

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA NY.S DENGAN GANGGUAN
PERUBAHAN PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI
PENGLIHATAN DENGAN DIAGNOSA MEDIS BIPOLAR DI
KLINIK REHABILITASI MENTAL NUR ILLAHI ASSANI
SAMARANG GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Untuk Salah Satu Syarat Dalam Menyelesaikan Program Pendidikan
DIII Keperawatan Di STIKes Karsa Husada Garut

Disusun Oleh :

**RIANTI
KHGA22134**



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

LEMBAR PERSETUJUAN

**JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA NY.S DENGAN
GANGGUAN PERUBAHAN PERSEPSI SENSORI:
HALUSINASI PENGLIHATAN DENGAN DIAGNOSA
MEDIS BIPOLAR DI KLINIK REHABILITASI MENTAL
NUR ILLAHI ASSANI SAMARANG GARUT**

NAMA : RIAN TI

NIM : KHGA22134

KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah ini disetujui untuk disidangkan dihadapan

Tim Penguji Program Studi D-III Keperawatan

STIKes Karsa Husada Garut

Garut, 30 Juli 2025

Menyetujui

Pembimbing

H.Aceng Ali Awaludin, S.Kep.,Ns., M.H.Kes

LEMBAR PENGESAHAN

**JUDUL :ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA NY.S DENGAN
GANGGUAN PERUBAHAN PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI
PENGLIHATAN DENGAN DIAGNOSA BIPOLAR DI KLINIK
REHABILITASI MENTAL NUR ILLAHIE ASSANI SAMARANG
GARUT**

NAMA : RIAN TI

NIM : KHGA22134

KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah ini Telah Disidangkan dan Dipertanggung jawabkan di
Tim Penguji Program Studi D-III Keperawatan
STIKes Karsa HusadaGarut
Garut, 10 Juli 2025

Menyetujui

Penguji I

Penguji II

Mengetahui

Ketua Program Studi DIII Keperawatan

Mengesahkan,

Pembimbing

K.Dewi Budiarti, M.Kep

H.Aceng Ali Awaludin,
S.Kep.,Ns., M.HKes

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA NY.S DENGAN GANGGUAN PERUBAHAN PERSEPSI SENSORI HALUSINASI : PENGLIHATAN DENGAN DIAGNOSA MEDIS BIPOLAR DI KLINIK REHABILITASI MENTAL NUR ILLAHI ASSANI SAMARANG GARUT

IV BAB, Halaman 125 , tabel 8 , bagan 5 , lampiran 4

Karya tulis ilmiah ini berjudul “Asuhan Keperawatan pada Ny.S dengan gangguan persepsi sensori halusinasi penglihatan akibat Bipolar di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Ilahi Assani Samarang Garut, penyusun merasa 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 penyusun mendapatkan pengetahuan, keterampilan, wawasan serta pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif. Metode yang digunakan adalah metode deskriptif melalui studi kasus dengan teknik pengumpulan data, observasi, wawancara dan studi pustaka. Adapun masalah keperawatan yang muncul pada Ny.S yaitu : Gangguan persepsi sensori Halusinasi Penglihatan dan Defisit Perawatan Diri. Penyusun juga melaksanakan tindakan keperawatan dengan menggunakan pendekatan yang terapeutik, memotivasi klien untuk mengenai kemampuan positif yang dimiliki walaupun dengan dukungan perawat. Maka diharapkan ada kerjasama antara klinik rehabilitasi, organisasi profesi, keluarga dan tenaga kesehatan lainnya untuk memberikan asuhan keperawatan yang optimal untuk meningkatkan derajat kesehatan jiwa pada klien ODGJ.

Kata Kunci (key word) : *Asuhan keperawatan bipolar, Halusinasi Penglihatan*

Daftar Pustaka : 21 buah, Tahun 2015-2023

DAFTAR ISI

<u>LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG</u>	i
<u>LEMBAR PENGESAHAN</u>	ii
<u>ABSTRAK</u>	iii
<u>KATA PENGANTAR</u>	iv
<u>DAFTAR ISI</u>	iv
<u>DAFTAR TABEL</u>	viii
<u>DAFTAR BAGAN</u>	ix
DAFTAR LAMPIRAN	xi
<u>BAB I</u>	1
<u>PENDAHULUAN</u>	1
A. <u>Latar Belakang</u>	1
B. <u>Tujuan Penulis</u>	5
C. <u>Metode Telaahan</u>	7
D. <u>SistematikaPenulisan</u>	8
<u>BAB II</u>	10
<u>TINJAUAN PUSTAKA</u>	10

A. <u>Konsep Dasar</u>	10
1. <u>Konsep Bipolar</u>	10
2. <u>Halusinasi</u>	16
3. <u>Konsep Defisit Perawatan Diri</u>	22
B. <u>Konsep Asuhan Keperawatan</u>	27
<u>BAB III</u>	49
<u>TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN</u>	49
A. <u>Tinjauan Kasus</u>	49
1. <u>Pengkajian</u>	49
2. <u>Analisa Data</u>	59
3. <u>Pohon Masalah</u>	60
4. <u>Diagnosa Keperawatan</u>	60
5. <u>Intervensi Keperawatan</u>	62
6. <u>Implementasi dan Evaluasi</u>	70
7. <u>Catatan Perkembangan</u>	79
B. <u>Pembahasan</u>	82
<u>BAB IV</u>	91
<u>PENUTUP</u>	91
A. <u>Kesimpulan</u>	91
B. <u>Rekomendasi</u>	92

<u>DAFTAR PUSTAKA</u>	94
<u>LAMPIRAN</u>	96
<u>DOKUMENTASI</u>	109
<u>DATA RIWAYAT HIDUP</u>	112

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Diagnosa Penyakit Klinik Nur Ilahi Assanie Samarang Garut Tahun 2025	4
Tabel 2.1 Analisa Data.....	36
Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan	40
Tabel 3.1 Terapi Medik.....	58
Tabel 3.2 Analisa Data.....	59
Tabel 3.3 Intervensi Keperawatan	62
Tabel 3.4 Implementasi dan Evaluasi	70
Tabel 3.5 Catatan Perkembangan.....	79

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Rentang Respon Halusinasi	19
Bagan 2.2 Pohon Masalah Halusinasi.....	22
Bagan 2.3 Rentang Respon Defisit Perawatan Diri	25
Bagan 3.1 Genogram.....	51
Bagan 3.2 Pohon Masalah Defisit Perawatan Diri.....	60

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Strategi Pelaksana Tindakan Keperawatan (SPTK) pada klien dengan
gangguan persepsi sensori : Halusinasi

Lampiran 2 Dokumentasi

Lampiran 3 Lembar Bimbingan

Lampiran 4 Daftar Riwayat Hidup

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, puji dan syukur penulis senantiasa ucapkan kepada Allah SWT yang Maha Pengasih dan Penyayang karena atas rahmat dan karunia-Nya telah member kemudahan dan kekuatan kepada penulis dapat menyelesaikan laporan tugas akhir ini tepat pada waktunya. Shalawat dan salam semoga senantiasa tercurah kepada telan dan kita Nabi Muhammad SAW.

Laporan tugas akhir ini berjudul “ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA Ny.S. “DENGAN GANGGUAN PRESEPSI SENSORI : *HALUSINASI PENGLIHATAN* DENGAN DIAGNOSA MEDIS *BIPOLAR* DI KLINIK REHABILITASI MENTAL NUR ILLAHI ASSANI SAMARANG GARUT”. Adapun tujuan pembuatan tugas akhir ini adalah untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan akhir Diploma III Keperawatan.

Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, penulis menyadari masih banyak kekurangan dikarenakan keterbatasan pengetahuan dan kemampuan, sehingga penulis mengalami hambatan, tantangan, dan kesulitan. Namun atas segala bantuan, bimbingan dan arahan dari berbagai pihak, penulis mampu menyelesaikan laporan tugas akhir ini dengan baik. Pada kesempatan ini pula, penulis mengucapkan terimakasih kepada:

1. Dr. H. Hadiat selaku ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. H. Suryadi, S. E., M. Si selaku Ketua Umum Pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.

3. H. Engkus Kusnadi, S.Kep.,M.Kes selaku Ketua STIKes Harsa Husada Garut.
4. K. Dewi Budiarti, M.Kep. Selaku Ketua Prodi DIII Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut.
5. H.Aceng Ali Awaludin, S.Kep.,Ners., M.H.Kes selaku Pembimbing yang telah memberikan bimbingan.
6. Selaku Penguji I Susan Susyanti,M.Kep
7. Selaku Penguji II Rudy Alfiansyah,S.Kep.,Ners.,M.Pd
8. Seluruh dosen, staf pengajar, dan tata usaha di STIKes Karsa Husada Garut yang telah membekali berbagai ilmu yang bermanfaat.
9. Kepada Ny.S yang telah bersedia menjadi pasien, dan sudah dapat bekerjasama dengan baik kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan tugas ini.
10. Kepada Orang Tua saya Bapak Entu Supriatna dan Ibu Ayu Rohayati dua orang yang sangat berjasa dalam hidup, Terimakasih atas doa, cinta, dan kepercayaan dan segala bentuk yang telah diberikan, sehingga penulis merasa terdukung di segala pilihan dan keputusan yang diambil oleh penulis. Terimakasih Bapak dan Ibu telah membuktikan kepada dunia bahwa anak dari seorang wiraswasta bisa menjadi seorang perawat
11. Kepada kakak saya Ai Adianti A.Md.Keb terimakasih atas segala bentuk dukungan yang diberikan sehingga penulis terdukung
12. Kepada Teman-Teman seperjuangan yang tidak bisa saya sebutkan satu per satu terimakasih telah memberikan dukungan dalam proses mengerjakan

Karya Tulis Ilmiah ini dan terimakasih telah menjadi bagian dari perjalanan penulis sehingga saat ini.

13. Terkhusus teman saya Imelda Puspitasari Marlina dan Reva Maulida Aprilia terimakasih sudah menjadi teman terbaik bagi penulis, terimakasih sudah menjadi support terbaik dalam lika-liku kehidupan dari a-z, penulis sadar ucapan terimakasih tidaklah cukup untuk mengekspresikan rasa berterimakasih ini.
14. Kepada seseorang yang tidak kalah penting kehadirannya Irpan Nugraha, Terimakasih telah menjadi bagian dalam proses perjalanan penulis menyusun karya tulis ilmiah, berkontribusi baik tenaga, waktu, menemani, mendukung, serta menghibur dalam kesedihan, mendengar keluh kesah, dan meyakinkan penulis untuk pantang menyerah hingga penyusunan karya tulis ilmiah ini terselesaikan.
15. Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan laporan ini penulis masih banyak kekurangan. Oleh Karena ini penulis mengharapkan saran dan masuk untuk penyempurnakan laporan ini. Akhir kata, penulis berharap laporan ini dapat bermanfaat bagi penulis, institusi.

Garut, Juni 2025

Penulis

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan jiwa yaitu terhindarnya seseorang dari keluhan dan gangguan mental berupa neurosis maupun psikosis (penyesuaian diri terhadap lingkungan sosial) orang yang sehat mental akan senantiasa merasa aman dan bahagia dalam kondisi apapun, ia juga akan melakukan intpeksi atas segala hal yang dilakukannya sehingga iya akan mampu mengontrol dan mengendalikan diri sendiri (Hamid Abdul, 2017)

Gangguan jiwa merupakan syndrome atau pola prilaku psikologis seseorang yang terjadi secara klinis dan berhubungan dengan stress atau kecemasan yang di sertai dengan peningkatan resiko kematian yang menyakitkan, nyeri, disabilitas atau sangat kehilangan kebebasan (Akbar dan Rahayu, 2021). Sehingga pada seseorang yang mengalami gangguan kejiwaan sangat rentang terhadap kejadian yang tidak di inginkan atau diluar

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). Jadi, gangguan bipolar adalah perubahan dramatis suasana hati, ditandai oleh gejala manik, depresi dan campuran. Seseorang yang

mengalami gangguan bipolar merupakan seseorang yang mempunyai suasana hati yang labil.

