

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

KARYA TULIS ILMIAH

**Diajukan Untuk Program Studi DIII Keperawatan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
Karsa Husada Garut**

**REVA MAULIDA APRILIA
KHGA22019**



**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
2025**

LEMBAR PERSETUJUAN

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

NAMA : REVA MAULIDA APRILIA

NIM : KHGA22019

KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis ini Telah Siap Untuk Diujikan Dihadapan

Tim Penguji Program Studi D III Keperawatan

STIKes Karsa Husada Garut

Garut, Juni 2025

Menyetujui,

Pembimbing

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

LEMBAR PENGESAHAN

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN Jiwa pada TN.Y dengan Gangguan persepsi sensori : Halusinasi penglihatan akibat gangguan mood (bipolar) di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut

NAMA : REVA MAULIDA APRILIA

NIM : KHGA22019

Karya Tulis ini telah diujikan pada sidang Karya Tulis Ilmiah Program Studi DIII
Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut

Garut, Juni 2025

Menyetujui,

Penguji I

Penguji II

Wahyudin, S.Kp., M.Kes

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

Mengetahui ,

Mengesahkan,

Ketua Prodi Studi D III Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut

Pembimbing

K. Dewi Budiarti M.Kep

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

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

REVA MAULIDA APRILIA

KHGA22019

IV BAB, 122 Halaman, 8 tabel, 7 Gambar, 4 Lampiran.

Karya tulis ini berjudul “Asuhan Keperawatan pada Tn.Y dengan gangguan persepsi sensori halusiansi penglihatan akibat Bipollar di klinik rehabilitasi mental nur ilahie assani samarang kabupaten garut”, penyusun merasa tertarik untuk melakukan studi kasus pada klien dengan halusiansi penglihatan, karena halusinasi merupakan gejala yang sering ditemukan pada penderita gangguan jiwa khususnya bipolar. Tujuan dari pembuatan karya tulis ilmiah ini adalah penyusun mendapatkan pengetahuan, keterampilan, wawasan serta pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif. Metode yang digunakan adalah metode deskriptif melalui studi kasus dengan teknik pengumpulan data, observasi, wawancara dan studi pustaka. Adapun masalah keperawatan yang muncul pada Tn.Y yaitu : Gangguan persepsi sensori Halusinasi Penglihatan dan Defisit Perawatan Diri. Penyusun juga melaksanakan tindakan keperawatan dengan menggunakan pendekatan yang terapeutik, memotivasi klien untuk mengenali kemampuan positif yang dimiliki. Penyusun mengevaluasi tindakan keperawatan sehingga mendapatkan data bahwa klien mampu mengenali serta melakukan kemampuan positif yang dimiliki walaupun dengan dukungan perawat. Maka diharapkan ada kerjasama antara klinik rehabilitasi, organisasi profesi, keluarga dan tenaga kesehatan lainnya untuk memberikan asuhan keperawatan yang optimal untuk meningkatkan derajat kesehatan jiwa pada klien ODGj.

Kata Kunci : *asuhan keperawatan, bipolar, halusinasi Penglihatan*

Daftar Pustaka : 17 buah, Tahun 2016-2023

KATA PENGANTAR

Dengan memanjatkan puji dan syukur kehadiran Allah SWT, sholawat serta salam senantiasa dilimpah curahkan kepada junjungan kita Nabi Muhammad SAW, yang mana atas segala Rahmat dan karunianya akhirnya penulis dapat menyelesaikan penyusunan karya tulis ilmiah ini dengan judul “Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. Y Dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Penglihatan Akibat Gangguan Mood (BIPOLAR) Di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut”.

Penulis menyadari bahwa tanpa adanya bantuan dan peran serta dari semua pihak, karya tulis ini tidak dapat terwujud sesuai dengan yang diharapkan. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terimakasih terhadap semua pihak yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini, khususnya kepada:

1. Bapak Dr. H. Hadiat, MA., selaku ketua pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak Drs. H. Suryadi, M.Si., selaku ketua pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut

3. Bapak H. Engkus Kusnadi, S.Kep., M.Kes, Selaku Ketua STIKes Karsa Husada Garut.
4. Ibu K. Dewi Budiarti, M.Kep, selaku Ketua Program Studi D III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut.
5. Ibu Tanti Suryawantie.,S.Kep.,Ners.,M.H.Kes., selaku dosen pembimbing yang telah banyak memberikan saran dan bimbingannya dengan penuh tanggungjawab, sehingga penulis mampu menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Bapak Wahyudin.,S.Kep.,M.Kes Selaku Penguji I yang telah berkenan menguji saya dan sudah memberikan kritik dan saran guna Karya Tulis Ilmiah yang lebih baik.
7. Bapak Gingin Sugih Permana.,S.Kep.,M.H.Kes Selaku Penguji II yang telah berkenan menguji saya dan sudah memberikan kritik dan saran guna Karya Tulis Ilmiah yang lebih baik.
8. Seluruh Staf Dosen STIKes Karsa Husada Garut terutama Program Studi D III Keperawatan yang telah memberikan ilmu pengetahuan dan keterampilan yang bermanfaat serta motivasi selama penulis mengikuti Pendidikan.

9. Seluruh Staf dan Karyawan Tata Usaha dan Perpustakaan yang telah memberi bantuan dalam penyediaan buku sumber untuk menyusun Karya Tulis Ilmiah Ini.
10. Seluruh Staf dan Pimpinan Klinik Rehabilitasi Mental Yayasan Nur Illahie Assanie Samarang Garut, yang telah memberikan bimbingan dan ilmu sehingga penulis bisa menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
11. Tn. Y yang telah bersedia menjadi pasien, dan sudah dapat bekerja sama dengan baik kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah Ini.
12. Kepada kedua orangtua saya, terutama Mama tersayang yang selalu mendoakan untuk kebaikan anak-anaknya, selalu memberikan kasih sayang, cinta, dukungan dan motivasi. Menjadi suatu kebanggaan memiliki orangtua yang mendukung anaknya untuk mencapai cita-citanya serta merasakan bangku perkuliahan. Terima kasih Mama telah membuktikan kepada dunia bahwa anak dari seorang Guru Paud bisa menjadi seorang perawat.
13. Kepada kedua kakak saya, Gilang Ginanjar dan Sera Marantika, terima kasih banyak atas segala motivasi dan dukungan yang diberikan kepada penulis sehingga penulis mampu menyelesaikan studynya.

14. Kepada sahabat saya yang tak kalah penting kehadirannya, Rahmania Cahya Kamila, terima kasih selalu ada dalam titik terendah saya. Tak lupa kepada sahabat saya Sahla Audina, Sharah Amelia Putri, Difa Safarilah, Rika Puspita, Imelda Puspitasari Marlina, Rianti terimakasih atas dukungan serta motivasi dan semoga kita semua sukses dan tali persahabatan ini terjalin hingga nanti.
15. Seluruh anggota dan rekan di Keluarga Mahasiswa (KEMA), yang telah memberikan dukungan selama penulisan Karya Tulis Ilmiah ini berlangsung. Terima kasih atas kerjasama selama 2 Tahun belakangan ini.
16. Kepada seseorang yang pernah menemani hari-hari penulis, Sdr. D.F. Terima kasih telah hadir walaupun sesaat. Guru terbaik yaitu pengalaman pendewasaan untuk belajar ikhlas, sabar dan menerima arti kehilangan sebagai bentuk proses menghadapi dinamika kehidupan. Karena hidup setiap harinya adalah pembelajaran. Pada akhirnya setiap orang ada masannya dan setiap masa ada orangnya.
17. Dan yang terakhir, kepada wanita sederhana yang memiliki impian besar, namun terkadang sulit dimengerti isi kepalannya, yaitu penulis diriku sendiri, Reva Maulida Aprilia. Terima kasih telah berusaha keras untuk meyakinkan dan menguatkan diri sendiri bahwa kamu dapat menyelesaikan study ini

sampai selesai. Berbahagialah dengan dirimu sendiri, Reva. Rayakan kehadiranmu sebagai berkah dimana pun kamu menjejakkan kaki. Jangan sia-sia kan usaha dan doa yang selalu kamu langitkan. Allah sudah merencanakan dan memberikan porsi terbaik untuk perjalanan hidupmu. Semoga langkah kebaikan selalu menyertaimu, dan semoga Allah selalu meridhai setiap langkahmu dalam lindungan-Nya. Aamiin.. Sekali lagi Terima kasih karena memutuskan untuk tidak menyerah sesulit apapun prosesnya, ini merupakan pencapaian yang patut dirayakan untuk diri sendiri. Berbahagialah selalu dimanapun berada. **Apapun kurang dan lebihnya mari merayakan diri sendiri.**

Penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini jauh dari kata sempurna, untuk ini penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun dari pembaca untuk kelengkapan karya tulis ilmiah ini.

Garut, Juni 2025

Penulis

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
ABSTTRAK.....	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
BAB I.....	1
PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan.....	7
C. Metode Telaah.....	9
D. Sistematika Penulisan	11
BAB II	14
TINJAUAN PUSTAKA.....	14
A. Konsep Dasar	14
1. Konsep Bipolar.....	14
2. Konsep Halusinasi.....	23
B. Konsep Asuhan Keperawatan	41
BAB III.....	64
TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN	64
A. Tinjauan kasus	64
1. Pengkajian	64
a. Identitas pasien	64
b. Identitas penanggung jawab	64
2. Analisa Data	73

3. Pohon Masalah	74
4. Diagnosa Keperawatan.....	74
5. Intervensi Keperawatan.....	75
6. Implementasi Dan Evaluasi.....	80
7. Catatan perkembangan	85
B. Pembahasan.....	87
BAB IV	94
PENUTUP.....	94
A. Kesimpulan	94
B. Rekomendasi.....	95
DAFTAR PUSTAKA.....	97
LAMPIRAN.....	99
DOKUMENTASI KEGIATAN	109
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	110

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Data Penderita Gangguan Jiwa di Klinik Rehabilitasi Mental	5
Tabel 1.2 Data Gangguan Jiwa di Klinik Rehabilitasi Mental	5
Tabel 3.1 Terapi Medik.....	72
Tabel 3.2 Analisa Data.....	73
Tabel 3. 4 Intervensi Keperawatan	75
Tabel 3. 5 Implementasi Keperawatan.....	80
Tabel 3. 6 Catatan Perkembangan.....	85

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Rentang Respon Halusinasi.....	25
Gambar 2.2 Pohon Masalah Halusinasi	29
Gambar 2.3 Rentang Respon Resiko perilaku Kekerasan	32
Gambar 2.4 Pohon Masalah Risiko Perilaku Kekerasan	36
Gambar 2.5 Rentan Respon Defisit Perawatan Diri	37
Gambar 2.6 Pohon Masalah Defisit Perawatan Diri	39
Gambar 3.1 Gambar 7Pohon Masalah Halusinasi	74

DAFTAR LAMPIRAN

Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan (SPTK)

Dokumentasi Kegiatan

Lembar Bimbingan

Daftar Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan jiwa adalah keadaan sejahtera yang dikaitkan dengan kebahagiaan, kegembiraan, kepuasan, pencapaian, optimis, dan harapan. Kesehatan jiwa merupakan suatu keadaan individu yang secara mandiri menyadari kemampuannya dan mampu mengembangkan kemampuan tersebut baik secara fisik, mental, spritual, juga sosial; sanggup mengatasi tekanan sehingga individu tersebut dapat bekerja secara produktif serta memberikan konstribusi bagi masyarakat sekitar (Hothasian, Suryawati,& Fatmasari,2019).

Gangguan jiwa adalah manifestasi dari segala bentuk penyimpangan pada fungsi mental yang meliputi, perasaan, kemauan, keinginan, motivasi, pikiran, perilaku, daya tilik diri, emosi dan persepsi sehingga mengganggu dalam proses hidup di masyarakat. Gangguan jiwa merupakan pola perilaku atau psikologis yang ditunjukan individu dalam kehidupannya yang bisa menyebabkan distress, disfungsi dan menurunkan kualitas hidup (Stuart,2016)

World Health Organization (2022) menyatakan masalah gangguan kesehatan jiwa diseluruh dunia sudah menjadi masalah yang serius. WHO memperkirakan sekitar 60 juta orang di dunia yang mengalami gangguan bipolar. Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas, 2018) prevalensi orang dengan gangguan jiwa di indonesia sebesar 20% dari jumlah populasi di indonesia atau sekitar 250 juta jiwa secara keseluruhan. Berdasarkan data Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat presentase kenaikan orang dengan gangguan jiwa dari tahun 2019-2021 sebanyak 4,3 juta jiwa. Sedangkan Dinas Kesehatan melaporkan terdapat 3,935 orang dengan gangguan jiwa yang tercatat di Dinas Kesehatan Kabupaten Garut, didapati penderita bipolar terdapat 1.988 orang, skizofrenia 1.353 orang, penyalahgunaan napza 389 orang dan reterdasi mental 205 orang (Dinkes, 2024). Orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) berhak mendapatkan pengobatan dan perawatan dipelayanan kesehatan seperti rumah sakit jiwa, praktik dokter spesialis kedokteran jiwa, puskesmas dan klinik yang terintegrasi dalam pelayanan kesehatan jiwa (Widodo et.al,2019). Salah satu tempat pengobatan atau perawatan ODGJ di Kabupaten Garut yaitu Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut.

Bipolar merupakan salah satu gangguan jiwa yang tergolong psikosis. Gangguan bipolar yaitu gangguan otak yang menyebabkan perubahan suasana hati, energi, tingkat aktivitas yang tidak biasa pada seseorang (Nimh,2016). Menurut Jiwo (2016) ada beberapa faktor risiko terjadinya gangguan bipolar yaitu mempunyai hubungan darah atau saudara penderita gangguan bipolar, dan pengalaman hidup yang sangat menekan (stressful). Bipolar memiliki lima fase, yaitu fase manik, fase hipomanik, fase normal, fase depresi ringan, dan fase depresi berat. Gangguan bipolar ditandai sebagai gangguan yang disertai satu atau lebih episode manik atau hipomanik, lalu digantikan dengan episode depresi mayor dengan jeda periode *mood* yang normal.

Halusinasi bisa disebut juga sebagai tanda gejala dari fase manik. Fase manik yaitu fase tertinggi dari gangguan bipolar. Pada fase manik ini seseorang akan mengalami peningkatan euphoria yang tidak realistis, sangat gelisah, dan aktivitas yang berlebih. Fase manik biasanya berlangsung secara tiba-tiba, dan gejalannya akan meningkat selama beberapa hari. Gejala dan perilaku aneh, delusi paranoid, serta halusinasi (Dipiro,et al, 2016). Fase manik dibagi menjadi 3 tahap yaitu tahap pertama terjadi

peningkatan aktivitas motorik seperti meningkatnya kecepatan berbicara, dominasi perasaan bahagia dan penderita mudah marah dan sering menuntut. Tahap ketiga biasanya proses berpikirnya menjadi sulit untuk diikuti dan tidak logis. Beberapa peneliti mengungkapkan tahapan ketiga dari fase manik, hanya akan dialami oleh penderita dengan gangguan bipolar, tetapi bukan hanya pada fase ini halusinasi juga terjadi pada fase depresi berat tapi tidak sesering pada fase manik.

Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie merupakan salah satu pelayanan rehabilitasi mental untuk menolong masyarakat atau klien yang mengalami gangguan jiwa dan penyalahgunaan napza, yang didirikan pada tahun 2010. Klinik ini menerapkan konseling spiritual kepada para kliennya, selain itu fokus utama pengobatannya dengan pemberian obat kemudian dibantu oleh pengobatan jiwa seperti dengan bimbingan rohani untuk mengantisipasi kekambuhan penyakit yang di derita oleh pasiennya. Didapati data jumlah ODGJ di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut pada bulan April 2025 sebanyak 39 jiwa. Dapat dilihat seperti pada tabel berikut.

Tabel 1.1

**Data Penderita Gangguan Jiwa di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie
Assanie Samarang Garut Periode 2025**

No	DIAGNOSA	JUMLAH KASUS
1	Skizofrenia	5 orang
2	Bipolar	32 orang
3	Reterdasi Mental	2 orang
	Jumlah	39 orang

(sumber : Klinik Rehabilitasi Mental Nur Ilahie Assani Samarang)

Berdasarkan hasil laporan dan rekam medis di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut, jumlah penderita gangguan jiwa yang dirawat dari bulan januari sampai dengan bulan mei 2024-2025, dapat dilihat pada tabel berikut

Tabel 1.2

**Data Gangguan Jiwa di Klinik RehabilitasiMental Nur Ilahie
Assani Samarang tahun 2025**

No	DIAGNOSA	JUMLAH KASUS
1	Halusinasi	25 orang
2	Risiko perilaku kekerasan	3 orang
3	Harga diri rendah	8 orang
4	Waham	3 orang
	Jumlah	39 orang

(sumber : Klinik Rehabilitasi Mental Nur Ilahie Assani Samarang)

Berdasarkan hasil laporan Klinik Rehabilitasi Mental Nur Ilahie assani Samarang, didapatkan data tahun 2025 jumlah yang ada pada semua pasien rawat inap mencapai 39 orang, 25 orang dengan halusinasi, 3 orang dengan risiko perilaku kekerasan, 8 orang dengan harga diri rendah dan 3 orang dengan waham. Halusinasi menduduki peringkat pertama dengan kasus terbanyak, Hal ini dapat terjadi karena kurangnya dukungan serta perhatian dari keluarga dan juga masyarakat, yang apabila tidak diatasi dengan segera maka akan menimbulkan permasalahan baru terhadap lingkungan masyarakat yang akan menyebabkan peningkatan Halusinasi di lingkungan masyarakat. Berdasarkan latar belakang diatas, penulis tertarik melakukan tindakan keperawatan pada klien yang mengalami halusinasi.

Perawat jiwa sebagai pemberi asuhan keperawatan jiwa dapat membantu menurunkan Halusinasi pasien melalui penerapan strategi pelaksanaan tindakan dengan menggunakan komunikasi terapeutik pada pasien, oleh karena itu perawat dituntut mampu memberikan asuhan keperawatan secara profesional dan dapat mempertanggung jawabkan asuhan keperawatan yang diberikan.

