

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA NY. T (64 TAHUN)
DENGAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI
PENDENGARAN AKIBAT BIPOLAR DI KLINIK
REHABILITASI MENTAL NUR ILLAHI ASSANIE
SAMARANG GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan untuk Memenuhi Salah Satu Syarat dalam Menyelesaikan Program
Studi Diploma III Keperawatan Di Stikes Karsa Husada Garut

Oleh:

LIA APRILLIA

KHGA 22122



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

LEMBAR PERSETUJUAN

**JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA NY. T (64
TAHUN) DENGAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI
: HALUSINASI PENDENGARAN AKIBAT BIPOLAR
DI KLINIK REHABILITASI MENTAL NUR ILLAHIE
ASSANIE SAMARANG GARUT**

**NAMA : LIA APRILLIA
NIM : KHGA22122**

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 JIWA PADA NY. T (64
TAHUN) DENGAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI
: HALUSINASI PENDENGARAN AKIBAT BIPOLAR
DI KLINIK REHABILITASI MENTAL NUR ILLAHIE
ASSANIE SAMARANG GARUT**

**NAMA : LIA APRILLIA
NIM : KHGA22122**

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 JIWA PADA NY. T (64 TAHUN) DENGAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI PENDENGARAN AKIBAT BIPOLAR DI KLINIK REHABILITASI MENTAL NUR ILLAHIE ASSANIE SAMARANG GARUT

LIA APRILLIA

KHGA22122

IV Bab, 96 Halaman, 9 Tabel, 7 Bagan, 2 Lampiran

Karya Tulis Ilmiah ini berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. T dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran Akibat Bipolar”, penulis merasa tertarik untuk melakukan studi kasus pada klien halusinasi pendengaran dan perlu melakukan asuhan keperawatan. Tujuan dari pembuatan Karya Tulis ilmiah ini adalah untuk menambah pengetahuan keterampilan wawasan serta pengalaman yang nyata untuk penulis dalam memberikan Asuhan keperawatan jiwa secara komprehensif. Metode yang digunakan adalah metode deskriptif melalui studi kasus dengan teknik pengumpulan data, observasi, wawancara, dan studi pustaka. Fokus penulisan ini adalah memberikan asuhan keperawatan jiwa pada klien dengan halusinasi pendengaran meliputi: proses pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi dan evaluasi keperawatan. Halusinasi merupakan sensasi yang diciptakan oleh pemikiran tanpa adanya sumber yang nyata dan dapat mempengaruhi pancaindra. Halusinasi Pendengaran merupakan persepsi palsu tentang suara atau bunyi yang tidak ada sumbernya secara nyata. Adapun masalah yang muncul pada Ny. T yaitu Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran dan Defisit Perawatan Diri. Penulis melaksanakan tindakan keperawatan dengan menggunakan pendekatan BHSP dan komunikasi terapeutik. Setelah dilakukan asuhan keperawatan Ny. T diharapkan sudah dapat mengontrol halusinasinya.

Kata kunci (*key word*) : *Asuhan keperawatan, halusinasi pendengaran, bipolar*

Daftar pustaka : 27 buah (Tahun 2014 – 2025)

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT, yang telah melimpahkan rahmat dan karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini tepat waktu. Karya tulis ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan Program Studi Diploma III Keperawatan, dengan judul: **"Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny. T, 64 Tahun, dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran Akibat Bipolar di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie, Samarang, Garut."**

Dalam Penyusunan Karya tulis ilmiah ini penulis menyadari sepenuhnya tidak terlepas dari segala dukungan dan bantuan dari berbagai pihak. Maka dari itu dalam kesempatan ini, penulis mengucapkan terimakasih yang sedalam dalamnya kepada:

1. Bapak Dr. H. Hadiat., MA., selaku ketua pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak Drs. H. Suryadi, M.Si., selaku ketua pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. Bapak H. Engkus Kusnadi, S.Kep., M.Kes., selaku ketua STIKes Karsa Husada Garut.
4. Ibu K. Dewi Budiarti, S.Kep., M.Kep., selaku ketua Program Studi D III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut.
5. Bapak Gin Gin Sugih P, S.Kep., M.H.Kes., selaku Pembimbing yang telah memberi dukungan serta arahan kepada penulis dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.

6. Seluruh staf dosen keperawatan STIKes Karsa Husada Garut yang telah memberikan ilmu dan pengetahuan dan keterampilan yang bermanfaat serta motivasi selama penulis mengikuti pendidikan Program Studi Diploma III Keperawatan.
7. Seluruh Staf dan Perawat yang ada di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie samarang Garut.
8. Kepada Ny. T yang telah bersedia bekerja sama secara baik dengan penulis.
9. Kepada Kedua Orang Tuaku yang telah memberikan kasih sayang yang begitu besar kepada penulis dan mendoa'kan serta mensupport penulis dalam menyelesaikan studi ini. Tidak henti saya mengucapkan syukur dan terima kasih untuk semua pengorbanan dan kerja keras untuk saya. Penulis do'akan semoga sehat selalu, dilancarkan rezeki dan usahanya. Aamiin.
10. Kepada Ibu yang selalu mendo'akan dan memberi motivasi agar penulis bisa sampai di titik ini, semoga Ibu dan sekeluarga selalu disehatkan, dilancarkan rezekinya, dan di lancarkan dalam urusan dunia maupun akhirat. Aamiin.
11. Kepada Dinda Ratih Sugiharti Saudaraku yang selalu memotivasi, menyemangati penulis tiada henti, dan mendengarkan keluh kesah penulis, terima kasih untuk setiap do'a dan bantuan yang diberikan sehingga penulis bisa menyelesaikan karya tulis ilmiah ini, semoga kita sukses dunia dan akhirat. Aamiin.

12. Kepada Monik, Milani, Aulia yang selalu mensupport, memotivasi dan menemani penulis untuk berjuang bersama sampai di titik menyelesaikan studi ini, semoga kita sukses dan selalu terjalin tali silaturahmi sampai nanti tua. Aamiin.
13. Kepada seluruh teman seperjuangan khususnya kelas C yang tidak bisa disebutkan satu persatu, semoga kita semua menjadi orang-orang sukses. Aamiin.
14. Kepada semua pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu, namun telah begitu banyak membantu selama penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini. Semoga karya tulis ilmiah ini bisa menambah wawasan dan bermanfaat khususnya bagi saya dan umumnya bagi semua pihak.

Garut, Juli 2025

Lia Aprillia

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
ABSTRAK	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR BAGAN.....	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penulisan.....	6
1. Tujuan Umum	6
2. Tujuan Khusus.....	6
C. Metode Telaahan	7
D. Sistematika Penulisan	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	10
A. Konsep Bipolar	10
B. Konsep Halusinasi.....	19
C. Konsep Defisit Perawatan Diri.....	34
D. Koping Individu Tidak Efektif.....	39
B. Konsep Asuhan Keperawatan.....	42
1. Pengkajian Keperawatan.....	42
2. Analisa Data	52
3. Diagnosa Keperawatan.....	54
4. Intervensi Keperawatan.....	55
5. Implementasi Keperawatan.....	60
6. Evaluasi Keperawatan.....	60
BAB III TINJAUAN KASUS	61
A. Tinjauan Kasus.....	61
1. Pengkajian Keperawatan.....	61
2. Analisa Data	71
3. Diagnosa Keperawatan.....	72
4. Intervensi Keperawatan.....	74

4. Implementasi dan Evaluasi	79
5. Catatan Perkembangan	82
C. Pembahasan	89
1. Tahap Pengkajian	89
2. Tahap Diagnosa	92
3. Tahap Intervensi	93
4. Tahap Implementasi	94
5. Tahap Evaluasi	96
BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI.....	98
A. Kesimpulan	98
B. Rekomendasi.....	99
DAFTAR PUSTAKA.....	101
LAMPIRAN.....	103

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Data Penderita Gangguan Jiwa di Kabupaten Garut Tahun 2024	2
Tabel 1.2 Data Penderita Gangguan Jiwa di Klinik Nur Illahie Garut Tahun 2024.	3
Tabel 2.1 Analisa Data	52
Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan.....	56
Tabel 3.1 Terapi Obat	71
Tabel 3.2 Analisa Data	71
Tabel 3.3 Intervensi Keperawatan.....	74
Tabel 3.4 Implementasi dan Evaluasi	79
Tabel 3.5 Catatan Perkembangan.....	82

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Rentang respon Halusinasi.....	21
Bagan 2.2 Rentang Respon Kognitif Defisit Perawatan Diri.....	35
Bagan 2.3 Pohon Masalah Defisit Perawatan Diri.....	38
Bagan 2.4 Rentang respon Koping Individu Tidak Efektif.....	40
Bagan 2.5 Pohon Masalah Koping Individu Tidak Efektif.....	41
Bagan 2.6 Pohon masalah halusinasi pendengaran.....	54
Bagan 3.1 Genogram Keluarga Ny. T	65

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan (SPTK)
Lampiran II Dokumentasi Kegiatan

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Menurut Undang – Undang Kesehatan Nomor 18 Tahun 2014 tentang kesehatan jiwa, Bahwa 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 adalah kondisi di mana seseorang merasa damai secara batin, mampu menjalani hidup dengan seimbang, dan tetap produktif. Kesehatan ini penting karena kesehatan yang utuh bukan hanya soal fisik, tapi juga soal pikiran dan perasaan. Kalau seseorang mengalami gangguan mental, pikirannya bisa terganggu sehingga tidak bisa berfungsi dengan normal—dan ini bisa jadi tanda adanya gangguan jiwa. (Stuart, 2016).

Gangguan jiwa adalah kondisi yang rumit, di mana seseorang mengalami berbagai masalah yang memengaruhi cara berpikir, merasa, dan bertindak. Hal ini bisa membuat orang tersebut merasa sangat tertekan secara emosional dan kesulitan menjalani aktivitas sehari-hari seperti biasanya (Arhan, 2023).

Ciri utama dari gangguan jiwa adalah adanya perubahan yang jelas dalam cara seseorang berpikir, merasakan, dan berperilaku. Perubahan ini sering mengganggu kemampuan seseorang untuk bersosialisasi, bekerja,

menjaga hubungan dengan keluarga, bahkan bisa memengaruhi kesehatan fisiknya. Gangguan jiwa bisa muncul sebagai reaksi yang kurang sehat terhadap tekanan, baik yang datang dari luar (seperti masalah lingkungan atau sosial) maupun dari dalam diri sendiri (seperti konflik batin atau trauma pribadi).

Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kabupaten Garut Prevalensi penderita orang dengan gangguan jiwa mendapat pelayanan di kabupaten garut tahun 2024 sekitar 3.935 jiwa.

Tabel 1.1

Data Penderita Gangguan Jiwa di Kabupaten Garut tahun 2023 – 2024

No.	Diagnosa Penyakit	Jumlah Orang	Persentase
1.	Gangguan Afektif Bipolar	1.988	50,53 %
2.	Skizofrenia	1.353	34,38%
3.	Penyalahgunaan Napza	389	9,89%
4.	Reterdasi Mental	205	5,2%
	Jumlah	3.935	100%

(sumber : Dinas Kesehatan Kabupaten Garut)

Berdasarkan tabel diatas, terdapat 4 kategori besar masalah gangguan jiwa di Kabupaten Garut pada tahun 2023 – 2024 menunjukkan bahwa orang yang mengalami gangguan jiwa paling banyak/ tertinggi yaitu Gangguan Afektif Bipolar sebanyak 1.988 orang berada di tingkat pertama.

Di Kabupaten Garut, salah satu tempat untuk merawat atau merehabilitasi orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) adalah Rumah

Perawatan Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie yang berlokasi di Samarang. Tempat ini khusus menangani pasien dengan gangguan jiwa. Pengobatan di sini fokus pada pemberian obat medis, yang juga didukung dengan pendekatan pengobatan spiritual untuk membantu pemulihan pasien. Berdasarkan data Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut terdapat 4 Diagnosa medis yang sering terjadi. Prevalensi penderita orang dengan gangguan jiwa di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut terdapat peningkatan dari tahun 2024 – 2025.

Tabel 1.2

Data Penderita gangguan Jiwa di Klinik Nur Illahie Assanie Garut Tahun
2023 – 2024

No.	Kasus Gangguan Jiwa	2024	2025	Presentasi
1.	Gangguan Afektif Bipolar	27	32	83,05 %
2.	Skizofrenia	8	4	11,26 %
3.	Penyalahgunaan Napza	0	0	0 %
4.	Intelektual Disability	2	2	5,59 %
	Jumlah	37	39	100 %

(sumber : Buku Register Klinik Nur Illahie Assanie Garut)

Dari tabel di atas, terlihat bahwa ada empat jenis gangguan jiwa yang paling sering ditemukan di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie, Samarang, Garut selama tahun 2024 hingga 2025. Gangguan yang paling banyak dialami adalah gangguan afektif bipolar. Pada tahun 2024, tercatat

ada 27 kasus, dan jumlahnya meningkat menjadi 32 kasus di tahun 2025, menjadikannya jenis gangguan jiwa dengan jumlah kasus tertinggi. Kondisi ini kemungkinan besar disebabkan oleh kurangnya dukungan dan perhatian dari keluarga maupun lingkungan sekitar, yang sebenarnya sangat dibutuhkan oleh para penderita. Jika tidak segera ditangani, situasi ini bisa memicu masalah baru di kemudian hari. Gangguan bipolar adalah kondisi kejiwaan di mana suasana hati seseorang bisa berubah secara ekstrem dan tiba-tiba (Widianti, 2021). Menurut PPDGJ (Pedoman Penggolongan dan Diagnosa Gangguan Jiwa), gangguan ini terbagi menjadi dua fase. Fase pertama disebut fase manik, di mana penderitanya merasa sangat bersemangat, terlalu bahagia, bahkan cenderung berlebihan. Fase kedua adalah fase depresi, saat penderita merasa sangat sedih, kehilangan energi, putus asa, dan tidak tertarik melakukan aktivitas sehari - hari (Nurbaiti, 2022).

Halusinasi adalah kondisi di mana seseorang mengalami gangguan pada indranya, sehingga ia merasa melihat, mendengar, atau merasakan sesuatu yang sebenarnya tidak ada. Misalnya, seseorang bisa merasa mendengar suara padahal tidak ada suara apa pun di sekitarnya. Jenis halusinasi yang paling sering dialami adalah halusinasi pendengaran, yaitu ketika seseorang mendengar suara atau bunyi yang sebenarnya tidak nyata. Jika tidak ditangani dengan baik, halusinasi ini bisa berbahaya, karena suara-suara yang didengar seringkali berupa ejekan, ancaman, atau bahkan

perintah untuk menyakiti diri sendiri atau orang lain, yang tentu bisa membahayakan pasien maupun orang di sekitarnya (Yosep, 2016).

