

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. T (66 TAHUN) DENGAN
GANGGUAN PERSEPSI SENSORI: HALUSINASI
PENDENGARAN AKIBAT GANGGUAN AFEKTIF
BIPOLAR DI KLINIK REHABILITASI
MENTAL NUR ILLAHI ASSANIE
SAMARANG GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan untuk Memenuhi Salah Satu Syarat dalam Menyelesaikan
Pendidikan Program Diploma III Keperawatan
Fakultas Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan
Di Institut Kesehatan Karsa Husada Garut

Disusun Oleh:
RADHITYA BAIHAQKI
KHG.A.23095



**PROGRAM DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN DAN KEBIDANAN
INSTITUT KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
2026**

LEMBAR PERSETUJUAN PERBAIKAN KTI

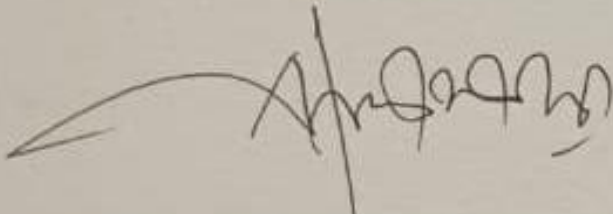
JUDUL KTI : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. T(66 TAHUN)
DENGAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI: HALUSI-
NASI PENDENGARAN AKIBAT GANGGUAN AFEKTIF
BIPOLAR DI KLINIK REHABILITASI MENTAL NUR IL-
LAHI ASSANIE SAMARANG GARUT

PENYUSUN : RADHITYA BAIHAQKI
NIM : KHGA23095

Menyatakan Bahwa Mahasiswa Tersebut Sudah Melaksanakan sidang dan
Perbaikan Karya Tulis Ilmiah

Garut, 20 Juli 2026
Menyetujui,

Penelaah I



Angga Dipa Nagara, S.Kep., Ners, M.Kep

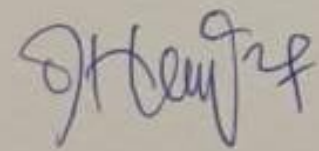
Penelaah II



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

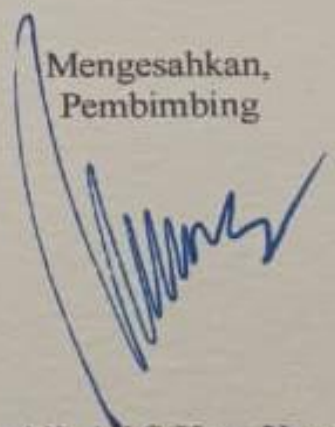
Mengetahui,

Ka. Prodi D III Keperawatan Institut
Kesehatan Karsa Husada Garut



Eva Daniati, S.Kep., Ns., M.Pd.

Mengesahkan,
Pembimbing



H Aceng Ali, Ali S.Kep., Ners., M.Hkes

LEMBAR PERSETUJUAN PERBAIKAN KTI

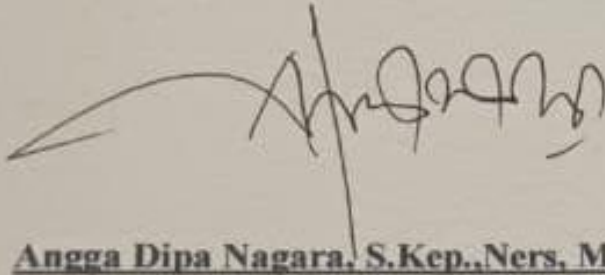
JUDUL KTI : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. T(66 TAHUN)
DENGAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI: HALUSI-
NASI PENDENGARAN AKIBAT GANGGUAN AFEKTIF
BIPOLAR DI KLINIK REHABILITASI MENTAL NUR IL-
LAHI ASSANIE SAMARANG GARUT

PENYUSUN : RADHITYA BAIHAQKI
NIM : KHGA23095

Menyatakan Bahwa Mahasiswa Tersebut Sudah Melaksanakan sidang dan
Perbaikan Karya Tulis Ilmiah

Garut, 20 Juli 2026
Menyetujui,

Penelaah I



Angga Dipa Nagara, S.Kep., Ners, M.Kep

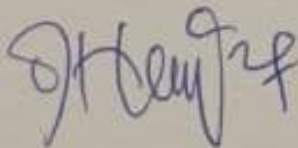
Penelaah II



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

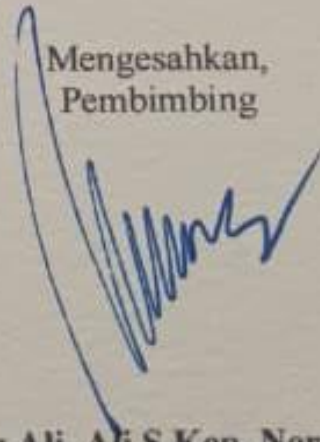
Mengetahui,

Ka. Prodi D III Keperawatan Institut
Kesehatan Karsa Husada Garut



Eva Daniati, S.Kep., Ns., M.Pd.

Mengesahkan,
Pembimbing



H Aceng Ali, Ali S.Kep., Ners., M.Hkes

ABSTRAK
ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. T (66 TAHUN) DENGAN
GANGGUAN PERSEPSI SENSORI: HALUSINASI
PENDENGARAN AKIBAT GANGGUAN AFEKTIF
BIPOLAR DI KLINIK REHABILITASI
MENTAL NUR ILLAHI ASSANIE
SAMARANG GARUT

RADHITYA BAIHAQKI
KHG.A.23095

IV Bab, 6 Bagan, 6 Tabel, 3 Lampiran

Penulisan karya tulis ilmiah ini dilatarbelakangi oleh tingginya angka kasus Gangguan Afektif Bipolar di Kabupaten Garut yang menjadi prioritas penanganan kesehatan jiwa daerah. Gangguan bipolar pada kondisi berat dapat memicu komplikasi psikotik berupa halusinasi pendengaran. Tujuan penulisan ini adalah untuk memperoleh pengetahuan, keterampilan, dan pengalaman dalam memberikan asuhan keperawatan jiwa secara komprehensif pada pasien dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran akibat Gangguan Afektif Bipolar. Metode yang digunakan adalah studi kasus deskriptif dengan teknik pengumpulan data melalui wawancara terapeutik, observasi, pemeriksaan fisik, studi dokumentasi, dan partisipasi aktif. Proses asuhan keperawatan mencakup pengkajian, penetapan diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Hasil studi kasus menunjukkan bahwa Ny. T mengalami dua masalah keperawatan utama, yaitu Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran dan Defisit Perawatan Diri. Intervensi dilaksanakan menggunakan Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan (SPTK) dalam empat SP untuk masing-masing diagnosis selama empat hari perawatan (12-15 Mei, 2026). Evaluasi menunjukkan perkembangan positif: klien mampu mengontrol halusinasi dengan teknik menghardik, bercakap-cakap, melakukan aktivitas terjadwal, dan minum obat secara teratur, serta menunjukkan peningkatan kemandirian perawatan diri. Kesimpulannya, keberhasilan asuhan keperawatan jiwa dipengaruhi oleh ketepatan pengkajian, konsistensi SPTK, kepatuhan pengobatan, dan dukungan lingkungan rehabilitasi yang terstruktur. Pendekatan holistik, kolaboratif, dan berkelanjutan sangat diperlukan dalam mendukung pemulihan pasien.

Kata Kunci: Asuhan Keperawatan, Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran, Defisit Perawatan Diri, Gangguan Afektif Bipolar

Daftar Pustaka: 30 sumber, Tahun 2016 s.d 2026 (Buku, Artikel, dan Jurnal)

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur kami panjatkan kepada Allah SWT atas limpahan rahmat dan karunia-Nya yang memungkinkan penulis menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini yang berjudul "Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny. T Dengan Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran Akibat Gangguan Afektif Bipolar Di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang Garut'' ini tepat pada waktunya.

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

1. Bapak Dr. H. Hadiat, MA., yang menjabat sebagai ketua pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut
2. Bapak Drs. H. Suryadi, M. Si., yang menjabat sebagai ketua pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut
3. Bapak Iwan Wahyudi, M.Kep. yang menjabat sebagai ketua Institut Kesehatan Karsa Husada Garut.
4. Ibu Eva Daniati, S.Kep., Ners., M.pd., yang menjabat sebagai ketua Program Studi D III Keperawatan di Institut Kesehatan Karsa Husada Garut.
5. Bapak H. Aceng Ali, S.Kep., Ns., M.Hkes yang berperan sebagai pembimbing yang memberikan dukungan dan arahan dengan penuh kebaikan kepada penulis dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini ditengah kesibukan yang bapak miliki.
6. Ibu Tanti Suryawantie, M. H. Kes., dan Bapak Angga Dipa Nagara S.Kep, Ners., M.Kep. yang berperan sebagai dosen penguji. Bimbingan dan koreksi yang diberikan secara cermat dan penuh perhatian selama proses sidang dan revisi telah membantu penulis melihat kekurangan dan menyempurnakan setiap detail dalam KTI ini. Terima kasih banyak karena keahlian dan pengalaman Bapak/Ibu sungguh sangat berarti bagi saya.

7. Semua tenaga pengajar di Program Studi Keperawatan Institut Kesehatan Karsa Husada Garut yang telah berbagi ilmu, pengetahuan, keterampilan yang bermanfaat, dan memberikan motivasi selama penulis menempuh pendidikan.
8. Staf administrasi dan perpustakaan yang telah mendukung kelancaran penulis selama proses pendidikan dan saat menyiapkan karya tulis ilmiah ini.
9. Klinik Rehabilitasi Mental Yayasan Nur Ilahi Assani Samarang Garut telah memberikan banyak kesempatan kepada penulis untuk menulis Karya Tulis Ilmiah ini, terima kasih kepada Teh ai yang selalu memberikan bimbingan, dukungan, dan informasi mengenai asuhan keperawatan sehingga penulis berhasil menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan lancar dan tanpa hambatan.
10. Terima kasih kepada Ny, T yang telah berkolaborasi dalam pelaksanaan asuhan keperawatan, yang memungkinkan penulis untuk menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
11. Terima kasih kepada orang tua tercinta, Bapak Cecep Soni dan Ibu Reni Rahmwati yang selalu memberikan perhatian, motivasi, dan dukungan hingga penulis mampu menyelesaikan studinya sampai meraih gelar. Semoga mamah dan Bapak sehat, panjang umur dan bahagia selalu.
12. Terima kasih kepada Mahasiswa/i dengan Teman-teman saya Asep, Taufan, Acep, Taopik. kalian semua selalu memberikan dukungan motivasi, suka duka, canda dan tawa membersamai dalam proses perjuangan, terima kasih semoga bersama-sama dilancarkan sampai akhir, sukses selalu kalian semuanya.
13. Kepada diri saya sendiri Radhitya Baihaqki. Terima kasih sudah berusaha sejauh ini.

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

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

Garut, Juni 2026

Penulis

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	7
C. Metode Telaahan	8
D. Sistematika Penulisan.....	9
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	11
A. Konsep Bipolar.....	11
1. Definisi Gangguan Bipolar	11
2. Etiologi	12
3. Manifestasi Klinis.....	12
4. Klasifikasi.....	13
5. Penatalaksanaan.....	13
6. Komplikasi	14
B. Konsep Halusinasi	15
1. Definisi	15
2. Jenis - Jenis Halusinasi	15
3. Etiologi	16
4. Rentang Respon.....	19
5. Fase Halusinasi	21
6. Tanda dan Gejala.....	23
7. Komplikasi	25
8. Penatalaksanaan.....	25
C. Konsep Dasar Defisit Perawatan Diri.....	29
1. Definisi	29
2. Etiologi	29
3. Rentang Respon.....	30
4. Tanda dan Gejala.....	30
5. Penatalaksanaan.....	31
6. Pohon Masalah	32
D. Konsep Asuhan Keperawatan.....	32
1. Pengkajian Keperawatan	32
2. Analisa Data	41
3. Diagnosa Keperawatan	42
4. Intervensi Keperawatan	43
5. Implementasi Keperawatan	50
6. Evaluasi Keperawatan	50

BAB III TINJAUAN KASUS.....	52
A. Tinjauan Kasus	52
1. Pengkajian	52
2. Intervensi Keperawatan	61
3. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan	68
4. Catatan Perkembangan	71
B. PEMBAHASAN.....	77
1. Pengkajian	77
2. Diagnosis Keperawatan	79
3. Intervensi Keperawatan	82
4. Implementasi Keperawatan	84
5. Evaluasi Keperawatan	87
BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI.....	90
A. Kesimpulan.....	90
B. Rekomendasi	91
DAFTAR PUSTAKA.....	93

DAFTAR TABEL

Tabel 1. 1 Data Penderita Gangguan Jiwa Di Kabupaten Garut Tahun 2024.....	2
Tabel 1. 2 Diagnosa Penyakit Klinik Nur Illahi Assanie Samarang Garut Periode 2024-2025	3
Tabel 2. 1 Analisa Data.....	41
Tabel 2. 2 Intervensi Keperawatan.....	43
Tabel 3. 1 Analisa Data.....	60
Tabel 3. 2 Intervensi Keperawatan.....	61
Tabel 3. 3 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan	68
Tabel 3. 4 Catatan Perkembangan.....	71

DAFTAR BAGAN

Bagan 2. 1 Rentang Respon Halusinasi	19
Bagan 2. 2 Pohon Masalah Halusinasi	28
Bagan 2. 3 Rentang Respon Defisit Perawatan Diri	30
Bagan 2. 4 Rentang Respon Defisit Perawatan Diri	32

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I	Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan (SPTK)
Lampiran II	Dokumentasi
Lampiran III	Daftar Riwayat Hidup
Lampiran IV	Lembar Bimbingan

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan jiwa merupakan salah satu aspek esensial dan integral dalam kehidupan manusia yang secara langsung memengaruhi kesejahteraan fisik, emosional, maupun sosial. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) mendefinisikan kesehatan jiwa sebagai suatu keadaan kesejahteraan di mana setiap individu mampu menyadari potensinya sendiri, mampu mengelola tekanan hidup yang wajar, dapat bekerja secara produktif, serta mampu memberikan kontribusi yang bermakna kepada komunitasnya. Kesehatan jiwa tidak semata-mata diukur dari ketiadaan penyakit atau gangguan mental, melainkan juga dinilai dari tingkat keberfungsian optimal seseorang dalam beradaptasi terhadap perubahan lingkungan dan mengelola dinamika emosinya (Sucipto, 2025).

Salah satu gangguan jiwa berat yang menjadi tantangan besar dalam sistem pelayanan kesehatan global adalah gangguan bipolar. Gangguan bipolar merupakan suatu gangguan afektif atau suasana perasaan yang dimanifestasikan oleh adanya fluktuasi ekstrem antara fase mania (atau hipomania) dan fase depresi mayor. Pada fase mania, pasien mengalami perubahan suasana hati yang ditandai dengan perasaan gembira yang meluap-luap (*euforia*), hiperaktivitas, peningkatan harga diri, hingga percepatan dalam berpikir dan berbicara yang sering kali tidak terkendali. Sebaliknya, pada fase depresi, pasien mengalami penurunan energi yang drastis, kesedihan mendalam, penarikan diri dari lingkungan sosial, hingga munculnya perasaan tidak berharga. Fluktuasi siklus ini dapat terjadi dalam hitungan hari, minggu, atau bulan, yang secara signifikan merusak tatanan kualitas hidup dan fungsi keseharian pasien jika tidak mendapat penanganan adekuat (Sarwendah, 2025).

Prevalensi gangguan jiwa di seluruh dunia menurut data *World Health Organization* pada tahun 2017 terdapat sekitar 60 juta orang terkena bipolar, 47,5 juta orang terkena demensia, 35 juta orang terkena depresi dan 21 juta orang terkena skizofrenia (Kementerian Kesehatan RI, 2020).

Di tingkat nasional, angka kejadian gangguan jiwa berat terus menunjukkan tren peningkatan yang signifikan berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). Di tingkat regional Jawa Barat, beban penyakit akibat gangguan mental menyentuh angka puluhan ribu jiwa, dan secara spesifik di Kabupaten Garut, insidensi gangguan jiwa berat tetap menjadi prioritas utama penanganan dinas kesehatan daerah seiring dengan tingginya dinamika stresor psikososial di masyarakat lokal (Sucipto, 2025).

Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kabupaten Garut tahun 2024, Gangguan Afektif Bipolar menjadi diagnosis paling dominan dengan proporsi hampir setengah dari total kasus gangguan jiwa yang ada di kabupaten Garut dengan persentase 50,53% atau 1.988 kasus. Skizofrenia menempati posisi kedua sebesar 34,38% (1.353 kasus), diikuti penyalahgunaan NAPZA pada urutan ketiga dengan 9,89% (389 kasus). Sementara itu, Disabilitas Intelektual menjadi kasus paling rendah (5,2% atau 205 kasus).

Tabel 1. 1
Data Penderita Gangguan Jiwa Di Kabupaten Garut Tahun 2024

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

(Sumber : Dinas Kesehatan Kabupaten Garut)

Data yang diperoleh penulis di lokasi penelitian yaitu di Klinik Nur Illahi Assanie Samarang Garut tahun 2024, mengungkapkan dinamika kasus

gangguan jiwa. Terjadi adanya peningkatan jumlah pasien dari 37 kasus (2024) menjadi 39 kasus (2025). Gangguan Afektif Bipolar tetap menjadi diagnosis dominan dengan kenaikan signifikan dari 27 kasus (72,97%) menjadi 32 kasus (82,05%). Sebaliknya, Skizofrenia mengalami penurunan dari 8 kasus (21,62%) menjadi 5 kasus (12,82%). Kasus Disabilitas Intelektual stabil pada 2 kasus, meskipun persentasenya turun secara minor (dari 5,41% menjadi 5,13%) akibat peningkatan denominator dan tidak terdapat kasus penyalahgunaan NAPZA selama periode penelitian.

Tabel 1. 2

**Diagnosa Penyakit Klinik Nur Illahi Assanie Samarang Garut
Periode 2024-2025**

No.	Kasus Gangguan Jiwa	Jumlah (Orang) 2024	Persentase (%)	Jumlah (Orang) 2025	Persentase (%)
1.	Gangguan Afektif Bipolar	27 Orang	72,97 %	32 Orang	83,05 %
2.	Skizofrenia	8 Orang	21,62 %	4 Orang	11,26 %
3.	Penyalahgunaan NAPZA	0 Orang	0 %	0 Orang	0 %
4.	Intelektual Disability	2 Orang	5,40 %	2 Orang	5,59 %
	Jumlah	37 Orang	100 %	39 Orang	100 %

(Sumber: *Buku Register Klinik Nur Illahi Assanie Garut*)

Faktor penyebab gangguan bipolar bersifat multifaktorial, melibatkan interaksi antara kerentanan biologis dan pemicu psikososial. Secara biologis, kerentanan genetik memiliki peran yang sangat kuat, hasil studi menunjukkan bahwa individu dengan riwayat keluarga tingkat pertama yang menderita gangguan bipolar memiliki risiko genetik yang jauh lebih tinggi. Terdapat pula disregulasi neurotransmitter di otak dan lesi pada sistem limbik yang memicu perubahan suasana perasaan secara sekunder. Di sisi lain, faktor psikososial seperti stresor kehidupan sehari-hari, ketegangan peran, serta paparan kejadian

traumatis bertindak sebagai faktor presipitasi yang dapat memicu atau memperburuk episode manik maupun depresif pada individu yang sudah memiliki kerentanan biologis tersebut (Sarwendah, 2025).

Manifestasi klinis dari gangguan bipolar tidak hanya terbatas pada perubahan *mood* yang ekstrem semata, tetapi juga sering kali meluas pada gangguan proses pikir dan persepsi. Pada episode mania atau depresi yang sangat berat (*severe*), pasien gangguan bipolar tipe I kerap menunjukkan ciri-ciri psikotik (*psychotic features*). Ciri psikotik ini menandakan hilangnya kontak dengan realitas, di mana pasien tidak lagi mampu membedakan antara proyeksi imajinasi internal dan dunia luar. Salah satu manifestasi psikotik yang paling sering muncul dan sangat memengaruhi kondisi psikologis pasien dalam fase ini adalah gangguan persepsi sensori, yang umumnya dikenal dengan istilah klinis halusinasi (Sarwendah, 2025).

Gangguan persepsi sensori merupakan suatu kondisi patologis di mana individu mengalami kesalahan atau kegagalan dalam mempersepsikan stimulus dari lingkungannya. Dalam konteks psikiatri, hal ini terjadi ketika sistem saraf pusat merespons rangsangan yang sebenarnya tidak ada di dunia nyata, namun dirasakan sangat nyata dan meyakinkan oleh organ sensori pasien. Pasien dengan gangguan persepsi sensori kehilangan kemampuan komprehensif untuk membedakan antara rangsangan yang murni berasal dari proses neurobiologis internal tubuhnya dengan rangsangan faktual dari lingkungan eksternal. Kondisi ini memicu respons maladaptif yang membuat pasien bereaksi terhadap stimulus palsu tersebut seolah-olah itu adalah kenyataan absolut (Yati, 2025).

Munculnya halusinasi pada pasien dilatarbelakangi oleh kombinasi faktor predisposisi dan presipitasi yang saling bertautan. Faktor predisposisi mencakup latar belakang genetik, ketidakseimbangan biokimiawi di otak, serta faktor sosial budaya seperti lingkungan yang terisolasi dan penuh konflik. Sementara itu, faktor presipitasi yang menjadi pemicu langsung sering kali berupa stresor lingkungan yang berat, trauma masa lalu, penyakit fisik yang berkepanjangan, atau kepanikan ekstrem yang mengganggu mekanisme penghantaran listrik serta pemrosesan informasi di talamus dan lobus frontal otak. Ketika beban stresor ini

melampaui ambang toleransi koping pasien, terjadilah distorsi persepsi yang memanifestasikan halusinasi (Yati, 2025).

Secara klinis, halusinasi diklasifikasikan ke dalam beberapa jenis berdasarkan organ sensori spesifik yang terlibat. Jenis-jenis tersebut meliputi halusinasi pendengaran (*auditori*) di mana pasien mendengar suara-suara palsu; halusinasi penglihatan (*visual*) yang ditandai dengan melihat bayangan atau bentuk yang tidak nyata; halusinasi penciuman (*olfaktori*) berupa persepsi mencium bau-bauan tertentu padahal tidak ada sumber bau; halusinasi pengecap (*gustatori*) saat pasien merasakan rasa tertentu yang tajam di lidahnya; serta halusinasi perabaan (*taktil*) di mana pasien merasa seolah-olah ada sesuatu yang merayap atau menyentuh permukaan kulitnya. Setiap jenis halusinasi ini memberikan pengalaman distorsi realitas yang sangat membingungkan bagi penderitanya (Yati, 2025).

Dari seluruh spektrum gangguan persepsi sensori tersebut, halusinasi pendengaran menempati urutan pertama sebagai jenis halusinasi yang paling lazim mendominasi pasien gangguan jiwa, termasuk pada pasien dengan gangguan bipolar fase psikotik. Pasien sering kali mendengar suara-suara imajiner yang sangat bervariasi, mulai dari bisikan pelan, suara orang yang sedang berdiskusi, hingga suara yang dengan lantang memerintah, mengkritik, atau memberikan ancaman. Intensitas dan frekuensi dari suara-suara ini sering kali meningkat drastis ketika pasien sedang merasa cemas, berada dalam kondisi sendirian, atau sedang tidak memiliki stimulasi aktivitas yang terstruktur (Yati, 2025).

