

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. P DENGAN GANGGUAN
PERSEPSI SENSORI HALUSINASI: PENDENGARAN AFEKTIF
GANGGUAN AFEKTIF BIPOLAR DI KLINIK REHABILITASI
MENTAL NUR ILLAHIE ASSANIE SAMARANG GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

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

Disusun Oleh:

ERLIYAN SRI ANJANI

KHGA22078



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

2025

LEMBAR PERSETUJUAN

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

**NAMA :
ERLIYAN SRI ANJANI**

NIM : KHGA22078

KARYA TULIS ILMIAH

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

Garut, 04 Juli 2025

Menyetujui
Pembimbing

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

LEMBAR PENGESAHAN

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

NAMA : ERLIYAN SRI ANJANI

NIM : KHGA22078

Garut, 11 juli 2025
Menyetujui

Penguji I

Penguji II

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

Wahyudin, S.Kp.,M.Kes.

Mengetahui
Ketua Program D III Keperawatan
Stikes Karsa Husada

Mengesahkan
Pembimbing

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

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

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA TN. P DENGAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI HALUSINASI PENDENGARAN: AFEKTIF GANGGUAN AFEKTIF BIPOLAR DI KLINIK REHABILITASI

ERLIYAN SRI ANJANI
KHGA22078

IV BAB, 89 Halaman, Tabel 10, Bagan 3

Karya Tulis Ilmiah ini berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Tn. P Dengan Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran Dengan Diagnosa Medis Bipollar”, penyusun merasa tertarik untuk melakukan studi kasus pada klien dengan halusinasi pendengaran, 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. Tujuan penulisan ini untuk melaksanakan dan mendapatkan gambaran tentang asuhan keperawatan jiwa pada klien dengan halusinasi pendengaran meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Adapun masalah keperawatan yang muncul pada Tn. P yaitu : Gangguan persepsi sensoris Halusinasi Pendengaran 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 sudah mampu untuk 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 (key word) : Halusinasi Pendengaran

Daftar Pustaka : 23 sumber , 2014 s.d 2024

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur penyusun panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini yang berjudul “Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. P Dengan Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran Dengan Diagnosa Medis Bipolar Di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut” ini tepat pada waktunya.

Penyusun menyadari bahwa tanpa adanya bantuan dan peran serta dari semua pihak, karya tulis ini tidak dapat terwujud sesuai dengan yang diharapkan. Oleh karena itu, penyusun mengucapkan terimakasih terhadap semua pihak yang telah membantu penyusun 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, S.Kp., M.Kep selaku ketua Program Studi D III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut.
5. Angga D. Nagara, M.Kep selaku Pembimbing yang telah memberi dukungan serta arahan kepada penyusun dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.

6. Seluruh Staf Dosen Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut yang telah memberikan ilmu dan pengetahuan dan keterampilan yang bermanfaat serta motivasi selama penulis mengikuti pendidikan.
7. Staf Administrasi dan Perpustakaan yang telah membantu dalam kelancaran penyusun selama proses pendidikan dan selama penyusunan karya tulis ilmiah.
8. Kepada Tn. P yang telah bersedia untuk bekerja sama dengan penulisan dalam melaksanakan asuhan keperawatan ini.
9. Kedua orang tua saya Bapak Hasan dan Ibu Sri Mulyani , dua orang yang sangat berjasa dalam hidup saya, dua orang yang selalu mengusahakan anak pertamanya ini menempuh pendidikan setinggi-tingginya meskipun mereka berdua sendiri hanya bisa menempuh pendidikan sampai tahap dasar, terima kasih atas kasih sayang tanpa batas yang tak pernah lekang oleh waktu, atas kesabaran dan pengorbanan yang selalu mengiringi perjalanan hidup saya, terima kasih telah menjadi sumber kekuatan dan inspirasi, serta pelita yang tak pernah padam dalam setiap langkah yang saya tempuh.
10. Kepada Rahil, Sephia, Fatimah, Hilqi terimakasih sudah membersamai penulis berjuang bersama, saling support,, mendengarkan semua keluhan kesah penulis, terimakasih untuk setiap bantuan dan perhatian yang diberikan kepada penulis, semoga tali persaudaraan kita terjalin hingga nanti. Aamiin.

11. Untuk sahabat dan teman terkasih penulis Nazwa, Selli, Shafita, Elfani terima kasih untuk menjadi partner bertumbuh di segala kondisi yang terkadang tidak terduga yang menjadi teman ngopi, menjadi pendengar yang baik untuk penulis
12. Kepada Suryo Trianto selaku kekasih penulis ucapkan terimakasih seluas langit dan bumi karena selalu kebersamai selama perkuliahan, dan karena cinta kasihnya penulis bisa sampai di titik ini
13. Last but not least, I wanna thank me. I wanna thank for my self yang telah mampu kuat berjuang dan bertahan sampai detik ini.. Bismillah untuk memulai petulangan selanjutnya untuk menjemput kesuksesan yang diridhoi oleh Allah SWT.

Garut, 04 Juli 2025

Penyusun

Erliyan Sri Anjani

DAFTAR ISI

ABSTRAK	i
KATA PENGANTAR.....	ii
DAFTAR ISI	v
DAFTAR TABEL.....	vii
DAFTAR BAGAN.....	viii
DAFTAR LAMPIRAN	ix
BAB I.....	1
PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan	5
C. Metode Telaah	7
D. Sistematika Penulisan	8
BAB II.....	10
TINJAUAN TEORI	10
A. Konsep Dasar	10
1. Konsep Bipolar	10
2. Konsep Dasar Halusinasi	17

3. Konsep Defisit Perawatan Diri.....	25
B. Konsep Asuhan Keperawatan	31
BAB II.....	48
TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN.....	48
A. Laporan Kasus.....	48
B. Pembahasan.....	76
BAB IV	86
KESIMPULAN DAN REKOMENDASI	86
A. Kesimpulan	86
B. Rekomendasi	87
DAFTAR PUSTAKA	89

DAFTAR TABEL

Tabel 1. 1 Data Penderita Orang Dengan Gangguan Jiwa di Kabupaten Garut menurut Dinas Kesehatan Kabupaten Garut	2
Tabel 1. 2 Data Penderita Gangguan Jiwa di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut Periode Mei 2023 – 2024	3
Tabel 2. 1 Terapi Medik	18
Tabel 2. 2 Analisa Data	26
Tabel 2. 3 Terapi Medik	38
Tabel 2. 4 Analisa Data	38
Tabel 2.5 Intervensi keperawatan.....	41
Tabel 3. 1 Terapio Medik	59
Tabel 3. 2 Analisa Data	59
Tabel 3. 3 Intervensi Keperawatan.....	61
Tabel 3.4 Implementasi Keperawatan	65
Tabel 3. 5 Catatan Perkembangan	71

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Rentang Respon Halusinasi Pendengaran.....	18
Bagan 2. 2 Rentang Respon Defisit Perawatan Diri	26

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan (SPTK) Pada Klien

Dengan Halusinasi Pendengaran

Lampiran 2 Dokumentasi Kegiatan

Lampiran 3 Lembar Bimbingan

Lampiran 4 Daftar Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan jiwa merupakan bagian yang penting dari pelayanan kesehatan secara komprehensif. Kesehatan Jiwa menurut UU RI No. 18 Tahun 2014 adalah kondisi dimana individu dapat berkembang secara fisik, mental, sosial dan spiritual sehingga individu tersebut menyadari tentang kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan yang dialami, dapat bekerja secara produktif, dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya. Kesehatan jiwa dianggap sebagai unsur vital kesehatan secara keseluruhan. Kesehatan tidak dilihat dari segi fisik saja tetapi dari segi mental juga harus diperhatikan agar tercipta sehat yang holistic. Seseorang yang terganggu dari segi mental dan tidak bisa menggunakan pikirannya secara normal maka bisa dikatakan mengalami gangguan jiwa (Stuart, 2016).

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 ditunjukkan individu dalam kehidupannya yang bisa menyebabkan distress, disfungsi dan menurunkan kualitas hidup (Stuart, 2016).

Permasalahan gangguan jiwa dapat terjadi mulai dari masa anak-anak, remaja, dewasa dan usia lanjut. Jika tidak ditanggulangi atau di obati akan menyebabkan gangguan jiwa berat yang menyebabkan turunya produktivitas dan membebani keluarga. Kesehatan jiwa tidak bisa kita abaikan, perlu sinergi dari semua pihak, terutama keluarga agar kondisi gangguan jiwa tidak makin parah, yang terjadi sekarang ini kebanyakan pasien yang mendapatkan terapi dalam kondisi gangguan jiwa berat. Dan bipolar termasuk kedalam gangguan jiwa berat.(Rencana Aksi Kegiatan 2020-2024, Direktorat P2 Masalah Kesehatan Jiwa dan NAPZA)

Dinas kesehatan kabupaten Garut memperkirakan jumlah orang dengan gangguan jiwa di Garut Jawa Barat mencapai 3,935 orang yang mengalami gangguan kejiwaan (Dinkes,2024)

Tabel 1. 1 Data penderita orang dengan Gangguan Jiwa di Kabupaten Garut menurut Dinas Kesehatan Kabupaten Garut

<i>Sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Garut)</i>	No.	Diagnosa	Jumlah Orang
	1.	Gangguan afektif bipolar	1.988
	2.	Skizofrenia	1.353
	3.	Penyalahgunaan Napza	389
	4.	Retardasi mental	205
		Jumlah	3.935

Berdasarkan laporan hasil dan rekam medic di Klinik Rehabilitas Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut, jumlah penderita gangguan jiwa yang dirawat dari bulan Januari sampai dengan bulan April 2025, dapat dilihat di tabel berikut ini.

**Tabel 1.2 Data penderita Gangguan jiwa di klinik Rehabilitasi
Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut Periode Mei 2023-2024**

No.	Masalah keperawatan	Jumlah Orang	Persentase (%)
1.	Halusinasi	25	65%
2.	Harga diri rendah	8	20%
3.	Resiko perilaku kekerasan	3	7,5 %
4.	Waham	3	7,5%
	Jumlah	39	100%+

Sumber : Klinik Rehabilitas Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut

Berdasarkan laporan data dari Klinik Rehabilitas Nur Illahie Assanie Samarang Garut, didapatkan data pada bulan Mei 2024 tercatat jumlah pasien dengan Bipolar 25 orang dari 39 pasien sehingga berada di peringkat pertama gangguan yang muncul di klinik tersebut. Hal ini terjadi karena kurangnya dukungan dan perhatiandari keluarga dan masyarakat yang diperlukan penderita, yang apabila tidak segera ditangani halini akan menimbulkan permasalahan baru

Gangguan jiwa yang menjadi salah satu masalah utama adalah bipolar. Bipolar berasal dari dua kata, yaitu bi dan polar. Bi berarti dua dan polar berarti kutub, maka bipolar adalah gangguan perasaan dengan dua kutub yang bertolak belakang (Panggabea & Rona, 2015)

Tanda-tanda orang mengalami gangguan bipolar diantaranya mania- hypomania dan depresi dengan gejala diantaranya gelisah, tegang, sering mondar- mandir, bicara cepat, susah tidur, percaya diri berlebihan, mempunyai ide yang melompat-lompat, sering tidak fokus, sedih, merasa

tidak berharga, putus asa, nafsu makan menurun, mudah lelah dan mudah marah (Sari, 2018; Sanjaya, 2022).

Tanda dan gejala bipolar akan berdampak negatif jika tanpa perawatan dan akan mengarah pada penggunaan obat-obat terlarang, alkohol, masalah pada hukum, rusaknya hubungan dengan orang lain dan lebih fatal lagi dapat melakukan percobaan bunuh diri (Faradila, 2022).

Dari pengertian diatas ditemukan bahwa seseorang yang mengalami Gangguan Afektif Bipolar menyebabkan terjadinya manik. Pengertian dari manik atau mania sendiri merupakan kondisi psikologis yang dapat membuat seseorang mengalami euforia diluar batas dimana orang tersebut akan menunjukan gejala percaya diri berlebihan, menjadi terlalu sensitive sehingga mudah tersinggung, merasa sangat bersemangat, melakukan hal- hal yang berisiko tinggi tanpa pertimbangan yang matang, dan dapat membahayakan diri sendiri atau orang lain. Dari gejala tersebut merujuk pada tanda dan gejala Risiko Perilaku Kekerasan, sehingga dapat disimpulkan bahwa Orang dengan diagnosa medis Gangguan Afektif Bipolar dapat menyebabkan Risiko Perilaku Kekerasan (Fadli, 2022).

Halusinasi adalah gangguan persepsi sensori dari suatu obyek tanpa adanya rangsangan dari luar, gangguan persepsi sensori ini meliputi seluruh pancaindra. Halusinasi merupakan salah satu gejala gangguan jiwa yang pasien mengalami perubahan sensori persepsi, serta merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan perabaan, atau

penciuman. Pasien merasakan stimulus yang sebetulnya tidak ada (Yusuf et al., 2015).

Halusinasi pendengaran adalah Mendengar suara atau kebisingan, paling sering suara orang. Suara berbentuk kebisingan yang kurang jelas sampai kata-kata yang jelas berbicara tentang klien, bahkan sampai pada percakapan lengkap antara dua orang yang mengalami halusinasi. Pikiran yang terdengar dimana klien mendengar perkataan bahwa klien disuruh untuk melakukan sesuatu kadang dapat membahayakan Menurut Azizah et al (2016)

Terkait dengan banyaknya penduduk Indonesia khususnya Jawa Barat yang mengalami kasus di atas, penulis merasa tertarik untuk mengangkat masalah tersebut dan merasa perlu untuk melakukan asuhan keperawatan mulai dari pengkajian sampai evaluasi, dengan judul **“Asuhan” Keperawatan Jiwa Pada Tn. P Dengan Gangguan persepsi sensori Halusinasi pendengaran Dengan At Causa Afektif Bipolar Di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut”**.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Penulis memperoleh pengetahuan, keterampilan, wawasan serta pengalaman yang nyata dalam melaksanakan dan memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif yang meliputi aspek bio, psikologi,

sosial dan spiritual kepada klien dengan Gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran.

2. Tujuan khusus

Setelah memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan Gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran penyusun :

- a. Mampu melaksanakan pengkajian fisik dan mental secara komprehensif pada Tn.P dengan Gangguan persepsi sensori halusinasi indra pendengaran dengan diagnosa medis Bipolar di Klinik Rehabilit Mental Nur Illahi Assanie Samarang Garut
- b. Mampu merumuskan diagnosa keperawatan yang timbul pada Tn.P dengan Gangguan persepsi sensori halusinasi indra pendengara akibat Bipolar di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang Garut
- c. Mampu Menyusun rencana asuhan keperawatan pada Tn.P dengan Gangguan persepsi sensori halusinasi indra pendengaran akibat Bipolar di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang Garut.
- d. Mampu Melaksanakan tindakan keperawatan sesuai rencana yang ditetapkan pada Tn.P dengan Gangguan sensori halusinasi indra pendengaran akibat Bipolar di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang Garut.
- e. Mampu melaksanakan evaluasi hasil Tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan pada Tn.P dengan Konsep Gangguan persepsi

sensori halusinasi indra pendengaran akibat Bipolar di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang Garut.

- f. Mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Tn.P dengan Gangguan persepsi sensori halusinasi indra pendengaran akibat Bipolar di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang Garut.

