

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA TN. Y DENGAN GANGGUAN
PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI PENDENGARAN AKIBAT
GANGGUAN MOOD (BIPOLAR) DI KLINIK REHABILITASI MENTAL
NUR ILLAHIE ASSANIE SAMARANG GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Untuk Salah Satu Syarat Dalam Menyelesaikan Program Pendidikan
Diploma III Keperawatan Di STIKes Karsa Husada Garut

Disusun Oleh :

RAHMANIA CAHYA KAMILA

NIM : KHGA22012



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

2025

LEMBAR PENGESAHAN

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA TN. Y DENGAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI PENDENGARAN AKIBAT GANGGUAN MOOD (BIPOLAR) DI KLINIK REHABILITASI MENTAL NUR ILLAHIE ASSANIE SAMARANG GARUT

NAMA : RAHMANIA CAHYA KAMILA

NIM : KHGA22012

Garut, Juni 2025

Menyetujui,

Penguji I

Penguji II

Wahyudin, S.Kp., M.Kes.

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

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

Mengesahkan
Pembimbing

K. Dewi Budiarti, M.Kep.

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

LEMBAR PERSETUJUAN

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA TN. Y DENGAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI PENDENGARAN AKIBAT GANGGUAN MOOD (BIPOLAR) DI KLINIK REHABILITASI MENTAL NUR ILLAHIE ASSANIE SAMARANG GARUT

NAMA : RAHMANIA CAHYA KAMILA

NIM : KHGA22012

KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah Ini Telah Siap Disetujui Untuk Diujikan Dihadapan
Tim Penguji Program Studi D III Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut

Garut, Juni 2025

Menyetujui

Pembimbing

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

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA TN.Y DENGAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI PENDENGARAN AKIBAT GANGGUAN MOOD (BIPOLAR) DI KLINIK REHABILITASI MENTAL NUR ILLAHIE ASSANIE SAMARANG GARUT

RAHMANIA CAHYA KAMILA
KHGA22012

IV Bab, 120 Halaman, 8 Tabel, 5 Bagan, 4 Lampiran

Karya Tulis Ilmiah ini berjudul “Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn.Y dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran Akibat Gangguan Mood Bipolar. Dengan banyaknya kasus yang mengalami gangguan jiwa, penulis merasa tertarik untuk melakukan studi kasus dan perlu melakukan asuhan keperawatan. Tujuan dari pembuatan karya tulis ilmiah ini adalah penulis mendapatkan pengetahuan, keterampilan, wawasan serta pengalaman nyata memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif. Metode yang digunakan adalah metode deskriptif melalui studi kasus dengan teknik pengumpulan data, observasi, wawancara dan studi pustaka. Fokus penulisan ini adalah memberikan asuhan keperawatan jiwa pada klien dengan halusinasi pendengaran meliputi proses pengkajian, diagnose keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi dan evaluasi keperawatan. Halusinasi dapat didefinisikan sebagai seseorang yang merusak stimulus sebenarnya tidak ada, stimulus dari manapun baik bayangan, suara, pengecap, bau – bau atau perabaan. Halusinasi pendengaran adalah gangguan stimulus dimana seorang pasien mendengar suara bisikan atau kebisingan tetapi paling sering mendengar suara orang. Masalah yang muncul pada Tn.Y adalah gangguan persepsi sensoris : halusinasi pendengaran dan deficit perawatan diri. Setelah diberikan asuhan keperawatan pada Tn.Y sudah dapat mengontrol halusinasinya, evaluasi tindakan sudah berhasil dengan melakukan asuhan keperawatan sesuai SP dengan menggunakan pendekatan BHSP dan komunikasi terapeutik. Pemberian asuhan keperawatan klien dapat mengontrol halusinasi yang dialaminya dengan mekanisme koping yang tepat. Maka diharapkan adanya dukungan dari pihak keluarga, lingkungan sekitar, bertujuan untuk mendukung klien untuk meningkatkan derajat kesehatan jiwa.

Kata kunci (Key World): *Asuhan Keperawatan, halusinasi pendengaran bipolar*

Daftar Pustaka : 18 buah, Tahun 2016-2023

KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan puji dan syukur kehadiran Ilahi Robbi yang Maha Sempurna, Allah SWT. Karena dengan rahmat, karunia dan hidayah-Nya penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah “Asuhan Keperawatan Jiwa pada Tn. Y Dengan Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran Akibat Gangguan Bipolar Di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut”.

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

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

1. Bapak Dr. H. Hadiat, MA., selaku ketua pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak Drs. H. Suryadi, M.Si., selaku ketua pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. Bapak H. Engkus Kusnadi, S.Kep., M.Kes, selaku ketua Stikes Karsa Husada Garut.
4. Ibu K. Dewi Budiarti, S.Kep., M.Kep., selaku ketua Program Studi D III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut.

5. Ibu Tanti Suryawantie, S.Kep.,Ners.,M.H.Kes selaku pembimbing yang sabar dan baik hati telah meluangkan waktu, pikiran dan ilmunya untuk memberikan bimbingan kepada penulis dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
6. Bapak Wahyudin, S.Kp.,M.Kes. selaku dosen penguji I yang telah memberikan masukan yang sangat berarti untuk penulis.
7. Bapak Gin Gin Sugih P.,S.Kep.,M.Kes. selaku dosen penguji II yang telah memberikan masukan yang sangat berarti untuk penulis.
8. Seluruh staf dosen keperawatan STIKes Karsa Husada Garut yang telah memberikan ilmu, pengetahuan dan keterampilan yang bermanfaat serta motivasi selama penulis mengikuti pendidikan Program Studi Diploma III Keperawatan di STIKes Karsa Husada Garut..
9. Kepada Tn. Y yang telah bersedia bekerja sama dalam melaksanakan asuhan keperawatan sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
10. Kepada bapak dan mamah tercinta, bapak Agus Lutpi dan bu Euis Maemunah, dua orang yang sangat berjasa dalam hidup penulis. Terimakasih atas do'a, cinta, kepercayaan dan segala bentuk yang telah diberikan sehingga penulis merasa terdukung di segala pilihan dan keputusan yang diambil oleh penulis, serta tanpa lelah mendengar keluh kesah penulis hingga di titik ini. Semoga Allah SWT memberikan keberkahan di dunia serta tempat terbaik di akhirat kelak, karena telah menjadi figur orang tua terbaik bagi penulis.

11. Kepada kedua kakak tersayang, Yona Wideasari dan Yaneu Amalia.
Terimakasih banyak atas dukungannya secara moril maupun materil.
Terimakasih untuk setiap motivasi yang diberikan kepada penulis semasa menempuh pendidikan.
12. Kepada Reva Maulida Aprilia dan Sahla Audina selaku sahabat penulis
yang senantiasa menemani penulis dalam keadaan sulit dan senang,
memberikan dukungan serta motivasi dan semoga kita semua sukses dan
tali persahabatan ini terjalin hingga nanti.
13. Kepada sahabat Qori, Rika, Sharah dan Dipa. Terimakasih sudah bersedia
berjuang bersama, saling support tiada henti, terimakasih sudah mewarnai
hari – hari penulis dengan indah
14. Seluruh teman seperjuangan khususnya kelas A dan angkatan 22 D III
Keperawatan Stikes Karsa Husada Garut yang tidak bisa disebutkan satu
persatu, semoga kita bahagia dan menjadi orang - orang sukses. Aamiin.
15. Terimakasih kepada seseorang yang telah memberikan luka serta
pembelajaran sehingga penulis termotivasi untuk menjadi pribadi yang
lebih baik lagi sehingga penulis mempunyai kekuatan untuk mengejar
mimpi setinggi-tingginya agar tidak bisa sejajar dengan luka yang telah
diberikan kepada penulis.
16. Dan yang terakhir, kepada diri saya sendiri Rahmania Cahya Kamila.
Apresiasi sebesar – besarnya yang telah berjuang untuk menyelesaikan apa
yang telah dimulai. Terimakasih sudah bertahan sejauh ini memilih
berusaha atas apa yang diusahakan dan tidak lelah mencoba. Terimakasih

sudah menepikan ego dan telah mengendalikan diri dari berbagai tekanan diluar keadaan dan tidak pernah memutuskan untuk menyerah. Ini merupakan pencapaian yang patut dirayakan untuk diri sendiri.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini masih terdapat kekurangan dan ketidaksempurnaan karena keterbatasan ilmu pengetahuan. Oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun untuk meningkatkan kesempurnaan karya tulis ilmiah ini. Semoga karya tulis ilmiah ini dapat memberikan dampak positif yang besar bagi penulis dan pembaca, dan semoga juga mendapatkan ridha-Nya yang senantiasa kita harapkan.

Garut, 27 Mei 2025

Penulis

Rahmania Cahya Kamila

DAFTAR ISI

LEMBAR PENGESAHAN	i
LEMBAR PERSETUJUAN.....	ii
ABSTRAK	ii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI.....	viii
BAB I.....	1
PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan.....	6
C. Metode Telaahan.....	7
D. Sistematika Penulisan	8
BAB II.....	10
TINJAUAN TEORI	10
A. Konsep Dasar	10
1. Konsep Bipolar.....	10
2. Konsep Halusinasi	16
B. Konsep Asuhan Keperawatan	34
1. Pengkajian	34
2. Analisa Data	41
4. Diagnosa Keperawatan.....	42
5. Intervensi Keperawatan	42
5. Evaluasi	49
6. Dokumentasi.....	50
BAB III	51
TINJAUAN KASUS.....	51
A. Tinjauan kasus.....	51
1. Pengkajian	51
2. Analisa Data	64
3. Diagnosa Keperawatan.....	65

4. Intervensi Keperawatan	66
5. Implementasi Dan Evaluasi.....	71
6. Catatan Perkembangan	79
B. Pembahasan.....	80
BAB IV	87
KESIMPULAN DAN REKOMENDASI	87
A. Kesimpulan	87
B. Rekomendasi	88
DAFTAR PUSTAKA	91

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Data Gangguan Jiwa di Klinik Rehabilitasi Mental.....	4
Tabel 1.2 Data Gangguan Jiwa di Klinik Rehabilitasi Mental.....	5
Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan.....	43
Tabel 3.1 Terapi Medis	62
Tabel 3.2 Analisa Data.....	64
Tabel 3.3 Intervensi Keperawatan.....	66
Tabel 3.4 Implementasi dan Evaluasi	71

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Rentang respon neurobiology halusinasi	22
Bagan 2.2 Pohon Masalah Halusinasi	26
Bagan 2.3 Rentang Respon Resiko perilaku Kekerasan	30
Bagan 2.4 Pohon Masalah Risiko Perilaku Kekerasan	34
Bagan 3.1 Pohon Masalah Halusinasi	63

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I

Lampiran II

Lampiran III

Lampiran IV

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan mental adalah keadaan pikiran yang baik, yang mendukung kehidupan yang seimbang dan harmonis. Kesehatan jiwa dianggap sebagai komponen penting dari kesehatan secara keseluruhan, kesehatan tidak hanya dilihat dari segi fisik saja tetapi dari segi mentalnya juga harus diperhatikan agar terciptanya sehat secara holistik. Seseorang yang mengalami gangguan dari segi mental dan tidak bisa menggunakan akal pikirannya secara normal disebut mengalami gangguan jiwa (Stuart, 2016)

Gangguan jiwa yang terjadi di era globalisasi dan persaingan bebas cenderung meningkat. Peristiwa kehidupan yang penuh dengan tekanan seperti kehilangan, putusnya hubungan sosial, pengangguran, masalah dalam rumah tangga, kesulitan dalam perekonomian, tekanan dalam pekerjaan dan diskriminasi dapat meningkatkan resiko penderita gangguan jiwa. Untuk mengatasi peningkatan angka gangguan jiwa yang terus menerus menjadi masalah dan tantangan diharapkan harus memiliki sumber daya tenaga kesehatan yang berkualitas (Suliswati, dkk, dalam jannah 2016).

Gangguan jiwa memiliki berbagai macam jenis masing - masing memiliki tanda dan gejala yang berbeda. Salah satu jenis gangguan jiwa yang biasanya mempengaruhi suasana hati atau mood disebut penyakit bipolar. Salah satu dari gejala penyakit bipolar adalah halusinasi (Kemenkes, 2020).

Halusinasi diartikan sebagai seseorang yang merusak stimulus yang sebenarnya tidak ada stimulus dari manapun baik stimulus bayangan, suara, bau - bauan, perabaan maupun pengecap (Yosep, 2016). Halusinasi pendengaran merupakan jenis halusinasi yang paling sering terjadi dan dapat menyertai hampir semua gangguan kejiwaan termasuk gangguan kecemasan, gangguan identitas disosiatif, gangguan tidur, atau karena efek alkohol dan obat - obatan.

Halusinasi pendengaran juga dikaitkan dengan suasana hati yang tertekan, kecemasan dan perilaku bunuh diri yang dapat membahayakan diri sendiri maupun orang lain (Waters, 2018). Halusinasi pendengaran adalah suatu kondisi dimana seseorang mendengar suara - suara yang jelas atau tidak jelas yang biasanya mendorong seseorang untuk berbicara atau melakukan sesuatu, tetapi suara - suara itu tidak ada dan tidak terkait dengan apapun yang orang lain tidak bisa mendengar. Dalam situasi ini seorang pasien mungkin akan terlihat berbicara sendiri, mendengarkan dengan penuh perhatian dan bahkan tertawa sendiri (Pardade, 2021).

Menurut World Health Organization ((WHO), 2022) angka kejadian gangguan mental kronis dan parah yang menyerang lebih dari 221 jiwa dan secara umum terdapat lebih dari 23 juta jiwa diseluruh dunia. Lebih dari 50% orang dengan skizofrenia yang tidak diobati tinggal di negara berpenghasilan rendah dan menengah. Berdasarkan data Kemenkes prevalensi gangguan jiwa di Indonesia pada tahun 2013 sebanyak 1,7/mil dan mengalami peningkatan pada tahun 2018 menjadi 7/mil (Kemenkes, 2018).

Sementara itu menurut Bipolar Care Indonesia (BCI) sebanyak 72 juta orang di Indonesia menderita gangguan mood atau bipolar. Berbagai faktor biologis, psikologis, dan sosial dengan keanekaragaman penduduk, maka jumlah kasus gangguan mood dan gangguan jiwa terus bertambah yang berdampak pada penambahan beban negara dan penurunan produktivitas manusia untuk jangka panjang (BCI, 2022).

Hasil data riset kesehatan dasar (Riskedas) pada tahun 2018, menunjukan prevalensi gangguan mental emosional atau bipolar yang ditunjukkan dengan gejala - gejala depresi dan kecemasan pada usia 15 tahun ke atas mencapai sekitar 6,1% atau sekitar dengan 11 juta jiwa dari jumlah penduduk di Indonesia. Riskedas (2018) mencatat sebesar 6,9% orang yang mengalami depresi berat akan cenderung untuk menyakiti dirinya sendiri (self harm), bahkan bunuh diri. Terhitung jumlah orang yang mengalami gangguan jiwa di wilayah Jawa Barat pada tahun 2021 mencapai 70% atau sekitar 69.569 ribu orang. Pada hal ini Jawa Barat menduduki peringkat ke 9 dengan penderita gangguan jiwa terbanyak di Indonesia (Dinas Kesehatan Jawa Barat, 2021). Sedangkan data dari Dinas Kesehatan Kab.Garut pada tahun 2024 melaporkan bahwa terdapat 3,935 orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) terdiri dari penderita bipolar sebanyak 1.988 orang, skizofrenia 1.353 orang, penyalahgunaan napza 389 orang, dan reterdasi mental 205 orang. Orang yang mengalami gangguan jiwa harus segera mendapatkan penanganan yang terintegrasi dalam pelayanan kesehatan jiwa diantaranya di rumah sakit jiwa,

praktek dokter spesialis jiwa, puskesmas dan klinik jiwa (Widodo, et.al.2019).

Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Asanie Samarang merupakan salah satu klinik yang menangani permasalahan kesehatan jiwa yang ada di Garut. Menurut data pada tahun 2025 di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Asanie bahwa yang mengalami gangguan jiwa sebanyak 39 kasus terdiri dari:

**Tabel 1.1 Data Gangguan Jiwa di Klinik Rehabilitasi Mental
Nur Illahie Samarang Garut**

No.	Diagnosa Penyakit	Jumlah Orang
1.	Skizofrenia	5
2.	Bipolar	32
3.	Reterdasi Mental	2
	Jumlah	39

Dilihat dari data tersebut gangguan bipolar menempati jumlah pasien terbanyak dibandingkan dengan gangguan kejiwaan yang lain. Orang dengan gangguan bipolar mengalami perubahan suasana hati, perubahan ini dapat berupa perasaan gembira, mudah tersinggung, atau bersemangat yang disebut sebagai episode manik hingga perasaan sangat sedih, acuh tak acuh, atau putus asa yang disebut sebagai episode depresi. Jika seseorang mengalami episode manik atau depresi yang parah, mereka mungkin juga mengalami gejala psikosis, yang dapat mencakup halusinasi.

