

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA NY. T DENGAN GANGGUAN  
PERSEPSI SENSORI: HALUSINASI PENDENGARAN AT CAUSA  
GANGGUAN AFEKTIF BIPOLAR DI KLINIK REHABILITASI MENTAL  
NUR ILLAHIE ASSANIE SAMARANG GARUT**

**KARYA TULIS ILMIAH**

Disusun Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam Menyelesaikan Program  
Studi Diploma III Keperawatan di Stikes Karsa Husada Garut

Disusun Oleh:

**SALSABILA PEBRIAYANTI**

**NIM: KHGA21105**



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

**2024**

**LEMBAR PENGESAHAN**

**JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA NY. T DENGAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI: HALUSINASI PENDENGARAN AT CAUSA GANGGUAN AFEKTIF BIPOLAR DI KLINIK REHABILITASI MENTAL NUR ILLAHIE ASSANIE SAMARANG GARUT**

**NAMA : SALSABILA PEBRIAYANTI**

**NIM : KHGA21105**

Garut, 24 Juni 2024

Menyetujui

Penguji I

Penguji II

**Tanti S, S.Kep.,Ners.,M.Hkes.**

**Wahyudin, S.Kp.,M.Kes.**

Mengetahui

Mengesahkan

Ketua Program Studi D III Keperawatan

Pembimbing

Stikes Karsa Husada

**K. Dewi Budiarti,S.Kep.,M.Kep.**

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

## LEMBAR PERSETUJUAN

**JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA NY. T DENGAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI: HALUSINASI PENDENGARAN AT CAUSA GANGGUAN AFEKTIF BIPOLAR DI KLINIK REHABILITASI MENTAL NUR ILLAHIE ASSANIE SAMARANG GARUT**

**NAMA : SALSABILA PEBRIAYANTI**

**NIM : KHGA21105**

## KARYA TULIS ILMIAH

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

Garut, 20 Juni 2024

Menyetujui

Pembimbing

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

## ABSTRAK

### ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA NY.T DENGAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI: HALUSINASI PENDENGARAN AT CAUSA GANGGUAN AFEKTIF BIPOLAR DI KLINIK REHABILITASI MENTAL NUR ILLAHIE ASSANIE SAMARANG GARUT

#### IV Bab, 150 Halaman, 8 Tabel, 8 Bagan, 2 Lampiran

Karya Tulis Ilmiah ini berjudul "Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny.T dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran At Causa Gangguan Afektif Bipolar". Dengan banyaknya penduduk Indonesia khususnya Provinsi Jawa Barat 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, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi dan evaluasi keperawatan. Halusinasi didefinisikan sebagai seseorang yang merusak stimulasi sebenarnya tidak ada, stimulus dari manapun baik stimulus bayangan, suara, pengecap, bau-bauan ataupun perabaan. Halusinasi Pendengaran adalah Gangguan stimulus dimana seorang pasien mendengar suara atau kebisingan, tetapi paling sering mendengar suara orang. Masalah yang muncul pada Ny. T adalah Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran, Defisit Perawatan Diri, Koping Individu Tidak Efektif. Setelah diberikan asuhan keperawatan Ny. T sudah dapat mengontrol halusinasinya. Evaluasi tindakan sudah berhasil dengan melakukan asuhan keperawatan sesuai SP dengan menggunakan pendekatan BHSP dan komunikasi terapeutik yang didukung oleh terapi modalitas, terapi okupasi. Pemberian asuhan keperawatan klien dapat mengontrol halusinasi yang dialaminya dengan mekanisme koping yang tepat. Selain itu juga, dibutuhkan dukungan dari pihak keluarga, lingkungan sekitar, bertujuan untuk mendukung klien untuk meningkatkan derajat kesehatan jiwa.

**Kata Kunci (Key Word):** *Asuhan keperawatan, halusinasi pendengaran bipolar*

Daftar Pustaka : 31 buah, Tahun 2014 s.d 2024

## **KATA PENGANTAR**

Segala puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT. yang telah melimpahkan rahmat serta karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini yang berjudul “Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny. T Dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran At Causa Gangguan Afektif Bipolar di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut” ini tepat pada waktunya.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini masih belum sempurna, oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun guna kesempurnaan karya tulis ilmiah ini. Mengingat banyaknya pihak yang berperan membantu penulis dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini, penulis mengucapkan 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. Bapak Angga D. Nagara, S.Kep., Ners., M.Kep., selaku pembimbing yang telah memberi dukungan serta arahan kepada penulis dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
6. Seluruh staf dosen keperawatan STIKes Karsa Husada Garut yang telah memberikan ilmu dan pengetahuan dan keterampilan yang bermanfaat serta motivasi selama penulis mengikuti pendidikan Program Studi Diploma III Keperawatan di STIKes Karsa Husada Garut.
7. Staf administrasi dan perpustakaan yang telah membantu dalam kelancaran penulis selama proses pendidikan dan selama penyusunan karya tulis ilmiah.
8. Kepada Ny. T yang telah bersedia bekerja sama dalam melaksanakan asuhan keperawatan sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
9. Pintu surgaku, Almh. Ibunda Tini Supriati, seorang ibu yang luar biasa, terimakasih telah melahirkan, merawat dan membesarkan saya sampai tujuh belas tahun kita bersama dan terimakasih atas doa-doa yang telah engkau panjatkan sampai saya bisa sekuat ini untuk tetap bertahan. Alhamdulillah kini penulis sudah berada ditahap ini, terimakasih sudah mengantarkan saya berada ditempat ini, walaupun pada akhirnya saya harus berjalan terlatih sendiri tanpa kau temani lagi.

10. Cinta pertama dan panutanku. Ayahanda Enjang Saepuloh, seseorang yang luar biasa selalu sabar dan bangga membesarkan putri bungsunya, terimakasih untuk semua doa-doa yang engkau langitkan. Segala yang saya usahakan dan saya perjuangkan semata untuk cinta pertama saya. Tidak henti saya bersyukur dan berterimakasih untuk semua pengorbanan, kerja keras, cinta dan kasih sayang yang begitu luas untuk putri bungsumu.
11. Kepada kakak saya, Adam Faturrahman dan Cepi Aprilulloh. Terimakasih banyak atas dukungannya secara moril maupun materil. Terimakasih untuk setiap motivasi yang diberikan kepada penulis semasa menempuh pendidikan.
12. Kepada Shabrina Rizkia Apriani, terimakasih sudah membersamai penulis berjuang bersama, saling support,, mendengarkan semua keluh kesah penulis, terimakasih untuk setiap bantuan dan perhatian yang diberikan kepada penulis, semoga tali persaudaraan kita terjalin hingga nanti. Aamiin.
13. Kepada sahabat sekaligus saudara, Meli, Maulana Madani, Fauzan Adima, Risya, Velia dan Anita. Terimakasih sudah bersedia berjuang bersama, selalu mensupport penulis tiada henti, terimakasih sudah mewarnai hari-hari penulis dengan indah, semoga kita semua sukses dan tali persahabatan ini terjalin hingga nanti. Aamiin.
14. Seluruh teman seperjuangan khususnya kelas C dan angkatan XXVIII D III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut yang tidak bisa disebutkan satu persatu, semoga kita semua bahagia dan menjadi orang-orang sukses. Aamiin.

15. Kepada semua pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu, namun telah begitu banyak membantu selama penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini masih terdapat kekurangan dan ketidaksempurnaan karena keterbatasan ilmu pengetahuan. Oleh karena itu, penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang membangun untuk meningkatkan kesempurnaan karya 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, 20 Juni 2024

Penulis

Salsabila Pebriyanti



## DAFTAR ISI

<b>LEMBAR PENGESAHAN .....</b>	<b>i</b>
<b>LEMBAR PERSETUJUAN .....</b>	<b>ii</b>
<b>ABSTRAK .....</b>	<b>iii</b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>iv</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>viii</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>x</b>
<b>DAFTAR BAGAN .....</b>	<b>xi</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>	<b>xii</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
<b>A. Latar Belakang.....</b>	<b>1</b>
<b>B. Tujuan Penulisan.....</b>	<b>5</b>
<b>C. Metode Telaahan .....</b>	<b>6</b>
<b>D. Sistematika Penulisan .....</b>	<b>7</b>
<b>BAB II TINJAUAN TEORI .....</b>	<b>9</b>
<b>A. Konsep Dasar.....</b>	<b>9</b>
1. Konsep Bipolar.....	9
2. Konsep Halusinasi .....	19
3. Konsep Defisit Perawatan Diri.....	37
4. Konsep Koping Individu Tidak Efektif.....	42
<b>B. Konsep Asuhan Keperawatan.....</b>	<b>46</b>
1. Pengkajian .....	46
2. Analisa Data .....	58
3. Diagnosa Keperawatan.....	60
4. Intervensi Keperawatan.....	61
5. Implementasi .....	77
6. Evaluasi .....	77
7. Dokumentasi.....	78
<b>BAB III TINJAUAN KASUS.....</b>	<b>79</b>
<b>A. Tinjauan Kasus.....</b>	<b>79</b>
1. Pengakajian .....	79

2. Analisa Data .....	92
3. Diagnosa Keperawatan .....	95
4. Perencanaan Keperawatan .....	97
5. Implementasi dan Evaluasi .....	112
6. Catatan Perkembangan .....	118
<b>B. Pembahasan .....</b>	<b>133</b>
<b>BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI.....</b>	<b>144</b>
<b>A. Kesimpulan .....</b>	<b>144</b>
<b>B. Rekomendasi.....</b>	<b>146</b>
<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>	<b>147</b>
<b>LAMPIRAN.....</b>	<b>150</b>

## DAFTAR TABEL

<b>Tabel 1. 1 Data Gangguan Jiwa di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Samarang Garut</b> .....	4
<b>Tabel 2. 1 Analisa Data</b> .....	58
<b>Tabel 2. 2 Intervensi Keperawatan</b> .....	62
<b>Tabel 3. 1 Terapi Medik</b> .....	91
<b>Tabel 3. 2 Analisa Data</b> .....	92
<b>Tabel 3. 3 Intervensi Keperawatan</b> .....	97
<b>Tabel 3. 4 Implementasi dan Evaluasi</b> .....	112
<b>Tabel 3. 5 Catatan Perkembangan</b> .....	118

## DAFTAR BAGAN

<b>Bagan 2. 1 Rentang Respon Halusinasi.....</b>	<b>21</b>
<b>Bagan 2. 2 Pohon Masalah Halusinasi .....</b>	<b>29</b>
<b>Bagan 2. 3 Rentang Respon Defisit Perawatan Diri .....</b>	<b>39</b>
<b>Bagan 2. 4 Pohon Masalah Defisit Perawatan Diri.....</b>	<b>42</b>
<b>Bagan 2. 5 Rentang Respon Koping Individu Tidak Efektif.....</b>	<b>44</b>
<b>Bagan 2. 6 Pohon Masalah Koping Individu Tidak Efektif .....</b>	<b>45</b>
<b>Bagan 2. 7 Pohon Masalah Halusinasi Pendengaran.....</b>	<b>61</b>
<b>Bagan 3. 1 Pohon Masalah Halusinasi .....</b>	<b>94</b>

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 .....	150
Lampiran 2 .....	158

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Kesehatan jiwa adalah suatu keadaan mental sejahtera yang memungkinkan hidup menjadi harmonis dan produktif. Kesehatan jiwa dianggap sebagai unsur vital kesehatan secara keseluruhan, kesehatan tidak hanya dilihat dari segi fisik saja tetapi juga dari segi mental harus diperhatikan agar terciptanya sehat secara holistik. Seseorang yang mengalami gangguan dari segi mental dan tidak bisa menggunakan akal pikirannya secara normal maka ia bisa dikatakan 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 perekonomian, tekanan dalam pekerjaan dan diskriminasi dapat meningkatkan risiko penderita gangguan jiwa, sumber daya tenaga kesehatan yang berkualitas diharapkan dapat mengatasi peningkatan angka gangguan jiwa yang terus menerus menjadi masalah dan tantangan (Suliswati, dkk, 2005 dalam jannah, 2016).

Secara umum, gangguan jiwa diklasifikasikan menjadi dua kategori, yaitu: Gangguan jiwa berat atau kelompok psikotik, sedangkan gangguan

jiwa ringan mencakup semua gangguan jiwa emosional seperti kecemasan, mood, dan lainnya (Rikerdas, 2013).

Gangguan jiwa dibagi menjadi berbagai macam dan jenis yang memiliki tanda dan gejala yang berbeda salah satunya gangguan jiwa yang umumnya mempengaruhi suasana hati atau mood, seperti penyakit bipolar disorder, salah satu dari gejala bipolar adalah halusinasi (KEMENKES RI, 2020).

Halusinasi diartikan sebagai seseorang yang merusak stimulus yang sebenarnya tidak ada stimulus dari manapun baik stimulus bayangan, suara, bau-bauan, perabaan ataupun pengecapan (Yosep, 2016), Halusinasi merupakan sensasi yang diciptakan oleh pemikiran tanpa adanya sumber yang nyata dan dapat mempengaruhi pancaindra (KEMENKES RI, 2020). Halusinasi muncul dan dipicu apabila seseorang ada dalam kondisi penyakit mental, penyalahgunaan obat, dan kurangnya istirahat.

Halusinasi pendengaran adalah suatu keadaan dimana seseorang mendengar suara-suara yang jelas maupun tidak jelas dan suara itu biasanya mendorong seseorang untuk berbicara, atau melakukan sesuatu tapi tidak ada hubungannya dengan hal yang nyata yang orang lain tidak bisa mendengarnya. Dalam keadaan ini seorang pasien akan nampak berbicara sendiri, mendengarkan dengan penuh perhatian bahkan tertawa sendiri (Pardede, 2021). Dampak yang timbul pada pasien yang mengalami halusinasi kehilangan kontrol pada dirinya, dalam situasi seperti ini pasien

dapat melakukan bunuh diri (*suicide*), membunuh orang lain (*homicide*) dan bahkan merusak lingkungan disekitarnya (Siregar, 2023).

Prevalensi gangguan jiwa di seluruh dunia menurut WHO (*World Health Organization*) pada tahun 2019, didapatkan data kurang 264 juta jiwa penderita depresi, 45 juta jiwa penderita bipolar, 50 juta jiwa penderita demensia, dan 20 juta jiwa penderita skizofrenia. Menurut Bipolar Care Indonesia (BCI) sebanyak 72 juta orang di Indonesia menderita gangguan mood atau disebut dengan bipolar. Berbagai faktor psikologis, biologis dan sosial dengan keanekaragaman penduduk, maka jumlah kasus penderita gangguan mood dan jiwa terus bertambah yang berdampak pada penambahan beban serta penurunan produktivitas manusia untuk jangka panjang (BCI, 2022).

Hasil data riset kesehatan dasar (Riskedas) pada tahun 2018, menunjukkan 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 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 69.569ribu orang. Pada hal ini Jawa Barat menduduki peringkat ke-9 dengan penderita gangguan jiwa terbanyak di Indonesia (Dinas Kesehatan Jawa Barat, 2021). Menurut data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Garut,



penderita gangguan jiwa pada tahun 2024 meningkat menjadi 3945 orang, yang dimana 1988 atau sekitar 50,5% orang diantaranya mengalami gangguan afektif bipolar.

Berdasarkan hasil laporan dan rekam medis di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut, jumlah penderita gangguan jiwa yang dirawat dari bulan Januari sampai dengan bulan Mei 2023-2024, dapat dilihat dari tabel berikut ini.

**Tabel 1. 1 Data Gangguan Jiwa di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Samarang Garut**

No.	Diagnosa Penyakit	Jumlah Orang	Presentase
1	Gangguan Afektif Bipolar	27 orang	72,9%
2	Skizofrenia	8 orang	21,6%
3	Intelektual Disability	2 orang	5.4%
4	Penyalahgunaan Napza	0	0
Jumlah		37 orang	100%

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

Berdasarkan laporan dari Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut, didapatkan hasil data pada bulan Mei 2024 diatas, 72,9% atau sekitar  $\frac{3}{4}$  pasien dari jumlah keseluruhan mengalami gangguan afektif bipolar. Kasus ini menjadi angka tertinggi pasien yang mengalami gangguan afektif bipolar di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut, gangguan afektif bipolar ini apabila tidak ditangani dapat menyebabkan gangguan jiwa yang lebih kompleks dan dapat meningkatkan terjadinya risiko bunuh diri.

Dengan banyaknya penduduk Indonesia khususnya Provinsi Jawa Barat yang mengalami kasus seperti di atas, penulis merasa tertarik untuk mengangkat masalah tersebut dan perlu melakukan asuhan keperawatan mulai dari pengkajian sampai evaluasi, dengan judul “ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA NY. T DENGAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI: HALUSINASI PENDENGARAN AT CAUSA GANGGUAN AFEKTIF 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 yang meliputi aspek bio, psiko, sosial dan spiritual kepada Ny. T dengan gangguan persepsi sensori: Halusinasi pendengaran akibat gangguan afektif bipolar.

### **2. Tujuan Khusus**

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

- a. Melakukan pengkajian data pada pasien dengan masalah utama gangguan persepsi sensori: Halusinasi Pendengaran.
- b. Menganalisa dan mensintesis diagnosa keperawatan dengan analisa data pada pasien gangguan afektif bipolar dengan gangguan persepsi sensori: Halusinasi Pendengaran.

- c. Melakukan perencanaan tindakan keperawatan pada pasien gangguan persepsi sensori: Halusinasi Pendengaran dengan gangguan afektif bipolar.
- d. Melakukan tindakan asuhan keperawatan pada pasien gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran dengan gangguan afektif bipolar.
- e. Melakukan evaluasi keperawatan pada pasien gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran dengan gangguan afektif bipolar.
- f. Mendokumentasikan asuhan keperawatan yang sudah dilakukan kepada pasien gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran dengan gangguan afektif bipolar.

### **C. Metode Telaahan**

Dalam penulisan studi kasus ini, penulis menggunakan metode deskriptif yang berbentuk laporan asuhan keperawatan melalui proses asuhan keperawatan yang komprehensif. Adapun teknik pengambilan data pada kasus ini dilakukan dengan:

1. Wawancara: yaitu cara pengumpulan data dengan tanya jawab secara langsung kepada klien, keluarga, perawat di ruangan maupun tenaga kesehatan yang terkait mengenai masalah yang dialami pada klien.
2. Observasi: yaitu teknik pengambilan data dengan mengadakan pengamatan langsung keadaan klien baik yang adaptif maupun yang maladaptif.

3. Pemeriksaan fisik: hal-hal yang dilakukan dengan pemeriksaan fisik diantaranya memeriksa tanda-tanda vital dan keadaan umum, sehingga di dapatkan data diri klien yang bisa menimbulkan masalah keperawatan pada klien.
4. Studi Dokumentasi: dalam studi dokumentasi penulis membaca dan mempelajari catatan medis klien, catatan dokter dan perawat untuk mengetahui kondisi klien.
5. Studi Kepustakaan: yaitu teknik pengambilan data dengan mempelajari referensi berupa buku-buku dari perpustakaan maupun dari internet yang berhubungan dengan kasus yang diambil.
6. Partisipasi Aktif: penulis langsung melaksanakan asuhan keperawatan pada Ny. T dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran Akibat Gangguan Afektif Bipolar Di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut.

#### **D. Sistematika Penulisan**

Untuk memudahkan menyusun karya tulis ilmiah ini, penulis menggunakan sistematika penulisan sebagai berikut:

1. BAB I Pendahuluan

Bab ini membahas mengenai latar belakang, tujuan penulisan, metode telaahan, dan sistematika penulisan.

2. BAB II Tinjauan Teori

Bab ini berisi tentang teori-teori konsep dasar penyakit meliputi pengertian, penyebab, dampak halusinasi terhadap kehidupan dasar

manusia, psikodinamika gangguan afektif bipolar, psikodinamika halusinasi pendengaran, psikodinamika defisit perawatan diri, psikodinamika koping individu tidak efektif serta berisi tentang konsep dasar proses keperawatan jiwa meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

### 3. BAB III Tinjauan Kasus dan Pembahasan

Dalam bab ini diuraikan tentang asuhan keperawatan yang dilakukan secara nyata di lapangan meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi dan catatan perkembangan pada klien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran akibat gangguan afektif bipolar. Sedangkan pembahasannya berisi tentang kesenjangan-kesenjangan yang ditemukan dan dibandingkan antara pendekatan medis dengan pelaksanaan langsung pada kasus serta pemecahan masalahnya.

### 4. BAB IV Kesimpulan dan Rekomendasi

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 Gangguan Afektif 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, karena itu istilah medis sebelumnya disebut dengan *manic-depressive* (National Institute Of Mental Health, 2017). Gangguan bipolar sering dikaitkan dengan gangguan yang ditandai dengan ciri yaitu naik turunnya mood, aktivitas dan energi (Mintz, 2015).