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

Gangguan bipolar dialami oleh lebih dari 60 juta orang di dunia. Bipolar terdiri dari dua episode manik dan depresi yang biasanya diperantaral oleh episode normal. Episode manik ditandai dengan peningkatan mood, aktifitas berlebih, harga diri meningkat, penurunan kebutuhan untuk tidur. Orang yang mengalami episode manik tanpa mengalami episode depresi juga diklasifikasikan mengalami gangguan bipolar, Episode depresi ditandai dengan suasana hati yang menurun, kesulitan berkonsentrasi atau mengambil keputusan, berbicara sangat lambat, kurangnya minat di hampir semua. kegiatan, merasa putus asa atau tidak berharga. (Yankes, Kemenkes, 2023).

Gangguan persepsi sensori halusinasi dapat menimbulkan kerugian terhadap penderitanya dimana menyebabkan timbulnya pikiran, persepsi, emosi, gerakan dan perilaku aneh yang mengganggu. Halusianasi merupakan suatu gejala gangguan jiwa dimana klien mengalami perubahan persepsi sensori, seperti merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan, dan penciuman. Klien merasakan

stimulus yang sebenarnya tidak ada, selain itu, perubahan persepsi sensori tentang suatu objek, gambaran, pikiran yang sering terjadi tanpa adanya rangsangan dari luar meliputi semua system penginderan, pendengaran, penglihatan, penciuman, perabaan, atau pengecap (Keliat dkk, 2015).

Halusinasi adalah gangguan persepsi yang paling umum dengan tidak adanya rangsangan eksternal, penggunaan panca indra tidak tunduk pada rangsangan eksternal; apresiasi persepsi yang dialami oleh panca indra tidak dimiliki rangsangan eksternal, pemahaman yang salah. Halusinasi mengacu pada orang-orang yang pola dan jumlahnya stimulus internal atau eksternal telah berubah, dan memiliki respon yang berkurang, berlebihan, terdistorsi, atau abnormal untuk setiap stimulus (Pardede, Keliat dan Yulia, 2016).

Berdasarkan riset kesehatan dasar (Riskesda 2018) prevalensi orang dengan gangguan jiwa di Indonesia sebesar 20% dari jumlah populasi di Indonesia atau sekitar 250 juta secara keseluruhan berdasarkan data Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat persentase kenaikan orang dengan gangguan jiwa yang mendapat pelayanan dari tahun 2019-2021 sebesar 2,52%, sedangkan prevalensi penderita orang dengan gangguan jiwa mendapat pelayanan di Kabupaten Garut yaitu periode Januari-Mei 2023-2024 sekitar 3.935 jiwa, 1.988 orang dengan Gangguan Afektif Bipolar, 1.353 orang dengan Skizofrenia, 389 orang dengan Penyalahgunaan Napza, 205 orang dengan Retardasi Mental (Dinkes, 2023-2024).

Didapati orang dengan gangguan jiwa di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Ilahie Assanie Samarang Garut sebanyak 39 orang, 32 orang dengan Gangguan Afektif Bipolar, 5 orang dengan gangguan Skizofenia.

Berdasarkan laporan hasil dan rekam medic di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Assanie Samarang Garut, jumlah penderita gangguan jiwa yang di rawat dapat dilihat dari table berikut ini.

Tabel 1.1
Jumlah Masalah Keperawatan Jiwa di Klinik Rehabilitasi
Mental Nur Ilahie Assani Samarang Garut Tahun 2025

No	Diagnosa	Jumlah kasus
1	Halusinasi	25
2	Harga Diri Rendah	8
3	RisikoPerilakuKekerasan	3
4	Waham	3
Jumlahkasus		39

(Sumber :Klinik Rehabilitasi Mental Nur Ilahie Assani Samarang Garut)

Berdasarkan hasil laporan Klinik Rehabilitasi Mental Nur Ilhai Assanie Samarang, didapat data tahun 2025 jumlah yang ada pada semua pasien rawat inap mencapai 39 orang orang, 25 orang dengan Halusinasi, 8 orang dengan Harga Diri Rendah (HDR). Halusinasi menduduki peringkat pertama dengan kasus terbanyak, hal ini dapat terjadi karena kurangnya dukungan serta dari keluarga dan masyarakat, yang apabila tidak diatasi dengan segera maka akan menimbulkan peningkatan permasalahan baru terhadap lingkungan masyarakat yang akan menyebabkan peningkatan Halusinasi di lingkungan masyarakat. Berdasarkan latar belakang diatas,

penulis tertarik melakukan tindakan keperawatan pada klien yang mengalami halusinasi.

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

Berdasarkan uraian diatas dapat disimpulkan bahwa masalah gangguan jiwa dengan gangguan persepsi sensori halusinasi merupakan masalah yang serius yang dapat menimbulkan kerugian terhadap penderitanya juga lingkungan yang sering dapat ditimbulkan kerugian terhadap penderitanya juga lingkungan yang akan berdampak negatife apabila tidak segera di isi. Dengan demikian maka penulis menganggap penting untuk membuat laporan karya tulisi lmiah dengan judul **“Asuhan Keperawatan Pada Ny.S Dengan Gangguan Perubahan Persepsi Sensori : Halusinasi Penglihatan Akibat Bipolar Di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Ilahie Assani Samarang Kabupaten Garut”**

B. Tujuan Penulis

1. Tujuan Umum

Mampu mengidentifikasi dan melaksanakan asuhan keperawatan meliputi aspek biopsikososial dan spiritual kepada klien Ny.S dengan Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Ny.S dengan Gangguan

Persepsi Sensori Halusinasi Penglihatan Di Klinik Rehabilitasi Mental
Nur ilahie Assani samarang.

2. Tujuan Khusus

Dengan mengambil kasus diatas penulis mampu:

- a. Melakukan pengkajian fisik, psikososial, dan mental seacara komprehensif pada Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny.S Dengan Gangguan Persepsi Sensori Akibat Bipolar Di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Ilahie Assani Samarang Kabupaten Garut.
- b. Menetapkan diagnose keperawatan pada Ny.S dengan Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny.S Dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Penglihatan Akibat Bipolar Di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Ilahie Assani Samarang Kabupaten Garut.
- c. Membuat Perencanaan/Intervensi Keperawatan Pada Ny.S dengan Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny.S Dengan Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Penglihatan Akibat Bipolar Di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Ilahie Assani Samarang Kabupaten Garut.
- d. Melaksanakan tindakan Implementasi keperawatan pada Ny.S dengan Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny.S Dengan Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Penglihatan Akibat Bipolar Di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Ilahie Assani Samarang Kabupaten Garut.
- e. Mengevaluasi tindakan yang telah diberikan kepada Ny.S dengan Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny.S Dengan Gangguan Persepsi

Sensori Halusinasi Penglihatan Akibat Bipolar Di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Ilahie Assani Samarang Kabupaten Garut.

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

3. Metode Telaahan

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

1. Observasi

Metode pengumpulan data dimana data yang dikumpulkan dengan cara melihat atau mengamati langsung keadaan klien.

2. Wawancara

Metode pengumpulan data dimana data yang di kumpulkan bisa dengan verbal maupun non verbal yang di dapat secara langsung dari klien dan perawat.

3. Studi dokumentasi

Metode pengumpulan data diantaranya dokumentasi klien di ruangan baik mengenai masalah kesehatan pada status klien terdapat Di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Ilahie Assani Samarang.

4. Metode Kepustakaan

Metode pengumpulan data dimana penulis membaca dari bahan bahan di perpustakaan institusi maupun dari internet untuk mendapatkan teori yang berhubungan dengan kasus yang diambil.

5. Pemeriksaan Fisik

Metode pengumpulan data dimana penulis melakukan pemeriksaan fisik diantaranya memeriksa tanda-tanda vital dan keadaan umum, sehingga didapatkan data dari pasien yang bisa menimbulkan masalah kesehatan.

6. Partisipasi aktif

Penulis melakukan sendiri asuhan keperawatan pada klien yang dibantu oleh petugas kesehatan lain (perawat ruangan).

4. Sistematika Penulisan

Untuk memberi gambaran yang jelas dalam penyusunan karya tulis Ini, maka penulis akan menguraikan sistematikanya sebagai berikut:

BAB I PENDAHULUAN

Pada bab ini membahas tentang latar belakang, tujuan penulisan, metode telaahan, manfaat penelitian, serta sistematika penulisan.

BAB II TINJAUAN TEORI

Pada bab ini membahas tentang konsep teori mencakup pengertian, etiologi, tanda dan gejala, rentang respon, pohon masalah, penatalaksanaan. Dan konsep asuhan keperawatan mencakup pengkajian, diagnose keperawatan, rencana tindakan keperawatan, implementasi, evaluasi dan dokumentasi.

BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini membahas tentang tinjauan kasus. Pembahasan yang meliputi pengkajian pasien, analisa data, 9eometri keperawatan dan rencana tindakan keperawatan, sampai evalusi. Pada bab ini juga terdapat pembahasan tentang perbandingan antara teori dengan kenyataan yang ada dilapangan.

BAB IV KESIMPULAN

Pada bab ini berisi tentang kesimpulan dan saran yang berkaitan dengan kasus halusinasi penglihatan pada Ny.S dengan gangguan persepsi sensori halusinasi penglihatan akibat bipolar Di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Ilahie Assani Samarang Kabupaten Garut.

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar

1. Konsep Bipolar

a. Definisi Gangguan Bipolar

Bipolar secara sederhana adalah gangguan suasana perasaan yang ditandai 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 energy (Mintz, 2015).

Dari beberapa pertanyaan 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 dapat berganti secara tiba-tiba antara kondisi pada tingkat yang berlebihan dari batas kewajaran.

Pada episode mania dapat berlangsung secara tiba-tiba dan berlangsung dalam jangka waktu mulai 2 minggu hingga 4 atau 5 bulan, sedangkan episode depresi cenderung berlangsung lebih lama (rata-rata sekitar 6 bulan) namun tidak sampai satu tahun, kecuali penderita seorang usia lanjut.

b. Etiologi Gangguan Bipolar

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

1) Faktor Biologis

Dalam otak dan tubuh terdapat beberapa bahan kimia yang memiliki peranan penting untuk mengendalikan suasana hati atau emosional. Bahan kimia yang bertanggung jawab mengendalikan fungsi otak disebut neurotransmitter yang termasuk diantaranya adalah noradrenalin, serotonin dan dopamine, Neurotransmitter ini berfungsi mengantar dan mengirimkan pesan antar neuron atau dari neuron ke berbagai jaringan tubuh. Gangguan bipolar dikaitkan dengan ketidakseimbangan bahan kimia pada otak, sehingga jika ditemukan ketidakseimbangan pada neurotransmitter maka hal itu dapat menyebabkan beberapa gangguan bipolar. Sebagai contoh bahwa fase mania dapat terjadi ketika kadar noradrenalin terlalu tinggi dan fase depresi terjadi ketika kadar noradrenalin terlalu rendah (Kaplan dan Sadock's, 2015).