Halusinasi pendengaran secara konseptual didefinisikan sebagai suatu pengalaman indrawi berupa persepsi mendengar suara-suara yang bergema di telinga atau di dalam kepala, padahal secara objektif tidak terdapat sumber gelombang suara apa pun dari lingkungan eksternalnya. Bagi pasien yang mengalaminya, suara-suara ini terasa memiliki volume, nada, dan kejelasan yang sama nyatanya dengan interaksi manusia normal. Isi dari halusinasi tersebut kerap kali memengaruhi secara langsung afek, emosi, dan tindakan motorik pasien, membuat pasien tampak seolah-olah sedang berbicara, berdebat, atau

menuruti instruksi dari entitas yang tidak terlihat oleh orang-orang di sekitarnya (Yati, 2025).

Patofisiologi halusinasi pendengaran berkaitan erat dengan adanya disregulasi parah pada sirkuit neurobiologis otak. Terjadinya hiperaktivitas dopaminergik pada jalur otak, serta gangguan pemrosesan informasi di korteks pendengaran, memicu otak untuk memproduksi persepsi suara secara mandiri. Kegagalan mekanisme penyaringan (*gating*) di sistem saraf otonom menyebabkan stimulus internal ini tidak dapat dibendung. Akibatnya, pasien meyakini dengan teguh bahwa suara-suara yang murni bermula dari letupan neurokimiawi di otaknya sendiri adalah realitas eksternal yang harus direspons (Yati, 2025).

Halusinasi pendengaran membawa risiko komplikasi yang sangat berbahaya dan mengancam nyawa jika tidak segera dikelola secara profesional. Suara-suara yang bersifat memerintah (*command hallucinations*) dapat menginstruksikan pasien untuk melakukan tindakan yang destruktif dan tidak terprediksi. Akibatnya, pasien sangat rentan menunjukkan perilaku kekerasan yang mengancam orang lain, mencederai diri sendiri, atau bahkan melakukan percobaan bunuh diri. Secara sosial, pasien kerap mengalami kepanikan, menarik diri secara ekstrem (isolasi sosial), dan mengalami defisit perawatan diri karena seluruh fokus serta energi kognitifnya tersita oleh intervensi stimulus internal tersebut (Hikmawati, 2025).

Berdasarkan kompleksitas permasalahan di atas. Dalam kerangka inilah, pelaksanaan asuhan keperawatan yang sistematis dan holistik mutlak dibutuhkan untuk menstabilkan dan memulihkan kondisi psikologis pasien bipolar yang mengalami halusinasi. Pelaksanaan asuhan keperawatan yang komprehensif tidak hanya sekadar meredakan simptom akut, tetapi juga berfokus tajam pada upaya menumbuhkan motivasi pasien agar memiliki kemauan untuk melawan halusinasinya dan kembali adaptif. Oleh karena itu, penelitian mengenai "Asuhan Keperawatan Jiwa pada pasien gangguan bipolar dengan gangguan persepsi sensori (pendengaran) di Panti Rehabilitasi Nur Illahie Assanie" memiliki nilai signifikansi akademis dan praktis yang tinggi. Intervensi

keperawatan yang difokuskan di panti rehabilitasi ini diharapkan mampu memutus rantai halusinasi, membangun coping yang adaptif, dan pada akhirnya mengembalikan kualitas hidup pasien seutuhnya.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Penulis bertujuan untuk memperoleh pengetahuan, keterampilan, wawasan, serta pengalaman nyata dalam menerapkan asuhan keperawatan komprehensif meliputi aspek biologis, psikologis, sosial, dan spiritual pada klien dengan Gangguan Persepsi Sensori (Halusinasi Pendengaran) akibat Bipolar melalui tahapan proses keperawatan yang sistematis, dimulai dari; pengkajian secara holistik, penegakan diagnosis keperawatan berbasis analisis data subjektif dan objektif, intervensi keperawatan yang berfokus pada manajemen halusinasi, implementasi keperawatan yang sesuai dengan Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan (SPTK), hingga evaluasi asuhan keperawatan melalui pengukuran kriteria hasil yang telah ditentukan.

2. Tujuan Khusus

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

- a. Mampu melakukan pengkajian fisik dan mental secara komprehensif pada Ny.T dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran akibat Gangguan Afektif Bipolar di klinik Nur Illahi Assanie Samarang Garut.
- b. Mampu merumuskan diagnosa keperawatan yang timbul pada Ny.T dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran akibat Gangguan Afektif Bipolar di klinik Nur Illahi Assanie Samarang
- c. Mampu menyusun rencana asuhan keperawatan pada Ny.T dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran akibat Gangguan Afektif Bipolar di klinik Nur Illahi Assanie Samarang Garut.

- d. Mampu melaksanakan implementasi/tindakan asuhan keperawatan pada Ny.T dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran akibat Gangguan Afektif Bipolar di klinik Nur Illahi Assanie Samarang Garut.
- e. Mampu melaksanakan evaluasi hasil tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan pada Ny.T dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran akibat Gangguan Afektif Bipolar di klinik Nur Illahi Assanie Samarang Garut.
- f. Mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan Ny.T dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran akibat Gangguan Afektif Bipolar di klinik Nur Illahi Assanie Samarang Garut.

C. Metode Telaahan

Dalam analisis ini, penulis menerapkan pendekatan deskriptif yang meliputi proses keperawatan secara menyeluruh melalui sebuah studi kasus. Berikut adalah salah satu contoh metode pengumpulan data yang digunakan oleh penulis:

1. Wawancara

Wawancara bisa dilaksanakan dengan komunikasi terapeutik. Dalam proses ini, penulis biasanya akan membuka sesi wawancara dengan membina hubungan saling percaya kemudian mengajukan pertanyaan yang terkait dengan isu yang dihadapi oleh klien, berdasarkan komunikasi yang diperoleh langsung dari klien, keluarganya, dan anggota tim kesehatan lainnya.

2. Observasi

Observasi ini mencakup pemantauan berbagai hal, seperti tanda vital, perilaku, tingkat kesadaran, rasa sakit, serta kondisi klien yang bersifat adaptif maupun maladaptif.

3. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan ini dilakukan untuk menilai tanda vital dan kondisi umum, sehingga informasi dari pasien dapat diperoleh yang dapat membantu mengungkapkan masalah kesehatan yang dialami oleh klien.

4. Studi Dokumentasi

Data yang dikumpulkan oleh penulis berasal dari rekam medis atau dokumen status klien yang berisi beragam informasi dan catatan terkait dengan perawatan yang telah diberikan kepada klien.

5. Studi Kepustakaan

Penulis meneliti buku-buku dari koleksi perpustakaan lembaga dan sumber online untuk mendapatkan teori-teori yang sesuai dengan kasus yang sedang dianalisis.

6. Partisipasi Aktif

Partisipasi aktif terkait tindakan penulis dalam memberikan perawatan keperawatan kepada Ny. T yang mengalami Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi akibat Gangguan Afektif Bipolar di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang Garut.

D. Sistematika Penulisan

Untuk mempermudah proses penyusunan karya ilmiah ini, penulis menerapkan sistem penulisan sebagai berikut:

1. Bagian I: Pendahuluan

Bagian ini menjelaskan tentang latar belakang, tujuan, metode analisis, serta sistematika penulisan yang digunakan.

2. Bagian II: Tinjauan Teoritis

Bagian ini mengupas teori-teori yang berhubungan dengan judul yang diteliti, yang dapat menjadi rujukan dalam pembahasan. Terdapat konsep dasar mengenai penyakit, definisi, psikodinamika dari gangguan bipolar, psikodinamika halusinasi, psikodinamika risiko perilaku kekerasan, gangguan pola tidur, serta proses perawatan jiwa yang meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

3. Bagian III: Tinjauan Kasus dan Pembahasan

Bagian ini menjelaskan tentang perawatan keperawatan yang dilakukan secara langsung di lapangan melalui proses keperawatan yang mencakup tahapan pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi, implementasi, evaluasi, serta catatan perkembangan pada klien yang mengalami Gangguan

Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran akibat Gangguan Afektif Bipolar. Pembahasannya berfokus pada kesenjangan yang ditemukan dan perbandingan antara pendekatan medis dengan tindakan yang dilakukan langsung pada kasus serta solusi terhadap permasalahan yang ada.

4. Bagian IV: Kesimpulan dan Rekomendasi

Bagian ini berisi kesimpulan penulis setelah melakukan perawatan keperawatan serta saran atau rekomendasi yang bersifat konstruktif berdasarkan kesimpulan untuk perbaikan di masa mendatang.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Bipolar

1. Definisi Gangguan Bipolar

Menurut Videbeck (2020), gangguan bipolar adalah suatu bentuk gangguan suasana hati (mood) yang ditandai dengan fluktuasi ekstrem, di mana pasien mengalami episode mania atau hipomania yang sangat intens, dan di waktu lain jatuh ke dalam episode depresi yang mendalam.

Menurut Stuart (2016) gangguan bipolar merupakan bentuk ketidakseimbangan afek yang ditandai dengan perubahan suasana perasaan yang patologis, berkisar dari euforia dan hiperaktivitas pada fase manik hingga rasa sedih yang melumpuhkan pada fase depresi. Kondisi ini bukan sekadar perubahan mood biasa yang dialami individu pada umumnya, melainkan sebuah kondisi klinis yang memengaruhi seluruh aspek fungsi kognitif dan perilaku pasien.

Menurut Keliat dkk. (2019) menekankan dimensi fungsional dari penyakit ini. Mereka mendefinisikan gangguan bipolar sebagai gangguan jiwa berat yang tidak hanya memengaruhi suasana hati dan tingkat energi, tetapi secara langsung merusak kemampuan individu untuk berinteraksi secara sosial dan menjalankan fungsi pekerjaan atau aktivitas harian secara normal,.

Penulis menyimpulkan bahwa gangguan bipolar adalah gangguan jiwa berat yang ditandai oleh fluktuasi ekstrem pada suasana hati, energi, dan perilaku mulai dari fase manik yang hiperaktif hingga depresi yang melumpuhkan yang secara signifikan merusak kemampuan individu dalam menjalankan fungsi kehidupan sehari-hari.

Diagnosa Keperawatan yang mungkin muncul pada fase manik adalah:

- a. RPK
- b. Halusinasi

Diagnosa Keperawatan yang mungkin muncul pada fase depresi adalah:

- a. Harga Diri Rendah
- b. Isolasi Sosial
- c. Defisit Perawatan Diri

2. Etiologi

Penyebab gangguan bipolar hingga saat ini dipahami sebagai sesuatu yang multifaktorial, melibatkan kerentanan fisik dan paparan lingkungan. Townsend dan Morgan (2017) menjelaskan bahwa dari perspektif biologis, gangguan bipolar sangat dipengaruhi oleh faktor genetik dan ketidakseimbangan neurotransmitter di otak, khususnya dopamin, serotonin, dan norepinefrin. Peningkatan aktivitas neurotransmitter ini memicu fase manik, sedangkan penurunannya berkaitan erat dengan fase depresi.

Menurut Yosep dan Sutini (2016). Mereka memaparkan bahwa kerentanan biologis dan genetik tersebut tidak serta-merta memunculkan gejala tanpa adanya faktor pemicu (presipitasi) dari lingkungan. Stresor psikososial, seperti trauma psikologis, tekanan hidup yang berkepanjangan, atau dinamika keluarga yang disfungsi, berperan sebagai pemicu yang mengaktifkan kerentanan biologis tersebut sehingga bermanifestasi menjadi episode bipolar.

3. Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala gangguan bipolar sangat bergantung pada fase yang sedang dialami oleh pasien. Keliat dkk. (2019) menguraikan bahwa pada fase manik, pasien akan menunjukkan gejala seperti euforia yang tidak wajar, waham kebesaran (*grandiositas*), penurunan kebutuhan tidur yang drastis, serta *flight of ideas* atau ide-ide yang melompat-lompat saat berbicara. Pada kondisi yang parah, fase ini sering kali disertai dengan gangguan persepsi sensori, seperti halusinasi pendengaran yang menyuruh pasien melakukan aktivitas tanpa henti.

Manifestasi ini berbanding terbalik ketika pasien memasuki fase depresi, seperti yang dijelaskan secara berkesinambungan oleh Videbeck (2020). Saat berada di fase depresi, energi pasien yang tadinya meluap-luap

akan anjlok drastis, digantikan oleh kelesuan, anhedonia (hilangnya minat pada aktivitas yang biasa disukai), perasaan tidak berharga, dan bahkan munculnya ide-ide bunuh diri. Transisi tajam antara dua kutub gejala inilah yang menjadi karakteristik klinis utama dan paling menantang dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien bipolar.

4. Klasifikasi

Dalam praktik klinis, gangguan bipolar tidak dilihat sebagai satu kondisi tunggal, melainkan sebuah spektrum dengan beberapa klasifikasi utama. Menurut pedoman diagnosis dari *American Psychiatric Association* (APA) yang dikutip dalam Townsend dan Morgan (2017), gangguan ini diklasifikasikan secara garis besar menjadi Bipolar I dan Bipolar II. Bipolar I ditandai dengan riwayat setidaknya satu episode manik penuh yang sering kali membutuhkan rawat inap, sedangkan Bipolar II ditandai dengan setidaknya satu episode depresi mayor dan satu episode hipomania, tanpa pernah mencapai fase manik penuh (Townsend & Morgan, 2017).

Memperluas klasifikasi tersebut, Stuart (2016) menambahkan bahwa spektrum gangguan ini juga mencakup Gangguan Siklotimik. Siklotimia merupakan bentuk yang lebih ringan namun kronis, di mana pasien mengalami episode hipomania dan gejala depresi ringan yang berlangsung setidaknya selama dua tahun. Klasifikasi yang tepat sangat krusial bagi perawat untuk menentukan rencana intervensi, mengingat risiko dan urgensi dari Bipolar I, Bipolar II, dan Siklotimia memiliki penanganan yang berbeda (Stuart, 2016).

5. Penatalaksanaan

Penanganan gangguan bipolar memerlukan kolaborasi multidisiplin yang memadukan pendekatan farmakologis dan psikososial. Keliat dkk. (2019) menegaskan bahwa intervensi farmakologis adalah garis pertahanan pertama, yang biasanya melibatkan penggunaan *mood stabilizer* (seperti Lithium atau Asam Valproat) dan obat antipsikotik, terutama jika pasien menunjukkan gejala psikotik seperti halusinasi pendengaran. Obat-obatan ini

bertujuan untuk menstabilkan neurotransmitter dan mencegah lonjakan mood yang merusak (Keliat dkk., 2019).

Meski demikian, farmakoterapi saja tidak cukup untuk pemulihan jangka panjang, sebagaimana ditegaskan oleh Videbeck (2020). Ia menjelaskan bahwa penatalaksanaan harus dilanjutkan dengan terapi psikososial yang berkesinambungan, seperti *Cognitive Behavioral Therapy* (CBT) dan psikoedukasi keluarga. Terapi ini bertujuan untuk meningkatkan kepatuhan minum obat pasien, membantu mereka mengenali tanda bahaya (relaps), serta mengajarkan mekanisme koping yang sehat saat menghadapi stresor, sehingga siklus kambuh dapat dicegah secara optimal (Videbeck, 2020).

6. Komplikasi

Jika tidak ditangani dengan baik, fluktuasi suasana hati pada gangguan bipolar dapat menimbulkan komplikasi yang destruktif bagi pasien. Townsend dan Morgan (2017) memaparkan bahwa komplikasi jangka panjang yang paling umum adalah rusaknya fungsi sosial dan okupasional, seperti hilangnya pekerjaan, hancurnya hubungan interpersonal, serta tingginya kecenderungan untuk beralih pada penyalahgunaan zat atau alkohol sebagai bentuk *self-medication* dalam mengatasi ketidakstabilan emosi mereka (Townsend & Morgan, 2017).

Secara berkesinambungan, Yosep dan Sutini (2016) menyoroti komplikasi akut yang berisiko mengancam nyawa. Pada fase depresi yang parah, risiko komplikasi terbesar adalah percobaan bunuh diri akibat rasa putus asa yang mendalam. Sebaliknya, pada fase manik yang ekstrem, komplikasi berupa kelelahan fisik berat (eksos) hingga kematian akibat kurang tidur sehari-hari, gizi buruk, atau kecelakaan akibat perilaku impulsif menjadi ancaman nyata yang menuntut pengawasan ketat dari perawat (Yosep & Sutini, 2016).

B. Konsep Halusinasi

Diagnosa keperawatan yang akan muncul pada pasien dengan halusinasi DPD PPNI (2017).

- a. Gangguan persepsi sensori
- b. Defisit perawatan diri

1. Definisi

Menurut (Pardede,2020) Halusinasi adalah salah satu bentuk distorsi persepsi yang terjadi pada respon neurobiologis yang tidak berfungsi dengan baik. Orang yang mengalami halusinasi sebenarnya mengalami gangguan sensori yang mereka anggap nyata dan bereaksi terhadapnya.

Halusinasi adalah gejala gangguan jiwa berupa respons panca indra meliputi penglihatan, pendengaran, penciuman, perabaan, dan pengecapan terhadap sumber yang tidak nyata (Keliat Budi Anna, 2022).

Berdasarkan penjelasan tersebut, dapat disimpulkan bahwa halusinasi adalah gangguan persepsi sensori yang membuat seseorang merasakan atau mengalami sensasi tanpa adanya rangsangan yang nyata. Gangguan ini dapat melibatkan seluruh pancaindra dan sering terjadi pada individu dengan gangguan jiwa.

2. Jenis - Jenis Halusinasi

Menurut Stuart dan Laraia (1998) dalam Lalla, *et.,al* (2022) menjelaskan bahwa halusinasi terbagi menjadi 7 jenis yaitu sebagai berikut:

- a. Halusinasi Pendengaran (*Auditory*)

Merupakan jenis halusinasi di mana individu mendengar suara-suara atau kebisingan tanpa adanya stimulus eksternal. Kadang-kadang, suara tersebut berbentuk perintah yang memerintahkan individu untuk melakukan sesuatu, bahkan dapat membahayakan diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan sekitar.

- b. Halusinasi Penglihatan (*Visual*)

Merupakan halusinasi di mana individu melihat sesuatu yang tidak nyata, seperti kilatan cahaya, gambar geometris, kartun, atau bayangan

kompleks. Halusinasi ini bisa menyenangkan, namun sering kali bersifat menakutkan, seperti melihat monster atau makhluk menyeramkan.

c. Halusinasi Penciuman (*Olfactory*)

Jenis halusinasi ini berkaitan dengan indera penciuman, di mana individu mencium bau-bauan yang sebenarnya tidak ada. Biasanya bau tersebut bersifat tidak menyenangkan, seperti bau darah, urine, atau feses.

d. Halusinasi Pengecapan (*Gustatory*)

Pada halusinasi ini, individu merasakan rasa tertentu di mulut tanpa adanya makanan atau minuman. Rasa tersebut umumnya tidak menyenangkan atau menjijikkan, seperti rasa darah, urine, atau feses.

e. Halusinasi Perabaan (*Tactile*)

Merupakan halusinasi di mana individu merasakan sensasi fisik di kulit tanpa adanya stimulus nyata. Contohnya adalah sensasi seperti tersengat listrik atau adanya benda merayap di tubuh.

f. Halusinasi Cenesthetic

Halusinasi ini berkaitan dengan fungsi internal tubuh, seperti merasakan aliran darah dalam vena atau arteri, serta proses pencernaan makanan, meskipun tidak ada rangsangan fisiologis yang nyata.

g. Halusinasi Kinesthetic

Merupakan halusinasi di mana individu merasakan pergerakan tubuh atau posisi tubuh yang tidak nyata, seperti merasa berdiri, melayang, atau bergerak, padahal tubuh dalam keadaan diam.

3. Etiologi

Halusinasi disebabkan oleh dua jenis faktor yaitu faktor presdiposisi dan faktor presipitasi (Wenny, 2023).

a. Faktor Presdiposisi

1) Faktor Perkembangan

Individu yang mengalami hambatan dalam perkembangan emosional, seperti ketidakmampuan mengontrol emosi atau kurangnya keharmonisan dalam keluarga, berpotensi mengalami

kesulitan dalam mencapai kemandirian sejak usia dini. Kondisi ini dapat memicu frustrasi, rendahnya kepercayaan diri, dan kerentanan terhadap gangguan kejiwaan.

2) Faktor Sosiokultural

Pengalaman merasa tidak diterima oleh lingkungan sejak kecil dapat berlanjut hingga dewasa sehingga menimbulkan perasaan terasingkan, kesepian, dan kecurigaan terhadap orang-orang di sekitar dan berisiko menjadikannya isolasi sosial yang dapat menjadi pemicu gangguan persepsi dan kejiwaan.

3) Faktor Biokimia

Stres yang berlebihan dapat merangsang produksi zat-zat tertentu di dalam tubuh, seperti zat halusinogenik neurokimia dan enzim metiltransferase yang kemudian memicu ketidakseimbangan neurotransmiter seperti asetilkolin dan dopamin. Ketidakseimbangan ini dapat berkontribusi terhadap terjadinya halusinasi dan gangguan persepsi lainnya.

4) Faktor Psikologis

Kepribadian yang lemah dan tidak bertanggung jawab, serta kecenderungan untuk menghindari realitas melalui kesenangan sesaat atau kecanduan terhadap zat tertentu, dapat memperbesar risiko gangguan persepsi. Individu dengan karakteristik seperti ini seringkali menggunakan fantasi sebagai pelarian dari dunia nyata.

5) Faktor Genetik dan Pola Asuh

Faktor genetik diyakini berperan penting dalam meningkatkan risiko gangguan persepsi, terutama jika disertai dengan pola asuh yang tidak suportif atau tidak konsisten. Kombinasi keduanya dapat memperkuat predisposisi terhadap gangguan mental.

b. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi merupakan faktor pencetus atau pemicu timbulnya halusinasi pada individu. Berdasarkan pendekatan multidimensional,

terdapat lima dimensi utama yang memengaruhi munculnya halusinasi, yaitu:

1) Dimensi Fisik

Halusinasi dapat muncul akibat kondisi fisik yang terganggu, seperti kelelahan ekstrem, penggunaan obat-obatan tertentu seperti zat adiktif, demam tinggi, delirium, intoksikasi alkohol, serta gangguan tidur yang berkepanjangan. Ketidakseimbangan fisiologis ini dapat menyebabkan persepsi sensorik terganggu dan memicu munculnya pengalaman halusinatif.

2) Dimensi Emosional

Emosi yang tidak stabil, terutama kecemasan berlebihan akibat masalah yang tidak terselesaikan, dapat menjadi pemicu munculnya halusinasi. Halusinasi yang terjadi biasanya berbentuk perintah atau ancaman yang menakutkan. Dalam kondisi ini, klien sering kali tidak mampu menolak atau melawan perintah dari halusinasi, sehingga terdorong untuk melakukan tindakan tertentu guna mengurangi rasa takut tersebut.

3) Dimensi intelektual

Pada dimensi ini, halusinasi sering kali muncul akibat penurunan fungsi ego di mana kemampuan individu dalam membedakan antara realitas dan fantasi menjadi terganggu. Halusinasi awalnya bisa menjadi upaya ego untuk melawan impuls yang tertekan, namun dalam perkembangannya, halusinasi dapat menguasai perhatian dan perilaku klien secara menyeluruh, serta mengganggu proses berpikir logis.

4) Dimensi Sosial

Individu yang mengalami penolakan sosial atau isolasi dalam kehidupan nyata cenderung mencari pelarian dalam bentuk halusinasi. Halusinasi dianggap sebagai sarana untuk memenuhi kebutuhan akan interaksi sosial, pengendalian diri, dan harga diri yang tidak terpenuhi. Oleh karena itu, intervensi keperawatan perlu difokuskan pada

penciptaan pengalaman interpersonal yang memuaskan, agar klien terdorong untuk berinteraksi dengan lingkungan nyata dan tidak bergantung pada dunia halusinatif.