Berdasarkan uraian diatas, terkait masih banyaknya pasien dengan kasus seperti itu, khususnya pada salah satu pasien di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie, maka penulis tertarik untuk mengambil kasus dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Tn.Y Dengan Persepsi Sensori Halusinasi Penglihatan Akibat Gangguan Mood Bipolar Di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut”.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Mahasiswa mampu memberikan asuhan keperawatan jiwa pada Tn.Y dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Penglihatan Akibat Bipolar di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut.

2. Tujuan Khusus

Dengan mengambil kasus diatas penulis mampu:

- a. Melakukan pengkajian fisik, psikososial, dan mental secara komprehensif pada Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn.Y Dengan

Gangguan Persepsi Sensori Akibat Bipolar Di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Ilahie Assani Samarang Kabupaten Garut.

- b. Menetapkan diagnosa keperawatan pada Tn.Y dengan Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn.I Dengan Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendlihatan Akibat Bipolar Di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Ilahie Assani Samarang Kabupaten Garut
- c. Membuat Perencanaan / Intervensi Keperawatan Pada Tn.Y dengan Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn.Y Dengan Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Penglihatan Akibat Bipolar Di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Ilahie Assani Samarang Kabupaten Garut.
- d. Melaksanakan tindakan / implementasi keperawatan pada Tn.Y dengan Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn.Y Dengan Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Penglihatan Akibat Bipolar Di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Ilahie Assani Samarang Kabupaten Garut.
- e. Mengevaluasi tindakan yang telah diberikan kepada Tn.Y dengan Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn.Y Dengan Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Penglihatan Akibat Bipolar Di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Ilahie Assani Samarang Kabupaten Garut.

- f. Mendokumentasikan dari awal sampai akhir tindakan yang telah diberikan kepada Tn.Y dengan Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn.Y Dengan Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Penglihatan Akibat Bipolar Di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Ilahie Assani Samarang Kabupaten Garut

C. Metode Telaah

Metode penulisan yang digunakan pada karya tulis ilmiah ini adalah metode deskriptif yang berbentuk studi kasus melalui pendekatan proses keperawatan, sedangkan teknik pengumpulan data yang merupakan langkah yang paling strategis dalam penelitian. Karena tujuan utama dari penelitian adalah mengumpulkan data dengan teknik yang di gunakan sebagai berikut (Maharani, 2017).

1. Wawancara

Wawancara disebut juga amnanesa yaitu menanyakan sesuatu atau hanya jawab yang berhubungan dengan masalah yang dihadapi oleh klien, melalui komunikasi didapatkan secara langsung dari klien, keluarga dan tim kesehatan lainnya

2. Observasi

Yaitu teknik pengumpulan data yang dilakukan melalui tatap muka dan tanya jawab antara perawat dengan klien. Data yang dikumpulkan melalui observasi yaitu dengan cara mengamati dan melihat langsung keadaan klien baik yang adaptif maupun maladaptif.

3. Pemeriksaan Fisik

Hal-hal yang dilakukan dengan pemeriksaan fisik di antaranya memeriksa tanda-tanda vital dan keadaan umum, sehingga di dapatkan data dari klien yang bisa menimbulkan masalah kesehatan atau keperawatan pada klien.

4. Dokumentasi

Pengumpulan data yang di dapatkan dari data klien dan laporan dari tenaga kesehatan melalui catatan dokumentasi asuhan keperawatan yang telah dilakukan dan mempelajari buku-buku atau referensi yang berguna untuk memperoleh dasar-dasar teori yang berhubungan dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi

penglihatan akibat bipolar serta permasalahannya, sehingga dapat digunakan untuk landasan dalam pemberian asuhan keperawatan.

5. Studi Kepustakaan

Penulis mempelajari buku-buku dari bahan-bahan perpustakaan institusi maupun dari internet untuk mendapatkan teori yang berhubungan dengan kasus yang diambil.

6. Partisipasi Aktif

Partisipasi aktif yaitu penulis melakukan asuhan keperawatan pada Tn.Y dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Penglihatan Akibat Bipolar di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut.

D. Sistematika Penulisan

Untuk mendapatkan gambaran yang jelas mengenai penyusunan karya tulis ilmiah ini, maka penulis menggunakan sistematika penulisan sebagai berikut:

BAB I : PENDAHULUAN

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

BAB II : TINJAUAN TEORI

Bab ini berisi tentang konsep dasar penyakit meliputi pengertian gangguan bipolar, psikodinamika bipolar, psikodinamika halusinasi, dampak halusinasi terhadap kebutuhan dasar manusia serta membahas tentang proses asuhan keperawatan jiwa meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

BAB III : TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAAN

Dalam bab ini dijelaskan tentang asuhan keperawatan yang dilakukan secara nyata di lapangan melalui tahap pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, evaluasi dan catatan perkembangan pada klien dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Penglihatan. Sedangkan dalam pembahasannya berisi tentang kesenjangan-kesenjangan yang ditemukan dan dibandingkan antara pendekatan medis dengan pelaksanaan langsung pada kasus serta pemecahan masalahnya.

BAB IV : KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

Dalam bab ini berisikan tentang kesimpulan penulisan setelah melaksanakan asuhan keperawatan dan rekomendasi yang bersifat membangun terhadap kesimpulan untuk perbaikan selanjutnya.

DAFTAR PUSTAKA

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

LAMPIRAN

Lampiran ini merupakan dokumen tambahan yang disertakan dalam skripsi atau karya tulis ilmiah berisi hasil suatu penelitian, baik berupa gambar, foto, teks dan sebagainya. Penempatan lampiran skripsi biasanya pada bagian belakang setelah daftar pustaka dengan keterangan yang sangat jelas

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar

1. Konsep Bipolar

a. Definisi Bipolar

Gangguan afektif bipolar merupakan gangguan jiwa yang ditandai dengan gejala manik, depresi, dan campuran, biasanya dapat berlangsung seumur hidup. Pada penderita gangguan bipolar biasanya mengalami perubahan mood disertai dengan perubahan yang serius pada energi dan perilaku (Hadiati,2022)

Gangguan Bipolar tipe I, Pada gangguan bipolar tipe I penderita akan mengalami episode mania dan depresi secara bergantian. Gangguan Bipolar tipe II Pada gangguan bipolar tipe II penderita akan minimal mengalami episode hipomania (gangguan dalam bentuk lebih ringan dari episode mania) dan episode depresi. Gangguan Bipolar Campuran (Mixed) pada gangguan bipolar tipe campuran penderita akan mengalami episode depresi dan episode mania secara bersamaan atau dalam tenggat perubahan waktu yang cepat. Cyclothymia Disorder Gangguan siklotimik (cyclothymia disorder) merupakan bentuk ringan dari gangguan bipolar. Penderita akan mengalami setidaknya minimal selama 2 tahun gangguan perubahan mood berupa episode hipomania dan episode depresi ringan. (Internasional journal of bipolar disorder, 2021).

b. Etiologi

1) Genetika

Genetika adalah faktor umum penyebab gangguan bipolar. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa orang dengan gen tertentu lebih mungkin mengembangkan gangguan bipolar. Penelitian juga menunjukkan bahwa Seorang yang lahir dari orang tua atau saudara kandung yang salah satunya merupakan pengidap gangguan bipolar memiliki kemungkinan lebih besar untuk mengalami gangguan bipolar (Nlh, 2017).

2) Fisiologis

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa otak orang dengan gangguan bipolar berbeda dalam beberapa hal dari otak orang yang tidak mengalami gangguan bipolar atau gangguan mental lainnya (Nlh,2017). Salah satu faktor utama penyebab seseorang mengidap bipolar disosorder adalah terganggunya keseimbangan cairan kimia utama di dalam otak. Sebagai organ yang berfungsi menghantarkan rangsang, dalam menjalankan tugasnya otak membutuhkan neurotransmitter, yaitu saraf pembawa pesan atau isyarat dari otak ke bagian tubuh lainnya. Norephinephrin, dopamin, dan serotonin adalah beberapa jenis neurotransmitter yang penting dalam penghantar impuls saraf. Pada penyintas bipolar disorder, cairan-cairan kimia tersebut berada dalam keadaan yang tidak seimbang (Mental Health America (MHA), 2017). Sebagai contoh, ketika seorang pengidap bipolar disorder memiliki kadar dopamin yang tinggi dalam otaknya, maka ia akan merasa sangat bersemangat, agresif, dan percaya diri. Keadaan inilah yang disebut fase

manik Sebaliknya, fase depresi akan terjadi ketika kadar dopamine dalam otaknya menurun dibawah normal, sehingga penderita merasa tidak bersemangat, pesimis dan bahkan memiliki keinginan untuk bunuh diri yang besar. Seseorang yang mengidap bipolar disorder menandakan adanya gangguan pada sistem motivasional yang disebut dengan Behavioral Activation System kematian atau bunuh diri.

3) Lingkungan

Faktor lingkungan internal pengidap bipolar adalah keluarga. Apabila seseorang hidup dengan anggota keluarga yang juga mengidap gangguan bipolar maka resiko terkena gangguan jiwa bipolar juga tinggi. Selain itu, mengalami pengalaman yang sangat buruk dan tidak menyenangkan hingga menyebabkan trauma juga memicu timbulnya gangguan bipolar.

Selain itu, faktor eksternal pengidap bipolar adalah pergaulan atau pengalaman buruk dengan orang lain. Misalnya putus cinta dan kematian dari orang dekatnya. Selain itu, adanya pengalaman buruk dalam pencapaian tujuan hidup seperti kegagalan lulus sekolah atau kegagalan pekerjaan dan karir juga memicu timbulnya gangguan bipolar pada seseorang.

Penggunaan alcohol dan obat-obatan terlarang juga dapat menimbulkan gangguan bipolar. Faktor penyebab lingkungan internal ataupun eksternal sangat berpengaruh terhadap pengidap gangguan bipolar. Seseorang yang mengidap gangguan bipolar yang masih tinggal di lingkungan yang kurang mendukung, maka beresiko mengalami gangguan bipolar yang semakin parah juga tidak dapat menjalani

kehidupan sehari-harinya dengan baik (Depression and Bipolar Support Alliance (DBSA), 2020)

c. Klasifikasi

Terdapat beberapa tipe gangguan bipolar. Tipe ini dibedakan oleh lamanya, frekuensi, dan fase depresi dan manik. Menurut National Institute of Mental Health (NIMH) (2022) dan National Alliance on Mental Illness (NAMI) (2017) tipe gangguan bipolar dibedakan menjadi 4 tipe antara lain sebagai berikut:

1) Gangguan bipolar I

Adalah gangguan bipolar dimana seseorang telah mengalami episode manik yang berlangsung sekitar 7 hari atau ketika gejala manik sangat parah sehingga memerlukan perawatan medis segera. Biasanya episode depresi juga terjadi, biasanya berlangsung minimal 2 minggu. Episode depresi dengan ciri campuran (memiliki gejala depresi dan gejala manik pada saat bersamaan) juga dimungkinkan mengalami 4 atau lebih episode mania dalam satu tahun disebut "siklus cepat".

2) Gangguan bipolar II

Adalah gangguan bipolar dimana seseorang mengalami episode depresi yang berganti-ganti, fase ini dimana tidak ada kejadian gembira berlebihan dan tidak mengalami fase mania, tetapi setidaknya satu fase hipomania. Pada tipe ini, penderita mengalami fase hipomania dan terkadang lebih sering mengalami fase depresi.

3) Gangguan bipolar Cyclothymic atau Cyclothymia

Adalah gangguan bipolar yang ringan dimana pengidapnya mengalami fase hipomania dan fase depresi ringan yang bergantian setidaknya selama 2 tahun.

4) Gangguan bipolar Not Otherwise (NOS)

Adalah ketika seseorang yang mengidap bipolar tidak memenuhi kriteria untuk bipolar I, II dan cyclothymia tetapi masih mengalami periode elevasi mood abnormal yang signifikan secara klinis. Artinya pengidap ini tidak memiliki pola tertentu atau tidak memiliki pola yang dapat ditentukan seperti yang terdapat pada ketiga tipe sebelumnya, misalnya mania, hipomania tanpa gejala depresi atau perubahan yang sangat cepat antara fase manik dan juga fase depresi

d. Tanda gejala

Menurut (American Psychological Association (APA), 2017) dan (National of Mental Health (NIH), 2022) Gejala gangguan bipolar berdasarkan fase antara lain:

- 1) Fase Mania, merupakan fase tertinggi dari gangguan bipolar. Gejalanya antara lain:
 - a) Suasana hati yang meningkat, merasa terlalu senang dan gembira
 - b) Memiliki optimisme dan kepercayaan diri yang berlebihan
 - c) Cepat marah dan tersinggung yang berlebihan
 - d) Penurunan kebutuhan tidur tanpa mengalami kelelahan
 - e) Sulit berkonsentrasi, tidak dapat melakukan aktivitas normal
 - f) Energi yang berlebihan dan juga berbicara secara cepat
 - g) Impulsif, provokatif, dan ambisius.

- h) Melakukan banyak kegiatan dalam satu waktu
- i) Terkadang memiliki tanda-tanda seperti delusi dan halusinasi

2) Fase Depresi

- a) Suasana hati yang menurun, seperti merasa sangat sedih atau cemas
- b) Merasa melambat dan gelisah
- c) Kesulitan berkonsentrasi atau mengambil keputusan
- d) Kesulitan tidur, bangun terlalu pagi, atau tidur terlalu banyak
- e) Berbicara sangat lambat, merasa tidak mampu menemukan sesuatu untuk dikatakan, atau banyak lupa
- f) Kurangnya minat di hampir semua kegiatan
- g) Tidak dapat melakukan hal-hal sederhana sekalipun
- h) Merasa putus asa atau tidak berharga, atau berpikir tentang

e. Penatalaksanaan

Gangguan bipolar adalah penyakit seumur hidup. Episode mania dan depresi biasanya muncul kembali seiring waktu. Antara episode, banyak orang dengan gangguan bipolar bebas dari perubahan suasana hati, tetapi beberapa orang mungkin memiliki gejala yang menetap. Perawatan jangka panjang dan berkelanjutan dapat membantu orang mengelola gejala ini (NIH,2022).

Perawatan yang dilakukan kepada setiap pengidap gangguan bipolar tentunya berbeda-beda, Maka dari itu penderita gangguan bipolar harus menemukan perawatan yang tepat karena akan berpengaruh untuk pemulihan. Berikut ini perawatan dan pengobatan yang dapat dilakukan oleh pengidap gangguan bipolar:

1) Obat-obatan

Obat-obatan tertentu dapat mengelola gejala gangguan bipolar. Beberapa orang mungkin perlu mencoba obat yang berbeda dan bekerja sama dengan penyedia layanan kesehatan mereka untuk menemukan obat yang tepat dan dapat bekerja dengan baik. (NIMH, 2022).

Adapun menurut National Alliance on Mental Illness (NAMI, 2017) jenis obat-obatan yang sering digunakan pada pasien dengan gangguan bipolar antara lain:

a) Litium

Litium (Lithobid, Eskalith) efektif untuk menstabilkan suasana hati dan mencegah naik turunnya gangguan bipolar. Tes darah berkala diperlukan karena litium dapat menyebabkan masalah tiroid dan ginjal. Efek samping yang umum termasuk kegelisahan, mulut kering dan masalah pencernaan.

b) Antikonvulsan

Banyak obat yang digunakan untuk mengobati kejang juga digunakan sebagai penstabil suasana hati. Mereka sering direkomendasikan untuk mengobati gangguan bipolar. Efek samping yang umum termasuk penambahan berat badan, pusing dan kantuk. Namun terkadang, antikonvulsan tertentu menyebabkan masalah yang lebih serius, seperti ruam kulit, kelainan darah, atau masalah hati.

c) Antipsikotik

Antipsikotik biasanya digunakan untuk mengobati gejala gangguan bipolar dan sering dipasangkan dengan obat lain, termasuk penstabil suasana hati. Mereka umumnya digunakan untuk mengobati episode manik atau campuran. Antipsikotik sering diresepkan untuk membantu mengendalikan episode akut mania atau depresi.

d) Antidepresan

Antidepresan memberikan perhatian khusus saat digunakan dalam mengobati gangguan bipolar, karena dapat memicu mania pada beberapa orang. Sebuah studi National Institute of Mental Health menunjukkan bahwa mengambil antidepresan juga untuk penstabil suasana hati tidak lebih efektif daripada menggunakan penstabil suasana hati saja untuk bipolar.

e) Psikoterapi

- (1) Terapi perilaku kognitif (CBT) membantu mengubah pemikiran dan perilaku negatif yang terkait dengan depresi. Tujuan dari terapi ini adalah untuk mengenali pikiran negatif dan mengajarkan strategi koping.
- (2) Terapi berfokus pada keluarga membantu orang dengan gangguan bipolar belajar tentang penyakitnya dan melaksanakan rencana perawatan.
- (3) Psikoterapi berfokus pada perawatan diri dan pengaturan stres, dan membantu seseorang meningkatkan perawatan diri, mengenali pola timbulnya gejala dan mengelola stress

2) Perawatan lainnya

- a) Electro Convulsive Therapy (ECT) adalah prosedur stimulasi otak yang dapat membantu meringankan gejala gangguan bipolar yang parah. ECT biasanya hanya dipertimbangkan jika penyakit seseorang belum membaik setelah perawatan lain seperti pengobatan atau psikoterapi, atau dalam kasus yang memerlukan respons cepat, seperti dengan risiko bunuh diri atau katatonia (keadaan tidak responsif).
- b) Transcranial Magnetic Stimulation (TMS) adalah jenis stimulasi otak yang menggunakan gelombang magnetik, bukan stimulus listrik ECT, untuk meredakan depresi selama serangkaian sesi perawatan. Meskipun tidak sekuat ECT, TMS tidak memerlukan anestesi umum dan menimbulkan sedikit risiko ingatan atau efek kognitif yang merugikan.
- c) Terapi cahaya adalah pengobatan berbasis bukti terbaik untuk gangguan afektif musiman (Seasonal affective disorder), dan banyak orang dengan gangguan bipolar mengalami depresi musiman yang memburuk di musim dingin, dalam beberapa kasus sampai ke titik SAD. Terapi cahaya juga dapat dipertimbangkan untuk bentuk depresi bipolar yang memburuk.

