

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA NY. A DENGAN GANGGUAN
PERSEPSI SENSORI: HALUSINASI PENDENGARAN AKIBAT
GANGGUAN AFEKTIF BIPOLAR TIPE 1 DI KLINIK REHABILITASI
MENTAL NUR ILLAHI ASSANI 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:

YUBA DA'IATUL KHOER
KHGA22129



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

LEMBAR PERSETUJUAN

**JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA NY. A DENGAN
GANGGUAN PERSEPSI SENSORI: HALUSINASI
PENDENGARAN AKIBAT GANGGUAN AFEKTIF
BIPOLAR TIPE 1 DI KLINIK REHABILITASI MENTAL
NUR ILLAHI ASSANI SAMARANG GARUT**

NAMA : YUBA DA'IATUL KHOER

NIM : KHGA22129

KARYA TULIS ILMIAH

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

Garut, Juni 2025

Menyetujui,

Pembimbing



Karnoto, S.Kep., M.Si.

LEMBAR PENGESAHAN

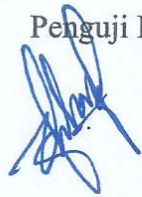
**JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA NY. A DENGAN
GANGGUAN PERSEPSI SENSORI: HALUSINASI
PENDENGARAN AKIBAT GANGGUAN AFEKTIF
BIPOLAR TIPE 1 DI KLINIK REHABILITASI MENTAL
NUR ILLAHI ASSANI SAMARANG GARUT**

NAMA : YUBA DA'IATUL KHOER

NIM : KHGA22129

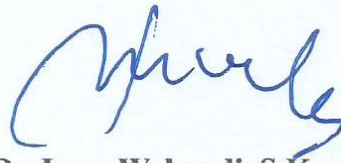
Garut, Juli 2025
Menyetujui,

Penguji I



Dede Suharta, S.Kep., M.Pd.

Penguji II



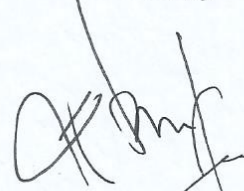
Dr. Iwan Wahyudi, S.Kep.,Ns., M.Kep.

Mengetahui,
Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan
STIKes KARSA HUSADA GARUT



K. Dewi Budiarti, M.Kep.

Mengesahkan,
Pembimbing



Karnoto, S.Kep., M.Si.

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA NY. A DENGAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI: HALUSINASI PENDENGARAN AKIBAT GANGGUAN AFEKTIF BIPOLAR TIPE 1 DI KLINIK REHABILITASI MENTAL NUR ILLAHI ASSANI SAMARANG GARUT

YUBA DA'IATUL KHOER
KHGA22129

IV Bab, 140 Halaman, 8 Tabel, 9 Bagan, 5 Lampiran

Judul karya tulis ilmiah ini “Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny. A Dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran Akibat Gangguan Afektif Bipolar Tipe 1 Di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assani Samarang Garut”. Penulis tertarik melakukan studi kasus pada klien yang mengalami halusinasi pendengaran, mengingat gejala ini merupakan salah satu manifestasi yang umum dijumpai pada penderita gangguan afektif bipolar. Tujuan dari penyusunan karya tulis ilmiah ini adalah agar penulis dapat memperoleh pengalaman langsung serta keterampilan dalam memberikan asuhan keperawatan jiwa secara komprehensif. Penelitian ini menggunakan metode deskriptif, mencakup proses pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, hingga evaluasi keperawatan. Masalah keperawatan yang ditemukan pada Ny. A yaitu gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran dan resiko perilaku kekerasan. Dalam proses keperawatan, penulis melakukan intervensi melalui pendekatan strategi pelaksanaan tindakan keperawatan (SPTK) dengan membantu klien untuk mengontrol halusinasinya, mengajarkan cara mengontrol halusinasi, dan mengajarkan klien minum obat dengan teratur juga membantu klien mengetahui penyebab perilaku kekerasan, mengajarkan cara mengontrol perilaku kekerasan dan membantu klien patuh minum obat. Kesimpulan dari karya tulis ini adalah bahwa seluruh rencana asuhan keperawatan yang telah disusun dapat dilaksanakan dengan baik dan berhasil memenuhi kriteria evaluasi.

Kata kunci : Asuhan Keperawatan, Gangguan Afektif Bipolar, Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran, Resiko Perilaku Kekerasan

Daftar Pustaka : 33 buah, 2014-2024

KATA PENGANTAR

Dengan memanjatkan puji dan Syukur kehadiran Allah SWT, atas berkat Rahmat dan hidayah-nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan karya tulis ilmiah ini yang berjudul “Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny. A Dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran Akibat Gangguan Afektif Bipolar Tipe 1 Di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assani Samarang Garut”. Sholawat serta salam semoga senantiasa tercurah kepada teladan kita Nabi Muhammad SAW.

Adapun tujuan Karya Tulis Ilmiah ini untuk memenuhi salah satu syarat dan dalam menyelesaikan Pendidikan Diploma D-III Keperawatan di STIKes Karsa Husada Garut. Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, penulis menyadari masih banyak kekurangan dikarenakan keterbatasan pengetahuan dan kemampuan. dengan segala kerendahan hati penulis menanti saran dan kritik yang sifatnya membangun demi perbaikan karya tulis ilmiah ini. Pada kesempatan ini penulisan mengucapkan terima kasih yang sedalam dalamnya kepada :

1. Dr. H. Hadiat selaku ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. H. Suryadi, S. E., M. Si selaku Ketua Umum Pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. H. Engkus Kusnadi, S.Kep.,M.Kes selaku Ketua STIKes Harsa Husada Garut.
4. K. Dewi Budiarti, S.Kep.,M.Kep. Selaku Ketua Prodi DIII Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut.

5. Bapak Karnoto, S.Kep., M.Si. selaku Dosen Pembimbing yang telah memberikan bimbingan selama melaksanakan tugas akhir. Memberikan arahan, saran, serta motivasi yang sangat berguna bagi saya hingga tugas akhir ini dapat terselesaikan dengan baik.
6. Bapak Dede Suharta, S.Kep., M.Pd. selaku Penguji I yang telah berkenan menguji saya dan memberikan kritik dan saran yang membangun untuk perbaikan karya tulis ilmiah ini.
7. Bapak Dr. Iwan Wahyudi, S.Kep.,Ns., M.Kep. selaku Penguji II yang telah berkenan menguji saya dan memberikan kritik dan saran yang membangun untuk perbaikan karya tulis ilmiah ini.
8. Seluruh dosen, staf pengajar, dan tata usaha di STIKes Karsa Husada Garut yang telah membekali berbagai ilmu yang bermanfaat serta motivasi selama penulis mengikuti pendidikan.
9. Klinik Rehabilitasi Mental Yayasan Nur Ilahi Assani Samarang Garut telah memberikan banyak kesempatan kepada penulis untuk menulis Karya Tulis Ilmiah ini, serta memberikan bimbingan, dukungan, dan informasi mengenai asuhan keperawatan sehingga penulis berhasil menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan sukses tanpa hambatan.
10. Kepada Ny. A yang telah bersedia menjadi pasien, dan sudah dapat bekerja sama dengan baik kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan tugas ini.
11. Kepada kedua orang tua Bapak Dadan dan Ibu Ai Romyati yang telah membimbing dan membiayai saya dari lahir sampai saat ini, juga yang selalu memberikan support dan selalu mendoakan saya dalam keadaan

apapun, semoga selalu dalam keadaan sehat dan allah membalas segala kebaikan orang tua saya, sehingga bisa menjadi pendorong ke syurganya allah amiin

12. Rekan-rekan mahasiswa seperjuangan Angkatan 29 terutama untuk kelas 3C Prodi DIII Keperawatan yang selalu memberikan semangat dan memberikan motivasi juga kenangan selama tiga tahun.
13. Kepada rekan-rekan BEM SKHG Kabinet Cakrawala terimakasih sudah menemani dan memberi dukungan semangat dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
14. Kepada Tsania Angelita yang menjadi motivasi terbaik bagi penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
15. Dan semua pihak yang tidak bisa satu persatu saya sebutkan yang telah banyak membantu memberikan pemikiran demi kelancaran dan keberhasilan penulis.

Semoga karya tulis ilmiah ini bisa menambah wawasan dan bermanfaat khususnya bagi saya serta bagi semua pihak.

Garut , Juni 2025

penulis

Yuba Daiatul Khoer

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	5
1. Tujuan Umum.....	5
2. Tujuan Khusus.....	6
C. Metode telaah	7
D. Sistematika Penulisan.....	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	10
A. Konsep Dasar	10
1. Konsep Bipolar.....	10
2. Konsep Halusinasi.....	23
3. Konsep Resiko Perilaku Kekerasan	33
4. Konsep Isolasi Sosial	39
B. Konsep Asuhan Keperawatan	46
1. Pengkajian	46
2. Analisa Data	53
3. Pohon Masalah	55
4. Diagnosa Keperawatan.....	56
5. Intervensi Keperawatan.....	56
6. Implementasi Keperawatan	67
7. Evaluasi Keperawatan	67

8. Dokumentasi Keperawatan.....	68
BAB III TINJAUAN KASUS.....	70
A. Tinjauan Kasus	70
1. Pengkajian Keperawatan	70
2. Analisa Data	80
3. Pokok Masalah	81
4. Diagnosa Keperawatan.....	81
5. Intervensi Keperawatan.....	83
6. Implementasi Keperawatan	91
7. Catatan Perkembangan	100
B. Pembahasan	103
1. Tahap Pengkajian	103
2. Tahap Diagnosa	105
3. Tahap Intervensi	107
4. Tahap Implementasi	109
5. Tahap Evaluasi	111
6. Tahap Dokumentasi	112
BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI.....	113
A. Kesimpulan.....	113
B. Rekomendasi	114
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1	Data Penderita Gangguan Jiwa Di Kabupaten Garut Periode Mei 2023-2024.....	3
Tabel 1.2	Data Penderita Gangguan Jiwa di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang Garut Periode Mei 2024-2025.....	4
Tabel 2.1	Intervensi Keperawatan.....	57
Tabel 3.1	Therapi Medik.....	79
Tabel 3.2	Analisa Data.....	80
Tabel 3.3	Intervensi Keperawatan.....	83
Tabel 3.4	Implementasi dan Evaluasi.....	91
Tabel 3.5	Catatan Perkembangan.....	100

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Rentang respon halusinasi.....	26
Bagan 2.2 pohon masalah halusinasi.....	31
Bagan 2.3 Rentang respon Resiko Perilaku Kekerasan.....	34
Bagan 2.4 Pohon Masalah Resiko Perilaku Kekerasan	36
Bagan 2.5 Rentang respon Isolasi Sosial.....	39
Bagan 2.6 Pohon masalah isolasi sosial.....	44
Bagan 2.7 Pohon masalah.....	55
Bagan 3.1 Genogram.....	73
Bagan 3.2 Pohon masalah.....	81

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Strategi Pelaksanaan Tindakan keperawatan (SPTK) Halusinasi

Lampiran 2 Strategi Pelaksanaan Tindakan keperawatan (SPTK) RPK

Lampiran 3 Dokumentasi Kegiatan

Lampiran 4 Daftar Riwayat Hidup

Lampiran 5 Lembar Bimbingan

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan mental atau jiwa merupakan kondisi dimana seseorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual dan sosial sehingga individu tersebut menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif, dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya. (UU no. 18 tahun 2014).

Gangguan mental adalah sekelompok penyakit yang mencakup berbagai gangguan, termasuk skizofrenia, psikosis, depresi, demensia, gangguan afektif bipolar, gangguan mental, dan gangguan pertumbuhan dan perkembangan, termasuk autisme. Faktor -faktor yang berperan dalam pengembangan gangguan mental tidak terbatas pada gangguan fungsional dalam perawatan pikiran, emosi, perilaku, dan interaksi sosial. Sebaliknya, faktor -faktor ini mencakup aspek yang lebih luas dari kehidupan seseorang, termasuk faktor sosial, budaya, ekonomi, politik, dan lingkungan, termasuk politik nasional dan perlindungan sosial. (Yusuf & Fitryasari, 2019)

Gangguan bipolar merupakan Penyakit mental kronis dan sementara berarti bahwa gangguan tersebut tampaknya tidak pasti dan jarang terjadi pada interval yang tidak teratur. Bipolar terjadi karena gangguan mental dan neurotransmitter - Gangguan berat yang sama pada orang yang terkena dampak yang menyebabkan penderita akan mengalami perubahan suasana hati yang ekstrim, konsentrasi, dan fokus (Ramadani et al., 2024).

Seseorang yang memiliki bipolar memiliki tipe yang berbeda-beda, ada beberapa jenis gangguan bipolar yang terbagi berdasarkan jenis fase episode yang dapat terjadi pada pasien. Bipolar tipe I dengan episode depresi dan manik yang dapat didiagnosis dari satu episode manik, gangguan bipolar tipe II dengan episode depresi dan hipomanik, gangguan siklotimik dengan gejala hipomanik dan depresi yang tidak mencapai kriteria untuk episode depresi, dan gangguan bipolar tak tertentu lainnya dengan gejala depresif dan hipomanik yang tidak memenuhi kriteria diagnostik untuk gangguan yang disebutkan sebelumnya atau disebut dengan gejala subsindrom. (Shofa et al., 2024)

Menurut data riset kesehatan dasar republik indonesia (Riskesdas) tahun 2018 menunjukkan prevalensi gangguan mental emosional yang ditunjukkan dengan gejala depresi dan kecemasan pada usia 15 tahun keatas mencapai 9,8% dari keseluruhan jumlah penduduk indonesia (Kemenkes RI, 2018)

Halusinasi adalah gangguan persepsi sensori dimana ada perubahan persepsi terhadap stimulus baik internal maupun eksternal yang disertai dengan respon berkurang, berlebih atau terdistorsi. Salah satu tipe halusinasi adalah halusinasi pendengaran (auditory-hearing voices or sounds) dan menjadi tipe halusinasi yang paling banyak diderita. Pasien yang mengalami halusinasi dengar ditandai dengan mendengarkan suara atau kebisingan yang kurang jelas ataupun yang jelas, di mana terkadang suarasuara tersebut seperti mengajak berbicara pasien dan kadang memerintah pasien untuk melakukan sesuatu(Suri Herlina et al., 2024)

Prevalensi gangguan jiwa di Jawa Barat berdasarkan data Dinas Kesehatan Jawa Barat tahun 2023 diketahui jumlah total ODGJ adalah 63,998 orang dengan

jumlah penurunan sekitar 18,26% dari tahun sebelumnya. Nilai rata-rata jumlah ODGJ setiap tahun adalah 71.694 dalam 3 tahun terakhir. Menurut Dinas Kesehatan Kabupaten Garut jumlah orang dengan gangguan jiwa pada tahun 2023-2024 yaitu sekitar 3935 orang.

Dari riset yang diungkapkan diatas kemudian dilakukan juga riset di daerah khususnya di Kabupaten garut. Sesuai dengan data Provinsi jawa barat. Di Kabupaten Garut jumlah orang yang mengalami gangguan jiwa sampai 0,19% dari jumlah penduduk kabupaten garut atau sekitar 3935 orang.

Tabel 1.1
Data Penderita Gangguan Jiwa Di
Kabupaten Garut Periode Mei 2023-2024

No	Diagnosa penyakit	Jumlah orang	Presentasi
1	Gangguan Apektif 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)

Tabel 1.1 : Menjelaskan bahwa setengah dari penyintas gangguan jiwa di Kab.Garut mengalami Gangguan Apektif Bipolar yaitu 50,53% , sebagian kecil dari masalah kesehatan jiwa lainnya di Kab.Garut yaitu dengan Gangguan *Intelektual Disability* yaitu 5,2%.

Dinas kesehatan Kabupaten Garut juga melaporkan, ada 3935 ODGJ yang tercatat di Dinkes Kabupaten Garut, dengan jumlah 3.435 orang yang telah mendapat pelayanan kesehatan atau sekitar 85,7% dari keseluruhan jumlah ODGJ. Maka dari itu hal ini menjadi hal yang harus sangat diperhatikan dan segera ditangani secara cepat dan tepat.

Berdasarkan laporan hasil dan Rekam Medis di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang Garut , jumlah penderita gangguan jiwa yang dirawat dari bulan januari sampai dengan mei 2025 dapat dilihat ditabel berikut ini :

Tabel 1.2
Data Penderita Gangguan Jiwa di Klinik Rehabilitasi Mental
Nur Illahi Assanie Samarang Garut Periode Mei 2025

No	Diagnosa penyakit	Jumlah orang	Presentasi
1	Gangguan Apektif Bipolar	32	83,05%
2	Skizofrenia	5	11,26%
3	Penyalahgunaan Napza	0	5,59%
4	<i>Intelektual Disability</i>	2	0%
Jumlah		39 Orang	100%

(Sumber: Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang Garut)

Menurut laporan Klinik Rehabilitasi Mental Nur Ilahie assani Samarang, didapatkan data tahun 2025 jumlah yang ada pada semua pasien rawat inap mencapai 39 orang tercatat ada 32 pasien dengan Gangguan Apektif Bipolar,

persentasi gangguan bipolar menjadi paling tinggi pada tahun 2025 yaitu 83,05%, dan 2 pasien dengan *Intelektual Disability* menjadi paling terendah yaitu 5,59%.

Dengan melihat dampak dari gangguan mood (Bipolar) yang dapat mengakibatkan terjadinya halusinasi, hal ini dapat terjadi karena kurangnya dukungan serta perhatian dari keluarga dan juga masyarakat, yang apabila tidak diatasi dengan segera maka akan menimbulkan permasalahan baru terhadap lingkungan masyarakat yang akan menyebabkan peningkatan Halusinasi di lingkungan masyarakat. Berdasarkan latar belakang diatas, maka penulis tertarik untuk mengangkat masalah tersebut melakukan tindakan Asuhan Keperawatan mulai dari pengkajian sampai evaluasi, dengan judul “ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA NY. A DENGAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI: HALUSINASI PENDENGARAN AKIBAT GAGUAN AFEKTIF BIPOLAR DI KLINIK REHABILITASI MENTAL NUR ILLAHI ASSANI SAMARANG GARUT”

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Penyusun mendapatkan pengetahuan, keterampilan, wawasan, pengalaman yang nyata dan mampu mengidentifikasi, melaksanakan asuhan keperawatan meliputi aspek aspek biologis, psikologis, sosial, dan spiritual kepada klien dengan gangguan persepsi sensori, khususnya halusinasi pendengaran.

2. Tujuan Khusus

Setelah memberikan perawatan kepada klien yang mengalami gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran seperti kasus di atas penulis mampu:

- a. Mampu mengkaji fisik dan mental secara menyeluruh pada klien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran dengan diagnosa medis Gangguan Apektif Bipolar
- b. Mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada klien dengan Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny. A Dengan Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran
- c. Membuat Perencanaan / Intervensi Keperawatan Pada klien dengan Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny.A Dengan Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran Akibat Bipolar
- d. Melaksanakan tindakan / implementasi keperawatan pada klien dengan Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny. A Dengan Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran Akibat Bipolar
- e. Mengevaluasi tindakan yang telah diberikan kepada klien dengan Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny. A Dengan Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran Akibat Bipolar.
- f. Mampu mendokumentasikan dari awal sampai akhir tindakan yang telah diberikan kepada klien dengan Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny. A Dengan Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran Akibat Bipolar Di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Ilahie Assani Samarang Kabupaten Garut.

C. Metode telaah

Dalam penulisan KTI Penulis menggunakan metode deskriptif yang dilakukan dalam bentuk laporan kasus keperawatan melalui proses asuhan keperawatan yang komprehensif. Pengumpulan data dilakukan secara berbeda sebagai berikut:

1. Wawancara (Anamnesa):

Pertanyaan diajukan langsung ke klien, keluarga dan tim kesehatan lainnya untuk mendapatkan informasi tentang masalah yang mereka hadapi.

2. Observasi

Perawat mengumpulkan data dengan secara langsung mengamati dan mengamati kondisi Klien melalui interaksi wajah dan dialog.

3. Pemeriksaan Fisik:

Dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital dan keadaan umum klien untuk mendapatkan data yang relevan terkait masalah kesehatan atau keperawatan yang dialami.

4. Studi Dokumentasi

Data yang diterima dari catatan medis atau catatan klien yang berhubungan dengan asuhan keperawatan yang diberikan mengenai masalah kesehatan pada status klien terdapat Di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Ilahie Assani Samarang.

5. Studi Kepustakaan:

Penulis mempelajari teori yang terkait dimana penulis membaca dari bahan bahan di perpustakaan institusi maupun dari sumber internet untuk mendapatkan teori yang berhubungan dengan kasus yang diambil.

6. Partisipasi Aktif

Penulis secara aktif terlibat dalam memberikan asuhan keperawatan pada Ny. A dengan Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran Akibat Bipolar Di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Ilahie Assani Samarang Kabupaten Garut.

D. Sistematika Penulisan

Untuk memberi gambaran dalam penyusunan karya tulis Ini, maka penulis menggunakan sistematikanya sebagai berikut:

1. BAB I PENDAHULUAN

Pada bab ini membahas latar belakang, tujuan penulisan, metode telaah, dan Sistematika Penulisan Karya Tulis Ilmiah.

2. BAB II TINJAUAN TEORI

Pada bab ini membahas teori-teori yang relevan dengan judul tulisan, yang menjadi dasar dalam pembahasan. materi mencakup pengertian, etiologi, tanda dan gejala, rentang respon, pohon masalah, penatalaksanaan. Dan konsep asuhan keperawatan yang mencakup pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana tindakan keperawatan, implementasi, evaluasi dan dokumentasi.

3. BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini menampilkan asuhan keperawatan yang diterapkan secara praktis di lapangan, melalui tahap pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, evaluasi, dan catatan perkembangan pada Ny. A dengan gangguan persepsi sensorial halusinasi pendengaran akibat bipolar. Selain itu, pembahasan mencakup perbandingan antara teori dengan

pelaksanaan langsung pada kasus tersebut, serta solusi yang diusulkan untuk mengatasi masalah yang ditemui.

4. BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

Pada bab ini berisi rangkuman hasil penulisan setelah pelaksanaan asuhan keperawatan serta rekomendasi yang berkaitan dengan kasus halusinasi pendengaran pada Ny. A dengan gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran akibat bipolar Di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Ilahie Assani Samarang Kabupaten Garut.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar

1. Konsep Bipolar

a. Definisi Gangguan Bipolar

Gangguan bipolar (Bipolar Disorder) atau Gangguan Afektif Bipolar (GAB), adalah salah satu gangguan suasana hati emosional dalam kasus psikiatrik. Gangguan ini ditandai oleh mania dan depresi (*D. Surya Yudhantara, 2022*)

Gangguan bipolar terdiri dari peningkatan kemandirian dan aktivitas berlebihan (mania atau mania ringan), dan efeknya dihilangkan dari aktivitas yang dikurangi (depresi) selama berbagai periode. Gangguan bipolar terdiri dari peningkatan efek dan aktivitas berlebihan (mania atau hipochondria), yang menghilangkan suasana hati pada berbagai waktu, diikuti oleh penurunan energi atau penurunan aktivitas (depresi). (*Putra, 2020*).

Gangguan bipolar adalah salah satu gangguan mental kronis, menyebabkan hambatan fungsi psikososial pada orang yang mengalaminya dalam keluarga dan masyarakat. Sifat kronisnya membuat pasien dan seluruh keluarganya beradaptasi dengan gangguan ini. Gangguan ini terutama menyebabkan sering terjadi hasil pengobatan yang tidak diharapkan, yaitu tidak mampu kembali kepada fungsi psikososial dan pekerjaan dan kurangnya kualitas hidup sehingga gangguan ini paling menyebabkan debilitasi pada

pasien. Petugas kesehatan yang menghadapinya harus mencapai penyembuhan penuh, yaitu pemulihan, dan memastikan bahwa mereka bekerja secara optimal dalam hidup. (Maramis M Margarita, 2022)

Gangguan ini sering dikaitkan dengan perubahan mood aktivitas, dan energi yang terjadi dengan intensitas yang bervariasi (Wedanthi, 2022). Dari uraian tersebut, dapat disimpulkan bahwa gangguan bipolar adalah suatu kondisi di mana suasana hati berubah secara drastis dan ekstrem, fluktuasi antara mania dan depresi, yang terjadi pada tingkat yang berlebihan dan tidak dapat diprediksi

b. Etiologi Gangguan Bipolar

Menurut (Darmayenti et al, 2023) etiologi pasti pada gangguan bipolar masih belum diketahui, namun terdapat beberapa teori yang dapat memicu timbulnya sebuah gangguan bipolar diantaranya sebagai berikut:

1) Faktor Genetik

Pada pasien dengan bipolar hampir sebagian individu tersebut memiliki anggota keluarga yang menderita gangguan mood ataupun perasaan seperti depresi. Pada faktor genetic ini hampir menyumbang sebanyak 80% dari penyebab kondisi tersebut. Meskipun terdapat anggota keluarga yang mengidap penyakit bipolar bukan berarti anggota keluarga lain dapat mengalami hal yang sama.

Berbagai studi epidemiologi genetic selama beberapa dekade terakhir dilakukan untuk melihat kontribusi genetik terhadap resiko gangguan bipolar. Definisi fenotip gangguan bipolar dalam penelitian-

penelitian tersebut sangat bervariasi sehingga menghasilkan perkiraan heritabilitas yang luas. Sebuah studi tentang kembar kembar Denmark menunjukkan sifat keturunan yang sangat tinggi dari gangguan bipolar (Sadock et al., 2017).

2) Faktor Fisiologis

Faktor fisiologis adalah salah satu faktor utama yang menyebabkan penyakit bipolar. Hal ini disebabkan oleh gangguan dengan keseimbangan cairan kimia di otak. Jika otak berfungsi sebagai manajer stimulasi, neurotransmitter membutuhkan saraf untuk mengirim pesan dari otak ke bagian tubuh lainnya. Ada tiga zat penting dengan otak yang melakukan tugas seperti noradrenalin, serotonin, dan dopamin, dan pasien bipolar tidak seimbang dalam tiga zat yang menyebabkan gangguan suasana hati dan emosi.

Otak adalah organ yang memainkan peran penting dalam mengkomunikasikan emosi dan mengatur perilaku. Perubahan yang terjadi di otak membentuk gejala klinis gangguan bipolar, seperti ketidakstabilan emosional dan gangguan ritme biologis. Ada indikasi bahwa patofisiologi gangguan bipolar dapat terjadi karena perubahan struktural dan fungsional dalam sistem limbik, di mana hippocampus, amigdala, septum, hipotalamus, tiroid, dan cingulate gyrus menjadi cerdas dalam sistem regulasi emosional. Aktivitas dan penyimpangan jalur neurotransmitter dalam sistem dapat menyebabkan gangguan afektif yang tidak wajar pada pasien dengan gangguan bipolar (shofa et al., 2024).

3) Faktor Lingkungan

Pada faktor lingkungan yang memicu gangguan bipolar muncul yaitu peristiwa stress berat misalnya trauma fisik, emosional ataupun sosial, kehilangan pekerjaan, masalah keuangan dan gangguan di dalam hubungan.

Faktor lingkungan internal pengidap bipolar adalah keluarga. Apabila seseorang hidup dengan anggota keluarga yang juga mengidap gangguan bipolar maka resiko terkena gangguan jiwa bipolar juga tinggi. Selain itu, mengalami pengalaman yang sangat buruk dan tidak menyenangkan hingga menyebabkan trauma juga memicu timbulnya gangguan bipolar.

Selain itu, faktor eksternal pengidap bipolar adalah pergaulan atau pengalaman buruk dengan orang lain. Misalnya putus cinta dan kematian dari orang dekatnya. Selain itu, adanya pengalaman buruk dalam pencapaian tujuan hidup seperti kegagalan lulus sekolah atau kegagalan pekerjaan dan karir juga memicu timbulnya gangguan bipolar pada seseorang. Penggunaan alcohol dan obat-obatan terlarang juga dapat menimbulkan gangguan bipolar. Faktor penyebab lingkungan internal ataupun eksternal sangat berpengaruh terhadap pengidap gangguan bipolar. Seseorang yang mengidap gangguan bipolar yang masih tinggal di lingkungan yang kurang mendukung, maka beresiko mengalami gangguan bipolar yang semakin parah juga tidak dapat menjalani kehidupan sehari-

harinya dengan baik (Depression and Bipolar Support Alliance (DBSA), 2020

c. Klasifikasi Gangguan Bipolar

Menurut (Nofiyana & Supradewi, 2019) bipolar terbagi menjadi tiga kategori diantaranya sebagai berikut:

1) Bipolar tipe 1

Pada Bipolar tipe 1 ini meliputi adanya episode mania yaitu kondisi Dimana suasana hati seseorang digambarkan sebagai euforia, terlalu ceria, memiliki kepercayaan diri yang lebih.

2) Bipolar tipe 2

Pada bipolar tipe 2 ini ditandai dengan depresi berat berulang atau terjadinya hipomania (kondisi dimana seseorang merasa bersemangat namun lebih ringan dan tidak terlalu ekstrem dari pada manik) secara episode.

3) Bipolar Cyclothimic Disorder

Bipolar cyclothymic disorder merupakan bentuk ringan dari gangguan jiwa bipolar yang mana ditandai dengan banyaknya periode gejala hipomania dan periode gejala depresi yang berlangsung minimal 2 tahun dan tidak memenuhi kriteria untuk masuk ke kriteria hipomanik dan depresi. Banyak orang dengan bipolar menyembunyikan diri dari lingkungan karena malu, dan takut terhadap keadaan emosional dirinya yang bisa sewaktu-waktu meledak.

d. Manifestasi Klinis Gangguan Bipolar

Menurut (American Psychological Association (APA), 2017) dan (National of Mental Health, 2022) Gejala gangguan bipolar berdasarkan fase antara lain:

1) Gejala pada fase mania

Pada tahap ini, emosi ras jangka panjang dan suasana hati dengan suasana yang sangat bahagia, menakutkan, dan ramah akan berubah. Dalam percakapan intonasi cepat, saat melempar ide, selalu melompat dengan cara yang tidak fokus, memiliki pikiran rentan yang mudah untuk membingungkan dan meningkatkan aktivitas targetnya. Bertentangan dengan keterampilannya, tiba-tiba, berdasarkan komitmennya terhadap tujuan dan kenyamanan, ke pusat perhatian.

2) Gejala pada fase depresi

Fase depresi ini dapat membuat seseorang berdelusi, halusinasi dan memiliki pikiran atau ide untuk bunuh diri. Dimana seseorang terkadang memiliki suasana hati yang terus menerus tertekan serta kehilangan kegembiraan dan minat terhadap aktivitas yang biasanya dilakukan. Berikut tanda gejala yang dapat muncul pada fase depresi yaitu perasaan sedih dan putus asa yang mendalam, kehilangan minat dan kesenangan pada aktivitas yang biasa dinikmati, gangguan tidur baik insomnia, penurunan energi dan kelelahan berlebih, perasaan tidak berharga dan pikiran tentang bunuh diri atau mengakhiri hidup.

3) Gejala pada fase hipomania (hanya pada bipolar tipe II

Pada fase hipomania ini, seseorang cenderung tidak mengalami gangguan dalam fungsi sosial maupun pekerjaan sehari-hari. Beberapa tanda dan gejala pada fase hipomanik adalah sebagai berikut: gejala mania yang lebih ringan tapi berdampak pada kehidupan sehari-hari, meningkatnya energi dan produktivitas, berbicara lebih cepat dan bersemangat, dan perasaan percaya diri berlebih.

e. Penatalaksanaan Gangguan Bipolar

Adapun penatalaksanaan Gangguan Bipolar antara lain :

1) Terapi Non Farmakologi

a) Psikoterapi

Psikoterapi adalah jenis terapi yang bertujuan membantu individu mengatasi masalah emosional, psikologis, dan interpersonal yang mereka hadapi. Dalam psikoterapi, klien bekerjasama dengan seorang terapis untuk mengeksplorasi pemikiran, perasaan, dan perilaku mereka, serta memperoleh pemahaman yang lebih baik tentang diri mereka sendiri dan interaksi mereka dengan lingkungan sekitar.

Tujuan utama dari psikoterapi adalah membantu klien meningkatkan kesejahteraan mental mereka, mengatasi gejala masalah psikologis seperti depresi, kecemasan, trauma, atau gangguan makan, serta mengembangkan keterampilan adaptif untuk menghadapi tantangan sehari-hari. Psikoterapi dapat dilakukan dalam berbagai

bentuk, termasuk terapi kognitif-perilaku, terapi psikodinamik, terapi interpersonal, terapi keluarga, atau terapi berbasis pola pikir.

Selama sesi psikoterapi, klien dan terapis bekerja bersama untuk menetapkan tujuan perubahan, mengeksplorasi pemikiran dan perasaan yang mendasari masalah klien, dan merancang strategi efektif untuk mengatasi masalah tersebut. Hubungan antara klien dan terapis didasarkan pada kepercayaan, empati, dan kolaborasi, yang membantu klien merasa didukung dan dipahami selama proses pemulihan mereka.

b) Terapi Kognitif

Terapi kognitif adalah pendekatan terapeutik yang berfokus pada pemahaman dan perubahan pola pikir, keyakinan, dan perilaku yang tidak sehat atau tidak produktif. Tujuannya adalah untuk membantu individu mengidentifikasi, mengevaluasi, dan mengubah pola pikir yang menyebabkan masalah psikologis atau emosional, serta mengembangkan strategi baru yang lebih adaptif dan sehat. Terapi kognitif sering digunakan untuk mengatasi berbagai masalah mental seperti depresi, kecemasan, gangguan makan, dan trauma. Metode yang umum digunakan dalam terapi kognitif meliputi pengajaran keterampilan kognitif, penggunaan teknik pemecahan masalah, serta pemberian tugas rumah untuk memperkuat perubahan perilaku yang diinginkan.

c) Terapi Keluarga

Terapi keluarga adalah pendekatan terapeutik yang melibatkan anggota keluarga dalam proses penyembuhan dan perubahan. Tujuannya adalah untuk memperbaiki dinamika keluarga, memperkuat hubungan antara anggota keluarga, dan meningkatkan kesejahteraan individu serta keluarga secara keseluruhan. Terapi keluarga sering digunakan dalam konteks masalah mental, gangguan perilaku, dan konflik interpersonal di dalam keluarga.

Dalam terapi keluarga, terapis bekerja sama dengan semua anggota keluarga untuk mengidentifikasi pola komunikasi yang tidak sehat, konflik yang tidak diselesaikan, dan masalah lain yang mungkin memengaruhi kesejahteraan keluarga. Melalui proses ini, anggota keluarga belajar untuk saling mendengarkan, memahami, dan mendukung satu sama lain dalam menghadapi tantangan dan mengatasi masalah. Terapi keluarga juga dapat melibatkan pembelajaran keterampilan komunikasi yang efektif, pengembangan strategi pemecahan masalah, dan pembentukan ikatan emosional yang lebih kuat di antara anggota keluarga.

d) Terapi *Psychotherapy* interpersonal

Terapi Psikoterapi Interpersonal adalah pendekatan terapeutik yang berfokus pada hubungan antarpersonal dan interaksi sosial individu dalam konteks masalah psikologis atau emosional. Tujuannya adalah untuk membantu individu memahami dan mengatasi masalah

dalam hubungan mereka dengan orang lain, serta memperbaiki keterampilan dalam berinteraksi secara sehat dan membangun hubungan yang mendukung.

Dalam terapi psikoterapi interpersonal, terapis bekerja sama dengan klien untuk mengidentifikasi pola interaksi sosial yang tidak sehat atau konflikual, serta untuk memahami bagaimana masalah tersebut memengaruhi kesejahteraan psikologis mereka. Terapi ini sering digunakan untuk mengatasi masalah seperti kesulitan dalam hubungan romantis, masalah keluarga, kesulitan dalam berinteraksi dengan orang lain, atau penyesuaian terhadap perubahan hidup yang signifikan.

Selama sesi terapi, klien diberikan dukungan untuk mengidentifikasi dan mengeksplorasi perasaan, keyakinan, dan pola perilaku yang mendasari masalah interpersonal mereka. Terapis juga membantu klien dalam mengembangkan keterampilan komunikasi yang lebih efektif, memecahkan konflik secara konstruktif, dan membangun hubungan yang lebih memuaskan dan bermakna. Terapi Psikoterapi Interpersonal dapat membantu klien meningkatkan kualitas hubungan mereka dan merasa lebih puas dengan kehidupan sosial mereka secara keseluruhan.

(1) Electroconvulsive Therapy

Electroconvulsive Therapy (ECT), yang dikenal juga sebagai terapi elektrokonvulsif atau elektroshock, adalah prosedur medis

yang melibatkan pemberian kejutan listrik yang terkontrol secara hati-hati kepada otak, dengan tujuan memicu serangkaian kejang yang disengaja. ECT biasanya digunakan dalam pengobatan gangguan mental yang parah, terutama ketika kondisi tersebut tidak merespons dengan baik terhadap terapi atau obat-obatan lainnya.

Prosedur ini biasanya dilakukan di bawah pengawasan medis yang ketat dan anestesi umum untuk memastikan kenyamanan dan keselamatan pasien. Meskipun mekanisme persisnya belum sepenuhnya dipahami, ECT diyakini memiliki efek positif pada aktivitas neurotransmitter di otak, yang dapat mengurangi gejala gangguan mental seperti depresi berat atau episode manik pada gangguan bipolar.

ECT sering kali menjadi pilihan terapi yang efektif, terutama dalam situasi darurat ketika resiko keamanan pasien sangat tinggi atau ketika respons terhadap terapi lainnya tidak memuaskan. Meskipun terapi ini sering kali dikaitkan dengan stigma dan kontroversi, banyak penelitian telah menunjukkan bahwa ECT dapat membantu memperbaiki kualitas hidup individu yang menderita gangguan mental yang parah.

2) Terapi Farmakologi

Terapi farmakologi merupakan pendekatan pengobatan yang memanfaatkan obat-obatan untuk mengurangi gejala penyakit fisik atau

mental, serta mengontrol kondisi medis secara keseluruhan. Penggunaan obat-obatan ini bisa berupa pil, suntikan, krim, atau infus, tergantung pada jenis penyakit atau kondisi medis yang sedang diobati.

Dalam bidang kesehatan mental, terapi farmakologi kerap digunakan untuk mengobati gangguan seperti depresi, kecemasan, gangguan bipolar, atau skizofrenia. Obat-obatan yang digunakan untuk mengobati gangguan mental ini sering kali disebut sebagai psikotropika atau obat psikiatri. Biasanya, penggunaan obat-obatan ini dikombinasikan dengan terapi lain, seperti psikoterapi, guna mencapai hasil pengobatan yang optimal. Adapun jenis obatnya antara lain :

a) Mood Stabilizer

Mood stabilizer merupakan jenis obat yang dimanfaatkan dalam mengobati gangguan mood seperti gangguan bipolar. Tujuan dari obat ini adalah untuk menjaga keseimbangan mood, mengurangi fluktuasi yang ekstrem antara fase manik (mood tinggi) dan fase depresi (mood rendah) yang biasa terjadi pada penderita gangguan bipolar.

Mood stabilizer dapat bekerja melalui berbagai mekanisme di otak, termasuk mengatur aktivitas neurotransmitter tertentu atau mempengaruhi transmisi sinyal listrik di dalam sel-sel saraf. Contoh mood stabilizer yang sering digunakan mencakup lithium, valproic acid, carbamazepine, dan lamotrigine.

Penggunaan mood stabilizer umumnya dilakukan dalam jangka waktu yang panjang untuk mencegah munculnya fase manik atau

depresi baru, serta untuk mengurangi keparahan gejala. Terapi menggunakan mood stabilizer sering kali dikombinasikan dengan psikoterapi atau jenis obat lainnya, sesuai dengan kebutuhan khusus pasien dan tanggapan terhadap pengobatan.

b) *Selective Serotonin Reuptake Inhibitor (SSRI)*

Selective Serotonin Reuptake Inhibitor (SSRI) adalah kelompok obat yang digunakan untuk mengatasi gejala depresi sedang hingga berat. SSRI merupakan jenis obat antidepresan yang paling sering digunakan karena resiko terjadinya, efek samping yang ditimbulkan obat ini lebih rendah.

SSRI bekerja dengan cara meningkatkan kadar serotonin, yaitu zat kimia pembawa pesan di otak yang berperan penting dalam mengatur suasana hati, tidur, dan nafsu makan. SSRI mencegah serotonin terserap kembali ke dalam sel saraf sehingga kadar serotonin di dalam otak meningkat dan gejala depresi dapat berkurang. Selain untuk mengatasi depresi, obat yang termasuk kelompok antidepresan SSRI juga dapat untuk menangani kondisi lain, seperti gangguan cemas dan panik. Obat lain digunakan termasuk antipsikotik, benzodiazepine dan betablocker. Sama seperti semua pengobatan pada umumnya, pengobatan yang digunakan untuk mengobati bipolar juga dapat memiliki efek samping ringan hingga berat. Karena itu, tidak semua obat cocok digunakan pada setiap penyintas (Mental Health Amerika (MHA) 2017).

2. Konsep Halusinasi

a. Definisi Halusinasi

Halusinasi adalah terjadinya gangguan pada sistem sensori persepsi dimana pasien mengalami salah satu atau kelima panca indera yang salah tanpa adanya stimulus atau rangsangan yang nyata dari luar (Nikmah & Mariyati, 2023).

Halusinasi adalah distorsi palsu yang terjadi pada respons neurobiologis maladaptif. Klien sebenarnya mengalami distorsi sensorik sebagai hal yang nyata dan meresponnya. Pada halusinasi, tidak ada stimulus eksternal atau internal yang diidentifikasi. Pasien yang mengalami halusinasi pendengaran ditandai dengan mendengar suara bisikan atau melihat bayangan dan merasakan sesuatu melalui indera baik perabaan, penciuman, pengecap, penglihatan dan pendengaran serta mampu menimbulkan respon yang tidak sesuai (Suri Herlina et al., 2024)

b. Etiologi Halusinasi

Menurut (Oktaviani, 2022) halusinasi bisa disebabkan dari beberapa faktor seperti :

1) Faktor Perdisposisi

a) Faktor Perkembangan

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

b) Faktor Sosiokultural

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

c) Faktor Biologis

Ini mempengaruhi perkembangan gangguan mental. Kehadiran stres berlebihan yang dialami oleh orang-orang dalam tubuh menciptakan zat yang dapat halusiogen neurokimia. Sebagai akibat dari stres yang lebih lama yang menyebabkan akumulasi neurotransmitter otak.

d) Faktor psikologis

Jenis kepribadian lemah dan bertanggung jawab untuk memasuki zat adiktif yang kasar. Ini mempengaruhi ketidakmampuan klien untuk membuat keputusan yang tepat untuk masa depan. Untuk sesaat, pelanggan menyukai kegembiraan dan berlari dari dunia nyata ke ranah khayal.

e) Faktor sosial budaya

Termasuk pelanggan yang mengalami interaksi sosial pada tahap awal dan tenang, dan pelanggan berasumsi bahwa hidup di dunia nyata sangat berbahaya. Klien itu keren dalam halusinasinya, seolah-olah ia adalah tempat untuk memenuhi kebutuhan interaksi sosial, pengendalian diri dan harga diri yang tidak didapatkan dalam dunia nyata.