Selain itu, di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie data menunjukkan bahwa dari total keseluruhan pasien, angka tertinggi terdapat pada pasien yang mengalami gangguan bipolar dengan kasus halusinasi seperti pada tabel berikut ini:

**Tabel 1.2 Data Gangguan Jiwa di Klinik Rehabilitasi Mental
Nur Illahie Samarang Garut**

No.	Masalah Keperawatan Jiwa	Jumlah pasien	Presentase
1.	Halusinasi	25	65%
2.	Harga Diri Rendah	8	20%
3.	Resiko Perilaku Kekerasan	3	7,5%
4.	Waham	3	7,5%
	Jumlah	39	100%

Kasus ini menjadi paling banyak ditemukan pada pasien yang menderita gangguan afektif bipolar dengan halusinasi di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut. Jika tidak mendapatkan penanganan yang tepat, gangguan afektif bipolar dengan halusinasi ini dapat menyebabkan suasana hati yang lebih lama, dan lebih parah hingga mengakibatkan emosi klien tidak terkontrol, mencelakai diri sendiri maupun orang lain dan kemungkinan terjadinya resiko bunuh diri.

Dengan adanya kasus seperti diatas, penulis merasa tertarik untuk mengangkat masalah tersebut dan perlu melakukan asuhan keperawatan mulai dari pengkajian sampai evaluasi dengan judul “Asuhan Keperawatan

Jiwa Pada Tn.Y Dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran Akibat Gangguan Mood (Bipolar) Di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut”.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Penulis memperoleh pengetahuan, keterampilan, wawasan, serta pengalaman yang nyata dalam melaksanakan asuhan keperawatan secara komprehensif Pada Tn.Y Dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran Akibat Gangguan Bipolar Di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut

2. Tujuan Khusus

Setelah memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan persepsi sensori : Halusinasi pendengaran penulis mampu :

- a. Melakukan pengkajian fisik, psikososial, dan mental secara komprehensif pada Tn.Y dengan Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn.Y Dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran Akibat Gangguan Bipolar Di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut
- b. Menetapkan diagnosa keperawatan Pada Tn.Y Dengan Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn.Y Dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran Akibat Gangguan Bipolar Di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut

- c. Melakukan perencanaan / intervensi keperawatan pada Tn.Y dengan Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn.Y Dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran Akibat Gangguan Bipolar Di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut
- d. Melakukan tindakan / implementasi keperawatan pada Tn.Y dengan Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn.Y Dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran Akibat Gangguan Bipolar Di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut
- e. Melakukan evaluasi keperawatan yang telah diberikan pada Tn.Y dengan Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn.Y Dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran Akibat Gangguan Bipolar Di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut
- f. Mendokumentasikan dari awal sampai akhir tindakan yang telah diberikan pada Tn.Y dengan Asuhan Keperawatan Pada Tn.Y Dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran Akibat Gangguan Bipolar Di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut

C. Metode Telaahan

Dalam penulisan studi kasus ini, penulis menggunakan metode deskriptif yang berbentuk laporan kasus Asuhan Keperawatan pada Tn.Y dengan halusinasi pendengaran melalui proses keperawatan menurut Aini (2018).

1. Wawancara : cara pengumpulan data dengan melakukan tanya jawab secara langsung kepada klien, keluarga, perawat di ruangan maupun

tenaga kesehatan yang terkait selama melakukan tindakan asuhan keperawatan.

2. Studi Dokumentasi : dalam studi dokumentasi penulis membaca dan mempelajari catatan medik klien, catatan dokter, dan perawat untuk mengetahui keadaan klien dengan halusinasi pendengaran.
3. Observasi atau pengamatan : teknik pengumpulan data dengan mengadakan pengamatan langsung terhadap klien selama melakukan asuhan keperawatan.
4. Studi kepustakaan : teknik pengambilan data dengan mempelajari referensi berupa buku buku yang berhubungan dengan karya tulis ilmiah yang digunakan untuk membandingkan dengan hasil observasi dan pengkajian.
5. Partisipasi aktif : penulis langsung melakukan asuhan keperawatan –pada klien halusinasi pendengaran dengan melakukan praktek keperawatan.

D. Sistematika Penulisan

Dalam penulisan studi kasus ini, penulis menggunakan sistematika penulisan sebagai berikut :

1. BAB I : Bab ini membahas mengenai latar belakang, tujuan umum, dan tujuan khusus, metode telaahan, dan sistematika penulisan
2. BAB II : Berisi mengenai konsep dasar penyakit meliputi pengertian, penyebab, dampak halusinasi terhadap kehidupan dasar manusia serta berisi tentang konsep dasar proses keperawatan jiwa meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi

3. BAB III : berisi tentang asuhan keperawatan yang dilakukan secara nyata dilapangan meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi dan catatan perkembangan pada klien dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran akibat gangguan bipolar. Sedangkan pembahasannya menguraikan kesenjangan antara kasus dan konsep, serta pemecahan masalahnya.
4. BAB IV : Dalam bab ini berisikan kesimpulan dari pelaksanaan asuhan keperawatan serta rekomendasi yang operasional terhadap masalah yang ditemukan

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Dasar

1. Konsep Bipolar

a. Definisi Bipolar

Bipolar disorder merupakan gangguan mental yang menyerang kondisi psikis seseorang ditandai dengan perubahan suasana hati atau mood yang sangat ekstrem berupa mania dan depresi. Istilah medis sebelumnya disebut dengan manic depressive (National Institute Of Mental Health, 2017). Seseorang yang menderita penyakit ini akan mengalami perubahan suasana hati yang meningkat maka orang tersebut akan menjadi manic (sangat senang dan bersemangat), namun jika suasana hatinya menurun, maka orang tersebut akan mengalami depresi (Sawdina. D et al.,2023).

Seseorang yang memiliki gangguan bipolar dapat disebut dengan penyintas karena mengalami perubahan suasana hati yang dapat menimbulkan mordibitas. Fase manik dan fase depresi yang sangat parah dapat menimbulkan gejala psikosis. Pada saat mengalami gejala psikosis, seorang gangguan bipolar akan menunjukkan tanda – tanda yang tidak berhubungan dengan realita, yang kemudian disebut dengan halusinasi (International Bipolar Foundation, 2020).

b. Etiologi Bipolar

Saat ini, sebagian besar ilmuwan sepakat bahwa tidak ada penyebab khusus untuk gangguan bipolar. Banyak faktor yang menyebabkan gangguan bipolar pada seseorang (International Bipolar Foundation, 2020). Beberapa faktor yang menyebabkan gangguan bipolar yaitu :

1) Faktor genetik

Orang yang mempunyai riwayat gangguan bipolar dikeluarganya memiliki resiko tinggi mengalami gangguan bipolar yang serupa. Hal ini disebabkan oleh pengaruh gen pada depresi berat memiliki pengaruh besar dibandingkan dengan depresi ringan.

2) Faktor Biologis

Salah satu faktor utama penyebab seseorang mengalami bipolar adalah terganggunya keseimbangan cairan kimia utama yang berada didalam otak. Sebagai organ yang memiliki fungsi untuk menghantarkan rangsangan, maka otak membutuhkan neurotransmitter dalam menjalankan tugasnya, neurotransmitter yaitu saraf pembawa pesan atau isyarat dari otak ke bagian tubuh lainnya. Ada beberapa jenis neurotransmitter yang penting dalam penghantaran impuls saraf yaitu norepinephrin, dopamin, dan serotonin. Pada orang dengan gangguan bipolar, cairan – cairan kimia tersebut berada dalam keadaan yang tidak seimbang (Mental Health America, 2017).

3) Faktor psikososial

Peristiwa yang terjadi dalam kehidupan memiliki peran penting dalam gangguan depresi. Gangguan bipolar disebabkan disebabkan oleh faktor psikososial seperti stress, atau tekanan yang didapatkan dari lingkungan baik yang internal maupun eksternal (Depression and Bipolar Support Alliance, 2020).

c. Jenis Bipolar

Berikut jenis gangguan bipolar (Holland & Nicholls, 2020) :

1) Bipolar I

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

2) Bipolar II

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

3) Cyclothymia

Penderita cyclothymia akan mengalami episode hipomanik dan depresi. Gejala kedua episode ini lebih pendek dan tidak memiliki tingkat keparahan dari gangguan bipolar tingkat I dan II. Mayoritas orang yang memiliki kondisi ini hanya mengalami suasana hati yang stabil setiap satu atau dua bulan.

d. Tanda dan gejala bipolar

Gangguan bipolar memiliki 5 fase masing-masing fase mempunyai karakteristik tersendiri dan gejala yang berbeda (American psychiatric association, 2017; Depression and Bipolar Support Alliance, 2020; National Alliance on Mental Illness, 2017). Berikut adalah gejala tanda dan gejala yang terjadi pada seorang penyintas gangguan bipolar:

- 1) Fase manik, adalah fase tertinggi pada gangguan bipolar. Tanda dan gejalanya antara lain:
 - a) Memiliki rasa optimis dan percaya diri yang berlebihan
 - b) Berperilaku agresif dan sembrono
 - c) Mudah marah dan tersinggung yang berlebihan
 - d) Memiliki rasa egois yang meningkat
 - e) Suasana hati yang mudah berubah, merasa senang dan gembira yang berlebihan
 - f) Memiliki pikiran yang tak terduga dan banyak ide
 - g) Berbicara terlalu cepat dan energi yang berlebihan
 - h) Mampu melakukan banyak kegiatan dalam satu waktu\
 - i) Memiliki tanda-tanda psikosis seperti halusinasi dan delusi
- 2) Fase Hipomanik, adalah fase manik ringan dari gangguan bipolar. Bedanya dengan fase manik yaitu dari gejala-gejala yang timbul tidak terlalu tinggi, sehingga tidak cukup parah menyebabkan gangguan yang

serius pada fungsi sosial seperti pendidikan dan pekerjaan, serta tidak terjadi tanda psikosis. Setidaknya selama 4 hari secara menetap, pasien mengalami peningkatan mood, ekspansif atau iritabel yang ringan.

3) Fase Normal, yaitu fase dimana seorang penyintas gangguan bipolar tidak mengalami fase manik ataupun fase depresi. Biasanya fase ini berlangsung dalam kurun waktu yang sebentar.

4) Fase Depresi, adalah fase terendah yang terjadi pada gangguan bipolar, tanda dan gejalanya sebagai berikut:

- a) Suasana hati yang menurun, merasa sedih dan menangis yang berlebihan.
- b) Kurangnya pesimisme dan percaya diri
- c) Tidak peduli dan tidak memikirkan diri sendiri
- c) Selalu merasa putus asa
- d) Merasa cemas, gelisah dan khawatir
- e) Tidak nafsu makan dan lebih sering tidur
- f) Kesulitan dalam mengambil keputusan
- g) Kualitas tidur yang jelek dan mimpi buruk
- h) Memiliki perasaan tidak berharga dan rendah diri
- i) Tidak mampu berkonsentrasi
- j) Adanya penarikan diri dari lingkungan sosial
- k) Mempunyai pikiran yang berulang-ulang tentang kematian dan bunuh diri, melakukan upaya percobaan bunuh diri atau menyakiti diri sendiri.

5) Fase Depresi Ringan, adalah fase depresi ringan dari gangguan bipolar. Bedanya dengan fase depresi berat adalah tanda dan gejalanya yang timbul tidak terlalu tinggi, sehingga tidak cukup parah menyebabkan gangguan yang serius pada fungsi sosial seperti pendidikan dan pekerjaan, serta tidak menyakiti diri sendiri dan percobaan bunuh diri

e. Penatalaksanaan Bipolar

1) Terapi non farmakologi

1. Psikoterapi

Beberapa perawatan psikoterapi yang digunakan untuk mengobati gangguan bipolar meliputi (Fathonah.N 2014) :

- a. Terapi kognitif
- b. Terapi keluarga
- c. Terapi psychotherapy interpersonal

2. Electroconvulsive therapy

Bentuk perawatan psikologis yang berbeda membantu mengurangi gejala depresi (Direja 2013). Electroconvulsive therapy (ECT) adalah perawatan yang aman dan efektif untuk penyakit mental tertentu. ECT dapat diterapkan untuk pasien depresi berat.

3. Therapi Farmakologi

Penatalaksanaan secara farmakologi dari gangguan bipolar adalah litium. Golongan obat penstabil mood atau

antikonvulsan juga telah banyak digunakan (contohnya carbamazepine dan asam valproat). Untuk pengobatan episode mania akut dan untuk mencegah kekambuhannya. Lamotrigin juga dapat digunakan untuk terapi pencegahan kekambuhan. Aripiprazol, klorpromasin, olanzapine, quetiapine, risperidone, dan ziprasidoneare disetujui oleh FDA untuk pengobatan episode manic gangguan bipolar.

2. Konsep Halusinasi

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

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

(Yusuf, 2015)

A. Halusinasi

1) Definisi Halusinasi

Halusinasi merupakan penyakit gangguan jiwa dimana seseorang mengalami gangguan persepsi sensori : merasakan adanya sensori palsu berupa penglihatan, pendengaran, penciuman, peengecapan, dan perabaan (Keliat, 2020). Halusinasi suatu penyerapan pancaindra tanpa adanya rangsangan dari luar, orang yang sehat persepsinya akurat, mampu mengidentifikasi dan mengintrepetasikan stimulus

berdasarkan informasi yang diterima melalui pancaindra (Armadaniah 2022).

Halusinasi adalah perubahan persepsi dimana pasien mengekspresikan sesuatu yang sebenarnya tidak ada atau tidak terjadi. Suatu penerapan panca indra tanpa ada rangsangan dari luar, merupakan suatu persepsi yang dialami seseorang melalui panca indra tanpa stimulus dari luar atau persepsi palsu (Prabowo, 2014).

2) Penyebab Halusinasi

1) Faktor Predisposisi

Menurut Direja (2021) faktor predisposisi diantaranya :

a) Faktor perkembangan

Perkembangan klien terganggu seperti kurangnya mengontrol emosi dan keharmonisan keluarga menyebabkan klien tidak mampu mandiri sejak kecil, mudah frustasi, hilang percaya diri.

b) Faktor sosialkultural

Seseorang yang merasa tidak diterima dilingkungan sejak kecil dan membekas diingatannya sampai dewasa dan ia akan kesepian, tidak percaya diri dan merasa disingkirkan.

c) Faktor biokimia

Adanya stres yang berlebihan yang dialami seseorang maka akan menghasilkan zat didalam tubuhnya yang bersifat halosigenik asetil kolin dan dopamin.

d) Faktor psikologis

Tipe kepribadian yang lemah tidak bertanggungjawab akan mudah terjerumus pada penyalahgunaan zat adaptif. Klien lebih memilih kesenangan sesaat dan lari dari alam nyata ke dunia khayalan.

e) Faktor genetik dan pola asuh

Faktor keluarga menunjukkan hubungan yang sangat berpengaruh pada penyakit ini

2) Faktor presipitasi

Penyebab halusinasi terdiri dari berbagai faktor diantaranya (Direja, 2021) :

a) Dimensi fisik

Halusinasi dapat ditimbulkan dari beberapa kondisi fisik seperti kelelahan, penggunaan obat-obatan demam hingga delirium, intoksikasi alkohol, dan kesulitan tidur dalam waktu lama

b) Dimensi emosional

Halusinasi dapat terjadi karena perasaan cemas yang berlebihan akibat masalah yang tidak dapat diatasi. Isi halusinasi dapat berupa perintah memaksa dan menakutkan. Klien tidak sanggup menentang perintah tersebut sehingga berbuat atas ketakutan.

c) Dimensi intelektual

Memperlihatkan penurunan ego yang awalnya halusinasi merupakan usaha dari ego sendiri untuk melawan tekanan, namun itu merupakan suatu hal yang menimbulkan kewaspadaan yang dapat mengambil semua perhatian klien

d) Dimensi sosial

Klien menganggap bahwa hidup bersosialisasi didunia nyata sangat membahayakan. Klien asik dengan halusinasinya seolah - olah tempat untuk memenuhi kebutuhan akan interaksi sosial, kontrol diri, harga diri telah didapatkan didunia nyata. Oleh karena itu, mengupayakan klien tidak menyendiri dan selalu berinteraksi dengan lingkungan agar mengatasi halusinasi

e) Dimensi spiritual

Klien mulai dengan kemampuan hidup, rutinitas tidak bermakna, jarang beribadah dan tidak berupaya secara spiritual untuk menyucikan diri. Menyalahkan lingkungan dan orang lain yang menyebabkan takdir buruknya.

3) Tanda dan Gejala Halusinasi

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

a) Data Objektif

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

b) Data Subjektif

Mendengar suara - suara atau kegaduhan, mendengar suara yang mengajak bercakap - cakap, mendengar suara menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya, melihat bayangan, sinar, bentuk geometris, bentuk kartun, melihat hantu atau monster. Mencium bau - bau tertentu seperti bau darah, urin, atau feses, merasa takut, atau senang dengan halusinasinya, mengatakan sering mengikuti isi perintah halusinasi

4) Jenis- jenis Halusinasi

Menurut (Pardede JA, Harjuliska H, 2021) beberapa jenis halusinasi antara lain :

a) Halusinasi Pendengaran (Auditory)

Mendengar suara yang membicarakan, mengejek, menertawakan, mengancam, memerintah untuk melakukan sesuatu (kadang – kadang hal hal yang berbahaya). Perilaku yang muncul mengarahkan telinga pada sumber suara, bicara atau tertawa sendiri, marah – marah tanpa sebab.

b) Halusinasi Penglihatan

Stimulus penglihatan dalam bentuk pancaran cahaya, gambar, orang atau panorama yang luas dan kompleks, biasanya menyenangkan atau menakutkan. Perilaku yang muncul adalah tatapan mata pada tempat tertentu, menunjuk ke arah tertentu, serta ketakutan pada obyek yang dilihat.

c) Halusinasi Penciuman (Olfaktori)

Tercium bau busuk, bau amis dan menjijikan seperti darah, urine, atau feses. Perilaku yang muncul adalah ekspresi wajah seperti mencium bau, mengarahkan hidung pada tempat tertentu dan menutup hidung

d) Halusinasi Pengecapan (Gustatory)

Merasa mengecap sesuatu yang busuk, amis, dan menjijikan seperti rasa darah, rasa feses, dan urine. Perilaku yang muncul seperti gerakan mengecap, mengunyah, sering meludah dan muntah

e) Halusinasi Perabaan (taktil)

Mengalami rasa sakit atau tidak enak tanpa stimulus yang terlihat seperti merasakan sensasi listrik, benda mati dan orang lain, merasakan ada yang menggerayangi.