2. Konsep Halusinasi

Diagnosa keperawatan halusinasi penglihatan menurut (Damaiyanti & Iskandar, 2014) meliputi sebagai berikut :

- a. Gangguan persepsi sensori: Halusinasi
- b. Resiko perilaku kekerasan
- c. Defisit Petawatan Diri

A. Halusinasi

1) Definisi

Halusinasi merupakan suatu gejala gangguan jiwa dimana klien merasakan stimulus seperti merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan atau penciuman yang sebenarnya tidak ada atau tidak nyata halusinasi merupakan salah satu dari sekian bentuk psikopatologi yang paling parah dan membingungkan. Secara fenomenologis halusinasi adalah gangguan yang paling umum dan yang paling penting, selain itu halusinasi dapat dianggap sebagai karakteristik psikologis (Sutejo, 2017)

2) Etiologi

a) Faktor predisposisi menurut Yosep (2014) dalam prabowo (2016):

(1) Faktor perkembangan

Perkembangan klien yg terganggu contohnya kurangnya mengontrol emosi & Keharmonisan keluarga. mengakibatkan klien gampang frustrasi, & hilang percaya diri.

(2) Faktor Sosial kultural

Stres lingkungan dapat mengakibatkan maladaptasi seperti permusuhan, kehilangan harga diri, gangguan hubungan interpersonal, tekanan kerja dan kemiskinan

(3) Faktor biokimia

Adanya stress berlebihan yang dialami individu menghasilkan zat-zat tubuh yang mungkin seperti halusinogen, neurokimia, buffoferom, dan dimetiltron feras, yang menyebabkan ketidakseimbangan antara asetilkolin dan dopamin.

(4) Faktor Psikologis

Tipe kepribadian yang lemah dan tidak bertanggung jawab dapat dengan mudah terjerumus ke dalam penyalahgunaan zat aditif.

(5) Faktor genetik dan pola asuh

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

b) Faktor presipitasi

Menurut rawlins dan Heacock dalam yosep (2016) halusinasi dapat dilihat dari 5 dimensi, yaitu

(1) Dimensi Fisik

Halusinasi dapat ditimbulkan oleh beberapa kondisi fisik seperti kelelahan luar biasa, penggunaan obat-obatan, demam, hinggadelirium dan kesulitan tidur jangka panjang.

(2) Dimensi Emosional

Kecemasan yang berlebihan karena masalah yang tidak dapat diatasi. Halusinasi dapat berupa perintah memaksa dan

menakutkan. Klien tidak sanggup menentang sehingga klien berbuat sesuatu terhadap ketakutan tersebut.

(3) Dimensi intelektual

Pada dimensi ini klien dengan halusinasi mengalami penurunan fungsi ego. Awalnya halusinasi merupakan usaha dari ego sendiri untuk melawan impuls yang menekan, namun menimbulkan kewaspadaan yang dapat mengambil seluruh perhatian klien dan tak jarang akan mengontrol semua perilaku.

(4) Dimensi Sosial

Klien mengalami gangguan interaksi sosial di dalam fase awal dan comforting menganggap bahwa bersosialisasi nyata sangat membahayakan. Klien halusinasi lebih asyik dengan halusinasinya seolah-olah itu tempat untuk bersosialisasi..

(5) Dimensi Spiritual

Klien halusinasi dalam spiritual mulai dengan kehampaan hidup, rutinitas tidak bermakna, dan hilangnya aktivitas beribadah. Klien halusinasi dalam setiap bangun merasa hampa dan tidak jelas tujuan hidupnya

3) Rentang respon

Gambar 2.1 Rentang Respon Halusinasi



- Pikiran logis - Persepsi akurat - Emosi konsisten dengan pengalaman - Perilaku sesuai - Hubungan social	- Distorsi (pikiran kotor) - Reaksi emosi berlebihan atau kurang - Perilaku aneh dan tidak biasa - Menarik diri	- Gangguan proses piker/ delusi - Halusinasi - Perilaku tidak terorganisir - Isolasi sosial
---	---	--

Keterangan:

a) Respon Adaptif

- (1) Pikiran logis : Pandangan yang mengarah pada kenyataan.
- (2) Persepsi akurat : Pandangan yang tepat pada kenyataan.
- (3) Emosi konsisten dengan pengalaman : perasaan yang timbul dari pengalaman ahli.
- (4) Perilaku sosial: Sikap dan tingkah laku yang masih dalam batas kewajaran.
- (5) Hubungan sosial: Proses suatu interaksi dengan orang lain dan lingkungan.

b) Respon Psikososial

- (1) Proses pikir terganggu : Proses pikir yang menimbulkan gangguan
- (2) Ilusi: Penilaian yang salah tentang penerapan yang benar-benar terjadi (objek nyata) karenana rangsangan panca indera.
- (3) Emosi berlebih atau berkurang
- (4) Perilaku tidak biasa: Sikap dan tingkah laku yang melebihi batas kewajaran.

- (5) Menarik diri: Percobaan untuk menghindari interaksi dengan orang lain.

c) Respon maladaptif

- (1) Kelainan pikiran: Keyakinan yang dipertahankan secara kokoh dipertahankan walaupun tidak diyakini oleh orang lain dan bertentangan dengan kenyataan sosial.
- (2) Halusinasi: Persepsi sensorial yang salah atau persepsi eksternal yang tidak nyata.
- (3) Kerusakan proses emosi: Perubahan suatu yang timbul dari hati.
- (4) Perilaku tidak terorganisir: suatu yang tidak teratur.
- (5) Isolasi sosial: Kondisi kesendirian yang dialami oleh individu dan diterima sebagai ketentuan oleh orang lain dan sebagai suatu kecelakaan yang negatif mengancam.

4) Tanda dan gejala

Tanda dan gejala halusinasi menurut Sutejo (2017), dapat dinilai dari hasil observasi terhadap klien serta ungkapan klien. Adapun tanda dan gejala pada pasien halusinasi adalah:

- a) Mendengar suara-suara atau kegaduhan
- b) Mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap
- c) Mendengar suara menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya
- d) Melihat bayangan, sinar, bentuk geometris, bentuk kartun, melihat hantu atau monster.
- e) Mencium bau-bauan busuk ataupun wangi seperti bau darah, urine, feses, kadang-kadang bau itu menyenangkan

- f) Merasakan rasa seperti merasakan makanan atau rasa tertentu yang tidak nyata.
- g) Merasakan sesuatu yang aneh pada tubuhnya seperti yang menggeraya serangga, makhluk halus
- h) Merasa takut atau senang dengan halusinasinya

Data objektif adalah data yang di dapatkan pada pasien yang tampak secara langsung. Pasien dengan gangguan sensori persepsi halusinasi melakukan hal-hal berikut:

- a). Bicara atau tertawa sendiri
- b). Marah-marah tanpa sebab
- c). Mengarahkan telinga menjadi arah tertentu.
- d). Menutup telinga
- e). Menunjuk-nunjuk

5) Penatalaksanaan Halusinasi

Penatalaksanaan menurut Iyan (2021), Penatalaksanaan halusinasi ada beberapa seperti psikofarmaterapi, psikoterapi dan rehabilitas yang 7 dari 18 diantaranya terapi aktivitas (TAK) dan rehabilitasi. Psikofarmakoterapi salah satu dari gejala halusinasi adalah skizoprenia. Dengan menggunakan obat-obatan anti psikotik dapat mengurangi dan menurunkan halusinasi. Adapun diantaranya adalah :

- a) Antipsikoti

Indikasi utama dari obat golongan ini yaitu untuk penderita gangguan psikotik (Skizofrenia atau psikotik lainnya). Seperti obat antipsikotik yaitu: Chlopromazine, Trifluoperazin, Thioridazim, Haloperidol, Klorprotixen, Lokaspin dan Pimozide. Efek utama dari

obat antipsikotik menyerupai gejala psikotik seperti gangguan proses pikir (waham), gangguan persepsi (halusinasi), aktivitas psikomotor yang berlebihan (agresivitas), dan juga memiliki efek sedatif serta efek samping ekstrapiramidal. Efek samping yang dapat terjadi yaitu kegelisahan motorik, tremor, kasar, febris tinggi, kejang-kejang, penurunan tekanan darah, mulut kering, inkontinensia urin.

b) Antidepresan

Golongan obat-obatan yang mempunyai khasiat mengurangi atau menghilangkan gejala depresif. Contoh obat antidepresan yaitu: Imipramin, Maprotilin, Setralin dan Paroxetine. Efek samping yang dapat terjadi adalah hipotensi, hipertensi, perubahan pada gambaran EKG, obtipasi, mulut dan tenggorokan kering, mual dan sakit kepala.

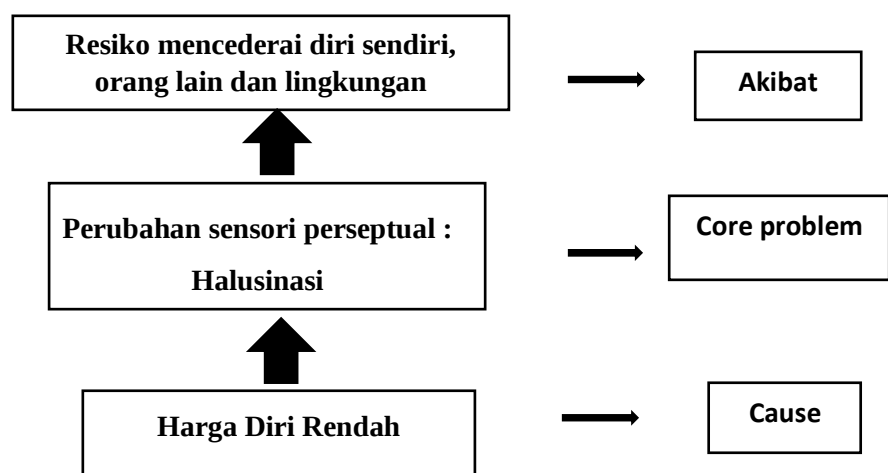
c) Antiansietas

Golongan obat yang dipakai untuk mengurangi ansietas/kecemasan yang patologis tanpa banyak berpengaruh pada fungsi kognitif.

6) Pohon masalah

Gambar 2.2

Pohon Masalah Halusinasi



B. Resiko Perilaku Kekerasan

1) Definisi

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

2) Etiologi

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

a) Faktor predisposisi

(1) Faktor biologis

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

(b) Teori psikomatik (psycomatik theory) Pengalaman marah dapat diakibatkan oleh respon psikologi terhadap stimulus eksternal maupun internal. Sehingga, sistem limbik memiliki peran sebagai pusat untuk mengekspresikan maupun menghambat rasa marah

b) Faktor psikologis

(1) Teori agresif frustasi (frustasion aggresion theory) Teori ini menerjemahkan perilaku kekerasan terjadi sebagian hasil

akumulasi frustrasi. Hal ini dapat terjadi apabila keinginan individu untuk mencapai sesuatu gagal atau terhambat. Keadaan frustrasi dapat mendorong individu untuk berperilaku agresif karena perasaan frustrasi akan berkurang melalui perilaku kekerasan.

(2) Teori perilaku (behavioral theory) Kemarahan merupakan bagian dari proses belajar. Hal ini dapat dicapai apabila tersedia fasilitas atau situasi yang mendukung. Reinforcement yang diterima saat melakukan kekerasan sering menimbulkan kekerasan di dalam maupun di luar rumah.

(3) Teori eksistensi (existential theory) Salah satu kebutuhan dasar manusia adalah bertindak sesuai perilaku. Apabila kebutuhan tersebut tidak dipenuhi melalui perilaku konstruktif, maka individu akan memenuhi kebutuhannya melalui perilaku destruktif.

c) Factor Sosiokultural

(1) Faktor lingkungan sosial (social environment theory) Lingkungan sosial akan mempengaruhi sikap individu dalam mengekspresikan marah. Norma budaya dapat mendukung individu untuk merespon asertif atau agresif.

(2) Teori belajar sosial (social learning theory) Perilaku kekerasan dapat dipelajari secara langsung maupun melalui proses sosialisasi.

d) Faktor Presipitasi

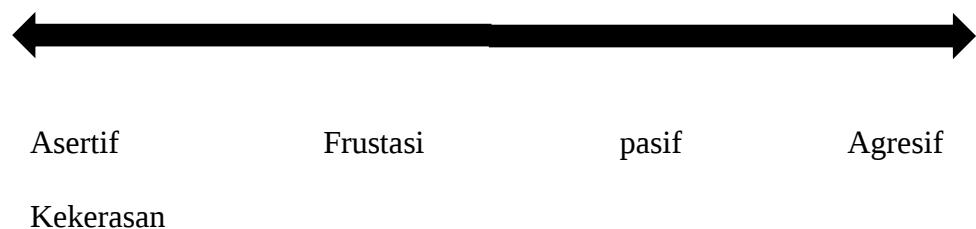
Faktor presipitasi ini berhubungan dengan pengaruh stressor yang mencetuskan perilaku kekerasan bagi setiap individu. Stresor dapat disebabkan dari luar maupun dari dalam. Stresor dari luar dapat berupa serangan fisik, kehilangan, kematian dan lain-lain.

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

3) Rentang Respon

Rentang respon perilaku kekerasan menurut Azizah,dkk (2016) dimulai dari rentang respon normal (adaptif) sampai pada respon yang tidak normal (maladaptif).

Gambar 2.3 Rentang Respon Resiko perilaku Kekerasan



Keterangan :

- a. Asertif: Individu dapat mengungkapkan marah tanpa menyalahkan orang lain dan memberikan orang lain ketenangan
- b. Frustrasi: Individu gagal mencapai tujuan, kepuasan saat marah dan tidak dapat menemukan alternative.
- c. Pasif: Perilaku dimana seseorang tidak mampu mengungkapkan perasaan sebagai suatu usaha dalam mempertahankan haknya.
- d. Agresif Memperlihatkan permusuhan, keras, dan menuntut, mendekati orang lain dengan ancaman memberi kata-kata ancaman tanpa niat melukai orang lain.
- e. Kekerasan: Menyentuh orang lain secara menakutkan, memberi kata-kata ancaman, melukai pada tingkat ringan dan yang paling

berat adalah melukai/merusak secara serius. Klien tidak dapat mengendalikan / hilang kontrol.

4) Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala menurut Azizah (2016) adalah sebagai berikut:

a) Fisik

Muka merah dan tegang, mata melotot/ pandangan tajam, tangan mengepal, rahang mengatup, wajah memerah dan tegang, postur tubuh kaku, pandangan tajam, mengatup rahang dengan kuat, mengepal tangan dan jalan mondar mandir.

b) Verbal

Bicara kasar, suara tinggi, membentak/berteriak, mengancam secara verbal atau fisik, mengumpat dengan kata kotor, suara keras dan ketus

c) Perilaku

Melempar atau memukul benda/orang lain, merusak lingkungan dan amuk/agresif

d) Emosi

Tidak adekuat, tidak aman, rasa terganggu, dendam jengkel, tidak berdaya, bermusuhan, mengamuk, ingin berkelahi, menyalahkan dan juga menuntut

e) Intelektual

Mendominasi, cerewat, kasar, berdebat, meremehkan dan juga sarkasme

f) Spiritual

Merasa dirinya berkuasa, merasa dirinya benar, mengkritik pendapat orang lain, menyinggung perasaan orang lain, tidak peduli dan juga kasar

g) Social

Menarik diri, pengasingan, penolakan, kekerasan, ejekan dan sindiran

h) Perhatian

Perhatian bolos, mencuri, melarikan diri dan penyimpangan seksual.

5) Mekanisme koping

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

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

6) Penatalaksanaan

Penatalaksanaan medis pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan yaitu:

a) Farmakologi

Pasien dengan ekspresi marah perlu perawatan dan pengobatan mempunyai dosis efektif tinggi, contohnya: clorpromazine HCL yang berguna untuk mengendalikan psikomotornya.

(1) Terapi okupasi:

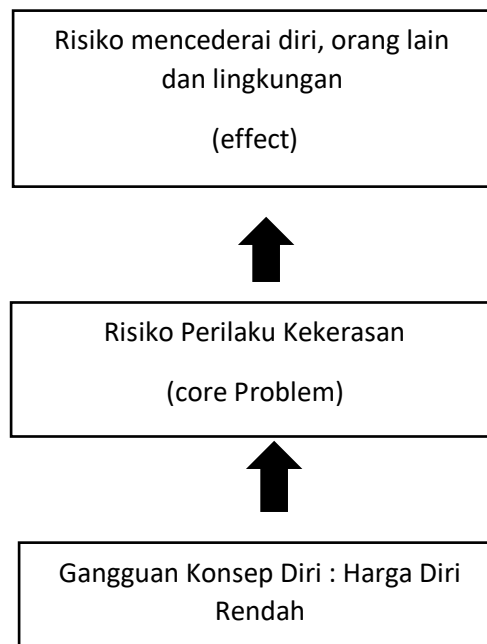
Terapi ini sering diterjemahkan dengan terapi kerja. Terapi ini bukan pemberian pekerjaan atau kegiatan itu sebagai media untuk melakukan kegiatan dan mengembalikan kemampuan berkomunikasi, karena itu dalam terapi ini tidak harus diberikan pekerjaan tetapi segala bentuk kegiatan seperti membaca koran, main catur dapat pula dijadikan media yang penting setelah mereka melakukan kegiatan itu diajak berdialog atau berdiskusi tentang pengalaman.

(2) Peran serta keluarga

Keluarga merupakan sistem pendukung utama yang memberikan perawatan langsung pada setiap keadaan (sehat sakit) pasien. Perawat membantu keluarga agar dapat melakukan lima tugas kesehatan, yaitu mengenal masalah kesehatan, membuat keputusan tindakan kesehatan, memberi perawatan pada anggota keluarga, menciptakan lingkungan keluarga yang sehat, dan menggunakan sumber yang ada pada masyarakat.