5) Dimensi Spiritual

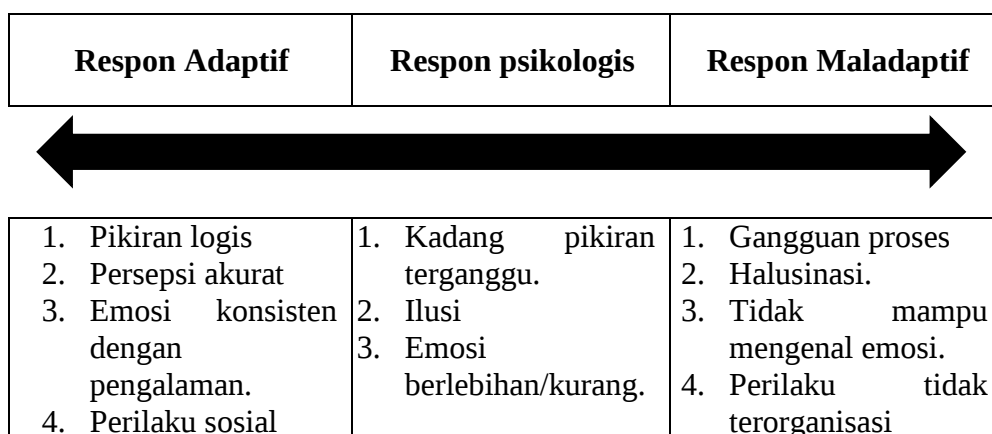
Kehidupan spiritual yang terganggu, seperti hilangnya rutinitas ibadah, penurunan aktivitas keagamaan, dan kehilangan makna hidup, dapat memicu timbulnya halusinasi. Klien mungkin mulai merasa putus asa, menyalahkan nasib, serta menyalahkan lingkungan atau orang lain atas penderitaannya. Ketidakstabilan spiritual ini dapat memperparah kondisi kejiwaan dan memperbesar kemungkinan munculnya gejala halusinatif.

4. Rentang Respon

Menurut (Pardede, 2020) Halusinasi adalah salah satu respon maladaptif individu yang hadir dalam respon neurobiologis. Ini adalah respons yang paling tidak adaptif terhadap persepsi. Jika pasien sehat, persepsi mereka harus dapat mengenali dan memahami rangsangan berdasarkan informasi yang diperoleh dari panca indra (pendengaran, penglihatan, penciuman, pengecapen, perabaan), dan jika mereka memiliki halusinasi, mereka harus dapat merasakan stimulus panca indra, bahkan jika tampaknya tidak ada. Tanggapan ini dapat diringkas sebagai berikut di bawah ini

Bagan 2. 1 Rentang Respon Halusinasi

(Pardede, 2020)



5. Hubungan sosial dan positif	4. Perilaku tidak biasa. 5. Menarik diri.	5. Isolasi sosial.
--------------------------------	--	--------------------

Keterangan:

a. Respon Adaptif

Respon adaptif adalah respon seseorang terhadap sesuatu masalah dimana responnya tersebut dapat diterima oleh norma-norma sosial budaya yang berlaku. Individu tersebut merespon masalah yang dihadapinya dengan perilaku yang masih dalam batas normal (Wenny, 2023).

1) Pikiran Logis

Ini adalah pandangan yang mengarah pada realitas yang dapat diterima akal.

2) Persepsi Akurat

Ini adalah pandangan seseorang tentang peristiwa yang diperhitungkan dengan cermat dan tepat.

3) Emosi Konsisten dengan Pengalaman

Ini adalah perasaan jiwa yang muncul sesuai dengan peristiwa yang dialami.

4) Perilaku Sosial

Perbuatan seorang individu, atau sesuatu yang berhubungan dengan individu tersebut, yang diwujudkan dalam isyarat atau bahasa yang tidak bertentangan dengan moralitas.

5) Hubungan Sosial

Ini adalah proses interaksi dengan orang lain di masyarakat dan lingkungan.

b. Respon Psikososial

Menurut Muzakki (2019) respon psikososial adalah respon yang berhubungan dengan segala sesuatu mengenai masyarakat, diantaranya:

1) Pikiran terkadang mengembara yang disebabkan karena tidak bisa mengabstraksi dan mengambil kesimpulan.

2) Ilusi merupakan pemikiran atau evaluasi yg keliru mengenai penerapan nyata (objek nyata) yang didapatkan menurut rangsangan panca indera.

- 3) Emosi yang hiperbola dan kurangnya pengalaman berupa respon emosional yang diekspresikan menjadi perilaku yang tidak tepat.
- 4) Perilaku abnormal merupakan perilaku yang melebihi batas normal.
- 5) Menarik diri bertujuan untuk menghindari hubungan dengan orang lain, baik pada komunikasi ataupun interaksi sosial dengan orang sekitarnya

c. Respon Maladaptif

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

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

5. Fase Halusinasi

Menurut Wenny (2023) fase halusinasi terbagi menjadi 4 tahap, diantaranya:

a. Tahap I (*Comforting*)

Cara umum halusinasi merupakan suatu kesenangan dengan karakteristik klien mengalami kesepian, ansietas, ketakutan dan rasa bersalah. Pada tahap ini halusinasi memberi rasa nyaman dan tingkat ansietas sedang. Klien akan mencoba untuk fokus pada pikiran yang dapat menghilangkan ansietas dimana pikiran dan pengalaman masih

dalam kontrol kesadaran. Perilaku klien yang mencirikan dari tahap ini adalah tertawa atau tersenyum sendiri, menggerakkan bibir tanpa mengeluarkan suara, respon verbal yang lambat, pergerakan kedua mata yang cepat, sering diam dan berkonsentrasi.

b. Tahap II (*Condemning*)

Secara umum halusinasi akan menyebabkan rasa antisipasi dikarenakan karakteristik pengalaman sensori menakutkan, klien akan merasa dilecehkan oleh pengalaman sensori tersebut, mulai merasa kehilangan kontrol diri dan akan menarik diri dari orang lain. Pada tahap ini klien akan mulai menyalahkan, dan mengalami tingkat kecemasan yang berat. Perilaku klien yang mencirikan dari tahap ini adalah peningkatan dari denyut jantung, tekanan darah serta pernafasan, perhatian dengan lingkungan mulai berkurang, fokus berkonsentrasi dengan pengalaman sensorinya dan kehilangan kemampuan membedakan halusinasi dengan realita.

c. Tahap III (*Controlling*)

Pada tahap ini klien akan mulai dapat mengontrol diri meskipun tingkat kecemasan mulai menjadi berat. Klien akan sulit untuk menolak pengalaman halusinasi yang terjadi dengan karakteristik yang menunjukkan klien mulai menyerah dan menerima pengalaman sensorinya (halusinasi). Isi halusinasi menjadi atraktif dan klien akan merasa kesepian bila pengalaman sensori (halusinasi) berakhir. Perilaku klien pada ini adalah klien akan mentaati perintah halusinasinya, perhatian terhadap lingkungan akan berkurang dalam beberapa detik, sulit berhubungan sosial dengan orang lain, tidak mampu mengikuti perintah dari tenaga medis, tangan gemetas (tremor) dan berkeringat.

d. Tahap IV (*Conquering*)

Pada tahap ini klien sudah sangat dikuasai oleh halusinasinya dan klien akan tampak panik. Karakteristik dari tahap ini adalah klien akan mendengar suara atau ide yang datang mengancam diri klien

jika tidak diikuti. Jika tidak diintervensi, halusinasi dapat berlangsung selama beberapa jam atau hari. Perilaku klien pada ini adalah tampak panik, risiko tinggi mencederai diri sendiri atau orang lain, katatonia atau agitasi dan tidak mampu berespon terhadap perintah yang kompleks dan lingkungan sekitar.

6. Tanda dan Gejala

Menurut Wenny (2023) tanda dan gejala halusinasi disesuaikan dengan jenis halusinasi yang dialami.

a. Halusinasi pendengaran (*auditory-hearing voices or sounds*)

Data subjektif:

Klien mengatakan bahwa dia mendengar suara-suara atau suatu kegaduhan, ajakan untuk berbincang-bincang, perintah untuk melakukan sesuatu tindakan yang berbahaya, dan ancaman untuk diri nya atau orang lain.

Data objektif:

Klien terlihat bicara sendiri, tertawa sendiri, marah-marah tanpa sebab, mengarahkan telinganya ke arah tertentu atau menutup telinganya, menunjuk-nunjuk ke arah tertentu dan mulutnya melakukan komat kamit sendiri.

b. Halusinasi penglihatan (*visual-seeing persons or things*)

Data subjektif:

Klien mengatakan bahwa dia melihat seseorang yang sudah meninggal dunia, melihat suatu makhluk tertentu, melihat penampakan hantu atau hal-hal yang menakutkan.

c. Halusinasi penciuman (*olfactory-smelling odors*)

Data subjektif:

Klien mengatakan bahwa dia sering mencium bau sesuatu seperti bau masakan, bau mayat, bau feses, bau darah, bau bayi, bau harum yang menyenangkan.

Data objektif:

Klien terlihat mengarahkan hidungnya pada tempat tertentu, ekspresi wajah dari klien terlihat seperti mencium sesuatu dengan gerakan cuping hidungnya.

d. Halusinasi perabaan (*tactile-feeling bodily sensations*)

Data subjektif:

Klien mengatakan bahwa dia merasakan sesuatu di permukaan kulit seperti merasakan sensasi sangat dingin atau panas, sengatan aliran listrik, dan hal-hal lainnya, merasakan sesuatu yang menggerayangi tubuhnya seperti tangan orang lain, hewan-hewan kecil, atau makhluk tak kasat mata.

Data objektif:

Klien terlihat menggerak-gerakkan tubuhnya seperti merasakan sesuatu meraba tubuhnya.

e. Halusinasi pengecapan (*gustatoryexperiencing tastes*)

Data subjektif:

Klien mengatakan bahwa dia merasakan makanan tertentu, rasa tertentu, atau mengunyah tertentu.

Data objektif:

Klien terlihat seperti mengecap sesuatu, sering meludah, dan mengalami mual atau muntah.

f. Halusinasi cenesthetic

Data subjektif:

Klien mengatakan ada sesuatu yang bergerak di dalam tubuhnya seperti bisa merasakan darahnya mengalir sangat deras, merasa jantungnya bergerak ke kiri dan ke kanan, perutnya seperti sedang dipilin dari dalam, di dalam pencernaannya seperti ada yang berjalan.

Data objektif:

Klien tampak memegang atau menekan bagian tubuh tertentu secara berulang, sering meringis atau menunjukkan ekspresi tidak nyaman tanpa penyebab medis yang jelas, tidak ditemukan tanda-tanda medis/fisik yang sesuai dengan keluhan sensorik internal.

g. Halusinasi kinestetik

Data subjektif:

Klien mengatakan tubuhnya bergerak-gerak seperti perasaan sedang melayang di udara, merasa tubuhnya goyang sendiri padahal duduk.

Data objektif:

Klien tampak bingung dengan posisi tubuhnya sendiri, sering mempertanyakan posisinya (“saya sedang duduk atau berdiri ya?”), ekspresi wajah menunjukkan ketakutan atau kebingungan mendadak.

7. Komplikasi

Halusinasi pendengaran dapat menjadi salah satu faktor yang menyebabkan pasien melakukan perilaku kekerasan. Hal ini disebabkan oleh suara-suara yang muncul dalam pikiran pasien, yang sering kali memberi perintah atau dorongan untuk melakukan tindakan tertentu, termasuk tindakan yang bersifat agresif atau membahayakan. Suara-suara tersebut dapat mengganggu persepsi realitas pasien dan memicu respons yang tidak adaptif.

Pada pasien dengan bipolar perilaku kekerasan sering diawali oleh perasaan tidak berharga, ketakutan, serta pengalaman ditolak oleh lingkungan sekitar. Akibatnya, pasien cenderung menarik diri dari hubungan interpersonal dan memilih untuk mengisolasi diri. Gangguan ini dapat semakin memperburuk kondisi mental dan emosional pasien.

Beberapa komplikasi yang umum terjadi pada pasien dengan gangguan sensori persepsi berupa halusinasi pendengaran meliputi: risiko perilaku kekerasan, harga diri rendah, dan isolasi sosial (Wulandari et al., 2023).

8. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan halusinasi terdiri dari:

a. Farmakologis

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

a) Klasifikasi : Antipsikotik, neuroleptik, butorifenon.

Indikasi : Mengelola psikosis kronis dan akut, mengendalikan hiperaktivitas dan masalah perilaku yang parah.

b) Mekanisme Kerja : Mekanisme kerja yang tepat belum sepenuhnya dipahami, namun terlihat mengurangi aktivitas sistem saraf pusat di tingkat subkortikal formasi retikular otak, mesensefalon, dan batang otak.

- c) Kontraindikasi : Hipersensitivitas terhadap obat ini, depresi SSP dan sumsum tulang belakang, kerusakan subkortikal otak, penyakit Parkinson, dan anak di bawah 3 tahun.
 - d) Efek Samping : Mengantuk, sakit kepala, kejang, insomnia, pusing, mulut kering, dan anoreksia
 - e) Dosis : 3x5 mg (tiap 8 jam) intra muscular. Dalam keadaan agitasi dan hiperaktif diberikan tablet 2x1.5-2.5 mg per hari. Dalam Fase kronis diberikan tablet 2x0,5-1 mg perhari.
- 2) Chlorpromazine (CPZ) adalah obat yang digunakan untuk gangguan psikosis yang terkait bipolar dan gangguan perilaku yang tidak terkontrol.
- a) Klasifikasi : Antipsikotik Phenothiazine, neuroleptik
 - b) Indikasi : Mengatasi gejala psikosis, gangguan bipolar, dan gangguan perilaku
 - c) Mekanisme Kerja : Menghambat reseptor dopamine D2 postsinaps pada jalur mesolimbic serta menghambat pelepasan hormon dari hipotalamus dan hipofisis
 - d) Kontraindikasi : pasien dengan hipersensitivitas karena dapat menyebabkan anafilaksis, urtikaria, dan angioedema yang dapat mengancam jiwa, pasien dengan riwayat depresi system saraf pusat karena dapat menimbulkan efek depresan pada sistem saraf pusat yang mengakibatkan koma, penekanan sumsum tulang
 - e) Efek Samping : Kantuk, mulut kering, hidung tersumbat, penglihatan buram, sembelit, insomnia (susah tidur) dan tremor.
 - f) Dosis : 25-50 mg diberikan intra muscular setiap 6-8 jam sampai keadaan akut teratasi. Dalam keadaan agitasi dan hiperaktif diberikan tablet 2x100 mg per hari. Dalam Fase kronis diberikan tablet 1x50 mg sehari (malam).

3) Trihexilpenidyl (THP)

- a) Klasifikasi : Antiparkinson.
- b) Indikasi : Semua bentuk penyakit Parkinson, gejala ekstra yang terkait dengan pengobatan antiparkinson.
- c) Mekanisme Kerja : Mengkoreksi ketidak seimbangan antara defisiensi dopamine dan kelebihan asetilkolin di korpus striatum, menghambat efek kolinergik yang berlebihan dengan memblokir sinaps asetilkolin.
- d) Kontraindikasi : Hipersensitivitas terhadap obat ini, glaukoma sudut tertutup, hiperplasia prostat pada anak di bawah 3 tahun.
- e) Efek Samping : Mengantuk, pusing, disorientasi, hipotensi, mulut kering, mual, dan muntah.
- b) Dosis : Dalam keadaan agitasi dan hiperaktif 2x2 mg per hari per oral. Dalam Fase kronis diberikan tablet 1-2 x 2 mg sehari.

b. Psikosomatik

1) Pengikatan

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

2) Terapi Kejang Listrik (*Elektrokonvulsif*)

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

3) Isolasi

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

4) Terapi Deprivasi Tidur

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

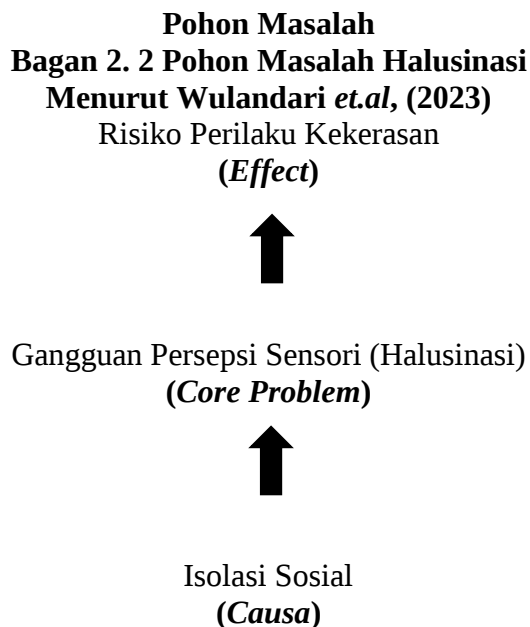
c. Terapi Psikososial

1) Terapi Modalitas

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

2) Terapi Kelompok

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



C. Konsep Dasar Defisit Perawatan Diri

1. Definisi

Perawatan diri merupakan salah satu kemampuan dasar yang mutlak dibutuhkan manusia untuk mempertahankan kehidupan, kesehatan, dan kesejahteraannya. Menurut Depkes (2000 dalam Lombogia, 2023), seseorang dinyatakan mengalami gangguan keperawatan diri apabila ia tidak dapat melakukan aktivitas perawatan diri secara mandiri. Hal ini sejalan dengan pandangan Fitria (2009 dalam Lombogia, 2023) yang mengemukakan bahwa defisit perawatan diri adalah suatu kondisi kelemahan kemampuan individu dalam melakukan atau melengkapi aktivitas mandiri seperti mandi (*hygiene*), berpakaian atau berhias, makan, serta proses eliminasi atau buang air besar dan kecil (*toileting*). Di sisi lain, Herdman (2012 dalam Lombogia, 2023) secara spesifik menegaskan bahwa defisit ini merupakan sebuah gangguan nyata di dalam tata cara pelaksanaan kebersihan dan perawatan diri.

Berdasarkan berbagai penuturan ahli di atas, dapat ditarik sebuah kesimpulan bahwa defisit perawatan diri adalah suatu keadaan di mana seseorang tidak dapat memenuhi kebutuhan hidup dasarnya akibat kelemahan fisik maupun perubahan proses pikir, yang pada akhirnya memanifestasikan sikap ketidakpedulian pasien dalam merawat kebersihan dan kesehatan dirinya sendiri (Lombogia, 2023).

2. Etiologi

Timbulnya masalah defisit perawatan diri dipengaruhi oleh dua faktor utama, yaitu faktor predisposisi dan faktor presipitasi. Faktor predisposisi (faktor risiko) menurut Depkes (2000 dalam Lombogia, 2023) mencakup aspek perkembangan, di mana pola asuh keluarga yang terlalu melindungi dan memanjakan akan mengganggu inisiatif pasien dalam merawat diri. Dari aspek biologis, keberadaan penyakit kronis sangat melemahkan kemampuan fisik pasien. Selain itu, penurunan kemampuan realitas pada pasien gangguan jiwa menciptakan ketidakpedulian terhadap lingkungan dan diri sendiri, yang juga diperburuk oleh kurangnya dukungan sosial dan latihan dari lingkungan sekitar (Lombogia, 2023).

kehilangan minat untuk berdandan atau bercukur. Pada aktivitas makan dan minum, pasien tidak mampu mempersiapkan alat makan, kesulitan menelan, makan berceceran, dan tidak mematuhi etika makan yang diterima masyarakat. Pada area *toileting*, pasien tidak mampu mencapai kamar kecil, kesulitan mengatur pakaian, dan tidak menyiram toilet atau membersihkan diri setelah proses eliminasi (Lombogia, 2023).

Secara observasi klinis Lombogia, (2023) mengkategorikan tanda dan gejala ini ke dalam aspek fisik (badan bau, pakaian kotor, kulit berdaki, gigi kuning, dan kuku panjang), aspek psikologis (menarik diri, merasa tak berdaya, merasa hina, dan inisiatif hilang), aspek psikomotor (interaksi sosial menurun, buang air di sembarang tempat); serta aspek afektif (afek tumpul, merasa bosan, dan motivasi sangat kurang). Apabila tidak segera ditangani, defisit ini akan memberikan dampak fisik berupa infeksi kulit dan mukosa mulut, serta dampak psikososial seperti hilangnya rasa aman, terhambatnya aktualisasi diri, dan gangguan interaksi sosial yang parah (Lombogia, 2023).

5. Penatalaksanaan

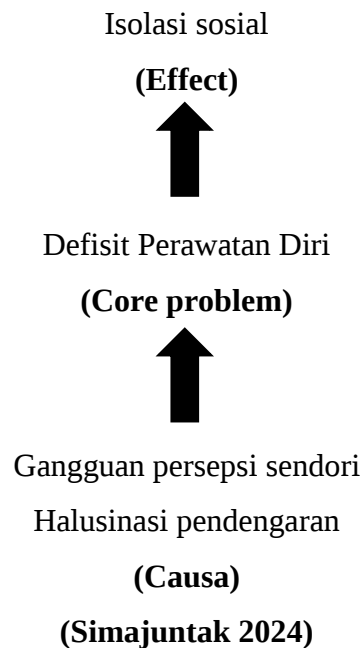
Intervensi dan penatalaksanaan keperawatan untuk defisit perawatan diri harus dilakukan secara komprehensif, mencakup pasien dan keluarga sebagai sistem pendukung. Menurut Lombogia (2023), pada pasien, tindakan bertujuan untuk mengembalikan kemandirian dasar melalui demonstrasi dan pelatihan. Tindakan ini mencakup edukasi pentingnya higiene, melatih langkah-langkah mandi yang benar, membimbing cara berdandan (menyisir rambut dan berhias untuk perempuan, serta bercukur untuk laki-laki), melatih cara makan yang tertib, serta membimbing tahapan BAB/BAK mandiri mulai dari menemukan tempat yang sesuai hingga membersihkan tempat eliminasi (Lombogia, 2023).

Pada pihak keluarga, intervensi difokuskan untuk menjadikan mereka sebagai agen perawat lanjutan di rumah. Tindakan keperawatan mencakup diskusi mengenai masalah yang dialami pasien, memberikan edukasi mengenai proses terjadinya defisit untuk meminimalisasi stigma, membantu keluarga merencanakan penyediaan fasilitas kebersihan, serta menganjurkan keluarga untuk terus mendampingi pasien. Selain itu, perawat harus melatih keluarga

untuk konsisten memberikan pujian (*positive reinforcement*) atas setiap kemajuan kecil yang dicapai pasien agar motivasinya terus terbangun (Lombogia, 2023).

6. Pohon Masalah

Bagan 2. 4 Rentang Respon Defisit Perawatan Diri



D. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan langkah awal dan dasar dari proses keperawatan, dan mempengaruhi langkah proses selanjutnya serta merupakan suatu proses yang sistematis dalam mengumpulkan data dari berbagai sumber untuk mengidentifikasi status kesehatan pasien. Data yang dikumpulkan saat pengkajian dalam keperawatan jiwa merupakan data yang holistik meliputi data biologis, psikologis, sosial dan spiritual (Anipah, 2024).

a. Identitas

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

b. Keluhan Utama

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

c. Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi mencakup kondisi sosiokultural, biokimia, psikologis, dan genetis yang membentuk ambang toleransi stres serta ragam sumber daya koping pada individu. Melalui wawancara terstruktur dengan pasien dan keluarga, perawat mengumpulkan data tentang nilai dan norma sosial, profil neurotransmitter, pola kognitif-afektif, dan riwayat keluarga. Semua elemen yang bersama-sama menentukan kemampuan klien dalam menilai, memilih, dan mengimplementasikan strategi koping adaptif.

