

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. D (28 TAHUN) DENGAN
GANGGUAN PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI
PENDENGARAN AKIBAT GANGGUAN
BIPOLAR DI KLINIK REHABILITASI
MENTAL NUR ILLAHI ASSANIE
SAMARANG GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

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

Oleh:

AULIA TRI PRATIWI
KHG.A.22128



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

LEMBAR PERSETUJUAN

**JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. D (28 TAHUN)
DENGAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI:
HALUSINASI PENDENGARAN AKIBAT GANGGUAN
BIPOLAR DI KLINIK REHABILITASI MENTAL NUR
ILLAH ASSANIE SAMARANG GARUT**

NAMA : AULIA TRI PRATIWI

NIM : KHG.A.22128

KARYA TULIS ILMIAH

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

Garut, Juli 2025
Menyetujui,
Pembimbing

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

LEMBAR PENGESAHAN

**JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. D (28 TAHUN)
DENGAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI:
HALUSINASI PENDENGARAN AKIBAT GANGGUAN
BIPOLAR DI KLINIK REHABILITASI MENTAL NUR
ILLAH ASSANIE SAMARANG GARUT**

NAMA : AULIA TRI PRATIWI
NIM : KHG.A.22128

Garut, Juli 2025
Menyetujui,

Penguji I

Penguji II

Angga Dipa Nagara, M.Kep

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

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

**Mengesahkan,
Pembimbing**

K. Dewi Budiarti, M.Kep.

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

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. D (28 TAHUN) DENGAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI PENDENGARAN AKIBAT GANGGUAN BIPOLAR DI KLINIK REHABILITASI MENTAL NUR ILLAHI ASSANIE SAMARANG GARUT

AULIA TRI PRATIWI
KHG.A.22128

IV Bab, 114 Halaman, 8 Bagan, 9 Tabel, 3 Lampiran

Judul Karya Tulis Ilmiah ini adalah "Asuhan Keperawatan pada Ny. D dengan gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran Akibat Gangguan Bipolar". Penulis tertarik untuk melakukan studi kasus pada klien dengan halusinasi pendengaran karena hal ini sering terjadi pada individu dengan gangguan jiwa, terutama Bipolar. Tujuan dari penulisan karya tulis ilmiah ini adalah untuk memperoleh pengetahuan, keterampilan, dan pengalaman dalam memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif. Metode yang digunakan adalah deskriptif melalui studi kasus dengan teknik pengumpulan data, observasi, wawancara, dan studi pustaka. Halusinasi pendengaran merupakan Gangguan Persepsi Sensori yang umum dan luas dampaknya. Fokus penulisan ini adalah memberikan gambaran tentang asuhan keperawatan jiwa bagi klien dengan halusinasi pendengaran, termasuk proses pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawat. Masalah keperawatan yang muncul pada Ny. D adalah gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran dan Defisit Perawatan Diri. Evaluasi pelaksanaan asuhan keperawatan dengan Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan (SPTK) telah dilaksanakan dikatakan berhasil dengan indikator keperawatan yang dicapai cukup menurun. Saat memberikan asuhan keperawatan, penting untuk mempertimbangkan berbagai faktor yang memengaruhi pemulihan klien, termasuk dukungan keluarga, pengetahuan keluarga, kemampuan klien dalam mengelola halusinasi, dan penggunaan psikofarmaka, agar rencana perawatan dapat berhasil terlaksana.

Kata Kunci (*Key word*) : Asuhan Keperawatan, Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran

Daftar Pustaka : 31 buah, Tahun 2016 s.d 2023

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur kami panjatkan kepada Allah SWT atas limpahan rahmat dan karunia-Nya yang memungkinkan penulis menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini yang berjudul "Asuhan Keperawatan Pada Ny. D akibat Gangguan Bipolar di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang Garut” ini tepat pada waktunya.

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

1. Bapak Dr. H. Hadiat, MA., yang menjabat sebagai ketua pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut
2. Bapak Drs. H. Suryadi, M. Si, yang menjabat sebagai ketua pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut
3. Bapak H. Engkus Kusnadi, S. Kep., M. Kes, yang menjabat sebagai ketua STIKes Karsa Husada Garut.
4. Ibu K. Dewi Budiarti, M. Kep, yang menjabat sebagai ketua Program Studi D III Keperawatan di STIKes Karsa Husada Garut.
5. Bapak Gin Gin Sugih Permana, S. Kep., M.H.Kes yang berperan sebagai Pembimbing yang memberikan dukungan dan arahan kepada penyusun dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.

6. Semua tenaga pengajar di Program Studi Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut yang telah berbagi ilmu, pengetahuan, keterampilan yang bermanfaat, dan memberikan motivasi selama penyusun menempuh pendidikan.
7. Staf administrasi dan perpustakaan yang telah mendukung kelancaran saya selama proses pendidikan dan saat menyiapkan karya tulis ilmiah ini.
8. Klinik Rehabilitasi Mental Yayasan Nur Ilahi Assanie Samarang Garut telah memberikan banyak kesempatan kepada penulis untuk menulis Karya Tulis Ilmiah ini, serta memberikan bimbingan, dukungan, dan informasi mengenai asuhan keperawatan sehingga penulis berhasil menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan sukses dan tanpa hambatan.
9. Terima kasih kepada Ny. D yang telah berkolaborasi dalam pelaksanaan asuhan keperawatan, yang memungkinkan penyusun untuk menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
10. Terima kasih kepada belahan jiwa dan pintu surgaku mamah Ate yang selalu senantiasa berusaha berperan sebagai ibu sekaligus ayah dalam hidupku dan selalu memberikan segala hal yang terbaik untuk anak-anaknya. Selalu memberikan dukungan, motivasi, kasih sayang, nasihat serta doa yang tiada hentinya demi tercapai semua cita-cita dan keinginan anak-anaknya. Terima kasih telah menjadi ibu yang sangat kuat bertahan demi anak-anaknya, terima kasih karena tetap menyayangi anak-anaknya

seburuk apapun itu, terima kasih mamah untuk segala-galanya sehingga saya dapat mencapai titik ini.

11. Terima kasih kepada kakak-kakak saya Nurul Fitriani, Rully Yuliana dan Widi Alifia. Kalian bertiga telah membantu, memberi dukungan, doa dan kasih sayang yang telah diberikan kepada penulis, sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini. Terima kasih telah menjadi kakak yang luar biasa untuk penulis sehingga menjadikan semangat penulis untuk segera menyelesaikan pendidikannya.
12. Terima kasih kepada teman-teman di bangku perkuliahan Milani, Silvy dan Fitri yang telah menemani penulis dalam menyelesaikan pendidikan ini terima kasih atas petualangan yang luar biasa, kenangan canda dan tawa yang sangat menyenangkan dan berkesan bagi penulis.
13. Terima kasih kepada sahabatku Restu Ramdhini dan Rival Tasdik yang selalu memberi motivasi dan semangat yang luar biasa dari penulis SMP hingga saat ini. Terima kasih sudah menjadi sahabat yang sangat baik bahkan seperti saudara. Terima kasih karena tidak pernah meninggalkan penulis sendirian, serta selalu mendengarkan keluh kesah penulis selama pendidikan ini.
14. Terima kasih kepada Monik, Lia dan Ismi yang telah banyak membantu memberikan pemikiran demi kelancaran dan keberhasilan dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
15. Kepada diri saya sendiri terima kasih sudah mampu berjuang sampai sejauh ini, sudah mampu menjadi sekuat ini dengan selalu tidak pantang

menyerah untuk sampai pada titik yang di nantikan, terima kasih sudah mampu menyelesaikan semuanya dengan baik.

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

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

Garut, Juli 2025

Penulis

Aulia Tri Pratiwi

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN	i
LEMBAR PENGESAHAN.....	ii
ABSTRAK.....	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL.....	x
DAFTAR BAGAN.....	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan	5
1. Tujuan Umum	5
2. Tujuan Khusus.....	5
C. Metode Telaahan	6
D. Sistematika Penulisan	8
BAB II TINJAUAN TEORI	10
A. Konsep Dasar.....	10
1. Konsep Bipolar.....	10
2. Konsep Halusinasi.....	16
B. Konsep Asuhan Keperawatan.....	42
1. Pengkajian.....	42
2. Analisa Data.....	54
3. Diagnosa Keperawatan	56
4. Intervensi Keperawatan	57
5. Implementasi Keperawatan.....	66
6. Evaluasi Keperawatan	66
BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN.....	68
A. Tinjauan Kasus.....	68
1. Pengkajian.....	68
2. Analisa Data.....	80
3. Diagnosa Keperawatan	81
4. Intervensi Keperawatan	83

5. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan	89
6. Catatan Perkembangan	92
B. Pembahasan	99
1. Tahap Pengkajian	99
2. Tahap Diagnosa	102
3. Tahap Intervensi	104
4. Tahap Implementasi.....	104
5. Tahap Evaluasi	106
6. Dokumentasi	107
BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI	108
A. Kesimpulan	108
B. Rekomendasi	109
DAFTAR PUSTAKA	111
LAMPIRAN	114

DAFTAR TABEL

Tabel 1. 1 Data Penderita Gangguan Jiwa Di Kabupaten Garut	3
Tabel 1. 2 Diagnosa Penyakit Klinik Nur Illahi Assanie	4
Tabel 2. 1 Analisa Data	55
Tabel 2. 2 Intervensi Keperawatan	57
Tabel 3. 1 Terapi Medis	79
Tabel 3. 2 Analisa Data	80
Tabel 3. 3 Intervensi Keperawatan	83
Tabel 3. 4 Implementasi Keperawatan	89
Tabel 3. 5 Catatan Perkembangan	92

DAFTAR BAGAN

Bagan 2. 1 Rentang Respon Halusinasi	20
Bagan 2. 2 Pohon Masalah Halusinasi Menurut	31
Bagan 2. 3 Rentang Respon Resiko Perilaku Kekerasan.....	34
Bagan 2. 4 Pohon Masalah Resiko Perilaku Kekerasan	35
Bagan 2. 5 Rentang Respon Defisit Perawatan Diri.....	38
Bagan 2. 6 Pohon Masalah Defisit Perawatan Diri	42
Bagan 3. 1 Genogram	71
Bagan 3. 2 Pohon Masalah Halusinasi.....	81

DAFTAR LAMPIRAN

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

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Menurut UU Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa, menyatakan bahwa definisi kesehatan jiwa adalah kondisi dimana seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial sehingga individu tersebut menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif, dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya.

Kesehatan jiwa menurut UU Kesehatan No 17 Tahun 2023 merupakan kondisi dimana seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial sehingga individu tersebut menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif, dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya.

Gangguan jiwa ada berbagai macam dan masing masing jenis memiliki tanda dan gejala yang berbeda salah satunya gangguan jiwa yang umumnya mempengaruhi suasana hati atau mood, contohnya penyakit bipolar disorder. (KEMENKES RI, 2020).

Gangguan bipolar adalah sebuah gangguan otak yang menyebabkan perubahan-perubahan pada suasana hati, energi dan kemampuan keberfungsian seseorang. Seseorang dengan gangguan bipolar mengalami keadaan emosi kuat yang biasanya terjadi selama periode-periode hari atau

periode-periode minggu yang berbeda, yang disebut dengan episode mood/suasana hati. Salah satu dari gejala bipolar disorder adalah halusinasi (Sutejo, 2017).

Halusinasi adalah suatu keadaan dimana klien mengalami perubahan sensori persepsi yang disebabkan stimulus yang sebenarnya itu tidak ada (Sutejo, 2017). Halusinasi adalah persepsi klien terhadap lingkungan tanpa stimulus yang nyata, sehingga klien menginterpretasikan sesuatu yang tidak nyata tanpa stimulus atau rangsangan dari luar. Halusinasi muncul dan dipicu ketika seseorang dalam kondisi penyakit mental, penyalahgunaan obat-obatan dan kurang istirahat. (Stuart dalam Azizah, 2016)

Halusinasi pendengaran adalah pengalaman mendengar suara atau bunyi yang bervariasi dari yang sederhana hingga percakapan yang terkesan terkait dengan dirinya sendiri, yang kemudian membuat individu tersebut merespons terhadap suara atau bunyi tersebut. (Harkomah, 2019)

Prevalensi depresi tertinggi di Indonesia mencapai 3,3% pada populasi usia 15 tahun ke atas, yang artinya ada sekitar 1 dari 100 orang yang mengalami depresi. Selain itu, Jawa Barat juga memiliki prevalensi gangguan jiwa berat atau skizofrenia (psikotik) sekitar 5 per mil, yaitu 5 kasus dalam 1.000 penduduk. Berdasarkan data ada peningkatan jumlah klien Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) di Jawa Barat mencapai 72 ribu orang.

Menurut perkiraan Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat, jumlah individu yang mengalami gangguan jiwa di wilayah Jawa Barat pada tahun 2021 mencapai sekitar 70% atau sekitar 69.569 orang dengan fokus pada sasaran Orang Dengan Gangguan Jiwa Berat (ODGJ) (Diskes Jabar, 2021).

Tabel 1. 1 Data Penderita Gangguan Jiwa Di Kabupaten Garut Periode Mei 2023-2024

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

(Sumber : Dinas Kesehatan Kabupaten Garut)

Dilihat dari data gangguan jiwa di Kabupaten Garut, hampir setengah dari total jumlahnya adalah Gangguan Afektif Bipolar, mencapai 1.988 kasus atau sekitar 50,53%. Sementara itu, gangguan yang paling sedikit terjadi adalah Intelektual Disabillity dengan jumlah sebanyak 205 orang atau sekitar 5,2%.

Berdasarkan UU Kesehatan Jiwa No 18 tahun 2014 Pasal 45, ada fasilitas layanan dalam bidang Kesehatan Jiwa yang mencakup : layanan Kesehatan seperti puskesmas dan jejaringnya, klinik pratama, serta praktik dokter dengan keahlian dalam pelayanan Kesehatan Jiwa; rumah sakit umum, rumah sakit khusus untuk Kesehatan Jiwa; dan rumah perawatan.

Di kabupaten Garut, untuk membantu dalam penanganan atau rehabilitasi orang dengan gangguan jiwa (ODGJ), salah satu tempat yang tersedia adalah Klinik Rehabilitasi Nur Illahi Assanie di Samarang, Garut. Klinik Nur Illahi Assanie merupakan salah satu lembaga rehabilitasi mental yang fokus pada perawatan kesehatan jiwa, lokasinya terletak di Kecamatan Samarang, Garut, Jawa Barat.

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

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

(Sumber: Buku Register Klinik Nur Illahi Assanie Garut)

Menurut laporan dari Klinik Nur Illahi Samarang, data tahun 2025 menunjukkan bahwa ada total 39 kasus yang melibatkan berbagai masalah pada semua pasien. Dari jumlah tersebut, 32 individu atau sekitar 85,05% mengalami Gangguan Afektif Bipolar, yang merupakan kasus paling banyak. Skizofrenia berada di posisi tengah dengan 4 kasus atau 11,26 %, dan Intelektual Disabillity 2 kasus atau 5,59%, sedangkan kasus penyalahgunaan Napza tidak tercatat sama sekali.

Berdasarkan uraian diatas serta masalah yang ada, penulis merasa perlu untuk mengangkat masalah tersebut karena bipolar jika tidak ditangani halusinasinya dapat menyebabkan suasana hati yang lebih lama dan lebih parah hingga mengakibatkan emosi klien tidak terkontrol, resiko bunuh diri, mencelakai diri sendiri dan orang lain. Maka dari itu penulis melakukan Asuhan Keperawatan mulai dari pengkajian sampai evaluasi, dengan judul **“ ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. D (28 TAHUN) DENGAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI PENDENGARAN AKIBAT BIPOLAR DI KLINIK REHABILITASI MENTAL NUR ILLAHI ASSANIE SAMARANG GARUT “**

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

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

2. Tujuan Khusus

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

- a. Mampu melakukan pengkajian fisik dan mental dan mental secara komprehensif pada Ny. D dengan Gangguan Persepsi Sensori:

Halusinasi Pendengaran dengan Gangguan Bipolar di klinik Nur Illahi Assanie Samarang Garut.

- b. Mampu merumuskan diagnosa keperawatan yang timbul pada Ny. D dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran dengan Gangguan Bipolar di klinik Nur Illahi Assanie Samarang Garut.
- c. Mampu menyusun rencana asuhan keperawatan pada Ny. D dengan Gangguan Bipolar di klinik Nur Illahi Assanie Samarang Garut.
- d. Mampu melaksanakan implementasi/tindakan asuhan keperawatan pada Ny. D dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran dengan Gangguan Bipolar di klinik Nur Illahi Assanie Samarang Garut.
- e. Mampu melaksanakan evaluasi hasil tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan pada Ny. D dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran dengan Gangguan Bipolar di klinik Nur Illahi Assanie Samarang Garut.
- f. Mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Ny. D dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran dengan Gangguan Bipolar di klinik Nur Illahi Assanie Samarang Garut.

C. Metode Telaahan

Dalam studi kasus ini, penulis menggunakan metode deskriptif yang terdiri dari studi kasus berupa asuhan keperawatan melalui proses keperawatan yang komprehensif. Salah satu contoh pengumpulan data yang dilakukan oleh penulis adalah sebagai berikut:

1. Wawancara

Wawancara dalam teknik pengumpulan data adalah proses interaksi antara peneliti dan responden dengan tujuan untuk mendapatkan informasi yang relevan terkait dengan topik penelitian. Wawancara dapat dilakukan secara tatap muka. Dalam wawancara juga penyusun biasanya mengajukan pertanyaan yang berhubungan dengan masalah yang dihadapi klien melalui komunikasi yang didapatkan secara langsung dari klien, keluarga, dan tim kesehatan lainnya.