7) Pohon Masalah

Gambar 2.4
Pohon Masalah Risiko Perilaku Kekerasan



C. Defisit Perawatan Diri

1) Definisi

Defisit Perawatan Diri adalah perilaku tidak mampu melakukan aktivitas perawatan diri. (PPNI, 2016). Defisit Perawatan Diri artinya suatu keadaan seorang mengalami kelainan dalam kemampuan buat melakukan atau menuntaskan aktivitas kehidupan sehari-hari secara berdikari. tidak terdapat hasrat untuk mandi secara teratur, menyisir rambut, pakaiannya kotor, bau badan, bau napas, serta penampilan tidak rapi (adat, 2018)

Defisit Perawatan Diri adalah galat satu persoalan yg timbul pada pasien gangguan jiwa. Pasien gangguan jiwa kronis tak jarang mengalami ketidakpedulian merawat diri. Keadaan ini merupakan tanda-tanda gejala

sikap negatif serta menyebabkan pasien dikucilkan baik pada keluarga juga rakyat (norma, 2018)

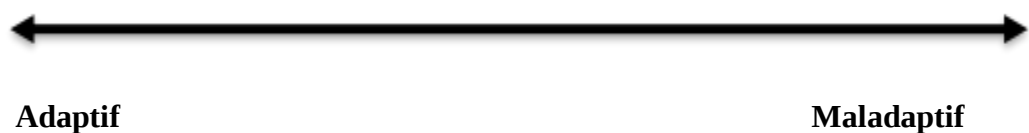
Herdman (2012) mendefinisikan Defisit Perawatan Diri ialah gangguan di pada melakukan aktifitas perawatan diri (kebersihan diri, berhias, makan, toileting) sedangkan perawatan diri artinya salah satu kemampuan dasar manusia buat memenuhi kebutuhan guna mempertahankan kehidupan, Kesehatan dan kesejahteraan sinkron dengan kondisi Kesehatan (Erita, 2019) .

Berasal beberapa pengertian di atas bisa disimpulkan bahwa Defisit Perawatan Diri adalah penurunan kemampuan, impian, dan kepekaan seorang buat melakukan perawatan diri, hal tadi ialah galat satu duduk perkara yg umumnya timbul pada Orang menggunakan Gangguan Jiwa Kronis.

2) Rentang Respon Defisit Perawatan Diri

Gambar 2.5

Rentan Respon Defisit Perawatan Diri



Keterangan :

Pola perawatan diri seimbang : ketika klien menerima stressor dan bisa buat berperilaku adaptif, maka pola perawatan yang dilakukan klien seimbang, klien masih melakukan perawatan diri

Kadang perawatan diri/kadang tidak: saat klien mendapatkan stressor kadang-kadang klien tidak memperhatikan perawatan dirinya tidak melakukan

perawatan diri: klien tidak peduli serta tidak bisa melakukan perawatan diri waktu stressor akut (dermawan, 2013) pada (Saputra, 2017).

3) Etiologi

a) Factor Predisposisi

(1) Biologis, acapkali deficit perawatan diri disebabkan sebab adanya penyakit fisik dan mental yg menyebabkan pasien tidak bisa melakukan perawatan diri serta adanya factor herediter yaitu adanya anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.

(2) Psikologis, factor perkembangan memegang peranan yg tidak kalah krusial dikarenakan famili terlalu seringkali melindungi dan memanjakan individu sebagai akibatnya perkembangan inisiatif terganggu. Pasien gangguan jiwa mengalami deficit perawatan diri dikarenakan kemampuan realitas yang kurang sebagai akibatnya menyebabkan pasien tidak peduli terhadap diri dan lingkungannya termasuk perawatan diri.

(3) Sosial, kurangnya dukungan social berasal lingkungan mengakibatkan penurunan kemampuan pada perawatan diri

b) Faktor Presipitasi

Penurunan motivasi, keusakan kognitif atau persepsi, cemas, Lelah, lemah yang dialami individu sehingga mengakibatkan individu kurang bisa melakukan perawatan diri.

4) Pohon masalah

Gambar 2.6 Pohon Masalah Defisit Perawatan Diri



(Astuti,2019) dalam (Cintianova, 2022)

5) Tanda Serta Tanda-Tanda-Tanda Gejala

a) Data subjektif

- (1) Malas mandi
- (2) Tidak mau menyisir rambut
- (3) Tidak mau menggosok gigi
- (4) Tidak mau memotong kuku
- (5) Tidak mau berhias/berdandan
- (6) Tidak mampu/tidak mau menggunakan indera mandi/kebersihan diri
- (7) Tidak menggunakan indera makan dan minum saat makan serta minum
- (8) .BAB serta BAK asal-asalan
- (9) Tidak membersihkan diri serta daerah BAB dan BAK setelah BAB dan BAK
- (10) Tidak mengetahui cara perawatan diri

b) Data Objektif

- (1) Badan bau, kotor, berdaki, rambut kotor, gigi kotor, kuku panjang
- (2) Tidak menggunakan alat-inaera mandi pada waktu mandi dan
tidak mandi menggunakan benar
- (3) Rambut kusut, berantakan, kumis serta jenggot tidak rapih, dan
tidak bisa berdandan
- (4) Sandang tidak rapih, tidak bisa memilik, merogoh, menggunakan,
mengencangkan serta memindahkan pakaian, tidak menggunakan
sepatu, tidak mengkancingkan baju dan celana
- (5) Menggunakan barang-barang yang tidak perlu pada pakaian,
misalnya memakai pakaian berlapis-lapis, memakai pakaian yang
tidak sesuai. Melepas barang-barang yang peril pada berpakaian,
contohnya telanjang
- (6) Makan serta minum sembarangan dan berceceran, tak memakai
inaera makan, tidak bisa menyiapkan kuliner, memindahkan
makanan ke alat makan dari panci ke piring atau mangkok, tidak
bisa memakai sendok dan tidak mengetahui fungsi indera-alat
makan
- (7) BAB serta BAK tidak di tempatnya, tidak membersihkan diri
setelah BAB dan BAK, tidak mampu menjaga kebersihan toilet
dan menyiram toilet sesudah BAB atau BAK (PPNI, 2016)

B. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan catatan hasil pengkajian yang dilaksanakan untuk mengumpulkan informasi dari pasien, membuat data dasar tentang klien dan membuat catatan tentang respons kesehatan pasien. Dengan demikian hasil pengkajian dapat mendukung untuk mengidentifikasi masalah kesehatan pasien dengan baik dan tepat. Dikenal dua jenis data pada pengkajian yaitu data objektif dan subjektif (Yustiana & Ghotur, 2016)

- a. Identitas klien meliputi: nama, usia, jenis kelamin, agama, pendidikan, tanggal masuk, tanggal pengkajian, nomor rekam medis dan alamat.
- b. Identitas penanggung jawab meliputi: nama, usia jenis kelamin, agama, pendidikan, alamat dan hubungan dengan klien.
- c. Alasan masuk: mengkaji apa yang menyebabkan klien datang ke fasilitas kesehatan, apa yang sebelumnya sudah dilakukan sebelum ke fasilitas kesehatan dan bagaimana hasilnya.
- d. Faktor predisposisi: Kaji apakah sebelumnya klien pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu, bagaiman riwayat pengobatan apakah berhasil atau tidak.
- e. Riwayat peristiwa: kaji apakah klien di masa lalu pernah mengalami aniaya fisik, aniaya seksual, penolakan, kekerasan dalam keluarga dan tindakan kriminal, sebagai pelaku, korban atau saksi dan sertakan pada usia berapa klien mengalami hal tersebut.
- f. Riwayat keluarga: kaji apakah di keluarga klien ada juga yang memiliki riwayat gangguan jiwa, apabila tanyakan bagaimana hubungan klien

dengan orang tersebut, bagaimana gejalanya dan bagaimana riwayat pengobatannya.

- g. Pengalaman yang tidak menyenangkan: kaji apakah klien pernah mengalami pengalaman yang tidak menyenangkan seperti kehilangan, perpisahan, kematian atau trauma.
 - h. Pemeriksaan fisik : kaji fisik klien dengan cara mengobservasi tanda-tanda vital, menimbang berat badan, dan tanyakan apakah klien ada keluhan fisik atau tidak
 - i. Psikososial
2. **Genogram:** kaji tentang keturunan klien minimal 3 generasi yang dapat menggambarkan hubungan klien dengan keluarga, masalah yang terkait dengan komunikasi, pengambilan keputusan dan pola asuh.
- 1) Konsep diri
 - a. Citra tubuh: tanyakan persepsi klien terhadap tubuhnya, bagian tubuh mana yang disukai dan tidak disukai
 - b. Identitas diri: tanyakan kepada klien tentang posisi klien sebelum dirawat, kepuasan klien terhadap status dan posisinya (di sekolah, tempat kerja, kelompok), kepuasan klien sebagai laki-laki atau perempuan
 - c. Peran: Tanyakan kepada klien bagaimana tugas atau peran yang diemban dalam keluarga atau kelompok atau masyarakat, dan kemampuan klien dalam melaksanakan tugas tersebut.
 - d. Ideal diri: Tanyakan kepada klien tentang harapan terhadap tubuh posisi peran, harapan klien terhadap lingkungan (keluarga, sekolah, tempat kerja, masyarakat), harapan klien terhadap penyakit.

- e. Harga diri: Tanyakan kepada klien tentang hubungan klien dengan orang lain, penilaian atau penghargaan orang lain terhadap diri dan kehidupannya.

2) Hubungan sosial

- a. Orang yang berarti: tanyakan kepada klien siapa orang terdekat dalam kehidupannya tempat mengadu, tempat bicara, minta bantuan atau sokongan.
- b. Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat: Tanyakan kepada klien kelompok apa saja yang diikuti dalam masyarakat.
- c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain : Tanyakan kepada klien sejauh mana terlibat dalam kelompok masyarakat.

3) Spiritual dan kultural :

- a. Nilai dan keyakinan : tanyakan kepada klien bagaimana pandangan dan keyakinan, terhadap gangguan jiwa sesuai dengan norma dan budaya dan agama yang dianut, pandangan masyarakat setempat tentang gangguan jiwa.
- b. Kegiatan ibadah : Tanyakan kepada klien kegiatan ibadah di rumah secara individu dan kelompok, pendapat klien atau keluarga tentang kegiatan ibadah.

4) Statusmental

- a. Penampilan

Kaji penampilan klien dengan mengobservasi apakah penampilannya rapi, Penggunaan pakaian sesuai atau tidak, cara berpakaian sesuai atau tidak.

b. Pembicaraan

Amati pembicaraan yang ditemukan pada klien apakah cepat, keras, gagap, membisu, apatis atau lambat.

c. Aktivitas motoric

Observasi aktivitas yang ditunjukkan oleh klien seperti lesu, agitasi, TIK, grimase, tremor, kompulsif, dll.

d. Alam perasaan

Observasi bagaimana alam perasaan klien seperti sedih, putus asa, ketakutan, khawatir, dll.

e. Afek

Observasi bagaimana perasaan emosi yang ditunjukkan klien apakah dangkal/datar, tumpul, labil, tidak sesai, dll.

f. Interaksi selama wawancara

Observasi bagaimana interaksi klien saat dilakukan wawancara apakah klien kooperatif, bermusuhan, kontak mata kurang, defensif, curiga, dll.

g. Persepsi

Observasi bagaimana persepsi klien, apakah terdapat halusinasi atau tidak, jika ya maka jelaskan isi halusinasi, frekuensi, gejala yang tampak pada saat klien halusinasi.

h. Proses pikir

Observasi bagaimana proses pikir klien saat diwawancara apakah sirkumtansial, tangensial, kehilangan asosiasi, flight of ideas, blocking, perseverasi, dll.

i. Isi pikir

Observasi bagaimana isi pikir klien pada saat diwawancara apakah obsesi, phobia, hipokondria, depersonalisasi, ide terkait, pikiran magis dll.

j. Tingkat kesadaran

Observasi bagaimana tingkat kesadaran klien pada saat diwawancara apakah bingung, sedaso, stupor dll.

k. Memori

Observasi pada saat diwawancara apakah klien dapat mengingat kejadian yang lebih satu bulan, minggu terakhir, atau klien tidak bisa sama sekali mengingat kejadian yang baru saja terjadi

l. Tingkat konsentrasi dan berhitung

Observasi pada saat wawancara apakah klien mudah teralihkan, tidak mampu berkonsentrasi, tidak mampu berhitung, dll.

m. Kemampuan penilaian

Pada pengkajian ini klien diberi kesempatan untuk mengambil keputusan sederhana seperti disuruh untuk memilih mandi dulu atau makan dulu

n. Daya tilik diri / insight :

Observasi pada saat diwawancara bagaimana tanggapan klien terhadap penyakitnya apakah mengingkari, menyalahkan hal-hal diluar dirinya, dll.

5) Kebutuhan persiapan pulang

a. Makan.

Observasi dan tanyakan tentang frekuensi, jumlah, variasi, macam (suka/tidak suka /pantang) dan cara makan. Observasi kemampuan klien dalam menyiapkan dan membersihkan alat makan.

b. BAK / BAK

Observasi kemampuan klien untuk BAB/BAK, pergi menggunakan dan membersihkan WC, membersihkan diri dan merapihkan pakaian.

c. Mandi.

Observasi dan tanyakan tentang frekuensi, cara mandi, menyikat gigi, cuci rambut, gunting kuku, cukur, (kumis, jenggot dan rambut)

d. Berpakaian

Observasi kemampuan klien mengambil memilih dan mengenakan pakaian. Observasi penampilan dandanan klien. Tanyakan dan observasi frekuensi ganti pakaian. Nilai kemampuan yang harus dimiliki klien seperti mengambil, memilih dan mengenakan pakaian

e. Istirahat dan tidur

Observasi dan tanyakan tentang lama dan waktu tidur siang dan malam, persiapan sebelum tidur, aktivitas sesudah tidur.

6) Penggunaan Obat

Observasi dan tanyakan kepada klien dan keluarga tentang penggunaan obat, frekuensi, jenis, dosis, waktu dan cara pemberian.

7) Pemeliharaan kesehatan

Tanyakan kepada klien dan keluarga tentang apa, bagaimana, kapan dan kemana perawatan lanjut. Siapa saja sistem pendukung yang dimiliki

8) Aktivitas dalam rumah

Tanyakan kemampuan klien seperti merencanakan, mengolah, dan menyajikan makanan. Merapikan rumah. Mencuci pakaian sendiri. Mengatur kebutuhan biaya sehari-hari.

9) Aktivitas di luar rumah

Tanyakan kemampuan klien seperti belanja untuk keperluan sehari-hari. Dalam melakukan perjalanan mandiri dengan berjalan kaki, menggunakan kendaraan pribadi, kendaraan umum.

10) Mekanisme koping

Kaji mekanisme koping yang digunakan klien apakah adaptif seperti bicara dengan orang lain, mampu menyelesaikan masalah, olahraga dll. atau maladaptif seperti minum alkohol, reaksi labat atau berlebihan, bekerja berlebihan, menguindar, mencederai diri dll.

11) Masalah psikososial dan lingkungan

Kaji apakah klien memiliki masalah psikososial dan lingkungan seperti masalah dengan dukungan kelompok; lingkungan, pendidikan, pekerjaan, perumahan, ekonomi, pelayanan kesehatan dll.

12) Pengetahuan kurang tentang

Kaji apakah klien tau tentang penyakit jiwa, sistem pendukung, faktor presipitasi, penyakit fisik dll.

3. Analisa Data

Dalam melakukan pengkajian diperlukan keahlian-keahlian seperti wawancara, pemeriksaan fisik, dan observasi. Hasil pengumpulan data kemudian diklasifikasikan dalam data subjektif dan objektif. Berikut adalah Analisa data menurut Standar Asuhan Keperawatan (FIK UI, 2016):

a. Halusinasi

Data subjektif :

- Mendengarkan suara-suara atau kegaduhan
- Mendengarkan suara yang mengajak berbicara
- Mendengar suara memerintah dan melakukan sesuatu yang berbahaya
- Melihat bayangan, sinar, bentuk geometris, bentuk kartun, melihat hantu
- Mencium bau-bauan seperti bau darah, urin, feses, kadang-kadang bau
- Merasakan rasa seperti darah, urin atau feses
- Merasa takut atau senang dengan halusinasinya

Data objektif :

- Bicara atau tertawa sendiri
- Marah-marah tanpa sebab
- Memalingkan muka kearah telinga seperti mendengar sesuatu
- Menutup telinga
- Menunjuk-nunjuk ke arah tertentu
- Ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas
- Mencium sesuatu seperti sedang membau bau bauan tertentu
- Menutup hidung
- Sering meludah
- Muntah

b. Resiko Perilaku Kekerasan

Data subjektif :

- Mengekspresikan perasaan kesal
- Berkeinginan untuk melukai diri (diri sendiri/orang lain)
- Membentak dengan nada tinggi dan menyerang pribadi orang lain

Data objektif

- Mata melotot dan melihat dengan pandangan tajam/serius
- Tangan menggenggam dan rahang mengatup
- Ekspresi marah
- Bersifat agresif
- Memberikan ancaman dan berkata kotor serta mengumpat
- Bicara dengan nada tinggi
- Berkata kata kasar
- Melukai diri sendiri atau orang lain, dan merusak fasilitas

c. Defisit Perawatan Diri

Data subjektif :

- Malas mandi
- Tidak mau menyisir rambut
- Tidak mau menggosok gigi
- Tidak mau memotong kuku
- Tidak mau berhias/berdandan
- Tidak mampu/tidak mau menggunakan indera mandi/kebersihan diri
- Tidak menggunakan indera makan dan minum
- BAB serta BAK asal-asalan
- Tidak membersihkan diri serta daerah BAB dan BAK setelah BAB

Data objektif :

- Badan bau/kotor
- Gigi kotor
- Rambut kotor
- Kuku panjang
- Rambut kusut/berantakan

4. Diagnosa Keperawatan

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

Diagnosa keperawatan halusinasi penglihatan menurut (Damaiyanti & Iskandar, 2014) meliputi sebagai berikut :

- a. Gangguan persepsi sensori: Halusinasi
- b. Resiko perilaku kekerasan
- c. Defisit Perawatan Diri

5. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah suatu rangkaian sebuah kegiatan sebagai penentuan langkah-langkah pemecahan masalah dan prioritas, perumusan tujuan, rencana tindakan dan penilaian asuhan keperawatan pada klien berdasarkan analisa data dan diagnosa keperawatan (Dinarti dan Mulyanti 2017). Intervensi keperawatan pada klien dengan gangguan halusinasi, Harga Diri Rendah, dan Defisit Perawatan Diri berdasarkan strategi pelaksanaan menurut Damayanti dan Iskandar (2016) yaitu sebagai berikut:

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Perencanaan		Rasional
			Kriteria Hasil	Intervensi	
1	Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Penglihatan	TUM : Klien dapat mengontrol halusinasinya TUK 1 : Klien dapat membina hubungan saling percaya	Setelah 1 x Pertemuan diharapkan klien dapat membina hubungan saling percaya dengan kriteria : 1. Ekspresi wajah bersahabat 2. Menunjukkan rasa senang 3. Ada kontak mata 4. Mau berjabat tangan 5. Mau menyebutkan nama 6. Mau menjawab salam 7. Klien mampu duduk berdampingan dengan perawat 8. Mau mengutarakan masalah dihadapi	Bina hubungan saling percaya dengan mengungkapkan prinsip komunikasi terapeutik : a. Sapa klien dengan ramah b. Perkenalkan diri dengan sopan c. Tanyakan nama lengkap klien dan nama panggilan yang disukai klien d. Jelaskan tujuan pertemuan e. Jujur dan menepati janji f. Tunjukkan sikap empati dan menerima klien apa adanya g. Beri perhatian klien dan perhatikan kebutuhan dasar klien	Hubungan saling percaya merupakan dasar untuk memperlancar interaksi yang selanjutnya akan dilakukan.

