas kegiatan dalam mereduksi halusinasi dan menyesuaikan aktivitas berdasarkan respons pasien, sehingga kegiatan mendukung proses pemulihan, memfasilitasi interaksi sosial bermakna (sharing pengalaman, diskusi ringan) untuk mengalihkan fokus dari halusinasi, memperkuat realitas objektif, dan memperluas dukungan sosial pasien,serta menjadi kebiasaan yang

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
				kegiatan harian klien 2) Berikan penkes tentang cara penggunaan obat secara teratur 3) Anjurkan klien memasukan kedalam jadwal kegiatan harian klien	mengurangi isolasi dan meningkatkan kesejahteraan emosional. SP III Dengan mengevaluasi rutinitas harian, perawat dapat mengidentifikasi kapan klien paling rentan mengalami halusinasi atau gejala psikosis lainnya, berkegiatan berfungsi sebagai distraksi positif dan memperkuat kontrol diri karena aktivitas ini merangsang produksi endorfin, menurunkan kecemasan, serta mengalihkan fokus dari suara atau bayangan halusinasi ke pengalaman sensorik nyata serta memudahkan klien membentuk

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
					kebiasaan koping otomatis karena struktur harian yang jelas mengurangi kebingungan, menurunkan tingkat stres, dan meningkatkan <i>sense of mastery</i> sehingga kemampuan klien dalam menghadapi halusinasi semakin terlatih. SP IV <i>Review</i> jadwal harian pasien untuk memastikan waktu minum obat tercatat jelas dan mengidentifikasi hambatan seperti lupa atau efek samping, sehingga solusi dapat segera diterapkan, edukasi sederhana bermanfaat untuk

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
					meningkatkan pemahaman dan motivasi pasien dalam mengenal obat, dan mengintegrasikan waktu minum obat ke dalam rutinitas harian (misalnya setelah makan) dan dukung dengan <i>reminder</i> digital atau “buddy sistem” keluarga agar konsistensi dan efektivitas terapi terjaga.
2.	Risiko Perilaku Kekerasan (diri sendiri, orang lain, lingkungan dan verbal)	1) Klien mampu mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik I: Tarik nafas dalam 2) Klien mampu mengontrol perilaku kekerasan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan perilaku kekerasan menurun dengan kriteria hasil: 1) Klien mampu mempraktika latihan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara tarik	SP I 1) Identifikasi penyebab perilaku kekerasan 2) Identifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan 3) Identifikasi perilaku kekerasan yang dilakukan 4) Identifikasi akibat dari perilaku	SPI Pemahaman ini (faktor pemicu seperti stres akut, frustrasi, efek obat, atau gangguan neurokimia memungkinkan perawat merancang intervensi tepat seperti terapi kognitif atau modifikasi obat (Kurniawan <i>et al.</i> ,

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
		dengan cara fisik II: pukul bantal dan kasur 3) Klien mampu mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal/sosial 4) Klien mampu mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual 5) Klien mampu mengontrol perilaku kekerasan dengan minum obat	2) Klien mampu mempraktikan latihan cara II dengan pukul bantal dan kasur 3) Klien dapat mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal/sosial 4) Klien dapat mengontrol perilaku kekerasan denganspiritual dengan mendekatkan diri kepada Allah Swt 5) Klien mengetahui manfaat minum obat secara teratur	kekerasan 5) Bantu klien mempraktikan latihan cara mengontrol perilaku kekerasan secara fisik (latihan nafas dalam) 6) Anjurkan klien memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian klien SP II 1) Evaluasi jadwal kegiatan harian klien 2) Latih klien cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik II: pukul kasur dan bantal 3) Anjurkan klien memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian SP III	2024). Tanda-tanda dari rpk harus segera dikenali untuk mencegah kekerasan (Setiawan <i>et al.</i>, 2015). Pencatatan jenis dan pola kekerasan membantu perawat mendesain intervensi spesifik. memantau durasi, dan menentukan risiko kekambuhan. (Anisa <i>et al.</i>, 2021). Diskusi tentang konsekuensi perilaku kekerasan dapat meningkatkan kesadaran pasien terhadap dampak negatif dari perilaku tersebut secara sosial dan emosional. (JENDELA Nursing Journal, 2023). Latihan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
				1) Evaluasi jadwal kegiatan harian klien 2) Latih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal/sosial 3) Anjurkan klien memasukan kedalam kegiatan harian SP IV 1) Evaluasi jadwal kegiatan harian klien 2) Latih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual 3) Anjurkan klien ke dalam jadwal kegiatan harian klien SP V 1) Evaluasi jadwal kegiatan harian klien 2) Latih klien mengontrol perilaku kekerasan	napas dalam secara teratur menurunkan respons stres, meningkatkan ketenangan, dan membantu pengendalian diri pasien. (Kurniawan <i>et al.</i>, 2024). Menjadwalkan latihan napas dalam setiap hari memberikan efek terapeutik jangka panjang dan memperkuat adaptasi pasien terhadap stres. (Anisa <i>et al.</i>, 2021). SP II Evaluasi terhadap efektivitas aktivitas fisik bertujuan untuk memastikan bahwa aktivitas tersebut membantu pasien

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
				dengan meminumkan obat secara 3) Anjurkan klien memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian	menyalurkan energi berlebih secara positif (RSJ Jawa Timur, 2023). Latihan teknik saluran fisik seperti memukul bantal atau kasur membantu menyalurkan dorongan kekerasan tanpa menyakiti diri sendiri atau orang lain (Studi kasus Talagasari, 2023). Saluran fisik yang dijadwalkan secara rutin dapat membentuk pola kontrol diri dan memperkuat kemampuan regulasi emosi (Fajariyah & Tresna, 2023). SP III Evaluasi kesiapan berpindah dari

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
					intervensi fisik ke verbal membantu menentukan sejauh mana pasien telah mengembangkan kemampuan pengendalian impuls. Latihan teknik komunikasi verbal dan sosial seperti asertif training dapat meningkatkan kemampuan pasien dalam menyampaikan perasaan tanpa kekerasan. Sesi komunikasi yang dijadwalkan secara berkala memberikan pasien kesempatan untuk mempraktikkan keterampilan interpersonal secara konsisten.

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
					SP IV Evaluasi terhadap kesiapan spiritual pasien memungkinkan intervensi berbasis nilai dan keyakinan pasien yang meningkatkan kenyamanan emosional. Aktivitas spiritual seperti dzikir atau wudhu dapat menurunkan ketegangan dan meningkatkan regulasi emosi melalui pendekatan religius yang menenangkan. Rutinitas aktivitas spiritual membantu menciptakan struktur harian yang menenangkan dan memperkuat kontrol diri pasien.

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
					SP V Integrasi waktu minum obat ke dalam rutinitas pasien membantu meningkatkan kepatuhan dan mencegah kambuhnya gejala. Kepatuhan terhadap obat psikiatri penting dalam menyeimbangkan neurotransmitter yang berperan dalam pengendalian impuls dan emosi. Penggunaan pengingat atau keterlibatan keluarga dalam pengaturan waktu minum obat memperkuat konsistensi pasien dalam mengikuti terapi farmakologis.

6. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Tabel 3. 4 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

No	Diagnosis Kep	Hari/Tanggal Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1.	Gangguan persepsi sensori: Halusinasi Pendengaran	24 April 2025 Jam 11.00 WIB s.d 11.20 WIB	- Membina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip terapeutik R: Wajah klien tersenyum, mau berkenalan, ada kontak mata, mau berjabat tangan, mau menjawab salam, mau duduk berdampingan dengan perawat, dan bersedia mengungkapkan masalah yang dihadapi - Mengidentifikasi jenis, isi, frekuensi dan situasi halusinasi yang dialami R: Klien mengatakan mendengar suara yang selalu menyangkal klien ketika melakukan kegiatan sehari-hari, suara itu mengatakan mamah masih ada, Bapak masih ada sehingga mengganggu klien. - Mengajarkan klien cara mengontrol halusinasi dengan mengahardik R : Klien mampu menutup kedua	24 April 2025 Jam 11.23 WIB S: - Klien mengatakan ada suara yang selalu menyangkal klien ketika klien melakukan kegiatan sehari – hari. - Klien mengatakan bisikan itu muncul berisi,”Mamah masih ada, Bapak masih ada” sehingga mengganggu klien. - Klien mengatakan bisikan itu kadang muncul ketika malam hari pada saat sebelum tidur jam 21.30 WIB dan ketika klien sendiri namun kebanyakan tidak tentu waktunya. - Klien mengatakan pada saat bisikan itu muncul terkadang tubuh klien tidak bisa terkontrol sehingga klien terganggu dan ada kalanya di biarkan saja. O: - Klien mampu menyebutkan apa yang dialaminya	milani

			telinga dan mengucapkan, kamu suara palsu saya tidak percaya seraya menutup mata. Klien tampak melakukannya berulang kali. - Mengajarkan klien memasukan cara menghardik ke dalam jadwal kegiatan harian klien. R: Klien memasukan teknik menghardik ke dalam jadwal harian	- Kontak mata ada - Kooperatif - Klien dapat melakukan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik A: Gangguan persepsi sensori: Halusinasi pendengaran P: Evaluasi SP I lanjut SP II dengan cara bercakap – cakap dengan orang disekitarnya.	
2.	Risiko perilaku kekerasan	24 April 2025 Jam 11.25 WIB s.d 11.30 WIB	- Mengidentifikasi tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan R: Klien mengatakan ada suara yang menyangkal kematian kedua orang tua klien sehingga membuatnya marah dan kadang tidak terkontrol. - Melatih fisik I: Tarik nafas dalam R: Klien mampu melakukan tarik nafas dalam dengan baik - Memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian R: Klien memasukan teknik tarik nafas dalam ke dalam jadwal harian	24 April 2025 Jam 11.33 WIB S: - Klien mengatakan ada suara yang menyangkal kematian kedua orang tua klien sehingga membuatnya marah dan kadang tidak terkontrol - Klien mengatakan mau latihan kalau marah mau melakukan tarik nafas dalam O: - Klien mampu melakukan latihan tarik nafas dalam - Kontak mata ada - Sorot mata sedikit tajam - Mata memerah A:	milani

				Risiko Perilaku Kekerasan P: Evaluasi SP I lanjut SP II dengan melatih cara fisik II: pukul bantal dan kasur	
--	--	--	--	--	--

7. Catatan Perkembangan

Tabel 3. 5 Catatan Perkembangan

Hari dan tanggal	No Diagnosa	Catatan Perkembangan	Paraf
25 April 2025 Jam 13.30 WIB	1	S: 1. Klien mengatakan masih ingat dengan SP I dan SP II, yaitu dengan cara menghardik dan bercakap – cakap. 2. Klien mengatakan kondisi perasaanya saat ini merasa bahagia 3. Klien mengatakan lebih tenang tidak gelisah saat bercakap – cakap dengan orang lian. 4. klien mengatakan tadi pagi klien mengobrol dengan pasien lain 5. Klien mengatakan mengikuti permainan tebak gaya O: 1. Klien mampu menyebutkan kegiatan harinya 2. Klien kooperatif 3. Klien dapat melakukan cara mengontrol halusinasi dengan mengahardik (menutup kedua	Milani

Hari dan tanggal	No Diagnosa	Catatan Perkembangan	Paraf
		telinga dan matanya seraya berkata, “kamu suara palsu saya tidak percaya”) dan bercakap cakap dengan temannya 4. Kontak mata ada A: Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran P: 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien 2. Melatih klien mengontrol halusinasi dengan cara melakukan kegiatan 3. Menganjurkan klien memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian 4. Melakukan terapi musik dan game I: 1. Evaluasi SP II lanjut SP III 2. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien 3. Melatih klien mengontrol halusinasi dengan cara melakukan kegiatan 4. Menganjurkan klien memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian E: SP I dan SP II teratasi R: 1. Lanjut SP III Melatih klien mengontrol halusinasi dengan cara melakukan kegiatan.	