C. Metode Telaah

Dalam penulisan studi kasus ini, penulisan menggunakan metode deskriptif yang berupa laporan kasus asuhan keperawatan melalui proses keperawatan yang komprehensif. Adapun pengumpulan data yang dilakukan oleh penulisan adalah sebagai berikut:

1. Wawancara

Bisa disebut juga anamnesa yaitu menanyakan sesuatu atau tanya jawab yang berhubungan dengan masalah yang di hadapi oleh klien, melalui komunikasi didapatkan secara langsung dari klien, Keluarga dan tim kesehatan lainnya.

2. Observasi

Observasi adalah suatu teknik pengumpulan data dengan cara melakukan pengamatan secara langsung ke lapangan terhadap objek yang diteliti, 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. Studi Dokumentasi

Data yang diperoleh penulis dari rekam medik atau buku status klien berupa data-data dan catatan yang berhubungan dengan 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 pendengaran dengan diagnosa medis Bipolar di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang Garut.

D. Sistematika Penulisan

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

1. BAB I Pendahuluan Bab ini membahas mengenai latar belakang, tujuan penulisan, metode telaah dan sistematika penulisan.
2. BAB II Tinjauan Teori Bab ini membahas tentang teori-teori yang

berhubungan dengan judul di atas yang dapat di jadikan acuan pada waktu pembahasan, terdiri dari konsep dasar penyakit, definisi, psikodinamika bipolar, psikodinamika gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran, psikodinamika resiko perilaku kekerasan, psikodinamika defisit perawatan diri, dampak gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran terhadap kebutuhan dasar manusia serta membahas tentang proses keperawatan jiwa meliputi, pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

3. BAB III Tinjauan kasus dan pembahasan 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 pada klien dengan Gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran. Sedangkan dalam pembahasannya berisi tentang kesenjangan-kesenjangan yang ditemukan dan dibandingkan antar pendekatan medis dengan pelaksanaan langsung pada kasus serta pemecahan masalahnya.
4. 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.
5. DAFTAR PUTAKA
6. LAMPIRAN

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Dasar

1. Konsep Bipolar

a. Definisi Gangguan 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)

Bipolar adalah suatu gangguan mood yang menyebabkan perubahan suasana hati yang secara tiba-tiba. Pergantian atau perubahan yang terjadi antara saat depresi atau sedih bisa menjadi berubah gembira, atau manik dengan waktu yang relatif singkat. Perubahan ini didasari oleh suasana hati yang dirasakan oleh orang dengan bipolar atau biasa disebut dengan ODB dan perubahan itu bersifat menyeluruh untuk segala aktivitas. Bahkan setiap orang bisa merasakan sedih atau gembira dalam waktu sehari penuh. Namun gangguan bipolar menyebabkan ODB bisa merasakan sedih yang berkepanjangan tanpa ada alasan yang jelas atau bisa merasakan bergembira berkepanjangan karena ODB sedang nyaman terhadap hal yang ia senang (Wiramihardja, 2015).

Orang dengan gangguan bipolar bisa saja merasa sangat antusias dan semangat terhadap sesuatu atau biasa disebut dengan istilah episode maniak / manik. Namun ketika mood-nya sedang buruk orang dengan gangguan bipolar bisa sangat merasa depresi, kesepian, putus asa, hal ini dapat memicu terjadinya hal-hal yang tidak diinginkan. ODB bisa saja melakukan tindakan bunuh diri, seperti tindakan bunuh diri (Fithriyah & Margono, 2014).

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. (international journal of bipolar disorders, 2021)

Pada episode mania dapat berlangsung secara tiba-tiba dan berlangsung dalam jangka waktu mulai 2 minggu hingga 4 atau 5

bulan, sedangkan episode depresi cenderung berlangsung lebih lama (rata-rata sekitar 6 bulan) namun tidak sampai satu tahun, kecuali penderita seorang usia lanjut.

b. Etiologi

Belum diketahui secara pasti apa yang menyebabkan gangguan bipolar, namun kondisi ini diduga terkait dengan factor genetic, zat di dalam otak, dan gangguan fungsi saraf otak. Selain itu ada beberapa faktor lain yang dapat meningkatkan risiko seseorang mengalami gangguan bipolar, yaitu:

1) Faktor Biologis

Dalam otak dan tubuh terdapat beberapa bahan kimia yang memiliki peranan penting untuk mengendalikan suasana hati atau emosional. Bahan kimia yang bertanggung jawab mengendalikan fungsi otak disebut neurotransmitter yang termasuk diantaranya adalah noradrenalin, serotonin dan dopamin (Neurotransmitter ini berfungsi mengantar dan mengirimkan pesan antar neuron atau dari neuron ke berbagai jaringan tubuh. Gangguan bipolar dikaitkan dengan ketidakseimbangan bahan kimia pada otak, sehingga jika ditemukan ketidak seimbangan pada neurotransmitter maka hal itu dapat menyebabkan beberapa gangguan bipolar. Sebagai contoh bahwa fase mania dapat terjadi ketika kadar

noradrenalin terlalu tinggi dan fase depresi terjadi ketika kadar noradrenalin terlalu rendah (Kaplan & Sadock's, 2015).

2) Faktor Genetik

Seseorang yang memiliki keluarga dengan gangguan mood memiliki risiko lebih besar menderita gangguan mood dari pada masyarakat pada umumnya. Hal ini disebabkan pengaruh gen pada depresi berat memiliki pengaruh lebih besar dibandingkan dengan depresi ringan. Pada penelitian keluarga ditemukan bahwa keluarga derajat pertama dari penderita gangguan bipolar I memiliki kemungkinan 8 sampai 18 kali lebih besar untuk menderita gangguan bipolar I. Pada gangguan bipolar II memiliki kemungkinan 2 sampai 10 kali beresiko untuk menderita gangguan depresi berat. Sekitar 50% pasien dengan gangguan bipolar I memiliki orang tua dengan gangguan mood terutama depresi. Kemungkinan anak menderita gangguan mood adalah 25% jika salah satu dari orang tua menderita gangguan bipolar I, sedangkan 50-75% anak kemungkinan menderita gangguan mood jika kedua orang menderita gangguan bipolar I (Kaplan & Sadock's, 2015).

3) Faktor Lingkungan

Beberapa artikel menjelaskan hubungan antara fungsi keluarga dengan onset serta perjalanan gangguan mood, khususnya gangguan depresi berat. Peristiwa dalam

kehidupan memiliki peran penting dalam gangguan depresi. Depresi yang disebabkan gangguan bipolar sebagai suatu afek yang berasal dari ketegangan ego antara aspirasi seseorang dengan kenyataan yang ada (E Bibring, 2014). Seseorang dengan gangguan bipolar menyadari bahwa mereka tidak hidup dengan ideal dan nyaman sehingga mereka merasa putus asa dan tidak berdaya (Heinz, 2014). Selain itu, pemicu stress yang tampak ringan bagi orang lain justru sangat berdampak menghancurkan seseorang yang menderita bipolar (Kaplan & Sadock's, 2015)

c. Manifestasi Klinis

Terdapat episode atau fase suasana hati yang berlanjut selama berbulan-bulan atau setelah satu fase dan bisa terjadi bertahun-tahun tanpa terulangnya tipe apapun (Dipiro et al, 2014). Episode atau fase bipolar diantaranya:

1) Depresi Berat

Fase depresi mengakibatkan seseorang berdelusi, berhalusinasi, dan berusaha bunuh diri menjadi lebih sering terjadi pada seseorang dengan depresi bipolar daripada depresi unipolar (Dipiro et al, 2014). Penderita terkadang memiliki suasana hati yang terus-menerus tertekan dan kehilangan kegembiraan dalam aktivitas yang biasanya memberi kesenangan, penurunan atau kenaikan berat badan, insomnia

atau hypersomnia, gelisah atau retardasi, kehilangan energi, penurunan konsentrasi, perasaan bersalah, keputusasaan ataupun keinginan untuk bunuh diri (Smith, 2014).

2) Fase Manik

Pada fase manik ini seseorang akan mengalami peningkatan energi, penuh ide, merasa sangat gembira, dan sangat bersemangat. Manik biasanya berlangsung secara tiba-tiba, dan gejalanya akan meningkat selama beberapa hari. Gejala dan perilaku aneh, delusi paranoid, halusinasi serta penurunan produktivitas sosial (Dipiro, et al, 2014). Seseorang pada fase ini akan bertindak impulsif dan pada saat yang bersamaan merasa memiliki keyakinan dan tujuan (Kaplan & Sadock's, 2015).

3) Hipomaniac

Fase hipomaniac tidak ada kerusakan yang nyata dalam fungsi sosial atau pekerjaan, tidak ada halusinasi maupun delusi. Beberapa penderitanya mungkin akan lebih produktif dari biasanya, namun 5-15% penderitanya dapat dengan cepat berpindah ke fase manik (Wells et al, 2015)

d. Penatalaksanaan

1) Terapi Non Farmakologi

a) Psikoterapi

Mengobati penyalagunaan zat serta pemberian nutrisi yang baik dengan protein normal dan asupan asam lemak esensial, berolahraga, tidur yang cukup, pengurangan stres, dan terapi psikososial (Wells et al., 2015). Ini bisa dilakukan dengan memberikan dukungan, edukasi, dan bimbingan kepada orang-orang dengan gangguan bipolar dan keluarga penderita gangguan bipolar. Beberapa perawatan psikoterapi yang digunakan untuk mengobati gangguan bipolar meliputi (NIMH, 2016) :

(1) Terapi kognitif (CBT)

(2) Terapi keluarga

(3) Terapi psychotherapy interpersonal

b) *Electroconvulsive Therapy (ECT)*

Electroconvulsive Therapy (ECT) adalah perawatan yang aman dan efektif untuk penyakit mental berat tertentu. Pasien dengan depresi adalah target untuk ECT yang cocok untuk diterapkan (Wells et al., 2015).

2) Penatalaksanaan Farmakologi

Penatalaksanaan secara farmakologi first-line dalam pengobatan episode manik dan episode depresi berulang dari gangguan bipolar adalah Litium. Golongan obat penstabil mood atau antikonvulsan juga telah banyak digunakan (contohnya, carbamazepine dan asam valproat) untuk pengobatan episode mania akut dan untuk pencegahan kekambuhannya. Lamotrigin juga dapat digunakan untuk terapi pencegahan kekambuhan. aripiprazol disetujui oleh FDA untuk pengobatan episode manik gangguan bipolar. Pengobatan adjuvan jangka pendek dengan benzodiazepin juga dapat membantu (APA, 2015).

2. Konsep Dasar Halusinasi

a. Definisi Halusinasi

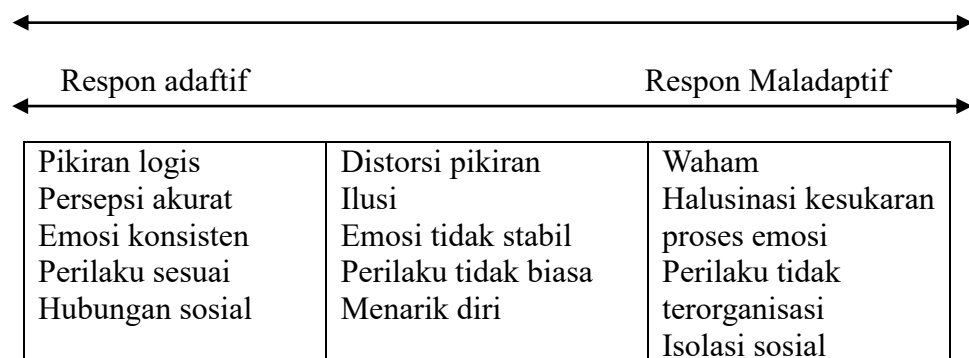
Halusinasi merupakan suatu gejala gangguan jiwa dimana klien merasakan stimulus seperti merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan perabaan atau penciuman yang sebenarnya tidak ada atau tidak nyata. Halusinasi merupakan salah satu dari sekian bentuk psikopatologi yang paling parah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

Halusinasi Halusinasi adalah gangguan yang terjadi pada persepsi sensori dari satu objek tanpa adanya suatu rangsangan yang nyata dari luar. Gangguan persepsi sensori ini meliputi seluruh pancaindra, seperti merasakan sensasi palsu berupa pendengaran, penglihatan, penciuman, pengecap, dan perabaan. Pasien biasanya merasakan suatu stimulus khusus yang sebenarnya tidak ada (Yusuf, Fitryasari, & Nihayati, 2015).

Halusinasi pendengaran adalah di mana seseorang mendengar suara atau kebisingan. Suara terdengar seperti suara yang mengejek, menertawakan, mengancam, atau memerintahkan untuk melakukan. Perilaku yang muncul seperti mengarahkan telinga pada sumber suara, bicara atau tertawa sendiri, marah-marah tanpa sebab, menutup telinga, mulut komat-kamit, dan ada gerakan tangan (Nurarif & Kusuma, 2015).

b. Rentang Respon

Bagan 2.1
Rentang Respon Halusinasi pendengaran Menurut Stuar 2016



c. Jenis – jenis Halusinasi

Jenis halusinasi dapat dibagi menjadi 5 menurut (Nurhalimah, 2016) yaitu:

- 1) Halusinasi pendengaran (Auditory hearing voices or sounds Hallucinations) adalah halusinasi pendengaran yang dimana pasien merasa ketakutan ataupun senang saat pasien mendengar suara-suara atau kegaduhan, mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap, mendengar suara menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya.
- 2) Halusinasi penglihatan (Visual Hallucinations) adalah halusinasi penglihatan yang dimana pasien merasa ketakutan ataupun senang saat melihat bayangan, sinar, bentuk geometris, bentuk kartun, melihat hantu atau monster.
- 3) Halusinasi pengecapan (Gustatory Hallucinations) adalah halusinasi pengecapan yang dimana pasien merasakan makanan atau rasa tertentu yang tidak nyata.
- 4) Halusinasi penghidu (Olfactory Hallucinations) adalah halusinasi penghirupan yang dimana pasien seperti mencium bau tertentu seperti bau busuk, mayat, anyir

darah, feses, atau hal menyenangkan seperti harum parfum atau masakan.

- 5) Halusinasi perabaan (Tactile Hallucinations) adalah halusinasi perabaan yang dimana pasien merasakan sesuatu yang aneh pada tubuhnya seperti yang mengerayap seperti serangga, makhluk halus atau tangan. klien merasakan sensasi panas atau dingin bahkan tersengat aliran listrik.

d. Etiologi Halusinasi

Faktor yang dapat menyebabkan halusinasi dibagi menjadi 2 yaitu predisposisi dan presipitasi menurut (Videbeck & Sheila, 2020) yaitu:

1. Predisposisi

a) Faktor Genetik

Faktor genetik merupakan salah satu faktor utama yang dapat menyebabkan halusinasi dikarenakan anak yang memiliki satu orang tua penderita halusinasi memiliki resiko 15%, angka ini meningkat sampai 35% jika kedua orang tua biologis menderita halusinasi.

b) Faktor psikologis

Faktor psikologis terjadi karena kegagalan berulang dalam menyelesaikan perkembangan awal psikososial, korban kekerasan, kurang kasih sayang. Sebagai contoh seorang anak yang tidak mampu membentuk hubungan

saling percaya yang dapat mengakibatkan konflik intrapsiki seumur hidup.

c) Faktor sosiokultural dan lingkungan

Seseorang yang berada dalam sosial ekonomi kelas rendah mengalami gejala halusinasi lebih besar dibandingkan dengan individu dari sosial ekonomi yang lebih tinggi. Kejadian ini berhubungan dengan kemiskinan, akomodasi perumahan padat, nutrisi tidak memadai. Seseorang yang merasa tidak diterima lingkungannya sejak bayi (unwanted child) akan merasa disingkirkan, kesepian, dan tidak percaya pada lingkungannya.

d) Faktor biologis

Adanya riwayat penyakit herediter gangguan jiwa, riwayat penyakit, trauma kepala dan riwayat penggunaan NAPZA mempunyai pengaruh terhadap terjadinya gangguan jiwa. Adanya stress yang berlebihan dialami seseorang maka di dalam tubuh akan dihasilkan suatu zat yang dapat bersifat halusinogenik neurokimia seperti Dimetytranferase (DMP). Akibat Buffofenon dan stress berkepanjangan menyebabkan teraktifasinya neurotransmitter otak. Misalnya terjadi ketidakseimbangan acetylcholin dan dopamine.

