

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA NY. H DENGAN GANGGUAN
PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI PENGLIHATAN AKIBAT
GANGGUAN MOOD (BIPOLAR) DI KLINIK REHABILITASI
MENTAL NUR ILAHIE ASSANIE SAMARANG GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam Menyelesaikan
Program Pendidikan Diploma III Keperawatan
Di STIKes Karsa Husada Garut

Disusun Oleh :

ANISA FISABILILAH
KHGA21059



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

2024

LEMBAR PERSETUJUAN

**Judul : ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA NY. H DENGAN
GANGGUAN PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI
PENGLIHATAN AKIBAT GANGGUAN MOOD (BIPOLAR)
DI KLINIK REHABILITASI MENTAL NUR ILAHIE
ASSANIE SAMARANG GARUT**

Nama : ANISA FISABILILAH

NIM : KHGA21059

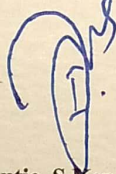
KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah Ini Telah Siap Untuk Diujikan Dihadapan
Tim Penguji Program Studi D III Keperawatan
Stikes Karsa Husada Garut

Garut, Juni 2024

Menyetujui,

Pembimbing



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

LEMBAR PENGESAHAN

**Judul : ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA NY. H DENGAN
GANGGUAN PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI
PENGLIHATAN AKIBAT GANGGUAN MOOD (BIPOLAR)
DI KLINIK REHABILITASI MENTAL NUR ILAHIE
ASSANIE SAMARANG GARUT**

Nama : ANISA FISABILILAH

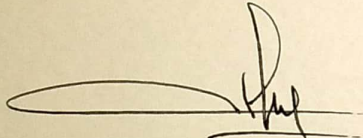
NIM : KHGA21059

Garut , Juni 2024

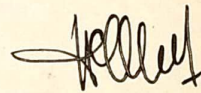
Menyetujui,

Penguji I

Penguji II



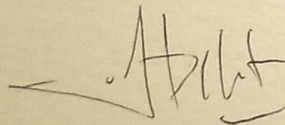
Wahyudin, S.Kp., M.Kes.



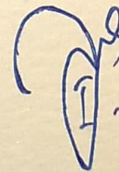
Gin Gin Sugih P., S.Kep., M.H.Kes.

Mengetahui,
Ketua Program Studi D III Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut

Mengesahkan,
Pembimbing



K. Dewi Budiarti, M.Kep.



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

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA NY.H DENGAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI PENGLIHATAN AKIBAT GANGGUAN MOOD (BIPOLAR) DI KLINIK REHABILITASI MENTAL NUR ILAHIE ASSANIE SAMARANG GARUT

ANISA FISABILILAH

KHGA21059

IV BAB, 125 Halaman, 7 Tabel, 9 Gambar, 4 Lampiran

Karya Tulis Ilmiah ini berjudul “Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny. H Dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Penglihatan Akibat Gangguan Mood (Bipolar) Di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Ilahie Assanie Samarang Garut”, penulis tertarik untuk melakukan studi kasus pada klien dengan halusinasi penglihatan, karena halusinasi merupakan gejala yang sering ditemukan pada penderita gangguan jiwa khususnya bipolar. Tujuan dari pembuatan karya tulis ilmiah ini adalah penulis 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. Halusinasi merupakan suatu gejala gangguan jiwa dimana klien merasakan suatu stimulus yang sebenarnya tidak ada. Tujuan penulisan ini untuk melaksanakan dan mendapatkan gambaran tentang asuhan keperawatan jiwa pada klien dengan halusinasi penglihatan meliputi : pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Adapun masalah keperawatan yang muncul pada Ny. H yaitu : Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Penglihatan dan Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah. Penulis juga melaksanakan tindakan keperawatan dengan menggunakan pendekatan yang terapeutik, memotivasi klien untuk mengenali halusinasi dan cara mengontrol halusinasinya. Penulis mengevaluasi tindakan keperawatan sehingga mendapatkan data bahwa klien sudah mampu untuk mengenali halusinasinya serta mampu mengontrol halusinasi 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 (Keyword) : *Asuhan keperawatan , Halusinasi, Bipollar*
Daftar Pustaka : 18 buah, Tahun 2014 s.d 2023

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur penulis 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 Ny. H Dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Penglihatan Akibat Gangguan Mood (Bipolar) Di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Ilahie Assanie Samarang Garut” ini tepat pada waktunya.

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

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

7. Bapak Gin Gin Sugih P., S.Kep., M.H.Kes. selaku penguji II.
8. Seluruh Staf dan Dosen Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut yang telah memberikan ilmu dan pengetahuan dan keterampilan yang bermanfaat serta motivasi selama penulis mengikuti pendidikan.
9. Kepada Ny. H yang telah bersedia bekerja sama dalam melaksanakan asuhan keperawatan sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
10. Cinta pertamaku, Bapak Agus Kusmawan terimakasih telah berjuang untuk kehidupan keluarga khususnya kehidupan saya. Beliau memang tidak sempat merasakan Pendidikan sampai bangku kuliah, namun beliau mampu mendidik, memotivasi dan memberi dukungan hingga saya bisa menyelesaikan Pendidikan ini.
11. Pintu surgaku, Ibu Yani terimakasih sudah menjadi ibu yang tidak henti-hentinya memberikan kasih sayang, dukungan, motivasi dan doa yang dipanjatkan selama ini untuk kesuksesan anaknya.
12. Adikku, Fadil Fadillah terimakasih sudah menjadi adik yang selalu bergerak cepat jika saya membutuhkan bantuan.
13. Kepada saudara yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu, terimakasih selalu mendoakan dan mendukung saya dalam menyelesaikan Pendidikan ini.
14. Seluruh teman-teman, khususnya Amalia, Mega, Nuramalia, Rahma, Rika, Santika dan Yesha, serta Sofi. Terimakasih sudah sama-sama berjuang dari awal perkuliahan, terimakasih juga sudah memberikan banyak pelajaran serta pengalaman yang tidak akan pernah dilupakan. Sampai jumpa dititik kesuksesan masing-masing.

15. Dan yang terakhir, Anisa Fisabililah, Diri sendiri. Terimakasih sudah berjuang dan bertahan sejauh ini, walau sering merasa putus asa atas apa yang diusahakan dan belum berhasil. Terimakasih telah menyelesaikan karya tulis ilmiah ini sebaik dan semaksimal mungkin, ini merupakan suatu pencapaian yang luar biasa, apapun kurang dan lebihmu mari merayakan diri sendiri.

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

Garut, Juni 2024

Penulis,

Anisa Fisabililah

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
ABSTRAK	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL	viii
DAFTAR GAMBAR.....	ix
DAFTAR LAMPIRAN	x
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan	5
C. Metode Telaah	7
D. Sistematika Penulisan	8
BAB II TINJAUAN TEORI	10
A. Konsep Dasar.....	10
1. Konsep Bipolar.....	10
2. Konsep Halusinasi.....	16
B. Konsep Asuhan Keperawatan	35
1. Pengkajian	35
2. Analisa Data	40
3. Diagnosa Keperawatan.....	43
4. Intervensi Keperawatan.....	43
5. Implementasi Keperawatan	53

6. Evaluasi Keperawatan	53
BAB II TINJAUAN KASUS.....	55
A. Tinjauan Kasus	55
1. Pengkajian	55
2. Analisa Data	64
3. Diagnosa Keperawatan.....	66
4. Intervensi Keperawatan.....	67
5. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan	73
6. Catatan Perkembangan	80
B. Pembahasan.....	84
BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI	91
A. Kesimpulan	91
B. Rekomendasi.....	92
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Data Penderita Gangguan Jiwa di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut Periode Mei 2023-2024	3
Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan	44
Tabel 3.1 Terapi Medis	64
Tabel 3.2 Analisa Data	64
Tabel 3.3 Intervensi Keperawatan	67
Tabel 3.4 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan	73
Tabel 3.5 Catatan Perkembangan	81

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Rentang Respon Halusinasi	21
Gambar 2.2 Pohon Masalah Halusinasi	25
Gambar 2.3 Rentang Respon Harga Diri Rendah	29
Gambar 2.4 Pohon Masalah Harga Diri Rendah	31
Gambar 2.5 Rentang Respon Marah	32
Gamba 2.6 Pohon Masalah Resiko Perilaku Kekerasan	35
Gambar 2.7 Pohon Masalah Halusinasi	43
Gambar 3.1 Genogram	58
Gambar 3.2 Pohon Masalah Halusinasi	65

DAFTAR LAMPIRAN

Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan (SPTK)

Dokumentasi Kegiatan

Lembar Bimbingan

Daftar Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

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

Gangguan jiwa adalah respon maladaptif terhadap stres baik lingkungan internal maupun eksternal, dibuktikan dengan pikiran, perasaan dan tingkah laku yang tidak sesuai (Alfiandi, Jannah, & Tahlil, 2019). Gangguan jiwa menurut Kemenkes (2022), yaitu kondisi kesehatan yang mempengaruhi pemikiran, perasaan, perilaku, suasana hati, atau kombinasi diantaranya. Kondisi ini dapat terjadi sesekali atau berlangsung dalam waktu yang lama (kronis) (Kemenkes Direktorat Jendral Pelayanan Kesehatan, 2022). Secara umum, gangguan jiwa diklasifikasikan menjadi dua kategori, yaitu: Gangguan jiwa berat atau kelompok psikotik, sedangkan gangguan jiwa ringan mencakup semua gangguan jiwa emosional seperti kecemasan, panik, mood (bipolar), dan sebagainya (Rikerdas, 2016).

World Health Organization (2022) menyatakan masalah gangguan kesehatan jiwa di seluruh dunia sudah menjadi masalah yang serius. WHO memperkirakan sekitar 60 juta orang di dunia yang mengalami gangguan

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

Klinik Rehabilitasi Mental Nur Ilahie Assanie merupakan salah satu pelayanan rehabilitasi mental untuk menolong masyarakat atau klien yang mengalami gangguan jiwa dan penyalahgunaan napza, yang didirikan pada tahun 2010. Klinik ini menerapkan konseling spiritual kepada para kliennya, selain itu fokus utama pengobatannya dengan pemberian obat kemudian dibantu oleh pengobatan jiwa seperti dengan bimbingan rohani untuk mengantisipasi kekambuhan penyakit yang diderita oleh pasiennya. Didapati data jumlah ODGJ di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut pada bulan Januari 2023 sampai Mei 2024 adalah sebanyak 37 jiwa.

Berdasarkan laporan data jumlah penderita gangguan jiwa yang dirawat di Klinik Rehabilitas Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut dari bulan Januari sampai dengan Mei 2023-2024, dapat dilihat di tabel berikut ini :

Tabel 1.1
Data Penderita Gangguan Jiwa di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut Periode Mei 2023-2024

No.	Diagnosa Penyakit	Jumlah Orang
1.	Bipolar	27
2.	Skizofrenia	8
3.	Reterdasi Mental	2
Jumlah		37

(Sumber : Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut)

Berdasarkan hasil laporan dari Klinik Rehabilitas Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut periode mei 2023-2024, menunjukan bahwa data yang paling banyak yaitu penderita gangguan Bipolar dengan jumlah 27 orang. Gangguan bipolar saat ini merupakan masalah kejiwaan yang paling banyak dibicarakan.

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

depresi mayor dengan jeda periode *mood* yang normal.

Fase manik yaitu fase tertinggi dari gangguan bipolar. Pada fase manik ini seseorang akan mengalami peningkatan euphoria yang tidak realistis, sangat gelisah, dan aktivitas yang berlebihan. Ditandai dengan perilaku yang tidak terorganisasi peningkatan energi, penuh ide, merasa sangat gembira, dan sangat bersemangat. Fase manik biasanya berlangsung secara tiba-tiba, dan gejalanya akan meningkat selama beberapa hari. Gejala dan perilaku aneh, delusi paranoid, serta halusinasi (Dipiro, *et al*, 2014). Fase ini terbagi menjadi 3 tahap yaitu tahap pertama terjadi peningkatan aktivitas motorik, meliputi meningkatnya kecepatan berbicara, kegiatan fisik, dominasi perasaan bahagia, namun sekaligus mudah marah karena penderita banyak menuntut. Tahap kedua penderita mengalami kecepatan berpikir meningkat menjadi tidak terorganisir. Ketertarikan yang terdahulu menjadi lebih intens, perasaan sebagai orang besar sekarang jelas menjadi delusi. Tahap Ketiga biasanya proses berpikirnya menjadi sulit untuk diikuti dan tidak logis. Delusinya aneh dan mulai muncul halusinasi (sekitar 1/3 dari penderita). Beberapa peneliti mengungkapkan tahapan ketiga dari fase manik, hanya akan dialami oleh penderita dengan gangguan bipolar dan biasanya penderita gangguan bipolar pada tahap ini sering mengalami halusinasi. Tetapi bukan hanya pada fase ini halusinasi juga terjadi pada fase depresi berat tapi tidak sesering pada fase manik.

Halusinasi adalah penyerapan (persepsi) panca indera tanpa adanya rangsangan dari luar yang meliputi semua panca indera dan terjadi disaat individu sadar penuh (Depkes dalam Dermawan dan Rusdi, 2018). Halusinasi

dapat dibedakan menjadi lima yaitu halusinasi penglihatan, pendengaran, penghiduan, pengecap dan perabaan. Seseorang yang mengalami halusinasi akibat bipolar dapat mengakibatkan kehilangan kontrol atau terjadinya resiko mencederai diri sendiri, orang lain bahkan lingkungan sekitar, atau disebut juga resiko perilaku kekerasan. Resiko perilaku kekerasan yaitu suatu tindakan yang dapat membahayakan diri sendiri, orang lain maupun lingkungan karena ketidakmampuan mengontrol coping stress dan tidak mampu mengontrol dorongan untuk tidak melakukan kekerasan (Kio, Wardana & Arimbawa, 2020). Hal ini disebabkan oleh lingkungan yang memburuk dan perhatian dari anggota keluarga yang diperlukan untuk memenuhi tujuan meningkatkan kesehatan jiwa. Salah satu peran perawat untuk menangani halusinasi adalah melakukan standar asuhan keperawatan yang mencakup penerapan strategi pelaksanaan halusinasi.

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

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

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

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu melakukan pengkajian fisik dan mental secara komprehensif pada Ny. H dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Penglihatan Akibat Bipolar di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang Garut.
- b. Mampu merumuskan diagnosa keperawatan yang timbul pada Ny. H dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Penglihatan Akibat Bipolar di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang Garut.
- c. Mampu menyusun rencana asuhan keperawatan pada Ny. H dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Penglihatan Akibat Bipolar di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang Garut.
- d. Mampu melaksanakan implementasi/tindakan asuhan keperawatan pada Ny. H dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Penglihatan Akibat Bipolar di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang Garut.
- e. Mampu melaksanakan evaluasi hasil tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan pada Ny. H dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Penglihatan Akibat Bipolar di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang Garut.
- f. Mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Ny. H dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Penglihatan Akibat Bipolar di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang Garut.

C. Metode Telaah

Dalam penulisan studi kasus ini, penulis menggunakan metode deskriptif yang berupa laporan kasus asuhan keperawatan melalui proses keperawatan tehnik pengumpulan data yang dilakukan adalah :

1. Wawancara

Wawancara 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

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

3. Pemeriksaan Fisik

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

4. Dokumentasi

Pengumpulan data yang didapatkan dari data klien dan laporan dari tenaga kesehatan melalui catatan dokumentasi asuhan keperawatan yang telah dilakukan dan mempelajari buku-buku atau refensi yang berguna untuk memperoleh dasar-dasar teori yang berhubungan dengan gangguan

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

5. Studi Kepustakaan

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

6. Partisipasi Aktif

Partisipasi aktif yaitu penulis melakukan asuhan keperawatan pada Ny.H dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Penglihatan akibat Bipolar di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang Garut.

D. Sistematika Penulisan

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

BAB I : PENDAHULUAN

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

BAB II : TINJAUAN TEORI

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

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 klien dengan Gangguan Perspsi Sensori : Halusinasi Penglihatan. Sedangkan dalam pembahasannya berisi tentang kesenjangan-kesenjangan yang ditemukan dan dibandingkan antara pendekatan medis dengan pelaksanaan langsung pada kasus serta pemecahan masalahnya.

BAB IV : KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

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

DAFTAR PUSTAKA

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

LAMPIRAN

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

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Dasar

1. Konsep Bipolar

a. Definisi Bipolar

Bipolar adalah gangguan mental yang menyerang kondisi psikis seseorang yang ditandai dengan perubahan suasana hati yang sangat ekstrem berupa mania dan depresi, karena itu istilah medis sebelumnya disebut dengan *manic-depressive* (National Institute of Mental Health (NIH),2017b).