5) Rentang Respon Halusinasi

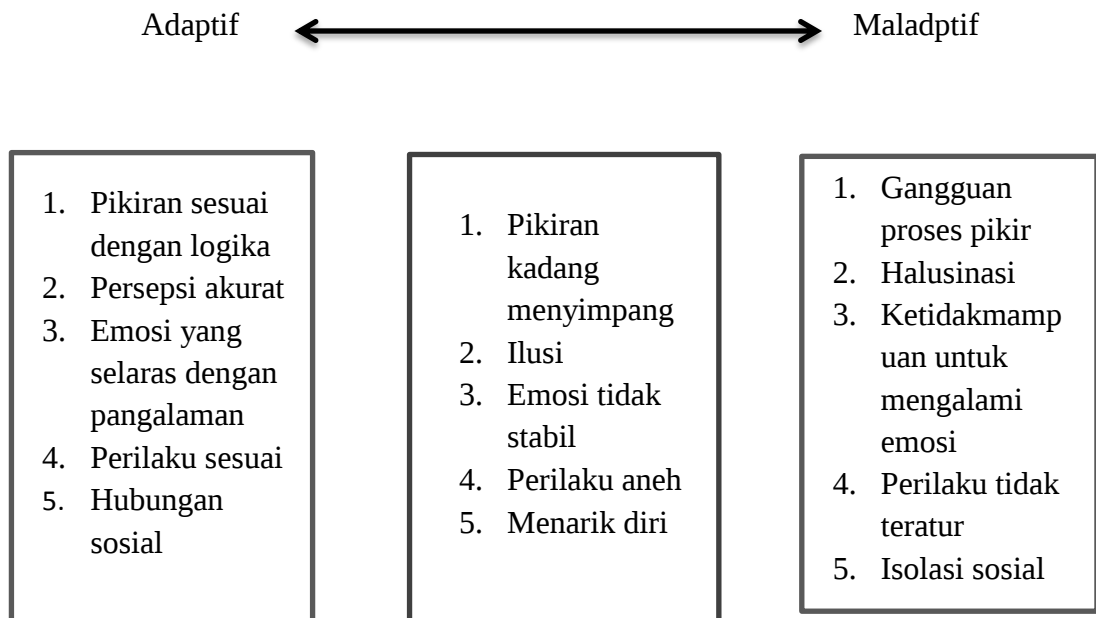
Halusinasi adalah penyakit persepsi sensori, sehingga dapat dikatakan halusinasi yaitu gangguan dalam respon neurobiologis.

Dengan demikian, secara umum rentang respon terhadap halusinasi selaras pada pola respon neurobiologis.

Rentang respon neurobiologi yang sangat adaptif yaitu terhadap pola pikir sesuai dengan logika, emosi yang sesuai pada pengalaman, persepsi akurat, perilaku sesuai dan adanya keterkaitan sosial yang baik. Sementara itu, respons maladaptif mencakup halusinasi, waham, ketidakmampuan untuk mengalami emosi, isolasi sosial dan perilaku tidak teratur.

Bagan 2.1

Rentang respon neurobiology halusinasi



Sumber : (Sutejo, 2019)

6) Mekanisme Koping Halusinasi

Mekanisme koping merupakan perilaku yang mewakili upaya untuk melindungi diri sendiri, mekanisme koping menurut Yosep (2016), diantaranya :

1) Regresi

Proses untuk menghindari stress, kecemasan, dan menampilkan perilaku kembali pada perilaku perkembangan anak atau berhubungan dengan masalah proses informasi dan upaya untuk menanggulangi ansietas.

2) Proyeksi

Keinginan yang tidak dapat ditoleransi, mencurahkan emosi pada orang lain karena kesalahan yang dilakukan diri sendiri (sebagai upaya untuk menjelaskan kerancuan identitas)

3) Menarik Diri

Reaksi yang muncul dapat berupa reaksi fisik maupun psikologis. Reaksi fisik yaitu individu pergi menghindar sumber stresor, sedangkan reaksi psikologis yaitu menunjukkan perilaku apatis, mengisolasi diri, tidak berminat, sering disertai rasa takut dan bermusuhan

7) Fase halusinasi

Menurut arikunto (2020) proses terjadinya halusinasi yaitu :

1) Tahap I (Comforting)

Memberi rasa nyaman, tingkat ansietas sedang, secara umum halusinasi merupakan suatu kesenangan dengan karakteristik klien mengalami ansietas, kesepian, rasa bersalah dan ketakutan. Perilaku klien yang mencirikan dari tahap ini adalah tersenyum atau tertawa sendiri, menggerakkan bibir tanpa suara, pergerakan mata yang cepat, respon verbal lambat, diam dan berkonsentrasi.

2) Tahap II (Condemning)

Menyalahkan tingkat kecemasan berat secara umum halusinasi menyebabkan rasa antisipasi dengan karakteristik pengalaman sensori yang menakutkan, mulai merasa kehilangan kontrol, menarik diri dari orang lain. Perilaku klien pada tahap ini yaitu terjadi peningkatan denyut jantung, pernafasan dan tekanan darah, perhatian dengan lingkungan berkurang, konsentrasi terhadap lingkungan berkurang, kehilangan kemampuan membedakan halusinasi dengan realistis.

3) Tahap III (Controlling)

Mengontrol tingkat kecemasan berat, pengalaman tidak dapat ditolak dengan karakteristik klien menyerah dan menerima pengalaman sensorinya, isi halusinasi menjadi atraktif, dan kesepian bila pengalaman sensori berakhir. Perilaku klien pada tahap ini adalah perintah halusinasi ditaati, sulit berhubungan dengan orang lain, perhatian terhadap lingkungan berkurang, tidak

mampu mengikuti perintah dari perawat, tampak tremor dan berkeringat.

4) Tahap IV (Conquering)

Klien sudah sangat dikuasai oleh halusinasi, klien tampak panik. Perilaku klien pada tahap ini perilaku panik, resiko tinggi mecederai, tidak mampu berespon terhadap lingkungan.

8) Penatalaksanaan Halusinasi

Menurut Rahayu (2018), penatalaksanaan medis pada pasien halusinasi pendengaran dibagi menjadi 2 :

1) Terapi farmakologi

a) Haloparidol

Klasifikasi : antipsikotik, neuroleptic, butirofenom

Indikasi : penatalaksanaan psikosis kronik akut, pengendalian hiperaktivitas, dan masalah perilaku berat pada anak – anak

b) Clorpromazin

Klasifikasi : sebagai antipsikotik, antimetik

Indikasi : penanganan gangguan psikotik seperti skizofrenia, fase mania pada gangguan bipolar, gangguan skizofrenia, ansietas, dan agitasi, anak hiperaktif yang menunjukkan aktivitas motoric berlebih

c) Trihexypenidi (THP)

Klasifikasi : antiparkinson

Indikasi : segala penyakit Parkinson, gejala ekstra pyramidal berkaitan dengan obat antiparkinson

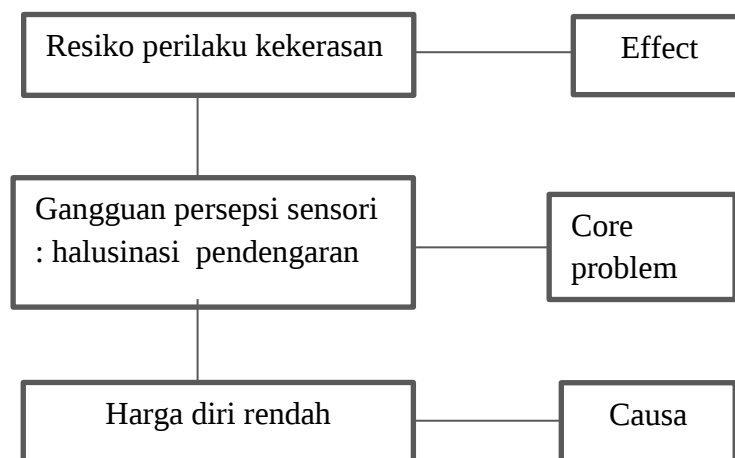
2) Terapi non farmakologi

- a. Terapi aktivitas kelompok yang sesuai dengan gangguan persepsi sensori halusinasi adalah TAK stimulus sensori
- b. Elektro Convulsive Therapy (ECT), pengobatan secara fisik menggunakan arus listrik dengan kekuatan 75 – 100 volt
- c. Pengekangan atau pengikatan pengembangan fisik menggunakan pengekangan mekanik seperti manset untuk pergelangan tangan dan pergelangan kaki dimana klien pengekangan dapat dimobilisasi dengan membalutnya, cara ini dilakukan pada klien halusinasi yang mulai kambuh.

9) Pohon masalah

Bagan 2.2

Pohon Masalah Halusinasi



Sumber : (Sutejo,2017)

B. Resiko Perilaku Kekerasan

1) Definisi

Risiko perilaku kekerasan merupakan perilaku seseorang yang menunjukkan bahwa ia dapat membahayakan diri sendiri atau orang lain atau lingkungan. Hal itu dapat dilakukan baik secara fisik, emosional, seksual, dan verbal (Direja 2017). Perilaku kekerasan adalah salah satu respon terhadap stressor yang dihadapi oleh seseorang yang ditunjukan dengan perilaku kekerasan baik pada diri sendiri maupun orang lain dan lingkungan baik secara verbal maupun non verbal (Estika, 2021)

2) Etiologi

Risiko perilaku kekerasan merupakan perilaku seseorang yang menunjukkan bahwa ia dapat membahayakan diri sendiri atau orang lain atau lingkungan. Hal itu dapat dilakukan baik secara fisik, emosional, seksual, dan verbal (Direja 2017)

a. Faktor predisposisi

1) Faktor biologis

(a) Teori dorongan naluri (instinctual drive theory) Teori ini menyatakan bahwa perilaku kekerasan disebabkan oleh suatu dorongan kebutuhan dasar yang kuat

(b) Teori psikomatik (psycomatik theory) Pengalaman marah dapat diakibatkan oleh respon psikologi terhadap stimulus eksternal maupun internal. Sehingga, sistem limbik

memiliki peran sebagai pusat untuk mengekspresikan maupun menghambat rasa marah

2) Faktor psikologis

- (a) Teori agresif frustasi (frustasion aggression theory) Teori ini menerjemahkan perilaku kekerasan terjadi sebagian hasil akumulasi frustasi. Hal ini dapat terjadi apabila keinginan individu untuk mencapai sesuatu gagal atau terhambat. Keadaan frustasi dapat mendorong individu untuk berperilaku agresif karena perasaan frustasi akan berkurang melalui perilaku kekerasan.
- (b) Teori perilaku (behavioral theory) Kemarahan merupakan bagian dari proses belajar. Hal ini dapat dicapai apabila tersedia fasilitas atau situasi yang mendukung. Reinforcement yang diterima saat melakukan kekerasan sering menimbulkan kekerasan di dalam maupun di luar rumah.
- (c) Teori eksistensi (existential theory) Salah satu kebutuhan dasar manusia adalah bertindak sesuai perilaku. Apabila kebutuhan tersebut tidak dipenuhi melalui perilaku konstruktif, maka individu akan memenuhi kebutuhannya melalui perilaku destruktif.

3) Factor Sosiokultural

(a) Faktor lingkungan sosial (social environment theory)

Lingkungan sosial akan mempengaruhi sikap individu dalam mengekspresikan marah. Norma budaya dapat mendukung individu untuk merespon asertif atau agresif.

(b) Teori belajar sosial (social learning theory) Perilaku

kekerasan dapat dipelajari secara langsung maupun melalui proses sosialisasi.

b. Faktor Presipitasi

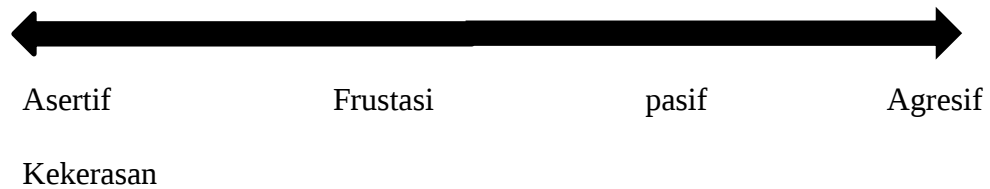
Faktor presipitasi ini berhubungan dengan pengaruh stressor yang mencetuskan perilaku kekerasan bagi setiap individu. Stresor dapat disebabkan dari luar maupun dari dalam. Stresor dari luar dapat berupa serangan fisik, kehilangan, kematian dan lain-lain.

Stresor yang berasal dari dalam dapat berupa, kehilangan keluarga, atau sahabat yang dicintai, ketakutan terhadap penyakit fisik, penyakit dalam, dan lain-lain. Selain itu, lingkungan yang kurang kondusif, seperti penuh penghinaan, tindak kekerasan, dapat memicu perilaku kekerasan.

3) Rentang Respon

Rentang respon perilaku kekerasan menurut Azizah,dkk (2019) dimulai dari rentang respon normal (adaptif) sampai pada respon yang tidak normal (maladaptif).

Bagan 2.3
Rentang Respon Resiko perilaku Kekerasan



Keterangan :

- 1) Asertif: Individu dapat mengungkapkan marah tanpa menyalahkan orang lain dan memberikan orang lain ketenangan
- 2) Frustrasi: Individu gagal mencapai tujuan, kepuasan saat marah dan tidak dapat menemukan alternative.
- 3) Pasif: Perilaku dimana seseorang tidak mampu mengungkapkan perasaan sebagai suatu usaha dalam mempertahankan haknya.
- 4) Agresif Memperlihatkan permusuhan, keras, dan menuntut, mendekati orang lain dengan ancaman memberi kata-kata ancaman tanpa niat melukai orang lain.
- 5) Kekerasan: Menyentuh orang lain secara menakutkan, memberi kata-kata ancaman, melukai pada tingkat ringan dan yang paling berat adalah melukai/merusak secara serius. Klien tidak dapat mengendalikan / hilang kontrol.

4) Tanda dan Gejala

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.

5) Mekanisme koping

Beberapa mekanisme koping yang dipakai pada pasien marah untuk melindungi diri antara lain:

- 1) Subliminasi : Menerima suatu sasaran pengganti yang mulia. Artinya dimata masyarakat untuk suatu dorongan yang mengalami hambatan penyalurannya secara normal
- 2) Proyeksi Menyalahkan orang lain kesukarannya atau keinginannya yang tidak baik.
- 3) Represi: Mencegah pikiran yang menyakitkan atau membahayakan masuk ke dalam sadar
- 4) Reaksi formasi Mencegah keinginan yang berbahaya bila diekspresikan. Dengan melebih lebihkan sikap dan perilaku yang berlawanan dan menggunakannya sebagai rintangan
- 5) Displacement: Melepaskan perasaan yang tertekan biasanya bermusuhan.

6) Penatalaksanaan

Penatalaksanaan medis pada pasien dengan risiko 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.

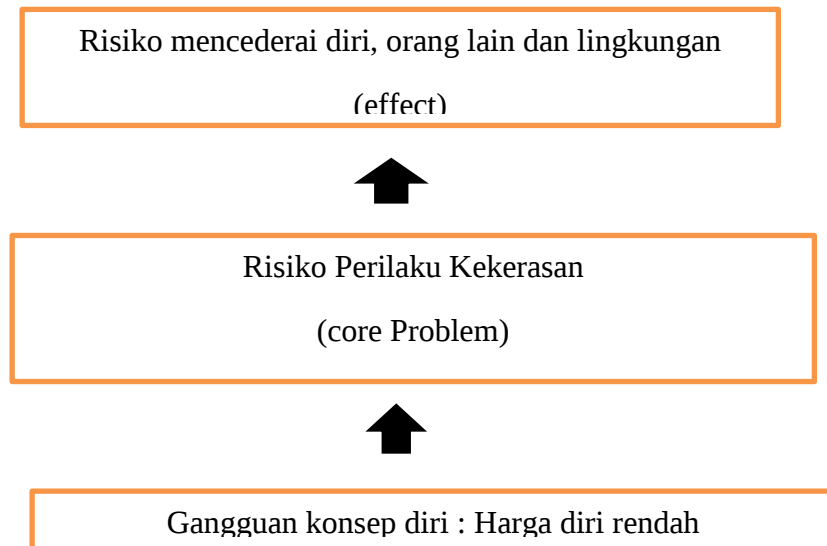
3) Peran serta keluarga

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.