1) Faktor perkembangan

Hambatan dalam menyelesaikan tugas perkembangan—seperti ketidakmampuan menyesuaikan diri dengan tuntutan usia remaja—dapat memicu stres dan kecemasan yang berlebihan. Remaja yang gagal menyelesaikan tugas emosional dan sosialnya cenderung mengalami penurunan kesejahteraan psikologis dan kesulitan membangun identitas diri.

2) Faktor sosial-kultural

Norma, nilai, dan struktur sosial yang tidak kondusif seperti stigma mental atau tekanan ekspektasi keluarga—dapat menimbulkan perasaan terasing dan kesepian. Isolasi ini melemahkan dukungan sosial, yang sejatinya menjadi salah satu sumber koping utama individu.

3) Faktor biokimia

Respons stres kronis memicu perubahan kadar neurotransmitter termasuk dopamin dan glutamate yang berpotensi menimbulkan efek halusinogenik. Ketidakseimbangan ini merusak integrasi sensorik dan kognitif, sehingga mempermudah munculnya halusinasi.

4) Faktor psikologis

Konflik interpersonal yang berkepanjangan, penolakan emosional, atau trauma masa lalu meningkatkan level stres dan kecemasan. Kondisi ini dapat memicu distorsi persepsi, di mana pengalaman halusinasi muncul sebagai mekanisme pelarian kognitif dari tekanan psikologis.

5) Faktor genetik

Penelitian di Rumah Sakit Jiwa menunjukkan bahwa adanya riwayat keluarga khususnya orang tua atau saudara kandung dengan skizofrenia meningkatkan risiko gangguan psikosis hingga dua belas kali lipat. Predisposisi genetik ini bekerja bersama faktor lingkungan untuk menentukan ambang munculnya gejala.

d. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi adalah rangsangan lingkungan yang langsung memicu timbulnya halusinasi, meliputi gangguan pola tidur, kondisi kecemasan pikiran yang tak menentu, minimnya dukungan sosial, dan rendahnya dukungan spiritual. Keempat tema ini diidentifikasi melalui analisis fenomenologis pada 15 pasien halusinasi pendengaran di RSJ Menur Provinsi Jawa Timur, yang menunjukkan bahwa konteks lingkungan dan psikososial berperan sebagai pemicu utama episode halusinasi (Reliani, 2020). Selain itu, faktor stresor akut—seperti interaksi berkepanjangan dengan objek tak nyata atau isolasi sosial—dapat meningkatkan produksi neurotransmitter halusinogenik, memperburuk gejala sensoris (Eka, 2017).

e. Penilaian Terhadap Stressor

Penilaian terhadap stressor pada klien jiwa adalah proses evaluasi menyeluruh atas bagaimana individu memaknai dan merespons sumber stres dalam kehidupannya. Instrumen penilaian umumnya mencakup lima aspek utama (UI Depok, 2014; Yusuf et al., 2016):

1) Aspek Kognitif

Menilai cara berpikir klien termasuk logika, alur pikiran, memori, orientasi, dan kemampuan pengambilan keputusan. Gangguan pada elemen-elemen ini mencerminkan appraisal stresor yang maladaptif dan melemahkan kapasitas klien untuk menilai situasi secara akurat.

2) Aspek Afektif

Mengukur respons emosional seperti kecemasan berlebihan, kesedihan mendalam, kegembiraan yang tak terkendali, atau kecurigaan hiperaktif. Intensitas dan durasi reaksi afektif ini menunjukkan seberapa besar stresor memengaruhi stabilitas emosional klien.

3) Aspek Fisiologis

Mencatat gejala somatik pusing, kelelahan, peningkatan denyut jantung, keringat dingin, gangguan tidur serta perubahan neurokimia (imbalance dopamin/serotonin) sebagai manifestasi aktivasi respons "*fight-or-flight*".

4) Aspek Perilaku

Mengamati perilaku yang terhubung dengan stressor misalnya berbicara atau tertawa sendiri, negativisme, kaku motorik, agresivitas, atau penurunan perawatan diri untuk menilai sejauh mana kontrol diri klien terganggu.

5) Aspek Sosial

Menilai fungsi interpersonal: kemampuan berkomunikasi, keinginan berinteraksi, kebersihan diri, dan partisipasi dalam

aktivitas sosial. Penurunan di bidang ini mengindikasikan dampak stresor pada jaringan dukungan dan adaptasi sosial klien.

f. Pemeriksaan Fisik

Dalam asuhan keperawatan jiwa pada pasien bipolar, pemeriksaan fisik menyeluruh merupakan langkah krusial untuk mendeteksi komorbiditas metabolik dan efek samping terapi psikotropika. Perawat harus rutin mengukur tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, laju pernapasan, dan suhu tubuh) serta melakukan penilaian antropometri (tinggi badan, berat badan, dan indeks massa tubuh) untuk memantau risiko obesitas, hipertensi, dan diabetes mellitus. Selain itu, inspeksi dan palpasi kulit, pemeriksaan tremor, edema, postur, serta mobilitas memberikan gambaran awal gangguan neurologis atau kardiovaskular yang mungkin timbul akibat litium, antipsikotik, atau stabilisator mood. Keluhan fisik yang dilaporkan pasien seperti kelelahan, pusing, nyeri dada, atau gangguan tidur juga harus dicatat secara sistematis untuk merancang intervensi keperawatan spesifik.

g. Psikososial

1) Genogram

Menyusun pohon keluarga hingga tiga generasi untuk memetakan riwayat gangguan jiwa, pola komunikasi, gaya asuh, dan struktur pengambilan keputusan keluarga. Data ini berguna mengidentifikasi faktor risiko psikososial yang dapat memengaruhi kondisi klien.

2) Konsep Diri

Konsep diri meliputi aspek berikut:

a) Citra Tubuh

Tanyakan bagaimana klien memandang tubuhnya dan bagian yang dirasa nyaman atau tidak nyaman.

b) Identitas Diri

Gali kepuasan klien terhadap jenis kelamin, peran dalam keluarga, dan status sosialnya.

c) Peran Diri

Identifikasi kesulitan klien menjalankan tugas sosial atau perannya dalam keluarga/masyarakat.

d) Ideal Diri

Tanyakan harapan klien terhadap proses penyembuhan dan perannya pasca perawatan.

e) Harga Diri

Nilai rasa percaya diri klien dalam berinteraksi, perasaan diasingkan oleh lingkungan sering menurunkan harga diri.

3) Hubungan Sosial

Mintalah klien menyebutkan anggota keluarga atau teman terdekat serta kelompok sosial yang diikutinya. Perhatikan pola interaksi misalnya kedekatan dengan orang tua atau isolasi dari tetangga untuk menilai dukungan sosial dan potensi stres interpersonal.

4) Spiritual

a) Nilai Keyakinan

Ajukan pertanyaan kepada klien mengenai pandangan dan keyakinannya terhadap gangguan jiwa yang sesuai dengan norma budaya dan agama yang dianutnya.

b) kegiatan Ibadah

Tanyakan kepada klien mengenai kegiatan ibadah yang dilakukan di rumah, baik secara individu maupun secara bersama-sama dengan kelompok.

h. Status Mental

Menurut Fendro *et.,al* (2021) dalam pengkajian status mental ada beberapa aspek yang perlu diperhatikan, sebagai berikut:

1) Penampilan

Melakukan pengamatan terhadap penampilan klien dari ujung rambut hingga ujung kaki, termasuk aspek seperti rambut

yang berantakan, kancing baju yang tidak terpasang dengan benar, pakaian yang terbalik, dan pilihan pakaian yang tidak sesuai.

2) Pembicaraan

Mengamati pola bicara klien, apakah itu cepat, keras, gagap, membisu, apatis, lambat, atau berpindah-pindah dari satu topik ke topik lain.

3) Aktivitas Motorik

Amati tanda agitasi (*pacing*, *gelisah*), katatonia (*immobilitas*), tremor, atau gerakan mulut meniru bicara, sebagai indikasi kecemasan ekstrem atau disfungsi neuromotor

4) Alam Perasaan

Gali kondisi emosional mendasar seperti depresi, kecemasan, atau euphoria termasuk lamanya dan intensitasnya untuk mengidentifikasi gangguan afektif

5) Afek

Lihat kesesuaian ekspresi wajah dengan suasana hati; afek yang datar (*flat*), tidak sesuai (*incongruent*), atau labil menunjukkan disfungsi regulasi emosional.

6) Interaksi Selama Wawancara

Nilai kemampuan kontak mata, sikap kooperatif, dan inisiatif berbicara. Penarikan diri, defensif, atau agresif mengganggu proses pengkajian dan perlu strategi pendekatan khusus dalam melakukan pengkajian.

7) Presepsi

Identifikasi halusinasi (*auditori*, *visual*, *taktil*, *gustatori*) atau ilusi, termasuk frekuensi, durasi, dan dampaknya pada fungsi sehari-hari

8) Proses Pikir

Mengamati proses berpikir klien selama wawancara, apakah itu terhenti atau terputus.

9) Isi Pikir

Amati adanya delusi (paranoid, referensial), obsesi, atau pikiran bunuh diri. Konten pikiran yang menyimpang menandakan gangguan realitas serius

10) Tingkat Kesadaran

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

11) Memori

Periksa memori jangka pendek (mis. mengulang tiga kata) dan jangka panjang (riwayat pribadi) untuk mendeteksi amnesia atau konfabulasi.

12) Tingkat Konsentrasi dan Berhitung

Tes sederhana seperti menghitung mundur dari 20 atau *serial sevens* untuk menilai atensi dan fungsi eksekutif

13) Kemampuan Penilaian

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

14) Daya Titik Diri

Mengamati pemahaman klien tentang penyakit yang dideritanya, terutama bagi klien dengan gangguan persepsi sensorik seperti halusinasi pendengaran.

i. Kebutuhan Persiapan Pulang

1) Makan

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

2) BAB/BAK

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

3) Mandi

Tanyakan dan amati seberapa sering klien mandi, metode mandi, menyikat gigi, mencuci rambut, gunting kuku, dan bercukur, serta perhatikan tingkat kebersihan tubuh dan bau badan klien.

4) Berpakaian

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

5) Istirahat dan Tidur

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

6) Penggunaan Obat

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

7) Pemeliharaan Kesehatan

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

8) Kegiatan Dalam Rumah

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

9) Kegiatan di Luar Rumah

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

j. Status Mental

Informasi diperoleh melalui sesi wawancara dengan klien atau anggota keluarganya meliputi penampilan klien, aktivitas motorik, alam perasaan, afek, interaksi selama wawancara, persepsi: halusinasi, isi pikir, arus pikir, tingkat kesadaran, memori, tingkat konsentrasi dan berhitung, kemampuan penilaian, dan daya tilik diri

k. Pengetahuan

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

l. Aspek Medis

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

2. Analisa Data

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

Tabel 2. 1 Analisa Data

Data	Masalah
DS: - Verbalisasi mendengar suara bisikan DO: - Distorsi sensori - Respons tidak sesuai - Bersikap seolah mendengar sesuatu - Kurang kontak mata. - Tampak melamun. - Tampak menyendiri.	Gangguan Persepsi Sensori
DS - Menolak melakukan perawatan diri DO	Defisit Perawatan Diri

- Tidak mampu mandi / mengenakan pakaian / makan / ke toilet / berhias secara mandiri - Minat melakukan perawatan diri kurang	
--	--

(Sumber; PPNI SDKI 2017)

3. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merujuk pada penilaian klinis mengenai tanggapan aktual atau potensial individu, keluarga, atau masyarakat terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan. Rumusan diagnosis terdiri dari permasalahan yang terkait dengan etiologi, dengan hubungan sebab-akibat yang didasarkan pada ilmu pengetahuan. Rumusan diagnosis keperawatan jiwa mengacu pada kerangka pemikiran yang telah ditetapkan, seperti pohon masalah. Diagnosa keperawatan yang muncul antara lain (PPNI SDKI 2017):

- a. Gangguan Persepsi Sensori b.d gangguan pendengaran d.d Halusinasi [SDKI D.0085]
- b. Defisit Perawatan Diri b.d penurunan motivasi / minat d.d minat melakukan perawatan diri kurang [SDKI D.0109].

4. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah tindakan perawatan yang diberikan oleh perawat berdasarkan evaluasi klinis dan kemampuan perawat untuk meningkatkan outcome klien. Outcome yang dimaksud adalah tujuan yang berpusat pada klien dengan hasil yang diperkirakan dapat dicapai oleh klien. Tahap intervensi inilah yang nantinya digunakan sebagai panduan perawat dalam melakukan tindakan keperawatan (Ifadah Erlin, 2024).

Tabel 2. 2 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1.	Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran	1) Klien dapat mengontrol halusinasi dengan cara mengahardik 2) Klien dapat mengontrol halusinasi dengan cara bercakap – cakap 3) Klien dapat mengontrol halusinasi dengan memasukkan jadwal kegiatan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan halusinasi berkurang dengan kriteria hasil: 1) Klien mampu melakukan cara menghardik halusinasi 2) Klien mampu mengontrol halusinasi dengan cara bercakap – cakap 3) Klien mampu memasukkan	SP I 1) Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik 2) Identifikasi jenis, isi, waktu, frekuensi dan situasi halusinasi klien 3) Anjurkan kepada klien cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik 4) Anjurkan klien memasukan cara menghardik ke dalam jadwal kegiatan harian SP II	SP 1 Menerapkan teknik mendengarkan aktif dan empati untuk menciptakan suasana aman, sehingga pasien merasa dihargai dan berani mengungkapkan pengalaman halusinasinya meliputi jenis, isi, waktu, frekuensi dan situasi halusinasi, teknik menghardik berguna untuk memberi rasa kontrol diri dan mengurangi intensitas serta frekuensi gejala halusinasi, penerapan jadwal harian agar menjadi kebiasaan koping otomatis dan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
		harian sehari – hari 4) Klien dapat mengontrol halusinasinya dengan meminum obat secara teratur	kegiatan harian yang sudah dilakukan 4) Klien mampu melaksanakan Memakan obat secara teratur	1) Evaluasi jadwal kegiatan harian klien 2) Latih klien mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap – cakap dengan orang lain 3) Anjurkan klien memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian SP III 1) Evaluasi jadwal kegiatan harian klien 2) Latih klien mengendalikan halusinasi dengan cara melakukan kegiatan 3) Anjurkan klien memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian SP IV 1) Evaluasi jadwal kegiatan harian klien 2) Berikan penkes tentang cara penggunaan obat secara teratur 3) Anjurkan klien memasukan kedalam	membantu mengurangi kebingungan dan kecemasan. SP II Tinjau jadwal harian pasien untuk menilai efektivitas kegiatan dalam mereduksi halusinasi dan menyesuaikan aktivitas berdasarkan respons pasien, sehingga kegiatan mendukung proses pemulihan, memfasilitasi interaksi sosial bermakna (sharing pengalaman, diskusi ringan) untuk mengalihkan fokus dari halusinasi, memperkuat realitas objektif, dan memperluas dukungan sosial pasien,serta menjadi kebiasaan yang mengurangi isolasi dan meningkatkan kesejahteraan emosional. SP III Dengan mengevaluasi rutinitas harian, perawat dapat mengidentifikasi kapan klien paling rentan mengalami

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
				jadwal kegiatan harian klien	halusinasi atau gejala psikosis lainnya, berkegiatan berfungsi sebagai distraksi positif dan memperkuat kontrol diri karena aktivitas ini merangsang produksi endorfin, menurunkan kecemasan, serta mengalihkan fokus dari suara atau bayangan halusinasi ke pengalaman sensorik nyata serta memudahkan klien membentuk kebiasaan koping otomatis karena struktur harian yang jelas mengurangi kebingungan, menurunkan tingkat stres, dan meningkatkan sense of mastery—sehingga kemampuan klien dalam menghadapi halusinasi semakin terlatih. SP IV Review jadwal harian pasien untuk memastikan waktu minum obat tercatat jelas dan mengidentifikasi hambatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
					seperti lupa atau efek samping, sehingga solusi dapat segera diterapkan, edukasi sederhana bermanfaat untuk meningkatkan pemahaman dan motivasi pasien dalam mengenal obat, dan pengintegrasikan waktu minum obat ke dalam rutinitas harian (misalnya setelah makan) dan dukung dengan reminder digital atau “buddy system” keluarga agar konsistensi dan efektivitas terapi terjaga.
2.	Defisit Perawatan Diri b.d gangguan psikologis/psikotik, penurunan motivasi/minat	1) Klien mampu melakukan kebersihan diri secara mandiri 2) Klien mampu melakukan berhias/berdandan secara baik 3) Klien mampu melakukan	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 6 kali pertemuan, maka Perawatan Diri dengan kriteria hasil: 1) Kemampuan mandi mengenakan pakaian 2) Kemampuan ke toilet (BAB/BAK)	SP I: 1.Menjelaskan pentingnya kebersihan diri 2.Menjelaskan cara menjaga kebersihan diri 3.Membantu pasien mempraktekkan cara menjaga kebersihan diri 4.Menganjurkan pasien memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian	SP I Penurunan motivasi (<i>avolition</i>) pada pasien gangguan jiwa berdampak langsung pada pengabaian kebersihan fisik, sehingga latihan pemenuhan kebersihan diri secara bertahap sangat penting untuk mengaktifkan kembali fungsi motorik dan persepsi

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
		makan dengan baik 4) Pasien mampu melakukan BAB/BAK secara mandiri	3) Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri 4) Minat melakukan perawatan diri 5) Mempertahankan kebersihan diri 6) Mempertahankan kebersihan mulut	SP 2: 1.Mengevaluasi jadwal kegiatan harian 2.Menjelaskan cara makan yang baik 3.Membantu pasien mempraktekkan cara makan yang baik 4.Menganjurkan pasien memasukkan ke dalam kegiatan harian SP 3: 1.Mengevaluasi jadwal kegiatan harian 2. Menjelaskan cara eliminasi yang baik 3.Membantu pasien mempraktekkan cara eliminasi yang baik 4.Menganjurkan pasien memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian SP 4: 1.Mengevaluasi jadwal kegiatan harian	sensori pasien (Handayani, 2021). Stimulasi pada aktivitas mandi dan berhias ini terbukti mampu memulihkan konsep diri yang positif, meningkatkan kenyamanan fisik, serta memicu peningkatan harga diri pasien secara signifikan (Marlina et al., 2023). SP II Edukasi mengenai tata cara makan dan minum yang benar bukan sekadar pemenuhan nutrisi, melainkan bentuk stimulasi kognitif untuk mengembalikan perilaku adaptif yang sempat hilang akibat regresi proses pikir (Suryani & Wijaya, 2022). Pengenalan alat makan yang higienis serta penjadwalan makan yang teratur memungkinkan perawat memantau status nutrisi pasien secara spesifik sekaligus

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
				2.Menjelaskan cara berdandan 3.Membantu pasien mempraktekkan cara berdandan 4.Menganjurkan pasien memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian	mencegah timbulnya komplikasi penyakit fisik pada sistem pencernaan (Pratama et al., 2024)." SP III Pola eliminasi yang maladaptif (seperti BAB/BAK sembarangan) sering kali muncul akibat penurunan kesadaran realitas pada pasien psikotik, sehingga latihan <i>toilet training</i> yang terstruktur sangat diperlukan (Siregar et al., 2020). Pemahaman tentang cara membersihkan diri dan tempat eliminasi ini membantu pasien mengenali batasan privasi, membangun kembali kemandirian sosial, serta menjaga sanitasi lingkungan sekitar untuk mencegah risiko infeksi (Hidayat & Utami, 2023). SP IV "Strukturisasi aktivitas harian yang berulang melalui

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
					pencatatan jadwal kegiatan sangat efektif untuk melatih fungsi eksekutif otak pasien dalam membentuk kebiasaan (<i>habitual learning</i>) yang adaptif (Kusuma et al., 2022). Evaluasi berkala terhadap kemandirian perawatan diri ini membantu perawat mengukur tingkat keberhasilan intervensi, memantau durasi kemajuan klinis, serta memprediksi risiko terjadinya kekambuhan (<i>relapse</i>) saat pasien kembali ke masyarakat (Iestari et al., 2025).

(Sumber: PPNI SLKI & SIKI 2018)

5. Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan tindakan keperawatan merupakan tahapan operasional dari rencana asuhan keperawatan yang telah disusun secara sistematis berdasarkan hasil pengkajian dan penetapan diagnosis keperawatan. Intervensi yang dilakukan mengacu pada *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia* (SIKI) yang dikeluarkan oleh Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI, 2018), dengan mempertimbangkan relevansi intervensi terhadap permasalahan keperawatan yang diidentifikasi.

Sebelum pelaksanaan tindakan, perawat akan melakukan kontrak terapeutik dengan pasien yang mencakup pemberian informasi mengenai prosedur keperawatan yang akan dilakukan, tujuan tindakan, serta peran yang diharapkan dari pasien selama proses implementasi berlangsung. Validasi terhadap rencana tindakan dilakukan untuk memastikan bahwa implementasi yang akan dilaksanakan tetap sesuai dengan kebutuhan dan kondisi aktual pasien. Selain itu, perawat juga melakukan evaluasi terhadap kompetensi personal, baik dari aspek keterampilan interpersonal, intelektual, maupun teknis, serta memastikan keamanan tindakan bagi pasien. Apabila seluruh aspek tersebut telah dipastikan tidak menjadi hambatan, maka tindakan keperawatan dapat dilaksanakan secara sistematis dan sesuai dengan standar prosedur operasional.

Setiap tindakan keperawatan dan respons pasien terhadap implementasi didokumentasikan secara lengkap, akurat, dan berkesinambungan sebagai bagian dari tanggung jawab profesional dan legal praktik keperawatan.

6. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahapan akhir dalam proses asuhan keperawatan yang bertujuan untuk menilai keberhasilan pencapaian tujuan yang telah dirumuskan sebelumnya. Evaluasi dilakukan dengan membandingkan respons pasien terhadap intervensi yang telah diberikan, guna mengetahui sejauh mana keberhasilan tindakan keperawatan dalam mengatasi masalah yang ada. Pada pasien dengan gangguan persepsi sensorik (halusinasi pendengaran) evaluasi menunjukkan bahwa secara umum pasien tidak menunjukkan perilaku kekerasan

selama menjalani perawatan. Selain itu, pasien mampu membangun hubungan saling percaya dengan perawat, mengenali kemunculan halusinasi, serta menunjukkan kemampuan dalam mengendalikan halusinasi pendengaran dalam rentang waktu enam hari perawatan.

Data subjektif memperlihatkan bahwa pasien menyatakan telah mengenali gejala halusinasi dan mampu menerapkan beberapa teknik pengendalian halusinasi seperti dengan cara menghardik, mengalihkan perhatian dan berbicara dengan orang lain dan menjadwalkan aktivitas sehari-hari. Sementara itu, data objektif menunjukkan bahwa meskipun pasien masih terlihat berbicara sendiri pada beberapa waktu, ia telah mampu berinteraksi dengan lingkungan sosial, menjalani aktivitas harian yang telah dijadwalkan, serta mematuhi jadwal minum obat secara konsisten (Pardede, 2020).