Bipolar secara sederhana merupakan gangguan suasana perasaan yang dicirikan dengan adanya dua kutub ekstrim emosi yakni mania dan depresi, dimana kedua kutub emosi ini saling berlawanan dan dapat berubah secara tiba-tiba tanpa diketahui kapan waktu kambuh dan sembuhnya (Samosir, 2015). Gangguan bipolar sering dikaitkan dengan gangguan mood yang ditandai dengan naik turunnya mood, aktivitas, dan energi (Mintz, 2015).

Dari beberapa pernyataan diatas maka dapat disimpulkan bahwa gangguan bipolar merupakan suatu bentuk gangguan yang terjadi pada kondisi suasana hati yang berubah-ubah secara signifikan dan ekstrim pada penderitanya. Hal ini disebabkan karena kondisi suasana hati penderitanya dapat berganti secara tiba-tiba antara kondisi bahagia (mania) dan buruk atau sedih (depresi), dan berada pada tingkat yang berlebihan dari batas kewajaran.

b. Tipe-Tipe Bipolar

Menurut National Alliance on Mental Illness (NAMI) (2017) ada lima tipe bipolar. Penjelasan dari masing-masing tipe tersebut antara lain sebagai berikut:

- 1) *Bipolar Disorder I*, yaitu bipolar disorder dengan ditandai oleh satu atau lebih fase manik atau fase campuran (gejala manik dan gejala depresi yang bercampur). Pada tipe ini, penyintas mengalami fase manik, fase campuran, dan fase depresi.
- 2) *Bipolar Disorder II*, yaitu bipolar disorder dengan tidak ada kejadian kegembiraan berlebihan dan tidak mengalami fase manik, tetapi setidaknya ada satu fase hipomanik. Pada tipe ini, penyintas mengalami fase hipomanik dan terkadang lebih sering mengalami fase depresi. Karena itu, terkadang penyintas bipolar disorder II sering mengalami salah diagnosis sebagai depresi mayor karena fase hipomanik yang tidak dikenali atau dilaporkan kepada psikolog atau psikiater.
- 3) *Cyclothymia*, yaitu bipolar disorder yang ringan dimana penyintas mengalami fase hipomanik dan fase depresi ringan yang bergantian setidaknya hanya selama dua tahun. Tingkat keparahan penyakit ini dapat berubah seiring waktu.
- 4) *Not Otherwise Specified (NOS)*, yaitu bipolar disorder yang tidak memiliki pola tertentu, misalnya fase hipomanik tanpa gejala depresi atau perubahan yang sangat cepat antara fase manik dan fase depresi. Karena tidak memiliki pola dan tidak dapat ditentukan polanya, maka

disebut dengan *Not Otherwise Specified* (NOS).

- 5) *Rapid Cycling*, yaitu bipolar disorder dengan siklus sangat cepat, biasanya mengalami empat atau lebih fase manik, hipomanik, dan depresi dalam waktu hanya 1 tahun.

c. Fase-Fase Bipolar

Bipolar memiliki lima fase, yaitu fase manik, fase hipomanik, fase normal, fase depresi ringan, dan fase depresi (Depression and Bipolar Support Alliance (DBSA), 2020). Masing-masing fase tersebut memiliki karakteristik tersendiri dan memperlihatkan gejala yang berbeda. Penjelasan dari masing-masing fase tersebut antara lain sebagai berikut:

1) Fase Manik

Fase manik yaitu fase tertinggi dari bipolar disorder. 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 produktifitas 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).

2) Fase Hipomanik

Fase hipomanik yaitu fase manik ringan dari bipolar disorder. Bedanya dengan fase manik adalah gejala-gejala yang ditimbulkan tidak terlalu tinggi, sehingga tidak cukup parah untuk menyebabkan

gangguan serius pada fungsi sosial seperti pekerjaan dan pendidikan, serta tidak ada tanda-tanda psikosis yang terjadi.

3) Fase Depresi

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).

d. Faktor Penyebab Bipolar

Para ilmuwan dan ahli kesehatan mental terus mempelajari lebih lanjut mengenai kemungkinan-kemungkinan penyebab bipolar. Pada saat ini, kebanyakan ilmuwan menyepakati bahwa tidak ada penyebab tunggal dari bipolar, mereka mengatakan bahwa banyak faktor yang bersama-sama menyebabkan adanya bipolar pada diri seseorang (International Bipolar Foundation (IBF), 2020). Beberapa faktor yang menyebabkan bipolar antara lain yaitu:

1) Faktor Genetik

Seseorang yang memiliki keluarga dengan gangguan mood memiliki risiko lebih besar menderita gangguan mood daripada masyarakat pada umumnya. Hal ini disebabkan pengaruh gen pada

depresi berat memiliki pengaruh lebih besar dibandingkan dengan depresi ringan.

2) Faktor Psikososial

Para ahli dan ilmuwan gangguan jiwa mengatakan bahwa bipolar juga disebabkan oleh faktor psikososial seperti stress atau tekanan yang didapatkan dari lingkungan baik internal maupun eksternal (Depression and Bipolar Support Alliance (DBSA), 2020).

Faktor lingkungan internal adalah keluarga. Apabila hidup dengan anggota keluarga yang mengidap bipolar, maka risiko terkena gangguan jiwa bipolar juga tinggi. Selain itu, mengalami pengalaman yang sangat buruk dan tidak menyenangkan hingga menyebabkan trauma juga memicu timbulnya bipolar. Sementara itu, faktor lingkungan eksternal adalah pergaulan atau pengalaman buruk dengan orang lain.

3) Faktor Fisiologis

Salah satu faktor utama penyebab seseorang mengidap bipolar adalah terganggunya keseimbangan cairan kimia utama di dalam otak. Sebagai contoh, ketika seorang penyintas bipolar disorder memiliki kadar dopamin yang tinggi dalam otaknya, maka ia akan merasasangat bersemangat, agresif dan percaya diri. Keadaan inilah yang disebut fase manik. Sebaliknya, fase depresi akan terjadi ketika kadar dopamine dalam otaknya menurun di bawah normal, sehingga penderita merasa tidak bersemangat, pesimis dan bahkan memiliki keinginan untuk bunuh diri yang besar. Seseorang yang menderita

bipolar disorder menandakan adanya gangguan pada sistem motivasional yang disebut dengan *Behavioral Activation System* (BAS) (Saputra, 2019).

e. Penatalaksanaan Bipolar

Kombinasi antara pengobatan, terapi, perubahan gaya hidup, serta dukungan dari keluarga dan teman dapat membantu penyintas bipolar untuk menstabilkan suasana hati mereka dan menjalani kehidupan normal seperti yang mereka inginkan (Santoso et al., 2018). Perawatan dan pengobatan tiap penyintas bipolar berbeda-beda, karena itu untuk menemukan perawatan dan pengobatan yang cocok sangatlah penting untuk pemulihan. Beberapa ini adalah perawatan dan pengobatan yang harus dilakukan oleh seorang penyintas bipolar.

1) Terapi Farmakologi

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

2) Terapi Non Farmakologi

a) Psikoterapi

Psikoterapi adalah istilah untuk berbagai teknik perawatan yang bertujuan untuk membantu seseorang mengidentifikasi serta mengubah emosi, pikiran, dan perilaku yang mengganggu. Psikoterapi dapat menjadi bagian yang efektif dari perawatan penyintas bipolar. Cara ini dapat memberikan dukungan, bimbingan, dan edukasi kepada penyintas bipolar disorder dan juga keluarga atau kerabat dekatnya (National Alliance on Mental Illness (NAMI), 2017).

b) Terapi Perilaku Kognitif (CBT) dan Terapi Perilaku Dialek (DBT)

Terapi ini dapat membantu mengurangi adanya pikiran yang negatif ataupun pikiran yang berlebihan (overthinking), terutama pada saat fase depresi.

c) *Electroconvulsive therapy* (ECT) digunakan untuk gejala bipolar berat yang tidak dapat disembuhkan dengan perawatan lainnya.

2. Konsep Halusinasi

Menurut Yosep (2014), diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada klien dengan halusinasi yaitu :

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

a. Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi

1) Definisi

Halusinasi merupakan suatu gejala gangguan jiwa dimana klien merasakan suatu stimulus yang sebenarnya tidak ada. Klien mengalami perubahan sensori persepsi: merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan, atau penciuman (Sutejo, 2017).

Halusinasi adalah salah satu gejala gangguan jiwa di mana klien mengalami perubahan sensori persepsi, merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan atau penciuman. Klien merasakan stimulus yang sebetul- betulnya tidak ada (AS 2019).

Berdasarkan pengertian diatas,dapat disimpulkan bahwa halusinasi adalah perubahan persepsi sensori dimana klien merasakan adanya sensasi palsu dan dapat menginterpretasikannya tanpa adanya rangsangan dari luar.

2) Etiologi

Menurut Pasaribu (2021) terdapat dua faktor penyebab terjadinya halusinasi, yaitu :

a) Faktor Predisposisi

(1) Faktor pengembangan

Tugas perkembangan klien terganggu misalnya rendahnya kontrol dan kehangatan keluarga menyebabkan klien tidak mampu mandiri sejak kecil, mudah frustrasi, hilang percaya diri.

(2) Faktor Sosiokultural

Seseorang merasa tidak diterima dilingkungan sejak bayi akan

merasa disingkirkan, kesepian dan tidak percaya pada lingkungan.

(3) Faktor Biologis

Faktor biologis mempunyai pengaruh terhadap terjadinya gangguan jiwa. Adanya stress yang berlebihan dialami seseorang maka didalam tubuh akan dihasilkan suatu zat yang dapat bersifat halusinogen neurokimia. Akibat stress berkepanjangan menyebabkan teraktivitasnya neuritransmitter otak.

(4) Faktor Psikologis

Tipe kepribadian lemah dan tidak bertanggung jawab mudah terjerumus pada penyalah gunaan zat adiptif. Hal ini berpengaruh pada ketidakmampuan klien dalam mengambil keputusan yang tepat demi lebih memilih kesenangan sesaat dan lari dari alam nyata menuju alam khayal.

b) Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi merupakan stimulus yang dipersepsikan oleh individu sebagai tantangan, ancaman, atau tuntutan yang memerlukan energi ekstra untuk menghadapinya. Seperti adanya rangsangan dari lingkungan, misalnya partisipasi klien dalam kelompok, terlalu lama tidak diajak komunikasi, objek yang ada di lingkungan dan juga suasana sepi atau terisolasi, sering menjadi pencetus terjadinya halusinasi. Hal tersebut dapat meningkatkan stress dan kecemasan yang merangsang tubuh mengeluarkan zat

halusinogenik. Penyebab halusinasi dapat dilihat dari lima dimensi (Pasaribu 2021) yaitu :

(1) Dimensi Fisik : Halusinasi dapat ditimbulkan oleh beberapa kondisi fisik seperti kelelahan yang luar biasa, penggunaan obatobatan, demam hingga delirium, intoksikasi alkohol dan kesulitan untuk tidur dalam Dimensi Emosional : Perasaan cemas yang berlebihan atas dasar problem yang tidak dapat diatasi merupakan penyebab halusinasi itu terjadi. Isi dari halusinasi dapat berupa perintah memaksa dan menakutkan. Kliern tidak sanggup lagi menentang perintah tersebut sehingga dengan kondisi tersebut klien berbuat sesuatu terhadap ketakutan tersebut.

(2) Dimensi Intelektual : Dalam dimensi intelektual ini menerangkan bahwa individu dengan halusinasi akan memperlihatkan adanya penurunan fungsi ego. Pada awalnya halusinasi merupakan usaha dari ego sendiri untuk melawan impuls yang menekan, namun merupakan suatu hal yang menimbulkan kewaspadaan yang dapat mengambil seluruh perhatian klien dan tidak jarang akan mengobrol semua perilaku klien.

(3) Dimensi Sosial : Klien mengalami interaksi sosial dalam fase awal dan comforting. Klien menganggap bahwa hidup bersosialisasi di alam nyata sangat membahayakan. Klien asik dengan halusinasinya., seolah-olah ia merupakan tempat untuk

memenuhi kebutuhan akan interaksi sosial, kontrol diri dan harga diri yang tidak didapatkan dalam dunia nyata.

(4) Dimensi Spiritual : Secara spiritual klien halusinasi mulai dengan kehampaan hidup, rutinitas tidak bermakna, hilangnya aktifitas ibadah dan jarang berupaya secara spiritual untuk menyucikan diri. Saat bangun tidur klien merasa hampa dan tidak jelas tujuan hidupnya. Individu sering memaki takdir tetapi lemah dalam upaya menjemput rezeki, menyalahkan lingkungan.

3) Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala halusinasi dinilai dari hasil observasi terhadap klien serta ungkapan. Menurut Iyan (2021) tanda dan gejala halusinasi adalah sebagai berikut:

a) Data Subjektif

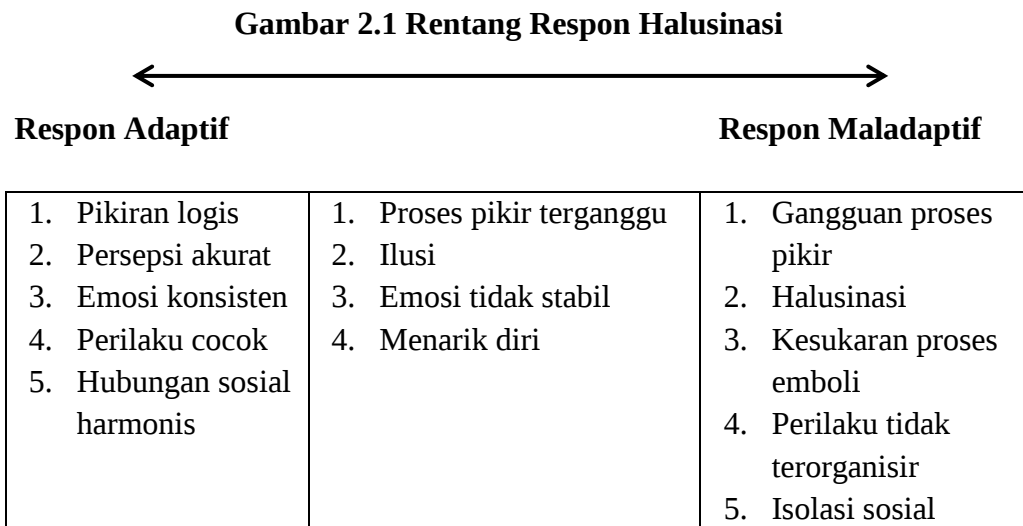
Berdasarkan data subjektif, klien dengan gangguan sensori persepsi halusinasi mengaku bahwa klien seperti mendengar suara-suara, melihat bayangan, mencium bau-bauan dan merasa takut atau senang akan halusinasinya.

b) Data Objektif

Berdasarkan data objektif, klien dengan gangguan sensori persepsi halusinasi melakukan hal-hal seperti bicara atau tertawa sendiri, marah-marah tanpa sebab dan ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas.

4) Rentang Respon

Menurut Stuart (dalam Sutejo, 2017) rentang respon neurobiologis halusinasi digambarkan sebagai berikut :



Keterangan:

a) Respon adaptif

Respon adaptif adalah respon yang dapat diterima norma-norma sosial budaya yang berlaku.

(1) Pikiran logis adalah pandangan yang mengarah pada kenyataan.

(2) Persepsi akurat adalah pandangan yang tepat pada kenyataan.

(3) Emosi konsisten dengan pengalaman yaitu perasaan yang timbul dari pengalaman asli.

(4) Perilaku sosial adalah sikap dan tingkah laku yang masih dalam batas kewajaran.

(5) Hubungan sosial adalah proses suatu interaksi dengan orang lain dan lingkungan.

b) Respon psikososial

- (1) Proses pikir terganggu adalah proses pikir yang menimbulkan gangguan ilusi adalah miss interpretasi yang salah penerapan yang benar-benar terjadi (objek nyata) karena rangsangan panca indera.
- (2) Emosi berlebihan atau berkurang.
- (3) Perilaku tidak biasa adalah sikap dan tingkah laku yang melebihi batas kewajaran.
- (4) Menarik diri adalah percobaan untuk menghindari interaksi dengan orang lain.

c) Respon maladaptif

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

- (1) Kelainan pikiran adalah keyakinan yang secara kokoh dipertahankan walaupun tidak diyakini oleh orang lain dan bertentangan dengan kenyataan sosial.
- (2) Halusinasi merupakan persepsi sensoru yang salah atau persepsi eksternal yang tidak realita atau tidak ada.
- (3) Kerusakan proses emosi adalah perubahan sesuatu yang timbul dari hati.
- (4) Perilaku tidak teroganisir merupakan suatu yang tidak teratur.
- (5) Isolasi sosial adalah kondisi kesendirian yang dialami oleh individu dan diterima sebagai ketentuan oleh orang lain dan sebagai suatu kecelakaan yang negatif mengancam.