2. Faktor Genetik

Seseorang yang memiliki keluarga dengan gangguan mood memiliki risiko lebih besar menderita gangguan mood dari pada

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

3. Faktor Lingkungan

Beberapa artikel menjelaskan hubungan antara fungsi keluarga dengan onset serta perjalanan gangguan mood, khususnya gangguan depresi berat. Peristiwa dalam kehidupan memiliki peran penting dalam gangguan depresi. Depresi yang bipolar sebagai suatu afek yang berasal dari ketegangan ego antara aspirasi seseorang dengan kenyataan yang ada. Seseorang dengan gangguan bipolar menyadari bahwa mereka tidak hidup dengan ideal dan nyaman sehingga mereka merasa putus asa dan tidak berdaya (Heinz, 2018). Selain itu, pemicu stress yang tampak

ringan bagi orang lain justru sangat berdampak menghancurkan seseorang yang menderita bipolar (Kaplan dan Sadock's, 2015).

c. Manifestasi Klinis Gangguan Bipolar

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

1) Depresi Berat

Fase depresi mengakibatkan seseorang berdelusi, berhalusinasi, dan berusaha bunuh diri menjadi lebih sering terjadi pada seseorang dengan depresi bipolar dari pada depresi unipolar (Dipiro et al, 2017). Penderita terkadang memiliki suasana hati yang terus-menerus tertekan dan kehilangan kegembiraan dalam aktivitas yang biasanya member kesenangan, penurunan atau kenaikan berat badan, insomnia atau hypersomnia, gelisah atau retardasi, kehilangan energy, penurunan konsentrasi, perasaan bersalah, keputusan ataupun keinginan untuk bunuh diri (Smith, 2017).

2) Fase Manik

Pada fase manik ini seseorang akan mengalami peningkatan energy, penuh ide, merasa sangat gembira, dan sangat bersemangat. Manik biasanya berlangsung secara tiba-tiba, dan gejalanya akan meningkat selama beberapa hari. Gejala dan

perilaku, delusi paranoid, halusinasi serta penurunan produktifitas social (Dipiro, et al, 2017). Seseorang pada fase ini akan bertindak impusif dan pada saat yang bersamaan merasa memiliki keyakinan dan tujuan (Kaplan dan Sadock's, 2015).

3. Hipomanik

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

d. Penatalaksanaan Gangguan Bipolar

Gangguan bipolar tidak dapat disembuhkan sepenuhnya. Namun beberapa pengobatan dapat dilakukan untuk menjaga kesetabilan suasana hati. Pengobatan maupun perawatan tergantung pada kondisi dan tipe bipolar yang dialami, diantaranya:

1) Terapi Non Farmakologis

a) Psikoterapi dilakukan untuk mengobati penyalahgunaan zat serta pemberi nutrisi yang baik, tidur cukup pengurangan stress, berolahraga, dan terapi psikososial (Wells et al, 2015). Penatalaksanaan ini dapat dilakukan dengan member dukungan, memberikan edukasi, dan bimbingan kepada seseorang dengan gangguan bipolar. Beberapa perawatan psikoterapi yang biasa digunakan untuk mengatasi gangguan bipolar meliputi: terapi

keluarga, terapi kognitif dan psikoterapi interpersonal (NIMH, 2016)

b) Elektroconvulsive therapy (ECT) digunakan untuk gejala bipolar berat yang tidak dapat disembuhkan dengan perawatan lainnya. Seorang dengan gangguan bipolar maupun keluarga harus mendiskusikan kemungkinan manfaat dan risiko ECT dapat menyebabkan efek samping jangka pendek termasuk disorientasi, kebingungan dan penurunan memori hingga amnesia (NIHM, 2016).

2) Terapi farmakologi

Penatalaksanaan secara farmakologis first-line dalam pengobatan episode depresi berulang dari gangguan bipolar adalah Litium. Golongan obat penstabil mood atau antikonvulsan juga telah banyak digunakan (contohnya : carbamazepine dan asam valproate) untuk pengobatan episode mania akut dan untuk pencegahan kekambuhannya. Lamotrigine juga dapat digunakan untuk terapi pencegahan kekambuhan. Aripiprazole disetujui oleh FDA untuk pengobatan episode gangguan bipolar. Pengobatan adjuvant jangka pendek dengan benzodiazepine juga dapat membantu (APA, 2015).

2. Halusinasi

1) Definisi

Halusinasi adalah gangguan atau perubahan persepsi dimana pasien mempersepsikan sesuatu yang sebenarnya tidak terjadi. Suatu penerapan pancaindra tanpa ada rangsangan dari luar, suatu penghayatan yang dialami suatu persepsi melalui pancaindra tanpa stimulus ekstren atau persepsi palsu (Prabowo, 2019).

2) Etiologi

a. Faktor predisposisi menurut Yosep (2019) dalam Prabowo (2019):

1) Faktor perkembangan

Perkembangan klien yang terganggu contohnya kurangnya mengontrol emosi & Keharmonisan keluarga. Mengakibatkan klien gampang frustrasi, hilang percayadiri.

2) Faktor Sosial kultural

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

3) Faktor biokimia

Adanya stress berlebihan yang dialami individu menghasilkan zat-zat tubuh yang mungkin seperti halusinasi, neurokimia, buffoferom, dan dimetiltronferase, yang menyebabkan ketidakseimbangan antara asetilkoli.

4) Faktor Psikologis

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

5) Faktor genetik dan pola asuh

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

b. Faktor presipitasi

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

1) Dimensi Fisik

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

2) Dimensi Emosional

Kecemasan yang berlebihan karena masalah yang tidak dapat diatasi. Halusinasi dapat berupa perintah memaksa dan menakutkan. Klien tidak sanggup menentang sehingga klien berbuat sesuatu terhadap ketakutan tersebut.

3) Dimensi intelektual

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

4) Dimensi Sosial

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

5) Dimensi Spiritual

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

a) Rentang Respon

Bagan 2.1

Rentang Respon Halusinasi

Respon Adaptif ← → Respon maladaptif

1. Pikiran logis 2. Persepsi akurat 3. Emosi konsisten 4. Perilaku sesuai 5. Hubungan social	1. Distorsi (pikiran kotor) 2. Reaksi emosi berlebihan atau kurang 3. Perilaku aneh dan tidak biasa menarik diri	1. Gangguan proses piker/ delusi 2. Halusinasi 3. Perilaku tidak terorganisir isolasi social
--	--	--

(sumber :Damaiyanti& Iskandar,2016)

Keterangan:

a) Respon Adaptif

(1) Pikiran logis : Pandangan yang mengarah pada kenyataan.

(2) Persepsi akurat :Pandangan yang tepat pada kenyataan.

- (3) Emosi konsisten dengan pengalaman : perasaan yang timbul dari pengalaman ahli.
- (4) Perilaku social : Sikap dan tingkah laku yang masih dalam batas kewajaran.
- (5) Hubungan social : Proses suatu interaksi dengan orang lain dan lingkungan.

b) Respon Psikososial

- (1) Proses pikir terganggu : Proses berfikir yang menimbulkan gangguan
- (2) Ilusi: Penilaian yang salah tentang penerapan yang benar-benar terjadi (objek nyata) karena rangsangan pancaindera.
- (3) Emosi berlebih atau berkurang
- (4) Perilaku tidak biasa: Sikap dan tingkah laku yang melebihi batas kewajaran.
- (5) Menarik diri: Percobaan untuk menghindari interaksi dengan orang lain.

c) Respon maladaptif

- (1) Kelainan pikiran: Keyakinan yang dipertahankan secara kokoh dipertahankan walaupun tidak diyakini oleh orang lain dan bertentangan dengan kenyataan 19eomet.
- (2) Halusinasi: Persepsi sensori yang salah atau persepsi eksternal yang tidak nyata.

(3) Kerusakan proses emosi: Perubahan suatu yang timbul dari hati.

(4) Perilaku tidak terorganisir: suatu yang tidak teratur.

(5) Isolasi : Kondisi kesendirian yang dialami oleh individu dan diterima sebagai ketentuan oleh orang lain dan sebagai suatu kecelakaan yang negative mengancam.

b) Tanda dan gejala

Menurut dalam (Damaiyanti& Iskandar, 2016) tanda dan gejala perlu diketahui agar dapat menetapkan masalah halusinasi, antara lain:

- a) Berbicara, seyum dan tertawa sendiri.
- b) Menggerakan bibir tanpa suara
- c) Pergerakan mata yang cepat
- d) Respon verbal yang lambat
- e) Menarik diri dari orang lain
- f) Tidak dapat membedakan yang nyata dan tidak nyata
- g) Mudah tersinggung, jengkel dan marah tanpa sebab.
- h) Curiga dan bermusuhan
- i) Bertindak merusak diri, orang lain dan lingkungan
- j) Disorientasi terhadap waktu, tempat dan orang sekitar
- k) Tidak mampu atau kurang konsentrasi

c) Klasifikasi

Menurut Yosep dalam Prabowo, (2022) halusinasi terdiri dari beberapa jenis dengan karakteristik tertentu, diantaranya:

a) Halusinasi pendengaran (auditorik)

Gangguan stimulus dimana pasien mendengar suara-suara terutama suara orang. Biasanya mendengar suara orang yang sedang membicarakan apa yang sedang dipikirkannya dan memerintahkan untuk melakukan sesuatu.

b) Halusinasi penglihatan (Visual)

Stimulus visual dalam bentuk beragam seperti bentuk pancaran cahaya, gambaran 2leometric, gambar kartun, panorama yang luas dan bayangan yang menakutkan.

c) Halusinasi penghidup (Olfaktori)

Gangguan stimulus pada penghidup, yang ditandai dengan adanya bau busuk, amis, dan bau menjijikan, tapi kadang terhidup bau harum.

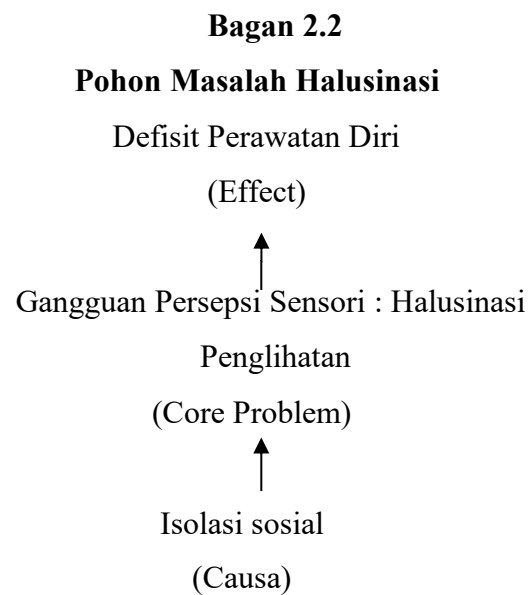
d) Halusinasi pengecap (gustatorik)

Gangguan stimulus yang ditandai dengan merasakan sesuatu yang busuk, amis, dan menjijikan.

e) Halusinasi sinestetik

Gangguan stimulus yang ditandai dengan merasakan fungsi tubuh seperti darah mengalir melalui vena atau arteri, makanan dicerna atau pembentukan urine

f) Pohon Masalah



(sumber :Damaiyanti& Iskandar, 2016)

3. Konsep Defisit Perawatan Diri

a. Definisi

Defisit Perawatan Diri adalah suatu keadaan seseorang mengalami kelainan dalam kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas kehidupan sehari-hari mandiri. Tidak ada keinginan untuk mandi secara teratur, tidak menyisir rambut, pakaian kotor, bau badan, bau napas, dan penampilan tidak rapi. Defisit perawatan diri merupakan salah satu masalah yang timbul pada pasien gangguan jiwa. Pada pasien gangguan jiwa kronis sering mengalami ketidak perdulian merawat diri. Keadaan ini merupakan gejala perilaku negative dan menyebabkan pasien dikucilkan dalam keluarga masyarakat (Yusuf, 2015).