2) Faktor Peresipitasi

Faktor presipitasi merupakan stimulus yang dipersepsikan oleh individu sebagai tantangan, ancaman, atau tuntutan yang memerlukan energi ekstra untuk menghadapinya. Misalnya, serta rangsangan lingkungan, partisipasi klien dalam kelompok tidak diundang terlalu lama untuk melakukan objek di lingkungan, dan merupakan suasana yang tenang atau terisolasi, sering kali klien berhalusinasi. Ini dapat meningkatkan stres dan ketakutan yang mendorong tubuh untuk melepaskan halusinogen. Halusinasi berasal dari lima dimensi yaitu :

a) Demensi Fisik

Halusinasi dapat disebabkan oleh penyakit fisik seperti kelelahan luar biasa, penggunaan narkoba, demam delirium, kecanduan alkohol, dan tidur yang sulit.

b) Demensi Emosional

Perasaan ketakutan yang berlebihan berdasarkan masalah yang diremehkan adalah penyebab halusinasi. Halusinasi terjadi dalam bentuk perintah obsesif dan menakutkan. Klien tidak dapat lagi menentang pesanan sampai klien melakukan sesuatu untuk ditakuti di lingkungannya.

c) Demensia Intelektual

Aspek intelektual ini menjelaskan bahwa orang dengan umpan balik menunjukkan penurunan fungsi ego. Awalnya, halusinasi adalah upaya oleh ego itu sendiri untuk memerangi inplus tekanan, tetapi merupakan

masalah yang menarik perhatian keseluruhan klien dan sering menyebabkan kesadaran yang memungkinkan mereka untuk mengendalikan perilaku klien secara keseluruhan.

d) Dimensia Sosial

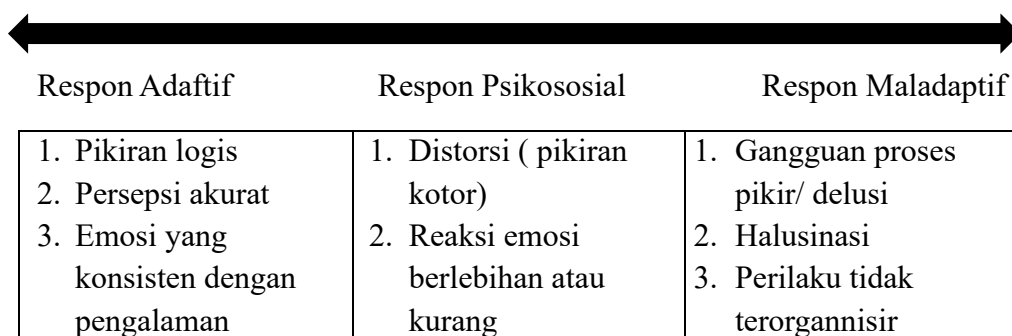
Klien mengalami interaksi sosial pada tahap awal dan menenangkan. Klien kami berasumsi bahwa hidup di dunia nyata sangat berbahaya. klien itu keren dalam halusinasinya, seolah-olah ia adalah tempat untuk memenuhi kebutuhan interaksi sosial, pengendalian diri dan harga diri yang tidak dilestarikan di dunia nyata.

e) Dimensia Spiritual

Secara spiritual, klien mulai berhalusinasi dalam kekosongan hidup, kehidupan sehari-hari tidak ada artinya, kehilangan kegiatan ibadah, dan jarang mencoba membersihkan diri. Saat bangun tidur, klien merasa hampa dan tidak jelas tujuan hidupnya. Individu sering berhasil dalam nasib mereka, tetapi menjadi rentan terhadap upaya mencari rezeki, dan menyalahkan orang lain dan lingkungan yang menyebabkan takdirnya memburuk.

c. Rentang Respon

Bagan 2.1 Rentang respon halusinasi



4. Perilaku sesuai 5. Terciptanya hubungan sosial	3. Perilaku aneh dan tidak biasa 4. Menarik diri	4. Isolasi sosial
---	--	-------------------

(Sumber: Yuanita, 2016)

Keterangan:

1) Respon Adaptif

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

2) Respon Psikososial meliputi

- a) Proses pikir terganggu : Proses pikir yang menimbulkan gangguan
- b) Ilusi: Penilaian yang salah tentang penerapan yang benar-benar terjadi (objek nyata) karena rangsangan panca indera.
- c) Emosi berlebih atau berkurang
- d) Perilaku tidak biasa: Sikap dan tingkah laku yang melebihi batas kewajaran.
- e) Menarik diri: Percobaan untuk menghindari interaksi dengan orang lain.

3) Respon maladaptif

- a) Kelainan pikiran: Keyakinan yang dipertahankan secara kokoh dipertahankan walaupun tidak diyakini oleh orang lain dan bertentangan dengan kenyataan sosial.
- b) Halusinasi: Persepsi sensori yang salah atau persepsi eksternal yang tidak nyata.
- c) Kerusakan proses emosi: Perubahan suatu yang timbul dari hati.
- d) Perilaku tidak terorganisir: suatu yang tidak teratur.
- e) Isolasi sosial: Kondisi kesendirian yang dialami oleh individu dan diterima sebagai ketentuan oleh orang lain dan sebagai suatu kecelakaan yang negatif mengancam.

d. Tanda Gejala

Menurut (Herman, 2011) dalam (Suhendra, 2021) tanda dan gejala halusinasi bisa dilihat dari data subjektif dan data objektif yaitu:

1) Data Subjektif

Berbicara atau tertawa sendiri, marah-marah tanpa sebab, mengarahkan telinga ke arah yang dituju menutup telinga, menunjuk-nunjuk ke arah tertentu, ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas, menghirup seperti mencium bau-bauan tertentu, sering meludah, muntah, dan menggaruk garuk permukaan kulit.

2) Data Objektif

Mendengar suara atau kegaduhan, suara mengajak bercakap-cakap, mendengar suara yang menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya,

Respon adaptif Respon Psikososial Respon maladaptive melihat bayangan, sinar bentuk geometris, bentuk kartun, hantu atau monster yang menakutkan, mencium aroma bau-bauan seperti bau darah, urine, atau feses, menyatakan ada serangga dipermukaan kulit, merasa seakan tersengat listrik.

e. Klasifikasi

Menurut (Pardede, 2021) ada beberapa jenis Halusinasi antara lain:

1) Halusinasi Pendengaran (Auditor)

Mendengar suara-suara yang berbicara, mengejek, menertawakan, mengancam, atau memberikan perintah untuk melakukan tindakan tertentu, terkadang bahkan yang bersifat berbahaya. Reaksi perilaku yang muncul meliputi mengarahkan telinga ke arah sumber suara, berbicara atau tertawa sendiri, merasa marah tanpa alasan yang jelas, menutup telinga, merapatkan bibir, serta melakukan Gerakan dengan tangan.

2) Halusinasi Penglihatan (Visual)

Stimulus visual dapat berupa pancaran cahaya, gambar, orang, atau pemandangan yang luas dan rumit, yang sering kali menimbulkan perasaan senang atau ketakutan. Reaksi perilaku yang mungkin terjadi termasuk fokus mata pada objek tertentu, menunjuk ke arah tertentu, dan merasa takut terhadap objek yang terlihat.

3) Halusinasi Penciuman (Olfaktori)

Mengalami aroma yang tidak sedap seperti bau busuk, amis, atau yang menjijikkan seperti darah, urine, atau feses, kadangkadang juga bisa

mencium aroma yang menyenangkan seperti parfum. Respon perilaku yang biasanya terjadi meliputi ekspresi wajah yang menunjukkan mencium, mengarahkan hidung ke arah tertentu, dan menutup hidung

4) Halusinasi Pengecapan (Gustatory)

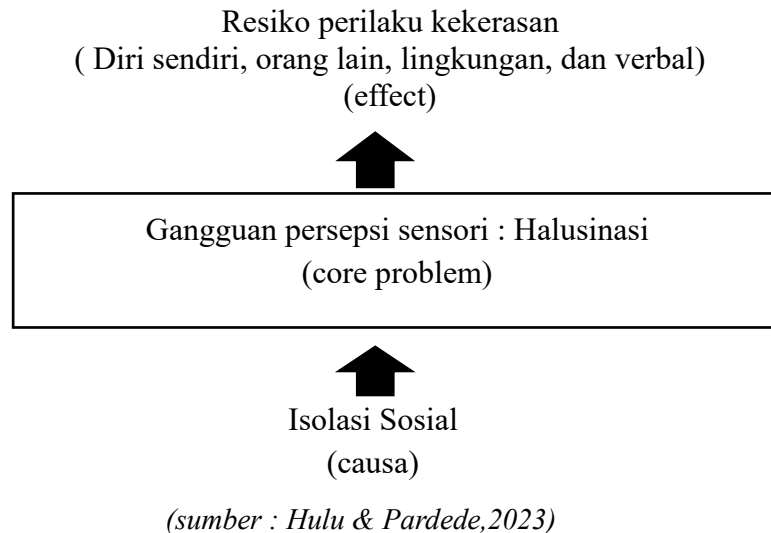
Merasakan rasa yang tidak sedap seperti busuk, amis, atau menjijikkan seperti rasa darah, urine, atau feses. Respon perilaku yang sering muncul mencakup mencicipi, Gerakan mulut seolah-olah mengunyah sesuatu, dan seringnya meludah atau muntah.

5) Halusinasi Perabaan (Taktil)

Merasakan sensasi tidak nyaman atau sakit tanpa adanya stimulus yang jelas, seperti merasakan sensasi listrik yang berasal dari tanah, benda mati, atau orang lain, atau merasa seperti ada yang menyentuh atau menggerayangi tubuh seperti tangan, binatang kecil, atau entitas gaib. Respon perilaku yang umum termasuk mengusap, menggaruk-garuk, atau merabaraba permukaan kulit, serta gerakan tubuh yang menunjukkan sensasi diraba atau disentuh.

f. Pohon Masalah

Bagan 2.2 pohon masalah halusinasi



g. Penatalaksanaan Halusinasi

Menurut (Akbar & Rahayu, 2021). penatalaksanaan medis pada pasien halusinasi pendengaran dibagi menjadi dua yaitu :

1) Terapi Farmakologi

a) Haloperidol

Klasifikasi : Antipsikotik, neuroleptik, butorifenon

Indikasi : Penatalaksanaan psikosis kronik dan akut, pengendalian hiperaktivitas dan masalah perilaku berat.

Mekanisme Kerja : Mekanisme kerja anti psikotik yang tepat belum terpenuhi sepenuhnya, tampak menekan susunan saraf pusat pada tingkat subkortikal formasi reticular otak, mesenfalon dan batang otak.

Kontraindikasi : Hipersensitivitas terhadap obat ini pasien depresi SSP dan sumsum tulang belakang, kerusakan otak subkortikal, penyakit parkinson dan anak usia dibawah 3 tahun.

Efek Samping : Sedasi, sakit kepala, kejang, insomnia, pusing, mulut kering dan anoreksi

b) Trihexypenidil (THP)

Klasifikasi : Antiparkinson

Indikasi : Segala penyakit parkinson, gejala ekstra berkaitan dengan obat antiparkinson.

Mekanisme Kerja : Mengoreksi ketidakseimbangan defisiensi dopamine dan kelebihan asetilkolin dalam korpus striatum, asetilkolin disekat oleh sinaps untuk mengurangi efek kolinergik yang berlebihan.

Kontraindikasi : Hipersensitivitas terhadap obat ini, glukoma sudut tertutup, hipertropi prostat pada anak dibawah usia 3 tahun.

Efek Samping : Mengantuk, pusing, disorientasi, hipotensi, mulut kering, mual dan muntah.

2) Penatalaksanaan keperawatan

- a) Terapi aktifitas kelompok (TAK) penatalaksanaan pada sesi 1-4 terapi aktivitas kelompok stimulasi persepsi dilakukan untuk menghardik halusinasi, stimulasi persepsi mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan, stimulasi persepsi mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dan stimulasi persepsi dengan patuh minum obat (Maulana et al., 2021)

b) Mengajarkan cara mengontrol halusinasi dengan Teknik strategi pelaksanaan (SP) kepada pasien halusinasi (Sianturi, 2022).

(1) Strategi pelaksanaan 1: mengenal masalah dalam merawat pasien, mengontrol halusinasi pasien dengan cara menghardik.

(2) Strategi pelaksanaan 2: melatih pasien halusinasi dengan melakukan kegiatan terjadwal.

(3) Strategi pelaksanaan 3: melatih pasien mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain.

(4) Strategi pelaksanaan 4: melatih pasien mengontrol halusinasi dengan lima cara benar minum obat

3. Konsep Resiko Perilaku Kekerasan

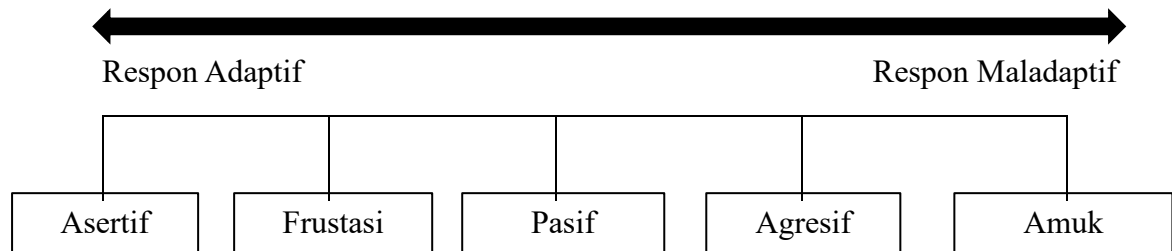
a. Definisi Resiko Perilaku Kekerasan

Resiko perilaku kekerasan merupakan suatu keadaan seseorang melakukan Tindakan yang dapat membahayakan secara fisik maupun verbal baik terhadap diri sendiri, orang lain, dan lingkungan, bentuk perilaku kekerasan yang dilakukan bisa amuk, bermusuhan yang berpotensi melukai, merusak baik fisik maupun kata-kata (Kio et al., 2020).

Berdasarkan pengertian diatas, dapat disimpulkan bahwa pengertian dari resiko perilaku kekerasan adalah respon maladaptive dimana pasien melakukan kekerasan yang disebabkan oleh ketidakmampuan pasien mengatasi stressor yang dialaminya sehingga menyebabkan kerugian baik terhadap pasien maupun orang lain (Zahro et al., 2022)

b. Rentang Respon

Bagan 2.3 Rentang respon Resiko Perilaku Kekerasan



Keterangan :

Asertif : Kemarahan yang diungkapkan tanpa menyakiti orang lain.

Frustasi : Kegagalan mencapai tujuan, tidak realitas/terhambat.

Pasif : Respons lanjutan yang pasien tidak mampu mengungkapkan perasaan.

Agresif : Perilaku destruktif tapi masih terkontrol,

Amuk : Perilaku destruktif yang tidak terkontrol.

c. Etiologi

Faktor yang mempengaruhi resiko perilaku kekerasan meliputi faktor predisposisi dan faktor presipitasi , yaitu :

1) Faktor Predisposisi

a) Teori Biologis.

(1) Neurologic Factor, beragam komponen dari sistem syaraf seperti synap, neurotransmitter, dendrit, axon terminalis mempunyai peran memfasilitasi atau menghambat rangsangan dan pesan - pesan yang akan mempengaruhi sifat agresif. Sistem limbic sangat terlibat

dalam menstimulasi timbulnya perilaku bermusuhan dan respon agresif.

- (2) Genetic Factor, adanya faktor gen yang diturunkan melalui orang tua, menjadi potensi perilaku agresif.
- (3) Circadian Rhythm (Irama sirkadian tubuh), memegang peranan pada individu, menurut penelitian pada jam-jam tertentu seperti menjelang masuk kerja dan berakhirnya pekerjaan sekitar jam 9 dan jam 13. Pada jam-jam tertentu orang lebih mudah stimulasi untuk bersifat agresif.
- (4) Biochemistry Factor (Faktor biokimia tubuh) seperti neurotransmitter di otak sangat berperan dalam penyampaian informasi melalui sistem persyarafan dalam tubuh, adanya stimulus dari luar tubuh yang dianggap mengancam dan membahayakan akan di antarkan melalui impuls neurotransmitter ke otak dan meresponya melalui serabut efferent. Peningkatan hormon androgen dan norepinephrine serta penurunan serotonin dan GABA pada cairan cerebrospinal vertebra dapat menjadi faktor predisposisi terjadinya perilaku agresif.
- (5) Brain Area Disorder, gangguan pada sistem limbik dan lobus temporal, sindroma otak organik, tumor otak, trauma otak, penyakit ensefalitis, epilepsi ditemukan sangat berpengaruh terhadap perilaku agresif dan tindak kekerasan

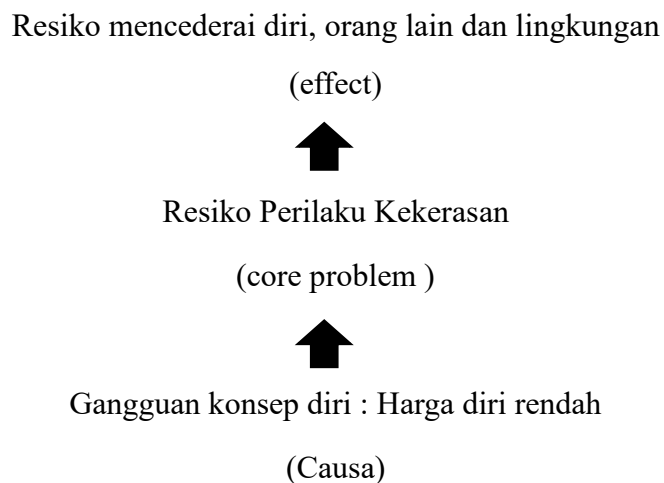
2) Faktor presipitasi

Faktor presipitasi ini berhubungan dengan stressor yang dapat menimbulkan perilaku kekerasan. Stressor yang timbul bisa disebabkan oleh faktor eksternal dan faktor internal. Faktor eksternal dapat berupa serangan fisik, kehilangan, kematian, dan lain lain. Faktor Internal dapat berupa kehilangan orang yang sangat dicintai, ketakutan dengan penyakit yang dialami, dan lain lain. Selain faktor eksternal dan internal, lingkungan yang tidak kondusif seperti tindak kekerasan dan penuh penghinaan akan memicu perilaku kekerasan (Sutejo, 2018).

d. Pohon Masalah

Bagan 2.4

Pohon Masalah Resiko Perilaku Kekerasan



(sumber : Feria, 2020)

e. Tanda dan Gejala Resiko Perilaku Kekerasan

Tanda dan gejala menurut Azizah (2016) adalah sebagai berikut:

1) Fisik

Muka merah dan tegang, mata melotot/ pandangan tajam, tangan mengepal, rahang mengatup, wajah memerah dan tegang, postur tubuh kaku, pandangan tajam, mengatup rahang dengan kuat, mengepal tangan dan jalan mondar mandir.

2) Verbal

Bicara kasar, suara tinggi, membentak/berteriak, mengancam secara verbal atau fisik, mengumpat dengan kata kotor, suara keras dan ketus

3) Perilaku

Melempar atau memukul benda/orang lain, merusak lingkungan dan amuk/agresif

4) Emosi

Tidak adekuat, tidak aman, rasa terganggu, dendam jengkel, tidak berdaya, bermusuhan, mengamuk, ingin berkelahi, menyalahkan dan juga menuntut

5) Intelektual

Mendominasi, cerewat, kasar, berdebat, meremehkan dan juga sarkasme

6) Spiritual

Merasa dirinya berkuasa, merasa dirinya benar, mengkritik pendapat orang lain, menyinggung perasaan orang lain, tidak peduli dan juga kasar

7) Social

Menarik diri, pengasingan, penolakan, kekerasan, ejekan dan sindiran

8) Perhatian

Perhatian bolos, mencuri, melarikan diri dan penyimpangan seksual.

f. Penatalaksanaan Resiko Perilaku Kekerasan

Penatalaksanaan medis pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan yaitu:

1) Farmakologi

Pasien dengan ekspresi marah perlu perawatan dan pengobatan mempunyai dosis efektif tinggi, contohnya: clorpromazine HCL yang berguna untuk mengendalikan psikomotornya.

2) Terapi okupasi:

Terapi ini sering diterjemahkan dengan terapi kerja. Terapi ini bukan pemberian pekerjaan atau kegiatan itu sebagai media untuk melakukan kegiatan dan mengembalikan kemampuan berkomunikasi, karena itu dalam terapi ini tidak harus diberikan pekerjaan tetapi segala bentuk kegiatan seperti membaca koran, main catur dapat pula dijadikan media yang penting setelah mereka melakukan kegiatan itu diajak berdialog atau berdiskusi tentang pengalaman.

3) Peran serta keluarga

Keluarga merupakan sistem pendukung utama yang memberikan perawatan langsung pada setiap keadaan (sehat sakit) pasien. Perawat membantu keluarga agar dapat melakukan lima tugas kesehatan, yaitu mengenal masalah kesehatan, membuat keputusan tindakan kesehatan,

memberi perawatan pada anggota keluarga, menciptakan lingkungan keluarga yang sehat, dan menggunakan sumber yang ada pada masyarakat.

4. Konsep Isolasi Sosial

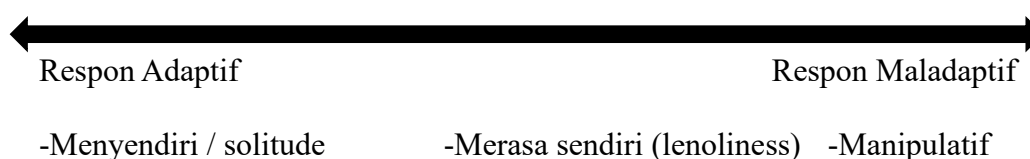
a. Definisi Isolasi Sosial

Isolasi sosial merupakan kondisi dimana pasien selalu merasa sendiri dengan merasa kehadiran orang lain sebagai ancaman. Penurunan produktifitas pada pasien menjadi dampak dari isolasi sosial yang tidak dapat ditangani (Ayu Candra Kirana, 2018). Oleh sebab itu Tindakan keperawatan yang tepat sangat dibutuhkan agar dampak yang ditimbulkan tidak berlarut.

Isolasi sosial merupakan mekanisme pertahanan individu terhadap orang lain dan lingkungan yang menimbulkan rasa cemas dengan cara menarik diri baik secara fisik maupun mental. Isolasi sosial dapat dipandang sebagai gangguan dalam interaksi sosial yang menjadi cara individu merespon terhadap ancaman dengan menghindari kontak dengan orang dan lingkungan. Isolasi sosial adalah usaha untuk menghindari komunikasi dengan orang lain akibat merasa kehilangan hubungan dekat dan tidak memiliki peluang untuk saling bertukar perasaan, pemikiran, serta kegagalan.(Agustina & Rafiyah, 2023).

b. Rentang Respon

Bagan 2.5 Rentang respon Isolasi Sosial



- Otonomi
- Menarik diri
- Impulsif
- Bekerjasama (Mutualisme)
- Tergantung
- Narcissism
- Saling tergantung (interdependent)

Keterangan:

1) Respon adaptif

Respon adaptif adalah respon individu dalam menyelesaikan masalah yang masih dapat diterima oleh norma sosial dan budaya yang umum berlaku, respon ini meliputi:

a) Menyendiri (Solitude)

Respon yang dilakukan individu dalam merenungkan hal yang telah terjadi atau dilakukan dengan tujuan mengevaluasi diri untuk kemudian menentukan rencana-rencana.

b) Otonomi

Kemampuan individu menentukan dan menyampaikan ide, pikiran, dan perasaan dalam hubungan sosial. Individu mampu menetapkan diri untuk independen dan pengaturan diri.

c) Kebersamaan (mutualisme)

Kondisi hubungan interpersonal dimana individu mampu untuk saling memberi dan menerima.

d) Saling ketergantungan (independen)

Suatu hubungan saling tergantung antar individu dengan orang lain dalam membina hubungan interpersonal.