Halusinasi pendengaran adalah kondisi di mana seseorang mendengar suara-suara, baik yang terdengar jelas maupun samar, yang sebenarnya tidak nyata dan tidak bisa didengar oleh orang lain. Suara-suara ini seringkali memengaruhi penderitanya untuk berbicara atau melakukan sesuatu yang tidak ada kaitannya dengan kenyataan. Orang yang mengalami hal ini biasanya terlihat seperti sedang berbicara sendiri, mendengarkan sesuatu dengan serius, atau bahkan tiba-tiba tertawa sendirian (Pardede, 2021).

Melihat banyaknya kasus serupa di Indonesia, khususnya di Jawa Barat, penulis merasa tertarik untuk membahas masalah ini lebih dalam. Gangguan bipolar yang tidak segera ditangani bisa memicu halusinasi, yang pada akhirnya membuat emosi penderita sulit dikendalikan dan berisiko menyakiti diri sendiri maupun orang lain. Oleh karena itu, penulis melakukan Asuhan Keperawatan secara menyeluruh, mulai dari pengkajian hingga evaluasi. Dengan judul **“ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA NY. T (64 TAHUN) DENGAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI PENDENGARAN AKIBAT BIPOLAR DI KLINIK REHABILITASI MENTAL NUR ILLAHIE ASSANIE SAMARANG GARUT ”**

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Penulis mampu memberikan Asuhan Keperawatan jiwa pada Ny. T dengan gangguan persepsi sensori : Halusinasi pendengaran akibat Bipolar di wilayah kerja Klinik Rehabilitasi Samarang Garut.

2. Tujuan Khusus

Setelah memberikan asuhan keperawatan pada Ny. T dengan gangguan persepsi sensori : Halusinasi pendengaran penulis dapat :

- a. Melakukan pengkajian terhadap masalah – masalah keperawatan pada Ny. T dengan gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran dengan diagnosa medis bipolar di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut .
- b. Merumuskan diagnosa keperawatan pada Ny. T dengan gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran dengan diagnosa medis bipolar di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut.
- c. Merencanakan tindakan keperawatan pada klien dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran dengan diagnosa medis bipolar di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut.
- d. Melakukan tindakan asuhan keperawatan pada klien gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran dengan diagnosa medis

bipolar di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut.

- e. Melakukan evaluasi keperawatan pada klien gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran dengan diagnosa medis bipolar di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut.
- f. Mendokumentasikan asuhan keperawatan yang sudah dilakukan kepada klien gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran dengan diagnosa medis bipolar di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut.

C. Metode Telaahan

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

1. Wawancara yaitu cara pengumpulan data dengan tanya jawab secara langsung kepada klien, keluarga, perawat di ruangan maupun tenaga kesehatan yang terkait mengenai masalah yang dialami pada klien.
2. Observasi yaitu teknik pengambilan data dengan mengadakan pengamatan langsung keadaan klien baik adaptif maupun maladaptif.
3. Pemeriksaan fisik hal – hal yang dilakukan dengan pemeriksaan fisik diantaranya memeriksa tanda – tanda vital dan keadaan umum, sehingga di dapatkan data diri klien yang bisa menimbulkan masalah keperawatan pada klien.

4. Studi Dokumentasi dalam studi dokumentasi penulis membaca dan mempelajari catatan medis klien, catatan dokter dan perawat untuk mengetahui kondisi klien.
5. Studi Kepustakaan yaitu teknik pengambilan data dengan mempelajari referensi berupa buku-buku dari perpustakaan maupun dari internet yang berhubungan dengan kasus yang diambil.
6. Partisipasi Aktif penulis langsung melaksanakan asuhan keperawatan pada Ny. T dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran Akibat Gangguan Afektif Bipolar Di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut.

D. Sistematika Penulisan

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

BAB I Pendahuluan

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

BAB II Tinjauan Teori

Bab ini berisi tentang teori-teori konsep dasar penyakit meliputi pengertian, penyebab, dampak halusinasi terhadap kehidupan dasar manusia, psikodinamika gangguan afektif bipolar, psikodinamika halusinasi pendengaran, psikodinamika defisit perawatan diri, psikodinamika koping individu tidak efektif serta berisi tentang konsep dasar proses keperawatan jiwa meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

BAB III Tinjauan Kasus dan Pembahasan

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

BAB IV Kesimpulan dan Rekomendasi

Dalam bab ini berisikan kesimpulan dari pelaksanaan asuhan keperawatan serta rekomendasi yang operasional terhadap masalah yang ditemukan.

Daftar Pustaka

Daftar pustaka merupakan daftar yang mencantumkan judul buku, nama pengarang, penerbit dan sebagainya yang ditempatkan pada bagian akhir suatu karangan atau buku, dan disusun menurut abjad.

Lampiran

Lampiran ini merupakan dokumen tambahan yang disertakan dalam Skripsi ataupun Karya Tulis Ilmiah berisi hasil dari suatu penelitian, baik berupa gambar, foto, teks, dan lain sebagainya. Penempatan lampiran karya tulis ilmiah biasanya pada bagian paling belakang setelah daftar pustaka dengan keterangan yang sangat jelas.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Bipolar

1. Definisi Bipolar

Gangguan bipolar adalah kondisi kesehatan mental yang menyebabkan seseorang mengalami perubahan suasana hati yang sangat drastis — dari merasa sangat bahagia atau bersemangat (mania) hingga merasa sangat sedih atau putus asa (depresi). Dulu, kondisi ini dikenal dengan istilah "manic-depressive" karena gejala utamanya adalah naik turunnya emosi secara ekstrem ((NIH), 2017).

Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), bipolar adalah masalah kesehatan mental yang serius. Gangguan ini memengaruhi perasaan, cara berpikir, dan perilaku seseorang. Penderitanya mengalami naik-turun emosi secara berulang, dari masa-masa sangat bersemangat (mania) hingga masa-masa sangat sedih atau tidak bersemangat (depresi), yang bisa mengganggu aktivitas dan kehidupan sehari-hari (Development, 2025)

Gangguan bipolar bisa terlihat berbeda-beda pada setiap orang. Gejalanya bisa muncul dengan pola, tingkat keparahan, dan frekuensi yang berbeda. Ada orang yang lebih sering mengalami fase mania atau depresi saja, sementara yang lain bisa mengalami keduanya secara bergantian. Beberapa orang bisa sering mengalami

perubahan suasana hati, sedangkan yang lain mungkin hanya mengalaminya beberapa kali seumur hidup.

Pada gangguan bipolar, ada empat jenis perubahan suasana hati yang bisa terjadi, yaitu mania, hipomania, depresi, dan episode campuran. Masing-masing jenis ini punya gejala yang berbeda dan khas (Wikipedia, 2025).

2. Penyebab

Secara umum, gangguan bipolar bisa disebabkan oleh tiga hal utama: faktor keturunan (genetik), zat kimia di otak (neurokimia), dan pengaruh lingkungan atau sosial (Ramadani, 2024).

1) Faktor Genetik

Hampir setengah dari orang yang menderita gangguan bipolar punya anggota keluarga yang juga mengalami gangguan suasana hati, seperti depresi. Pengaruh genetik ini cukup besar—sekitar 80% dari penyebab gangguan bipolar berasal dari faktor keturunan. Jika salah satu orang tua memiliki gangguan bipolar, anak mereka punya kemungkinan sekitar 10% untuk mengalami hal yang sama. Tapi kalau kedua orang tua mengidap bipolar, risikonya bisa naik hingga 40%.

2) Faktor Neurokimia

Ada tiga zat kimia penting di otak yang berperan dalam mengatur emosi, yaitu norepinefrin, epinefrin, dan dopamin. Jika keseimbangan zat-zat ini terganggu, seseorang bisa

mengalami perubahan emosi yang ekstrem seperti pada gangguan bipolar. Menurut teori yang disebut "hipotesis katekolamin," terlalu banyak epinefrin dan norepinefrin bisa menyebabkan seseorang masuk ke fase mania, sedangkan jika zat-zat ini terlalu sedikit, bisa menyebabkan depresi. Selain itu, penggunaan obat-obatan tertentu seperti antidepresan atau narkoba (misalnya kokain) yang memengaruhi zat-zat kimia ini juga bisa memicu gejala mania (Ayano, 2016).

3) Faktor Lingkungan dan Sosial

Pengalaman hidup yang berat—seperti kejadian traumatis atau duka mendalam—terutama pada orang yang punya riwayat bipolar dalam keluarga, bisa menjadi pemicu munculnya gangguan ini. Gaya hidup yang tidak sehat, penggunaan narkoba, atau masalah hormon juga bisa meningkatkan risiko. Menurut teori perilaku, bipolar bisa berkembang pada orang yang kurang memiliki kemampuan bersosialisasi. Mereka yang sulit menjalin hubungan sosial bisa merasa terasing atau dikucilkan, dan hal ini bisa memperburuk kondisi emosional hingga menyebabkan gangguan seperti bipolar (Safiye, 2022).

3. Manifestasi Klinis

Secara umum, orang yang mengalami gangguan bipolar menunjukkan gejala yang bervariasi, tergantung pada fase atau episode yang sedang mereka alami. Ada empat jenis episode yang

bisa terjadi, yaitu depresi, hipomania, mania, dan episode campuran. Banyak penderita bipolar pertama kali mengalami gejala depresi, dan mereka yang mengalaminya sebagai gejala awal cenderung memiliki jenis bipolar tipe I dan kemungkinan kondisinya lebih sulit ditangani dibandingkan dengan mereka yang pertama kali mengalami episode mania (McIntyre, 2019).

1) Episode Depresi

Episode ini ditandai dengan suasana hati yang sangat buruk, kehilangan minat terhadap hal-hal yang dulu disukai, rasa sedih mendalam, putus asa, kecemasan, bahkan bisa sampai mengalami serangan panik. Di tahap awal, biasanya wajah pasien terlihat murung dan gerak tubuhnya menjadi lamban. Mereka tampak tidak tertarik melakukan apa pun (anhedonia), sering berdiam diri, dan hampir tidak beraktivitas seharian. Dalam kondisi parah, mereka bisa kehilangan kesadaran karena tubuh sangat lemah. Cara berpikir dan bicara pun jadi melambat, bahkan suaranya terdengar datar dan monoton.

Depresi berat biasanya dikenali saat seseorang mengalami lima atau lebih gejala seperti: sedih hampir sepanjang hari, kehilangan minat, perubahan berat badan drastis, gangguan tidur (terlalu sedikit atau terlalu banyak), mudah lelah, merasa tidak berguna, sulit konsentrasi, atau memikirkan kematian (Marzani, 2021).

Diagnosa yang mungkin muncul pada episode ini adalah RPK (Resiko Perilaku Kerasan), Isolasi Sosial, dan HDR (Harga Diri Rendah).

2) Episode Hipomanik

Episode hipomanik merupakan versi yang lebih ringan dari mania. Suasana hati bisa jadi sangat baik atau justru sangat sensitif selama minimal empat hari berturut-turut. Tandanya termasuk bicara lebih cepat dari biasanya, sulit diam (terus bergerak atau mengetukkan jari), terlalu semangat dalam melakukan aktivitas, atau sulit tidur. Orang yang sedang dalam fase ini biasanya merasa sangat berenergi dan bisa melakukan banyak hal, tapi tetap bisa menjalani aktivitas sehari-hari dengan cukup normal.

Jika seseorang mulai menunjukkan gejala seperti halusinasi atau delusi, maka itu tidak lagi disebut hipomania, melainkan mania (Marzani, 2021).

Diagnosa yang mungkin muncul pada Episode ini adalah Isolasi Sosial dan RPK.

3) Episode Manik

Ini adalah fase ketika suasana hati seseorang sangat meningkat secara berlebihan. Ini biasanya gejala awal kedua yang paling umum pada penderita bipolar, dan cenderung memiliki peluang

pemulihan yang lebih baik dibandingkan mereka yang pertama kali mengalami depresi.

Ciri khas fase ini adalah: semangat berlebihan, bicara sangat cepat, dan energi fisik yang tidak bisa dikendalikan. Pasien bisa jadi terlalu optimis, tidak bisa diam, dan melakukan banyak gerakan tanpa henti. Gejala ini bisa cukup serius dan membahayakan diri sendiri, misalnya karena impulsif atau mengambil risiko tanpa pikir panjang. Menurut panduan medis DSM-5, episode manik dianggap “resmi” jika berlangsung minimal satu minggu dan terjadi hampir sepanjang hari (Marzani, 2021).

Diagnosa yang mungkin muncul dalam episode ini adalah Halusinasi dan RPK (Resiko Perilaku Kekerasan) dan Gangguan Persepsi Sensori.

4) Episode Campuran

Dalam episode ini, pasien bisa mengalami gejala mania dan depresi secara bersamaan atau bergantian dengan sangat cepat. Misalnya, seseorang bisa merasa sangat gembira dan tiba-tiba menjadi sangat sedih. Dalam seminggu, perasaan ini bisa terus berubah-ubah tanpa kendali.

Gejalanya bisa meliputi: suasana hati yang mudah berubah, mudah marah, panik, bicara cepat, sulit tidur, merasa sangat gelisah, dan bingung. Kadang-kadang episode ini bisa

menyerupai gejala ADHD, tapi biasanya pada bipolar gejalanya lebih ekstrem, seperti suasana hati yang tidak stabil, tidur yang berantakan, dan perilaku yang berisiko seperti penyalahgunaan narkoba atau seks bebas (McIntyre, 2019).

Pada remaja, gejala yang sering terlihat adalah mudah tersinggung dan agresif, sedangkan pada orang dewasa biasanya terlihat dalam bentuk penurunan kemampuan berpikir. Remaja dalam fase manik bisa mengalami pikiran yang sangat cepat dan tidak teratur, serta buruk dalam menilai risiko. Saat masuk ke fase depresi, mereka juga bisa mengalami gejala yang sangat parah, termasuk pikiran atau upaya untuk bunuh diri (Cichon, 2020).

Diagnosa yang mungkin muncul dalam episode ini adalah halusinasi, RPK, Isolasi Sosial, dan HDR.

4. Penatalaksanaan

Perawatan dan pengobatan tergantung pada kondisi dan tipe gangguan bipolar yang dialami, diantaranya sebagai berikut:

1) Terapi Non Farmakologi

- a) Psikoterapi, dilakukan untuk mengobati penyalahgunaan zat serta pemberian nutrisi yang baik, pengurangan stress, tidur yang cukup, berolahraga dan terapi psikososial (wells et al, 2015). Penatalaksanaan ini dilakukan dengan cara memberikan dukungan, memberikan bimbingan dan edukasi kepada seseorang dengan gangguan bipolar. Beberapa pengobatan

psikoterapi yang dapat digunakan untuk mengatasi gangguan bipolar meliputi: terapi kognitif, terapi keluarga dan psikoterapi interpersonal (NIMH, 2016).

- b) Electroconvulsive Therapy (ECT), dilakukan untuk gejala gangguan bipolar berat yang tidak dapat disembuhkan dengan perawatan dan pengobatan lainnya. Keluarga atau seseorang yang mengalami gangguan bipolar harus mendiskusikan tentang manfaat dan risiko yang akan terjadi dari ECT dengan profesional kesehatan. Karena ECT memiliki efek samping jangka pendek termasuk penurunan memori hingga amnesia, disorientasi dan kebingungan (NIHM, 2014).