Menurut Aliansi Gangguan Kejiwaan Nasional (NAMI), bipolar merupakan gangguan yang ditandai dengan perubahan mood atau suasana hati yang parah. Gangguan bipolar juga sering disebut gangguan unipolar (depresi berat), dimana perubahan suasana hati hanya pada satu kutub saja beda bila dibandingkan dengan bipolar yang dimana perubahan suasana hati terjadi diantara dua kutub yang tinggi dan rendah (Parks, 2014).

Seseorang yang memiliki gangguan bipolar dapat disebut dengan penyintas karena mengalami perubahan suasana hati yang

ekstrem yang dapat menimbulkan mordibitas. Fase manik dan fase depresi yang sangat parah dapat menimbulkan gejala psikosis. Pada saat mengalami gejala psikosis, seorang penyintas gangguan bipolar akan menunjukkan tanda-tanda yang tidak berhubungan dengan realita, yang kemudian disebut dengan halusinasi. Penyintas gangguan bipolar yang memiliki gejala ini terkadang salah didiagnosis sebagai penyintas skizoprenia, atau gangguan jiwa lainnya (International Bipolar Foundation, 2020).

#### **b. Etiologi Gangguan Afektif Bipolar**

Pada saat ini, kebanyakan ilmuwan menyepakati bahwa tidak ada penyebab khusus dari gangguan bipolar ini, mereka mengatakan bahwa banyak faktor yang bersama-sama menyebabkan gangguan bipolar pada diri seseorang (International Bipolar Foundation, 2020). Berikut adalah beberapa faktor yang menyebabkan gangguan bipolar:

##### 1) Faktor Genetik

Penelitian menunjukkan bahwa pada orang yang mempunyai riwayat gangguan bipolar di keluarganya memiliki risiko lebih besar mengalami gangguan bipolar yang serupa. Hal ini disebabkan oleh pengaruh gen pada depresi berat memiliki pengaruh yang besar dibandingkan dengan depresi ringan.

##### 2) Faktor Biologis

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa pada otak orang dengan gangguan bipolar mungkin akan berbeda dengan otak orang yang tidak memiliki gangguan bipolar atau gangguan jiwa lainnya (National Institute of Mental Health, 2017).

Salah satu faktor utama penyebab seseorang mengalami gangguan bipolar adalah terganggunya keseimbangan cairan kimia utama yang berada di dalam 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 sedang berada dalam keadaan yang tidak seimbang (Mental Health America, 2017).

Ketika penyintas gangguan bipolar memiliki kadar dopamin yang tinggi di dalam otaknya, maka ia akan merasa bersemangat, agresif dan percaya diri yang berlebihan. Pada keadaan inilah yang disebut dengan fase manik. Sebaliknya, fase depresi akan terjadi ketika kadar dopamine menurun dibawah angka normal, sehingga penderita akan merasa tidak bersemangat, pesimis dan bahkan memiliki keinginan yang



besar untuk bunuh diri. Seorang penyintas gangguan bipolar menandakan adanya gangguan pada sistem motivasional yang disebut dengan *Behavior Activation System* (BAS) (Saputra, 2019).

### 3) Faktor Psikososial

Peristiwa yang terjadi dalam kehidupan memiliki peran penting dalam gangguan depresi. Depresi yang diakibatkan oleh gangguan bipolar sebagai suatu efek yang timbul dari ketegangan ego antara kenyataan yang ada dengan aspirasi seseorang (E Bibring, 2014). Para ahli gangguan jiwa mengatakan bahwa gangguan bipolar disebabkan oleh faktor psikososial seperti stress atau tekanan yang didapatkan dari lingkungan baik yang internal maupun eksternal (Depression and Bipolar Support Alliance, 2020).

Faktor lingkungan yang paling dekat adalah keluarga, apabila seseorang hidup dengan anggota keluarga yang menderita gangguan bipolar, maka risiko terkena gangguan bipolar juga tinggi. Selain itu, mengalami pengalaman yang buruk dan tidak menyenangkan hingga menjadi trauma juga memicu terjadinya gangguan bipolar. Sementara itu, faktor lingkungan eksternal yaitu pergaulan atau pengalaman buruk dengan orang lain, contohnya putus cinta dan kematian dari orang terdekat.

Faktor lingkungan internal dan eksternal memang sangat berpengaruh terhadap orang yang mengalami gangguan bipolar. Apabila seseorang mengidap gangguan jiwa ini dan masih tinggal di lingkungan yang tidak mendukung, maka risikonya adalah gangguan bipolar tersebut akan semakin parah dan tidak dapat menjalani kehidupan secara normal (Depression and Bipolar Support Alliance, 2020).

### **c. Manifestasi Klinis Gangguan Afektif Bipolar**

Gangguan bipolar memiliki 5 fase, yaitu fase manik dan fase depresi, fase hipomanik, fase normal, fase depresi ringan dan depresi berat masing-masing fase tersebut 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) Terjadinya penurunan kebutuhan tidur tanpa kelelahan

- f) Suasana hati yang mudah berubah, merasa senang dan gembira yang berlebihan
  - g) Memiliki pikiran yang tak terduga dan banyak ide
  - h) Berbicara terlalu cepat dan energi yang berlebihan
  - i) *Euphoria* yang berlebihan
  - j) Ambisius, impulsif dan provokatif
  - k) Boros
  - l) Mampu melakukan banyak kegiatan dalam satu waktu
  - m) 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
  - d) Selalu merasa putus asa
  - e) Merasa cemas, gelisah dan khawatir
  - f) Tidak nafsu makan dan lebih sering tidur
  - g) Kesulitan dalam mengambil keputusan
  - h) Kualitas tidur yang jelek dan mimpi buruk
  - i) Memiliki perasaan tidak berharga dan rendah diri
  - j) Tidak mampu berkonsentrasi
  - k) Adanya penarikan diri dari lingkungan sosial
  - l) Mempunyai pikiran yang berulang-ulang tentang kematian dan bunuh diri, melakukan upaya percobaan bunuh diri atau menyakiti diri sendiri
  - m) Gejala fisik peristen yang tidak merespon terhadap pengobatan seperti nyeri kronis atau masalah pencernaan
  - n) Merasa lesu dan tidak memiliki energi secara terus-menerus
- 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.

#### **d. Penatalaksanaan Gangguan Afektif Bipolar**

Perawatan yang tepat akan membantu seorang penyintas gangguan bipolar dalam mengendalikan perubahan pada suasana hatinya secara ekstrem. Karena gangguan bipolar merupakan penyakit kronis, maka pengobatan dan perawatan tetap harus dilakukan seumur hidup. Apabila tidak dilakukan pengobatan dan perawatan yang baik, maka gejala-gejala akan menjadi semakin buruk dan perubahan suasana hati semakin ekstrem (National Alliance on Mental Illness, 2017). Perawatan dan pengobatan tergantung pada kondisi dan tipe gangguan bipolar yang dialami, diantaranya sebagai berikut:

1) Terapi Non Farmakologi

- a) Psikoterapi, dilakukan untuk mengobati penyalahgunaan zat serta pemberian nutrisi yang baik, pengurangan stress, tidur yang cukup, berolahraga dan terapi psikososial (wells et al, 2015). Penatalaksanaan ini dilakukan dengan cara memberikan dukungan, memberikan bimbingan dan edukasi kepada seseorang dengan gangguan bipolar. Beberapa pengobatan psikoterapi yang dapat digunakan untuk mengatasi gangguan bipolar meliputi: terapi kognitif, terapi keluarga dan psikoterapi interpersonal (NIMH, 2016).
- b) *Electroconvulsive Therapy* (ECT), dilakukan untuk gejala gangguan bipolar berat yang tidak dapat disembuhkan dengan perawatan dan pengobatan lainnya. Keluarga atau

seseorang yang mengalami gangguan bipolar harus mendiskusikan tentang manfaat dan risiko yang akan terjadi dari ECT dengan profesional kesehatan. Karena ECT memiliki efek samping jangka pendek termasuk penurunan memori hingga amnesia, disorientasi dan kebingungan (NIHM, 2014).

## 2) Terapi Farmakologi

Obat-obatan yang umumnya digunakan untuk mengobati gangguan bipolar adalah antidepresan, lithium, antikonsulvan, serta penstabil suasana hati atau mood. Obat-obatan lain yang digunakan termasuk antipsikotik, benzodiazepin, dan beta-blocker. Sama seperti pengobatan pada umumnya, pengobatan gangguan bipolar juga memiliki efek samping ringan sampai serius. Karena itu, tidak semua obat cocok digunakan pada setiap pengidap gangguan bipolar (Mental Health America, 2017).

Farmakoterapi mempunyai peranan yang penting, dengan bukti-bukti yang relatif luas. Singkatnya, ketika tidak ditemukan kontraindikasi, penanganan awal harus mencakup monoterapi salah satu dari *mood stabilizer* (lithium, carbamazine, valproate) yang direkomendasikan, salah satu dari antipsikotik atipikal (aripiprazole, olanzapine, quetiapine, risperidone, zispradone), atau haloperidol (dalam kasus emergency atau pada terapi jangka pendek). Ketika respon yang didapat tidak adekuat,

direkomendasikan untuk menggunakan kombinasi mood stabilizer dengan antipsikotik atipikal (Prenning A, 2014).

Masalah dalam menangani gangguan bipolar depresi adalah pada praktik klinik strategi penanganan sering dibawa ke arah unipolar depresi. Medikasi depresi jangka panjang belum dianjurkan, namun dalam pertimbangan terdapat indikasi, pemberiannya harus dimulai secepatnya, selama periode depresi akut. Farmakologi yang spesifik untuk depresi adalah pilihan yang direkomendasikan untuk menangani episode depresi moderate-berat. Carbamazepine dan lamotrigine, begitu juga olanzapine dapat diresepkan atau sebagai alternatif *selective serotonin reuptake inhibitor* (SSRI).

Antidepresan meski dapat menyebabkan kesulitan dalam berpikir, memiliki motivasi, makan, dan tidur. Antidepresan meski dapat mengobati depresi, tetapi tidak selalu bekerja mengatasi penyebabnya. Berikut adalah jenis obat antidepresan:

a) Selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI)

Ini adalah jenis antidepresan yang paling umum diresepkan.

Contoh antidepresan golongan ini antara lain citalopram, escitalopram, fluoxetine, fluvoxamine, paroxetine dan sertraline.

b) Inhibitor reuptake serotonin dan noradrenalin (SNRI)

Ini memiliki efek samping yang lebih sedikit dibandingkan SSRI dan dapat digunakan untuk depresi yang lebih parah. Obat-obatan tersebut termasuk duloxetine, venlafaxine dan desvenlafaxine.

c) Inhibitor reuptake noradrenalin (NARI)

Jenis obat antidepresan ini bekerja pada noradrenalin dan cenderung tidak menyebabkan kantuk dibandingkan kelas lainnya. Kelas ini mencakup reboxetine.

Beberapa orang yang mengidap gangguan bipolar mungkin harus mencoba beberapa obat berbeda dengan pasien lainnya, karena obat-obatan tersebut memiliki dosis yang berbeda-beda dan cara kerja dengan hasil yang berbeda pula. Namun pada umumnya, seorang pengidap gangguan bipolar akan mendapatkan racikan obat yang menggabungkan antidepresan untuk fase depresi dan penstabil mood untuk fase manik (National Institute of Mental Health, 2017).

## **2. Konsep Halusinasi**

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada klien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi menurut (Sutejo, 2019) yaitu:

- a) Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi
- b) Defisit Perawatan Diri
- c) Koping Individu Tidak Efektif



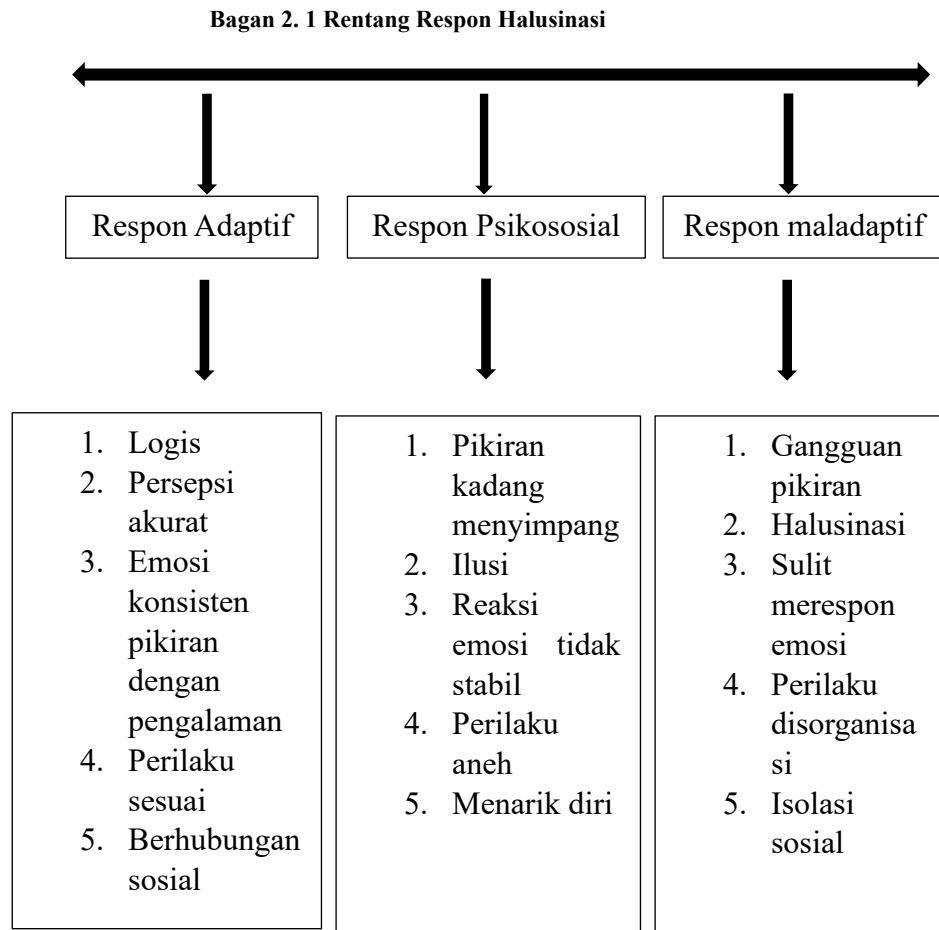
## 1) Halusinasi

### a. Definisi Halusinasi

Halusinasi merupakan gejala gangguan jiwa yang dimana seorang pasien mengalami gangguan persepsi sensori: merasakan adanya sensori palsu berupa penglihatan, pendengaran, penciuman, pengecapan 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 (Armadianah, 2022).

Halusinasi didefinisikan sebagai seseorang yang merusak stimulasi sebenarnya tidak ada, stimulus dari manapun baik stimulus bayangan, suara, pengecapan, bau-bauan ataupun perabaan (Yosep dkk, 2016). Halusinasi merupakan sensasi yang disebabkan oleh pemikiran tanpa adanya sumber yang nyata (riil) dan dapat mempengaruhi pancaindra (Kemenkes RI, 2021).

## b. Rentang Respon



*(sumber: Trimelia, 2021)*

Keterangan:

### 1) Respon Adaptif

Respon yang dapat diterima oleh norma-norma sosial budaya yang berlaku. Dengan kata lain orang tersebut dalam batas normal apabila menghadapi suatu masalah dan akan memecahkan masalah tersebut. Berikut adalah respon adaptif :

- a) Pikiran yang logis adalah pandangan yang mengarah pada kenyataan yang dapat diterima oleh akal.
- b) Persepsi akurat adalah pandangan dari seseorang akan suatu peristiwa secara tepat dan cermat sesuai dengan perhitungan.
- c) Emosi konsisten dengan pengalaman adalah perasaan jiwa yang timbul sesuai dengan peristiwa yang dihadapi.
- d) Perilaku sosial dengan kegiatan individu atau sesuatu yang berhubungan dengan individu tersebut yang diwujudkan dalam bentuk gerak atau ucapan yang tidak bertentangan dengan nilai moral.
- e) Hubungan sosial adalah suatu proses interaksi dengan orang lain dalam pergaulan ditengah-tengah masyarakat dan lingkungan.

## 2) Respon Psikososial

- a) Pikiran menyimpang berupa suatu kegagalan mengabstrakan dan mengambil suatu keputusan.
- b) Ilusi adalah pemikiran atau penilaian yang salah tentang penerapan yang benar terjadi (obyek nyata) karena ransangan pancaindra.
- c) Emosi berlebihan dengan kurang pengalaman berupa reaksi emosi yang diekpresikan dengan sikap yang tidak sesuai.

- d) Perilaku tidak biasa merupakan sikap dan tingkah laku yang melebihi batas wajar.
- e) Menarik diri adalah percobaan untuk menghindar dari interaksi dengan orang lain, baik dalam komunikasi maupun berhubungan dengan orang di sekitarnya.

### 3) Respon Maladaptif

Respon maladaptif adalah respon individu dalam menyelesaikan masalah yang menyimpang dari nilai norma sosial budaya dan lingkungan. Berikut adalah respon maladaptif:

- a) Kelainan pikiran atau waham, adalah keyakinan yang kokoh dan dipertahankan meskipun tidak diyakini oleh orang lain dan bertentangan dengan keyakinan sosial.
- b) Halusinasi adalah gangguan yang muncul berupa persepsi yang salah terhadap suatu rangsangan.
- c) Kerusakan proses emosi adalah ketidakmampuan mengontrol emosi seperti menurunnya kemampuan untuk mengalami kesenangan, kebahagiaan, dan kedekatan.
- d) Perilaku tidak terorganisir adalah ketidakteraturan perilaku berupa ketidakselarasan antara perilaku dan gerakan yang ditimbulkan.

e) Isolasi sosial adalah kondisi dimana seseorang merasa kesepian, tidak mau berinteraksi dengan orang lain dan lingkungannya (Stuart,2016).

### **c. Klasifikasi Halusinasi**

Menurut (Janiarti, 2022) halusinasi terbagi menjadi 5 yaitu:

#### 1) Halusinasi penglihatan

Gangguan stimulus penglihatan atau visual dalam bentuk seperti gambaran geometris, cahaya, gambar kartun, atau panorama yang luas dan kompleks. Perilaku yang nampak muncul seperti ketakutan pada obyek yang dilihat, menunjuk arah tertentu, menatap suatu tempat dengan tatapan yang fokus.

#### 2) Halusinasi Pendengaran

Gangguan stimulus dimana seorang pasien mendengar suara-suara atau kebisingan, tetapi paling sering mendengar suara orang. Biasanya mendengar suara orang yang menyuruh melakukan sesuatu yang terkadang dapat membahayakan diri pasien dan orang lain. Perilaku yang nampak muncul seperti mulut komat-kamit, menutup telinga.

#### 3) Halusinasi Penciuman

Gangguan stimulus penciuman ditandai dengan seolah-olah mencium bau amis, bau busuk dan bau menjijikan, terkadang

tercium bau harum. Perilaku yang muncul adalah seperti menutup hidung, ekspresi wajah seperti mencium sesuatu.

4) Halusinasi Pengecapan

Gangguan stimulus mengecap rasa, ditandaiseperti merasakan sesuatu yang busuk, amis, dan menjijikan.

5) Halusinasi Perabaan

Gangguan stimulus yang ditandai dengan seolah-olah seperti mengalami rasa sakit atau tidak enak tanpa stimulus yang terlihat, merasakan sensasi listrik datang dari tanah, benda mati dan orang lain.

**d. Etiologi Halusinasi**

Menurut Mutiara (2021) etiologi halusinasi adalah sebagai berikut:

1) Faktor Predisposisi

a) Faktor perkembangan

Tugas perkembangan pada klien terganggu misalnya rendahnya kontrol dan kehangatan keluarga menyebabkan klien tidak mampu mandiri sedari kecil, mudah frustrasi, dan hilangnya rasa percaya diri.

b) Faktor Sosialkultural

Seseorang yang merasa tidak diterima di lingkungan kehidupannya sejak kecil akan merasa disingkirkan, kesepian, dan tidak pervaya pada lingkungan sekitarnya.

c) Biologis

Adanya stress yang dialami seseorang maka didalam tubuhnya akan menghasilkan suatu zat yang dapat bersifat halusinogen neurokimia. Akibat stress yang berkepanjangan mengakibatkan teraktivasi neurotransmitter otak.

d) Psikologis

Tipe kepribadian seseorang yang lemah dan tidak bertanggung jawab mudah terjerumus pada penyalahgunaan zat adiktif. Hal ini berpengaruh pada ketidakmampuan klien dalam mengambil keputusan yang tepat untuk masa depannya, klien lebih memilih kesenangan sesaat dan lari dari alam nyata menuju alam khayalan.

e) Sosial Budaya

Klien mengalami interaksi sosial dalam fase awal dan comforting. Klien akan menganggap bahwa hidup bersosialisasi di alam nyata membahayakan. Klien asyik dengan halusinasinya, seolah-olah klien merupakan tempat untuk memenuhi kebutuhan akan interaksi sosial, kontrol diri dan harga diri yang tidak didapatkan di dunia nyata.