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

Defisit perawatan diri adalah ketidakmampuan seseorang dalam melakukan aktivitas perawatan diri sendiri (SDKI, 2017). Pasien dengan masalah defisit perawatan diri tidak mempunyai keinginan untuk merawat dirinya seperti mandi teratur, berhias diri, buang air kecil dan besar pada tempatnya. Kebutuhan aktifitas perawatan diri merupakan fokus dalam asuhan keperawatan jiwa sehingga seorang perawat harus memiliki kemampuan dalam pemenuhan kebutuhan aktifitas perawatan diri, terutama pada pasien yang mengalami masalah defisit perawatan diri.

b. Etiologi

Menurut (Suerni& Liviana, 2019) Defisit Perawatan Diri di sebabkan karena dua faktor yaitu faktor predisposisi dan faktor prestipasi

1) Faktor predisposisi

Faktor predisposisi meliputi faktor biologis yang dimana penyakit kronis yang menyebabkan klien tidak mampu melakukan perawatan diri sendiri. Faktor perkembangan yaitu keluarga terlalu memanjakan dan melindungi pasien

sehingga perkembangan inisiatif pasien menjadi terganggu. Faktor social dimana dukungan dan latihan dalam merawat diri yang kurang situasi lingkungan yang mempengaruhi latihan dalam kemampuan merawat diri dan kemampuan realitas yang kurang menyebabkan ketidak perdulian dirinya dan lingkungan termasuk perawatan diri.

2) Faktor prestipasi

Faktor prestipasi defisit perawatan diri adalah kurangnya atau menurunnya motivasi, kerusakan kognisi, atau perceptual, cemas, lelah atau lelah yang dialami individu tidak peduli dengan peralatan diri.

c. Rentang Respon

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



Pola perawatan tidak seimbang	Kadang perawatan diri kadang tidak	Tidak melakukan perawatan diri saat stress
-------------------------------	------------------------------------	--

(Sumber: Saputra, 2017)

- 1) Pola perawatan diri seimbang : saat klien mendapatkan stressor dan mampu untuk berperilaku adaptif, maka pola perawatan yang dilakukan klien seimbang, klien masih melakukan perawatan diri

- 2) Kadang perawatan diri kadang tidak saat klien mendapatkan stressor kadang-kadang klien tidak memperhatikan perawatan dirinya
- 3) Tidak melakukan perawatan diri klien mengatakan dia tidak peduli dan tidak bisa melakukan perawatan stressor

d. Tanda dan Gejala

- 1) Data Subjektif
 - a) Malas mandi
 - b) Tidak mau menyisir rambut
 - c) Tidak mau menggosok gigi
 - d) Tidak mau memotong kuku
 - e) Tidak mau berhias/berdandan
 - f) Tidak bisa/ tidak mau menggunakan alat mandi/kebersihan diri
 - g) Tidak menggunakan alat makan dan minum saat makan dan minum
 - h) BAB dan BAK kesembarangan
 - i) Tidak membersihkan diri dan tempat BAB dan BAK setelah BAB dan BAK
 - j) Tidak mengetahui cara perawatan diri yang benar
- 2) Data Objektif
 - a) Badan bau, kotor, berdaki, rambut kotor, gigi kotor, kuku panjang

- b) Tidak menggunakan alat-alat mandi pada saat mandi dan tidak mandi dengan benar
- c) Rambut kusut, berantakan, kumis dan jenggot tidak rapih, serta tidak mampu berdandan
- d) Pakaian tidak rapih, tidak mampu memiliki, mengambil, memakai, mengencangkan dan memindahkan pakaian, tidak memakai sepatu, tidak mengancingkan baju dan celana
- e) Memakai barang-barang yang tidak perlu dalam pakaian, misalnya memakai pakaian berlapis-lapis, menggunakan pakaian yang tidak sesuai. Melepaskan barang-barang yang peril dalam berpakaian, misalnya telanjang.
- f) Makan dan minum sembarangan serta berceceran, tidak menggunakan alat makan, tidak mampu menyiapkan makanan, memindahkan makanan ke tempat makan keping atau mangkok, tidak mampu menggunakan sendok tidak mengetahui fungsi alat-alat makan
- g) BAB dan BAK tidak pada tempatnya, tidak membersihkan diri setelah BAB dan BAK, tidak mampu menjaga kebersihan toilet dan menyiram toilet setelah BAB atau BAK (PPNI, 2016).

e. Penatalaksanaan

Menurut (Herman Ade, 2015) pemaparan meliputi :

- 1) Ciptakan lingkungan yang mendukung

- 2) Menolong dan membimbing klien merawat diri
- 3) Meningkatkan kepercayaan diri dan kesadaran

B. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

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

- a. Identitas klien meliputi : nama, usia, jenis kelamin, agama, pendidikan, tanggal masuk, tanggal pengkajian, nomor rekam medis dan alamat.
- b. Identitas penanggung jawab meliputi : nama, usia jenis kelamin, agama, pendidikan , alamat dan hubungan dengan klien.
- c. Alasan masuk : mengkaji apa yang menyebabkan klien datang ke fasilitas kesehatan, apa yang sebelumnya sudah dilakukan sebelum ke fasilitas kesehatan dan bagaimana hasilnya.
- d. Faktor predisposisi : Kaji apakah sebelumnya klien pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu, bagaimana riwayat pengobatan apakah berhasil atau tidak.

- e. Riwayat peristiwa: kaji apakah klien di masa lalu pernah mengalami aniaya fisik ,aniaya seksual, penolakan, kekerasan dalam keluarga dan tindakan kriminal, sebagai pelaku, korban atau saksi dan sertakan pada usia berapa klien mengalami hal tersebut.
- f. Riwayat keluarga: kaji apakah di keluarga klien ada juga yang memiliki riwayat gangguan jiwa, apabila tanyakan bagaimana hubungan klien dengan orang tersebut , bagaimana gejalanya dan bagaiman riwayat pengobatannya.
- g. Pengalaman yang tidak menyenangkan : kaji apakah klien pernah mengalami pengalaman yang tidak menyenangkan seperti kehilangan, perpisahan, kematian atau trauma.
- h. Pemeriksaan fisik : kaji fisik klien dengan cara mengobservasi tanda-tanda vital, menimbang berat badan, dan tanyakan apakah klien ada keluhan fisik atau tidak
- i. Psikososial
 - 1) Genogram : kaji tentang keturunan klien minimal 3 generasi yang dapat menggambarkan hubungan klien dengan keluarga, masalah yang terkait dengan komunikasi, pengambilan keputusan dan pola asuh.
 - 2) Konsep diri
 - a. Citra tubuh : tanyakan persepsi klien terhadap tubuhnya, bagian tubuh mana yang disukai dan tidak disukai

- b. Identitas diri : tanyakan kepada klien tentang posisi klien sebelum dirawat, kepuasan klien terhadap status dan posisinya (di sekolah , tempat kerja, kelompok), kepuasan klien sebagai laki-laki atau perempuan
- c. Peran : Tanyakan kepada klien bagaimana peran yang dialami dalam keluarga atau kelompok atau masyarakat, dan kemampuan klien dalam melaksanakan tugas tersebut.
- d. Ideal diri : Tanyakan kepada klien tentang harapan terhadap tubuh posisperan, harapan klien terhadap lingkungan(keluarga, sekolah, tempat kerja, masyarakat), harapan klien terhadap penyakit.
- e. Harga diri : Tanyakan kepada klien tentang hubungan klien dengan orang lain, penilaian atau penghargaan orang lain terhadap diri dan kehidupannya.

3) Hubungan sosial

- a. Orang yang berarti: tanyakan kepada klien siapa orang terdekat dalam kehidupannya tempat mengadu, tempat bicara, minta bantuan atau sokongan.
- b. Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat: tanyakan kepada klien kelompok apa saja yang diikuti dalam masyarakat.

- c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain :
tanyakan kepada klien sejauh mana terlibat dalam kelompok masyarakat.

4) Spiritual dan kultural :

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

j. Status mental

1) Penampilan

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

2) Pembicaraan

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

3) Aktivitas motorik

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

4) Alam perasaan

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

5) Afek

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

6) Interaksi sela wawancara

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

7) Persepsi

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

8) Proses pikir

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

9) Isi pikir

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

10) Tingkat kesadaran

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

11) Memori

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

12) Tingkat konsentrasi dan berhitung

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

13) Kemampuan penilaian

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

14) Daya tilik diri / insight :

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

k. Kebutuhan persiapan pulang

1) Makan.

Observasi dan tanyakan tentang frekuensi, jumlah, variasi, macam (suka/tidak suka/pantang) dan cara makan. Observasi

kamampuan klien dalam menyiapkan dan membersihkan alat makan.

2) BAK / BAK

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

3) Mandi

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

4) Berpakaian

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

5) Istirahat dan tidur

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

6) Penggunaan Obat

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

7) Pemeliharaan kesehatan

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

8) Aktivitas dalam rumah

Tanyakan kemampuan klien seperti merencanakan, mengolah, dan menyajikan makan .merapihkan rumah. Mencuci pakaian sendiri, mengatur kebutuhan biaya sehari-hari.

9) Aktivitas di luar rumah

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

l. Mekanisme koping

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

m. Masalah psikososial dan lingkungan

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

n. Pengetahuan kurang

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

2. Analisa Data

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

Tabel 2.1
Analisa Data

No	Data	Masalah
1	Ds : 1. Klien mengatakan sering melihat bayangan-bayangan 2. Isi halusinasi ada bayangan makhluk halus, melihat bayangan pocong, gentanyangan tangan 3. Bayangan itu muncul saat mau melaksanakan sembah yang shalat shubuh dan pagi hari dengan frekuensi 2x sehari Do : 1. Klien tampak gelisah 2. Klien sering berbicara sendiri 3. Klien sering melamun	Halusinasi Penglihatan
2	Ds : 1. Klien mengatakan malas mandi 2. Klien mengatakan mandi 1 hari sekali Do : 1. Gigi klien tampak kotor dan sedikit bau 2. kuku panjang dan tidak terawat 3. Badan keringetan	Defisit perawatan diri

3. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah respon individu terhadap rangsangan yang timbul dari diri sendiri maupun luaran lingkungan. Diagnosa keperawatan ditetapkan berdasarkan analisis dan interpretasi data yang diperoleh dari pengkajian klien. Diagnosa keperawatan memberikan

gambaran tentang kesehatan yang nyata atau aktual dan kemungkinan akan terjadi, dimana pengambilan keputusannya dapat dilalukan dalam batas wewenang perawat.

Diagnosa keperawatan merupakan keputusan klinik tentang respon individu, keluarga dan masyarakat tentang masalah kesehatan aktual dan potensial, di mana berdasarkan pendidikan dan pengalamannya. Perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga, menurunkan membatasi, mencegah dan mengubah status kesehatan klien. Diagnosa keperawatan di tetapkan berdasarkan analisis dan interprestasi data yang di peroleh dari pengkajian keperawatan klien. Diagnosa keperawatan memberikan gambaran tentang masalah atau status kesehatan klien yang nyata (aktual) dan kemungkinan akan terjadi, dimana pemecahannya dapat dilakukan dalam batasan wewenang perawat (NANDA, 2017).