5) Jenis-Jenis Halusinasi

Menurut (Mislika 2020), jenis halusinasi antara lain :

a) Halusinasi pendengaran (auditorik)

Karakteristik ditandai dengan mendengar suara, terutama suara-suara orang, biasanya klien mendengar suara orang yang sedang membicarakan apa yang sedang dipikirkannya dan memerintahkan untuk melakukan sesuatu.

b) Halusinasi penglihatan (visual)

Karakteristik dengan adanya stimulus penglihatan dalam bentuk pancaran cahaya, gambaran geometrik, gambar kartun dan atau panorama yang luas dan kompleks. Penglihatan bisa menyenangkan atau menakutkan.

c) Halusinasi penghirup (olfactory)

Karakteristik ditandai dengan adanya bau busuk, amis dan bau yang menjijikkan seperti : darah, urine atau feses. Kadang-kadang terhidu bau harum. Biasanya berhubungan dengan stroke, tumor, kejang, dan demensia.

d) Halusinasi peraba (tactile)

Karakteristik ditandai dengan adanya rasa sakit atau tidak enak tanpa stimulus yang terlihat. Contoh : merasakan sensasi listrik datang dari tanah, benda mati atau orang lain.

e) Halusinasi pengecap (gustatory)

Karakteristik ditandai dengan merasakan sesuatu yang busuk, amis dan menjijikkan, merasa mengecap rasa seperti rasa darah,

urin atau fases.

6) Fase-Fase

Halusinasi terbagi atas beberapa fase, yaitu sebagai berikut (Pasaribu 2021) :

a) Fase Comforting

Klien mengalami perasaan yang mendalam seperti ansietas, kesepian, rasa bersalah dan takut serta mencoba untuk berfokus pada pikiran yang menyenangkan untuk meredakan ansietas. Klien tersenyum atau tertawa tidak sesuai, menggerakkan lidah tanpa suara, pergerakan mata yang cepat, diam dan asik sendiri.

b) Fase Condemning

Pengalaman sensori menjijikkan dan menakutkan. Klien mulai lepas kendali dan mungkin mencoba untuk mengambil jarak dirinya dengan sumber yang dipersepsikan dan terjadi peningkatan tanda-tanda sistem syaraf otonom akibat ansietas seperti peningkatan tanda-tanda vital (denyut jantung, pernafasan dan tekanan darah), asik dengan pengalaman sensori dan kehilangan kemampuan untuk membedakan halusinasi dengan realita.

c) Fase Controlling

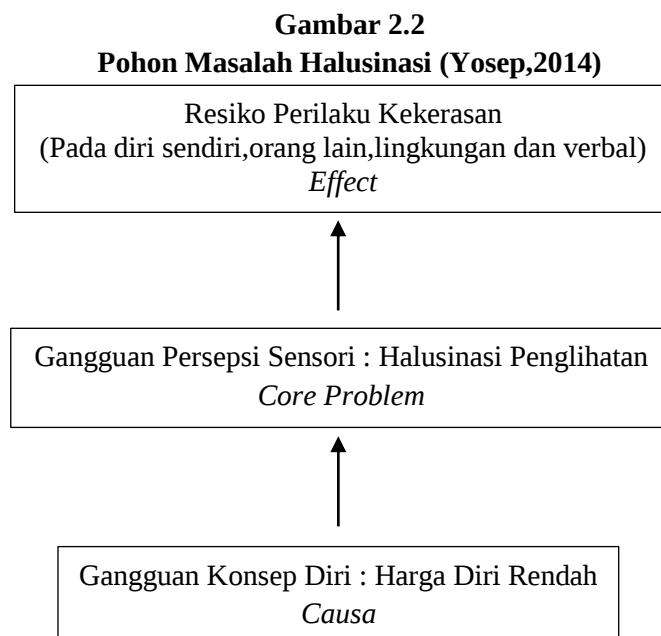
Klien berhenti menghentikan perlawanan terhadap halusinasi dan menyerah pada halusinasi tersebut dan klien sukar berhubungan dengan orang lain, berkeringat, tremor, tidak mampu mematuhi perintah dari orang lain dan berada dalam kondisi yang

sangat menegangkan terutama jika akan berhubungan dengan orang lain.

d) Fase Conquering

Pengalaman sensori menjadi mengancam jika klien mengikuti perintah halusinasi dan terjadi perilaku kekerasan, agitasi, menarik diri, tidak mampu merespons terhadap perintah yang kompleks dan tidak mampu merespons lebih dari satu orang.

7) Pohon Masalah



8) Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pasien bipolar dengan gejala halusinasi adalah dengan pemberian obat-obatan dan tindakan lain yaitu :

a) Farmakologis

Obat-obatan yang lazim digunakan pada gejala halusinasi pendengaran yang merupakan gejala psikis pada pasien skizofrenia adalah obat-obatan antipsikis.

b) Terapi kejang listrik (ECT)

Terapi kejang listrik adalah pengobatan untuk menimbulkan kejang melewati aliran listrik melalui electrode yang dipasang pada satu atau dua temples, terapi kejang listrik 4-5 joule/detik 3.

c) Terapi kelompok

- (1) Terapi group (kelompok terapeutik)
- (2) Terapi aktivitas kelompok (adjuntive group activity therapy)
- (3) TAK stimulus persepsi: Halusinasi

b. Harga Diri Rendah

1) Definisi

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2018) dalam buku Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) Harga Diri Rendah merupakan evaluasi atau perasaan negatif terhadap diri sendiri atau kemampuan diri seperti perasaan tidak berarti, tidak berharga, tidak berdaya yang berlangsung dalam waktu lama dan terus menerus.

Harga Diri Rendah adalah suatu kondisi dimana seseorang menilai dirinya atau kemampuannya secara negatif, atau merasa menganggap dirinya tidak berharga dan tidak dapat bertanggung jawab atas hidupnya. (Nurhalimah 2016 dalam Syah et al., 2019).

2) Klasifikasi

Dalam (Sihombing et al., 2020) Klasifikasi Harga Diri Rendah dibagi menjadi 2 jenis, yaitu :

- a) Harga Diri Rendah Situsional adalah keadaan dimana individu yang sebelumnya memiliki harga diri positif mengalami perasaan

negatif mengenai diri dalam berespon, terhadap suatu kejadian (kehilangan, perubahan).

- b) Harga Diri Rendah Kronik adalah keadaan dimana individu mengalami evaluasi diri yang negatif mengenai diri atau kemampuan dalam waktu lama. (Pardede, Keliat, & Yulia, 2020).

3) Etiologi

Menurut (PPNI, 2018), penyebab Harga Diri Rendah, yaitu:

- a) Perubahan pada citra tubuh
- b) Perubahan peran sosial
- c) Ketidakadekuatan pemahaman
- d) Perilaku tidak konsisten dengan nilai
- e) Kegagalan hidup berulang
- f) Riwayat kehilangan dan penolakan
- g) Terpapar situasi traumatis
- h) Kurangnya pengakuan dari orang lain
- i) Ketidakefektifan mengatasi masalah kehilangan

Menurut (Nur, 2022), Penyebab Harga Diri Rendah dibedakan menjadi 2 faktor yaitu faktor predisposisi dan prespitasi :

a) Faktor Predisposisi

(1) Faktor Biologi

Faktor heriditer (keturunan) seperti adanya riwayat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa Selain itu adanya riwayat penyakit kronis atau trauma kepala merupakan merupakan salah satu faktor penyebab gangguan jiwa.

(2) Faktor Psikologis

Masalah psikologis yang dapat menyebabkan timbulnya Harga Diri Rendah adalah pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan, penolakan dari lingkungan dan orang terdekat serta harapan yang tidak realistis. Kegagalan berulang, kurang mempunyai tanggungjawab personal dan memiliki ketergantungan yang tinggi pada orang lain merupakan faktor lain yang menyebabkan gangguan jiwa. Selain itu pasien dengan Harga Diri Rendah memiliki penilaian yang negatif terhadap gambaran dirinya, mengalami krisis identitas, peran yang terganggu, ideal diri yang tidak realistis.

(3) Faktor Sosial Budaya

Pengaruh sosial budaya yang dapat menimbulkan Harga Diri Rendah adalah adanya penilaian negatif dari lingkungan terhadap klien, sosial ekonomi rendah, pendidikan yang rendah serta adanya riwayat penolakan lingkungan pada tahap tumbuh kembang anak.

b) Faktor Presipitasi

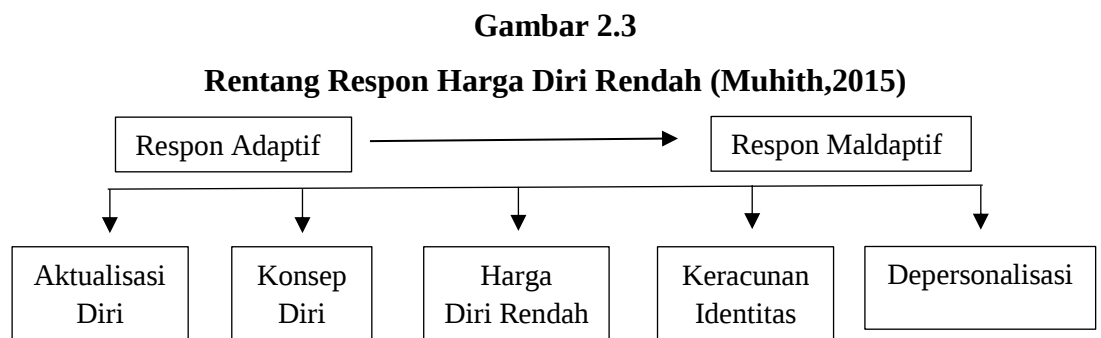
Masalah khusus tentang konsep diri disebabkan oleh setiap situasi yang dihadapi individu dan ia tidak mampu menyesuaikan situasi atas stresor dapat mempengaruhi komponen. Stresor yang dapat mempengaruhi gambaran diri adalah hilangnya bagian tubuh, tindakan operasi, proses patologi penyakit, perubahan struktur dan fungsi tubuh, proses tumbuh kembang, prosedur tindakan dan

pengobatan. Sedangkan stressor yang dapat mempengaruhi harga diri dan ideal diri adalah penolakan dan kurang penghargaan diri dari orang tua dan orang yang berarti. Faktor pencetus dapat berasal dari sumber internal ataupun eksternal.

(1) Trauma seperti penganiayaan seksual dan psikologis atau menyaksikan peristiwa yang mengancam kesehatan.

(2) Ketegangan peran berhubungan dengan peran atau posisi yang diharapkan dan individu mengalaminya sebagai frustrasi.

4) Rentang Respon



Keterangan :

a) Respon Adaptif : Aktualisasi diri dan konsep diri yang positif serta bersifat membangun (konstruktif) dalam usaha mengatasi stressor yang menyebabkan ketidakseimbangan dalam diri sendiri.

b) Respon Maladaptif : Aktualisasi diri dan konsep diri yang negatif serta bersifat merusak (destruktif) dalam usaha mengatasi stressor yang menyebabkan ketidakseimbangan dalam diri sendiri.

c) Aktualisasi diri : pengungkapan perasaan/kepuasan dari konsep diri positif

d) Konsep diri positif : dapat menerima kondisi dirinya sesuai dengan

yang diharapkannya dan sesuai dengan kenyataan.

- e) Harga Diri Rendah : perasaan negatif terhadap diri sendiri, hilang kepercayaan diri, dan merasa gagal mencapai keinginan.
- f) Kerancuan identitas : ketidakmampuan individu mengintegrasikan aspek psikologis pada masa dewasa, sifat kepribadian yang bertentangan dan perasaan hampa.
- g) Depersonalisasi : merasa asing terhadap dirinya sendiri dan kehilangan identitas.

5) Manifestasi Klinik

Manifestasi yang biasanya muncul pada pasien dengan masalah Harga Diri Rendah (Sihombing et al., 2022) :

a) Mayor

(1) Subjektif

Biasanya klien menilai diri dengan negatif/mengkritik diri, merasa tidak berarti/tidak berharga, merasa malu/minder, merasa tidak mampu melakukan apapun, meremehkan kemampuan yang dimiliki, dan merasa tidak memiliki kelebihan.

(2) Objektif

Biasanya klien berjalan menunduk, postur tubuh menunduk , kontak mata kurang, lesu dan tidak bergairah, berbicara pelan dan lirih, ekspresi muka datar, pasif.

b) Minor

(1) Subjektif

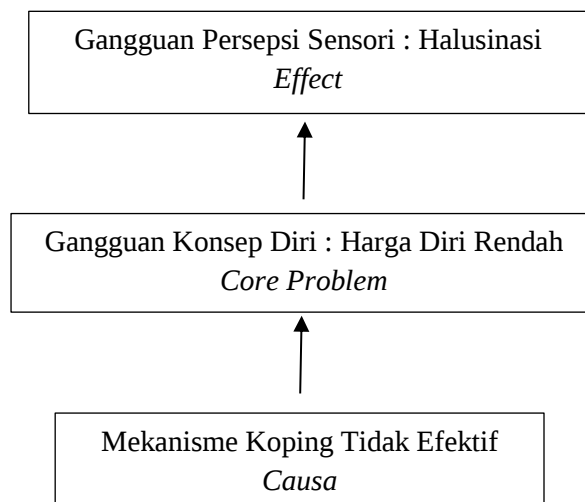
Biasanya klien merasa sulit konsentrasi, mengatakan sulit tidur, mengungkapkan keputusasaan, enggan mencoba hal baru, menolak penilaian positif tentang diri sendiri, lebih-lebih penilaian negatif tentang diri sendiri.

(2) Objektif

Bergantung pada pendapat orang lain, sulit membuat keputusan, sering kali mencari penegasan, menghindari orang lain, dan lebih senang menyendiri.

6) Pohon Masalah

Gambar 2.4
Pohon Masalah Harga Diri Rendah (Yosep, 2014)



c. Resiko Perilaku Kekerasan

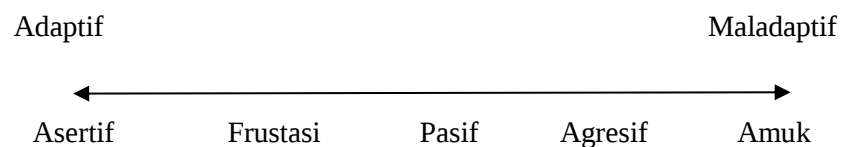
1) Definisi

Resiko perilaku kekerasan merupakan perilaku seseorang yang menunjukkan bahwa ia dapat membahayakan diri sendiri atau orang lain atau lingkungan, baik secara fisik, emosional, seksual, dan verbal. (NANDA, 2016).

Perilaku kekerasan merupakan respon terhadap stressor yang dialami oleh seseorang yang melakukan perilaku kekerasan verbal dan nonverbal terhadap diri sendiri, orang lain, dan lingkungan. Bentuk-bentuk perilaku kekerasan yang dilakukan dapat berupa pelarian, permusuhan dan dapat menimbulkan kerusakan fisik maupun verbal (Kio, Wardana & Arimbawa, 2020).

Dari beberapa pengertian diatas penulis menyimpulkan bahwa perilaku kekerasan adalah suatu tindakan yang dapat membahayakan diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan yang bertujuan untuk melukai, hal tersebut disebabkan karena ketidakmampuan dalam melakukan koping stres dan tidak mampu untuk mengontrol dorongan untuk tidak melakukan kekerasan.

2) Rentang Respon Marah



Gambar 2.5
Rentang Respon Marah (Hulu, 2022).

Keterangan :

- a) Asertif : Kemarahan yang dapat diungkapkan tanpa ada menyakiti orang lain.
- b) Frustrasi : Tujuan yang tidak tercapai karena tidak realistis atau terhambat.
- c) Pasif : Reaksi selanjutnya terhadap ketidakmampuan pasien untuk mengungkapkan perasaannya.

- d) Agresif : Perilaku merusak, tetapi masih dapat dikendalikan. Orang yang agresif biasanya tidak mau tahu hak orang lain. Ia menegaskan bahwa setiap orang harus memperjuangkan kebaikannya sendiri dan mengharapkan perlakuan yang sama dari orang lain.
- e) Amuk : Perilaku destruktif dan tidak terkontrol. Yaitu rasa marah dan bermusuhan yang kuat disertai kehilangan control diri. Pada keadaan ini individu dapat merusak dirinya sendiri maupun orang lain.

3) Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala perilaku kekerasan dapat dinilai dari ungkapan pasien dan didukung dengan hasil observasi. (Fitria,2012).

a) Fisik

Mata melotot/pandangan tajam, tangan mengepal, rahang mengatup, wajah memerah dan tegang, serta tubuh kaku.

b) Verbal

Mengancam, mengumpat dengan kata-kata kotor, berbicara dengan nada keras kasar dan ketus.

c) Emosi

Tidak adekuat, tidak aman dan nyaman, merasa terganggu, dendam, jengkel, tidak berdaya, bermusuhan, mengamuk, ingin berkelahi, menyalahkan, dan menuntut.

d) Intelektual

Mendominasi, cerewet, kasar, berdebat, meremehkan, dan

tidak jarang mengeluarkan kata – kata bernada sarkasme

4) Faktor Penyebab

a) Faktor Predisposisi

(1) Faktor Psikologis

Pandangan psikologi mengenai perilaku agresif mendukung pentingnya peran dari perkembangan predisposisi atau pengalaman hidup.