## 2) Faktor Presipitasi

### a) Dimensi Fisik

Halusinasi dapat terjadi karena beberapa kondisi fisik seperti kelelahan yang luar biasa, penggunaan obat-obatan, intoksikasi alkohol, demam hingga delirium dan kesulitan untuk tidur dalam waktu yang lama atau insomnia.

### b) Dimensi Intelektual

Dalam dimensi intelektual ini penurunan fungsi ego sangat penting terhadap penyebab dari halusinasi. Pada awal halusinasi adalah usaha dari ego sendiri untuk melakukan perlawanan terhadap impuls yang menekan, namun karena suatu kewaspadaan dapat mengambil seluruh fokus atau perhatian klien dan tidak jarang mengontrol perilaku klien.

### c) Dimensi Emosional

Perasaan cemas yang dirasakan akibat dari masalah yang tidak dapat diatasi merupakan penyebab terjadinya halusinasi. Isi dari halusinasi berupa perintah ataupun paksaan yang membahayakan. Klien tidak sanggup untuk menentang perintah tersebut sehingga klien melakukan sesuatu terhadap ketakutannya.



d) Dimensi Sosial

Klien mengalami interaksi sosial dalam fase awal dan comforting. Klien menganggap berinteraksi sosial dengan alam nyata berbahaya. Klien menganggap seolah-olah halusinasinya merupakan tempat untuk memenuhi kebutuhan interaksinya, kontrol diri dan harga diri yang tidak ia peroleh di dunia nyata.

e) Dimensi Spiritual

Secara spiritual klien dengan halusinasi diawali dengan mengalami kehampaan hidup, rasa iman yang kurang, rutinitas yang tidak bermakna, tidak pernahnya melakukan aktivitas ibadah dan jarang berusaha secara spiritual untuk menyucikan diri. Klien sering memaki takdir tetapi tidak mampu dalam upaya menjemput rezeki, klien sering menyalahkan lingkungan, orang lain juga keadaan yang menyebabkan takdirnya memburuk.

**e. Tanda dan Gejala Halusinasi**

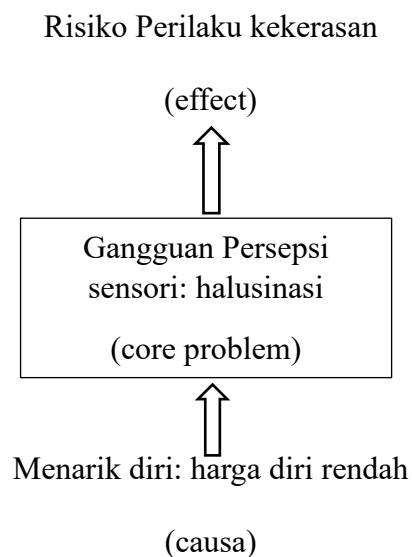
Tanda dan gejala yang muncul pada pasien dengan halusinasi menurut (Pradana, Aditia Riyana, 2022) adalah sebagai berikut:

- 1) Senyum sendiri
- 2) Tertawa sendiri
- 3) Duduk terpaku (berkhayal)

- 4) Berbicara sendiri
- 5) Memandang satu arah, menggerakkan bibir tanpa suara, pergerakan mata yang cepat, dan respons verbal yang lambat.
- 6) Tiba-tiba marah, curiga, merusak (diri sendiri, orang lain dan lingkungan), takut
- 7) Gelisah, ekspresi tegang, jengkel, mudah tersinggung
- 8) Menyerang, sulit bersosialisasi dengan orang lain
- 9) Menarik diri dari orang lain, berusaha menghindarkan diri dari orang lain
- 10) Terjadi peningkatan tekanan darah, denyut jantung dan nadi.

**f. Pohon Masalah Halusinasi**

**Bagan 2. 2 Pohon Masalah Halusinasi**



### **g. Fase Halusinasi**

Fase halusinasi ada beberapa tahap, hal ini dapat dipengaruhi oleh respon dan keparahan individu dalam menanggapi adanya rangsangan dari luar individu. Berikut adalah beberapa fase halusinasi menurut (Wulandari & Pardede, 2020) :

#### *1) Fase pertama/ Sleep Disorder*

Klien akan merasa banyak masalah, takut diketahui orang lain bahwa ia banyak masalah, ingin menghindar dari lingkungan sekitarnya. Masalah terasa makin sulit karena berbagai stressor terakumulasi, seperti terjerat narkoba, diselingkuhi kekasih, masalah di kampus, hamil, drop out dan lainnya. Masalah terasa terus menekan kaarena terakumulasi tetapi support kurang dan persepsi terhadap masalah sangat buruk. Kesulitan tidur secara terus-menerus sehingga menyebabkan terbiasa berkhayal. Klien beranggapan bahwa lamunan tersebut sebagai pemecah masalah.

#### *2) Fase kedua/ Comforting*

Klien akan mengalami emosi yang berlanjut seperti adanya perasaan khawatir, cemas, perasaan berdosa, kesepian, ketakutan. Klien beranggapan bahwa pikiran dan sensorinya dapat ia kontrol bila kecemasannya diatur, pada tahap ini ada

kecenderungan klien akan merasa nyaman dengan halusinasinya.

3) Fase ketiga/ *Condemning*

Pengalaman sensori klien menjadi sering datang dan mengalami pembiasaan. Klien mulai merasa tidak mampu lagi mengontrolnya dan mulai berusaha menjaga jarak dengan objek yang dipersepsikannya, klien akan mulai menarik diri dari orang lain, dengan intensitas waktu yang cukup lama.

4) Fase keempat/ *Controlling Severe Level of Anxiety*

Klien akan mencoba melawan suara-suara atau sensori yang tidak normal apabila datang. Klien dapat merasakan kesepian apabila halusinasinya usai. Dari sinilah fase gangguan psikotik dimulai.

5) Fase kelima/ *Conquering Panic Level of Anxiety*

Pengalaman sensori klien terganggu. Klien akan mulai merasa terancam dengan datangnya suara-suara terutama apabila klien tidak dapat menuruti perintah atau ancaman yang ia dengar dari halusinasinya. Pada fase ini halusinasi berlangsung selama minimal empat jam atau seharian apabila klien tidak mendapatkan komunikasi terapeutik. Maka akan terjadi gangguan psikotik berat.

## **h. Mekanisme Koping**

Mekanisme koping merupakan perilaku yang mewakili upaya atau usaha untuk melindungi diri sendiri, berikut adalah mekanisme koping menurut Direja (2021):

### 1) Regresi

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

### 2) Proyeksi

Keinginan yang tidak dapat ditoleransi mencurahkan emosi pada orang lain karena kesalahan yang dilakukannya sendiri sebagai suatu upaya untuk menjelaskan keracunan identitas.

### 3) Menarik Diri

Reaksi yang timbul dapat berupa reaksi fisik maupun psikologis. Reaksi fisik seperti individu pergi atau berlari menghindari dari sumber stressor, sedangkan reaksi psikologis adalah menunjukkan perilaku menisolasi diri, perilaku apatis, tidak berminat dan sering merasa takut bermusuhan.

## **i. Teknik Mengontrol Halusinasi**

Menurut Keliat (2014), Halusinasi dapat dikontrol dengan berbagai cara seperti berikut:

### 1) Mengenali Halusinasi

Dengan cara mengenali halusinasi ini klien dapat mengidentifikasi isi, waktu terjadi, situasi pencetus, dan respon terhadap halusinasi yang muncul.

### 2) Menghardik Halusinasi

Menghardik halusinasi merupakan suatu upaya mengendalikan diri terhadap halusinasi dengan cara menolak halusinasi yang datang. Klien dilatih untuk mengatakan tidak terhadap perintah halusinasi yang datang atau tidak memperdulikan halusinasi itu.

### 3) Bercakap-cakap dengan Orang Lain

Ketika klien bercakap-cakap dengan orang lain, maka akan terjadi distraksi, fokus perhatian klien akan beralih pada percakapan yang dilakukan dengan orang lain.

## **j. Penatalaksanaan Halusinasi**

### 1) Psikofarmakologi

Menurut Rahayu (2016), berikut adalah jenis-jenis obat yang digunakan untuk mengontrol halusinasi:

#### a) Haloperidol (haldol, serenace)

(1) Klasifikasi: antipsikotik, neuroleptic, butirofenon

(2) Indikasi: penatalaksanaan psikotik kronik akut, pengendalian hiperaktivitas dan masalah perilaku berat pada anak-anak.

(3) Mekanisme kerja: cara kerja anti psikotik yang tepat belum dipenuhi sepenuhnya, tampak menekan susunan saraf pusat pada tingkat subkortikal formasi reticular otak, mesenfalon dan batang otak.

(4) Kontraindikasi: depresi sistem syaraf pusat atau keadaan koma, penyakit parkinson, hipersensitif terhadap haloperidol.

(5) Efek Samping: Efek samping yang sering terasa adalah lemah, letih, lesu, gelisah, kaku, tremor, gejala *ekstrapiramidal* atau *pseudoparkinson*. Efek samping yang jarang muncul adalah mual, diare, konstipasi, hipersalivasi, hipotensi, gejala gangguan otonomik. Efek samping yang sangat jarang sekali muncul yaitu alergi, reaksi hematologis. Intoksikasinya adalah apabila klien meminum dalam dosis melebihi dosis terapeutik dapat menimbulkan kelemahan otot atau kekakuan, tremor, hipotensi, sedasi, koma, dan depresi pernapasan.

b) Chlorpromazine (CPZ, largactil)

(1) Klasifikasi: antipsikotik, antimemetik.

(2) Indikasi: digunakan untuk mensuspensi gejala psikosa: agitasi, ansietas, ketegangan, waham, halusinasi dan lain-lain. Biasanya terdapat pada

pasien skizofrenia, manik, depresi, gangguan personalitas, psikosa, involusion, psikosa masa kecil.

(3) Mekanisme Kerja: Mekanisme kerja antipsikotik yang tepat belum dipahami sepenuhnya, namun berhubungan dengan efek antidopaminergik. Antipsikotik dapat menyekat reseptor dipamine postsinaps pada ganglia basa, system limbic, batang otak, hipotalamus dan medulla.

(4) Kontraindikasi: sebaiknya tidak diberikan pada klien yang sedang dalam keadaan koma, barbiturat, narkotika, atau keracunan alkohol dan penderita yang hipersensitif terhadap derivat fenothiazine.

(5) Efek samping: yang sering terjadi seperti mengantuk, leus, mulut kering, hidung tersumbat, amenore pada wanita, hipotensi orthostatik, hiperpireksia atau hipopireksia, gejala ekstrapiramida. Intoksikasinya pada klien non psikosa dengan dosis yang tinggi akan menyebabkan gejala penurunan kesadaran karena depresi susunan syaraf pusat, hipotensi, ekstrapiramida, agitasi, konvulsi dan perubahan gambaran irama EKG.

c) Trihexilpenidyl (THP, Artane, Tremin):

(1) Klasifikasi: antiparkinson



- (2) Indikasi: untuk penatalaksanaan manifestasi psikosa, segala penyakit parkinson.
- (3) Mekanisme kerja: Mengukur ketidakseimbangan defisiensi dopamine dan kelebihan asetilkolin dalam korpus striatum, asetilkolin disekat oleh sinaps untuk mengurangi efek kolinergik berlebihan.
- (4) Kontraindikasi: pada depresi susunan syaraf pusat yang hebat, hipersensitif terhadap fluphenazine atau ada riwayat sensitif terhadap phenotiazine. Intoksikasi biasanya muncul gejala sesuai dengan efek samping yang hebat.
- (5) Efek samping: pusing, mengantuk, hipotensi, mulut kering, mual dan muntah serta disorientasi.

## 2) Terapi Non Farmakologi

- a) Terapi aktivitas Kelompok (TAK) yang sesuai dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi adalah TAK stimulasi persepsi.
- b) Terapi kejang listrik/ electro convulsive therapy (ECT)  
ECT adalah pengobatan untuk menimbulkan kejang grandmall secara artificial dengan melawan aliran listrik melalui elektroda yang dipasang pada satu atau dua temples, terapi kejang listrik diberikan pada klien dengan skizoprenia yang tidak dapat disembuhkan dengan terapi

neuroleptika oral atau injeksi, terapi kejang listrik 4-5 joule/detik (Malau, 2021).

- c) Pengikatan pengembangan fisik menggunakan pengekangan mekanik seperti manset untuk pegelangan tangan atau pergelangan kaki, agar klien pengekangan dapat dimobilisasi dengan membalutnya, cara ini dilakukan pada klien halusinasi yang menunjukkan sikap tidak kooperatif.

### **3. Konsep Defisit Perawatan Diri**

#### **a. Definisi Defisit Perawatan Diri**

Defisit perawatan diri adalah suatu keadaan dimana seseorang mengalami gangguan atau hambatan kemampuan untuk melakukan aktivitas perawatan diri, seperti mandi, berpakaian, makan minum serta eliminasi untuk dirinya sendiri (Tumanduk et al, 2018).

Defisit perawatan diri merupakan suatu keadaan seseorang sedang mengalami kelainan pada kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas sehari-hari secara mandiri. Tidak ada keinginan untuk mandi secara rutin, pakaian kotor, bau badan, bau napas, penampilan tidak rapi, dan tidak menyisir rambut. Defisit perawatan diri adalah salah satu masalah yang timbul pada pasien gangguan jiwa. Pada pasien gangguan jiwa kronis sering didapati ketidakpedulian merawat dirinya sendiri. Keadaan ini merupakan

gejala perilaku negatif dan akan menyebabkan pasien diasingkan dalam keluarga atau lingkungan masyarakat (Yusuf, 2015).

Defisit perawatan diri merupakan ketidakmampuan seseorang dalam melakukan aktivitas perawatan dirinya sendiri (SDKI, 2017). Klien dengan masalah defisit perawatan diri tidak mempunyai keinginan untuk merawat dirinya sendiri seperti mandi secara rutin, berdandan, BAB dan BAK pada tempatnya. Kebutuhan aktivitas perawatan diri merupakan fokus dalam asuhan keperawatan jiwa, sehingga seorang perawat harus mampu memiliki keahlian dalam pemenuhan kebutuhan aktivitas perawatan diri, terutama pada klien yang mengalami masalah defisit perawatan diri.

#### **b. Etiologi**

Defisit perawatan diri dipengaruhi oleh dua faktor, yaitu faktor predisposisi dan faktor presipitasi. Berikut adalah faktor-faktor yang mempengaruhi defisit perawatan diri menurut (Suerni & Livana, 2019):

##### **1) Faktor Predisposisi**

Faktor predisposisi ini meliputi faktor biologis dimana suatu penyakit kronis yang menyebabkan klien tidak mampu melakukan perawatan diri secara mandiri. Faktor perkembangan yaitu keluarga yang terlalu memanjakan dan melindungi klien sehingga perkembangan inisiatif klien menjadi terganggu. Faktor sosial yaitu dimana dukungan dan latihan dalam merawat

diri yang kurang situasi lingkungan mempengaruhi latihan dalam kemampuan klien merawat diri dan kemampuan realitas yang kurang juga menyebabkan ketidakpedulian diri klien dan lingkungan akan perawatan diri.

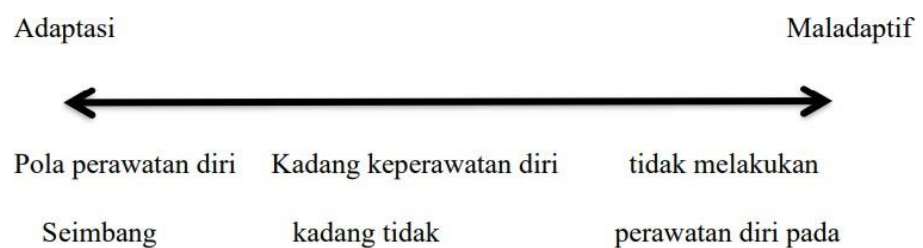
## 2) Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi yang menyebabkan klien mengalami defisit perawatan diri adalah kurangnya atau menurunnya motivasi, kerusakan kognisi, cemas, lelah atau lemah, perseptual yang dialami individu tidak peduli dengan perawatan diri.

### c. Rentang Respon

Menurut (Saputra, 2017) berikut adalah rentang respon defisit perawatan diri:

#### Bagan 2. 3 Rentang Respon Defisit Perawatan Diri



- a) Pola perawatan diri seimbang: saat klien mendapatkan stressor dan mampu untuk berperilaku adaptif, maka pola perawatan yang akan dilakukan klien seimbang, klien masih melakukan perawatan diri.

- b) Kadang perawatan diri kadang tidak: saat klien mendapatkan stressor terkadang klien tidak memperhatikan perawatan pada dirinya.
- c) Tidak melakukan perawatan diri: klien akan mengatakan ia tidak peduli dan tidak mampu melakukan perawatan saat stress.

**d. Tanda dan gejala**

Tanda dan gejala pada klien dengan defisit perawatan diri meliputi tiga hal yaitu fisik, psikologi dan sosial.

1) Gejala Fisik

Akan terlihat dan dirasakan dimana klien bau badan, bau mulut, lusuh, kuku panjang, rambut kotor dan kusut, gigi kotor, pakaian kotor, dan penampilannya yang tidak rapih.

2) Gejala Psikologi

Klien akan terlihat malas dan tidak ada inisiatif, merasa tidak berdaya, rendah diri, menarik diri isolasi diri, dan merasa dirinya hina tidak berguna.

3) Gejala Sosial

Klien kurang berinteraksi dengan orang lain, kegiatan kurang, tidak mampu berperilaku sesuai dengan norma, tidak pernah merawat diri sendiri, BAB dan BAK sembarangan, cara makan dan minum tidak teratur, gosok gigi dan mandi tidak mampu mandiri. Dampak psikososial masalah sosial yang berhubungan dengan kebutuhan personal hygiene, gangguan kebutuhan aman

nyaman dan kebutuhan cinta mencintai, aktualisasi diri, harga diri dan gangguan pada intoleransi sosial (Damaiyanti & Iskandar, 2013).

**e. Penatalaksanaan**

Menurut SAK (2017) rencana tindakan keperawatan pada klien defisit perawatan diri juga ditunjukkan untuk keluarga, sehingga keluarga mampu mengarahkan klien dalam melakukan perawatan mandiri. Tindakan keperawatan defisit perawatan diri sebagai berikut:

- 1) Tindakan mandiri
  - a) Jelaskan tanda dan gejala, penyebab dan akibat dari defisit perawatan diri, latih klien merawat diri: mengidentifikasi tanda dan gejala, penyebab dan akibat defisit perawatan diri.
  - b) Menjelaskan dan melatih klien perawatan kebersihan diri, berhias, makan/minum yang baik, BAB/BAK yang baik.
- 2) Ciptakan lingkungan yang mendukung
- 3) Meningkatkan kepercayaan diri dan kesadaran

## f. Pohon Masalah

**Bagan 2. 4 Pohon Masalah Defisit Perawatan Diri**



*Sumber: (Astuti,2019)*

## 4. Konsep Koping Individu Tidak Efektif

### a. Definisi

Mekanisme koping yang berfokus pada emosi atau ego, dikenal sebagai mekanisme pertahanan, melindungi orang lain dari perasaan tidak mampu dan tidak berharga serta mencegah kesadaran kecemasan. Semua orang menggunakan mekanisme koping yang berfokus pada emosi dan ego, hal ini membantu akan keberhasilan seseorang dalam mengatasi ansietas ringan dan sedang. Koping ini dapat digunakan pada tingkat kecemasan yang lebih tinggi sehingga dapat mendistori realitas, mengganggu hubungan interpersonal, dan membatasi kemampuan dalam bekerja secara produktif (Stuart, 2016).

Koping tidak efektif adalah ketidakmampuan menilai dan merespon stressor dan/ ketidakmampuan menggunakan sumber-sumber yang ada untuk mengatasi masalah (SDKI cetakan III, 2017). Ketidakefektifan koping merupakan ketidakmampuan untuk membentuk penilaian yang valid tentang stressor, ketidakadekuatan pilihan respon yang dilakukan, dan/atau ketidakmampuan untuk menggunakan sumber daya yang tersedia disekitarnya (Herdman, T. Heather, 2015).