2) Respon Maladaptif

Respon maladaptif adalah respon individu dalam menyelesaikan masalah dengan cara yang bertentangan dengan norma agama dan masyarakat.

Respon maladaptive tersebut antara lain :

a) Manipulasi

Gangguan sosial yang menyebabkan individu memperlakukan sebagai objek, dimana hubungan terpusat pada pengendalian masalah orang lain dan individu cenderung berorientasi pada diri sendiri. Sikap mengontrol digunakan sebagai pertahanan terhadap kegagalan atau frustrasi dan dapat digunakan sebagai alat berkuasa atas orang lain.

b) Impulif

Respon sosial yang ditandai dengan individu sebagai subjek yang tidak dapat diduga, tidak dapat dipercaya, tidak mampu merencanakan, tidak mampu belajar dari pengalaman dan tidak dapat melakukan penilaian secara objektif.

c) Narsisme

Respon sosial ditandai dengan individu memiliki tingkah laku egosentris, harga diri rapuh, berusaha mendapatkan penghargaan dan mudah marah jika tidak mendapat dukungan dari orang lain.

c. Etiologi

Menurut Mukhriyah Damaiyanti (2014) penyebab terjadinya isolasi sosial:

1) Faktor predisposisi

a) Faktor perkembangan

Keahlian membina hubungan yang sehat bergantung dari pengalaman sepanjang proses berkembang. Setiap sesi berkembang mempunyai tugas yang wajib dilalui orang dengan sukses, karena jika tugas perkembangan ini tidak diselesaikan, maka akan menghambat perkembangan berikutnya, kurangnya rangsangan dari keterikatan, perhatian dan kehangatan ibu kepada bayi menciptakan perasaan tidak aman yang dapat mengganggu pembangunan kepercayaan.

b) Faktor biologi

Ialah suatu faktor pendukung terjadinya gangguan jiwa, faktor genetik dapat mendukung respon sosial yang maladaptif dan nada bukti sebelumnya tentang keterlibatan neurotransmitter dalam gangguan ini, tetapi pada penelitian lebih lanjut diperlukan beberapa titik

c) Faktor sosial budaya

Hal tersebut dapat menjadi salah satu faktor penyebab terjadinya gangguan dalam membina hubungan saling percaya, misalnya anggota keluarga yang tidak produktif, keterasingan dari orang lain.

d) Faktor komunikasi dalam keluarga

Pola komunikasi keluarga juga dapat mengakibatkan kegagalan hubungan jika keluarga hanya membahas hal-hal negatif yang akan berkontribusi pada berkembangnya harga diri yang rendah pada anak

2) Faktor presipitasi

Menurut Stuart, (2016) Ada beberapa faktor presipitasi yang dapat menyebabkan seseorang mengisolasi diri. Faktor-faktor tersebut dapat berasal dari berbagai stressor antara lain:

a) Stressor Sosial budaya

Salah satu faktor stres sosial budaya adalah ketidakpastian dalam rumah tangga. Perceraian merupakan penyebab yang sering kali terjadi. Pergerakan yang tinggi dapat mengakibatkan pemisahan dalam keluarga besar, menghilangkan individu yang menjadi jaringan dukungan penting untuk setiap kelompok usia. Terjadi pengurangan interaksi antar generasi. Nilai-nilai tradisional, yang memberikan ikatan kuat dengan sejarah serta rasa identitas dalam komunitas besar, sering kali sulit untuk dipertahankan ketika keluarga terpecah. Minat terhadap etnis dan "budaya" mencerminkan usaha individu yang terasing untuk mengaitkan diri dengan identitas tertentu.

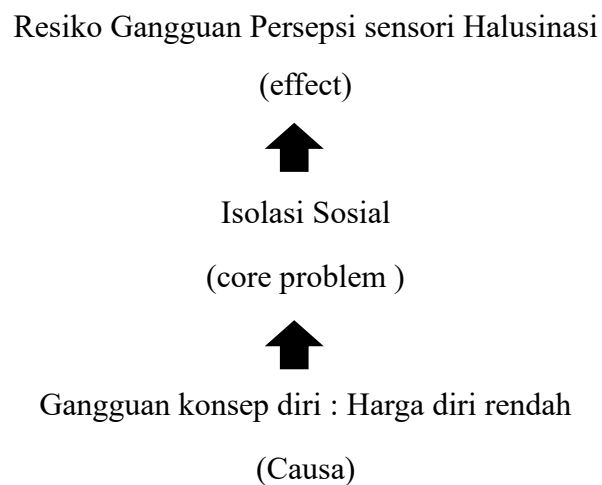
b) Stressor Psikologi

Tingkat kecemasan yang tinggi menyebabkan kesulitan dalam menjalin hubungan dengan orang lain. Gabungan kecemasan yang berlangsung lama atau terus-menerus dengan strategi penghadapan

yang kurang efektif dapat menimbulkan masalah hubungan yang signifikan. Individu yang menderita gangguan kepribadian ambang besar kemungkinan akan mengalami tingkat kecemasan yang menghalangi mereka dalam menghadapi situasi hidup yang membutuhkan peningkatan otonomi dan pemisahan, seperti menyelesaikan pendidikan, menikah, atau berkarier.

d. Pohon Masalah

Bagan 2. 6
Pohon masalah isolasi sosial



(sumber : Yosep & Sutini, 2014)

e. Tanda Dan Gejala

Tanda serta gejala dari isolasi sosial mencakup, kurangnya spontanitas, apatis (kecenderungan acuh terhadap lingkungan), ekspresi wajah yang tidak

ceria (menunjukkan kesedihan), afek yang datar, kurang menjaga dan memperhatikan kebersihan pribadi, sedikit atau tidak melakukan komunikasi verbal, menghindari interaksi dengan orang lain, menyendiri (mengisolasi diri), kurang peka terhadap lingkungan di sekelilingnya, gangguan dalam pola makan dan minum, penurunan aktivitas, serta perasaan rendah diri.(Agustina & Rafiyah, 2023)

1) Gejala subjektif

- a) Klien menceritakan perasaan kesepian atau ditolak oleh orang
- b) Klien merasa tidak aman berada dengan orang lain
- c) Respon verbal kurang dan sangat singkat
- d) Klien mengatakan hubungan yang tidak berarti dengan orang
- e) Klien merasa bosan dan lambat menghabiskan waktu
- f) Klien tidak mampu berkonsentrasi dan membuat keputusan
- g) Klien merasa tidak berguna

2) Gejala objektif

- a) Klien banyak diam dan tidak mau bicara
- b) Tidak mengikuti kegiatan
- c) Banyak terdiam dikamar
- d) Klien menyendiri dan tidak mau berinteraksi dengan orang terdekat
- e) Klien tampak sedih, ekspresi datar dan datar
- f) Kontak mata kurang

B. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan merupakan tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan proses sistematis dalam pengumpulan data dari sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status Kesehatan klien. Tahap pengkajian terdiri dari keluhan utama, pengumpulan data dan perumusan kebutuhan atau masalah pasien, data yang dikumpulkan meliputi data biologis, psikologis, sosial dan spritual, data pada pengkajian keperawatan jiwa dapat dikelompokkan menjadi faktor predisposisi, faktor presipitasi, penilaian terhadap stressor, sumber coping dan kemampuan coping yang dimiliki pasien.

- a. Identitas klien meliputi : nama, usia, jenis kelamin, agama, pendidikan, tanggal masuk, tanggal pengkajian, nomor rekam medis dan alamat.
- b. Identitas penanggung jawab meliputi : nama, usia jenis kelamin, agama, pendidikan ,alamat dan hubungan dengan klien.
- c. Alasan masuk : mengkaji apa yang menyebabkan klien datang ke fasilitas kesehatan, apa yang sebelumnya sudah dilakukan sebelum kefasilitas kesehatan dan bagaimana hasilnya.
- d. Faktor predisposisi : Kaji apakah sebelumnya klien pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu, bagaiman riwayat pengobatan apakah berhasil atau tidak.
- e. Riwayat peristiwa: kaji apakah klien di masa lalu pernah mengalami aniaya fisik, aniaya seksual, penolakan, kekerasan dalam keluarga dan tindakan

kriminal, sebagai pelaku, korban atau saksi dan sertakan pada usia berapa klien mengalami hal tersebut.

- f. Riwayat keluarga: kaji apakah di keluarga klien ada juga yang memiliki riwayat gangguan jiwa, apabila tanyakan bagaimana hubungan klien dengan orang tersebut, bagaimana gejalanya dan bagaimana riwayat pengobatannya.
- g. Pengalaman yang tidak menyenangkan : kaji apakah klien pernah mengalami pengalaman yang tidak menyenangkan seperti kehilangan, perpisahan, kematian atau trauma.
- h. Pemeriksaan fisik : kaji fisik klien dengan cara mengobservasi tanda-tanda vital, menimbang berat badan, dan tanyakan apakah klien ada keluhan fisik atau tidak
- i. Psikososial
 - 1) Genogram : kaji tentang keturunan klien minimal 3 generasi yang dapat menggambarkan hubungan klien dengan keluarga, masalah yang terkait dengan komunikasi, pengambilan keputusan dan pola asuh.
 - 2) Konsep diri
 - a) Citra tubuh : tanyakan persepsi klien terhadap tubuhnya, bagian tubuh mana yang disukai dan tidak disukai
 - b) Identitas diri : tanyakan kepada klien tentang posisi klien sebelum dirawat, kepuasan klien terhadap status dan posisinya (di sekolah, tempat kerja, kelompok), kepuasan klien sebagai laki-laki atau perempuan

- c) Peran : Tanyakan kepada klien bagaiman tugas atau peran yang diemban dalam keluarga atau kelompok atau masyarakat, dan kemampuan klien dalam melaksanakan tugas tersebut.
- d) Ideal diri : Tanyakan kepada klien tentang harapan terhadap tubuh, posisi peran, harapan klien terhadap lingkungan (keluarga, sekolah, tempat kerja, masyarakat), harapan klien terhadap penyakit.
- e) Harga diri : Tanyakan kepada klien tentang hubungan klien dengan orang lain, penilaian atau penghargaan orang lain terhadap diri dan kehidupannya.

3) Hubungan sosial

- a) Orang yang berarti: tanyakan kepada klien siapa orang terdekat dalam kehidupannya tempat mengadu, tempat bicara, minta bantuan atau sokongan.
- b) Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat: Tanyakan kepada klien kelompok apa saja yang diikuti dalam masyarakat.
- c) Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain : Tanyakan kepada klien sejauh mana terlibat dalam kelompok masyarakat.

4) Spiritual dan kultural :

- a) Nilai dan keyakinan : tanyakan kepada klien bagaiman pandangan dan keyakinan, terhadap gangguan jiwa sesuai dengan norma dan budaya dan agama yang dianut, pandangan masyarakat setempat tentang gangguan jiwa.

b) Kegiatan ibadah : Tanyakan kepada klien kegiatan ibadah dirumah secara individu dan kelompok, pendapat klien atau keluarga tentang kegiatan ibadah.

j. Statusmental

1) Penampilan

Kaji pemapilan klien dengan mengobservasi apakah penampilannya rapi, Penggunaan pakaian sesuai atau tidak, cara berpakaian sesuai atau tidak.

2) Pembicaraan

Amati pembicaraan yang ditemukan pada klien apakah cepat, keras, gagap, membisu, apatis atau lambat.

3) Aktivitas motoric

Observasi aktivitas yang ditunjukkan oleh klien seperti lesu, agitasi, TIK, grimase, tremor, kompulsif, dll.

4) Alam perasaan

Observasi bagaimana alam perasaan klien seperti sedih, putus asa, ketakutan, khawatir, dll.

5) Afek

Observasi bagaimana perasaan emosi yang ditunjukkan klien apakah dangkal/datar, tumpul, labil, tidak sesuai, dll.

6) Interaksi sela wawancara

Observasi bagaimana interaksi klien saat dilakukan wawancara apakah klien kooperatif, bermusuhan, kontak mata kurang, defensif, curiga, dll.

7) Persepsi

Observasi bagaimana persepsi klien, apakah terdapat halusinasi atau tidak, jika ya maka jelaskan isi halusinasi, frekuensi, gejala yang tampak pada saat klien halusinasi.

8) Proses pikir

Observasi bagaimana proses pikir klien saat diwawancara apakah sirkumtansial, tangensial, kehilangan asosiasi, flight of ideas, blocking, perseverasi, dll.

9) Isi pikir

Observasi bagaimana isi pikir klien pada saat diwawancara apakah obsesi, phobia, hipokondria, depersonalisasi, ide terkait, pikiran magis dll.

10) Tingkat kesadaran

Observasi bagaimana tingkat kesadaran klien pada saat diwawancara apakah bingung, sedasi, stupor dll.

11) Memori

Observasi pada saat diwawancara apakah klien dapat mengingat kejadian yang lebih satu bulan, minggu terakhir, atau klien tidak bisa sama sekali mengingat kejadian yang baru saja terjadi

12) Tingkat konsentrasi dan berhitung

Observasi pada saat wawancara apakah klien mudah teralihkan, tidak mampu berkonsentrasi, tidak mampu berhitung, dll.

13) Kemampuan penilaian

Pada pengkajian in klien diberi kesempatan untuk mengambil keputusan sederhana seperti disuruh untuk memilih mandi dulu atau makan dulu

14) Daya tilik diri / insight :

Observasi pada saat diwawancara bagaimana tanggapan klien terhadap penyakitnya apakah mengingkari, menyalahkan hal-hal diluar dirinya, dll.

k. Kebutuhan persiapan pulang

1) Makan.

Observasi dan tanyakan tentang frekuensi, jumlah, variasi, macam (suka/tidak suka /pantang) dan cara makan. Observasi kemampuan klien dalam menyiapkan dan membersihkan alat makan.

2) BAK / BAK

Observasi kemampuan klien untuk BAB/BAK , pergi menggunakan dan membersihkan WC, membersihkan diri dan merapihkan pakaian.

3) Mandi.

Observasi dan tanyakan tentang frekuensi, cara mandi, menyikat gigi, cuci rambut, gunting kuku, cukur, (kumis, jenggot dan rambut)

4) Berpakaian

Observasi kemampuan klien mengambil memilih dan mengenakan pakaian.

Observasi penampilan dandanan klien. Tanyakan dan observasi frekuensi ganti pakaian. Nilai kemampuan yang harus dimiliki klien seperti mengambil, memilih dan mengenakan pakaian

5) Istirahat dan tidur

Observasi dan tanyakan tentang lama dan waktu tidur siang dan malam, persiapan sebelum tidur, aktivitas sesudah tidur.

6) Penggunaan Obat

Observasi dan tanyaka kepada klien dan keluarga tentang penggunaan obat, frekuensi, jenis, dosis, waktu dan cara pemberian.

7) Pemeliharaan kesehatan

Tanyakan kepda klien dan keluarga tentang apa, bagaimana, kapan dan kemana perawatan lanjut. Siapa saja sistem pendukung yang dimiliki

8) Aktivitas dalam rumah

Tanyakan kemampuan klien seperti merencanakan, mengolah, dan menyajikan maknan. Merapihkan rumah. Mencuci pakaian sendiri. Mengatur kebutuhan biaya sehari-hari.

9) Aktivitas di luar rumah

Tanyakan kemampuan klien seperti belanja untuk keperluan sehari-hari. Dalam melakukan perjalanan mandiri dengan berjalan kaki, menggunakan kendaraan pribadi ,kendaraan umum.

1. Mekanisme koping

Kaji mekanisme koping yang digunakan klien apakah adaptif seperti bicara dengan orang lain, mampu menyelesaikan masalah , olahraga. atau maladaptif seperti minum alkohol, reaksi labat atau berlebih, bekerja berlebihan, menguindar, mencederai diri dll.

m. Masalah psikososial dan lingkungan

Kaji apakah klien memiliki masalah psikososial dan lingkungan seperti masalah dengan dukungan kelompok, lingkungan, pendidikan, pekerjaan, perumahan, ekonomi, pelayanan kesehatan dll.

n. Pengetahuan kurang tentang

Kaji apakah klien tau tentang penyakit jiwa, sistem pendukung, faktor presipitasi, penyakit fisik dll.

2. Analisa Data

Analisa data dengan melihat data subjektif dan objektif dapat menentukan permasalahan yang dihadapi pasien. Dan dengan memperhatikan pohon masalah dapat diketahui penyebab, effect dari masalah tersebut. Dari hasil analisa data inilah dapat ditentukan diagnosa keperawatan (Hasanah, 2019).

1) Halusinasi

a) Data subjektif

- (1) Mendengarkan suara-suara atau kegaduhan
- (2) Mendengarkan suara yang mengajak berbicara
- (3) Mendengar suara memerintah dan melakukan sesuatu yang berbahaya
- (4) Melihat bayangan, sinar, bentuk geometris, bentuk kartun, melihat hantu atau monster.
- (5) Mencium bau-bauan seperti bau darah, urin, feses, kadangkadang bau itu menyenangkan .
- (6) Merasakan rasa seperti darah, urin, feses, kadang-kadang bau itu menyenangkan.

- (7) Merasakan rasa seperti darah, urin atau feses.
- (8) Merasa takut atau senang dengan halusinasinya.
- (9) Mengatakan sering mendengar sesuatu pada waktu tertentu
- (10) saat sedang sendirian

b) Data Objektif

- (1) Bicara atau tertawa sendiri
- (2) Marah-marah tanpa sebab
- (3) Memalingkan muka ke arah telinga seperti mendengar sesuatu
- (4) Menutup telinga
- (5) Menunjuk-nunjuk ke arah tertentu
- (6) Ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas
- (7) Mencium sesuatu seperti sedang membau bau bau tertentu
- (8) Menutup hidung
- (9) Sering meludah
- (10) Muntah
- (11) Menggaruk-garuk permukaan kulit

2) Resiko Perilaku Kekerasan

a) Data Subjektif

- (1) Klien mengatakan sering marah
- (2) Klien melempar barang – barang
- (3) Klien mengatakan suka tempramen

b) Data Objektif

- (1) Klien selalu curiga saat didekati orang

(2) Klien tampak kesal saat melihat orang berkumpul

(3) Klien mudah tersinggung.

3) Isolasi Sosial

a) Data Subjektif

(1) Klien menceritakan perasaan kesepian atau ditolak oleh orang

(2) Klien merasa tidak aman berada dengan orang lain

(3) Respon verbal kurang dan sangat singkat

b) Data Objektif

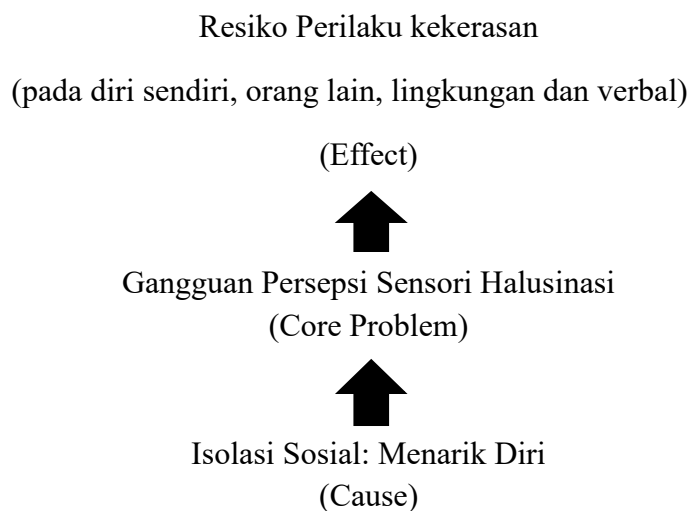
(1) Klien banyak diam dan tidak mau bicara

(2) Tidak mengikuti kegiatan

(3) Banyak terdiam dikamar

3. Pohon Masalah

Bagan 2.7 Pohon Masalah



(sumber : Damaiyanti & Iskandar, 2014)

4. Diagnosa Keperawatan

Menurut Sutejo (2018) berdasarkan data yang diperoleh, ditetapkan bahwa diagnosis keperawatan halusinasi adalah gangguan sensori persepsi: halusinasi. Karena yang mengalami gangguan yaitu pada sensorinya yang mempersepsikan suatu hal yang tidak nyata atau tidak ada objek nyata. Diagnosa keperawatan halusinasi pendengaran menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Terdapat beberapa masalah keperawatan yang mungkin muncul pada pasien dengan gangguan persepsi sensori diantaranya adalah :

- a. Gangguanpersepsi sensori: Halusinasi
- b. Resiko Perilaku Kekerasan
- c. Isolasi Sosial

5. Intervensi Keperawatan

Perawat kesehatan jiwa mengembangkan rencana asuhan yang menggambarkan intervensi untuk mencapai hasil yang diharapkan. Rencana asuhan digunakan untuk memandu intervensi terapeutik secara sistematis dan mencapai hasil pasien yang diharapkan (Yusuf et. al, 2015)

Tabel 2.1

Intervensi keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Perencanaan		Rasional
			Kriteria Hasil	Intervensi	
1.	Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran	TUM : Klien dapat mengontrol halusinasinya dengan cara menghardik TUK 1 : Klien dapat membina hubungan saling percaya	Setelah 1 x Pertemuan diharapkan klien dapat membina hubungan saling percaya dengan kriteria : 1. Ekspresi wajah bersahabat 2. Menunjukkan rasa senang 3. Ada kontak mata 4. Mau berjabat tangan 5. Mau menyebutkan nama 6. Mau menjawab salam 7. Klien mampu duduk berdampingan dengan perawat 8. Mau mengutarakan masalah dihadapi	Bina hubungan saling percaya dengan mengungkapkan prinsip komunikasi terapeutik : a. Sapa klien dengan ramah b. Perkenalkan diri dengan sopan c. Tanyakan nama lengkap klien dan nama panggilan yang disukai klien d. Jelaskan tujuan pertemuan e. Jujur dan menepati janji f. Tunjukkan sikap empati dan menerima klien apa adanya g. Beri perhatian klien dan perhatikan kebutuhan dasar klien	Hubungan saling percaya merupakan dasar untuk memperlancar interaksi yang selanjutnya akan dilakukan.