		TUK 2 : Klien dapat mengenali halusinasi yang dialaminya TUK 3 : Klien dapat mengontrol halusinasinya	Setelah dilakukan 2x pertemuan diharapkan pasien dapat menyetkan: 1. Isi, waktu, frekuensi, situasi pencetus, perasaan saat terjadi halusinasi. 2. Mampu memperagakan cara mengontrol halusinasi dengan menghardik	Sp 1 1. Bantu pasien mengenal halusinasinya a. Isi halusinasi b. Waktu terjadinya c. Frekuensi d. Situasi pencetus e. Perasaan saat terjadi halusinasi 2. Latih cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik. Tahdapan tindakan meliputi : a. Jelaskan cara menghardik b. Peragakan cara menghardik c. Minta pasien memperagakan ulang d. Pantau penerapan cara ini, beri penguatan perilaku pasien e. Masukan dalam jadwal kegiatan pasien	Dengan cara klien mengenali halusinasi yang dialaminya membuat klien merasa lebih paham terhadap penyakitnya yang dapat mempermudah tindakan keperawatan yang akan dilakukan kepada pasien oleh perawat Memberikan cara alternative lain yang dapat klien lakukan saat halusinasinya muncul.

			Setelah dilakukan 3x pertemuan diharapkan klien mampu : 1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan 2. Memperagakan cara bercakap-cakap dengan orang lain	SP 2 1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1) 2. Latih berbicara atau bercakap dengan orang lain saat halusinasi muncul 3. Masukan dalam jadwal kegiatan pasien	Memberikan cara alternative lain yang dapat klien lakukan saat halusinasinya muncul.
			Setelah 4x pertemuan diharapkan pasien mampu: 1. Menyebutkan kegiatan yang udah dilakukan 2. Membuat jadwal kegiatan sehari-hari dan mampu memperagakannya	SP 3 1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP.1 dan SP.2) 2. Latih kegiatan agar halusinasinya tidak muncul 3. Susun jadwal aktivitas dengan aktivitas yang telah dilatih (dari bangun pagi sampai tidur malam) 4. Pantau pelaksanaan jadwal kegiatan, berikan penguatan pasien yang positif	Memberikan cara alternative lain yang dapat klien lakukan saat halusinasinya muncul.

			Setelah 5x pertemuan diharapkan pasien mampu: 1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan 2. Menyebutkan manfaat dari program pengobatan	SP 4 1. Evaluasi kegiatan yang lalu 2. Tanyakan program pengobatan 3. Jelaskan pentingnya penggunaan obat pada gangguan jiwa 4. Jelaskan apabila tidak menggunakan sesuai program 5. Jelaskan akibat putus obat 6. Jelaskan cara mendapatkan obat/ berobat 7. Latih pasien dalam minum obat 8. Masukkan dalam jadwal harian pasien	Agar klien melaksanakan pengobatan sesuai program dan berjalan sesuai rencana
--	--	--	---	--	--

2	Resiko perilaku kekerasan	TUM: Klien dan keluarga mampu mengatasi atau mengendalikan resiko perilaku kekerasan TUK 1 : Pasien dapat membina hubungan saling percaya	Setelah dilakukan 1x diharapkan klien dapat membina hubungan saling percaya dengan kriteria: 1. Klien mau membalas salam 2. Klien mau menjabat tangan 3. Klien mau menyebutkan nama 4. Klien mau tersenyum 5. Klien mau kontak mata 6. Klien mengetahui nama perawat 7. Menyediakan waktu untuk kontrak	Bina hubungan saling percaya dengan cara : 1. Beri salam atau nama klien 2. Sebutkan nama perawat sambil jabat tangan 3. Jelaskan maksud hubungan interaksi 4. Beri rasa aman dan sikap empati 5. Lakukan kontak singkat tapi sering	Hubungan saling percaya merupakan dasar untuk memperlancar interaksi yang selanjutnya akan dilakukan.
---	---------------------------	---	--	---	--

		TUK 2 : Mengidentifikasi penyebab dan tanda-tanda	Setelah dilakukan 2x pertemuan diharapkan klien mampu : 1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan 2. Memperagakan acra fisik 1 untuk mengontrol perilaku kekerasan	SP 2 1. Identifikasi penyebab, tanda dan gejala, serta akibat perilaku kekerasan 2. Latih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik 1 : Tarik napas dalam 3. Masukkan dalam jadwal harian pasien	Memberi kesempatan kepada klien untuk mengungkapkan perasaannya dan mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan Membantu klien menggunakan cara yang dapat dilakukan untuk mengatasi perilaku kekerasan
		TUK 3 : Klien dapat menyebutkan cara mengontrol perilaku kekerasan secara fisik, sosial verbal, spiritual, dan terapi psikofarmaka	Setelah dilakukan 3x pertemuan diharapkan klien mampu : 1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan 2. Memperagakan ara fisik 2 untuk mengontrol perilaku kekerasan	SP2 1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1) dan beri pujian 2. Latih cara fisik 2 : Pukul bantal/kasur 3. Masukkan dalam jadwal harian klien	Membantu klien memilih cara lain untuk mengatasi perilaku kekerasan.

			Setelah dilakukan 4x pertemuan diharapkan klien mampu : 1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan 2. Memperagakan cara sosial atau verbal untuk mengontrol perilaku kekerasan	SP 3 1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1 & 2) 2. Latih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara sosial verbal atau verbal : - Mengungkapkan marah dengan verbal - Menolak dengan baik - Meminta dengan baik 3. Masukkan dalam jadwal kegiatan pasien	Membantu klie memilih cara lain untuk mengatasi perilaku kekerasan
--	--	--	--	---	---

		TUK 4 : Klien dapat menyebutkan cara mengontrol RPK secara spiritual	Setelah dilakukan 5x pertemuan diharapkan klien mampu : 1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan 2. Memperagakan cara spiritual untuk mengontrol perilaku kekerasan	SP 4 1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1, 2, & 3) 2. Latih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual : berdoa dan sholat 3. Masukan dalam jadwal harian pasien	Membantu klien memilih cara untuk mengatasi perilaku kekerasan
--	--	--	---	--	---

3	Defisit Perawatan Diri	Klien mampu : 1. Melakukan kebersihan secara mandiri 2. Melakukan berhias/berdandan secara mandiri/baik	Setelah dilakukan 3x pertemuan klien mampu: 1. Melakukan kebersihan secara mandiri 2. Melakukan berhias/berdandan secara mandiri 3. Melakukan makan dengan baik	SP 1: 1. Latih klien cara-cara perawatan kebersihan diri a. Jelaskan pentingnya menjaga kebersihan diri	a. Klien mengetahui pentingnya menjaga kebersihan diri
---	------------------------	---	--	---	--

		3. Melakukan makan dengan baik 4. Melakukan BAB/BAK secara mandiri	4. Melakukan BAB/BAK dengan mandiri	b. Jelaskan alat-alat untuk menjaga kebersihan diri c. Jelaskan cara-cara melakukan kebersihan diri d. Latih klien mempraktikan cara menjaga kebersihan diri SP 2: 1. Latih klien berdandan a. Latih klien berpakaian b. Latih klien menyisir rambut c. Latih klien bercukur	b. Klien mengetahui alat untuk menjaga kebersihan diri c. Klien mengetahui cara melakukan kebersihan diri d. Klien mampu mempraktikan cara menjaga kebersihan diri a. Klien mengetahui cara berpakaian rapih dan bersih b. Klien mengetahui cara menyisir rambut yang baik c. Klien mengetahui cara bercukur
--	--	--	--	--	--

				SP 3 : 1. Latih klien makan secara mandiri a. Jelaskan cara mempersiapkan makan b. Jelaskan makan yang tertib c. Jelaskan cara merapihkan peralatan setelah makan d. Praktik makan sesuai dengan tahapan makan yang benar SP 4:	a. Klien mengetahui cara mempersiapkan makan b. Klien mengetahui cara makan yang tertib c. Klien mengetahui cara merapihkan peralatan makan d. Klien dapat mempraktikkan makan sesuai dengan tahapan makan yang baik.
--	--	--	--	---	--

				1. Ajarkan klien BAB/BAK secara mandiri a. Jelaskan tempat BAB/BAK yang sesuai b. Jelaskan cara membersihkan diri setelah BAB/BAK c. Jelaskan cara membersihkan tempat BAB/BAK	a. klien mengetahui tempat BAB/BAK yang sesuai b. klien mengetahui bagaimana cara membersihkan diri setelah BAB/BAK c. klien mengetahui cara membersihkan tempat BAB/BAK
--	--	--	--	---	--

6. Implementasi Keperawatan

Implementasi artinya tahapan saat perawatn mengaplikasikan ke dalam bentuk intevensi keperawatan guna membantu klien mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kemampuan yg harus dimiliki oleh perawat pada termin implementasi adalah kemampuan komunikasi yg efektif, kemampuan buat membangun saling percaya dan saling membantu, kemampuan melakukan Teknik psikomotor, kemampuan melakukan observasi sistematis, kemampuan menyampaikan Pendidikan Kesehatan, kemampuan advokasi serta kemampuan penilaian. (Anggit, 2021).

Dalam aplikasi implementasi keperawatan terdiri dari 3 jenis yaitu : independent implementations, interdeppenden/collaburatif dan dependent implementations (Dinarti; Mulyanti, 2017). Sebelum melaksanakan tindakan keperawatan yg telah direncanakan, perawqat perlu memvalidasi apakah planning tindakan keperawatan masih diharapkan dan sesuai dengan syarat pasien ketika ini. korelasi saling percaya antara perawatn menggunakan pasien ialah dasar utama pada pelaksanaan tindakan keperawatan.

7. Evaluasi Keperawatan

Mengukur apakah tujuan serta kriteria sudah tercapai. Perawat bisa mengobservasi perilaku pasien. evaluasi dapat dilakukan menggunakan menggunakan pendekatan SOAP menggunakan penerangan sebagai berikut

S : Respon subjektif pasien terhadap tindakan keperawatan yg diberikan. dapat diukur dengan menanyakan pertanyaan

sederhana terkait menggunakan tindakan keperawatan mirip
 “coba

bapak/mak sebutkan apa akibat dan dampak asal bapak/ibu
 menarik diri?”

O : Respon objektif berasal pasien terhadap tindakan keperawatan
 yang telah diberikan. Dapat diukur menggunakan
 pengamatan

sikap pasien di saat tindakan dilakukan.

A : Analisis yang atas data subjektif dan objektif buat
 menyimpulkan apakah problem masih tetap atau muncul
 masalah baru atau terdapat data yang kontraindikasi
 menggunakan problem yang terdapat. bisa pula membandingkan
 akibat menggunakan tujuan

P : Perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan yang akan terjadi
 Analisa di respon pasien yang terdiri berasal tindak lanjut pasien
 serta tindak lanjut perawat. (AA DENO, 2022)

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan kasus

1. Pengkajian

a. Identitas pasien

Nama : Tn.Y

Umur : 51 Tahun

Tanggal Lahir : Bandung, 19 Desember 1974

Jenis Kelamin : Laki-Laki

Agama : Islam

Pendidikan : Sarjana

Status Perkawinan : Belum Menikah

Pekerjaan : Tidak Bekerja

Alamat : Jl. Sindangsari barat no.36 Cimahi
Selatan

Tanggal masuk : 22-07-2017

Tanggal Pengkajian : 24-04-2025

No RM : 8340

Diagnosa Medis : Bipolar

b. Identitas penanggung jawab

Nama : Ny. R

Umur : 54 Tahun

Pendidikan : SMA

Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga

Jenis Kelamin : Perempuan

Hubungan Dengan Klien : Kakak

Alamat : Cimahi Selatan

c. Alasan masuk

Klien datang ke Klinik Yayasan Nur Ilahi Assani Garut diantar oleh keluarganya, klien dibawa akibat sering melamun dan bicara sendiri ketika di rumah. Pada saat dikaji tanggal 24 April 2025 Klien mengatakan sering melihat bayangan, isi bayangan klien yaitu melihat kinkong dan akan menyerang klien, dan klien merasa ketakutan dan gelisah karena bayangan tersebut. Bayangan tersebut muncul di waktu yang tidak tentu atau ketika klien sedang sendiri dan gejala muncul pada saat klien sedang banyak pikiran. Bayangan sering muncul ketika malam hari pada saat klien mau tidur.

d. Faktor Predisposisi

1) Riwayat Gangguan Jiwa Dahulu

Klien mengatakan pernah dirawat di rumah sakit jiwa Cisarua Bandung pada tahun 2016.

2) Pengobatan Sebelumnya

Klien mengatakan pengobatan sebelumnya kurang berhasil karena klien tidak patuh minum obat secara teratur

3) Trauma

Klien mengatakan tidak ada trauma.

4) Riwayat Penyakit Keluarga

Klien mengatakan bahwa dikeluarganya tidak ada yang memiliki gangguan jiwa seperti yang klien alami saat ini

5) Riwayat Pengalaman Masalah

Klien mengatakan mempunyai pengalaman yang tidak menyenangkan yaitu ketika orang tua nya meninggal dunia

e. Pemeriksaan Fisik

1) Tanda-Tanda Vital

TD : 120/80

N : 90 x/mnt

R : 20/mnt

2) Antropometri

BB : 55 kg

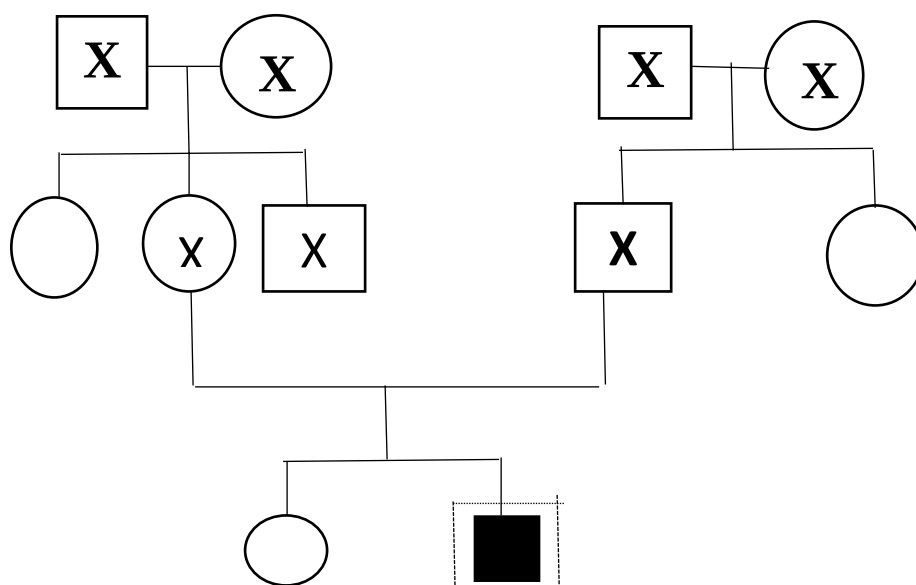
TB : 165 cm

3) Keadaan Umum : Baik, klien tidak memiliki keluhan fisik

Masalah Kperawatan : Perubahan persepsi sensori halusinasi penglihatan

f. Psikososial

1) Genogram



Keterangan :

 : Laki-laki

 : Perempuan

 : Pasien

X : Meninggal

..... : Tinggal serumah

Klien merupakan anak terakhir dari dua bersaudara di keluarga tersebut tidak ada yang mengidap gangguan jiwa selain klien, klien belum menikah, tinggal bersama kakaknnya klien sudah mengidap jiwa pada tahun 2017 dan masuk Rehabilitasi mental di Yayasan Nur Illahie Assanie Samarang Garut pada tahun 2017 dan klien sudah melakukan proses rehab selama 7 tahun.

2) Konsep Diri

a. Citra Tubuh

Klien menyukai seluruh bagian tubuhnya, tetapi klien lebih menyukai tangannya

b. Identitas Diri

Klien mengatakan dirinya adalah seorang laki-laki

c. Peran Diri

Klien mengatakan pernah bekerja menjadi dosen di Unpad, klien juga mengatakan berperan sebagai anak ke dua dari 2 bersaudara dan diakui oleh keluargannya.

d. Ideal Diri

Klien mengatakan ingin cepat sembuh dan ingin pulang kerumah dan berkumpul dengan keluarga. Klien juga mengatakan ingin dijenguk oleh keluarganya.

e. Harga Diri

Klien mengatakan tidak malu dengan kondisi sakit jiwannya.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah

3) Hubungan Sosial

a. Orang Terdekat

Klien mengatakan orang yang berarti di dalam hidupnya pada saat dirumah adalah keluarganya, selama di Yayasan Nur Illahi Assanie klien mengatakan paling dekat dengan Tn.Y

b. Peran serta dalam kegiatan

Klien mengatakan sebelum sakit sering ikut dalam kegiatan masyarakat seperti gotong royong dan lain-lain, dan ketika Yayasan Nur Illahi Assanie klien mengatakan suka ikut kegiatan seperti pengajian, main game dan lain-lain.

c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain

Semenjak klien sakit klien apabila diajak berbicara dengan orang lain sering ngawur.