2. Observasi

Observasi dalam proses pengumpulan data adalah pengamatan langsung terhadap kondisi kesehatan dan respons klien terhadap intervensi keperawatan yang diberikan. Hal ini melibatkan pemantauan terhadap berbagai aspek, seperti tanda vital, perilaku, tingkat kesadaran, nyeri, dan melihat langsung keadaan klien baik adaptif, maupun maladaptif.

3. Pemeriksaan Fisik

Hal ini dilakukan dengan pemeriksaan tanda-tanda vital pas dan keadaan umum, sehingga informasi dari pasien dapat diperoleh yang dapat mengungkapkan masalah kesehatan yang klien rasakan.

4. Studi Dokumentasi

Informasi yang diperoleh oleh penyusun dari rekam medis atau dokumen status klien mencakup berbagai data dan catatan terkait dengan keperawatan yang diberikan kepada klien.

5. Studi Kepustakaan

Penyusun mengkaji buku-buku dari koleksi perpustakaan institusi dan sumber-sumber online untuk memperoleh teori yang relevan dengan kasus yang sedang diteliti.

6. Partisipasi Aktif

Partisipasi aktif yaitu penyusun melakukan asuhan keperawatan pada Ny. D dengan Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi At kausa Bipolar di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang Garut.

D. Sistematika Penulisan

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

Bab I Pendahuluan

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

Bab II Tinjauan Teori

Tinjauan Teoritis, bab ini membahas tentang teori-teori yang berhubungan dengan judul di atas yang dapat dijadikan acuan pada waktu pembahasan, terdiri dari konsep dasar penyakit, definisi, psikodinamika bipolar, psikodinamika Risiko Perilaku Kekerasan, Psikodinamika Defisit Perawatan diri, dampak Perilaku Kekerasan terhadap kebutuhan dasar manusia serta membahas tentang proses keperawatan jiwa meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

Bab III Tinjauan Kasus dan Pembahasan

Dalam bab ini menjelaskan tentang asuhan keperawatan yang dilakukan secara nyata di lapangan melalui proses keperawatan dengan tahapan pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, evaluasi dan catatan perkembangan pada klien dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran At kausa Bipolar. Sedangkan dalam pembahasannya berisin kesenjangan – kesenjangan yang ditemukan dan dibandingkan antara pendekatan medis dengan pelaksanaan langsung pada kasus serta pemecahan permasalahan yang dialaminya.

Bab IV Kesimpulan dan Rekomendasi

Dalam bab ini berisikan kesimpulan penyusun setelah melaksanakan asuhan keperawatan serta rekomendasi yang bersifat membangun terhadap kesimpulan untuk perbaikan selanjutnya.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Dasar

1. Konsep Bipolar

a. Definisi Bipolar

Gangguan bipolar juga dikenal sebagai gangguan mood bipolar, adalah gangguan mental yang ditandai oleh perubahan drastis dalam suasana hati seseorang, yang melibatkan periode manik (mania) yang tinggi dan periode depresi yang rendah. Ini adalah salah satu gangguan mood yang paling serius dan dapat mengganggu kehidupan sehari-hari individu yang mengalaminya. (NIMH - National Institute of Mental Health, 2021).

Gangguan bipolar (GB), dikenal juga dengan manik-depresif, gangguan afektif bipolar atau gangguan spektrum bipolar, adalah gangguan pada otak yang menyebabkan perubahan suasana perasaan, energi, dan kemampuan seseorang untuk berfungsi. Orang dengan gangguan bipolar mengalami keadaan emosional yang intens yang biasanya terjadi selama periode hari hingga minggu yang berbeda, yang disebut episode mood (Prasetyo Yakub, 2023). Menurut Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa-III (PPDGJ-III), gangguan bipolar merupakan episode berulang (sekurang-kurangnya dua episode) yang menunjukkan mood pasien dan tingkat aktivitasnya jelas terganggu, dan gangguan ini pada waktu tertentu terdiri dari peningkatan afek disertai peningkatan energi dan aktivitas (mania atau hipomania), dan pada waktu lain berupa penurunan

mood serta pengurangan energi dan aktivitas (depresi). Masing-masing episode memiliki gambaran yang berbeda. Ada lima episode mood antara lain: mania, campuran, hipomania, depresi, dan eutimia. Diantara episode mood tersebut, dapat terjadi periode mood yang normal (Ali, 2018). Gangguan bipolar merupakan gangguan psikiatri yang paling sering mengalami misdiagnosis (National Institute of Mental Health, 2018). Bila mendapat perawatan, orang dengan gangguan bipolar dapat menjalani kehidupan yang produktif (Prasetyo Yakub, 2023).

Dari beberapa pernyataan diatas dapat disimpulkan bahwa gangguan bipolar adalah gangguan mental serius yang ditandai dengan perubahan suasana hati ekstrem, dari mania (keadaan emosi tinggi dan energi berlebih) hingga depresi (keadaan emosi rendah dan kekurangan energi). Gangguan ini dapat sangat mengganggu fungsi sehari-hari individu yang mengalaminya. Meskipun seringkali salah didiagnosis, dengan penanganan yang tepat, penderita gangguan bipolar dapat menjalani kehidupan yang produktif. Gangguan bipolar ditandai dengan episode mood yang berbeda seperti mania, hipomania, depresi, campuran, dan eutimia (periode normal).

b. Etiologi

Etiologi pasti dari gangguan bipolar masih belum diketahui, namun terdapat beberapa teori yang menjelaskan terkait faktor-faktor yang dapat memicu timbulnya gangguan bipolar (Prasetyo Yakub, 2023).

1) Faktor Genetik

Genetika bawaan adalah faktor umum penyebab gangguan bipolar. Seseorang yang lahir dari orang tua yang salah satunya merupakan pengidap gangguan bipolar memiliki risiko mengidap penyakit yang sama sebesar 15% hingga 30%. Bila kedua orangtuanya mengidap gangguan bipolar, maka berpeluang mengidap gangguan bipolar sebesar 50% - 75%. Kembar identik dari seorang pengidap gangguan bipolar memiliki risiko tertinggi kemungkinan berkembangnya penyakit ini daripada yang bukan kembar identik. Penelitian mengenai pengaruh faktor genetis pada gangguan bipolar pernah dilakukan dengan melibatkan keluarga dan anak kembar. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sekitar 10% 15% keluarga dari pasien yang mengalami gangguan bipolar pernah mengalami satu episode gangguan suasana hati

2) Faktor Fisiologis

Hampir setengah dari individu yang mengalami gangguan bipolar memiliki anggota keluarga yang menderita gangguan mood atau perasaan seperti depresi. Faktor genetic pada gangguan bipolar menyumbang 80% dari penyebab kondisi tersebut. Apabila satu orang tua mengidap penyakit bipolar maka kemungkinan anak menderita hal yang sama adalah sekitar 10%, dan apabila kedua orang tua mengidap gangguan bipolar maka kemungkinan anak untuk mengidap gangguan bipolar adalah 40%. Meskipun terdapat

anggota keluarga yang mengidap penyakit bipolar bukan berarti anggota keluarga lain dapat mengalami hal yang sama.

3) Faktor Lingkungan dan Stress

Beberapa faktor lingkungan yang dapat memicu gangguan bipolar adalah peristiwa stress berat seperti trauma fisik, emosional maupun sosial. Stressor lain seperti kehilangan pekerjaan, masalah keuangan atau gangguan dalam hubungan dapat menyebabkan lonjakan mood pada penderita bipolar.

4) Penyalahgunaan Zat

Seseorang tanpa faktor genetik penyebab gangguan bipolar yang jelas juga dapat mengalami gangguan mood dikarenakan beberapa efek yang ditimbulkan obat-obatan tersebut. Obat-obatan seperti kokain, ekstasi, dan amphetamine dapat menimbulkan mania atau perasaan senang sedangkan alkohol dan obat penenang dapat menimbulkan depresi

5) Struktur dan fungsi Otak

Penelitian menunjukkan bahwa orang dengan gangguan bipolar menunjukkan perubahan halus namun signifikan dalam struktur dan fungsi otak. Perubahan ini mungkin terjadi sejak lahir atau berkembang seiring berjalannya waktu dan diyakini berkontribusi terhadap perkembangan gangguan bipolar.

c. Manifestasi Klinis

Ada empat jenis fase suasana hati pada penderita gangguan bipolar, yakni; mania, hipomania, depresi, dan fase campuran. (Prasetyo Yakub, 2023). Berikut adalah tanda dan gejala yang terjadi pada seseorang penyintas gangguan bipolar:

- 1) Fase mania, adalah fase tertinggi pada gangguan bipolar, tanda dan gejalanya antara lain:
 - a) Gembira berlebihan
 - b) Mudah tersinggung sehingga mudah marah
 - c) Merasa dirinya sangat penting
 - d) Merasa kaya atau memiliki kemampuan lebih dibanding orang lain
 - e) Memiliki tanda-tanda psikosis seperti halusinasi dan delusi
 - f) Nafsu seksual meningkat
 - g) Menghambur-hamburkan uang
 - h) Sulit tidur
 - i) Ambisius, impulsif dan provokatif
 - j) Mampu melakukan banyak kegiatan dalam satu waktu
- 2) Fase hipomania, adalah fase mania ringan dari gangguan bipolar perbedaannya adalah penderita yang berada pada tahap ini merasa lebih tenang seakan-akan telah kembali normal serta tidak mengalami halusinasi dan delusi. Tanda dan gejala dari fase hipomania pada gangguan bipolar adalah sebagai berikut:

- a) Bersemangat dan penuh energi dengan munculnya kreativitas
 - b) Bersikap optimis, selalu tampak gembira, lebih aktif dan cepat marah
 - c) Penurunan kebutuhan tidur
- 3) Fase Depresi, adalah fase terendah yang terjadi pada gangguan bipolar tanda dan gejalanya sebagai berikut:
- a) Suasana hati yang murung dan perasaan sedih yang berkepanjangan
 - b) Sering menangis atau ingin menangis tanpa alasan yang jelas
 - c) Kehilangan minat untuk melakukan sesuatu
 - d) Sulit konsentrasi
 - e) Sulit tidur, bangun tidur lebih awal, atau tidur berlebihan
 - f) Merasa tak berguna dan putus asa
 - g) Rendah diri dan kurang percaya diri
 - h) Beranggapan masa depan suram dan pesimistis
 - i) Mudah letih, tak bergairah, tak bertenaga
 - j) Berpikir untuk bunuh diri
- 4) Fase Campuran, adalah gangguan bipolar campuran dari kedua fitur gejala mania atau hipomania dan depresi. Tanda-tanda umum episode campuran termasuk depresi dikombinasikan dengan agitasi, iritabilitas, kegelisahan, insomnia, *distractibility*, dan layangan pikiran (*flight of idea*). Kombinasi energi tinggi dan

rendah membuat suasana hati penderita berisiko tinggi untuk bunuh diri.

d. Klasifikasi

Gangguan bipolar dapat terlihat dalam berbagai bentuk. Beberapa jenis telah diidentifikasi; jenis-jenis tersebut terutama terkait dari pola terjadinya gangguan bipolar: (Prasetyo Yakub, 2023)

- 1) Gangguan Bipolar I: Setidaknya terjadi satu kejadian kegembiraan berlebihan (manik)
- 2) Gangguan Bipolar II: Tidak ada kejadian kegembiraan berlebihan, tetapi setidaknya ada satu kejadian hipomania, dan setidaknya satu kejadian kesedihan berlebihan (*major depressive*)
- 3) *Cyclothymia*: Seperti halnya gangguan bipolar II, tetapi depresinya tidak dapat dikategorikan sebagai kesedihan berlebihan
- 4) *Unipolar* gejala yang diperlihatkan hanya satu gejala depresi saja. Sedangkan pada bipolar 1 dan 2 sama-sama memiliki episode manik dan depresi. Namun perbedaan terletak pada maniknya.

2. Konsep Halusinasi

Diagnosa keperawatan dengan halusinasi menurut Lilik (2016) antara lain :

- a. Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran
- b. Resiko Perilaku Kekerasan
- c. Defisit Perawatan Diri

1) Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi

1) Definisi

Halusinasi adalah persepsi sensori dari suatu obyek tanpa adanya rangsangan dari luar, gangguan persepsi sensori meliputi seluruh pancaindra halusinasi merupakan salah satu gejala gangguan jiwa yang pasien mengalami perubahan sensori persepsi, serta merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, perabaan, atau penciuman, pasien merasakan stimulus yang sebetulnya tidak ada (Yusuf, A 2016).

Halusinasi adalah gangguan atau perubahan persepsi di mana pasien mempersepsikan sesuatu yang sebenarnya tidak terjadi. Suatu penerapan pancaindra tanpa ada rangsangan dari luar, suatu penghayatan yang dialami suatu persepsi melalui pancaindra tanpa stimulus ekstern atau persepsi palsu (Keliat, 2015 dalam Pujiningsih, 2021).

Halusinasi adalah salah satu gejala gangguan jiwa di mana klien mengalami perubahan sensori persepsi, merasakan sensasi palsu yang berupa suara, penglihatan, pengecap, perabaan, atau penghiduan. Klien merasakan stimulus yang sebetulnya tidak ada (Pardede & Laia, 2020).

Halusinasi adalah penerapan tanpa adanya suatu rangsangan (objek) yang jelas dari luar diri klien terhadap pancaindra pada saat klien dalam keadaan sadar atau bangun (kesan atau pengalaman sensori yang salah) (Alfianto, 2021).

Berdasarkan pengertian halusinasi di atas, maka dapat disimpulkan bahwa halusinasi adalah gangguan respons yang diakibatkan oleh stimulus

atau rangsangan yang membuat klien mempersepsikan sesuatu yang sebenarnya tidak ada.

2) Etiologi

Ali (2019) menyatakan bahwa halusinasi pada klien gangguan jiwa disebabkan oleh faktor-faktor berikut ini:

- a) Faktor Predisposisi adalah faktor risiko yang memengaruhi jenis dan jumlah sumber yang dapat dibangkitkan oleh individu untuk mengatasi stres yang diperoleh dari klien maupun keluarganya. Faktor predisposisi meliputi faktor perkembangan, sosiokultural, biokimia, psikologis, dan genetik (Muhith, 2021).

- (1) Faktor Perkembangan: Jika tugas perkembangan mengalami hambatan dan hubungan interpersonal terganggu, maka individu akan mengalami stres dan kecemasan.

- (2) Faktor Sosiokultural: Berbagai faktor di masyarakat dapat menyebabkan seseorang merasa disingkirkan, sehingga orang tersebut merasa kesepian di lingkungan yang membesarkannya.

- (3) Faktor Biokimia: Mempunyai pengaruh terhadap terjadinya gangguan jiwa. Jika seseorang mengalami stres yang berlebihan, maka di dalam tubuhnya akan dihasilkan suatu zat yang dapat bersifat halusinogenik neurokimia seperti Buffofenon dan Dimethytrenferase (DMP).

- (4) Faktor Psikologis: Tipe kepribadian lemah dan tidak bertanggung jawab mudah terjerumus pada penyalahgunaan zat adiktif. Berpengaruh pada ketidakmampuan klien dalam

mengambil keputusan demi masa depannya. Klien lebih memilih kesenangan sesaat dan lari dari alam nyata menuju alam hayal.

- (5) Faktor Genetik: Gen yang berpengaruh dalam skizofrenia belum diketahui, tetapi hasil studi menunjukkan bahwa faktor keluarga menunjukkan hubungan yang sangat berpengaruh pada penyakit

b) Faktor Presipitasi

Respons klien terhadap halusinasi dapat berupa curiga, ketakutan, penasar, tidak aman, gelisah, dan bingung. Menurut (Wenny, 2023) halusinasi dapat dilihat dari 5 dimensi, yaitu sebagai berikut.

- (1) Dimensi Fisik: Halusinasi dapat timbul oleh kondisi fisik seperti kelelahan yang luar biasa, penyalahgunaan obat, demam, kesulitan tidur.
- (2) Dimensi Emosional: Perasaan cemas yang berlebihan atas masalah yang tidak dapat diatasi merupakan penyebab halusinasi berupa perintah memaksa dan menakutkan.
- (3) Dimensi Intelektual: Halusinasi merupakan usaha dari ego untuk melawan implus yang menekan merupakan suatu hal yang menimbulkan kewaspadaan yang dapat mengambil seluruh perhatian klien.
- (4) Dimensi Sosial: Klien mengalami interaksi sosial menganggap hidup bersosialisasi di alam nyata sangat membahayakan. Klien asik dengan halusinasinya seolah merupakan tempat memenuhi

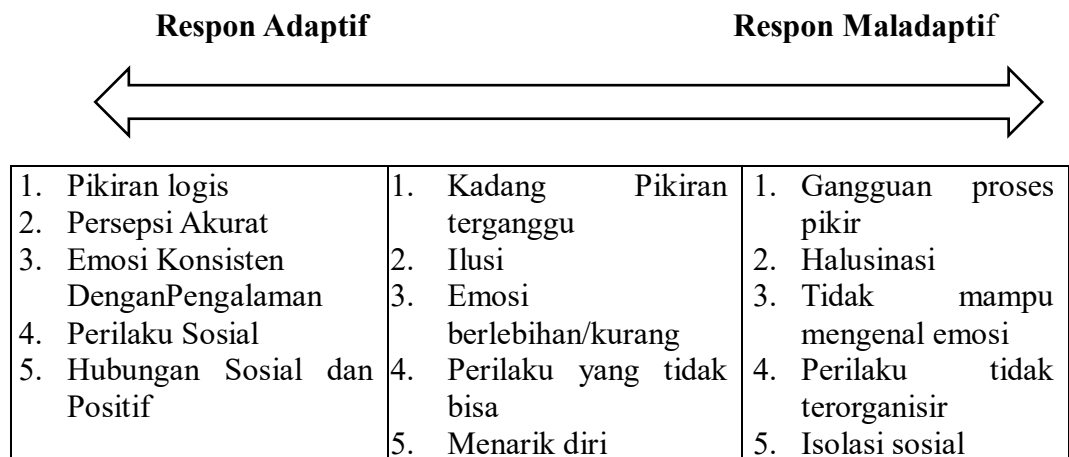
kebutuhan dan interaksi sosial, kontrol diri, atau harga diri yang tidak didapatkan di dunia nyata.