2) Terapi Farmakologi

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

Farmakoterapi mempunyai peranan yang penting, dengan bukti-bukti yang relatif luas. Singkatnya, ketika tidak ditemukan kontraindikasi, penanganan awal harus mencakup monoterapi

salah satu dari mood stabilizer (lithium, carbamazepine, valproate) yang direkomendasikan, salah satu dari antipsikotik atipikal (aripiprazole, olanzapine, quetiapine, risperidone, ziprasidone), atau haloperidol (dalam kasus emergency atau pada terapi jangka pendek). Ketika respon yang didapat tidak adekuat, direkomendasikan untuk menggunakan kombinasi mood stabilizer dengan antipsikotik atipikal (Prenning A, 2014).

Masalah dalam menangani depresi pada gangguan bipolar adalah bahwa dalam praktik klinis, penanganannya sering disamakan dengan depresi biasa (unipolar). Penggunaan obat depresi jangka panjang biasanya tidak dianjurkan, tapi jika memang diperlukan, pemberian obat harus segera dimulai saat depresi sedang parah. Obat yang khusus untuk mengatasi depresi adalah pilihan utama untuk menangani episode depresi dengan tingkat sedang hingga berat. Beberapa obat seperti carbamazepine, lamotrigine, dan olanzapine bisa diresepkan, atau sebagai alternatif bisa menggunakan obat dari kelompok selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI).

Meskipun antidepresan bisa membantu mengurangi gejala depresi, obat ini juga bisa menimbulkan efek samping seperti kesulitan berpikir, kurang motivasi, serta gangguan pola makan dan tidur. Selain itu, antidepresan tidak selalu mampu mengatasi akar

penyebab depresi. Berikut ini adalah beberapa jenis antidepresan yang tersedia:

- a) Selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) Ini adalah jenis antidepresan yang paling umum diresepkan. Contoh antidepresan golongan ini antara lain citalopram, escitalopram, fluoxetine, fluvoxamine, paroxetine dan sertraline.
- b) Inhibitor reuptake serotonin dan noradrenalin (SNRI) Ini memiliki efek samping yang lebih sedikit dibandingkan SSRI dan dapat digunakan untuk depresi yang lebih parah. Obat-obatan tersebut termasuk duloxetine, venlafaxine dan desvenlafaxine.
- c) Inhibitor reuptake noradrenalin (NARI) Jenis obat antidepresan ini bekerja pada noradrenalin dan cenderung tidak menyebabkan kantuk dibandingkan kelas lainnya. Kelas ini mencakup reboxetine.

B. Konsep Halusinasi

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

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

1. Pengertian Halusinasi

Halusinasi adalah gejala gangguan mental di mana seseorang mengalami gangguan dalam cara mereka merasakan sesuatu. Mereka bisa merasa seolah-olah melihat, mendengar, mencium, mengecap, atau menyentuh sesuatu yang sebenarnya tidak ada (Keliat B. A., 2020).

Halusinasi adalah gangguan persepsi di mana otak merespons seolah-olah ada rangsangan nyata, padahal sebenarnya tidak ada. Orang yang mengalaminya merasa sensasi itu benar-benar terjadi dan bereaksi terhadapnya, meskipun tidak ada pemicu dari luar maupun dari dalam tubuh yang bisa dijelaskan (Stuart G. W., 2016).

Halusinasi adalah sensasi atau pengalaman yang muncul dari pikiran sendiri, padahal tidak ada hal nyata yang memicunya. Sensasi ini bisa memengaruhi kelima indera, seperti melihat atau mendengar sesuatu yang sebenarnya tidak ada (Kemenkes, Profil Kesehatan Indonesia , 2021).

2. Rentang Respon

Menurut (Yuanita, 2016) rentang respon neurobiologi yang paling adaptif adalah adanya pikiran logis, persepsi akurat, emosi yang konsisten dengan pengalaman, perilaku sesuai, dan terciptanya hubungan sosial yang harmonis.

Respon Adaptif

Respon Maladaftif



1. Pikiran logis. 2. Persepsi akurat. 3. Emosi yang konsisten dengan pengalaman. 4. Prilaku sesuai. 5. Terciptanya hubungan sosial	1. Pikiran kadang menyimpang ilusi. 2. Emosi tidak stabil. 3. Prilaku aneh. 4. Menarik diri	1. Gangguan proses pikir : Waham. 2. Halusinasi. 3. Kerusakan proses mengalami emosi. 4. Ketidakteraturan Isolasi Sosial. 5. Isolasi Sosial
--	--	---

Bagan 2.1 Rentang respon Halusinasi (sumber : yuanita 2016)

Keterangan :

- 1) Respons adaptif adalah respons yang dapat diterima norma-norma sosial budaya yang berlaku. Dengan kata lain individu tersebut dalam batas normal jika menghadapi suatu masalah akan dapat memecahkan masalah tersebut, respons adaptif:
 - a. Pikiran logis adalah pandangan yang mengarah pada kenyataan.
 - b. Persepsi akurat adalah pandangan yang tepat pada kenyataan. timbul dari pengalaman.
 - c. Emosi konsisten dengan pengalaman yaitu perasaan yang
 - d. Perilaku sosial adalah sikap dan tingkah laku yang masih dalam batas kewajaran.
 - e. Hubungan sosial adalah proses suatu interaksi dengan orang lain dan lingkungan.

2) Respons psikosial meliputi:

- a. Proses pikir terganggu adalah proses pikir yang menimbulkan gangguan.
- b. Ilusi adalah interpretasi atau penilaian yang salah tentang penerapan yang benar-benar terjadi (objek nyata) karena rangsangan panca indera.
- c. Emosi berlebihan atau berkurang.
- d. Perilaku tidak biasa adalah sikap dan tingkah laku yang melebihi batas kewajaran.
- e. Menarik diri adalah percobaan untuk menghindari interaksi dengan orang lain.

3) Respons maladaptif

Respon Maladaftif adalah respons individu dalam menyelesaikan masalah yang menyimpang dari norma-norma sosial budaya dan lingkungan, adapun respons maladaptif meliputi :

- a. Kelainan pikiran adalah keyakinan yang secara kokoh dipertahankan walaupun tidak diyakini oleh orang lain dan bertentangan dengan kenyataan sosial.
- b. Halusinasi merupakan persepsi sensori yang salah atau persepsi eksternal yang tidak realita atau tidak ada.
- c. Kerusakan proses emosi adalah perubahan sesuatu yang timbul dari hati.

- d. Perilaku tidak terorganisir merupakan suatu yang tidak teratur.
- e. Isolasi sosial adalah kondisi kesendirian yang dialami oleh individu dan diterima sebagai ketentuan oleh orang lain dan sebagai suatu kecelakaan yang negatif mengancam.

3. Penyebab

1) Faktor Predisposisi

Menurut (Direja, 2021)) faktor predisposisi yaitu :

a) Faktor Perkembangan

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

b) Faktor Sosialkultural

Seseorang yang merasa tidak diterima dilingkungan sejak bayi akan membekas diingatkannya sampai dewasa dan ia akan merasa disinkirkan, kesepian dan tidak percaya diri pada lingkungannya.

c) Faktor Biokimia

Adanya stress berlebihan yang dialami seseorang maka didalam tubuhnya akan menghasilkan suatu zat yang dapat bersifat halosinogenik asetil kolin dan dopamin.

d) Faktor Psikologis

Tipe kepribadian yang lemah tidak bertanggungjawab akan mudah terjerumus pada penyalahgunaan zat adaptif. Klien lebih

memilih kesenangan sesaat dan lari dari alam nyata menuju khayal.

e) Faktor Genetik dan Pola Asuh

Hasil studi menunjukkan bahwa factor keluarga menunjukkan hubungan yang sangat berpengaruh pada penyakit ini.

2) Faktor Presipitasi

Penyebab halusinasi dapat dilihat, menurut (Direja, 2021) :

a) Dimensi Fisik

Halusinasi dapat ditimbulkan oleh beberapa kondisi fisik seperti kelelahan yang luar biasa, penggunaan obat obatan demam hingga delirium, intoksikasi alcohol dan kesulitan untuk tidur dalam waktu lama.

b) Dimensi Emosional

Perasaan cemas yang berlebihan atas dasar masalah yang tidak dapat diatasi merupakan penyebab halusinasi itu terjadi. Isi dari halusinasi dapat berupa perintah memaksa dan menakutkan. Klien tidak sanggup lagi menentang perintah tersebut sehingga dengan kondisi tersebut klien berbuat sesuatu terhadap ketakutan tersebut.

c) Dimensi Intelektual

Dalam dimensi intelektual ini merangsang bahwa individu dengan halusinasi akan memperlihatkan adanya penurunan fungsi ego. Pada awalnya halusinasi merupakan usaha dari ego

sendiri untuk melawan impuls yang menekan, namun itu merupakan suatu hal yang menimbulkan kewaspadaan yang dapat mengambil seluruh perhatian klien dan tidak jarang akan mengobrol tentang semua perilaku klien.

d) Dimensi Sosial

Klien meggangap bahwa hidup bersosialisasi di alam nyata sangat membahayakan . klien asik dengan halusinasinya seolah olah ia merupakan tempat untuk memenuhi kebutuhan akan interaksi sosial, kontrol diri dan harga diri tlah di dapatkan dalam dunia nyata. Isi halusinasi ini di jadikan system kontrol oleh individu tersebut, sehingga jika perintah halusinasi berisi ancaman, dirinya ataupun orang lain individu cenderung untuk itu. Oleh karena itu, aspek penting dalam melaksanakan intervensi keperawatan klien dengan mengupayakan suatu proses interaksi yang menimbulkan pengaman interpersonal yang memuaskan, serta mengupayaka klien tidak menyendiri sehingga klien selalu berinteraksi dengan lingkungan dan halusinasi tidak berlangsung.

e) Dimensi Spiritual

Klien mulai dengan kemampuan hidup, rutinias tidak bermakna, hilangnya aktivitas ibadah dan jarang berupaya secara spiritual untuk enyucikan diri . ia sering memaki takdir tetapi lemah

dalam upaya menjemput rejeki. Menyalahkan lingkungan dan orang lain yang menyebabkan takdir buruknya.

4. Jenis – jenis Halusinasi

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

1) Halusinasi penglihatan

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

2) Halusinasi Pendengaran

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

3) Halusinasi Penciuman

Gangguan stimulus penciuman ditandai dengan seolah-olah mencium bau amis, bau busuk dan bau menjijikan, terkadang 25

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

4) Halusinasi Pengecapan

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

5) Halusinasi Perabaan

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

5. Tanda dan gejala

Hasil observasi terhadap klien serta ungkapan klien secara umum (Pardede, 2021) adalah:

- 1) Menyeringai atau tertawa yang tidak sesuai.
- 2) Menggerakkan bibirnya tanpa menimbulkan suara.
- 3) Gerakan mata cepat.
- 4) Menutup telinga.
- 5) Respon verbal lambat atau diam.
- 6) Diam dan dipenuhi oleh sesuatu yang mengasyikkan.
- 7) Terlihat bicara sendiri.

- 8) Menggerakkan bola mata dengan cepat.
- 9) Bergerak seperti membuang atau mengambil sesuatu.
- 10) Duduk terpaku, memandang sesuatu.
- 11) Disorientasi (waktu, tempat, orang). Pohon masalah

6. Fase halusinasi

Menurut (Arikunto, 2020) Proses terjadinya halusinasi yaitu :

1) Tahap I (Comforting)

Memberi rasa nyaman, tingkat ansietas sedang, secara umum halusinasi merupakan suatu kesenangan dengan karakteristik klien mengalami ansietas, kesepian, rasa bersalah dan ketakutan, mencoba berfokus pada pikiran yang dapat menghilangkan ansietas, pikiran dan pengalaman masih dalam kontrol kesadaran. Perilaku klien yang mencirikan dari tahap I (comforting) yaitu tersenyum atau tertawa sendiri, menggerakkan bibir tanpa suara, pergerakan mata yang cepat, respon verbal yang lambat, diam dan berkonsentrasi.

2) Tahap II (Condemning)

Menyalahkan, tingkat kecemasan berat, secara umum halusinasi menyebabkan rasa antisipasi dengan karakteristik pengalaman sensori menakutkan, mulai merasa kehilangan control, menarik diri dari orang lain. Perilaku klien yang mencirikan dari tahap II yaitu

dengan terjadi peningkatan denyut jantung, pernafasan dan tekanan darah, perhatian dengan lingkungan berkurang, konsentrasi terhadap pengalaman sensorinya, kehilangan kemampuan membedakan halusinasi dengan realitas.

3) Tahap III (Controlling)

Mengontrol, tingkat kecemasan berat, pengalaman halusinasi tidak dapat ditolak lagi dengan karakteristik klien menyerah dan menerima pengalamansensorinya (halusinasi), isi halusinasi menjadi atraktif, dan kesepian bila pengalaman sensori berakhir. Perilaku klien pada tahap III ini adalah perintah halusinasi ditaati, sulit berhubungan dengan orang lain, perhatian terhadap lingkungan berkurang, hanya beberapa detik, tidak mampu mengikuti perintah dari perawat, tampak tremor dan berkeringat.

4) Tahap IV (Conquering)

Klien sudah sangat dikuasai oleh halusinasi, klien tampak panik. Perilaku klien pada tahap IV adalah perilaku panik, resiko tinggi mencederai, agitasi atau kataton, tidak mampu berespon terhadap lingkungan.

7. Mekanisme Koping

Mekanisme koping adalah cara atau usaha seseorang untuk melindungi dirinya dari tekanan atau stres. Menurut (Direja, 2021)), ada beberapa bentuk mekanisme koping yang biasa muncul, yaitu:

1. Regresi

Ini adalah cara seseorang menghindari stres atau rasa cemas dengan kembali bersikap seperti anak-anak. Misalnya, menunjukkan perilaku kekanak-kanakan atau kesulitan memproses masalah secara dewasa karena ingin mengurangi tekanan yang dirasakan.

2. Proyeksi

Dalam mekanisme ini, seseorang yang tidak bisa menerima perasaan atau kesalahannya sendiri malah menyalahkan orang lain. Ini dilakukan sebagai bentuk pelampiasan dan perlindungan diri, walau sebenarnya itu berasal dari konflik dalam dirinya sendiri.

3. Menarik Diri

Respons ini bisa muncul secara fisik maupun emosional. Secara fisik, orang tersebut mungkin memilih menjauh atau melarikan diri dari sumber stres. Secara psikologis, mereka bisa menunjukkan sikap seperti mengasingkan diri, kehilangan minat pada hal-hal di sekitar, bersikap acuh, atau merasa takut dan mudah tersinggung.

8. Teknik mengontrol halusinasi

Menurut (Keliat B. A., 2017) Halusinasi dapat dikontrol dengan berbagai cara seperti berikut:

1) Mengenali

Langkah pertama adalah mengenali kapan halusinasi muncul. Klien diajarkan untuk memahami isi halusinasi, kapan biasanya

muncul, apa yang memicunya, dan bagaimana reaksi mereka terhadapnya.