Menurut (Yosep, 2023) menjelaskan terdapat beberapa masalah keperawatan yang mungkin muncul pada pasien halusinasi diantaranya:

1. Halusinasi
2. Isolasi Sosial
3. Defisit perawatan diri
4. Intervensi Keperawatan

Tujuan umum : Klien mampu mengatasi Halusinasi

Tujuan khusus :

- a. Klien dapat membina hubungan saling percaya

- b. Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang masih dimiliki oleh klien
- c. Klien dapat menilai kemampuan yang dimiliki untuk dilaksanakan
- d. Membantu klien memilih kegiatan yang akan dilatih sesuai dengan kemampuannya
- e. Melatih klien sesuai dengan kegiatan yang dipilih berdasarkan rencana yang dibuat
- f. Keluarga menjadi system pendukung yang efektif bagi klien

3. Intervensi Keperawatan

Tabel 2.2
Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Perencanaan		Rasional
			Kriteria Hasil	Intervensi	
1	Gangguan persepsi sensori: Halusinasi penglihatan	TUM Klien dapat mengontrol halusinasinya TUK 1 Klien dapat membina hubungan saling percaya	Setelah dilakukan tindakan satu kali interaksi mampu membina hubungan saling percaya dengan perawat kriteria hasil : 1. Ekspresi wajah bersahabat 2. Menunjukkan rasa senang 3. Ada kontak mata 4. Mau berjabat tangan 5. Mau menyebutkan nama 6. Mau menjawab salam 7. Klien mampu duduk berdampingan dengan perawat 8. Klien mampu mengutarakan masalah yang di hadapi	1. Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komter a. Sapa klien dengan ramah baik verbal maupun non verbal b. Perkenalkan diri dengan sopan c. Tanyakan nama lengkap klien dan nama panggilan yang disukai klien d. Jelaskan tujuan pertemuan e. Jujur dan menepati janji f. Tujukan sikap empati dan menerima klien apa adanya	Hubungan saling percaya merupakan dasar untuk memperlancar interaksi yang selanjutnya akan dilakukan

				g. Berikan perhatian pada klien dan perhatikan kebutuhan sehari-hari	
		TUK 2 : Klien dapat mengontrol halusinasinya TUK 3: Klien dapat mengontrol halusinasinya	Klien mampu mengenal halusinasinya dengan kriteria hasil: 1. Klien dapat menyebutkan waktu timbul halusinasi 2. Klien dapat mengidentifikasi isi, frekuensi, waktu saat terjadi halusinasi 3. Klien dapat mengungkapkan perasaannya saat muncul halusinasi	SP 1 1. Bantu pasien untuk mengenal halusinasinya a. Isi halusinasi b. Waktu terjadinya c. Frekuensi d. Situasi pencetus e. Perasaan saat terjadi halusinasi 2. Latih cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik. Tahapan tindakan meliputi a) Jelaskan cara menghardik b) Peragakan cara menghardik c) Minta pasien mempragakan	Dengan mengenal klien dapat mengontrol halusinasi yang dialaminya membuat klien merasa lebih paham terhadap penyakitnya yang dapat mempermudah tindakan keperawatan yang akan dilakukan kepada pasien oleh perawat

				ulang d) Pantau penerapan cara lain ini, beripenguat perilaku pasien e) Masukan dalam jadwal kegiatan pasien	Memberikan cara alternative lain yang dapat klien lakukan saat halusinasinya muncul
			Setelah dilakukan 3x pertemuan diharapkan klien mampu : 1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan 2. Memperagakan cara bercakap-cakap dengan orang lain	SP 2 1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1) 2. Latih berbicara atau bercakap dengan orang lain saat halusinasi muncul 3. Masukan dalam jadwal kegiatan pasien	Memberikan alternative lain yang dapat klien lakukan saat halusinasinya muncul
			Setelah 4x pertemuan diharapkan pasien mampu : 1. Menyebutkan kegiatan yang	SP 3 1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1 dan SP 2)	Memberikan cara alternative lain yang dapat klien

			sudah dilakukan 2. Membuat jadwal kegiatan sehari-hari dan mampu memperagakanya	2. Latih kegiatan agar halusinasinya tidak muncul 3. Susun jadwal aktivitas sehari-hari sesuai dengan aktivitas yang telah dilatih (dari bangun pagi sampai tidur malam) 4. Pantau pelaksanaan jadwal kegiatan, berikan penguatan terhadap perilaku klien positif	lakukan saat halusinasinya muncul
			Setelah 5x pertemuan diharapkan klien mampu: 1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan 2. Menyebutkan manfaat dari program pengobatan	SP 4 1. Evaluasi kegiatan yang lalu 2. Tanyakan program pengobatan 3. Jelaskan pentingnya penggunaan obat pada gangguan jiwa 4. Jelaskan apabila tidak melakukan penggunaan obat sesuai program 5. Jelaskan akibat putus obat	Agar klien melaksanakan pengobatan sesuai program dan berjalan sesuai rencana

		dengan baik		1. Melatih klien berdandan/berhias a. Berpakaian b. Menyisir rambut c. Berhias SP 3 1. Melatih klien makan secara mandiri: a. Menjelaskan cara mempersiapkan makanan b. Menjelaskan cara makan yang tertib c. Menjelaskan cara merapihkan peralatan makana nsetelah makan d. Praktek makan sesuai dengan tahapan makanan yang baik SP 4	berhias secara mandiri untuk melatih klien makan secara mandiri Untuk melatih BAB/BAK secara
--	--	-------------	--	--	---

				1. Mengajarkan klien BAB/BAK secara mandiri a. Menjelaskan klien melakukan BAB/BAK secara mandiri b. Menjelaskan cara membersihkan setelah BAB/BAK c. Menjelaskan cara membersihkan tempat BAB	mandiri
--	--	--	--	--	---------

5. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi menuju status kesehatan yang optimal. Pelaksanaan tindakan keperawatan merupakan relisasi dari rencana keperawatan yang mencakup perawatan langsung atau tidak langsung. Implementasi keperawatan adalah 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. (Potter & Perry, 2020).

Pada tahap Implementasi Perawatan, perawat yang terlibat dalam perawatan pasien menjalankan rencana tersebut. Berdasarkan diagnosa dan rencana yang diuraikan dalam langkah-langkah proses keperawatan medis yang akan diambil untuk mencoba mencapai tujuan yang berkaitan dengan pasien. (Matt Vera BSN, R.N 2024)

6. Evaluasi Keperawatan

Mengukur apakah tujuan dan kriteria sudah tercapai. Perawat dapat mengobservasi perilaku pasien. Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP dengan penjelasan sebagai berikut:

- a. S: Respon subjektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang diberikan. Dapat diukur dengan menanyakan pertanyaan sederhana terkait dengan tindakan keperawatan seperti “coba bapak/ibu sebutkan apa akibat dan dampak daribapak/ibu menarik diri?”

- b. O: Respon objektif dari pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah diberikan. Dapat diukur dengan mengobservasi perilaku pasien pada saat tindakan dilakukan.
- c. A: Analisis yang atas data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap atau muncul masalah baru atau ada data yang kontrain dikasih dengan masalah yang ada. Dapat pula Membandingkan hasil dengan tujuan.
- d. P: Perencanaan atau tidak lanjut berdasarkan hasil Analisa pada respon pasien yang terdiri dari tidak lanjut pasien dan tidak lanjut perawat.

7. Dokumentasi

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

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

1. Tinjauan Kasus

1. Pengkajian

a. Identitas Klien

Nama	: Ny.S
Usia	: 43 tahun
Jenis kelamin	: Perempuan
Agama	: Islam
Alamat	: Jln.Kurnia, RT 06, RW 02, Desa Limbangan Baru
Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: Tidak bekerja
No.RM	: 012996
Tanggal pengkajian	: 22 April 2025
Tanggal masuk	: 13 Juli 2018
Identitas penanggung jawab	
Nama	: Ny.E
Usia	: 28 tahun
Alamat	: Haurpancuh No.12, RT 03, RW 03,Desa.SandangSerang, Kec.Coblong, Kab.Bandung

Hubungan : Kakak kandung

c. Keluhan utama

Pada saat dikaji tanggal 22 April 2025 klien mengatakan sering melihat bayangan-bayangan. Isi dari bayangan tersebut seperti makhluk halus, gentangan pocong, gentayangan tangan dan klien merasa ketakutan dan gelisah karena bayangan tersebut, bayangan-bayangan itu muncul ketika klien sendirian.

1) Riwayat gangguan jiwa

Klien mengatakan pernah mengalami gangguan jiwa dimasalalunya pada saat usia 9 tahun karena kedua orangtuanya cerai

2) Pengobatan sebelumnya

Klien mengatakan pengobatan sebelumnya kurangberhasil

3) Riwayat masalalu tidak menyenangkan

Klien mengatakan tidak ada riwayat masalalu tidak menyenangkan

4) Riwayat penganiyaan

Klien mengatakan tidak mengalami penganiyaan

5) Riwayat anggota keluarga yang gangguan jiwa

Klien mengatakan tidak ada yang anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa

d. Pemeriksaan fisik

Tanda Vital

TD : 110/80 mmHg

N : 90xmenit

R : 20x/menit

S : 36,0 C

Ukuran

TB : 48 Kg

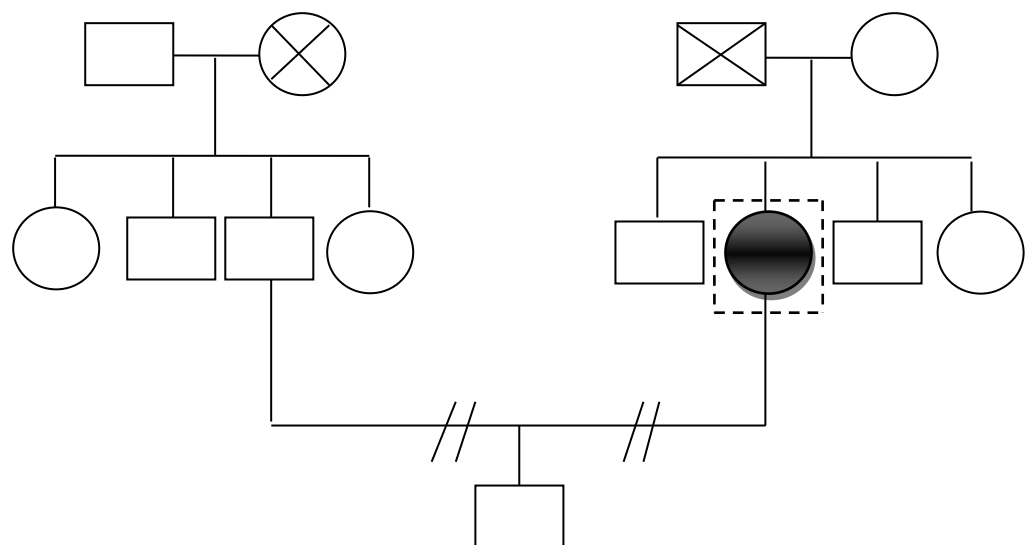
BB : 145 Cm

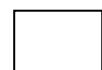
e. Keluhan fisik

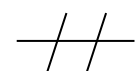
Pada saat dikaji, klien mengatakan tidak ada keluhan fisik

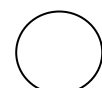
f. Psikososial

1) Genogram

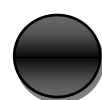


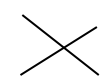
 : Laki laki

 : Bercerai

 : Perempuan

----- : Serumah:

 : Klien

 : Meninggal

Keterangan :

Klien merupakan anak ke 2 dari 4 bersaudara, di keluarga tersebut tidak ada yang mengindap gangguan jiwa selain klien, klien sudah menikah tetapi klien cerai, klien memiliki satu anak laki-laki yang masih sekolah, klien sudah mengindap jiwa pada usia 9 tahun yang lalu dan masuk ke Rehabilitasi Mental di Yayasan Nur Ilahi Assanie Samarang Garut pada tahun 2018.

g. Konsep diri

1) Citra tubuh

Klien mengatakan dari keseluruhanya anggota tubuh yang paling disukai adalah matanya karena matanya sipit

2) Identitas diri

Klien dapat menyebutkan identitas dirinya, klien mengatakan suka menggambar dan mendesain gambar baju

3) Peran diri

Sebelum sakit klien mengatakan tugasnya dikeluarga adalah membantu ibunya

4) Ideal diri

Klien mengatakan ingin segera sembuh total dan berkumpul dengan keluarga

5) Harga diri

Klien mengatakan klien tidak merasa minder atau malu mengenal apa yang di milik klien saat ini

h. Spritual

1) Nilai dan keyakinan

Klien mengatakan orang yang berarti dipanti bersama Ny.T

2) Peran serta dalam kegiatan

Klien mengtakan berinteraksi baik dengan temannya

3) Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain

Klien mengatakan tidak ada hambatan

i. Status mental

1) Penampilan

Klien berpenampilan cukup rapih dan berpakaian sesuai dengan aturan Klinik Rehabilitasi Mental Nur Ilahi Assanie Samarang Garut, tetapi klien mengatakan malas mandi, Gigi klien mengatakan kotor dan bau.