(5) Dimensi Spiritual: Secara spiritual halusinasi mulai dengan keham-paan hidup, rutinitas tidak bermakna, hilangnya aktivitas ibadah, dan jarang berupaya secara spiritual untuk menyucikan diri.

3) Rentang Respon Halusinasi

Bagan 2. 1 Rentang Respon Halusinasi

(Pardede, 2020)



Keterangan :

a) Respon Adaptif

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

- (1) Pikiran logis adalah pandangan yang mengarah pada realitas yang dapat diterima akal
- (2) Persepsi akurat adalah pandangan seseorang tentang peristiwa yang diperhitungkan dengan cermat dan tepat
- (3) Emosi konsisten dengan pengalaman adalah perasaan jiwa yang muncul sesuai dengan peristiwa yang dialami
- (4) Perilaku sosial adalah perbuatan seorang individu atau sesuatu yang berhubungan dengan individu tersebut, yang diwujudkan dalam isyarat atau bahasa yang tidak bertentangan dengan moralitas
- (5) Hubungan sosial adalah proses interaksi dengan orang lain di masyarakat dan lingkungan

b) Respon Psikososial

Adapun respon psikososial sebagai berikut:

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

- (5) Menarik diri bertujuan untuk menghindari hubungan dengan orang lain, baik pada komunikasi ataupun interaksi sosial dengan orang sekitarnya.

c) Respon Maladaptif

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

Gangguan pikiran (waham) adalah kepercayaan yang dianut ketika orang lain tidak mempercayainya dan bertentangan dengan kepercayaan masyarakat.

- (1) Halusinasi adalah gangguan yang timbul karena kesalahan persepsi terhadap suatu rangsangan.
- (2) Gangguan pemrosesan emosional adalah ketidakmampuan untuk mengendalikan emosi, seperti berkurangnya kemampuan untuk mengalami kegembiraan, kebahagiaan, dan keintiman.
- (3) Perilaku tidak teratur (terorganisir) adalah gangguan perilaku yang memanifestasikan dirinya sebagai ketidaksesuaian antara perilaku dan gerakan yang ditampilkan.
- (4) Isolasi sosial adalah keadaan dimana seseorang merasa kesepian dan tidak mau berinteraksi dengan orang lain dan lingkungannya.

4) Fase Halusinasi

Proses halusinasi dimulai dengan serangkaian tahap, yang bisa dipengaruhi oleh tingkat keparahan serta respons individu terhadap rangsangan eksternal. Menurut (Putra, 2020), terdapat beberapa tahap dalam terjadinya halusinasi, diantaranya:

a) Fase Pertama

Pada fase ini halusinasi secara umum menyenangkan. Pada tahap ini, gejala yang dialami tidak termasuk dalam kategori psikotik.

(1) Karakteristik pada fase ini ditandai dengan adanya perasaan bersalah dalam diri pasien dan timbul perasaan takut. Pada tahap ini pasien mencoba menenangkan pikiran untuk mengurangi ansietas. Individu mengetahui bahwa pikiran dan sensori yang dialaminya dapat dikendalikan dan bisa diatasi (nonpsikotik)

(2) Perilaku yang teramati : menyeringai atau tertawa yang tidak sesuai, menggerakkan bibirnya tanpa menimbulkan suara, respon verbal yang lambat, dan diam dan dipenuhi oleh suatu yang mengasyikan.

b) Fase Kedua

Pada fase ini halusinasi bersifat menyalakan, klien mengalami ansietas tingkat berat dan halusinasi bersifat menjijikan untuk klien.

(1) Karakteristiknya mencakup pengalaman sensori yang dialami klien bersifat menjijikan dan menakutkan, klien berusaha untuk menjauhkan dirinya dari sumber yang

dipersepsikan, klien yang merasa malu karena pengalaman sensorinya dan menarik diri dari orang lain (non psikotik).

- (2) Perilaku yang teramati : peningkatan kerja suasana saraf otonom yang menunjukkan timbulnya ansietas seperti peningkatan nadi, tekanan darah dan pernafasan, dipenuhi dengan pengalaman sensori mungkin kehilangan kemampuan untuk membedakan antara halusinasi dan realita.

c) Fase Ketiga

Pada fase ini halusinasi mulai mengendalikan perilaku klien, klien berada pada tingkat ansietas berat. Pengalaman sensori menjadi menguasai klien

- (1) Karakteristiknya mencakup penonjolan bisikan, suara, dan isi halusinasi yang semakin mendominasi, menguasai, dan mengontrol klien. Klien menjadi terbiasa dan tidak memiliki kekuatan terhadap pengaruh halusinasinya.
- (2) Perilaku yang diamati : lebih cenderung mengikuti petunjuk yang diberikan orang oleh halusinasinya daripada menolak, kesulitan berhubungan dengan orang lain, rentang perhatian hanya beberapa menit atau detik, gejala fisik dari ansietas berat seperti berkeringat, tremor, ketidakmampuan mengikuti petunjuk.

d) Fase Keempat

Halusinasi pada fase ini sudah sangat menakutkan dan Tingkat ansietas berada pada Tingkat panik. Secara umum halusinasi menjadi lebih rumit dan saling terkait dengan delusi.

(1) Karakteristiknya mencakup pengalaman sensori menakutkan jika individu mengikuti perintah halusinasinya.

Halusinasi bisa berlangsung selama beberapa jam atau hari apabila tidak diintervensi (psikotik).

(2) Perilaku yang teramati : perilaku menyerang-teror seperti panik, sangat potensial melakukan bunuh diri atau membunuh orang lain, amuk, agitasi dan menarik diri, tidak mampu berespon terhadap petunjuk yang kompleks, tidak mampu berespon terhadap lebih dari satu orang.

5) Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala halusinasi meliputi (Ramadania Arya, 2023) :

1) Data Subjektif

- a) Mendengar suara bisikan atau melihat bayangan
- b) Merasakan sesuatu melalui indera perabaan, penciuman, atau pengecapan
- c) Mendengar suara yang menyuruh melakukan sesuatu
- d) Melihat bayangan, sinar, bentuk geometris, bentuk kartun, hantu atau monster
- e) Merasakan rasa seperti darah, urine atau feses

- f) Merasa takut dan senang dengan halusinasinya
- g) Merasa kesal

2) Data Objektif

- a) Distorsi sensori
- b) Respon tidak sesuai
- c) Bersikap seolah-olah melihat, mendengar, mengecap, meraba atau mencium sesuatu
- d) Menarik diri dari lingkungan
- e) Berdiam diri seperti memikirkan sesuatu
- f) Kurang konsentrasi
- g) Tidak mengetahui waktu, tempat, orang atau situasi yang sedang terjadi
- h) Curiga dan ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas
- i) Melihat atau menunjuk-nunjuk ke suatu tempat atau objek
- j) Berjalan mondar-mandir di tempat yang sama
- k) Berbicara sendiri
- l) Sering meludah
- m) Menutup hidung
- n) Menggaruk-garuk permukaan kulit
- o) Menutup telinga

6) Penatalaksanaan

Penatalaksanaan halusinasi menurut Lilik (2016) terdiri dari:

1) Farmakoterapi

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

- (1) Klasifikasi: Antipsikotik, neuroleptik, butorifenon.
- (2) Indikasi: Mengelola psikosis kronis dan akut, mengendalikan hiperaktivitas dan masalah perilaku yang parah.
- (3) Mekanisme Kerja : Mekanisme kerja yang tepat belum sepenuhnya dipahami, namun terlihat mengurangi aktivitas sistem saraf pusat di tingkat subkortikal formasi retikular otak, mesensefalon, dan batang otak.
- (4) Kontraindikasi: Hipersensitivitas terhadap obat ini, depresi SSP dan sumsum tulang belakang, kerusakan subkortikal otak, penyakit Parkinson, dan anak di bawah 3 tahun.
- (5) Efek Samping: Mengantuk, sakit kepala, kejang, insomnia, pusing, mulut kering, dan anoreksia
- (6) Dosis: 3x5 mg (tiap 8 jam) intra muscular. Dalam keadaan agitasi dan hiperaktif diberikan tablet 2x1.5-2.5 mg per hari.
Dalam Fase kronis diberikan tablet 2x0,5-1 mg perhari.

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

- (1) Klasifikasi : Antipsikotik Phenothiazine, neuroleptic
- (2) Indikasi : Mengatasi gejala psikosis, gangguan bipolar, dan gangguan perilaku
- (3) Mekanisme Kerja: Menghambat reseptor dopamine D2 postsinaps pada jalur mesolimbic serta menghambat pelepasan hormon dari hipotalamus dan hipofisis
- (4) Kontraindikasi : Pasien dengan hipersensitivitas karena dapat menyebabkan anafilaksis, urtikaria, dan angioedema yang dapat mengancam jiwa, pasien dengan riwayat depresi system saraf pusat karena dapat menimbulkan efek depresan pada sistem saraf pusat yang mengakibatkan koma, penekanan sumsum tulang
- (5) Efek Samping : Kantuk, mulut kering, hidung tersumbat, penglihatan buram, sembelit, insomnia (susah tidur) dan tremor.
- (6) Dosis : 25-50 mg diberikan intra muscular setiap 6-8 jam sampai keadaan akut teratasi. Dalam keadaan agitasi dan hiperaktif diberikan tablet 2x100 mg per hari. Dalam Fase kronis diberikan tablet 1x50 mg sehari (malam).

c) Trihexilpenidyl (THP)

- (1) Klasifikasi : Antiparkinson.
- (2) Indikasi : Semua bentuk penyakit Parkinson, gejala ekstra yang terkait dengan pengobatan antiparkinson.

- (3) Mekanisme Kerja: Mengkoreksi ketidak seimbangan antara defisiensi dopamine dan kelebihan asetilkolin di korpus striatum, menghambat efek kolinergik yang berlebihan dengan memblokir sinaps asetilkolin.
- (4) Kontraindikasi : Hipersensitivitas terhadap obat ini, glaukoma sudut tertutup, hiperplasia prostat pada anak di bawah 3 tahun.
- (5) Efek Samping : Mengantuk, pusing, disorientasi, hipotensi, mulut kering, mual, dan muntah.
- (6) Dosis : Dalam keadaan agitasi dan hiperaktif 2x2 mg per hari per oral. Dalam Fase kronis diberikan tablet 1-2 x 2 mg sehari.

2) Psikosomatik

a) Pengikatan

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

b) Terapi Kejang Listrik (*Elektrokonvulsif*)

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

c) Isolasi

Isolasi adalah suatu bentuk terapi dimana klien ditempatkan sendirian di ruangan terpisah untuk mengontrol perilakunya dan melindungi klien, orang lain, dan lingkungan dari potensi bahaya. Namun tidak dianjurkan untuk pasien dengan risiko bunuh diri, pasien gelisah dengan gangguan pengaturan suhu tubuh yang diinduksi obat dan perilaku abnormal.

d) Terapi Deprivasi Tidur

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

3) Terapi Psikososial

a) Terapi Modalitas

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

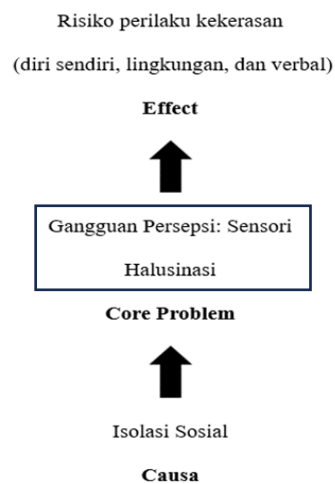
b) Terapi Kelompok

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

7) Pohon Masalah

Bagan 2. 2 Pohon Masalah Halusinasi Menurut

(Keliat, 2016)



b. Resiko Perilaku Kekerasan

1) Definisi

Resiko perilaku kekerasan yaitu perilaku yang dilakukan pasien dengan tujuan mengekspresikan perasaannya dengan mengancam orang lain atau diri sendiri seperti keinginan untuk menyakiti secara fisik, emosional, dan atau verbal (PPNI, 2017).

Resiko perilaku kekerasan adalah kondisi dimana tingkah laku seseorang yang mudah dipengaruhi dan dapat beresiko membahayakan diri individu tersebut, orang didekatnya dan barang-barang disekitar pasien. Kondisi ini terjadi karena perilaku yang disertai dengan amuk,

gaduh gelisah tak terkontrol. resiko perilaku kekerasan ditunjukkan dengan perilaku yang dapat diobservasi atau dalam bentuk data objektif (Direja, 2020).

Dari beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa Resiko perilaku kekerasan adalah suatu kondisi di mana seseorang menunjukkan kecenderungan untuk melakukan tindakan agresif yang dapat membahayakan diri sendiri, orang lain, atau lingkungan sekitarnya. Perilaku ini bisa muncul sebagai bentuk ekspresi emosi yang tidak terkendali dan dapat berupa kekerasan fisik, emosional, maupun verbal.

2) Etiologi

Menurut (Stuart, 2019) etiologi dari resiko perilaku kekerasan yakni sebagai berikut:

a) Faktor Predisposisi

(1) Faktor Biologis :

- (a) Pengaruh neurofisiologi adalah pengaruh dari fungsi sistem saraf
- (b) Pengaruh biokimia adalah pengaruh dari proses kimia yang ada di dalam tubuh dan yang berhubungan dengan organisme hidup
- (c) Pengaruh genetik adalah pengaruh suatu kondisi dimana sifat genetik dimiliki keturunannya

- (d) Gangguan otak adalah kondisi atau kecacatan yang memengaruhi otak, termasuk ingatan, sensasi, bahkan kepribadian.

(2) Faktor Psikologis

Kebahagiaan, keamanan, dan kenyamanan, jika tidak terpenuhi, merusak harga diri dan mengarah pada pengungkapan kekerasan.

(3) Faktor Sosiokultural

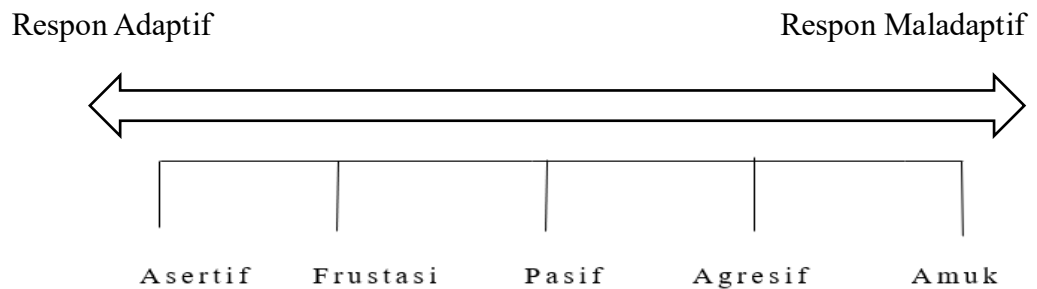
Masyarakat cenderung menerima perilaku kekerasan solusi untuk penyelesaian masalah

b) Faktor Presipitasi

- (1) Internal ialah faktor yang mengakibatkan kelemahan, penurunan, kepercayaan diri serta perasaan takut sakit.
- (2) Eksternal ialah orang yang disayangi hilang krisis dan penganiayaan fisik.
- (3) Mekanisme koping ialah cara yang digunakan individu dalam menyelesaikan masalah, mengatasi perubahan yang terjadi, dan situasi yang mengancam, baik secara kognitif maupun perilaku.

3) Rentang Respon

***Bagan 2. 3 Rentang Respon Resiko Perilaku Kekerasan
(Yusuf, 2016)***



Keterangan :

Asertif : Pernyataan yang dibuat tanpa menyakiti orang lain.

Frustrasi : Tidak dapat memenuhi tujuan, tidak realistis atau konsisten

Pasif : Tanggapan jangka panjang yang tidak dapat diartikulasikan pasien

Agresif : Destruktif namun masih terkendali

Amuk : Perilaku destruktif yang tidak terkendali

4) Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan dapat di nilai dari ungkapan pasien dan didukung dengan hasil obsevasi. (Husni Muhammad, 2023)

a) Data Subjektif

(1) Ungkapan berupa ancaman

- (2) Ungkapan kata-kata kasar
- (3) Ungkapan ingin memukul/melukai

b) Data Objektif

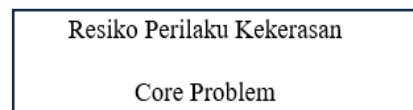
- (1) Wajah memerah dan tegang
- (2) Pandangan tajam
- (3) Mengatupkan rahang yang kuat
- (4) Mengepalkan tangan
- (5) Bicara kasar
- (6) Suara tinggi, menjerit atau berteriak
- (7) Mondar mandir
- (8) Melempar atau memukul benda/orang lain

5) Pohon Masalah

***Bagan 2. 4 Pohon Masalah Resiko Perilaku Kekerasan
(Pardede, 2020)***

Resiko Menciderai (Diri sendiri, Orang lain dan lingkungan)

Effect



Gangguan Konsep Diri Harga Diri Rendah

3. Konsep Defisit Perawatan Diri

1) Definisi

Defisit perawatan diri adalah keadaan seseorang yang mengalami kelainan dalam kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas kehidupan sehari-hari secara mandiri (Sutejo, 2017). Defisit perawatan diri merupakan suatu kondisi dimana seseorang tidak dapat memenuhi kebutuhan mereka sendiri terkait makan, minum, BAB/BAK, mandi, berpakaian serta berhias (Prasetyo, 2023).