Evaluasi ini dapat dianalisis menggunakan pendekatan SOAP, yaitu kerangka berpikir sistematis dalam pencatatan evaluasi keperawatan (Sianturi, 2022), yang terdiri dari:

- a. S (*Subjective*): Tanggapan subjektif pasien terhadap intervensi keperawatan yang diberikan, termasuk persepsi dan perasaan pasien atas hasil tindakan.
- b. O (*Objective*): Data objektif yang diperoleh dari hasil observasi atau pemeriksaan yang menggambarkan respons nyata pasien terhadap intervensi.
- c. A (*Assessment*): Analisis terhadap data subjektif dan objektif untuk menentukan keberhasilan intervensi, mengidentifikasi masalah baru, atau mengevaluasi adanya perkembangan atau kemunduran kondisi pasien.
- d. P (*Planing*): Perencanaan tindak lanjut yang disusun berdasarkan hasil evaluasi, baik melanjutkan rencana sebelumnya, merevisi intervensi, atau menyusun strategi baru yang lebih sesuai dengan kondisi pasien terkini.

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Tinjauan Kasus

1. Pengkajian

a. Identitas Klien

Nama	:Ny.T
Usia	:66 Tahun
Jenis Kelamin	:Perempuan
Agama	:Islam
Suku	:Sunda
Alamat	:Kiara Condong,Bandung
Pekerjaan	:Guru
Tanggal Dirawat	:16 November 2022
Tanggal Pengkajian	:09 Mei 2026
Rekam Medis	:002569
Diagnosa Medis	:Gangguan Bipolar

b. Alasan Masuk

Klien mengatakan alasan dibawa ke klinik karena sering marah-marah,mengamuk dan merusak barang-barang, klien merasa kesal terhadap kakak iparnya karena menganggap telah merebut pacarnya (berselingkuh). Klien mengatakan sering mendengar suara-suara seperti komentar tentang kehidupan.Riwayat

c. Kesehatan Sekarang

Pada saat dikaji tanggal 09 Mei 2026 di Klinik Nur Ilahi Assanie Samarang Garut. Klien mengatakan sering mendengar suara-suara seperti komentar-komentar baik tentang kehidupan kepada klien untuk menyuruhnya berbuat baik, seperti “Titi kamu harus baik, gak boleh jahat,kamu harus bahagia dengan kehidupan ini” seperti ceramah terhadap klien sendiri, suara-suara itu sering muncul pada saat siang hari sekitar jam 12 dan malam hari menjelang tidur sekitar jam 8-9,

terkadang juga suara-suara itu muncul setiap saat didalam kepala, klien juga merasa terganggu dengan suara-suara tersebut.

c. Faktor predisposisi

1) Riwayat Gangguan Jiwa Terdahulu

Klien mengatakan mengalami gangguan jiwa pada masa lalu, yaitu saat kuliah dan sering dirawat di klinik dan rumah sakit karena sering kambuh.

2) Riwayat Pengobatan Sebelumnya

Klien mengatakan pengobatan sebelumnya kurang berhasil karena setelah dirawat di klinik dan rumah sakit klien masih menunjukkan gejala-gejala sisa gangguan jiwa, klien juga tidak rutin kontrol dan tidak patuh meminum obat secara teratur.

3) Riwayat Anggota Keluarga Yang Mengalami Gangguan Jiwa

Klien mengatakan dikeluarganya terdapat anggota keluarga yang memiliki riwayat penyakit yang sama dengan klien yaitu pamannya dari ibu, tetapi untuk pamannya tidak mendapatkan pengobatan dibiarkan saja, dan sekarang sudah meninggal.

4) Pengalaman Masa Lalu Yang Tidak Menyenangkan

Klien mengatakan pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan yaitu saat kucingnya mati.

5) Riwayat Aniaya Fisik, Seksual, Dalam Keluarga Dan Tindak Kriminal

Klien mengatakan tidak pernah mengalami penganiayaan fisik, seksual, kriminal, verbal baik sebagai korban ataupun pelaku.

d. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum :Klien tampak baik

2) Tanda-tanda vital :

TD : 120/80

N : 68 x /m

S : 36,5 °C

R : 20 x/m

3) Ukur

TB : 155 Cm

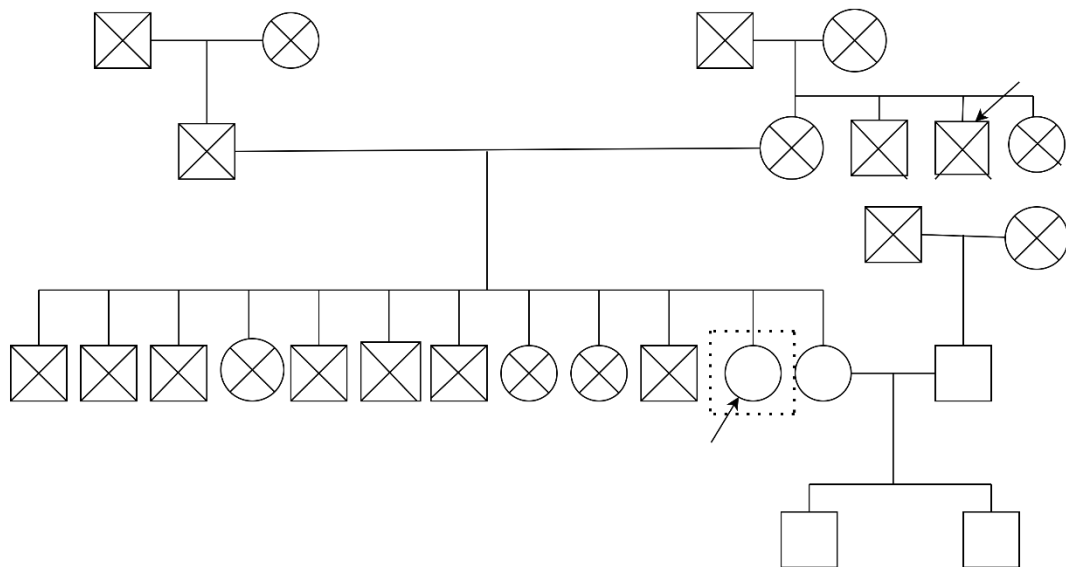
BB : 57 Kg

4) Keluhan Fisik : Tidak ada

e. Psikososial

1) Genogram

Bagan 3. 1 Genogram



○ :Perempuan

□ :Laki-laki

□ :Orang tinggal serumah

.... :Klien

↗ :Meninggal

× :Garis keturunan

— :Garis perkawinan

: T : Orang yang memiliki riwayat yang sama dengan klien

— Pada bagan genogram diatas digambarkan bahwa klien tinggal serumah sendirian karena klien sudah tinggal di rehab selama kurang lebih 8 tahun.

2) Konsep Diri

a) Citra tubuh

Klien mempersepsikan tubuhnya dengan baik, bagian tubuh yang disukai klien adalah bagian dadanya.

b) Identitas diri

Status klien sebelum dirawat adalah seorang guru bahasa inggris disebuah tempat les bahasa inggris ,klien merasa puas terhadap posisi sebelumnya seperti di tempat kerja ,sekolah ataupun lingkungan tempat tinggal klien .Klien merupakan anak ke 11 dari 12 bersaudara ,dan klien juga mengatakan puas terhadap gendernya sendiri sebagai perempuan.

c) Peran

Klien mengatakan tugas dikeluarganya sebagai anak ,karena klien belum memiliki pasangan ,di masyarakat klien tidak ikut berperan serta sebagai apapun karena tidak suka ikut serta dalam berbagai kegiatan .Klien mengatakan mampu melaksanakan perannya di keluarga.

d) Ideal diri

Klien mengharapkan wajahnya cantik, mengungkapkan ingin memiliki wajah yang awet muda, kulit bersih agar terlihat cantik, klien juga berharap peran nya sebagai guru dapat dilakukan kembali, harapan klien terhadap lingkungannya agar dapat lebih baik lagi dan dapat menerimanya dengan baik. Harapan klien terhadap penyakitnya pengen cepat sembuh dan kembali ke rumah atau keluarganya.

e) Harga diri

Klien merasa orang lain menghargai nya penilaian orang lain baik, penilaian orang lain baik namun klien merasa dibenci oleh kakak nya yang ke tujuh

3) Hubungan Sosial

a) Orang terdekat

Klien mengatakan orang terdekat bagi nya adalah sang adik, karena

klien selalu bercerita dengan adiknya menjadikan sang adik sebagai tempat bercerita, mengobrol dan meminta bantuan.

b) Kelompok yang diikuti

Klien mengatakan tidak mengikuti kelompok masyarakat apapun yang ada dilingkungan nya.

c) Keterlibatan di masyarakat

Klien mengatakan jarang ikut dalam kegiatan kelompok masyarakat karena klien sibuk kurang menyukai keterlibatan dalam masyarakat.

4) Spiritual dan Kultural

a) Nilai dan keyakinan

Pandangan dan keyakinan klien terhadap gangguan jiwa adalah penyakit yang sering terjadi dan menyerang siapa saja, klien juga berfikir penyakit yang menimpa nya saat ini merupakan penggugur dosa. Pandangan masyarakat setempat terhadap gangguan jiwa juga biasa dan tidak memandang buruk penyakit klien.

b) Kegiatan ibadah

Klien beragama islam, pendapat klien tentang ibadah merupakan suatu kewajiban yang harus dilaksanakan. Klien mengatakan jarang melakukan ibadah seperti shalat dan mengaji, pada kegiatan sehari-hari nya tampak klien mengikuti pengajian yang telah dijadwalkan di rehabilitasi.

5) Status Mental

a) Penampilan

Penampilan klien kurang rapi, rambutnya terlihat kurang rapih dan pakaian yang tidak diganti-ganti, gigi tampak kotor

b) Pembicaraan

Pembicaraan klien inkoheren yaitu pada saat dikaji pembicaraan klien berpindah-pindah dari satu kalimat ke lain-lain yang tidak ada kaitannya.

c) Aktivitas motorik

Agitasi, yaitu gerakan motorik klien yang menunjukkan kegelisahan.

d) Alam perasaan

Klien mengatakan suasana hatinya terkadang khawatir dan gelisah

e) Afek

Pada saat diwawancarai tampak klien menunjukkan afek datar karena tidak ada perubahan rona muka pada saat ada stimulasi yang menyenangkan atau menyedihkan.

f) Interaksi selama wawancara

Pada saat diwawancarai tampak afek klien defensif ,yaitu klien memperetahankan pendapat dan kebenaran dirinya . Klien juga menunjukkan sikap curiga ,klien menunjukkan sikap atau perasaan yang seakan tidak percaya kepada orang lain.

g) Persepsi

Klien halusinasi pendengaran, isi halusiansi klien sering mendengar suara-suara mirp kakaknya yang berkomentar baik terhadap kehidupan nya, dengan frekuensi sering dalam sehari, suara muncul pada saat klien sendirian, klien mengatakan kesal pada saat mendengar suara tersebut, pada saat suara tersebut muncul biasanya klien marah karena merasa terganggu, dan yang klien lakukan pada saat suara itu muncul klien sering kesal.

h) Proses pikir

Isi pikir sirkumtansial, yaitu pembicaraan klien berbelit-belit tapi sampai pada tujuan pembicaraan. Flight of ideas, pembicaraan yang meloncat dari satu topik ke topik lain nya,masih ada hubungan yang tidak logis dan tidak sampai pada tujuan. Blocking ,yaitu pembicaraan terhenti tiba-tiba tanpa gangguan eksternal.

i) Isi pikir

Ide yang terkait ,pada saat dikaji klien mengatakan memiliki keyakinan bahwa suara yang suka mengganggu nya adalah suara kakak nya ,klien juga meyakini kakak nya juga berada di sekitar klien dan tinggal di dekat dengan rehabilitasi. Waham : Curiga

j) Tingkat Kesadaran

Pada saat dikaji kesadaran klien baik,klien tenang dan kooperatif. Pada saat diberikan perintah misalnya dibangunkan klien kooperatif. Klien tidak mengalami disorientasi pada waktu , tempat , juga orang. Pada saat diwawancara klien bisa menyebutkan waktu pukul berapa, tempat dimana klien berada,dan klien mengingat orang-orang seperti keluarganya, teman dan perawat yang ada di rehabilitasi.

k) Memori

Konfabulasi, pada saat wawancara pembicaraan yang disampaikan klien tidak sesuai dengan kenyataan, terkadang klien memasukan cerita yang tidak benar untuk menutupi gangguan daya ingat.

l) Tingkat konsentrasi dan berhitung

Klien tidak mampu berkonsentrasi,pada saat wawancara klien selalu meminta agar pertanyaan nya diulang atau tidak dapat menjelaskan kembali pembicaraan.

m) Kemampuan penilaian

Gangguan penilaian ringan,pada saat wawancara klien diberikan kesempatan untuk memilih kegiatan yang akan dilakukan nya . Hasilnya klien mampu mengambil keputusan

n) Daya tilik diri /insight

Pada saat dikaji didapatkan data ,klien menyalahkan hal-hal diluar dirinya seperti menyalahkan orang lain atau lingkungan yang menyebabkan kondisi saat ini.

6) Kebutuhan Persiapan Pulang

- a) Makan :Mandiri
- b) BAB/BAK : Mandiri
- c) Mandi : Bisa mandiri, tapi ketika mandi hanya menggunakan air tidak memakai sabun, shampo, dan tidak gosok gigi
- d) Berpakaian /berhias : Mandiri
- e) Istirahat dan tidur
 - Tidur siang lama : 13.00 s/d 15.00
 - Tidur malam lama : 09.00 s/d 05.00
 - Aktivitas sebelum tidur: Menonton tv
 - Aktivitas sesudah tidur : Merapikan tempat tidur, mandi
- f) Penggunaan Obat : Bantuan minimal
- g) Pemeliharaan kesehatan
 - Klien perlu dilakukan perawatan lanjutan
- h) Aktivitas di dalam rumah
 - Klien dapat mempersiapkan makanan dan menjaga kerapian rumah
- i) Aktivitas diluar rumah
 - Klien dapat berbelanja dengan menggunakan transportasi angkot

7) Mekanisme Koping

Pada saat diwawancara klien mengatakan mekanisme koping yang menunjukkan ke adaptif seperti klien berbicara dan melakukan kegiatan olahraga. Namun, terkadang pada saat dilihat dari data secara objektif klien tampak sering melakukan kegiatan seperti menonton televisi namun klien jarang berkomunikasi dengan orang lain yang menunjukkan terdapat mekanisme koping klien yang maladaptif

8) Masalah Psikososial Dan Lingkungan

Pada saat diwawancara klien mengatakan tidak memiliki masalah dengan dukungan kelompok, lingkungan , pendidikan ,pekerjaan dll.

9) Pengetahuan Kurang Tentang

Pada saat diwawancara tampak klien kurang pengetahuan terhadap penyakit jiwa, mekanisme koping, dan juga sistem pendukung.

10) Aspek Medik

- 1) Haloperidol 3x1 5 mg
- 2) Heximer 3x1 5 mg
- 3) Stelosi 3x1 2 mg
- 4) Chlozapine 1x1 5 mg

2. Analisa Data

Tabel 3. 1 Analisa Data

No	Data	Masalah Keperawatan
1	DS : - Klien mengatakan sering mendengar suara- suara yang sering memberikan komentar baik tentang kehidupannya tanpa ada wujudnya DO : - Klien tampak sering berbicara sendiri - Klien tampak marah-marah ketika suara-suara itu muncul	Gangguan persepsi Sensori : Halusinasi pendengaran
2	DS : - Klien mengatakan saat mandi hanya menggunakan air saja tanpa sabun, shampo, dan tidak gosok gigi DO : - Gigi klien tampak kotor - Penampilan kurang rapi - Rambut klien kurang rapih	Defisit Perawatan Diri

3. Diagnosa

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

2. Intervensi Keperawatan

Tabel 3. 2 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1.	Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran	1) Klien dapat mengontrol halusinasi dengan cara mengahardik 2) Klien dapat mengontrol halusinasi dengan cara bercakap – cakap 3) Klien dapat mengontrol halusinasi dengan memasukkan jadwal kegiatan harian sehari – hari 4) Klien dapat mengontrol halusinasinya dengan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan halusinasi berkurang dengan kriteria hasil: 1) Klien mampu melakukan cara menghardik halusinasi 2) Klien mampu mengontrol halusinasi dengan cara bercakap – cakap 3) Klien mampu memasukkan kegiatan harian yang sudah dilakukan 4) Klien mampu melaksanakan Memakan obat secara teratur	SP I 1) Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik 2) Identifikasi jenis, isi, waktu, frekuensi dan situasi halusinasi klien 3) Anjurkan kepada klien cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik 4) Anjurkan klien memasukan cara menghardik ke dalam jadwal kegiatan harian SP II 1) Evaluasi jadwal kegiatan harian klien 2) Latih klien mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap – cakap dengan orang lain	SP 1 Menerapkan teknik mendengarkan aktif dan empati untuk menciptakan suasana aman, sehingga pasien merasa dihargai dan berani mengungkapkan pengalaman halusinasinya meliputi jenis, isi, waktu, frekuensi dan situasi halusinasi, teknik menghardik berguna untuk memberi rasa kontrol diri dan mengurangi intensitas serta frekuensi gejala halusinasi, penerapan jadwal harian agar menjadi kebiasaan koping otomatis dan membantu mengurangi kebingungan dan kecemasan. SP II Tinjau jadwal harian pasien untuk menilai efektivitas kegiatan dalam mereduksi halusinasi dan menyesuaikan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
		meminum obat secara teratur		3) Anjurkan klien memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian SP III 1) Evaluasi jadwal kegiatan harian klien 2) Latih klien mengendalikan halusinasi dengan cara melakukan kegiatan 3) Anjurkan klien memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian SP IV 1) Evaluasi jadwal kegiatan harian klien 2) Berikan penkes tentang cara penggunaan obat secara teratur 3) Anjurkan klien memasukan kedalam jadwal kegiatan harian klien	aktivitas berdasarkan respons pasien, sehingga kegiatan mendukung proses pemulihan, memfasilitasi interaksi sosial bermakna (sharing pengalaman, diskusi ringan) untuk mengalihkan fokus dari halusinasi, memperkuat realitas objektif, dan memperluas dukungan sosial pasien,serta menjadi kebiasaan yang mengurangi isolasi dan meningkatkan kesejahteraan emosional. SP III Dengan mengevaluasi rutinitas harian, perawat dapat mengidentifikasi kapan klien paling rentan mengalami halusinasi atau gejala psikosis lainnya, berkegiatan berfungsi sebagai distraksi positif dan memperkuat kontrol diri karena aktivitas ini merangsang produksi endorfin, menurunkan kecemasan, serta

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
					mengalihkan fokus dari suara atau bayangan halusinasi ke pengalaman sensorik nyata serta memudahkan klien membentuk kebiasaan koping otomatis karena struktur harian yang jelas mengurangi kebingungan, menurunkan tingkat stres, dan meningkatkan sense of mastery—sehingga kemampuan klien dalam menghadapi halusinasi semakin terlatih. SP IV Review jadwal harian pasien untuk memastikan waktu minum obat tercatat jelas dan mengidentifikasi hambatan seperti lupa atau efek samping, sehingga solusi dapat segera diterapkan, edukasi sederhana bermanfaat untuk meningkatkan pemahaman dan motivasi pasien dalam mengenal obat, dan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
					pengintegrasikan waktu minum obat ke dalam rutinitas harian (misalnya setelah makan) dan dukung dengan reminder digital atau “buddy system” keluarga agar konsistensi dan efektivitas terapi terjaga.
2.	Defisit Perawatan Diri b.d gangguan psikologis/psikotik, penurunan motivasi/minat	1) Klien mampu melakukan kebersihan diri secara mandiri 2) Klien mampu melakukan berhias/berdandan secara baik 3) Klien mampu melakukan makan dengan baik 4) Pasien mampu melakukan BAB/BAK secara mandiri	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 6 kali pertemuan, maka Perawatan Diri dengan kriteria hasil: 1) Kemampuan mandi mengenakan pakaian 2) Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) 3) Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri 4) Minat melakukan perawatan diri	SP I: 1.Menjelaskan pentingnya kebersihan diri 2.Menjelaskan cara menjaga kebersihan diri 3.Membantu pasien mempraktekkan cara menjaga kebersihan diri 4.Menganjurkan pasien memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian SP 2: 1.Mengevaluasi jadwal kegiatan harian 2.Menjelaskan cara makan yang baik	SP I Penurunan motivasi (<i>avolition</i>) pada pasien gangguan jiwa berdampak langsung pada pengabaian kebersihan fisik, sehingga latihan pemenuhan kebersihan diri secara bertahap sangat penting untuk mengaktifkan kembali fungsi motorik dan persepsi sensoris pasien (Handayani, 2021). Stimulasi pada aktivitas mandi dan berhias ini terbukti mampu memulihkan konsep diri yang positif, meningkatkan kenyamanan fisik, serta

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
			5) Mempertahankan kebersihan diri 6) Mempertahankan kebersihan mulut	3.Membantu pasien mempraktekkan cara makan yang baik 4.Menganjurkan pasien memasukkan ke dalam kegiatan harian SP 3: 1.Mengevaluasi jadwal kegiatan harian 2. Menjelaskan cara eliminasi yang baik 3.Membantu pasien mempraktekkan cara eliminasi yang baik 4.Menganjurkan pasien memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian SP 4: 1.Mengevaluasi jadwal kegiatan harian 2.Menjelaskan cara berdandan 3.Membantu pasien mempraktekkan cara berdandan	memicu peningkatan harga diri pasien secara signifikan (Marlina et al., 2023). SP II Edukasi mengenai tata cara makan dan minum yang benar bukan sekadar pemenuhan nutrisi, melainkan bentuk stimulasi kognitif untuk mengembalikan perilaku adaptif yang sempat hilang akibat regresi proses pikir (Suryani & Wijaya, 2022). Pengenalan alat makan yang higienis serta penjadwalan makan yang teratur memungkinkan perawat memantau status nutrisi pasien secara spesifik sekaligus mencegah timbulnya komplikasi penyakit fisik pada sistem pencernaan (Pratama et al., 2024)." SP III Pola eliminasi yang maladaptif (seperti BAB/BAK

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
				4.Menganjurkan pasien memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian	sembarangan) sering kali muncul akibat penurunan kesadaran realitas pada pasien psikotik, sehingga latihan <i>toilet training</i> yang terstruktur sangat diperlukan (Siregar et al., 2020). Pemahaman tentang cara membersihkan diri dan tempat eliminasi ini membantu pasien mengenali batasan privasi, membangun kembali kemandirian sosial, serta menjaga sanitasi lingkungan sekitar untuk mencegah risiko infeksi (Hidayat & Utami, 2023). SP IV "Strukturisasi aktivitas harian yang berulang melalui pencatatan jadwal kegiatan sangat efektif untuk melatih fungsi eksekutif otak pasien dalam membentuk kebiasaan (<i>habitual learning</i>) yang adaptif (Kusuma et al., 2022). Evaluasi berkala terhadap

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
					kemandirian perawatan diri ini membantu perawat mengukur tingkat keberhasilan intervensi, memantau durasi kemajuan klinis, serta memprediksi risiko terjadinya kekambuhan (<i>relapse</i>) saat pasien kembali ke masyarakat (lestari et al., 2025).

3. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Tabel 3. 3 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

No	Diagnosis Kep	Hari/Tanggal Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1.	Gangguan persepsi sensori: Halusinasi Pendengaran	12 Mei 2026 Jam 14.00 WIB s.d 14.20 WIB	- Membina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip terapeutik R: Wajah klien tersenyum, mau berkenalan, ada kontak mata, mau berjabat tangan, mau menjawab salam, mau duduk berdampingan dengan perawat, dan mampu menjawab pertanyaan dari perawat. - Mengidentifikasi jenis, isi, frekuensi dan situasi halusinasi yang dialami R: Klien mengatakan sering mendengar suara-suara seperti komentar-komentar baik tentang kehidupan kepada klien untuk menyuruhnya berbuat baik, seperti “Titi kamu harus baik, gak boleh jahat, kamu harus bahagia dengan kehidupan	12 Mei 2026 Jam 16:50 WIB S: - Klien mengatakan selalu mendengar suara-suara atau komentar tentang kehidupan, - Klien mengatakan sering terganggu dengan suara-suara tersebut O: - Klien mampu menyebutkan apa yang dialaminya - Kooperatif - Klien dapat melakukan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik A: Gangguan persepsi sensori: Halusinasi pendengaran P:	Radhitya

No	Diagnosis Kep	Hari/Tanggal Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
			ini” seperti ceramah terhadap klien sendiri, suara-suara itu sering muncul pada saat siang hari sekitar jam 12 dan malam hari menjelang tidur sekitar jam 8-9, terkadang juga suara-suara itu muncul setiap saat didalam kepala, klien juga merasa terganggu dengan suara-suara tersebut. - Mengajarkan klien cara mengontrol halusinasi dengan menghardik R : Klien mampu menutup kedua telinga dan mengucapkan, kamu suara palsu saya tidak percaya seraya menutup mata. Klien tampak melakukannya berulang kali. - Mengajarkan klien memasukan cara menghardik ke dalam jadwal kegiatan harian klien. R: Klien memasukan teknik menghardik ke dalam jadwal harian	Evaluasi SP I lanjut SP II dengan cara bercakap – cakap dengan orang disekitarnya.	

No	Diagnosis Kep	Hari/Tang gal Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
2.	Defisit perawata diri	12 Mei 2026 Jam Jam 14.20 WIB s.d 14.30 WIB	- Menjelaskan pentingnya kebersihan diri R: Klien sekarang mengerti tentang kebersihan diri . - Menjelaskan cara menjaga kebersihan diri R: Kliem mengerti cara menjaga kebersihan diri dengan cara mandi - Membantu pasien mempraktekkan cara menjaga kebersihan diri R: Klien mengatakan besok akan mempraktekan cara menjaga kebersihan diri dengan cara mandi pakai sabun, shampo, dan gosok gigi dan difasilitasi alat - alatnya. - Menganjurkan pasien memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian R: Klien memasukan mandi setiap pagi dan sore ke dalam jadwal kegiatan harian	12 Mei 2026 Jam 16:50 WIB S: - Klien mengatakan paham dengan penjelasan cara menjaga kebersihan diri - Klien mengatakan besok akan mencoba mempraktikan cara menjaga kebersihan diri dengan mandi pagi dan sore O: - Klien mengerti tentang cara menjaga kebersihan diri A: Defisit perawatan diri P: Evaluasi SP I	Radhity a

4. Catatan Perkembangan

Tabel 3. 4 Catatan Perkembangan

Hari dan tanggal	No Diagnosa	Catatan Perkembangan	Paraf
13 Mei 2026 Jam 10:00 WIB	1	S: 1. Klien mengatakan masih ingat dengan SP I dan SP II, yaitu dengan cara menghardik dan bercakap – cakap. 2. Klien mengatakan kondisi perasaanya saat ini merasa bahagia 3. Klien mengatakan lebih tenang tidak gelisah saat bercakap – cakap dengan orang lain. 4. klien mengatakan tadi pagi klien mengobrol dengan pasien lain 5. Klien mengatakan mengikuti permainan tebak gaya O: 1. Klien mampu menyebutkan kegiatan harinya 2. Klien kooperatif Klien dapat melakukan cara mengontrol halusinasi dengan mengahardik (menutup kedua telinga dan matanya seraya berkata, “kamu suara palsu saya tidak percaya”) dan bercakap cakap dengan temannya 4. Kontak mata ada A: Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran P: 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien 2. Melatih klien mengontrol halusinasi dengan cara melakukan kegiatan 3. Menganjurkan klien memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian 4. Melakukan terapi musik dan game	Radhitya

Hari dan tanggal	No Diagnosa	Catatan Perkembangan	Paraf
		I: 1. Evaluasi SP II lanjut SP III 2. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien 3. Melatih klien mengontrol halusinasi dengan cara melakukan kegiatan 4. Menganjurkan klien memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian E: SP I dan SP II teratasi R: 3. Lanjut SP III Melatih klien mengontrol halusinasi dengan cara melakukan kegiatan.	
13 Mei 2026 Jam 13.40 WIB	2	S: 1. Klien mengatakan sudah mempraktekan cara menjaga kebersihan diri dengan mandi menggunakan sabun, shampo, dan menggosok gigi O: 1. Penampilan klien tampak rapih 2. Gigi klien tampak sedikit lebih bersih 3. Rambut klien tampak rapih mampu menyisir 4. Menganjurkan pasien memasukkan ke dalam kegiatan A: Defisit perawatan diri P: 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien 2. Membantu klien mempraktekan cara makan yang baik 3. Menganjurkan klien memasukkan ke dalam kegiatan harian I: Evaluasi SP I dan SP II 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian	Radhitya

Hari dan tanggal	No Diagnosa	Catatan Perkembangan	Paraf
		2. Menjelaskan cara makan yang baik 3. Membantu klien mempraktekkan cara makan yang baik 4. Menganjurkan klien memasukkan ke dalam kegiatan harian E: SP I dan SP 2 teratasi R: Lanjut SP III melatih klien cara eliminasi yang baik	
14 Mei 2026 Jam 10:00 WIB	1	S: 1. Klien mengatakan kegiatannya dari pagi yaitu solat subuh, mandi, sarapan pagi, makan obat, senam, nonton tv dan main game 2. Klien mengatakan bisikan suara itu sudah jarang muncul 3. Klien mengatakan bahwa bisikan itu bohong dan hanya halusinasi saja 4. Klien mengatakan bisa mengontrol halusinasinya dengan menyusun jadwal kegiatan hariannya O: 1. Klien tampak mampu menyebutkan kegiatan hariannya dari pagi sampai malam 2. Klien kooperatif 3. Ada kontak mata A: Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran P: 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien 2. Memberikan pendidikan tentang penggunaan obat secara teratur 3. Menganjurkan klien memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian I: 1. Evaluasi SP I, SP II dan SP III	Radhitya

Hari dan tanggal	No Diagnosa	Catatan Perkembangan	Paraf
		2. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien 3. Memberikan pendidikan tentang penggunaan obat secara teratur 4. Mengajukan klien memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian 5. Melakukan terapi musik dan game E: SP I, SP II dan SP III teratasi R: 3. Lanjut SP IV dengan menjelaskan tentang cara penggunaan obat secara teratur	
14 Mei 2026 Jam 10.20	2	S: 2. Klien mengatakan sudah melakukan kebersihan diri dengan mandi secara teratur pagi dan sore Klien mengatakan mengerti cara melakukan eliminasi yang baik dan cara membersihkannya O: 1. Klien berpenampilan rapih 2. Rambut klien tampak rapih karna bersisir A: Defisit perawatan diri P: 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien 2. Membantu klien mempraktekkan cara eliminasi yang baik 3. Mengajukan klien memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian I: 1. Evaluasi SP I, SP II, SP III 2. Menjelaskan cara makan yang baik 3. Menjelaskan cara eliminasi yang baik 4. Mengajukan klien memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian	Radhitya

Hari dan tanggal	No Diagnosa	Catatan Perkembangan	Paraf
		E: SP II dan SP III teratasi R: Lanjut SP IV melatih car berdandan	
15 Mei 2026 Jam 11.00 WIB	1	S: 1. Klien mengatakan minum obat 3x sehari yaitu pagi, siang dan malam 2. Klien mengatakan tahu keuntungan dan kerugian minum obat 3. Klien mengatakan mengetahui obat obat yang diminumnya. Nama obatnya Haloperidol, Heximer, Stelosi, Nuzip dan Merlopam. 4. Klien mengatakan obat Haloperidol, Heximer dan stelosi diminumnya 3x (pagi-siang-malam) kalau nuzip dan merlopam 1x pada sore hari saja 5. Klien mengatakan mengetahui SP I, SP II, SP III dan SP IV untuk mengontrol halusinasi 6. Klien mengatakan mengikuti terapi aktivitas kelompok stimulasi persepsi O: 1. Kontak mata ada 2. Klien mampu menunjukan dan menyebutkan jenis obat 3. Klien tampak meminum obatnya dengan air dan menelannya setelah obat diberikan 4. Klien minum obat secara teratur 5. Tampak klien mampu mengikuti terapi aktivitas kelompok stimulasi persepsi dengan bermain balon dan bernyanyi jugamenerapkan teknik menghardik A: Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi pendengaran SP I sampai SP IV teratasi P: Pertahankan Intervensi	Radhitya
15 Mei	2	S:	Radhitya

Hari dan tanggal	No Diagnosa	Catatan Perkembangan	Paraf
2026 Jam 11.20 WIB		1. Klien mengatakan bisa cara BAB dan BAK dengan benar 2. Klien mengatakan bisa cara membersihkan setelah BAB dan BAK. 3. Klien mengatakan sudah bisa mempraktekan apa yang sudah diajarkan (SP I,SPII,SPIII,SPIV) O: 1. Penampilan klien tampak rapik 2. Klien membereskan tempat makannya sendiri 3. Klien kooperatif A: Defisit perawatan diri P: Pertahankan Intervensi	a

B. PEMBAHASAN

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap pertama dan paling fundamental dalam proses asuhan keperawatan jiwa, karena kualitas data yang dikumpulkan pada tahap ini akan menentukan ketepatan diagnosis, intervensi, dan evaluasi yang dilakukan selanjutnya. Sebagaimana ditegaskan oleh Anipah (2024), pengkajian keperawatan jiwa merupakan suatu proses yang sistematis dalam mengumpulkan data dari berbagai sumber untuk mengidentifikasi status kesehatan pasien secara holistik, meliputi data biologis, psikologis, sosial, dan spiritual. Pada kasus Ny. T (66 tahun), pengkajian dilakukan secara menyeluruh pada tanggal 09 Mei 2026, mencakup seluruh dimensi tersebut.

Berdasarkan hasil pengkajian, Ny. T masuk ke Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie dengan alasan sering marah-marah, mengamuk, dan merusak barang-barang yang dipicu oleh rasa kesal terhadap kakak iparnya yang diyakini telah berselingkuh dengan pasangannya. Selain itu, klien juga mengeluhkan sering mendengar suara-suara seperti komentar tentang kehidupannya berupa nasihat-nasihat. Temuan ini sesuai dengan teori Keliat dkk. (2019) yang menerangkan bahwa pada fase manik yang berat, pasien gangguan bipolar tipe I kerap menunjukkan ciri-ciri psikotik seperti halusinasi pendengaran yang menyuruh pasien melakukan aktivitas tanpa henti dan perilaku agresif. Dengan demikian, terdapat kesesuaian antara temuan klinis dan teori yang ada.

Faktor predisposisi yang ditemukan pada Ny. T sangat signifikan. Klien mengaku memiliki riwayat gangguan jiwa sejak masa kuliah dan sering kambuh serta dirawat di berbagai fasilitas kesehatan. Lebih penting lagi, klien menyebutkan adanya anggota keluarga (paman dari pihak ibu) yang memiliki gangguan jiwa serupa namun tidak mendapat pengobatan. Temuan ini sangat relevan dengan teori Townsend dan Morgan (2017) yang menegaskan bahwa gangguan bipolar sangat dipengaruhi oleh faktor genetik, di mana individu dengan riwayat keluarga tingkat pertama menderita gangguan bipolar memiliki risiko yang jauh lebih tinggi. Penelitian di Rumah Sakit Jiwa pun menunjukkan bahwa adanya riwayat keluarga dengan skizofrenia atau gangguan psikosis

meningkatkan risiko gangguan serupa hingga dua belas kali lipat (Anipah, 2024). Hal ini memperkuat hipotesis bahwa kerentanan genetik berperan besar dalam patogenesis kasus Ny. T.

Faktor presipitasi yang ditemukan berupa stres psikososial yang berat, yakni konflik interpersonal dengan kakak iparnya. Yosep dan Sutini (2016) menjelaskan bahwa kerentanan biologis dan genetik tidak serta-merta memunculkan gejala tanpa adanya faktor pemicu dari lingkungan; stresor psikososial seperti trauma psikologis, tekanan hidup berkepanjangan, atau dinamika keluarga yang disfungsi berperan sebagai pemicu yang mengaktifkan kerentanan biologis tersebut. Pada Ny. T, konflik interpersonal ini bertindak sebagai faktor presipitasi yang memicu episode akut gangguan bipolar disertai halusinasi pendengaran. Di sisi lain, ketidakpatuhan minum obat yang dilaporkan klien juga merupakan faktor presipitasi utama kekambuhan yang perlu diperhatikan.

Pemeriksaan status mental Ny. T mengungkap temuan yang sangat komprehensif. Penampilan klien kurang rapi dengan rambut terlihat tidak terawat dan pakaian tidak diganti-ganti. Pembicaraan klien inkoheren dengan pola pikir yang meloncat dari satu topik ke topik lain (*flight of ideas*) serta terdapat *blocking*. Afek klien datar, interaksi bersifat defensif dan curiga. Persepsi menunjukkan halusinasi pendengaran dengan isi berupa suara-suara yang mirip kakaknya memberikan komentar buruk, muncul terutama saat klien sendirian, dengan frekuensi sering. Ditemukan pula waham curiga dan konfabulasi pada aspek memori. Temuan ini sesuai dengan yang diuraikan oleh Fendro et al. (2021) bahwa dalam pengkajian status mental perlu diperhatikan penampilan, pembicaraan, aktivitas motorik, alam perasaan, afek, interaksi, persepsi, proses pikir, isi pikir, tingkat kesadaran, memori, dan daya tilik diri sebagai aspek-aspek komprehensif yang mencerminkan kondisi psikiatrik klien.

Berkaitan dengan jenis halusinasi yang dialami Ny. T, temuan kasus ini menunjukkan halusinasi pendengaran (*auditori*) sebagai manifestasi dominan. Hal ini selaras dengan pernyataan Yati (2025) bahwa dari seluruh spektrum gangguan persepsi sensori, halusinasi pendengaran menempati urutan pertama

sebagai jenis yang paling lazim mendominasi pasien gangguan jiwa, termasuk pada pasien dengan gangguan bipolar fase psikotik. Stuart dan Laraia (dalam Lalla et al., 2022) mendefinisikan halusinasi pendengaran sebagai jenis halusinasi di mana individu mendengar suara-suara atau kebisingan tanpa adanya stimulus eksternal, kadang berbentuk perintah atau komentar tertentu. Pada Ny. T, halusinasi berisi suara yang menyangkal dan memberikan komentar tentang kehidupannya, yang sesuai secara klinis dengan deskripsi tersebut.

Jika mengacu pada fase-fase halusinasi menurut Wenny (2023), kondisi Ny. T berada pada Fase II (Condemning) hingga Fase III (Controlling). Pada Fase II, klien mulai kehilangan kontrol diri dan menarik diri dari orang lain, sementara pada Fase III klien mulai menyerah pada pengalaman halusinasi dan merasa kesepian bila halusinasi berakhir. Indikator ini tampak pada data objektif klien yang menunjukkan sering berbicara sendiri, marah-marah tanpa sebab, mengarahkan telinga pada sumber suara, serta interaksi sosial yang terbatas. Penetapan fase ini penting secara klinis karena menentukan urgensi dan intensitas intervensi keperawatan yang diperlukan.

Aspek psikososial Ny. T menunjukkan beberapa masalah yang signifikan. Konsep diri klien terganggu, di mana citra tubuh klien kurang positif (merasa tubuhnya kurang sempurna karena bekas luka bakar), harga diri klien rendah (merasa dibenci kakaknya), dan peran klien sebagai guru bahasa Inggris tidak dapat dijalankan selama masa perawatan. Hubungan sosial klien terbatas; klien tidak mengikuti kelompok masyarakat apapun dan jarang berinteraksi. Temuan ini bersesuaian dengan teori yang menjelaskan bahwa faktor sosiokultural seperti isolasi sosial dan kurangnya dukungan sosial dapat melemahkan mekanisme coping individu dan memperparah kondisi halusinasi (Wenny, 2023). Secara keseluruhan, pengkajian pada kasus Ny. T telah dilakukan secara komprehensif dan sesuai dengan standar pengkajian keperawatan jiwa holistik yang meliputi dimensi biologis, psikologis, sosial, dan spiritual.

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan penilaian klinis mengenai tanggapan aktual atau potensial individu terhadap masalah kesehatan atau proses

kehidupan. Rumusan diagnosis keperawatan jiwa mengacu pada kerangka pohon masalah yang menggambarkan hubungan sebab-akibat antar masalah (PPNI, 2017). Berdasarkan analisis data hasil pengkajian pada Ny. T, ditegakkan dua diagnosis keperawatan utama, yaitu: (1) Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran [SDKI D.0085], dan (2) Defisit Perawatan Diri [SDKI].

Diagnosis prioritas pertama, Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran, ditegakkan berdasarkan data subjektif berupa laporan klien yang menyatakan sering mendengar suara-suara mirip kakaknya yang memberikan komentar buruk tentang kehidupannya tanpa ada wujudnya. Data objektif mendukung diagnosis ini dengan ditemukannya klien tampak sering berbicara sendiri, marah-marah tanpa sebab yang jelas, dan mengarahkan telinga pada sumber suara tertentu. Diagnosis ini sesuai dengan definisi halusinasi menurut AH Yusuf (2016) yang menyatakan bahwa halusinasi merupakan gejala gangguan jiwa berupa pengalaman sensasi palsu yang dirasakan klien, di mana klien merasakan stimulus yang sebetulnya tidak ada. Keliat Budi Anna (2022) juga mendefinisikan halusinasi sebagai respons panca indra terhadap sumber yang tidak nyata.

Penegakan diagnosis Gangguan Persepsi Sensori juga diperkuat oleh referensi SDKI (PPNI, 2017) yang menetapkan tanda dan gejala mayor halusinasi pendengaran berupa verbalisasi mendengar bisikan, distorsi sensori, respons yang tidak sesuai, dan sikap seolah mendengar sesuatu. Seluruh tanda dan gejala tersebut ditemukan pada Ny. T. Temuan ini selaras dengan teori Wenny (2023) yang merinci tanda dan gejala halusinasi pendengaran secara data subjektif (klien mengatakan mendengar suara-suara, bisikan, perintah) dan data objektif (klien berbicara sendiri, tertawa sendiri, mengarahkan telinga, menutup telinga). Dengan demikian, tidak terdapat kesenjangan antara temuan kasus dengan kriteria diagnosis teoritis.

Diagnosis kedua, Defisit Perawatan Diri, ditegakkan berdasarkan data subjektif klien yang menyatakan bahwa saat mandi hanya menggunakan air saja tanpa sabun, shampo, dan tidak menggosok gigi. Secara objektif, gigi klien tampak kotor dan penampilan klien kurang rapi. Diagnosis ini sesuai dengan

definisi Lombogia (2023) yang menyatakan bahwa defisit perawatan diri adalah keadaan di mana seseorang tidak dapat memenuhi kebutuhan hidup dasarnya akibat kelemahan fisik maupun perubahan proses pikir, yang memanifestasikan ketidakpedulian pasien dalam merawat kebersihan dan kesehatan dirinya. Patogenesis defisit perawatan diri pada Ny. T berkaitan erat dengan kondisi halusinasi pendengaran yang dialaminya, di mana gangguan persepsi menyebabkan seluruh fokus dan energi kognitif klien tersita oleh stimulus internal semu, sehingga perawatan diri terabaikan (Hikmawati, 2025).

Secara teoritis, pohon masalah halusinasi menempatkan Gangguan Persepsi Sensori (Halusinasi) sebagai core problem, dengan Risiko Perilaku Kekerasan sebagai effect dan Isolasi Sosial sebagai causa (Wulandari et al., 2023). Sementara itu, pohon masalah Defisit Perawatan Diri menempatkan Defisit Perawatan Diri sebagai core problem dengan Isolasi Sosial sebagai effect dan Gangguan Persepsi Sensori/Halusinasi sebagai causa (Simanjuntak, 2024). Pada kasus Ny. T, terdapat sedikit perbedaan: diagnosis Risiko Perilaku Kekerasan tidak ditegakkan secara formal meskipun terdapat riwayat mengamuk dan merusak barang, karena pada saat pengkajian perilaku tersebut tidak aktif tampak. Hal ini merupakan pertimbangan klinis yang sah, mengingat diagnosis keperawatan harus didasarkan pada data aktual yang teridentifikasi pada saat pengkajian berlangsung, bukan semata-mata riwayat masa lalu.

Urutan prioritas diagnosis pada kasus Ny. T sudah tepat. Gangguan Persepsi Sensori ditempatkan sebagai prioritas pertama karena merupakan masalah aktif yang langsung mengancam keamanan klien dan menjadi akar dari permasalahan keperawatan lainnya. Sebagaimana dijelaskan oleh Yati (2025), halusinasi pendengaran membawa risiko komplikasi yang berbahaya termasuk potensi perilaku kekerasan akibat command hallucinations. Prioritas kedua pada Defisit Perawatan Diri juga tepat mengingat dampaknya yang nyata terhadap kebersihan, kesehatan fisik, dan harga diri klien. Keseluruhan proses penetapan diagnosis keperawatan pada kasus Ny. T telah sesuai dengan standar SDKI PPNI (2017) dan memiliki landasan teoritik yang kuat.

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah tindakan perawatan yang diberikan oleh perawat berdasarkan evaluasi klinis dan kemampuan perawat untuk meningkatkan outcome klien (Ifadah Erlin, 2024). Pada kasus Ny. T, intervensi keperawatan disusun mengacu pada Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) PPNI 2018, dengan menyesuaikannya pada kondisi dan kebutuhan klien yang spesifik. Untuk diagnosis Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran, intervensi disusun dalam empat Strategi Pelaksanaan (SP) keperawatan yang bertahap dan terstruktur.

SP I difokuskan pada pembinaan hubungan saling percaya (BHSP) menggunakan prinsip komunikasi terapeutik, identifikasi karakteristik halusinasi (jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi), dan melatih teknik mengontrol halusinasi dengan cara menghardik. BHSP merupakan fondasi mutlak dalam keperawatan jiwa. Hal ini sejalan dengan prinsip komunikasi terapeutik dalam keperawatan jiwa yang menekankan bahwa hubungan saling percaya antara perawat dan klien merupakan prasyarat utama keberhasilan seluruh intervensi berikutnya. Teknik menghardik dipilih sebagai intervensi pertama karena merupakan strategi yang paling sederhana, dapat dilakukan kapan saja dan di mana saja, serta memberikan rasa kontrol diri kepada klien secara mandiri. Sesuai dengan pandangan yang ada dalam intervensi SP I, teknik menghardik berguna untuk memberi rasa kontrol diri dan mengurangi intensitas serta frekuensi gejala halusinasi.

SP II berfokus pada evaluasi kegiatan SP I dan melatih klien mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain. Strategi bercakap-cakap merupakan salah satu intervensi berbasis bukti yang telah terbukti efektif dalam manajemen halusinasi. Secara neurobiologis, interaksi sosial yang bermakna mengalihkan fokus kognitif klien dari stimulus halusinasi internal menuju realitas eksternal yang konkret. Hal ini sesuai dengan teori dimensi sosial pada etiologi halusinasi menurut Wenny (2023), yang menyatakan bahwa individu yang mengalami isolasi sosial cenderung bergantung pada dunia halusinatif untuk memenuhi kebutuhan interaksi, sehingga intervensi keperawatan perlu difokuskan pada penciptaan pengalaman

interpersonal yang memuaskan. Pada Ny. T, intervensi ini sangat relevan mengingat klien memiliki pola penarikan diri dan keterlibatan sosial yang terbatas.