4) Spiritual

a. Nilai dan keyakinan

Klien mengatakan bahwa dirinya beragama islam dan meyakini adanya Allah, serta menyadari sakit ini merupakan ujian dari Allah SWT.

b. Kegiatan ibadah

Klien mengatakan semenjak sakit jarang sholat 5 waktu karena malas dan semenjak sakit klien tidak pernah berdoa tetapi klien suka ikut serta pengajian di Yayasan Nur Illahi Assanie.

g. Status Mental

1. Penampilan

Klien berpakaian kurang rapih, penggunaan baju sesuai dengan aturan Yayasan Nur Illahi Assanie, tetapi klien mengatakan malas mandi, keramas dan menggosok gigi.

2. Pembicaraan

Suara klien cukup besar dan jelas, berkomunikasi dengan lancar, klien selalu menjawab pertanyaan, alur pembicaraan nyambung.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah

3. Aktivitas Motorik

Klien sering berjalan mondar mandir dan melamun. Klien mampu melakukan makan, mandi, naik turun tangga tanpa bantuan orang lain.

4. Alam Perasaan

Klien mengatakan sangat khawatir bila melihat bayangan-bayangan itu muncul sehingga membuat klien takut dan gelisah.

5. Afek

Afek sesuai, klien berekspresi dan kooperatif dalam berinteraksi.

6. Interaksi Selama Wawancara

Klien tampak tenang dan kooperatif, klien mau mendengarkan dan selalu menjawab pertanyaan dengan jelas yang ditanyakan oleh perawat atau mahasiswa.

7. Persepsi

Klien mengatakan sering melihat bayangan, isi bayangan klien yaitu melihat kinkong dan akan menyerang klien, dan klien merasa ketakutan dan gelisah karena bayangan tersebut. Bayangan tersebut muncul di waktu yang tidak tentu atau ketika klien sedang sendiri dan gejala muncul pada saat klien sedang banyak pikiran. Bayangan sering muncul ketika malam hari pada saat klien mau tidur.

Masalah Kperawatan: Gangguan persepsi sensori halusinasi penglihatan

8. Proses Pikir

Saat berkomunikasi pembicaraan klien tidak berbelit-belit dan selalu sampai pada pembicaraan.

9. Isi Pikir

Tidak ada gangguan isi pikir.

10. Tingkat Kesadaran

Kesadaran klien composmentis

11. Memori

Klien mampu mengingat, berhitung dengan baik seperti mengingat setiap kejadian dimasa lalunya.

12. Tingkat Konsentrasi

Tingkat konsentrasi klien baik, mampu berhitung tanpa bantuan orang lain dan menjumlahkan bilangan yang diberikan dengan benar.

13. Kemampuan Penilaian

Klien dapat mengambil keputusan sederhana dengan bantuan dimana saat diajukan pilihan berbincang diteras atau dikursi klien dapat memutuskan berbincang dikursi.

14. Daya Tarik Diri/ Insight

Klien menyadari dirinya sakit jiwa, klien juga mengatakan alasannya dibawa ke klinik karena dirinya kambuh lagi akibat obat tidak terkontrol.

h. Aktivitas sehari-hari

1. Makan

Baik, klien makan 3x sehari sesuai yang dijadwalkan dengan nasi lauk pauk serta cemilan lainnya.

2. Bab / Bak

Baik, klien mampu mengontrol bab dan bak sendiri tanpa bantuan orang lain dan dapat menggunakan wc sebagai tempat bab/bak.

3. Mandi

Baik, klien mandi 1x sehari secara mandiri, atau ketika mau saja. Dan klien mengatakan jarang mencuci rambut (keramas), gosok gigi bila ingat, mampu menjaga kebersihan kuku.

Masalah Keperawatan: Defisit Perawatan Diri

4. Berpakaian/ Berhias

Klien berpakaian secara mandiri dan sesuai dengan yang ditetapkan ruangan

5. Istirahat Tidur

Klien mengatakan tidur siang dari pukul 13:00-14:00 dan tidur malam jam 21:00-05:00, tapi klien mengatakan sering terbangun ketika malam hari.

6. Penggunaan Obat

Klien mampu meminum obat secara mandiri dan diawasi oleh perawat.

7. Pemeliharaan Kesehatan

Klien mengatakan jika sembuh nanti akan menuruti anjuran dokter untuk minum obat secara teratur.

8. Aktivitas Dirumah

Klien mengatakan sering membantu pekerjaan rumah.

i. Mekanisme Koping

1. Masalah Dengan Dukungan Kelompok

Klien mengatakan ketika di Yayasan Nur Illahi tidak ada masalah

2. Masalah Dengan Lingkungan

Klien mengatakan selama di Yayasan Nur Illahi tidak ada masalah dengan lingkungan

3. Masalah Kesehatan

Klien mengatakan ketika dirumah dekat dengan pelayanan kesehatan.

4. Masalah Dengan Pekerjaan

Klien mengatakan tidak ada masalah dengan pekerjaan karena sebelum sakit klien bekerja di Unpad sebagai dosen

5. Masalah Dengan Ekonomi

Klien mengatakan berkecukupan.

j. Aspek Medik

Tabel 3.1 Terapi Medik

No	Nama Obat	Dosis	Kegunaan
1	Stelosi	2x2 mg	Untuk mengendalikan gejala bipolar dan skizofrenia
2	Heximer	2x2 mg	Sebagai Penyeimbang untuk menghindari efek samping
3	Frimania	2x200 mg	Untuk mengatasi gangguan bipolar

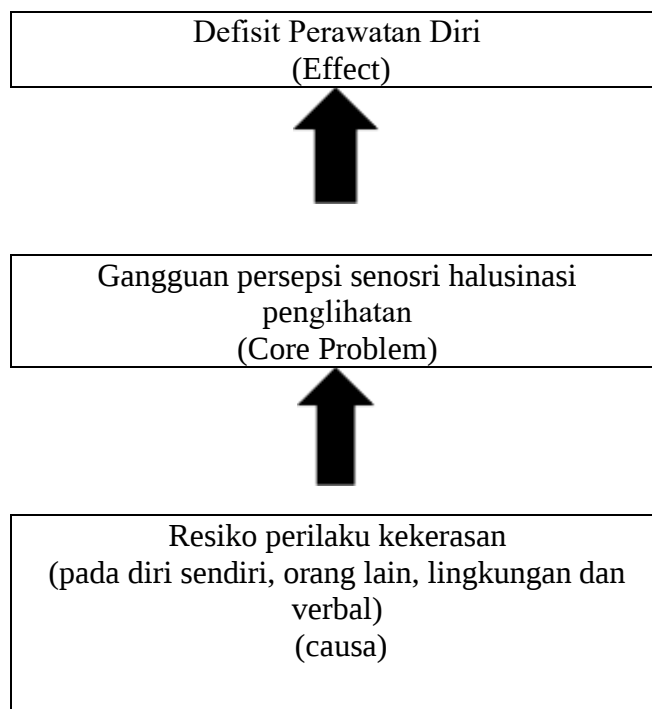
2. Analisa Data

Tabel 3.2 Analisa Data

No	Data	Masalah
1	2	3
	DS: Klien mengatakan sering melihat bayangan, isi bayangan klien yaitu melihat kinkong dan akan menyerang klien, dan klien merasa ketakutan dan gelisah karena bayangan tersebut. Bayangan tersebut muncul di waktu yang tidak tentu atau ketika klien sedang sendiri dan gejala muncul pada saat klien sedang banyak pikiran. Bayangan sering muncul ketika malam hari pada saat klien mau tidur. DO: 1) Klien sering mondar-mandir 2) Klien tampak sering melamun 3) klien terkadang melihat kesatu arah 4) klien tampak waspada pada keadaan sekitar	Gangguan persepsi sensori penglihatan
	DS: 1) klien mengatakan malas mandi 2) klien mengatakan jarang mencuci rambut (keramas), gosok gigi bila ingat DO: 1) gigi tampak kuning, lengkap 2) rambut lepek beruban 3) mandi 1x/hari 4) konjungtiva merah muda 5) sklera putih	Defisit Perawatan Diri

3. Pohon Masalah

Gambar 3.1 Pohon Masalah Halusinasi



4. Diagnosa Keperawatan

- a. Gangguan persepsi sensori: Halusinasi Penglihatan
- b. Defisit Perawatan Diri

5. Intervensi Keperawatan

Nama : Tn.Y

No. Rm :8340

Umur : 51 Tahun

Klinik : Nur Illahie Assanie Samarang

Jenis Kelamin : Laki-Laki

Tabel 3. 1 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan Tujuan		Intervensi	Rasional
		Tujuan	Kriteria Evaluasi		
1	Gangguan persepsi sensori: halusinasi penglihatan	TUM: Klien dapat mengontrol halusinasinya TUK 1: Klien dapat membina hubungan saling percaya TUK 2: Klien dapat mengontrol halusinasinya TUK 3: Klien dapat mengontrol halusinasinya	Setelah 1 kali pertemuan diharapkan klien dapat membina hubungan saling percaya dengan kriteria hasil: 1) Ekspresi wajah bersahabat 2) Menunjukkan rasa senang 3) Ada kontak mata 4) Mau berjabat tangan 5) Mau menyebutkan nama 6) Mau menjawab salam 7) Klien mampu duduk berdampingan dengan perawat 8) Mau mengutarakan masalah yang dihadapi	Bina hubungan saling percaya dengan mengungkapkan oprinsip komunikasi terapeutik: 1) Sapa klien dengan ramah, baik verbal maupun non verbal 2) Perkenalkan diri dengan sopan 3) Tanyakan nama lengkap klien dan nama panggilan yang klien sukai 4) Jelaskan tujuan pertemuan 5) Jujur dan menepati janji 6) Tunjukkan sikap empati dan menerima klien apa adanya 7) Beri perhatian klien dan perhatikan kebutuhan dasar klien	Hubungan saling percaya merupakan dasar untuk kelancaran hubungan interaksi selanjutnya.
			Setelah dilakukan 2 kali pertemuan diharapkan klien dapat menyebutkan: 1) Isi waktu, frekuensi, situasi pencetus perasaan saat terjadi halusinasi 2) Mampu memperagakan cara mengontrol halusinasi dengan	SP 1 1) Bantu klien mengenal halusinanya: a. Isi halusinasi b. Waktu terjadi halusinasi c. Frekuensi terjadi halusinasi d. Situasi pencetus halusinasi	1) Dengan cara klien mengenali halusinasi yang dialaminya membuat klien merasa lebih paham terhadap penyakitnya yang dapat mempermudah tindakan keperawatan yang akan

			menghardik halusinasinya	e. Perasaan saat terjadi halusinasi f. Apa yang dilakukan klien pada saat halusinasi terjadi 2) Latih cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik. Tahapan tindakan meliputi: a. Jelaskan cara menghardik halusinasi b. Peragakan cara menghardik halusinas c. Minta bantuan klien memperagakan ulang cara menghardik halusinasi d. Pantau penerapan cara menghardik halusinasi dan beri penguatan perilaku kepada klien 3) Memasukkan dalam jadwal kegiatan pasien	dilakukan kepada klien oleh perawat 2) Memberikan cara alternatif lain yang dapat klien lakukan saat halusinansinya muncul
			Setelah dilakukan 3 kali pertemuan diharapkan klien mampu: 1) Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan 2) Memperagakan cara bercakap-cakap dengan orang lain	SP 2: 1) Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1) 2) Latih berbicara atau bercakap dengan orang lain saat halusinasi muncul 3) Masukkan dalam jadwal kegiatan klien	Memberikan cara alternatif lain yang dapat klien lakukan saat halusinasinya muncul
			Setelah 4 kali pertemuan diharapkan klien mampu: 1) Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan 2) Membuat jadwal kegiatan sehari-hari	SP3: 1) Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1 dan SP 2) 2) Latih kegiatan agar halusinasinya tidak muncul 3) Susun jadwal aktivitas sehari-hari	Memberikan cara alternatif lain yang dapat klien lakukan saat halusinasinya muncul

			hari dan mampu memperagakannya	sesuai dengan aktivitas yang telah dilatih (dari bangun pagi sampai tidur malam) 4) Pantau pelaksanaan jadwal kegiatan, berikan penguatan terhadap perilaku klien yang positif	
			Setelah 5 kali pertemuan diharapkan klien mampu: 1) Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan 2) Menyebutkan manfaat dari program pengobatan	SP4: 1) Evaluasi kegiatan yang lalu 2) Tanyakan program pengobatan 3) Jelaskan pentingnya penggunaan obat pada gangguan jiwa 4) Jelaskan apabila tidak melakukan penggunaan obat sesuai program 5) Jelaskan akibat putus obat 6) Jelaskan cara mendapatkan obat/berobat 7) Latih klien dalam minum obat 8) Masukkan dalam jadwal harian klien	Agar klien melaksanakan pengobatan sesuai program dan berjalan sesuai rencana
2	Defisit Perawatan Diri	Klien mampu : 1. Melakukan kebersihan secara mandiri 2. Melakukan berhias/berdandan secara mandiri/baik 3. Makan dengan baik 4. Melakukan BAB/B	Setelah dilakukan 3x pertemuan klien mampu: 1. Melakukan kebersihan secara mandiri 2. Melakukan berhias/berdandan secara mandiri 3. Melakukan makan dengan baik 4. Melakukan BAB/BAK dengan mandiri	SP 1: 1. Latih klien cara-cara perawatan kebersihan diri a. Jelaskan pentingnya menjaga kebersihan diri b. Jelaskan alat-alat untuk menjaga kebersihan diri c. Jelaskan cara-cara melakukan	a. Klien mengetahui pentingnya menjaga kebersihan diri b. Klien mengetahui alat untuk menjaga kebersihan diri c. Klien mengetahui cara

		AK secara mandiri		n kebersihan diri d. Latih klien mempraktikkan cara menjaga kebersihan diri SP 2: 1. Latih klien berdandan a. Latih klien berpakaian b. Latih klien menyisir rambut c. Latih klien bercukur SP 3 : 1. Latih klien makan secara mandiri a. Jelaskan cara mempersiapkan makan b. Jelaskan makan yang tertib c. Jelaskan cara merapikan peralatan setelah makan	melakukan kebersihan diri d. Klien mampu mempraktikkan cara menjaga kebersihan diri a. Klien mengetahui cara berpakaian rapih dan bersih b. Klien mengetahui cara menyisir rambut yang baik c. Klien mengetahui cara bercukur a. Klien mengetahui cara mempersiapkan makan b. Klien mengetahui cara makan yang tertib c. Klien mengetahui cara merapikan peralatan makan d. Klien dapat mempraktikkan makan
--	--	-------------------------	--	--	--

				d. Praktik makan sesuai dengan tahapan makan yang benar SP 4: 1. Ajarkan klien BAB/BAK secara mandiri a. Jelaskan tempat BAB/BAK yang sesuai b. Jelaskan cara membersihkan diri setelah BAB/BAK c. Jelaskan cara membersihkan tempat BAB/BAK	sesuai dengan tahapan makan yang baik. a. klien mengetahui tempat BAB/BAK yang sesuai b. klien mengetahui bagaimana cara membersihkan diri setelah BAB/BAK c. klien mengetahui cara membersihkan tempat BAB/BAK
--	--	--	--	--	---

6. Implementasi Dan Evaluasi

Tabel 3. 2 Implementasi Keperawatan

Hari, tanggal, waktu	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi	Paraf
Selasa, 22 April 2025 Pukul 10.00	Gangguan persepsi sensori, halusinansi pendengaran	Membina hubungan saling percaya dengan mengungkapkan prinsip komunikasi terapeutik: 1) Menyapa klien dengan ramah baik verbal maupun non-verbal 2) Memperkenalkan diri dengan sopan 3) Menanyakan nama lengkap klien dan nam panggilan yang disukai klien 4) Menjelaskan tujuan pertemuan 5) Menepati janji dan jujur 6) Menunjukkan sikap empati dan menerima klien apa adanya 7) Memberi perhatian klien dan perhatikan kebutuhan dasar klien	S: 1) Klien menjawab salam 2) Klien menyebutkan Namanya 3) Klien mengutarakan masalah yang dihadapinya O: 1) Ekspresi wajah bersahabat 2) Ada kontak mata 3) Mau menjabat tangan A: Bina hubungan saling percaya tercapai P: Lanjutkan SP 1 Mengidentifikasi halusinasi dan melatih cara mengontrol halusinasi dengan menghardik	Reva Maulida Aprilia
Rabu, 23 April 2025 Pukul 10.00		SP 1 1) Membantu klien mengenal halusinanya: a. Isi halusinasi b. Waktu terjadi halusinasi c. Frekuensi terjadi halusinasi d. Situasi pencetus halusinasi e. Perasaan saat terjadi halusinasi f. Apa yang dilakukan klien pada saat halusinasi terjadi	S: Klien menyebutkan isi, waktu, frekuensi, situasi, pencetus dan perasaan saat terjadi halusinasi O: Klien mampu memperagakan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik A: SP 1 tercapai	Reva Maulida Aprilia

		2) Melatih cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik. Tahapan tindakan meliputi: - Menjelaskan cara menghardik halusinasi - Memperagakan cara menghardik halusinas - Minta bantuan klien memperagakan ulang cara menghardik halusinasi - Memantau penerapan cara menghardik halusinasi dan beri penguatan perilaku kepada klien 3) Memasukkan dalam jadwal kegiatan pasien	P: - Evaluasi SP 1 - Lanjutkan SP 2, melatih cara mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain	
Kamis, 24 April 2025 Pukul 10.00		SP 2: - Mengevaluasi kegiatan yang lalu (SP 1) - Melatih berbicara atau bercakap dengan orang lain saat halusinasi muncul - Memasukkan dalam jadwal kegiatan klien	S: Klien menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan O: - Klien tampak memperagakan cara bercakap-cakap dengan orang lain - Klien tampak sering mengobrol dengan perawat A: SP 2 tercapai P: - Evaluasi SP 1 dan SP 2 - Lanjutkan SP 3, mengontrol halusinasi dengan cara melakukan aktivitas terjadwal	Reva Maulida Aprilia
Jumat. 25 April 2025 Pukul 10.00		SP3: - Mengevaluasi kegiatan yang lalu (SP 1 dan SP 2) - Melatih kegiatan agar halusinasinya tidak muncul - Menyusun jadwal aktivitas sehari-hari sesuai dengan aktivitas yang telah dilatih (dari bangun pagi sampai tidur malam)	S: Klien menyebutkan jadwal sehari-harinya O: - Klien tampak membuat jadwal kegiatan sehari-harinya - Klien dapat melakukan aktivitas sesuai jadwal yang dibuat A: SP 3 tercapai	Reva Maulida Aprilia