2) Menghardik

Di sini, klien belajar untuk melawan halusinasi yang datang, misalnya dengan menolak mengikuti suara atau perintah yang mereka dengar. Mereka dilatih untuk berkata "tidak" atau mengabaikan halusinasi tersebut agar tidak terpengaruh.

3) Mengobrol dengan orang lain

Mengajak klien berbicara dengan orang lain bisa membantu mengalihkan perhatian mereka dari halusinasi. Fokus mereka akan beralih ke percakapan, sehingga halusinasi tidak lagi menjadi pusat perhatian

9. Penatalaksanaan Halusinasi

Menurut (D.R, 2016), perawatan medis untuk pasien yang mengalami halusinasi pendengaran dibagi menjadi dua jenis, yaitu terapi obat-obatan (farmakologi) dan terapi non - obat (non - farmakologi):

1. Terapi Farmakologi (Menggunakan Obat)

a. Haloperidol

Jenis obat: Antipsikotik dari golongan butirofenon.

Digunakan untuk: Mengatasi psikosis akut atau kronis, serta menangani perilaku sangat hiperaktif pada anak-anak.

Cara kerja: Meskipun mekanismenya belum sepenuhnya dipahami, obat ini bekerja dengan menekan aktivitas di sistem

saraf pusat, terutama di bagian otak bawah seperti batang otak dan mesensefalon.

Tidak boleh digunakan oleh: Orang yang alergi terhadap obat ini, penderita gangguan otak tertentu, depresi berat pada sistem saraf, penyakit Parkinson, dan anak di bawah 3 tahun.

Efek samping: Mengantuk, sakit kepala, kejang, sulit tidur, pusing, mulut kering, dan hilang nafsu makan.

b. Chlorpromazine

Jenis obat: Antipsikotik dan anti-mual.

Digunakan untuk: Mengatasi gangguan psikotik seperti skizofrenia, fase mania pada bipolar, rasa cemas berlebih, agitasi, dan anak yang sangat aktif.

Cara kerja: Diperkirakan bekerja dengan menghambat zat kimia dopamin di otak, terutama di bagian otak seperti ganglia basal, sistem limbik, dan batang otak.

Tidak boleh digunakan oleh: Orang yang alergi terhadap obat ini, pasien dalam kondisi koma, dengan kerusakan hati, ginjal, jantung, penyakit Parkinson, anak di bawah 6 tahun, serta wanita hamil atau menyusui.

Efek samping: Sama dengan yang disebut di atas.

c. Trihexyphenidyl (THP)

Jenis obat: Antiparkinson.

Digunakan untuk: Mengatasi penyakit Parkinson dan efek samping gerakan berlebih akibat penggunaan obat antipsikotik.

Cara kerja: Mengurangi ketidakseimbangan antara dopamin yang rendah dan asetilkolin yang berlebih di otak dengan cara menghambat asetilkolin.

Tidak boleh digunakan oleh: Orang dengan alergi terhadap obat ini, penderita glaukoma, pembesaran prostat, dan anak di bawah usia 3 tahun.

Efek samping: Mengantuk, pusing, bingung, tekanan darah rendah, mulut kering, mual, dan muntah.

2. Terapi Non-Farmakologi (Tanpa Obat)

a. Terapi Aktivitas Kelompok (TAK)

Kegiatan bersama yang dirancang untuk membantu pasien menstimulasi kembali fungsi sensorik dan mengurangi gejala halusinasi.

b. Terapi Kejut Listrik (ECT)

Perawatan fisik yang menggunakan arus listrik sebesar 75–100 volt ke otak untuk membantu meredakan gejala psikotik.

c. Pengikatan atau Pengekangan

Menggunakan alat khusus seperti sabuk di pergelangan tangan atau kaki untuk membatasi gerakan pasien. Ini hanya

dilakukan jika pasien tidak kooperatif dan berpotensi membahayakan diri sendiri atau orang lain.

C. Konsep Defisit Perawatan Diri

1. Definisi Defisit Perawatan Diri

Defisit perawatan diri adalah suatu keadaan dimana seseorang mengalami gangguan kemampuan untuk melakukan aktivitas perawatan diri seperti mandi (hygiene), berpakaian/berhias, makan dan BAB/BAK (Laila, 2022).

Defisit perawatan diri adalah kondisi di mana seseorang mengalami kesulitan atau kehilangan kemampuan untuk melakukan aktivitas merawat diri sendiri, seperti mandi, berdandan, makan, dan menggunakan toilet. Orang dengan kondisi ini biasanya tidak memiliki keinginan untuk menjaga kebersihan diri, misalnya jarang mandi, tidak menyisir rambut, memakai pakaian yang kotor, memiliki bau badan atau napas tidak sedap, dan terlihat berantakan. Masalah ini sering ditemukan pada pasien dengan gangguan jiwa (Indriani, 2021).

2. Etiologi

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

1) Faktor Predisposisi

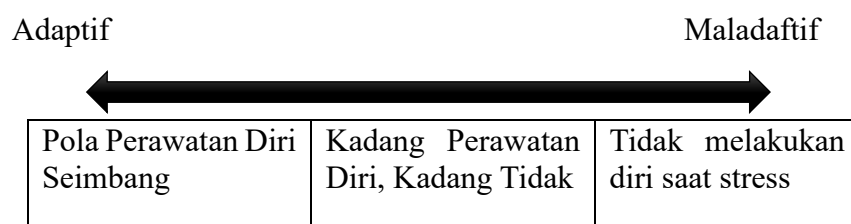
Faktor predisposisi ini meliputi faktor biologis dimana suatu penyakit kronis yang menyebabkan klien tidak mampu melakukan perawatan diri secara mandiri. Faktor perkembangan yaitu keluarga yang terlalu memanjakan dan melindungi klien sehingga perkembangan inisiatif klien menjadi terganggu. Faktor sosial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

2) Faktor Presipitasi

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

3. Rentang Respon

Menurut Yanti (2021) rentang respon perawatan diri klien adalah sebagai berikut :



Bagan 2.2 Rentang Respon Kognitif Defisit Perawatan Diri

Keterangan :

- a. Pola perawatan diri seimbang, saat klien mendapatkan stressor dan mampu untuk berperilaku adaptif, maka pola perawatan yang dilakukan klien seimbang, klien masih melakukan perawatan diri.
- b. Kadang perawatan kadang tidak, saat klien mendapatkan stressor kadang–kadang klien tidak memperhatikan perawatan dirinya.
- c. Tidak melakukan perawatan diri, klien mengatakan dia tidak peduli dan tidak bisa melakukan perawatan saat stressor.

4. Tanda dan Gejala

Menurut (Nafiyati, 2018) tanda dan gejala defisit perawatan diri terdiri dari:

- a) Data subjektif Klien mengatakan :
 - 1) Malas mandi
 - 2) Tidak mau menyisir rambut
 - 3) Tidak mau menggosok gigi
 - 4) Tidak mau memotong kuku
 - 5) Tidak mau berhias/berdandan
 - 6) Tidak bisa/tidak mau menggunakan alat mandi
 - 7) Tidak menggunakan alat makan dan minum saat makan dan minum
 - 8) BAB dan BAK sembarangan
 - 9) Tidak membersihkan diri dan tempat BAB dan BAK
 - 10) Tidak mengetahui cara perawatan diri yang benar

b) Data objektif

- 1) Badan bau, kotor, berdaki, rambut kotor, gigi kotor, kuku panjang.
- 2) Tidak menggunakan alat mandi pada saat mandi dan tidak mandi dengan benar.
- 3) Rambut kusut, berantakan, kumis dan jenggot tidak rapi, serta tidak mampu berdandan.
- 4) Pakaian tidak rapi, tidak mampu memilih, mengambil, memakai, mengencangkan dan memindahkan pakaian, tidak memakai sepatu/sandal, tidak mengancingkan baju atau celana.
- 5) Memakai barang-barang yang tidak perlu dalam berpakaian, mis : memakai pakaian berlapis-lapis, pengguna pakaian yang tidak sesuai. Melepas barangbarang yang perlu dalam berpakaian, mis : telanjang.
- 6) Makan dan minum sembarangan dan berhamburan, tidak menggunakan alat makan, tidak mampu menyiapkan maknan, memindahkan makanan ke alat makan, tidak mampu memegang alat makan, membawa makanan dari piring ke mulut, mengunyah, menelan makanan secara aman dan menghabiskan makanan.
- 7) BAB dan BAK tidak pada tempatnya, tidak membersihkan diri setelah BAB dan BAK, tidak mampu menjaga kebersihan toilet dan menyiram toilet setelah BAB dan BAK.

5. Penatalaksanaan

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

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

6. Pohon Masalah

Bagan 2.3 Pohon Masalah Defisit Perawatan Diri



Sumber : (Astuti, 2019)

D. Koping Individu Tidak Efektif

1. Definisi Koping Individu Tidak Efektif

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

Koping yang tidak efektif terjadi ketika seseorang tidak mampu menilai atau merespons situasi yang menimbulkan stres dengan tepat, atau tidak bisa memanfaatkan sumber daya yang ada untuk mengatasi masalahnya (SDKI, edisi III, 2017). Ketika koping tidak efektif, orang tersebut kesulitan memahami secara akurat apa yang menyebabkan stres, memilih cara menghadapi yang kurang tepat, dan/atau tidak mampu menggunakan bantuan atau dukungan yang tersedia di sekitarnya (Herdman, T. Heather, 2016).

2. Etiologi

Berikut adalah faktor-faktor yang mempengaruhi koping tidak efektif:

- 1) Ketidakpercayaan terhadap kemampuan diri sendiri dalam mengatasi masalah.

- 2) Ketidakadekuatan sistem pendukung.
- 3) Krisis situasional.
- 4) Krisis maturasional.
- 5) Ketidakadekuatan strategi koping.
- 6) Ketidakteraturan atau kekacauan lingkungan.
- 7) Kerentanan personalitas.
- 8) Ketidakpastian.
- 9) Ketidalcukupan persiapan untuk menghadapi stressor.
- 10) Disfungsi sistem keluarga

3. Rentang Respon

Bagan 2.4 Rentang respon Koping Individu Tidak Efektif



4. Tanda dan Gejala

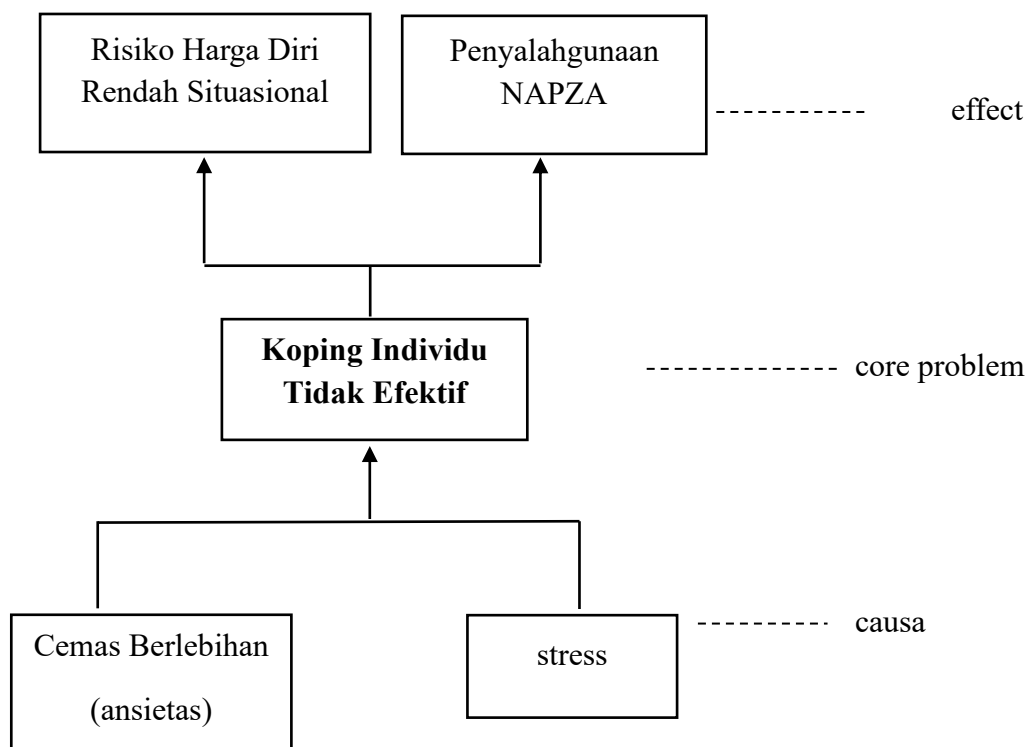
Berikut adalah tanda dan gejala koping tidak efektif:

- 1) Mengungkapkan dengan kata bahwa tidak mempunyai kemampuan mengendalikan atau mmepengaruhi situasi.
- 2) Mengatakan tidak mampu melakukan perawatan diri.
- 3) Mengungkapkan keraguan terhadap penampilan peran.
- 4) Mengungkapkan ketidakpuasan dan frustasi terhadap ketidakmampuan untuk melakukan tugas atau aktivitas sebelumnya.

- 5) Apatis dan pasif.
- 6) Bicara dengan gerakan lambat.
- 7) Tidur berlebihan.
- 8) Ekspresi muka murung.
- 9) Gagal mempertahankan ide atau pendapat yang berkaitan dengan orang lain ketika mendapat perlawanan.
- 10) Ketergantungan terhadap orang lain yang dapat mengakibatkan iritabilitas, ketidaksukaan, marah dan rasa bersalah.
- 11) Enggan mengungkapkan perasaan yang sebenarnya.
- 12) Tidak berpartisipasi dalam pengambilan keputusan saat diberikan kesempatan.
- 13) Tidak mampu mencari informasi tentang perawatan

5. Pohon Masalah

Bagan 2.5 Pohon Masalah Koping Individu Tidak Efektif



B. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah dasar utama dari proses keperawatan. Tahap pengkajian terdiri dari pengumpulan data dan perumusan kebutuhan atau masalah pasien. Data yang dikumpulkan melalui data biologis, psikologis, sosial dan spiritual (Prabowo, 2017).

Adapun isi dari pengkajian tersebut adalah :

a. Pengumpulan data

1) Identitas klien

Melakukan pengenalan dan kontrak dengan klien tentang : nama mahasiswa, nama panggilan, nama pasien, nama panggilan pasien, tujuan, waktu, tempat pertemuan, topik yang akan dibicarakan. Tanyakan dan catat pasien usia pasien dan NO RM, tanggal pengkajian dan sumber data yang didapat.

2) Alasan masuk

Apa yang menyebabkan pasien atau keluarga datang, atau dirawat di rumah sakit, apakah sudah tau penyakit sebelumnya, apa yang sudah dilakukan keluarga untuk mengatasi masalah ini.

3) Riwayat penyakit sekarang dan faktor presipitasi

Menanyakan bagaimana pasien bisa mengalami gangguan jiwa. Faktor yang memperberat kejadian seperti putus pengobatan.