Berdasarkan beberapa pengertian defisit perawatan diri merupakan ketidakmampuan seseorang dalam menyelesaikan kegiatan sehari-hari seperti menjaga kebersihan diri, makan, berpakaian serta memenuhi kebutuhan eliminasi secara mandiri, bila tidak ditangani dengan baik maka akan beresiko mengalami gangguan integritas kulit dan terjadinya penumpukan kotoran pada organ tubuh yang lain.

2) Etiologi

Menurut (Husni Muhammad, 2023) terdapat beberapa faktor predisposisi yang memengaruhi defisit dalam perawatan diri:

a) Faktor Predisposisi

- (1) Biologis, seringkali defisit perawatan diri disebabkan karena adanya penyakit fisik dan mental yang menyebabkan pasien tidak mampu melakukan perawatan diri dan adanya faktor herediter yaitu ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.

(2) Psikologis, faktor perkembangan memegang peranan yang tidak kalah penting di karenakan keluarga terlalu sering melindungi dan memanjakan individu sehingga perkembangan inisiatif terganggu. Pasien gangguan jiwa mengalami defisit perawatan diri di karenakan kemampuan realitas yang kurang sehingga menyebabkan pasien tidak peduli terhadap diri dan lingkungannya termasuk perawatan diri.

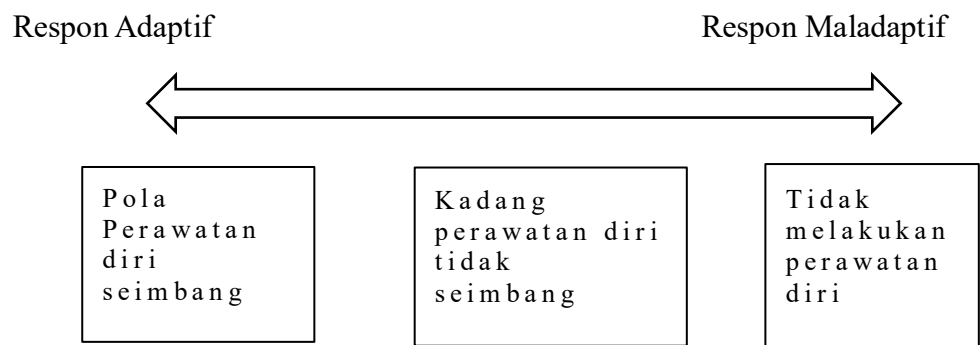
(3) Sosial, kurangnya dukungan sosial dan lingkungan mengakibatkan penurunan kemampuan dalam perawatan diri.

b) Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi yang dapat menimbulkan defisit perawatan diri adalah penurunan motivasi, kerusakan kognitif atau persepsi, cemas, lelah, lemah yang di alami individu sehingga menyebabkan individu kurang mampu melakukan perawatan diri.

3) Rentang Respon

***Bagan 2. 5 Rentang Respon Defisit Perawatan Diri Menurut
(Yanti, RD, & Putri, 2021)***



Keterangan :

- Pola perawatan diri yang seimbang terjadi ketika klien menghadapi stresor dan mampu bereaksi dengan perilaku yang sesuai dengan kondisinya saat itu.
- Terkadang, perawatan diri menjadi tidak seimbang ketika klien mengalami stresor, dan reaksinya mungkin sesuai dengan tekanan yang dialaminya atau kadang-kadang mengabaikan perawatan diri.
- Klien tidak melakukan perawatan diri ketika mereka tidak memperhatikan keadaan mereka dan tidak mampu merespons stresor yang mereka alami dengan melakukan perawatan diri.

4) Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala defisit perawatan diri pada pasien menurut (Husni Muhammad, 2023) mencakup tiga aspek utama: fisik, psikologis dan sosial

a) Gejala fisik

Indikator yang menunjukkan adanya defisit perawatan diri antara lain adalah bau badan yang menyengat, pakaian yang terlihat kotor, kondisi rambut dan kulit yang tidak bersih, kuku yang panjang dan terdapat kotoran, gigi yang tidak bersih disertai bau mulut, serta penampilan yang kurang rapih dan tidak segar.

b) Gejala psikologis

Secara psikologis pasien dengan defisit perawatan diri terlihat malas, kurangnya inisiatif, menarik diri (isolasi diri), merasa tidak berdaya, rendah diri, dan merasa hina.

c) Gejala sosial

Perilaku sosial pasien ditandai dengan kurangnya interaksi dan keterlibatan dalam kegiatan, ketidakmampuan menyesuaikan diri dengan norma sosial, pola makan yang tidak teratur, tidak adanya upaya perawatan diri, eliminasi yang tidak terkontrol (BAB dan BAK di sembarang tempat), serta ketidakmampuan mandiri dalam melakukan kebersihan diri seperti menggosok gigi dan mandi. Konsekuensi dari gejala-gejala ini adalah gangguan pada kesehatan fisik, termasuk masalah integritas kulit, gangguan membrane mukosa mulut, infeksi mata dan telinga, serta kelainan pada kuku. Dampak psikososialnya meliputi masalah sosial terkait kenutuhan personal hygiene, gangguan kebutuhan rasa aman dan nyaman,

kebutuhan akan cinta dan kasih sayang, kebutuhan harga diri, kebutuhan aktualisasi diri, serta munculnya intoleransi sosial.

5) Penatalaksanaan

Menurut (Safitri, 2020) perencanaan untuk klien defisit perawatan diri juga ditujukan untuk keluarga sehingga keluarga mampu mengarahkan klien dalam melakukan perawatan diri. Tindakan keperawatan defisit perawatan diri sebagai berikut :

a) Mengidentifikasi Tanda dan Gejala, Penyebab, dan Dampak dari Defisit Perawatan Diri:

- (1) Menyusun daftar tanda dan gejala, penyebab, dan konsekuensi dari defisit perawatan diri.
- (2) Memperjelas proses perawatan diri, seperti mandi, dengan bertanya tentang alasan ketidakmauan, kebiasaan mandi, manfaatnya, perlengkapan yang diperlukan, dan teknik mandi yang tepat.
- (3) Melatih pasien dalam melakukan perawatan diri.
- (4) Membantu pasien menyisipkan kegiatan mandi ke dalam rutinitas harian mereka.

b) Pelatihan Perawatan Diri untuk Menjaga Kebersihan: Berhias

- (1) Membantu pasien dalam menambahkan kegiatan berdandan ke dalam rutinitas harian mereka.
- (2) Membahas cara-cara perawatan diri yang berkaitan dengan berdandan, termasuk alat yang diperlukan, langkah-langkah

dalam berdandan, waktu yang tepat untuk berdandan, manfaatnya, dan dampaknya jika tidak melakukannya.

(3) Melatih pasien dalam proses berdandan.

(4) Mendukung pasien dalam memasukkan kegiatan berdandan ke dalam jadwal harian mereka.

c) Pelatihan Cara Melakukan Perawatan Diri: Makan/Minum

(1) Berdiskusi tentang perawatan diri dalam hal makan/minum, termasuk alat yang dibutuhkan, teknik makan/minum yang benar, waktu yang tepat untuk makan/minum, manfaatnya, dan konsekuensi jika tidak melakukannya.

(2) Melatih pasien dalam teknik makan/minum yang benar.

(3) Membantu pasien mengintegrasikan kegiatan makan/minum ke dalam rutinitas harian mereka.

d) Pelatihan Cara Melakukan Perawatan Diri: BAB/BAK

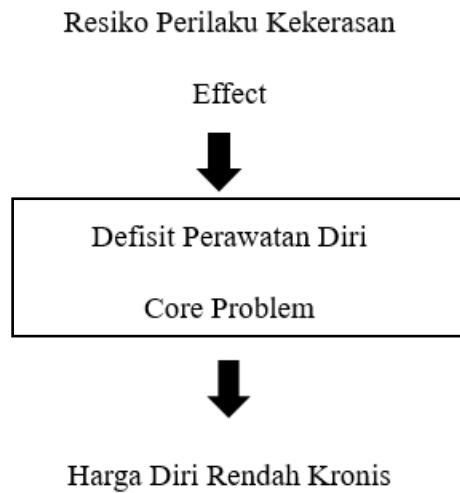
(1) Mendiskusikan proses perawatan diri untuk BAB/BAK, termasuk alat yang diperlukan, langkah-langkah yang tepat, manfaat dari BAB/BAK yang benar, dan konsekuensi jika tidak dilakukan dengan benar.

(2) Melatih pasien dalam teknik perawatan diri untuk BAB/BAK.

(3) Membantu pasien menyisipkan kegiatan BAB/BAK ke dalam jadwal harian mereka.

6) Pohon Masalah

Bagan 2. 6 Pohon Masalah Defisit Perawatan Diri



B. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal pada proses keperawatan yang dilakukan secara sistematis dalam mengumpulkan data tentang individu, keluarga, dan kelompok. Pengkajian harus dilakukan secara komprehensif yang meliputi aspek biologis, psikologis, sosial dan spiritual (Juwita, et al., 2022).

a. Identitas

Meliputi informasi tentang identitas pasien, seperti nama, usia, jenis kelamin, status pernikahan, keyakinan keagamaan, tanggal kedatangan pasien, orang yang memberikan informasi, tanggal pengkajian, dan Alamat.

b. Keluhan Utama

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

c. Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi merujuk pada risiko-risiko yang memengaruhi jenis dan jumlah sumber yang dapat digunakan individu untuk mengatasi stres. Informasi ini dapat diperoleh dari pasien maupun keluarganya, mengenai faktor-faktor seperti perkembangan sosial-kultural, biokimia, psikologis, dan genetik yang memengaruhi jenis dan jumlah sumber yang dapat digunakan individu untuk mengatasi stres.

- 1) Faktor Perkembangan : Ketika individu mengalami hambatan dalam mencapai tugas perkembangannya atau mengalami gangguan dalam hubungan interpersonal, mereka cenderung mengalami stres dan kecemasan.

- 2) Faktor sosial-kultural : Berbagai faktor di masyarakat dapat membuat seseorang merasa terasing atau kesepian terhadap lingkungan di mana mereka dibesarkan.
- 3) Faktor Biokimia : Stres yang berlebihan dapat menyebabkan tubuh menghasilkan zat neurokimia yang bersifat halusinogenik.
- 4) Faktor Psikologis : Hubungan interpersonal yang tidak sehat, konflik yang tidak terpecahkan, atau penolakan dapat meningkatkan tingkat stres dan kecemasan, bahkan mungkin menyebabkan gangguan persepsi seperti halusinasi.
- 5) Faktor Genetik : Meskipun pengaruh genetik pada bipolar belum sepenuhnya dipahami, studi menunjukkan bahwa faktor-faktor keluarga memiliki keterkaitan yang signifikan dengan penyakit ini.

d. Faktor Presipitasi

Stimulasi berulang dari lingkungan, seperti terlibat dalam kelompok, interaksi yang berkepanjangan dengan objek di sekitar, atau suasana yang sepi atau terisolasi, seringkali menjadi pemicu halusinasi. Hal ini dapat meningkatkan tingkat stres dan kecemasan, yang pada gilirannya merangsang tubuh untuk menghasilkan zat-zat halusinogenik.

e. Penilaian Terhadap Stressor

- 1) Aspek Kognitif : Kesulitan berpikir secara logis, kekacauan dalam aliran pikiran, gangguan memori baik jangka panjang

maupun pendek, disorientasi, kesulitan berkonsentrasi, kesulitan dalam pengambilan keputusan, gangguan berbicara, dan perubahan isi pikiran.

- 2) Aspek Afektif : Reaksi kecemasan umum, ekspresi kegembiraan yang berlebihan, kesedihan yang berkepanjangan, kecemasan yang berlebihan, curiga yang berlebihan, dan respons defensif yang sensitif.
- 3) Aspek Fisiologis : Gejala seperti pusing, kelelahan, keletihan, peningkatan denyut jantung, keringat dingin, gangguan tidur, wajah memerah atau tegang, peningkatan frekuensi pernapasan, dan ketidakseimbangan neurotransmitter dopamine dan serotonin.
- 4) Aspek Perilaku : Perilaku yang sesuai dengan isi halusinasi, seperti berbicara dan tertawa sendiri, kesulitan dalam menilai diri sendiri, kurangnya kendali diri, penampilan tidak terawat, tindakan yang terulang-ulang, perilaku agresif, gelisah, negativisme, kesulitan dalam menyelesaikan tugas, kaku, gerakan mata yang tidak wajar, gaya berjalan yang tidak biasa, kejang-kejang, dan gerakan bibir tanpa tujuan.
- 5) Aspek Sosial : Kesulitan dalam berkomunikasi, keengganan berinteraksi dengan lingkungan, penurunan kemampuan bersosialisasi, keparanoidan, kebersihan pribadi yang buruk, kesulitan dalam berinteraksi sosial, kurang minat dalam

aktivitas yang menghibur, perilaku seksual yang deviatif, dan penarikan diri dari interaksi sosial.

f. Pemeriksaan Fisik

Biasanya, aspek yang diperiksa mencakup Tanda Tanda Vital (Tekanan Darah, Nadi, Pernapasan, dan Suhu), tinggi tubuh, berat badan dan keluhan fisik lainnya.

g. Psikososial

1) Genogram

Biasanya, genogram disusun untuk tiga generasi, yang mencakup garis keturunan keluarga klien, apakah ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa serupa dengan klien, pola komunikasi keluarga klien, pola asuh, dan siapa yang bertanggung jawab dalam pengambilan keputusan di keluarga.

2) Konsep Diri

Konsep diri meliputi aspek berikut:

a) Identitas Diri

Menanyakan kepuasan klien dengan jenis kelaminnya, serta kepuasan klien dengan statusnya di dalam keluarga dan masyarakat. Umumnya, interaksi klien dengan keluarga maupun masyarakat tidak efektif sehingga klien merasa tidak puas dengan status atau posisinya sebagai anggota keluarga dan masyarakat.

b) Peran Diri

Umumnya, klien mengalami kesulitan dalam menjalankan peran dan tugasnya sebagai anggota keluarga dalam masyarakat.

c) Ideal Diri

Menanyakan harapan klien terhadap penyakitnya.

Umumnya, klien berharap untuk segera pulang dan diperlakukan dengan baik oleh keluarga atau masyarakat agar dapat menjalankan perannya sebagai anggota keluarga atau masyarakat dengan baik.

d) Harga Diri

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

3) Hubungan Sosial

Mintalah klien untuk mengidentifikasi orang yang paling dekat dalam kehidupannya dan kelompok mana yang diikutinya dalam masyarakat. Secara umum, klien cenderung dekat dengan kedua orang tuanya, terutama ibunya. Hal ini karena klien sering menunjukkan kemarahan, menggunakan bahasa kasar, atau bahkan melakukan kekerasan fisik terhadap orang lain. Akibatnya, klien jarang berkunjung ke

rumah tetangga dan tidak aktif dalam kegiatan yang diadakan di lingkungan masyarakat.

4) Spiritual

a) Nilai dan Keyakinan

Mintalah klien untuk mengidentifikasi orang yang paling dekat dalam kehidupannya dan kelompok mana yang diikutinya dalam masyarakat. Secara umum, klien cenderung dekat dengan kedua orang tuanya, terutama ibunya. Hal ini karena klien sering menunjukkan kemarahan, menggunakan bahasa kasar, atau bahkan melakukan kekerasan fisik terhadap orang lain. Akibatnya, klien jarang berkunjung ke rumah tetangga dan tidak aktif dalam kegiatan yang diadakan di lingkungan masyarakat.

b) Kegiatan Ibadah

Tanyakan kepada klien mengenai kegiatan ibadah yang dilakukan di rumah, baik secara individu maupun secara bersama-sama dengan kelompok. Secara umum, klien jarang melakukan ibadah sesuai dengan keyakinannya.

h. Status Mental

1) Penampilan

Melakukan pengamatan terhadap penampilan klien dari ujung rambut hingga ujung kaki, termasuk aspek seperti rambut yang berantakan, kancing baju yang tidak terpasang dengan benar, pakaian yang terbalik, dan pilihan pakaian yang tidak sesuai. Secara umum, klien menunjukkan penampilan yang kurang rapi, dengan rambut yang berantakan, masalah kebersihan mulut dan gigi, serta aroma tubuh yang tidak sedap.

2) Pembicaraan

Mengamati pola bicara klien, apakah itu cepat, keras, gagap, membisu, apatis, lambat, atau berpindah-pindah dari satu topik ke topik lain. Secara umum, klien cenderung berbicara dengan lambat dan kesulitan untuk memulai percakapan

3) Aktivitas Motorik

Melakukan pengamatan terhadap gerakan fisik klien. Pada umumnya, klien terlihat gelisah, sering berjalan mondar-mandir, dan melakukan gerakan mulut yang menyerupai berbicara.

4) Alam Perasaan

Mengamati kondisi emosional klien, apakah itu sedih, putus asa, gembira berlebihan, atau marah tanpa alasan yang jelas.

5) Afek

Mengamati ekspresi emosi klien, apakah itu stabil atau labil tanpa adanya pemicu yang jelas. Kadang-kadang, klien dapat menunjukkan perubahan mendadak dalam ekspresi emosi, seperti menangis tiba-tiba atau menjadi sedih tanpa alasan yang jelas.

5) Interaksi Selama Wawancara

Mengamati perilaku klien selama sesi wawancara. Pada umumnya, klien menunjukkan perilaku yang kurang kooperatif, sering diam, dan mengalihkan pandangan mata ketika diajak berbicara

6) Presepsi

Mengamati jenis halusinasi yang dialami oleh klien, seperti pendengaran, penglihatan, perasaan sentuhan, atau pengecapan. Secara umum, klien cenderung mengalami halusinasi pendengaran, penglihatan, atau sentuhan, yang sering kali tidak nyata dan tidak dapat dijelaskan.