		TUK 2 : Klien dapat mengenali halusinasi yang dialaminya TUK 3 : Klien dapat mengontrol halusinasinya	Setelah dilakukan 2x pertemuan diharapkan pasien dapat menyetkan: 1. Isi, waktu, frekuensi, situasi pencetus, perasaan saat terjadi halusinasi. 2. Mampu memperagakan cara mengontrol halusinasi dengan menghardik	Sp 1 1. Bantu pasien mengenal halusinasinya a. Isi halusinasi b. Waktu terjadinya c. Frekuensi d. Situasi pencetus e. Perasaan saat terjadi halusinasi 2. Latih cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik. Tahdapan tindakan meliputi : a. Jelaskan cara menghardik b. Peragakan cara menghardik c. Minta pasien memperagakan ulang d. Pantau penerapan cara ini, beri penguatan perilaku pasien e. Masukkan dalam jadwal kegiatan pasien.	Dengan cara klien mengenali halusinasi yang dialaminya membuat klien merasa lebih paham terhadap penyakitnya yang dapat mempermudah tindakan keperawatan yang akan dilakukan kepada pasien oleh perawat Memberikan cara alternative lain yang dapat klien lakukan saat halusinasinya muncul.
--	--	---	--	---	--

			Setelah dilakukan 3x pertemuan diharapkan klien mampu : 1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan 2. Memperagakan cara bercakap-cakap dengan orang lain	SP 2 1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1) 2. Latih berbicara atau bercakap dengan orang lain saat halusinasi muncul 3. Masukkan dalam jadwal kegiatan pasien	Memberikan cara alternative lain yang dapat klien lakukan saat halusinasinya muncul.
			Setelah 4x pertemuan diharapkan pasien mampu: 1. Menyebutkan kegiatan yang udah dilakukan 2. Membuat jadwal kegiatan sehari-hari dan mampu memperagakannya	SP 3 1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP.1 dan SP.2) 2. Latih kegiatan agar halusinasinya tidak muncul 3. Susun jadwal aktivitas dengan aktivitas yang telah dilatih (dari bangun pagi sampai tidur malam) 4. Pantau pelaksanaan jadwal kegiatan, berikan penguatan pasien yang positif	Memberikan cara alternative lain yang dapat klien lakukan saat halusinasinya muncul.
			Setelah 5x pertemuan diharapkan pasien mampu:	SP 4 1. Evaluasi kegiatan yang lalu	Agar klien melaksanakan pengobatan sesuai

			1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan 2. Menyebutkan manfaat dari program pengobatan	2. Tanyakan program pengobatan 3. Jelaskan pentingnya penggunaan obat pada gangguan jiwa 4. Jelaskan apabila tidak menggunakan sesuai program 5. Jelaskan akibat putus obat 6. Jelaskan cara mendapatkan obat/ berobat 7. Latih pasien dalam minum obat 8. Masukkan dalam jadwal harian pasien	program dan berjalan sesuai rencana
2.	Resiko perilaku kekerasan	TUM: Klien dan keluarga mampu mengatasi atau mengendalikan resiko perilaku kekerasan	Setelah dilakukan 1x diharapkan klien dapat membina hubungan saling percaya dengan kriteria: 1. Klien mau membalas salam 2. Klien mau menjabat tangan 3. Klien mau menyebutkan nama 4. Klien mau tersenyum	Bina hubungan saling percaya dengan cara : 1. Beri salam atau nama klien sambil jabat tangan 2. Sebutkan nama perawat 3. Jelaskan maksud hubungan interaksi 4. Beri rasa aman dan sikap empati	Hubungan saling percaya merupakan dasar untuk memperlancar interaksi yang selanjutnya akan dilakukan.

			5. Klien mau kontak mata 6. Klien mengetahui nama perawat 7. Menyediakan waktu untuk kontrak	5. Lakukan kontak singkat tapi sering	
		TUK 1 : Pasien dapat membina hubungan saling percaya	Setelah dilakukan 2x pertemuan diharapkan klien mampu : 1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan 2. Memperagakan acra fisik 1 untuk mengontrol perilaku kekerasan	SP 1 1. Identifikasi penyebab, tanda dan gejala, serta akibat perilaku kekerasan 2. Latih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik 1 : Tarik apas dalam 3. Masukan dalam jadwal harian pasien	Memberi kesempatan kepada klien untuk mengungkapkan perasaannya dan mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan Membantu klien menggunakan cara yang dapat dilakukan untuk mengatasi perilaku kekerasan
		TUK 2 : Mengidentifikasi penebab dan tanda-tanda	Setelah dilakukan 3x pertemuan diharapkan klien mampu : 1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan	SP2 1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1) dan beri pujian 2. Latih cara fisik 2 : Pukul bantal/kasur 3. Masukan dalam jadwal harian klien	Membantu klien memilih cara lain untuk mengatasi perilaku kekerasan.

			2. Memperagakan ara fisik 2 untuk mengontrol perilaku kekerasan		
		TUK 3 : Klien dapat menyebutkan cara mengontrol perilaku kekerasan secara fisik, sosial verbal, spiritual, dan terapi psikofarmaka	Setelah dilakukan 4x pertemuan diharapkan klien mampu : 1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan 2. Memperagakan cara sosial atau verbal untuk mengontrol perilaku kekerasan	SP 3 1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1 & 2) 2. Latih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara sosial verbal atau verbal - Mengungkapkan marah dengan verbal - Menolak dengan baik - Meminta dengan baik 3. Masukan dalam jadwal kegiatan pasien	Membantu klie memilih cara lain untuk mengatasi perilaku kekerasan
		TUK 4 : Klien dapat menyebutkan cara mengontrol RPK secara spiritual	Setelah dilakukan 5x pertemuan diharapkan klien mampu : 1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan 2. Memperagakan cara spiritual untuk mengontrol perilaku kekerasan	SP 4 1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1, 2, & 3) 2. Latih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual : berdoa dan sholat	Membantu klien memilih cara untuk mengatasi perilaku kekerasan

				3. Masukan dalam jadwal harian pasien	
			Setelah dilakukan 6 kali pertemuan diharapkan klien mampu: 1) Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan 2) Memperagakan cara minum obat untuk mengontrol perilaku kekerasan	SP 5 1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1, SP 2, SP 3 dan SP 4) 2. Melatih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan meminum obat secara 3. Menganjurkan klien memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian	Agar klien dapat memiliki kesadaran pentingnya minum obat dan bersedia minum obat dengan kesadaran sendiri
3	Isolasi Sosial	TUM : Klien dan keluarga mampu mengatasi isolasi sosial TUK 1 : Pasien dapat membina hubungan saling percaya	Setelah 1x pertemuan diharapkan klien dapat membina hubungan saling percaya dengan kriteria : a. Ekspresi wajah bersahabat b. Menunjukan rasa senang c. Ada kontak mata d. Mau berjabat tangan e. Mau menyebut nama f. Mau menjawab salam	Bina hubungan saling percaya dengan mengungkapkan prinsip komunikasi terapeutik: a. Sapa klien dengan ramah baik verbal maupun non verbal b. Perkenalkan diri dengan sopan c. Tanyakan nama lengkap klien dan nama	Hubungan saling percaya merupakan dasar untuk memperlancar interaksi yang selanjutnya akan dilakukan.

			g. Klien mampu duduk berdampingan dengan perawat h. Mau mengutarakan masalah yang dihadapi	panggilan yang disukai klien d. Jelaskan tujuan pertemuan e. Jujur dan menepati janji f. Tunjukkan sikap empati dan menerima klien apa adanya g. Beri perhatian kebutuhan dasar klien	
		TUK 2: Pasien dapat menyebutkan penyebab menarik diri	1. Setelah 2 kali pertemuan diharapkan klien mampu membina hubungan saling percaya 2. Menyadari penyebab isolasi sosial keuntungan dan kerugian berinteraksi dengan orang lain 3. Melakukan interaksi dengan orang lain secara bertahap	SP. 1 1. Identifikasi penyebab: - Sapa yang satu rumah dengan pasien siapa yang dekat dengan pasien? Apa sebabnya - Siapa yang tidak dekat dengan pasien? Apa sebabnya? 2. Tanyakan keuntungan dan kerugian berinteraksi dengan orang lain - Tanyakan pendapat pasien tentang	Diketahuinya penyebab akan dapat dihuungkan dengan faktor presipitasi yang dialami oleh klien

		TUK 3: Klien mampu berinteraksi dengan orang lain		kebiasaan berinteraksi dengan orang lain - Tanyakan apa yang menyebabkan pasien tidak ingin berinteraksi dengan orang lain - Diskusikan keuntungan bila pasien memiliki banyak teman dan bergaul - Diskusikan kerugian bila pasien hanya mengurung diri dan tidak bergaul dengan orang lain - Jelaskan pengaruh isolasi sosial terhadap kesehatan fisik pasien 3. Latih berkenalan - Jelaskan kepada klien cara berinteraksi dengan orang lain	
--	--	---	--	---	--

				- Berikan contoh cara berinteraksi dengan orang lain - Beri kesempatan pasien mempraktekan cara berinteraksi perawat - Mulailah bantu pasien berinteraksi dengan satu orang teman/anggota keluarga - Beri pujian untuk setiap kemajuan interaksi - Masukkan jadwal kegiatan pasien	
				SP 2 1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP1) 2. Latih berhubungan sosial secara bertahap 3. Masukkan dalam jadwal kegiatan pasien	Klien harus dicoba berinteraksi secara bertahap agar terbiasa membina hubungan sehat dengan orang lain

6. Implementasi Keperawatan

Menurut Safitri (2019) Implementasi keperawatan adalah sejumlah kegiatan yang dilakukan oleh perawat dan membantu klien dengan masalah kesehatan kesehatan yang menjelaskan kriteria hasil yang diharapkan. Langkah-langkah intervensi keperawatan, klien menerima sehubungan dengan dukungan dan perawatan, dan menerima langkah-langkah dan langkah-langkah untuk meningkatkan kondisi dan pelatihan atau pelatihan untuk mencegah masalah kesehatan di masa depan. Dalam perawatan psikiatrik, perawat perlu mengembangkan rencana strategis implementasi untuk mempromosikan keperawatan psikiatrik. Ini sering disebut sebagai strategi untuk implementasi pasien. Strategi implementasi dikelilingi oleh komunikasi perawatan, dibagi menjadi fase arah, baik dalam fase kerja dan fase akhir..

Pelaksanaan tindakan keperawatan jiwa dilakukan berdasarkan Strategi Pelaksanaan (SP) yang sesuai dengan masing-masing masalah utama. Pada saat akan dilaksanakan tindakan keperawatan maka kontrak dengan klien dilaksanakan dengan menjelaskan apa yang akan dikerjakan dan peran serta klien yang diharapkan, dokumentasikan semua Tindakan yang telah dilaksanakan serta respon klien (Gasril, 2021).

7. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah kegiatan yang dilakukan terus menerus untuk menentukan apakah rencana perawatan efektif, bagaimana rencana keperawatan berlanjut, apakah rencana tersebut direvisi atau rencana perawatan telah selesai.

Selain itu, penilaian dilakukan untuk mengenali perkembangan kesehatan pasien. (Karina & Ginting, 2020) Evaluasi terbagi atas dua jenis, yaitu:

a. Evaluasi formatif

Evaluasi ini dilakukan segera setelah perawat mengimplementasikan rencana Keperawatan guna menilai keefektifan tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Perumusan evaluasi formatif ini meliputi empat komponen yang dikenal dengan istilah SOAP, yakni subjektif (data berupa keluhan klien), objektif (data hasil pemeriksaan), analisa data (perbandingan data dengan teori), dan Planning (perencanaan)

b. Evaluasi Sumatif

Evaluasi sumatif adalah penilaian yang dilakukan setelah semua kegiatan proses keperawatan telah selesai. Penilaian komprehensif ini dimaksudkan untuk menilai dan memantau kualitas perawatan. Metode yang dapat digunakan dalam jenis evaluasi ini adalah melakukan wawancara pada akhir layanan, menanyakan respon pasien dan keluarga terkait layanan keperawatan, mengadakan pertemuan pada akhir pelayanan.

8. Dokumentasi Keperawatan

Dokumentasi keperawatan merupakan salah satu tanda bukti berupa catatan yang didalamnya berisikan data-data penting yang valid dan diperlukan perawat saat menentukan diagnosa, data tersebut sangatlah penting untuk klien (pasien), perawat, maupun untuk tenaga kesehatan lainnya sebagai tanggung jawab perawat. (Duhaling et al, 2023). Salah satu model dokumentasi yaitu

catatan perkembangan yang dibuat oleh system kesehatan nasional kesehatan yang terlibat dalam perawatan klien, misalnya dengan format :

a. Subjektif (S)

Data yang diperoleh dari hasil wawancara berdasarkan pernyataan atau sudut pandang pasien

b. Objektif (O)

Data yang diperoleh dari hasil pengukuran atau hasil observasi perawat secara langsung pada klien dan yang dirasakan klien setelah dilakukan tindakan keperawatan.

c. Assesment (A)

Interpretasi dan data subjektif dan data objektif yang merupakan suatu penegakan masalah atau diagnosis keperawatan.

d. Planning (P)

Perencanaan Keperawatan yang akan dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi atau perencanaan keperawatan yang ditambahkan dari rencana keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya.

e. Implementation (I)

Implementasi adalah tindakan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan instruksi yang telah teridentifikasi dalam konsep perencanaan

f. Evaluation (E)

Evaluasi adalah respon klien setelah dilakukan tindakan keperawatan

g. Reassessment (R)

Reassessment adalah pengkajian ulang yang dilakukan terhadap perencanaan setelah diketahui hasil evaluasi

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Tinjauan Kasus

1. Pengkajian Keperawatan

a. Identitas pasien

Nama	: Ny. A
Umur	: 50 Tahun
Tanggal Lahir	: Bandung, 17 Desember 1975
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Islam
Pendidikan	: Sarjana
Status Perkawinan	: Cerai
Pekerjaan	: Tidak Bekerja
Alamat	: Cikalang Cileunyi
Tanggal masuk	: 15-03-2025
Tanggal Pengkajian	: 22-04-2025
No RM	: 6079
Diagnosa Medis	: Bipolar

b. Identitas penanggung jawab

Nama	: Ny. I
Umur	: 63 Tahun
Pendidikan	: Sarjana

Pekerjaan : Pensiunan
 Jenis Kelamin : Perempuan
 Hubungan Dengan Klien : Kakak
 Alamat : Cikalang Cileunyi

c. Alasan masuk

Klien datang ke Klinik Yayasan Nur Ilahi Assani Garut diantar oleh keluarganya, klien dibawa akibat marah marah. Klien mengatakan sering kali marah akibat tidak dibolehkan menikah lagi oleh ibunya. Selain itu klien mengatakan sering mendengar bisikan kakaknya yang memberi hadiah untuk dirinya, Sehingga klien sering mencari hadiah tersebut. Pada hari Selasa tanggal 22 April 2025 dilakukan pengkajian didapat hasil klien sudah jarang marah marah, akan tetapi klien masih sering mendengar bisikan kakak nya tanpa ada wujud yang sewaktu membuat klien sering mencari hadiahnya kesana kemari.

d. Faktor Predisposisi

1) Riwayat Gangguan Jiwa Dahulu

Klien mengatakan sudah mengalami gangguan jiwa dari 2015, dan pernah dirawat di Rumah Sakit Jiwa Cisarua Bandung.

2) Pengobatan Sebelumnya

Klien mengatakan pengobatan sebelumnya kurang berhasil karena klien tidak patuh minum obat secara teratur.

3) Aniaya Fisik

Klien mengatakan tidak pernah menjadi pelaku maupun korban penganiayaan

4) Aniaya Sex

Klien mengatakan tidak pernah menjadi pelaku maupun korban aniaya sex

5) Penolakan

Klien mengatakan tidak merasa ditolak keluarganya

6) Kekerasan dalam keluarga

Klien mengatakan pernah memarahi, menendang pintu dan mengancam ibunya dengan cara memukulinya karena tidak diperbolehkan menikah lagi

7) Riwayat Penyakit Keluarga

Klien mengatakan yang mengalami gangguan jiwa yaitu adiknya.

8) Riwayat Pengalaman Masalah

Klien mengatakan dirinya pernah di bully oleh tetangganya karena mengalami gangguan jiwa.

e. Faktor Presipitasi

Ny. A Seorang guru mengalami depresi akibat tidak diperbolehkan menikah lagi oleh ibunya.

f. Pemeriksaan Fisik

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

2) Tanda-Tanda Vital

TD : 120/80

N : 90 x/mnt

R : 20/mnt

3) Antropometri

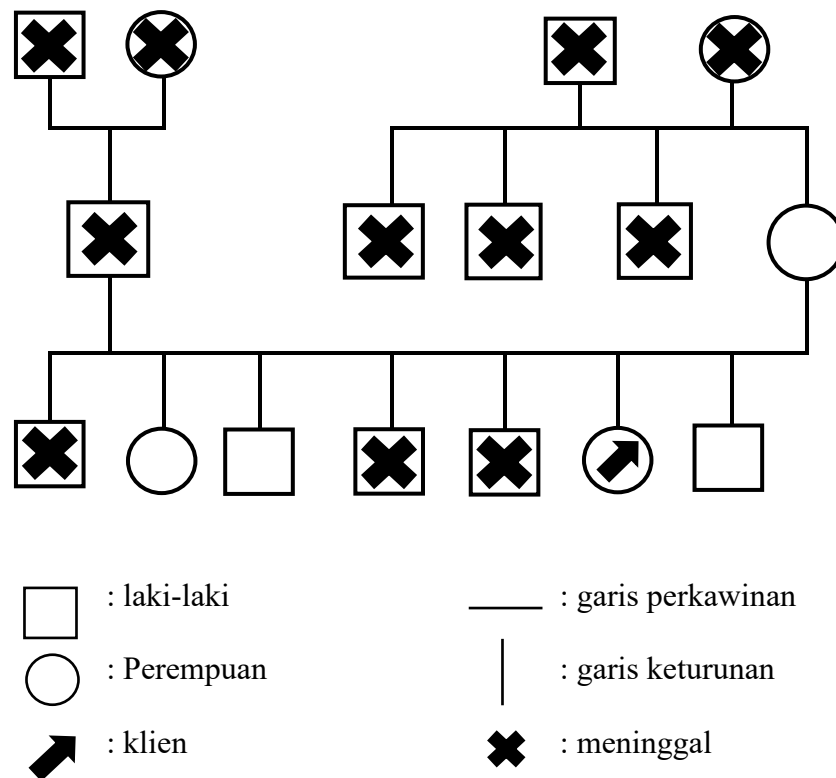
BB : 65 kg

TB : 159 cm

g. Psikososial

1) Genogram

Bagan 2.1 Genogram



2) Kosep Diri

a) Citra Tubuh

Pada saat dikaji klien menyukai anggota tubuhnya karena menurutnya anggota tubuh mempunyai fungsi yang sangat penting.

b) Identitas Diri

Klien mengatakan status dan posisinya sebelum dirawat di Klinik Rehabilitasi mental Nur Illahi Assanie adalah sebagai guru, klien adalah seorang perempuan dan mengatakan anak ke 6 pertama dari 7 bersaudara, klien puas dengan dirinya sebagai perempuan.

c) Peran Diri

Klien mengatakan suka melakukan aktivitas dirumahnya membantu pekerjaan rumah.

d) Ideal Diri

Klien mengatakan ingin cepat sembuh dan ingin pulang kerumah

e) Harga Diri

Klien tidak merasa malu walaupun semejak sakit

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah

3) Hubungan Sosial

a) Orang Paling Berarti

Pada saat dikaji klien mengatakan orang yang paling berarti adalah anaknya (karena anaknya yang selalu ada dan mendukung untuk kesembuhannya).

b) Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat

Klein mengatakan sebelum sakit sering ikut dalam kegiatan masyarakat seperti pengajian dan lain-lain. ketika di Yayasan Nur Illahi Assanie klien mengatakan suka ikutan kegiatan seperti pengajian , marawis , bermain game , dan lain-lain .

c) Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain

Semenjak klien sakit klien apabila diajak berbicara dengan orang lain kadang ngawur dan sering melamun.

4) Spiritual

a) Nilai dan keyakinan

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

b) Kegiatan ibadah

Klien mengatakan selalu melaksanakan sholat 5 waktu dan menurut pandangan islam mengenai ibadah itu wajib, serta pengajian seminggu dua kali dan suka shalat tahajud.

h. Status mental

1) Penampilan

Pada saat dikaji klien berpenampilan rapih, rambut rapih, baju rapih, kebersihan klien rapih.

2) Pembicaraan

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

3) Aktivitas motorik

Klien sering berjalan mondar mandir dan tampak bicara sendiri, klien dapat melakukan aktivitas sendiri tanpa bantuan orang lain.

4) Alam perasaan

Klien tampak merasa kesal dibawa kesini karena marah marah dan mendengar bisikan kakaknya yang memberi hadiah sehingga klien mencari hadiah tersebut.

5) Afek

Afek datar, emosi klien labil, tampak mengepal, ekspresi wajah marah, tatapan tajam.

6) Interaksi selama wawancara

Klien kooperatif, tatapan tajam, sering melamun klien mau mendengarkan dan mau menjawab semua pertanyaan dari perawat.

7) Persepsi

Pada saat pembicaraan klien tampak gelisah, tatapan tajam, klien mendengar suara bisikan kakak nya yang memberi hadiah sehingga klien mencari hadiah tersebut, suara itu muncul ketika sendiri pada siang atau malam hari.

Masalah keperawatan: gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran dan resiko perilaku kekerasan.

8) Proses berfikir

Klien mampu berfikir dan pembicaraan klien cukup dimengerti dengan baik, dapat menjawab pertanyaan perawat secara spontan.

9) Isi pikir

Klien tidak menunjukkan adanya kelainan isi pikir, klien ingin pulang berkumpul bersama anak dan kakak nya, serta ingin menggambar kartun.

10) Tingkat kesadaran berhitung

Pada saat wawancara klien terbukti saat diberi pertanyaan berhitung 500 dibagi 5 jawabannya 100 klien dapat menjawab dengan baik.

i. Mekanisme koping

1) Adaptif :

- a) Klien mampu berbicara dengan orang lain
- b) Klien mampu berolahraga
- c) Klien mampu beribadah

2) Maladaptif :

- a) Ketika ada masalah klien suka melamun dan menyendiri

j. Masalah Psikososial dan Lingkungan

1) Masalah dengan dukungan kelompok

Klien mengatakan ketika di Yayasan Nur Illahi tidak ada masalah

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 tidak ada masalah dalam Pendidikan dan klien mengatakan pendidikan sampai jenjang sarjana

4) Masalah dengan pekerjaan

Klien mengatakan sebelum-sebelumnya aman dengan pekerjaan , tetapi setelah sakitnya kambuh klien di bully tetangganya dan berhenti bekerja.