		4) Memantau pelaksanaan jadwal kegiatan, berikan penguatan terhadap perilaku klien yang positif	P: 1) Evaluasi SP 1, SP 2 dan SP 3 2) Lanjutkan SP 4, patuh obat	
Sabtu, 26 April 2025 Pukul 10.00		SP4: 1) Mengevaluasi kegiatan yang lalu 2) Menanyakan program pengobatan 3) Menjelaskan pentingnya penggunaan obat pada gangguan jiwa 4) Menjelaskan apabila tidak melakukan penggunaan obat sesuai program 5) Menjelaskan akibat putus obat 6) Menjelaskan cara mendapatkan obat/berobat 7) Melatih klien dalam minum obat 8) Memasukkan dalam jadwal harian klien	S: 1) Klien menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan 2) Klien menyebutkan manfaat dari program pengobatan O: 1) Klien tampak memperhatikan saat diberi penjelasan 2) Klien tampak paham manfaat pengobatan A: SP 4 tercapai P: Intervensi dihentikan dan lakukan evaluasi SP 1, 2, 3 dan 4	Reva Maulida Aprilia
Senin, 28 April 2025 Pukul 10.00	Defisit Perawatan Diri	Bina hubungan saling percaya dengan cara: 1) Memberi salam atau sapa nama klien 2) Menyebutkan nama perawat sambil menjabat tangan klien 3) Menjelaskan maksud hubungan interaksi 4) Memberi rasa aman dan sikap empati 5) Melakukan kontak singkat tapi sering	S: 1) Klien membalas salam 2) Klien menyebutkan nama klien 3) Klien menyebutkan nama perawat 4) Klien mengatakan bersedia untuk kontak waktu O: 1) Klien mau menjabat tangan 2) Klien mau senyum 3) Klien melakukan kontak mata A: Bina hubungan saling percaya tercapai P: Lanjutkan SP 1: Melatih Klien cara perawatan diri	Reva Maulida Aprilia

Selasa, 29 April 2025 Pukul 10.00		SP 1: 1) Melatih klien cara-cara perawatan kebersihan diri 2) Menjelaskan pentingnya menjaga kebersihan diri 3) Menjelaskan alat-alat untuk mrnjaga kebersihan diri 4) Menjelaskan cara-cara melakukan kebersihan diri 5) Melatih klien mempraktikan cara menjaga kebersihan diri SP 2 1). Mendiskusikan bersama klien berdandan atau berhias - Melatih klien cara berpakaian -Melatih klien cara menyisir rambut -Melatih klien cara bercukur RTL: - Evaluasi SP1 dan SP 2 - Lanjut SP 3: Mendiskusikan cara makan secara mandiri - Masukan ke dalam jadwal harian klien	S: - Klien mengatakan hari ini sudah mandi. Klien mengatakan sudah tahu mengenai pentingnya kebersihan diri, cara merawat diri, namun terkadang malas potong kuku - Klien mengatakan mandinnya 1x sehari - Klien mengatakan sudah tau cara menyisir rambut - Klien juga mengatakan suka mencukur sendiri - Klien mengatakan akan menggosok giginnya minimal 1x sehari O: - Kuku panjang - Gigi tampak kuning - Rambut kotor A: SP 1 Teratasi - Klien mengetahui pentingnya kebersihan diri - Klien mengetahui alat dan cara melakukan perawatan diri secara mandiri SP 2 Teratasi Sebagian - Klien mengetahui cara menyisir rambut - Klien mengetahui cara bercukur - Klien mengetahui cara berpakaian P: - Pertahankan SP 2: melatih klien cara berpakaian rapih dan bersih - Lanjut SP 3: Mendiskusikan cara makan secara mandiri	Reva Maulida Aprilia
Rabu, 30 April 2025		SP 2: 1) Mendiskusikan bersama klien berdandan?berhias	S: - Klien mengatakan hari ini sudah mandi	Reva Maulida Aprilia

Pukul 10.00		2) Melatih klien cara berpakaian yang bersih dan rapih SP 4 1). Mengajarkan klien melakukan BAB/BAK secara mandiri 2). Menjelaskan tempat BAB/BAK yang sesuai 3). Menjelaskan cara membersihkan diri setelah BAB/BAK 4). Menjelaskan cara membersihkan tempat BAB/BAK RTL: - Evaluasi SP 2, SP 3 dan SP 4 - Masukan dalam jadwal harian klien	- Klien mengatakan pakainnya masih wangi dan bersih - Klien mengatakan sudah mengetahui mengenai tempat BAB/BAK, cara membersihkan diri dan juga cara membersihkan tempatnya - Klien mengatakan BAB/BAK secara mandiri - Klien tampak memahami cara melakukan BAB/BAK secara mandiri karena klien melakukannya secara mandiri - Klien makan secara mandiri O: A: SP 2 , SP 4 Teratasi - Klien mampu BAB/BAK secara mandiri P: - Evaluasi SP 2, SP 3 dan SP 4 - Pertahankan SP 2: Mengajarkan klien untuk berpakaian yang rapih dan bersih - Masukan dalam jadwal harian klien	
----------------	--	---	--	--

7. Catatan perkembangan

Tabel 3. 3 Catatan Perkembangan

Hari, tanggal, waktu	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan	Paraf
Kamis, 1 Mei 2025 Pukul 13.00	Gangguan persepsi sensori penglihatan	S: Klien mengatakan sering melihat bayangan gorila O: 1) Klien tampak sering berbicara sendiri 2) Klien tampak marah tanpa sebab 3) Klien tampak gelisah A: Masalah teratasi P/1: 1) Membina hubungan saling percaya (BHSP) 2) Membantu klien mengenal halusinanya dengan mengidentifikasi penyebab, isi 3) Mengajarkan klien cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik (SP 1) 4) Mengajarkan klien cara mengontrol halusinasi dengan cara melatih bercakap dengan orang lain (SP 2) 5) Mengajarkan klien cara mengontrol halusinasi dengan cara melakukan aktivitas terjadwal (SP 3) 6) Mengajarkan klien cara mengontrol halusinasi dengan cara program pengobatan (SP 4) E: 1) Halusinasi klien berkurang 2) Klien tampak tenang 3) Klien mampu mengatakan dan memperagakan cara yang sudah diajarkan untuk mengontrol halusinasi dan klien juga menerapkannya R: Hentikan intervensi	Reva Maulida Aprilia

Jumat, 2 Mei 2025 Pukul 13.00	Defisit Perawatan Diri	S: 1).Klien mengatakan sudah mandi dan menyisir rambut 2).Klien mengatakan mampu makan secara mandiri 3).Klien mengatakan mampu melakukan BAB/BAK secara mandiri. 4).Klien mengatakan mampu membersihkan diri setelah BAB/BAK serta membersihkan tempatnya O: Klien tampak bersih A: Defisit Perawatan Diri P: Memotivasi klien untuk melakukan perawatan diri secara mandiri setiap hari I; Pertahankan intervensi yang telah dilakukan E: SP 1 sampai SP 4 Teratasi R: Pertahankan Intervensi Masukkan dalam jadwal harian klien	Reva Mauida Aprilia
--	-------------------------------	---	------------------------------------

B. Pembahasan

Dalam pembahasan ini, penulis akan membahas masalah tentang asuhan keperawatan serta membandingkan kesenjangan antar teori dengan keadaan langsung di lapangan mulai dari pengkajian sampai evaluasi. Setelah melakukan dan menganalisa Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn.Y Dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Penglihatan Akibat Bipolar Di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang Garut, terdapat kesenjangan antara teori yang diuraikan dengan keadaan di lapangan langsung. Berikut ini adalah penjelasannya :

1. Tahap Pengkajian

Pada tahap pengkajian, penulis memperoleh data klien baik data yang bersifat subjektif maupun objektif. Penulis melakukan pengkajian menggunakan teknik komunikasi terapeutik yaitu pendekatan pada klien (bina hubungan saling percaya) untuk mengumpulkan data dan informasi tentang kasus kesehatan klien. Pada studi kasus ini, fokus pengkajian atau data penting yang perlu didapatkan pada klien halusinasi adalah jenis dan isi halusinasi, waktu, frekuensi, dan situasi yang menyebabkan halusinasi, respons terhadap halusinasi. Hasil pengkajian pada Tn.Y ditemukan data sebagai berikut :

Pada keluhan utama yang ditemukan, klien mengatakan sering melihat bayangan, isi bayangan klien yaitu melihat kinkong dan akan menyerang klien, dan klien merasa ketakutan dan gelisah karena bayangan tersebut. Bayangan tersebut muncul di waktu yang tidak tentu atau ketika klien sedang sendiri dan gejala muncul pada saat klien sedang banyak pikiran. Bayangan sering muncul ketika malam hari pada saat klien mau tidur. Pada faktor predisposisi didapatkan, klien pernah mengalami gangguan jiwa sebelumnya dan pernah melakukan pengobatan tetapi tidak berhasil.

Sedangkan data yang tidak ditemukan pada Tn.Y tetapi ada dalam teori yaitu :

- Sering melamun
- Mondar mandir
- Melihat kesatu arah
- Gigi tampak kuning
- Rambut lepek beruban
- Mandi 1x/ hari
- Marah- marah tanpa sebab
- Mata melotot/pandangan tajam
- Mencederai diri sendiri, orang lain maupun lingkungan

Tanda dan gejala tersebut tidak terjadi karena klien sudah mulai membaik, selain itu klien sudah mendapatkan perawatan $\pm$ 7 tahun di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut. Pada saat pengkajian klien sering melakukan kegiatan yang ada di Klinik dan klien juga mampu mengidentifikasi kemampuan yang dimilikinya.

Berdasarkan data yang diperoleh terdapat kesenjangan anatar tinjauan kasus dan tinjauan teori yang didapatkan bahwa pasien dengan halusinasi tidak selalu sama dengan tinjauan teori.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa Keperawatan yang ditemukan pada Tn.Y dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi penglihatan saat pengkajian yaitu :

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

Sedangkan pada teori, menurut Damaiyanti & Iskandar, 2015) diagnosa yang mungkin muncul pada klien dengan halusinasi yaitu :

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

pada tahap ini, tidak semua masalah keperawatan pada tinjauan teoritis ditemukan pada kasus Tn.Y dalam menentukan diagnosa penulis melihat dari data yang didapat dari hasil pengkajian. Dalam diagnosa keperawatan pada Tn.Y terdapat kesenjangan antara teori dengan keadaan langsung di lapangan yaitu tidak munculnya diagnosa keperawatan Resiko Perilaku Kekerasan. Kemungkinan masalah itu tidak muncul karena klien sudah dirawat di Klinik selama ± 7 tahun sehingga klien sudah merasa tenang, sudah bisa bersosialisasi dan klien tidak mudah marah serta mampu mengontrol marah ketika ada hal-hal yang membuat klien kesal.

3. Intervensi

Pada tahap ini, rencana keperawatan antara tinjauan teori dan tinjauan kasus menggunakan Strategi Pelaksanaan (SP) dan kriteria hasil yang mengacu pada pencapaian tujuan. Pada tinjauan kasus perencanaan menggunakan sasaran, dalam rasionalnya dengan alasan penulis berupaya ingin memandirikan pasien dalam melakukan Strategi Pelaksanaan.

Dalam pemberian asuhan keperawatan pada Tn.Y, maka diperlukan rencana tindakan keperawatan untuk menyelesaikan masalah yang timbul antara keluhan klien dan tindakan yang diambil dalam mengatasi keluhan. Penulis menyusun rencana keperawatan berdasarkan tinjauan teori yaitu melakukan Strategi Pelaksanaan (SP) dan komunikasi terapeutik, untuk melakukan

komunikasi terapeutik maka harus dibina hubungan saling percaya antara pasien dengan perawat yang ada di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut. Pada saat melakukan rencana keperawatan tidak ada hambatan, sehingga terdapat kesamaan perencanaan keperawatan antara tinjauan teori dan tinjauan kasus.

4. Implementasi

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

Pada tanggal 22 April 2025 dilakukan SP1 Halusinasi dan Defisit perawatan diri adapun sp1 halusinasi yaitu Membina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip terapeutik, Mengidentifikasi klien mengenal halusinasinya (isi, waktu, frekuensi, pencetus perasaan saat terjadi halusinasi), Melatih klien dengan mengontrol halusiansi dengan cara pertama: Menghardik halusinasi, Adapun SP 1 Defisit Perawatan Diri melatih kebersihan diri secara mandiri. Pada tanggal 23 April 2025 dilakukan SP 2 yang isinnya mencakup untuk masalah Halusinasi mengevaluasi cara mengontrol halusinasi dengan cara

menghardik, pasien mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain, dan menganjurkan pasien memasukan cara menghardik halusinasi dan di dalam pelaksanaan pasien mampu mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap. Adapun SP 2 Defisit Perawatan Diri mencakup melatih berhias/berdandan secara baik.

Pada tanggal 24 April 2025 dilakukan SP 3 Halusinasi mencakup mengevaluasi kegiatan SP 1 dan SP 2, melatih kegiatan agar halusinasinnya tidak muncul dengan menjelaskan pentingnya melakukan aktivitas terjadwal, Mendiskusikan aktivitas yang bisa klien lakukan, Melatih klien melakukan aktivitas terjadwal. Adapun SP 3 Defisit Perawatan Diri mencakup melatih melakukan makan secara baik.

Pada tanggal 25 April 2025 dilakukan SP 4 Halusiansi mencakup Mengevaluasi kegiatan SP1, SP2 dan SP3, menjelaskan pentingnya program penggunaan minum obat, Menjelaskan akibat tidak minum obat, Melatih pasien minum obat, Memasukan ke jadwal harian, Memantau pelaksanaan. Adapun SP 4 Defisit Perawatan Diri Meliputi melatih melakukan BAB/BAK secara mandiri. Pada tanggal 2 Mei 2025 dilakukan catatan perkembangan pada pasien.

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

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

5. Evaluasi

Tahap ini merupakan tahap akhir dari proses keperawatan yang berguna untuk menilai perkembangan klien setelah diberikan asuhan keperawatan. Berdasarkan asuhan keperawatan diatas, hasil evaluasi dari diagnosa keperawatan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran setelah dilakukan sebanyak 5 kali pertemuan, klien mampu memenuhi kriteria evaluasi yang telah ditentukan dengan hasil yaitu membina hubungan saling percaya (BHSP) dengan baik, klien dapat menyebutkan isi, waktu, frekuensi, situasi pencetus dan perasaan saat terjadi halusinasi. Klien mampu memperagakan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, klien mampu menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan, klien mampu memperagakan cara mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain, klien mampu menyebutkan manfaat dari program pengobatan.

Sedangkan hasil dari diagnosa keperawatan defisit perawatan diri setelah dilakukan pertemuan sebanyak 5 kali pertemuan, klien mampu memenuhi kriteria evaluasi yang telah ditentukan dengan hasil, yaitu klien mampu membina hubungan saling percaya (BHSP) dengan baik, klien mampu membersihkan diri secara mandiri, klien mampu melakukan BAB/BAK secara mandiri.

Penulis telah menerapkan asuhan keperawatan sesuai dengan standar asuhan keperawatan yang harus diberikan, semua proses perencanaan dapat terlaksana dalam tahap implementasi untuk mengatasi masalah tersebut dan teratasi sesuai dengan yang diharapkan.

BAB IV

PENUTUP

A. Kesimpulan

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada Tn.Y dengan persepsi sensori Halusinasi Penglihatan di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie Samarang dalam proses keperawatan jiwa akhirnya penulis mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Mampu melakukan pengkajian fisik dan mental secara komprehensif pada Tn. Y dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Penglihatan Akibat Bipolar di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assani Samarang Garut.
2. Mampu merumuskan diagnosa keperawatan yang timbul pada Tn.Y dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Penglihatan Akibat Bipolar di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut.
3. Mampu menyusun rencana asuhan keperawatan pada Tn.Y dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Penglihatan Akibat Bipolar di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut.
4. Mampu melakukan implementasi /tindakan asuhan keperawatan pada Tn.Y dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Penglihatan Akibat Bipolar di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut.
5. Mampu melaksanakan evaluasi hasil tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan pada Tn.Y dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Penglihatan Akibat Bipolar di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut.

6. Mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Tn.Y dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Penglihatan Akibat Bipolar di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut.

B. Rekomendasi

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

1. Untuk Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut, diharapkan meningkatkan pelayanan yang ada di Klinik terutama dalam menerapkan asuhan keperawatan jiwa khususnya dengan masalah utama Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Penglihatan Akibat Bipolar.
2. Untuk Perawat, diharapkan dapat terus melakukan asuhan keperawatan yang optimal pada pasien jiwa, khususnya klien dengan Halusinasi Penglihatan dengan diagnosa medis Gangguan Afektif Bipolar untuk meningkatkan derajat Kesehatan jiwa pada pasien lainnya.
3. Untuk Institusi Pendidikan STIKes Karsa Husada Garut, Studi kasus dapat digunakan sebagai dasar untuk penelitian lebih lanjut dalam proses pembelajaran keperawatan jiwa khususnya dibutuhkan suatu metode yang dapat dijadikan acuan aplikasi mahasiswa dalam melakukan sebuah penelitian kepada klien gangguan jiwa atau bipolar sehingga mahasiswa lebih memahami dan mengerti tentang bagaimana kondisi klien saat gangguan jiwa.
4. Untuk Mahasiswa, diharapkan mampu menetapkan manajemen asuhan keperawatan sesuai dengan teori yang sudah ada dan dengan tindakan keperawatan sesuai standar operasional sehingga dapat mengingatkan

pengetahuan dan keterampilan untuk menjadi bahan pembelajaran lapangan kerja nanti.