2. Faktor presipitasi

Respon klien terhadap halusinasi seperti curiga, ketakutan, perasaan tidak aman, gelisah dan bingung, perilaku merusak diri, kurang perhatian, tidak mampu membuat keputusan serta tidak dapat membedakan keadaan nyata ataupun tidak nyata.

e. 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:

- 1) Mendengar suara-suara atau kegaduhan
- 2) Mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap.
- 3) Mendengar suara menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya
- 4) Melihat bayangan, sinar, bentuk geometris, bentuk kartun, melihat hantu atau monster
- 5) Mencium bau-bauan busuk ataupun wangi seperti bau darah, urine, feses, kadang-kadang bau itu menyenangkan.
- 6) Merasakan rasa seperti merasakan makanan atau rasa tertentu yang tidak nyata
- 7) Merasakan sesuatu yang aneh pada tubuhnya seperti yang mengeraya seperti serangga, makhluk halus
- 8) Merasa takut atau senang dengan halusinasinya

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

- 1) Bicara atau tertawa sendiri.
- 2) Marah-marah tanpa sebab.
- 3) Mengarahkan telinga menjadi arah tertentu.
- 4) Menutup telinga.
- 5) Menunjuk nunjuk.
- 6) Ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas.

f. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan menurut Iyan (2021), penatalaksanaan halusinasi ada beberapa seperti psikofarmakoterapi, psikoterapi dan rehabilitasi 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:

1) Antipsikotik

Indikasi utama dari obat golongan ini yaitu untuk penderita gangguan psikotik (skizofrenia atau psikotik lainnya). Seperti obat antipsikotik yaitu: Chlorpromazine, Trifluoperazin, Thioridazin, 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.

2) Anti depresan

Golongan obat-obatan yang mempunyai khasiat mengurangi atau menghilangkan gejala depresif. Contoh obat antidepressan 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.

3) Antiansietas

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

g. Pohon masalah

Resiko Perilaku Kekerasan
(affect)



Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi



Sumber : (Sutejo 2017)

3. Konsep Defisit Perawatan Diri

a. Konsep Defisit Perawatan Diri

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

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

didapati ketidakpedulian merawat dirinya sendiri. Keadaan ini merupakan gejala perilaku negatif dan akan menyebabkan pasien diasingkan dalam keluarga atau lingkungan masyarakat (Yusuf, 2015).

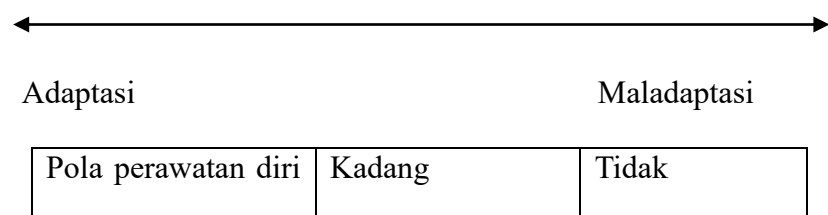
Defisit perawatan diri merupakan ketidakmampuan seseorang dalam melakukan aktivitas perawatan dirinya sendiri (SDKI, 2017). Klien dengan masalah defisit perawatan diri tidak mempunyai keinginan untuk merawat dirinya sendiri seperti mandi secara rutin, berdandan, BAB dan BAK pada tempatnya. Kebutuhan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

b. Rentang respon

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

Baagan 2.2

Rentang Respon Defisit Perawatan Diri



seimbang	perawatan diri kadang tidak	melakukan perawatan diri pada saat strees
----------	--------------------------------	--

c. Jenis jenis defisit perawatan diri

Menurut Hasana (2021) jenis-jenis perawatan diri dibagi menjadi 4 yaitu:

- 1) Defisit perawatan diri: mandi tidak ada keinginan untuk mandi secara teratur, pakaian kotor, bau badan, bau nafas, dan penampilan tidak rapi.
- 2) Defisit perawatan diri berdandan atau berhias kurangnya minat dalam memilih pakaian yang sesuai, tidak menyisir rambut, atau mencukur kumis.
- 3) Defisit perawatan diri makan mengalami kesukaran dalam mengambil, ketidakmampuan membawa makanan dari piring ke mulut, dan makan hanya beberapa suap makanan dari piring
- 4) Defisit perawatan diri: Ketidakmampuan untuk pergi ke Toilet atau kurangnya keinginan untuk buang air besar atau buang air kecil tanpa bantuan.

d. Etiologi defisit perawatan diri

1) Faktor predisposisi (Nur Halimah, 2016)

- a) Biologis, dimana defisit perawatan diri disebabkan oleh adanya penyakit fisik dan mental yang disebabkan klien tidak mampu melakukan keperawatan diri dan dikarenakan adanya faktor herediter dimana terdapat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.
- b) Psikologis, adanya faktor perkembangan yang memegang peranan yang tidak kalah penting, hal ini dikarenakan keluarga terlalu melindungi dan memanjakan individu tersebut sehingga perkembangan inisiatif menjadi terganggu. Klien yang mengalami defisit perawatan diri dikarenakan kemampuan realitas yang kurang yang menyebabkan klien tidak peduli terhadap diri dan lingkungannya termasuk perawatan diri. Sosial, kurangnya dukungan sosial dan situasi lingkungan yang mengakibatkan penurunan kemampuan dalam merawat diri.

2) Faktor presipitasi

Yang merupakan faktor presiptasi defisit perawatan diri adalah kurang penurunan motivasi, kerusakan kognisi atau perseptual, cemas, lelah lemah yang

dialami individu sehingga menyebabkan individu kurang mampu melakukan perawatan diri.

e. Tanda dan gejala Defisit Perawatan Diri

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

1) Data subjektif Klien mengatakan:

- a) Malas mandi
- b) Tidak mau menyisir rambut
- c) Tidak mau menggosok gigi
- d) Tidak mau memotong kuku
- e) Tidak mau berhias/berdandan
- f) Tidak bisa/tidak mau menggunakan alat mandi
- g) Tidak menggunakan alat makan dan minum saat makan dan minum
- h) BAB dan BAK sembarangan
- i) Tidak membersihkan diri dan tempat BAB dan BAK
- j) Tidak mengetahui cara perawatan diri yang benar

2) Data Objektif

- a) Badan bau, kotor, berdaki, rambut kotor, gigi kotor, kuku Panjang
- b) Tidak menggunakan alat mandi pada saat mandi dan tidak mandi dengan benar

- c) Rambut kusut, berantakan, kumis dan jenggot tidak rapi, serta tidak mampu berdandan.
- d) Pakaian tidak rapi, tidak mampu memilih, mengambil, memakai, mengencangkan dan memindahkan pakaian, tidak memakai sepatu/sandal, tidak mengancingkan baju atau celana
- e) Memakai barang-barang yang tidak perlu dalam berpakaian, mis memakai pakaian berlapis-lapis, pengguna pakaian yang tidak sesuai. Melepas barang- barang yang perlu dalam berpakaian, mis: telanjang
- f) Makan dan minum sembarangan dan berhamburan, tidak menggunakan alat makan, tidak mampu menyiapkan maknan, memindahkan makanan ke alat makan, tidak mampu memegang alat makan, membawa makanan dari piring ke mulut, mengunyah, menelan makanan secara aman dan menghabiskan makanan.
- g) BAB dan BAK tidak pada tempatnya, tidak membersihkan diri setelah BAB dan BAK, tidak mampu menjaga kebersihan toilet dan menyiram toilet setelah BAB dan BAK.

f. Penatalaksanaan Defisit Perawatan Diri

Menurut herman (Ade, 2015) pemaparan meliputi:

- 1) Ciptakan lingkungan yang mendukung
- 2) Menolong dan membimbing klien merawat diri
- 3) Meningkatkan kepercayaan diri dan kesadaran

g. Pohon Masalah

Resiko Perilaku Kekerasan
(effect)



Defisit Perawatan Diri
(core problem)



Gangguan Persepsi Sensori:
Halusinasi Pendengaran
(cause)

Sumber: (Astuti, 2019)

B. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian adalah proses untuk tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan terdiri dari pengumpulan data dan perumusan kebutuhan masalah klien. Data yang dikumpulkan melalui data biologis psikologis, sosial dan spiritual. Pengelompokan data pengkajian kesehatan jiwa, dapat berupa faktor presipitasi, penilaian terhadap stressor, sumber koping, dan kemampuan yang dimiliki. Saat melakukan pengkajian dengan menggunakan pendekatan kepada klien dan keluarga. Pengkajian pada klien dilakukan menggunakan metode wawancara, diskusi dan observasi (Aji, 2019).

a. Identitas pasien

Identitas klien merupakan Langkah awal pengkajian yang dilakukan petugas terhadap klien dengan melakukan BHSP dan kontrak. Diantaranya: Nama, umur, jenis kelamin, alamat lengkap, agama, pekerjaan, tanggal masuk, no. rekam medik, informasi keluarga yang bisa dihubungi penanggung jawab

b. Alasan masuk

Alasan klien datang ke RSJ, biasanya klien sering berbicara sendiri, mendengar atau melihat sesuatu, suka berjalan tanpa tujuan, membanting peralatan di rumah, menarik diri.

c. Faktor predisposisi

1) Biasanya klien pernah mengalami gangguan jiwa dan kurang

berhasil dalam pengobatan

- 2) Pernah mengalami aniaya fisik, penolakan dan kekerasan dalam keluarga klien dengan gangguan orientasi bersifat herediter
- 3) Pernah mengalami trauma masa lalu yang sangat mengganggu

d. Faktor presipitasi

Stresor presipitasi pada klien dengan halusinasi ditemukan adanya riwayat penyakit infeksi, penyakit kronis atau Kelainan struktur otak, kekerasan dalam keluarga, atau adanya kegagalan kegagalan dalam hidup, kemiskinan, adanya aturan tuntutan dalam keluarga atau masyarakat yang sering tidak sesuai dengan klien serta konflik antar masyarakat.

e. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan TTV, pemeriksaan head to toe dan keluhan fisik lain nya .

f. Psikososial

1) Genogram

Menggambarkan 3 generasi keluarga, Pada genogram biasanya terlihat ada anggota keluarga yang mengalami kelainan jiwa

2) Konsep diri

a) Hubungan sosial

Orang yang berarti, peran serta dalam kegiatan kelompok masyarakat, dan hambatan dalam berhubungan dengan

orang lain.

b) Spiritual

Nilai dan keyakinan biasanya klien dengan sakit jiwa dipandang tidak sesuai dengan agama dan budaya, kegiatan ibadah klien biasanya menjalankan ibadah di rumah sebelumnya, saat sakit ibadah terganggu atau sangat berlebihan

g. Status mental

1) Penampilan

Biasanya penampilan diri yang tidak rapi, tidak serasi atau cocok dan berubah dari biasanya.

2) Pembicaraan

Tidak terorganisir dan bentuk yang maladaptif seperti kehilangan, tidak logis, berbelit-belit.

3) Aktivitas motoric

Meningkat atau menurun, impulsif, kataton dan beberapa gerak yang abnormal.

4) Alam perasaan

Berupa suasana emosi yang memanjang akibat dari faktor presipitasi misalnya sedih dan putus asa disertai apatis.

5) Afek

Afek sering tumpul, datar, tidak sesuai dan ambivalen

6) Interaksi selama wawancara

Selama berinteraksi dapat dideteksi sikap klien yang tampak komat kamit, tertawa sendiri, tidak terkait dengan pembicaraan.

7) Tersinggung

Halusinasi apa yang terjadi dengan klien. Data yang terkait tentang halusinasi lainnya yaitu berbicara sendiri dan tertawa sendiri, menarik diri dan menghindari dari orang lain, tidak dapat membedakan nyata atau tidak nyata, tidak dapat memusatkan perhatian, curiga, bermusuhan, merusak, takut, ekspresi muka tegang, dan mudah tersinggung.

h. Proses pikir

1) Proses pikir

Biasanya klien tidak mampu mengorganisir dan organis menyusun pembicaraan logis dan koheren, tidak berhubungan, berbelit. Ketidakmampuan pasien ini sering membuat lingkungan takut dan merasa aneh terhadap klien

2) Isi pikir

Keyakinan klien tidak konsisten dengan tingkat intelektual dan latar belakang budaya klien. Ketidakmampuan memproses stimulus internal dan eksternal melalui proses informasi dapat menimbulkan waham.

3) Tingkat kesadaran

Biasanya klien akan mengalami disorientasi terhadap orang, tempat dan waktu.

4) Memori

Terjadi gangguan daya ingat jangka panjang maupun jangka pendek, mudah lupa, klien kurang mampu menjalankan peraturan yang telah disepakati, tidak mudah tertarik. Klien berulang kali menanyakan waktu, menanyakan apakah tugasnya sudah dikerjakan dengan baik, permisi untuk satu hal.

5) Tingkat konsentrasi dan berhitung

Kemampuan mengorganisir dan konsentrasi terhadap realitas eksternal, sukar menyelesaikan tugas, sukar berkonsentrasi pada kegiatan atau pekerjaan dan mudah mengalihkan perhatian, mengalami masalah dalam memberikan perhatian.

6) Kemampuan penilaian

Klien mengalami ketidakmampuan dalam mengambil keputusan, menilai, dan mengevaluasi diri sendiri dan juga tidak mampu melaksanakan keputusan yang telah disepakati. Sering tidak merasa yang dipikirkan dan diucapkan adalah Salah

7) Daya tilik diri

Klien mengalami ketidakmampuan dalam mengambil keputusan. Menilai dan mengevaluasi diri sendiri, penilaian terhadap lingkungan dan stimulus, membuat rencana termasuk

memutuskan, melaksanakan keputusan yang telah disepakati. klien yang sama sekali tidak dapat mengambil Keputusan merasa kehidupan sangat sulit, situasi ini sering mempengaruhi motivasi dan inisiatif pasien

i. Kebutuhan pasien pulang

1) Makan

Keadaan berat, klien sibuk dengan halusinasi dan cenderung tidak memperhatikan diri termasuk tidak peduli makanan karena tidak memiliki minat dan kepedulian.

2) BAB / BAK

Observasi kemampuan klien untuk BAK atau BAB serta kemampuan klien untuk membersihkan diri.

3) Mandi

Biasanya klien mandi berulang-ulang atau tidak mandi sama sekali.

4) Berpakaian

Biasanya tidak rapi, tidak sesuai dan tidak diganti

5) Istirahat dan tidur

Observasi tentang lama dan waktu tidur siang dan malam

biasanya istirahat klien terganggu bila halusinasinya datang.