5) Masalah dengan perumahan

Klien mengatakan tinggal Bersama ibu, kakak, adik dan anaknya.

6) Masalah dengan ekonomi

Klien mengatakan berkecukupan karena kakanya pensiunan pns.

7) Masalah dengan pelayanan kesehatan

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

8) Kurang pengetahuan

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

k. Kebutuhan sehari-hari

1) Makan

Baik, klien makan 3xsehari sesuai yang dijadwalkan dengan nasi lauk pauk serta cemilan lainnya

2) BAB/BAK

Baik, klien mampu mengontrol bab dan bak sendiri tanpa bantuan orang lain dan dapat menggunakan wc sebagai tempat bab/bak.

3) Mandi

Baik, klien mandi 1x sehari secara mandiri, klien juga mampu menggunakan perlengkapan mandi seperti sabun, pasta gigi dan menggosok gigi.

4) Berpakaian/berhias

Klien berpakaian secara mandiri dan sesuai dengan yang ditetapkan ruangan

5) Istirahat tidur

Klien mengatakan tidur siang dari pukul 13:00-14:00 dan tidur malam jam 21:00-05:00

6) Penggunaan obat

Klien mengatakan selama dirawat selalu minum obat yang telah diberikan perawat.

7) Pemeliharaan kesehatan

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

8) Pengetahuan penyakit jiwa

Klien mengatakan dirinya mengetahui bahwa klien sedang mengalami gangguan kejiwaan.

1. Aspek medik

Tabel 3.1 Terapi Medik

No	Nama Obat	Dosis	Cara
1	Stelosi	5 mg 3x1	Oral
2	Hexamer	12 mg 3x1	Oral
3	Haloperidol	5 mg 3x1	Oral
4	Frimania	200 mg 2x1	Oral
5	Nazip	25 mg 1x1	Oral

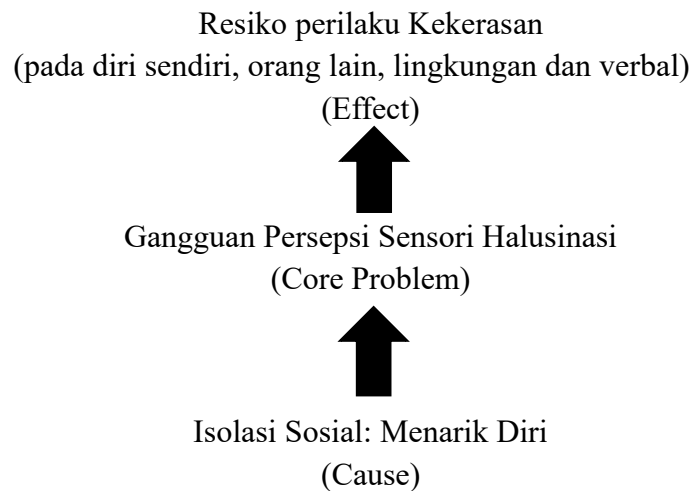
2. Analisa Data

Tabel 3.2 Analisa Data

No	Data	Masalah
1.	DS: 1) Klien mengatakan dirinya mendengar suara suara bisikan kakak nya yang memberi hadiah 2) Klien mengatakan suara muncul ketika sedang sendiri 3) Klien mengatakan suara itu muncul pada siang atau malam hari DO: 1) Klien sering mencari hadiahnya 2) Klien tampak melamun 3) Klien Tampak Tersenyum Sendiri	Gangguan persepsi sensori pendengaran
2.	DS: 1) Klien mengatakan merasa kesal dengan ibunya 2) Klien mengatakakan masih merasa kesal kepada tetangganya DO: 1) Klien tampak mengepal. 2) Tatapan klien tajam. 3) Klien tampak gelisah	Resiko Perilaku Kekerasan

3. Pohon Masalah

Bagan 3.2 Pohon Masalah



4. Diagnosa Keperawatan

- a. Gangguan persepsi sensori: Halusinasi pendengaran ditandai dengan:

DS:

- 1) Klien mengatakan dirinya mendengar suara suara bisikan kakak nya yang memberi hadiah
- 2) Klien mengatakan suara muncul ketika sedang sendiri
- 3) Klien mengatakan suara itu muncul pada siang atau malam hari

DO:

- 1) Klien sering mencari hadiahnya
- 2) Klien tampak melamun
- 3) Klien Tampak Tersenyum Sendiri

- b. Resiko Perilaku Kekerasan (pada diri sendiri, orang lain, lingkungan dan verbal) ditandai dengan:

DS:

- 1) Klien mengatakan merasa kesal dengan ibunya
- 2) Klien mengatakakan masih merasa kesal kepada tetangganya

DO:

- 1) Klien tampak mengepal.
- 2) Tatapan klien tajam.
- 3) Klien tampak gelisah

5. Intervensi Keperawatan

Tabel 3.3 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan Tujuan		Intervensi	Rasional
		Tujuan	Kriteria Evaluasi		
1	Gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran	TUM: Klien dapat mengontrol halusinasinya TUK 1: Klien dapat membina hubungan saling percaya TUK 2: Klien dapat mengontrol halusinasinya	Setelah 1 kali pertemuan diharapkan klien dapat membina hubungan saling percaya dengan kriteria hasil: 1) Ekspresi wajah bersahabat 2) Menunjukkan rasa senang 3) Ada kontak mata 4) Mau berjabat tangan 5) Mau menyebutkan nama 6) Mau menjawab salam	Bina hubungan saling percaya dengan mengungkapkan oprinsip komunikasi terapeutik: 1) Sapa klien dengan ramah, baik verbal maupun non verbal 2) Perkenalkan diri dengan sopan 3) Tanyakan nama lengkap klien dan nama panggilan yang klien sukai 4) Jelaskan tujuan pertemuan 5) Jujur dan menepati janji 6) Tunjukkan sikap empati dan menerima klien apa adanya	Hubungan saling percaya merupakan dasar untuk kelancaran hubungan interaksi selanjutnya.

		TUK 3: Klien dapat mengontrol halusinasinya	7) Klien mampu duduk berdampingan dengan perawat 8) Mau mengutarakan masalah yang dihadapi	7) Beri perhatian klien dan perhatikan kebutuhan dasar klien	
			Setelah dilakukan 2 kali pertemuan diharapkan klien dapat menyebutkan: 1) Isi waktu, frekuensi, situasi pencetus perasaan saat terjadi halusinasi 2) Mampu memperagakan cara mengontrol halusinasi dengan menghardik halusinasinya	SP 1 1) Bantu klien mengenal halusinanya: a. Isi halusinasi b. Waktu terjadi halusinasi c. Frekuensi terjadi halusinasi d. Situasi pencetus halusinasi e. Perasaan saat terjadi halusinasi f. Apa yang dilakukan klien pada saat halusinasi terjadi	Dengan cara klien mengenali halusinasi yang dialaminya membuat klien merasa lebih paham terhadap penyakitnya yang dapat mempermudah tindakan keperawatan yang akan dilakukan kepada klien oleh perawat

				2) Latih cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik. Tahapan tindakan meliputi: a. Jelaskan cara menghardik halusinasi b. Peragakan cara menghardik halusinas c. Minta bantuan klien memperagakan ulang cara menghardik halusinasi d. Pantau penerapan cara menghardik halusinasi dan beri penguatan perilaku kepada klien 3) Memasukkan dalam jadwal kegiatan pasien	Memberikan cara alternatif lain yang dapat klien lakukan saat halusinansinya muncul
		Setelah dilakukan 3 kali pertemuan diharapkan klien mampu:	SP 2: 1) Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1) 2) Latih berbicara atau bercakap dengan orang	Memberikan cara alternatif lain yang dapat klien lakukan saat halusinasinya muncul	

			1) Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan 2) Memperagakan cara bercakap-cakap dengan orang lain	lain saat halusinasi muncul 3) Masukkan dalam jadwal kegiatan klien	
			Setelah 4 kali pertemuan diharapkan klien mampu: 1) Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan 2) Membuat jadwal kegiatan sehari-hari dan mampu memperagakannya	SP3: 1) Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1 dan SP 2) 2) Latih kegiatan agar halusinasinya tidak muncul 3) Susun jadwal aktivitas sehari-hari sesuai dengan aktivitas yang telah dilatih (dari bangun pagi sampai tidur malam) 4) Pantau pelaksanaan jadwal kegiatan, berikan penguatan terhadap perilaku klien yang positif	Memberikan cara alternatif lain yang dapat klien lakukan saat halusinasinya muncul

			Setelah 5 kali pertemuan diharapkan klien mampu: 1) Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan 2) Menyebutkan manfaat dari program pengobatan	SP4: 1) Evaluasi kegiatan yang lalu 2) Tanyakan program pengobatan 3) Jelaskan pentingnya penggunaan obat pada gangguan jiwa 4) Jelaskan apabila tidak melakukan penggunaan obat sesuai program 5) Jelaskan akibat putus obat 6) Jelaskan cara mendapatkan obat/berobat 7) Latih klien dalam minum obat 8) Masukkan dalam jadwal harian klien	Agar klien melaksanakan pengobatan sesuai program dan berjalan sesuai rencana
2.	Resiko perilaku kekerasan	TUM: Klien mampu mengendalikan resiko perilaku kekerasan	Setelah dilakukan 1x diharapkan klien dapat membina hubungan saling percaya dengan kriteria:	Bina hubungan saling percaya dengan cara : 1) Beri salam atau nama klien 2) Sebutkan nama perawat sambil jabat tangan	Hubungan saling percaya merupakan dasar untuk memperlancar interaksi yang selanjutnya akan dilakukan.

		TUK 1: Klien dapat membina hubungan saling percaya TUK 2: Klien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan TUK 3: Klien dapat menyebutkan cara mengontrol perilaku kekerasan secara fisik, sosial verbal, spiritual dan terapi psikofarma	1) Klien mau membalas salam 2) Klien mau menjabat tangan 3) Klien mau menyebutkan nama 4) Klien mau tersenyum 5) Klien mau kontak mata 6) Klien mengetahui nama perawat 7) Menyediakan waktu untuk kontrak	3) Jelaskan maksud hubungan interaksi 4) Beri rasa aman dan sikap empati 5) Lakukan kontak singkat tapi sering	
			Setelah dilakukan 2x pertemuan diharapkan klien mampu : 1) Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan 2) Memperagakan acra fisik 1 untuk	SP 1 1) Identifikasi penyebab, tanda dan gejala, serta akibat perilaku kekerasan 2) Latih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik 1 : Tarik napas dalam	Memberi kesempatan kepada klien untuk mengungkapkan perasaannya dan mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan Membantu klien menggunakan cara yang

			mengontrol perilaku kekerasan	3) Masukan dalam jadwal harian pasien	dapat dilakukan untuk mengatasi perilaku kekerasan
			Setelah dilakukan 3x pertemuan diharapkan klien mampu : 1) Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan 2) Memperagakan ara fisik 2 untuk mengontrol perilaku kekerasan	SP2 1) Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1) dan beri pujian 2) Latih cara fisik 2 : Pukul bantal/kasur 3) Masukan dalam jadwal harian klien	Membantu klien memilih cara lain untuk mengatasi perilaku kekerasan.
			Setelah dilakukan 4x pertemuan diharapkan klien mampu : 1) Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan 2) Memperagakan cara sosial atau verbal untuk mengontrol perilaku kekerasan	SP 3 1) Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1 & 2) 2) Latih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara sosial verbal atau verbal - Mengungkapkan marah dengan verbal - Menolak dengan baik - Meminta dengan baik	Membantu klie memilih cara lain untuk mengatasi perilaku kekerasan

				3) Masukan dalam jadwal kegiatan pasien	
			Setelah dilakukan 5x pertemuan diharapkan klien mampu : 1) Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan 2) Memperagakan cara spiritual untuk mengontrol perilaku kekerasan	SP 4 1) Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1, 2, & 3) 2) Latih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual : berdoa dan sholat 3) Masukan dalam jadwal harian pasien	Membantu klien memilih cara untuk mengatasi perilaku kekerasan
			Setelah dilakukan 6 kali pertemuan diharapkan klien mampu: 1) Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan 2) Memperagakan cara minum obat untuk mengontrol perilaku kekerasan	SP 5 1) Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1, SP 2, SP 3 dan SP 4) 2) Melatih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan meminum obat secara 3) Menganjurkan klien memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian	Agar klien dapat memiliki kesadaran pentingnya minum obat dan bersedia minum obat dengan kesadaran sendiri

6. Implementasi Keperawatan

Tabel 3.4 Implementasi Keperawatan

Hari, tanggal, waktu	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi	Paraf
Rabu, 23 April 2025 Pukul 09.00	Gangguan persepsi sensori, halusinasi pendengaran	Membina hubungan saling percaya dengan mengungkapkan prinsip komunikasi terapeutik: 1) Menyapa klien dengan ramah baik verbal maupun non-verbal 2) Memperkenalkan diri dengan sopan 3) Menanyakan nama lengkap klien dan nam panggilan yang disukai klien 4) Menjelaskan tujuan pertemuan 5) Menepati janji dan jujur 6) Menunjukkan sikap empati dan menerima klien apa adanya 7) Memberi perhatian klien dan perhatikan kebutuhan dasar klien	S: 1) Klien menjawab salam 2) Klien menyebutkan Namanya 3) Klien mengutarakan masalah yang dihadapinya O: 1) Ekspresi wajah bersahabat 2) Ada kontak mata 3) Mau menjabat tangan A: Bina hubungan saling percaya tercapai P: Lanjutkan SP 1 Mengidentifikasi halusinasi dan melatih cara mengontrol halusinasi dengan menghardik	Yuba
Rabu, 23 April 2025		SP 1 1) Membantu klien mengenal halusinanya: a. Isi halusinasi	S: Klien menyebutkan isi, waktu, frekuensi, situasi, pencetus dan perasaan saat terjadi halusinasi	Yuba

Hari, tanggal, waktu	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi	Paraf
Pukul 10.00		b. Waktu terjadi halusinasi c. Frekuensi terjadi halusinasi d. Situasi pencetus halusinasi e. Perasaan saat terjadi halusinasi f. Apa yang dilakukan klien pada saat halusinasi terjadi 2) Melatih cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik. Tahapan tindakan meliputi: a. Menjelaskan cara menghardik halusinasi b. Memperagakan cara menghardik halusinas c. Minta bantuan klien memperagakan ulang cara menghardik halusinasi d. Memantau penerapan cara menghardik halusinasi dan beri penguatan perilaku kepada klien 3) Memasukkan dalam jadwal kegiatan pasien	O: Klien mampu memperagakan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik A: Gangguan persepsi sensori: Halusinasi Pendengaran P: 1) Evaluasi SP 1 2) Lanjutkan SP 2, melatih cara mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain	

Hari, tanggal, waktu	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi	Paraf
Kamis, 24 April 2025 Pukul 13.15		SP 2: 1) Mengevaluasi kegiatan yang lalu (SP 1) 2) Melatih berbicara atau bercakap dengan orang lain saat halusinasi muncul 3) Memasukkan dalam jadwal kegiatan klien	S: Klien menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan O: 1) Klien tampak memperagakan cara bercakap-cakap dengan orang lain 2) Klien tampak sering mengobrol dengan perawat A: Bercakap-cakap dengan orang lain tercapai P: 1) Evaluasi SP 1 dan SP 2 2) Lanjutkan SP 3, mengontrol halusinasi dengan cara melakukan aktivitas terjadwal	Yuba
Kamis, 24 April 2025 Pukul 16.00		SP 3: 1) Mengevaluasi kegiatan yang lalu (SP 1 dan SP 2) 2) Melatih kegiatan agar halusinasinya tidak muncul	S: Klien menyebutkan jadwal sehari-harinya O: 1) Klien tampak membuat jadwal kegiatan sehari-harinya	Yuba

Hari, tanggal, waktu	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi	Paraf
		3)Menyusun jadwal aktivitas sehari-hari sesuai dengan aktivitas yang telah dilatih (dari bangun pagi sampai tidur malam) 4)Memantau pelaksanaan jadwal kegiatan, berikan penguatan terhadap perilaku klien yang positif	2) Klien dapat melakukan aktivitas sesuai jadwal yang dibuat A: Melakukan aktivitas sesuai jadwal tercapai P: 1) Evaluasi SP 1, SP 2 dan SP 3 2) Lanjutkan SP 4, patuh obat	
Jumat, 24 April 2025 Pukul 09.10		SP 4: 1)Mengevaluasi kegiatan yang lalu 2)Menanyakan program pengobatan 3)Menjelaskan pentingnya penggunaan obat pada gangguan jiwa 4)Menjelaskan apabila tidak melakukan penggunaan obat sesuai program 5)Menjelaskan akibat putus obat 6)Menjelaskan cara mendapatkan obat/berobat 7)Melatih klien dalam minum obat 8)Memasukkan dalam jadwal harian klien	S: 1) Klien menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan 2) Klien menyebutkan manfaat dari program pengobatan O: 1) Klien tampak memperhatikan saat diberi penjelasan 2) Klien tampak paham manfaat pengobatan A: Patuh Obat tercapai P: Intervensi dihentikan dan lakukan evaluasi SP 1, 2, 3 dan 4	Yuba

Hari, tanggal, waktu	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi	Paraf
Sabtu, 26 April 2025 Pukul 09.00	Resiko perilaku kekerasan	Bina hubungan saling percaya dengan cara: 1)Memberi salam atau sapa nama klien 2)Menyebutkan nama perawat sambil menjabat tangan klien 3)Menjelaskan maksud hubungan interaksi 4)Memberi rasa aman dan sikap empati 5)Melakukan kontak singkat tapi sering	S: 1) Klien membalas salam 2) Klien menyebutkan nama klien 3) Klien menyebutkan nama perawat 4) Klien mengatakan bersedia untuk kontak waktu O: 1) Klien mau menjabat tangan 2) Klien mau senyum 3) Klien melakukan kontak mata A: Bina hubungan saling percaya tercapai P: Lanjutkan SP 1: latihan fisik 1	Yuba
Sabtu, 26 April 2025 Pukul 11.00		SP 1: 1) Mengidentifikasi penyebab, tanda dan gejala, serta akibat perilaku kekerasan 2)Melatih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik 1: Tarik napas dalam	S: Klien menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan O: 1) Klien memperhatikan pada saat dilatih cara fisik 1	Yuba

Hari, tanggal, waktu	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi	Paraf
		3)Memasukkan dalam jadwal harian klien	2) Klien mampu memperagakan cara disik 1 A: Latih tarik nafas dalam tercapai P: 1) Evaluasi SP 1 2) Lanjutkan SP 2: latihan fisik 2	
Senin, 28 April 2025 Pukul 13.30		SP 2: 1)Mengevaluasi kegiatan yang lalu (SP 1) 2)Melatih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik 2: pukul Kasur, bantal atau guling 3)Masukkan dalam jadwal kegiatan klien	S: 1) Klien mengatakan sudah bisa memperagakan cara fisik 2 2) klien mengatakan sudah menggunakan cara fisik 2 untuk mengontrol perilaku kekerasan O: 1) klien tampak memperhatikan pada saat dilatih cara fisik 2 2) klien mampu memperagakan cara fisik 2 A: Latih pukul bantal tercapai P: 1) Evaluasi SP 1 dan SP 2	Yuba

Hari, tanggal, waktu	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi	Paraf
			Lanjutkan SP 3: mengontrol perilaku kekerasan dengan sosial dan verbal	
Senin, 28 April 2025 Pukul 16.15		SP 3: 1)Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1 dan SP 2) 2)Latih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara sosial atau verbal: a. Mengungkapkan marah dengan verbal b. Menolak dengan baik c. Meminta dengan baik 3)Memasukkan dalam jadwal kegiatan klien	S: 1) Klien menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan 2) Klien mengatakan sudah bisa memperagakan cara sosial dan verbal O: 1) Klien tampak memperhatikan saat dilatih cara sosial dan verbal 2) Klien mampu mengungkapkan rasa marah secara verbal 3) Klien mampu meminta dan menolak dengan baik A: Meminta/menolak dengan baik tercapai P: 1) Evaluasi SP 1, SP 2 dan SP 3 2) Lanjutkan SP 4: mengontrol perilaku kekerasan dengan spiritual	Yuba

Hari, tanggal, waktu	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi	Paraf
Selasa, 29 April 2025 Pukul 10.00		SP 4: 1) Mengevaluasi kegiatan yang lalu (SP 1, SP 2 dan SP 3) 2) Melatih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual seperti berdoa dan shalat 3) Memasukkan dalam jadwal kegiatan klien	S: Klien mengatakan mampu menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan O: 1) Klien mampu meminta dengan baik 2) Klien mampu menolak dengan baik 3) Klien mampu mengungkapkan marah A: Berdoa dan shalat tercapai P: 1) Evaluasi SP 1, SP 2, SP 3 dan SP 4 2) Lanjutkan SP 5: Patuh Obat	Yuba
Selasa, 29 April 2025 Pukul 13.00		SP 5: 1) Mengevaluasi kegiatan yang lalu (SP 1, SP 2, SP 3 dan SP 4) 2) Melatih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara patuh obat a. Meminum obat secara teratur dengan menggunakan prinsip 6 benar	S: 1) Klien mengatakan tahu kegiatan yang sebelumnya dilakukan 2) Klien mengatakan mengetahui cara minum obat untuk mengontrol perilaku kekerasan O: 1) Klien mampu melakukan minum obat secara teratur	Yuba

Hari, tanggal, waktu	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi	Paraf
		b. Menyusun jadwal minum obat secara teratur 3)Memasukkan dalam jadwal harian klien	2) Klien tampak minum obat secara mandiri A: Meminum obat secara teratur tercapai P: Intervensi dihentikan dan lakukan evaluasi SP 1, 2, 3, 4 dan 5	

7. Catatan Perkembangan

Tabel 3.5 Catatan Perkembangan

Hari, tanggal, waktu	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan	Paraf
Rabu, 30 April 2025 Pukul 13.00	Gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran	S: Klien mengatakan jarang mendengar suara suara bisikan kakaknya yang memberikan hadiah O: 1) Klien tampak tenang 2) Klien tampak melamun apabila sendiri 3) Klien tampak senyum sendiri A: Masalah teratasi sebagian P: 1) Membina hubungan saling percaya (BHSP) 2) Membantu klien mengenal halusinanya dengan mengidentifikasi penyebab, isi 3) Mengajarkan klien cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik (SP 1) 4) Mengajarkan klien cara mengontrol halusinasi dengan cara melatih bercakap dengan orang lain (SP 2) 5) Mengajarkan klien cara mengontrol halusinasi dengan cara melakukan aktivitas terjadwal (SP 3) 6) Mengajarkan klien cara mengontrol halusinasi dengan cara program pengobatan (SP 4)	Yuba

Hari, tanggal, waktu	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan	Paraf
		E: 1) Halusinasi klien berkurang 2) Klien tampak tenang 3) Klien mampu mengatakan dan memperagakan cara yang sudah diajarkan untuk mengontrol halusinasi dan klien juga menerapkannya R: Lanjutkan intervensi	
Kamis, 1 Mei 2025 Pukul 09.00	Resiko perilaku kekerasan	S: Klien mengatakan sering merasa kesal apabila mendengar suara-suara yang mirip dengan kakaknya yang selalu berkomentar buruk terhadap kehidupannya O: 1) Klien tampak terlihat kesal 2) Klien tampak sering mondar-mandir 3) Klien terkadang menjauhi orang lain A: Masalah teratasi sebagian P/1: 1) Membina hubungan saling percaya (BHSP) 2) Membantu klien mengidentifikasi penyebab, akibat	Yuba

Hari, tanggal, waktu	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan	Paraf
		3) Mengajarkan klien cara mengontrol halusinasi dengan cara latihan fisik 1: Tarik napas dalam (SP 1) 4) Mengajarkan klien cara mengontrol halusinasi dengan cara latihan fisik 2: memukul bantal, guling atau Kasur (SP 2) 5) Mengajarkan klien cara mengontrol halusinasi dengan cara sosial atau verbal: meminta dengan baik, menolak dengan baik (SP 3) 6) Mengajarkan klien cara mengontrol halusinasi dengan cara spiritual: berdoa dan beribadah (SP 4) 7) Mengajarkan klien cara mengontrol halusinasi dengan cara patuh obat (SP 5) E: 1) Klien jarang terlihat kesal 2) Klien sering bergabung dengan pasien lain 3) Klien dapat menyebutkan dan menerapkan semua cara yang sudah diajarkan untuk mengontrol halusinasi dan menerapkannya R: Lanjutkan intervensi	

B. Pembahasan

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada Ny. A dengan gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran akibat bipolar di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Ilahie Assani Samarang, Garut mulai tanggal 21 April 2025 – 3 Mei 2025. Maka pada bab ini penulis akan menguraikan tentang adanya kesesuaian maupun kesenjangan yang terdapat pada teori, fakta dan lapangan.