7) Proses Pikir

Mengamati proses berpikir klien selama wawancara, apakah itu terhenti atau terputus. Pada umumnya, klien cenderung diam sejenak sebelum menjawab pertanyaan, seolah-olah sedang merenung, dan kadang-kadang jawaban yang

diberikan tidak lengkap atau disertai dengan jeda yang panjang.

8) Isi Pikir

Mengamati konten atau isi pikiran klien selama wawancara.

Pada umumnya, klien lebih memilih untuk menyendiri daripada berinteraksi dengan orang lain.

9) Tingkat Kesadaran

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

10) Memori

Mengamati gangguan dalam fungsi memori klien, terutama bagi klien dengan gangguan persepsi sensorik seperti halusinasi pendengaran. Klien mungkin memiliki ingatan yang tidak konsisten atau tidak sesuai dengan kenyataan.

11) Tingkat Konsentrasi dan Berhitung

Mengamati kemampuan konsentrasi dan berhitung klien selama wawancara. Klien mungkin kesulitan untuk berkonsentrasi atau mengingat informasi, dan sering meminta ulangan dalam percakapan.

12) Kemampuan Penilaian

Mengamati kemampuan klien dalam membuat keputusan.

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

13) Daya Titik Diri

Mengamati pemahaman klien tentang penyakit yang dideritanya, terutama bagi klien dengan gangguan persepsi sensorik seperti halusinasi pendengaran. Klien mungkin menyadari bahwa mereka sedang menjalani pengobatan untuk mengendalikan gejala emosional yang labil.

i. Kebutuhan Persiapan Pulang

1) Makan

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

2) BAB/BAK

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

3) Mandi

Tanyakan dan amati seberapa sering klien mandi, metode mandi, menyikat gigi, mencuci rambut, gunting kuku, dan

bercukur, serta perhatikan tingkat kebersihan tubuh dan bau badan klien.

4) Berpakaian

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

5) Istirahat dan Tidur

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

6) Penggunaan Obat

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

7) Pemeliharaan Kesehatan

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

8) Kegiatan Dalam Rumah

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

9) Kegiatan Di Luar Rumah

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

j. Status Mental

Informasi diperoleh melalui sesi wawancara dengan klien atau anggota keluarganya. Berikan tanda centang pada kotak koping yang dimiliki klien, baik yang bersifat adaptif maupun maladaptif.

k. Pengetahuan

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

l. Aspek Medis

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

2. Analisa Data

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

Tabel 2. 1 Analisa Data

Data	Masalah
DS : 1. Mendengar suara bisikan atau melihat bayangan 2. Merasakan sesuatu melalui indera perabaan, penciuman, atau pengecapan 3. Mendengar suara yang menyuruh melakukan sesuatu 4. Melihat bayangan, sinar, bentuk geometris, bentuk kartun, hantu atau monster 5. Merasa takut dan senang dengan halusinasinya 6. Menyatakan kesal DO : 1. Distorsi sensori 2. Respon tidak sesuai 3. Bersikap seolah-olah melihat, mendengar, mengecap, meraba atau mencium sesuatu 4. Menarik diri dari lingkungan 5. Melihat atau menunjuk-nunjuk ke suatu tempat atau objek 6. Berjalan mondar-mandir di tempat yang sama 7. Berbicara sendiri	Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran
DS : 1. Klien mengatakan sering marah 2. Klien mengatakan sering melempar barang barang 3. Klien mengatakan suka tempramen 4. Mengucapkan kata-kata kasar 5. Mengeluarkan suara keras, berteriak atau menjerit 6. Mengancam baik secara verbal maupun fisik DO : 1. Wajah memerah dan tegang 2. Mata menatap tajam 3. Mengigit gigi dengan kuat 4. Menggenggam tangan erat	Resiko Perilaku Kekerasan

DS : 1. Klien menyatakan malas mandi. 2. Klien tidak ingin menyisir rambut. 3. Klien tidak ingin menggosok gigi. 4. Klien tidak ingin memotong kuku. 5. Klien tidak ingin berhias atau berdandan. 6. Klien melakukan BAB dan BAK sembarangan. DO : 1. Badan bau, pakaian kotor 2. Rambut dan kulit kotor 3. Kuku panjang dan kotor 4. Gigi kotor disertai mulut bau 5. Penampilan tidak rapi. 6. BAK dan BAB di sembarang tempat, gosok gigi dan mandi tidak mampu mandiri.	Defisit Perawatan Diri
--	------------------------

3. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merujuk pada penilaian klinis mengenai tanggapan aktual atau potensial individu, keluarga, atau masyarakat terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan. Rumusan diagnosis terdiri dari permasalahan yang terkait dengan etiologi, dengan hubungan sebab-akibat yang didasarkan pada ilmu pengetahuan. Rumusan diagnosis keperawatan jiwa mengacu pada kerangka pemikiran yang telah ditetapkan, seperti pohon masalah. Diagnosa keperawatan yang muncul antara lain (Lilik, 2016)

- a. Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran
- b. Resiko Perilaku Kekerasan
- c. Defisit Perawatan Diri

4. Intervensi Keperawatan

Tabel 2. 2 Intervensi Keperawatan

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1.	Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran	1) Klien dapat mengontrol halusinasi dengan cara mengahardik 2) Klien dapat mengontrol halusinasi dengan cara bercakap – cakap 3) Klien dapat mengontrol halusinasi dengan memasukkan jadwal kegiatan harian sehari – hari	Setelah dilakukan tindakan keperawatan di harapkan halusinasi berkurang dengan kriteria hasil: 1) Klien mampu melakukan cara menghardik 2) Klien mampu mengontrol halusinasi dengan cara bercakap – cakap 3) Klien mampu memasukkan kegiatan harian yang sudah dilakukan	SP I 1) Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik 2) Identifikasi jenis ,isi,waktu, frekuensi dan situasi halusinasi klien 3) Anjurkan kepada klien cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik 4) Menganjurkan klien memasukkan cara menghardik	SP I 1) Supaya klien bisa lebih percaya kepada perawat 2) Untuk mengetahui jenis,isi, waktu, frekuensi dan situasi pemicu halusinasi klien 3) Supaya klien bisa mengontrol halusinasi dengan cara menghardik 4) Klien dapat memasukkan cara menghardik ke dalam jadwal kegiatan harian

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
		4) Klien dapat mengontrol halusinasinya dengan meminum obat secara teratur	4) Klien mampu melaksanakan Memakan obat secara teratur	ke dalam jadwal kegiatan harian SP II 1) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien 2) Melatih klien mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap – cakap dengan orang lain 3) Menganjurkan klien memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian SP III 1) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien 2) Melatih klien mengendalikan halusinasi dengan	SP II 1) Untuk mengetahui jadwal kegiatan harian klien 2) Supaya klien bisa mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap – cakap 3) Supaya klien bisa memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian SP III 1) Untuk mengetahui jadwal kegiatan harian klien 2) Supaya klien bisa mengalihkan halusinasi dengan cara melakukan kegiatan 3) upaya klien bisa memasukan ke dalam jadwal

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
				cara melakukan kegiatan 3) Menganjurkan klien memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian SP IV 1) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien 2) Memberikan penkes tentang cara penggunaan obat secara teratur 3) Menganjurkan klien memasukan kedalam jadwal kegiatan harian klien	kegiatan harian klien SP IV 1) Untuk mengetahui jadwal kegiatan harian klien 2) Supaya klien tahu manfaat minum obat secara teratur 3) Supaya klien bisa memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian klien
2.	Resiko Perilaku Kekerasan	1) Klien mampu mengontrol perilaku kekerasan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan perilaku kekerasan menurun dengan kriteria hasil:	SP I 1) Mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan	SP I 1) untuk mengetahui penyebab perilaku kekerasan

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
		dengan cara fisik I: Tarik nafas dalam 2) Klien mampu mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik II: pukul bantal dan kasur 3) Klien mampu mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal/sosial 4) Klien mampu mengontrol perilaku kekerasan	1) Klien mampu mempraktika latihan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara tarik nafas dalam 2) Klien mampu mempraktikan latihan cara II dengan pukul bantal dan kasur 3) Klien dapat mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal/sosial 4) Klien dapat mengontrol perilaku kekerasan dengan spritual dengan mendekatkan diri kepada Allah Swt	2) Mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan 3) Mengidentifikasi perilaku kekerasan yang dilakukan 4) Mengidentifikasi akibat dari perilaku kekerasan 5) Membantu klien mempraktikan latihan cara mengontrol perilaku kekerasan secara fisik 1: latihan nafas dalam 6) Menganjurkan klien memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian klien	2) Untuk mengetahui tanda dan gejala perilaku kekerasan 3) Untuk mengetahui perilaku kekerasan yang dilakukan 4) Untuk mengetahui akibat dari perilaku kekerasan 5) Supaya klien bisa mempraktikan mengontrol perilaku kekerasan dengan cara 1: tarik nafas dalam\ 6) Supaya klien bisa memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian klien SP II 1) Untuk mengetahui jadwal kegiatan harian klien 2) Supaya klien bisa mempraktikan

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
		dengan cara spiritual 5) Klien mampu mengontrol perilaku kekerasan dengan minum obat	5) Klien mengetahui manfaat minum obat secara teratur	SP II 1) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien 2) Melatih klien cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik II: pukul kasur dan bantal 3) Menganjurkan klien memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian SP III 1) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien 2) Melatih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal/sosial 3) Menganjurkan klien memasukan	mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik II: pukul bantal dan Kasur 3) Supaya klien bisa memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian klien SP III 1) Untuk mengetahui jadwal kegiatan harian klien 2) Supaya klien bisa mengontroperilaku kekerasan dengan cara verbal/sosial 3) supaya klien bisa memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian klien

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
				kedalam kegiatan harian SP IV 1) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien 2) Melatih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual 3) Mengajarkan klien ke dalam jadwal kegiatan harian klien SP V 1) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien 2) Melatih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan minum obat secara	SP IV 1) Untuk mengetahui jadwal kegiatan harian klien 2) Supaya klien bisa mengontrol halusinasinya dengan cara spiritual 3) Supaya klien bisa memasukkan dalam jadwal kegiatan harian klien SP V 1) Untuk mengetahui jadwal kegiatan harian klien 2) Supaya klien bisa mengontrol perilaku kekerasan dengan minum obat secara teratur

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
				3) Menganjurkan klien memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian	3) Supaya klien bisa memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian klien
3.	Defisit Perawatan Diri	1) Klien mampu melakukan kebersihan diri 2) Klien mampu melakukan berhias/ berdandan secara baik 3) Klien mampu melakukan makan dengan baik 4) Klien mampu melakukan BAB/BAK	Setelah dilakukan tindakan keperawatan defisit perawatan diri di harapkan membaik dengan kriteria hasil: 1) Klien mampu membersihkan diri dengan cara mandi 2) Klien mampu berhias dan berdandan dengan baik 3) Klien mampu makan secara mandiri 4) Klien mampu melakukan BAB/BAK secara	SP I 1) Menjelaskan pentingnya kebersihan diri 2) Menjelaskan cara menjaga kebersihan diri 3) Membantu pasien mempraktikan cara membersihkan diri 4) Menganjurkan pasien memasukan dalam jadwal kegiatan harian SP II 1) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien 2) Menjelaskan cara berdandan	SP I 1) Untuk mengetahui pentingnya kebersihan diri 2) Untuk mengetahui cara menjaga kebersihan diri 3) Supaya klien tau cara membersihkan diri 4) Supaya klien bisa memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian SP II 1) Untuk mengetahui jadwal kegiatan harian klien 2) Supaya mengetauai cara berdandan

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
		secara mandiri	mandiri dengan baik	3) Membantu pasien mempraktikan cara berdandan 4) Menganjurkan pasien memasukan dalam jadwal kegiatan harian SP III 1) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien 2) Menjelaskan cara makan yang baik 3) Membantu klien mempraktikan cara makan yang baik 4) Menganjurkan klien memasukan dalam jadwal kegiatan harian klien	3) Supaya klien bisa mempraktikan berdandan dengan baik 4) Supaya klien bisa memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian SP III 1) Untuk mengetahui kegiatan harian klien 2) Supaya klien mengetahui cara makan yang baik 3) Supaya klien bisa mempraktikan cara makan yang baik 4) Supaya kllien bisa memasukan ke dalam jadwal harian

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
				SP IV 1) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien 2) Menjelaskan cara eliminasi BAB/BAK dengan baik 3) Membantu pasien mempraktikan cara BAB/BAK dengan baik 4) Menganjurkan memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian klien	SP IV 1) Untuk mengetahui jadwal kegiatan harian klien 2) Supaya mengetahui cara eliminasi dengan baik 3) Supaya klien bisa mempraktikan cara BAB/BAK dengan baik dan benar 4) Supaya klien bisa memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian.

5. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah pengelolaan dan perwujudan rencana keperawatan yang sudah di susun dalam tahap perencanaan. untuk kesuksesan implementasi keperawatan supaya sesuai dengan rencana keperawatan, perawat harus mempunyai keahlian kognitif, hubungan interpersonal, dan keterampilan dalam melakukan tindakan. Implementasi/pelaksanaan keperawatan adalah realisasi tindakan untuk mencapai tujuan yang telah di tetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru. (Hadinata Dian, 2022)

6. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Evaluasi mengacu kepada penilaian, tahapan dan perbaikan. Dalam evaluasi, perawat menilai reaksi klien terhadap intervensi yang telah diberikan dan menetapkan apa yang menjadi sasaran dari rencana keperawatan dapat diterima.

Perawat menetapkan kembali informasi baru yang diberikan kepada klien untuk mengganti atau menghapus diagnosa keperawatan, tujuan atau intervensi keperawatan. Evaluasi juga membantu perawat dalam menentukan target dari suatu hasil yang ingin dicapai berdasarkan keputusan bersama antara perawat dan klien. Evaluasi berfokus pada

individu klien dan kelompok dari klien itu sendiri. Kemampuan dalam pengetahuan standar asuhan keperawatan, respon klien yang normal terhadap tindakan keperawatan. (Hadinata Dian, 2022)

Evaluasi dapat diterapkan menggunakan pendekatan SOAP sebagai kerangka berpikir, di mana masing-masing hurufnya akan dijabarkan sebagai berikut (Sianturi, 2022):

S : Tanggapan subjektif dari pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan.

O : Observasi atau data objektif mengenai respons pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan.

A : Analisis kembali terhadap data subjektif untuk menentukan apakah terdapat masalah baru atau kontraindikasi dengan masalah yang telah ada.

P : Perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisis atas respons pasien.

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan Kasus

1. Pengkajian

a. Pengumpulan Data

1) Identitas Klien

Nama	: Ny. D
Tempat Tanggal lahir	: Bandung, 1 Desember 1997
Umur	: 28 Tahun
Jenis Kelamin	: Perempuan
Pendidikan	: SMA
Agama	: Islam
Status Pernikahan	: Janda
Alamat	: Taman Sari RT 04 / RW 11 Sindanglaya, Bandung
Tanggal Masuk	: 27 Juli 2023
Tanggal Pengkajian	: 24 April 2025
No. RM	: 013873

2) Identitas Penanggung Jawab

Nama	: Ny. M
Umur	: 51 Tahun
Jenis Kelamin	: Perempuan

Agama : Islam

Hubungan dengan Klien : Ibu kandung

b. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada saat dikaji pada tanggal 24 April 2025 di Klinik Nur Illahi Assanie Samarang Garut. Klien mengatakan ada suara yang selalu memanggil dan bertanya ketika klien melakukan kegiatan aktivitas sehari-hari. Bisikan itu muncul dengan membisikan “ Kak Dea, kak dea kapan pulang? Kapan main lagi?” sehingga mengganggu klien, klien mengatakan saat mendengar bisikan itu tidak tentu waktunya dan bisikan itu muncul ketika klien sendiri dan pada saat ingin tidur. Klien mengatakan pada saat bisikan itu muncul terkadang klien menjawab “ siapa itu?” dan ada kalanya dibiarkan saja

c. Faktor Predisposisi

1) Riwayat Gangguan Jiwa Dahulu

Klien mengatakan sudah pernah mengalami gangguan jiwa pada saat berusia 16 tahun dan sebelumnya sudah pernah di rawat di RSJD Cisarua Bandung

2) Riwayat Pengobatan Sebelumnya

Sebelumnya klien menjalani pengobatan selama 3 bulan di Klinik Nur Illahi Assanie Samarang Garut kemudian pulang pada bulan Agustus dan klien kambuh lagi sehingga dibawa

kembali ke Klinik Nur Illahi Assanie Samarang Garut pada bulan Desember.