SP III melatih klien mengontrol halusinasi dengan cara melakukan kegiatan atau aktivitas terjadwal. Penjadwalan aktivitas harian merupakan intervensi terstruktur yang memiliki dasar teori kuat. Aktivitas fisik dan kognitif yang terencana berfungsi sebagai distraksi positif yang mengalihkan perhatian dari halusinasi ke pengalaman sensorik nyata. Lebih jauh, struktur harian yang jelas mengurangi kebingungan, menurunkan tingkat stres, dan meningkatkan sense of mastery klien, sehingga kemampuan menghadapi halusinasi semakin terlatih. Hal ini bersesuaian dengan pendekatan terapi perilaku kognitif yang telah diakui efektivitasnya dalam penatalaksanaan gangguan bipolar, sebagaimana Videbeck (2020) menekankan bahwa terapi psikososial berkesinambungan bertujuan untuk membantu klien mengenali tanda bahaya dan mengajarkan mekanisme koping yang sehat.

SP IV mencakup edukasi tentang penggunaan obat secara teratur (prinsip 5 benar minum obat). Intervensi ini sangat krusial mengingat salah satu faktor presipitasi kekambuhan Ny. T adalah ketidakpatuhan minum obat. Secara farmakologis, Keliat dkk. (2019) menegaskan bahwa intervensi farmakologis merupakan garis pertahanan pertama dalam penanganan gangguan bipolar, yang melibatkan mood stabilizer dan obat antipsikotik untuk menstabilkan neurotransmitter. Pada Ny. T diberikan Haloperidol (antipsikotik untuk mengelola halusinasi dan hiperaktivitas), Heximer/Triheksifenidil (antiparkinson untuk mengatasi efek samping ekstrapiramidal), Stelazine, dan Chlorpromazine. Edukasi obat bertujuan agar klien memahami manfaat, cara konsumsi, dan konsekuensi penghentian obat secara sepihak, sehingga kepatuhan jangka panjang dapat terjaga.

Untuk diagnosis Defisit Perawatan Diri, intervensi juga disusun dalam empat SP yang mencakup: SP I (kebersihan diri/mandi), SP II (cara makan yang baik), SP III (cara eliminasi yang benar), dan SP IV (cara berdandan). Struktur intervensi ini sesuai dengan panduan Lombogia (2023) yang menyatakan bahwa

penatalaksanaan keperawatan untuk defisit perawatan diri harus dilakukan secara komprehensif mencakup edukasi pentingnya higiene, melatih langkah-langkah mandi yang benar, membimbing cara berdandan, melatih cara makan yang tertib, serta membimbing tahapan BAB/BAK mandiri. Pada konteks Ny. T yang mengalami penurunan motivasi (avolition) akibat kondisi psikotiknya, pendekatan bertahap ini sangat tepat karena memecah tugas perawatan diri yang kompleks menjadi langkah-langkah kecil yang dapat dikuasai secara progresif.

Secara keseluruhan, rencana intervensi keperawatan pada kasus Ny. T sudah komprehensif, sistematis, dan sesuai dengan panduan SIKI PPNI (2018). Tidak terdapat kesenjangan yang signifikan antara intervensi teoritis dengan perencanaan yang dilakukan dalam kasus ini. Satu hal yang dapat menjadi catatan adalah bahwa intervensi berbasis keluarga (family psychoeducation), yang secara teoritis direkomendasikan oleh Videbeck (2020) dan Lombogia (2023) sebagai komponen penting dalam pemulihan jangka panjang, tidak tampak secara eksplisit dalam perencanaan intervensi kasus ini. Mengingat Ny. T memiliki adik sebagai orang terdekat, pelibatan keluarga dalam edukasi dan perencanaan pemulangan akan sangat memperkuat sustainabilitas hasil asuhan keperawatan yang telah dicapai.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan tahapan operasional dari rencana asuhan keperawatan yang telah disusun berdasarkan hasil pengkajian dan penetapan diagnosis keperawatan (PPNI, 2018). Pada kasus Ny. T, implementasi dilakukan secara bertahap selama periode 12 Mei 2026 hingga 15 Mei 2026, mencakup empat SP untuk diagnosis Gangguan Persepsi Sensori dan empat SP untuk Defisit Perawatan Diri.

Implementasi SP I Gangguan Persepsi Sensori dilaksanakan pada 12 Mei 2026 dengan membina hubungan saling percaya terlebih dahulu. Respons klien sangat positif: wajah klien tersenyum, mau berkenalan, ada kontak mata, mau berjabat tangan, dan bersedia mengungkapkan masalahnya. Temuan ini menunjukkan keberhasilan BHSP yang menjadi modalitas utama dalam keperawatan jiwa. Selanjutnya, identifikasi halusinasi menghasilkan data

bahwa klien mendengar suara yang menyangkalnya ketika melakukan kegiatan sehari-hari, berisi pernyataan "Mamah masih ada, Bapak masih ada," muncul terutama pada malam hari sebelum tidur dan saat klien sendirian. Teknik menghardik berhasil diajarkan; klien mampu menutup kedua telinga sambil mengucapkan "kamu suara palsu, saya tidak percaya" dan melakukannya berulang kali. Pencapaian ini sesuai dengan kriteria hasil yang diharapkan pada SP I.

Pada 13 Mei 2026, implementasi SP II dilaksanakan dengan melatih klien bercakap-cakap dengan orang lain sebagai strategi pengalihan dari halusinasi. Evaluasi menunjukkan klien masih ingat SP I (menghardik) dan melaporkan kondisi perasaan yang lebih bahagia dan lebih tenang saat bercakap-cakap. Klien juga menyatakan tadi pagi sudah mengobrol dengan pasien lain dan mengikuti permainan tebak gaya. Secara objektif, klien kooperatif, ada kontak mata, dan mampu melakukan menghardik serta bercakap-cakap. Perkembangan ini sangat bermakna secara klinis karena menunjukkan bahwa interaksi sosial aktif berhasil mengalihkan fokus klien dari stimulus halusinasi. Hal ini konsisten dengan penjelasan Wenny (2023) bahwa pada dimensi sosial, intervensi keperawatan perlu difokuskan pada penciptaan pengalaman interpersonal yang memuaskan agar klien terdorong berinteraksi dengan lingkungan nyata.

Implementasi SP III pada 14 Mei 2026 berfokus pada aktivitas terjadwal sebagai strategi pengalihan ketiga. Evaluasi memberikan hasil yang sangat menggembirakan: klien melaporkan halusinasi sudah jarang muncul, mampu menyatakan bahwa "bisikan itu bohong dan hanya halusinasi saja," serta mampu mengontrol halusinasi dengan menyusun jadwal kegiatan hariannya. Pernyataan klien ini merupakan indikator penting tercapainya insight (daya tilik diri) yang lebih baik terhadap kondisinya. Secara teoritis, peningkatan insight ini berkaitan dengan keberhasilan intervensi kognitif yang secara bertahap membantu klien membedakan antara stimulus halusinasi internal dan realitas eksternal. Penurunan frekuensi halusinasi juga mencerminkan efektivitas

pendekatan multimodal (menghardik + bercakap-cakap + aktivitas) dalam mengelola gejala persepsi sensoris.

Implementasi SP IV pada 15 Mei 2026 mencakup edukasi komprehensif tentang penggunaan obat. Klien berhasil menyebutkan nama-nama obatnya (Haloperidol, Heximer, Stelosi, Nuzip, dan Merlopam), jadwal minumnya, serta keuntungan dan kerugian minum obat. Klien tampak meminum obatnya dengan benar saat diberikan. Selain itu, klien juga mengikuti Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) stimulasi persepsi dengan bermain balon, bernyanyi, dan menerapkan teknik menghardik dalam seting kelompok. Partisipasi dalam TAK ini sejalan dengan intervensi terapi kelompok yang didefinisikan sebagai psikoterapi yang dilakukan pada klien bersama dengan jalan yang diarahkan oleh seseorang yang terlatih (Ida Ayu P Widianingsih, 2023). TAK stimulasi persepsi secara khusus dirancang untuk membantu klien dengan gangguan persepsi sensoris agar mampu membedakan rangsangan nyata dari halusinasi.

Implementasi untuk Defisit Perawatan Diri juga menunjukkan kemajuan yang progresif dan konsisten. Setelah SP I pada 12 Mei 2026 tentang kebersihan diri (mandi dengan sabun, shampo, gosok gigi), evaluasi pada 13 Mei 2026 menunjukkan klien sudah mempraktikkan cara menjaga kebersihan diri tersebut; tampak rapih, gigi lebih bersih, dan rambut tersisir rapi. Pada 14 Mei 2026 (SP II dan SP III), klien melaporkan sudah melakukan kebersihan diri secara teratur pagi dan sore, serta mampu makan secara mandiri dan menghabiskan makanannya. Pada 15 Mei 2026 (SP IV), klien menyatakan bisa cara BAB/BAK dengan benar, bisa membersihkan diri setelah eliminasi, dan sudah bisa mempraktikkan seluruh SP yang telah diajarkan. Perkembangan ini sangat sesuai dengan teori Lombogia (2023) bahwa stimulasi pada aktivitas mandi dan berhias terbukti mampu memulihkan konsep diri yang positif, meningkatkan kenyamanan fisik, serta memicu peningkatan harga diri pasien secara signifikan.

Secara keseluruhan, implementasi keperawatan pada Ny. T berjalan sesuai rencana dan menunjukkan respons klien yang positif dan progresif. Pendekatan bertahap melalui SP yang berurutan terbukti efektif dalam membangun

kemampuan klien secara gradual. Tidak terdapat kesenjangan yang bermakna antara rencana intervensi dan pelaksanaannya. Catatan penting yang perlu digarisbawahi adalah bahwa keberhasilan implementasi ini juga didukung oleh faktor eksternal berupa lingkungan rehabilitasi yang terstruktur di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie, yang menyediakan jadwal kegiatan harian teratur termasuk pengajian, senam, dan TAK. Hal ini sejalan dengan prinsip terapi modalitas yang menekankan pentingnya keterlibatan seluruh sumber daya fasilitas rehabilitasi dalam mendukung pemulihan pasien secara holistik (Ida Ayu P Widianingsih, 2023).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahapan akhir dalam proses asuhan keperawatan yang bertujuan untuk menilai keberhasilan pencapaian tujuan yang telah dirumuskan sebelumnya. Evaluasi dilakukan dengan membandingkan respons klien terhadap intervensi yang telah diberikan, guna mengetahui sejauh mana tindakan keperawatan berhasil mengatasi masalah yang ada (Sianturi, 2022). Evaluasi menggunakan pendekatan SOAP (Subjective, Objective, Assessment, Planning) yang merupakan kerangka berpikir sistematis dalam pencatatan evaluasi keperawatan.

Evaluasi akhir pada diagnosis Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran pada 15 Mei 2026 menunjukkan hasil yang sangat positif. Secara subjektif (S), klien menyatakan telah menguasai SP I hingga SP IV: mengetahui cara menghardik, bercakap-cakap, penjadwalan aktivitas, dan penggunaan obat teratur. Klien menyebutkan nama-nama obat beserta jadwal minumnya dengan benar dan mengungkapkan telah mengikuti TAK stimulasi persepsi. Secara objektif (O), klien menunjukkan kontak mata yang baik, kooperatif, mampu menunjukkan dan menyebutkan jenis obat, tampak meminum obat dengan benar, serta aktif berpartisipasi dalam TAK. Penilaian (A) menyimpulkan bahwa SP I hingga SP IV telah teratasi. Rencana (P) adalah mempertahankan intervensi yang telah berhasil.

Hasil evaluasi ini mencerminkan pencapaian yang sangat signifikan dalam waktu relatif singkat (lima hari implementasi). Kemampuan klien

mengenali dan menyebutkan halusinasi, mengucapkan bahwa bisikan adalah "suara palsu," dan secara aktif menggunakan teknik-teknik koping yang telah diajarkan merupakan indikator konkret keberhasilan intervensi. Hal ini selaras dengan panduan Pardede (2020) yang menyatakan bahwa evaluasi pada pasien dengan gangguan persepsi sensori menunjukkan keberhasilan apabila pasien mampu membangun hubungan saling percaya dengan perawat, mengenali kemunculan halusinasi, serta menunjukkan kemampuan dalam mengendalikan halusinasi pendengaran. Dengan demikian, tujuan asuhan keperawatan untuk diagnosis ini telah tercapai secara substansial.

Evaluasi akhir pada diagnosis Defisit Perawatan Diri juga menunjukkan kemajuan yang memuaskan. Pada 15 Mei 2026, secara subjektif klien menyatakan sudah bisa cara BAB/BAK dengan benar, bisa membersihkan diri setelah eliminasi, dan sudah bisa mempraktikkan seluruh SP. Secara objektif, penampilan klien tampak rapih, klien membereskan tempat makannya sendiri, dan kooperatif. Penilaian menunjukkan defisit perawatan diri teratasi dengan rencana mempertahankan intervensi. Jika dibandingkan dengan kondisi awal di mana klien hanya mandi dengan air tanpa sabun, shampo, dan tidak gosok gigi serta penampilan tidak rapi, perubahan ini merupakan pencapaian yang sangat bermakna.

Dari perspektif teori rentang respons, kondisi Ny. T mengalami pergeseran yang signifikan ke arah respons yang lebih adaptif. Semula klien berada pada rentang respons maladaptif (halusinasi, perilaku tidak terorganisasi, isolasi sosial), namun setelah serangkaian intervensi, klien mulai bergerak menuju rentang psikososial (mampu berinteraksi, mengikuti kegiatan kelompok, dan mengenali halusinasinya). AH Yusuf (2016) menjelaskan bahwa rentang respons neurobiologi yang paling adaptif adalah adanya pikiran logis dan terciptanya hubungan sosial yang harmonis. Meskipun Ny. T belum sepenuhnya mencapai rentang respons adaptif tersebut, pergerakan positif yang terukur dalam lima hari implementasi merupakan perkembangan klinis yang sangat bermakna.

Terdapat satu catatan penting terkait aspek yang belum sepenuhnya tercapai. Pada awal pengkajian, Ny. T menunjukkan daya tilik diri (insight) yang terbatas, di mana klien cenderung menyalahkan hal-hal di luar dirinya (orang lain, lingkungan) sebagai penyebab kondisinya saat ini. Meskipun pada evaluasi klien sudah mulai mengenali halusinasinya sebagai "suara palsu," peningkatan insight yang komprehensif—termasuk pemahaman tentang penyakit bipolar yang dideritanya—memerlukan waktu yang lebih panjang dari periode lima hari perawatan. Hal ini selaras dengan pandangan Videbeck (2020) bahwa penatalaksanaan gangguan bipolar harus dilanjutkan dengan terapi psikososial berkesinambungan, seperti CBT dan psikoedukasi keluarga, yang bertujuan meningkatkan pemahaman klien tentang penyakitnya dan mencegah siklus kambuh secara optimal. Oleh karena itu, rencana tindak lanjut berupa perawatan lanjutan yang terstruktur dan pelibatan keluarga secara aktif sangat direkomendasikan untuk mempertahankan dan meningkatkan pencapaian yang telah diraih.

Secara keseluruhan, evaluasi asuhan keperawatan pada Ny. T menunjukkan bahwa proses keperawatan jiwa yang sistematis, terstruktur, dan berkesinambungan melalui pendekatan strategi pelaksanaan (SP) keperawatan yang bertahap terbukti efektif dalam membantu klien mengembangkan kemampuan mengontrol halusinasi dan meningkatkan kemandirian perawatan diri. Keberhasilan ini merupakan bukti nyata pentingnya asuhan keperawatan jiwa yang holistik dan berbasis evidens dalam meningkatkan kualitas hidup pasien gangguan bipolar dengan gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran.

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada Ny. T (66 tahun) yang mengalami Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran akibat Gangguan Afektif Bipolar di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang Garut dari tanggal 12 Mei 2026 sampai 15 Mei 2026, penyusun merumuskan kesimpulan sebagai berikut:

1. Penulis mampu melakukan pengkajian fisik dan mental secara komprehensif terhadap Ny. T. Dari analisis data, teridentifikasi dua masalah keperawatan utama, yaitu Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran dan Defisit Perawatan Diri.
2. Penulis berhasil menyusun diagnosis keperawatan yang timbul pada Ny. T (66 Tahun) dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran akibat Gangguan Afektif Bipolar .
3. Penulis berhasil merumuskan rencana perawatan yang sesuai dengan prioritas masalah keperawatan, mencakup empat Strategi Pelaksanaan (SP) untuk masing-masing diagnosis. pada Ny. T (66 Tahun) dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran akibat Gangguan Afektif Bipolar.
4. Penulis menerapkan tindakan perawatan secara bertahap sesuai rencana yang telah dibuat, pada Ny. T (66 Tahun) dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran akibat Gangguan Afektif Bipolar.
5. Penulis berhasil mengevaluasi tindakan perawatan yang pada Ny. T (66 Tahun) dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran akibat Gangguan Afektif Bipolar.
6. Penulis berhasil melakukan Seluruh tindakan dan hasil perkembangan klien didokumentasikan setiap harinya secara lengkap dan berkesinambungan menggunakan format catatan perkembangan SOAP sebagai bagian dari tanggung jawab profesional dan legal praktik keperawatan.

B. Rekomendasi

Rekomendasi yang dapat dipertimbangkan untuk studi kasus lebih lanjut yaitu:

1. Bagi Klien dan Keluarga

Diharapkan klien dan keluarga dapat kooperatif serta ikut serta secara aktif dalam mendukung proses perawatan. Keluarga diharapkan memastikan kepatuhan minum obat klien, mendampingi klien dalam mempertahankan empat cara mengontrol halusinasi yang telah dikuasai, serta membawa klien untuk kontrol rutin ke fasilitas kesehatan jiwa. Perawatan akan lebih efektif apabila keluarga terlibat aktif melalui pemberian dukungan, mendengarkan, dan menerima kondisi klien tanpa stigma.

2. Bagi Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie

Diharapkan klinik dapat mempertahankan dan meningkatkan kualitas pelayanan, khususnya dengan memperkuat program Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) stimulasi persepsi secara lebih terstruktur dan rutin, serta mengembangkan program psikoedukasi keluarga terjadwal agar keluarga klien memiliki pemahaman yang memadai tentang gangguan bipolar dan peran aktif mereka dalam mendukung pemulihan.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan institusi dapat menyediakan referensi buku teks dan jurnal ilmiah terbaru terkait keperawatan jiwa serta memberikan kesempatan waktu praktik klinik yang lebih lama di fasilitas rehabilitasi mental. Pengintegrasian simulasi komunikasi terapeutik dan role play SPTK secara intensif ke dalam kurikulum juga sangat disarankan untuk mempersiapkan mahasiswa sebelum terjun ke lahan praktik.

4. Bagi Penulis Selanjutnya

Diharapkan penulis selanjutnya mempertahankan penerapan Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan (SPTK), khususnya teknik komunikasi terapeutik dan BHSP,. Penulis juga disarankan untuk mengintegrasikan intervensi berbasis keluarga, mengoptimalkan terapi modalitas sensori, dan merancang aktivitas kelompok yang interaktif. Seluruh intervensi hendaknya selalu berbasis bukti mutakhir yang mengacu pada referensi terbaru terkait

Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran akibat Gangguan Afektif Bipolar.

DAFTAR PUSTAKA

- AH Yusuf, R. F. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: Salemba Medika.
- Anggeria Elis, S. L. (2023). *Konsep Kebutuhan Dasar Manusia*. Sleman: Deepublish Ditital.
- Anipah, N. K. (2024). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Jiwa*. Jambi: PT Sonpedia Publishing Indonesia.
- Ankit Jain, P. M. (2023). Gangguan Bipolar. National Library of Medicine, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK558998/>.
- Andriany, R., Sari, S. M., & Moulisya, D. G. (2023). Management of Nursing Care for Patients at Risk of Violent Behavior with Implementation Strategies to Control Anger in the Mental Hospital. *International Journal Scientific and Professional (IJ-ChiProf)*, 2(1), 184–192. <https://doi.org/10.56988/chiprof.v2i1.48>
- Arni Nur Rahmawati, & Luthfiana Dewi. (2023). Asuhan Keperawatan pada Pasien Halusinasi Pendengaran dengan Penerapan Terapi Generalis. *Community Health Nursing Journal*, 1(1), 1–36. <https://doi.org/10.47134/cmhn.v1i1.7>
- Asfianti, V., Syahfitri, A., & NST, Z. (2022). Gambaran Kejadian Ekstrapiramidal Sindrom Pada Pasien Terapi Antipsikotik Tipikal Di Rumah Sakit Jiwa Aceh. *Forte Journal*, 2(2), 184–189. <https://doi.org/10.51771/fj.v2i2.367>
- Azizah M Lilik, Z. 1. (2016). *Buku Ajar keperawatan Kesehatan Jiwa*. Yogyakarta: Indomedia Pustaka
- Bibek Karna, A. S. (Juli, 2023). Gangguan Tidur. Retrieved Juni, 2025, from National Library of Medicine: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK5607>
- Blackwell, W. (2016). *Psychiatry At a Glance Fourth Edition*. Jakarta : Penerbit Erlangga.
- Damanik, C. F. (2022). Hubungan Anatar Pelaksanaan Sleep Hygiene dengan Kualitas Tidur pada Karyawan di Lingkungan ITKES Wiyata Husada Samarinda. *Jurnal Keperawatan Wiyata*, 3(1), 68–78.
- Deviana Indriyanti et.al. (2024). Masalah Risiko Perilaku Kekerasan Pada Pasien Skizofrenia di RSJ cisarua: Laporan Kasus. *SENTRI: Jurnal Riset Ilmiah*, Vol.3, No.6.

- Diskess Jabar. (2025). jumlah orang dengan gangguan jiwa (odgj) berat yang mendapat pelayanan kesehatan berdasarkan kabupaten/kota di Provinsi Jawa Barat dari tahun 2019 s.d. 2023. . Retrieved 20 Mei, 2025, from Open Data Jabar: <https://opendata.jabarprov.go.id/id/dataset/jumlah-orang-dengan-gangguan-jiwa-odgj-berat-yang-mendapat-pelayanan-kesehatan-berdasarkan-kabupatenkota-di-jawa-barat>
- Dwiki. (2022). ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA NY.T.A MASALAH UTAMA RISIKO PERILAKU KEKERASAN DENGAN DIAGNOSIS MEDIS BIPOLAR DI RUANG FLAMBOYAN RUMAH SAKIT JIWA MENUR. *Braz Dent J.*, 33(1), 1–12.
- Fendro A T, S. I. (2021). *Pengkajian Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: CV Bintang Semesta Media.
- Gani A, S. Z. (2023). *Keperawatan Jiwa*. Indramayu: CV. Adanu Abimata.
- Hentati, H., Zahra, S., & Abdullah, F. (2021). Insight and self-esteem in bipolar disorder: A cross-sectional study. *Indonesian Journal of Psychiatry*, 4(2), 113–120.
- Hentati, S., Ben Abdallah, M., Daoud, M., Baati, I., Sallemi, R., Feki, I., & Masmoudi, J. (2021). Insight and self-esteem in patients with bipolar disorders. *European Psychiatry*, 64, S193–S193.
- Ida Ayu P Widianingsih, I. G. (2023). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Jambi : PT Sonpedia Publishing Indonesia.
- Ifadah Erlin, W. W. (2024). *Asuhan keperawatan medikal Bedah*. Jakarta: PT. Green Pustaka Indonesia.
- Keliat Budi Anna, H. A. (2022). *Asuhan keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC.
- Kumari, L., & Gupta, S. (2018). A Study of Instrumental Activities of Daily Living of Patients having Bipolar Affective Disorder and Its Relationship with their Subjective Well Being and Self Efficacy. *Bipolar Disorder: Open Access*, 04(01), 1–6. <https://doi.org/10.4172/2472-1077.1000120>
- Kusumah, &. N. (2023). Gangguan Tidur Pada Penderita Bipolar. *Jurnal Hasil Pengembangan dan Penelitian*, Volume: 1 No: 3 Hal : 177-183.
- Madeira, A. W. (2019). Hubungan Gangguan Pola Tidur dengan Hipertensi pada Lansia. *Nursing News*, 4(1), 29–39.
- Maria Kristina Susiana Tuti Wati, A. R. (2025). Studi Kasus Penerapan Terapi Musik Pada Pasien Dengan Halusinasi. *Jurnal Keperawatan Duta Medika*, Vol. 5 No.1 , hal 48-53.