Pada pembahasan ini sesuai dengan tahapan asuhan keperawatan mulai dari pengkajian, merumuskan diagnosa, merumuskan rencana tindakan, pelaksanaan tindakan, evaluasi keperawatan dan catatan perkembangan

1. Tahap Pengkajian

Pada tahap pengkajian, dilakukan untuk mengumpulkan data mengenai klien, mencakup data baik bersifat subjektif maupun objektif. data subjektif diperoleh melalui wawancara langsung dengan klien serta anggota tim kesehatan lainnya, sedangkan data objektif didapatkan dari observasi langsung dan penilaian terhadap klien.

Dalam proses pengumpulan data, penulis menerapkan teknik komunikasi terapeutik yang meliputi pendekatan kepada klien (bina hubungan saling percaya). Pendekatan ini mencakup wawancara dan observasi. Pada fase ini, tidak semua masalah keperawatan yang terdapat dalam tinjauan teoritis relevan dengan kasus Ny. A, karena penulis menentukan diagnosa berdasarkan data dari hasil pengkajian.

Pada awal pengkajian, penulis tidak menemui kendala, karena penulis telah melakukan pengenalan diri dan menjelaskan tujuan, yakni memberikan

asuhan keperawatan kepada pasien, sehingga pasien bersikap terbuka dan bersedia bekerja sama.

Data yang diperoleh menunjukkan bahwa klien datang ke klinik rehabilitasi mental diantar oleh keluarganya setelah mengalami marah-marah terhadap ibunya yang tidak memenuhi keinginannya untuk menikah lagi. Ketika dilakukan pengkajian pada tanggal 22 April 2025, Klien mengeluh bahwa dia mendengar bisikan kakanya yang memberi hadiah untuk dirinya, dan suara tersebut muncul saat sendiri, yang mengganggu ketenangannya.

Dalam aspek tanda dan gejala menurut kajian pustaka yang ditulis oleh suhendar (2021), perilaku pasien yang berkaitan dengan halusinasi termasuk berbicara sendiri, tertawa, dan tersenyum tanpa alasan, menggerakkan bibir tanpa mengeluarkan suara, menarik diri dari interaksi sosial, melakukan tindakan merusak diri sendiri, terhadap orang lain dan lingkungannya, kesulitan dalam membedakan antara kenyataan dan khayalan, menunjukkan ekspresi wajah yang tegang dan mudah tersulut emosi, terlihat jengkel dan marah ketakutan, serta sering mengalami disorientasi mengenai waktu, tempat, dan identitas seseorang, tidak dapat merawat diri dan tidak menjalankan aktivitas sehari-hari.

Dari berbagai kesenjangan yang ditemukan dalam tinjauan pustaka, dapat disimpulkan bahwa ada sejumlah perilaku yang muncul dalam kasus yang ditelaah, yang konsisten dengan teori damaiyanti (2014) mengenai tanda dan gejala halusinasi pada pasien adalah sebagai berikut:

a. Melamun

Pada saat diruangan didapatkan pasien cenderung menyendiri dan kemudian melamun.

b. Menarik diri dari orang lain

Pada saat diruangan pasien tampak cenderung menyendiri.

c. Bertindak merusak diri, orang lain dan lingkungan

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

d. Mudah tersinggung

Klien cenderung mudah tersinggung.

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

2. Tahap Diagnosa

Setelah dilakukan pengkajian, kemudian penulis merumuskan diagnosa yang muncul pada Klien Ny. A dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran. Adapun diagnosa yang ditemukan pada Ny. A adalah:

a. Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran

Berdasarkan analisa kasus pada Ny. A penulis menegakkan diagnosa keperawatan gangguan persepsi sensor: halusinasi pendengaran karena pada saat dikaji klien mengatakan sering mendengar suara kakaknya yang

memberikannya hadiah tanpa ada wujud. Selain itu alasan pengangkatan diagnosa ini berdasarkan pohon masalah dari teori yang dikemukakan oleh Damaiyanti & Iskandar (2014) bahwa diagnosa keperawatan tersebut merupakan *core problem* dimana data yang paling menonjol menunjukkan masalah gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran yang juga menjadi masalah prioritas untuk ditangani pertama kali.

b. Resiko Perilaku Kekerasan

Berdasarkan analisa kasus pada Ny. A penulis menegakkan diagnose keperawatan resiko perilaku kekerasan karena pada saat pengkajian klien mengatakan klien sering merasa kesal akibat gejala halusinasinya sehingga ibunya tidak memperbolehkannya menikah lagi. Selain itu alasan penulis menegakkan diagnose tersebut karena berdasarkan pohon masalah dalam teori yang dikemukakan Damaiyanti & Iskandar (2014) dimana resiko perilaku kekerasan sebagai *effect* dari gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran. Maka dari itu masalah keperawatan ini juga perlu ditangani karena akan berdampak buruk terhadap diri klien sendiri, orang lain maupun lingkungan sekitar.

Pada perumusan diagnosa diatas terdapat kesesuaian antara teori yang dikemukakan Damaiyanti & Iskandar (2014) dan fakta lapangan yang ditemukan oleh penulis bahwa diagnose yang mungkin muncul pada Ny. A adalah:

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

Adapun kesenjangan antara teori dan fakta lapangan pada perumusan diagnosa diatas yaitu tidak ditemukan adanya masalah keperawatan isolasi sosial sebagaimana dalam buku SDKI PPNI (2017). Hal tersebut dapat terjadi karena pada saat pengkajian penulis tidak menemukan data yang mendukung untuk mengangkat diagnosa tersebut dan dikarenakan klien sudah dirawat cukup lama sehingga tidak ditemukan tanda dan gejala isolasi sosial.

3. Tahap Intervensi

Pada tahap ini, penulis dapat menyusun rencana tindakan keperawatan dengan memperhatikan literatur keperawatan yang ada. Rencana keperawatan ini dibuat berdasarkan masalah prioritas yang disesuaikan dengan masalah klien. Perencanaan dilakukan semaksimal mungkin, mengikuti standar standar untuk mempertahankan asuhan keperawatan, termasuk: tujuan, kriteria, evaluasi, Tindakan dan rasional tindakan. sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh (Yusuf et. al, 2015) Adapun perencanaan keperawatan yang dirumuskan oleh penulis sesuai dengan diagnosa yang sudah ditetapkan, yaitu sebagai berikut:

a. Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran

- 1) Bina hubungan saling percaya meliputi: sapa klien dengan ramah, perkenalkan diri dengan sopan, tanyakan nama lengkap dan panggilan yang disukai klien, jelaskan tujuan pertemuan, jujur dan menepati janji, tunjukkan sikap empati dan menerima klien, beri perhatian klien dan penuhi kebutuhan klien.
- 2) Strategi pelaksana (SP) 1 meliputi: bantu klien mengenal halusinanya dengan mengidentifikasi isi halusinasi, wktu terjadinya, frekuensi, situasi

pencetus, perasaan saat terjadi halusinasi. Selain itu, latih cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, meliputi: jelaskan cara menghardik, peragakan cara menghardik, minta klien memperagakan ulang, pantau cara menerapkan dan beri penguatan perilaku klien, masukkan dalam jadwal kegiatan pasien.

- 3) Strategi pelaksana (SP) 2 meliputi: evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1), latih berbicara atau bercakap dengan orang lain saat halusinasi muncul, masukkan dalam jadwal klien.
- 4) Strategi pelaksana (SP) 3 meliputi: evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1 dan SP 2), latih kegiatan agar halusinasi tidak muncul, susun jadwal aktivitas sesuai aktivitas yang dilatih, pantau pelaksanaan jadwal kegiatan, berikan penguatan terhadap perilaku klien.
- 5) Strategi pelaksana (SP) 4 meliputi: evaluasi kegiatan lalu (SP 1, SP 2 dan SP 3), tanyakan program pengobatan, jelaskan pentingnya penggunaan obat pada gangguan jiwa, jelaskan apabila tidak menggunakan obat sesuai program, jelaskan akibat putus obat, jelaskan cara mendapatkan obat atau berobat, latih klien dalam meminum obat, masukan dalam jadwal harian klien.

b. Resiko Perilaku Kekerasan

- 1) Bina hubungan saling percaya meliputi: beri salam, panggil klien dengan Namanya, sebutkan nama perawat, sambil menjabat tangan, jelaskan maksud hubungan interaksi, beri rasa aman dan sikap empati, lakukan kontrak singkat tapi sering.

- 2) Strategi pelaksana (SP) 1 meliputi: Identifikasi penyebab, tanda gejala, akibat perilaku kekerasan, latih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik 1: tarik napas dalam dan masukkan dalam jadwal harian klien.
- 3) Strategi pelaksana (SP) 2 meliputi: evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1), latih cara fisik 2 pukul bantal, guling atau kasur. Masukkan dalam jadwal harian klien.
- 4) Strategi pelaksana (SP) 3 meliputi: evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1 dan SP 2), latih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara sosial atau verbal seperti mengungkapkan marah dengan verbal, menolak dengan baik. Meminta dengan baik. Masukkan dalam jadwal kegiatan klien.
- 5) Strategi pelaksana (SP) 4 meliputi: evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1, SP 2, dan SP 3), latih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual yaitu berdoa dan beridrah, masukkan dalam harian pasien.
- 6) Strategi pelaksana (SP) 5 meliputi: evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1, SP 2, SP 3 dan SP 4), latih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara patuh obat yaitu dengan meminum obat secara teratur menggunakan prinsip 6 benar dan susun jadwal minum obat secara teratur, masukkan dalam jadwal harian klien.

4. Tahap Implementasi

Tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana yang telah ditetapkan, namun dalam praktiknya di lapangan, implementasi sering kali berbeda signifikan dari rencana tertulis terkait pelaksanaan tindakan keperawatan.

Sebelum melakukan tindakan keperawatan yang telah direncanakan, perawat perlu dengan cepat memeriksa apakah rencana tersebut masih relevan atau tidak bagi klien, sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Safitri (2019) sehingga harus disesuaikan dengan keadaan klien saat ini. Dikaitkan dengan teori yang ada, perawat sebaiknya melakukan kesepakatan atau perjanjian terlebih dahulu dengan klien, yang menguraikan langkah-langkah yang akan diambil oleh perawat beserta peran serta ekspektasi yang diharapkan dari klien. Setelah itu, tindakan yang sudah dilakukan dan respon dari klien harus dicatat, dalam rencana tindakan keperawatan menggunakan sasaran umum dan sasaran khusus, tapi dalam pelaksanaannya mengikuti strategi yang sesuai dengan kriteria keperawatan jiwa. Adapun tindakan yang penulis lakukan yaitu sebagai berikut:

Pada tanggal 23-24 April 2025 telah dilakukan pelaksanaan tindakan keperawatan dengan strategi pelaksanaan halusinasi sesuai dengan perencanaan yaitu dimulai dari SP 1 sampai dengan SP 4 yang mencakup bina hubungan saling percaya (BHSP), mengidentifikasi halusinasi dan mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, bercakap-cakap dengan orang lain, melakukan aktivitas yang terjadwal dan meminum obat secara teratur.

Pada tanggal 26-29 Mei 2025 telah dilakukan pelaksanaan tindakan keperawatan dengan strategi pelaksanaan perilaku kekerasan sesuai dengan perencanaan yaitu dimulai dari SP 1 sampai dengan SP 5 mencakup bina hubungan saling percaya, mengetahui penyebab marah dan mengontrol perilaku kekerasan dengan cara: latihan fisik 1, latihan fisik 2, sosial dan verbal, spiritual dan patuh obat.

5. Tahap Evaluasi

Pada tahap ini merupakan fase terakhir dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengevaluasi perkembangan klien setelah pemberian asuhan keperawatan sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh (Karina & Ginting, 2020). Berdasarkan asuhan keperawatan yang telah dilakukan, hasil evaluasi terkait diagnosis keperawatan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran setelah dilakukan 5 kali pertemuan, klien dapat memenuhi kriteria evaluasi yang telah ditentukan dengan baik, yaitu membangun hubungan saling percaya (BHSP), klien mampu menyebutkan isi, waktu, frekuensi, situasi pemicu, dan perasaan saat mengalami halusinasi. Klien dapat memperagakan cara mengendalikan halusinasi dengan menghadapi situasi tersebut, klien mampu menggambarkan aktivitas yang telah dilakukan, serta menunjukkan cara mengendalikan halusinasi melalui interaksi dengan orang lain, dan klien bisa menyebutkan manfaat dari program terapi.

Sementara itu, hasil evaluasi dari diagnosis keperawatan resiko perilaku kekerasan setelah diadakan 6 kali pertemuan menunjukkan bahwa klien memenuhi kriteria evaluasi yang telah ditetapkan. Hasilnya, klien bisa membina hubungan saling percaya (BHSP) dengan baik, mampu menyebutkan aktivitas yang telah dikerjakan, serta bisa memperagakan cara fisik 1 dan 2 untuk mengatasi perilaku kekerasan. Klien juga menunjukkan cara sosial atau verbal serta spiritual untuk mengontrol perilaku kekerasan dan mematuhi pengobatan.

Penulis telah melaksanakan asuhan keperawatan sesuai dengan standar yang ditetapkan, sehingga seluruh proses perencanaan dapat dilaksanakan dalam

tahap implementasi untuk menyelesaikan masalah tersebut dan terlaksana sebagaimana yang diharapkan.

6. Tahap Dokumentasi

Setelah dilakukan evaluasi keperawatan selanjutnya penulis mendokumentasikan asuhan keperawatan sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh (Duhaling, 2023) yaitu dengan menggunakan format SOAPIER.

Pada tanggal 30 April 2025 pukul 13.00, dilakukan pencatatan mengenai perkembangan klien setelah intervensi keperawatan menggunakan Strategi Pelaksanaan Halusinasi 1-4 yang dilakukan selama 4 kali pertemuan. Hasilnya menunjukkan bahwa halusinasi klien berkurang, klien terlihat lebih tenang, dan klien dapat menunjukkan serta menerapkan teknik yang diajarkan untuk mengendalikan halusinasi.

Pada tanggal 1 Mei 2025 pukul 09.00, penulis telah mencatat asuhan keperawatan dengan mengamati perkembangan klien setelah diberikan perawatan dengan Strategi Pelaksanaan perilaku kekerasan 1-5 selama 5 kali pertemuan. Hasilnya adalah klien mengatakan bahwa rasa kesalnya menurun, klien lebih sering berinteraksi dengan klien lain, dan klien mampu mengenali, menerapkan, serta memperagakan cara untuk mengendalikan perilaku kekerasan yang telah diajarkan.

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

Setelah penulis melaksanakan Asuhan Keperawatan Pada Ny. A dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Ilahie Assani Samarang Kab. Garut, mulai dari tanggal 21 april – 3 mei 2025 dalam proses keperawatan jiwa akhirnya penulis dapat mengambil beberapa kesimpulan sebagai berikut:

1. Penulis dapat melakukan pengkajian secara komprehensif kepada klien dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran akibat bipolar, setelah dilakukan analisa data berdasarkan hasil pengkajian, maka penulis menemukan dua masalah keperawatan jiwa yaitu halusinasi pendengaran dan resiko perilaku kekerasan.
2. Penulis dapat merumuskan diagnosa keperawatan dari hasil pengkajian terhadap masalah klien.
3. Menyusun rencana asuhan keperawatan terhadap masalah-masalah yang muncul sesuai prioritas masalah pada klien Ny. A dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran Akibat Bipolar
4. Penulis dapat melaksanakan tindakan keperawatan yang mengacu pada rencana yang telah disusun dan disesuaikan dengan kondisi klien, pelaksanaan tindakan keperawatan diberikan langsung kepada klien pada setiap interkasi di klinik rehabilitasi mental.

5. Penulis dapat melakukan evaluasi terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan dan menilai bahwa klien sudah bisa mengontrol halusinasinya dan klien juga sudah bisa mengontrol emosinya.
6. Penulis dapat mendokumentasikan asuhan keperawatan yang telah dilakukan.

B. Rekomendasi

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

1. Untuk profesi perawat

Diharapkan bahwa dalam merawat klien yang mengalami halusinasi, hasil yang maksimal dapat dicapai melalui tindakan keperawatan yang sesuai dengan pedoman asuhan keperawatan jiwa. Jika perawat teralihkan konsentrasinya dalam merawat, maka perkembangan klien akan kurang terdampak positif. Melaksanakan terapi aktivitas kelompok sangat disarankan untuk membantu klien dalam meningkatkan kesadaran dan persepsinya terhadap lingkungan serta dirinya sendiri.

2. Untuk Institusi Pendidikan

Studi kasus dapat digunakan sebagai dasar untuk penelitian lebih lanjut dalam proses pembelajaran keperawatan jiwa khususnya dibutuhkan suatu metode yang dapat dijadikan acuan aplikasi mahasiswa dalam melakukan sebuah penelitian kepada klien gangguan jiwa atau bipolar sehingga mahasiswa lebih memahami dan mengerti tentang bagaimana kondisi klien saat gangguan jiwa.

3. Untuk lahan praktik

Untuk Klinik Rehabilitasi Mental Nur Ilahie Assani Samarang, sebagai bahan masukan, acuan, dan pertimbangan bagi profesi keperawatan dalam meningkatkan pelayanan kesehatan dan memberikan informasi bagi Klinik Rehabilitasi Mental Nur Ilahi Assani Samarang.

4. Bagi Mahasiswa

Untuk meningkatkan dan memperluas wawasan mahasiswa mengenai ilmu keperawatan jiwa sesuai dengan kemajuan dalam ilmu pengetahuan dan teknologi. Dan juga untuk memahami sebelumnya beberapa masalah utama serta diagnosa medis yang berkaitan dengan keperawatan jiwa.