4) Faktor predisposisi

Menanyakan apakah keluarga mengalami gangguan jiwa, bagaimana hasil pengobatan apakah pernah melakukan atau mengalami penganiayaan fisik, seksual, penolakan dari lingkungan, kekerasan dalam keluarga, dan tindakan kriminal. Menanyakan kepada pasien dan keluarga apakah ada yang mengalami gangguan jiwa, menanyakan pasien tentang pengalaman yang tidak menyenangkan.

5) Pemeriksaan Fisik Memeriksa TTV, tinggi badan, berat badan, dan tanyakan apakah ada keluhan fisik yang dirasakan klien.

6) Psikososial

a. Genogram

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

b. Konsep Diri

Konsep diri meliputi sebagai berikut:

a) Citra Tubuh

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

keluhan mengenai persepsi klien terhadap tubuhnya, seperti bagian tubuh yang tidak disukai.

b) Identitas Diri

Tanyakan kepuasan klien dengan jenis kelaminnya, kepuasan klien dengan statusnya di dalam keluarga dan masyarakat. Pada umumnya interaksi klien dengan keluarga maupun masyarakat tidak efektif sehingga klien merasa tidak puas akan status ataupun posisi klien sebagai anggota keluarga dan masyarakat.

c) Peran Diri

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

d) Ideal Diri

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

e) Harga Diri

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

7) Status Mental

a) Penampilan

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

b) Alam Perasaan

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

c) Afek

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

d) Pembicaraan

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

e) Aktivitas Motorik

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

f) Interaksi Selama Wawancara

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

g) Persepsi

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

h) Proses Pikir

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

i) Isi Pikir

Mengamati/ mengobservasi isi pikiran klien selama wawancara.

Pada umumnya klien merasa lebih senang menyendiri daripada berkumpul dengan orang lain.

j) Tingkat Kesadaran

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

k) Memori

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

l) Tingkat Konsentrasi dan Berhitung

Mengamati/ mengobservasi tingkat konsentrasi dan kemampuan berhitung klien selama wawancara. Pada umumnya klien dengan gangguan persepsi sensori: Halusinasi pendengaran cenderung tidak mampu berkonsentrasi, klien tidak dapat menjelaskan kembali pembicaraannya dengan

dibuktikan selalu meminta agar pertanyaan yang diucapkan oleh seseorang untuk diulangkan kembali.

m) Kemampuan Penilaian

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

n) Daya Tilik Diri

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

8) Hubungan Sosial

a). Orang yang berarti

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

b). Lingkungan

Kaji lingkungan bagaimana yang membuat klien merasa lebih tenang.

c). Arti Keluarga

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

d). Aktivitas di masyarakat.

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

f). Spiritual

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

9) Kebutuhan Persiapan Pulang

a) Makan

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

b) BAB/ BAK

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

c) Mandi

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

d) Berpakaian

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

e) Istirahat dan Tidur

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

f) Penggunaan Obat

Tanyakan/ observasi kepada klien dan keluarga tentang penggunaan obat yang dikonsumsi serta reaksi yang ditimbulkannya. Klien dengan gangguan persepsi sensorik: Halusinasi pendengaran minum obat 3x sehari dengan obat oral serta reaksi obat dapat tenang dan tidur (sesuai advice dokter).

g) Pemeliharaan Kesehatan

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

h) Kegiatan Dalam Rumah

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

i) Kegiatan di Luar Rumah

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

10) Mekanisme Koping

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

a) Regresi

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

b) Proyeksi

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

c) Menarik diri

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

11) Masalah Psikososial dan Lingkungan

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

12) Aspek Medis

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

2. Analisa Data

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

Tabel 2.1 Analisa Data

No.	Data Penunjang	Masalah Keperawatan
1.	DS: Biasanya klien akan mengatakan mendengar suara-suara kegaduhan, mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap, mendengar suara menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya. DO: Klien akan nampak seperti komat-kamit, klien nampak kebingungan, klien nampak ketakutan,	Gangguan persepsi sensori: Halusinasi pendengaran

No	Data Penunjang	Masalah Keperawatan
	kontak mata yang kurang, klien mondar-mandir, klien berbicara sendiri, klien tertawa sendiri, klien asyik sendiri.	
2.	DS: Klien akan mengatakan malas mandi, makan, malas membereskan tempat tidur, malas berdandan DO: Penampilan klien tidak rapih, bau badan dan bau mulut, gigi kuning, kuku panjang dan kotor, tidak ganti pakaian, klien tidak mampu mengambil makan sendiri, klien tidak mampu berdandan.	Defisit Perawatan Diri

3. Diagnosa Keperawatan

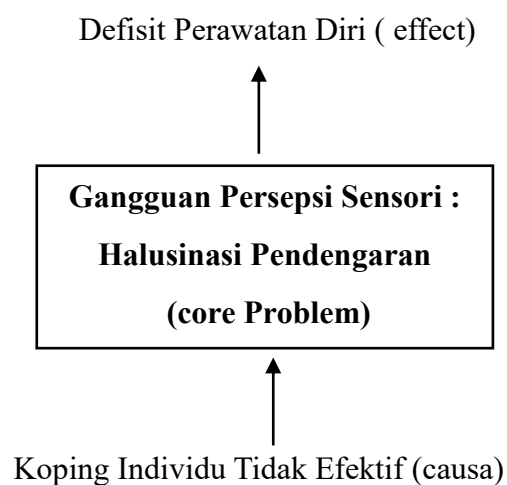
Menurut tim pokja SDKI DPP PPNI (2017) diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon pasien individu,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

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

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

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

Bagan 2.6 Pohon masalah halusinasi pendengaran



4. Intervensi Keperawatan

Rencana tindakan keperawatan dibuat dan disusun khusus untuk menyelesaikan suatu masalah atau diagnosa keperawatan dan meningkatkan kesehatan pada klien. Seiring berjalannya waktu rencana tindakan keperawatan bisa berubah prioritasnya sesuai dengan masalah keperawatan yang muncul pada klien (PPNI, 2018).

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

Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa	Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)	Rasional
1.	Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran	Setelah dilakukan tindakan 4x pertemuan klien dapat membina hubungan saling percaya dengan kriteria hasil : 1. Ekspresi wajah bersahabat 2. Menunjukkan rasa senang 3. Ada kontak mata 4. Mau berjabat tangan 5. Mau menyebutkan nama 6. Mau duduk berdampingan dengan perawat 7. Bersedia mengungkapkan masalah yang dihadapi 8. Menyebutkan isi, waktu, frekuensi, situasi dan kondisi yang menimbulkan halusinasi.	Sp 1 : 1. Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik. 2. Identifikasi jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi halusinasi klien. 3. Identifikasi respon klien terhadap halusinasi klien. 4. Ajarkan klien menghardik. 5. Anjurkan klien menghardik dimasukan ke dalam kegiatan harian.	1. Memfasilitasi kata bukaan dalam mengungkapkan perasaan. 2. Mengetahui isi, jenis, waktu, frekuensi, situasi halusinasi. 3. Mengetahui respon klien terhadap halusinasi klien. 4. Untuk mengontrol halusinasi. 5. Agar suara yang didengar berkurang.

No.	Diagnosa	Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)	Rasional
		Setelah dilakukan tindakan 4x pertemuan klien dapat mengenal halusinasi dengan kriteria hasil : 1. Menyebutkan cara menghardik halusinasi 2. Melakukan cara baru 3. Dapat memilih cara mengatasi halusinasinya sendiri. Setelah dilakukan tindakan 4x pertemuan klien dapat mengenal halusinasinya dengan kriteria hasil : 1. Dapat menyebutkan kegiatan mengendalikan halusinasi dengan Sp 3 (melakukan aktivitas). 2. Aktivitas yang dilakukan sehari – hari meningkat. 3. Suara bisikan berkurang.	Sp 2 : 1. Evaluasi kegiatan klien yang lalu tentang kemampuan klien mengontrol halusinasi dengan cara menghardik. 2. Latih klien mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap – cakap dengan orang lain. 3. Anjurkan klien memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian. Sp 3 : 1. Evaluasi kemampuan yang lalu tentang kemampuan klien. 2. Latih klien mengendalikan halusinasinya dengan cara melakukan kegiatan seperti (ibadah, senam, main congkak, dan bernyanyi). 3. Anjurkan klien memasukan ke jadwal harian sesuai dengan jadwal yang sudah disusun.	1. Dengan kontak yang sering klien dapat terhindar dari halusinasinya. 2. Agar klien tidak menyendiri dan mengurangi halusinasinya. 3. Klien dapat terbiasa melakukan menghardik halusinasi. 1. Untuk melihat bagaimana perkembangan halusinasi klien. 2. Suatu upaya lain untuk mengurangi dan memutus halusinasi. 3. Untuk mengurangi perubahan interaksi realita klien.

No.	Diagnosa	Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)	Rasional
		Setelah dilakukan tindakan 4x pertemuan klien dapat memanfaatkan obat dengan kriteria hasil : 1. Menyebutkan manfaat obat 2. Kerugian tidak meminum obat 3. Meminum obat dengan benar	Sp 4 : 1. Evaluasi jadwal kegiatan harian klien. 2. Berikan pendidikan kesehatan tentang penggunaan obat secara teratur. 3. Motivasi untuk selalu memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian.	1. Untuk catatan kegiatan harian. 2. Agar klien tahu penggunaan obat dengan benar dan teratur. 3. Meningkatkan motivasi klien untuk meminum obat dengan benar.
2.	Defisit Perawatan Diri	Setelah dilakukan tindakan 4x pertemuan diharapkan pasien dapat menjaga kebersihan diri dengan kriteria hasil : 1. Membersihkan diri dengan cara mandi. 2. Mampu berhias dan berdandan. 3. Melakukan makan dan minum dengan baik. 4. Mampu melakukan BAB dan BAK dengan baik.	Sp 1 : 1. Identifikasi masalah keperawatan diri. 2. Jelaskan pentingnya kebersihan diri. 3. Jelaskan alat dan cara kebersihan diri. 4. Latih cara membersihkan diri. 5. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan mandi, sikat gigi, potong kuku, dan cuci rambut.	1. Mengetahui masalah yang akan muncul. 2. Agar klien tahu pentingnya kebersihan diri. 3. Agar klien mengetahui alat dan cara mandi. 4. Agar klien mampu menjaga kebersihan dirinya. 5. Untuk membiasakan klien menjaga kebersihan diri.

No	Diagnosa	Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)	Rasional
			Sp 2 : 1. Evaluasi kegiatan kebersihan diri, beri pujian. 2. Jelaskan cara dan alat untuk berdandan. 3. Latih cara berdandan setelah kebersihan diri : sisiran, cukuran untuk pria. 4. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk kebersihan diri dan berdandan. Sp 3 : 1. Evaluasi kegiatan kebersihan diri dan berdandan, beri pujian. 2. Jelaskan cara dan alat makan dan minum. 3. Latih cara makan dan minum yang baik. 4. Masukkan pada jadwal kegiatan harian.	1. Untuk mengetahui perkembangan perilaku klien. 2. Agar klien tahu cara menggunakan alat untuk berdandan. 3. Klien mampu berdandan secara mandiri. 4. Suatu upaya agar klien terbiasa menjaga penampilan. 1. Untuk melihat perkembangan kebersihan pada klien. 2. Klien tahu cara dan alat makan yang digunakan. 3. Agar klien mampu makan dan minum dengan baik. 4. Agar kegiatan klien terjadwal.

5. Implementasi Keperawatan

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

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

6. Evaluasi Keperawatan

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

Evaluasi dibagi menjadi dua, yaitu sebagai berikut:

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

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Tinjauan Kasus

1. Pengkajian Keperawatan

a. Pengumpulan Data

1) Identitas Klien

Nama	: Ny. T
Umur	: 64 Tahun
Jenis Kelamin	: Perempuan
Pendidikan	: D3 Bhs. Inggris
Agama	: Islam
Status Pernikahan	: Belum Menikah
Alamat	: Jln. Psm dalam No.220, Kiara Condong, Kab. Bandung
Tanggal Masuk	: 16 November 2018
Tanggal Pengkajian	: 21 April 2025
No. RM	: 002569
Diagnosa Medis	: Bipollar

2) Identitas Penanggung Jawab

Nama : Tn. D

Umur : 66 tahun

Pekerjaan : Buruh

Alamat : Jln. Psm dalam No.220, Kiara Condong,
Kab. Bandung

Hub. Degan Klien : kakak

b. Alasan Masuk

Klien datang ke Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut diantarkan oleh kakak dan kakak iparnya, karena di rumah klien marah – marah beradu argumen dengan anggota keluarganya dan di rumah klien sering berbicara sendiri seperti komat – kamit serta di rumah klien jarang meminum obat.

c. Riwayat Sekarang

Pada saat dilakukan pengkajian tanggal 21 April 2025 di dapatkan data hasil klien mengatakan selama berada di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie sudah tidak pernah marah – marah lagi, klien mengatakan sering mendengar suara – suara yang mirip dengan kakak dan kakak iparnya seperti sedang berkomentar tentang aktivitas kehidupan sehari hari klien. Klien mengatakan suara – suara itu muncul apabila ia sedang sendiri maupun saat sedang

mengobrol dengan orang lain, klien mengatakan dirinya gelisah apabila suara itu datang, klien mengatakan dalam seminggu terakhir ini suara – suara itu muncul setiap saat sebanyak 3x dalam seminggu.

d. Faktor Predisposisi

1) Riwayat Gangguan Jiwa dimasa Lalu

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

2) Riwayat Aniaya

Klien mengatakan dirinya tidak pernah melakukan penganiayaan, secara fisik, seksual maupun kriminalitas pada dirinya maupun orang lain.

3) Riwayat Anggota Keluarga yang Mengalami Gangguan Jiwa

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

4) Riwayat Pengalaman Yang Tidak Menyenangkan Dimasa Lalu

Klien mengatakan apabila dirumah dirinya sering beradu argumen dengan kakak iparnya, seperti mengomentari apa saja yang dilakukan oleh klien.

e. Faktor Presipitasi

Klien mengatakan alasannya dimasukkan ke klinik karena putus obat.

f. Fisik

1) Keadaan umum : compos mentis

2) Tanda – Tanda Vital

Tekanan Darah : 110/80 mmHg

Respirasi : 22x /menit

Nadi : 90x /menit

Suhu : 36,5 ° c

3) Antropometri

Berat badan : 49 kg

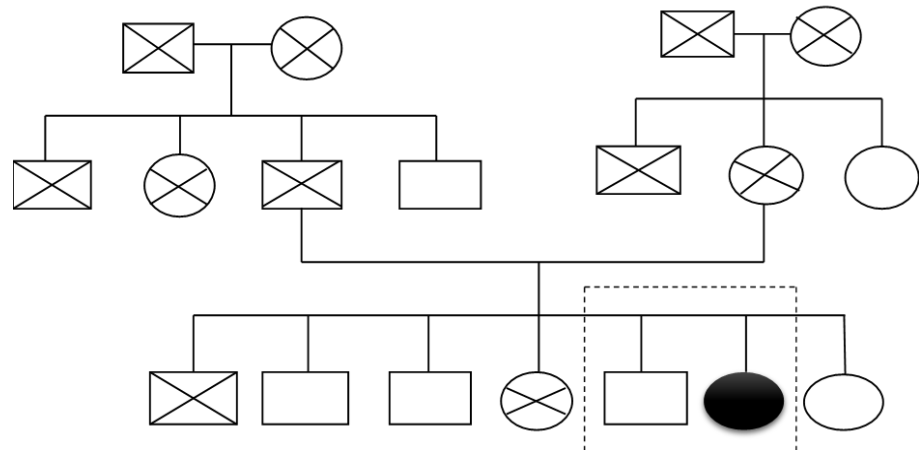
Tinggi badan : 155 cm

4) Keluhan Fisik : pada saat dikaji klien mengatakan tidak ada keluhan.

Masalah keperawatan : Tidak ada

g. Psikososial

1) Genogram



Bagan 3.1 Genogram Keluarga Ny. T

Keterangan :

-  : Laki – laki
-  : Perempuan
-  : Laki – laki meninggal
-  : Perempuan meninggal
-  : Garis keturunan
-  : Tinggal serumah
-  : Klien

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

2) Konsep Diri

a. Citra Tubuh

Klien mengatakan menyukai seluruh anggota tubuh yang dimilikinya. Klien mengatakan dirinya cantik sebagai perempuan.

b. Identitas Diri

Klien mampu menjelaskan identitas dirinya. Klien mengatakan ia bernama Ny. T berusia 64 tahun seorang perempuan dan bertempat tinggal di Bandung.

c. Peran Diri

Klien mengatakan di rumah menjadi seorang anak sekaligus menjadi seorang kakak.

d. Ideal Diri

Klien mengatakan ia ingin cepat sembuh dan ingin segera pulang ke rumah.

e. Harga Diri

Klien mengatakan tidak malu dengan kondisinya yang sekarang.

3) Hubungan Sosial

a. Orang yang berarti

Saat dikaji klien mengatakan kakaknya yang paling berarti setelah ke 2 orang tuanya.

b. Peran serta dalam kegiatan kelompok/ masyarakat

Klien kadang mengikuti kegiatan kelompok yang di adakan di lingkungan Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie.

c. Hambatan dalam hubungan dengan orang lain

Klien mengatakan sering berinteraksi dengan pasien yang lain.

Klien mengatakan terkadang dirinya sungkan untuk bercerita kepada pasien yang lain.

4) Spiritual

a. Nilai dan keyakinan

Pasien mengatakan beragama islam dan percaya adanya Tuhan.

b. Kegiatan ibadah

Selama berada di Yayasan Nur Illahie Assanie selalu mengikuti kegiatan pengajian, klien mengatakan jarang shalat, klien shalat apabila ia mau.

h. Status Mental

1) Penampilan

Klien berpenampilan kurang rapi, sedikit tercium bau badan dan bau mulut, gigi klien nampak kuning, kuku klien nampak sedikit panjang dan kotor, rambut klien nampak berminyak.

2) Pembicaraan

Pada saat dilakukan pengkajian klien menjawab sesuai dengan apa yang ditanyakan, meski terkadang klien terlihat bingung dan nampak berpikir dahulu sebelum menjawab pertanyaan.

3) Aktivitas / Motorik

Klien nampak sering moandar – mandir di ruangan.

4) Alam Perasaan

Klien mengatakan merasa terganggu

5) Afek

Klien nampak kooperatif saat diwawancara, nampak klien bereaksi sesuai dengan kondisi yang menggambarkan topik pembicaraan, ekspresi dan emosi.

6) Interaksi selama wawancara

Klien tampak kooperatif saat diwawancara dan mampu menjawab pertanyaan yang di ajukan, kontak mata klien baik.

7) Persepsi

klien mendengar suara seseorang yang mirip dengan suara kakak iparnya namun suara itu tidak ada wujudnya, suara tersebut terdengar selalu saja seperti sedang mengkritik diri klien, klien mengatakan suara itu muncul apabila ia sedang sendirian maupun dengan orang lain.

8) Proses berpikir

Klien mampu berpikir dengan baik saat diberi pertanyaan klien mampu menjawab secara benar seperti “ klien mampu memperkenalkan diri dengan bahasa inggris “ klien mampu menjawab dengan benar.

9) Isi pikir

Tidak ada gangguan isi pikir.

10) Tingkat kesadaran

Klien tampak bingung, terlihat dari cara berbicara yang terkadang sedikit bingung akan menyampaikan sesuatu. Klien dapat mengenali dan mengetahui waktu, tempat dan orang.

11) Memori

Klien mampu mengingat keluarganya, mampu menyebutkan nama, jumlah, saudara dan klien mengatakan dirinya mengingat

kejadian yang terjadi pada dirinya saat di rumah. Klien mampu mengingat dan mengenali orang yang baru berkenalan.

12) Tingkat konsentrasi dan berhitung

Konsentrasi klien mudah beralih. Klien lancar berhitung contoh “ $10 - 5 = 5$ “ pada saat pengkajian, kontak mata klien baik.

13) Kemampuan penilaian

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

14) Daya tilik diri

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

i. Mekanisme Koping

Adaptif : klien bisa berbicara dengan orang disekitar klien sedang dalam keadaan tenang.

Maladftif : ketika ada masalah klien kebingungan dan sungkan untuk bercerita kepada orang lain.

j. Aspek penunjang

Diagnoosa medis : Gangguan Apektif Bipolar

Terapi Medis :

Tabel 3.1 Terapi Obat

No.	Nama Obat	Dosis	Waktu	Kegunaan	Efek samping
1.	Haloperidol	5 mg	1-1-1	Memperbaiki suasana hati, mengatasi halusinasi, gelisah, agresi.	Pusing, kantuk, sulit BAK, gangguan tidur.
2.	Stelosi	5 mg	1-1-1	Mengatasi halusinasi, stress.	Pusing, mulut kering dan sembelit
3.	Heximer	5 mg	1-1-1	Penyeimbang/menghindari efek samping tremor dan mata juling.	Mulut kering dan pusing
4.	clozapin	25 mg	0-0-1	Menyeimbangkan / mengatur suasana hati, menenangkan pikiran.	Mengantuk, bibir kering

k. Daftar Masalah Keperawatan

- 1) Gangguan persepsi sensori : Halusinasi Pendengaran
- 2) Defisit Perawatan Diri

2. Analisa Data

Tabel 3.2 Analisa Data

No.	Tanda dan Gejala	Masalah
1.	Ds : Klien mengatakan sering mendengar suara – suara yang mirip dengan kakaknya dan kakak ipar yang seperti sedang berkomentar tentang aktivitas kehidupan sehari – hari klien. Klien mengatakan suara – suara itu muncul apabila sedang sendiri maupun saat sedang mengobrol dengan orang lain, dalam 1 minggu terakhir ini suara –	Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran

	suara itu muncul setiap saat sebanyak 3x dalam seminggu. Do: - Klien nampak bersikap seolah mendengar suara yang sedang mengkritiknya. - Klien terkadang terlihat bingung dan nampak berpikir sebelum menjawab pertanyaan - Klien sering mondar – mandir di ruangan - Klien kooperatif saat diwawancara.	
2.	Ds : Klien mengatakan jarang mandi karena dingin dan takut terkena penyakit reumatik dan flu. Do : - Sedikit tercium bau badan dan bau mulut - Gigi klien nampak kuning - Kuku klien nampak sedikit panjang dan kotor, rambut klien berminyak - Klien tampak tidak rapih	Defisit Perawatan Diri

3. Diagnosa Keperawatan

1) Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran

Ds :

Klien mengatakan sering mendengar suara – suara yang mirip dengan kakak dan kakak iparnya seperti sedang berkomentar tentang aktivitas kehidupan sehari – hari klien. Klien mengatakan suara – suara itu muncul apabila sedang sendiri maupun saat sedang mengobrol dengan orang lain, dalam 1 minggu terakhir ini suara – suara itu muncul setiap saat sebanyak 3x.

Do :

- a. Klien nampak bersikap seolah mendengar suara yang sedang mengkritiknya
- b. Klien terkadang terlihat bingung dan nampak berpikir sebelum menjawab pertanyaan
- c. Klien sering mondar – mandir di ruangan
- d. Klien kooperatif saat di wawancara

2) Defisit Perawatan Diri

Ds :

Klien mengatakan jarang mandi karena dingin dan takut terkena penyakit reumatik dan flu.

Do :

- a. Tercium bau badan dan bau mulut
- b. Gigi klien tampak kuning
- c. Kuku klien nampak sedikit panjang dan kotor, rambut klien berminyak
- d. Klien tampak tidak rapih

4. Intervensi Keperawatan

Tabel 3.3 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa	Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)	Rasional
1.	Gangguan persepsi sensori : Halusinasi Pendegaran	Setelah dilakukan tindakan 4x pertemuan klien dapat membina hubungan saling percaya dengan kriteria hasil : 1. Ekspresi wajah bersahabat 2. Menunjukkan rasa senang 3. Ada kontak mata 4. Mau berjabat tangan 5. Mau menyebutkan nama 6. Mau duduk berdampingan dengan perawat 7. Bersedia mengungkapkan masalah yang dihadapi 8. Menyebutkan isi, waktu, frekuensi, situasi dan kondisi yang menimbulkan halusinasi.	Sp 1 : 1. Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik. 2. Identifikasi jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi halusinasi klien. 3. Identifikasi respon klien terhadap halusinasi klien. 4. Ajarkan klien menghardik. 5. Anjurkan klien menghardik dimasukan ke dalam kegiatan harian.	1. Memfasilitasi kata bukaan dalam mengungkapkan perasaan. 2. Mengetahui isi, jenis, waktu, frekuensi, situasi halusinasi. 3. Mengetahui respon klien terhadap halusinasi klien. 4. Untuk mengontrol halusinasi. 5. Agar suara yang didengar berkurang.

No	Diagnosa	Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)	Rasional
		Setelah dilakukan tindakan 4x pertemuan klien dapat mengenal halusinasi dengan kriteria hasil : 1. Menyebutkan cara menghardik halusinasi 2. Melakukan cara baru 3. Dapat memilih cara mengatasi halusinasinya sendiri. Setelah dilakukan tindakan 4x pertemuan klien dapat mengenal halusinasinya dengan kriteria hasil : 1. Dapat menyebutkan kegiatan mengendalikan halusinasi dengan Sp 3 (melakukan aktivitas). 2. Aktivitas yang dilakukan sehari – hari meningkat. 3. Suara bisikan berkurang.	Sp 2 : 1. Evaluasi kegiatan klien yang lalu tentang kemampuan klien mengontrol halusinasi dengan cara menghardik. 2. Latih klien mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap – cakap dengan orang lain. 3. Anjurkan klien memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian. Sp 3 : 1. Evaluasi kemampuan yang lalu tentang kemampuan klien. 2. Latih klien mengendalikan halusinasinya dengan cara melakukan kegiatan seperti (ibadah, senam, main congkak, dan bernyanyi). 3. Anjurkan klien memasukan ke jadwal harian sesuai dengan jadwal yang sudah disusun.	1. Dengan kontak yang sering klien dapat terhindar dari halusinasinya. 2. Agar klien tidak menyendiri dan mengurangi halusinasinya. 3. Klien dapat terbiasa melakukan menghardik halusinasi. 1. Untuk melihat bagaimana perkembangan halusinasi klien. 2. Suatu upaya lain untuk mengurangi dan memutus halusinasi. 3. Untuk mengurangi perubahan interaksi realita klien.

No	Diagnosa	Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)	Rasional
		Setelah dilakukan tindakan 4x pertemuan klien dapat memanfaatkan obat dengan kriteria hasil : 1. Menyebutkan manfaat obat 2. Kerugian tidak meminum obat 3. Meminum obat dengan benar	Sp 4 : 1. Evaluasi jadwal kegiatan harian klien. 2. Berikan pendidikan kesehatan tentang penggunaan obat secara teratur. 3. Motivasi untuk selalu memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian.	1. Untuk catatan kegiatan harian. 2. Agar klien tahu penggunaan obat dengan benar dan teratur. 3. Meningkatkan motivasi klien untuk meminum obat dengan benar.
2.	Defisit Perawatan Diri	Setelah dilakukan tindakan 4x pertemuan diharapkan pasien dapat menjaga kebersihan diri dengan kriteria hasil : 1. Membersihkan diri dengan cara mandi. 2. Mampu berhias dan berdandan. 3. Melakukan makan dan minum dengan baik. 4. Mampu melakukan BAB dan BAK dengan baik.	Sp 1 : 1. Identifikasi masalah keperawatan diri. 2. Jelaskan pentingnya kebersihan diri. 3. Jelaskan alat dan cara kebersihan diri. 4. Latih cara membersihkan diri. 5. Masukan pada jadwal kegiatan untuk latihan mandi, sikat gigi, potong kuku, dan cuci rambut.	1. Mengetahui masalah yang akan muncul. 2. Agar klien tahu pentingnya kebersihan diri. 3. Agar klien mengetahui alat dan cara mandi. 4. Agar klien mampu menjaga kebersihan dirinya. 5. Untuk membiasakan klien menjaga kebersihan diri.

No	Diagnosa	Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)	Rasional
			Sp 2 : 1. Evaluasi kegiatan kebersihan diri, beri pujian. 2. Jelaskan cara dan alat untuk berdandan. 3. Latih cara berdandan setelah kebersihan diri : sisiran, cukuran untuk pria. 4. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk kebersihan diri dan berdandan. Sp 3 : 1. Evaluasi kegiatan kebersihan diri dan berdandan, beri pujian. 2. Jelaskan cara dan alat makan dan minum. 3. Latih cara makan dan minum yang baik. 4. Masukkan pada jadwal kegiatan harian.	1. Untuk mengetahui perkembangan perilaku klien. 2. Agar klien tahu cara menggunakan alat untuk berdandan. 3. Klien mampu berdandan secara mandiri. 4. Suatu upaya agar klien terbiasa menjaga penampilan. 1. Untuk melihat perkembangan kebersihan pada klien. 2. Klien tahu cara dan alat makan yang digunakan. 3. Agar klien mampu makan dan minum dengan baik. 4. Agar kegiatan klien terjadwal.

No	Diagnosa	Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)	Rasional
			Sp 4 : 1. Evaluasi kegiatan kebersihan diri, berdandan, makan/minum, beri pujian. 2. Jelaskan cara BAB dan BAK yang baik. 3. Latih cara BAB dan BAK yang baik. 4. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk kebersihan diri, berdandan, makan/minum, BAB/BAK.	1. Upaya untuk melihat seberapa besar perubahan yang terjadi pada klien. 2. Agar klien tahu cara BAB/BAK dengan baik. 3. Klien mampu BAB/BAK dengan baik. 4. Meningkatkan motivasi agar klien lebih hidup sehat dan bersih.

4. Implementasi dan Evaluasi

Tabel 3.4 Implementasi dan Evaluasi

No.	Waktu	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1.	24 April 2025	Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran Sp 1 : 1. Mengidentifikasi jenis halusinasi klien R: klien mengatakan sering mendengar suara – suara yang mirip kakak iparnya. Suara itu seperti sedang mengkritik klien tentang kehidupan sehari – harinya. 2. Mengidentifikasi respon klien terhadap halusinasi R: klien mengatakan apabila suara itu muncul klien merasa gelisah dan terganggu. 3. Mengajarkan klien menghardik halusinasi R: klien mengikuti arahan yang diajarkan “pergi – pergi kamu	S: a. Klien mengatakan sering mendengar suara -suara yang mirip dengan kakak iparnya, suara itu seperti sedang mengkritik klien tentang kehidupan sehari – harinya. b. Klien mengatakan “pergi – pergi kamu suara palsu aku tidak mendengarnya” O: a. Klien nampak kooperatif b. Klien mampu mengikuti arahan cara menghardik c. Kontak mata ada d. Klien mampu menyebutkan halusinasi yang dialaminya	Lia

No	Waktu	Implementasi	Evaluasi	Paraf
		suara palsu aku tidak mau mendengarnya. 4. Memantau pemberian advise terapi farmakologi R: klien mampu meminum obat haloperidol, stelosi, dan heximer dengan waktu pemberian 3x saat pagi, siang dan sore, dan obat clozapin diberikan saat waktu sore saja. 5. Menganjurkan klien memasukkan ke dalam kegiatan harian R: klien setuju dan mau memasukkan ke dalam kegiatan harian.	A: Halusinasi masih ada masalah belum teratasi P: Evaluasi Sp 1, lanjut Sp 2	
2.	24 April 2025	Defisit Perawatan Diri Sp 1 : 1. Mengidentifikasi masalah perawatan diri R: klien mengatakan malas mandi/ jarang mandi karena dingin dan takut terkena penyakit reumatik dan flu. 2. Menjelaskan pentingnya kebersihan mandi R: klien mendengarkan 3. Menjelaskan alat dan cara kebersihan diri R: klien dapat menyebutkan kembali alat dan cara mandi yang benar.	S: a. Klien mengatakan jarang mandi/ malas mandi karena dingin dan takut terkena penyakit reumatik dan flu b. Klien mengatakan mau mandi jika diberi imbalan seperti permen O: a. Tercium bau badan dan bau mulut b. Gigi klien nampak kuning c. Kuku klien nampak sedikit panjang dan	Lia

No	Waktu	Implementasi	Evaluasi	Paraf
		4. Melatih cara membersihkan diri R: klien mampu mengikuti arahan yang diberikan 5. Memasukan pada jadwal kegiatan harian R: klien mengatakan mau mandi jika diberi imbalan seperti permen	kotor, rambut klien berminyak A: Masalah belum teratasi P: Evaluasi Sp 1, lanjut Sp 2	

5. Catatan Perkembangan

Tabel 3.5 Catatan Perkembangan

DX	WAKTU	CATATAN PERKEMBANGAN	PARAF
Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran	25 April 2025	S: a. Klien mengatakan bangun jam 5 pagi, lalu makan dan mencoba untuk melakukan cara menghardik “pergi kamu bohong/ palsu aku tidak mendengarnya” O: a. Klien tampak sedang mengobrol dengan temannya dan perawat yang sedang bertugas b. klien tampak mondar – mandir di ruangan A: Halusinasi pendengaran belum teratasi P: Evaluasi Sp 2, lanjut Sp 3 I: Sp 2 a. Mengevaluasi jadwal kegiatan yang lalu dan Sp1 R: klien mengatakan sudah melakukan cara menghardik, klien mengatakan suara muncul pada malam dan siang hari b. Melatih klien mengendalikan halusinasinya dengan cara bercakap – cakap dengan orang lain R: klien meminta perawat untuk menemaninya berbincang	Lia

DX	WAKTU	CATATAN PERKEMBANGAN	PARAF
		c. Menganjurkan klien melakukan terapi modalitas yaitu dengan bermain game dan karaoke bersama perawat R: klien mengikuti game dan karaoke d. Menganjurkan klien memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian R: klien menyetujuinya E: a. Suara – suara yang mengganggu klien masih ada b. Klien mondar – mandir di ruangan c. Latih kembali cara menghardik	
Defisit Perawatan Diri	25 April 2025	S: a. Klien mengatakan belum mandi karena dingin b. Klien mau mandi jika diberi imbalan permen O: a. Klien nampak lemas b. Tercium bau aroma bau badan dan bau mulut c. Kuku klien belum di potong A: Defisit Perawatan Diri belum teratasi P: Evaluasi Sp 2 lanjut Sp 3	Lia

DX	WAKTU	CATATAN PERKEMBANGAN	PARAF
		I: Sp 2 a. Mengevaluasi kegiatan kebersihan diri klien R: klien mengatakan belum mandi karena dingin b. Menjelaskan cara dan alat untuk berdandan R: klien mengetahui alat berdandan dan tau caranya berdandan c. Melatih cara berdandan setelah kebersihan diri R: kuku klien belum di potong d. Memasukkan pada jadwal kegiatan untuk kebersihan diri dan berdandan R: klien menyetujuinya E: a. Klien tidak mandi b. Klien tercium aroma bau badan dan bau mulut c. Klien meminta permen sebagai imbalan agar dirinya mandi	
Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran	26 April 2025	S: a. Klien mengatakan suara – suara itu hari ini tidak datang dan jika suara itu muncul klien akan melakukan cara menghardik dan mengalihkannya dengan mengobrol dengan teman atau perawat O: a. Nampak klien sedang mengobrol bersama perawat b. Klien mengikuti kegiatan yang diadakan oleh perawat	Lia

DX	WAKTU	CATATAN PERKEMBANGAN	PARAF
		c. Klien terlihat melamun A; Gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran P: Evaluasi sp 3, lanjut Sp 4 I: Sp 3 a. Mengevaluasi jadwal kegiatan sebelumnya R: klien telah melakukan Sp 2 b. Melatih cara mengontrol halusinasi klien dengan cara melakukan kegiatan R: klien mengikuti kegiatan senam c. Mengajak klien melakukan terapi modalitas dengan bermain game bersama pasien lain dan perawat R: klien mau mengikutinya E: a. Klien melakukan cara menghardik b. Klien masih sering mondar – mandir c. Klien nampak melamun	

DX	WAKTU	CATATAN PERKEMBANGAN	PARAF
Defisit Perawatan Diri	26 April 2025	S: a. Klien mengatakan sudah mandi hari ini b. Klien mengatakan sudah berdandan memakai haslin dan bedak O: a. Klien nampak segar b. Klien nampak menggunakan haslin c. Klien nampak ganti baju d. Gigi klien terlihat kuning A: Defisit Perawatan Diri P: Evaluasi Sp 3, lanjut Sp 4 I: Sp 3 a. Mengevaluasi kegiatan kebersihan diri dan berdandan R: klien mengatakan sudah mandi dan klien memakai haslin dan bedak b. Menjelaskan cara dan alat makan dan minum R: klien mengetahui cara dan alat makan minum untuk di gunakan c. Melatih cara makan dan minum yang baik R: klien bisa mengikuti arahan yang diberikan	Lia

DX	WAKTU	CATATAN PERKEMBANGAN	PARAF
		E: a. Gigi klien kuning Klien masih meminta permen agar dirinya mandi	
Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran	28 April 2025	S: a. Klien mengatakan jarang mendengar suara – suara yang menggonggonya b. Klien mengatakan suka melakukan cara menghardik bila suara itu datang lagi O: a. Klien rutin meminum obat sesuai anjuran dokter b. Klien nampak sedang bercakap – cakap dengan teman dan perawat c. Klien nampak bermain uno dengan perawat dan temannya d. Klien nampak duduk dan tidak terlalu sering mondar – mandir A: Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran P: Evaluasi Sp1, Sp2, Sp3, Sp4	Lia

DX	WAKTU	CATATAN PERKEMBANGAN	PARAF
Defisit Perawatan Diri	28 April 2025	S: a. Klien mengatakan sudah mandi b. Klien mengatakan sudah potong kuku c. Klien mengatakan sudah berdandan O: a. Klien nampak segar b. Klien mampu menggunakan alat makan dengan benar A: Defisit Perawatan Diri P: Evaluasi Sp 1, Sp 2, Sp 3, Sp 4	Lia

C. Pembahasan

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

1. Tahap Pengkajian

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

Pada keluhan utama klien mengatakan datang dibawa oleh kakak dan kakak iparnya dengan keluhan sering marah – marah dan beradu argumen dengan keluarganya, di rumah klien berbicara sendiri dan jarang meminum obat, sehingga akhirnya keluarga

membawa klien ke Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut.

Setelah mendapatkan perawatan di klinik klien sudah tidak pernah marah – marah lagi. Klien mengatakan sering mendengar suara – suara yang mirip dengan kakak dan kakak iparnya, suara itu terdengar seperti sedang berkomentar tentang aktivitas kehidupan sehari – hari kepada klien, suara – suara itu terdengar apabila klien sedang sendiri maupun saat sedang mengobrol dengan orang lain, dalam seminggu suara – suara itu datang setiap saat sebanyak 3x, suara – suara itu terus mengganggu klien sehingga membuat klien merasa gelisah namun apabila suara itu datang klien hanya bisa terdiam mendengarkan dan berbicara melayani suara itu, namun terkadang klien memendamnya sendirian.

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

saja yang dilakukan oleh klien. Penampilan klien kurang rapih, tercium bau badan dan bau mulut klien mengatakan jarang mandi karena malas dan dingin serta takut terkena penyakit reumatik, gigi kuning, kuku nampak kotor dan panjang. Klien merupakan anak ke – 6 dari 7 bersaudara. Pada pengkajian status mental klien mengatakan sering mendengar suara – suara bisikan yang menyerupai suara kakak iparnya, klien merasa gelisah.

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

- a) Mendengar suara – suara bisikan
- b) Berbicara sendiri
- c) Klien mengatakan malas mandi
- d) Klien tidak gosok gigi, bau mulut
- e) Klien tidak memotong kukunya

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

2. Tahap Diagnosa

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

Faktanya diagnosa keperawatan yang muncul pada Ny. T adalah:

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

Diagnosa yang muncul diatas ditemukan berdasarkan hasil pengkajian yang menyebutkan bahwa klien mengalami gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran, ditandai dengan mendengar suara – suara yang mirip dengan kakak dan kakak iparnya, suara itu terdengar seperti sedang berkomentar tentang aktivitas kehidupan sehari – hari kepada klien, suara – suara itu terdengar apabila klien sedang sendiri maupun saat sedang mengobrol dengan orang lain, dalam seminggu suara – suara itu datang setiap saat sebanyak 3x, suara – suara itu terus mengganggu klien sehingga membuat klien merasa gelisah. Adapun data subjektif dan objektif yang menunjukkan bahwa Ny. T mengalami defisit perawatan diri adalah klien mengatakan jarang mandi karena malas

dan dingin serta takut terkena penyakit reumatik, gigi kuning, bau mulut, bau badan, kuku nampak kotor dan panjang.

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

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

Pada diagnosa keperawatan kasus Ny. T terdapat kesenjangan antara teori dengan kasus dimana tidak ditegakkannya diagnosa keperawatan Koping Individu Tidak Efektif karena tidak ada data subjektif maupun objektif yang mengarah pada diagnosa tersebut. Selain itu hubungan bipolar dengan koping tidak efektif adalah bahwa individu dengan gangguan bipolar tidak seringkali mengalami kesulitan dalam mengelola emosi dan stress, yang dapat menyebabkan strategi koping tidak efektif.

3. Tahap Intervensi

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

intervensi serta rasionalisasi tindakan. Pada tahap ini penulis menyusun berdasarkan tinjauan teoritis yaitu melakukan SP atau strategi pelaksanaan. Terdapat 4 SP dalam diagnosa Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran, terdapat 4 SP dalam diagnosa Defisit Perawatan Diri.

4. Tahap Implementasi

Asuhan keperawatan yang dilakukan pada tahap ini disusun sesuai dengan rencana tindakan yang sudah disusun sebelumnya. Sebelum melaksanakan tindakan yang sudah direncanakan perawat perlu memvalidasi dengan singkat apakah rencana tindakan masih dibutuhkan dan sesuai dengan keadaan klien saat ini. Pada tanggal 24 April 2025 dilakukan SP1 untuk semua diagnosa yang muncul pada Ny. T, sesuai dengan teori pada saat akan melaksanakan tindakan keperawatan dengan BHSP (bina hubungan saling percaya) dengan pengenalan antara penulis dengan Ny. T kemudian melakukan mengidentifikasi halusinasi dan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik halusinasi, kemudian mengajarkan klien tentang kebersihan diri.

Pada tanggal 25 April 2025 dilakukan Sp 2 semua diagnosa yang muncul pada Ny. T, pada SP 2 ini mengajarkan klien cara mengontrol halusinasi dengan cara bercakap – cakap dengan orang lain, mengajarkan klien cara berdandan dan kebersihan diri.

Pada tanggal 26 April 2025 dilakukan Sp 3 semua diagnosa yang muncul pada Ny. T, pada SP 3 ini mencakup melakukan cara mengontrol halusinasi dengan cara melakukan kegiatan, mengajak klien melakukan kegiatan senam dan permainan, melatih klien cara makan dan minum yang baik.

Pada tanggal 28 April 2025 dilakukan Sp 4 untuk diagnosa halusinasi dan defisit perawatan diri, pada hari itu dilakukan cara mengontrol halusinasi dengan cara meminum obat sesuai dengan anjuran yang diberikan, mengajarkan klien tentang cara BAB/BAK yang baik dan benar secara mandiri. Dalam melakukan tindakan keperawatan berdasarkan perencanaan sesuai dengan urutan asuhan keperawatan.

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

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

halusinasinya maka dari itu klien dilakukan SP dengan pemberian obat terlebih dahulu.

5. Tahap Evaluasi

Tahap ini merupakan tahap terakhir dari proses keperawatan yang berguna untuk menilai perkembangan klien setelah diberikan asuhan keperawatan, evaluasi dapat dilihat dari hasil tindakan dengan tujuan atau kriteria hasil, apakah masalah dapat diatasi atau belum, dalam kenyataannya masalah yang dihadapi dapat teratasi semua. Evaluasi yang didapatkan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 hari adalah klien mampu membina hubungan saling percaya menunjukkan ekspresi yang bersahabat, klien dapat mengontrol halusinasinya dengan cara menghardik, klien dapat mengontrol halusinasinya dengan cara bercakap-cakap dengan temannya, klien dapat mengontrol halusinasinya dengan cara melakukan aktivitas yang sudah dijadwalkan, klien dapat meminum obat dengan teratur sesuai dengan anjuran dokter, klien mengatakan suara itu sudah jarang muncul, klien dapat melakukan kebersihan diri seperti mandi, klien dapat makan dan minum secara mandiri, klien dapat BAB/BAK secara mandiri dengan baik, klien mampu membuat keputusan walaupun sederhana, klien mampu mengikuti kegiatan yang diadakan di klinik dengan kooperatif, klien mau berbicara terbuka dengan temannya.