Hari dan tanggal	No Diagnosa	Catatan Perkembangan	Paraf
25 April 2025 Jam 13.40 WIB	2	S: 1. Klien mengatakan tahu cara mengontrol marah dengan memukul kasur / bantal 2. Klien mengatakan masih ingat dengan SP I dan SP II yaitu dengan tarik nafas dalam, memukul bantal/kasur. 3. Klien mengikuti permainan game patung pancoran O: 1. Klien mampu melakukan SP I dan SP II yaitu tarik nafas dalam dan memukul kasur /bantal dengan mengepalkan tangan dan memukul bantalnya 2. Klien tampak kooperatif saat melakukannya 3. Sorot mata tajam berkurang 4. Mata tidak tampak memerah A: Risiko Perilaku Kekerasan P: 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien 2. Melatih klien mengontrol perilaku marah dengan cara verbal dan spiritual 3. Menganjurkan klien memasukan kedalam jadwal kegiatan harian I: 1. Evaluasi SP I dan SP II	Milani

Hari dan tanggal	No Diagnosa	Catatan Perkembangan	Paraf
		2. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien 3. Melatih klien mengontrol perilaku marah dengan cara verbal dan spiritual 4. Mengajarkan klien memasukan kedalam jadwal kegiatan harian 5. Melaksanakan terapi musik dan game E: SP I dan SP II teratasi R: 1. Lanjut SP III dan IV melatih klien mengontrol Risiko Perilaku Kekerasan dengan cara verbal dan spiritual	
26 April 2025 Jam 10.00 WIB	1	S: 1. Klien mengatakan kegiatannya dari pagi yaitu solat subuh, mandi, sarapan pagi, makan obat, senam, nonton tv dan main game 2. Klien mengatakan bisikan suara itu sudah jarang muncul 3. Klien mengatakan bahwa bisikan itu bohong dan hanya halusinasi saja 4. Klien mengatakan bisa mengontrol halusinasinya dengan menyusun jadwal kegiatan hariannya O: 1. Klien tampak mampu menyebutkan kegiatan hariannya dari pagi sampai malam 2. Klien kooperatif	Milani

Hari dan tanggal	No Diagnosa	Catatan Perkembangan	Paraf
		3. Ada kontak mata A: Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran P: 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien 2. Memberikan pendidikan tentang penggunaan obat secara teratur 3. Menganjurkan klien memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian I: 1. Evaluasi SP I, SP II dan SP III 2. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien 3. Memberikan pendidikan tentang penggunaan obat secara teratur 4. Menganjurkan klien memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian 5. Melakukan terapi musik dan game E: SP I, SP II dan SP III teratasi R: 1. Lanjut SP IV dengan menjelaskan tentang cara penggunaan obat secara teratur	
26 April 2025 Jam 10.20	2	S: 1. Klien mengatakan kegiatannya dari pagi yaitu solat subuh, mandi, sarapan pagi, makan obat,	Milani

Hari dan tanggal	No Diagnosa	Catatan Perkembangan	Paraf
WIB		senam, nonton tv dan main game 2. Klien mengatakan kalau ingin marah klien selalu membaca istigfar dan sabar 3. Klien mengatakan mampu meminta dan menolak sesuatu dengan baik 4. Klien mengatakan selalu menjalankan solat yang 5 waktu O: 1. Klien tampak mampu menerapkan kegiatan spiritual untuk mengendalikan marahnya 2. Klien tampak mampu mengatakan perasaan marahnya dengan baik 3. Kontak mata baik 4. Klien kooperatif A: Risiko Perilaku Kekerasan P: 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien 2. Melatih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan minum obat 3. Menganjurkan klien memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian I: 1. Evaluasi SP I, SP II, SP III dan SP IV 2. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien	

Hari dan tanggal	No Diagnosa	Catatan Perkembangan	Paraf
		3. Melatih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan minum obat 4. Mengajarkan klien memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian E: SP III dan SP IV teratasi R: 1. Lanjut SP V dengan mengontrol perilaku kekerasan dengan minum obat	
28 April 2025 Jam 11.00 WIB	1	S: 1. Klien mengatakan minum obat 3x sehari yaitu pagi, siang dan malam 2. Klien mengatakan tahu keuntungan dan kerugian minum obat 3. Klien mengatakan mengetahui obat-obat yang diminumnya. Nama obatnya Haloperidol, Heximer, Stelosi, Nuzip dan Merlopam. 4. Klien mengatakan obat Haloperidol, Heximer dan stelosi diminumnya 3x (pagi-siang-malam) kalau nuzip dan merlopam 1x pada sore hari saja 5. Klien mengatakan mengetahui SP I, SP II, SP III dan SP IV untuk mengontrol halusinasi 6. Klien mengatakan mengikuti terapi aktivitas kelompok stimulasi persepsi O: 1. Kontak mata ada 2. Klien mampu menunjukan dan menyebutkan jenis obat 3. Klien tampak meminum obatnya dengan air dan menelannya setelah obat diberikan	Milani

Hari dan tanggal	No Diagnosa	Catatan Perkembangan	Paraf
		4. Klien kooperatif 5. Klien minum obat secara teratur 6. Tampak klien mampu mengikuti terapi aktivitas kelompok stimulasi persepsi dengan bermain balon dan bernyanyi jugamenerapkan teknik menghardik A: Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi pendengaran SP I sampai SP IV teratasi P: Pertahankan Intervensi	
28 April 2025 Jam 11.20 WIB	2	S: 1. Klien mengatakan bisikan yang menyangkal kematian orang tuanya sudah jarang muncul 2. Klien mengatakan merasa tenang 3. Klien mengatakan minum obat 3x sehari yaitu pagi, siang dan malam 4. Klien mengatakan tahu keuntungan dan kerugian minum obat 5. Klien mengatakan mengetahui obat obat yang diminumnya. Nama obatnya Haloperidol, Heximer, Stelosi, Nuzip dan Merlopam 6. Klien mengatakan obat Haloperidol, Heximer dan stelosi diminumnya 3x (pagi-siang-malam) kalau Nuzip dan Merlopam 1x pada sore hari saja 7. Klien mangatakan mengetahui SP I, SP II, SP III, SP IV dan SP V untuk mengontrol Risiko Perilaku Kekerasannya. O:	Milani

Hari dan tanggal	No Diagnosa	Catatan Perkembangan	Paraf
		1. Kontak mata ada 2. Klien tampak meminum obatnya dengan air dan menelannya setelah obat diberikan 3. Klien kooperatif 4. Klien minum obat secara teratur A: Risiko Perilaku Kekerasan P: Pertahankan Intervensi	

B. Pembahasan

Setelah melaksanakan asuhan keperawatan jiwa pada Tn. F (61 tahun) yang mengalami Gangguan Persepsi Sensori berupa Halusinasi Pendengaran Akibat Gangguan Afektif Bipolar di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang Garut pada tanggal 24–28 April 2025, pada BAB ini akan mengkaji kesenjangan antara landasan teoritis dan temuan praktis kasus tersebut. Pembahasan disusun berdasarkan lima tahapan proses keperawatan, yaitu pengkajian, penegakan diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi asuhan keperawatan sehingga setiap tahap dijelaskan secara mendetail untuk menyoroti aspek kelebihan, kendala, dan rekomendasi perbaikan. Dengan demikian, diharapkan analisis ini memberikan gambaran komprehensif mengenai implementasi teori keperawatan jiwa dalam praktik klinis pada kasus Tn. F.

1. Tahap Pengkajian

Pada awal pengkajian tanggal 23 April 2025 penulis melakukan komunikasi terapeutik (bina hubungan saling percaya dengan pasien) dan melakukan pengkajian menggunakan format asuhan keperawatan jiwa dengan cara wawancara, observasi, dan pemeriksaan status mental. Dari hasil pengkajian didapatkan data bahwa klien mendengar suara-suara yang menyangkal kematian kedua orang tuanya pada saat klien sendiri dan saat sebelum tidur. Hal ini sesuai dengan pernyataan yang disampaikan oleh Prasetyo (2023) bahwa terjadi perubahan fisiologis otak pada individu gangguan bipolar karena adanya peningkatan volume amigdala dan

penurunan volume korteks prefrontal yang mengakibatkan ketidakseimbangan neurotransmitter khususnya peningkatan dopamin yang memicu hiperstimulasi mesolimbik dan penurunan serotonin yang melemahkan kontrol kognitif pada bagian korteks prefrontal sehingga area temporal menjadi rentan terjadi kesalahan dalam mempersepsikan suara. Pada pengkajian klien dengan halusinasi biasanya klien mengeluh mendengar suara-suara. Penulis melihat bahwa kondisi ini menunjukkan pentingnya pengkajian waktu, situasi dan penyebab munculnya halusinasi karena menjadi dasar penentuan strategi pengalihan dan waktu terbaik pemberian intervensi keperawatan.

Selain itu klien mengatakan 3 hari yang lalu dirinya mengamuk pada saat malam hari dan mengatakan bahwa suasana hatinya sedang kurang baik dikarenakan ada bisikan. Hal ini bisa terjadi pada individu dengan gangguan bipolar pada fase depresif dimana amigdala mengaktifkan hipotalamus (pusat kendali otak) mempersepsikan hal negative dan mengeluarkan CRH (*cortisol-releasing hormon*) kemudian merangsang kelenjar pituitari untuk mengeluarkan ATCH (*adrenocorticotrophic hormone*) akibatnya memicu kelenjar adrenal melepaskan kortisol dan adrenalin yang berdampak pada peningkatan detak jantung, tekanan darah, dan respon fisik seperti mengamuk/kabur (Prasetyo,2023). Penulis meyakini bahwa perilaku mengamuk yang ditunjukkan Tn. F tiga hari sebelum pengkajian bukan hanya merupakan ekspresi emosi semata, melainkan gabungan dari disfungsi afektif dan

persepsi yang terjadi secara serentak. Dalam kasus ini, keberadaan bisikan (halusinasi pendengaran) yang muncul di saat suasana hati menurun memperkuat pemahaman bahwa fase depresif pada gangguan bipolar tidak jarang disertai gejala psikotik seperti halusinasi. Kombinasi keduanya dapat menciptakan tekanan psikologis dan fisiologis yang sangat berat bagi pasien, sehingga menimbulkan ledakan emosi seperti mengamuk.