6) Pemeliharaan kesehatan

Biasanya tentang Pemeliharaan kesehatan klien selanjutnya,
peran keluarga dan sistem pendukung sangat menentukan

7) Aktivitas dalam rumah

Klien tidak mampu melakukan aktivitas di dalam rumah seperti menyapu karena klien selalu malas.

j. Aspek Medik

Diagnosa medik : Gangguan Afektif Bipolar

Terapi medik :

Tabel 2.3 Terapi Medik

No.	Nama Obat	Dosis	Waktu pemberian	Cara pemberian
1.	Halloperidol	5mg	08.00,13.00,17.00	Oral
2.	Heximer	2mg	08.00,13.00,17.00	Oral
3.	Stelosi	5mg	08.00,13.00,17.00	Oral
4.	Clozapin	25mg	08.00,13.00,17.00	Oral

k. Diagnosa yang mungkin muncul

- 1) Gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran
- 2) Defisit perawatan diri

2. Analisa Data

Analisa data adalah kemampuan mengaitkan data dan menghubungkan data tersebut dengan konsep teori dan prinsip yang relevan untuk membuat kesimpulan dalam menentukan masalah (Sutejo, 2016).

Tabel 2.4 Analisa Data

No.	Tanda dan Gejala	Masalah
1.	Ds :	Gangguan persepsi

No.	Tanda dan Gejala	Masalah
	Klien mengatakan mendengar suara makhluk halus yang mengajaknya berdiskusi dan mengkritik dirinya. Suara itu muncul apabila sedang sendiri, lebih sering pada malam hari, dan muncul 1–5 kali dalam sehari. Ketika suara itu muncul, klien mengatakan takut. Do : Klien tampak senyum-senyum sendiri Klien tampak berbicara Klien tampak melamun Klien tampak mondar mandir	sensori halusinasi pendengaran
2.	Ds : Klien menolak apabila di ajak untuk melakukan perawatan diri. Klien mengatakan malas untuk mandi,berhias dan perawatan diri lainnya Do : Minat untuk melakukan perawatan diri tampak kurang Klien tampak garuk-garuk kakinya Klien tampak kotor Kuku tampak panjang dan kotor Gigi tampak kotor Sedikit berbau badan	Defisit Perawatan Diri

3. Diagnosa Keperawatan

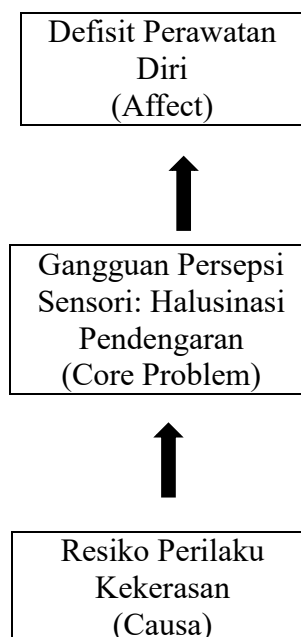
Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017), diagnose keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya, baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon pasien, individu,

keluarga, dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan. Berikut diagnosa yang muncul pada pasien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran:

- a. Gangguan Persepsi sensori halusinasi pendengaran
- b. Defisit perawatan diri

Berikut adalah pohon masalah dari Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran:

Bagan 2.5 Pohon Masalah Halusinasi Pendengaran



4. Intervensi

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

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

Bagan 2.2 Intervensi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi : Pendengaran	setelah dilakukan tindakan 4x pertemuan klien dapat membina hubungan saling percaya dengan kriteria hasil : 1. Ekspresi wajah bersahabat 2. Menunjukkan rasa senang 3. Ada kontak mata 4. Mau menjabat tangan 5. Mau menyebutkan nama 6. Mau duduk berdampingan dengan perawat 7. Bersedia mengungkapkan	Sp 1: 1. Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik 2. Identifikasi jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi halusinasi klien 3. Identifikasi respon klien terhadap halusinasi klien 4. Ajarkan klien menghardik 5. Anjurkan klien menghardik	1. Memfasilitasi kata bukaan dalam mengungkapkan perasaan 2. Mengetahui isi, jenis, waktu, frekuensi, situasi halusinasi klien 3. Mengetahui respon klien terhadap halusinasi klien 4. Untuk mengontrol halusinasi klien 5. Agar suara yang didengar berkurang, klien cuek

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
	masalah yang dihadapi 8. Menyebutkan isi, waktu, frekuensi, situasi dan kondisi yang menimbulkan halusinasi	dimasukan ke dalam kegiatan harian	
	Setelah dilakukan tindakan 4x pertemuan klien dapat mengenal halusinasi dengan kriteria hasil : 1. Menyebutkan cara menghardik halusinasi 2. Melakukan cara baru 3. Dapat memilih cara mengenal halusinasinya sendiri	Sp 2: 1. Evaluasi kegiatan klien yang lalu tentang kemampuan klien mengontrol halusinasi dengan cara menghardik 2. Latih klien mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap – cakap dengan orang lain 3. Anjurkan klien memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian	1. Dengan kontrak waktu yang sering klien dapat terhindar dari halusinasinya 2. Agar klien tidak menyendiri dan mengurangi halusinasinya 3. Klien dapat terbiasa
	Setelah dilakukan tindakan 4x pertemuan klien dapat mengenal halusinasinya dengan kriteria hasil : 1. Dapat menyebutkan kegiatan mengendalikan halusinasi dengan sp 3 (melakukan aktivitas) 2. Aktivitas yang dilakukan sehari – hari meningkat	Sp 3: 1. Evaluasi kemampuan yang lalu tentang kemampuan klien 2. Latih klien mengendalikan halusinasinya dengan cara melakukan kegiatan seperti (beribadah, senam, main congkak dan	1. Untuk melihat bagaimana perkembangan halusinasi klien 2. Suatu upaya lain untuk mengurangi dan memutus halusinasi 3. Untuk mengurangi perubahan interaksi

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
	3. Suara bisikan berkurang	bernyanyi) 3. Anjurkan klien memasuki ke jadwal harian sesuai dengan jadwal yang sudah disusun	
	Setelah dilakukan tindakan 4x pertemuan klien dapat memanfaatkan obat dengan baik dengan kriteria hasil: 1. Menyebutkan manfaat obat 2. Kerugian tidak meminum obat 3. Meminum obat dengan benar	Sp 4: 1. Evaluasi jadwal kegiatan harian klien 2. Berikan pendidikan kesehatan tentang penggunaan obat secara teratur 3. Motivasi untuk selalu memasuki ke dalam jadwal kegiatan harian	1. Untuk catatan kegiatan harian 2. Agar klien tahu penggunaan obat dengan benar dan teratur 3. Meningkatkan motivasi klien untuk meminum obat dengan benar
Defisit Perawatan Diri	Setelah dilakukan tindakan 4x pertemuan diharapkan pasien dapat menjaga kebersihan diri dengan kriteria hasil : 1. Membersihkan diri dengan cara mandi 2. Mampu berhias dan berdandan 3. Melakukan makan dan minum dengan baik 4. Mampu melakukan BAB / BAK dengan baik	Sp 1 : 1. Identifikasi masalah keperawatan diri 2. Jelaskan pentingnya kebersihan diri 3. Jelaskan alat dan cara kebersihan diri 4. Latih cara membersihkan diri 5. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan mandi, sikat gigi, potong kuku dan cuci rambut	1. Mengetahui masalah yang akan muncul 2. Agar klien tahu pentingnya kebersihan diri 3. Klien mengetahui alat dan cara mandi 4. Agar klien mampu menjaga kebersihan dirinya 5. Untuk membiasakan klien menjaga kebersihan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
		1. Evaluasi kegiatan kebersihan diri, beri pujian 2. Jelaskan cara dan alat untuk berdandan 3. Latih cara berdandan setelah kebersihan diri: sisiran, cukuran untuk pria 4. Memasukan pada jadwal kegiatan untuk kebersihan diri dan berdandan	1. Mengetahui perkembangan perilaku klien 2. Klien tahu cara dan alat untuk berdandan 3. Klien mampu berdandan secara mandiri 4. Suatu upaya agar klien terbiasa menjaga penampilan
		Sp 3 : 1. Evaluasi kegiatan kebersihan diri dan berdandan, beri pujian 2. Jelaskan cara dan alat makan dan minum 3. Latih cara makan dan minum yang baik 4. Masukkan pada jadwal kegiatan harian	1. Untuk melihat perkembangan kebersihan pada klien 2. Klien tahu cara dan alat makan dan minum 3. Agar klien mampu makan dan minum dengan baik 4. Kegiatan klien terjadwal
		Sp 4 : 1. Evaluasi kegiatan kebersihan diri, berdandan makan/minum, beri pujian 2. Jelaskan cara BAB/BAK yang baik 3. Latih cara BAB/BAK yang baik 4. Masukkan pada	1. Upaya untuk melihat seberapa besar perubahan yang terjadi pada klien 2. Agar klien tahu cara BAB / BAK dengan baik 3. Klien mampu BAB / BAK dengan benar 4. Meningkatkan motivasi agar klien lebih hidup sehat dan bersih

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
		jadwal kegiatan untuk kebersihan diri, berdandan, makan / minum, BAB / BAK	

5. Implementasi

Untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang lebih yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan, Potter, (2016). Implementasi keperawatan menurut Haryanto (2017), adalah kategori dari perilaku keperawatan, dimana perawat melakukan Tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan juga serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan.

6. Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap akhir yang bertujuan untuk menilai apakah tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau tidak untuk mengatasi suatu masalah, Ali, (2017)

Menurut Maryna (2013), evaluasi keperawatan adalah tahap yang menentukan apakah tujuan yang berkelanjutan dilakukan terus menerus untuk menilai efek dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan. Evaluasi dibagi menjadi 2 yaitu:

- 1) Evaluasi proses (Formatif) yang dilakukan setiap setelah melakukan

tindakan keperawatan.

- 2) Evaluasi hasil (sumatif) dilakukan dengan cara membandingkan respon klien dengan tujuan yang telah ditemukan. Evaluasi dapat dilakukan dengan pendekatan SOAP sebagai pola pikir.
 - a. S : Respon subjektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.
 - b. O: Respon objektif klien terhadap tindakan yang telah dilaksanakan.
 - c. A : Analisa terhadap data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan Apakah masalah masih ada atau telah teratasi atau muncul masalah baru.
 - d. P : Perencanaan tindak lanjut berdasarkan hasil analisa respon Pasien

Rencana tindak lanjut berupa :

- 1) Rencana teruskan, jika masalah tidak berubah.
- 2) Rencana dimodifikasi jika masalah tetap, semua tindakan sudah dijelaskan tapi hasil belum memuaskan.
- 3) Rencana dibatalkan jika ditemukan masalah baru dan bertolak belakang dengan masalah yang ada serta diagnosa dibatalkan.
- 4) Rencana atau diagnosa selesai jika tujuan sudah tercapai dan yang diperlukan adalah memelihara dan mempertahankan kondisi yang baru

7. Dokumentasi

Tahap dokumentasi keperawatan bisa dibuat berdasarkan informasi tertulis atau secara elektrik. Dokumentasi ini menjelaskan tentang perawatan maupun layanan yang diberikan perawat kepada seorang pasien, dengan system perawatan kesehatan (Rahmi, 2022)

BAB II

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Laporan Kasus

1. Pengkajian

a Pengumpulan Data

1) Identitas Klien

Nama	: Tn. P
Umur	: 49 Tahun
Jenis Kelamin	: Laki – laki
Pendidikan	: S1
Agama	: Islam
Pekerjaan	: Tidak Bekerja
Alamat	: jln. Raya Tanjung Sari, Sumedang
Status Perkawinan	: Belum Kawin
Tanggal Dirawat	: 21 Agustus 2023
Tanggal Pengkajian	: 22 April 2025
Diagnosa Medis	: Gangguan Afektif Bipolar
No. RM	: 83042023

2) Identitas penanggung jawab

Nama	: Ny. Y
Umur	: 56 Tahun
Pekerjaan	: Ibu Rumah Tangga
Alamat	: Jln. Raya Tanjung Sari, Sumedang
Hub. Dengan klien	: Kakak Kandung

b Alasan masuk

Klien Klien datang ke Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie, Samarang, Garut, pada tanggal 21 Agustus 2023, diantar oleh kakak kandungnya. Alasan kedatangan adalah karena di rumah, klien sering marah-marah kepada anggota keluarga, merusak barang-barang, serta berbicara sendiri dan mengonsumsi alkohol. Klien juga diketahui jarang mengonsumsi obat yang telah diberikan, bahkan sering menjualnya kepada teman-temannya.

Pada hari Selasa, 22 April 2025, dilakukan pengkajian ulang. Hasil pengkajian menunjukkan bahwa selama berada di klinik, klien sudah tidak lagi menunjukkan perilaku marah-marah. Namun, klien mengaku masih sering mendengar suara-suara yang menyerupai makhluk halus dan seolah-olah sedang berdiskusi dengannya, terutama saat ia sedang sendirian. Hal ini membuat klien merasa risih dan gelisah. Dalam satu minggu terakhir, suara-suara tersebut muncul sekitar lima kali.

c Faktor Predisposisi

1) Riwayat Gangguan Dimasalalu

Klien mengatakan memiliki riwayat gangguan jiwa dimasa lalu dan klien juga sudah beberapa kali keluar masuk RSJ. Yang pertama klien di rawat pada tahun 2000 di Rumah Sakit Jiwa Cisarua Bandung, kemudian klien dibawa ke Klinik

Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie pada tahun 2023

pengobatan klien kurang berhasil.

2) Riwayat Aniaya

Klien menyatakan bahwa dirinya tidak pernah menjadi pelaku, mengalami, maupun menjadi saksi atas perbuatan aniaya, baik secara fisik, seksual, maupun tindakan penolakan atau tindak kriminal terhadap dirinya

3) Riwayat Anggota Keluarga Yang Mengalami Gangguan Jiwa.