#### **b. Etiologi**

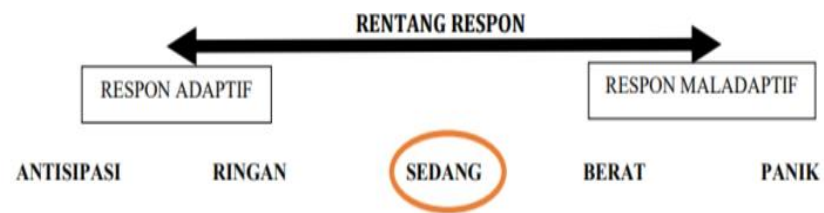
Berikut adalah faktor-faktor yang mempengaruhi koping tidak efektif:

- 1) Ketidakpercayaan terhadap kemampuan diri sendiri dalam mengatasi masalah
- 2) Ketidakadekuatan sistem pendukung
- 3) Krisis situasional
- 4) Krisis maturasional
- 5) Ketidakadekuatan strategi koping
- 6) Ketidakteraturan atau kekacauan lingkungan
- 7) Kerentanan personalitas
- 8) Ketidakpastian
- 9) Ketidakcukupan persiapan untuk menghadapi stressor
- 10) Disfungsi sistem keluarga

#### **c. Rentang Respon**



### Bagan 2. 5 Rentang Respon Koping Individu Tidak Efektif



#### d. Tanda dan Gejala

Berikut adalah tanda dan gejala koping tidak efektif:

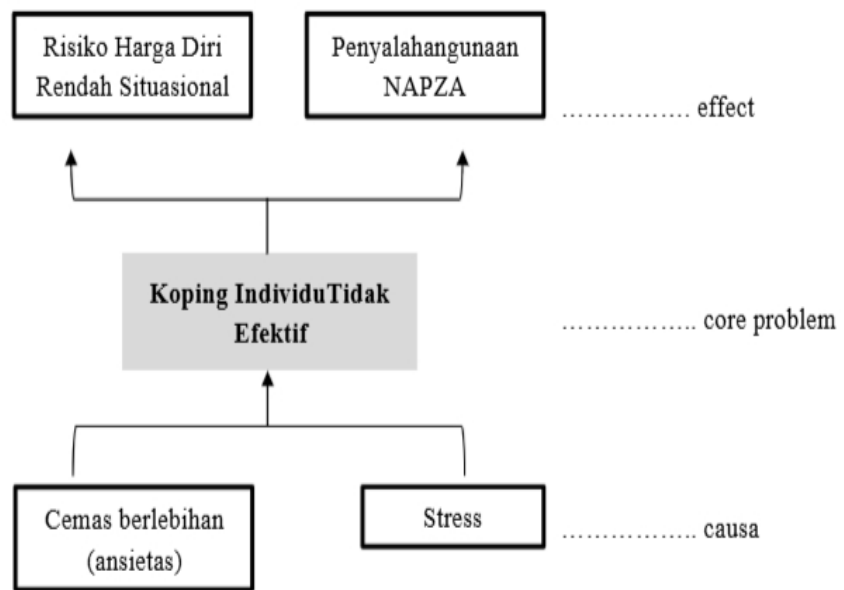
- 1) Mengungkapkan dengan kata bahwa tidak mempunyai kemampuan mengendalikan atau mempengaruhi situasi
- 2) Mengatakan tidak mampu melakukan perawatan diri
- 3) Mengungkapkan keraguan terhadap penampilan peran
- 4) Mengungkapkan ketidakpuasan dan frustrasi terhadap ketidakmampuan untuk melakukan tugas atau aktivitas sebelumnya
- 5) Apatis dan pasif
- 6) Bicara dengan gerakan lambat
- 7) Tidur berlebihan
- 8) Ekspresi muka murung
- 9) Gagal mempertahankan ide atau pendapat yang berkaitan dengan orang lain ketika mendapat perlawanan
- 10) Ketergantungan terhadap orang lain yang dapat mengakibatkan iritabilitas, ketidaksukaan, marah dan rasa bersalah
- 11) Enggan mengungkapkan perasaan yang sebenarnya

12) Tidak berpartisipasi dalam pengambilan keputusan saat diberikan kesempatan

13) Tidak mampu mencari informasi tentang perawatan

**e. Pohon Masalah**

**Bagan 2. 6 Pohon Masalah Koping Individu Tidak Efektif**



*Sumber: Mimin Lestari, 2019*

## **B. Konsep Asuhan Keperawatan**

### 1. Pengkajian

Pengkajian adalah dasar utama atau langkah pertama dari proses keperawatan secara keseluruhan, pada tahap ini semua data tentang klien yang dibutuhkan dan dianalisa untuk menentukan diagnosa keperawatan yang akan muncul. Pada tahap pengkajian ini terdiri dari keluhan utama, pengumpulan data meliputi data biologis, psikologi, sosial dan spiritual, data pada pengkajian keperawatan jiwa dapat dikelompokkan menjadi faktor predisposisi, faktor presipitasi, penilaian terhadap stressor, sumber coping dan kemampuan coping yang dimiliki oleh klien (Stuart dan Laria dalam Prabowo, 2014).

#### a. Identitas Klien

Identitas klien 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

Identitas penanggung jawab terdiri dari: nama, umur, jenis kelamin, pekerjaan, alamat, dan hubungan dengan klien.

#### c. Alasan masuk/ terjadinya gangguan jiwa

Menanyakan pada keluarga klien alasan klien dibawa ke rumah sakit jiwa, apa yang sudah dilakukan keluarga terhadap klien sebelum klien dibawa ke rumah sakit jiwa serta apa hasilnya. Pada umumnya karena keluarga merasa terganggu terhadap perilaku dan gejala tidak

normal yang dialami klien seperti berbicara sendiri, tertawa sendiri, marah-marah tanpa sebab, dan sebagainya sehingga klien dibawa ke rumah sakit jiwa.

d. Faktor Predisposisi

Menanyakan kepada klien/ keluarga:

- 1) Apakah pernah mengalami gangguan jiwa pada masa lalu, karena pada umumnya pengobatan yang dilakukan masih meninggalkan sisa sehingga klien kurang dapat beradaptasi dengan lingkungannya. Gejala sisa ini disebabkan akibat trauma yang dialami klien, gejala ini cenderung muncul apabila klien mengalami penolakan di dalam keluarga atau lingkungan masyarakat sekitarnya.
- 2) Apakah pernah melakukan atau mengalami penganiayaan 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

1) Biologi

Berlebihnya proses informasi pada system saraf yang menerima dan memproses informasi di thalamus dan frontal otak.

Mekanisme penghantar listrik di syaraf terganggu (mekanisme gattung abnormal).

- 2) Stress Lingkungan
- 3) Gejala-gejala proses seperti kesehatan, lingkungan, sikap dan perilaku.
  - a) Kesehatan meliputi nutrisi yang kurang, ketidakseimbangan irama sirkadian, kurang tidur, kelelahan, infeksi, obat-obatan system saraf pusat, kurangnya latihan, dan hambatan untuk menjangkau pelayanan kesehatan.
  - b) Lingkungan meliputi lingkungan yang memusuhi, kritis rumah tangga, kehilangan kebebasan hidup, perubahan kebiasaan hidup, pola aktivitas sehari-hari, kesukaran dalam berhubungan dengan orang lain, isolasi sosial, kurangnya dukungan sosial. Tekanan kerja (kurang keterampilan dalam berkerja), stimastisasi, kemiskinan, kurangnya alat transportasi, dan ketidakmampuan mendapat pekerjaan.
  - c) Sikap atau perilaku seperti harga diri rendah, putus asa, merasa gagal, kehilangan kendali diri, merasa punya kekuatan, tidak dapat memenuhi kebutuhan spiritual atau merasa malang, bertindak seperti orang lain dari segi usia atau budaya, rendahnya kemampuan sosialisasi, perilaku agresif, perilaku kekerasan, ketidakadekuatan pengobatan dan ketidakadekuatan penanganan gejala.

f. Pemeriksaan Fisik

Pada umumnya yang dikaji meliputi keadaan umum (GCS), TTV (tekanan darah, nadi, respirasi, suhu tubuh, dan saturasi oksigen), tinggi badan, berat badan serta keluhan fisik lainnya.

g. Psikososial

1) Genogram

Genogram pada umumnya dibuat dalam 3 generasi yakni menggambarkan garis keturunan keluarga klien, apakah anggota keluarga klien yang mengalami gangguan jiwa seperti yang dialami oleh klien, pola komunikasi klien, pola asuh serta siapa pengambilan keputusan dalam keluarga.

2) Konsep Diri

Konsep diri meliputi sebagai berikut:

a) Citra Tubuh

Tanyakan persepsi klien terhadap tubuhnya, bagian tubuh yang disukai dan tidak disukai. Pada umumnya tidak ada keluhan mengenai persepsi klien terhadap tubuhnya, seperti bagian tubuh yang tidak disukai.

b) Identitas Diri

Tanyakan kepuasan klien dengan jenis kelaminnya, kepuasan klien dengan statusnya di dalam keluarga dan masyarakat. Pada umumnya interaksi klien dengan keluarga maupun masyarakat tidak efektif sehingga klien merasa

tidak puas akan status ataupun posisi klien sebagai anggota keluarga dan masyarakat.

c) Peran Diri

Pada umumnya klien kurang dapat melakukan peran dan tugasnya dengan baik sebagai anggota keluarga dalam masyarakat.

d) Ideal Diri

Tanyakan pada klien harapan terhadap penyakitnya. Pada umumnya klien ingin cepat pulang serta diperlakukan dengan baik oleh keluarga ataupun masyarakat saat pulang nanti sehingga klien dapat melakukan perannya sebagai anggota keluarga atau anggota masyarakat dengan baik.

e) Harga Diri

Pada umumnya klien memiliki hubungan yang kurang baik dengan orang lain sehingga klien merasa dikucilkan di lingkungan sekitarnya.

h. Status Mental

1) Penampilan

Mengamati/ mengobservasi penampilan klien dari ujung rambut sampai ujung kaki seperti: rambut kusut, kancing baju tidak tepat, baju terbalik, serta penggunaan pakaian yang tidak sesuai. Pada umumnya klien nampak berpenampilan kurang rapi, rambut kusut, mulut dan gigi kotor, serta bau badan.

2) Alam Perasaan

Mengamati/ mengobservasi kondisi perasaan klien. Pada umumnya klien merasakan sedih, putus asa, gembira yang berlebihan, serta marah tanpa sebab.

3) Afek

Mengamati/ mengobservasi kondisi emosi klien. Pada umumnya klien mempunyai emosi labil tanpa ada sebab. Tiba-tiba klien menangis dan tampak sedih lalu diam menundukkan kepala.

4) Pembicaraan

Mengamati/ mengobservasi pembicaraan klien apakah cepat, keras, gagap, membisu, apatis, lambat serta pembicaraan yang berpindah-pindah dari satu topik ke topik lainnya. Pada umumnya klien berbicara lambat dan tidak mampu memulai pembicaraan.

5) Aktivitas Motorik

Mengamati/mengobservasi kondisi fisik klien. Pada umumnya klien terlihat gelisah, berjalan mondar-mandir dengan gerakan mulut yang seakan-seakan sedang berbicara.

6) Interaksi Selama Wawancara

Mengamati/ mengobservasi kondisi klien selama wawancara. Pada umumnya klien memperlihatkan perilaku yang tidak kooperatif, lebih banyak diam diri, pandangan mata klien melihat ke arah lain ketika diajak berbicara.



7) Persepsi

Mengamati/ mengobservasi jenis halusinasi yang terjadi pada klien. Pada umumnya klien cenderung mendengar, melihat, meraba, mengecap sesuatu yang tidak nyata dengan waktu yang tidak diketahui dan tidak nyata.

8) Proses Pikir

Mengamati/ mengobservasi proses pikir klien selama wawancara. Pada umumnya klien cenderung apabila akan menjawab pertanyaan terdiam dulu, seolah-olah sedang merenung lalu mulai menjawab, kemudian jawaban belum selesai diutarakan, klien diam lagi kemudian meneruskan jawabannya dengan singkat.

9) Isi Pikir

Mengamati/ mengobservasi isi pikiran klien selama wawancara. Pada umumnya klien merasa lebih senang menyendiri daripada berkumpul dengan orang lain.

10) Tingkat Kesadaran

Mengamati/ mengobservasi tingkat kesadaran klien. Pada umumnya klien dengan gangguan persepsi sensori: Halusinasi pendengaran tingkat kesadarannya yaitu stupor dengan gangguan motorik seperti kekakuan, gerakan yang diulang-ulang, anggota tubuh klien dengan sikap yang canggung serta klien terlihat kacau.

#### 11) Memori

Mengamati/ mengobservasi gangguan daya ingat klien. Pada umumnya klien dengan gangguan persepsi sensori: Halusinasi pendengaran memiliki memori yang tidak sesuai dengan kenyataan.

#### 12) Tingkat Konsentrasi dan Berhitung

Mengamati/ mengobservasi tingkat konsentrasi dan kemampuan berhitung klien selama wawancara. Pada umumnya klien dengan gangguan persepsi sensori: Halusinasi pendengaran cenderung tidak mampu berkonsentrasi, klien tidak dapat menjelaskan kembali pembicaraannya dengan dibuktikan selalu meminta agar pertanyaan yang diucapkan oleh seseorang untuk diulangkan kembali.

#### 13) Kemampuan Penilaian

Mengamati gangguan kemampuan penilai klien, apakah gangguan kemampuan penilaian ringan yakni dapat mengambil keputusan yang sederhana dengan bantuan orang lain atau tidak mampu mengambil keputusan walaupun dibantu oleh orang lain. Biasanya klien dengan gangguan persepsi sensori: Halusinasi pendengaran cenderung memiliki kemampuan penilaian yang baik.

#### 14) Daya Tilik Diri

Mengamati/ mengobservasi klien tentang penyakit yang dideritanya. Pada umumnya klien dengan gangguan persepsi sensoris: Halusinasi pendengaran menyadari bahwa ia berada dalam masa pengobatan untuk mengedalikan emosinya yang labil.

##### i. Hubungan Sosial

###### 1) Orang yang berarti

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

###### 2) Lingkungan

Kaji lingkungan bagaimana yang membuat klien merasa lebih tenang

###### 3) Arti Keluarga

Kaji apakah memiliki arti bagi keluarga atau sebaliknya, konflik keluarga kaji adakah konflik keluarga yang dapat menyebabkan klien mengalami gangguan jiwa dan cara mengatasinya.

###### 4) Aktivitas di masyarakat

###### 5) Sejauh mana klien dapat terlibat mengikuti atau bersosialisasi dengan masyarakat.

###### 6) Spiritual

Kaji spiritual klien, apakah klien di rumah suka melakukan ibadah atau tidak.

j. Kebutuhan Persiapan Pulang

1) Makan

Tanyakan dan mengobservasi tentang porsi, frekuensi, variasi, dan jenis makanan pantangan klien dalam makan, serta kemampuan klien dalam menyiapkan dan membersihkan alat makan.

2) BAB/ BAK

Mengamati/ mengobservasi kemampuan klien untuk defekasi dan berkemih, seperti pergi ke toilet, membersihkan diri.

3) Mandi

Tanyakan dan observasi tentang frekuensi, cara mandi, menyikat gigi, cuci rambut. Mengganti pakaian, bercukur, menggunting kuku serta observasi kebersihan tubuh dan bau badan klien.

4) Berpakaian

Mengamati/ mengobservasi kemampuan klien untuk mengenakan pakaian dan alas kaki, serta observasi penampilan dan dandanan klien.

5) Istirahat dan Tidur

Tanyakan dan observasi lama waktu tidur siang atau malam, apa aktivitas yang dilakukan klien sebelum dan sesudah tidur.

6) Penggunaan Obat

Tanyakan/ observasi kepada klien dan keluarga tentang penggunaan obat yang dikonsumsi serta reaksi yang

ditimbulkannya. Klien dengan gangguan persepsi sensori: Halusinasi pendengaran minum obat 3x sehari dengan obat oral serta reaksi obat dapat tenang dan tidur (sesuai *advice* dokter).

7) Pemeliharaan Kesehatan

Tanyakan pada klien dan keluarga tentang apa, bagaimana, kapan, dan tempat perawatan lanjutan serta siapa saja sistem pendukung yang dimiliki (keluarga, teman, dan lembaga pelayanan kesehatan) serta cara penggunaannya.

8) Kegiatan Dalam Rumah

Tanyakan kemampuan klien dalam merencanakan, mengolah dan menyajikan makanan, merapihkan rumah, mencuci pakaian sendiri dan mengatur kebutuhan biaya sehari-hari.

9) Kegiatan di Luar Rumah

Tanyakan kemampuan klien dalam belanja untuk keperluan sehari-hari, serta aktivitas lain yang dilakukan di luar rumah (bayar listrik, telepon, air, ke kantor pos dan ke bank).

k. Mekanisme Koping

Mekanisme koping pada klien dengan gangguan persepsi sensori: Halusinasi pendengaran dalam mengatasi masalah yang dihadapinya, antara lain sebagai berikut:

1) Regresi

Klien dengan gangguan persepsi sensori: Halusinasi pendengaran cenderung akan menghindari masalah yang dihadapinya.

2) Proyeksi

Klien dengan gangguan persepsi sensori: Halusinasi pendengaran cenderung menjelaskan perubahan suatu persepsi dengan berusaha untuk mengalihkan tanggung jawab kepada orang lain.

3) Menarik diri

Klien dengan gangguan persepsi sensori: Halusinasi pendengaran sulit mempercayai orang lain dan asyik dengan stimulus internal yang dirasakannya.

l. Masalah Psikososial dan Lingkungan

Pada umumnya klien memiliki masalah dengan psikososial dan lingkungannya, seperti pasien yang tidak dapat berinteraksi dengan keluarga atau masyarakat karena perilaku pasien yang membuat orang disekitarnya merasa ketakutan dengan dirinya.

m. Aspek Medis

Klien dengan gangguan persepsi sensori: Halusinasi pendengaran biasanya mendapatkan pengobatan seperti: Chlorpromazine (CPZ) 2 x 10 mg, Trihexipendil 2 x 2mg, dan Risperidol 2 x 2mg.

## 2. Analisa Data

Analisa data merupakan kemampuan mengaitkan data dan menghubungkan data tersebut dengan konsep teori dan prinsip yang relevan untuk menegakkan masalah (Sutejo, 2016).

**Tabel 2. 1 Analisa Data**

<b>No</b>	<b>Data Penunjang</b>	<b>Masalah Keperawatan</b>
1	<p>DS:</p> <p>Biasanya klien akan mengatakan mendengar suara-suara kegaduhan, mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap, mendengar suara menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya.</p> <p>DO:</p> <p>Klien akan nampak seperti komat-kamit, klien nampak kebingungan, klien nampak ketakutan, kontak mata yang kurang, klien mondar-mandir, klien berbicara sendiri, klien tertawa sendiri, klien asyik sendiri.</p>	<p>Gangguan persepsi sensori: Halusinasi pendengaran</p>

<b>No</b>	<b>Data Penunjang</b>	<b>Masalah Keperawatan</b>
2	<p>DS:</p> <p>Klien akan mengatakan malas mandi, makan, malas membereskan tempat tidur, malas berdandan</p> <p>DO:</p> <p>Penampilan klien tidak rapih, bau badan dan bau mulut, gigi kuning, kuku panjang dan kotor, tidak ganti pakaian, klien tidak mampu mengambil makan sendiri, klien tidak mampu berdandan.</p>	Defisit perawatan diri
3	<p>DS:</p> <p>Klien mengatakan tidak mampu mengedalikan situasi, klien mengatakan ragu-ragu terhadap penampilan peran, klien mengatakan tidak puas dan tidak mampu melakukan tugas.</p> <p>DO:</p> <p>Klien apatis dan pasif, bicara dan gerakan lambat, tidur klien berlebihan, klien tidak mampu mengambil keputusan, klien</p>	Koping individu tidak efektif



<b>No</b>	<b>Data Penunjang</b>	<b>Masalah Keperawatan</b>
	ketergantungan terhadap orang lain, ekspresi muka murung.	

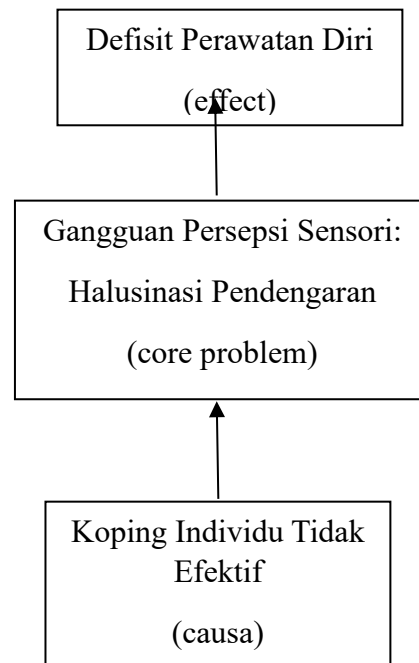
### 3. Diagnosa Keperawatan

Menurut tim pokja SDKI DPP PPNI (2017) diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon pasien individu, keluarga, dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan.

Berikut diagnosa yang muncul pada pasien dengan gangguan persepsi sensori: Halusinasi pendengaran:

- a. Gangguan persepsi sensori: Halusinasi pendengaran
- b. Defisit perawatan diri
- c. Koping individu tidak efektif

Berikut adalah pohon masalah dari gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran:

**Bagan 2. 7 Pohon Masalah Halusinasi Pendengaran****4. Intervensi Keperawatan**

Rencana tindakan keperawatan dibuat dan disusun khusus 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 pada klien (PPNI, 2018).

Dalam rencana keperawatan yang akan dilakukan pada klien dengan gangguan persepsi sensori: Halusinasi memiliki tujuan yaitu klien mampu mengelola dan meningkatkan respon, perilaku pada perubahan persepsi sensori.