Data pada faktor predisposisi menunjukkan bahwa Tn. F mengalami trauma berkepanjangan akibat kehilangan berturut-turut orang tua, saudara kandung, dan istri. Kejadian kehilangan yang bersifat *life event* ini termasuk ke dalam stresor berat yang menjadi faktor risiko gangguan bipolar. Menurut penelitian yang dilakukan Wenny (2023) stress yang berkepanjangan dapat merangsang tubuh untuk memproduksi zat-zat neurokimia halusinogenik seperti befafenone dan dimethyltransferase (DPM) yang berada di dalam sistem saraf pusat memicu persepsi sensorik keliru, termasuk halusinasi pendengaran. Dalam konteks ini, penulis melihat bahwa trauma kehilangan sebagai pengalaman “*life event*” memiliki dampak besar terhadap kondisi psikologis Tn. F dan pengkajian menyeluruh terhadap pengalaman traumatik perlu dijadikan prioritas dalam proses keperawatan jiwa untuk mengetahui faktor presipitasi terjadinya masalah keperawatan.

Di sisi lain, faktor predisposisi lainnya meliputi perkembangan emosional, lingkungan sosiokultural, faktor psikologis, kerentanan genetik, maupun pola asuh tidak ditemukan gangguan signifikan pada

Tn. F karena sejak masa kanak-kanak Tn.F tumbuh dengan dukungan keluarga yang memadai. Hal ini tidak selaras dengan faktor predisposisi halusinasi yang dikemukakan oleh Wenny (2023) yang menyatakan bahwa faktor perkembangan, sosiokultural dan pola asuh berperan penting dalam meningkatkan risiko terjadinya gangguan persepsi sensori (halusinasi). Penulis berpendapat bahwa tidak ditemukannya gangguan signifikan dalam aspek perkembangan emosional, lingkungan sosiokultural, maupun pola asuh pada Tn. F justru menunjukkan bahwa faktor-faktor tersebut tidak selalu menjadi determinan utama dalam munculnya gangguan persepsi sensori seperti halusinasi. Meskipun teori Wenny (2023) menyatakan bahwa ketiga aspek tersebut sangat memengaruhi risiko halusinasi, namun dalam kasus Tn. F, halusinasi pendengaran tetap muncul meskipun ia dibesarkan dalam lingkungan keluarga yang suportif, penuh penerimaan, dan memiliki perkembangan emosional yang sehat.

Hal ini memperkuat pandangan bahwa faktor pencetus utama dari gangguan persepsi sensori bisa lebih dominan berasal dari pengalaman traumatik berat di usia dewasa seperti yang dialami oleh Tn.F yaitu dikarenakan kehilangan kedua orang tua, saudara dan istrinya. Oleh karena itu, pendekatan keperawatan jiwa harus bersifat menyeluruh dan kontekstual, dengan tidak serta merta menggeneralisasi penyebab halusinasi pada semua klien berdasarkan latar belakang perkembangan masa kecil, melainkan mempertimbangkan kondisi stresor aktual dan kerentanan biologis yang mungkin baru berkembang di usia dewasa.

Pada faktor presipitasi, Tn. F dibawa kembali ke klinik tiga bulan lalu setelah berhenti mengonsumsi obat psikotropika yang selama ini dikonsumsi. Penghentian obat secara mendadak ini dikenal sebagai putus obat atau *withdrawal* yang dapat mengganggu adaptasi homeostasis neurotransmitter di otak dan memicu kekambuhan gejala psikotik, termasuk halusinasi pendengaran. Studi Badan Kebijakan Kesehatan Kemenkes RI (2018) mencatat bahwa putus obat merupakan alasan 21,5 % kasus hospitalisasi ulang pada pasien gangguan psikotik, di mana 17,5 % di antaranya mengalami halusinasi kembali setelah abstinen kurang dari satu tahun. Secara teoretis, Wenny (2023) menjelaskan bahwa zat adiktif pada psikotropika memodulasi reseptor dopamin dan serotonin, sehingga penghentian mendadak menyebabkan disrupsi sinaptik yang memunculkan kembali persepsi sensorik yang keliru. Penulis menilai bahwa edukasi keluarga dan pasien terkait pentingnya kepatuhan pengobatan adalah prioritas utama dalam mencegah *relaps* dan harus menjadi program tetap dalam perencanaan perawatan.

Pada pemeriksaan fisik, Tn. F menunjukkan tremor hebat pada kedua tangan dan menjadi manifestasi khas sindrom ekstrapiramidal akibat antagonisme reseptor D₂ oleh antipsikotik tipikal. Hal ini sejalan dengan hasil studi Asfianti *et al.*, (2022) di Rumah Sakit Jiwa Aceh, yang melaporkan kejadian sindrom ekstrapiramidal sebesar 28,3 % pada 399 pasien yang dirawat dan menerima terapi antipsikotik tipikal pada tahun 2020 dengan kombinasi haloperidol-klorpromazin-trifluoperazin sebagai

regimen yang paling sering dikaitkan. Selain itu, menurut Ramsi & Zulaikha, (2022) penggunaan antipsikotik tipikal meningkatkan risiko munculnya EPS hingga lima kali lipat dibandingkan antipsikotik atipikal, di mana gejala seperti parkinsonisme (tremor, rigiditas) dapat berkembang dalam 4 minggu pertama terapi atau setelah kenaikan dosis. Menurut pandangan penulis penting bagi seorang perawat untuk secara aktif memonitor efek samping pemberian terapi farmakologis karena dapat memengaruhi kenyamanan, kepatuhan dan kepercayaan pasien terhadap pengobatan. Pendampingan dan edukasi tentang efek samping terapi harus diberikan kepada pasien secara berkelanjutan.

Pada pengkajian psikososial poin gambaran diri Tn. F mengatakan menyukai semua bagian tubuhnya terutama hati karena bisa merasakan. Identitas diri klien adalah anak ke 2 dari 5 bersaudara, peran diri klien mengatakan tugasnya di keluarga adalah sebagai seorang kepala keluarga, ayah dari anaknya sekaligus kakek dari cucunya. Klien juga mengatakan tidak ada anggota keluarganya yang mengalami gangguan jiwa. Hal ini menunjukkan kesenjangan antara penyebab bipolar pada Tn. F dengan teori faktor genetik yang dikemukakan oleh Wenny (2023) bahwa faktor genetik diyakini berperan penting dalam meningkatkan risiko gangguan persepsi sensori. Penulis berpandangan bahwa kasus Tn. F menunjukkan adanya kompleksitas dalam etiologi gangguan bipolar yang tidak sepenuhnya dapat dijelaskan hanya melalui faktor genetik. Meskipun teori Wenny (2023) menyebutkan bahwa faktor keturunan berperan penting dalam

meningkatkan risiko gangguan persepsi sensori, namun dalam praktik klinis, tidak semua individu dengan gangguan bipolar memiliki riwayat keluarga dengan gangguan jiwa.

Pada pengkajian status mental poin persepsi klien mengatakan mendengar suara bisikan “*Mamah masih ada, Bapak masih ada*”. Pada alam perasaan klien merasa kesal dan gelisah ketika suara bisikan itu ada. Selama interaksi wawancara sorot mata sedikit tajam, dan mata memerah. Hal ini sejalan dengan komplikasi halusinasi yang dikemukakan oleh Wulandari *et. al.*, (2023) yaitu risiko perilaku kekerasan, harga diri rendah, dan isolasi sosial. Penulis melihat bahwa penguatan kontrol stimulus dan strategi distraksi halusinasi menjadi sangat penting untuk mengurangi dampak emosional dan mencegah terjadinya komplikasi yang lebih berat.

2. Tahap Diagnosa

Diagnosa Keperawatan yang penulis temukan pada saat pengkajian pada Tn.F ditemukan ada 2 diagnosa yang sesuai dengan teori, yaitu: Gangguan Persepsi sensori: Halusinasi pendengaran dan Risiko Perilaku Kekerasan. Diagnosa ini muncul karena ada data yang didapatkan dari klien mengarah pada diagnosa Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran berupa data subjektif, Klien mengatakan ada suara yang selalu menyangkal kematian kedua orang tua klien ketika melakukan kegiatan sehari-hari sehingga mengganggu klien. Bisikan itu kadang muncul saat ingin tidur dan ketika sedang sendiri namun kebanyakan tidak

menentu. Adapun data objektif yang ditemukan penulis yaitu klien tampak suka menyendiri dan melamun.

Sedangkan data subjektif yang menunjukkan Risiko Perilaku Kekerasan pada Tn. F adalah klien mengatakan ada suara yang menyangkal kematian kedua orang tuanya sehingga mengganggu klien, membuat perasaannya jengkel/ kesal dan pada saat tubuh klien tidak terkontrol ada kalanya klien mengamuk, 3 hari sebelumnya klien mengamuk karena tiba-tiba suasana hatinya sedang kurang baik dan data objektifnya klien tampak gelisah, sorot mata sedikit tajam, dan mata memerah.

Namun terdapat kesenjangan antara kasus dengan teori yang diungkapkan Azizah M Lilik (2016) dimana tidak semua diagnosa dalam teori muncul pada kasus Tn. F. Alasan mengapa tidak ditegakkan diagnosa isolasi sosial adalah karena tidak ditemukan indikator klinis yang menunjukkan penarikan diri dari interaksi sosial, perasaan kesepian, atau ketidakmampuan untuk membina hubungan interpersonal. Berdasarkan hasil pengkajian psikososial, Tn. F menunjukkan keterlibatan aktif dalam peran sosialnya sebagai kepala keluarga, ayah, dan kakek. Ia juga menunjukkan komunikasi verbal yang cukup baik selama wawancara, menjawab pertanyaan secara kooperatif, serta tidak menampakkan adanya keinginan untuk menyendiri atau menolak interaksi. Kondisi ini menunjukkan bahwa Tn. F. masih memiliki fungsi sosial yang adaptif,

meskipun sedang menjalani perawatan untuk gangguan bipolar dengan komplikasi halusinasi pendengaran.

Hasil ini diperkuat oleh penelitian oleh Pike *et al.*, (2024) melaporkan bahwa meskipun individu dengan bipolar melaporkan tingkat kesepian yang lebih tinggi dibanding populasi sehat, mereka yang memiliki dukungan sosial yang kuat tetap menunjukkan konektivitas sosial yang baik dan risiko isolasi lebih rendah. Lebih lanjut Zhang *et al.*, (2025) mencatat bahwa pasien bipolar, meskipun kadang mengalami kesepian, umumnya berada dalam rentang tingkat sosial yang lebih tinggi dibanding pasien dengan gangguan skizofrenia dan sebanding dengan kelompok kontrol sosial yang terkoneksi.

Berdasarkan data objektif selama proses pengkajian dan didukung oleh bukti empiris, penulis menilai bahwa diagnosis Isolasi Sosial tidak dapat ditegakkan pada kasus Tn. F. Meskipun klien mengalami halusinasi, ia tetap menunjukkan keterlibatan sosial yang baik, tidak menunjukkan perilaku menarik diri, serta mampu menjalin hubungan interpersonal secara wajar. Oleh karena itu, prioritas intervensi keperawatan difokuskan pada masalah primer yang lebih menonjol, yaitu gangguan persepsi sensori dan risiko perilaku kekerasan.

3. Tahap Intervensi

Menurut Keliat *et.,al* (2022) pada tahap ini penulis menyusun rencana berdasarkan data yang didapatkan dari kasus Tn.F dengan

pemberian tinjauan teoretis yaitu melakukan SP atau strategi pelaksanaan: Terdapat 4 SP pada diagnosa Gangguan Persepsi sensori: Halusinasi Pendengaran meliputi: bina hubungan saling percaya, identifikasi halusinasi (jenis, penyebab, waktu, frekuensi, perasaan pada saat halusinasi), melatih pasien mengontrol halusinasinya: menghardik halusinasi melatih pasien mengontrol halusinasinya: bercakap-cakap dengan orang lain, melatih pasien mengontrol halusinasinya: melakukan aktifitas yang terjadwal, melatih pasien mengontrol halusinasinya: menggunakan obat secara teratur (jelaskan fungsi obat, jelaskan akibat putus obat, jelaskan cara mendapatkan obat, jelaskan cara menggunakan obat dengan 8 benar). Sedangkan pada diagnosa Risiko Perilaku Kekerasan terdapat 5 SP yang meliputi: bina hubungan saling percaya, latihan fisik: tarik nafas dalam, pukul bantal atau guling, mengungkapkan marah dengan verbal dan meminta dengan baik atau menolak dengan baik, berdoa atau beribadah, minum obat secara teratur.

Intervensi keperawatan yang disusun berdasarkan Strategi Pelaksanaan (SP) menurut Keliat et al. (2022) dinilai sangat tepat untuk diterapkan pada kasus Tn. F. SP dirancang secara sistematis sesuai dengan kebutuhan dan gejala utama klien, yaitu halusinasi pendengaran dan risiko perilaku kekerasan. Melalui pendekatan ini, klien tidak hanya dibantu menurunkan intensitas gejala, tetapi juga dilatih untuk mengenali, mengendalikan, dan mengelola kondisinya secara mandiri. Penulis meyakini bahwa penggunaan SP yang terarah, melibatkan klien secara

aktif, dan mencakup aspek psikologis, sosial, serta spiritual merupakan langkah strategis dalam mendukung proses pemulihan yang holistik dan berkelanjutan.

Penulis bisa melakukan rencana ini berkat beberapa faktor pendukung, seperti ketersediaan literatur yang relevan, kerjasama dari klien, serta dukungan dan masukan yang diberikan oleh perawat klinik. Rencana tersebut disusun dengan sebaik mungkin sesuai dengan standar kriteria asuhan keperawatan, mencakup tujuan, kriteria hasil yang diinginkan, serta intervensi dan penjelasan rasionalnya sehingga tidak ada kesenjangan antara teori dengan kasus.

4. Tahap Implementasi

Pada tahap ini, penulis menjalankan tindakan sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan, disesuaikan dengan situasi dan kondisi klien. Sebelum melakukan tindakan yang direncanakan, perawat perlu memvalidasi apakah rencana tersebut masih diperlukan dan sesuai dengan kondisi klien saat ini. Sesuai dengan prinsip teoritis, sebelum melakukan tindakan keperawatan, perawat membuat kesepakatan dengan klien yang menjelaskan detail apa yang akan dilakukan serta peran klien dalam proses tersebut. Selanjutnya, semua tindakan yang dilakukan beserta respons klien didokumentasikan, dengan implementasi menggunakan strategi pelaksanaan yang sesuai dengan standar kriteria keperawatan. Pada tanggal 24 April 2025 dilakukan SP I yang isinya mencakup: Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi

terapeutik, identifikasi jenis, isi, frekuensi halusinasi yang dialami, ajarkan klien cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik serta mengajarkan klien memasukan cara menghardik ke dalam jadwal kegiatan harian klien. kemudian untuk masalah Risiko Perilaku kekerasan dilakukan SP I yang isinya mencakup: Mengidentifikasi tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan, melatih fisik 1 dengan cara tarik nafas dalam serta memasukan ke dalam jadwal kegiatan klien.

Pada tanggal 25 April 2025 di lakukan SP II untuk diagnosa Gangguan persepsi sensori halusinasi yang isinya mencakup: mengevaluasi cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik dan mengajarkan klien cara mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain. Untuk masalah risiko perilaku kekerasan di lakukan SP II yang isinya: Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien dan teknik nafas dalam, serta melatih cara fisik 2: dengan memukul bantal dan kasur.

Pada tanggal 26 April 2025 di lakukan SP III yang isinya mencakup untuk halusinasi mengevaluasi latihan bercakap – cakap dengan temannya, melatih klien cara mengendalikan halusinasi dengan cara melakukan kegiatan (kegiatan yang biasa dilakukan klien setiap hari). Untuk diagnosa risiko perilaku kekerasan dilakukan SP III dan SP IV yang isinya mencakup: Mengevaluasi jadwal kegiatan harian dan melatih klien cara meminta dan menolak dengan baik serta mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara Spiritual (ikut pengajian rutin setiap hari kamis dan jumat).

Pada tanggal 28 April 2025 di lakukan SP IV untuk diagnosa halusinasi kperawatan yang isinya mencakup: Mengevaluasi SP I, SP II, SP III dan menjelaskan klien cara makan obat yang teratur, serta menganjurkan klien memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian dan klien mengikuti terapi aktivitas kelompok stimulasi persepsi. Untuk Diagnosa keperawatan risiko perilaku kekerasan dilakukan SP V isinya mencakup: melatih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan minum obat dan mengevaluasi SP I, SP II, SP III dan SP IV .

Tindakan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan teori adalah SP, yang mencakup membangun hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik. Komunikasi terapeutik dianggap sebagai seni penyembuhan yang melibatkan interaksi antara individu yang sakit atau memerlukan perawatan kesehatan dengan tujuan yang sama, yaitu penyembuhan.

5. Tahap Evaluasi

Evaluasi dapat dilihat dari hasil tindakan dengan tujuan atau kriteria evaluasi, apakah masalah dapat diatasi atau belum. Evaluasi yang didapatkan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 hari dengan 4 SP pada Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran dapat teratasi. Hasil dari evaluasi keperawatan yang dapat diperoleh yaitu:

- a. Terbina hubungan saling percaya dengan klien dan semua kriteria evaluasi tercapai dalam 1x pertemuan sehingga intervensi

dipertahankan. Adapun kriteria evaluasi yang dapat diperoleh ialah:

- 1) Wajah tersenyum
- 2) Mau berkenalan
- 3) Ada kontak mata
- 4) Mau berjabat tangan
- 5) Mau menjawab salam
- 6) Mau duduk berdampingan dengan perawat
- 7) Bersedia mengungkapkan masalah yang dihadapi

- b. Klien dapat mengenal halusinasinya dan semua kriteria evaluasi tercapai dalam 1x pertemuan sehingga intervensi dipertahankan.

Adapun kriteria evaluasi yang dicapai ialah:

- 1) Klien dapat menyebutkan jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi dan kondisi yang menimbulkan halusinasi
- 2) Klien dapat menyatakan perasaan dan responsnya saat mengalami halusinasi: marah, takut, dan jengkel
- 3) Klien dapat menyebutkan dampak yang dialaminya

- c. Klien dapat mengontrol halusinasinya dan semua kriteria evaluasi tercapai dalam 1x pertemuan sehingga intervensi dipertahankan.

Adapun kriteria evaluasi yang tercapai adalah:

- 1) Klien dapat menyebutkan tindakan yang biasanya dilakukan untuk mengendalikan halusinasinya

- 2) Klien dapat menyebutkan cara baru mengendalikan halusinasinya
 - 3) Klien dapat memilih cara untuk mengendalikan halusinasinya
 - 4) Klien dapat melakukan cara yang telah dipilih untuk mengendalikan halusinasi
- d. Klien dapat membuat rencana kegiatan sehari-hari dan semua kriteria evaluasi tercapai dalam 1x pertemuan sehingga intervensi dipertahankan. Adapun kriteria evaluasi yang dicapai yaitu:
- 1) Klien dapat menyebutkan mengenai rencana kegiatan yang akan dilakukan di klinik
 - 2) Klien dapat melaksanakan rencana kegiatan yang sudah dibuat
- e. Klien dapat mengetahui manfaat minum obat dan semua kriteria evaluasi tercapai dalam 1x Pertemuan sehingga intervensi dipertahankan. Adapun kriteria evaluasi yang dicapai ialah:
- 1) Klien dapat menyebutkan manfaat, dosis dan efek samping obat
 - 2) Klien dapat menyebutkan jenis obat
 - 3) Klien dapat menyebutkan cara minum obat dengan benar
 - 4) Klien dapat meminum obatnya hingga benar-benar ditelan
 - 5) Klien mengikuti Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Persepsi dengan bermain game

Sedangkan evaluasi yang didapatkan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 hari dengan 5 SP pada Risiko Perilaku Kekerasan teratasi. Hasil dari evaluasi keperawatan yang dapat diperoleh yaitu:

- a. Terbina hubungan saling percaya dengan klien dan semua kriteria evaluasi tercapai dalam 1x pertemuan sehingga intervensi dipertahankan. Adapun kriteria evaluasi yang dapat diperoleh ialah:
 - 1) Wajah tersenyum
 - 2) Mau berkenalan
 - 3) Ada kontak mata
 - 4) Mau berjabat tangan
 - 5) Mau menjawab salam
 - 6) Mau duduk berdampingan dengan perawat
 - 7) Bersedia mengungkapkan masalah yang dihadapi
- b. Klien dapat mengendalikan risiko perilaku kekerasan dengan melakukan latihan fisik 1 relaksasi: tarik nafas dalam dan semua kriteria evaluasi tercapai dalam 1x pertemuan sehingga intervensi dipertahankan. Adapun kriteria evaluasi yang dicapai ialah:
 - 1) Klien dapat melakukan relaksasi: tarik nafas dalam
 - 2) Klien dapat melakukan tarik nafas dalam saat merasakan perilaku kekerasan/ perasaan marah dan jengkel
 - 3) Klien dapat menyebutkan dampak setelah melakukan tarik nafas dalam

- c. Klien dapat mengendalikan risiko perilaku kekerasan dengan melakukan latihan fisik 2: pukul bantal/ guling dan semua kriteria evaluasi tercapai dalam 1x pertemuan sehingga intervensi dipertahankan. Adapun kriteria evaluasi yang dicapai ialah:
- 1) Klien dapat melakukan latihan pukul bantal/ guling untuk mengendalikan perilaku kekerasannya
 - 2) Klien dapat melakukan cara yang telah dipilih untuk mengendalikan perilaku kekerasan
- d. Klien dapat melakukan latihan fisik 3: berbicara dengan baik meliputi mengungkapkan perasaan, meminta dan menolak dengan baik dan semua kriteria evaluasi tercapai dalam 1x pertemuan sehingga intervensi dipertahankan. Adapun kriteria evaluasi yang dicapai yaitu:
- 1) Klien dapat mengungkapkan perasaannya dengan baik
 - 2) Klien dapat meminta dan menolak dengan baik
 - 3) Klien dapat melakukan cara yang telah dipilih untuk mengendalikan perilaku kekerasan
- e. Klien dapat melakukan latihan fisik 4: cara spiritual: ibadah (berdoa, shalat, berdzikir, dll) dan semua kriteria evaluasi tercapai dalam 1x Pertemuan sehingga intervensi dipertahankan. Adapun kriteria evaluasi yang dicapai ialah:
- 1) Klien dapat melakukan pengendalian perilaku kekerasan dengan cara spiritual

- 2) Klien dapat melakukan cara yang telah dipilih untuk mengendalikan perilaku kekerasan
- f. Klien dapat melakukan latihan fisik 5: mengetahui manfaat minum obat dan semua kriteria evaluasi tercapai dalam 1x Pertemuan sehingga intervensi dipertahankan. Adapun kriteria evaluasi yang dicapai ialah:
- 1) Klien dapat menyebutkan manfaat, dosis dan efek samping obat
 - 2) Klien dapat menyebutkan jenis obat
 - 3) Klien dapat menyebutkan cara minum obat dengan benar
 - 4) Klien dapat meminum obatnya hingga benar-benar ditelan

Berdasarkan hasil evaluasi pemberian asuhan keperawatan selama empat hari, dapat disimpulkan bahwa kedua diagnosis keperawatan utama pada Tn. F, yaitu Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran dan Risiko Perilaku Kekerasan, berhasil teratasi melalui intervensi yang dilaksanakan secara sistematis menggunakan pendekatan Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan (SPTK).

Pada diagnosis pertama, halusinasi pendengaran seluruh tujuan keperawatan dan kriteria evaluasi berhasil dicapai, termasuk keberhasilan dalam membina hubungan saling percaya, klien mampu menghardik halusinasi, klien mampu mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap, klien mampu memasukan kegiatan harian yang sudah dilakukan, klien mampu meminum obat secara teratur. Hal ini mencerminkan

keberhasilan intervensi dalam membantu klien mengelola persepsi sensori secara mandiri. Hasil evaluasi ini didukung oleh hasil penelitian yang dilakukan oleh Arni Nur Rahmawati & Luthfiana Dewi, (2023) yang menunjukkan penerapan intervensi keperawatan secara generalis (SP 1-4) terbukti efektif dalam membantu klien mengelola gejala halusinasi, keberhasilan ini ditunjukkan oleh penurunan intensitas dan frekuensi halusinasi serta meningkatnya kemampuan klien dalam mengenali dan mengontrol halusinasi melalui teknik seperti menghardik, bercakap-cakap, menjalani aktivitas harian, dan kepatuhan terhadap pengobatan.

Sementara itu, pada diagnosis risiko perilaku kekerasan, klien menunjukkan respon positif terhadap setiap intervensi, mulai dari relaksasi napas dalam, latihan fisik (seperti pukul bantal), teknik komunikasi asertif, hingga pendekatan spiritual dan minum obat. Hasil evaluasi menunjukkan bahwa klien dapat mengimplementasikan setiap teknik yang diajarkan dalam situasi emosional yang memicu kemarahan, serta memahami manfaat penggunaan obat secara optimal. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Andriany *et al.*, (2023) yang melakukan studi kasus selama 6 hari di rumah sakit jiwa menunjukkan bahwa penggunaan SP 1–5 (relaksasi napas dalam, memukul bantal, komunikasi verbal, spiritual, dan kepatuhan obat) secara signifikan mengurangi risiko perilaku kekerasan.

Secara keseluruhan, intervensi keperawatan yang diberikan terbukti efektif dalam menurunkan intensitas gejala, meningkatkan coping

adaptif, serta mendorong klien untuk mempertahankan kontrol diri. Keberhasilan ini tidak terlepas dari keterlibatan aktif klien dalam setiap sesi, serta pendekatan holistik yang mempertimbangkan aspek psikologis, sosial, spiritual, dan farmakologis dalam perawatan.

Evaluasi keperawatan adalah proses yang terus-menerus untuk menilai hasil dari tindakan keperawatan terhadap klien. Evaluasi ini dilakukan secara berkelanjutan untuk memantau apakah respon klien membaik atau tidak dengan menggunakan pendekatan SOAP. Ini merupakan tahap akhir dari proses keperawatan yang memberikan kesimpulan dari seluruh proses yang telah dilakukan dan menunjukkan apakah tujuan telah tercapai dengan hasil yang positif (Muhith, 2016).

6. Dokumentasi

Proses dokumentasi keperawatan dapat dilakukan dengan cara tertulis atau secara elektronik. Dokumentasi ini mencatat detail tentang perawatan dan layanan yang diberikan oleh seorang perawat kepada klien, dengan memanfaatkan sistem perawatan kesehatan. Saat melakukan dokumentasi asuhan keperawatan, penulis mengalami beberapa kesulitan, namun dengan dukungan dari teori, berbagai sumber referensi, dan bimbingan dari dosen pembimbing, penulis berhasil mendokumentasikan asuhan keperawatan jiwa ini mulai dari tahap pengkajian, penegakan diagnosis, perencanaan, implementasi, hingga evaluasi.

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada Tn.F. yang mengalami Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang Garut dari tanggal 24 April 2025 sampai 3 mei 2025 akhirnya penyusun berhasil merumuskan beberapa kesimpulan sebagai berikut:

1. Penulis mampu melakukan pengkajian fisik dan mental secara komprehensif terhadap klien yang mengalami gangguan persepsi sensori, khususnya halusinasi pendengaran. Setelah menganalisis data hasil pengkajian, penulis mengidentifikasi dua masalah perawatan pada klien, yaitu Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran dan Risiko Perilaku Kekerasan.
2. Penulis mampu menyusun diagnosis keperawatan yang timbul pada Tn. F. yang mengalami Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran akibat gangguan Afektif Bipolar di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang Garut.
3. Penulis mampu merumuskan rencana perawatan yang sesuai dengan prioritas masalah keperawatan.
4. Penulis mampu menerapkan perawatan sesuai dengan rencana yang telah dibuat, disesuaikan dengan kondisi klien. Pelaksanaan tindakan perawatan langsung dilakukan pada klien.

5. Penulis berhasil mengevaluasi tindakan perawatan yang telah dilakukan dan mengamati bahwa klien telah menunjukkan kemauan untuk berinteraksi dengan orang lain dan melakukan kegiatan untuk menghindari serta mengendalikan halusinasinya.
6. Evaluasi dilaksanakan setiap hari selama 4 hari perawatan dimana dapat dilihat perbedaannya pada awalnya klien belum mampu mengontrol halusinasinya sekarang sudah bisa mengontrol halusinasinya dengan cara menghardik, bercakap-cakap, melakukan kegiatan, dan meminum obat dengan teratur, serta kontak mata klien sudah baik. Untuk diagnosa Risiko Perilaku Kekerasan klien mampu mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan cara latih fisik 1: Nafas dalam, latih fisik 2: pukul bantal / kasur, latih fisik 3: meminta dan menolak dengan baik, latih fisik 4: mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual dan latih fisik 5: mengontrol marah dengan cara minum obat.
7. Setelah dilakukan asuhan keperawatan maka seluruh tindakan dan hasil dapat didokumentasikan setiap harinya berdasarkan teori hasil dari perawatan yang di berikan.

B. Rekomendasi

Rekomendari atau saran yang dapat dipertimbangkan dan bermanfaat untuk dilakukan studi kasus lebih lanjut yaitu:

1. Bagi Klien dan Keluarga

Diharapkan klien dan keluarga dapat kooperatif ikut serta dalam perawatan dan mendukung secara penuh upaya pengobatan yang

dilakukan untuk kesembuhan klien. Perawatan untuk individu dengan gangguan jiwa akan lebih efektif apabila keluarga juga terlibat secara aktif, seperti dengan memberikan dukungan melalui percakapan, mendengarkan, dan menerima kondisi klien.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan dapat memberikan referensi berupa buku terbaru terkait gangguan jiwa terkhusus dengan diagnosa halusinasi pendengaran dan memberikan kesempatan waktu lebih lama dalam praktik komprehensif.

3. Bagi Klinik Rehabilitasi Mental

Diharapkan dapat lebih meningkatkan kualitas dan variasi program rehabilitasi dalam pelaksanaan asuhan keperawatan yang komprehensif serta mengurangi stigma masyarakat dalam dukungan pemulihan.

4. Bagi Penulis Selanjutnya

Bagi penulis selanjutnya diharapkan dapat mempertahankan dan meningkatkan Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan (SPTK) khususnya teknik komunikasi terapeutik (KOMTER) dan bina hubungan saling percaya (BHSP), karena kurangnya keterampilan komunikasi terapeutik dan pengelolaan kepercayaan dapat mempengaruhi kelengkapan data pengkajian. Saat ini penulis kurang maksimal dalam mengumpulkan data pengkajian klien sehingga beberapa informasi penting belum teridentifikasi secara komprehensif. Serta diharapkan lebih aktif

mengembangkan pengetahuan dalam memberikan asuhan keperawatan jiwa melalui terapi modalitas psikofarmaka, mengoptimalkan terapi generalis holistik dan terapi modalitas sensori sesuai kebutuhan klien serta merancang aktivitas kelompok yang interaktif untuk meningkatkan dukungan sosial yang disesuaikan dengan hasil literatur dan referensi terbaru terkait Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran agar setiap intervensi selalu berbasis bukti mutakhir.

DAFTAR PUSTAKA

- AH Yusuf, R. F. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: Salemba Medika.
- Anggeria Elis, S. L. (2023). *Konsep Kebutuhan Dasar Manusia*. Sleman: Deepublish Ditital.
- Anipah, N. K. (2024). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Jiwa*. Jambi: PT Sonpedia Publishing Indonesia.
- Ankit Jain, P. M. (2023). Gangguan Bipolar. *National Library of Medicine*, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK558998/>.
- Andriany, R., Sari, S. M., & Moulisya, D. G. (2023). Management of Nursing Care for Patients at Risk of Violent Behavior with Implementation Strategies to Control Anger in the Mental Hospital. *International Journal Scientific and Professional (IJ-ChiProf)*, 2(1), 184–192. <https://doi.org/10.56988/chiprof.v2i1.48>
- Arni Nur Rahmawati, & Luthfiana Dewi. (2023). Asuhan Keperawatan pada Pasien Halusinasi Pendengaran dengan Penerapan Terapi Generalis. *Community Health Nursing Journal*, 1(1), 31–36. <https://doi.org/10.47134/cmhn.v1i1.7>
- Asfianti, V., Syahfitri, A., & NST, Z. (2022). Gambaran Kejadian Ekstrapiramidal Sindrom Pada Pasien Terapi Antipsikotik Tipikal Di Rumah Sakit Jiwa Aceh. *Forte Journal*, 2(2), 184–189. <https://doi.org/10.51771/fj.v2i2.367>
- Azizah M Lilik, Z. 1. (2016). *Buku Ajar keperawatan Kesehatan Jiwa*. Yogyakarta: Indomedia Pustaka
- Bibek Karna, A. S. (Juli, 2023). *Gangguan Tidur*. Retrieved Juni, 2025, from National Library of Medicine: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK5607>
- Blackwell, W. (2015). *Psychiatry At a Glance Fourth Edition*. Jakarta : Penerbit Erlangga.
- Damanik, C. F. (2022). Hubungan Anatar Pelaksanaan Sleep Hygiene dengan Kualitas Tidur pada Karyawan di Lingkungan ITKES Wiyata Husada Samarinda. *Jurnal Keperawatan Wiyata*, 3(1), 68–78.
- Deviana Indriyanti et.al. (2024). Masalah Risiko Perilaku Kekerasan Pada Pasien Skizofrenia di RSJ cisarua: Laporan Kasus. *SENTRI: Jurnal Riset Ilmiah*, Vol.3, No.6.

- Diskess Jabar. (2025). *jumlah orang dengan gangguan jiwa (odgj) berat yang mendapat pelayanan kesehatan berdasarkan kabupaten/kota di Provinsi Jawa Barat dari tahun 2019 s.d. 2023*. . Retrieved 20 Mei, 2025, from Open Data Jabar: <https://opendata.jabarprov.go.id/id/dataset/jumlah-orang-dengan-gangguan-jiwa-odgj-berat-yang-mendapat-pelayanan-kesehatan-berdasarkan-kabupatenkota-di-jawa-barat>
- Dwiki. (2022). ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA NY.T.A MASALAH UTAMA RISIKO PERILAKU KEKERASAN DENGAN DIAGNOSIS MEDIS BIPOLAR DI RUANG FLAMBOYAN RUMAH SAKIT JIWA MENUR. *Braz Dent J.*, 33(1), 1–12.
- Fendro A T, S. I. (2021). *Pengkajian Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: CV Bintang Semesta Media.
- Gani A, S. Z. (2023). *Keperawatan Jiwa*. Indramayu: CV. Adanu Abimata.
- Hentati, H., Zahra, S., & Abdullah, F. (2021). Insight and self-esteem in bipolar disorder: A cross-sectional study. *Indonesian Journal of Psychiatry*, 4(2), 113–120.
- Hentati, S., Ben Abdallah, M., Daoud, M., Baati, I., Sallemi, R., Feki, I., & Masmoudi, J. (2021). Insight and self-esteem in patients with bipolar disorders. *European Psychiatry*, 64, S193–S193.
- Ida Ayu P Widianingsih, I. G. (2023). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Jambi : PT Sonpedia Publishing Indonesia.
- Ifadah Erlin, W. W. (2024). *Asuhan keperawatan medikal Bedah*. Jakarta: PT. Green Pustaka Indonesia.
- Keliat Budi Anna, H. A. (2022). *Asuhan keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC.
- Kumari, L., & Gupta, S. (2018). A Study of Instrumental Activities of Daily Living of Patients having Bipolar Affective Disorder and Its Relationship with their Subjective Well Being and Self Efficacy. *Bipolar Disorder: Open Access*, 04(01), 1–6. <https://doi.org/10.4172/2472-1077.1000120>
- Kusumah, & N. (2023). Gangguan Tidur Pada Penderita Bipolar. *Jurnal Hasil Pengembangan dan Penelitian*, Volume: 1 No: 3 Hal : 177-183.
- Madeira, A. W. (2019). Hubungan Gangguan Pola Tidur dengan Hipertensi pada Lansia. *Nursing News*, 4(1), 29–39. .

- Maria Kristina Susiana Tuti Wati, A. R. (2025). Studi Kasus Penerapan Terapi Musik Pada Pasien Dengan Halusinasi. *Jurnal Keperawatan Duta Medika*, Vol. 5 No.1 , hal 48-53.
- Mubin fathkul Muhammad, d. (2024). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa I*. Jakarta Selatan: Mahakarya Citra Utama.
- Muhith, A. (2016). *Pendidikan Keperawatan Jiwa (Teori dan Aplikasi)*. Yogyakarta: Andi.
- Ni Ketut Putri Ariani et.al, d. S. (2024). *Buku Ajar Psikiatri*. Lombok Tengah: Pusat Pengembangan dan Penelitian Indonesia.
- Nurlis. (2018). Pengaruh latihan membangun kepercayaan diri terhadap rasa . *Jurnal Keperawatan Jiwa*, (52):1–137.
- Pike, C. K., Burdick, K. E., Millett, C., & Lipschitz, J. M. (2024). Perceived loneliness and social support in bipolar disorder: relation to suicidal ideation and attempts. *International Journal of Bipolar Disorders*, 12(1), 4–9. <https://doi.org/10.1186/s40345-024-00329-8>
- Ponticiello, M. N., Chang, A. L., Chang, R. J., Mirza, S., & Martin, A. (2024). On being and having: A qualitative study of self-perceptions in bipolar disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1509979.
- Prabowo, I. A. (2020). Klasifikasi Tingkat Gangguan Tidur Menggunakan Algoritma Naïve Bayes. *Jurnal Teknologi Informasi dan Komunikasi*, 8(2).
- Prasetyo, Y. (2023). *Bipolar Disorder*. Jl. Budaya Gowa: Pustaka Taman Ilmu.
- Pratama Agus Ari, S. A. (2022). *Keperawatan Jjiwa*. Jakarta Timur: Bumi Medika.
- Ramsi, R. K., & Zulaikha, A. (2022). Patofisiologi dan Tatalaksana Sindrom Ekstrapiramidal. *AVERROUS: Jurnal Kedokteran Dan Kesehatan Malikussaleh*, 8(2), 64. <https://doi.org/10.29103/averrous.v8i2.8770>
- Rasa S. (2023). *Bipolar Disorder*. Semarang: Tiram Media.
- Ruswandi, I. (2021). *Keperawatan Jiwa: Panduan Praktis Untuk Mahasiswa Keperawatan*. Indramayu: CV. Adanu Abimata.
- Suara, F. A. (2022). Efektivitas Terapi Okupasi Menggambar Pada Pasien Skizofrenia Terhadap Penurunan Gejala Skizofrenia di RSJ Islam Klender Jakarta Timur. *STIKesehatan Abdi Nusantara Jakarta*, VOLUME 4 NOMOR 10 HAL 2744-2753.

- Tombakan Maryati, L. N. (2023). *Pencegahan dan Penanganan Pasien gangguan Jiwa dengan Riisko perilaku Kekerasan*. Jakarta: Penerbit NEM.
- Tresno, S. (2023). *Mengatasi Insomnia: Panduan Praktis Untuk Tidur Berkualitas*. Semarang: Tiram Media.
- Universitas Airlangga. (29 Maret , 2021). Retrieved Mei, 2025, from Fakultas Keperawatan: <https://ners.unair.ac.id/site/index.php/news-fkp-unair/30-lihat/993-apa-itu-gangguan-bipolar>
- Van Bergen, A. H., Verkooijen, S., Vreeker, A., Abramovic, L., Hillegers, M. H. J., Spijker, A. T., et al. (2019). The characteristics of psychotic features in bipolar disorder. *Psychological Medicine*, 49(12), 2036–2048. <https://doi.org/10.1017/S0033291718002854>
- Wardani A K Ida, N. N. (2023). Gangguan Tidur Pada penderita Gangguan Afektif Bipolar. *Jurnal Hasil Penelitian dan Pengembangan*, Volume: 1 No: 3 Hal : 177-183.
- Wedanthi, P. H. (2022). Studi Kasus Dinamika Psikologis Penderita Bipolar Disorder. *Jurnal Pendidikan Tambusai*, Vol. 6 No. 1 Halaman 2578-2582.
- Wenny P Bunga. (2023). *Asuhan Keperawatan Jiwa Klien Dengan Halusinasi, Waham dan Perilaku Kekerasan*. Bantul: CV. Mitra Edukasi Negeri.
- WHO. (2024). *Gangguan Bipolar*. Retrieved from World Heath Organization: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/bipolar-disorder>
- Widianti, A. A. (2021). Intervensi pada Remaja dengan Gangguan Bipolar: Kajian Literatur. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 9(1).
- Widiyono, A. A. (2023). *Konsep Keperawatan Dasar*. Kediri: Lembaga Chakra Brahmanda Lentera.
- World health Organization. (2022). Mental Health. *World health Organization*.
- Yudhantara S Dearisa, I. R. (2022). *Gangguan Bipolar: Buku Ajar Mahasiswa Kedokteran*. Malang: Universitas Brawijaya Press.
- Zhang, B., Chen, X., & Qiu, N. (2025). Social cognition in bipolar I and II disorders: an updated systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 25(1), 39. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-06462-z>

LAMPIRAN

Lampiran I

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN (SPTK) PADA KLIEN DENGAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI PENDENGARAN

Nama Klien : Tn. F

Umur : 61 Tahun

No.Rm : 006817

Hari ke-1 tanggal 24 April 2025

1. Proses Keperawatan

a. Kondisi Klien

Data Subjektif:

- 1) Klien mengatakan ada suara yang selalu menyangkal kematian kedua orang tua klien ketika klien melakukan kegiatan aktivitas sehari – hari
- 2) Bisikan itu muncul berisi,”Mamah masih ada, Bapak masih ada” sehingga mengganggu klien.
- 3) Bisikan itu kadang muncul ketika malam hari pada saat sebelum tidur jam 21.30 WIB dan ketika klien sendiri namun kebanyakan tidak tentu waktunya.
- 4) Klien mengatakan pada saat bisikan itu muncul terkadang tubuh klien tidak bisa terkontrol sehingga klien terganggu dan ada kalanya di biarkan saja.
- 5) Klien mengatakan ada suara yang selalu menyangkal kematian kedua orang tua klien sehingga klien merasa terganggu dengan bisikan itu dan membuat klien marah
- 6) 3 hari sebelumnya klien mengamuk pada malam hari kemudian membalikkan kasur milik teman di sebelahnya dan mengatakan bahwa suasana hatinya sedang kurang baik karena merasa terganggu dengan bisikan yang menyangkal kematian orang tuanya itu.
- 7) Klien mengatakan pada saat bisikan itu muncul terkadang tubuh klien tidak bisa terkontrol sehingga klien mengamuk dan ada kalanya di biarkan saja.

Data Objektif:

- 1) Tampak melamun

- 2) Tampak menyendiri
 - 3) Tampak Gelisah.
 - 4) Mata memerah
 - 5) Sorot mata tampak tajam
 - 6) Afek tumpul
- b. Diagnosa Keperawatan
- 1) Gangguan Persepsi: Halusinasi Pendengaran
 - 2) Risiko Perilaku Kekerasan
- c. Tujuan Keperawatan
- Gangguan Persepsi Sensori
- 1) Klien dapat mengontrol halusinasi dengan cara menghardik
 - 2) Klien dapat mengontrol halusinasi dengan cara bercakap - cakap
 - 3) Klien dapat mengontrol halusinasi dengan cara memasukan jadwal kegiatan harian sehari - hari
 - 4) Klien dapat mengontrol halusinasinya dengan cara meminum obat secara teratur.
- Risiko Perilaku Kekerasan
- 1) Klien mampu mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik I : Tarik nafas dalam
 - 2) Klien mampu mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik II : Pukul bantal/kasur
 - 3) Klien mampu mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal / sosial
 - 4) Klien mampu mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual
 - 5) Klien mampu mengontrol perilaku kekerasan dengan cara minum obat.
- d. Tindakan Keperawatan
- Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran
- 1) Ajarkan klien cara mengontrol halusinasinya dengan cara menghardik
 - 2) Ajarkan Klien mengontrol halusinasinya dengan cara bercakap - cakap
 - 3) Ajarkan klien mengontrol halusinasinya dengan cara memasukan jadwal kegiatan harian sehari - hari
 - 4) Ajarkan klien meminum obat secara teratur.
- Risiko Perilaku Kekerasan
- 1) Ajarkan klien mengontrol perilaku kekerasan dengan melatih cara fisik I : Tarik nafas dalam
 - 2) Ajarkan klien cara mengontrol perilaku kekerasan dengan melatih cara fisik II : Pukul bantal/kasur
 - 3) Ajarkan klien cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal/sosial
 - 4) Ajarkan klien cara mengontrol perilaku dengan cara spiritual

5) Ajarkan klien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara minum obat.

Strategi Pelaksanaan

Hari ke-1 Tanggal 24 April 2025

11.00 WIB

a. Fase Orientasi

“Assalamualaikum, selamat pagi pak, perkenalkan nama saya Milanini Nazi’ah, saya biasa di panggil Milani. Saya perawat yang sedang dinas di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang untuk 2 minggu kedepan. Hari ini saya dinas pagi dari jam 07.00 sampai jam 13.00 siang. Jadi selama 2 minggu ini saya akan merawat Bapak”.

“Nama Bapak siapa? dan senangnya di panggil apa ?”

“Bagaimana perasaan Bapak saat ini?”

“Apakah Bapak masih suka mendengar bisikan - bisikan ?”

“Boleh sekarang kita berbincang - bincang tentang bisikan - bisikan yang Bapak rasakan?”

“Berapa lama Bapak mau berbincang - bincang ? Bagaimana kalau 10 menit?dimana kita berbincang- bincangnya?”

“Bagaimana kalau di ruang yang dekat Tv?”.

b. Fase Kerja

“Bapak, ada empat metode untuk menghindari kemunculan suara-suara tersebut. Pertama, dengan menghardik suara itu. Kedua, dengan berbicara dengan orang lain/bercakap - cakap. Ketiga, dengan menjalankan kegiatan yang terjadwal. Dan yang keempat, dengan rutin mengonsumsi obat”.

“Bagaimana jika kita memulai dengan yang pertama, yaitu menghardik halusinasi tersebut? Caranya seperti ini: ketika Bapak tidak ingin mendengar suara yang muncul, langsung katakan, “Pergi, kamu suara palsu saya tidak mau mendengar”. Ucapkan berulang-ulang sampai suara tersebut hilang. Mari kita coba lakukan. Bagus! Sekarang coba lagi. Nah, begitu, Bapak sudah mulai terbiasa”.

c. Fase Terminasi

“Bagaimana perasaan Bapak setelah latihan tadi? Jika suara itu muncul lagi, silakan terapkan cara yang tadi.Bagaimana jika kita jadwalkan latihan ini? Pada jam berapa Bapak ingin melakukannya? Besok saya akan datang lagi untuk melatih cara kedua, yaitu berbicara dengan orang lain. Bapak/ibu bisa latihan jam berapa? Bagaimana kalau jam 13.30 lagi? Di mana? Apakah di sini saja? Baiklah, sampai jumpa besok”.

“Baik, bagaimana kalau sekarang saya berbincang – bincang mengenai Risiko perilaku kekerasan? Tempatnya disini aja ya pak”.

11. 25 WIB

a. Fase Orientasi

“Sesuai yang saya tadi bicarakan bagaimana kalau sekarang kita mencari tahu penyebab perilaku kekerasan Bapak apakah Bapak bersedia? 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?”.

b. Fase Kerja

“Apa yang membuat Bapak merasa marah?”

“Pernahkah sebelumnya Bapak merasa marah? Jika ya, apa penyebabnya?”

“Apakah penyebabnya sama dengan yang sekarang?”

“Ketika ada situasi yang membuat Bapak marah, seperti mendengar bisikan yang menyangkal kematian kedua orang tua Bapak, bagaimana perasaan yang Bapak rasakan?”

“Apakah Bapak merasa kesal, dengan dada berdebar-debar, mata menatap tajam, rahang terkatup rapat, dan tangan mengepal? Apa yang biasanya dilakukan Bapak setelah merasa seperti itu?”

“Apakah dengan perasaan kesal/ jengkel bahkan melakukan hal yang tidak terkontrol seperti kata Bapak, keadaan menjadi lebih baik?”

“Menurut Bapak, adakah cara lain yang lebih baik selain itu?”

“Apakah Bapak tertarik untuk belajar cara mengungkapkan rasa marah dengan baik tanpa menimbulkan kerugian?”

Ada beberapa cara fisik untuk mengendalikan rasa marah. Hari ini kita akan belajar satu cara: Ketika Bapak merasakan tanda-tanda marah, Bapak bisa berdiri, tarik nafas dalam dari hidung dan tahan selama 5 detik, lalu buang perlahan-lahan melalui mulut tahan sebentar, lalu keluarkan perlahan-lahan dari mulut seperti melepaskan kemarahan. Coba lakukan ini sebanyak 3 kali. Bagus sekali, Bapak sudah berhasil melakukannya. Sebaiknya latihan ini dilakukan secara rutin ya pa, sehingga jika suatu saat rasa marah muncul kembali, Bapak sudah terbiasa”.

c. Fase Terminasi

“Bagaimana perasaan Bapak setelah berdiskusi tentang kemarahan? Bapak, bisakah sebutkan apa penyebabnya saat Bapak merasa marah, apa yang Bapak rasakan, apa yang biasanya Bapak lakukan, dan apa akibatnya? Baik, sekarang kita akan menambahkan latihan tadi ke dalam jadwal harian, Pak. Berapa kali sehari Bapak ingin melatih teknik tarikan napas dalam? Bagus, nanti tolong Bapak tulis: B jika Bapak melakukannya sendiri, D jika dibantu, dan T' jika tidak melakukannya. Baik Pak, bagaimana jika besok kita mencoba teknik lain untuk mencegah dan mengendalikan kemarahan? Bagaimana kalau kita lakukan di sini saja? Baik. Sampai jumpa besok, ya, Bapak. Saya pamit dulu. Assalamualaikum”.

Hari ke 2 tanggal 25 April 2025

13.30 WIB

a. Tahap Orientasi

“Assalamu'alaikum, selamat pagi. Bagaimana kabar Bapak hari ini? Apakah suara-suara masih muncul? Sudah mencoba cara yang telah kita latih? Coba kurangi intensitas suaranya. Bagus! Sesuai dengan janji saya kemarin, saya akan melatih cara kedua untuk mengontrol halusinasi dengan berbicara dengan orang lain. Kita akan latihan selama 10 menit. Di mana Bapak ingin melakukannya? Bagaimana kalau di sini saja?”.

b. Tahap Kerja

“Salah satu cara kedua untuk mengatasi atau mengendalikan halusinasi adalah dengan berbicara dengan orang lain. Jadi jika Bapak mendengar suara-suara, langsung carilah teman untuk diajak berbicara. Mintalah teman untuk berinteraksi dengan Bapak. Sebagai contoh, katakanlah: “Saya mulai mendengar suara-suara. Ayo kita ngobrol!” Atau jika ada orang di sekitar, misalnya di rumah, katakanlah: “Ayo ngobrol dengan saya, saya sedang mendengar suara-suara”. Begitulah, Pak. Coba ulangi seperti yang saya lakukan tadi. Bagus sekali! Sekarang coba lagi! Bagus! Terus latihan terus ya, Pak”.

c. Tahap Terminasi

“Bagaimana perasaan Bapak setelah latihan ini? Sudah berapa cara yang Bapak pelajari untuk mengatasi suara-suara itu? Bagus, coba terapkan kedua cara ini jika Bapak mengalami halusinasi lagi. Bagaimana jika kita jadwalkan ke dalam aktivitas harian Bapak? Pada jam berapa Bapak ingin latihan bercakap-cakap? Kemudian lakukan secara teratur ketika suara itu muncul. Besok pagi saya akan kembali. Bagaimana kalau kita latih cara ketiga, yaitu melakukan aktivitas terjadwal? Jam berapa yang Bapak pilih? Bagaimana kalau jam 10 saja. Di sini atau di taman? Bagaimana kalau di sini saja. Baiklah, sampai jumpa besok”.

“Sekarang kita lanjut berbincang bincang untuk cara ke dua mengatasi masalah risiko perilaku kekerasan ya pa”.

13.40 WIB

a. Tahap Orientasi

“Baik Bapak, seperti yang kita sepakati sebelumnya, sekarang kita akan belajar cara mengendalikan kemarahan yang Bapak rasakan. Untuk sesi kali ini, saya akan mengajarkan cara kedua, yaitu menggunakan aktivitas fisik seperti memukul bantal atau kasur. Bagaimana kalau waktunya 10 menit, dan kita akan melakukannya di sini. Bagaimana pendapat Bapak?”.

b. Tahap Kerja

“Baik pak, sekarang saya akan mengajarkan cara kepada Bapak untuk

mengendalikan kemarahan menggunakan cara kedua, yaitu pukul bantal/kasur. Jadi, ketika Bapak merasa marah atau kesal, Bapak bisa melakukan memukul bantal/kasur. Saya akan memberikan contoh terlebih dahulu, kemudian Bapak bisa memperhatikan. Jika Bapak ingin mencoba memukul bantal, ambil bantal yang ada di kamar, dan pukul sepuasnya sampai Bapak merasa lebih tenang. Seperti ini, pak. Sekarang, coba Bapak praktikkan seperti yang saya ajarkan tadi. Bagus sekali, pak! Bapak sudah dapat melakukannya dengan baik. Baiklah, selanjutnya mari kita jadwalkan ke dalam aktivitas harian pak. Berapa kali Bapak ingin melakukan latihan fisik ini dalam sehari? Jam berapa yang Bapak pilih untuk melakukannya?”.

c. Tahap Terminasi

“Bagaimana perasaan Bapak setelah kita belajar mengontrol dengan cara kedua secara fisik yaitu pukul bantal atau kasur? Apakah masih ingat apa yang saya ajarkan tadi, coba Bapak ulangi? Iya bagus pak. Bapak dapat melakukannya dengan baik”. Besok kita akan berbicara lagi, saya akan mengajarkan tentang cara mengatasi marah dengan spiritual dan berbicara dengan baik, bagaimana kalau jamnya jam 10.20 saja. . Baiklah sampai jumpa besok. Sekarang Bapak istirahat terlebih dahulu. Assalamu’alaikum”.