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

4) Riwayat Yang Tidak Menyenangkan Di Masa Lalu

Klien menyatakan bahwa dirinya tidak pernah mengalami hal-hal yang tidak menyenangkan di rumah, termasuk adu argumen dengan anggota keluarga maupun perlakuan yang kurang menyenangkan dari anggota keluarga

d Faktor presipitasi

Klien mengatakan sering mendengar suara makhluk halus yang seolah sedang berdiskusi, suara tersebut muncul ketika klien sedang sendirian dan melamun. Dalam satu minggu terakhir, suara itu muncul sebanyak 5x, dan klien mengaku merasa risih serta gelisah setiap kali suara tersebut datang.

e Fisik

1) Keadaan Umum : Compos Mentis

2) Tanda – tanda vital

Tekanan darah : 110 / 70 mmhg

Respirasi : 20x / menit

Nadi : 85x / menit

Suhu : 36,3 °C

Antropometri

Berat Badan : 80 Kg

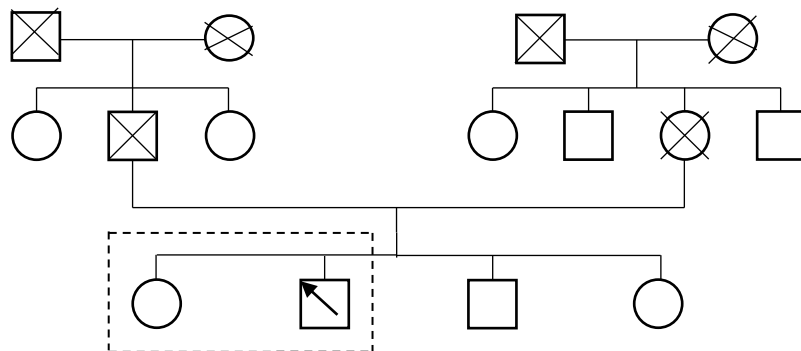
Tinggi Badan : 170 Cm

Keluhan Fisik : Pada saat dikaji klien tidak mempunyai gig

Masalah Keperawatan : Tidak ada

f Psikososial

1) Genogram



Keterangan:



: Laki – laki



: Perempuan



: Laki – laki Meninggal



: Perempuan Meninggal



: klien



: Garis Keturunan



: Garis Satu Rumah

Klien merupakan anak ke- 2 dari 4 bersaudara, klien tinggal bersama kakak perempuannya yang ke-1

2) Konsep diri

a. Citra Tubuh

Baik : klien mengatakan menyukai seluruh anggota tubuh yang dimilikinya, klien mengatakan merasa tampan sebagai laki – laki .

b. Identitas Diri

Klien mampu menjelaskan identitas dirinya. Klien mengatakan ia bernama Tn. P berusia 49 tahun seorang laki laki dan bertempat tinggal di Sumedang.

c. Peran Diri

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

d. Ideal Diri

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

e. Harga Diri

Klien mengatakan tidak merasa malu dengan kondisinya yang sekarang

3) Hubungan sosial

a. Orang yang berarti

Saat dikaji klien mengatakan orang tuanya nomor satu yang paling berarti di hidupnya. Peran serta dalam kegiatan kelompok/ masyarakat

b. Klien sering kali mengikuti kegiatan kelompok yang diadakan di lingkungan Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie.

c. Hambatan dalam hubungan dengan orang lain

Klien mengatakan sering berinteraksi dengan pasien yang lainnya, klien mengatakan terkadang ia menjadi pendengar dan tempat bercerita orang lain

4) Spiritual

a. Nilai dan keyakinan

Pasien mengatakan beragama islam dan klien juga mempercayai adanya Tuhan.

b. Kegiatan ibadah

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

g Status mental

1) Penampilan

Klien berpenampilan nampak kurang rapih, baju klien sering ganti namun kotor dan bau pesing, sedikit tercium bau badan dan bau mulut, kuku klien panjang dan kotor, rambut klien nampak lepek dan berminyak, klien tidak memiliki gigi

2) Pembicaraan

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

3) Aktivitas/ motorik

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

4) Alam perasaan

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

5) Afek

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

6) Interaksi selama wawanacara

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

7) Persepsi

Klien mendengar suara makhluk halus seperti sedang berdiskusi, namun suara itu tidak ada wujudnya, suara itu terdengar selalu saja seperti sedang marah-marah dan mengkritik diri klien, klien mengatakan suara itu muncul apabila ia sedang melamun sendirian, klien mengatakan ia kadang tidak bisa mengalihkan suara itu sehingga klien selalu merasa risih.

8) Proses berpikir

Klien mampu berpikir dengan baik saat diberi pertanyaan

klien mampu menjawab secara benar dan berurutan seperti:

“coba hitung mundur dari angka 15-1” klien mampu menjawab dengan benar meskipun sedikit lambat.

9) Isi pikir

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

10) Tingkat kesadaran

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

11) Memori

a. Jangka panjang : Klien mampu mengingat

keluarganya, mampu menyebutkan nama, jumlah saudara dan klien mengatakan ia mengingat kejadian apa yang terjadi pada dirinya saat dirumah

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

12) Tingkat konsentrasi dan berhitung

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

13) Kemampuan penilaian

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

14) Daya tilik diri

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

h. Kebutuhan persiapan pulang

1) Makan

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

2) Defekasi / berkemih

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

3) Mandi

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

4) Berpakaian / berhias

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

5) Istirahat / tidur

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

6) Penggunaan obat

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

7) Pemeriksaan kesehatan

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

8) Aktivitas didalam rumah

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

9) Aktivitas diluar rumah

Klien mampu melakukan kegiatan diluar rumah dengan diawasi oleh keluarganya

i Mekanisme koping

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

j Aspek medik

Diagnosa medik: Gangguan Afektif Bipolar

Terapi medik:

Tabel 3.1 Terapi Medik

No.	Nama Obat	Dosis	Waktu pemberian	Cara pemberian
1.	Halloperidol	5mg	08.00,13.00,17.00	Oral
2.	Heximer	2mg	08.00,13.00,17.00	Oral
3.	Stelosi	5mg	08.00,13.00,17.00	Oral
4.	Clozapin	25mg	08.00,13.00,17.00	Oral

2. Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul

1) Gangguan Persepsi Sensori

2) Defisit Perawatan Diri

3. Analisa Data

Tabel 3.2 Analisa Data

No.	Tanda dan Gejala	Masalah
1.	Ds : Klien mengatakan mendengar suara makhluk halus yang mengajaknya berdiskusi dan mengkritik dirinya. Suara itu muncul apabila sedang sendiri, lebih sering pada malam hari, dan muncul 1–5 kali dalam sehari. Ketika suara itu muncul, klien mengatakan takut. Do : Klien tampak senyum-senyum sendiri Klien tampak berbicara Klien tampak melamun Klien tampak mondar mandir	Gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran
2.	Ds : Klien menolak apabila di ajak untuk melakukan perawatan diri. Klien megatakan malas untuk mandi,berhias dan perawatan diri lainnya Do : Minat untuk melakukan peawatan diri	Defisit Perawatan Diri

No.	Tanda dan Gejala	Masalah
	tampak kurang Klien tampak garuk-garuk kakinya Klien tampak kotor Kuku tampak panjang dan kotor Gigi tampak kotor Sedikit berbau badan	

4. Diagnosa Keperawatan

a. Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran

1) Data Subjektif

- Klien mengatakan mendengar suara makhluk halus yang mengajaknya berdiskusi dan mengkritik dirinya. Suara itu muncul apabila sedang sendiri, lebih sering pada malam hari, dan muncul 1–5 kali dalam sehari. Ketika suara itu muncul, klien mengatakan takut.

2) Data objektif

- Klien tampak senyum-senyum sendiri
- Klien tampak berbicara
- Klien tampak melamun
- Klien tampak mondar mandir

b. Defisit Perawatan Diri

1) Data Subjektif

Klien menolak apabila di ajak untuk melakukan perawatan diri.

Klien megatakan malas untuk mandi,berhias dan perawatan diri lainnya

2) Data Objektif

- Minat untuk melakukan perawatan diri
- tampak kurang
- Klien tampak garuk-garuk kakinya
- Klien tampak kotor
- Kuku tampak panjang dan kotor
- Gigi tampak kotor
- Sedikit berbau badan

5. Intervensi Keperawatan

Nama : TN. P

Umur : 49 Tahun

Klinik : Nur Illahie Assanie, Garut

No.RM : 8340

Diagnosa Medis : Afektif Bipolar

Tabel 3.3 Intervensi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran	Setelah dilakukan tindakan 4x pertemuan klien dapat membina hubungan saling percaya dengan kriteria hasil : 1. Ekspresi wajah bersahabat 2. Menunjukkan rasa senang 3. Ada kontak	Sp 1 : 1. Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik 2. Identifikasi jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi halusinasi klien 3. Identifikasi respon klien terhadap	1. Memfasilitasi kata bukaan dalam mengungkapkan perasaan 2. Mengetahui isi, jenis, waktu frekuensi, situasi halusinasi klien 3. Mengetahui respon klien terhadap halusinasi klien

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
	mata 4. Mau berjabat tangan 5. Mau menyebutkan nama 6. Mau duduk berdampingan dengan perawat 7. Bersedia mengungkapkan masalah yang dihadapi 8. Menyebutkan isi, waktu, frekuensi, situasi dan kondisi yang menimbulkan halusinasi	halusinasi klien 4. Ajarkan klien menghardik 5. Anjurkan klien menghardik dimasukkan ke dalam kegiatan harian	4. Untuk mengontrol halusinasi klien 5. Agar suara yang didengar berkurang, klien cuek
	Setelah dilakukan tindakan 4x pertemuan klien dapat mengenal halusinasi dengan kriteria hasil : 1. Menyebutkan cara menghardik halusinasi 2. Melakukan cara baru 3. Dapat memilih cara mengatasi halusinasinya sendiri	Sp 2 : 1. Evaluasi kegiatan klien yang lalu tentang kemampuan klien mengontrol halusinasi dengan cara menghardik 2. Latih klien mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap – cakap dengan orang lain 3. Anjurkan klien memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian	1. Dengan kontrak yang sering klien dapat terhindar dari halusinasinya 2. Agar klien tidak menyendiri dan mengurangi halusinasinya 3. Klien dapat terbiasa menghardik halusinasinya
	Setelah dilakukan tindakan 4x pertemuan klien dapat mengenal halusinasi dengan kriteria hasil : 1. Dapat menyebutkan kegiatan mengendalikan halusinasi dengan sp3	Sp 3 : 1. Evaluasi kemampuan yang lalu tentang kemampuan klien 2. Latih klien mengendalikan halusinasinya dengan cara melakukan kegiatan seperti	1. Untuk melihat bagaimana proses perkembangan halusinasi klien 2. Satu upaya lain untuk mengurangi dan memutus halusinasi 3. Untuk mengurangi perubahan interaksi realita klien

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
	(melakukan aktivitas) 2. Aktivitas yang dilakukan sehari-hari meningkat 3. Suara bisikan berkurang	(beribadah, senam, main congkak dan bernyanyi) 3. Anjurkan klien memasukkan ke jadwal harian sesuai dengan jadwal yang sudah disusun	
	Setelah dilakukan tindakan 4x pertemuan klien dapat memanfaatkan obat dengan baik dengan kriteria hasil ; 1. Menyebutkan manfaat obat 2. Kerugian tidak minum obat 3. Meminum obat dengan benar	Sp 4 : 1. Evaluasi jadwal kegiatan harian klien 2. Berikan pendidikan kesehatan tentang penggunaan obat secara teratur 3. Motivasi untuk selalu memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian	1. Untuk catatan kegiatan harian 2. Agar klien tau penggunaan obat yang benar, baik dan teratur 3. Meningkatkan motivasi klien untuk meminum obat dengan benar
Defisit Perawatan Diri	Setelah dilakukan tindakan 4x pertemuan diharapkan pasien dapat menjaga kebersihan diri dengan kriteria hasil : 1. Membersihkan diri dengan cara mandi 2. Mampu berhias dan berdandan 3. Melakukan makan dan minum dengan baik 4. Mampu melakukan BAB/BAK dengan baik	Sp 1 : 1. Identifikasi masalah keperawatan diri 2. Jelaskan pentingnya kebersihan diri 3. Jelaskan alat dan cara kebersihan diri 4. Latih cara membersihkan diri 5. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan mandi, sikat gigi, potong kuku dan cuci rambut	1. Mengetahui masalah yang akan muncul 2. Agar klien tahu pentingnya kebersihan diri Klien 3. mengetahui alat dan cara mandi 4. Agar klien mampu menjaga kebersihan dirinya 5. Untuk membiasakan klien menjaga kebersihan diri
		Sp 2 : 1. Evaluasi kegiatan kebersihan diri, beri pujian 2. Jelaskan cara dan alat	1. Mengetahui perkembangan perilaku klien 2. Klien tahu cara dan alat untuk Berdandan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
		untuk berdandan 3. Latih cara berdandan setelah kebersihan diri sisiran, cukuran untuk pria 4. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk kebersihan diri dan berdandan	3. Klien mampu berdandan secara mandiri 4. Suatu upaya agar klien terbiasa menjaga penampilan
		Sp 3 : 1. Evaluasi kegiatan kebersihan diri dan bedandan, beri pujian 2. Jelaskan cara dan alat makan dan minum 3. Latih cara makan dan minum yang baik 4. Masukan pada jadwal kegiatan harian klien	1. Untuk melihat perkembangan kebersihan pada klien 2. Klien tahu cara dan alat makan dan minum 3. Agar klien mampu makan dan minum dengan baik 4. Kegiatan klien terjadwal
		Sp 4 : 1. Evaluasi kegiatan kebersihan diri, berdandan, makan/minum, beri pujian 2. Jelaskan cara BAB / BAK yang baik 3. Latih cara BAB / BAK yang benar 4. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk kebersihan diri, berdandan, makan/minum, BAB/BAK	1. Upaya untuk melihat seberapa besar perubahan yang terjadi pada klien 2. Agar klien tahu cara BAB/BAK dengan baik 3. Klien mampu BAB/BAK dengan benar 4. Meningkatkan motivasi agar klien hidup lebih sehat dan bersih

5. Implementasi Dan Evaluasi

Nama : TN. P
 Umur : 49 Tahun
 Klinik : Nur Illahie Assanie, Garut
 No.RM : 8340
 Diagnosa Medis : Afektif Bipolar

Tabel 3.4 Implementasi Dan Evaluasi

Waktu	Implementasi	Waktu	Evaluasi	Paraf
22 april 2025	Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran SP 1 : 1) Membina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip teurapetik. 2) Mengidentifikasi klien menenal halusinasinya (isi,waktu,frekuensi,pencetus perasaan saat terjadi halusinasi) 3) Melatih klien dengan mengontrol halusinasi dengan cara pertama: Menghardik halusinasi Tahapan tindakan meliputi : 1) Menjelaskan cara menghardik balusinasi 1) Mempragakan cara 2) Menghardik 3) Meminta klien memperagakan ulang 4) Memantau oenerapan cara ini 5) Memasukan ke dalam jadwal harian RTL : 1) Evaluasi sp 1 2) Lanjut sp 2	22 april 2025	S: 1) Klien mengatakan masih sering mendengar suara makhluk halus tersebut 2) Klien mengatakan suara tersebut datang ketika sendirian 3) Klien mengatakan suara tersebut datang ketika malam hari 4) Klien mengatakan suara itu muncul dalam 5x seminggu 5) Ketika suara itu muncul klien mengatakan risih 6) Klien mengatakan sudah bisa cara menghardik dengan cara tutup telinga dan bilang lalu katakan pergi pergi kamu tidak nyata kamu palsu O : 1) Klien cukup kooperatif 2) Klien tampak mondar mandir 3) Klien tampak komat kamit A : 1) Sp 1 teratasi sebagian 2) Klien dapat Mengenal halusinasinya 3) Klien mampu	Erliyan

			memperagakan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik P : 1) Memotivasi klien untuk mempraktekan cara menghardik apabila halusinasinya muncul. 2) Evaluasi sp 1 3) Lanjutkan sp 2 4) Masukkan jadwal kegiatan harian	
22 april 2025	Defisit Perawatan Diri S: SP 1 1) Melatih klien cara-cara perawatan kebersihan diri a) Memberikan kesempatan pada klien untuk mencoba kegiatan b) Menjelaskan alat-alat untuk menjaga kebersihan diri c) Menjelaskan cara-cara melakukan kebersihan diri d) Melatih klien mempraktekan cara menjaga kebersihan diri RTL: 1) Evaluasi SP 1 2) Lanjutkan Z	22 april 2025	S : 1) Klien mengatakan belum mandi 2) Klien mengatakan sudah tahu cara perawatan kebersihan diri 3) Klien mengatakn sudah tahu alat-alat untuk menjaga kebersihan. 4) Klien menjelaskan cara-cara perawatan diri O: 1) Klien tampak kotor 2) Kuku tampak panjang dan kotor 3) Gigi tampak kotor 4) Sedikit berbau badan A: 1) SP 1 teratasi sebagian 2) Klien mengetahui alat-alat untuk perawatan diri dan mejelaskan cara – cara melakukan kebersihan diri. P: 1) Memotivasi klien untuk melakukan perawatan diri. 2) Lanjutkan sp 2	Erliyan

24 april 2025	Gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran SP 2 1) Mengevaluasi kegiatan sp 1 2) Melatih klien mengontrol halusinasinya dengan cara kedua : bercakap-cakap dengan orang lain 3) Menganjurkan memasukan ke jadwal kegiatan harian. RTL : 1) Evaluasi sp 1,2 2) Lanjut sp 3	24 april 2025	S: 1) Klien mengatakan cara mengontrol saat halusinasi muncul dengan cara menghardik tutup teinga 2) Klien mengatakan cara mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan teman atau perawat O : 1) Klien cukup kooperatif 2) Klien tampak berbicara sendiri berkurang 3) Klien tampak mondar mandir berkurang 4) Klien tampak senyum-senyum sendiri berkurang A: 1) Sp 2 tertasi sebagian 2) Klien tampak bercakap-cakap dengan teman nya. P : 1)Evaluasi sp 1 dan sp 2 2)Lanjutkan sp 3	Erliyan
24 april 2025	Defisit perawatan diri Sp 2 Melatih Klien Berdandan/berhias meliputi : a) Berpakaian b) Menyisir rambut c) Berhias RTL : 1) Evaluasi sp 1,2 2) Lanjut sp 3	24 april 2025	S : ☐ Klien mengatakan sudah bisa cara berpakaian dan menyisir rambut secara mandiri. O : 1) Kuku tampak bersih 2) Rambut tampak rapih A : 1) SP 2 teratasi sebagian 2) Klien tampak	Erliyan

			menyisir rambut. 3) Klien tampak memotong kuku dengan bantuan perawat. P: 1) Evaluasi sp 2 2) Lanjukan sp 3	
25 april 2025	Gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran SP 3 1) Mengevaluasi kegiatan sp 1 dan sp 2 2) Melatih kegiatan agar halusinasinya tidak muncul tahapannya : a) Menjelaskan pentingnya melakukan aktivitas terjadwal b) Mendiskusikan aktivitas yang biasa klien lakukan c) Melatih klien melakukan aktivitas terjadwal d) Memantau pelaksanaan RTL : 1) a.Evaluasi sp 1,2,3 2) b.Lanjut sp 4	25 april 2025	S: 1) Klien mengatakan selalu mengikuti kegiatan yang ada di yayasan. 2) Klien mengatakan sudah mengetahui pentingnya melakukan aktivitas yang terjadwal yang ada di yayasan agar halusinasinya tidak muncul. O : Klien tampak menulis jadwal kegiatan harian. A : 1) sp 3 teratasi sebagian 2) Klien mampu mengikuti kegiatan yang ada di yayasan. P : 1) Evaluasi sp 3 2) Lanjut sp 4	Erliyan
25 april 2025	Defisit perawatan diri SP 3 1) Melatih Klien makan secara mandiri 2) mandiri a) Menjelaskan cara mempersiapkan makan b) Menjelaskan cara makan yang tertib c) Menjelaskan cara Merapihkan peralatan makan setelah makan e) Mempraktek makan	25 april 2025	S: 1) Klien mengatakan mampu makan secara mandiri 2) Klien mengatakan mengetahui cara merapihkan peralatan makan O : 1) Klien tampak bersih 2) Bau berkurang 3) Klien tampak	Erliyan

	seseuai dengan tahapan makan yang baik RTL : 1) Evaluasi sp 1,2,3 2) Lanjut sp 4		merapihkan peralatan makan A: 1) Sp 3 teratasi sebagian. 2) Klien mampu makan secara mandiri dan membereskan peralatan makan. P : 1) Evaluasi Sp 3 2) Lanjutkan Sp 4	
26 april 2025	Gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran SP 4 1) Mengevaluasi kegiatan sp 1,2 dan sp 3 2) Menjelaskan pentingnya program penggunaan minum obat . 3) Menjelaskan akibat tidak minum obat 4) Melatih pasien minum obat 5) Memasukan ke jadwal harian	26 april 2025	S : 1) Klien mengatakan apabila suara itu muncul “saya akan menutup telinga dan berkata pergi saya tidak mau dengar suara kamu palsu kamu tidak nyata atau dengan bercakap – bercakap dengan orang lain dan melakukan kegiatan terjadwal yang ada di yayasan. 2) Klien mengatakan jika tidak minum obat akan menyebabkan kambuh. O : Klien mampu menunjukan dan menyebutkan jenis obat yang di minumnya. Obat yang di minum : Haloperidol, stelosi,cpz, Heximer A : SP 4 teratasi P : 1) Motivasi klien untuk meminum obat secara teratur	Erliyan

26 april 2025	Defisit perawatan diri SP 4 : 1) Mengajarkan klien melakukan BAB/BAK secara mandiri a) Menjelaskan klien melakukan BAB/BAK secara mandiri b) Menjelaskan cara membersihkan diri setelah BAB dan BAK c) Menjelaskan cara membersihkan tempat BAB dan BAK	26 april 2025	S : 1) Klien mengatakan mampu melakukan BAB/BAK secara mandiri. 2) Klien mengatakan mampu membersihkan diri setelah BAB/BAK serta membersihkan tempatnya. O : 1) Klien tampak bersih 2) Bau berkurang A : Sp 4 teratasi P : 1) Memotivasi klien untuk melakukan perawatan diri secara mandiri setiap har	Erliyan
---------------	---	---------------	--	---------

6. Catatan perkembangan

Tabel 3.5 Catatan perkembangan

Dx	Catatan Perkembangan	Waktu	Paraf
Gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran	S : - Klien mengatakan bangun jam 6 pagi, lalu makan dan mencoba melakukan cara menghardik “ pergi-pergi kamu itu suara palsu aku tidak mendengarmu” O : - Klien nampak sedang mengobrol dengan temannya dan perawat yang sedang	28 april 2025	Erliyan

	bertugas - Klien nampak tertawa-tawa dengan temannya - Klien mondar-mandir di ruangan A : Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran belum teratasi P : Evaluasi SP 2, Lanjut SP 3 I : SP 2 - Mengevaluasi jadwal kegiatan yang lalu dan sp R : klien mengatakan sudah melakukan cara menghardik - Klien mengatakan suara muncul lagi pada sore hari Melatih klien mengendalikan halusinasinya dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain R : klien meminta saya untuk menemaninya berbincang - Menganjurkan klien memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian R : klien menyetujui kegiatan harian tambahan - Mengajak klien melakukan terapi modalitas yaitu dengan karaoke bersama perawat R: klien mengikuti karaoke E : - Suara-suara yang mengganggu klien masih ada - Klien mondar-mandir d ruangan - Latih kembali cara menghardik R : pertahankan intervensi		
Defisit Perawatan Diri	S : - Klien mengatakan belum mandi hari ini - Klien mengatakan tidak cebok lagi karena dingin - Klien mengatakan mau mandi apabila diberi permen O : - Tercium aroma bau badan dan bau mulut - Turgor kulit kering - Kuku klien sudah dipotong dan nampak	26 april 2025	Erliyan

	bersih A : Defisit Perawatan Diri P : Evaluasi SP 2 dan lanjut SP 3 I : SP 2 - Mengevaluasi kegiatan kebersihan diri klien - R : klien mengatakan belum mandi hari ini - Menjelaskan cara dan alat untuk berdandan - R : klien mengetahui cara dan alat berdandan - Melatih cara berdandan setelah kebersihan diri - R: kuku klien sudah dipotong dengan dibantu oleh perawat - Memasukkan pada jadwal kegiatan untuk kebersihan diri dan berdandan - R: klien menyetujui E : - Klien tidak mandi hari ini - Klien meminta permen sebagai imbalan agar ia mandi - Klien tercium aroma bau badan dan bau mulut R : Pertahankan intervensi		
Gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran	S : - Klien mengatakan sekarang apabila suara itu muncul ia selalu melakukan cara menghardik O : - Klien nampak sedang bercakap-cakap dengan temannya - Klien mengikuti kegiatan yang diadakan oleh perawat - Klien nampak mengikuti pengajian - Klien terlihat melamun A : Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran P : Evaluasi SP 3 , lanjut SP 4 I : SP 3 - Mengevaluasi jadwal kegiatan sebelumnya - R : klien sudah melakukan SP2 - Melatih cara mengontrol halusinasi klien dengan cara melakukan kegiatan	29 april 2025	Erliyan

	R : klien mengikuti kegiatan senam - Mengajak klien melakukan terapi modalitas dengan bermain game bersama pasien lain dan perawat R: klien mau mengikuti game dengan semangat E : - Klien nampak melamun - Klien masih sering mondar-mandir - Klien melakukan cara menghardik R : Pertahankan intervensi		
Defisit perawatan diri	S : - Klien mengatakan sudah mandi hari ini O : - Klien nampak lebih segar - Klien nampak ganti baju A : Defisit perawatan diri P : Evaluasi SP3 , lanjut SP4 I : SP 3 - Mengevaluasi kegiatan kebersihan diri R: Klien mengatakan sudah mandi - Menjelaskan cara dan alat makan dan minum R : klien mengetahui cara dan alat makan dan minum - Melatih cara makan dan minum yang baik dan benar R : klien mampu mengikuti arahan yang diberikan E : - Klien masih meminta permen agar ia mandi R : pertahankan intervensi	29 april 2025	Erliyan
Gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran	S : - Klien mengatakan sudah jarang mendengar suara-suara yang mengganggunya - Klien mengataka sudah melakukan cara menghardik O : - Klien nampak sedang bermain dengan teman dan perawat - Klien meminum obat rutin sesuai dengan	30 april 2025	Erliyan

	anjuan dokter - Klien jarang mondar-mandir A : Gangguan persepsi sensori : Halusinasi Pendengaran P : Evaluasi SP 1, SP 2, SP 3, dan SP 4 I : - Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien - R : klien dapat melakukan kegiatan yang sudah dijadwalkan - Memberikan pendidikan kesehatan tentang penggunaan obat secara teratur dan benar - R : klien mampu mengulangi apa pentingnya meminum obat - Memotivasi klien untuk selalu memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian - R : Klien mengatakan siap untuk melakukan kegiatan yang terjadwal yang diarahkan oleh perawat E : - Evaluasi kembali semua SP - Awasi klien dalam penggunaan obat R : pertahankan intervensi		
Defisit perawatan diri	S : - Klien mengatakan sudah mandi hari ini O : - Klien nampak lebih segar dan bersih - lien mampu menggunakan alat makan dengan benar A : Defisit perawatan diri P : Evaluasi SP 1, SP2, SP3, dan SP4 I : SP 4 - Mengevaluasi kegiatan kebersihan diri, makan dan minum - R : klien mengatakan sudah mandi - Menjelaskan cara BAB/BAK yang benar - R : klien mengerti cara BAB/BAK yang benar - Melatih klien cara BAB/BAK yang benar - R : klien mampu melakukan BAB/BAK dengan benar - Memotivasi klien memasukkan dan melakukan kebersihan diri, makan dan minum, BAB/BAK dengan baik ke	30 april 2025	Erliyan

	dalam jadwal kegiatan harian R : klien mengatakan siap melakukan sesuai arahan yang diberikan E : Evaluasi kembali semua SP R : pertahankan intervensi		
--	--	--	--

B. Pembahasan

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

1. Pengkajian

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

Pada keluhan utama klien mengatakan datang dibawa oleh kakak kandungnya dengan keluhan sering marah-marah kepada anggota keluarganya, dirumah klien berbicara sendiri dan jarang meminum

obat, sehingga akhirnya keluarga membawa klien ke Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut

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

Pada faktor predisposisi diperoleh data bahwa klien pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu, klien juga sudah beberapa kali keluar masuk Rumah Sakit Jiwa namun pengobatannya tidak berhasil, klien mengatakan tidak ada anggota keluarganya yang memiliki penyakit serupa dengan klien saat ini. Dari data yang diperoleh, gambaran diri klien mengatakan bahwa ia tidak merasa malu dengan apa yang dialaminya sekarang, klien menyukai semua anggota tubuhnya, klien mengatakan tidak memiliki pengalaman di masa lalu yang tidak menyenangkan. Penampilan klien kurang rapih, klien mengatakan jarang mandi karena malas dan dingin, dan malas berganti

baju, klien bau badan, bau mulut, kuku nampak kotor dan panjang. Klien merupakan anak ke-2 dari 4 bersaudara. Pada pengkajian status mental klien mengatakan sering mendengar suara-suara bisikan yang menyerupai suara suara makhluk halus, klien merasa risih dan gelisah, klien mengatakan tidak tahu apa yang harus dilakukannya ketika suara itu datang, klien mengatakan tidak tahu bagaimana cara menyelesaikan masalah karena ia sungkan untuk bercerita kepada orang lain.

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

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

Sedangkan data yang tidak ditemukan pada Tn. P tetapi ada pada teori dalam 2 diagnosa keperawatan itu diantaranya:

- a. Faktor genetik
- b. Faktor sosial budaya

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

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

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa Keperawatan yang penulis temukan pada saat pengkajian pada Tn. P dengan gangguan persepsi sensori halusinasi ada 2 diagnosa yang sesuai dengan teori, yaitu : Halusinasi pendengaran Dan Defisit perawatan Diri. Diagnosa ini muncul

karena ada data yang didapatkan dari klien. Gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran berupa data subjektif, klien mengatakan klien datang dengan keluhan klien sering mendengar suara ibunya yang sudah meninggal adapun data objektif yang ditemukan penulis yaitu klien tampak senyum- senyum sendiri , bicara sendiri, mondar mandir dan Adapun data Subjektif yang menunjukkan diagnosa Defisit Perawatan pada Tn.Y adalah Klien tampak kotor dan bau

Faktanya terdapat diagnosa berbeda yang muncul pada Tn.P diantaranya:

- a) Gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran
- b) Defisit perawatan diri

Diagnosa yang muncul diatas ditemukan berdasarkan hasil pengkajian yang menyebutkan bahwa klien mengalami gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran, ditandai dengan klien mengatakan mendengar suara-suara yang miip makhluk halus, suara itu terdengar seperti sedang marah-marah kepada klien, suara itu juga terkadang terdengar seperti mengomentari kehidupan klien, suara - suara itu terdengar apabila klien sedang sendirian, dalam seminggu suara-suara itu datang hampir tiap hari, suara-suara itu terus saja mengganggu klien sehingga membuat klien merasa risih dan gelisah namun apabila suara itu datang klien tidak tahu apa yang harus

dilakukannya, apabila suara-suara itu datang klien hanya bisa terdiam mendengarkan dan berbicara melayani suara itu, namun terkadang klien memendamnya sendirian. Adapun data subjektif dan objektif yang menunjukkan bahwa Tn. P mengalami defisit perawatan diri adalah klien mengatakan malas mandi karena dingin, klien bau kulit dan bau badan, kuku panjang dan kotor

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

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

Sedangkan masalah yang muncul pada teori tapi tidak muncul pada Tn. P adalah:

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

Penulis mengangkat 2 diagnosa keperawatan tersebut untuk dilakukan pelaksanaan asuhan keperawatan. Terdapat kesenjangan pada Tn. P dengan bipolar terhadap masalah risiko perilaku kekerasan dan harga diri rendah, karena pada saat pengkajian tidak ditemukan data bahwa klien marah-marah dan merasa malu dengan dirinya, klien tidak menunjukkan perilaku atau tanda gejala perilaku kekerasan dan harga diri rendah.

3. Intervensi

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

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

4. Implementasi keperawatan

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 isinya 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 28 April 2025 dilakukan SP 1 Halusinasi dan Defisit perawatan diri adapun sp 1 halusinasi yaitu Membina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip terapeutik, Mengidentifikasi klien menenal halusinasinya (isi, waktu, frekuensi, pencetus perasaan saat terjadi halusinasi), Melatih klien dengan mengontrol halusinasi dengan cara pertama: Menghardik halusinasi. Adapun SP 1 Defisit perawatan diri melatih kebersihan diri secara mandiri.

Pada tanggal 29 April 2025 dilakukan SP 2 yang isinya mencakup untuk masalah Halusinasi mengevaluasi cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, pasien mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain, dan

menganjurkan pasien memasukkan 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 30 April 2025 di lakukan SP 3 Halusinasi mencakup Mengevaluasi kegiatan sp 1 dan sp 2, Melatih kegiatan agar halusinasinya tidak muncul dengan Menjelaskan pentingnya melakukan aktivitas terjadwal, Mengdiskusikan aktivitas yang biasa klien lakukan, Melatih klien melakukan aktivitas terjadwal. Adapun SP 3 Defisit Perawatan diri mencakup melatih melakukan makan secara baik.

Pada Tanggal 1 Mei 2025 di lakukan SP 4 Halusinasi mencakup Mengevaluasi kegiatan sp 1,2 dan 3, 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. Saling percaya, Tindakan keperawatan sesuai teori yang dilakukan yaitu SP, didalam SP terdapat bina hubungan saling percaya dengan menggunakan Prinsip komunikasi terapeutik, komunikasi terapeutik merupakan satu seni menyembuhkan,

menyembuhkan individu yang sakit atau membutuhkan pelayanan kesehatan melalui proses interpersonal karenan melibatkan interaksi antara dua atau lebih individu dengan tujuan yang sama (Tomey,2014)

5. Evaluasi

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

diadakan di klinik dengan kooperatif, klien mau berbicara terbuka dengan temannya.

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

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

6. Pendokumentasian

Tahap dokumentasi keperawatan bisa dibuat berdasarkan informasi tertulis atau secara elektrik. Dokumentasi ini menjelaskan tentang perawatan maupun layanan yang diberikan perawat kepada seorang klien, dengan system perawatan kesehatan (Rahmi,ana 2022).

Pada Saat melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan penulis mendapatkan beberapa kesulitan, tetapi dengan adanya teori berbagai sumber serta bimbingan dari dosen pembimbing, penulis mampu mendokumentasikan asuhan

keperawatan jiwa ini dari tahap pengkajian, penegakan diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

Setelah penyusun melaksanakan asuhan keperawatan pada Tn.P dengan Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut mulai dari tanggal 21 April – 03 Mei 2025 dalam proses keperawatan jiwa akhirnya penyusun dapat mengambil beberapa kesimpulan sebagai berikut:

Penyusun dapat melaksanakan pengkajian fisik dan mental secara komprehensif pada Tn.P dengan Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran Dengan Diagnosa Medis Bipolar Di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut.

Penyusun dapat merumuskan diagnosa keperawatan yang muncul pada Tn.P dengan Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran Dengan Diagnosa Medis Bipollar Di Klinik Rehabilitas Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut.

Penyusun dapat menyusun rencana asuhan keperawatan terhadap masalah - masalah yang muncul sesuai prioritas masalah pada Tn.P dengan Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran Dengan Diagnosa Medis Bipollar Di Klinik Rehabilitas Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut

Penyusun dapat melaksanakan tindakan asuhan keperawatan sesuai rencana yang ditetapkan pada Tn. P dengan Gangguan Persepsi Sensori

Halusinasi Pendengaran Diagnosa Medis Bipollar Di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut.

Penyusun dapat melakukan evaluasi hasil tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan pada Tn. P dengan Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran Dengan Diagnosa Medis Bipollar Di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut.

Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Tn. P dengan Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran Dengan Diagnosa Medis Bipollar Di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Samarang Garut.

B. Rekomendasi

1. Untuk Organisasi Profesi

Diharapkan dapat terus melakukan asuhan keperawatan yang optimal pada klien jiwa, Khususnya klien dengan Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran dengan diagnosa medis bipolar untuk meningkatkan derajat kesehatan jiwa pada klien lainnya

4. Untuk Institusi Stikes Karsa Husada Garut

Studi kasus dapat digunakan sebagai data dasar untuk penelitian lebih lanjut tentang perawatan pada klien Tn.Y dengan Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran dengan diagnosa medis bipolar

4. Untuk Mahasiswa

Diharapkan lebih bersungguh-sungguh dan lebih cermat dalam melihat

kebutuhan klien, juga pemberian motivasi terhadap klien untuk mengenal sisi positif dirinya dan berinteraksi dengan orang lain.

DAFTAR PUSTAKA

- Aditia Riyana Pradana. (2022). *Penerapan terapi musik klasik terhadap penurunan tanda dan gejala pada pasien dengan gangguan persepsi sensori: Halusinasi pendengaran di Puskesmas Cikoneng* (No. 35, hlm. 11).
- American Psychiatric Association. (2017). *What are bipolar disorders?* Psychiatry.org. <https://www.psychiatry.org>
- American Psychiatric Association. (2022). *Bipolar disorder*. National Alliance on Mental Illness. <https://www.nami.org/About-Mental-Illness/Mental-Health-Conditions/Bipolar-Disorder/>
- Armadianah, W. (2022). *Asuhan keperawatan klien dengan gangguan persepsi sensori: Halusinasi dengar di Ruang Elang RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda*.
- Bipolar Care Indonesia. (2022, November). *Data penyintas gangguan bipolar*. <https://www.bipolarmacareindonesia.org/2022/11/data-penyintas-bipolar.html>
- Depression and Bipolar Support Alliance. (2020). *Risk factors: Bipolar disorder*. <https://www.dbsalliance.org/>
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat. (2024). *Jumlah orang dengan gangguan jiwa berat yang mendapatkan pelayanan kesehatan berdasarkan Kabupaten Garut*.
- Direja, A. H. S. (2015). *Buku ajar asuhan keperawatan jiwa*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Direja, A. H. S. (2021). *Buku ajar asuhan keperawatan jiwa* (ed. revisi). Jakarta: Nuha Medika.
- International Bipolar Foundation. (2020). *About bipolar disorder*. <https://ibpf.org/about-bipolar-disorder/>
- Jannah, M. (2016). *Asuhan keperawatan terapi aktivitas kelompok peningkatan harga diri rendah pada klien gangguan jiwa di Ruang Kakak Tua RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang-Malang* [Laporan penelitian]. Mojokerto: STIKes POLTEKES Majapahit.
- Keliat, B. A. (2014). *Model praktik keperawatan profesional jiwa* (A. Keliat, Ed.). Jakarta: Penerbit tidak disebutkan.
- Keliat, B. A. (2020). *Asuhan keperawatan jiwa*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Kementerian Kesehatan RI. (2018). *Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018*. Jakarta: Badan Litbangkes.
- Kementerian Kesehatan RI. (2021). *Profil Kesehatan Indonesia 2021*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Mental Health America. (2011). *Bipolar disorder*. <https://www.mhanational.org/conditions/bipolar-disorder>
- Muhith, A. (2015). *Pendidikan keperawatan jiwa: Teori dan aplikasi*. Yogyakarta: Andi.
- Mutiara, M. (2021). *Asuhan keperawatan pada Ny. W dengan masalah utama gangguan persepsi sensori: Halusinasi pendengaran di Puskesmas Karang Rejo Kota Tarakan*.

- Pardede, J. A., Hafizuddin, H., & Sirait, A. (2021). *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*.
- Rahayu, D. R. (2016). *Asuhan keperawatan gangguan persepsi sensori: Halusinasi dengan pasien Ny. S di ruang Bima Instalasi Jiwa RSUD Banyumas* [Skripsi]. Universitas Muhammadiyah Purwokerto.
- Riskesdas. (2018). *Provinsi Jawa Barat*. Lembaga Penerbit Badan Litbangkes.
- Yusuf, A., Fitryasari, R., & Nihayati, H. (2015). *Buku ajar asuhan keperawatan jiwa*. Jakarta: Nuha Medika.
- Wells, K. B., et al. (2015). *Evidence-based mental health care*.

LAMPIRAN

Lampiran 1

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN (SPTK) PADA KLIEN DENGAN HALUSINASI PENDENGARAN

1. Proses keperawatan

a Kondisi klien

Data Subjektif

- 1) Klien mengatakan mendengar suara makhluk halus yang sedang mengkritik dirinya
- 2) Suara itu muncul apabila sedang sendiri
- 3) Suara itu muncul lebih sering pada malam hari
- 4) Suara itu muncul 1-5 kali dalam sehari
- 5) Ketika suara itu muncul klien mengatakan takut

Data Objektif

- 1) Klien tampak senyum-senyum sendiri
- 2) Klien tampak berbicara sendiri
- 3) Klien tampak melamun
- 4) Klien tampak mondar mandir

Data Subjektif

- 1) Klien menolak apabila di ajak untuk melakukan perawatan diri
- 2) Klien mengatakan malas untuk mandi,berhias dan perawatan diri lainnya

Data Objektif

- 1) Minat untuk melakukan perawatan diri tampak kurang
- 2) Klien tampak garuk-garuk kakinya
- 3) Klien tampak kotor
- 4) Kuku tampak panjang dan kotor
- 5) Gigi tampak kotor
- 6) Sedikit berbau badan

b Diagnosa Keperawatan

- 1) Halusinasi Pendengaran
- 2) Defisit Perawatan Diri

c Tujuan Keperawatan

Halusinasi Pendengaran

- 1) Mengidentifikasi halusinasi (jenis, penyebab, waktu, rekuensi, perasaan pada saat halusinasi).
Melatih pasien mengontrol halusinasi nya : Menghardik halusinasi
- 2) Melatih pasien mengontrol halusinasi nya : Bercakap-cakap dengan orang lain
- 3) Melatih pasien mengontrol halusinasi nya : Melakukan aktifitas yang terjadwal

- 4) Melatih pasien mengontrol halusinasi nya : Menggunakan obat secara teratur
- 5) Menjelaskan fungsi obat, Jelaskan akibat putus obat, Jelaskan cara mendapatkan obat, Jelaskan cara menggunakan obat dengan 5 benar)

Defisit Perawatan Diri

- 1) Melatih klien cara perawatan kebersihan
 - a) Menjelaskan pentingnya menjaga kebersihan diri
 - b) Menjelaskan alat-alat untuk menjaga kebersihan diri
 - c) Menjelaskan cara-cara melakukan kebersihan diri
 - d) Melatih klien mempraktekkan cara menjaga kebersihan diri
- 2) Melatih pasien makan secara mandiri
 - a) Menjelaskan cara mempersiapkan makan
 - b) Menjelaskan cara makan yang tertib
 - c) Menjelaskan cara merapikan peralatan makan setelah makan
 - d) Praktek makan sesuai dengan tahapan makan yang baik
- 3) Mengajarkan pasien melakukan BAB/BAK secara mandiri
 - a) Menjelaskan tempat BAB/BAK yang sesuai
 - b) Menjelaskan cara membersihkan diri setelah BAB dan BAK
 - c) Menjelaskan cara membersihkan tempat BAB dan BAK

STRATEGI PELAKSANAAN

Halusinasi Pendengaran

Tanggal : 22 april 2025

Jam : 13.30

1. Fase orientasi

Assalamualaikum pak, perkenalkan nama saya Erliyan Sri Anjani senang di panggil eyin, saya Mahasiswa Stikes Karsa Husada Garut yang sedang praktek di yayasan ini . Oh iya pak nama bapak siapa? Senang di panggil apa ? bagaimana keadaan bapak hari ini? "Baiklah Bagaimana kalau kita bercakap-cakap tentang suara yang bapak dengar ? “Dimana kita duduk? Bagaimana kalau di ruang depan ? Mau berapa lama pak ? Bagaimana kalau 20 menit?"

2. Fase Kerja

"Apakah Bapak mendengar suara tanpa ada wujudnya? Apa yang dikatakan suara itu?" "Apakah bapak terus mendengar suara itu atau sewaktu-waktu? Kapan Bapak terakhir kali mendengar suara itu? Berapa kali sehari? Pada waktu Bapak sedang apa ketika suara itu muncul? Apakah ketika Bapak sendirian?"

"Apa yang Bapak rasakan pada saat mendengar suara itu? Apa yang Bapak lakukan saat mendengar suara itu? Apakah dengan cara itu suaranya bisa hilang? Bagaimana kalau kita belajar cara-cara untuk mengontrol suara itu muncul?"

"Ada beberapa cara untuk mengontrol suara-suara itu muncul yaitu dengan menghardik, bercakap-cakap, melakukan kegiatan, dengan minum obat Tapi hari ini kita belajar 1 cara dulu, yaitu dengan cara menghardik. Caranya adalah saat suara-suara itu muncul Bapak langsung menutup telinga dan bilang didalam hati "Pergi, pergi... Saya tidak mau dengar. Suara kamu palsu!!" Begitu diulang-ulang sampai suara itu tidak terdengar lagi."

"Coba sekarang Bapak lakukan!"

"Nah, begitu... bagus! coba lagi!"

"Nah bagus, Bapak sudah bisa!"

3. Fase Terminasi

"Bagaimana perasaan Bapak setelah latihan cara yang pertama untuk mengontrol halusinasi yang bapak dengar dengan cara menghardik tadi?"

"Coba bapak ulangi lagi apa yang sudah kita pelajari hari ini?"

"Iya bagus, pak"

"Kalau suara-suara itu muncul lagi, silahkan bapak coba cara tersebut. Terus berlatih ya, pak"

"Bagaimana kalau kita buat jadwal latihannya. Mau jam berapa saja latihannya?"

"Baiklah pak, besok kita akan bertemu untuk belajar dan melatih cara kedua mengontrol halusinasi yaitu dengan bercakap-cakap dengan orang lain."

"Bapak mau dimana tempatnya? Oh, Bapak ingin tetap di sini saja ya? "Jam berapa bapak bisa? Bagaimana kalau jam 9 saja? Waktunya kurang lebih 15 menit saja."

"Baiklah pak, bagaimana kalau jam 16.00 kita bercakap-cakap tentang kebersihan diri? "Bapak mau dimana tempatnya? Oh, Bapak ingin tetap di sini saja ya?"

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN SP 1 Defisit Perawatan Diri

anggal : 22 april 2024

Jam : 16.00

1. Fase orientasi

Assalamualaikum , sesuai janji saya jam 16.00 sekarang saya datang lagi

"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 ? Baik disini saja ya."

2. 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? Kalau kita tidak teratur menjaga

kebersihan diri masalah apa menurut bapak yang bisa muncul? “Sekarang coba sebutkan cara melakukan perawatan diri saat mandi. Bagus ya paksudah mengetahui cara-cara melakukan perawatan diri saat mandi”

“Apa yang bapak lakukan setelah selesai mandi? Apa bapak sudah ganti baju? Berganti pakaian yang bersih 2x/hari. Apa alasannya bapak tidak mau mengganti baju? Baik tadi juga sudah tau ya pak apabila tidak melakukan perawatan diri dengan baik kuman-kuman akan menempel di badan kita Sehingga menyebabkan timbulnya penyakit kulit dan lain-lain.

3. Fase Terminasi

“Bagaimana perasaan bapak setelah berbincang-bincang mengenai kebersihan diri? Sekarang coba bapak ulangi apa pentingnya kebersihan Diri?” “Iya bagus sekali ya pak sudah tau. Mari kita masukkan ke dalam jadwal aktivitas harian bapak ya. Baik besok kita bertemu lagi untuk melanjutkan belajar cara mengontrol halusinasi bapak” “Mau jam berapa? Baik, jam 08.30 pagi ya. Sampai jumpa pak”.