DAFTAR PUSTAKA

- Agustina, F., & Rafiyah, I. (2023). Intervensi Latihan Keterampilan Sosial Pada Pasien Isolasi Sosial: a Case Report. *SENTRI: Jurnal Riset Ilmiah*, 2(8), 2922–2931. <https://doi.org/10.55681/sentri.v2i8.1306>
- Akbar, A., & Rahayu, D. A. (2021). Terapi Psikoreligius: Dzikir Pada Pasien Halusinasi Pendengaran. *Ners Muda*, 2(2), 66.
- Ayu Candra Kirana, S. (2018). Gambaran Kemampuan Interaksi Sosial Pasien Isolasi Sosial Setelah Pemberian Social Skills Therapy Di Rumah Sakit Jiwa. *Journal of Health Sciences*, 11(1). <https://doi.org/10.33086/jhs.v11i1.122>
- Azizah, Lilik Ma'rifatul, dkk. 2016. Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa. Yogyakarta: Indomedia Pustaka.
- Aditama. Duhaling, M., Haskas, Y., Nani, S., Makassar, H., Perintis, J., & Viii, K. (2023). Gambaran Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Di Rsud Haji Kota Makassar. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa & Penelitian Keperawatan*, 3, 2023. <http://dx.doi.org/10.20956/ijas.....>
- Damaiyanti dan Iskandar. 2014. Asuhan Keperawatan Jiwa. Bandung : Refika
- Depression and Bipolar Support Alliance (DBSA). (2020b). Bipolar Disorder Statistics. <https://www.dbsalliance.org/education/bipolar-disorder/bipolar-disorder-statistics/>
- Karina, G., & Ginting, A. (2020). *Perbandingan Dalam Mencapai Tujuan Awal*.
- Kio, A. L., Wardana, G. H., & Arimbawa, A. G. R. (2023). Hubungan Dukungan Keluarga terhadap Tingkat Kekambuhan Klien dengan Resiko perilaku kekerasan.
- Maramis M Margarita. (2022). *Gangguan Bipolar dan Psikoedukasi*.
- Maulana, I., Hernawati, T., & Shalahuddin, I. (2021). Pengaruh Terapi Aktivitas Kelompok Terhadap Penurunan Tingkat Halusinasi Pada Pasien Skizofrenia: Literature Review, 9(1), 153–160
- Nikmah, F. H., & Mariyati. (2023). Penerapan Tindakan Keperawatan Generalis Untuk Mengontrol Halusinasi pada Pasien Gangguan Jiwa. *Proceeding Widya Husada Nursing Conference*, 3(1), 1–8. <https://journal.uwhs.ac.id/index.php/whnc/article/view/559/519>
- Nofiyana. K. & Supradewi. R. (2019). Penerimaan Diri Pada Wanita Dengan Gangguan Bipolar. *Prosiding Seminar Nasional: Konstelasi Ilmiah Mahasiswa Unissula Klaster Humaniora*, 2(1), 1374-1382. Retrieved from <https://jurnal.unissula.ac.id/index.php/kimuhum/article/view/8267>
- Oktaviani et al (2022). Penerapan Terapi Menghardij Dan Menggambar Pada Pasien Halusinasi Pendengaran. *Jurnal Cendikia Muda*

- Pardede, J. A. (2021). Self-Efficacy Dan Peran Keluarga Berhubungan Dengan Frekuensi Kekambuhan Pasien Skizofrenia. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 4(1).
- Putra, H. G. S. A. (2020). Gangguan Afektif Bipolar Mania Dengan Psikotik: Sebuah Laporan Kasus. *E-Jurnal Medika Udayana*, 3(4), 470–478.
- Ramadani, I. R., Fadila, A. N., Aulia, R., Khairiyyahni, S., & Lestari, W. (2024). Gangguan Bipolar pada Remaja: Studi Literatur. *Edu Society: Jurnal Pendidikan, Ilmu Sosial, Dan Pengabdian Kepada Masyarakat*, 4(1), 1219–1227. <https://doi.org/10.56832/edu.v4i1.431>
- RISKESDAS.(2018). HASIL UTAMA RISKESDAS 2018. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.White Swan Foundation (2020). Bipolar Disorder. <https://www.whiteswanfoundation.org>. Orang
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2017). Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry (11th ed.). Wolters Kluwer.
- Safitri, R. (2019). *Implementasi Keperawatan Sebagai Wujud Dari Perencanaan Keperawatan Guna Meningkatkan Status Kesehatan Klien*.
- Shofa, D. A., Annisa, B., Anggraeni, U., Abida, A. N., Firyal, N., & Adni, A. (2024). *Jurnal Biologi Tropis Bipolar Disorder in Adolescents : Clinical Manifestations , Causes , and Comprehensive Management Strategies*.
- Sianturi, Y. M. (2022). Studi Kasus: Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny.M Dengan Halusinasi Pendengaran.
- Suhendral & Milkhatun. (2021). Analisis Rekam Medis Jenis Halusinasi Dengan Menggunakan Teknik Decision Tree Alogaritma C4.5 Di Rumah Sakit Atma Husada Mahakam Samarinda. *Jurnal Borneo Student Research*. Volume 2 Nomor 2, (778-779)
- Suri Herlina, W., Hasanah, U., Utami³, I. T., Dharma, A. K., & Metro, W. (2024). Penerapan Terapi Menghardik dan Menggambar Terhadap Tanda dan Gejala Pada Pasien Halusinasi Pendengaran Application of Rebuking and Drawing Therapy to Signs and Symptoms in Audiotory Hallucination Patients. *Jurnal Cendikia Muda*, 4(4), 625–633.
- Sutejo. (2019). *Keperawatan Jiwa Konsep Dan Praktik Asuhan Keperawatan Kesehatan Jiwa : Gangguan Jiwa Dan Psikososial*.
- Tim Pokja Sdk DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Tim Pokja Siki DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Tim Pokja Silki DPP PPNI. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia

Undang-undang No 18 tahun 2014. *Kesehatan Jiwa*. Jakarta ;2014

Wedanthi, P. H. (2022). Studi Kasus Dinamika Psikologis Penderita Bipolar Disorder. *Jurnal Pendidikan Tambusai*, 6(1), 2578–2582. <https://doi.org/10.31004/jptam.v6i1.3313>

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

Yusuf, A., & Fitryasari, R. (2019). *Kesehatan jiwa kesehatan jiwa*. 0811343056(February), 374. <http://www.mitrawacanamedia.com>

Zahro, A. L. A., Widiyanto, A., & Isnani, N. (2022). *Journal of Language and Health Volume 3 No 2 , October 2022*. 3(2), 71–78.

LAMPIRAN

Lampiran 1

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

A. Proses keperawatan

1. Kondisi klien

Data subjektif:

- a. Klien mengatakan dirinya mendengar suara suara bisikan kakak nya yang memberi hadiah
- b. Klien mengatakan suara muncul ketika sedang sendiri
- c. Klien mengatakan suara itu muncul pada siang atau malam hari

Data Objektif:

- a. Klien sering mencari hadiahnya
- b. Klien tampak melamun
- c. Klien Tampak Tersenyum Sendiri

2. Diagnosa keperawatan

- a. Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran

3. Tujuan Keperawatan

- a. Klien dapat mengontrol halusinasi dengan cara menghardik
- b. Klien dapat mengontrol halusinasi dengan cara bercakap cakap
- c. Klien dapat mengontrol halusinasi dengan cara melakukan aktivitas sehari hari

- d. Klien dapat mengontrol halusinasi dengan cara meminum obat secara teratur sesuai dengan anjuran dokter

4. Tindakan keperawatan

a. Membantu pasien mengenali halusinasi

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

b. Melatih pasien mengontrol halusinasi dengan cara:

- 1) Ajarkan pasien cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik.
- 2) Ajarkan pasien cara mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain.
- 3) Ajarkan pasien cara mengontrol halusinasi dengan melakukan aktivitas sehari-hari.
- 4) Ajarkan pasien cara mengontrol halusinasi dengan cara meminum obat secara teratur.

SP 1 Pasien:

Bina hubungan saling percaya, membantu pasien mengenal halusinasi, menjelaskan cara-cara mengontrol halusinasi, mengajarkan pasien mengontrol halusinasi dengan cara pertama: menghardik halusinasi.

Fase Orientasi

”Assalamualaikum ibu. Saya perawat yang akan merawat ibu. Nama saya Yuba Daiatul Khoer, senang dipanggil Yuba. Nama ibu siapa? Senang dipanggil apa”

”Bagaimana perasaan ibu saat ini? Apa keluhan ibu saat ini”

”Baiklah ibu, bagaimana kalau kita bercakap-cakap tentang suara yang selama ini bu aneng dengar tetapi tak tampak wujudnya? Di mana kita duduk? Di ruang tv? Berapa lama? Bagaimana kalau 20 menit”

Fase Kerja

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

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

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

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

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

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

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

Fase Terminasi

”Bagaimana perasaan ibu setelah peragaan latihan tadi?” Kalau suarasuara itu muncul lagi, silakan coba cara tersebut! bagaimana kalau kita buat jadwal latihannya. Mau jam berapa saja latihannya? (Saudara masukkan kegiatan latihan menghardik halusinasi dalam jadwal kegiatan harian pasien). Bagaimana kalau kita bertemu lagi untuk belajar dan latihan mengendalikan suara-suara dengan cara yang kedua? Kapan bu? Bagaimana kalau besok jam 13.00? Berapa lama kita akan berlatih? Dimana tempatnya?”

”Baiklah, sampai jumpa. Assalamu'alaikum”

SP 2 Pasien:

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

Fase Orientasi

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

Fase Kerja

"Cara kedua untuk mencegah atau mengontrol halusinasi yang lain adalah dengan bercakap-cakap dengan orang lain. Jadi kalau ibu mendengar suara-suara, langsung saja mencari teman untuk diajak ngobrol. Minta teman untuk ngobrol dengan ibu. Contohnya begini, tolong saya mulai dengar suara-suara, ayo ngobrol dengan

saya! coba ibu lakukan seperti yang tadi saya lakukan. Ya begitu, bagus! coba sekali lagi Bagus! Nah, latih terus ya bu!"

Fase Terminasi

"Bagaimana perasaan ibu setelah latihan ini? Jadi sudah ada berapa cara yang sudah ibu pelajari untuk mencegah suara-suara itu? Bagus! Cobalah kedua cara ini kalau ibu mendengar suara-suara. Bagaimana kalau kita masukan ke dalam jadwal harian ibu? Mau jam berapa latihan bercakap-cakap? Nah nanti kita lakukan secara teratur serta sewaktu-waktu suara itu muncul! Besok saya akan kemari lagi. Bagaimana kalau kita latih cara yang ketiga yaitu melakukan aktivitas yang terjadwal? Mau jam berapa? Mau dimana/ disini lagi? Sampai jumpa besok ya".

"Assalamu'alaikum"

SP 3 Pasien:

Melatih pasien mengontrol halusinasi dengan cara ketiga: melaksanakan aktivitas terjadwal.

Fase Orientasi

"Assalamu'alaikum Bu, bagaimana perasaan ibu hari ini? Apakah suara-suara masih muncul? Apakah sudah pakai dua cara yang telah kita latih? Bagaimana hasilnya? Bagus! Sesuai janji kita, hari ini kita akan belajar cara yang Ketiga untuk mencegah halusinasi yaitu melakukan kegiatan yang terjadwal. Mau dimana kita bicara? Bisa kita duduk di ruang TV? Berapa lama kita bicara? Bagaimana kalau 20 menit?

Fase Kerja

"Apa saja yang biasa ibu lakukan? Pagi-pagi apa kegiatannya, terus jam berikutnya (terus ajak sampai didapatkan kegiatannya sampai malam). Wah banyak sekali

kegiatannya. Mari kita latih dua kegiatan hari ini (latih kegiatan tersebut). Bagus sekali ibu bisa lakukan. Kegiatan ini dapat ibu lakukan untuk mencegah suara tersebut muncul. Kegiatan yang lain akan kita latih lagi agar dari pagi sampai malam ada kegiatan bu."

Fase Terminasi

"Bagaimana perasaan ibu setelah kita bercakap-cakap cara yang ketiga untuk (mencegah suara-suara itu? Bagus sekali Coba sebutkan 3 cara yang telah kita untuk mencegah suara-suara! Bagus sekali, mari kita masukkan dalam jadwal kegiatan harian ibu. Coba lakukan sesuai jadwal ya (perawat dapat melakukan aktivitas yang lain pada pertemuan berikut sampai terpenuhi seluruh (aktivitas dari pagi sampai malam) bagaimana kalau besok kita membahas cara meminum obat. Mau jam berapa? Bagaimana kalau jam 09.00 pagi? Di ruang makan ya, sampai jumpa. Wassalamu'alaikum"

SP 4 Pasien:

Melatih pasien mengontrol halusinasi dengan cara ke empat: meminum obat secara teratur.

Fase Orientasi

"Assalamu'alaikum bu, bagaimana perasaan ibu hari ini? Apakah suara-suaranya masih muncul? Apakah sudah dipakai juga cara yang telah kita latih? Apakah jadwal kegiatannya sudah dilaksanakan? Apakah pagi ini sudah minum obat? Baik, hari ini kita akan mendiskusikan tentang obat-obatan yang ibu minum. Kita akan diskusi selama 20 menit, disini saja ya bu?"

Fase Kerja

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

Fase Terminasi

"Bagaimana perasaan ibu setelah kita bercakap-cakap tentang obat? Sudah berapa cara yang kita latih untuk mencegah suara-suara? Coba jelaskan! Bagus! (Jika jawaban benar). Mari kita masukkan jadwal minum obatnya pada jadwal kegiatan

ibu. Jangan lupa pada waktu minum obat minta obat pada perawat. Besok kita ketemu lagi untuk melihat 4 cara mencegah suara yang telah kita bicarakan. Mau jam berapa? Bagaimana kalau jam 09.00 sampai jumpa. Assalamu'alaikum"

Lampiran 2

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN (SPTK) PADA KLIEN DENGAN GANGGUAN RESIKO PERILAKU KEKERASAN

A. Proses keperawatan

1. Kondisi klien

Data subjektif:

- a. Klien mengatakan merasa kesal dengan ibunya.
- b. Klien mengatakan masih merasa kesal kepada tetangganya.

Data Objektif:

- a. Klien tampak mengepal.
- b. Tatapan klien tajam.
- c. Klien tampak gelisah.

2. Diagnosa keperawatan

- a. Resiko Perilaku Kekerasan

3. Tujuan Keperawatan

- a. Klien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan
- b. Klien dapat mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan
- c. Klien dapat menyebutkan jenis perilaku kekerasan yang pernah dilakukannya
- d. Klien dapat menyebutkan akibat dari perilaku kekerasan yang dilakukannya.
- e. Klien dapat menyebutkan cara mencegah/mengontrol perilaku kekerasannya.
- f. Klien dapat mencegah/mengontrol perilaku kekerasannya secara fisik, spiritual, sosial, dan dengan terapi psikofarmaka.

4. Tindakan keperawatan

- a. Bina hubungan saling percaya.
- b. Diskusikan bersama pasien penyebab perilaku kekerasan saat ini dan yang lalu.
- c. Diskusikan bersama pasien akibat perilakunya.
- d. Diskusikan bersama pasien cara mengontrol perilaku kekerasan secara.
- e. Latih mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual.
- f. Latih mengontrol perilaku kekerasan dengan patuh minum obat.
- g. Ikut sertakan pasien dalam Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Persepsi mengontrol Perilaku Kekerasan.

SP 1 Pasien:

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

Fase Orientasi

“Assalamualaikum bu, perkenalkan nama saya Yuba Daiatul khoer, panggil saya Yuba, saya perawat yang dinas di ruangan ini. Hari ini saya dinas pagi dari pukul 08.00-14.00. Saya yang akan merawat ibu selama ibu di klinik ini. Nama ibu siapa, senangnya dipanggil apa?”

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

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

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

“Dimana enaknya kita duduk untuk berbincang-bincang, bu? Bagaimana kalau diruang tv?”

Fase Kerja

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

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

“Apakah ibu merasakan kesal kemudian dada ibu berdebar-debar, mata melotot, rahang terkutup rapat, dan tangan mengepal?”

“Setelah itu apa yang ibu lakukan? oh iya, jadi ibu marah-marah dan ingin memukul ibu bu aneng, apakah dengan cara ini membuat ibu tenang? Iya, tentu tidak. Apa kerugian cara yang ibu lakukan? Betul, orang rumah jadi takut. Menurut ibu adakah cara lain yang lebih baik? Maukah ibu belajar cara mengungkapkan kemarahan dengan baik tanpa menimbulkan kerugian?”

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

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

”Begini bu, kalau tanda-tanda marah tadi sudah ibu rasakan maka ibu berdiri, lalu tarik napas dari hidung, tahan sebentar, lalu keluarkan/tiupu perlahan-lahan melalui mulut seperti mengeluarkan kemarahan. Ayo coba lagi, tarik dari hidung, bagus..,

tahan, dan tiup melalui mulut. Nah, lakukan 5 kali. Bagus sekali, ibu sudah bisa melakukannya. Bagaimana perasaannya?”

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

Fase Terminasi

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

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

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

”Baik, bagaimana kalau besok saya datang dan kita latihan cara yang lain untuk mencegah/mengontrol marah. Tempatnya disini saja ya bu, assalamu‘alaikum”

SP 2 Pasien:

Latihan mengontrol perilaku kekerasan secara fisik ke-2

Fase Orientasi

“Assalamualaikum bu, sesuai dengan janji saya kemarin sekarang saya datang lagi”

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

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

“Mau berapa lama? Bagaimana kalau 20 menit?”

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

Fase Kerja

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

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

“Kekesalan lampiaskan ke kasur atau bantal.”

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

Fase Terminasi

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

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

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

“Nanti setelah satu jam kita ketemu lagi kita akan latihan cara mengontrol marah dengan belajar bicara yang baik. Sampai jumpa”

SP 3 Pasien:

Latihan mengontrol perilaku kekerasan secara sosial/verbal:

Fase Orientasi

“Assalamualaikum bu, sesuai dengan janji saya satu jam yang lalu sekarang kita ketemu lagi”

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

“Coba saya lihat jadwal kegiatan hariannya.”

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

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

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

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

Fase Kerja

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

1. Meminta dengan baik tanpa marah dengan nada suara yang rendah serta tidak menggunakan kata-kata kasar. Kemarin ibu bilang penyebab marahnya karena minta nikah lagi gadibolehin sama ibu bu aneng. Coba ibu minta dengan baik.”Bu, saya mau berumahtangga lagi untuk saling melengkapi dalam

kehidupan.” Nanti bisa dicoba di sini untuk meminta baju, minta obat dan lain-lain. Coba ibu praktekan. Bagus bu.”

2. Menolak dengan baik, jika ada yang menyuruh dan ibu tidak ingin melakukannya, katakan: „Maaf saya tidak bisa melakukannya karena sedang ada kerjaan“. Coba ibu praktekan. Bagus bu”

3. Mengungkapkan perasaan kesal, jika ada perlakuan orang lain yang membuat kesal ibu dapat mengatakan:“ Saya jadi ingin marah karena perkataanmu itu“. \
Coba praktekan. Bagus bu”

Fase Terminasi

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

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

“Bagus sekali, sekarang mari kita masukkan dalam jadwal. Berapa kali sehari ibu mau latihan bicara yang baik?, bisa kita buat jadwalnya?” Coba masukkan dalam jadual latihan sehari-hari, misalnya meminta obat, uang,dll. Bagus nanti dicoba ya bu!”

“Bagaimana kalau besok kita ketemu lagi?”

“besok kita akan membicarakan cara lain untuk mengatasi rasa marah ibu yaitu dengan cara ibadah, ibu setuju? Mau jam berapa bu? Jam 10 baaimana bu? Di sini lagi? Baik sampai nanti ya” asaalamualaikum.

SP 4 Pasien

Latihan mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual

Fase Orientasi

“Assalamualaikum bu, sesuai dengan janji saya kemarin sekarang saya datang lagi” Baik, yang mana yang mau dicoba?”

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

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

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

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

Fase Kerja

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

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

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

“Coba ibu sebutkan sholat 5 waktu? Bagus. Mau coba yang mana? Coba sebutkan caranya.”

Fase Terminasi

Bagaimana perasaan ibu setelah kita bercakap-cakap tentang cara yang keempat ini?”

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

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

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

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

“nanti kita ketemu lagi ya bu, nanti kita bicarakan cara kelima mengontrol rasa marah, yaitu dengan patuh minum obat.. Mau dimana bu? Seperti sekarang saja, disini bu?”

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

SP 5 Pasien

Latihan mengontrol perilaku kekerasan dengan obat

Fase Orientasi

“Assalamualaikum bu, sesuai dengan janji saya tadi dua jam yang lalu sekarang kita ketemu lagi”

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

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

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

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

Fase Kerja

(perawat membawa obat pasien)

“ibu sudah dapat obat dari dokter?” Berapa macam obat yang ibu minum?

Warnanya apa saja? Bagus! Jam berapa ibu minum? Bagus!

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

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

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

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

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

Fase Terminasi

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

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

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

“Baik, Besok kita ketemu kembali untuk melihat sejauh mana ibu melaksanakan kegiatan dan sejauhmana dapat mencegah rasa marah." Sampai jumpa bu

Lampiran 3

DOKUMENTASI KEGIATAN



Lampiran 4

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Identitas

Nama	: Yuba Daiatul Khoer
Jenis Kelamin	: Laki-Laki
Tempat, tanggal lahir	: Garut, 13 Oktober 2003
Agama	: Islam
Status	: Mahasiswa
Alamat	: Kp. Cipeundeuy RT/RW 02/05 Desa Linggarjati Kec. Pamulihan Kab. Garut
Motto	: ” memanfaatkan waktu sebaik mungkin, sebelum momen terbaik ketinggalan”.

B. Riwayat Pendidikan

- | | |
|---------------------------------|-----------------------|
| 1. TK PGRI II | Tahun 2010 - 2010 |
| 2. SDN Linggarjati II | Tahun 2010 - 2016 |
| 3. SMP Negeri Satap 1 Pamulihan | Tahun 2016 - 2019 |
| 4. SMA Negeri 15 garut | Tahun 2019 - 2022 |
| 5. STIKes Karsa Husada Garut | Tahun 2022 - sekarang |

Lampiran 5

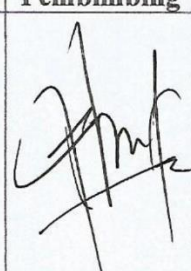
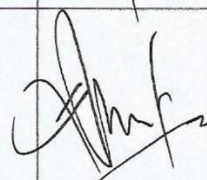
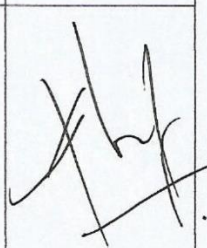
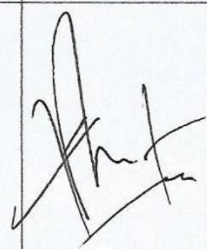
LEMBAR BIMBINGAN

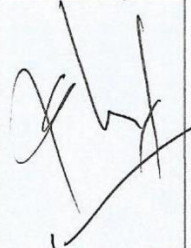
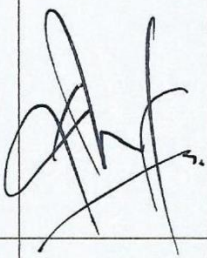
Nama : Yuba Daiatul Khoer

NIM : KHGA22129

Pembimbing : Karnoto, S.Kep., M.Si.

Judul : ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA NY. A DENGAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI: HALUSINASI PENDENGARAN AKIBAT GANGGUAN AFEKTIF BIPOLAR TIPE 1 DI KLINIK REHABILITASI MENTAL NUR ILLAHI ASSANI SAMARANG GARUT

No	Tanggal	Materi	Saran	TTD Mahasiswa	TTD Pembimbing
1.	10/6 2025	Bab I Judul	- Judul Acc - Perbaiki penulisan - Gunakan data yg matching kasus - Susunan paragraf yg padas		
2.	11/6 2025	Bab I	- Perbaiki penulisan yg masih salah - Perbaiki data yg sesuai/mate - Selesaikan bab II		
3.	17/6 2025	Bab I Bab II	- Acc bab I - Bohong me salah - Ade fupet ganti - Perencanaan sesuai dgn plan masalah		
4.	18/6 2025	Bab III Bab III	Acc bab II Acc bab III Selesaikan bab IV		

5.	20/12/2025	Bab IV	- Acc Bab IV - Sorokulan Campiran ² -		
6.	20/12/2025	Campiran ²	- Acc Campiran ² - break abcd		
7.	26/12/2025	Abshel	- Acc Abshel - Narstaplan Mabni Prosuk Pouen Punt		
8.	30/12/2025	Bahan KTI Longly.	- Acc Bahan KTI Longly - Sorokulan bahan prosuk		
9.					