5. Untuk Pasien, setelah diberikan asuhan keperawatan secara komprehensif, diharapkan klien mampu menerapkan cara menghardik halusinasi serta menaati dan mempelajari kembali mengenai cara perawatan diri secara mandiri.

DAFTAR PUSTAKA

- Ade Herman Surya Direja, 2016, *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Jiwa*, Yogyakarta: Nuha Medika. Jakarta, Indonesia.
- Bipolar disorder | NAMI: *National Alliance on Mental Illness*. (2022). <https://www.nami.org/About-Mental-Illness/mental-Health-Conditions/bipolar-disorder/Overview> diakses pada 28 Mei 2023.
- Fitria, Nita. 2016. *prinsip Dasar dan Aplikasi Penulisan Laporan Pendahuluan dan Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan (LP dan SP)*. Jakarta: Salemba Medika.
- Jannah, M. (2016). *Asuhan Keperawatan Terapi Aktivitas Kelompok pada Klien Dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi di ruang Kakak Tua RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang-Malang. Laporan Penelitian*. Mojokerto : Fakultas D3 keperawatan STIKes-POLTEKES Majapahit Mojokerto.
- Keliat, B.A (2016). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGG.
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2016. *Peran Keluarga Dukung Kesehatan Jiwa Masyarakat*.
- Kemenkes, (2023). *Definisi Gangguan Jiwa dan Jenis-jenisnya*. Kementrian Kesehatan. https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/2224/definisi-gangguan-jiwa-dan-jenis-jenisnya, diakses pada 6 oktober 2023 pukul 20.34
- Muhith, A. (2016). *Pendidikan Keperawatan Jiwa (Teori dan Aplikasi)*. Yogyakarta: Andi.
- Pardede, J.A., Hafizuddin, H., & Sirait, A. (2021). *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*.

- Riskesdas. 2013. *Riset Kesehatan Dasar*. Jakarta : Menti Kesehatan RI Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) (2018). *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementrian RI tahun 2018*.
- Suerni, T., & Livana. (2019). *Gambaran Faktor Predisposisi Pasien Gangguan Jiwa Dengan Halusinasi. Jurnal Keperawatan*.
- Stuart,G.W, (2016). *Keperawatan Kesehatan Jiwa* : Elsever.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik*. Jakarta: Dewan Pengurus PPNI. Jakarta.
- Tim Pokja SDKI, DPP, PPNI, (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI)*, Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia
- Tumanduk, F. M. E., Messakh, S. T., & Sukardi, H. (2018) *Hubungan Tingkat Halusinasi Dengan Tingkat Depresi Pada Pasien Depresi Di Bangsal Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta. Jurnal Ilmu Keperawatan dan Kebidanan*, 9(1), 10-20.
- Wijayanti, F., Nasir, T., Hadi, L., & Akhmad, A. (2020). *Faktor-Faktor yang berhubungan dengan Kejadian Halusinasi Pada Pasien Gangguan Jiwa. Health Information: Jurnal Penelitian*.
- Yosep, H. I., dan Sutini, T. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa dan Advance Mental Health Nursing*. Bandung: Refika Aditama.

Lampiran 1

LAMPIRAN

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

Nama Masiswa : Reva Maulida Aprilia

Nama Pasien : Tn.Y

Tanggal : 22 April 2025

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Klien

Ds :

Klien mengatakan sering melihat bayangan kinkong yang akan menyerang klien, klien mengatakan melihat bayangan tersebut tidak tentu dan saat klien sedang sendiri atau pada malam hari ketika klien ingin tidur.

Do :

- Klien sering mondar-mandir
- Klien tampak sering melamun
- Klien terkadang melihat kesatu arah
- Klien tampak waspada pada keadaan sekitar

Ds :

- Klien mengatakan malas mandi
- Klien mengatakan jarang mencuci rambut (keramas), gosok gigi bila ingat

Do :

- Gigi tampak kuning lengkap
- Rambut lepek beruban
- Mandi 1x/hari
- Konjungtiva merah muda
- Sklera putih

2. Diagnosa Keperawatan

- Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Penglihatan
- Defisit Perawatan Diri

B. Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

SP 1 : Klien Tn.Y pada tanggal 22 April 2024 pukul 10.00 WIB, embantu klien mengenal halusinasi, menejlaskan cara mengontrol halusiansi, mengajarkan klien mengontrol halusinasi dengan cara pertama menghardik halusinasi.

Fase Orientasi :

“Assalamualaikum pak, Saya perawat yang akan merawat bapak. Nama saya Reva, senang dipanggil reva. Nama bapak siapa? Senang dipanggil siapa?”

“Bagaimana perasaan bapak hari ini? Apa keluhan bpak saat ini?”

“baiklah bagaimana kalau kita bercakap-cakap tentang bayangan yang selama ini bapak lihat? Dimana kita duduk? Di ruang tamu? Berapa lama? Bagaimana kalau 30 menit?”

Fase Kerja :

“Apakah bapak melihat bayangan seperti Gorila apa bayangan itu menakuti bapak?”

“Apakah bayangan itu terus-menerus terlihat atau sewaktu waktu? Kapan yang sering bapak lihat? Berapa hari sehari bapak alami? Pada keadaan apa bayangan itu muncul? Apakah pada waktu sendiri?” Apa yang bapak rasakan ketika melihat bayangan itu?

Apakah dengan cara itu bayangan-bayangan itu hilang? Bagaimana kita belajar cara-cara mencegah bayangan-bayangan itu muncul?"

"Pak ada empat cara untuk mencegah bayangan-bayangan itu muncul. Pertama dengan menghardik bayangan tersebut. Kedua, dengan bercakap-cakap dengan orang lain. Ketiga, melakukan kegiatan yang terjadwal. Keempat, minum obat teratur."

"Bagaimana kalau kita belajar dengan satu cara dulu yaitu dengan menghardik"

"Carannya sebagai berikut: saat bayangan-bayangan itu muncul langsung bapak bilang, pergi sana saya tidak mau melihat, bayangan kamu palsu. Begitu diulang-ulang sampai bayangan itu tidak muncul lagi. Coba bapak peragaka! Nah begitu..... Bagus! Coba lagi! Ya bagus bapak sudah bisa."

Fase Terminasi :

Bagaimana perasaan bapak setelah peragaan latihan tadi? Kalau muncul lagi bayangan-bayangan, silahkan bapak coba cara tersebut! Bagaimana kita buat jadwal latihannya? (masukan kegiatan latihan menghardik hausinasi dalam jadwal kegiatan latihan pasien). Bagaimana kalau kita ketemu lagi untuk belajar dan latihan mengendalikan bayangan-bayangan dengan cara yang kedua? Jam berapa pak? Bagaimana kalau jam 10 lagi? Berapa lama kita akan berlatih? Dimana Tempatnya?"

"Baiklah sampai jumpa"

"Assalamualaikum"

SP 2 : Klien Tn.Y tanggal 23 April 20225 pukul 08.30 WIB. Melatih pasien mengontrol halusinasinnya dengan cara kedua (bercakap-cakap dengan orang lain.

Fase Orientasi :

"Assalamualaikum bapak, bagaimana perasaan bapak hari ini? Apakah bayangan-bayangannya masih muncul? Apakah sudah dipakai cara yang kita latih kemarin?

Berkurangkan bayangan-bayangannya? Bagus! Sesuai janji kita kemarin saya akan melatih cara kedua untuk mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain. Kita akan latihan selama 20 menit. Mau dimana? Disini saja?”

Fase Kerja :

“Cara kedua untuk mencegah/mengontrol halusinasi yang lain. Jadi kalau bapak mulai melihat bayangan-bayangan, langsung saja mencari teman untuk diajak ngobrol. Minta teman untuk mengontrol dengan bapak. Contohnya begini”tolong saya mulai melihat bayangan-bayangan. Ayo ngobrol dengan saya!

Fase Terminasi :

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

“Assalamualaikum”

SP 3 : Klien Tn.Y pada tanggal 24 April 2025 pukul 09.15 WIB. Melatih pasien mengontrol halusinasinya dengan cara ke tiga (Melakukan aktivitas yang terjadwal)

Fase Orientasi :

“Assamualikum pak, bagaimana perasaan bapak hari ini? Apakah suara-suara masih muncul? Apakah sudah pakai dua cara yang telah kita latih? Bagaimana hasilnya? Bagus! Sesuai janji kita, hari ini kita akan belajar cara yang ketiga untuk mencegah

halusinasi yaitu melakukan kegiatan yang terjadwal. Mau dimana kita bicara? Bisa kita duduk di ruang TV? Berapa lama kita bicara? Bagaimana kalau 30 menit?"

Fase Kerja :

“ Apa saja yang biasa bapak lakukan? Pagi-pagi apa kegiatannya? Terus jam berikutnya? (terus ajak sampai mendapatkan kegiatannya sampai malam) wah banyak sekali kegiatannya. Mari kita latih dua kegiatan hari ini (latih kegiatan tersebut). Bagus sekali pak bisa lakukan. Kegiatan yang lain akan kita latih lagi agar dari pagi sampai malam ada kegiatan.”

Fase Terminasi :

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

SP 4 : Klien Tn.T pada tanggal 25 April 2024 pukul 10.00 WIB. Melatih pasien mengontrol halusinasinya dengan cara ke empat (Melatih klien menggunakan obat secara teratur)

Fase Orientasi :

“ Assalamualaikum bapak, bagaimana perasaan bapak hari ini? Apakah bayangan kinkong masih muncul? Apakah sudah dipakai juga cara yang telah kita latih? Apakah jadwal kegiatannya sudah dilaksanakan? Apakah pagi ini sudah minum obat? Baik, hari

ini kita akan mendiskusikan tentang obat-obatan yang bapak minum. Kita akan diskusi selama 20 menit, disini saja ya pak?”

Fase Kerja :

” Pak adakah bedanya setelah minum obat secara teratur? Apakah bayangan-bayangan tersebut berkurang atau hilang? Minum obat sangat penting supaya bayangan-bayangan yang bapak lihat dan mengganggu selama ini tidak muncul lagi. Berapa macam obat yang bapak minum? (perawat menyiapkan obat pasien). Oh obatnya ada stelosi,heximer, clozapine. Stelosi diminum pagi sama malam kemudian heximer diminum pagi sama malam ya pak, dan clozapine diminum malam aja”.

Fase Terminasi :

“Bagaimana perasaan bapak setelah kita bercakap-cakap tentang obat? Sudah berapa cara yang kita latih untuk mencegah bayangan-bayangan? Coba jelaskan! Bagus! (jika jawaban benar). Mari kita masukan jadwal minum obatnya pada jadwal kegiatan bapak. Jangan lupa pada waktu minum obat minta obat pada perawat. Besok kita ketemu lagi untuk melihat 4 cara mencegah bayangan yang telah kita bicarakan. Mau jam berapa? Bagaimana kalau jam 10.00? sampai jumpa. Assalamualaikum”.

Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan Defisit Perawatan Diri

Hari ke-1 tanggal 26 April 2025

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

Fase Orientasi :

“Assalamualaiku pak, sesuai janji saya kemarin jam 10 kita akan berbincang mengenai perawatan diri bapak”. Bagaimana perasaan bapak saat ini? Seperti yang sudah tadi saya

beritahu sekarang kita bebincang-bincang seputar kebersihan diri ya pak . Mau berapa lama kita berbicara? 15 menit ya? Mau dimana pak? Baik disini saja ya.”

Fase Kerja :

“Kira-kira berapa kali bapak mandi dalam sehari? Apakah bapak Sudah mandi hari ini? Sudah dikeramas? Menurut bapak apa kegunaan mandi? Apa alasan bapak tidak bisa merawat diri? Kira-kira tanda-tanda orang yang tidak merawat diri dengan baik seperti apa? Tidak mandi, bau, apa lagi? Kalau kita tidak teratur menjaga kebersihan diri masalah apa menurut bapak yang bisa muncul? Betul, kuman numpuk, banyak kutu, masalah kulit, dan lain-lain” Berapa kali bapak cukuran dalam seminggu? Kapan bapak cukuran terakhir? Apa manfaat dari bercukur? Apa alat-alat yang digunakan?, iya.. sebaiknya cukuran 2x/minggu. Ada alat cukurnya? Sekarang coba sebutkan cara melakukan perawatan diri saat mandi. Betul menggunakan sabun, shampoo, air bersih, bilas bersih, gosok gigi. Bagus ya bapak sudah mengetahui cara-cara melakukan perawatan diri saat mandi. Apa yang bapak lakukan setelah selesai mandi? Apa bapak sudah ganti baju? Untuk berpakaian yang baik itu, pilihlah pakaian yang bersih dan kering. Berganti pakaian yang bersih 2x/hari. Oke tadi bapak juga sudah tau ya apabila tidak melakukan perawatan diri dengan baik kuman-kuman akan menempel di badan kita sehingga menyebabkan timbulnya penyakit kulit dan lain-lain.”

Fase Terminasi :

Bagaimana perasaan bapak setelah berbincang-bincang mengenai kebersihan diri? Sekarang coba bapak ulangi apa pentingnya kebersihan diri? Iya bagus sekali ya bapak sudah tau. Mau berapa kali bapak mandi dan sikat gigi? 1x mandi dipagi hari dan sikat gigi 2x pagi dan sore? Mari kita masukkan ke dalam jadwal aktivitas harian bapak ya. Baik besok kita bertemu lagi untuk melanjutkan yang tadi melakukan Latihan cara

mengontrol marah secara fisik ke-2 dan Latihan berdandan ya pak. Mau jam berapa pak?
Baik, jam 10 pagi ya. Sampai jumpa pak. Wassalamualaikum”

SP 2&3 : Klien Tn.Y pada tanggal 28 April 2025 pukul 10.00 WIB. Melatih
klien berhias/berdandan dan makan secara baik

Fase Orientasi :

“Assalamualaiku pak, sesuai janji saya kemarin sekarang kita berbincangbincang lagi mengenai berdandan dan makan. Bagaimana persaan bapak sekarang? Bagaimana mandinya? Sudah ditandai di jadwal harian?”

Fase Kerja :

“Apa yang bapak lakukan setelah mandi? Baik sekarang kita bahas makan ya pak. Bagaimana kebiasaan sebelum, saat, maupun setelah makan? Bapak makannya dimana? Nah sebelum makan kita harus cuci tangan memakai sabun. Ya, mari praktekkan! Bagus, selah itu duduk lalu ambil makanan. Sebelum makan bapak suka berdo’a dulu? Bagus.. berdo’a dulu ya. Saat makan kita harus menyuapkan makanan satu-satu dengan pelan. Setelah makan kita bereskan piring dan gelas yang kotor, dan diakhiri dengan mencuci tangan. Bagus.. bapak Sudah bisa melakukan makan secara mandiri dan tau carra yang baik saat makan.”

Fase Terminasi :

“Bagaimana perasaan bapak setelah kita berbincang-bicang mengenai beberapa hal tadi? Apa saja yang kita lakukan pada saat makan? Nah.. bapak lakukan seperti tadi setiap makan, mau kita masukkan ke dalam jadwal? Besok kita ketemu lagi sesuai

jadwal ya pak jam 10.00 kita Latihan fisik dengan cara kedua dan jam 13.00 kita berbincang mengenai BAB/BAK yang baik.Sampai jumpa pak. Wassalamualaikum”

SP 4 : Klien Tn.Y pada tanggal 29 April 2025 pukul 13.00 WIB. Melatih melakukan BAB/BAK secara mandiri.

Fase Orientasi :

“Assalamualaikum, baik pak sesuai janji kita kemarin, sekarang kita akan berbincang mengenai bagaimana melakukan BAB/BAK secara mandiri. Bagaimana hari ini sudah mandi? Sudah di keramas? Sudah dijalankan jadwal kegiatannya?Bagus ya pak sudah dilakukan kegiatannya.”

Fase Kerja :

“Oke kita lanjutkan bahasan saja ya pak mengenai BAB/BAK. Dimana biasanya bapak BAB/BAK? Sekarang coba bapak jelaskan kepada saya bagaimana cara bersih-bersih setelah selesai BAB/BAK? Apa bapak biasan melakukan BAB/BAK mandiri? Bagus ya pak. Bapak Sudah bisa melakukan BAB/BAK mandiri dan tau cara membersihkannya. Yang perlu diingat adalah kebersihan itu untuk diri sendiri, untuk orang lain dan untuk lingkungan juga, apabila bapak melakukan kebersihan diri, lingkungan dengan baik kita akan hidup sehat dan tidak menyebarkan penyakit kepada orang lain. Bapak mau sehat? Iyaa makanya harus menjaga kebersihan diri dan lingkungan ya pak. Jangan lupa juga mengganti pakaian termasuk ke dalam kebersihan diri.”

Fase Terminasi :

“Baik pak sekarang bagaimana perasaannya setelah berbincang? Coba sekarang jelaskan ulang tentang cara BAB/BAK dengan baik? Untuk selanjutnya bapak bisa melakukan cara-cara yang sudah bapak ketahui itu ya. Nah.. besok kita ketemu lagi sesuai jadwal untuk melakukan Latihan mengontrol marah dengan belajar bicara yang baik dan melihat sejauh mana bapak bisa melakukan jadwal kegiatan. Sampai jumpa pak. ”

*Lampiran II***DOKUMENTASI KEGIATAN**

*Lampiran IV***DAFTAR RIWAYAT HIDUP****A. Identitas**

Nama : Reva Maulida Aprilia

Jenis Kelamin : Perempuan

Tempat Tanggal Lahir : Garut, 29 April 2004

Agama : Islam

Alamat : Kp.Bojong Rt.03 Rw.06 Ds.Jatisari
Kec.Karangpawitan

B. Riwayat Pendidikan

Paud Fathul Ulum : Tahun 2008-2010

SDN 1 Jatisari 1&2 : Tahun 2010-2016

Smpn 1 Karangpawitan : Tahun 2016-2019

SMK Kes Bhakti Kencana Garut : Tahun 2019-2022

STIKes Karsa Husada Garut : Tahun 2022-2025

C. Riwayat Organisasi

1. PMR Smpn 1 Karangpawitan
2. Volley Ball SMK Kes Bhakti Kencana Garut
3. KEMA D III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut