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN SP 2

Halusinasi Pendengaran

Tanggal 24 April 2025

Jam : 08.30

1. Fase orientasi

“Assalamu’alaikum, selamat pagi. Bagaimana perasaan bapak/ hari ini? Apakah suara – suaranya masih muncul? Apakah sudah dipakai cara yang telah kita latih?Berkurangkan suaranya. Bagus! Sesuai janji kita yang kemarin saya akan melatihcara kedua untuk mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain.Kita akan latihan selama 20 menit. Mau di mana? Bagaimana kalau di sini saja?”

2. Fase Kerja

“Cara yang kedua untuk mengontrol halusinasi adalah dengan bercakap - cakap dengan orang lain. Jadi kalau bapak mendengar suara- suara,langsung saja cari teman utntuk diajak ngobrol, minta teman untuk mengobrol dengan bapak. Contohnya begini.tolong saya mulai mendengar suara-suara. Ayo mengobrol dengan saya! Coba ulangi seperti yang saya tadi lakukan. Ya begitu bagus! Coba sekai lagi! Bagus! Nah latihan terus ya pak.

3. Fase Terminasi

“Bagaimana perasaan bapak setelah latihan ini? Jadi sudah ada berapa cara yang bapak pelajari untuk mencegah suara-suara itu? Bagus, cobalah kedua cara ini kalau bapak mengalami halusinasi lagi” “Bagaimana kalau kita masukan dalam jadwal kegiatan harian bapak. “Besok pagi saya akan kembali lagi. Bagaimana kalau kita latih cara yang ke tiga yaitu melakukan aktifitas terjadwal? Mau jam berapa? Bagaimana kalau jam 08.30 saja. Mau disini atau di mana pak? Bagaimana kalau disini saja. Baiklah samapai jumpa

besok. Sekarang bapak/ibu istirahat terlebih dahulu. “Untuk nanti siang Bagaimana kalau kita bercakap-cakap tentang perawatan diri yang ke dua yaitu berhias diri secara baik. Mau jam berapa pak ? Bagaimana kalau jam 10.30 ? Untuk tempatnya mau disini atau dimana pak? Bagaimana kalau disini saja. Baiklah.

STRATEGI PELAKSANAAN KEPERAWATAN SP 2

Defisit Perawatan Diri

Tanggal : 26 april 2025
Jam : 10.30

1. Fase orientasi

Assalamualaikum , sesuai janji saya jam 10.30 sekarang saya datang lagi “Bagaimana perasaan bapak saat ini?” “Seperti yang sudah tadi saya beritahu sekarang kita bebincang-bincang seputar cara berhias diri ya pak ”. “Mau berapa lama kita berbicara? 15 menit ya? Mau dimana ? Baik disini saja ya.”

2. Fase Kerja

“Apakah bapak tau berhias itu apa? Ya betul pak berhias itu cara agar bapa terlihat rapih, pertama-tama bapak bisa menyisir rambut bapak, saya contohkan ya pak,seperti ini pak, apakah bisa bapak lakukan cara menyisir rambut yang saya contohkan? Ya bagus pak! selanjutnya saya akan mengajarkan bapak cara memotong kuku yang baik, maripak saya contohkan pada kuku tangan bapak,bapak bisa lakukan setelah saya contohkan tadi ? Wah bagus sekali pak!

3. Fase Terminasi

“Bagaimana perasaan bapak setelah berbincang-bincang mengenai berhias diri ? Sekarang coba bapak praktekan cara menyisir rambut dan memotong kuku “Iya bagus sekali ya pak sudah bisa. Mari kita masukkan ke dalam jadwal aktivitas harian bapak ya. “Baik besok kita bertemu lagi untuk melanjutkan belajar cara mengontrol halusinasi bapak yang ke 3 yaitu dengan cara melakukan aktivitas terjadwal”. “Mau jam berapa? Baik, jam 08.30 pagi ya. Sampai jumpa pak”.

STRATEGI PELAKSANAAN KEPERAWATAN 3

Halusinasi Pendengaran

Tanggal : 28 April 2025
Jam : 08.30

1. Fase orientasi

Assalamu'alaikum, bagaimana perasaan bapak hari ini? Apakah suara-suaranya masih muncul? Apakah sudah dipakai dua cara yang telah kita latih? Bagaimana hasilnya? Apakah suara-suara itu sudah hilang? Bagus! Sesuai

janji kita yang kemarin, hari ini kita akan belajar cara yang ketiga untuk mencegah halusinasi yaitu melakukan kegiatan secara terjadwal. Mau dimana kita bicara? Baik disini saja. Berapa lama kita bicara? Bagaimana kalau 15 menit? Baiklah”

2. Fase kerja

“Apa saja yang bisa bapak lakukan? Pagi-pagi apa kegiatannya? Setelah itu bapak melakukan kegiatan-kegiatan apa? Wah banyak sekali kegiatannya. Mari kita latih dua kegiatan hari ini . Bagus sekali bapak bisa lakukan. Kegiatan ini dapat bapak lakukan untuk mencegah suara itu muncul. Kegiatan lain yang akan kita latih lagi ya pak .

3. Fase Terminasi

“Bagaimana perasaan bapak setelah kita bercakap-cakap cara yang ketiga untuk mencegah suara-suara itu muncul? Bagus sekali! Coba sebutkan tiga cara yang telah kita latih untuk mencegah suara-suara itu. Bagus sekali! Mari kita masukan dalam jadwal kegiatan harian bapak. Coba lakukan sesuai jadwal. Ya! “Bagaimana kalau besok kita belajar cara mengontrol halusinasi yang terakhir yaitu dengan minum obat secara teratur , Mau jam berapa? Bagaimana kalau jam 13.30? Mau dimana? Bagaimana kalau diruang ini saja. Sampai jumpa. Untuk siang sekarang bagaimana kalau kita bercakap-cakap cara perawatan diri yang ke tiga yaitu melatih makan secara baik Mau jam berapa? Bagaimana kalau jam 10.30 ? Mau dimana? Bagaimana kalau diruang ini saja.

STRATEGI PELAKSANAAN KEPERAWATAN 3

Defisit Perawatan Diri

Tanggal : 29 april 2025

Jam : 10.30

1. Fase orientasi

Pak sesuai janji saya jam 10.30 sekarang saya datang lagi “Bagaimana perasaan bapak saat ini?” “Seperti yang sudah tadi saya beritahu sekarang kita akan bercakap-cakap cara perawatan diri yang ke tiga yaitu melatih makan secara baik ya pak ”. “Mau berapa lama kita berbicara? 15 menit ya? Mau dimana ? Baik disini saja ya.

2. Fase Kerja

“Apakah hari ini bapak sudah makan ? "Biasanya, bagaimana cara bapak saat makan dan minum? Apa bapak menggunakan alat seperti piring, mangkuk, sendok, dan gelas saat makan dan minum? Oh seperti itu, apa menurut bapak kebiasaan makan dan minum bapak sudah baik dan benar? Baik kalau begitu, sekarang saya akan ajarkan bapak cara makan dan minum yang baik dan benar ya." "Baik pak, sebelum makan kita harus siapkan makanan yang akan kita makan terlebih dahulu ya, makanannya sudah ada di piring atau mangkuk dan ada alat makannya juga ya bu berupa sendok atau bapak bisa gunakan garpu juga, jangan lupa air minum sudah di dalam gelas juga ya pak." "Langkahnya,

yang pertama, sebelum makan kita harus cuci tangan terlebih dahulu ya pak, agar bersih dari kuman dan penyakit. bapak bisa mengikuti yang saya contohkan ya pak, kita basahi tangan dengan air mengalir, kemudian beri sabun, kemudian lakukan seperti ini ya pak. Satu, gosok kedua telapak tangan, kedua gosok punggung tangan kiri dan kanan, tiga gosok sela-sela jari, empat kunci dan genggam seperti ini, lima putar jempol kiri dan kanan, terakhir putar kuku jari ke arah jarum jam seperti ini. Nah, sekarang bisa bapak lakukan kembali?" "Yang kedua, setelah cuci tangan, kita ambil makanan dan minuman yang sudah siap ya pak, bapak biasa makan di mana? Nah, bapak bisa makan di ruang makan ya atau di ruangan yang memiliki kursi untuk duduk." "Setelah itu yang ketiga, bapak bisa duduk dan bersiap untuk makan dengan berdo'a, apa bapak sudah tau do'a makan, baik, bisa bapak lakukan? Bagus sekali." "Setelah berdo'a yang keempat, bapak bisa mulai makan dengan mengambil makanan dengan sendok kemudian masukkan ke mulut, kunyah perlahan dan jangan terburu-buru ya pak, agar tidak tersedak saat makan. Setelah habis, jangan lupa untuk minum ya pak. Selain itu, sesudah makan, ibu bisa minum 8-10 gelas sehari ya pak, agar bapak tidak kekurangan cairan dan tidak merasa haus." "Yang kelima, setelah makan ibu bisa berdo'a ya. Bapak sudah tahu do'anya? Sudah, bagaimana do'anya? Alhamdulillah, bagus sekali pak, berdo'a kemudian membersihkan alat-alat makan dan minum bapak, kemudian menyimpannya di tempat piring kotor." "Yang terakhir, setelah selesai, jangan lupa untuk cuci tangan kembali ya pak."

3. Fase Terminasi

"Nah sekarang, bagaimana perasaan bapak setelah kita berbincang-bincang mengenai alat dan cara makan dan minum yang baik dan benar"

"Alhamdulillah jika bapak merasa senang dan lebih baik." "Bisa tolong ibu jelaskan kembali bagaimana cara makan dan minum yang baik dan benar?"

"Bagus sekali pak. "Baik besok kita bertemu lagi untuk melanjutkan belajar cara mengontrol halusinasi bapak yang ke 4 yaitu dengan cara melakukan minum obat secara teratur." "Mau jam berapa? Baik, jam 13.30 ya. tempatnya mau dimana pak? Baik jika ingin disini saja Sampai jumpa pak".

STRATEGI PELAKSANAAN KEPERAWATAN 4

Halusinasi Pendengaran

Tanggal : 30 april 2025

Jam : 13.30

1. Fase Orientasi

"Assalamu'alaikum, bagaimana perasaan bapak/ibu hari ini? Apakah suara-suaranya masih muncul? Apakah sudah dipakai tiga cara yang telah kita latih? Apakah jadwal kegiatannya sudah dilaksanakan? "Apakah hari ini obatnya sudah diminum? Baik. Siang ini kita akan diskusikusi selama 15 menit sambil bapak menunggu makan siang. Disini saja ya pak"

2. Fase Kerja

“Apakah bapak sudah minum obat ? Adakah bedanya setelah minum obat secara teratur? Apakah suara-suara itu masih terdengar? Minum obat sangat penting, supaya suara-suara yang mengganggu bapak selama ini tidak muncul lagi. Berapa kali obat yang harus bapak minum? (perawat menyiapkan obat pasien)” “Ini yang warna orange (CPZ) 3 kali sehari jam 7 pagi, jam 1 siang, dan jam malam gunanya untuk menghilangkan suara-suara itu. ini warna biru (Stelosi) untuk mengurangi halusinasi / khayalan. Ini warna kuning (Heximer) untuk menyeimbangkan. Sedangkan yang merah jambu (HP) 3 kali sehari jam 7 pagi, jam 1 siang, dan jam 7 malam gunanya untuk pikiran tenang.”

“Kalau suara-suara itu sudah hilang, obatnya tidak boleh diberhentikan, nanti konsultasikan dengan dokter, sebab kalau putus obat, bapak/ibu akan kambuh dan sulit untuk mengembalikan ke keadaan semula. Kalau obat habis bapak minta ke dokter untuk mendapatkan obat lagi. Bapak juga harus teliti saat menggunakan obat-obatan ini. Pastikan obatnya benar, artinya bapak harus memastikan bahwa obat ini benar-benar punya bapak. Baca nama kemasannya. Pastikan obat diminum pada waktunya. Bapak/ibu juga harus perhatikan beberapa jumlah obat sekali minum dan harus cukup minum 10 gelas sehari”

3. Fase Terminasi

“Bagaimana perasaan bapak setelah kita bercakap-cakap tentang obat? Sudah berapa cara yang kita latih untuk mencegah suara-suara itu? Coba sebutkan. Bagus!” “Mari kita masukkan jadwal minum obatnya pada jadwal kegiatan harian. Jangan lupa teratur minum obatnya ya pak. “bagaimana kalau nanti sore kita bercakap-cakap tentang cara perawatan diri yang ke empat yaitu melatih BAB/BAK secara mandiri? Baik untuk waktunya mau jam berapa pak? Baik jika mau jam 16.00. Sekarang bapak silahkan istirahat terlebih dahulu. Samapai jumpa pak “

STRATEGI PELAKSANAAN KEPERAWATAN 4

Defisit Perawatan Diri

Tanggal : 1 mei 2025

Jam : 16.00

1. Fase orientasi

sesuai janji saya jam 16.00 sekarang saya datang lagi “Bagaimana perasaan bapak saat ini?” “Seperti yang sudah tadi saya beritahu sekarang kita bebincang-bincang Cara perawatan diri yang ke empat yaitu melatih BAB/BAK secara mandiri ya pak ”. “Mau berapa lama kita berbicara? 15 menit ya? Mau dimana ? Baik disini saja ya.”

2. Fase Kerja

"Baiklah pak, apakah hari ini bapak sudah BAB/BAK ? Bapak BAB dan BAK dimana? Bagaimana cara bapak membersihkannya setelah BAB/BAK? Caranya yaitu dengan menyiram air dari arah depan ke belakang. Jangan

terbalik ya. Cara seperti ini berguna untuk mencegah masuknya kotoran /tinja yang ada dianus kebagian kemaluan bapak. Setelah itu jangan lupa tinja/air kencing tersebut dengan air secukupnya sampai tinja / air kencing itu tidak tersisa dikaskus/ WC. Setelah selesai membersihkan tinja/air kencing, tina perlu merapikan pakaian sebelum keluar dari wc. Pastikan dengan rapi. Dan setelah itu jangan lupa cuci tangan pakai sabun ya pak."

3. Fase Terminasi

"Bagaimana perasaan bapak setelah kita membicarakan cara BAB dan BAK? Apa saja yang dilakukan saat BAB Dan BAK? Bagus sekali pak" "Sekarang coba bapak sebutkan cara perawatan diri yang telah kita pelajari dan latih? Bagus sekali." "Baiklah pak kita sudah melakukan latihan cara BAB dan BAK. masukan kedalam jadwal ya. Selanjutnya jangan lupa untuk melakukan sesuai jadwal yah bu, mandi 2 kali sehari, gosok gigi 2 kali sehari juga, keramas 2 kali seminggu, gunting kuku 1 kali seminggu, ganti baju dan berdandan 2 kali sehari habis mandi pagi dan sore, makan 3 kali sehari dan minum 8-10 gelas sehari. BAB dan BAK ditempatnya. Bagaimana pak bisa dilakukan sesuai jadwal. Bagus sekali bapak mau mencoba melakukannya" Wah bagus sekali pak !

Lampiran !

DOKUMENTASI KEGIATAN



DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Identitas

Nama : Erliyan Sri Anjani
Jenis kelamin : Perempuan
Tempat tanggal lahir : Bandung, 08 Januari 2004
Agama : Islam
Status : Belum Menikah
Alamat : jln. Tugaran, Nagreg, Bandung

B. Riwayat Pendidikan

TKA Miftahul Hasanah	Akt. 2009 – 2010
SDN Ganjar Sabar 1	Akt. 2010 – 2016
SMPN 1 Nagreg	Akt. 2016 – 2018
Mts. Ar – Rahman	Akt. 2018 – 2019
MA. Ar – Rahman	Akt. 2019 - 2022