7) Pohon Masalah

Bagan 2.4

Pohon Masalah Risiko Perilaku Kekerasan



B. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan yang terdiri dari pengumpulan data dan perumusan kebutuhan masalah klien. Data yang dikumpulkan melalui data biologis, psikologis, sosial dan spiritual. Saat melakukan pengkajian dengan menggunakan pendekatan kepada klien dan keluarga. Pengkajian pada klien dilakukan menggunakan metode wawancara, diskusi dan observasi (Aji, 2019).

a. Identitas Pasien

Identitas pasien terdiri dari nama, umur, jenis kelamin, alamat, pekerjaan, pendidikan, status perkawinan, suku atau bangsa, tanggal pengkajian, no. RM, tanggal masuk RS.

b. Identitas Penanggung Jawab.

Meliputi nama penanggungjawab, umur, jenis kelamin, pekerjaan, alamat, dan hubungan dengan pasien.

c. Alasan masuk / terjadinya gangguan jiwa

Menanyakan pada keluarga pasien alasan dibawa ke rumah sakit jiwa, apa yang dilakukan keluarga terhadap klien sebelum dibawa ke rumah sakit jiwa dan bagaimana hasilnya.

d. Faktor predisposisi

Menanyakan kepada klien dan keluarga :

- 1) Apakah pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu
- 2) Apakah pernah melakukan atau mengalami penganiyaan fisik
- 3) Apakah pernah mengalami penolakan dari keluarga dan lingkungan
- 4) Apakah pernah mengalami kejadian / trauma yang tidak menyenangkan pada masa lalu
- 5) Riwayat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.

e. Faktor Presipitasi

Stresor presipitasi pada klien dengan halusinasi ditemukan adanya riwayat penyakit infeksi, penyakit kronis, atau kelainan struktur otak, kekerasan dalam keluarga, atau adanya kegagalan dalam hidup,

kemiskinan, adanya aturan tuntutan dalam keluarga atau masyarakat yang sering tidak sesuai dengan klien serta konflik antara masyarakat.

f. Pemeriksaan fisik

Meliputi keadaan umum (GCS), TTV (tekanan darah, nadi, respirasi, suhu, dan SPO, berat badan, tinggi badan, serta keluhan fisik.

g. Psikososial

1) Genogram

Menggambarkan 3 generasi keluarga, pada genogram biasanya terlihat ada anggota keluarga yang mengalami kelainan gangguan jiwa.

2) Konsep diri

a) Citra tubuh

Tanyakan kepada klien tentang persepsi terhadap tubuhnya, bagian tubuh yang disukai dan tidak disukai.

b) Identitas diri

Meliputi tentang kepuasan klien dengan statusnya didalam keluarga dan masyarakat. Pada umumnya interaksi klien dengan keluarga maupun masyarakat.

c) Peran diri

Pada umumnya klien kurang dapat melakukan peran dan tugasnya dengan baik sebagai anggota keluarga dan lingkungan sekitarnya.

d) Ideal diri

Harapan klien terhadap penyakitnya. Pada umumnya klien ingin segera pulang dan diperlakukan baik oleh keluarga maupun masyarakat saat dirumah

e) Harga diri

Biasanya klien memiliki hubungan yang kurang baik dengan orang lain sehingga merasa diasingkan di lingkungan sekitarnya.

h. Status mental

1) Penampilan

Biasanya penampilan diri yang tidak rapi, tidak cocok / serasi dan berubah dari biasanya.

2) Pembicaraan

Pembicaraan yang berpindah - pindah dari satu topik ke topik lainnya, tidak terorganisir, tidak logis dan berbelit - belit.

3) Aktifitas Motorik

Meningkat atau menurun, klien terlihat gelisah, modar - mandir dengan gerakan mulut seolah - olah sedang berbicara.

4) Alam perasaan

Berupa suasana emosi akibat dari faktor presispitasi misalnya sedih dan putus asa disertai apatis.

5) Afek

Memiliki emosi labil tanpa ada sebab. Tiba - tiba klien menangis dan tampak sedih diam dan menundukan kepala.

6) Interaksi selama wawancara

Selama interaksi dapat terlihat sikap klien yang nampak komat kamit, tertawa sendiri, dan tidak kooperatif.

7) Persepsi

Pada umumnya klien cenderung mendengar, melihat, meraba, mengecap sesuatu yang tidak nyata dengan waktu yang tidak menentu.

i. Proses Pikir

1) Proses pikir

Jika klien menjawab pertanyaan biasanya terdiam dulu seolah - olah merenung lalu menjawab dan ketika diberi pertanyaan klien banyak diam

2) Isi pikir

Klien akan merasa lebih senang sendiri daripada harus berkumpul dengan orang lain.

3) Tingkat kesadaran

Pada halusinasi pendengaran tingkat kesadaranya yaitu stupor dengan gangguan motorik seperti kekakuan, gerakan yang diulang – ulang, canggung dan terlihat kacau

4) Memori

Gangguan persepsi sensori pada halusinasi pendengaran memiliki memori yang tidak sesuai dengan kenyataan.

5) Tingkat berkonsentrasi dan berhitung

Pada umumnya pada klien halusinasi pendengaran tidak mampu berkonsentrasi dengan baik

6) Kemampuan penilaian

Mengamati gangguan kemampuan penilaian dengan mengambil keputusan sederhana dengan bantuan orang lain atau tidak.

7) Daya Tilik Diri

Mengamati dan mengobservasi tentang penyakit yang dideritanya saat ini.

j. Hubungan sosial

1) Orang yang berarti

Kaji siapa orang yang berarti dalam kehidupan klien, tempat menceritakan masalah, meminta bantuan serta dukungan.

2) Lingkungan

Lingkungan yang membuat klien merasa lebih tenang

3) Arti keluarga

Arti bagi keluarga, konflik keluarga yang menyebabkan mengalami gangguan jiwa dan cara mengatasinya.

4) Aktivitas di masyarakat

Sejauh mana klien mengikuti dan bersosialisasi dengan masyarakat

5) Spiritual

Kaji klien melaksanakan ibadah atau tidak.

k. Kebutuhan persiapan pasien pulang

1) Makan

Jika klien sibuk dengan halusinasinya dan cenderung tidak memperhatikan dirinya termasuk tidak peduli makannya karena tidak memiliki minat dan kepedulian.

2) BAB dan BAK

Observasi kemampuan klien untuk BAB atau BAK serta kemampuan klien untuk membersihkan diri

3) Mandi

Biasanya klien mandi berulang - ulang atau tidak mandi sama sekali

4) Berpakaian

Biasanya tidak sesuai, tidak rapi dan tidak diganti.

5) Istirahat dan Tidur

Mengamati tentang lama dan waktu tidur siang dan malam biasanya istirahat klien terganggu jika halusinasi muncul.

6) Pemeliharaan Kesehatan

Tentang pemeliharaan kesehatan selanjutnya seperti peran keluarga dan sistem pendukung sangat menentukan.

7) Aktivitas dalam rumah

Klien biasanya tidak melakukan aktivitas didalam rumah seperti membereskan kasur, menyapu karena malas.

k. Terapi yang diberikan

Obat yang diberikan pada klien dengan halusinasi biasanya diberikan antipsikotik seperti haloperidol (HLP), chlorpromazine (CPZ), trifluoperazin (TFZ), dan anti parkinson trihexyphenindyl (THP), triplofrazine parkine.

2. Analisa Data

Analisa data adalah kegiatan pengelompokan dan menginterpretasikan kelompok data itu serta mengaitkannya untuk menarik kesimpulan dalam menentukan masalah. Berikut adalah analisa data menurut Standar Asuhan Keperawatan (FIK UI, 2016):

Analisa data

Tabel 2.1

No.	Data	Masalah
1.	DS : 1. Mendengarkan suara bisikan atau melihat bayangan 2. Merasakan sesuatu melalui indra perabaan, penciuman atau pengecapan 3. Menyatakan kesal DO : 1. Distorsi sensori 2. Respon tidak sesuai 3. Bersikap seolah - olah melihat, mendengar, mengecap, meraba, atau mencium sesuatu 4. Menyendiri 5. Melamun 6. Mondar mandir bicara sendiri	Gangguan persepsi sensori : halusinasi
2.	DS : 1. Klien mengatakan sering marah 2. Klien melempar barang barang 3. Klien mengatakan suka tempramen	Gangguan emosi : Resiko perilaku kekerasan

	DO : 1. Klien selalu curiga saat didekati orang 2. Klien tampak kesal saat melihat orang berkumpul 3. Klien bersifat agresif	
--	---	--

4. Diagnosa Keperawatan

Perumusan diagnosa keperawatan berdasarkan permasalahan dengan etiologi serta keduanya memiliki hubungan sebab akibat secara ilmiah. Diagnosa keperawatan memiliki penilaian klinis terhadap hasil tentang respon individu, keluarga maupun masyarakat secara actual maupun potensial (Supinganto, dkk. 2021).

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada klien dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi menurut (Yusuf 2015) yaitu :

- a) Gangguan persepsi sensori : halusinasi
- b) Resiko Perilaku Kekerasan (pada diri sendiri, orang lain, dan lingkungan sekitar)

5. Intervensi Keperawatan

Rencana tindakan keperawatan dibuat dan disusun untuk menyelesaikan suatu masalah atau diagnosa keperawatan dan meningkatkan kesehatan pada klien. Seiring berjalannya waktu rencana tindakan keperawatan bisa berubah prioritasnya sesuai dengan masalah keperawatan yang muncul (PPNI, 2018). Dalam rencana keperawatan yang akan dilakukan pada klien dengan gangguan persepsi sensori ; Halusinasi memiliki tujuan yang klien mampu mengelola dan meningkatkan respon, perilaku pada perubahan persepsi sensori.

Tabel 2.1
Intervensi Keperawatan

NO.	DIAGNOSA	TUJUAN	KRITERIA HASIL	INTERVENSI	RASIONAL
1	Gangguan persepsi halusinasi pendengaran	Setelah dilakukan tindakan keperawatan klien mampu : 1) Membina hubungan saling percaya 2) Mengenal halusinasinya 3) Mengikuti program pengobatan secara maksimal 4) Memanfaatkan obat dengan baik	SP I : 1) Menyebutkan isi, waktu, frekuensi, pencetus halusinasi 2) Mampu mempergunakan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik	SP I : 1) Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip teurapetik 2) Identifikasi klien mengenal halusinasi 3) (isi, waktu, frekuensi, pencetus perasaan saat terjadi halusinasi) 4) Latih klien dengan mengontrol halusinasinya dengan cara pertama : Menghardik Halusinasi 5) Tahapan tindakan meliputi : masukan kedalam jadwal harian	1) Untuk memfasilitasi keterbukaan dalam mengungkapkan 2) Untuk mengetahui isi, waktu, frekuensi, pencetus, dan perasaan saat terjadi halusinasi 3) Untuk melatih cara mengontrol halusinasi dengan menghardik halusinas
			Setelah pertemuan kedua klien dapat :	SP 2 : 1) Evaluasi kegiatan SP 1	1) Bercakap – cakap dengan orang lain

.			1) Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan. 2) Membuat jadwal kegiatan harian	2) Latih klien mengontrol halusinasi dengan cara yang kedua yaitu bercakap - cakap dengan orang lain	merupakan salah satu tindakan yang dapat mengendalikan halusinasi
			Setelah pertemuan ketiga klien dapat : 1) Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan 2) Membuat jadwal kegiatan harian	SP 3 : 1) Evaluasi kegiatan sp 1 dan sp 2 2) Latih kegiatan agar halusinasinya tidak muncul tahapannya : a. Jelaskan pentingnya melakukan aktivitas terjadwal b. Diskusikan aktivitas yang bisa klien lakukan 3) Latih klien melakukan aktivitas terjadwal 4) Pantau pelaksanaan jadwal kegiatan.	1) Dengan melakukan aktivitas yang biasa dilakukan di rumah dapat mengontrol
			Setelah pertemuan keempat klien dapat : 1) Menyebutkan	SP 4 : 1) Evaluasi kegiatan sp 1, 2, dan sp 3	1) Dengan minum obat secara teratur dapat mempercepat

			kegiatan yang sudah dilakukan 2) Klien dapat minum obat sesuai program pengobatan	2) Jelaskan pentingnya program penggunaan minum obat 3) Jelaskan akibat tidak minum obat 4) Latih pasien minum obat	penyembuhan halusinasi
2.	Resiko Perilaku Kekerasan	TUM: Klien dan keluarga mampu mengatasi atau mengendalikan resiko perilaku kekerasan TUK 1 : Pasien dapat membina hubungan saling percaya	Setelah dilakukan pertemuan diharapkan klien dapat membina hubungan saling percaya dengan kriteria 1. Klien mau membalas salam 2. Klien mau menjabat tangan 3. Klien dapat menyebutkan nama 4. Klien mau kontak mata 5. Klien mengetahui nama perawat	Bina hubungan saling percaya dengan cara : 1. Beri salam atau nama klien 2. Sebutkan nama perawat sambil jabat tangan 3. Jelaskan maksud hubungan interaksi 4. Beri rasa aman dan sikap empati Lakukan kontak singkat tapi sering	1) Hubungan saling percaya merupakan dasar untuk memperlancar interaksi yang selanjutnya akan dilakukan.

			Menyediakan waktu untuk kontrak		
		TUK 2 : Mengidentifikasi penyebab dan tanda-tanda	Setelah dilakukan 1x 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 napas dalam 3. Masukan dalam jadwal harian pasien	1) Memberi kesempatan kepada klien untuk mengungkapkan perasaannya dan 2) Membantu klien menggunakan cara yang dapat dilakukan untuk mengatasi perilaku kekerasan
		TUK 3 : Klien dapat menyebutkan cara mengontrol perilaku kekerasan secara fisik, sosial verbal, spiritual, dan terapi psikofarmaka	Setelah dilakukan 2x pertemuan diharapkan klien mampu : 1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan Memperagakan cara 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 3x 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 : a. Mengungkapkan marah dengan verbal b. Menolak dengan baik c. Meminta dengan baik 3. Masukan dalam jadwal kegiatan pasien	Membantu klien memilih cara lain untuk mengatasi perilaku kekerasan
		TUK 4 : Klien dapat menyebutkan cara mengontrol RPK secara spiritual dan minum obat secara teratur	Setelah dilakukan 4x pertemuan diharapkan klien mampu : 1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan 2. Memperagakan cara spiritual untuk	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	Membantu klien memilih cara untuk mengatasi perilaku kekerasan

			mengontrol perilaku kekerasan	harian pasien	
			Setelah dilakukan 5x pertemuan diharapkan klien mampu : 1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan 2. Memperagakan cara patuh minum obat	SP 5 : 1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1,2,3,4) 2. Latih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara patuh minum obat : a. Minum obat secara teratur dengan menggunakan 5 prinsip benar b. Susun jadwal minum obat secara teratur 3. Masukan dalam jadwal harian pasien	Agar pasien memiliki kesadaran pentingnya minum obat dengan kesadaran sendiri

4. Implementasi

Untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang lebih yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Potter, 2016). Implementasi keperawatan menurut Haryanto (2017), adalah kategori dari perilaku keperawatan, dimana perawat melakukan tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan juga serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan

5. Evaluasi

Evaluasi adalah tahap dimana proses keperawatan menyangkut pengumpulan data obyektif dan subyektif yang dapat menunjukkan masalah apa yang terselesaikan, apa yang perlu dikaji dan direncanakan, dilaksanakan dan dinilai apakah tujuan keperawatan telah tercapai atau belum, sebagai tercapai atau muncul masalah baru (Oktaviani, 2020). Evaluasi dibagi menjadi dua yaitu diantaranya :

- a) Evaluasi proses (Formatif) yang dilakukan setiap sesudah melakukan tindakan keperawatan.
- b) Evaluasi hasil (sumatif) dilakukan dengan cara membandingkan respon klien dengan tujuan yang telah disusun. Evaluasi ini dilakukan dengan pendekatan SOAP sebagai pola pikir

6. Dokumentasi

Tahap dokumentasi keperawatan umumnya dibuat berdasarkan informasi tertulis atau secara elektrik. Dokumentasi ini menjelaskan tentang perawatan dan layanan yang telah diberikan perawat kepada seorang pasien, dengan sistem perawatan kesehatan (Rahmi, 2020).

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Tinjauan kasus

1. Pengkajian

a. Identitas

1) Identitas Klien

Nama	: Tn.Y
Umur	: 33 tahun
Jenis Kelamin	: Laki – laki
Agama	: Islam
Pendidikan	: SMA
Status Perkawinan	: Belum meniikah
Pekerjaan	: Tidak bekerja
Alamat	: Rancaekek
Suku Bangsa	: Sunda
NO.RM	: 007298
Diagnosa Medis	: Bipolar
Tanggal Pengkajian	: 24 April 2025
Tanggal Masuk	: 5 Maret 2025

2) Identitas Penanggung Jawab

Nama	: Ny. L
Umur	: 68 tahun
Alamat	: Rancaekek

Agama : Islam

Hubungan dengan klien : Ibu klien

b. Alasan Masuk

Sebelum masuk ke klinik yayasan jiwa nur ilahi, klien sering mengamuk, marah - marah, klien juga sering mondar - mandir di halaman rumahnya. Klien juga mengatakan sering mendengar suara bisikan yang menyuruh klien untuk memukul orang lain yaitu memukul ibunya dan menyuruh klien untuk melukai dirinya sendiri. Karena keluarga sudah kewalahan dengan perilaku klien akhirnya klien dibawa ke klinik yayasan jiwa nur ilahi pada tanggal 5 maret 2025.

Pada saat dikaji pada tanggal 24 April 2025 didapatkan hasil klien mengatakan masih mendengar suara bisikan yang menyuruhnya untuk memukul orang lain. Suara itu muncul pada waktu siang dan malam hari pada saat klien akan tidur dan ketika klien sedang sendiri. Klien merasa tidak tenang dan gelisah ketika suara itu muncul.

c. Faktor Predisposisi

1) Riwayat Gangguan Jiwa di Masa lalu

Klien sebelumnya pernah dirawat di Klinik yayasan jiwa nur ilahi pada tahun 2024 dengan gangguan yang sama.

2) Pengobatan Sebelumnya

Pengobatan pada klien kurang berhasil karena putusnya minum obat dan kontrol yang tidak teratur

3) Aniaya fisik, seksual, kekerasan dalam keluarga

Klien mengatakan tidak pernah melakukan tindakan kekerasan fisik atau seksual kepada orang lain, maupun aniaya fisik dan juga tindakan kriminal lainnya.

4) Adakah anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa

Klien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang pernah mengalami gangguan jiwa sama seperti klien

5) Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan

Klien mengatakan mempunyai pengalaman yang tidak menyenangkan yaitu klien pernah dibuli sama temannya waktu smp karena dituduh menyontek pada saat ujian sekolah.

d. Pemeriksaan fisik

1) Tanda - tanda vital

Tekanan darah : 120/80 mmhg

Respirasi : 22x/menit

Nadi : 85x/menit

Suhu : 36,4 C

2) Tinggi badan : 176 cm

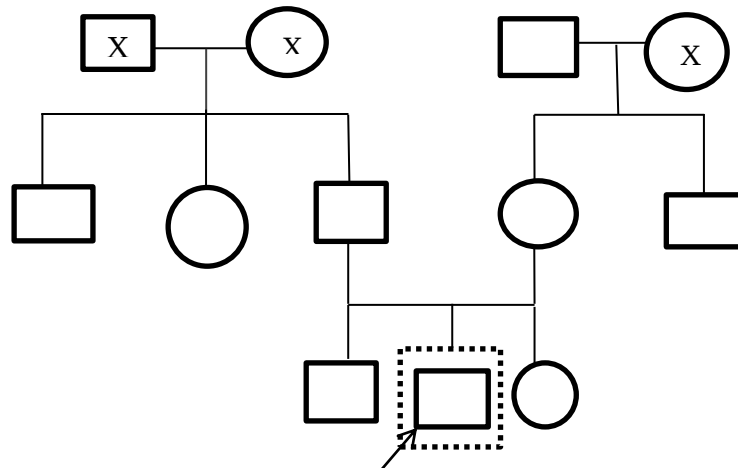
3) Berat badan : 87 kg

4) Keluhan fisik

Pada saat dikaji, klien mengatakan nyeri kepala

e. Psikososial

1) Genogram



□ : Laki - laki

○ : Perempuan

X : Meninggal

□ : Pasien

├ : Garis Keturunan

└ : Garis Pernikahan

----- : Tinggal Serumah

Penjelasan :

Kien merupakan anak ke 2 dari 3 bersaudara, sudah 1 bulan klien tinggal di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut.

2) Konsep Diri

a) Citra tubuh

Pada saat dikaji klien mengatakan dari keseluruhan anggota tubuh yang paling disukai adalah tangan, karena menurut klien tangan sangat berguna bagi dirinya.

b) Identitas diri

Klien mengatakan bahwa klien anak ke 2 dan 3 bersaudara dan klien menyadari bahwa dia seorang anak laki - laki yang harus menjadi panutan bagi adik perempuannya.

c) Peran diri

Klien mengatakan berperan sebagai anak ke 2 dan diakui oleh keluarganya. Klien juga suka melakukan aktivitas dirumahnya seperti membantu membereskan rumahnya.

d) Ideal diri

Klien mengatakan ingin dijenguk oleh keluarganya dan ingin cepat pulang supaya dapat berkumpul kembali bersama keluarganya.

e) Harga Diri

Klien mengatakan tidak malu dengan kondisi sakit jiwanya.

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah

3) Hubungan sosial

a) Orang terdekat

Saat dilakukan pengkajian klien mengatakan bahwa orang yang paling berarti dalam hidupnya adalah ibu dan adiknya, dan klien juga mengatakan orang terdekat klien ketika di rumah ialah ibunya dan ketika di klinik klien dekat dengan Tn.R dan Tn.I.

b) Peran serta dalam kegiatan kelompok / masyarakat

Klien mengatakan suka bergaul dengan masyarakat dan sering mengikuti atau ikut serta dalam kegiatan masyarakat seperti gotong royong.

c) Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain

Klien mengatakan tidak ada hambatan dalam berinteraksi dengan orang lain.

Masalah keperawatan : tidak ada masalah

4) Spiritual

a) Nilai dan keyakinan

Klien mengatakan bahwa klien dan keluarganya beragama islam dan meyakini bahwa adanya Allah SWT. Klien menganggap bahwa ini cobaan dari Allah SWT dan tanggapan orang lain saat ini bahwa dirinya sedang dalam pengobatan sakit jiwa.

b) Kegiatan ibadah

Klien mengatakan sebelum masuk rumah sakit klinik yayasan nur illahi suka melaksanakan solat dan setelah masuk ke rumah

sakit jiwa masih suka melaksanakan solat tetapi kadang terlupakan.

f. Status mental

1) Penampilan

Klien berpenampilan kurang rapih, baju klien nampak tidak pernah diganti dalam 3 hari, sedikit tercium bau badan dan bau mulut, kuku klien panjang dan kotor, rambut klien tampak lepek dan berminyak, gigi klien kuning

Masalah keperawatan : Defisit Perawatan Diri

2) Pembicaraan

Klien dapat memulai pembicaraan sendiri, tetapi jika sedang diajak berbicara kadang - kadang mendominasi pembicaraan, klien sulit untuk berkonsentrasi

Masalah keperawatan : gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran

3) Aktivitas motorik

Klien tampak sering berjalan mondar - mandir di ruangan, pada saat dilakukan pengkajian Nampak tidak ada peningkatan psikomotor.

4) Alam perasaan

Klien merasa kesepian dan sangat sedih karena ingat pada keluarganya dan ingin segera pulang.

5) Afek

Sesuai, saat diwawancarai emosi klien labil, ketika dikasi pertanyaan klien bisa menjawab.

6) Interaksi selama wawancara

Klien mau mendengarkan dan menjawab semua pertanyaan dari perawat walaupun agak lambat dalam menjawab pertanyaan

7) Persepsi

Klien mengatakan masih mendengar suara bisikan yang menyuruhnya untuk memukul orang lain, suara itu terdengar 2x pada waktu siang dan malam hari, suara itu muncul pada saat klien tidur dan saat sedang sendiri. Klien merasa tidak tenang dan gelisah ketika suara itu muncul

Masalah keperawatan : gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran

8) Proses pikir

Klien dapat mengungkapkan perasaanya serta dapat menjawab pertanyaan perawat, pembicaraan klien tidak berbelit - belit, jawaban sesuai dengan apa yang ditanyakan, selama interaksi berlangsung dapat diketahui bahwa pembicaraan sudah terarah.

9) Isi pikir

Tidak ada gangguan isi piker

10) Tingkat kesadaran

Tingkat kesadaran klien composmentis, dapat berorientasi terhadap tempat (klien dapat menyebutkan sekarang berada di klinik yayasan nur ilahi garut), waktu (klien dapat menyebutkan hari ini adalah hari selasa), orientasi orang (klien dapat menyebutkan dengan benar nama perawat pada saat melakukan pengkajian).

11) Memori

- a) Jangka panjang : klien dapat mengingat kejadian masa lalunya pada saat klien waktu smp
- b) Jangka pendek : klien mengatakan ingat pada saat pertama masuk ke klinik yayasan nur ilahi diantar oleh petugas yayasan nur ilahi bandung
- c) Saat ini : klien dapat mengingat dan menyebutkan kejadian hari ini seperti membereskan tempat tidur di pagi hari

12) Tingkat konsentrasi berhitung

Klien mampu berhitung secara sederhana seperti dalam satu minggu ada 7 hari, klien dapat menjawab pertanyaan perawat tanpa diulang - ulang.

13) Kemampuan penilaian

Klien dapat mengambil keputusan sendiri tanpa bantuan dari orang lain atau stimulus dari luar terbukti saat klien sedang sendiri

pilihan antara menggosok gigi atau makan pagi terlebih dahulu dan klien menjawab untuk menggosok gigi setelah makan

14) Daya tarik diri

Klien menyadari bahwa saat ini sedang dalam keadaan sakit jiwa dan harus mengalami pengobatan di klinik yayasan nur ilahi.

g. Kebutuhan persiapan pulang

1) Makan

Klien makan 1 porsi 3 kali sehari, makan sendiri dengan sesuai menu yang tersedia, klien makan dengan tenang dan tertib dan klien mampu membantu menyiapkan makanan dan membereskan kembali

2) BAB/BAK

Bila ada keinginan BAB dan BAK klien selalu ke wc atau ke kamar mandi tanpa bantuan dan tidak dapat membersihkan serta merapihkan pakaiannya sendiri.

3) Mandi

Klien mampu mandi sendiri, 1 kali dalam sehari, tidak mampu menjaga kebersihan rambut, gigi (menggosok gigi), dan kuku.

Klien tidak menyisir rambut

4) Berpakaian dan berhias

Klien jarang mengganti baju, ganti baju hanya 1x dalam 3 hari

5) Istirahat dan tidur

Klien tidur malam 7 - 8 jam/hari. Klien mengatakan tidur nyenyak, tetapi sesekali klien merasa tidurnya suka terganggu karena ketika malam hari klien terbangun dan mendengar suara bisikan. Tidur siang klien tidak menentu kadang 1 atau 2 jam per hari.

6) Penggunaan obat

Pada saat observasi sehabis makan klien dapat minum obat secara mandiri dengan benar, klien mengatakan jika sepulang dari rumah sakit jiwa akan minum obat secara teratur. Dan klien juga mengatakan mendapatkan obat sejumlah 2 obat yaitu pagi dan sore.

a) Jenis obat : risperidon, heximer, stelozi, chlorpromazine

b) Cara pemberian : oral

7) Pemeliharaan kesehatan

Klien juga mengatakan jika setelah pulang nanti, ia akan melakukan perawatan lanjutan atau pemeriksaan rutin ke bagian rawat jalan dan akan berusaha minum obat sesuai dengan yang dianjurkan oleh dokter.

8) Aktivitas dalam rumah

Klien mengatakan setelah pulang dari klinik yayasan nur ilahi, klien akan melakukan aktivitas sehari - hari seperti membereskan rumah, mencuci pakainya sendiri dan membantu keluarga.

9) Aktivitas luar rumah

Menurut penuturan klien, jika sudah pulang ke rumah klien ingin segera mencari pekerjaan dan bekerja lagi agar bisa mendapatkan penghasilan sendiri dan bisa membantu keluarga.

h. Mekanisme koping

Mekanisme koping klien saat ini yaitu adaptif klien mampu berbicara dengan orang lain, klien mampu obat sendiri namun masih diarahkan oleh perawat.

i. Masalah psikososial dan lingkungan

Klien mengatakan tidak pernah ada masalah dilingkungan rumahnya, klien juga mengatakan tidak ada masalah dalam pekerjaan sebelumnya.

j. Kurang pengetahuan tentang

Klien mengatakan kurangnya pengetahuan tentang penyakit jiwa dan cara mengatasi penyakitnya yaitu halusinasi pendengaran dan klien juga kurang pengetahuan mengenai obat - obatan terlarang.

k. Aspek medis

1) Diagnosa medis : bipolar

2) Terapi :

Tabel 3.1

Terapi Medis

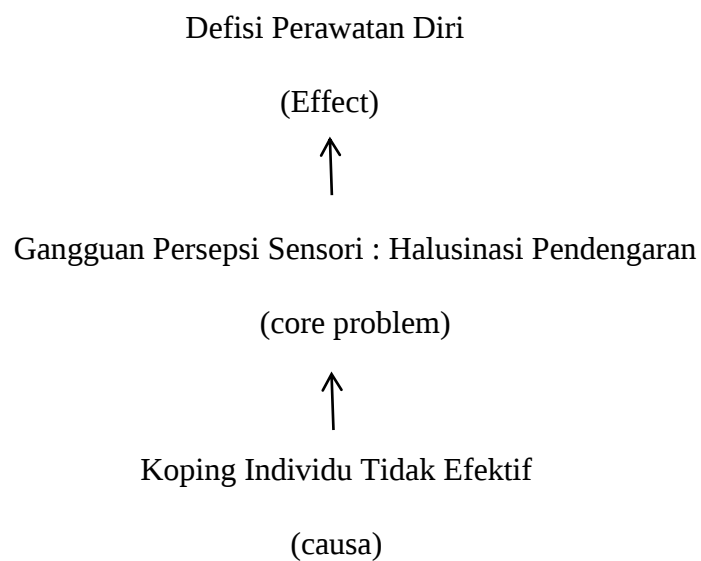
Nama Obat	Dosis	Kegunaan
Risperidon	2 x 2 mg	Untuk mengobati gangguan bipolar
Heximer	2 x 2 mg	Sebagai penyeimbang untuk

		menghindari efek samping
Stelosi	2 x 5 mg	Untuk mengendalikan gejala skizofrenia
chlorpromazine		Mengurangi halusinasi, delusi, perilaku agresif dan pikiran kacau

1. Pohon masalah

Bagan 3.1

Pohon Masalah Halusinasi



2. Analisa Data

Tabel 3.2
Analisa Data

No.	Data penunjang	Masalah Keperawatan
1.	Data Subjektif : Klien mengatakan masih mendengar suara bisikan yang menyuruhnya untuk memukul orang lain, suara itu terdengar 2x pada waktu siang dan malam hari, suara itu muncul pada saat klien tidur dan saat sedang sendiri. Klien merasa tidak tenang dan gelisah ketika suara itu muncul Data objektif : 1) Klien tampak melamun 2) Klien tampak sering berjalan mondar - mandir di ruangan, 3) Klien tampak tertawa sendiri 4) Klien tampak sulit berkonsentrasi	Gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran
2.	Data subjektif : 1) Klien menolak apabila diajak melakukan perawatan diri 2) Klien mengatakan malas untuk mandi, berhias, menyisir dan perawatan diri lainnya Data Objektif : 1) Klien tampak kotor dan bau 2) Klien tampak menggaruk	Defisit perawatan diri

	tangannya 3) Gigi tampak kotor dan kuning 4) Kuku kotor dan panjang	
--	---	--

3. Diagnosa Keperawatan

Adapun diagnosa keperawatan yang muncul dengan gangguan persepsi sensori halusinasi diantaranya :

- 1) Gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran
- 2) Defisit perawatan diri

4. Intervensi Keperawatan

Tabel 3.3
Intervensi Keperawatan

NO.	DIAGNOSA	TUJUAN	KRITERIA HASIL	INTERVENSI	RASIONAL
1	Gangguan persepsi halusinasi pendengaran	Setelah dilakukan tindakan keperawatan klien mampu : 1) Membina hubungan saling percaya 2) Mengenal halusinasinya 3) Mengikuti program pengobatan secara maksimal 4) Memanfaatkan obat dengan baik	SP I : 1) Menyebutkan isi, waktu, frekuensi, pencetus halusinasi 2) Mampu mempergunakan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik	SP I : 1) Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip teurapetik 2) Identifikasi klien mengenal halusinasi 3) (isi, waktu, frekuensi, pencetus perasaan saat terjadi halusinasi) 4) Latih klien dengan mengontrol halusinasinya dengan cara pertama : Menghardik Halusinasi 5) Tahapan tindakan meliputi : masukan kedalam jadwal harian	1) Untuk memfasilitasi keterbukaan dalam mengungkapkan 2) Untuk mengetahui isi, waktu, frekuensi, pencetus, dan perasaan saat terjadi halusinasi 3) Untuk melatih cara mengontrol halusinasi dengan menghardik halusinas

.			Setelah pertemuan kedua klien dapat : 1) Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan. 2) Membuat jadwal kegiatan harian	SP 2 : 1) Evaluasi kegiatan SP 1 2) Latih klien mengontrol halusinasi dengan cara yang kedua yaitu bercakap - cakap dengan orang lain	1) Bercakap – cakap dengan orang lain merupakan salah satu tindakan yang dapat mengendalikan halusinasi
			Setelah pertemuan ketiga klien dapat : 1) Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan 2) Membuat jadwal kegiatan harian	SP 3 : 1) Evaluasi kegiatan sp 1 dan sp 2 2) Latih kegiatan agar halusinasinya tidak muncul tahapannya : a. Jelaskan pentingnya melakukan aktivitas terjadwal b. Diskusikan aktivitas yang bisa klien lakukan 3) Latih klien melakukan aktivitas terjadwal 5) Pantau pelaksanaan jadwal kegiatan.	1) Dengan melakukan aktivitas yang biasa dilakukan di rumah dapat mengontrol