Hari ke 3 tanggal 26 April 2025

10.00 WIB

a. Tahap Orientasi

“Assalamualaikum, bagaimana kabar Bapak hari ini? Apakah masih ada suara-suara yang muncul? Sudah mencoba kedua cara yang saya latih? Bagaimana hasilnya, apakah suara-suara tersebut sudah berkurang atau hilang? Bagus! Sesuai dengan janji saya kemarin, hari ini kita akan mempelajari cara ketiga untuk mengatasi halusinasi, yaitu dengan melakukan kegiatan terjadwal. Di mana kita akan berbicara? Baik, mari kita duduk di taman. Berapa lama kita akan melakukannya? Bagaimana kalau 10 menit? Baiklah”.

b. Tahap Kerja

“Apa yang biasanya dilakukan oleh Bapak? Pagi-pagi, apa kegiatan yang biasa dilakukan? Setelah itu, apa kegiatan yang Bapak lakukan? Wah, banyak sekali kegiatan yang dilakukan. Hari ini kita akan latih dua kegiatan ini (menyabut rumput yang sudah tinggi). Bagus sekali, Bapak bisa melakukannya. Kegiatan ini dapat membantu mencegah munculnya suara-suara tersebut. Kegiatan lain yang akan kita latih adalah agar dari pagi sampai malam, Bapak memiliki kegiatan yang terstruktur”.

c. Tahap Terminasi

“Bagaimana perasaan Bapak setelah kita berbicara tentang cara ketiga untuk mencegah munculnya suara-suara tersebut? Luar biasa! Sekarang, tolong

sebutkan tiga cara yang telah saya latih untuk menghadapi suara-suara tersebut. Bagus sekali! Mari kita jadwalkan ke dalam aktivitas harian Bapak. Silakan coba lakukan sesuai dengan jadwal tersebut. Ya! Kita akan melatih aktivitas lain pada pertemuan berikutnya hingga semua aktivitas dari pagi hingga malam terpenuhi”. Baik pak, kita akan bertemu lagi besok pukul 11.00 WIB untuk mempelajari cara mengendalikan kemarahan dengan cara minum obat”.

“Sekarang kita lanjut berbincang bincang untuk cara ketiga dan keempat mengatasi masalah risiko perilaku kekerasan ya pa”.

10.20 WIB

a. Tahap Orientasi

“Baik Bapak, seperti yang kita sepakati sebelumnya, sekarang, kita akan belajar cara ketiga secara verbal yaitu mengungkapkan, meminta, dan menolak dengan Benar dan belajar cara yang keempat yaitu secara spiritual, waktunya 15 menit dan tempatnya disini, bagaimana apakah Bapak setuju?”.

b. Tahap Kerja

“Baik pak, sekarang kita akan belajar cara mengendalikan kemarahan yang ketiga, yaitu dengan cara verbal, yaitu dengan mengungkapkan, meminta, dan menolak dengan baik dan benar. Mengungkapkan perasaan kesal: Jika ada perlakuan dari orang lain yang membuat Bapak kesal, Bapak bisa mengatakan, “Saya ingin menyampaikan bahwa saya marah dengan perkataanmu tadi”. Menolak dengan baik: Jika ada yang menyuruh Bapak melakukan sesuatu yang tidak ingin dilakukan, Bapak bisa mengatakan, “Maaf, saya tidak bisa melakukannya karena ada banyak kerjaan”. Meminta dengan baik: Saat meminta bantuan atau sesuatu dengan sopan dan tanpa menggunakan kata-kata kasar, seperti “Tolong ambilkan saya minum, makanan, atau handuk”. Sudah mengerti, pak? Sekarang, coba ulangi apa yang telah kita pelajari tadi. Bagus sekali, pak! Bapak dapat mengulanginya dengan baik”.

“Baik pak, sekarang saya akan mengajarkan cara kepada Bapak untuk mengendalikan kemarahan dengan cara keempat, yaitu secara spiritual. Jadi, jika Bapak merasa marah atau kesal, Bapak dapat mengendalikannya dengan mengucapkan istighfar, “Astaghfirullahaladzim”, dan juga melakukan wudhu, sholat, serta berdzikir. Namun, untuk kali ini kita akan fokus pada dua kegiatan spiritual untuk mengendalikan marah, yaitu mengucapkan istighfar dan melakukan wudhu. Sudah mengerti, pak? Sekarang, coba praktikkan kembali apa yang telah saya ajarkan tadi. Bagus, pak! Bapak dapat melakukannya dengan baik. Baiklah, sekarang mari kita jadwalkan ke dalam aktivitas harian Bapak. Berapa kali Bapak ingin melatih

ini setiap hari? Jam berapa yang Bapak pilih untuk melakukannya?”.

c. Tahap Terminasi

“Bagaimana perasaan Bapak setelah kita belajar cara yang ketiga dan keempat, Apakah Bapak masih ingat apa yang saya ajarkan tadi, coba Bapak ulangi? Bagus, Bapak dapat mengulangnya dengan baik. Baik pak, kita akan bertemu lagi besok pukul 11.00 WIB untuk mempelajari cara mengendalikan kemarahan dengan cara minum obat”.

Hari ke 4 Tanggal 28 April 2024

11.00 WIB s.d 11.20 WIB

SP ke-4 Halusinasi dan ke-5 RPK

a. Tahap Orientasi

“Assalamu’alaikum, bagaimana kabar Bapak hari ini? Apakah suara-suara masih muncul? Sudahkah Bapak menggunakan tiga cara yang telah saya latih? Apakah jadwal kegiatannya sudah dilaksanakan? Apakah obat hari ini sudah diminum? Baik. Siang ini kita akan berdiskusi selama 15 menit sambil Bapak menunggu makan siang. Bagaimana kalau kita diskusikan di sini saja, pak?”.

b. Tahap Kerja

“Setelah rutin minum obat, apakah ada perbedaan yang dirasakan? Apakah suara-suara masih terdengar? Minum obat sangat penting untuk menghentikan gangguan suara-suara yang mungkin dialami oleh Bapak. Berapa kali sehari Bapak harus minum obat? Obat yang berwarna pink (Haloperidol) diminum 3 kali sehari, yaitu jam 7 pagi, jam 1 siang, dan jam 5 sore, untuk menghilangkan suara-suara tersebut. Obat yang berwarna biru (Stelosi) juga sama diminum 3 kali sehari untuk menghilangkan suara-suara tersebut. Obat berwarna kuning (+) (Heximer) juga diminum 3 kali dengan dosis 2 tablet pagi, 1 tablet siang, dan 2 tablet sore pada jam yang sama untuk menyeimbangkan atau menghindari efek samping tremor. Sedangkan obat berwarna putih (-) (Nuzip) dan Merlopam diminum 1 kali sehari pada jam 5 sore untuk kualitas tidur belum cukup”.

“Jika suara-suara telah hilang, sangat penting untuk tidak menghentikan obat tanpa konsultasi dokter, karena hal ini dapat menyebabkan kambuhnya gangguan dan sulit untuk dikembalikan ke kondisi semula. Pastikan untuk selalu konsultasi dengan dokter jika obat habis, dan pastikan untuk menggunakan obat dengan benar, memastikan bahwa obat tersebut sesuai dengan resep pribadi pak. Penting juga untuk membaca kemasan obat dengan teliti, memastikan waktu minum yang tepat, dan memperhatikan dosis yang dianjurkan serta meminum cukup air setiap hari”.

c. Tahap Terminasi

“Bagaimana perasaan Bapak setelah kita berbicara tentang penggunaan obat? Sudah berapa cara yang sudah saya latih untuk mencegah suara-suara tersebut? Tolong sebutkan. Bagus! Mari kita masukkan jadwal minum obat ke dalam kegiatan harian. Pastikan untuk minum obat secara teratur, Pak. Besok kita akan membahas lagi cara-cara untuk mengatasi suara yang mungkin muncul dan manfaat apa yang bisa Bapak dapatkan dari intervensi perawatan ini. Jam berapa? Bagaimana kalau jam 14.00 WIB. Di mana? Bagaimana kalau di sini saja”

Lampiran II

DOKUMENTASI KEGIATAN



Lampiran III

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Identitas

Nama	: Milani Nazi'ah
Jenis Kelamin	: Perempuan
Tempat, tanggal lahir	: Garut, 03 Mei 2004
Agama	: Islam
Status	: Pelajar
Alamat	: Kp. Nagrog RT/RW.001/012 Desa. Sindanggalih Kec. Karangpawitan Kab.Garut
Motto	: “Langkah kaki yang ditunda hari ini harus dibayar besok dengan berlari. Ayo selesaikan KTI nya”.

B. Riwayat Pendidikan

1. PAUD Faridatul Irsyad	Tahun 2008-2009
2. MI Al-Khoiriyyah	Tahun 2009-2016
3. SMP IT Al-Khoiriyyah	Tahun 2016-2019
4. MAN 1 Garut	Tahun 2019-2022
5. STIKes Karsa Husada Garut	Tahun 2022-2025

LEMBAR BIMBINGAN

Nama : Milani Nazi'ah

NIM : KHGA22109

Pembimbing : Angga Dipa Nagara., S.Kep., Ners., M.Kep

**Judul : ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. F (61 TAHUN)
DENGAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI:
HALUSINASI PENDENGARAN AKIBAT GANGGUAN
AFEKTIF BIPOLAR DI KLINIK REHABILITASI
MENTAL NUR ILLAHI ASSANIE SAMARANG GARUT**

No	Tanggal	Materi	Saran	TTD Mahasiswa	TTD Pembimbing
1.	1 Juni 2025	Bab 1	Penulisan kalimatnya perbaiki lagi, tanda dan gejalanya gausah dimafikan semua, perulas urgensinya, dan tabel jangan terpotong	 Milani	
2.	8 Juni 2025	Bab 1	perhatikan typo dan tanda baca	 milani	
3.	9 Juni 2025	Bab 1	Acc bab I lampir Bab II	 milani	
4.	11 Juni 2025	Bab II dan Bab III	perbaiki pembasan, perhatikan tanda baca 1		

			typo		
5.	16 juni 2025	Acc Bab II dan Revisi Bab III	analisa data yg lengkap, jelaskan di imple & cp klien mengenai obat dan redaksi minum obat	 mitani	
6.	17 juni 2025	Bab III	pembahasannya membahas kesenjangan dan tambahan penelitian =	 mitani	
7.	18 juni 2025	Bab IV	Tambahkan lagi rekomendasi 4 penulis selanjut nya	 mitani	
8.	23 juni 2025	Revisi Bab IV dan abstrak	Acc Bab 9 perhatikan lagi abstraknya.	 mitani	

9. 25 juni
2025 cover,
lampiran.
Daftar isi,
kata pengantar

Acc

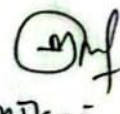

mitani



10. 30 juni
2025

Acc
Sedang

Acc


mitani