(2) Faktor Sosial Budaya

Learning Theory, ini merupakan bahwa agresif tidak berbeda dengan respon-respon yang lain, kultural dapat pula mempengaruhi perilaku kekerasan.

(3) Faktor Biologis

Neurotransmitter yang sering dikaitkan perilaku agresif dimana faktor pendukungnya adalah masa kanak-kanak yang tidak menyenangkan, sering mengalami kegagalan, kehidupan yang penuh tindakan agresif dan lingkungan yang tidak kondusif.

(4) Perilaku

Reinforcement yang diterima pada saat melakukan kekerasan dan sering mengobservasi kekerasan di rumah atau di luar rumah, semua aspek ini menstimulasi individu mengadopsi perilaku kekerasan.

b) Faktor Presipitasi

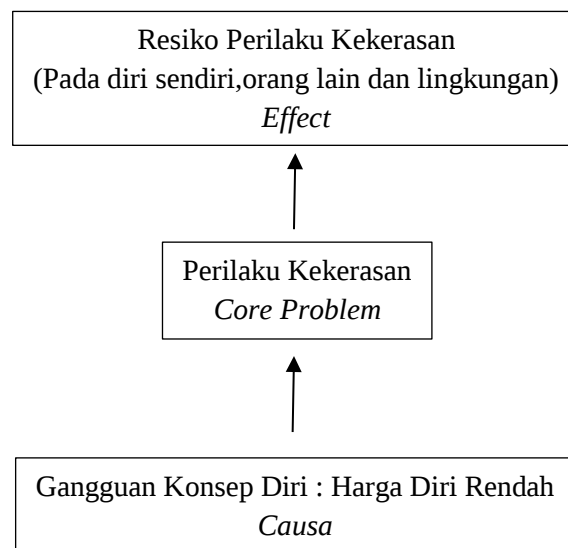
Ketika saat seseorang merasa terancam, mereka bahkan mungkin tidak memahami sumber kemarahannya. Namun umumnya, ketika

seseorang merasa terancam, mereka bereaksi dengan kemarahan. Faktor-faktor yang memprovokasi perilaku kekerasan dapat dibagi menjadi dua bagian, yaitu (Pangaribuan, dkk, 2022) :

- (1) Klien : Kelemahan fisik, keputusasaan, ketidak berdayaan, kurang percaya diri.
- (2) Lingkungan : Ribut, kehilangan orang atau objek yang berharga, konflik interaksi sosial.

5) Pohon Masalah

Gambar 2.6
Pohon Masalah Resiko Perilaku Kekerasan (Nurhalimah,2018)



B. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan dasar utama atau langkah awal dari proses keperawatan secara keseluruhan, pada tahap ini semua data informasi tentang klien yang dibutuhkan dan dianalisa untuk menentukan diagnosa keperawatan. Tahap pengkajian terdiri dari keluhan utama, pengumpulan data dan perumusan kebutuhan atau masalah pasien, data yang dikumpulkan

meliputi data biologis, psikologis, sosial dan spritual, data pada pengkajian keperawatan jiwa dapat dikelompokkan menjadi faktor predisposisi, faktor presipitasi, penilaian terhadap stressor, sumber koping dan kemampuan koping yang dimiliki pasien (Stuart dan laria dalam Prabowo,2014).

a. Identitas klien

Identitas klien meliputi : nama, umur, jenis kelamin, alamat, pekerjaan, pendidikan, suku atau bangsa, tanggal pengkajian.

b. Identitas Penanggung jawab

Identitas Penanggung jawab meliputi : nama, umur, jenis kelamin pekerjaan, alamat, hubungan dengan klien.

c. Alasan Masuk dan Keluhan Utama

Bertanya ke pasien atau kepada keluarga bersangkutan tentang alasan dan keluhan yang diderita saat ini.

d. Faktor Predisposisi

Bertanya pada klien, keluarga klien dan pihak bersangkutan apakah sebelumnya klien pernah mengalami masalah gangguan jiwa dimasa lampau, adanya trauma di masa lalu atau pernah melakukan pengobatan tertentu.

e. Pemeriksaan Fisik

Mengkaji kondisi fisik klien dengan mengukur tanda-tanda vital klien, TB (Tinggi Badan) klien, BB (Berat Badan) klien, dan adanya keluhan yang dialami.

f. Psikososial

1) Genogram

Berisikan gambaran tentang keturunan untuk mendeteksi adanya riwayat penyakit yang sama atau tidak.

2) Konsep Diri

- a) Citra tubuh yaitu bagaimana pandangan diri terhadap suatu anggota bagian tubuh tertentu.
- b) Identitas diri yaitu bagaimana pandangan status dan posisi klien sebelum sakit.
- c) Peran yaitu harapan yang klien inginkan akan tubuhnya, jabatan, setatus yang harapannya dalam keluarga, perkumpulan, lingkungan sekitar, dan bagaimana kemampuan yang dimiliki klien dalam menjalankan posisi tersebut.
- d) Ideal diri yaitu pandanga dan harapan klien akan tubuhnya.
- e) Harga diri yaitu persepsi yang dimiliki klien tentang dirinya sendiri.

3) Hubungan Sosial

Mengidentifikasi siapa yang terdekat klien lalu berhubungan dengan siapa saja.

4) Spiritual dan Kultural

5) Status Mental

a) Penampilan

Amati penampilan klien yaitu seperti berapa usianya, bagaimana cara dalam klien berpakaian, perhatikan kebersihannya, sikap klien, cara klien dalam berjalan, cara klien saat mengekspresikan wajah, dan bagaimana kontak mata yang dilakukan.

b) Pembicaraan

Amati sifat pasien saat diajak berbicara. Seperti saat berbicara klien menjawab secara cepat, bernada keras, intonasinya gagap, lambat saat menjawab, diam saja, atau bahkan bersifat tidak peduli.

c) Aktivitas motorik

Aktivitas motorik berisikan tentang pengkajian berupa gerakan fisik yang dilakukan klien perlu dicatat dalam hal tingkat aktivitas yaitu mulai dari latergik, tegang dan gelisah serta agitasi), ada juga TIK dan tremor dan gerakan tubuh yang abnormal lainnya.

d) Afek

Afek merupakan nada perasaan yang menyenangkan atau tidak menyenangkan yang menyertai suatu pikiran dan berlangsung relative lama dan dengan sedikit komponen fisiologis serta bangga, kecewa.

e) Interaksi selama wawancara

Bagaimana respon yang ditunjukkan klien pada proses wawancara berlangsung, apakah klien dapat bekerja samaa secara kooperatif atau tidak, bagaimana kontak mata dengan lawan bicara saat percakapan berlangsung.

f) Persepsi sensori

Berisi jenis halusinasi, isi halusinasi, frekuensi, waktu dan respon ketika halusinasi itu datang.

g) Proses pikir

Kaji apakah cara atau proses dalam klien berpikir, apakah

klien berpikir secara realistis (berdasarkan realita) atau tidak.

h) Kesadaran

Kaji tingkat kesadaran apakah turun atau sebaliknya.

i) Orientasi

Kaji apakah klien mengetahui orientasi seperti kapan, dimana dan siapa saja.

j) Memori

Apakah klien mengalami gangguan dalam mengingat suatu hal. Bisa terjadi karena adanya pengaruh efek samping dari pengobatan tertentu ataupun karena keadaan psikologis.

k) Tingkat konsentrasi dan berhitung

Apakah klien sulit untuk berkonsentrasi, kaji dengan kemampuan berhitung sederhana dan perhatikan apakah jawaban yang disampaikan sesuai dengan yang ditanyakan atau tidak.

l) Kemampuan penilaian

m) Daya tilik diri

Kaji apakah klien sering mengingkari penyakit yang diderita, dan menyalahkan suatu hal yang tidak berkaitan atau diluar dari dirinya.

6) Kebutuhan Persiapan Pulang

Apakah dalam melakukan kebutuhan sehari-hari seperti makan, BAB/BAK, mandi, berpakaian/berhias, istirahat tidur, penggunaan obat, pemeliharaan Kesehatan, kegiatan didalam rumah/luar rumah memerlukan bantuan atau pendampingan dari perawat/keluarga.

7) Mekanisme Koping

Perilaku berupa untuk melakukan upaya perlindungan diri sendiri dari pengalaman yang membuat klien takut, hal ini berhubungan langsung dengan respon neurobiologis.

2. Analisa Data

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

a. Halusinasi

1) Data subjektif :

- a) Mendengarkan suara-suara atau kegaduhan
- b) Mendengarkan suara yang mengajak berbicara
- c) Mendengar suara memerintah dan melakukan sesuatu yang berbahaya
- d) Melihat bayangan, sinar, bentuk geometris, bentuk kartun, melihat hantu atau monster
- e) Mencium bau-bauan seperti bau darah, urin, feses, kadang-kadang bau itu menyenangkan
- f) Merasakan rasa seperti darah, urin, feses, kadang-kadang bau itu menyenangkan
- g) Merasakan rasa seperti darah, urin atau feses
- h) Merasa takut atau senang dengan halusinasinya
- i) Mengatakan sering mendengar sesuatu pada waktu tertentu saat sedang sendirian

2) Data objektif :

- a) Bicara atau tertawa sendiri
- b) Marah-marah tanpa sebab
- c) Memalingkan muka ke arah telinga seperti mendengar sesuatu
- d) Menutup telinga
- e) Menunjuk-nunjuk ke arah tertentu
- f) Ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas
- g) Mencium sesuatu seperti sedang membau bau bau tertentu
- h) Menutup hidung
- i) Sering meludah
- j) Muntah
- k) Menggaruk-garuk permukaan kulit

b. Harga Diri Rendah

1) Data Objektif

- a) Sulit tidur
- b) Merasa tidak berarti dan merasa tidak berguna
- c) Merasa tidak mempunyai kemampuan positif
- d) Merasa menilai diri negatif
- e) Kurang konsentrasi dan merasa tidak mampu melakukan apapun
- f) Merasa malu

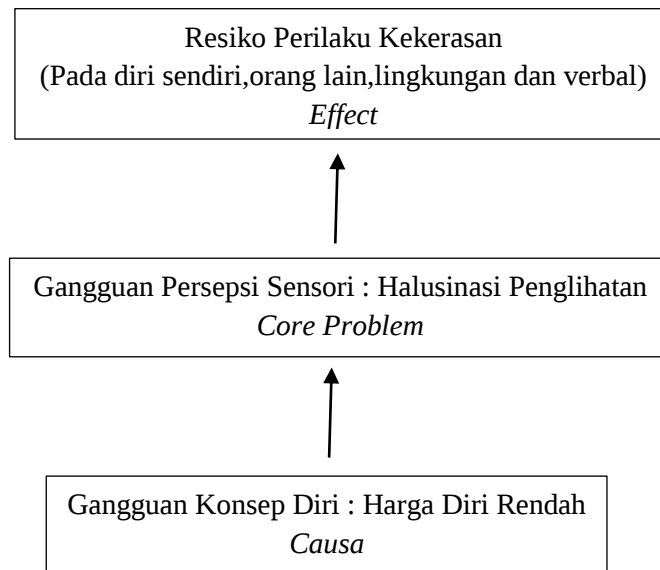
2) Data Subjektif

- a) Kontak mata kurang dan murung
- b) Berjalan menunduk dan postur tubuh menunduk
- c) Menghindari orang lain

- d) Bicara pelan dan lebih banyak diam
 - e) Sering menyendiri
 - f) Mengkritik orang lain
- c. Resiko Perilaku Kekerasan
- 1) Data subjektif :
 - a) Mengekspresikan perasaan kesal
 - b) Berkeinginan untuk melukai diri (diri sendiri/oranglain)
 - c) Membentak dengan nada tinggi dan menyerang pribadi orang lain
 - 2) Data objektif :
 - a) Mata melotot dan melihat dengan pandangan tajam/serius.
 - b) Tangan menggenggam dan rahang mengatup
 - c) Ekspresi marah
 - d) Bersifat agresif
 - e) Memberikan ancaman dan berkata kotor serta mengumpat
 - f) Bicara dengan nada tinggi
 - g) Berkata kata kasar
 - h) Melukai diri sendiri atau orang lain, dan merusak fasilitas

Pohon Masalah :

Gambar 2.7 Pohon Masalah Halusinasi



3. Diagnosa Keperawatan

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

Menurut Yosep (2014), diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada klien dengan halusinasi yaitu :

- Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi
- Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah
- Resiko Perilaku Kekerasan

4. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah suatu rangkaian sebuah kegiatan sebagai penentuan langkah-langkah pemecahan masalah dan prioritas, perumusan

tujuan, rencana tindakan dan penilaian asuhan keperawatan pada klien berdasarkan analisa data dan diagnosa keperawatan (Dinarti dan Mulyanti 2017). Intervensi keperawatan pada Klien dengan gangguan halusinasi, Harga Diri Rendah Kronis, dan Resiko Perilaku Kekerasan berdasarkan strategi pelaksanaan menurut Damayanti dan Iskandar (2014) yaitu sebagai berikut:

Tabel 2.1
Intervensi Keperawatan

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Perencanaan	
			Kriteria Evaluasi	Intevensi
1.	Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Penglihatan	TUM : Klien dapat mengontrol halusinasinya TUK 1 : 1. Klien dapat membina hubungan saling percaya. 2. Klien dapat mengenal halusinasi nya. 3. Klien dapat mengontrol halusinasinya dengan cara menghardik.	Setelah dilakukan ... x interaksi diharapkan klien mampu membina hubungan saling percaya dengan perawat,dengan kriteria hasil : 1. Menyebutkan penyebab halusinasi. 2. Menyebutkan karakteristik halusinasi yang dirasakan (jenis, isi, frekuensi, durasi, waktu, situasi yang menyebabkan halusinasi dan	Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik : (Beri salam atau panggil nama, perkenalkan diri dengan sopan, jelaskan maksud dan tujuan interaksi, jelaskan kontrak yang akan dibuat). SP 1 : 1. Identifikasi halusinasi

			respon terhadap halusinasi). 3. Menyebutkan cara yang selama ini digunakan untuk mengendalikan halusinasi. 4. Menyebutkan cara mengendalikan halusinasi yang tepat. 5. Mampu memperagakan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik.	klien (jenis, waktu, frekuensi, isi, durasi, situasi dan respon). 2. Ajarkan klien mengontrol halusinasi dengan cara pertama : menghardik halusinasi. a. Jelaskan cara menghardik b. Peragakan cara menghardik c. Minta klien memperagakan ulang 3. Anjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan sehari-hari.
		TUK 2 : Klien dapat mengontrol halusinasinya dengan cara distraksi yaitu	Setelah pertemuan kedua klien mampu: 1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan sebelumnya.	SP 2 : 1. Evaluasi kegiatan yang sudah dilakukan sebelumnya

		bercakap-cakap dengan orang lain.	2. Menyebutkan cara mengontrol halusinasi yang tepat. 3. Mampu mengalihkan halusinasi dengan cara distraksi yaitu bercakap-cakap dengan orang lain. 4. Membuat jadwal kegiatan sehari-hari.	(SP 1). 2. Latih pasien mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain. 3. Anjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan sehari-hari.
		TUK 3 : Klien dapat mengontrol halusinasinya dengan cara melakukan aktivitas terjadwal.	Setelah pertemuan ketiga klien mampu: 1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan sebelumnya. 2. Mampu mengalihkan halusinasi dengan cara distraksi yaitu melakukan aktivitas terjadwal. 3. Membuat jadwal kegiatan sehari-hari.	SP 3 : 1. Evaluasi kegiatan yang sudah dilakukan sebelumnya (SP 1 & 2) 2. Latih pasien mengendalikan halusinasi dengan melakukan kegiatan (kegiatan yang biasa dilakukan pasien).