- Mubin fathkul Muhammad, d. (2024). Buku Ajar Keperawatan Jiwa I. Jakarta Selatan: Mahakarya Citra Utama.
- Muhith, A. (2016). Pendidikan Keperawatan Jiwa (Teori dan Aplikasi). Yogyakarta: Andi.
- Ni Ketut Putri Ariani et.al, d. S. (2024). Buku Ajar Psikiatri. Lombok Tengah: Pusat Pengembangan dan Penelitian Indonesia.
- Nurlis. (2018). Pengaruh latihan membangun kepercayaan diri terhadap rasa . Jurnal Keperawatan Jiwa, (52):1–137.
- Pike, C. K., Burdick, K. E., Millett, C., & Lipschitz, J. M. (2024). Perceived loneliness and social support in bipolar disorder: relation to suicidal ideation and attempts. *International Journal of Bipolar Disorders*, 12(1), 4–9. <https://doi.org/10.1186/s40345-024-00329-8>
- Ponticiello, M. N., Chang, A. L., Chang, R. J., Mirza, S., & Martin, A. (2024). On being and having: A qualitative study of self-perceptions in bipolar disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1509979.
- Prabowo, I. A. (2020). Klasifikasi Tingkat Gangguan Tidur Menggunakan Algoritma Naïve Bayes. *Jurnal Teknologi Informasi dan Komunikasi*, 8(2).
- Prasetyo, Y. (2023). *Bipolar Disorder*. Jl. Budaya Gowa: Pustaka Taman Ilmu.
- Pratama Agus Ari, S. A. (2022). *Keperawatan Jjiwa*. Jakarta Timur: Bumi Medika.
- Ramsi, R. K., & Zulaikha, A. (2022). Patofisiologi dan Tatalaksana Sindrom Ekstrapiramidal. *AVERROUS: Jurnal Kedokteran Dan Kesehatan Malikussaleh*, 8(2), 64. <https://doi.org/10.29103/averrous.v8i2.8770>
- Rasa S. (2023). *Bipolar Disorder*. Semarang: Tiram Media.
- Ruswandi, I. (2021). *Keperawatan Jiwa: Panduan Praktis Untuk Mahasiswa Keperawatan*. Indramayu: CV. Adanu Abimata.
- Suara, F. A. (2022). Efektivitas Terapi Okupasi Menggambar Pada Pasien Skizofrenia Terhadap Penurunan Gejala Skizofrenia di RSJ Islam Klender Jakarta Timur. *STIKesehatan Abdi Nusantara Jakarta*, VOLUME 4 NO
- Tombakan Maryati, L. N. (2023). Pencegahan dan Penanganan Pasien gangguan Jiwa dengan Riisiko perilaku Kekerasan. Jakarta: Penerbit NEM.
- Tresno, S. (2023). *Mengatasi Insomnia: Panduan Praktis Untuk Tidur Berkualitas*. Semarang: Tiram Media.

- Universitas Airlangga. (29 Maret , 2021). Retrieved Mei, 2025, from Fakultas Keperawatan: <https://ners.unair.ac.id/site/index.php/news-fkp-unair/30-lihat/993-apa-itu-gangguan-bipolar>
- Van Bergen, A. H., Verkooijen, S., Vreeker, A., Abramovic, L., Hillegers, M. H. J., Spijker, A. T., et al. (2019). The characteristics of psychotic features in bipolar disorder. *Psychological Medicine*, 49(12), 2036–2048. <https://doi.org/10.1017/S0033291718002854>
- Wardani A K Ida, N. N. (2023). Gangguan Tidur Pada penderita Gangguan Afektif Bipolar. *Jurnal Hasil Penelitian dan Pengembangan*, Volume: 1 No: 3 Hal: 177-183.
- Wedanthi, P. H. (2022). Studi Kasus Dinamika Psikologis Penderita Bipolar Disorder. *Jurnal Pendidikan Tambusai*, Vol. 6 No. 1 Halaman 2578-2582.
- Wenny P Bunga. (2023). Asuhan Keperawatan Jiwa Klien Dengan Halusinasi, Waham dan Perilaku Kekerasan. Bantul: CV. Mitra Edukasi Negeri.
- WHO. (2024). Gangguan Bipolar. Retrieved from World Health Organization: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/bipolar-disorder>
- Widianti, A. A. (2021). Intervensi pada Remaja dengan Gangguan Bipolar: Kajian Literatur. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 9(1).
- Widiyono, A. A. (2023). Konsep Keperawatan Dasar. Kediri: Lembaga Chakra Brahmanda Lentera.
- World health Organization. (2022). Mental Health. World health Organization.
- Yudhantara S Dearisa, I. R. (2022). Gangguan Bipolar: Buku Ajar Mahasiswa Kedokteran. Malang: Universitas Brawijaya Press.
- Zhang, B., Chen, X., & Qiu, N. (2025). Social cognition in bipolar I and II disorders: an updated systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 25(1), 39. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-06462-z>

Lampiran I

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

Nama Klien : Ny. T

Umur : 66 Tahun

No. RM : 002569

Hari ke-1 tanggal 12 Mei 2026

1. Proses Keperawatan

a. Kondisi Klien

Data Subjektif:

1. Klien mengatakan sering mendengar suara-suara yang mirip dengan kakaknya yang sering memberikan komentar buruk tentang kehidupannya tanpa ada wujudnya.
2. Klien mengatakan suara itu menyuruhnya berbuat baik seperti, "Titi kamu harus baik, gak boleh jahat, kamu harus bahagia dengan kehidupan ini".
3. Klien mengatakan suara-suara itu sering muncul pada saat siang hari sekitar jam 12 dan malam hari menjelang tidur sekitar jam 8-9.
4. Klien mengatakan saat mandi hanya menggunakan air saja tanpa sabun, shampo, dan tidak gosok gigi.

Data Objektif:

1. Klien tampak sering berbicara sendiri.
2. Klien tampak marah-marah tanpa sebab.
3. Klien tampak mengarahkan telinga pada sumber suara.
4. Gigi klien tampak kotor dan penampilan kurang rapi.

b. Diagnosa Keperawatan

1. Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran
2. Defisit Perawatan Diri

c. Tujuan Keperawatan

Gangguan Persepsi Sensori

1. Klien dapat mengontrol halusinasi dengan cara menghardik.
2. Klien dapat mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap.
3. Klien dapat mengontrol halusinasi dengan memasukkan jadwal kegiatan harian sehari-hari.
4. Klien dapat mengontrol halusinasinya dengan meminum obat secara teratur.

Defisit Perawatan Diri

1. Klien mampu melakukan kebersihan diri secara mandiri.
2. Klien mampu melakukan makan dengan baik.
3. Klien mampu melakukan BAB/BAK secara mandiri.
4. Klien mampu melakukan berhias/berdandan secara baik.

d. Tindakan Keperawatan

Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran

1. Ajarkan klien cara mengontrol halusinasinya dengan cara menghardik.
2. Ajarkan klien mengontrol halusinasinya dengan cara bercakap-cakap.
3. Ajarkan klien mengontrol halusinasinya dengan cara memasukkan jadwal kegiatan harian.
4. Ajarkan klien meminum obat secara teratur.

Defisit Perawatan Diri

1. Jelaskan pentingnya kebersihan diri dan latih cara menjaga kebersihan diri (mandi).
2. Jelaskan dan bantu pasien mempraktekkan cara makan yang baik.
3. Jelaskan dan bantu pasien mempraktekkan cara eliminasi (BAB/BAK) yang baik.
4. Jelaskan dan bantu pasien mempraktekkan cara berdandan.

Strategi Pelaksanaan

Hari ke-1 Tanggal 12 Mei 2026

14.00 WIB

a. Fase Orientasi

"Assalamualaikum, selamat siang Ibu T. Perkenalkan nama saya Radhitya Baihaqi, Ibu bisa panggil saya Radhit. Saya mahasiswa perawat dari Institut Kesehatan Karsa Husada Garut yang sedang dinas di Klinik Rehabilitasi Mental

Nur Illahi Assanie ini. Selama beberapa hari ke depan saya yang akan merawat Ibu."

"Bagaimana perasaan Ibu T hari ini?"

"Apakah Ibu masih suka mendengar bisikan-bisikan suara mirip kakak Ibu?"

"Boleh kita berbincang-bincang sebentar tentang suara-suara yang Ibu dengar? Bagaimana kalau 15 menit saja? Ibu maunya kita ngobrol di mana? Bagaimana kalau di ruang tamu ini saja?"

b. Fase Kerja

"Ibu tadi bilang suka mendengar suara yang mirip kakak Ibu memberikan ceramah seperti 'Titi kamu harus baik, gak boleh jahat' padahal orangnya tidak ada ya, Bu? Kapan suara itu biasanya muncul? Oh, siang jam 12 dan malam jam 8 ya. Apa yang Ibu rasakan dan lakukan saat suara itu muncul?"

"Ibu, ada empat cara untuk mencegah suara-suara itu mengganggu Ibu. Pertama dengan menghardik, kedua dengan bercakap-cakap dengan orang lain, ketiga dengan melakukan kegiatan terjadwal, dan keempat dengan minum obat teratur."

"Bagaimana kalau kita belajar cara yang pertama dulu, yaitu menghardik? Caranya begini Bu: Kalau suara itu muncul, Ibu langsung tutup telinga dan matanya, lalu katakan dengan tegas di dalam hati atau bersuara, '*Pergi, kamu suara palsu saya tidak percaya!*'. Ucapkan berulang kali sampai suaranya hilang. Mari kita coba sama-sama Bu. Bagus sekali! Coba sekali lagi. Nah, begitu Bu, hebat!"

c. Fase Terminasi

"Bagaimana perasaan Ibu setelah kita latihan cara menghardik tadi? Coba Ibu praktikkan lagi cara yang baru saja kita pelajari. Wah, Ibu T pintar sekali. Nanti kalau suaranya muncul lagi, Ibu langsung lakukan cara itu ya."

"Bagaimana kalau latihan ini kita masukkan ke jadwal kegiatan harian Ibu? Ibu mau latihan jam berapa saja?"

"Baik Bu, bagaimana kalau sekarang kita lanjut berbincang-bincang mengenai kebersihan diri Ibu? Waktunya sekitar 10 menit saja, tempatnya di sini saja ya, Bu."

14.20 WIB

a. Fase Orientasi

"Sesuai kesepakatan kita tadi, kita akan ngobrol tentang kebersihan diri. Bagaimana perasaan Ibu sekarang? Apakah Ibu sudah mandi hari ini?"

b. Fase Kerja

"Ibu T, saya perhatikan sepertinya Ibu hari ini belum mandi dengan bersih ya? Tadi Ibu bilang kalau mandi hanya pakai air saja tanpa sabun dan shampo. Menurut Ibu, apa sih pentingnya kita mandi pakai sabun, shampo, dan gosok gigi?"

"Betul sekali, supaya badan kita bersih, wangi, tidak gatal-gatal, dan giginya tidak sakit. Kalau tidak pakai sabun dan tidak gosok gigi, kuman-kumannya masih menempel di badan dan gigi Ibu. Jadi, kalau mandi, badannya disabuni ya Bu, rambutnya dishampo, dan jangan lupa sikat gigi pakai pasta gigi. Besok pagi saat mandi, Ibu coba praktikkan ya pakai alat mandinya lengkap."

c. Fase Terminasi

"Bagaimana perasaan Ibu setelah kita ngobrol tentang kebersihan diri? Coba Ibu sebutkan lagi kalau mandi harus pakai apa saja? Pintar! Mari kita masukkan kegiatan mandi dua kali sehari (pagi dan sore) ini ke jadwal harian Ibu. Besok jam 10.00 pagi saya akan kembali lagi ya Bu untuk mengevaluasi latihan kita dan melatih cara kedua mengontrol suara-suara yaitu dengan bercakap-cakap. Sampai jumpa besok, Bu. Assalamualaikum."

Hari ke-2 Tanggal 13 Mei 2026

10.00 WIB

a. Tahap Orientasi

"Assalamualaikum, selamat pagi Ibu T. Bagaimana kabarnya hari ini? Apakah suara-suara ceramah itu masih muncul? Apa Ibu sudah mencoba cara menghardik yang kita pelajari kemarin? Wah, bagus! Sesuai janji saya, hari ini kita akan latihan cara kedua mengontrol halusinasi, yaitu dengan bercakap-cakap. Waktunya 10 menit saja, di sini saja ya Bu?"

b. Tahap Kerja

"Cara kedua ini gampang Bu. Kalau Ibu mulai mendengar suara-suara itu, Ibu langsung cari teman, misalnya perawat atau teman pasien lain, lalu ajak ngobrol. Katakan begini: *'Tolong ajak saya ngobrol, saya sedang dengar suara-suara nih.'*

Coba Ibu praktikkan kata-kata saya tadi. Bagus sekali Bu! Dengan ngobrol, pikiran Ibu akan teralihkan dari suara-suara itu."

c. Tahap Terminasi

"Bagaimana perasaan Ibu setelah latihan ini? Sudah ada dua cara ya Bu yang kita pelajari. Jangan lupa dipakai ya kalau suaranya datang. Mari kita masukkan kegiatan bercakap-cakap ini ke jadwal Ibu. Nah, sekarang kita lanjut ke latihan berikutnya ya Bu, tentang cara makan yang baik."

13.40 WIB

a. Tahap Orientasi

"Siang Ibu T, tadi pagi Ibu sudah mandi pakai sabun dan sikat gigi kan? Wah pantasan terlihat rapih dan giginya lebih bersih, hebat! Sekarang kita akan berbincang tentang cara makan yang baik ya Bu, waktunya 10 menit di sini saja."

b. Tahap Kerja

"Ibu T, kalau makan biasanya bagaimana? Mencuci tangan dulu tidak? Makan itu sangat penting untuk kesehatan tubuh kita. Cara makan yang baik itu, sebelum makan kita cuci tangan dulu pakai sabun, lalu duduk yang rapi, berdoa, dan makannya pelan-pelan tidak berceceran. Setelah makan, piringnya dibereskan dan cuci tangan lagi. Coba Ibu ulangi langkah-langkahnya. Bagus sekali Bu!"

c. Tahap Terminasi

"Bagaimana perasaannya setelah kita ngobrol tentang cara makan? Nanti pas makan malam, Ibu praktikkan ya cara yang baik tadi. Kita masukkan ke jadwal harian ya Bu. Besok jam 10.00 kita ketemu lagi untuk belajar cara ketiga menghilangkan suara-suara dengan berkegiatan dan cara eliminasi atau BAB/BAK yang benar. Selamat istirahat Bu, Assalamualaikum."

Hari ke-3 Tanggal 14 Mei 2026

10.00 WIB

a. Tahap Orientasi

"Assalamualaikum Ibu T. Wah, kelihatannya sudah lebih segar hari ini. Suara-suaranya sudah berkurang Bu? Bagus kalau Ibu sudah sadar kalau itu cuma halusinasi. Hari ini kita akan belajar cara ketiga yaitu dengan menyibukkan diri dengan kegiatan. Waktunya 10 menit ya Bu."

b. Tahap Kerja

"Ibu biasanya dari pagi sampai malam ngapain saja? Oh ada sholat subuh, mandi, senam, nonton TV ya. Nah, cara mencegah suara itu datang adalah dengan membuat diri Ibu sibuk. Jadi dari bangun tidur sampai mau tidur lagi, Ibu ikuti jadwal yang sudah kita buat. Kalau Ibu sibuk beraktivitas, suara-suaranya tidak akan sempat mengganggu. Ibu setuju kan untuk terus mengikuti jadwal senam, pengajian, dan TAK yang ada di sini?"

c. Tahap Terminasi

"Bagaimana perasaannya Bu? Coba sebutkan 3 cara menghilangkan halusinasi yang sudah kita pelajari! Luar biasa. Nanti jadikan kegiatan ini sebagai kebiasaan ya. Lanjut sebentar ya Bu, kita bahas tentang cara ke kamar mandi yang benar."

10.20 WIB

a. Tahap Orientasi

"Sekarang kita bahas cara BAB dan BAK yang baik ya Bu. Waktunya 10 menit saja."

b. Tahap Kerja

"Ibu T, kalau mau BAB atau BAK tentu harus di kamar mandi ya, tidak boleh sembarangan. Setelah selesai, Ibu harus menyiram klosetnya sampai benar-benar bersih dan tidak bau. Lalu jangan lupa bersihkan diri Ibu dengan air yang bersih, dan cuci tangan pakai sabun setelahnya. Bisa dimengerti Bu? Coba diulangi."

c. Tahap Terminasi

"Wah Ibu T sudah mengerti dengan baik. Kita masukkan ke jadwal ya. Besok jam 11.00 kita ketemu lagi untuk cara terakhir yaitu patuh minum obat dan cara berdandan. Sampai jumpa besok!"

Hari ke-4 Tanggal 15 Mei 2026

11.00 WIB

a. Tahap Orientasi

"Assalamualaikum Ibu T. Hari ini kita berdiskusi tentang obat yang Ibu minum ya, sambil Ibu menunggu makan siang. Di sini saja sekitar 15 menit."

b. Tahap Kerja

"Ibu T, minum obat ini sangat penting supaya suara-suaranya hilang dan perasaan Ibu lebih tenang. Ada 5 macam obat yang harus Ibu minum. Yang warnanya pink (Haloperidol), yang kuning (Heximer), dan yang biru (Stelosi) diminum 3 kali sehari ya Bu (pagi, siang, malam). Lalu ada obat Nuzip dan Merlopam yang diminum 1 kali saja pada sore hari. Pastikan Ibu minum setelah makan dan memakai air putih. Kalau Ibu putus obat, nanti suara-suara kakaknya bisa datang lagi dan Ibu bisa kembali gelisah."

c. Tahap Terminasi

"Bagaimana perasaannya Bu setelah tahu tentang obat-obatan ini? Mulai sekarang Ibu harus tahu obat apa saja yang diminum ya. Sekarang kita masuk ke pembahasan terakhir ya Bu, tentang cara berdandan."

11.20 WIB

a. Tahap Orientasi

"Nah, kalau sudah mandi bersih, pakai baju rapih, selanjutnya kita ngobrol soal berdandan ya Bu. Waktunya sebentar saja."

b. Tahap Kerja

"Ibu T kan ingin terlihat awet muda dan cantik seperti harapan Ibu. Jadi, setelah mandi dan pakai baju rapi, Ibu jangan lupa menyisir rambut yang rapih. Kalau rambutnya disisir rapih, kan Ibu kelihatan jauh lebih segar dan cantik. Coba sekarang Ibu sisir rambutnya di depan kaca kecil ini. Nah, kelihatan bedanya kan Bu?"

c. Tahap Terminasi

"Bagaimana perasaannya Bu setelah rambutnya disisir rapi? Lebih nyaman kan? Ibu T sekarang sudah pintar mandinya pakai sabun, makannya rapi, bisa bersihin kloset sendiri, dan sudah mau berdandan. Semua kegiatan 4 hari ini (menghardik, ngobrol, aktivitas, minum obat, dan kebersihan diri) tolong Ibu pertahankan dan lakukan setiap hari ya. Saya bangga dengan perkembangan Ibu."

Lampiran II

DOKUMENTASI KEGIATAN



Lampiran III

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

A. Identitas

Nama : Radhitya Baihaqki
Jenis Kelamin : Laki-Laki
Tempat, tanggal lahir : Garut, 02 November 2005
Agama : Islam
Status : Mahasiswa
Alamat : Kp. Kaum Bayongbong, RT01/RW01, Kab. Garut
Motto :

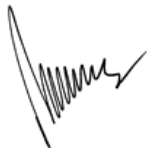
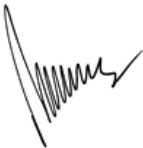
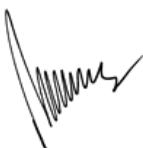
B. Riwayat Pendidikan

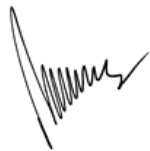
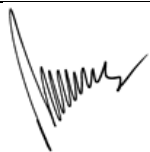
- | | |
|--------------------------------|-------------------|
| 1. TK Al – Ghifari | Tahun 2008 - 2009 |
| 2. SDN 2 Bayongbong | Tahun 2010 – 2012 |
| 3. SMPN 1 Bayongbong | Tahun 2017 - 2020 |
| 4. SMAN 19 Garut | Tahun 2020 - 2023 |
| 5. Institut Karsa Husada Garut | Tahun 2023- 2026 |

Lampiran IV

LEMBAR BIMBINGAN

Nama : Radhitya Baihaqki
NIM : KHGA2309
Pembimbing : H. Aceng Ali, S.Kep., Ns., M.Hkes.
Judul : ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn.A DENGAN
RISIKO PERILAKU KEKERASAN DENGAN DIAGNOSA MEDIS
GANGGUAN AFEKTIF BIPOLAR DI KLINIK NUR ILLAHI ASSANIE
SAMARANG GARUT.

No	Tanggal Bimbingan	Materi	TTD mahasiswa	TTD pembimbing
1	12 Juni 2026	BAB I A. Latar Belakang B. Tujuan Penulisan C. Metode Penulisan Sistematika Penulisan		
2	17 Juni 2026	BAB II A. Konsep Dasar 1. Konsep Bipolar 2. Konsep Halusinasi 3. Konsep Defisit Perawatan Diri B. Konsep Asuhan Keperawatan 1. Pengkajian 2. Diagnosa 3. Intervensi 4. Implementasi 5. Evaluasi		
3	20 Juni 2026	BAB III A. Tinjauan Kasus 1. Pengkajian 2. Analisa Data 3. Diagnosa 4. Intervensi 5. Implementasi		

		6. Catatan perkembangan B. Pembahasan 1. Pengkajian 2. Diagnosa 3. Intervensi 4. Implementasi 5. Evaluasi		
4	24 Juni 2026	Revisi ke 1 BAB III A. Tinjauan Kasus 1. Pengkajian 2. Analisa Data 3. Diagnosa 4. Intervensi 5. Implementasi 6. Catatan perkembangan		
5	27 Juni 2026	Revisi ke 2 BAB III A. Tinjauan Kasus 1. Pengkajian 2. Analisa Data 3. Diagnosa 4. Intervensi 5. Implementasi 6. Catatan perkembangan		
6	31 Juni 2026	BAB IV A. Kesimpulan B. Rekomendasi		
7	2 Juli 2026	ACC BAB I – IV Pembuatan Power point		
8	3 Juli 2026	ACC Power Point Persetujuan Sidang		