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

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

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

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

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

4. Penulis dapat melakukan tindakan asuhan keperawatan sesuai dengan yang mengacu pada rencana yang telah disusun dan disesuaikan dengan kondisi Ny.T dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran Akibat Bipolar di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut.
5. Penulis dapat melakukan evaluasi hasil tindakan keperawatan yang telah dilakukan kepada Ny. T Dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran Akibat Bipolar di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut.
6. Penulis dapat mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Ny. T dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran Akibat Bipolar di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut.

B. Rekomendasi

1. Bagi Perawat

Diharapkan agar perawatan klien dengan halusinasi mencapai hasil yang optimal, maka perlu dilakukan tindakan keperawatan sesuai standar asuhan keperawatan jiwa, perawat tidak terkonsentrasi oleh pekerjaan rutin sehingga kemajuan klien bisa terdukung dan lebih memahami serta mendalami materi sehingga pelaksanaan asuhan keperawatan bisa menjadi lebih baik.

2. Bagi Institusi

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

3. 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.

4. Bagi Klien dan Keluarga

Untuk klien diharapkan patuh dalam meminum obat dan mengikuti instruksi dokter lalu hendaknya keluarga klien selalu memberikan dukungan dan dorongan secara rutin, sehingga hubungan keluarga dan klien tetap terjaga dan klien merasa mendapatkan perhatian yang pada akhirnya dapat membantu dalam proses penyembuhan klien.

DAFTAR PUSTAKA

- Arhan, A. &. (2023). pendampingan Keluarga Dalam Perawatan Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) melalui Inovasi Bijanta (Bulukumba Integrasi Kesehatan Jiwa Terpadu). 5(1).
- Arikunto, S. (2020). *Prosedur penelitian suatu pendekatan praktik*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Ayano, G. (2016). Bipolar Disorder: A Concise Overview of Etiology, Epidemiology Diagnosis and Management : Review of Literatures. *Bipolar Disorder in Adolescents: Clinical Manifestations, Causes, and Comprehensive Management Strategies*.
- Cichon, L. K. (2020). Clinical picture and treatment of bipolar affective disorder in children and adolescents', *Psychiatria Polska . Bipolar Disorder in Adolescents: Clinical Manifestations, Causes, and Comprehensive Management Strategies*, 54(1).
- D.R, R. (2016). *Asuhan Keperawatan gangguan persepsi sensori : halusinasi dengan pasien Ny. S di ruang Bima instalasi jiwa rumah sakit umum daerah Banyumas*. Purwokerto: Universitas Muhammadiyah.
- Development, N. (09 06, 2025). *mengenal gangguan bipolar* . Retrieved from <https://nsd.co.id/posts/mengenal-gangguan-bipolar-gangguan-suasana-hati.html>
- Direja, A. (2021). *Buku ajar asuhan keperawatan jiwa*. Jakarta : Nuha Medika.
- Indriani, B. F. (2021). *Pengaruh Penerapan Aktivitas Mandiri : Kebersihan Diri Terhadap Kemandirian Pasien Defisit Perawatan Diri Di Ruang Kutilang Rsj Daerah Provinsi Lampung*. Lampung: Jurnal Cendekia Muda.
- Keliat, B. A. (2017). *Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa* . Jakarta: Budi Anna Ed.
- Keliat, B. A. (2020). *Asuhan Keperawatan Jiwa* . Jakarta : Buku Kedokteran EGC.
- Kemenkes. (2021). *Profil Kesehatan Indonesia* . Jakarta : Kemenkes RI.
- Kemenkes. (28 Februari, 2023). *Direktorat jendral Kesehatan Lanjutan*. Retrieved from Definisi Gangguan Jiwa dan Jenis-jenisnya: https://keslan.kemkes.go.id/view_artikel/2224/definisi-gangguan-jiwa-dan-jenis-jenisnya
- Laila, V. A. (2022). *Penerapan Terapi Generalis Pada Penderita Skizofrenia Dengan Defisit Perawatan Diri di Ruang Pusuk Buhit di Rsj Prof. dr. Muhammad ildrem* . Sumatera Utara, Medan.

- Marzani, G. &. (2021). Bipolar Disorders: Evaluation and Treatment.', American family physician. *Bipolar Disorder in Adolescents: Clinical Manifestations, Causes, and Comprehensive Management Strategies* .
- McIntyre, R. &. (2019). 'Bipolar depression: the clinical characteristics and unmet needs of a complex disorder. Current medical research and opinion. *Bipolar Disorder in Adolescents: Clinical Manifestations, Causes, and Comprehensive Management Strategies*.
- Nafiyati, I. S. (2018). Tindakan Keperawatan Melatih Cara Makan Pada Tn. Y Dengan Masalah Defisit Perawatan Diri Makan. *Jurnal Keperawatan Karya Bhakti* , 4(2), 12-19.
- National Institute of Mental Health. (2017). Bipolar Disorder. Retrieved from <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/bipolar-disorder.shtml>.
- Nurbaiti, N. H. (2022). Kesejahteraan Psikologis berbasis Al - Qur'an Sebagai Imunitas Psikis-Spiritual. *Analisis Interaksi Obat Antipsikotik pada Pasien Bipolar di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Jawa Barat 2023*.
- Pardede, J. H. (2021). *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*.
- Ramadani, I. F. (2024). Edu Society : Jurnal Pendidikan Ilmu Sosial Dan Pengabdian Kepada Masyarakat . *Bipolar Disorder in Adolescents: Clinical Manifestations, Causes, and Comprehensive Management Strategies*, 4(1).
- Safiye, T. G. (2022). Bipolar Disorder: Etiology, Clinical Picture, Prognosis, and Treatment. *Bipolar Disorder in Adolescents: Clinical Manifestations, Causes, and Comprehensive Management Strategies*. .
- Stuart. (2016). *Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa Stuart*. Elsevier Singapore : Editor Budi Ana Keliat.
- Stuart, G. W. (2016). Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa . *PENERAPAN TERAPI MENGHARDIK DAN MENGGAMBAR*.
- Suerni, T. &. (2019). Gambaran Faktor Predisposisi Pasien Gangguan Jiwa Dengan Defisit Perawatan Diri. *Jurnal Keperawatan* .
- Undang-Undang RI Nomor 18 Tahun 2014. *Tentang Kesehatan Jiwa* .
- Widianti, E. A. (2021). *Intervensi pada Remaja dengan Gangguan Bipolar : Kajian Literatur*. 9(1), 79-94. *Jurnal Keperawatan Jiwa (JKJ): Persatuan Perawat Nasional Indonesia*,.
- Yosep, S. &. (2016). Buku Ajar Keperawatan Jiwa. *PENERAPAN TERAPI MUSIK KLASIK TERHADAP TANDA DAN GEJALAPADA PASIEN HALUSINASI PENDENGARAN*.

LAMPIRAN

Lampiran 1

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

Nama Klien : Ny. T

Hari/Tanggal : Kamis, 24 April 2025

Masalah Keperawatan : Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran

1. Proses Keperawatan

a. Kondisi Klien

Data Subjektif :

- 1) Klien mengatakan mendengar suara – suara yang mirip dengan kakak dan kakak iparnya
- 2) Klien mengatakan suara itu terdengar seperti sedang mengkritik aktivitas sehari – hari klien
- 3) Klien mengatakan suara itu datang apabila klien sedang sendiri maupun bersama orang lain
- 4) Klien mengatakan dalam 1 minggu terakhir ini suara itu muncul sebanyak 3x
- 5) Klien mengatakan bila suara itu muncul membuat klien gelisah

- 6) Klien mengatakan malas mandi karena dingin dan takut terkena penyakit reumatik dan flu

Data Objektif :

- 1) Klien nampak bersikap seolah mendengar suara yang sedang mengkritiknya
- 2) Klien mondar – mandir
- 3) Klien tercium bau badan
- 4) Gigi klien kuning
- 5) Klien tercium bau mulut
- 6) Penampilan klien kurang rapih
- 7) Kuku klien kotor dan panjang

b. Diagnosa keperawatan

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

c. Tujuan keperawatan

Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran

- 1) Klien dapat mengontrol halusinasi dengan cara menghardik
- 2) Klien dapat mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap

- 3) Klien dapat mengontrol halusinasi dengan melakukan aktivitas sehari-hari
- 4) Klien dapat mengontrol halusinasi dengan cara meminum obat dengan teratur sesuai dengan anjuran dokter.

Defisit Perawatan Diri:

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

d. Tindakan keperawatan

Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran

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

Defisit Perawatan Diri

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

Hari ke-1 Tanggal 24 April 2025 jam 11.15

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

Fase Orientasi:

“Assalamu’alaikum ibu bagaimana kabarnya hari ini? Kelihatannya ibu terlihat segar ya” “Bagaimana kalau kita bercakap – cakap tentang suara yang selama ini Bu Titi dengar namun tidak ada wujudnya? Dimana kita duduk? Di ruang istirahat? Berapa lama? Bagaimana kalau 20 menit?”

Fase Kerja:

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

“Apakah suara itu terus – menerus datang atau hanya pada waktu tertentu saja? Kapan ibu sering mendengar suara – suara itu? Berapa kali dalam sehari ibu mendengar suara – suara itu? Dalam keadaan seperti apa suara – suara itu muncul?” “Apa yang ibu Titi rasakan apabila suara – suara itu muncul?” “Apa yang Ibu Titi lakukan apabila mendengar suara – suara itu? Apakah dengan cara itu suara – suara tersebut hilang? Bagaimana kalau kita belajar cara – cara untuk

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

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

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

Fase Terminasi:

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

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

Fase Orientasi:

Assalamu 'alaikum, Bu. Bagaimana perasaan ibu hari ini? Apakah suara – suaranya masih muncul? Apakah sudah dicoba cara yang kemarin telah kita lakukan latihan? Berkurangkan suara – suaranya? Bagus! Sesuai janji kita kemarin, saya akan latih cara yang kedua untuk mengontrol halusinasi dengan bercakap – cakap dengan orang lain. Kita akan Latihan selama 15 menit. Mau dimana? Mau disini saja?"

Fase Kerja:

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

Fase Terminasi:

"Bagaimana perasaan ibu setelah latihan ini? Jadi sudah ada berapa cara yang sudah ibu pelajari untuk mencegah suara – suara itu? Bagus! Coba kedua cara ini kalau ibu mendengar suara – suara. Bagaimana kalau kita masukan ke dalam jadwal harian ibu? Mau jam berapa latihan bercakap – cakap? Nah nanti kita lakukan secara teratur serta bila suara itu muncul! Besok saya akan kesini lagi.

Bagaimana kalau kita latih cara yang ketiga yaitu melakukan aktivitas yang terjadwal? Mau jam berapa? Mau dimana/ disini lagi? Sampai jumpa besok ya".

"Wassalamu'alaikum"

Hari ke – 3 Tanggal 26 April 2025 jam 10.20

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

Fase Orientasi:

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

Fase Kerja:

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

Fase Terminasi:

Bagaimana perasaan ibu setelah kita bercakap-cakap cara yang ketiga untuk (mencegah suara-suara itu? Bagus sekali Coba sebutkan 3 cara yang telah kita

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

Hari ke – 4 Tanggal 28 April 2025 jam 09.30

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

Fase Orientasi:

"Assalamu'alaikum ibu, bagaimana perasaan ibu hari ini? Apakah suara-suaranya masih muncul? Apakah sudah lakukan cara yang telah kita latih? Apakah jadwal kegiatannya sudah dilaksanakan? Apakah pagi ini sudah minum obat? Baik, hari ini kita akan mendiskusikan tentang obat-obatan yang ibu minum. Kita akan diskusi selama 15 menit, disini saja ya bu?"

Fase Kerja:

"Ibu apakah ada bedanya setelah minum obat secara teratur? Apakah suara-suaranya berkurang/hilang? Minum obat sangat penting agar suara-suara yang ibu dengar dan mengganggu tidak muncul lagi. Berapa macam obat yang ibu minum? (perawat menyiapkan obat pasien). Oh obatnya ada haloperidol, stelosi, heximer, clozapine. Haloperidol diminumnya 3x ya bu pagi siang dan

malam, stelosi diminum 3x pagi siang malam, kemudian heximer juga diminum pagi siang sama malam ya bu, dan clozapine diminum malam aja".

Fase Terminasi:

"Bagaimana perasaan ibu setelah kita bercakap-cakap tentang obat? Sudah berapa cara yang kita latih untuk mencegah suara-suara? Coba jelaskan! Bagus! (Jika jawaban benar). Mari kita masukkan jadwal minum obatnya pada jadwal kegiatan ibu. Jangan lupa pada waktu minum obat minta obat pada perawat. Besok kita ketemu lagi untuk melihat 4 cara mencegah suara yang telah kita bicarakan. Mau jam berapa? Bagaimana kalau jam 13.00 sampai jumpa. Assalamu'alaikum"

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Identitas

Nama : Lia Aprillia

Jenis Kelamin : Perempuan

Tempat Tanggal Lahir : Garut, 7 April 2003

Agama : Islam

Status : Mahasiswa

Alamat : Kp. Kudang Sari Rt 02/ Rw 05 Desa.
Rancabango Kec. Tarogong Kaler

Motto : “selagi bisa dan mampu jangan takut gagal dan
teruslah berjuang sampai mencapai sebuah
kesuksesan”

B. Riwayat Pendidikan

- | | |
|--------------------------------|-----------------------|
| 1. Tk Persis 99 Rancabango | Tahun 2007 – 2008 |
| 2. SD Negeri Sukagalih 4 | Tahun 2009 – 2015 |
| 3. SMP Negeri 1 Tarogong Kaler | Tahun 2015 – 2018 |
| 4. SMK Negeri 1 Garut | Tahun 2018 – 2021 |
| 5. STIKes Karsa Husada Garut | Tahun 2022 – sekarang |

LEMBAR BIMBINGAN

Nama : Lia Aprillia

NIM : KHGA22122

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

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny. T, 64 Tahun, dengan
Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran Akibat
Bipolar di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie 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 3. Lanjut Bab I		
3.	11 Juni 2025	Bab I	1. Latar belakang di perjelas 2. Perhatikan tanda baca dan cara penulisan		
4.	13 Juni 2025	Bab I dan Bab II	1. Acc Bab I dan cover 2. Lanjut Bab II dan Bab III		

5.	17 Juni 2025	Bab II	1. Perbaiki pohon masalah 2. Lanjut Bab III 3. Acc Bab II		
6.	24 juni 2025	Bab III, Bab IV, Dafus	1. Pembahasan di tambah dan di perbaiki 2. Tabel di perbaiki		
7.	26 Juni 2025	Dafus	1. Acc Bab III dan Dafus 2. Lanjut Bab IV dan Abstrak		
8.	30 Juni 2025	Bab IV dan Abstrak	1. Perbaiki tanda baca dan rekomendasi 2. Halaman perbaiki		
9.	2 Juli 2025	Daftar isi, kata pengantar, lampiran	Acc Acc Bab IV dan Abstrak		
10.	4 Juli 2025	Acc Sidang	Acc		