2) Pembicaraan

Klien tidak mampu memulai pembicaraan, suara kurang jelas dan lambat

3) Aktivitas motorik

Klien tampak sering berdiam diri diruangan dan biasanya klien melakukan aktivitas rumah, tetapi ketika terjadi halusinasi klien selalu berdiam diruangan

4) Alam perasaan

Klien mengatakan jangan khawatir bila melihat bayangan-bayangan itu muncul sehingga membuat pasien gelisah

5) Afek baik

Saat diwawancarai emosi klien baik, ketika diberi pertanyaan menjawab sesuai dan klien tenang saat dilakukan interaksi

6) Interaksi selama wawancara

Klien mampu semua menjawab pertanyaan yang diajukan dengan sesuai, kontak mata baik dan berbicara lambat

7) Persepsi Halusinasi

Klien mengatakan suka melihat bayangan-bayangan seperti makhluk halus, gentayangan pocong, gentayangan tangan klien mengatakan melihat bayangan sedang sendiri. Masalah keperawatan : Halusinasi penglihatan

8) Proses piker

Klien mengatakan tidak ada yang mengendalikan pikirannya, klien tidak mempunyai pikiran yang aneh, walaupun sering melihat bayangan palsu

9) Isi piker

Klien menyadari bahwa dirinya sedang sakit jiwa, dan sedang berobat di klinik dan klien ingin pulang berkumpul dengan keluarganya

10) Tingkat kesadaran

Kesadaran klien cukup baik, klien dapat mengatakan dimana ia tinggal, hari dan jam

11) Memori

a) Jangka panjang : Klien dapat mengingat kejadian dimasalalunya

b) Jangka pendek : Klien dapat mengingat nama orang yang baru diajak kenalan

12) Tingkat konsentrasi

Tingkat konsentrasi klien baik, klien mampu berhitung tanpa bantuan seperti menghitung nominal uang

13) Kemampuan penilaian

Klien dapat mengambil keputusan sederhana dengan bantuan dimana saat diajukan pilihan berbinang diteras atau dikursi

14) Daya tarik diri/instight

Klien mampu menyadari akan penyakit yang dialam ini

j. Kebutuhan Persiapan Pulang

1) Makan

Klien makan 1 porsi 3 kali sehari, makan sendiri dengan sesuai menu yang tersedia, makan dengan tenang dan tertib dann klien

mampu membantu dan menyiapkan makanan dan membereskannya kembali

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah

2) BAB/BAK

Bila ada keinginan BAB dan BAK klien selalu ke WC atau kamar mandi tanpa bantuan

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah

3) Mandi

Klien mandi 1x sehari, yaitu dipagi hari secara mandiri.

Masalah keperawatan : Defisit Perawatan Diri

4) Berpakaian

Klien mampu berpakaian secara mandiri, klien mengatakan berganti pakaian 1x dalam 3 hari

5) Istirahat dan Tidur

Klien mengatakan bahwa dia tidur siang kurang dari 2 jam, dan tidur malam pada pukul 21.00 dan bangun pukul 04.00 karena klien mau melaksanakan sembahyang shalat shubuh tetapi klien suka terganggu oleh bayangan-bayangan yang dilihat klien seperti gentayangan pocong, gentangan tangan, dan makhluk halus, kegiatan klien setelah bangun pagi yaitu mandi hanya cuci muka.

Masalah keperawatan : Halusinasi penglihatan

6) Penggunaan obat

Pada saat observasi sehabis makan klien dapat makan minum obat sendiri dengan benar, klien mengatakan jika pulang dari Rumah Sakit Jiwa akan minum obat secara teratur. Dan klien juga mengatakan mendapatkan obat sejumlah 3 kali yaitu pagi siang dan sore

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah

a. Jenis obat : Haloperidol, Stelosi, Heximer, Chlorpromazine (CPZ)

b. Cara pemberian : Oral

7) Pemeliharaan kesehatan

Klien mengatakan jika setelah pulang nanti, ia akan melakukan perawatan lanjutan atau pemeriksaan rutin bagian rawat jalan dan akan berusaha untuk minum obat sesuai dengan program perawatan klien di Rumah Sakit Jiwa

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah

8) Aktivitas di dalam rumah

Klien mengatakan setelah pulang dari Rumah Sakit Jiwa, klien akan melakukan aktivitas sehari-hari seperti beres-beres rumah, mencuci pakaian sendiri, dan membantu keluarga.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah

9) Aktivitas diluar rumah

Menurut penuturan klien, jika sudah pulang kerumah klien ingin segera mencari pekerjaan dan bekerja lagi agar bisa mendapatkan penghasilan sendiri dan bisa membantu keluarga

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah

k. Mekanisme Koping

Mekanisme koping klien saat ini yaitu adaptif klien mampu berbicara dengan orang lain.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah

l. Masalah psikososial dan lingkungan

Klien mengatakan tidak memiliki masalah lingkungan rumahnya maupun dilingkungan pekerjaanya

m. Kurang pengetahuan

Klien mengatakan kurangnya pengetahuan tentang penyakit jiwa dan cara mengatasi penyakitnya yaitu halusinasi penglihatan dan defisit perawatan nya

n. Aspek medis

1. Diagnosa Medis : Bipolar

2. Terapi

Tabel 3.1
Terapi Medik

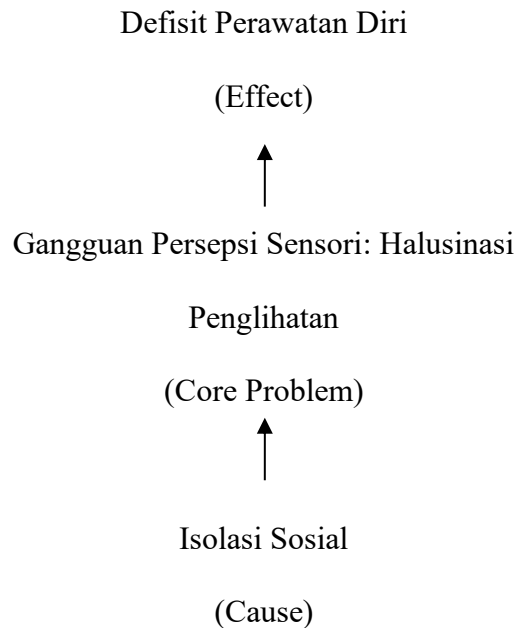
No	NamaObat	Dosis	Waktu	Kegunaan
1.	Haloperidol	2 mg	1-1-1	Untuk mengobati berbagai kondisi gangguan bipolar mengontrol depresif
2.	Stelosi	5 mg	1-1-1	Mengatasi halusinasi, stress
3.	Hexymer	2 mg	1-1-1	Penyeimbang/menghindari efek amping tremor dan mata juling
4.	Chlorpromazine (CPZ)		0-0-1	Mengobati halusinasi atau depresif

2. Analisa Data

Tabel 3.2
Analisa Data

No.	Data	Masalah
1	Ds: 1) Klien mengatakan sering melihat bayangan-bayangan 2) Isi halusinasinya ada bayangan makhluk halus, gentayangan tangan, gentayangan pocong 3) Bayangan itu muncul saat mau melaksanakan sembahyang sholat shubuh dan pagi hari dengan frekuensi 2 kali sehari Do: 1) Klien tampak gelisah 2) Klien sering berbicara sendiri 3) Klien sering melamun	Gangguan persepsi sensori halusinasi penglihatan
2	Ds : 1. Klien mengatakan malas mandi 3. Klien mengatakan mandi 1 hari sekali Do : 1. Gigi klien tampak kotor dan sedikit bau 2. kuku panjang dan tidak terawat 3. Badan keringetan	Defisit Perawatan Diri

3. Pohon Masalah



4. Diagnosa Keperawatan

a. Gangguan persepsi sensori Halusinasi Penglihatan

Ds.

- 1) Klien mengatakan sering melihat bayangan
- 2) Isi halusinasi ada bayangan makhluk halus, gentayangan pocong, gentayangan tangan
- 3) Bayangan itu muncul saat mau melaksanakan sembahyang sholatshubuh dan pagi hari dengan frekuensi 2x sehari

Do.

- 1) Klien tampak gelisah
- 2) Klien sering berbicara sendiri
- 3) Klien sering melamun

b. Defisit perawatan diri

Ds.

- 1) Klien mengatakan malas mandi
- 2) Klien mengatakan mandi 1 hari sekali

Do.

- 1) Gigi klien tampak kotor dan sedikit bau
- 2) Kuku panjang dan tidak terawat
- 3) Badan keringetan

5. Intervensi Keperawatan

Nama : Ny.S Tempat : Klinik Rehabilitasi Mental Assanie Garut

Umur : 43 tahun No.RM : 012996

Jenis Kelamin : Perempuan Dx : Bipolar

Tabel 3.3
Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan Tujuan		Intervensi	Rasional
		Tujuan	Kriteria Evaluasi		
1	Gangguan persepsi sensori: Halusinasi penglihatan	Setelah dilakukan tindakan selama 4x30 menit diharapkan : TUM : Klien dapat mengontrol	Setelah dilakukan tindakan interaksi mampu membina hubungan saling percaya dengan perawat kriteria hasil : 1. Ekspresi wajah bersahabat	1. Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komter a. Sapa klien dengan ramah baik verbal maupun non verbal b. Perkenalkan diri dengan	saling percaya merupakan dasar untuk memperlancar interaksi yang selanjutnya akan

		halusinasinya TUK 1: Klien dapat membina hubungan saling percaya	2. Menunjukkan rasa senang 3. Ada kontakmata 4. Mau berjabat tangan 5. Mau menyebutkan nama 6. Mau menjawab salam 7. Klien mampu duduk berdampingan dengan perawat 8. Klien mampu mengutarakan masalah yang di hadapi	sopan c. Tanyakan nama lengkap klien dan nama panggilan yang disukai klien d. Jelaskan tujuan pertemuan e. Jujur dan menepati janji f. Tujukan sikap empati dan menerima klien apa adanya g. Berikan perhatian pada klien dan perhatikan kebutuhan sehari-hari	dilakukan
		TUK 2: Klien dapat mengontrol halusinasi	Klien mampu mengenal halusinasinya dengan kriteria hasil : 1. Klien dapat menyebutkan waktu timbul halusinasi	SP 1 1. Bantu pasien untuk mengenal halusinasinya a. Isi halusinasi b. Waktu terjadinya c. Frekuensi	Dengan mengenal klien dapat mengontrol halusinasi yang

		Klien dapat mengontrol halusinasinya	2. Klien dapat mengidentifikasi isi, frekuensi, waktu saat terjadi halusinasi 3. Klien dapat mengungkapkan perasaannya muncul saat halusinasi	d. Situasi pencetus e. Perasaan saat terjadi halusinasi 2. Latih cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik. Tahapan tindakan meliputi a. Jelaskan cara menghardik b. Peragakan cara menghardik c. Minta pasien memperagakan ulang d. Pantau penerapan cara lain ini, beri penguat perilaku pasien e. Masukkan dalam jadwal kegiatan pasien	diaalaminya membuat klien merasa lebih paham terhadap penyakitnya yang dapat mempermudah tindakan kepeawatan yang akan dilakukan kepada pasien oleh perawat Memberi cara alternative
--	--	--------------------------------------	---	--	--

					lain yang dapat klien lakukan saat halusinasinya muncul
			Setelah dilakukan 3x pertemuan diharapkan klien mampu : 1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan 2. Memperagakan cara bercakap-cakap dengan orang lain	SP 2 1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1) 2. Latih berbicara atau bercakap dengan orang lain saat halusinasi muncul 3. Masukan dalam jadwal kegiatan pasien	Memberikan alternative lain yang dapat klien lakukan saat halusinasinya muncul
			Setelah 4x pertemuan diharapkan pasien mampu : 1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan 2. Membuat jadwal	SP 3 1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1 dan SP 2) 2. Latih kegiatan agar halusinasinya tidak muncul 3. Susun jadwal aktivitas	Memberikan cara alternative lain yang dapat klien lakukan saat

			kegiatan sehari-hari dan mampu memperagakannya	sehari-hari sesuai dengan aktivitas yang telah dilatih (dari bangun pagi sampai tidur malam) 4. Pantau pelaksanaan jadwal kegiatan, berikan penguatan terhadap perilaku klien positif	halusinasinya muncul
			Setelah 5x pertemuan diharapkan klien mampu: 1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan 2. Menyebutkan manfaat dari program pengobatan	SP 4 1. Evaluasi kegiatan yang lalu 2. Tanyakan program pengobatan 3. Jelaskan pentingnya penggunaan obat pada gangguan jiwa 4. Jelaskan apabila tidak melakukan penggunaan obat sesuai program 5. Jelaskan akibat putus obat	Agar klien melaksanakan pengobatan sesuai program dan berjalan sesuai rencana

				6. Jelaskan cara mendapatkan obat/berobat 7. Latih klien dalam minum obat 8. Masukan dalam jadwal harian klien	
2	Defisit perawatan diri	Setelah dilakukan tindakan selama 4x30 menit jam diharapkan : 1. Klien mampu melakukan kebiasaan diri 2. Kemampuan melakukan berhias/berdandan secara baik 3. Klien mampu	Setelah dilakukan 4x pertemuan diharapkan klien mampu: 1. Membersihkan diri dengan cara mandiri 2. Mampu berhias dan berdandan 3. Mampu melakukan BAB/BAK dengan baik	SP 1 1. Melatih klien cara-cara perawatan kebersihan diri 2. Memberikan kesempatan pada klien untuk mencoba kegiatan 3. Menjelaskan alat-alat untuk menjaga kebersihan diri 4. Menjelaskan cara-cara melakukan kebersihan diri 5. Melatih klien mempraktikkan cara menjaga kebersihan diri	Untuk membantu klien melakukan kebersihan diri

		melakukan makan dengan baik mampu melakukan BAB/BAK dengan baik		SP 2 1. Melatih klien berdandan/berhias a. Berpakaian b. Menyisir rambut c. Berhias SP 3 1. Melatih klien makan secara mandiri: a. Menjelaskan cara mempersiapkan makanan b. Menjelaskan cara makan yang tertib c. Menjelaskan cara merapihkan peralatan makanan setelah makan d. Praktek makan sesuai dengan tahapan makanan yang baik	Untuk membantu berhias secaraman diri Untuk melatih klien makan secara mandiri
--	--	---	--	--	--

				SP 4 1. Mengajarkan klien BAB/BAK secara mandiri 2. Menjelaskan klien melakukan BAB/BAK secara mandiri 3. Menjelaskan cara membersihkan setelah BAB/BAK 4. Menjelaskan cara membersihkan tempat BAB/BAK	Untuk melatih BAB/BAK secara mandiri
--	--	--	--	---	---

5. Implementasi dan Evaluasi

Nama : Ny. S Tempat : Klinik Rehabilitasi Mental
Nur Ilahie Assani Samarang Garut

Umur : 43 tahun

Jenis kelamin : Perempuan Diagnosa : - Halusinasi Penglihatan
- Defisit Perawatan Diri

Tabel 3.4
Implementasi dan Evaluasi

No	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi	Paraf
----	----------------------	--------------	----------	-------

1	Gangguan persepsi sensori, halusinasi pengelihatan	23/04/2025 Jam : 10.00 WIB Membina hubungan saling percaya dengan mengungkapkan prinsip komunikasi terapeutik: 1) Menyapa klien dengan ramah baik verbal maupun non verbal 2) Memperkenalkan diri dengan sopan 3) Menanyakan nama lengkap klien dan nama panggilan yang disukai klien 4) Menjelaskan tujuan pertemuan 5) Menepati janji dan jujur 6) Menunjukkan sikap empati dan menerima klien apa adanya 7) Memberi perhatian klien dan memperhatikan kebutuhan dasar klien	S : 1) Klien menjawab salam 2) Klien menyebut namanya 3) Klien mengutarakan masalah yang dihadapinya O : 1) Ekspresi wajah bersahabat 2) Ada kontak mata 3) Mau menjabat tangan A : Bina hubungan saling percaya P : Lanjutkan SP 1 Mengidentifikasi halusinasi dan melatih cara mengontrol halusinasi dengan menghardik	Rianti
		SP 1 Jam : 10.00 WIB 1) Membantu klien mengenal halusinasinya	S : Klien menyebutkan isi, waktu, frekuensi, pencetus dan perasaan saat terjadi halusinasi	Rianti

		a. Isi halusinasi b. Waktu terjadi halusinasi c. Frekuensi terjadi halusinasi d. Situasi pencetus halusinasi e. Perasaan saat terjadi halusinasi f. Apa yang dilakukan klien pada saat halusinasi muncul 2) Melatih cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik. Tahapan tindakan meliputi: a. Menjelaskan cara menghardik halusinasi b. Memperagakan cara menghardik halusinasi c. Minta bantuan klien memperagakan ulang cara menghardik halusinasi d. Memantau penerapan cara menghardik halusinasi dan beri penguatan perilaku kepada klien	O : Klien mampu memperagakan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik A : SP 1 tercapai P: 1) Evaluasi SP1 2) Lanjutkan SP 2, melatih cara mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain	
--	--	--	---	--

		3) Memasukan dalam jadwal kegiatan pasien		
		SP 2 : 24/04/2025 Jam : 10.00 WIB 1) Mengevaluasi kegiatan yang lalu (SP 1) 2) Melatih berbicara atau bercakap dengan orang lain saat halusinasi muncul 3) Memasukan jadwal kegiatan klien	S : Klien menyebutkan kegiatan sudah dilakukan O : 1) Klien tampak memperagakan cara bercakap-cakap dengan orang lain 2) Klien tampak sering mengobrol dengan orang lain A : SP 2 teratasi P : 1) Evaluasi SP 1 dan SP 2 2) Lanjutkan SP 3, mengontrol halusinasi dengan cara melakukan aktivitas terjadwal	Rianti
		SP 3: 25/04/2025	S : Klien menyebutkan jadwal sehari-harinya	Rianti

		Jam : 10.00 WIB 1) Mengevaluasi kegiatan yang lalu (SP 1 dan SP 2) 2) Melatih kegiatan agar halusinasinya tidak muncul 3) Menyusun jadwal aktivitas sehari-hari dengan aktivitas yang dilatih 4) Memantau pelaksanaan jadwal kegiatan, berikan penguatan terhadap perilaku klien yang positif	O : 1) Klien tampak membuat jadwal kegiatan sehari-harinya 2) Klien dapat melakukan aktivitas sesuai jadwal yang dibuat A : SP 3 tercapai P : 1) Evaluasi SP 1, SP 2, dan SP 3 2) Lanjutkan SP 4, patuh obat	
		SP 4 : 26/04/2025 Jam : 10.00 WIB 1) Mengevaluasi kegiatan yang lalu 2) Menanyakan program pengobatan 3) Menjelaskan pentingnya penggunaan obat yang gangguan jiwa 4) Menjelaskan apabila tidak melakukan penggunaan obat sesuai program	S : 1) Klien menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan 2) Klien menyebutkan manfaat dari program pengobatan O : 1) Klien tampak memperhatikan saat diberi penjelasan 2) Klien tampak paham manfaat pengobatan	Rianti

		5) Melatih klien dalam minum obat 6) Memasukan dalam jadwal harian klien	A : SP 4 tercapai P : Intervensi dihentikan dan lakukan evaluasi SP 1, SP 2, SP 3, dan SP 4	
2	Defisit Perawatan Diri	27/04/2025 Jam : 10.00 WIB SP 1 1) Melatih klien cara-cara perawatan kebersihan diri a. Memberikan kesempatan pada klien untuk mencoba kegiatan b. Menjelaskan alat-alat untuk menjaga kebersihan diri c. Menjelaskan cara-cara melakukan kebersihan diri d. Melatih klien mempraktekan cara menjaga kebersihan diri	S : 1) Klien mengatakan belum mandi 2) Klien mengatakan sudah tau perawatan kebersihan diri 3) Klien mengatakan sudah tahu alat-alat untuk menjaga kebersihan 4) Klien menjelaskan cara-cara perawatan diri O : 1) Klien tampak kotor 2) Kuku tampak panjang dan kotor 3) Gigi tampak kotor 4) Sedikit berbau badan A :	Rianti

			1) SP 1 teratasi sebagian 2) Klien mengetahui alat-alat untuk perawatan diri dan menjelaskan cara-cara melakukan kebersihan diri P : 1) Memotivasi klien untuk melakukan perawatan diri. 2) Lanjutkan SP 2	
		SP 2 28/04/2025 Jam : 10.00 WIB Melatih klien berdandan/berhias meliputi : a) Berpakaian b) Menyisir rambut c) Berhias RTL : 1) Evaluasi SP 1, 2 2) Lanjut SP 3	S : Klien mengatakan sudah bisa cara berpakaian dan menyisir rambut secara mandiri. O : 1) Kuku tampak bersih 2) Rambut tampak rapih A : 1) SP 2 teratasi sebagian 2) Klien tampak menyisir rambut 3) Klien tampak memotong kuku dengan bantuan perawat.	Rianti

			P : 1) Evaluasi SP 2 2) Lanjutkan SP 3	
		SP 3 29/04/2025 Jam: 10.00 WIB 1) Melatih klien makan secara mandiri a. Menjelaskan cara mempersiapkan makan b. Menjelaskan cara makan yang tertib c. Menjelaskan cara merapihkan peralatan makan setelah makan d. mempraktekan makan sesuai dengan tahapan makan yang baik RTL : 1) Evaluasi SP 1,2,3 2) Lanjutan SP 4	S : 1) Klien mengatakan mampu makan secara mandiri 2) Klien mengatakan mengetahui cara merapihkan peralatan makan O : 1) Klien tampak bersih 2) Bau berkurang 3) Klien tampak merapihkan peralatan makan A : 1) SP 3 teratasi sebagian 2) Klien mampu makan secara mandiri dan membereskan peralatan makan P : 1) Evaluasi SP 3	Rianti