				3. Anjurkan pasien memasukkan dalam kegiatan sehari-hari
		TUK 4 : Klien dapat memanfaatkan obat dengan baik.	Setelah pertemuan keempat klien mampu : 1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan sebelumnya. 2. Menyebutkan pengobatan yang telah diberikan. 3. Minum obat dengan prinsip 6 benar yaitu benar pasien, benar obat, benar dosis, benar waktu, benar cara, dan benar dokumentasi.	SP 4 : 1. Evaluasi kegiatan yang sudah dilakukan sebelumnya (SP 1,2 & 3) 2. Tanyakan pengobatan sebelumnya 3. Jelaskan tentang pengobatan dan prinsip 6 benar obat 4. Latih pasien minum obat secara teratur 5. Masukkan ke jadwal keseharian pasien
2.	Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah	TUM : Klien mampu mengungkapkan pandangan positif untuk	Setelah dilakukan ... x interaksi diharapkan klien : 1. Ekspresi wajah bersahabat, me-	SP I : 1. Bina hubungan saling percaya (Ucapkan salam,

		masa depan dan melanjutkan tingkat fungsi selanjutnya. TUK 1 : 1. Klien dapat membina hubungan saling percaya diri 2. Klien dapat mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki 3. Klien dapat menilai kemampuan yang dapat dilakukan	nunjukkan rasa senang,ada kontak mata,menjawab salam,mengutarakan masalah yang dihadapi. 2. Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki 3. Memilih kegiatan yang sesuai kemampuan dan melakukan kegiatan yang sudah dipilih. 4. Merencanakan kegiatan yang sudah dilatih.	berkenalan, mengungkapkan perasaan, dan keluhan saat ini). 2. Identifikasi kemampuan dan aspek positif yang masih dimiliki klien 3. Identifikasi kemampuan dan aspek positif yang masih dimiliki klien,membantu pasien dalam menilai kemampuan yang masih dapat digunakan, membantu klien memilih kemampuan yang akan dilatih,melatih kemampuan yang sudah dipilih. 4. Jadwalkan pelaksanaan
--	--	--	---	---

				kemampuan yang telah dipilih kedalam rencana harian.
		TUK 2 : Melatih klien melakukan kegiatan lain yang sesuai dengan kemampuan klien.	Setelah pertemuan kedua diharapkan klien mampu : 1. Melakukan kegiatan yang sesuai dengan kemampuan klien. 2. Menyusun jadwal untuk melakukan kegiatan yang sudah dilatih.	SP 2 : Latih klien melakukan kegiatan lain yang sesuai dengan kemampuan pasien.
3.	Resiko Perilaku Kekerasan	TUM : Klien dan keluarga mampu mengatasi atau mengendalikan resiko perilaku kekerasan. TUK 1 : 1. Klien dapat membina hubungan saling percaya. 2. Klien dapat	Setelah dilakukan ... x interaksi diharapkan klien : 1. Menyebutkan penyebab dan tanda gejala resiko perilaku kekerasan. 2. Memperagakan cara fisik I (Tarik nafas dalam) untuk mengontrol perilaku kekerasan.	SP I : 1. Identifikasi tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan. 2. Latihan cara fisik I (Tarik nafas dalam). 3. Masukkan dalam jadwal harian klien.

		mengidentifikasi penyebab dan tanda-tanda resiko perilaku kekerasan. 3. Klien dapat menyebutkan cara mengontrol resiko perilaku kekerasan secara fisik.		
		TUK 2 : Klien dapat menyebutkan cara mengontrol resiko perilaku kekerasan secara fisik.	Setelah pertemuan kedua diharapkan klien mampu : 1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan sebelumnya. 2. Peragaan cara fisik ii (memukul bantal/ kasur) untuk mengontrol perilaku kekerasan.	SP II : 1. Evaluasi kegiatan yang lalu (Sp I) dan beri pujian. 2. Latih cara fisik II : pukul kasur / bantal. 3. Masukkan dalam jadwal harian klien.
		TUK 3 : Klien dapat	Setelah pertemuan ketiga diharapkan	SP III :

		menyebutkan cara mengontrol resiko perilaku kekerasan secara sosial atau verbal.	klien : 1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan. 2. Memperagakan secara sosial / verbal untuk mengontrol resiko perilaku kekerasan.	1. Evaluasi kegiatan yang lalu (Sp I dan Sp II) dan berikan pujian. 2. Latihan cara mengontrol resiko perilaku kekerasan secara verbal meminta dengan baik, menolak dengan baik dan mengungkapkan dengan baik. 3. Masukkan dalam jadwal harian klien.
		TUK 4 : Klien dapat menyebutkan cara mengontrol resiko perilaku kekerasan secara spiritual.	Setelah pertemuan keempat diharapkan klien : 1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan sebelumnya. 2. Memperagakan cara kontrol resiko perilaku	SP IV : 1. Evaluasi kegiatan yang lalu (Sp I, Sp II, Sp III) berikan pujian. 2. Latihan cara mengontrol resiko perilaku kekerasan secara spiritual

			kekerasan secara spiritual.	berdoa atau ibadah sesuai kepercayaan. 3. Masukkan dalam jadwal harian pasien.
		TUK 5 : Klien dapat menggunakan obat yang telah ditetapkan.	Setelah pertemuan kelima diharapkan klien : 1. Pasien mampu menyebutkan kegiatan yang telah dilakukan sebelumnya. 2. Memperagakan cara patuh obat.	SP V : 1. Evaluasi kegiatan yang lalu (Sp I, II, III, dan IV) beri pujian. 2. Latih cara mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan obat (jelaskan 6 benar, jenis, golongan, dosis, frekuensi, kontinuitas minum obat). 3. Minum obat secara teratur dengan prinsip 6 benar. 4. Susun jadwal minum obat secara teratur.

				5. Masukkan dalam jadwal kegiatan harian.
--	--	--	--	---

5. Implementasi Keperawatan

Implementasi ialah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat 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 Keperawatan

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:

- a. Evaluasi proses (Formatif) yang dilakukan setiap setelah melakukan tindakan keperawatan.

b. Evaluasi hasil (sumatif) dilakukan dengan cara membandingkan respon klien dengan tujuan yang telah ditemukan. Evaluasi dapat dilakukan dengan pendekatan SOAP sebagai pola pikir.

S : Respon subjektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

O : Respon objektif klien terhadap tindakan yang telah dilaksanakan.

A : Analisa terhadap data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan Apakah masalah masih ada atau telah teratasi atau muncul masalah baru.

P : Perencanaan tindak lanjut berdasarkan hasil analisa respon klien. Rencana tindak lanjut dapat berupa:

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

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Tinjauan Kasus

1. Pengkajian

a. Identitas

1) Identitas Klien

Nama : Ny.H
Umur : 41 tahun
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Pendidikan : SMA
Status Perkawinan : Cerai
Alamat : Dusun Bojong, Blanakan Subang
Tanggal Pengkajian : 25 April 2024
No Rekam Medis : 013003

2) Identitas Penanggungjawab

Nama : Tn.A
Umur : 57 tahun
Jenis Kelamin : Laki-laki
Alamat : Rengasdengklok, Bandung
Hubungan dengan pasien : Kakak kandung

b. Alasan Masuk

Klien masuk ke Klinik Yayasan Nur Ilahie Assanie Garut pada tanggal 23 Januari 2022. Klien mengatakan pada saat dibawa ke klinik

keluarganya hanya mengatakan akan dibawa ke Pesantren bukan ke Klinik. Klien dibawa ke Klinik karena klien kambuh dan kabur dari rumah untuk bertemu dengan pacarnya, sehingga keluarga merasa khawatir klien akan kambuh lagi. Kemudian keluarganya membawa ke Klinik untuk direhab.

c. Keluhan Utama

Pada saat dikaji tanggal 25 April 2024, klien mengatakan sering melihat bayangan seorang perempuan menyeramkan. Bayangan itu muncul 1-2 kali dalam sehari pada waktu siang, sore atau malam, bayangan muncul sekitar 5-10 detik dan klien merasa kesal dan terganggu saat bayangan itu muncul ketika klien sedang duduk atau tiduran.

d. Faktor Predisposisi

1) Riwayat gangguan jiwa

Klien mengatakan pernah mengalami gangguan jiwa sebelumnya pada tahun 2019.

2) Riwayat pengobatan sebelumnya

Klien mengatakan pernah melakukan beberapa kali pengobatan seperti rawat jalan, rehabilitasi dan terapi ditempat lain tetapi tidak berhasil.

3) Riwayat masalah tidak menyenangkan

Klien mengatakan sudah menikah 2 kali tetapi selalu gagal dalam berumah tangga dan diakhiri oleh perceraian.

4) Riwayat aniaya

Klien mengatakan pernah mengalami KDRT oleh mantan suaminya dan selalu dilempar oleh buku jika mantan suaminya marah pada klien.

5) Riwayat kesehatan keluarga

Klien mengatakan dalam keluarganya tidak ada yang pernah mengalami gangguan jiwa.

e. Faktor Presipitasi

Stresor presipitasi pada klien ditemukan pada saat klien menjalani rumah tangga dengan mantan suaminya, klien merasa tertekan karena mantan suaminya selalu marah-marah karena hal sepele. Klien sering merasa kesal dan sakit hati namun klien selalu memaafkan mantan suaminya, tetapi mantan suaminya meminta untuk bercerai, dari perceraian itu klien selalu memikirkan dan mengalami depresi.

f. Pemeriksaan Fisik

1) Tanda-tanda vital

Tekanan darah : 120/80 mmHg

Nadi : 103 x/menit

Suhu : 36,5°C

Respirasi : 21 x/menit

2) Pengukuran antropometri

Berat badan : 80 kg

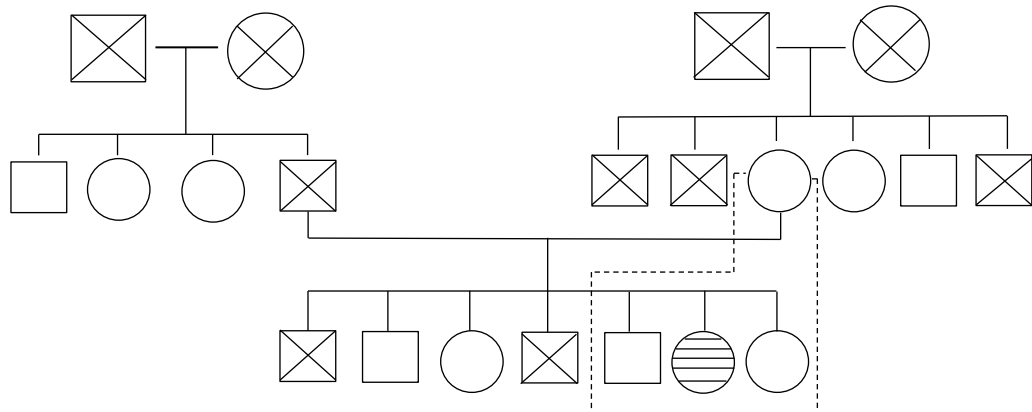
Tinggi badan : 150 cm

3) Keluhan fisik

Klien mengatakan tidak ada keluhan fisik yang dirasakan

g. Riwayat Psikosial

1) Genogram



Gambar 3.1 Genogram

Keterangan :

-  : Laki-laki
-  : Perempuan
-  : Pasien
-  : Garis perkawinan
-  : Garis keturunan
-  : Tinggal serumah
- X** : Meninggal

Klien merupakan anak ke 5 dari 7 bersaudara, klien tinggal di rumah bersama ibu, kakak dan adiknya. Saat ini klien tinggal di Klinik sudah dirawat 2 tahun.

2) Konsep diri

a) Citra tubuh

Klien menyukai seluruh bagian tubuhnya, tetapi klien lebih

menyukai dagunya.

b) Identitas

Klien mengatakan dia seorang perempuan.

c) Peran

Klien mengatakan seorang ibu dari satu anak, klien didalam keluarganya bersifat tegas.

d) Ideal diri

Harapan klien ingin cepat sembuh dan segera pulang, klien ingin segera melakukan aktivitas seperti biasanya dan ingin segera bertemu dengan keluarganya.

e) Harga diri

Klien merasa minder setelah bercerai dengan mantan suaminya, karena mantan suaminya sekarang lebih sukses dari sebelumnya. Klien juga ingin segera pulang tetapi klien malu dan takut orang-orang mengatakan bahwa klien orang gila.

3) Hubungan sosial

a) Orang yang berarti

Klien mengatakan orang berarti dihidupnya adalah anaknya. Ketika di Klinik teman dekatnya Ny.L.

b) Peran serta dalam kegiatan kelompok atau masyarakat

Pada saat dirumah klien selalu mengikuti kegiatan yang diadakan masyarakat setempat. Pada saat di Klinik klien selalu mengikuti kegiatan yang diadakan oleh mahasiswa atau perawat di

ruangan.

c) Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain

Klien mengatakan tidak ada hambatan dalam berkomunikasi dengan orang lain saat di rumah maupun di klinik.

4) Spiritual dan kultural

a) Nilai dan keyakinan

Klien beragama Islam dan klien yakin sakit seperti ini adalah cobaan dari Allah swt.

b) Kegiatan ibadah

Selama di Klinik pasien selalu melaksanakan solat wajib dan sunah dan tadarus.

c) Kepuasan dalam menjalankan keyakinan

Klien merasa puas dalam menjalankan ibadahnya karena klien yakin dengan beribadah dan berdoa maka akan diberikan kesembuhan.

h. Status Mental

1) Penampilan

Klien tampak rapih, baju bersih dan memakai kerudung, kuku pendek, klien selalu menyisir rambut setelah mandi dan badan klien berisi.

2) Pembicaraan

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

3) Aktivitas motorik

Klien selalu terlihat ceria, perhatian dan kontak mata selalu fokus.

Klien mampu melakukan makan, mandi, naik turun tangga tanpa bantuan orang lain.

4) Alam perasaan

Klien merasa sedih karena ingin bertemu dengan keluarganya terutama anaknya.

5) Afek

Afek sesuai, klien berekspresi dan kooperatif dalam berinteraksi.

6) Interaksi wawancara

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

7) Proses pikir

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

8) Isi pikir

Tidak ada gangguan isi pikir.

9) Persepsi

Klien mengatakan sering melihat bayangan seorang perempuan yang menyeramkan, bayangan itu muncul setiap hari terkadang pada saat siang, sore atau malam. Bayangan muncul sekitar 5-10 detik, bayangan itu muncul ketika klien sedang duduk sendiri dan klien sering merasa kesal karena bayangan itu sangat menganggunya.

10) Tingkat kesadaran

Kesadaran klien composmentis.

11) Memori

Tidak ada gangguan memori pada klien, ditandai dengan klien mampu mengingat kejadian sebulan kebelakang.

12) Tingkat konsentrasi berhitung

Saat dikaji klien mampu berhitung dari 1-10 dan bisa mengulanginya.

13) Kemampuan penilaian

Klien dapat melakukan penilaian dengan baik, seperti didahulukan makan dibanding minum obat.

14) Daya tilik

Klien tidak mengingkari atau menyadari bahwa penyakit yang dideritanya itu cobaan dari Allah swt.

i. Kebutuhan Persiapan Pulang

1) Makan

Klien makan 3x/hari dengan menu yang berbeda-beda, klien menyukai menu yang disajikan dan selalu menghabiskan makanannya.

2) BAB dan BAK

Klien BAB 3-4x/hari dan BAK lancar tidak ada keluhan.

3) Mandi

Klien mandi 1x/hari dan keramas 2 hari sekali tanpa bantuan.

4) Berpakaian

Klien mengganti pakaian 3 hari sekali tanpa dibantu dan pakaian disediakan oleh perawat.

5) Istirahat dan tidur

Klien jarang tidur siang, klien tidur pada malam hari dari pukul 19.00 sampai pukul 05.00 pagi.

6) Penggunaan obat

Klien minum obat secara teratur sesuai intruksi dokter.

7) Pemeliharaan kesehatan

Klien selalu makan teratur dan menjaga kesehatannya dengan hidup bersih.

8) Kegiatan diluar rumah

Klien selalu mengikuti kegiatan yang diadakan oleh masyarakat di kampungnya.

9) Kegiatan didalam rumah

Pada saat di rumah klien selalu membereskan dan membersihkan rumahnya.

j. Pola Mekanisme Koping

1) Adaptif

Klien dapat berinteraksi dengan orang lain dan teman di klinik.

2) Maladaptif

Bila gejalanya halusinasinya timbul pasien sering merasa kesal.

k. Aspek Medis

1) Diagnosa medis : Bipolar

2) Terapi medis :

Tabel 3.1 Terapi Medis

Nama Obat	Dosis	Kegunaan
Stelosi	2 x 5 mg	Untuk mengendalikan gejala skizofrenia.
Heximer	2 x 2 mg	Sebagai penyeimbang untuk menghindari efek samping.
Frimania	2 x 200 mg	Untuk mengatasi gangguan bipolar.
Clozapin	1 x 25 mg	Untuk mengatasi kualitas tidur yang belum cukup.