			Setelah pertemuan keempat klien dapat : 1) Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan 2) Klien dapat minum obat sesuai program pengobatan	SP 4 : 1) Evaluasi kegiatan sp 1, 2, dan sp 3 2) Jelaskan pentingnya program penggunaan minum obat 3) Jelaskan akibat tidak minum obat 4) Latih pasien minum obat	1) Dengan minum obat secara teratur dapat mempercepat penyembuhan halusinasi
2.	Defisit Perawatan Diri	Setelah dilakukan perawatan klien mampu: 1) Klien mampu melakukan kebersihan diri 2) Klien mampu berhias secara baik 3) Klien mampu melakukan makan dengan baik 4) Mampu melakukan BAB/BAK secara	Setelah pertemuan pertama klien dapat : 1) Mampu melakukan perawatan kebersihan diri 2) Mampu menjaga kebersihan diri	SP 1 : 1) Melatih klien cara – cara perawatan kebersihan diri 2) Memberikan kesempatan pada klien untuk mencoba kegiatan 3) Menjelaskan alat untuk menjaga kebersihan diri 4) Menjelaskan cara – cara melakukan kebersihan diri 5) Melatih mempraktekan	1) Untuk membantu klien melakukan kebersihan diri secara mandiri

		mandiri		cara menjaga kebersihan diri	
			Setelah pertemuan kedua klien dapat : 1) Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan 2) Klien mampu berdandan dan berhias	SP 2 : 1) Melatih klien untuk berdandan/berhias a) Berpakaian b) Menyisir Rambut c) Berhias	1) Untuk membantu klien berhias secara mandiri
			Setelah pertemuan ketiga klien dapat : 1) Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan 2) Klien mampu makan secara mandiri	SP 3 : 1) Melatih klien makan secara mandiri a) Menjelaskan cara mempersiapkan Makan b) Menjelaskan cara makan yang tertib c) Menjelaskan cara merapihkan peralatan makan setelah makan d) Praktek makan	1) Untuk melatih makan makan secara mandiri

				sesuai dengan tahapan yang baik	
			Setelah pertemuan keempat klien dapat : 1) Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan 2) Klien mampu BAB/BAK secara mandiri	SP 4 : 1) Ajarkan klien melakukan BAB/BAK secara mandiri a. Jelaskan klien melakukan BAB/BAK secara mandiri b. Jelaskan cara membersihkan diri setelah BAB dan BAK c. Jelaskan cara membersihkan tempat BAB dan BAK	1) Untuk membantu klien BAK/BAB secara mandiri

1. Implementasi Dan Evaluasi

Nama : Tn.Y

Jenis Kelamin : Laki - laki

Umur : 33 tahun

Klinik : Nur Illahie Assanie Garut

No. RM : 01522

Diagnosa Medis : Bipolar

Tabel 3.4

Implementasi dan Evaluasi

NO.	DIAGNOSA	IMPLEMENTASI	EVALUASI	PARAF
1.	Gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran	Tanggal 25 April 2025 Jam 10.00 SP 1 : 1) Membina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip teurapetik. 2) Mengidentifikasi klien mengenal halusinasinya 3) (isi, waktu, frekuensi, pencetus perasaan saat terjadi halusinasi) 4) Melatih klien dengan mengontrol halusinasi dengan cara pertama : Menghardik halusinasi tahapan tindakan	Tanggal 25 April 2025 Jam 11.00 S : 1) Klien mengatakan masih suka mendengar suara yang menyuruhnya untuk memukul orang lain 2) Klien menagatakan suara itu datang ketika pada saat tidur dan saat sedang sendirian 3) Klien mengatakan suara itu muncul pada waktu siang dan malam hari	Rahmania Cahya Kamila

		meliputi : 1) Menjelaskan cara menghardik halusinasi 2) Memperagakan cara menghardik 3) Meminta klien memperagakan kembali 4) Memantau penerapan cara ini 5) Memasukan ke jadwal harian RTL : 1) Evaluasi sp 1 2) Lanjut sp 2	4) Ketika suara itu muncul klien mengatakan tidak tenang 5) Klien mengatakan sudah bisa mempraktekan cara menghardik dengan cara tutup telinga lalu katakan pergi kamu suara palsu dan meyakinkan dalam hati bahwa itu tidak nyata O : 1) Klien cukup kooperatif 2) Klien tampak berbicara sendiri 3) Klien tampak melamun 4) Klien tampak mondar – mandir A : 1) SP 1 teratasi sebagian 2) Klien dapat mengenal halusinasinya 3) Klien mampu memperagakan cara meengontrol halusinasi dengan cara menghardik P : 1) Memotivasi klien untuk mempraktekan cara menghardik	
--	--	--	---	--

			apabilla halusinasi datang 2) Evaluasi SP 1 3) Lanjutkan SP 2 4) Masukan jadwal kegiatan harian	
	Defisit Perawatan Diri	Tanggal 25 April 2025 Jam 12.00 SP 1 : 1) Melatih klien cara – cara perawatan kebersihan diri : d) Memberikan kesempatan pada klien untuk mencoba kegiatan e) Menjelaskan alat – alat untuk menjaga kebersihan diri f) Menjelaskan cara – cara melakukan kebersihan diri g) Melatih klien mempraktekan cara menjaga kebersihan diri RTL : 1) Evaluasi SP 1 2) Lanjut SP 2	Tanggal 25 April 2025 Jam 13.00 S : 1) Klien mengatakan belum mandi 2) Klien mengatakan sudah tahu cara perawatan kebersihan diri 3) Klien mengatakan sudah tahu alat – alat untuk menjaga kebersihan 4) Klien menjelaskan cara – cara perawatan diri O : 1) Klien tampak kotor 2) Kuku tampak panjang dan kotor 3) Gigi tampak kotor 4) Berbau badan P : 1) Memotivasi klien untuk melakukan perawatan diri 2) Lanjutkan SP 2	Rahmania Cahya Kamila
2.	Gangguan Persepsi sensori :	Tanggal 26 April 2024 Jam 08.00 SP 2 :	Tanggal 26 April 2025 Jam 09.00	Rahmania Cahya Kamila

	halusinasi pendengaran	1) Mengevaluasi kegiatan SP 1 2) Melatih klien mengontrol halusinasinya dengan cara kedua bercakap – cakap dengan orang lain 3) Menganjurkan memasukan ke jadwal kegiatan harian RTL : 1) Evaluasi SP 1,2 2) Lanjut SP 3	S : 1) Klien mengatakan cara mengontrol saat halusinasi muncul dengan cara menghardik menutup telinga 2) Klien mengatakan cara mngontrol halusinasi dengan cara kedua yaitu bercakap – cakap dengan teman atau perawat O : 1) Klien cukup kooperatif 2) Klien tampak berbicara sendiri berkurang 3) Klien tampak mondar – mandir berkurang 4) Klien tampak senyum – senyum sendiri berkurang A : 1) SP 2 teratasi sebagian 2) Klien tampak bercakap – cakap dengan temannya P : 1) Evaluasi SP 1 dan SP 2 2) Lanjutkan SP 3	
	Defisit perawatan diri	Tanggal 26 April 2025 Jam 10.00 SP 2 : Melatih klien	Tanggal 26 April 2025 Jam 11.00 S :	Rahmania Cahya Kamila

		berdandan/berhias meliputi : a) berpakaian b) menyisir rambut c) berhias RTL : 1) Evaluasi SP 1, 2 2) Lanjut SP 3	Klien mengatakan sudah bisa cara berpakaian dan menyisir rambut secara mandiri O : 1) Kuku tampak bersih 2) Rambut tampak rapi A : 1) SP 2 teratasi sebagian 2) Klien tampak menyisir rambut 3) Klien tampak memotong kuku dengan bantuan perawat P : 1) Evaluasi SP 2 2) Lanjutkan SP 3	
3.	Gangguan persepsi sensorial : halusinasi pendengaran	Tanggal 27 April 2025 Jam 13.30 SP 3 : 1) Mengevaluasi kegiatan SP 1 dan SP 2 2) Melatih kegiatan agar halusinasinya tidak muncul tahapannya : a) Menjelaskan pentingnya melakukan aktivitas terjadwal b) Mendiskusikan aktivitas yang biasa klien lakukan c) Melatih klien	Tanggal 27 April 2025 Jam 14.30 S : 1) Klien mengatakan selalu mengikuti kegiatan yang ada di klinik 2) Klien mengatakan sudah mengetahui pentingnya melakukan aktivitas yang terjadwal yang ada di klinik agar halusinasinya tidak muncul. O :	Rahmania Cahya Kamila

		melakukan aktivitas terjadwal d) Memantau pelaksanaan RTL : 1) Evaluasi SP 1,2,3 2) Lanjutkan SP 4	1) Klien tampak menulis jadwal kegiatan harian 2) Klien tampak mengikuti kegiatan seperti senam, games dan pengajian yang ada di yayasan P : 1) Evaluasi SP 3 2) Lanjutkan SP 4	
	Defisit perawatan diri	Tanggal 27 April 2025 Jam 16.00 SP 3 : 1) Melatih klien makan secara mandiri b. Menjelaskan cara mempersiapkan makan c. Menjelaskan cara makan yang tertib d. Menjelaskan cara merapikan peralatan makan setelah makan e. Mempraktekan makan sesuai dengan tahapan makan yang baik RTL : 1) Evaluasi SP 1, 2, 3 2) Lanjut SP 4	Tanggal 27 April 2025 Jam 17.00 S : 1) Klien mengatakan mampu makan secara mandiri 2) Klien mengatakan mengetahui cara merapikan peralatan makan O : 1) Klien tampak bersih 2) Klien tampak merapikan peralatan makan A : 1) SP 3 teratasi sebagian 2) Klien mampu makan secara mandiri dan membereskan peralatan makan P :	Rahmania Cahya Kamila

			1) Evaluasi SP 3 2) Lanjutkan SP 4	
4.	Gangguan Persepsi Sensori : halusinasi pendengaran	Tanggal 28 April 2025 Jam 08.00 SP 4 : 1) Mengevaluasi kegiatan SP 1,2,dan 3 2) Menjelaskan pentingnya program penggunaan minum obat 3) Menjelaskan akibat tidak minum obat 4) Melatih pasien minum obat 5) Memasukan ke jadwal harian	Tanggal 28 April 2025 Jam 09.00 S : 1) Klien mengatakan apabila suara itu muncul “saya akan menutup telinga dan berkata pergi saya tidak mau dengar kamu suara kamu palsu kamu tidak nyata, atau dengan bercakap – cakap dengan orang lain dan melakukan kegiatan terjadwal yang ada di klinik 2) Klien mengatakan jika tidak minum obat akan menyebabkan halusinasi muncul kembali atau kambuh O : Klien mampu menunjukan dan menyebutkan jenis obat yang diminumnya. Obat yang diminum : risperdon, heximer, stelozi, cpz A : SP 4 teratasi	Rahmania Cahya Kamila

			P : Memotivasi klien untuk meminum obat secara teratur	
	Deficit perawatan diri	Tanggal 28 April 2025 Jam 10.00 SP 4 : 1) Mengajarkan klien melakukan BAB/BAK secara mandiri : a. Menjelaskan klien melakukan BAB/BAK secara mandiri b. Menjelaskan cara membersihkan diri setelah BAB dan BAK c. Menjelaskan cara membersihkan tempat BAB dan BAK	Tanggal 28 April 2025 Jam 11.00 S : 1) Klien mengatakan mampu melakukan BAB/BAK secara mandiri 2) Klien mengatakan mampu membersihkan diri setelah BAB dan BAK serta membersihkan tempatny. O : 1) Klien tampak bersih 2) Bau berkurang A : SP 4 teratasi P : Memotivasi klien untuk melakukan perawatan diri secara mandiri setiap hari	Rahmania Cahya Kamila

6. Catatan Perkembangan

Tabel 3.5
Catatan Perkembangan

NO.	DIAGNOSA	CATATAN PERKEMBANGAN	PARAF
1.	Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran	Tanggal 29 April 2025 Jam 09.00 S : 1) Klien mengatakan apabila suara itu muncul “saya akan menutup telinga dan berkata pergi kamu suara palsu saya tidak mau dengar kamu tidak nyata sambil meyakinkan dalam hati atau dengan bercakap – cakap dengan orang lain dan melakukan aktivitas terjadwal yang ada di klinik 2) Klien mengatakan jika tidak minum obat akan menyebabkan halusinasi muncul kembali O : 1) Klien tampak tenang 2) Klien mampu menghardik halusinasi 3) Klien mampu menunjukan dan menyebutkan jenis obat yang diminum risperdon, heximer, stelozi, cpz A : Gangguan perepsi sensori : Halusinasi Pendengaran P : Memotivasi klien untuk menerapkan 4 cara untuk mengontrol halusinasinya I : Pertahankan intervensi yang telah dilakukan E : Sp 1 sampai 4 teratasi R : Pertahankan intervensi	Rahmania Cahya Kamila
2.	Deficit Perawatan Diri	Tanggal 30 April 2025 Jam 11.00 S :	Rahmania Cahya Kamila

		1) Klien mengatakan sudah mandi dan menyisir rambut 2) Klien mengatakan mampu makan secara mandiri 3) Klien mengatakan mampu melakukan BAB/BAK secara mandiri 4) Klien mengatakan mampu membersihkan diri setelah BAB/BAK serta membersihkan tempatnya O : Klien tampak bersih A : Defisit Perawatan Diri P : Memotivasi klien untuk melakukan perawatan diri secara mandiri setiap hari I : Pertahankan intervensi yang telah dilakukan E : SP 1 sampai 4 teratasi R : Pertahankan Intervensi	
--	--	---	--

B. Pembahasan

Dalam pembahasan ini, penulis membahas tentang masalah yang didapatkan selama melaksanakan asuhan keperawatan pada Tn.Y di Klinik Rehabilitasi Mental Nurillahie Garut. Masalah yang didapatkan berupa kesenjangan antar teori dengan keadaan langsung di lapangan, serta faktor yang mendukung dan menghambat selama pemberian asuhan keperawatan pada klien dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran yang dimulai dari pengkajian sampai evaluasi.

1. Pengkajian

Pada tahap pengkajian ini penulis memperoleh data klien baik data yang bersifat subjektif maupun objektif. Data subjektif didapatkan dari hasil wawancara kepada klien, sedangkan data objek diperoleh penulis dengan cara observasi langsung yang terlihat oleh penulis. Dalam pengkajian untuk mengumpulkan data, penulis menggunakan teknik terapeutik yaitu pendekatan pada klien (bina hubungan saling percaya). Pendekatan tersebut berupa wawancara dan observasi. Pada tahap ini, tidak semua masalah keperawatan pada tinjauan teoritis ditemukan pada kasus Tn.Y dalam menentukan diagnosa penulis melihat dari data yang didapatkan dari hasil pengkajian. Pada studi kasus ini fokus pengkajian pada klien dengan halusinasi pendengaran yaitu keluhan utama, faktor predisposisi, psikososial, dan status mental. Pada data klien yaitu keluhan utama : klien mengatakan datang dengan keluhan sering mendengar bisikan yang menyuruhnya untuk memukul orang lain atau melukai dirinya sendiri, senyum - senyum sendiri, dan mondar - mandir hingga akhirnya klien dibawa ke Klinik Rehabilitasi Mental Nur Ilahie Assanie Samarang Garut.

Pada faktor predisposisi diperoleh data klien pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu pada tahun 2024 dengan gangguan yang sama karena pengobatan sebelumnya kurang berhasil yang dikarenakan putusnya minum obat dan kontrol tidak teratur. Klien tidak pernah mengalami kekerasan sebelumnya. Pengalaman masa lalu yang kurang menyenangkan klien pernah dibuli sama temannya waktu smp karena

dituduh menyontek pada saat ujian. Pada data gambaran diri Tn.Y mengatakan lebih menyukai tangan karena menurutnya tangan sangat berguna bagi dirinya. Identitas diri klien merupakan anak ke 2 dari 3 bersuadara dan klien menyadari bahwa dia seorang anak laki - laki yang harus menjadi panutan bagi adik perempuannya. Peran diri suka melakukan aktivitas di rumahnya seperti membantu membereskan rumahnya. Ideal diri klien mengatakan ingin dijenguk oleh keluarganya dan ingin segera pulang agar dapat berkumpul kembali bersama keluarga. Klien mengatakan tidak ada hambatan dalam berhubungan dengan orang lain. Klien mengatakan orang yang paling berarti adalah ibunya. Pada status mental alam perasaan klien kadang sedih kadang senang, interaksi selama wawancara klien mau diajak komunikasi.

2. Diagnosa Keperawatan .

Pada tahap ini, tidak semua diagnosa keperawatan pada tinjauan teori ditemukan pada kasus Tn.Y dikarenakan dalam menentukan diagnosa keperawatan penulis melihat dari data pasien saat melakukan pengkajian. Faktanya terdapat diagnosa berbeda yang muncul pada Tn.Y diantaranya :

- a. Gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran
- b. Defisit perawatan diri

Diagnosa yang muncul diatas ditemukan berdasarkan hasil pengkajian menyebutkan bahwa klien mengalami gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran, ditandai dengan klien mengatakan sering mendengar suara bisikan yang menyuruhnya untuk memukul orang lain,

suara itu terdengar pada waktu siang dan malam hari pada saat klien akan tidur dan klien sedang sendiri. Adapun data yang menunjukkan klien dengan diagnosa defisit perawatan diri bisa disebabkan karena mengalami gangguan bipolar pada fase depresi. Pada fase ini klien cenderung kehilangan energi, motivasi, dan minat untuk melakukan aktivitas sehari – hari seperti klien malas mandi, tidak mengganti pakaian, tidak menggosok gigi, gigi kuning, kuku panjang dan kotor, bau badan dan juga keterbatasan alat kebersihan di klinik.