*Tabel 2. 2 Intervensi Keperawatan*

<b>Diagnosa Keperawatan</b>	<b>Tujuan dan Kriteria Hasil</b>	<b>Intervensi</b>	<b>Rasional</b>
Gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran	Setelah dilakukan tindakan 4x pertemuan klien dapat membina hubungan saling percaya dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ekspresi wajah bersahabat</li> <li>2. Menunjukkan rasa senang</li> <li>3. Ada kontak mata</li> <li>4. Mau berjabat tangan</li> <li>5. Mau menyebutkan nama</li> </ol>	<b>Sp 1 :</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik</li> <li>2. Identifikasi jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi halusinasi klien</li> <li>3. Identifikasi respon klien terhadap halusinasi klien</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memfasilitasi kata bukaan dalam mengungkapkan perasaan</li> <li>2. Mengetahui isi, jenis, waktu, frekuensi, situasi halusinasi klien</li> </ol>

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
	<p>6. Mau duduk berdampingan dengan perawat</p> <p>7. Bersedia mengungkapkan masalah yang dihadapi</p> <p>8. Menyebutkan isi, waktu, frekuensi, situasi dan kondisi yang menimbulkan halusinasi</p>	<p>4. Ajarkan klien menghardik</p> <p>5. Anjurkan klien menghardik dimasukkan ke dalam kegiatan harian</p> <p><b>Sp 2 :</b></p> <p>1. Evaluasi kegiatan klien yang lalu tentang kemampuan klien mengontrol halusinasi</p>	<p>3. Mengetahui respon klien terhadap halusinasi klien</p> <p>4. Untuk mengontrol halusinasi klien</p> <p>5. Agar suara yang didengar berkurang, klien cuek</p> <p>1. Dengan kontrak yang sering klien dapat terhindar dari halusinasinya</p>

<b>Diagnosa Keperawatan</b>	<b>Tujuan dan Kriteria Hasil</b>	<b>Intervensi</b>	<b>Rasional</b>
	<p>Setelah dilakukan tindakan 4x pertemuan klien dapat mengenal halusinasi dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menyebutkan cara menghardik halusinasi</li> <li>2. Melakukan cara baru</li> <li>3. Dapat memilih cara mengatasi halusinasinya sendiri</li> </ol>	<p>dengan cara menghardik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Latih klien mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain</li> <li>3. Anjurkan klien memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Agar klien tidak menyendiri dan mengurangi halusinasinya</li> <li>3. Klien dapat terbiasa melakukan menghardik halusinasi</li> </ol>

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
	<p>Setelah dilakukan tindakan 4x pertemuan klien dapat mengenal halusinanya dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dapat menyebutkan kegiatan mengendalikan halusinasi dengan sp3 (melakukan aktivitas)</li> </ol>	<p><b>Sp 4 :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kemampuan yang lalu tentang kemampuan klien</li> <li>2. Latih klien mengendalikan halusinasinya dengan cara melakukan kegiatan seperti (beribadah, senam, main congkak dan bernyanyi)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk melihat bagaimana perkembangan halusinasi klien</li> <li>2. Suatu upaya lain untuk mengurangi dan memutus halusinasi</li> </ol>

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
	<p>2. Aktivitas yang dilakukan sehari-hari meningkat</p> <p>3. Suara bisikan berkurang</p> <p>Setelah dilakukan tindakan 4x pertemuan klien dapat</p>	<p>3. Anjurkan klien memasukkan ke jadwal harian sesuai dengan jadwal yang sudah disusun</p> <p><b>SP 4 :</b></p> <p>1. Evaluasi jadwal kegiatan harian klien</p> <p>2. Berikan pendidikan kesehatan tentang penggunaan obat secara teratur</p>	<p>3. Untuk mengurangi perubahan interaksi realita klien</p> <p>1. Untuk catatan kegiatan harian</p> <p>2. Agar klien tahu penggunaan obat dengan benar dan teratur</p>

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
	<p>memanfaatkan obat dengan baik dengan kriteria hasil ;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menyebutkan manfaat obat</li> <li>2. Kerugian tidak meminum obat</li> <li>3. Meminum obat dengan benar</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Motivasi untuk selalu memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Meningkatkan motivasi klien untuk meminum obat dengan benar</li> </ol>
Defisit Perawatan Diri	<p>Setelah dilakukan tindakan 4x pertemuan diharapkan pasien dapat menjaga kebersihan diri dengan kriteria hasil :</p>	<p><b>SP 1 :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi masalah keperawatan diri</li> <li>2. Jelaskan pentingnya kebersihan diri</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mentahui masalah yang akan muncul</li> </ol>



<b>Diagnosa Keperawatan</b>	<b>Tujuan dan Kriteria Hasil</b>	<b>Intervensi</b>	<b>Rasional</b>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membersihkan diri dengan cara mandi</li> <li>2. Mampu berhias dan berdandan</li> <li>3. Melakukan makan dan minum dengan baik</li> <li>4. Mampu melakukan BAB/BAK dengan baik</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Jelaskan alat dan cara kebersihan diri</li> <li>4. Latih cara membersihkan diri</li> <li>5. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan mandi, sikat gigi, potong kuku dan cuci rambut</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Agar klien tahu pentingnya kebersihan diri</li> <li>3. Klien mengetahui alat dan cara mandi</li> <li>4. Agar klien mampu menjaga kebersihan dirinya</li> <li>5. Untuk membiasakan klien menjaga kebersihan diri</li> </ol>

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
		<p><b>SP 2 :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan kebersihan diri, berpakaian</li> <li>2. Jelaskan cara dan alat untuk berdandan</li> <li>3. Latih cara berdandan setelah kebersihan diri : sisiran, cukuran untuk pria</li> <li>4. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengetahui perkembangan perilaku klien</li> <li>2. Klien tahu cara dan alat untuk berdandan</li> <li>3. Klien mampu berdandan secara mandiri</li> <li>4. Suatu upaya agar klien terbiasa</li> </ol>

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
		<p>kebersihan diri dan berdandan</p> <p><b>SP 3 :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan kebersihan diri dan bedandan, beri pujian</li> <li>2. Jelaskan cara dan alat makan dan minum</li> <li>3. Latih cara makan dan minum yang baik</li> <li>4. Masukkan pada jadwal kegiatan harian</li> </ol>	<p>menjaga penampilan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk melihat perkembangan kebersihan pada klien</li> <li>2. Klien tahu cara dan alat makan dan minum</li> </ol>

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
		<p><b>SP 4 :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan kebersihan diri, berdandan, makan/minum, beripujian</li> <li>2. Jelaskan cara BAB/BAK yang baik</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Agar klien mampu makan dan minum dengan baik</li> <li>4. Kegiatan klien terjadwal</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Upaya untuk melihat seberapa besar perubahan yang terjadi pada klien</li> </ol>

<b>Diagnosa Keperawatan</b>	<b>Tujuan dan Kriteria Hasil</b>	<b>Intervensi</b>	<b>Rasional</b>
		3. Latih cara BAB/BAK yang baik 4. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk kebersihan diri, berdandan, maka/minum, BAB/BAK.	2. Agar klien tahu cara BAB/BAK dengan baik 3. Klien mampu BAB/BAK dengan benar 4. Meningkatkan motivasi agar klien lebih hidup sehat dan bersih

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Koping Individu Tidak Efektif	<p>Setelah dilakukan tindakan 4x pertemuan diharapkan klien dapat mengontrol koping dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mampu mengidentifikasi pola koping yang tidak efektif</li> <li>2. Pasien mampu mengungkapkan secara verbal tentang koping yang tidak efektif</li> </ol>	<p><b>SP 1 :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bina hubungan saling percaya</li> <li>2. Membantu klien mengenal koping yang tidak efektif</li> <li>3. Mengajukan koping konstruktif : bicara terbuka dengan orang lain</li> <li>4. Anjurkan masukkan ke dalam jadwal kegiatan harian</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Suatu langkah awal untuk membuat suasana menjadi lebih intens</li> <li>2. Agar klien mampu mengungkapkan perasaannya</li> <li>3. Klien menjadi terbuka dengan orang lain</li> <li>4. Kegiatan klien terjadwal</li> </ol>

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
	<p>3. Pasien mampu mengidentifikasi penurunan stress</p> <p>4. Pasien mampu menerima tentang keadaannya</p>	<p><b>SP 2 :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengevaluasi kegiatan harian yang lalu</li> <li>2. Mengajarkan koping konstruktif : melakukan kegiatan</li> <li>3. Anjurkan masukkan ke dalam kegiatan harian</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengukur kemajuan pada diri klien</li> <li>2. Agar klien dapat mengendalikan koping yang tidak efektif pada dirinya</li> <li>3. Kegiatan klien terjadwal dengan baik</li> </ol>

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
		<p><b>SP 3 :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi pelaksanaan jadwal kegiatan harian yang lalu</li> <li>2. Mengajarkan koping konstruktif : latihan fisik/ olahraga</li> <li>3. Anjurkan masukkan ke dalam jadwal kegiatan harian</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menilai sejauh mana perubahan kebiasaan klien</li> <li>2. Keadaan fisik klien kembali normal dan baik</li> <li>3. Meningkatkan motivasi klien untuk lebih terbuka dan menyelesaikan</li> </ol>



<b>Diagnosa Keperawatan</b>	<b>Tujuan dan Kriteria Hasil</b>	<b>Intervensi</b>	<b>Rasional</b>
			masalah dengan benar

## 5. Implementasi

Implementasi adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang lebih menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Potter, 2016).

Implementasi keperawatan merupakan kategori dari perilaku keperawatan, dimana perawat melakukan tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diinginkan dari asuhan keperawatan (Haryanto, 2017).

## 6. 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 (oktiviani, 2020).

Evaluasi dibagi menjadi dua, yaitu sebagai berikut:

- 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.

## 7. 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, 2022)

**BAB III**  
**TINJAUAN KASUS**

**A. Tinjauan Kasus**

**1. Pengkajian**

a. Pengumpulan Data

1) Identitas Klien

Nama	: Ny. T
Umur	: 62 Tahun
Jenis Kelamin	: Perempuan
Pendidikan	: D3
Agama	: Islam
Pekerjaan	: Tidak Bekerja
Alamat	: Jln. Psm dalam No. 220, Kec. Kiara Condong, Kab. Bandung
Status Perkawinan	: Tidak Kawin
Tanggal Pengkajian	: 26 April 2024
Tanggal Dirawat	: 16 November 2018
No. RM	: 002569
Diagnosa Medis	: Gangguan Afektif Bipolar

## 2) Identitas Penanggung Jawab

Nama : Ny. U  
Umur : 64 Tahun  
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga  
Alamat : Jln. Psm dalam No. 220,  
Kec. Kiara Condong, Kab. Bandung  
Hub. Dengan klien : Kakak Ipar

### b. Alasan Masuk

Klien datang ke Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut diantarkan oleh kakak iparnya, karena dirumah klien marah-marrah kepada anggota keluarganya dan dirumah juga klien sering berbicara sendiri serta jarang meminum obat. Pada hari jum'at, 26 April 2024 dilakukan pengkajian dan didapatkan data hasil klien mengatakan selama berada di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie sudah tidak pernah marah-marrah lagi, klien mengatakan sering mendengar suara-suara yang mirip dengan kakak iparnya yang seperti sedang marah-marrah kepada klien, klien mengatakan suara itu muncul apabila ia sedang sendirian, klien mengatakan ia selalu risih dan gelisah apabila suara itu datang, klien mengatakan dalam seminggu terakhir suara-suara itu muncul sebanyak 5x dalam seminggu.

c. Faktor Presdiposisi

1) Riwayat gangguan jiwa dimasa lalu

Klien mengatakan memiliki riwayat gangguan jiwa dimasa lalu dan klien juga sudah beberapa kali keluar masuk Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie ini. Yang pertama klien di rawat pada tahun 2016 di Rumah Sakit Jiwa, kemudian klien dibawa ke Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie pada tahun 2017 pengobatan klien kurang berhasil.

2) Riwayat Aniaya

Klien mengatakan tidak pernah melakukan menjadi pelaku, mengalami dan menjadi saksi perbuatan aniaya baik secara fisik, seksual, dan penolakan atau kriminalitas pada dirinya.

3) Riwayat Anggota Keluarga Yang Mengalami Gangguan Jiwa

Klien mengatakan didalam anggota keluarganya tidak ada yang memiliki riwayat gangguan jiwa seperti apa yang dialami oleh klien.

4) Riwayat Pengalaman Yang Tidak Menyenangkan Di Masa Lalu

Klien mengatakan apabila dirumah dirinya sering adu argumen dengan anggota keluarganya, klien mengatakan dirumah kakak iparnya selalu memarahi dan mengomentari apa saja yang dilakukan oleh klien.

d. Faktor presipitasi

Klien mengatakan sering mendengar suara-suara yang mirip dengan kakak iparnya, suara itu terdengar seperti sedang marah-marah dan mengkritik diri klien, suara itu muncul ketika klien sedang melamun sendirian, 1 minggu yang lalu suara itu muncul sebanyak 5x dalam satu minggu. Klien mengatakan apabila suara-suara itu datang ia merasa risih dan gelisah.

e. Fisik

1) Keadaan umum : Compos mentis

2) Tanda-tanda vital

Tekanan Darah : 130/90 mmHg

Respirasi : 21x/menit

Nadi : 84x/menit

Suhu : 36,3 celcius

3) Antropometri

Berat badan : 51kg

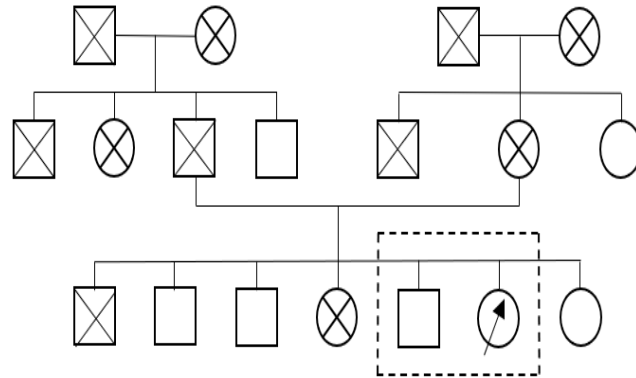
Tinggi badan : 155cm

4) Keluhan Fisik : pada saat dikaji pasien mengatakan tidak ada keluhan apapun

Masalah Keperawatan : tidak ada

f. Psikososial

1) Genogram



Keterangan :

- : Laki-laki
- : Perempuan
- ⊗ : Laki-laki Meninggal
- ⊗ : Perempuan Meninggal
- : Garis Keturunan
- : Tinggal Serumah
- ⤴ : Klien

Klien merupakan anak ke-6 dari 7 bersaudara, klien tinggal bersama kakak laki-lakinya yang ke-5.

## 2) Konsep Diri

### a. Citra Tubuh

Baik : klien mengatakan menyukai seluruh anggota tubuh yang dimilikinya, klien mengatakan merasa cantik sebagai perempuan.



b. Identitas Diri

Klien mampu menjelaskan identitas dirinya. Klien mengatakan ia bernama Ny. T berusia 62 tahun seorang perempuan dan bertempat tinggal di Bandung.

c. Peran Diri

Klien mengatakan dirumah menjadi seorang adik dan sekaligus menjadi seorang kakak.

d. Ideal Diri

Klien mengatakan ia selalu berharap ingin cepat sembuh dari kondisinya sekarang dan ingin segera pulang ke rumahnya.

e. Harga Diri

Klien mengatakan tidak merasa malu dengan kondisinya yang sekarang

3) Hubungan sosial

a. Orang yang berarti

Saat dikaji klien mengatakan orang tuanya nomor satu yang paling berarti di hidupnya.

b. Peran serta dalam kegiatan kelompok/ masyarakat

Klien terkadang mengikuti kegiatan kelompok yang diadakan di lingkungan Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie.

c. Hambatan dalam hubungan dengan orang lain

Klien mengatakan jarang berinteraksi dengan pasien yang lainnya, klien mengatakan terkadang ia sungkan untuk bercerita kepada orang lain.

4) Spiritual

a. Nilai dan Keyakinan

Pasien mengatakan beragama islam dan klien juga mempercayai adanya Tuhan.

b. Kegiatan Ibadah

Klien selama berada di Yayasan Nurillahie Assanie selalu mengikuti kegiatan pengajian, klien mengatakan jarang sholat, ia sholat apabila ia mau saja.

g. Status Mental

1) Penampilan

Klien berpenampilan nampak 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 nampak lepek dan berminyak, gigi klien kuning.

2) Pembicaraan

Pada saat dilakukan pengkajian klien langsung menjawab pertanyaan, klien mampu menjawab sesuai dengan apa yang ditanyakan, meskipun terkadang klien terlihat bingung dan lupa.

3) *Aktivitas/ motorik*

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

4) *Alam perasaan*

Klien mengatakan tidak bersedih, tapi terkadang klien merasas risih dan terganggu akan suara-suara yang muncul seperti sedang mengkritik dirinya.

5) *Afek*

Baik : klien nampak kooperatif saat diwawancara, nampak klien bereaksi secara serasi/ sesuai yang menggambarkan kondisi atau topik pembicaraan, ekspresi dan emosinya sesuai. Klien mampu menunjukkan ekspresi saat diajak berbincang-bincang.

6) *Interaksi selama wawancara*

Klien nampak kooperatif saat diwawancara, mampu menjawab pertanyaan yang diajukan, kontak mata klien baik.

7) *Persepsi*

Klien mendengar suara seseorang yang mirip dengan suara kakak iparnya namun suara itu tidak ada wujudnya, suara itu terdengar selalu saja seperti sedang marah-marah dan mengkritik diri klien, klien mengatakan suara itu muncul apabila ia sedang melamun sendirian, klien mengatakan ia

kadang tidak bisa mengalihkan suara itu sehingga klien selalu merasa risih.

8) Proses berpikir

Klien mampu berpikir dengan baik saat diberi pertanyaan klien mampu menjawab secara benar dan berurutan seperti: “coba hitung mundur dari angka 15-1” klien mampu menjawab dengan benar meskipun sedikit lambat.

9) Isi Pikir

Saat pengakajian klien mengatakan apabila suara itu muncul ia selalu berpikir bahwa itu adalah kakak iparnya.

10) Tingkat Kesadaran

Klien nampak bingung, terlihat dari cara dia berbicara yang terkadang bingung mengolah kata-kata yang akan disampaikan. Klien dapat mengenali dan mengetahui waktu, tempat dan orang.

11) Memori

a. Jangka panjang : Klien mampu mengingat keluarganya, mampu menyebutkan nama, jumlah saudara dan klien mengatakan ia mengingat kejadian apa yang terjadi pada dirinya saat dirumah.

b. Jangka pendek : Klien mampu mengingat dan mengenali orang yang baru saja berkenalan dengannya.

#### 12) Tingkat konsentrasi dan berhitung

Konsentrasi klien terkadang mudah beralih. Pasien lancar berhitung contoh “ $20 - 5 = 15$ ” pada saat pengkajian, kontak mata klien baik,

#### 13) Kemampuan Penilaian

Klien kurang mampu menilai sesuatu sederhana mana yang baik dan mana yang buruk seperti ditanya “lebih baik mandi atau tidak mandi?” klien menjawab tidak mandi dengan alasan dingin.

#### 14) Daya Tilik Diri

Klien tidak mengingkari penyakitnya saat ini dan tidak menyalahkan hal diluar dirinya.

#### h. Kebutuhan persiapan pulang

##### 1) Makan

Klien mampu makan sendiri, klien makan 3x sehari dengan 1 porsi penuh habis, dengan nasi, sayuran, dan lauk-pauk lainnya. Klien tidak ada pantangan makan.

##### 2) Defekasi/ berkemih

Klien mampu melakukan BAB/BAK secara mandiri, BAK : 4-5x sehari, BAB 1x sehari, tidak ada keluhan BAK/BAB, klien tidak mau cebok apabila BAK

3) Mandi

Klien mampu mandi secara mandiri, namun klien tidak mau mandi atau jarang mandi, klien mengatakan ia malas mandi karena dingin dan takut mencret.

4) Berpakaian/ berhias

Klien mampu menggunakan pakaian sendiri yang diberikan oleh pihak klinik, klien ganti baju apabila ia mandi, klien jarang berhias tidak nampak menggunakan lipstik.

5) Istirahat dan tidur

Klien mengatakan kebutuhan istirahat tidurnya tercukupi  
Tidur siang lama 1-2 jam, tidur malam 6-8 jam

6) Penggunaan obat

Klien mengatakan rutin meminum obat secara teratur sesuai anjuran dokter dengan diawasi oleh perawat

7) Pemeriksaan kesehatan

Klien mengatakan apabila pulang ke rumah ia mau rutin meminum obat secara teratur dan rutin kontrol untuk kesembuhannya.