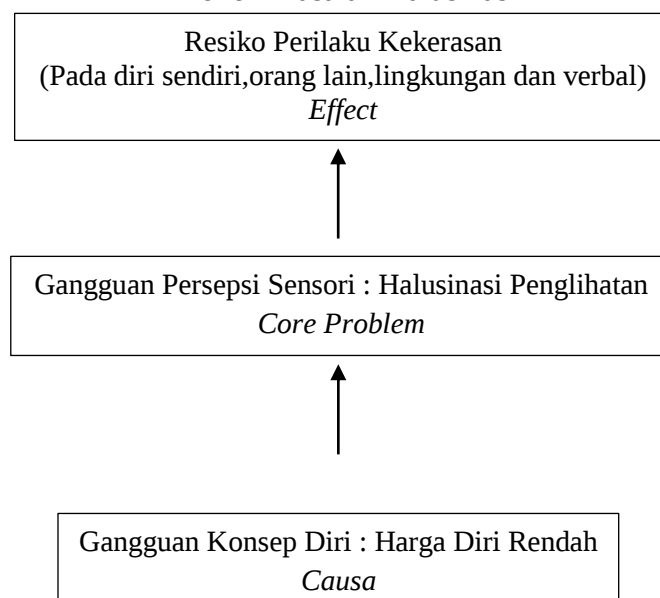
2. Analisa Data**Tabel 3.2 Analisa Data**

Data	Masalah Keperawatan
DS : Klien mengatakan sering melihat bayangan seorang perempuan yang menyeramkan, bayangan itu muncul setiap hari terkadang pada saat siang, sore atau malam. Bayangan muncul sekitar 5-10 detik, bayangan itu muncul ketika klien sedang duduk sendiri dan klien sering merasa kesal karena bayangan itu sangat menganggunya. DO : 1. Klien tampak sering melamun 2. Klien terkadang melihat kesatu arah	Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Penglihatan

3. Klien tampak waspada pada keadaan sekitar	
DS : 1. Klien merasa minder setelah bercerai dengan mantan suaminya, karena mantan suaminya sekarang lebih sukses dari sebelumnya. 2. Klien juga ingin segera pulang tetapi klien malu dan takut orang-orang mengatakan bahwa klien orang gila DO : 1. Klien kadang terlihat lesu 2. Klien terkadang menolak berinteraksi dengan orang lain 3. Klien terkadang suka menyendiri	Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah

Pohon Masalah :

Gambar 3.2
Pohon Masalah Halusinasi



3. Diagnosa Keperawatan

a. Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Penglihatan

DS :

- 1) Klien mengatakan sering melihat bayangan seorang perempuan yang menyeramkan, bayangan itu muncul setiap hari terkadang saat siang, sore atau malam. Bayangan muncul sekitar 5-10 detik.
- 2) Klien mengatakan bayangan itu muncul ketika klien sedang duduk sendiri dan klien sering merasa kesal karena bayangan itu sangat menganggunya.

DO :

- 1) Klien tampak sering melamun
- 2) Klien terkadang melihat kesatu arah
- 3) Klien tampak waspada pada keadaan sekitar

b. Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah

DS :

- 1) Klien merasa minder setelah bercerai dengan mantan suaminya, karena mantansuaminya sekarang lebih sukses dari sebelumnya.
- 2) Klien juga ingin segera pulang tetapi klien malu dan takut orang-orang mengatakan bahwa klien orang gila.

DO :

- 1) Klien kadang terlihat lesu
- 2) Klien terkadang menolak berinteraksi dengan orang lain
- 3) Klien terkadang suka menyendiri

4. Intervensi Keperawatan

Nama : Ny. H Tempat : Klinik Rehabilitasi Mental Nur Ilahie Assanie
 Umur : 41 Tahun No Rekam Medis : 013003
 Jenis Kelamin : Perempuan Diagnosa Medis : Bipolar

Tabel 3.3 Intervensi Keperawatan

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Perencanaan		Rasional
			Kriteria Evaluasi	Intervensi	
1.	Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pneglihatan	TUM : Klien dapat mengontrol halusinasinya TUK 1 : Klien dapat membina hubungan saling percaya	Setelah dilakukan 4x interaksi diharapkan klien mampu membina hubungan saling percaya dengan perawat,dengan kriteria hasil : 1. Menyebutkan penyebab halusinasi 2. Menyebutkan karakteristik halusinasi	Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik: (Beri salam atau panggil nama, perkenalkan diri dengan sopan, jelaskan maksud dan tujuan interaksi, jelaskan kontrak yang akan dibuat). SP 1 : 1. Identifikasi halusinasi klien	Hubungan saling percaya merupakan langkah awal menentukan keberhasilan rencana selanjutnya agar pasien dapat terbuka kepada perawat. 1. Mengenalkan pada pasien terhadap

			yang dirasakan seperti jenis, isi, frekuensi, durasi, waktu, situasi yang menyebabkan halusinasi dan respon terhadap halusinasi 3. Menyebutkan cara yang selama ini digunakan untuk mengendalikan halusinasi 4. Menyebutkan cara mengendalikan halusinasi yang tepat. 5. Mampu memperagakan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik	(jenis, waktu, frekuensi, isi, durasi, situasi dan respon). 2. Ajarkan klien mengontrol halusinasi dengan cara pertama : menghardik halusinasi. a. Jelaskan cara menghardik b. Peragakan cara menghardik c. Minta klien memperagakan ulang 3. Anjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan sehari-hari.	halusinasinya dan mengidentifikasi faktor pencetus halusinasinya. 2. Menentukan tindakan yang sesuai bagi pasien untuk mengontrol halusinasinya 3. Melatih pasien untuk menerapkan tindakan yang sudah diberikan
		TUK 2 :	Setelah pertemuan kedua	SP 2 :	1. Membantu pasien

		Klien dapat mengontrol halusinasinya.	klien mampu : 1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan sebelumnya. 2. Menyebutkan cara mengontrol halusinasi yang tepat. 3. Mampu mengalihkan halusinasi dengan cara distraksi yaitu bercakap-cakap dengan orang lain. 4. Membuat jadwal kegiatan sehari-hari.	1. Evaluasi kegiatan yang sudah dilakukan sebelumnya (SP 1). 2. Latih pasien mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain. 3. Anjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan sehari-hari.	- untuk menentukan kegiatan selanjutnya. 2. Membantu pasien menentukan cara mengontrol halusinasi. 3. Membantu pasien untuk mengingat dan menerapkan tindakan yang sudah diberikan.
		TUK 3 : Klien dapat mengontrol halusinasinya.	Setelah pertemuan ketiga klien mampu : 1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan sebelumnya.	SP 3 : 1. Evaluasi kegiatan yang sudah dilakukan sebelumnya (SP 1 & 2) 2. Latih pasien mengendalikan	1. Membantu pasien untuk menentukan kegiatan selanjutnya 2. Membantu pasien

			2. Mampu mengalihkan halusinasi dengan cara distraksi yaitu melakukan aktivitas terjadwal. 3. Membuat jadwal kegiatan sehari-hari.	halusinasi dengan melakukan kegiatan (kegiatan yang biasa dilakukan pasien). 3. Anjurkan pasien memasukkan dalam kegiatan sehari-hari	mengontrol halusinasi 3. Agar pasien untuk mengingat dan tindakan yang sudah diberikan
		TUK 4 : Klien dapat meminum obat secara teratur.	Setelah pertemuan keempat klien mampu : 1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan sebelumnya. 2. Menyebutkan pengobatan yang telah diberikan. 3. Minum obat dengan prinsip 6 benar yaitu benar pasien, benar obat, benar dosis, benar	SP 4 : 1. Evaluasi kegiatan yang sudah dilakukan sebelumnya (SP 1,2 & 3) 2. Latih cara mengontrol halusinasi dengan obat (menjelaskan keuntungan dan kerugian tidak minum obat, menjelaskan prinsip 6 benar obat). 3. Latih pasien minum obat secara teratur	1. Meningkatkan pengetahuan tentang manfaat dan efek samping obat. 2. Mengetahui reaksi setelah minum obat. 3. Melatih kedisiplinan minum obat dan membantu

			waktu, benar cara, dan benar dokumentasi.	4. Masukkan ke jadwal keseharian pasien	penyembuhan 4. Membantu pasien agar dapat mudah diterapkan
2.	Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah	TUM : Klien mampu mengungkapkan pandangan positif untuk masa depan dan melanjutkan tingkat fungsi selanjutnya. TUK 1 : 1. Klien dapat membina hubungan saling percaya diri 2. Klien dapat mengidentifikasi kemampuan dan	Setelah dilakukan 4x interaksi diharapkan klien : 1. Ekspresi wajah bersahabat, menunjukkan rasa senang, ada kontak mata, menjawab salam, mengutarakan masalah yang dihadapi. 2. Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki. 3. Memilih kegiatan yang sesuai kemampuan dan melakukan kegiatan yang sudah dipilih.	SPI : 1. Bina hubungan saling percaya (Ucapkan salam, berkenalan, mengungkapkan perasaan, dan keluhan saat ini). 2. Identifikasi kemampuan dan aspek positif yang masih dimiliki klien 3. Identifikasi kemampuan dan aspek positif yang masih dimiliki klien, membantu pasien dalam menilai kemampuan yang masih dapat digunakan,	1. Mengeksplorasi kemampuan positif yang dimiliki klien 2. Membantu klien menghayati kemampuannya 3. Membantu klien mengembangkan kemampuan yang ada 4. Untuk mengontrol klien dalam melakukan kegiatannya

		aspek positif yang dimiliki 3. Klien dapat menilai kemampuan yang dapat dilakukan	4. Merencanakan kegiatan yang sudah dilatih.	membantu klien memilih kemampuan yang akan dilatih, latih kemampuan yang sudah dipilih. 4. Jadwalkan pelaksanaan kemampuan yang telah dipilih kedalam rencana harian.	
		TUK 2 : Melatih klien melakukan kegiatan lain yang sesuai dengan kemampuan klien.	Setelah pertemuan kedua diharapkan klien mampu : 1. Melakukan kegiatan yang sesuai dengan kemampuan klien. 2. Menyusun jadwal untuk melakukan kegiatan yang sudah dilatih.	SP 2 : Latih klien melakukan kegiatan lain yang sesuai dengan kemampuan pasien.	Untuk mengetahui kemampuan klien.

5. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Nama : Ny. H Tempat : Klinik Rehabilitasi
 Umur : 41 Tahun No Rekam Medis : 013003
 Jenis Kelamin : Perempuan Diagnosa Medis : Bipolar

Tabel 3.4 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

No.	Diagnosa Keperawatan	Waktu	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1.	Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Penglihatan	Jumat, 26/04/2024 14.00 WIB	SP 1 : 1. Membina hubungan saling percaya dengan klien. 2. Mengidentifikasi halusinasi klien (jenis, waktu, frekuensi, isi, durasi, situasi dan respon). 3. Mengajarkan klien mengontrol halusinasi dengan cara pertama : menghardik halusinasi. 4. Mengajarkan pasien memasukkan dalam jadwal	Pukul 17.00 WIB S : 1. Klien mengatakan sering melihat bayangan seorang perempuan yang menyeramkan, bayangan itu muncul setiap hari terkadang saat siang, sore atau malam. Bayangan muncul sekitar 5-10 detik, bayangan itu muncul ketika klien sedang duduk sendiri dan klien sering merasa kesal karena bayangan itu saat menggunakannya. 2. Klien mengatakan mengerti dan akan	Anisa

			kegiatan sehari-hari.	menggunakan cara menghardik apabila bayangan itu muncul. O : 1. Klien mampu mengenal halusinasinya. 2. Klien mampu memperagakan cara menghardik A : Masalah teratasi (SP 1 tercapai) P : 1. Lanjut SP 2 2. Latih klien mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain.	
		Sabtu, 27/04/2024 15.00 WIB	SP 2 : 1. Mengevaluasi kegiatan yang sudah dilakukan sebelumnya (SP 1). 2. Melatih pasien mengendalikan halusinasi	Pukul 17.00 WIB S : 1. Klien mengatakan sudah memperagakan cara menghardik pada saat bayangan itu muncul. 2. Klien mengatakan senang melakukan	Anisa

			dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain. 3. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan sehari-hari.	cara kedua untuk menghardik halusinasi, karena klien suka mengobrol dengan temannya. O : 1. Klien tampak senang 2. Klien tidak banyak melamun 3. Klien mampu mengontrol halusinasinya dengan cara pertama yaitu menghardik. A : Masalah teratasi (SP 2 teratasi) P : 1. Evaluasi kegiatan SP 2 2. Lanjut SP 3 3. Masukkan dalam jadwal kegiatan harian	
		Senin, 29/04/2024 09.00 WIB	SP 3 : 1. Mengevaluasi kegiatan yang sudah dilakukan	Pukul : 13.00 WIB S : 1. Klien mengatakan bayangan masih	Anisa

			sebelumnya (SP 1&2) 2. Melatih pasien mengendalikan halusinasi dengan melakukan kegiatan (kegiatan yang biasa dilakukan pasien). 3. Menganjurkan pasien memasukkan dalam kegiatan sehari-hari.	muncul tetapi ketika bayangan itu muncul klien mengalihkannya dengan mengobrol bersama temannya. 2. Klien mengatakan kegiatan yang sering dilakukan yaitu membereskan tempat tidur atau menyapu. O : 1. Klien mampu menyebutkan kegiatan yang biasa dilakukannya. 2. Klien tampak senang. A : Masalah teratasi (SP 3 tercapai) P : 1. Evaluasi SP 3 2. Lanjut SP 4 3. Masukkan dalam jadwal kegiatan harian	
		Selasa, 30/04/2024 09.20 WIB	SP 4 : 1. Evaluasi kegiatan yang sudah dilakukan	Pukul : 13.00 WIB S :	Anisa

			sebelumnya (SP 1,2 & 3). 2. Melatih cara mengontrol halusinasi dengan obat (menjelaskan keuntungan dan kerugian tidak minum obat, menjelaskan prinsip 6 benar obat). 3. Melatih pasien minum obat secara teratur. 4. Memasukkan ke jadwal keseharian pasien.	Klien mengatakan dengan minum obat maka akan segera sembuh dan jika tidak minum obat maka tidak akan bisa mengendalikan penyakitnya. O : 1. Klien mengetahui keuntungan dan kerugian tidak minum. 2. Klien mampu mengontrol halusinasinya dengan mandiri. A : Masalah teratasi (SP 4 teratasi) P : Anjurkan klien minum obat secara teratur.	
2.	Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah	Rabu, 1/05/2024 13.30 WIB	SP 1 : 1. Membina hubungan saling percaya (Ucapkan salam, berkenalan, mengungkapkan	Pukul : 17.00 WIB S : 1. Klien mengatakan kegiatan yang biasa dilakukan yaitu	Anisa

			perasaan, dan keluhan saat ini). 2. Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang masih dimiliki klien 3. Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang masih dimiliki klien, membantu pasien dalam menilai kemampuan yang masih dapat digunakan, membantu klien memilih kemampuan yang akan dilatih, latih kemampuan yang sudah dipilih. 4. Menjadwalkan pelaksanaan kemampuan yang telah dipilih kedalam rencana harian.	membersihkan tempat tidur dan menyapu. 2. Klien mengatakan kegiatan yang akan dipilih yaitu membersihkan tempat tidur. O : 1. Klien mampu menyebutkan kemampuan yang dimiliki oleh klien. 2. Klien mampu memilih kegiatan yang akan dilatih A : Masalah teratasi (SP 1 tercapai) P : 1. Lanjut SP 2 2. Melatih klien untuk melakukan kegiatan yang sudah dipilih. 3. Masukkan kedalam jadwal harian pasien.	
		Kamis, 2/05/2024	SP 2 : Melatih klien	Pukul 17.00 WIB	Anisa

		13.30 WIB	melakukan kegiatan lain yang sesuai dengan kemampuan pasien.	S : Klien mengatakan tadi pagi sudah membereskan tempat tidur. Selain itu klien juga sering menyapu lantai. O : Klien mampu melakukan kegiatan yang dipilih. A : Masalah teratasi (SP 2 tercapai) P : Pertahankan intervensi	
--	--	--------------	--	--	--

6. Catatan Perkembangan

Tabel 3.5 Catatan Perkembangan

No.	Diagnosa Keperawatan	Waktu	Catatan Perkembangan	Paraf
1.	Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Penglihatan	Jumat, 3/05/2024 09.00	S : Klien mengatakan selalu mengontrol halusinasinya dengan cara menghardik atau mengalihkannya dengan mengobrol bersama temannya. O : Klien mampu mengontrol halusinasinya dengan cara menghardik atau bercakap-cakap dengan orang lain. A : Gangguan persepsi sensoris : halusinasi penglihatan P : 1. Latih cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik. 2. Latih cara mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain. I : 1. Melatih cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik.	Anisa

			2. Melatih cara mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain. E : SP 1 dan SP 2 teratasi R : Lanjutkan SP 3 dan 4	
2.	Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Penglihatan	Sabtu, 4/05/2024 09.00	S : 1. Klien mengatakan setiap pagi selalu membereskan tempat tidur. 2. Klien mengatakan selalu minum obat secara teratur setiap pagi dan sore. O : 1. Klien mampu melakukan kegiatan yang dipilih dan dijadwalkan. 2. Klien mengetahui waktu minum obat. A : Gangguan persepsi sensori : Halusinasi Peglihatan P : 1. Latih mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan harian. 2. Latih dan jelaskan prinsip 6 benar obat. I :	Anisa