3) Riwayat Anggota Keluarga yang Mengalami Gangguan Jiwa

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

4) Pengalaman Masa Lalu yang Tidak Menyenangkan

Klien mengatakan pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan yaitu bercerai dengan suaminya

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

Klien mengatakan tidak pernah mengalami aniaya fisik, seksual, dan tindakan kriminal dalam keluarganya

d. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum : Composmentis

2) Tanda – Tanda Vital

Tekanan Darah : 110/70 mmHg

Nadi : 85x/menit

Suhu : 36° c

Respirasi : 19x/menit

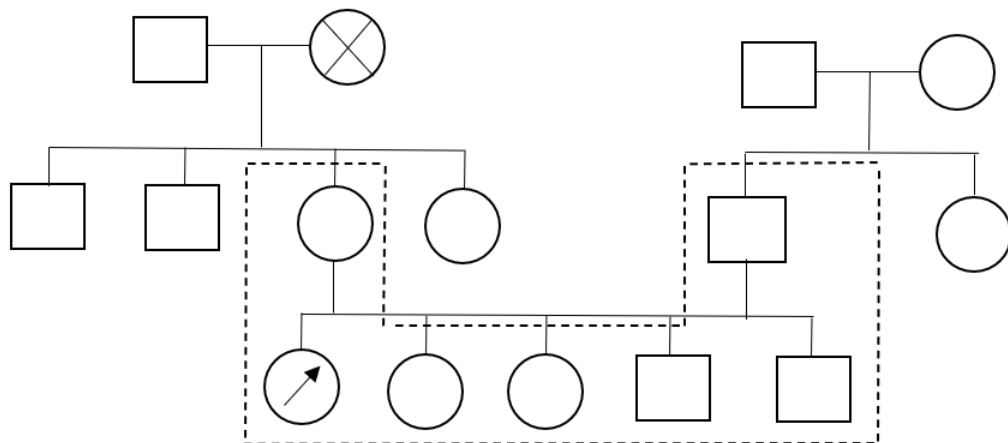
3) Pemeriksaan Antropometri

Tinggi Badan : 156 cm

Berat Badan : 51 kg

e. Psikososial

1) Genogram

Bagan 3. 1 Genogram

Keterangan :



: Laki – laki



: Perempuan



: Laki – laki Meninggal



: Perempuan Meninggal



: Klien



: Garis Keturunan



: Garis Pernikahan

..... : Tinggal serumah

Keterangan :

Klien sudah 5 bulan berada di Klinik Nur Illahi Assanie Samarang Garut. Klien merupakan anak pertama dari lima bersaudara, klien berstatus sebagai seorang anak dan seorang kakak dari adik – adiknya. Klien tinggal Bersama orang tua dan adik – adiknya. Pola komunikasi klien dalam keluarga terjalin dengan baik. Fase halusinasinya fase kedua.

2) Konsep Diri

a. Gambaran Diri

Klien mengatakan menyukai semua anggota tubuhnya dan bersyukur memiliki anggota tubuh yang lengkap namun klien paling suka dengan kedua matanya karena bisa melihat hal – hal yang indah.

b. Identitas Diri

Klien mengatakan status dan posisinya sebelum dirawat di Klinik Nur Illahi Assanie Samarang Garut adalah sebagai seorang anak dan seorang kakak dari adik – adiknya. Klien mengatakan dirinya adalah seorang perempuan berusia 28 tahun dan anak pertama dari lima bersaudara.

c. Peran Diri

Klien mengatakan tugasnya di keluarga adalah seorang anak dan kakak dari adik – adiknya.

d. Ideal Diri

Klien mengatakan harapannya ingin cepat sembuh dan pulang ke rumahnya berkumpul dengan keluarganya.

e. Harga Diri

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

3) Hubungan Sosial

a. Orang Terdekat

Klien mengatakan orang yang berarti dalam hidupnya adalah kedua orang tuanya karena mereka yang selalu mendukung kesembuhan klien selama di Klinik Nur Illahi Assanie Samarang Garut

b. Peran Serta Dalam Kegiatan Kelompok

Klien selalu aktif berpartisipasi dan berinteraksi dengan sesame temannya ketika ada kegiatan seperti senam, bermain game, dan pengajian.

4) Spiritual

1. Nilai dan Keyakinan

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

2. Kegiatan Ibadah

Klien mengatakan selalu melaksanakan sholat 5 waktu setiap harinya. Klien juga selalu mengikuti pengajian rutin yang diadakan di klinik setiap hari kamis dan jumat.

f. Status Mental

1) Penampilan

Klien berpenampilan kurang rapih, penggunaan baju sesuai dengan aturan klinik, tetapi klien mengatakan malas mandi dan menggosok gigi, klien tampak bau mulut dan terdapat karang gigi. Tampak bau badan, ada ketombe di kepalanya serta kuku tampak panjang dan kotor.

Masalah Keperawatan : Defisit Perawatan Diri

2) Pembicaraan

Klien berbicara normal tidak berbelit – belit, namun Ketika memulai komunikasi harus dimulai duluan dari orang lain, nada pembicaraan tenang.

3) Aktivitas Motorik

Klien tampak tenang pada saat pertama kali dimulai pengkajian

4) Alam Perasaan

Klien mengatakan merasa takut dan gelisah

5) Afek

Pada saat dikaji tampak ekspresi datar, kontak mata klien kurang, saat dilakukan wawancara klien tampak kooperatif menjawab saat diberi pertanyaan

6) Interaksi Selama Wawancara

Klien sangat kooperatif setiap ditanya klien selalu menjawab, namun kontak mata klien kurang, dan klien sering melihat ke arah yang lain.

7) Persepsi Halusinasi

Klien mengatakan ada suara yang selalu memanggil dan bertanya Ketika klien melakukan kegiatan aktivitas sehari – hari. Bisikan itu muncul dengan membisikan “ Kak dea, kak dea kapan pulang? Kapan main lagi? “ sehingga mengganggu klien. Klien mengatakan saat mendengar bisikan itu tidak tentu waktunya dan bisikan itu muncul Ketika klien sendiri dan pada saat ingin tidur. Klien mengatakan pada saat bisikan itu muncul terkadang klien menjawab “ siapa itu? “ dan ada kalanya dibiarkan saja.

Masalah Keperawatan : Gangguan Persepsi Sensori :
Halusinasi Pendengaran

8) Proses Pikir

Klien pada saat pengkajian mengungkapkan seluruh isihatinya, terbuka atas masalah hidupnya, pembicaraan klien tidak berbelit – belit Ketika diberi pertanyaan klien langsung menjawab dengan baik dan langsung ke intinya.

9) Isi Pikir

Tidak ada gangguan isi pikir

10) Tingkat Kesadaran

Tingkat kesadaran klien baik, klien mengetahui saat ini klien berada di Klinik Nur Illahi Assanie Samarang Garut, klien mengenal teman – teman kamarnya dan orang – orang disekitarnya. Klien juga menyadari sedang mengalami gangguan jiwa dengan selalu mendengar bisikan – bisikan.

11) Memori

1. Jangka Pendek : Saat diberi pertanyaan “ Teh dea udah berapa lama disini?” “ Teh dea ingat ga hari ini hari apa? “ Klien dapat menjawab benar dengan jawaban “ 2 tahun dan hari ini hari kamis “
2. Jangka Panjang : Ketika klien ditanya “ Teh dea dulu Pendidikan terakhirnya apa? “ klien menjawab “Aku dulu sampe SMA “

12) Tingkat Konsentrasi Berhitung

Pada saat diberi pertanyaan “ Teh dea aku punya uang 30.000 ribu terus dibeliin bensin motor 10.000 ribu, dibeliin ciki 5.000 ribu dan dipake beli minuman 5.000 ribu berapa sisa uang aku sekarang? “ Klien menjawab dengan jawaban “ sisa uangnya berarti 10.000 ribu “

13) Kemampuan Menilai

Klien dapat memberikan Keputusan saat diberi pertanyaan “ Teh dea kalo disuruh pilih. Teh dea pilih makan dulu atau mandi dulu? “ kemudian klien dapat memutuskan sendiri “ Aku pilih mandi dulu lalu makan “

14) Daya Tilik Diri

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

g. Mekanisme Koping

Adaptif : Klien bisa berbicara dengan orang disekitar klien ketika klien dalam keadaan tenang

Maladaptif : Ketika ada masalah klien suka melamun dan suka dipendam

h. Masalah Psikososial dan Lingkungan

1) Masalah Dengan Dukungan Kelompok

Klien mengatakan bahwa dirinya suka bergaul dengan orang disekitarnya

2) Masalah Berhubungan Dengan Lingkungan

Klien mengatakan suka berinteraksi dengan orang disekitarnya dan klien bisa memulai pembicaraan atau obrolan duluan

3) Masalah Dengan Pendidikan

Klien mengatakan pendidikan terakhirnya hanya sampai SMA

4) Masalah Dengan Pekerjaan

Klien mengatakan belum pernah bekerja

5) Masalah Dengan Perumahan

Klien mengatakan tinggal bersama orang tua dan adik-adiknya

6) Masalah Dengan Ekonomi

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

7) Masalah Dengan Pelayanan Kesehatan

Klien mengatakan tidak ada masalah dengan pelayanan Kesehatan, jika ada anggota keluarganya yang sakit maka

akan dibawa atau diperiksa ke puskesmas terdekat dari rumah klien.

8) Pengetahuan Kurang Tentang

Klien mengatakan tahu tentang penyakit yang dialaminya dan klien juga mengetahui warna obat yang dimaknnya setiap hari.

i. Aspek Medis

1) Diagnosa Medis : Bipolar

2) Terapi Medis

Tabel 3. 1 Terapi Medis

No.	Nama Obat	Dosis	Waktu	Kegunaan	Efek Samping
1.	Stelosi	5 mg	1-1-1	Mengatasi halusinasi, stress	Pusing, mulut kering dan sembelit
2.	Heximer	2 mg	1-1-1	Penyeimbang/ menghindari efek samping tremor dan mata juling	Mulut kering dan pusing
3.	Nuzip	50 mg	0-0-1	Mengatasi gejala psikosis, supaya tidur tetap terjaga	Mengantuk dan pandangan menjadi kabur
4.	Divalproex	250 mg	1-0-0	Mengatasi episode manik, mencegah migrain	Pusing, kantuk
5.	Risperidone	5 mg	1-1-1	Mengatasi bipolar dan skizofrenia	Konstipasi, peningkatan berat badan, mengantuk

j. Daftar Masalah Keperawatan

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

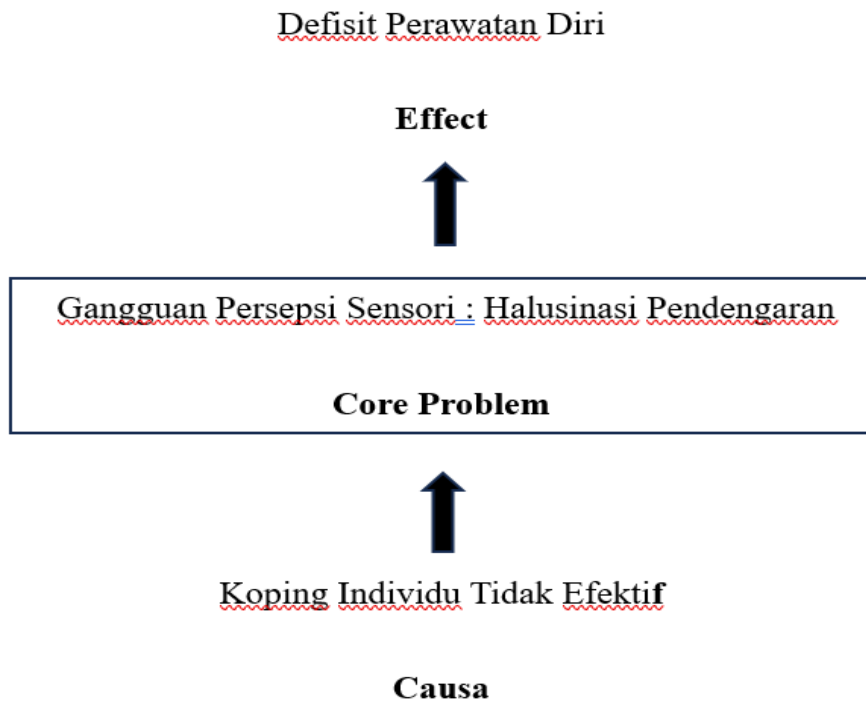
2. Analisa Data

Tabel 3. 2 Analisa Data

No.	Data	Masalah
1.	DS : 1. Klien mengatakan ada suara yang selalu memanggil dan bertanya ketika klien melakukan kegiatan aktivitas sehari-hari 2. Bisikan itu muncul dengan membisikan “ kak dea , kak dea kapan pulang? Kapan main lagi? “ sehingga mengganggu klien 3. Klien mengatakan waktu mendengar bisikan itu tidak tentu waktunya dan bisikan itu muncul Ketika klien sendiri dan pada saat ingin tidur 4. Klien mengatakan pada saat bisikan itu muncul terkadang klien menjawab “ siapa itu? “ dan adakalanya dibiarkan saja DO : 1. Kurang kontak mata 2. Tampak melamun 3. Ekspresi datar	Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran
2.	DS : 1. Klien mengatakan malas mandi dan menggosok gigi DO : 1. Penampilan kurang baik 2. Tampak bau badan 3. Tampak bau mulut dan terdapat karang gigi 4. Tampak ada ketombe di kepala klien 5. Kuku tampak panjang dan kotor	Defisit Perawatan Diri

Pohon Masalah

Bagan 3. 2 Pohon Masalah Halusinasi



3. Diagnosa Keperawatan

- a. Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran di tandai dengan :

DS:

- 1) Klien mengatakan ada suara yang selalu memanggil dan bertanya ketika klien melakukan kegiatan aktivitas sehari-hari
- 2) Bisikan itu muncul dengan membisikan “ kak dea , kak dea kapan pulang? Kapan main lagi? “ sehingga mengganggu klien

- 3) Klien mengatakan waktu mendengar bisikan itu tidak tentu waktunya dan bisikan itu muncul Ketika klien sendiri dan pada saat ingin tidur
- 4) Klien mengatakan pada saat bisikan itu muncul terkadang klien menjawab “ siapa itu? “ dan adakalanya dibiarkan saja

DO:

- 1) Kurang kontak mata.
- 2) Tampak melamun.
- 3) Tampak menyendiri.

b. Defisit Perawatan Diri di tandai dengan

DS:

- 1) Klien mengatakan malas mandi dan menggosok gigi.

DO:

- 1) Penampilan kurang baik
- 2) Tampak bau badan
- 3) Tampak bau mulut dan terdapat karang gigi
- 4) Tampak ada ketombe di kepala klien
- 5) Kuku tampak panjang dan kotor

4. Intervensi Keperawatan

Tabel 3. 3 Intervensi Keperawatan

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1.	Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran	1) Klien dapat mengontrol halusinasi dengan cara menghardik 2) Klien dapat mengontrol halusinasi dengan cara bercakap – cakap 3) Klien dapat mengontrol halusinasi dengan memasukkan jadwal kegiatan harian sehari – hari 4) Klien dapat mengontrol halusinasinya dengan meminum obat secara teratur	Setelah dilakukan tindakan keperawatan di harapkan halusinasi berkurang dengan kriteria hasil: 1) Klien mampu melakukan cara menghardik halusinasi 2) Klien mampu mengontrol halusinasi dengan cara bercakap – cakap 3) Klien mampu memasukkan kegiatan harian yang sudah dilakukan 4) Klien mampu melaksanakan	SP I 1) Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik 2) Identifikasi jenis ,isi,waktu, frekuensi dan situasi halusinasi klien 3) Anjurkan kepada klien cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik 4) Menganjurkan klien memasukkan cara	SP I 1) Supaya klien bisa lebih percaya kepada perawat 2) Untuk mengetahui jenis, isi, waktu, frekuensi dan situasi pemicu halusinasi klien 3) Supaya klien bisa mengontrol halusinasi dengan cara menghardik 4) Klien dapat memasukkan cara menghardik ke dalam jadwal kegiatan harian

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
			Memakan obat secara teratur	menghardik ke dalam jadwal kegiatan harian SP II 1) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien 2) Melatih klien mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap – cakap dengan orang lain 3) Menganjurkan klien memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian SP III 1) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien 2) Melatih klien mengendalikan halusinasi dengan	SP II 1) Untuk mengetahui jadwal kegiatan harian klien 2) Supaya klien bisa mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap – cakap 3) Supaya klien bisa memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian SP III 1) Untuk mengetahui jadwal kegiatan harian klien 2) Supaya klien bisa mengalihkan halusinasi

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
				cara melakukan kegiatan 3) Menganjurkan klien memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian SP IV 1) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien 2) Memberikan penkes tentang cara penggunaan obat secara teratur 3) Menganjurkan klien memasukan kedalam jadwal kegiatan harian klien	dengan cara melakukan kegiatan 3) Supaya klien bisa memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian klien SP IV 1) Untuk mengetahui jadwal kegiatan harian klien 2) Supaya klien tahu manfaat minum obat secara teratur 3) Supaya klien bisa memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian klien
2.	Defisit Perawatan Diri	1) Klien mampu melakukan kebersihan diri	Setelah dilakukan tindakan keperawatan defisit perawatan diri	SP I	SPI 1) Untuk mengetahui

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
		2) Klien mampu melakukan berhias/berdandan secara baik 3) Klien mampu melakukan makan dengan baik 4) Klien mampu melakukan BAB/BAK secara mandiri	di harapkan membaik dengan kriteria hasil: 1) Klien mampu membersihkan diri dengan cara mandi 2) Klien mampu berhias dan berdandan dengan baik 3) Klien mampu makan secara mandiri 4) Klien mampu melakukan BAB/BAK secara mandiri dengan baik	1) Menjelaskan pentingnya kebersihan diri 2) Menjelaskan cara menjaga kebersihan diri 3) Membantu pasien mempraktikan cara membersihkan diri 4) Menganjurkan pasien memasukan dalam jadwal kegiatan harian SP II 1) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien 2) Menjelaskan cara berdandan 3) Membantu pasien mempraktikan cara berdandan 4) Menganjurkan pasien memasukan	pentingnya kebersihan diri 2) Untuk mengetahui caramenjaga kebersihan diri 3) Supaya klien tau cara membersihkan diri 4) Supaya klien bisa memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian SP II 1) Untuk mengetahui jadwal kegiatan harian klien 2) Supaya mengetaui cara berdandan 3) Supaya klien bisa

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
				dalam jadwal kegiatan harian SP III 1) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien 2) Menjelaskan cara makan yang baik 3) Membantu klien mempraktikan cara makan yang baik 4) Menganjurkan klien memasukan dalam jadwal kegiatan harian klien SP IV 1) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien 2) Menjelaskan cara eliminasi	mempraktikan berdandan dengan baik 4) Supaya klien bisa memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian SP III 1) Untuk mengetahui kegiatan harian klien 2) Supaya klien mengetahui cara makan yang baik 3) Supaya klien bisa mempraktikan cara makan yang baik 4) Supaya klien bisa memasukan

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
				BAB/BAK dengan baik 3) Membantu pasien mempraktikan cara BAB/BAK dengan baik 4) Menganjurkan memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian klien	ke dalam jadwal harian SP IV 1) Untuk mengetahui jadwal kegiatan harian klien 2) Supaya mengetahui cara eliminasi dengan baik 3) Supaya klien bisa mempraktikan cara BAB/BAK dengan baik dan benar 4) Supaya klien bisa memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian.

5. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Tabel 3. 4 Implementasi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	Pelaksana
1.	Gangguan persepsi sensori: Halusinasi Pendegaran	Tanggal 25 April 2025 1. Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip terapeutik R: klien tampak kooperatif 2. dentikasi jenis, isi, frekuensi dan situasi halusinasi yang dialami R: klien dapat menyebutkan jenis, isi, fekuensi dan situasi penyebab halusinasi 3. Ajarkan klien cara mengntrol halusinasi dengnan mengahardik	Tanggal 25 April 2025 S 1. Klien mengatakan ada suara yang selalu memanggil dan bertanya ketika klien melakukan kegiatan aktivitas sehari-hari 2. Bisikan itu muncul dengan membisikan “ kak dea , kak dea kapan pulang? Kapan main lagi? “ sehingga mengganggu klien 3. Klien mengatakan waktu mendengar bisikan itu tidak tentu waktunya dan bisikan itu muncul Ketika klien sendiri dan pada saat ingin tidur 4. Klien mengatakan pada saat bisikan itu muncul terkadang klien menjawab “ siapa itu? “ dan adakalanya dibiarkan saja O 1. Klien mampu menyebutkan apa yang dialaminya 2. Kontak mata kurang 3. Kooperatif	Aulia

No	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	Pelaksana
		R : Klien dapat mempraktikannya 4. Anjurkan klien memasukan cara menghardik ke dalam jadwal kegiatan harian klien.	4. Klien dapat melakukan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik A Gangguan persepsi sensori: Halusinasi pendengaran P 1. Evaluasi SP I lanjut SP II dengan cara bercakap – cakap dengan orang disekitarnya.	
2.	Defisit Perawatan Diri	Tanggal 25 April 2025 1. Menjelaskan pentingnya menjaga kebrsihan diri R : klien mendengarkan penjelasan yang di jelaskan 2. Menjelaskan cara menjaga kebersihan siri R : klien mendengarkan	Tanggal 25 April 2025 S 1. Klien mengatakan belum mandi 2. Klien mengatakan kepala saya gatal karna jarang keramas 3. Klien juga mengatakan malas menggosok gigi 4. Klien mengatakan sudah mengetahui cara merawat kebersihan O 1. Klien kooperatif 2. Klien melakukan mandi dan menggosok gigi di kamar mandi 3. Klien menggunting kuku yang panjangnya A Defisit perawatan diri	Aulia

No	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	Pelaksana
		penjelasan yang di jelaskan 3. Membantu pasien cara mempraktikan cara menjaga kebersihan diri	P 1. Evaluasi SP I lanjut SP II dengan melatih klien cara berdandan	

6. Catatan Perkembangan

Tabel 3. 5 Catatan Perkembangan

Hari dan tanggal	No Diagnosa	Catatan Perkembangan	Paraf
26 April 2025	1	S 1. Klien mengatakan masih ingat dengan SP I dan SP II, yaitu dengan cara menghardik dan bercakap – cakap. 2. Klien mengatakan kondisi perasaanya saat ini merasa bahagia 3. Klien mengatakan lebih tenang tidak gelisah saat bercakap – cakap dengan orang lain. 4. Klien mengatakan tadi pagi klien mengobrol dengan pasien lain 5. Klien mengatakan mengikuti permainan tebak gaya O 1. Klien mampu menyebutkan kegiatan hariannya 2. Klien kooperatif 3. Klien dapat melakukan cara mengontrol halusinasi dengan mengahardik dan bercakap cakap 4. Kontak mata ada A Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran P 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien 2. Melatih klien mengontrol halusinasi dengan cara melakukan kegiatan 3. Menganjurkan klien memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian 4. Melakukan terapi musik dan game	Aulia

Hari dan tanggal	No Diagnosa	Catatan Perkembangan	Paraf
		I 1. Evaluasi SP II lanjut SP III 2. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien 3. Melatih klien mengontrol halusinasi dengan cara melakukan kegiatan 4. Menganjurkan klien memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian E SP I dan SP II teratasi R 1. Lanjut SP III Melatih klien mengontrol halusinasi dengan cara melakukan kegiatan.	
	2	S 1. Klien mengatakan sudah mengetahui cara merawat diri dan berdandan 2. Klien mengatakan hari ini sudah mandi sambil keramas tadi pagi 3. Klien mengatakan sudah memotong kuku yang panjangnya 4. Klien mengatakan sudah menggosok gigi 5. Klien mengatakan masih ingat dengan SP I dan SP II yaitu dengan cara merawat diri dan berdandan. O 1. Klien mandi 1x tadi pagi 2. Bau mulut sedikit berkurang 3. Kuku tangan bersih dan tidak panjang 4. Ketombe tidak ada 5. Klien kooperatif	Aulia

Hari dan tanggal	No Diagnosa	Catatan Perkembangan	Paraf
		A Defisit Perawatan Diri P 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien 2. Menjelaskan cara makan yang baik 3. Membantu pasien mempraktikan cara makan yang baik 4. Menganjurkan pasien memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian. I 1. Evaluasi SP I dan SP II 2. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien 3. Menjelaskan cara makan yang baik 4. Membantu pasien mempraktikan cara makan yang baik 5. Menganjurkan pasien memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian E SP I dan SP II terasi R 1. Lanjut SP III degan cara melatih klien makan dengan baik	
28 April 2025	1	S 1. Klien mengatakan kegiatannya dari pagi yaitu solat subuh, mandi, sarapan pagi, makan obat, senam, nonton tv dan main game 2. Klien mengatakan bisikan suara itu sudah jarang muncu 3. Klien mengatakan bahwa bisikan itu bohong dan hanya halusinasi saja 4. Klien mengatakan bisa mengontrol halusinasinya	Aulia

Hari dan tanggal	No Diagnosa	Catatan Perkembangan	Paraf
		O 1. Klien mampu menyebutkan kegiatan hariannya 2. Klien kooperatif 3. Kontak mata ada A Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran P 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien 2. Memberikan pendidikan tentang penggunaan obat secara teratur 3. Menganjurkan klien memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian I 1. Evaluasi SP I, SP II dan SP III 2. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien 3. Memberikan pendidikan tentang penggunaan obat secara teratur 4. Menganjurkan klien memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian 5. Melakukan terapi musik dan game E SP I, SP II dan SP III teratasi R 1. Lanjut SP IV dengan menjelaskan tentang cara penggunaan obat secara teratur	
	2	S 1. Klien mengatakan kegiatannya dari pagi yaitu solat subuh, mandi, sarapan pagi, makan obat, senam, nonton tv dan main game 2. Klien mengatakan makan mandiri	Aulia

Hari dan tanggal	No Diagnosa	Catatan Perkembangan	Paraf
		3. Klien mengatakan hari ini sudah mandi dan menggosok gigi O 1. Klien tampak makan mandiri 2. Klien mampu mandi 3. Klien tampak kooperatif A Defisit Perawatan Diri P 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien 2. Menjelaskan cara eliminasi yang baik 3. Membantu klien mempraktikkan cara eliminasi yang baik 4. Memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian I 1. Mengevaluasi SP I, SP II dan SP III 2. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien 3. Menjelaskan cara eliminasi yang baik 4. Membantu klien mempraktikkan cara eliminasi yang baik 5. Memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian E SP III teratasi R 1. Lanjut SP IV dengan menjelaskan cara eliminasi yang baik.	
29 April 2025	1	S 1. Klien mengatakan minum obat 3x sehari yaitu pagi, siang dan malam	Aulia

Hari dan tanggal	No Diagnosa	Catatan Perkembangan	Paraf
		2. Klien mengatakan tahu keuntungan dan kerugian minum obat 3. Klien mengatakan mengetahui obat obat yang diminumnya. Nama obatnya Stelosi, Divalproex, Heximer, Nuzip 4. Klien mengatakan obat Stelosi dan Heximer diminumnya 3x kalau Divalproex 1x pagi hari saja dan Nuzip pada sore hari saja 5. Klien mangatakan mengetahui SP I, SP II, SP III dan SP IV untuk mengontrol halusinasi O 1. Kontak mata ada 2. Klien mampu menunjukan dan menyebutkan jenis obat 3. Klien kooperatif 4. Klien minum obat secara teratur A Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi pendengaran SP I sampai SP IV teratasi P Pertahankan Intervensi	
	2	S 1. Klien mengatakan BAB 1X sehari 2. Klien mengatakan minum 7-8 gelas/harinya 3. Klien mengatakan BAK 6x sehari 4. Klien mengatakan setelah BAB/BAK klien selalu membilasnya dengan air dan selalu mencuci tangan dengan air O 1. Klien kooperatif	Aulia

Hari dan tanggal	No Diagnosa	Catatan Perkembangan	Paraf
		2. Klien mampu BAB/BAK secara mandiri A Defisit Perawatan Diri P Pertahankan Intervensi.	

B. Pembahasan

Setelah melakukan asuhan keperawatan keperawatan jiwa kepada Ny. D yang mengalami Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran karena Gangguan Bipolar di yayasan Nur Illahie Assanie mulai dari 24 April hingga 03 Mei 2024, penulis melakukan tahapan-tahapan proses keperawatan dan membandingkannya dengan kasus di lapangan.

Penulis melakukan proses keperawatan mulai dari tahap pengkajian, penegakan diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi keperawatan. Berikut uraian hasil dari Asuhan Keperawatan jiwa yang dilakukan oleh penulis kepada Ny. D mulai dari pengkajian sampai dengan evaluasi keperawatan.

2. Tahap Pengkajian

Pada awal pengkajian, penulis melakukan Bina Hubungan Saling Percaya dengan klien namun kontak matanya masih kurang, tetapi klien kooperatif jika di beri pertanyaan namun masih belum terbuka dengan masalah yang di hadapinya. Klien mengatakan ada suara yang selalu memanggil dan bertanya ketika klien melakukan kegiatan aktivitas sehari-hari. Bisikan itu muncul dengan membisikan “ Kak Dea, kak dea kapan pulang? Kapan main lagi?” sehingga mengganggu klien, klien mengatakan saat mendengar bisikan itu tidak tentu waktunya dan bisikan itu muncul ketika klien sendiri dan pada saat ingin tidur. Klien mengatakan pada saat bisikan itu muncul terkadang klien menjawab “ siapa itu?” dan ada kalanya dibiarkan saja. Klien mangatakan ketika mendengar bisikan itu klien merasa

gelisah. Pada Faktor predisposisi juga ditemukan data bahwa klien pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu dan pengobatan sebelumnya tidak berhasil, dan klien mengatakan tidak ada keluarga yang memiliki penyakit sama seperti yang dimiliki klien saat ini.

Dari fakta yang di dapatkan klien mempunyai masa lalu yang tidak menyenangkan, klien mengatakan pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan yaitu bercerai dengan suaminya, dan klien mengatakan tidak pernah mengalami aniaya fisik, seksual, dan tindakan kriminal dalam keluarganya. Pada gambaran diri Ny. D mengatakan menyukai semua bagian tubuhnya terutama kedua matanya karena bisa melihat hal – hal yang indah.

Penampilan klien berpenampilan kurang baik, penggunaan baju sesuai dengan aturan Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang Garut, tetapi klien mengatakan malas mandi dan menggosok gigi, klien tampak bau mulut dan terdapat karang gigi. Tampak bau badan, ada ketombe di kepalanya serta kuku tampak panjang dan kotor.

Klien adalah anak ke 1 dari 5 bersaudara, peran diri klien mengatakan tugasnya di keluarga adalah seorang anak dan kakak dari adik – adiknya. Pada pengkajian status mental alam perasaan klien mengatakan mendengar suara bisikan, klien merasa takut dan gelisah ketika mendengar suara bisikan itu.

Adapun data – data yang di temukan pada saat pengkajian yang sesuai dengan teori :

- a. Faktor Biologi
- b. Faktor Presipitasi
- c. Merespon secara tiba tiba dengan rasa takut dan gelisah
- d. Mendengar suara /bisiskan – bisikan
- e. Kurang kontak mata
- f. Ekspresi diri klien
- g. Pengetahuan
- h. Klien mengatakan malas mandi
- i. Klien mengatakan malas gosok gigi
- j. Klien mengatakan malas mencuci rambut
- k. Klien tidak ingin memotong kuku

Sedangkan data yang tidak di temukan pada Ny. D tetapi ada pada teori dalam 3 diagnosa keperawatan itu di antaranya :

- a. Faktor Genetik
- b. Sosial Budaya
- c. Faktor Psikologis
- d. Perilaku
- e. Citra tubuh
- f. Praktik Sosial
- g. Status 101ocial ekonomi
- h. Pengetahuan

Dari perbandingan data menurut teori dan data yang ditemukan pada klien ada kesenjangan data dimana seperti yang dijelaskan dalam teori bahwa Halusinasi Pendengaran, dan Defisit Perawatan Diri. Data yang tidak ada dalam Ny. D tapi ada dalam teori dalam sosial Halusinasi diantaranya Faktor sosial psikologis, sosial budaya, faktor presipitasi, dan data defisit perawatan diri yang di dapatkan pada klien tapi tidak sama dengan teori diantaranya citra tubuh, praktik sosial, status sosial ekonomi, pengetahuan, budaya. Dimana hal tersebut menyebabkan masalah masalah tersebut muncul.

2. Tahap Diagnosa

Diagnosa keperawatan dengan halusinasi menurut Lilik (2016) antara lain :

- a. Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran
- b. Resiko Perilaku Kekerasan
- c. Defisit Perawatan Diri

Diagnosa Keperawatan yang penulis temukan pada saat pengkajian pada Ny. D dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran ada 2 diagnosa yang sesuai dengan teori, yaitu : Gangguan Persepsi sensori : Halusinasi Pendengaran dan Defisit Perawatan Diri. Diganosa ini muncul karena ada data yang didapatkan dari klien mengarah pada diagnosa Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran, data yang didapat dalam diagnosa Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran berupa data subjektif, Klien

mengatakan ada suara yang selalu memanggil dan bertanya ketika klien melakukan kegiatan aktivitas sehari-hari. Bisikan itu muncul dengan membisikan “ Kak Dea, kak dea kapan pulang? Kapan main lagi?” sehingga mengganggu klien, klien mengatakan saat mendengar bisikan itu tidak tentu waktunya dan bisikan itu muncul ketika klien sendiri dan pada saat ingin tidur. Klien mengatakan pada saat bisikan itu muncul terkadang klien menjawab “ siapa itu?” dan ada kalanya dibiarkan saja. Adapun data objektif yang ditemukan penulis yaitu klien tampak suka menyendiri dan melamun, kontak mata kurang. Adapun data objektif yang menunjukkan diagnosa Defisit Perawatan Diri adalah penampilan klien kurang rapi dan tidak bersih, dan data subjektif klien mengatakan malas mandi dan gosok gigi.

Pada tahap ini, tidak semua diagnosa keperawatan yang diidentifikasi dalam tinjauan teoritis ditemukan pada kasus Ny. D Hal ini disebabkan oleh pendekatan penentuan diagnosa yang bergantung pada data yang diperoleh dari hasil pengkajian. Secara faktual, hanya terdapat 2 diagnosa keperawatan yang muncul pada klien, yaitu:

- a. Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran
- b. Defisit Perawatan Diri

Sedangkan masalah yang muncul pada teori tetapi tidak muncul pada pelaporan yaitu :

- a. Risiko Perilaku Kekerasan, hal ini disebabkan karena tidak ada data subjektif maupun objektif yang mengarah pada risiko perilaku

kekerasan. Selain itu, klien berada dalam fase manik sehingga peluang untuk terjadinya risiko perilaku kekerasan lebih kecil dari pada individu dengan fase depresif. Hal ini sejalan dengan teori yang dikemukakan oleh Prasetyo (2023) bahwa individu dengan bipolar yang mengalami fase depresif lebih berpotensi risiko perilaku kekerasan karena terjadi perubahan pada struktural otak yang mengakibatkan peningkatan hormon adrenal dan kortisol sehingga menyebabkan perilaku marah/mengamuk.

3. Tahap Intervensi

Pada tahap ini penulis menyusun berdasarkan tinjauan teoritis yaitu melakukan SP atau strategi pelaksanaan : Terdapat 4 SPTK pada diagnosa Gangguan Persepsi sensori : Halusinasi Pendengaran, dan 4 SP pada diagnosa Defisit Perawatan Diri.

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

4. Tahap Implementasi

Pada tahap ini, penulis menjalankan tindakan sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan, disesuaikan dengan situasi dan kondisi klien.

Sebelum melakukan tindakan yang direncanakan, perawat perlu memvalidasi apakah rencana tersebut masih diperlukan dan sesuai dengan kondisi klien saat ini. Sesuai dengan prinsip teoritis, sebelum melakukan tindakan keperawatan, perawat membuat kesepakatan dengan klien dan menjelaskan secara detail apa yang akan dilakukan serta peran klien dalam proses tersebut. Selanjutnya, semua tindakan yang dilakukan beserta respons klien didokumentasikan, dengan implementasi menggunakan strategi pelaksanaan yang sesuai dengan standar kriteria keperawatan. Pada tanggal 25 April 2025 dilakukan SP I yang isinya mencakup : Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip terapeutik , identifikasi jenis, isi, frekuensi halusinasi yang dialami, Ajarkan klien cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik serta mengajarkan klien memasukan cara menghardik ke dalam jadwal kegiatan harian klien, kemudian untuk masalah Defisit Perawatan Diri perawat melatih klien untuk menjaga kebersihan dan menjelaskan cara membersihkan diri dengan benar.

Pada tanggal 26 April 2025 di lakukan SP II untuk diagnosa Gangguan persepsi sensori halusinasi yang isinya mencakup : mengevaluasi cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik dan mengajarkan klien cara mengontrol halusinasi dengan cara bercakap – cakap dengan orang lain. Kemudian untuk masalah Defisit Perawatan Diri melatih klien cara berdandan dan berhias serta melakukan terapi musik dan game.

Pada tanggal 28 April 2025 di lakukan SP III yang isinya mencakup untuk halusinasi mengevaluasi latihan bercakap – cakap dengan temannya, melatih klien cara mengendalikan halusinasi dengan cara melakukan kegiatan, kegiatan yang biasa dilakukan klien setiap hari, dan untuk diagnosa Defisit Perawatan Diri isinya mencakup : melatih klien makan secara mandiri dan melakukan kegiatan terapi musik.

Pada tanggal 29 April di lakukan SP IV untuk diagnosa halusinasi keperawatan yang isinya mencakup : Mengevaluasi SP I, SP II, SP III dan menjelaskan klien cara makan obat yang teratur, serta menganjurkan klien memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian. Serta untuk diagnosa keperawatan Defisit Perawatan Diri isinya mencakup : menjelaskan cara eliminasi yang baik dan melakukan terapi musik. Serta pada tanggal 03 Mei 2024 klien mengikuti Terapi aktivitas Kelompok Halusinasi Pendengaran

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

5. Tahap Evaluasi

Evaluasi dapat dilihat dari hasil tindakan dengan tujuan atau kriteria evaluasi, apakah masalah dapat diatasi atau belum, dalam kenyataannya masalah yang dihadapi klien semua teratasi. Evaluasi yang didapatkan

setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 hari adalah klien mampu mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, bercakap – cakap, melakukan kegiatan serta meminum obat dengan teratur, serta kontak mata klien baik, klien juga sudah melakukan kebersihan diri dengan cara mandi dan berdandan, makan mandiri, BAB dan BAK mandiri.

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

6. Dokumentasi

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

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada Ny. D yang mengalami Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut dari tanggal 21 April sampai 03 Mei 2025, akhirnya penyusun berhasil merumuskan beberapa kesimpulan sebagai berikut:

1. Penulis mampu melakukan pengkajian secara komprehensif terhadap klien yang mengalami gangguan persepsi sensoris, khususnya halusinasi pendengaran. Setelah menganalisis data hasil pengkajian, penulis mengidentifikasi dua masalah perawatan pada klien, yaitu Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran dan Defisit Perawatan Diri.
2. Penulis mampu menyusun diagnosis keperawatan yang timbul pada Ny. D yang mengalami Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran Akibat Bipolar di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut.
3. Penulis mampu merumuskan rencana perawatan yang sesuai dengan prioritas masalah keperawatan.
4. Penulis mampu menerapkan perawatan sesuai dengan rencana yang telah dibuat, disesuaikan dengan kondisi klien. Pelaksanaan tindakan keperawatan langsung dilakukan pada klien.

5. Penulis mampu mengevaluasi tindakan perawatan yang telah dilakukan dan mengamati bahwa klien telah menunjukkan kemauan untuk berinteraksi dengan orang lain dan melakukan kegiatan untuk menghindari serta mengendalikan halusinasinya.
6. Setelah dilakukan asuhan keperawatan maka seluruh tindakan dan hasil dapat di dokumentasikan setiap harinya berdasarkan teori hasil dari perawatan yang di berikan.

B. Rekomendasi

Dengan mempertimbangkan kesimpulan di atas dan keberadaan rencana yang masih belum selesai, penulis memberikan rekomendasi sebagai berikut:

1. Bagi Rekan Profesi

Karena tujuan umum belum tercapai sepenuhnya dan beberapa rencana tindakan keperawatan tidak dapat diimplementasikan oleh penulis, kami mengusulkan kepada rekan seprofesi untuk memperhatikan tujuan pengurangan risiko cedera bagi diri sendiri, lingkungan, dan orang lain yang terkait dengan halusinasi pendengaran.

2. Bagi Pihak Keluarga

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

3. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan perpustakaan selalu siap sedia dengan baik, sehingga mahasiswa tidak mengalami kesulitan dalam mencari buku yang diperlukan untuk mendukung pembuatan karya tulis mereka. Selain itu, diharapkan koleksi buku yang tersedia juga mencakup karya-karya terbaru.

4. Bagi Klinik Rehabilitasi Mental

Diharapkan agar lebih terpantau dalam perkembangan data juga dalam pelaksanaan asuhan keperawatan terhadap semua pasien.

5. Bagi Mahasiswa

Mahasiswa diharapkan mampu menetapkan manajemen asuhan keperawatan yang sudah ada dan sesuai dengan pelayanan keperawatan, sehingga dapat meningkatkan keterampilan untuk menjadi bahan pembelajaran di lapangan kerja nanti.

DAFTAR PUSTAKA

- Alfianto. (2021). Pengaruh Psikoedukasi Terhadap Tingkat Pengetahuan Tentang Stigma Gangguan Jiwa. *Jl-KES (Jurnal Ilmu Kesehatan)*, 2(2) 37-41.
- Ali. (2019). Faktor-faktor Penyebab Penyakit Bipolar . *Satu Kajian Kesehatan: Jurnal Sains Sosial Malaysian Journal of Social Sciences*, 4(1), 68-79.
- Azizah M Lilik. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Yogyakarta: Indomedia Pustaka.
- Dinas Kesehatan Jawa Barat. (2021). *Profil Kesehatan Jawa Barat*. Bandung.
- Direja. (2020). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan jiwa*. Jakarta: Nuha Medika.
- Hadinata Dian. (2020). *Metodologi Keperawatan*. Jakarta: Pustaka Baru Press.
- Harkomah. (2019). *Pengalaman Keluarga Merawat Pasien Bipolar dengan Masalah Halusinasi Pendengaran Pasca Hospitalisasi*. Jakarta: Jurnal Kajian Ilmiah Problema Kesehatan Endurance.
- Husni Muhammad. (2023). *Modul Keperawatan Jiwa*. Malang: PT. Literasi Nusantara Abadi Grup.
- Ida Ayu P Widianingsih, I. G. (2023). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Jambi : PT Sonpedia Publishing Indonesia.
- Ida, W. (2023). *asuhan Keperawatan Jiwa*. Jambi: PT. Sonpedia Publishing Indonesia.
- Juwita, L., Imelda, R. K., Yenny, S., Dwi., Y. B., Wiwit, F., I, G. A., Ratna, D.. (2022). *Ilmu Keperawatan Dasar*. Riau: Dotplus Publisher.
- Keliat. (2021). *Model Praktik Keperawatan Profesional jiwa*. Yogyakarta: ECG
- Kementrian Kesehatan. (2018). *Hasil Riset Kesehatan Dasar (riskesdas)*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengetahuan Kesehatan Kementrian RI.
- Muhith. (2021). *Pendidikan Keperawatan Jiwa (Teori dan Aplikasi)*. Yogyakarta: ECG.
- National Institute of Mental Health. (2021). *Bipolar Disorder*. Retrieved from <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/bipolardisorder/index.shtml>
- Pardede. (2020). Family Knowledge About Hallucination Related to Drinking Medication Adherence on Schizophrenia Patient. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 2(4), 399-408.
- Pardede & Laia. (2020). Lamanya Perawatan Pasien Bipolar Raeat Jalan dengan Tingkat Stres Keluarga. *Truts Health Jurnal*.
- PPNI. (2017). *Perawat Persatuan Indonesia*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Indonesia.

- Prasetyo Yakub. (2023). *Bipolar Disorder*. Jakarta: Pustaka Taman Ilmu.
- Putra, S. M. (2020). Hubungan Kepatuhan Minum Obat dengan Periode Kekambuhan pada Pasien Bipolar: Halusinasi di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soeroyo Magelang. *Jurnal Keperawatan dan Kesehatan Masyarakat Cendekia Utama*, 6(2).
- Ramadania, A., Saswati, N., Hamu, A. H., Niriyah, S., & Putri, D. K. (2023). *Buku Ajar Jiwa SI Keperawatan*. Jakarta: Mahakarya Citra Utama.
- Rikesdas. (2019). *Kesehatan Dasar: Rikesdas Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*, 674.
- Safitri, A. (2020). *Studi Literatur: Asuhan Keperawatan Keluarga Penderita Bipolar dengan Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah Kronis*. Diss Universitas Muhammadiyah Ponorogo.
- SDKI. (2018). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat nasional Indonesia.
- Sianturi, Y. M. (2022). *Studi Kasus: Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny. M Dengan Halusinasi Pendengaran*.
- SIKI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Stuart. (2019). *Buku saku Keperawatan Jiwa*. Jakarta: CV. Mitra Edukasi Negeri
- Sutejo. (2017). *Konsep Keperawatan Jiwa dan Praktik Asuhan Keperawatan Kesehatan Jiwa: Gangguan Jiwa dan Psikososial*. Yogyakarta: Pustaka Baru.
- Wenny. (2023). *Asuhan Keperawatan Jiwa Klien dengan Halusinasi, Waham dan Perilaku Kekerasan*. Bantul: CV. Mitra Edukasi Negeri.
- Yanti, RD., & Putri, V. (2021). Pengaruh Penerapan Dtandar Komunikasi Defisit Perawatan Diri terhadap Kemandirian Merawat Diri pada Pasien Bipolar di Ruang Rawat Inap Delta Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Jambi. *Jurnal Akademika Baiturrahim Jambi*, 10,(1), 31-38.
- Yusuf, A. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta: Salemba ECG.

LAMPIRAN

Lampiran 1

TINDAKAN STRATEGI KEPERAWATAN (SP)

Nama Klien : Ny. D

Hari/Tanggal : Jumat, 25 April 2025

Masalah Keperawatan: Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran

Strategi Pelaksanaan

SP 1 klien Ny. D pada tanggal 25 April 2025 pukul 08.30 : Membantu klien mengenali halusinasi, menjelaskan cara-cara mengontrol halusinasi, mengajarkan klien mengontrol halusinasi dengan cara pertama : Menghardik Halusinasi

Fase Orientasi :

"Assalamualaikum, selamat pagi ibu, perkenalkan nama saya Aulia, saya biasa di panggil Aulia, saya perawat yang dinas di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang selama 2 minggu kedepan. Hari ini saya dinas pagi dari jam 08.00 sampai jam 13.00 siang, jadi selama 2 minggu ini saya akan merawat ibu".

"Nama ibu siapa? dan senangnya di panggil apa ?"

"Bagaimana perasaan ibu saat ini?"

"Apakah ibu masih suka mendengar bisikan - bisikan ?"

"Boleh sekarang kita berbincang - bincang tentang bisikan - bisikan yang ibu rasakan? "

" Berapa lama ibu mau berbincang - bincang ? Bagaimana kalau 10 menit? dimana kita berbincang- bincangnya?"

"Bagaimana kalau di ruang yang dekat TV?"

Fase Kerja :

Ibu, ada empat metode untuk menghindari kemunculan suara-suara tersebut. Pertama, dengan menghardik suara itu. Kedua, dengan berbicara dengan orang lain/bercakap -cakap. Ketiga, dengan menjalankan kegiatan yang terjadwal. Dan yang keempat, dengan rutin mengonsumsi obat. Bagaimana jika kita memulai dengan yang pertama, yaitu menghardik halusinasi tersebut? Caranya seperti ini: ketika ibu tidak ingin mendengar suara yang muncul, langsung katakan, "Pergi, saya tidak mau mendengar. Kamu suara palsu." Ucapkan berulang-ulang sampai suara tersebut hilang. Mari kita coba lakukan. Bagus! Sekarang coba lagi. Nah, begitu, ibu sudah mulai terbiasa.

Fase Terminasi:

Bagaimana perasaan ibu setelah latihan tadi? Jika suara itu muncul lagi, silakan terapkan cara yang tadi. Bagaimana jika kita jadwalkan latihan ini? Pada jam berapa ibu ingin melakukannya? Besok saya akan datang lagi untuk melatih cara kedua, yaitu berbicara dengan orang lain. Ibu bisa latihan jam berapa? Bagaimana kalau jam 10.15 lagi? Di mana? Apakah di sini saja? Baiklah, sampai jumpa besok.

SP 2 Klien Ny. D pada tanggal 26 April 2025 pukul 09.30 : Melatih klien mengontrol halusinasi dengan cara kedua : bercakap-cakap dengan orang lain

Tahap Orientasi :

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

Tahap Kerja :

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

Tahap Terminasi :

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

SP 3 klien Ny. D pada tanggal 28 April 2025 pukul 13.20 : Melatih cara mengontrol halusinasi dengan cara yang ketiga : melakukan aktivitas yang terjadwal.

Tahap Orientasi :

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

Tahap Kerja :

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

Tahap Terminasi :

”Bagaimana perasaan ibu setelah kita berbicara tentang cara ketiga untuk mencegah munculnya suara-suara tersebut? Luar biasa! Sekarang, tolong sebutkan tiga cara yang telah saya latih untuk menghadapi suara-suara tersebut. Bagus sekali! Mari kita jadwalkan ke dalam aktivitas harian ibu. Silakan coba lakukan sesuai dengan jadwal tersebut. Ya! Kita akan melatih aktivitas lain pada pertemuan berikutnya hingga semua aktivitas dari pagi hingga malam terpenuhi”.

SP 4 klien Ny. D pada tanggal 29 April 2025 pukul 13.30 : Melatih cara mengontrol halusinasi dengan cara yang keempat : minum obat secara teratur

Tahap Orientasi :

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

Tahap Kerja :

”Setelah rutin minum obat, apakah ada perbedaan yang dirasakan? Apakah suara-suara masih terdengar? Minum obat sangat penting untuk menghentikan

gangguan suara-suara yang mungkin dialami oleh ibu. Berapa kali sehari ibu harus minum obat?

Obat yang berwarna biru (Stelosi) diminum 3 kali sehari, yaitu jam 7 pagi, jam 1 siang, dan jam 5 sore, untuk menghilangkan suara-suara tersebut. Obat berwarna kuning (+) (Heximer) juga diminum 3 kali sehari pada jam yang sama untuk penyeimbang atau menghindari efek samping tremor. Lalu obat berwarna putih (Nuzip) diminum 1 kali sehari pada jam 5 sore untuk kualitas tidur belum cukup. Lalu obat berwarna peach ((Risperidone) diminum 3 kali sehari pada jam yang sama untuk mengatasi gangguan suasana hati. Sedangkan obat berwarna kuning tua (Divalproex) diminum 1 kali sehari pada jam 7 untuk mengatasi episode manik dan mencegah migrain.

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

Tahap Terminasi :

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

Lampiran II

DOKUMENTASI KEGIATAN



Lampiran III

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Identitas

Nama : Aulia Tri Pratiwi

Jenis Kelamin : Perempuan

Tempat, tanggal lahir : Garut, 03 Maret 2003

Agama : Islam

Status : Pelajar

Alamat : Kp. Sumur Wetan RT/RW.02/07 Ds.
Sukasono Kec.Sukawening Kab.Garut

B. Riwayat Pendidikan

1. TK Al – Hidayah Tahun 2007 - 2008
2. SDN Sukasono 01 Tahun 2008 - 2015
3. SMP Negeri 1 Cibatu Tahun 2015 - 2018
4. SMAN 3 Garut Tahun 2018 - 2021
5. STIKes Karsa Husada Garut Tahun 2022- 2025

LEMBAR BIMBINGAN

Nama : Aulia Tri Pratiwi

NIM : KHGA22128

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Ny. D (28 Tahun) dengan Gangguan
Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran Akibat Gangguan Bipolar
Di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang Garut

No	Tanggal Bimbingan	Materi yang dikonsulkan	Catatan Pembimbing	Tanda Tangan	
				Pembimbing	Mahasiswa
1.	1 Juni 2025		Arahan membuat KTI		
2.	3 Juni 2025	Cover dan Bab I	1. Perbaiki penulisan 2. Perbaiki spasi menjadi 2 3. Lanjut Bab I		
3.	11 Juni 2025	Bab I	1. Latar belakang di perjelas 2. Perhatikan tanda baca dan teknik penulisan		

4.	13 Juni 2025	Bab I dan Bab II	1. Acc Bab I dan Cover 2. Lanjut Bab II		
5.	17 Juni 2025	Bab II	1. Perhatikan pohon masalah 2. Lanjut Bab III		
6.	24 Juni 2025	Bab II dan Bab III	1. Pembahasan ditambah dan diperjelas 2. Acc Bab II		
7.	26 Juni 2025	Bab III, Bab IV dan Daftar Pustaka	1. Acc Bab III dan Daftar Pustaka 2. Bab IV tambahkan rekomendasi bagi mahasiswa		
8.	30 Juni 2025	Bab IV dan Abstrak	1. Acc Bab IV 2. Perhatikan tanda baca dan spasi 3. Tambahkan halaman		
9.	2 Juli 2025	Abstrak, Kata pengantar, Daftar isi dan Lampiran	1. Acc abstrak, kata pengantar daftar isi, dan lampiran 2. Buat PPT		

10.	4 Juli 2025	ACC Sidang	ACC Sidang		
-----	-------------	------------	------------	--	--