Menurut Yusuf (2015) diagnosa yang mungkin muncul pada pasien dengan halusinasi adalah Gangguan persepsi sensori : halusinasi dan resiko perilaku kekerasan. Sedangkan masalah resiko perilaku kekerasan tidak muncul pada klien Tn.Y karena pada saat pengkajian klien tidak menunjukkan tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan. Klien juga mampu mengontrol emosi sehingga pada saat dikaji kondisi klien stabil, terkendali, tidak marah - marah. dan melakukan aktivitas harian dengan baik. Hal ini terjadi kemungkinan karena klien sudah bisa beradaptasi di klinik meskipun baru satu bulan perawatan.

3. Intervensi

Pada tahap ini penulis menyusun berdasarkan tinjauan teoritis yaitu melakukan SP atau Strategi Pelaksanaan. Terdapat 4 SP dalam diagnosa Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran, 4 SP dalam diagnose Defisit Perawatan Diri, terapi medis dan tindakan aktivitas kelompok.

Penulis dapat melaksanakan rencana ini karena adanya beberapa hal yang mendukung proses ini yaitu tersedianya literatur yang sesuai, klien kooperatif, perawat klinik yang dengan senang hati memberikan kemudahan dan masukan - masukan. Penyusunan rencana dibuat secara selengkap mungkin sesuai dengan standar kriteria asuhan keperawatan meliputi tujuan, kriteria hasil, serta intervensi dan rasionalisasi tindakan.

4. Implementasi

Pada tahap ini, penulis melaksanakan tindakan sesuai dengan perencanaan yang ditetapkan, dan disesuaikan dengan situasi dan kondisi klien. Sebelum melaksanakan tindakan yang sudah direncanakan perawat perlu memvalidasi dengan singkat apakah rencana tindakan masih dibutuhkan dan sesuai dengan keadaan klien saat ini. Sesuai dengan teori, pada saat melaksanakan tindakan perawatan membuat kontrak/janji terlebih dahulu dengan klien yang isinya menjelaskan apa yang dikerjakan serta yang diharapkan klien. Kemudian dokumentasi semua tindakan yang telah dilaksanakan beserta respon klien, pada implementasi menggunakan strategi pelaksanaan sesuai kriteria keperawatan.

Pada tanggal 25 April 2025 dilakukan SP 1 halusinasi dan deficit perawatan diri. Adapun SP 1 Halusinasi yaitu membina hubungan saling percaya dengan prinsip terapeutik, mengidentifikasi klien mengenal halusinasinya (isi, waktu, frekuensi, pencetus saat terjadi halusinasi), melatih klien dengan mengontrol halusinasi dengan cara menghardik. Adapun SP 1 Defisit Perawatan Diri melatih kebersihan diri secara

mandiri. Pada tanggal 26 April 2025 dilakukan SP 2 yang isinya mencakup untuk masalah halusinasi mengevaluasi cara mengontrol halusinasi dengan cara bercakap - cakap dengan orang lain. Adapun SP 2 Defisit Perawatan Diri mencakup melatih berhias/berdandan secara baik.

Pada tanggal 27 April 2025 dilakukan SP 3 Halusinasi mencakup mengevaluasi kegiatan SP 1 dan 2, melatih kegiatan agar halusinasinya tidak muncul dengan menjelaskan aktivitas terjadwal, mendiskusikan aktivitas yang biasa klien lakukan. Adapun SP 3 Defisit Perawatan Diri mencakup melatih melakukan makan secara baik, dan membereskan alat makan setelah makan. Pada tanggal 28 April 2025 dilakukan SP 4 mengevaluasi kegiatan SP 1, 2, dan 3, menjelaskan penting minum obat, menjelaskan akibat tidak minum obat, memasukan ke jadwal harian dan pantau pelaksanaan. Adapun SP 4 Defisit Perawatan Diri meliputi melatih melakukan BAB/BAK secara mandiri. Pada tanggal 29 April 2025 melakukan catatan perkembangan pada pasien.

Klinik jiwa memiliki serangkaian kegiatan yang terstruktur untuk membantu pasien dalam proses pemulihan baik secara fisik, psikologis, maupun social. Tujuan utama dari seluruh kegiatan adalah membantu pasien mencapai kondisi stabil, mengurangi gejala gangguan jiwa serta meningkatkan kemampuan pasien dalam merawat diri dan bersosialisasi. Adapun kegiatan rutin yang biasa dilakukan di klinik rehabilitasi mental nur illahie, setiap pagi perawat memeriksa tanda – tanda vital pasien (tekanan darah, nadi, suhu, dan pernapasan) dan melakukan aktivitas fisik

yaitu senam aerobik dan senam yoga. Setiap hari jumat diadakan pengajian dan kegiatan seni seperti belajar marawis. Selain itu juga salah satu kegiatan yang sangat menarik dan bermanfaat adalah melakukan games dan Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) yang dapat membantu mengurangi stress dan kejenuhan selama dirawat, melatih komunikasi dan interaksi social, dan meningkatkan kepercayaan diri

5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah proses untuk menilai hasil dan tindakan keperawatan pada klien dan dilakukan terus menerus pada respon klien menjadi lebih baik atau tidak dengan menggunakan pendekatan SOAP (Muhith,2016). Evaluasi merupakan akhir dari proses keperawatan memberikan kesimpulan dari keseluruhan proses keperawatan yang telah dilakukan dan menunjukan hasil yang positif atau lebih baik.

6. Dokumentasi

Tahap dokumentasi keperawatan bisa dibuat berdasarkan informasi tertulis atau secara elektronik. Dokumentasi ini menjelaskan tentang perawatan yang diberikan perawat kepada pasien dengan system perawatan kesehatan (Rahmi,ana 2022) Pada saat melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan membutuhkan teori berbagai sumber serta bimbingan dari dosen pembimbing, penulis mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan jiwa ini dari mulai pengkajian, menegakan diagnose, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn.Y Dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran Akibat Bipolar Di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sebagai berikut :

1. Mampu melakukan pengkajian fisik dan mental secara komprehensif pada Tn.Y Dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran Di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut
2. Mampu merumuskan diagnose keperawatan yang timbul pada Tn.Y Dengan Gangguan Persepsi : Halusinasi Pendengaran Di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut
3. Mampu menyusun rencana asuhan keperawatan pada Tn.Y Dengan Gangguan Persepsi : Halusinasi Pendengaran Di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut
4. Mampu melakukan implementasi / tindakan asuhan keperawatan pada Tn.Y Dengan Gangguan Persepsi : Halusinasi Pendengaran Di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garu
5. Mampu melaksanakan evaluasi hasil tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan pada Tn.Y Dengan Gangguan Persepsi : Halusinasi

Pendengaran Di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie
Samarang Garut

6. Mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Tn.Y Dengan Gangguan Persepsi : Halusinasi Pendengaran Di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut

B. Rekomendasi

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

1. Untuk Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut, diharapkan meningkatkan pelayanan yang ada di Klinik terutama dalam menerapkan asuhan keperawatan jiwa khususnya dengan masalah utama Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran Akibat Bipolar
2. Untuk perawat, diharapkan dapat terus melakukan asuhan keperawatan yang optimal pada pasien jiwa, khususnya klien dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran Akibat Bipolar untuk memenuhi tujuan meningkatkan kesehatan jiwa pada pasien lainnya.
3. Untuk Institusi Pendidikan STIKes Karsa Husada, studi kasus ini untuk menambah pengetahuan dan keterampilan bagi mahasiswa khususnya tentang pemberian asuhan keperawatan pada pasien jiwa, sehingga mahasiswa lebih professional dalam mengaplikasikan pada kasus secara nyata

4. Untuk mahasiswa, diharapkan mampu menetapkan manajemen asuhan keperawatan sesuai dengan teori yang sudah ada sehingga dapat meningkatkan pengetahuan dan keterampilan pada saat dilapangan
5. Untuk pasien, setelah dilakukan asuhan keperawatan secara komprehensif, diharapkan klien mampu menerapkan cara menghardik halusinasi serta menaati dan mempelajari kembali mengenai cara perawatan diri secara mandiri.

DAFTAR PUSTAKA

- Ade Herman Surya Direja, 2015, Buku Ajar Asuhan Keperawatan Jiwa, Yogyakarta: Nuha Medika. Jakarta, Indonesia.
- American Psychiatric Association (APA). (2017). What Are Bipolar Disorder <http://psychiatry.org/> diakses pada 02 juni 2024.
- Armadaniah, W. (2022). Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Dengar Di Ruang Elang Rsjd Atma Husada Mahakam Samarinda, 2017.
- Bipolar Care Indonesia 2022, Data penyintas gangguan bipolar. <https://www.bipolarcareindonesia.org/2022/11/data-penyintas-bipolar.html> diakses pada 03 juni 2024.
- Bipolar Disorder | NAMI: National Alliance on Mental Illness . (2022).<https://www.nami.org/About-Mental-Illness/Mental-Health-Conditions/Bipolar-Disorder/Overview/> diakses pada 03 juni 2024.
- Depression And Bipolar Support Alliance (DBSA). (2020c). Risk Factors Bipolar Disorder. <http://dbsalliance.org/> diakses pada 03 juni 2024.
- Dinas Kesehatan. 2024. Jumlah Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) Berat Yang Mendapatkan Pelayanan Kesehatan Berdasarkan Kabupaten Garut.
- Direja, A.H.S (2021). Buku ajar asuhan keperawatan jiwa. Jakarta : Nuha Medika
- International Bipolar Foundation (IBF). (2020). About Bipolar Disorder. <https://ibpf.org/about-bipolar-disorder> diakses pada 03 juni 2024
- Jannah, M. (2016). Asuhan Keperawatan Terapi Aktivitas Kelompok Peningkatan Harga Diri Rendah pada Klien Gangguan Jiwa di Ruang Kakak Tua RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang-Malang. Laporan Penelitian. Mojokerto : Fakultas D3 keperawatan STIKes-POLTEKES Majapahit Mojokerto.
- Keliat, B, A. (2014). Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa. (A. Keliat, Budi Anna, Ed.). Jakarta.
- Keliat, B. A. (2020). Asuhan Keperawatan Jiwa. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Kemenkes RI. (2021). Profil Kesehatan Indonesia (2021). Jakarta : Kemenkes RI.

Risal, M dkk (2022). Ilmu Keperawatan Jiwa. Bandung : Media Sains

Indonesia

Scott, K. M., Jonge, P. De, Stein, D. J., dan Kessler, R. C. (2018). *Mental Disorders Around The World*. Cambridge University Press. Diakses pada 5 Juni 2023.

SDKI. (2017). *Standar Diagnosis Asuhan Keperawatan: Definisi dan Indikator Diagnostik* (1 cetakan). Jakarta: DPP PPNI.

Yusuf, A., Rizky, F, & Nihayati, H. E. (2015). Buku Ajar Keperawatan

Jiwa. Jakarta: Salemba Medika

Yosep Iyus & Sutini Titin (2014). Buku Ajar Keperawatan Jiwa. Bandung : RefikaAditam

Lampiran I

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

Nama Mahasiswa : Rahmania Cahya Kamila

Nama Pasien : Tn.Y

Tanggal : 25 April 2025

Pertemuan : 1 – 4

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Klien

DS :

Klien mengatakan masih mendengar suara bisikan yang menyuruhnya untuk memukul orang lain, suara itu terdengar 2x pada waktu siang dan malam hari, suara itu muncul pada saat klien tidur dan saat sedang sendiri. Klien merasa tidak tenang dan gelisah ketika suara itu muncul

DO :

- 1) Klien tampak melamun
- 2) Klien tampak mondar – mandir
- 3) Klien tampak tertawa sendiri
- 4) Klien tampak berbicara sendiri

DS :

- 1) Klien menolak apabila diajak untuk melakukan perawatan diri

- 2) Klien mengatakan malas mandi dan tidak menggosok gigi

DO :

- 1) Minat untuk melakukan perawatan diri kurang
- 2) Klien tampak menggaruk tangannya
- 3) Klien tampak kotor
- 4) Gigi tampak kotor dan kunin
- 5) Bau badan

2. Diagnosa Keperawatan

- 1) Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran
- 2) Defisit Perawatan Diri

3. Tujuan Keperawatan

Halusinasi Pendengaran

- a. Mengidentifikasi halusinasi (jenis, penyebab, waktu, frekuensi, perasaan pada saat halusinasi)
- b. Melatih pasien mengontrol halusinasinya : menghardik halusinasi
- c. Melatih pasien mengontrol halusinasinya : bercakap – cakap dengan orang lain
- d. Melatih pasien mengontrol halusinasinya : melakukan aktivitas terjadwal
- e. Melatih pasien mengontrol halusinasinya : menggunakan obat secara teratur
- f. Menjelaskan fungsi obat, jelaskan akibat putus obat, jelaskan cara mendapatkan obat, jelaskan cara menggunakan obat dengan benar)

Defisit Perawatan Diri

- 1) Melatih klien cara – cara perawatan kebersihan diri :
 - a) Menjelaskan pentingnya menjaga kebersihan diri
 - b) Menjelaskan alat – alat untuk menjaga kebersihan diri
 - c) Menjelaskan cara – cara melakukan kebersihan diri
 - d) Melatih klien mempraktekan cara menjaga kebersihan diri
- 2) Melatih pasien makan secara mandiri
 - a) Menjelaskan cara mempersiapkan makan
 - b) Menjelaskan cara makan yang tertib
 - c) Menjelaskan cara merapihkan peralatan makan setelah makan
 - d) Praktek makan sesuai dengan tahapan makan yang baik
- 3) Mengajarkan pasien melakukan BAB/BAK secara mandiri
 - a) Menjelaskan tempat BAB/BAK yang sesuai
 - b) Menjelaskan cara membersihkan diri setelah BAB dan BAK
 - c) Menjelaskan cara membersihkan tempat BAB dan BAK

Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

Halusinasi Pendengaran

Hari Ke 1 tanggal 22 April 2025

SP 1 : Klien Tn.Y pada tanggal 22 April 2025 pukul 10.00 WIB, membantu klien mengenal halusinasi, menjelaskan cara mengontrol halusinasi, mengajarkan cara mengontrol halusinasi dengan cara pertama menghardik halusinasi.

Fase orientasi :

“Assalamu’alaikum pak, perkenalkan nama saya Rahmania Cahya senang dipanggil Rahma, saya mahasiswa Stikes Karsa Husada Garut yang sedang praktek di klinik ini. Oh ya pak nama bapak siapa? Senang dipanggil apa ? bagaimana keadaan bapak hari ini?” Baiklah bagaimana kalau kita bercakap – cakap tentang suara yang bapak dengar ? dimana kita duduk ? Bagaimana kalau di ruang depan? Mau berapa lama pak ? Bagaimana kalau 20 menit?”

Fase Kerja :

“Apakah bapak mendengar suara tanpa ada wujudnya? Apa yang dikatakan suara itu?” “Apakah bapak terus mendengar suara itu atau sewaktu – waktu? Kapan bapak terakhir kali mendengar suara itu? Berapa kali sehari? Pada waktu bapak sedang apa ketika suara itu muncul? Apakah ketika bapak sendirian?”

“Apa yang bapak rasakan pada saat mendengar suara itu? Apa yang bapak lakukan saat mendengar suara itu? Apakah dengan cara itu suaranya bisa hilang? Bagaimana kalau kita belajar cara – cara untuk mengontrol suara itu muncul?”

“Ada beberapa cara untuk mengontrol suara – suara itu muncul yaitu dengan menghardik, bercakap – cakap, melakukan kegiatan, dengan minum obat. Tapi

hari ini kita belajar 1 cara dulu yaitu dengan cara menghardik. Caranya adalah saat suara – suara itu muncul bapak langsung menutup telinga dan bilang didalam hati “pergi, pergi.... Saya tidak mau dengar suara kamu palsu!” begitu diulang – ulang sampai suara itu tidak terdengar lagi”.

“Coba sekarang bapak lakukan”

“Nah, begitu...bagus! Coba lagi!”

“Nah bagus, Bapak sudah bisa !”

Fase terminasi :

“Bagaimana perasaan bapak setelah latihan cara yang pertama untuk mengontrol halusinasi yang bapak dengar dengan cara menghardik tadi?”

“Coba bapak ulangi lagi apa yang sudah kita pelajari hari ini?”

“Iya bagus, pak”

“Kalau suara - suara itu muncul lagi, silahkan bapak coba cara tersebut. Terus berlatih ya, pak”

“Bagaimana kalo kita buat jadwal latihannya. Mau jam berapa aja latihannya pak?”

“Baiklah pak, besok kita akan bertemu untuk belajar dan melatih cara kedua mengontrol halusinasi yaitu dengan cara bercakap - cakap dengan orang lain”.

“Bapak mau dimana tempatnya ? Oh, bapak ingin tetap disini saja ya? “Jam berapa bapak bisa? Bagaimana kalau jam 9 saja? Waktunya kurang lebih 15 menit saja pak.”

“Baiklah pak, bagaimana kalau jam 16.00 kita bercakap - cakap tentang kebersihan diri? “Bapak mau dimana tempatnya? Oh, bapak ingin tetap disini saja ya?”