			1. Melatih mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan harian. 2. Melatih dan menjelaskan prinsip 6 benar obat. E : SP 3 dan SP 4 teratasi R : Pertahankan intervensi	
3.	Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah	Senin, 6/05/2024 14.00	S : Klien mengatakan kemampuan yang dimiliki dan dipilih yaitu membereskan tempat tidur. O : Klien mampu memilih kegiatan yang akan dilatih. A : Gangguan konsep diri : harga diri rendah P : 1. Identifikasi kemampuan positif. 2. Bantu klien memilih yang akan dipilih 3. Latih klien melakukan kegiatan sesuai kemampuan klien 4. Masukkan dalam jadwal kegiatan klien I : 1. Mengidentifikasi	Anisa

			kemampuan positif. 2. Membantu klien memilih yang akan dipilih. 3. Melatih klien melakukan kegiatan sesuai kemampuan klien. 4. Memasukkan dalam jadwal kegiatan klien. E : SP 1 teratasi R : 1. Lanjut SP 2 2. Evaluasi kegiatan SP 1 3. Masukan dalam jadwal kegiatan harian	
		Selasa, 7/05/2024 09.00	S : Klien mengatakan setiap pagi selalu membereskan tempat tidur dan menyapu. O : Klien mampu melakukan kegiatan yang dipilih setiap pagi. A : Gangguan konsep diri : harga diri rendah P : 1. Evaluasi SP 1 2. Latih kegiatan lain yang dipilih.	Anisa

			I : 1. Mengevaluasi SP 1 2. Melatih kegiatan lain yang dipilih E : SP 2 teratasi R : Pertahankan intervensi	
--	--	--	---	--

B. Pembahasan

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

1. Pengkajian

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

Pada keluhan utama yang ditemukan, klien mengatakan sering melihat bayangan seorang perempuan menyeramkan. Bayangan itu muncul 1-2 kali dalam sehari pada waktu siang, sore atau malam, bayangan muncul sekitar 5-10 detik dan klien merasa kesal dan terganggu saat bayangan itu muncul ketika klien sedang duduk atau tiduran. Pada faktor predisposisi didapatkan, klien pernah mengalami gangguan jiwa sebelumnya dan pernah melakukan pengobatan tetapi tidak berhasil, klien pernah mengalami KDRT oleh mantan suaminya, dan klien mempunyai pengalaman yang tidak menyenangkan yaitu bercerai dengan suaminya. Pada riwayat psikososial didapatkan masalah pada harga diri yaitu klien merasa minder setelah bercerai dengan mantan suaminya, karena mantan suaminya sekarang lebih sukses dari sebelumnya, klien juga ingin segera pulang tetapi klien malu dan takut orang-orang mengatakan bahwa klien orang gila. Pada pengkajian status mental didapatkan masalah pada persepsi yaitu klien mengalami halusinasi, klien mengatakan sering melihat bayangan seorang perempuan yang menyeramkan, bayangan itu muncul setiap hari terkadang saat siang, sore atau malam. Bayangan muncul sekitar 5-10 detik, bayangan itu muncul ketika klien sedang duduk sendiri dan klien sering merasa kesal karena bayangan itu sangat menganggunya.

Sedangkan data yang tidak ditemukan pada Ny.H tetapi ada dalam terori yaitu :

- a. Bicara atau tertawa sendiri
- b. Mondar mandir
- c. Merasa tidak mampu melakukan apapun

- d. Enggan mencoba hal baru
- e. Menolak penilaian positif tentang diri sendiri
- f. Marah-marah tanpa sebab
- g. Mata melotot/pandangan tajam
- h. Mencederai diri sendiri, orang lain maupun lingkungan

Tanda dan gejala tersebut tidak terjadi karena klien sudah mulai membaik, selain itu klien sudah mendapatkan perawatan $\pm$ 2 tahun di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Ilahie Assanie Samarang Garut. Pada saat pengkajian klien sering melakukan kegiatan yang ada di Klinik dan klien juga mampu mengidentifikasi kemampuan yang dimilikinya.

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

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang ditemukan pada Ny.H dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi penglihatan saat pengkajian yaitu :

- a. Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Penglihatan
- b. Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah

Sedangkan pada teori, menurut Yosep (2014) diagnosa yang mungkin muncul pada klien dengan halusinasi yaitu :

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

Pada tahap ini, tidak semua masalah keperawatan pada tinjauan

teoritis ditemukan pada kasus Ny. H dalam menentukan diagnosa penulis melihat dari data yang didapat dari hasil pengkajian. Dalam diagnosa keperawatan pada Ny.H terdapat kesenjangan antara teori dengan keadaan langsung di lapangan yaitu tidak munculnya diagnosa keperawatan Resiko perilaku kekerasan. Kemungkinan masalah itu tidak muncul karena klien sudah di rawat di Klinik selama $\pm$ 2 tahun sehingga klien sudah merasa tenang,sudah bisa bersosialisasi dan klien tidak mudah marah serta mampu mengontrol marah ketika ada hal-hal yang membuat klien kesal.

3. Intervensi Keperawatan

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

Dalam pemberian asuhan keperawatan pada Ny.H, maka diperlukan rencana tindakan keperawatan untuk menyelesaikan masalah yang timbul antara keluhan klien dan tindakan yang diambil dalam mengatasi keluhan. Penulis menyusun rencana keperawatan berdasarkan tinjauan teori yaitu melakukan Strategi Pelaksanaan (SP) dan komunikasi terapeutik, untuk melakukan komunikasi terapeutik maka harus dibina hubungan saling percaya antara pasien dengan perawat yang ada di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Ilahie Assanie Samarang Garut. Pada saat melakukan rencana keperawatan tidak ada hambatan,sehingga terdapat kesamaan perencanaan keperawatan antara tinjauan teori dan tinjauan kasus.

4. Implementasi Keperawatan

Pada tahap tindakan keperawatan penulis menyesuaikan dengan teori. Saat akan melaksanakan tindakan perawatan membuat kontrak waktu terlebih dahulu dengan pasien dan menjelaskan tujuan tindakan yang akan dilakukan, setelah itu mendokumentasikan semua tindakan yang telah dilaksanakan serta respon pasien. Pada implementasi penggunaannya menerapkan Strategi Pelaksanaan (SP) berdasarkan standar keperawatan. Pelaksanaan tindakan keperawatan pada Ny.H telah sesuai dengan rencana keperawatan yang telah disusun sebelumnya yaitu terdapat 4 Strategi Pelaksanaan pada pasien halusinasi dan terdapat 2 Strategi Pelaksanaan pada pasien harga diri rendah telah dilakukan.

Strategi Pelaksanaan (SP) pada pasien halusinasi :

- a. SP 1 : Membina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik, membantu pasien mengidentifikasi halusinasi (isi, frekuensi, waktu, situasi pencetus, perasaan dan respon), menjelaskan cara mengontrol halusinasi, melatih cara mengontrol halusinasi dengan menghardik, dan memasukan kedalam jadwal kegiatan harian.
- b. SP 2 : Mengevaluasi kegiatan yang sudah dilakukan sebelumnya, melatih pasien mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain, dan memasukan kedalam jadwal kegiatan harian,
- c. SP 3 : Mengevaluasi kegiatan yang sudah dilakukan sebelumnya, Latih pasien mengendalikan halusinasi dengan melakukan kegiatan (kegiatan yang biasa dilakukan pasien), dan menganjurkan pasien memasukan kedalam kegiatan harian.

- d. SP 4 : Mengevaluasi kegiatan yang sudah dilakukan sebelumnya, Latih cara mengontrol halusinasi dengan obat (menjelaskan keuntungan dan kerugian tidak minum obat, menjelaskan prinsip 6 benar obat), melatih pasien minum obat secara teratur, dan masukkan ke jadwal keseharian pasien.

Strategi Pelaksanaan (SP) pada pasien harga diri rendah :

- a. SP 1 : Membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang masih dimiliki klien, mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang masih dimiliki klien, membantu pasien dalam menilai kemampuan yang masih dapat digunakan, membantu klien memilih kemampuan yang akan dilatih, latih kemampuan yang sudah dipilih, dan menjadwalkan pelaksanaan kemampuan yang telah dipilih kedalam rencana harian.
- b. SP 2 : Mengevaluasi kegiatan yang sudah dilakukan sebelumnya, melatih klien melakukan kegiatan lain yang sesuai dengan kemampuan pasien, dan memasukan kedalam jadwal kegiatan pasien.

5. Evaluasi Keperawatan

Pada tinjauan teori evaluasi merupakan tahap akhir yang bertujuan untuk menilai apakah tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau tidak untuk mengatasi suatu masalah. Pada tinjauan kasus, evaluasi dapat dilakukan karena diketahui keadaan Ny.H dan masalahnya secara langsung, dan dilakukan setiap hari selama Ny.H dirawat di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Ilahie Assanie Samarang Garut. Evaluasi tersebut menggunakan SOAP sehingga terpantau respon pasien terhadap intervensi

keperawatan yang telah dilakukan.

Hasil evaluasi pada pasien Ny.H sudah didapatkan dan penulis telah memberikan asuhan keperawatan dengan masalah utama Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Penglihatan selama melakukan asuhan keperawatan dan masalah teratasi. Setelah pasien diajarkan SP 1 sampai SP 4 maka masalah yang dirasakan pasien dapat teratasi, didapatkan pasien selalu kooperatif dan pasien sudah mampu mengontrol halusinasi dengan cara yang sudah diajarkan. Pada akhir evaluasi semua tujuan secara kognitif, afektif dan psikomotor dapat dicapai karena adanya kerja sama yang baik antara pasien dan perawat di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Ilahie Assanie Samarang Garut. Hasil evaluasi pada Ny.H sudah selesai dengan harapan masalah teratasi.

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny. H Dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Penglihatan Akibat Bipolar Di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sebagai berikut :

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

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

B. Rekomendasi

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

1. Untuk Klinik Rehabilitasi Mental Nur Ilahie Assanie Samarang Garut, diharapkan meningkatkan pelayanan yang ada di Klinik terutama dalam menerapkan asuhan keperawatan jiwa khususnya dengan masalah utama Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Penglihatan Akibat Bipolar.
2. Untuk Perawat, diharapkan dapat terus melakukan asuhan keperawatan yang optimal pada pasien jiwa, khususnya klien dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Penglihatan Akibat Bipolar untuk memenuhi tujuan meningkatkan kesehatan jiwa pada pasien lainnya.
3. Untuk Institusi Pendidikan STIKes Karsa Husada Garut, studi kasus ini untuk menambah pengetahuan dan keterampilan bagi mahasiswa khususnya tentang pemberian asuhan keperawatan pada pasien jiwa, sehingga mahasiswa lebih profesional dalam mengaplikasikan pada kasus secara nyata.
4. Untuk Mahasiswa, diharapkan mampu menetapkan manajemen asuhan keperawatan sesuai dengan teori yang sudah ada sehingga dapat meningkatkan pengetahuan dan keterampilan pada saat dilapangan.

DAFTAR PUSTAKA

- Ade Herman Surya Direja, 2015, *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Jiwa*, Yogyakarta: Nuha Medika. Jakarta, Indonesia.
- Astuti, L. I. (2019). *Karya tulis ilmiah gambaran harga diri rendah pasien dengan bipolar di wisma sadewa rsj grhasia daerah istimewa yogyakarta*.
- Bipolar disorder | NAMI: National Alliance on Mental Illness. (2022). <https://www.nami.org/About-Mental-Illness/Mental-Health-Conditions/Bipolar-Disorder/Overview> diakses pada 28 Mei 2023.
- Fitria, Nita. 2014. *Prinsip Dasar dan Aplikasi Penulisan Laporan Pendahuluan dan Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan (LP dan SP)*. Jakarta: Salemba Medika.
- Jannah, M. (2016). *Asuhan Keperawatan Terapi Aktivitas Kelompok pada Klien Dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi di Ruang Kakak Tua RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang-Malang. Laporan Penelitian*. Mojokerto : Fakultas D3 keperawatan STIKes-POLTEKES Majapahit Mojokerto.
- Keliat, B.A. (2015). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGG.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2016. *Peran Keluarga Dukung Kesehatan Jiwa Masyarakat*.
- Kemenkes, (2023). Definisi Gangguan Jiwa dan Jenis-jenisnya. Kementrian Kesehatan. https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/2224/definisi-gangguan-jiwa-dan-jenis-jenisnya, diakses pada 6 oktober 2023 pukul 20.34
- Muhith, A. (2015). *Pendidikan Keperawatan Jiwa (Teori dan Aplikasi)*. Yogyakarta: Andi.
- Pardede, J.A., Hafizuddin, H., & Sirait, A. (2021). *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*.
- Riskesdas. 2013. *Riset Kesehatan Dasar*. Jakarta : Menti Kesehatan RI Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) (2018). *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI tahun 2018*.

- Suerni, T., & Livana. (2019). *Gambaran Faktor Predisposisi Pasien Gangguan Jiwa Dengan Halusianasi*. Jurnal Keperawatan.
- Stuart, G.W, (2016). *Keperawatan Kesehatan Jiwa* : Elsever.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik*. Jakarta: Dewan Pengurus PPNI. Jakarta.
- Tim Pokja SDKI,DPP,PPNI, (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI)*, Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia
- Tumanduk, F. M. E., Messakh, S. T., & Sukardi, H. (2018). *Hubungan Tingkat Halusinasi Dengan Tingkat Depresi Pada Pasien Depresi Di Bangsal Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta*. *Jurnal Ilmu Keperawatan dan Kebidanan*, 9(1), 10-20.
- Wijayanti, F., Nasir, T., Hadi, L., & Akhmad, A. (2020). *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Halusinasi Pada Pasien Gangguan Jiwa*. *Health Information: Jurnal Penelitian*.
- Yosep, H. I., dan Sutini, T. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa dan Advance Mental Health Nursing*. Bandung: Refika Aditama.

LAMPIRAN

Lampiran 1

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

Nama Mahasiswa : Anisa Fisabililah

Nama Pasien : Ny. H

Tanggal : 26-30 April 2024

Pertemuan : 1 – 4

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi klien

DS :

- 3) Klien mengatakan sering melihat bayangan seorang perempuan yang menyeramkan, bayangan itu muncul setiap hari terkadang saat siang, sore atau malam. Bayangan muncul sekitar 5-10 detik.
- 4) Klien mengatakan bayangan itu muncul ketika klien sedang duduk sendiri dan klien sering merasa kesal karena bayangan itu sangat mengganggu.

DO :

- 4) Klien sering menyendiri
- 5) Klien tampak sering melamun
- 6) Klien terkadang melihat kesatu arah
- 7) Klien tampak waspada pada keadaan sekitar

2. Diagnosa Keperawatan

Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Penglihatan

3. Tujuan Keperawatan

- a. Klien dapat membina hubungan saling percaya
- b. Klien dapat mengenal halusinasi
- c. Klien dapat mengontrol halusinasi

4. Tindakan Keperawatan

- a. Membantu klien dalam mengidentifikasi halusinasi (jenis, waktu, frekuensi, isi, durasi, situasi dan respon).
- b. Melatih cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, bercakap-cakap dengan orang lain, melakukan aktivitas terjadwal, dan meminum obat secara teratur.

B. Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

Pada tanggal 26 April 2024 pukul 14.00 WIB :

SP 1 (Pasien) : Membina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik, membantu pasien mengidentifikasi halusinasi (isi, frekuensi, waktu, situasi pencetus, perasaan dan respon), menjelaskan cara mengontrol halusinasi, melatih cara mengontrol halusinasi dengan menghardik, dan memasukan kedalam jadwal kegiatan harian.

ORIENTASI :

“Assalamualaikum Bu, perkenalkan nama saya Anisa Fisabilillah, bisa dipanggil Anisa. Saya mahasiswa dari Stikes Karsa Husada Garut Nama ibu siapa? senang dipanggil apa?”

“Bagaimana perasaan ibu hari ini? Saya dengar dan lihat dari catatan keperawatan ibu melihat bayangan-bayangan, apakah itu benar bu?”

“Bu, bagaimana kalo kita mengobrol dan melatih cara untuk mengontrolnya?”

“Untuk tempatnya mau dimana? Di Ruang depan? Mau berapa lama? Bagaimana kalau 30 menit”

KERJA :

“Apakah ibu melihat bayangan tanpa ada wujudnya? Seperti apa bayangan itu?”

“Apakah terus-menerus terlihat atau sewaktu-waktu? Pada waktu kapan ibu melihat bayangan itu? Berapa kali dalam sehari? Pada saat sedang apa ibu melihat bayangan itu? Apakah pada waktu sendiri? Apa yang ibu rasakan pada saat melihat bayangan itu? Apa yang ibulakukan saat melihat bayangan itu? Apakah dengan cara itu bayangan itu hilang?”

“Bagaimana kalau kita belajar cara-cara untuk mencegah bayangan itu muncul? “Ibu, ada empat cara untuk bayangan itu muncul. Pertama, dengan menghardik suara tersebut. Kedua, dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain. Ketiga, melakukan kegiatan yang sudah terjadwal, dan yang ke empat minum obat dengan teratur”

“Bagaimana kalau kita belajar cara pertama dulu, yaitu dengan menghardik”.

“Caranya sebagai berikut : Pada saat bayangan itu muncul, ibu bisa menutup mata lalu bilang pergi-pergi saya tidak mau lihat, kamu bayangan palsu. Seperti itu diulang-ulang sampai bayangan itu tidak muncul lagi. Coba ibu peragakan ! Nah begitu, ... bagus! Coba ulangi sekali lagi bu.. Betul ibu sudah bisa ya”.

TERMINASI :

“Bagaimana perasaan ibu setelah mengobrol dengan saya?”

“Apa yang telah kita bicarakan tadi? Coba ibu peragakan. Bagus”

“Ibu mau berapa kali latihan menghardik? Bagaimana kalau tiga kali sehari?

Bagaimana kalo jam 08.00, 12.00, 17.00 dan pada saat bayangan itu muncul?

Kita masukan dalam jadwal kegiatan harian ibu ya”.

“Ibu bagaimana kalo besok kita ketemu lagi untuk belajar cara mengontrol

halusinasi dengan cara yang kedua yaitu bercakap-cakap dengan orang lain?

Mau jam berapa? Tempatnya mau dimana? Baiklah sampai ketemu besok ya

bu, Assalammualaikum”.

Pada tanggal 27 April 2024 pukul 15.00 WIB :

SP 2 (Pasien) : Mengevaluasi kegiatan yang sudah dilakukan sebelumnya,

melatih pasien mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan

orang lain, dan memasukan kedalam jadwal kegiatan harian.

ORIENTASI :

“Assalammualaikum bu, masih ingat dengan saya?”

“Baiklah bu, bagaimana perasaan ibu hari ini? Apakah ibu masih sering melihat

bayangan-bayangan itu? Saat kondisi apa bayangan itu muncul? Apa perasaan

ibu ketika bayangan itu muncul? Apakah ibu telah melakukan apa yang sudah

kita pelajari kemarin? Bagaimana apakah dengan menghardik bayangan-

bayangan itu berkurang? Sesuai janji kemarin, saya akan latih cara kedua untuk

mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain. Kita akan

latihan selama 20 menit. Mau dimana? Di ruang tamu saja?”

KERJA :

“Cara kedua untuk mengontrol halusinasi yang lain adalah dengan bercakap-cakap dengan orang lain. Caranya begini ketika ibu melihat bayangan, coba ibu alihkan dengan bercakap-cakap dengan orang lain, topiknya bisa apa saja yang ibu inginkan seperti ini “Tolong,saya ingin mengobrol, saya sedang melihat bayangan, ayo kita mengobrol supaya bayangan itu hilang”. Nah bagaimana ibu mengerti? Sekarang coba praktikan cara yang sudah diajarkan.. Baguss bu”

TERMINASI :

“Bagaimana perasaan ibu setelah mengobrol dengan saya?”

“Apa yang telah kita bicarakan tadi? Coba ibu peragakan. Baguss”

“Baik bu, sekarang kita masukan ke jadwal harian ibu ya, mau berapa kali latihan bercakap-cakap? Bagaimana kalo dua kali sehari?”

“Ibu bagaimana kalo besok kita ketemu lagi untuk belajar cara mengontrol halusinasi dengan cara yang ketiga yaitu melakukan aktivitas terjadwal ?Mau jam berapa? Tempatnya mau dimana? Baiklah sampai ketemu besok ya bu”.

Pada tanggal 29 April 2024 pukul 09.00 WIB :

SP 3 (Pasien) : Mengevaluasi kegiatan yang sudah dilakukan sebelumnya, Latih pasien mengendalikan halusinasi dengan melakukan kegiatan (kegiatan yang biasa dilakukan pasien), dan menganjurkan pasien memasukan kedalam kegiatan harian.

ORIENTASI :

“Assalamualaikum bu, masih ingat saya? Bagaimana perasaan ibu hari ini? Apakah bayangan-bayangan masih muncul? Apakah sudah dipakai dua cara yang telah kita latih? Bagaimana hasilnya? Bagus ! Sesuai janji kita, hari ini kita akan belajar cara yang ketiga untuk mengontrol halusinasi yaitu melakukan kegiatan terjadwal. Mau dimana? Duduk diruang tamu? Berapa lama kita mengobrol? Bagaimana kalau 30 menit?Baiklah.”

KERJA :

“Apa saja yang biasa ibu lakukan? Pagi-pagi apa kegiatannya, terus jam berikutnya (terus tanya sampai didapatkan kegiatannya sampai malam). Wah banyak sekali kegiatannya. Mari latih dua kegiatan hari ini (latih kegiatan tersebut). Bagus sekali ibu bisa lakukan. Kegiatan ini dapat ibu lakukan untuk mencegah suara tersebut muncul. Kegiatan yang lain akan kita latih agar dari pagi sampai malam ada kegiatan”.

TERMINASI :

“Bagaimana perasaan ibu setelah kita mengobrol cara yang ketiga untuk mencegah bayangan-bayangan itu muncul?”

“Coba sebutkan 3 cara yang telah kita latih untuk mencegah suara-suara. Bagus sekali. Mari kita masukkan dalam jadwal kegiatan harian bapak. Coba lakukan sesuai jadwal ya! (saudara dapat melatih aktivitas yang lain pada pertemuan berikut sampai terpenuhi seluruh aktivitas dari pagi sampai malam)”.

“Ibu bagaimana kalo besok kita ketemu lagi untuk belajar cara mengontrol halusinasi dengan cara yang keempat yaitu meminum obat secara teratur? Mau

jam berapa? Tempatnya mau dimana? Baiklah sampai ketemu besok ya bu”.

Pada tanggal 30 April 2024 pukul 09.20 WIB :

SP 4 (Pasien) : Mengevaluasi kegiatan yang sudah dilakukan sebelumnya, Latih cara mengontrol halusinasi dengan obat (menjelaskan keuntungan dan kerugian tidak minum obat, menjelaskan prinsip 6 benar obat), melatih pasien minum obat secara teratur, dan masukkan ke jadwal keseharian pasien.

ORIENTASI :

“Assalamualaikum bu, bagaimana perasaan ibu hari ini?”

“Apakah bayangan-bayangan itu masih muncul? Apakah sudah dipakai tiga cara yang telah kita latih? Apa jadwal Kegiatannya sudah dilakukan? Bagus bu! Sesuai janji kita kemarin, hari ini kita akan mengobrol tentang obat-obatan yang ibu minum. Kita mengobrol selama 15 menit bagaimana? Mau dimana?”

KERJA :

“Ibu cara keempat mengontrol halusinasi adalah dengan menggunakan obat. Untuk itu ibu harus tau prinsip 6 benar obat (sebutkan). Nah kalo ibu obatnya ada 4 jenis (sebutkan obat, warna dan kegunaanya). Obatnya diminum 3 kali sehari (pagi jam 08.00, siang jam 13.00 dan sore jam 17.00). Bagaimana apakah ibu sudah mengerti? bagus sekali. Baik sekarang kira buat jadwal minum obat dan kita masukan dalam jadwal kegiatan harian ibu supaya tidak lupa”.

TERMINASI :

“Bagaimana perasaan bapak setelah kita mengobrol tentang obat? Sudah

berapa cara yang kita latih untuk mencegah suara-suara? Coba sebutkan!”

“Baik bu, besok kita akan mengevaluasi kegiatan latihan cara mengontrol halusinasi. Waktunya jam berapa? Selama 15 menit ya, di ruang tamu. Sampai jumpa besok bu”.

**STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN (SPTK)
PADA KLIEN DENGAN GANGGUAN KONSEP DIRI : HARGA DIRI
RENDAH**

Nama Mahasiswa : Anisa Fisabililah

Nama Pasien : Ny. H

Tanggal : 1 – 2 Mei 2024

Pertemuan : 5 – 6

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Klien

DS :

- 3) Klien merasa minder setelah bercerai dengan mantan suaminya, karena mantansuaminya sekarang lebih sukses dari sebelumnya.
- 4) Klien juga ingin segera pulang tetapi klien malu dan takut orang-orang mengatakan bahwa klien orang gila

DO :

- 4) Klien kadang terlihat lesu
- 5) Klien terkadang menolak berinteraksi dengan orang lain
- 6) Klien terkadang suka menyendiri

2. Diagnosa Keperawatan

Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah

3. Tujuan Keperawatan

- a. Klien dapat mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki
- b. Klien dapat menilai kemampuan yang dapat digunakan

- c. Klien dapat menetapkan/memilih yang sesuai kemampuan
- d. Klien dapat melatih kegiatan yang sudah dipilih sesuai kemampuan
- e. Klien dapat menyusun jadwal untuk melakukan kegiatan yang sudah dilatih

4. Tindakan Keperawatan

Membantu klien mengenal aspek/kemampuan positif dengan cara berdiskusi dengan klien tentang aspek/kemampuan positif, menilai kemampuan, menetapkan atau memilih, melatih kegiatan yang sudah dipilih dan menyusun jadwal untuk melakukan kegiatan.

B. Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

Pada tanggal 1 Mei 2024 pukul 13.30 WIB :

SP 1 (Pasien) : Membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang masih dimiliki klien, mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang masih dimiliki klien, membantu pasien dalam menilai kemampuan yang masih dapat digunakan, membantu klien memilih kemampuan yang akan dilatih, melatih kemampuan yang sudah dipilih, dan menjadwalkan pelaksanaan kemampuan yang telah dipilih ke dalam rencana harian.

ORIENTASI :

“Assalamualaikum, bagaimana keadaan ibu hari ini?”

“Bagaimana, kalau kita mengobrol tentang kemampuan dan kegiatan yang pernah ibu lakukan? Setelah itu kita akan menilai kegiatan mana yang masih dapat ibu latih di klinik. Kemudian kita akan pilih satu kegiatan untuk kita

latih. Mau dimana kita ngobrolnya? Bagaimana kalau dikursi itu? Berapa lama? Bagaimana kalau 25 menit?"

KERJA :

"Ibu, apa saja kemampuan yang ibu miliki? apa lagi? Saya buat daftarnya ya! Apa pekerjaan rumah tangga yang biasa ibu lakukan? Bagaimana dengan merapihkan tempat tidur? Menyapu? Wah, bagus sekali ada banyak kegiatan yang ibu lakukan. Ibu, dari beberapa kegiatan ini, yang mana yang masih dapat dikerjakan di klinik? Bagus sekali ada 2 kegiatan yang masih bisa dikerjakan di klinik ini."

"Sekarang, coba ibu pilih satu kegiatan yang masih bisa dikerjakan di klinik ini. Yang pertama, merapihkan tempat tidur? Kalau begitu, bagaimana kalau sekarang kita latihan merapihkan tempat tidur?" "Mari kita lihat tempat tidur ibu. Nah kalau kita mau merapihkan tempat tidur, mari kita pindahkan dulu bantal dan selimutnya. Bagus! Sekarang kita angkat sepreinya, dan kasurnya kita balik. Nah, sekarang kita pasang lagi sepreinya, kita mulai dari arah atas, ya bagus! Sekarang arah bawah, tarik dan masukkan, lalu sebelah pinggir masukkan. Sekarang ambil bantal, rapihkan, dan letakkan disebelah atas. Mari kita lipat selimut, nah letakkan sebelah bawah. Bagus!"

"Ibu sudah bisa merapihkan tempat tidur dengan baik sekali. Coba perhatikan bedakan dengan sebelum dirapihkan? Bagus!".

TERMINASI :

"Bagaimana perasaan ibu setelah kita ngobrol dan latihan merapihkan tempat tidur?"

“Sekarang, mari kita masukkan pada jadwal harian bapak. Mau berapa kali sehari merapihkan tempat tidur. Bagus, dua kali yaitu pagi-pagi dan sebelum tidur pada saat malam hari ya?”.

“Besok pagi kita latihan lagi kemampuan yang kedua. Bapak masih ingat kegiatan apa lagi yang mampu dilakukan di klinik selain merapihkan tempat tidur? Ya bagus, menyapu lantai... kalau begitu kita akan latihan menyapu lantai besok jam pagi di ruangan ini. Sampai jumpa ya pak”

Pada tanggal 2 Mei 2024 pukul 13.30 WIB :

SP 2 (Pasien) : Mengevaluasi kegiatan yang sudah dilakukan sebelumnya, melatih klien melakukan kegiatan lain yang sesuai dengan kemampuan pasien, dan memasukan kedalam jadwal kegiatan pasien.

ORIENTASI :

“Assalamualaikum, bagaimana perasaan ibu pagi ini?”

“Bagaimana bu, sudah dicoba merapikan tempat tidur sore kemarin/tadi pagi? Bagus sekali! (kalau sudah dilakukan, kalau belum bantu lagi), sekarang kita akan latihan kemampuan kedua. Masih ingat apa kegiatan itu pak? Ya benar, kita akan latihan menyapu lantai ruangan ini. Waktunya sekitar 10 menit ya”.

KERJA :

“Ibu, sebelum kita menyapu lantai kita perlu siapkan dulu sapunya untuk membersihkan lantai, pengki dan tong sampah (biasanya disediakan di ruangan)”.

“Sekarang saya perlihatkan dulu ya caranya (lakukan cara menyapu lantai

dengan benar). Nah selesai.”

“Sekarang coba ibu yang melakukan. Bagus sekali, ibu dapat mempraktekan menyapu dengan baik”.

TERMINASI :

“Bagaimana perasaan ibu setelah melakukan latihan menyapu lantai?”

:Bagaimana jika kegiatan menyapu lantai ini dimasukkan menjadi kegiatan harian ibu. Mau berapa kali bu menyapu? Bagus sekali. Bapak coba lakukan sesuai jadwal ya! Saya harap ibu bisa terus melakukan kegiatan yang telah kita latih. Semangat terus ya bu, sampai jumpa”.

Lampiran II

DOKUMENTASI KEGIATAN



Lampiran III

LEMBAR BIMBINGAN

KARYA TULIS ILMIAH STIKES KARSA HUSADA GARUT

Nama : Anisa Fisabililah

NIM : KHGA21059

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

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny.H Dengan Gangguan
Persepsi Sensori : Halusinasi Penglihatan Akibat Bipolar Di
Klinik Rehabilitasi Mental Nur Ilahie Assanie Samarang
Garut.

No.	Hari / Tanggal	Materi yang dikonsulkan	Saran Pembimbing	Paraf Pembimbing	Paraf Mahasiswa
1.	27/05 2024	Konsul Judul	Acc Judul	 Tanti Suryawantie, S.Kep., Ners., M.H.Kes	 Anisa Fisabililah
2.	28/05 2024	Konsul Askep Jiwa	Perbaikan Pengisian	 Tanti Suryawantie, S.Kep., Ners., M.H.Kes	 Anisa Fisabililah

No.	Hari / Tanggal	Materi yang dikonsulkan	Saran Pembimbing	Paraf Pembimbing	Paraf Mahasiswa
3.	30/05 2024	Konsul askep jiwa	- Perbaiki diagnosa keperawatan - Lanjut BAB 1	 Tanti Suryawantie, S.Kep., Ners., M.H.Kes	 Anisa Fisabililah
4.	01/06 2024	BAB I	- Perbaiki penulisan - Data disamakan	 Tanti Suryawantie, S.Kep., Ners., M.H.Kes	 Anisa Fisabililah
5.	03/06 2024	Revisi BAB I	- ACC BAB I - Lanjut BAB II	 Tanti Suryawantie, S.Kep., Ners., M.H.Kes	 Anisa Fisabililah
6.	06/06 2024	BAB II	- Perbaiki penulisan - Sumber disamakan	 Tanti Suryawantie, S.Kep., Ners., M.H.Kes	 Anisa Fisabililah

No.	Hari / Tanggal	Materi yang dikonsulkan	Saran Pembimbing	Paraf Pembimbing	Paraf Mahasiswa
7.	07/06 2024	KONSUL REVISI BAB II	- ACC BAB II - Lanjut BAB III dan BAB IV	 Tanti Suryawantie, S.Kep., Ners., M.H.Kes	 Anisa Fisabililah
8.	13/06 2024	BAB III BAB IV	- Penekanan disesuaikan - Jelaskan kesen- jangan di Pembahasan - SPTK tambah tanggal	 Tanti Suryawantie, S.Kep., Ners., M.H.Kes	 Anisa Fisabililah
9.	15/06 2024	Revisi BAB III BAB IV PPT	- ACC BAB III - ACC BAB IV	 Tanti Suryawantie, S.Kep., Ners., M.H.Kes	 Anisa Fisabililah
10.	20/06 2024	Draf KTI	ACC Persiapan sidang.	 Tanti Suryawantie, S.Kep., Ners., M.H.Kes	 Anisa Fisabililah

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Identitas

Nama : Anisa Fisabililah
Jenis Kelamin : Perempuan
Tempat Tanggal Lahir : Garut, 17 Mei 2003
Agama : Islam
Alamat : Kp. Leuweung Tiis, Haruman, Leles, Garut.
Instagram : @anisafsbllh

B. Riwayat Pendidikan

1. TK RA Al-Muamalah : 2008-2009
2. SDN Haruman 1 : 2009-2015
3. MTs. Al-Muamalah : 2015-2018
4. SMAN 2 Garut : 2018-2021
5. STIKes Karsa Husada Garut : 2021-2024