8) Aktivitas didalam rumah

Klien mampu melakukan pekerjaan rumah seperti menyapu, mengepel, mencuci piring dan baju, namun klien tidak memasak karena sudah disediakan oleh kakaknya.

9) Aktivitas diluar rumah

Klien mampu melakukan kegiatan diluar rumah dengan diawasi oleh keluarganya.

i. Mekanisme koping

Klien mau menjawab pertanyaan mengenai bagaimana perasaan yang dialami ketika suara-suara itu muncul dan apa yang dilakukan klien, klien mengatakan jika suara-suara itu muncul ia merasa risih ia biasanya menghindari dan memendam apa yang dirasakannya, klien pernah mengamuk karena suara-suara itu, klien nampak tidak tahu bagaimana caranya menghindari suara-suara itu dengan cara yang benar, klien mengatakan apabila ada masalah ia selalu kebingungan dan sungkan untuk bercerita kepada orang lain, klien mengatakan tidak tahu cara menyelesaikan masalah.

j. Aspek Medik

Diagnosa medik : Gangguan Afektif Bipollar

Terapi medik :

**Tabel 3. 1 Terapi Medik**

<b>No.</b>	<b>Nama Obat</b>	<b>Dosis</b>	<b>Waktu pemberian</b>	<b>Cara Pemberian</b>
1	Haloperidol	5mg	08.00, 13.00, 17.00	Oral
2	Heximer	2mg	08.00, 13.00, 17.00	Oral
3	Stelosi	5mg	08.00, 13.00, 17.00	Oral
4	Clozafin	25mg	17.00	Oral

k. Diagnosa Keperawatan yang muncul

- 1) Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran
- 2) Defisit Perawatan Diri
- 3) Koping Individu Tidak Efektif



## 2. Analisa Data

**Tabel 3. 2 Analisa Data**

No	Tanda dan Gejala	Masalah
1	<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan sering mendengar suara-suara yang mirip dengan kakak iparnya, suara itu terdengar seperti sedang memarahi dan mengkritik diri klien. Suara itu muncul ketika klien sedang melamun sendirian, 1 minggu yang lalu sebelum dilakukan pengkajian klien mengatakan suara itu muncul sebanyak 5x dalam minggu</li> </ul> <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak bersikap seolah mendengar suara yang gaduh</li> <li>- Klien banyak melamun</li> <li>- Mulut klien komat-kamit</li> <li>- Klien sering mondar-mandir diruangan</li> </ul>	<p>Gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran</p>

No	Tanda dan Gejala	Masalah
2	<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan malas mandi karena dingin dan takut mencret</li> <li>- Klien mengatakan ia tidak cebok apabila BAK karena dingin</li> </ul> <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tercium aroma bau badan dan bau mulut, rambut klien lepek</li> <li>- Gigi klien kuning</li> <li>- Kuku klien panjang dan kotor</li> <li>- Klien mau mandi apabila diiming-imingi sesuatu</li> <li>- Klien nampak tidak ganti baju dalam waktu 3 hari</li> <li>- Klien nampak lesu,</li> </ul>	<p>Defisit Perawatan Diri</p>
3	<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan jika suara itu muncul selalu menghindar dan memendamnya</li> <li>- Klien mengatakan pernah melampiaskan kekesalannya dengan marah</li> </ul>	<p>Koping Individu Tidak Efektif</p>

No	Tanda dan Gejala	Masalah
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan tidak tahu cara menyelesaikan masalah</li> </ul> <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien nampak tidak tahu cara menangani apabila suara-suara itu muncul</li> <li>- Klien tidak mampu membuat keputusan sederhana.</li> </ul>	

➤ Pohon Masalah

**Bagan 3. 1 Pohon Masalah Halusinasi**

Defisit Perawatan Diri

(effect)



Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran

(core problem)



Koping Individu Tidak Efektif

(causa)

### 3. Diagnosa Keperawatan

#### 1. Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran

DS :

- 1) Klien mengatakan sering mendengar suara-suara yang mirip dengan kakak iparnya, suara itu terdengar seperti sedang memarahi dan mengkritik diri klien, suara itu muncul ketika klien sedang melamun sendirian, 1 minggu yang lalu sebelum dilakukan pengkajian klien mengatakan suara itu muncul sebanyak 5x dalam 1 minggu.

DO :

- 1) Klien nampak bersikap seolah mendengar suara yang gaduh
- 2) Klien banyak melamun
- 3) Mulut klien komat-kamit
- 4) Klien sering mondar-mandir di ruangan

#### 2. Defisit Perawatan Diri

DS :

- 1) Klien mengatakan malas mandi karena dingin dan takut mencret
- 2) klien mengatakan apabila BAK ia tidak pernah cebok karena dingin

DO :

- 1) Klien tercium aroma bau badan dan bau mulut
  - 2) Gigi klien kuning
  - 3) Kuku klien panjang dan kotor
  - 4) Klien mau mandi apabila diiming-imingin sesuatu
  - 5) Klien tampak tidak ganti baju dalam waktu 3 hari
  - 6) Klien nampak lesu
  - 7) Rambut klien lepek
3. Koping Individu Tidak Efektif

DS :

- 1) Klien mengatakan jika suara itu muncul ia selalu menghindar dan memendamnya
- 2) Klien mengatakan pernah melampiaskan kekesalannya dengan marah
- 3) Klien mengatakan tidak tahu cara menyelesaikan masalah

DO :

- 1) Klien nampak tidak tahu cara menangani apabila suara-suara itu muncul
- 2) Klien tidak mampu membuat keputusan sederhana

#### 4. Perencanaan Keperawatan

Nama	: Ny. T	Jenis Kelamin	: Perempuan
Umur	: 62 Tahun	Alamat	: Jln, PSM dalam 220, Bandung
No. RM	: 002569	Diagnosa	: Gangguan Afektif Bipolar

**Tabel 3. 3 Intervensi Keperawatan**

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1	Gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran	Setelah dilakukan tindakan 4x pertemuan klien dapat membina hubungan saling percaya dengan kriteria hasil : 9. Ekspresi wajah bersahabat	<b>Sp 1 :</b>  1. Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik	1. Memfasilitasi kata bukaan dalam mengungkapkan perasaan  2. Mengetahui isi, jenis, waktu,

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
		10. Menunjukkan rasa senang 11. Ada kontak mata 12. Mau berjabat tangan 13. Mau menyebutkan nama 14. Mau duduk berdampingan dengan perawat 15. Bersedia mengungkapkan masalah yang dihadapi 16. Menyebutkan isi, waktu, frekuensi, situasi dan	2. Identifikasi jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi halusinasi klien 3. Identifikasi respon klien terhadap halusinasi klien 4. Ajarkan klien menghardik 5. Anjurkan klien menghardik dimasukkan ke dalam kegiatan harian	frekuensi, situasi halusinasi klien 3. Mengetahui respon klien terhadap halusinasi klien 4. Untuk mengontrol halusinasi klien 5. Agar suara yang didengar berkurang, klien cuek

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
		<p>kondisi yang menimbulkan halusinasi</p> <p>Setelah dilakukan tindakan 4x pertemuan klien dapat mengenal halusinasi dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Menyebutkan cara menghardik halusinasi</li> <li>5. Melakukan cara baru</li> <li>6. Dapat memilih cara mengatasi halusinasinya sendiri</li> </ol>	<p><b>Sp 2 :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan klien yang lalu tentang kemampuan klien mengontrol halusinasi dengan cara menghardik</li> <li>2. Latih klien mengendalikan halusinasi dengan cara</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dengan kontrak yang sering klien dapat terhindar dari halusinasinya</li> <li>2. Agar klien tidak menyendiri dan mengurangi halusinasinya</li> </ol>



No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
		<p>Setelah dilakukan tindakan 4x pertemuan klien dapat mengenal halusinanya dengan kriteria hasil :</p> <p>4. Dapat menyebutkan kegiatan mengendalikan</p>	<p>bercakap-cakap dengan orang lain</p> <p>3. Anjurkan klien memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian</p> <p><b>Sp 4 :</b></p> <p>1. Evaluasi kemampuan yang lalu tentang kemampuan klien</p> <p>2. Latih klien mengendalikan halusinasinya dengan</p>	<p>3. Klien dapat terbiasa melakukan menghardik halusinasi</p> <p>1. Untuk melihat bagaimana perkembangan halusinasi klien</p> <p>2. Suatu upaya lain untuk mengurangi</p>

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
		<p>halusinasi dengan sp3 (melakukan aktivitas)</p> <p>5. Aktivitas yang dilakukan sehari-hari meningkat</p> <p>6. Suara bisikan berkurang</p>	<p>cara melakukan kegiatan seperti (beribadah, senam, main congkak dan bernyanyi)</p> <p>3. Anjurkan klien memasukkan ke jadwal harian sesuai dengan jadwal yang sudah disusun</p>	<p>dan memutus halusinasi</p> <p>3. Untuk mengurangi perubahan interaksi realita klien</p>

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
		<p>Setelah dilakukan tindakan 4x pertemuan klien dapat memanfaatkan obat dengan baik dengan kriteria hasil ;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Menyebutkan manfaat obat</li> <li>5. Kerugian tidak meminum obat</li> <li>6. Meminum obat dengan benar</li> </ol>	<p><b>SP 4 :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi jadwal kegiatan harian klien</li> <li>2. Berikan pendidikan kesehatan tentang penggunaan obat secara teratur</li> <li>3. Motivasi untuk selalu memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk catatan kegiatan harian</li> <li>2. Agar klien tahu penggunaan obat dengan benar dan teratur</li> <li>3. Meningkatkan motivasi klien untuk meminum obat dengan benar</li> </ol>
2	Defisit Perawatan Diri	Setelah dilakukan tindakan 4x pertemuan diharapkan pasien	<b>SP 1 :</b>	

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
		<p>dapat menjaga kebersihan diri dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Membersihkan diri dengan cara mandi</li> <li>6. Mampu berhias dan berdandan</li> <li>7. Melakukan makan dan minum dengan baik</li> <li>8. Mampu melakukan BAB/BAK dengan baik</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi masalah keperawatan diri</li> <li>2. Jelaskan pentingnya kebersihan diri</li> <li>3. Jelaskan alat dan cara kebersihan diri</li> <li>4. Latih cara membersihkan diri</li> <li>5. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan mandi, sikat gigi, potong kuku dan cuci rambut</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengetahui masalah yang akan muncul</li> <li>2. Agar klien tahu pentingnya kebersihan diri</li> <li>3. Klien mengetahui alat dan cara mandi</li> <li>4. Agar klien mampu menjaga kebersihan dirinya</li> <li>5. Untuk membiasakan klien</li> </ol>

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
			<p><b>SP 2 :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan kebersihan diri, berpakaian</li> <li>2. Jelaskan cara dan alat untuk berdandan</li> <li>3. Latih cara berdandan setelah kebersihan diri : sisiran, cukuran untuk pria</li> </ol>	<p>menjaga kebersihan diri</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengetahui perkembangan perilaku klien</li> <li>2. Klien tahu cara dan alat untuk berdandan</li> <li>3. Klien mampu berdandan secara mandiri</li> </ol>

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
			<p>4. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk kebersihan diri dan berdandan</p> <p><b>SP 3 :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan kebersihan diri dan bedandan, beri pujian</li> <li>2. Jelaskan cara dan alat makan dan minum</li> <li>3. Latih cara makan dan minum yang baik</li> </ol>	<p>4. Suatu upaya agar klien terbiasa menjaga penampilan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk melihat perkembangan kebersihan pada klien</li> <li>2. Klien tahu cara dan alat makan dan minum</li> </ol>

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
			<p>4. Masukkan pada jadwal kegiatan harian</p> <p><b>SP 4 :</b></p> <p>1. Evaluasi kegiatan kebersihan diri, berdandan,</p>	<p>3. Agar klien mampu makan dan minum dengan baik</p> <p>4. Kegiatan klien terjadwal</p> <p>1. Upaya untuk melihat seberapa besar perubahan yang terjadi pada klien</p>

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
			<p>makan/minum, beri pujian</p> <p>2. Jelaskan cara BAB/BAK yang baik</p> <p>3. Latih cara BAB/BAK yang baik</p> <p>4. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk kebersihan diri, berdandan, makan/minum, BAB/BAK.</p>	<p>2. Agar klien tahu cara BAB/BAK dengan baik</p> <p>3. Klien mampu BAB/BAK dengan benar</p> <p>4. Meningkatkan motivasi agar klien lebih hidup sehat dan bersih</p>



No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
3	Koping Individu Tidak Efektif	Setelah dilakukan tindakan 4x pertemuan diharapkan klien dapat mengontrol koping dengan kriteria hasil :  5. Mampu mengidentifikasi pola koping yang tidak efektif  6. Pasien mampu mengungkapkan secara verbal tentang koping yang tidak efektif	<b>SP 1 :</b>  1. Bina hubungan saling percaya  2. Membantu klien mengenal koping yang tidak efektif  3. Menganjurkan koping konstruktif : bicara terbuka dengan orang lain  4. Anjurkan masukkan ke dalam jadwal kegiatan harian	1. Suatu langkah awal untuk membuat suasana menjadi lebih intens  2. Agar klien mampu memngungkapkan perasaannya  3. Klien menjadi terbuka dengan orang lain  4. Kegiatan klien terjadwal

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
		<p>7. Pasien mampu mengidentifikasi penurunan stress</p> <p>8. Pasien mampu menerima tentang keadaannya</p>	<p><b>SP 2 :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengevaluasi kegiatan harian yang lalu</li> <li>2. Mengajarkan koping konstruktif : melakukan kegiatan</li> <li>3. Anjurkan masukkan ke dalam kegiatan harian</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengukur kemajuan pada diri klien</li> <li>2. Agar klien dapat mengendalikan koping yang tidak efektif pada dirinya</li> </ol>

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
			<p><b>SP 3 :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi pelaksanaan jadwal kegiatan harian yang lalu</li> <li>2. Mengajarkan koping konstruktif : latihan fisik/ olahraga</li> <li>3. Anjurkan masukkan ke dalam jadwal kegiatan harian</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Kegiatan klien terjadwal dengan baik</li> <li>1. Menilai sejauh mana perubahan kebiasaan klien</li> <li>2. Keadaan fisik klien kembali normal dan baik</li> </ol>

<b>No.</b>	<b>Diagnosa Keperawatan</b>	<b>Tujuan dan Kriteria Hasil</b>	<b>Intervensi</b>	<b>Rasional</b>
				3. Meningkatkan motivasi klien untuk lebih terbuka dan menyelesaikan masalah dengan benar



Waktu	Implementasi	Waktu	Evaluasi	Paraf
	<p>2. Mengidentifikasi respon klien terhadap halusinasi</p> <p>R : klien mengatakan apabila suara itu muncul ia selalu merasa risih</p> <p>3. Mengajarkan klien menghardik halusinasi</p> <p>R: klien mengikuti arahan yang diajarkan “pergi-pergi sana kamu itu suara palsu aku tidak mendengarnya”</p> <p>4. Mengajarkan klien memasukkan ke dalam kegiatan harian</p> <p>R : klien mau memasukkan ke dalam kegiatan harian</p>		<p>- Klien mengatakan “pergi-pergi sana kamu itu suara palsu aku tidak mendengar kamu”</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mampu menyebutkan halusinasi yang dialaminya</li> <li>- Kontak mata ada</li> <li>- Klien nampak kooperatif</li> <li>- Klien mampu mengikuti arahan cara menghardik</li> </ul> <p>A : Halusinasi masih ada masalah belum teratasi</p> <p>P : evaluasi SP1, lanjut SP2</p>	

Waktu	Implementasi	Waktu	Evaluasi	Paraf
26 April 2024	<p>Defisit Perawatan Diri</p> <p>SP1 :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi masalah perawatan diri</li> <li>R : Klien mengatakan malas mandi karena dingin dan takut mencret, Klien mengatakan ia tidak cebok apabila BAK karena dingin</li> <li>2. Menjelaskan pentingnya kebersihan mandi</li> <li>R : klien mendengarkan</li> <li>3. Menjelaskan alat dan cara kebersihan diri</li> </ol>	26 April 2024	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan malas mandi karena dingin dan takut mencret</li> <li>- Klien mengatakan ia tidak cebok apabila BAK</li> <li>- Klien mengatakan mau mandi besok asal ia diberi permen</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tercium aroma bau badan dan bau mulut</li> <li>- Gigi klien kuning</li> <li>- Kuku klien panjang dan kotor</li> </ul>	Salsa

Waktu	Implementasi	Waktu	Evaluasi	Paraf
	<p>R: Klien dapat menyebutkan kembali alat dan cara mandi yang benar</p> <p>4. Melatih cara membersihkan diri</p> <p>R : Klien mampu mengikuti arahan yang diberikan</p> <p>5. Memasukkan pada jadwal kegiatan harian</p> <p>R : klien mengatakan mau mandi besok apabila ia diberi permen</p>		<p>- Klien nampak lesu</p> <p>A : Masalah Belum Teratasi</p> <p>P : evaluasi SP1, lanjut ke SP2</p>	
26 April 2024	<p>Koping Individu Tidak Efektif</p> <p>SP 1 :</p> <p>1. Membina hubungan saling percaya</p> <p>R: klien mau diajak berkenalan</p>	26 April 2024	<p>S :</p> <p>- Klien mengatakan namanya Ny. T asal dari Bandung</p> <p>- Klien mengatakan jika suara itu muncul klien selalu</p>	Salsa



Waktu	Implementasi	Waktu	Evaluasi	Paraf
	<p>2. Membantu klien mengenal koping yang tidak efektif</p> <p>R : klien mengatakan apabila suara itu muncul ia selalu menghindar dan memendamnya sehingga membuat klien risih dan kesal</p> <p>3. Menganjurkan koping konstruktif, dengan cara mengajak klien untuk mengobrol dengan pasien yang lain</p> <p>R : klien mau bergabung dengan pasien lainnya</p> <p>4. Memasukkan pada jadwal kegiatan harian</p>		<p>menghindar dan memendamnya sehingga membuat klien kesal dan risih</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan takut dalam menghadapi masalah dan lebih baik menghindar</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mau berjabat tangan</li> <li>- Klien mau diajak berbincang</li> <li>- Klien nampak belum bisa mengenal koping yang tidak efektif</li> </ul> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : Evaluasi SP1 , lanjut ke SP 2</p>	

<b>Waktu</b>	<b>Implementasi</b>	<b>Waktu</b>	<b>Evaluasi</b>	<b>Paraf</b>
	R : klien mau melakukan kegiatan tersebut			

## 6. Catatan Perkembangan

**Tabel 3. 5 Catatan Perkembangan**

DX	WAKTU	CATATAN PERKEMBANGAN	PARAF
Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran	27 April 2024	S : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan bangun jam 6 pagi, lalu makan dan mencoba melakukan cara menghardik “ pergi-pergi kamu itu suara palsu aku tidak mendengarmu”</li> </ul> O : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien nampak sedang mengobrol dengan temannya dan perawat yang sedang bertugas</li> <li>- Klien nampak tertawa-tawa dengan temannya</li> <li>- Klien mondar-mandir di ruangan</li> </ul> A : Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran belum teratasi P : Evaluasi SP 2, Lanjut SP 3 I : SP 2	Salsa

DX	WAKTU	CATATAN PERKEMBANGAN	PARAF
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengevaluasi jadwal kegiatan yang lalu dan sp R : klien mengatakan sudah melakukan cara mengahardik Klien mengatakan suara muncul lagi pada sore hari</li> <li>- Melatih klien mengendalikan halusinasinya dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain R : klien meminta saya untuk menemaninya berbincang</li> <li>- Menganjurkan klien memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian R : klien menyetujui kegiatan harian tambahan</li> <li>- Mengajak klien melakukan terapi modalitas yaitu dengan karaoke bersama perawat R: klien mengikuti karaoke</li> </ul> <p>E :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Suara-suara yang mengganggu klien masih ada</li> </ul>	

DX	WAKTU	CATATAN PERKEMBANGAN	PARAF
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mondar-mandir d ruangan</li> <li>- Latih kembali cara menghardik</li> </ul>	
Defisit Perawatan Diri	27 April 2024	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan belum mandi hari ini</li> <li>- Klien mengatakan tidak cebok lagi karena dingin</li> <li>- Klien mengatakan mau mandi apabila diberi permen</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien nampak lesu</li> <li>- Tercium aroma bau badan dan bau mulut</li> <li>- Turgor kulit kering</li> <li>- Kuku klien sudah dipotong dan nampak bersih</li> </ul> <p>A : Defisit Perawatan Diri</p> <p>P : Evaluasi SP 2 , Lanjut SP 3</p>	Salsa

DX	WAKTU	CATATAN PERKEMBANGAN	PARAF
		<p>I : SP 2</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengevaluasi kegiatan kebersihan diri klien</li> </ul> <p>R : klien mengatakan belum mandi hari ini</p> <p>Klien mengatakan tidak cebok lagi karena dingin</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menjelaskan cara dan alat untuk berdandan</li> </ul> <p>R : klien mengetahui cara dan alat berdandan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Melatih cara berdandan setelah kebersihan diri</li> </ul> <p>R: kuku klien sudah dipotong dengan dibantu oleh perawat</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memasukkan pada jadwal kegiatan untuk kebersihan diri dan berdandan</li> </ul> <p>R: klien menyetujui</p> <p>E :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tidak mandi hari ini</li> <li>- Klien tidak cebok lagi apabila BAK</li> </ul>	