SP 2 : Klien Tn.Y tanggal 23 April 2025 pukul 09.30 WIB. Melatih pasien mengontrol halusinasinya dengan cara kedua (bercakap – cakap dengan orang lain)

Fase Orientasi :

“Assalamu’alaikum, selamat pagi. Bagaimana perasaan bapak hari ini? Apakah suara - suaranya masih muncul ? Apakah sudah dipakai cara yang telah kita latih? Berkurangkan suaranya. Bagus! Sesuai janji kita yang kemarin saya akan melatih cara kedua untuk mengontrol halusinasi dengan bercakap - cakap dengan orang lain. Kita akan latihan selama 20 menit. Mau dimana? Bagaimana kalau disini saja?”

Fase Kerja :

“Cara kedua untuk mengontrol halusinasi adalah dengan bercakap - cakap dengan orang lain. Jadi kalau bapak mendengar suara - suara, langsung saja cari teman untuk diajak ngobrol, minta temen untuk mengobrol dengan bapak. Contohnya begini tolong saya mulai mendengar suara - suara. Ayo mengobrol dengan saya! Coba ulangi seperti yang tadi saya lakukan. Ya begitu bagus! Coba sekali lagi! Bagus! Nah latihan terus ya pak.

Fase terminasi :

“Bagaimana perasaan bapak setelah latihan ini? Jadi sudah ada berapa cara yang bapak pelajari untuk mencegah suara - suara itu? Bagus, cobalah kedua cara ini kalau bapak mengalami halusinasi lagi” “Bagaimana kalau kita masukan dalam jadwal kegiatan harian bapak”. Besok pagi saya akan kembali lagi. Bagaimana kalau kita latih cara yang ketiga yaitu melakukan aktivitas terjadwal? Mau

jam berapa? Bagaimana kalau jam 08.30 saja. Mau disini atau dimana pak? Bagaimana kalau disini saja. Baiklah sampai jumpa besok. Sekarang bapak istirahat terlebih dahulu. “Untuk nanti siang bagaimana kalau kita bercakap - cakap tentang perawatan diri yang kedua yaitu berhias diri secara baik. Mau jam berapa pak? Bagaimana kalau jam 10.30? Untuk tempatnya mau disini atau dimana pak? Bagaimana kalau disini saja. Baiklah”

SP 3 : Klien Tn.Y pada tanggal 24 April 2025 pukul 10.00 WIB. Melatih pasien mengontrol halusinasinya dengan cara ketiga (Melakukan aktivitas terjadwal)

Fase Orientasi :

Assalamu’alaikum, bagaimana perasaan bapak saat ini ? apakah suara – suaranya masih muncul? Apakah sudah dipakai cara yang telah kita latih? Bagaimana hasilnya? Apakah suara - suara itu sudah hilang? Bagus! Sesuai janji kita yang kemarin, hari ini kita akan belajar cara yang ketiga untuk mencegah halusinasi yaitu melakukan kegiatan secara terjadwal. Mau dimana kita bicara? Baik disini saja. Berapa lama kita bicara? Bagaimana kalau 15 menit? Baiklah”

Fase Kerja :

“Apa saja yang bisa bapak lakukan? Pagi - pagi apa kegiatannya? Setelah itu bapak melakukan kegiatan - kegiatan apa? Wah banyak sekali kegiatannya. Mari kita latih dua kegiatan hari ini. Bagus sekali bapak bisa lakukan. Kegiatan ini dapat bapak lakukan untuk mencegah suara itu muncul. Kegiatan lain yang akan kita latih lagi ya pak.

Fase Terminasi :

“Bagaimana perasaan bapak setelah itu kita bercakap - cakap cara yang ketiga untuk mencegah suara – suara itu muncul? Bagus sekali! Coba sebutkan tiga cara yang telah kita latih untuk mencegah halusinasi. Bagus sekali! Mari kita masukan dalam jadwal kegiatan harian bapak. Coba lakukan sesuai jadwal ya! “Bagaimana kalau besok kita belajar cara mengontrol halusinasi yang terakhir yaitu dengan minum obat secara teratur, Mau jam berapa? Bagaimana kalau jam 13.30? Mau dimana? Bagaimana kalau diruang ini saja. Sampai jumpa. Untuk siang sekarang bagaimana kalau kita bercakap - cakap cara perawatan diri yang ketiga yaitu melatih makan yang baik. Mau jam berapa? Bagaimana kalau jam 10.30? mau dimana? Bagaimana kalau diruang ini saja”.

SP 4 : Klien Tn.Y pada tanggal 25 April 2025 pukul 11.00 WIB. Melatih pasien mengontrol halusinasinya dengan cara keempat (Melatih klien menggunakan obat secara teratur)

Fase Orientasi :

“Assalamu’alaikum, bagaimana perasaan bapak hari ini? Apakah suara -suaranya masih muncul? Apakah sudah dipakai tiga cara yang telah kita latih? Apakah jadwal kegiatannya sudah dilaksanakan?” “Apakah hari ini obatnya sudah diminum? Baik. Siang ini kita akan diskusi selama 15 menit sambil bapak menunggu makan siang disini. Disini saja ya pak”.

Fase Kerja :

“Apakah bapak sudah minum obat? Adakah bedanya setelah minum obat secara teratur? Apakah suara - suara itu masih mendengar? Minum obat sangat penting,

supaya suara - suara yang mengganggu bapak selama ini tidak muncul lagi. Berapa kali obat yang harus bapak minum? (Perawat menyiapkan obat pasien) “Ini yang warna orange (CPZ) 3 kali sehari jam 7 pagi, jam 1 siang, dan jam 7 malam gunanya untuk menghilangkan suara - suara itu. Ini warna biru (Stelosi) untuk mengurangi halusinasi/khayalan. Ini warna kuning (Heximer) untuk menyeimbang. Sedangkan yang merah jambu (HP) 3 kali sehari jam 7 pagi, jam 1 siang, dan jam 7 malam gunanya untuk pikiran tenang”.

“Kalau suara – suara itu sudah hilang, obatnya tidak boleh diberhentikan, nanti konsultasikan dengan dokter, sebab kalau putus obat, bapak akan kambuh dan sulit untuk mengembalikan ke keadaan semula. Kalau obat habis bapak minta ke dokter untuk mendapatkan obat lagi. Bapak juga harus teliti saat menggunakan obat - obatan ini. Pastikan obatnya benar artinya bapak harus memastikan bahwa obat itu benar - benar punya bapak. Baca nama kemasannya. Pastikan obat yang diminum pada waktunya. Bapak juga harus perhatikan beberapa jumlah obat sekali minum dan harus cukup minum 10 gelas sehari.

Fase Terminasi :

“Bagaimana perasaan bapak setelah kita bercakap - cakap tentang obat? Sudah berapa cara yang kita latih untuk mencegah suara - suara itu? Coba sebutkan. Bagus! Mari kita masukan jadwal minum obat ke jadwal kegiatan harian. Jangan lupa teratur minum obatnya ya pak. “Bagaimana kalau nanti sore kita bercakap - cakap tentang cara perawatan diri yang ke empat yaitu melatih BAB/BAK secara mandiri? Baik untuk waktunya mau jam berapa pak? Jika mau jam 16.00. Sekarang bapak silahkan istirahat terlebih dahulu. Sampai jumpa pak”.

Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

Defisit Perawatan Diri

Hari ke – 1 tanggal 26 April 2025

SP 1 : Klien Tn.Y pada tanggal 26 April 2025. Melatih melakukan kebersihan diri secara mandiri

Fase Orientasi :

Assalamu'alaikum, sesuai janji saya jam 16.00 sekarang saya datang lagi

“Bagaimana perasaan bapak saat ini?”

“Seperti yang sudah tadi saya beritahu sekarang kita berbincang - bincang seputar kebersihan diri ya pak”, “Mau berapa lama kita berbicara? 15 menit ya pak? Mau dimana? Bapak disini saja ya”.

Fase Kerja :

“Kira - kira berapa kali bapak mandi dalam sehari? Apakah bapak sudah mandi hari ini? Sudah dikeramas? Menurut bapak apa kegunaan mandi? Apa alasan bapak tidak merawat diri? Kira - kira tanda orang yang tidak merawat diri dengan baik seperti apa? Kalau kita tidak teratur menjaga kebersihan diri masalah apa menurut bapak yang bisa muncul? “Sekarang coba sebutkan cara melakukan perawatan diri saat mandi. Bagus ya pak sudah mngetahui cara – cara melakukan perawatan diri saat mandi”.

“Apa yang bapak lakukan setelah selesai mandi? Apa bapak sudah ganti baju? Berganti pakaian yang bersih 2x/hari. Apa alasanya bapak tidak mau mengganti baju? Baik tadi juga sudah tau ya pak apabila tidak melakukan perawatan diri

dengan baik kuman - kuman akan menempel di badan kita sehingga menyebabkan timbulnya penyakit kulit dan lain - lain.

Fase Terminasi :

“Bagaimana perasaan bapak setelah berbincang - bincang mengenai kebersihan diri? Sekarang coba bapak ulangi apa pentingnya kebersihan diri? “iya bagus sekali ya pak sudah tau. Mari kita masukkan kedalam jadwal aktivitas harian bapak ya. Baik besok kita bertemu lagi untuk melanjutkan cara mengontrol halusinasi”. “Mau jam berapa? Baik, jam 08.30 pagi ya. Sampai jumpa pak”.

SP 2 : Klien Tn.Y pada tanggal 28 April 2025 pukul 10.00 WIB. Melatih klien berhias/berdandan

Fase Orientasi :

“Assamu’alaikum, sesuai janji saya jam 10.30 sekarang saya datang lagi “bagaimana perasaan bapak saat ini?” “Seperti yang sudah tadi saya beritahu sekarang kita berbincang - bincang seputar cara berhias diri ya pak”. “Mau berapa lama kita berbicara ?15 menit ya? Mau dimana? Baik disini saja ya pak”.

Fase Kerja :

“Apakah bapak tau berhias itu apa? Ya betul pak berhias itu cara agar bapak terlihat rapih, pertama bapak bisa menyisir rambut bapak, saya contohkan ya pak, seperti ini pak, apakah bapak bisa lakukan cara menyisir rambut yang saya contohkan? Ya bagus pak! Selanjutnya saya akan mengajarkan bapak cara memotong kuku yang benar, mari pak saya contohkan pada kuku tangan bapak. Bapak bisa lakukan setelah saya contohkan tadi? Wah bagus sekali pak!

Fase terminasi :

“Bagaimana perasaan bapak setelah berbincang - bincang mengenai berhias diri? Sekarang coba bapak praktekan cara menyisir rambut dan memotong kuku. “Iya bagus pak sudah bisa. Mari kita masukan ke dalam jadwal aktivitas harian bapak ya. “Baik besok kita bertemu lagi untuk melanjutkan belajar cara mengontrol halusinasi bapak yang ke 3 yaitu dengan melakukan kegiatan secara terjadwal

SP 3 : Klien pada Tn.Y pada tanggal 29 April 2025 pukul 10.30 WIB. Melatih klien makan secara baik dan mandiri

Fase Orientasi :

Pak sesuai janji saya jam 10.30 sekarang saya datang lagi “bagaimana perasaan bapak hari ini ?” “Seperti yang sudah tadi saya beritahu sekarang kita akan bercakap - cakap cara perawatan diri yang ketiga yaitu melatih makan secara baik ya pak”. “Mau berapa lama kita berbicara? 15 menit ya? Mau dimana? Baik disini saja ya.

Fase Kerja :

“Apakah hari ini bapak suda makan? “Biasanya, bagaimana cara bapak saat makan dan minum? Apa bapak menggunakan alat seperti piring, mangkok, sendok dan gelas pada saat makan dan minum? Oh seperti itu, apa menurut bapak kebiasaan makan dan minum sudah baik dan benar? Baik kalau begitu, sekarang saya akan ajarkan bapak cara makan dan minum yang baik dan benar ya”.”Baik pak, sebelum makan kita harus siapkan makanan yang akan kita makan terlebih dahulu ya, makanannya sudah ada di piring atau mangkok dan alat makanya bisa

berupa sendok atau garpu, jangan lupa air minum sudah didalam gelas juga ya pak”. “Langkahnya yang pertama, sebelum makan kita harus cuci tangan terlebih dahulu agar bersih dari kuman dan penyakit. Bapak bisa mengikuti yang saya contohkan ya pak, kita basahi tangan dengan air yang mengalir, kemudian beri sabun, kemudian lakukan seperti ini ya pak. Satu, gosok kedua telapak tangan, kedua gosok punggung tangan kiri dan kanan, ketiga gosok sela - sela jari, empat kunci dan genggam seperti ini, lima putar jempol kiri dan kanan, terakhir putar kuku jari ke arah jarum jam seperti ini. Nah sekarang bisa bapak lakukan kembali?” “Yang kedua, setelah cuci tangan kita ambil makanan dan minuman yang sudah siap ya pak, bapak biasa makan dimana? Nah bapak bisa makan diruangan makan atau di ruangan yang memiliki kursi untuk duduk”. “Setelah itu ketiga, bapak bisa duduk dan bersiap untuk makan dengan berdoa, apa bapak tau do’a makan, baik, bisa bapak lakukan? Bagus sekali”. “Setelah berdo’a yang keempat bapak bisa mulai makan dengan mengambil makanan dengan sendok kemudian masukan kedalam mulut, kunyah perlahan dan jangan terburu – buru ya pak, agar tidak tersedak saat makan. Setelah habis jangan lupa minum ya pak”. “Yang kelima setelah makan bapak bisa berdo’a ya. Bapak sudah tahu do’anya? Sudah, bagaimana do’anya? Alhamdulillah bagus sekali pak, berdo’a kemudian membereskan alat - alat makan dan minum bapak, kemudian menyimpannya ditempat piring kotor”. “Yang terakhir, setelah selesai, jangan lupa untuk cuci tangan kembali ya pak”.

Fase terminasi :

“Nah sekarang, bagaimana perasaan bapak setelah kita berbincang – bincang mengenai alat dan cara makan dan minum yang baik dan benar”. “Alhamdulillah jika bapak merasa senang dan lebih baik. “Bisa tolong jelaskan kembali bagaimana cara makan dan minum yang benar”. “Bagus sekali pak. Baik besok kita bertemu lagi untuk melanjutkan cara mengontrol halusinasi bapak yang ke 4 yaitu dengan minum obat secara teratur. “Mau jam berapa? Baik, jam 13.30 ya, tempatnya mau dimana pak? Baik jika ingin disini saja sampai jumpa pak”.

SP 4 : Klien Tn.Y pada tanggal 30 April 2025 pukul 13.00 WIB. Melatih melakukan BAB/BAK secara mandiri.

Fase Orientasi :

Sesuai janji saya jam 16.00 sekarang saya datang lagi “Bagaimana perasaan bapak saat ini?” “Seperti yang sudah tadi saya beritahu sekarang kita berbincang - bincang cara perawatan diri yang ke empat yaitu melatih BAB/BAK secara mandiri ya pak”. “Mau berapa lama kita berbicara? 15 menit ya? Mau dimana? Baik disini aja pak”.

Fase Kerja :

“Baiklah pak, apakah ari ini bapak sudah BAB/BAK? Bapak BAB/BAK dimana? Bagaimana cara bapak membersihkannya setelah BAB/BAK? Caranya yaitu dengan menyiram air dari arah depan ke belakang. Jangan terbalik ya. Cara seperti ini berguna untuk menegah masuknya kotran /tinja yang ada dianus kebagian kemaluan bapak. Setelah itu jangan lupa tinja/air kencing tersebut dengan air

secukupnya sampai tinja/air kencing tidak tersisa di WC. Setelah selesai membersihkan tinja/air kencing perlu merapihkan kembali pakaian sebelum keluar dari wc. Dan setelah itu jangan lupa cuci tangan pakai sabun ya pak”.

Fase Terminasi :

“Bagaimana perasaan bapak setelah kita membicarakan cara BAB dan BAK? Apa saja yang dilakukan saat BAB dan BAK? Bagus sekali pak” “Sekarang coba bapak sebutkan cara perawatan diri yang telah kita pelajari dan latih? Bagus sekali”. “Baiklah pak sudah melakukan latihan cara BAB dan BAK masukan kedalam jadwal ya. Selanjutnya jangan lupa untuk melakukan sesuai jadwal yah pak, mandi 2x sehari, gosok gigi 2x sehari, keramas 2x seminggu, gunting kuku 1x seminggu, ganti baju dan berdandan 2x sehari abis mandi pagi dan sore, makan 3x sehari dan minum 8 – 10 gelas sehari. BAB dan BAK ditempatnya. Bagaimana pak bisa dilakukan sesuai jadwal. Bagus sekali bapak mau mencoba melakukannya”. Wah bagus sekali pak!

lampiran II

DOKUMENTASI KEGIATAN



Lampiran IV

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Identitas

Nama : Rahmania Cahya Kamila

Jenis Kelamin : Perempuan

Tempat Tanggal Lahir : Garut, 28 Juli 2004

Agama : Islam

Alamat : Kp. Negla Rt/Rw 02/01 Ds. Sindanglaya,
Kec. Karangpawitan Garut

Instagram : @rahmaniacahyaa

B. Riwayat Pendidikan

1. PAUD Al-Basyariah : 2009-2010
2. SDN Sindanggalih 1 : 2010-2016
3. SMPN 3 Garut : 2016-2019
4. SMAN 18 Garut : 2019-2022
5. STIKes Karsa Husada Garut : 2022-2024