DX	WAKTU	CATATAN PERKEMBANGAN	PARAF
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien meminta permen sebagai imbalan agar ia mandi</li> <li>- Klien tercium aroma bau badan dan bau mulut</li> </ul>	
Koping individu tidak efektif	27 April 2024	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan mulai sekarang akan menyelesaikan masalah dengan meminta saran dari temannya dan perawat</li> <li>- Klien mengatakan mau melakukan kegiatan yang diadakan</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien nampak mondar-mandir</li> <li>- Klien mau diajak berbicara secara terbuka</li> </ul> <p>A : Koping Individu Tidak Efektif</p> <p>P : Evaluasi SP 2 , Lanjut SP 3</p> <p>I : SP 2</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengevaluasi jadwal kegiatan yang lalu</li> </ul> <p>R : Klien sudah mau menyampaikan apa yang dialaminya</p>	Salsa

DX	WAKTU	CATATAN PERKEMBANGAN	PARAF
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengajarkan koping konstruktif dengan cara mengajak klien untuk membuat gelang dari manik-manik</li> <li>R : Klien mampu membuat gelang dari manik-manik bersama perawat</li> <li>E :</li> <li>- Klien mondar-mandir</li> <li>- Klien belum terbiasa berbicara terbuka</li> <li>- Kaji aspek positif pada diri klien</li> </ul>	
<p>Gangguan Perspepsi</p> <p>Sensori : Halusinasi</p> <p>Pendengaran</p>	29 April 2024	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan sekarang apabila suara itu muncul ia selalu melakukan cara menghardik</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien nampak sedang bercakap-cakap dengan temannya</li> <li>- Klien mengikuti kegiatan yang diadakan oleh perawat</li> </ul>	Salsa



DX	WAKTU	CATATAN PERKEMBANGAN	PARAF
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien nampak mengikuti pengajian</li> <li>- Klien terlihat melamun</li> </ul> <p>A : Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran</p> <p>P : Evaluasi SP 3 , lanjut SP 4</p> <p>I : SP 3</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengevaluasi jadwal kegiatan sebelumnya</li> </ul> <p>R : klien sudah melakukan SP2</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Melatih cara mengontrol halusinasi klien dengan cara melakukan kegiatan</li> </ul> <p>R : klien mengikuti kegiatan senam</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengajak klien melakukan terapi modalitas dengan bermain game bersama pasien lain dan perawat</li> </ul> <p>R: klien mau mengikuti game dengan semangat</p> <p>E :</p>	

DX	WAKTU	CATATAN PERKEMBANGAN	PARAF
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien nampak melamun</li> <li>- Klien masih sering mondar-mandir</li> <li>- Klien melakukan cara menghardik</li> </ul>	
Defisit Perawatan Diri	29 April 2024	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan sudah mandi hari ini</li> <li>- Klien mengatakan sudah berdandan memakai bedak dan lipstik</li> <li>- Klien mengatakan jarang cebok apabila BAK</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien nampak lebih segar</li> <li>- Klien nampak ganti baju</li> <li>- Klien nampak menggunakan makeup</li> <li>- Gigi klien terlihat kuning</li> </ul> <p>A : Defisit perawatan diri</p>	Salsa

DX	WAKTU	CATATAN PERKEMBANGAN	PARAF
		<p>P ; Evaluasi SP3 , lanjut SP4</p> <p>I : SP 3</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengevaluasi kegiatan kebersihan diri dan berdandan</li> </ul> <p>R : klien mengatakan sudah mandi, klien sudah memakai bedak dan lipstik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menjelaskan cara dan alat makan dan minum</li> </ul> <p>R : klien mengetahui cara dan alat makan dan minum</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Melatih cara makan dan minum yang baik dan benar</li> </ul> <p>R : klien mampu mengikuti arahan yang diberikan</p> <p>E :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien jarang cebok apabila BAK</li> <li>- Klien masih meminta permen agar ia mandi</li> <li>- Gigi klien kuning</li> </ul>	

DX	WAKTU	CATATAN PERKEMBANGAN	PARAF
Koping Inidvidu Tidak Efektif	29 April 2024	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan sudah mampu memasukkan kegiatan kedalam jadwal kegiatan haarian</li> <li>- Klien mengatakan sekarang ia lebih enak berbicara secara terbuka</li> <li>- Klien mengatakan mau berubah dan tidak mengulangi kesalahannya lagi</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien nampak lebih tenang</li> <li>- Klien nampak sudah mengetahui cara untuk menyelesaikan masalah</li> <li>- Klien mampu mengambil keputusan</li> <li>- Klien mengikuti kegiatan yang diadakan d klinik</li> <li>- Klien mau diajak berubah menjadi lebih baik</li> </ul>	Salsa

DX	WAKTU	CATATAN PERKEMBANGAN	PARAF
		<p>A : Koping Inividu Tidak Efektif</p> <p>P : Evaluasi SP 1, SP 2, dan SP 3</p> <p>I : SP 3</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien</li> <li>R : klien mampu memasukkan dalam kegiatan harian</li> <li>- Memberikan kesempatan kepada klien untuk mengenali dampak situasi kehidupan klien saat ini</li> <li>R : Klien mampu mengungkapkan perasaannya dan mau diajak berubah</li> <li>- Melatih klien melakukan kegiatan latihan fisik/ olahraga seperti senam bersama</li> <li>R : Klien mengikuti senam</li> </ul> <p>E :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluasi kembali semua SP</li> </ul>	

DX	WAKTU	CATATAN PERKEMBANGAN	PARAF
Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran	30 April 2024	S : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan sudah jarang mendengar suara-suara yang mengganggunya</li> <li>- Klien mengataka sudah melakukan cara menghardik</li> </ul> O: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien nampak sedang bermain congkak dengan teman dan perawat</li> <li>- Klien meminum obat rutin sesuai dengan anjuran dokter</li> <li>- Klien jarang mondar-mandir</li> </ul> A : Gangguan persepsi sensori : Halusinasi Pendengaran P : Evaluasi SP 1, SP 2, SP 3, dan SP 4 I : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien</li> </ul> R : klien dapat melakukan kegiatan yang sudah dijadwalkan	Salsa

DX	WAKTU	CATATAN PERKEMBANGAN	PARAF
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memberikan pendidikan kesehatan tentang penggunaan obat secara teratur dan benar</li> <li>R : klien mampu mengulangi apa pentingnya meminum obat</li> <li>- Memotivasi klien untuk selalu memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian</li> <li>R : Klien mengatakan siap untuk melakukan kegiatan yang terjadwal yang diarahkan oleh perawat</li> <li>E :</li> <li>- Evaluasi kembali semua SP</li> <li>- Awasi klien dalam penggunaan obat</li> </ul>	
Defisit Perawatan Diri	30 April 2024	S : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan sudah mandi hari ini</li> <li>- Klien mengatakan apabila BAK ia cebok</li> </ul>	Salsa

DX	WAKTU	CATATAN PERKEMBANGAN	PARAF
		<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien nampak lebih segar dengan menggunakan makeup</li> <li>- Klien mampu BAB/BAK dengan benar</li> <li>- Klien mampu menggunakan alat makan dengan benar</li> </ul> <p>A : Defisit perawatan diri</p> <p>P : Evaluasi SP 1, SP2, SP3, dan SP4</p> <p>I : SP 4</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengevaluasi kegiatan kebersihan diri, berdandan, makan dan minum</li> </ul> <p>R : klien mengatakan sudah mandi memakai makeup</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menjelaskan cara BAB/BAK yang benar</li> </ul> <p>R : klien mengerti cara BAB/BAK yang benar</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Melatih klien cara BAB/BAK yang benar</li> </ul> <p>R : klien mampu melakukan BAB/BAK dengan benar</p>	



<b>DX</b>	<b>WAKTU</b>	<b>CATATAN PERKEMBANGAN</b>	<b>PARAF</b>
		<ul style="list-style-type: none"><li>- Memotivasi klien memasukkan dan melakukan kebersihan diri, berdandan, makan dan minum, BAB/BAK dengan baik ke dalam jadwal kegiatan harian</li></ul> <p>R : klien mengatakan siap melakukan sesuai arahan yang diberikan</p> <p>E :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Evaluasi kembali semua SP</li></ul>	

## **B. Pembahasan**

Setelah melakukan asuhan keperawatan jiwa pada Ny. T dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran akibat gangguan afektif bipolar di klinik rehabilitasi mental nur illahie assanie samarang garut, penulis melaksanakan asuhan keperawatan jiwa mulai dari pengkajian sampai dengan evaluasi. Berikut uraian hasil dari asuhan keperawatan yang dilakukan penulis kepada Ny. T:

### **1. Pengkajian**

Pada tahap pengkajian ini, penulis memperoleh data klien baik data yang bersifat subjektif maupun objektif. Data subjektif yang didapatkan dari hasil wawancara kepada klien, sedangkan data objektif diperoleh dengan cara observasi langsung yang terlihat oleh penulis. Dalam tahap pengumpulan data, penulis menggunakan teknik terapeutik yaitu pendekatan pada klien (bina hubungan saling percaya). Pada tahap ini tidak semua masalah keperawatan pada tinjauan teori ditemukan pada Ny. T, pada kasus ini fokus pengkajian pada klien halusinasi pendengaran yaitu keluhan utama, faktor predisposisi, faktor presipitasi, psikososial dan status mental.

Pada keluhan utama klien mengatakan datang dibawa oleh kakak iparnya dengan keluhan sering marah-marah kepada anggota keluarganya, dirumah klien berbicara sendiri dan jarang meminum obat, sehingga akhirnya keluarga membawa klien ke Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut.

Setelah mendapatkan perawatan di klinik klien sudah tidak pernah marah-marah lagi. Klien mengatakan sering mendengar suara-suara yang mirip dengan kakak iparnya, suara itu terdengar seperti sedang marah-marah kepada klien, suara itu juga terkadang terdengar seperti mengomentari kehidupan klien, suara-suara itu terdengar apabila klien sedang sendirian, dalam seminggu suara-suara itu datang hampir tiap hari, suara-suara itu terus saja mengganggu klien sehingga membuat klien merasa risih dan gelisah namun apabila suara itu datang klien tidak tahu apa yang harus dilakukannya, apabila suara-suara itu datang klien hanya bisa terdiam mendengarkan dan berbicara melayani suara itu, namun terkadang klien memendamnya sendirian.

Pada faktor predisposisi diperoleh data bahwa klien pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu, klien juga sudah beberapa kali keluar masuk Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie namun pengobatannya tidak berhasil, klien mengatakan tidak ada anggota keluarganya yang memiliki penyakit serupa dengan klien saat ini. Dari data yang diperoleh, gambaran diri klien mengatakan bahwa ia tidak merasa malu dengan apa yang dialaminya sekarang, klien menyukai semua anggota tubuhnya, klien mengatakan memiliki pengalaman di masa lalu yang tidak menyenangkan yaitu ketika semasa mudanya klien selalu di marahi oleh kakak iparnya dan selalu mengomentari apa saja yang dilakukan klien. Penampilan klien kurang rapih, klien mengatakan jarang mandi karena malas dan dingin serta takut mencret, klien

mengatakan apabila BAK ia tidak pernah cebok karena dingin, klien bau badan, gigi kuning, bau mulut, kuku nampak kotor dan panjang. Klien merupakan anak ke-6 dari 7 bersaudara. Pada pengkajian status mental klien mengatakan sering mendengar suara-suara bisikan yang menyerupai suara kakak iparnya, klien merasa risih dan gelisah, klien mengatakan tidak tahu apa yang harus dilakukannya ketika suara itu datang, klien mengatakan tidak tahu bagaimana cara menyelesaikan masalah karena ia sungkan untuk bercerita kepada orang lain.

Adapun data-data yang ditemukan pada saat pengkajian yang sesuai dengan teori adalah:

- a. Mendengar suara-suara bisikan
- b. Respon maladaftif
- c. Berbicara sendiri
- d. Ekspresi diri klien
- e. Klien mengatakan malas mandi
- f. Klien tidak memotong kukunya
- g. Klien tidak gosok gigi, bau mulut
- h. Ketidakmampuan klien mengatasi masalah
- i. Klien tidak mampu mengambil keputusan

Sedangkan data yang tidak ditemukan pada Ny. T tetapi ada pada teori dalam 3 diagnosa keperawatan itu diantaranya:

- a. Faktor genetik
- b. Faktor sosial budaya

- c. Faktor psikologis
- d. Menarik diri dari orang lain
- e. Fase halusinasi (fase comorting)
- f. Gejala psikologi pada defisit perawatan diri
- g. Apatis dan pasif
- h. Tidur berlebihan
- i. Ekspresi muka murung
- j. Ketergantungan terhadap orang lain
- k. Status sosial ekonomi
- l. Citra tubuh
- m. Tidak mampu mencari informasi tentang perawatan
- n. Ketidakadekuatan strategi koping

Dari data yang ditemukan dan teori yang ada terdapat kesenjangan data yang terjadi pada kasus Ny. T ini. Pada kasus ini Ny. T sudah ada pada fase comorting sesuai dengan apa yang dijelaskan pada teori halusinasi bahwa klien sudah berada di tahap menikmati halusinasi yang ada. Dari hasil pengkajian ini dapat dilihat bahwa tidak semua faktor dapat mempengaruhi terjadinya masalah gangguan jiwa.

## 2. Diagnosa Keperawatan

Pada tahap ini, tidak semua diagnosa keperawatan pada tinjauan teoritis ditemukan pada kasus Ny. T dikarenakan dalam menentukan diagnosa keperawatan penulis melihat dari data pada saat melakukan pengkajian.

Faktanya terdapat diagnosa berbeda yang muncul pada Ny. T, diantaranya:

- a. Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran
- b. Defisit Perawatan Diri
- c. Koping Individu Tidak Efektif

Diagnosa yang muncul diatas ditemukan berdasarkan hasil pengkajian yang menyebutkan bahwa klien mengalami gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran, ditandai dengan klien mengatakan mendengar suara-suara yang mirip dengan kakak iparnya, suara itu terdengar seperti sedang marah-marah kepada klien, suara itu juga terkadang terdengar seperti mengomentari kehidupan klien, suara-suara itu terdengar apabila klien sedang sendirian, dalam seminggu suara-suara itu datang hampir tiap hari, suara-suara itu terus saja mengganggu klien sehingga membuat klien merasa risih dan gelisah namun apabila suara itu datang klien tidak tahu apa yang harus dilakukannya, apabila suara-suara itu datang klien hanya bisa terdiam mendengarkan dan berbicara melayani suara itu, namun terkadang klien memendamnya sendirian. Adapun data subjektif dan objektif yang menunjukkan bahwa Ny. T mengalami defisit perawatan diri adalah klien mengatakan malas mandi karena dingin dan takut mencret, klien mengatakan tidak cebok apabila BAK, klien bau mulut dan bau badan, gigi kuning, kuku panjang dan kotor. Data objektif dan subjektif yang menunjukka koping individu tidak efektif pada Ny. T adalah klien

mengatakan tidak menyelesaikan masalah, klien tidak mampu membuat keputusan, klien bingung.

Menurut Sutejo (2019), diagnosa yang mungkin muncul pada pasien halusinasi adalah sebagai berikut:

- a. Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah
- b. Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi
- c. Gangguan Emosional: Risiko Perilaku Kekerasan

Sedangkan masalah yang muncul pada teori tapi tidak muncul pada Ny. T adalah:

- a. Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah, masalah ini tidak muncul karena pada saat pengkajian klien tidak menunjukkan tanda dan gejala harga diri rendah, klien mengatakan tidak malu dengan kondisinya saat ini.
- b. Gangguan Emosional : Risiko Perilaku Kekerasan, masalah ini tidak muncul karena pada saat pengkajian klien tidak menunjukkan tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan, klien tidak marah-marah.

Penulis mengangkat 3 diagnosa keperawatan tersebut untuk dilakukan pelaksanaan asuhan keperawatan. Terdapat kesenjangan pada Ny. T dengan bipolar terhadap masalah risiko perilaku kekerasan dan harga diri rendah, karena pada saat pengkajian tidak ditemukan data bahwa klien marah-marah dan merasa malu dengan dirinya, klien tidak

menunjukkan perilaku atau tanda gejala perilaku kekerasan dan harga diri rendah.

### 3. Perencanaan Keperawatan

Penulis mampu menyusun rencana tindakan keperawatan dengan memperhatikan literatur keperawatan yang ada. Rencana keperawatan ini juga dibuat berdasarkan prioritas masalah yang ada dan disesuaikan dengan permasalahan yang Ny. T alami. Penyusunan rencana dibuat selengkap mungkin sesuai dengan standar kriteria asuhan keperawatan meliputi tujuan, kriteria hasil, intervensi serta rasionalisasi tindakan.

Pada tahap ini penulis menyusun berdasarkan tinjauan teoritis yaitu melakukan SP atau strategi pelaksanaan. Terdapat 4 SP dalam diagnosa Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran, terdapat 4 SP dalam diagnosa Defisit Perawatan Diri, dan terdapat 3 SP pada diagnosa Koping Individu Tidak Efektif.

### 4. Implementasi Keperawatan

Asuhan keperawatan yang dilakukan pada tahap ini disusun sesuai dengan rencana tindakan yang sudah disusun sebelumnya. Sebelum melaksanakan tindakan yang sudah direncanakan perawat perlu memvalidasi dengan singkat apakah rencana tindakan masih dibutuhkan dan sesuai dengan keadaan klien saat ini. Pada tanggal 26 April 2024 dilakukan SP1 untuk semua diagnosa yang muncul pada Ny. T, sesuai dengan teori pada saat akan melaksanakan tindakan keperawatan dengan BHSP (bina hubungan saling percaya) dengan perkenalan



antara penulis dengan Ny. T kemudian melakukan mengidentifikasi halusinasi dan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik halusinasi, kemudian mengajarkan klien tentang kebersihan diri, membantu klien menemukan koping yang tidak efektif dan mengajak klien melakukan koping konstruktif dengan cara mengobrol dengan pasien lain.

Pada tanggal 27 April 2014 dilakukan SP 2 untuk semua diagnosa yang muncul pada Ny. T, pada SP 2 ini mengajarkan klien cara mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain, mengajarkan klien cara berdandan dan kebersihan diri, mengajarkan klien untuk melakukan koping konstruktif dengan cara melakukan kegiatan melukis.

Pada tanggal 29 April 2024 dilakukan SP 3 untuk semua diagnosa yang muncul pada Ny. T, pada SP 3 ini mencakup melakukan cara mengontrol halusinasi dengan cara melakukan kegiatan, mengajak klien melakukan kegiatan senam dan pengajian bersama, melatih klien cara makan dan minum yang baik, memberikan kesempatan kepada klien untuk mengenali dampak situasi kehidupan yang terjadi pada klien.

Pada tanggal 30 April 2024 dilakukan SP 4 untuk diagnosa halusinasi dan defisit perawatan diri, pada hari itu dilakukan cara mengontrol halusinasi dengan cara meminum obat sesuai dengan anjuran yang diberikan, mengajarkan klien tentang cara BAB/BAK yang baik dan benar secara mandiri. Dalam melakukan tindakan

keperawatan berdasarkan perencanaan sesuai dengan urutan asuhan keperawatan.

Implementasi keperawatan merupakan kategori dari perilaku keperawatan, dimana perawat melakukan tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diinginkan dari asuhan keperawatan (Haryanto, 2017).

Dengan dilakukannya SP dalam melaksanakan asuhan keperawatan ini membantu penulis untuk memecahkan masalah yang muncul pada Ny. T, pada kenyataannya SP dilakukan tidak berurutan karena kondisi klien yang berbeda dalam fase halusinasinya, klien dengan fase comforting sudah menikmati halusinasinya maka dari itu klien dilakukan SP dengan pemberian obat terlebih dahulu.

#### 5. Evaluasi

Tahap ini merupakan tahap terakhir dari proses keperawatan yang berguna untuk menilai perkembangan klien setelah diberikan asuhan keperawatan, evaluasi dapat dilihat dari hasil tindakan dengan tujuan atau kriteria hasil, apakah masalah dapat diatasi atau belum, dalam kenyataannya masalah yang dihadapi dapat teratasi semua. Evaluasi yang didapatkan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 hari adalah klien mampu membina hubungan saling percaya menunjukkan ekspresi yang bersahabat, klien dapat mengontrol halusinasinya dengan cara menghardik, klien dapat mengontrol halusinasinya dengan cara bercakap-cakap dengan temannya, klien dapat mengontrol

halusinasinya dengan cara melakukan aktivitas yang sudah dijadwalkan, klien dapat meminum obat dengan teratur sesuai dengan anjuran dokter, klien mengatakan suara itu sudah jarang muncul, klien dapat melakukan kebersihan diri seperti mandi, klien dapat makan dan minum secara mandiri, klien dapat BAB/BAK secara mandiri dengan baik, klien mampu membuat keputusan walaupun sederhana, klien mampu mengikuti kegiatan yang diadakan di klinik dengan kooperatif, klien mau berbicara terbuka dengan temannya.

Evaluasi keperawatan adalah proses yang berkelanjutan untuk menilai hasil dari tindakan keperawatan pada klien dan dilakukan terus menerus pada respon klien menjadi lebih baik atau tidak menggunakan pendekatan SOAP (Muhith, 2015).

Penulis menerapkan asuhan keperawatan sesuai dengan standar asuhan keperawatan yang harus diberikan, namun tidak semua proses perencanaan dapat terlaksana dalam tahap implementasi untuk mengatasi masalah tersebut diperlukan asuhan keperawatan yang lebih optimal dengan didukung oleh informasi, sarana, lingkungan klinis dan kerjasama dari berbagai pihak yang memahami kondisi kejiwaan klien secara tepat dan optimal.

#### 6. Dokumentasi

Tahap dokumentasi keperawatan dibuat berdasarkan informasi tertulis atau secara elektronik. Dokumentasi ini menjelaskan tentang

perawatan maupun layanan yang diberikan perawat kepada seorang klien, dengan sistem perawatan kesehatan (Rahmi, ana 2022).

Pada saat melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan penulis mendapatkan beberapa kesulitan, tetapi dengan adanya teori dari berbagai sumber serta bimbingan dari dosen pembimbing, penulis mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan jiwa ini mulai dari tahap pengkajian, menegakkan diagnosa, perencanaan, implementasi dan sampai evaluasi.

## **BAB IV**

### **KESIMPULAN DAN REKOMENDASI**

#### **A. Kesimpulan**

Setelah melaksanakan asuhan keperawatan pada Ny. T dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut mulai dari tanggal 26 April-08 Mei 2024 dalam proses keperawatan jiwa akhirnya penulis dapat mengambil beberapa kesimpulan sebagai berikut:

1. Penulis dapat melakukan pengkajian fisik dan mental secara komprehensif pada Ny. T dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran At Causa Gangguan Afektif Bipolar di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut.
2. Penulis dapat merumuskan diagnosa keperawatan yang muncul pada Ny. T Dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran At Causa Gangguan Afektif Bipolar di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut.
3. Penulis dapat menyusun rencana asuhan keperawatan terhadap masalah-masalah yang muncul sesuai dengan prioritas masalah pada Ny. T dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran At Causa Gangguan Afektif Bipolar di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut.

4. Penulis dapat melakukan tindakan asuhan keperawatan sesuai dengan yang mengacu pada rencana yang telah disusun dan disesuaikan dengan kondisi Ny.T dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran At Causa Gangguan Afektif Bipolar di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut.
5. Penulis dapat melakukan evaluasi hasil tindakan keperawatan yang telah dilakukan kepada Ny. T Dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran At Causa Gangguan Afektif Bipolar di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut.
6. Penulis dapat mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Ny. T dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran At Causa Gangguan Afektif Bipolar di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut.
7. Adanya perbedaan yang terjadi pada Ny. T antara sebelum dan sesudah diberikan asuhan keperawatan. Sebelum diberikan asuhan keperawatan Ny. T mondar-mandir, klien berbicara sendiri, kontak mata kurang, klien tidak mandi, klien tidak tahu cara mengatasi masalah. Namun, setelah diberikan asuhan keperawatan klien dapat mengontrol halusinasinya dengan cara menghardik, bercakap-cakap dengan orang lain, melakukan aktivitas, dan meminum obat, klien dapat melakukan kebersihan diri (mandi, berhias), klien dapat makan dan minum secara mandiri, klien dapat BAB/BAK dengan baik, klien dapat membuat keputusan sederhana, klien mengikuti kegiatan dengan kooperatif.

## **B. Rekomendasi**

### 1. Bagi Organisasi Profesi

Diharapkan dapat melakukan asuhan keperawatan yang optimal pada klien jiwa, khususnya klien dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi untuk meningkatkan derajat kesehatan jiwa pada klien lainnya.

### 2. Bagi institusi STIKes Karsa Husada Garut

Studi kasus dapat digunakan sebagai data dasar untuk penelitian lebih lanjut tentang perawatan pada klien dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi At Causa Gangguan Afektif Bipolar.

### 3. Bagi Mahasiswa

Kepada mahasiswa selanjutnya diharapkan dalam melaksanakan asuhan keperawatan jiwa ini mempertahankan penerapan SP dengan pendekatan BHSP dan komunikasi terapeutik yang didukung oleh terapi modalitas, terapi okupasi, terapi psikofarmaka dan terapi yang lainnya guna untuk mengoptimalkan asuhan keperawatan yang berikan.

## 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* [Psychiatry.org - Bipolar Disorders](https://www.psychiatry.org/bipolar-disorders) 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](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*. [DBSA - Depression and Bipolar Support Alliance \(dbsalliance.org\)](https://www.dbsa.org/db-sa-Depression-and-Bipolar-Support-Alliance) 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.



- Kementrian Kesehatan RI. 2018. *Hasil Riset Kesehatan Dasar (riskesdas) 2018*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementrian RI.
- Mental Health America (MHA). (2011). *Bipolar Disorder*. <https://www.mhanational.org/conditions/bipolar-disorder>
- Muhith, A. (2015). *Pendidikan Keperawatan Jiwa (Teori dan Aplikasi)*. Yogyakarta: Andi.
- Mutiara, M. (2021). *Asuhan Keperawatan Pada Ny. W Dengan Masalah Utama Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran Di Puskesmas Karang Rejo Kota Tarakan*.
- National Alliance on Mental Illness (NAMI). (2017). *Bipolar Disorder*. <https://www.nami.org/About-Mental-Illness/Mental-Health-Conditions/Bipolar-Disorder>.
- NIMH (National Institute of Mental Health). (2017). *Bipolar Disorder in Adults*. United States: Department of Health And Human Service National Institute of Health.
- Pardede, J.A., Hafizuddin, H., & Sirait, A. (2021). *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*.
- Pradana, Aditia Riyana, A. (2022). *Penerapan Terapi Musik Klasik Terhadap Penurunan Tanda Dan Gejala Pada Pasien Dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran Di Puskesmas Cikoneng*, (35), 11.
- Rahayu, D.R. 2016. *Asuhan keperawatan gangguan persepsi sensori: halusinasi dengan pasien Ny.S di ruang bima instalasi jiwa rumah sakit umum daerah Banyumas*. Universitas Muhammadiyah : Purwokerto.
- Riskesdas. (2018). *Laporan: Provinsi Di Jawa Barat: Riskesdas 2018 Jawa Barat*: Lembaga Penerbit Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (LPB).
- Saputra, D. (2017). *ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN GANGGUAN DEFISIT PERAWATAN DIRI DI RUANG DAHLIA RUMAH SAKIT JIWA PROF. HB. SA'ANIN PADANG INDONESIA*.
- Stuart. ( 2016 ). *Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa Stuart* .Edisi Indonesia: Editor Budi Ana Keliat: Elsefier. Singapore. Pteltd.
- Suerni, T., & Livana. (2019). *Gambaran Faktor Predisposisi Pasien Gangguan Jiwa Dengan Defisit Perawatan Diri*. *Jurnal Keperawatan*.
- Tim Pokja SDKI,DPP,PPNI, (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI)*, Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia.

- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik*. Jakarta: Dewan Pengurus PPNI. Jakarta.
- Tumanduk, F. M. E., Messakh, S. T., & Sukardi, H. (2018). *Hubungan Tingkat Kemampuan Perawatan Diri Dengan Tingkat Depresi Pada Pasien Depresi Di Bangsal Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta*. *Jurnal Ilmu Keperawatan dan Kebidanan*, 9(1), 10-20.
- Wulandari, Y., & Pardede, J. A. (2020). *Aplikasi Terapi Generalis Pada Penderita Skizofrenia Dengan Masalah Halusinasi Pendengaran*. *Jurnal Keperawatan*, (Risksdas 2018), 1-49.
- Yosep, H. I., dan Sutini, T. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa dan Advance Mental Health Nursing*. Bandung: Refika Aditama.

## LAMPIRAN

### *Lampiran 1*

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

##### 1. Proses Keperawatan

###### a. Kondisi Klien

###### Data Subjektif:

- 1) Klien mengatakan mendengar suara-suara yang mirip dengan kakak iparnya
- 2) Klien mengatakan suara itu terdengar seperti sedang marah-marah kepada klien
- 3) Klien mengatakan suara itu datang apabila klien sedang sendirian
- 4) Klien mengatakan apabila suara itu muncul klien tidak bisa melakukan apapun kecuali melayani berbicara dengan suara-suara itu
- 5) Klien mengatakan suara itu membuat klien risih dan gelisah
- 6) Klien mengatakan malas mandi karena dingin dan takut mencret
- 7) Klien mengatakan apabila BAK klien tidak pernah cebok karena dingin
- 8) Klien mengatakan tidak tahu cara menyelesaikan masalah
- 9) Klien mengatakan selalu sungkan apabila bercerita kepada orang lain

10) Klien mengatakan ia selalu memendam masalahnya sendirian

Data Objektif:

- 1) Kontak mata kurang
- 2) Klien berbicara sendiri
- 3) Klien mondar-mandir
- 4) Klien sering menyendiri
- 5) klien gelisah
- 6) kuku klien kotor dan panjang
- 7) klien tercium bau badan
- 8) gigi klien kuning
- 9) klien tercium bau mulut
- 10) penampilan klien kurang rapih

b. Diagnosa Keperawatan

- 1) Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran
- 2) Defisit Perawatan Diri
- 3) Koping Individu Tidak Efektif

c. Tujuan Keperawatan

Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran

- 1) Klien dapat mengontrol halusinasi dengan cara menghardik
- 2) Klien dapat mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap
- 3) Klien dapat mengontrol halusinasi dengan melakukan aktivitas sehari-hari

- 4) Klien dapat mengontrol halusinasi dengan cara meminum obat dengan teratur sesuai dengan anjuran dokter.

#### Defisit Perawatan Diri:

- 1) Klien mampu melakukan kebersihan diri
- 2) Klien mampu melakukan berdandan/berhias
- 3) Klien mampu melakukan makan/minum dengan baik secara mandiri
- 4) Klien mampu BAK/BAK dengan baik secara mandiri

#### Koping Individu Tidak Efektif

- 1) Klien mampu mengungkapkan perasaannya
- 2) Klien mau berbicara terbuka dengan orang lain
- 3) Klien mampu menyelesaikan masalah
- 4) Klien mampu membuat keputusan

#### d. Tindakan Keperawatan

##### Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran

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

#### Defisit Perawatan Diri

- 1) Melatih klien cara perawatan kebersihan diri
- 2) Melatih klien cara berdandan/berhias
- 3) Melatih klien cara makan dan minum dengan baik secara mandiri
- 4) Melatih klien cara BAB/BAK dengan baik secara mandiri

#### Koping Individu Tidak Efektif

- 1) Membina hubungan saling percaya dengan klien
- 2) Membantu klien mengenal koping tidak efektif
- 3) Mengajarkan klien koping konstruktif dengan cara berbicara terbuka dengan orang lain
- 4) Mengajarkan klien koping konstruktif dengan cara melukis
- 5) Mengajarkan klien koping konstruktif dengan latihan fisik/olahraga.

Hari ke-1 Tanggal 26 April 2024 jam 10.00

SP 1: Bina hubungan saling percaya, mengidentifikasi halusinasi, mengajarkan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik halusinasi

**Fase Orientasi:**

“Assalamu’alaikum ibu bagaimana kabarnya hari ini? Kelihatannya ibu terlihat segar ya”

“Bagaimana kalau kita bercakap-cakap tentang suara yang selama ini Bu Titi dengar namun tidak ada wujudnya? Dimana kita duduk? Di ruang istirahat? Berapa lama? Bagaimana kalau 30 menit?”

**Fase kerja:**

“Apakah bu Titi mendengar suara-suara namun tidak ada wujudnya? Apa yang dikatakan suara itu?”

“Apakah suara itu terus-menerus datang atau hanya pada waktu tertentu saja? Kapan ibu sering mendengar suara-suara itu? Berapa kali dalam sehari ibu mendengar suara-suara itu? Dalam keadaan seperti apa suara-suara itu muncul?”

“Apa yang ibu Titi rasakan apabila suara-suara itu muncul?”

“Apa yang Ibu Titi lakukan apabila mendengar suara-suara itu? Apakah dengan cara itu suara-suara tersebut hilang? Bagaimana kalau kita belajar cara-cara untuk mencegah suara-suara itu muncul?”

“Bu Titi ada empat cara untuk mencegah suara-suara itu muncul. Pertama dengan cara menghardik suara tersebut. Kedua, dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain. Ketiga, dengan cara melakukan aktivitas yang sudah terjadwal, dan yang keempat dengan cara meminum obat secara rutin sesuai dengan anjuran dokter”.

“Nah, bagaimana kalau kita belajar cara yang ke-1 dulu ya bu yaitu dengan cara menghardik suara-suara itu?”

“Caranya sebagai berikut, perhatikan saya ya bu pada saat suara-suara itu muncul, ibu Titi langsung tutup telinga lalu bilang pergi-pergi sana saya tidak mau dengar kamu, kamu itu suara palsu, begitu diulang-ulang sampai suara itu tidak terdengar lagi. Coba bu Titi peragakan! Nah bagus bu Titi sudah bisa mengusir suara-suara itu”

**Fase Terminasi:**

“Bagaimana perasaan bu Titi setelah memperagakan latihan cara menghardik tadi? Kalau muncul lagi suara-suara itu, silahkan bu Titi coba cara tersebut! Bagaimana kalau kita buat lagi jadwal latihannya? Mau berapa lama latihannya? (saudara masukan kegiatan latihan menghardik halusinasi dalam jadwal kegiatan harian klien) bagaimana kalau kita bertemu lagi nanti untuk belajar dan latihan cara mengontrol suara-suara itu agar tidak muncul dengan cara yang kedua? Kapan bu? Waktunya jam berapa bu? Berapa lama kita akan berlatih? Dimana tempatnya?.

“Baiklah, sampai jumpa kembali. Assalamu’alaikum”

Hari ke-2 Tanggal 27 April 2024 Jam 11.00

SP 2: Melatih klien mengontrol halusinasi dengan cara kedua: bercakap-cakap dengan orang lain

**Fase Orientasi:**

Assalamu 'alaikum, Bu. Bagaimana perasaan ibu hari ini? Apakah suara-suaranya masih muncul? Apakah sudah dipakai cara yang kemarin telah kita lakukan latihan? Berkurangkan suara-suaranya? Bagus! Sesuai janji kita kemarin, saya akan latih cara yang kedua untuk mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain. Kita akan Latihan selama 20 menit. Mau dimana? Mau disini saja?"

**Fase Kerja:**

"Cara kedua untuk mencegah atau mengontrol halusinasi yang lain adalah dengan bercakap-cakap dengan orang lain. Jadi kalau ibu mendengar suara-suara, langsung saja mencari teman untuk diajak ngobrol. Minta teman untuk mengobrol dengan ibu. Contohnya begini, 'tolong saya mulai dengar suara-(suara, ayo ngobrol dengan saya!' coba ibu lakukan seperti yang tadi saya lakukan. Ya begitu, bagus!coba sekali lagil Bagus! Nah, latih terus ya bu!"

**Fase Terminasi:**

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

"Assalamu'alaikum"



Hari ke-3 Tanggal 29 April 2024 Jam 10.00

SP 3: Melatih klien mengontrol halusinasi dengan cara ketiga: melakukan aktivitas sehari-hari yang terjadwal

**Fase Orientasi:**

"Assalamu'alaikum Bu, bagaimana perasaan ibu hari ini? Apakah suara-suara masih muncul? Apakah sudah pakai dua cara yang telah kita latih?

Bagaimana hasilnya? Bagus! Sesuai janji kita, hari ini kita akan belajar cara yang Ketiga untuk mencegah halusinasi yaitu melakukan kegiatan yang terjadwal. Mau dimana kita bicara? Bisa kita duduk di ruang TV? Berapa lama kita bicara? Bagaimana kalau 20 menit?

**Fase Kerja:**

Apa saja yang biasa ibu lakukan? Pagi-pagi apa kegiatannya? Terus jam berikutnya? (terus ajak sampai mendapatkan kegiatannya sampai malam) wah banyak sekali kegiatannya. Mari kita latih dua kegiatan hari ini (membuat gelang dari manik-manik). Bagus sekali ibu bisa lakukan. Kegiatan ini dapat ibu lakukan untuk mencegah suara tersebut muncul. Kegiatan yang lain akan kita latih lag (agar dari pagi sampai malam ada kegiatan"

**Fase Terminasi:**

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

Hari ke-4 Tanggal 30 April 2024 Jam 09.00

SP 4: Melatih klien mengontrol halusinasi dengan cara ketiga: meminum obat secara teratur.

**Fase Orientasi:**

"Assalamu'alaikum bu, bagaimana perasaan ibu hari ini? Apakah suara-suaranya masih muncul? Apakah sudah dipakai juga cara yang telah kita latih?

Apakah jadwal kegiatannya sudah dilaksanakan? Apakah pagi ini sudah minum obat? Baik, hari ini kita akan mendiskusikan tentang obat-obatan yang ibu minum. Kita akan diskusi selama 20 menit, disini saja ya bu?"

**Fase Kerja:**

"ibu adakah bedanya setelah minum obat secara teratur? Apakah suara-suaranya berkurang/hilang? Minum obat sangat penting supaya suara-suara yang ibu dengar dan mengganggu selama ini tidak muncul lagi. Berapa macam obat yang ibu minum? (perawat menyiapkan obat pasien). Oh obatnya ada haloperidol, stelosi, heximer, clozapine. Haloperidol diminumnya 3x ya bu pagi siang dan malam, stelosi diminum 3x pagi siang malam, kemudian heximer juga diminum pagi siang sama malam ya bu, dan clozapine diminum malam aja".

**Fase Terminasi:**

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

Besok kita ketemu lagi untuk melihat 4 cara mencegah suara yang telah kita bicarakan. Mau jam berapa? Bagaimana kalau jam 10.00 sampai jumpa.

Assalamu'alaikum"

Lampiran 2



## DAFTAR RIWAYAT HIDUP



### A. Identitas

Nama : Salsabila Pebriayanti  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Tempat Tanggal Lahir : Garut, 10 Februari 2003  
Agama : Islam  
Status : Belum Menikah  
Alamat : Kp. Pasir Salam RT/RW 01/03 Desa. Banyuresmi  
Kec. Banyuresmi Kab. Garut

### B. Riwayat Pendidikan

1. TK Al-Qur'an As-Salam Tahun 2007-2009
2. SDN Banyuresmi 1 Tahun 2009-2015
3. SMP Al-Halim Garut Tahun 2015-2016
4. MTs. Darul Asyiqin Tahun 2016-2018
5. SMAN 6 Garut Tahun 2018-2021
6. STIKes Karsa Husada Garut Tahun 2021-2024

### LEMBAR BIMBINGAN

Nama : Salsabila Pebriayanti

NIM : KHGA21105

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

Judul : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. T DENGAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI: HALUSINASI PENDENGARAN AT CAUSA GANGGUAN AFEKTIF BIPOLAR DI KLINIK REHABILITASI MENTAL NUR ILLAHIE SAMARANG GARUT

No.	Tanggal	Saran Pembimbing	Paraf Pembimbing
1	28 Mei 2024	1. Arahan membuat KTI	
2	31 Mei 2024	1. Perbaiki penulisan 2. Perbaiki spasi 3. Lihat aturan juknis	
3	04 Juni 2024	1. Masukkan terapi modalitas ke dalam implementasi 2. Perbaiki genogram	
4	06 Juni 2024	1. ACC BAB III 2. Lanjutkan BAB I dan II	

5	08 Juni 2024	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Persentasekan hasil data dari dinas kesehatan dan klinik</li> <li>2. Tiap paragraf harus ada unsur keterkaitan</li> <li>3. Tambahkan terapi psikofarmaka bipolar</li> </ol>	
6	10 Juni 2024	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ACC BAB I dan II</li> <li>2. Perbaiki Pembahasan</li> <li>3. Perbaiki BAB IV tambahkan point kesimpulan dan rekomendasi</li> </ol>	
7	15 Juni 2014	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ACC BAB IV</li> <li>2. ACC pembahasan di BAB III</li> <li>3. Lanjutkan membuat PPT</li> </ol>	
8	19 Juni 2024	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perbaiki PPT ditambahkan point-pointnya</li> <li>2. Maksimalkan halaman</li> </ol>	
9	20 Juni 2024	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ACC PPT</li> </ol>	
10	21 Juni 2024	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ACC Sidang</li> </ol>	