			2) Lanjutkan SP 4	
		SP 4: 30/04/2025 Jam: 10.00 WIB 1) Mengajarkan klien melakukan BAB/BAK secara mandiri a) Menjelaskan klien melakukan BAB/BAK secara mandiri b) Menjelaskan cara membersihkan diri setelah BAB /BAK c) Menjelaskan cara membersihkan tempat BAB dan BAK	S : 1) Klien mengatakan mampu melakukan BAB/BAK secara mandiri 2) Klien mengatakan mampu membersihkan diri setelah BAB/BAK serta membersihkan tempatnya O : 1) Klien tampak bersih 2) Bau berkurang A : SP 4 teratasi P : Memotivasi klien untuk melakukan perawatan diri secara mandiri setiap hari	Rianti

6. Catatan Perkembangan

Tabel 3.5
Catatan Perkembangan

No	Hari, tanggal, waktu	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan	Paraf
1	Kamis, 01 Mei 2025, 13.00 WIB	Gangguan persepsi sensori: Halusinasi penglihatan	S : Klien melihat bayangan-bayangan yang menyerupai makhluk halus, gentayangan pocong, gentayangan tangan O : 1) Klien tampak sering melamun 2) Klien tampak gelisah A : Halusinasi penglihatan P/1 : 1) Membina hubungan saling percaya (BHSP) 2) Membantu klien mengal halusinasinya dengan mengidentifikasi penyebab, isi 3) Mengajarkan klien cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik (SP 1)	Rianti

			4) Mengajarkan klien cara mengontrol halusinasi dengan cara melatih bercakap cakap 5) Mengajarkan klien cara mengontrol halusinasi dengan cara melakukan aktivitas terjadwal (SP 3) 6) Mengajarkan klien cara mengontrol halusinasi dengan cara program pengobatan (SP 4) E. 1) Halusinasi klien berkurang 2) Klien tampak tenang 3) Klien mampu mengatakan dan memperagakan cara yang sudah diajarkan untuk mengontrol halusinasi dan klien juga menerapkannya R : Hentikan intervensi	
2	Jumat , 02 Mei 2025, 13.00 WIB	Defisit Perawatan Diri	S : - Klien mengatakan sudah mandi - Klien mengatakan mampu makan secara sendiri - Klien mengatakan mampu melakukan BAB/BAK secara mandiri - Klien mengatakan mampu membersihkan diri setelah BAB/BAK	Rianti

			serta membersihkan tempatnya O : Klien tampak bersih A : Defisit Perawatan Diri P : Memotivasikan klien untuk melakukan perawatan diri secara mandiri setiap hari I : Pertahankan intervensi yang dilakukan E: SP 1 sampai SP 4 teratasi R : Pertahankan intervensi Masukan dalam jadwal harian klien	
--	--	--	--	--

B. Pembahasan

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada Ny.S dengan gangguan persepsi sensori halusinasi penglihatan akibat bipolar di Klinik Rehabilitas Mental Nur Ilahie Assani Samarang Garut, mulai tanggal 21 April 2025-3 Mei 2025. Maka pada bab ini penulis akan menguraikan tentang adanya kesesuaian maupun kesenjangan yang terdapat pada teori, fakta dan lapangan.

Pada pembahasan ini sesuai dengan tahapan asuhan keperawatan mulai dari pengkajian, merumuskan diagnosa, merumuskan rencana tindakan, pelaksanaan tindakan, evaluasi keperawatan dan catatan perkembangan.

1. Tahap Pengkajian

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

Sesuai dengan teori yang telah dijabarkan oleh Yustina &Ghofur (2016), penulis telah melakukan pengkajian terhadap Ny. S pada hari Selasa, 23 April 2025 didapatkan data yang sesuai dengan teori, antara lain: suasana hati yang cepat berubah, sulit berkonsentrasi, terdapat

tanda-tanda halusinasi, energi yang cepat berubah, mudah. Hal tersebut sesuai dengan teori (*National Institute of Mental Health*, 2022) bahwa gejala bipolar pada fase mania dapat menyebabkan delusi atau halusinasi, maka dari itu pasien biasanya mengeluh seperti melihat bayangan-bayangan yang menimbulkan masalah keperawatan gangguan persepsi sensori: halusinasi penglihatan.

Berdasarkan hasil pengkajian pemeriksaan tanda-tanda vital Ny.S yaitu tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 90x/menit, respirasi 20x/menit, suhu 36 C. Pada pemeriksaan fisik, tidak ditemukan kelainan dan klien tidak mengeluh, serta merasa sehat secara fisik. Namun, pada pengkajian lanjutan ditemukan tanda-tanda halusinasi, yaitu klien mengatakan melihat bayangan-bayangan, tampak tersenyum sendiri. Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan Damaiyanti & Iskandar (2016) yaitu pada pasien yang mengalami halusinasi biasanya klien tidak dapat membedakan yang nyata dan tidak nyata serta sulit berkonsentrasi.

Selain itu klien juga mengatakan tidak memiliki pengalaman yang tidak menyenangkan dimasa lalunya. Hal ini sesuai dengan teori (DBSA, 2020) bahwa penyebab dari gangguan bipolar ada lingkungan seperti kehilangan atau kematian orang yang dicintainya. Hal tersebut menyebabkan terganggunya keseimbangan cairan di otak klien. Hal ini juga sesuai dengan teori (NIH, 2017) Dimana faktor lain yang menyebabkan bipolar adalah faktor fisiologis. Maka dari itu

berdasarkan analisis diatas penulis mengambil Kesimpulan dari keluhan klien yaitu karena faktor genetik dan faktor biologis. Hal ini sesuai dengan (Yosep, 2010 dalam Damaiyanti& Iskandar, 2014) bahwa faktor biologis dan faktor genetic merupakan faktor predisposisi dari klien dengan halusinasi. (Damaiyanti& Iskandar, 2014) bahwa dimensi emosional merupakan faktor presipitasi dari klien dengan gangguan halusinasi.

2. Tahap Diagnosa

Setelah dilakukan pengkajian, kemudian penulis merumuskan diagnosa yang muncul pada Klien Ny. S dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi penglihatan. Adapun diagnosa yang ditemukan pada Ny. S adalah :

a. Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Penglihatan

Berdasarkan analisa kasus pada Ny. S penulis menegakkan diagnose keperawatan gangguan persepsi sensori :halusinasi penglihatan karena pada saat dikaji klien mengatakan sering melihat bayangan-bayangan seperti mahluk halus seperti gentayangan pocong, gentayangan tangan. Selain itu alas an pengangkatan diagnose ini berdasarkan pohon masalah dari teori yang dikemukakan oleh Damaiyanti & Iskandar (2016) bahwa diagnose keperawatan tersebut merupakan *core problem* dimana data yang paling menonjol menunjukkan masalah gangguan persepsi sensori:

halusinasi penglihatan yang juga menjadi masalah prioritas untuk ditangani pertama kali.

b. Defisit Perawatan Diri

Berdasarkan analisa kasus pada Ny. S penulis menegakkan diagnosa Defisit perawatan diri : Pada saat dikaji klien mengatakan klien mengatakan malas mandi klien mengatakan mandi 1 hari sekali. Damaiyanti& Iskandar (2016) bahwa diagnose keperawatan tersebut merupakan *Effect* masalah gangguan Defisit Perawatan Diri yang juga menjadimasalah untuk ditangani kedua kali.

Pada perumusan diagnosa diatas terdapat kesesuaian antara teori yang dikemukakan Damaiyanti& Iskandar (2017) dan fakta lapangan yang ditemukan oleh penulis bahwa diagnosa yang mungkin muncul pada Ny. S adalah:

a. Gangguan persepsi sensori: Halusinasi Penglihatan

b. Defisit Perawatan Diri

Adapun kesenjangan antara teori dan fakta lapangan pada perumusan diagnose diatas yaitu tidak ditemukan adanya masalah keperawatan Isolasi Sosial . Hal tersebut dapat terjadi karena pada saat pengkajian penulis tidak menemukan data yang mendukung untuk mengangkat diagnosa tersebut dan dikarenakan klien sudah dirawat cukup lama sehingga tidak ditemukan tanda dan gejala Isolasi Sosial.

3. Tahap Tindakan Intervensi

Pada tahap ini penulis mampu menyusun rencana tindakan keperawatan dengan memperhatikan literature keperawatan yang ada. Rencana keperawatan ini juga dibuat berdasarkan prioritas masalah disesuaikan dengan masalah yang klien alami. Penyusunan rencana dibuat selengkap mungkin sesuai dengan standar kriteria asuhan keperawatan meliputi: tujuan, kriteria evaluasi, serta tindakan dan rasional tindakan. Adapun perencanaan keperawatan yang dirumuskan oleh penulis sesuai dengan diagnose yang sudah ditetapkan, yaitu sebagai berikut:

a. Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Penglihatan

- 1) Bina hubungan saling percaya meliputi: sapa klien dengan ramah, perkenalkan diri dengan sopan, tanyakan nama lengkap dan panggilan yang disukai klien, jelaskan tujuan pertemuan, jujur dan menepati janji, tunjukkan sikap empati dan menerima klien, beriperhatian klien dan penuhi kebutuhan klien.
- 2) Strategi pelaksana (SP) 1 meliputi: bantu klien mengenal halusinanya dengan mengidentifikasi isi halusinasi, waktu terjadinya, frekuensi, situasi pencetus, perasaan saat terjadi halusinasi. Selain itu, latih cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, meliputi: jelaskan cara menghardik, peragakan cara menghardik, minta klien memperagakan

ulang, pantau cara menerapkan dan beri penguatan perilaku klien, masukkan dalam jadwal kegiatan pasien.

- 3) Strategi pelaksana (SP) 2 meliputi: evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1), latih berbicara atau bercakap dengan orang lain saat halusinasi muncul, masukkan dalam jadwal klien.
- 4) Strategi pelaksana (SP) 3 meliputi: evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1 dan SP 2), latih kegiatan agar halusinasi tidak muncul, susun jadwal aktivitas sesuai aktivitas yang dilatih, pantau pelaksanaan jadwal kegiatan, berikan penguatan terhadap perilaku klien.
- 5) Strategi pelaksana (SP) 4 meliputi: evaluasi kegiatan lalu (SP 1, SP 2 dan SP 3), tanyakan program pengobatan, jelaskan pentingnya penggunaan obat pada gangguan jiwa, jelaskan apabila tidak menggunakan obat sesuai program, jelaskan akibat putus obat, jelaskan cara mendapatkan obat atau berobat, latih klien dalam meminum obat, masukan dalam jadwal harian klien.

b. Defisit perawatan diri

- 1) Strategi pelaksana SP 1 melatih klien cara-cara perawatan kebersihan diri, memberikan kesempatan pada klien untuk mencoba kegiatan, menjelaskan alat-alat untuk menjaga kebersihan diri, menjelaskan cara-cara melakukan kebersihan diri, melatih klien mempraktikan cara menjaga kebersihan diri

- 2) Strategi pelaksana SP 2 melatih klien berdandan/berhias, Berpakaian, menyisir rambut, berhias
- 3) Strategi pelaksana SP 3 melatih klien makan secara mandiri: Menjelaskan cara mempersiapkan makanan, menjelaskan cara makan yang tertib, menjelaskan cara merapihkan peralatan makanan setelah makan, praktek makan sesuai dengan tahapan makanan yang baik
- 4) Strategi pelaksana SP 4 Mengajarkan klien BAB/BAK secara mandiri, menjelaskan klien melakukan BAB/BAK secara mandiri, menjelaskan cara membersihkan setelah BAB/BAK, menjelaskan cara membersihkan tempat BAB/BAK

4. Tahap Implementasi

Tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan, pada situasi yang nyata lapangan implementasi sering kali jauh berbeda dengan rencana tertulis dalam melaksanakan tindakan keperawatan. Sebelum melaksanakan tindakan keperawatan yang sudah direncanakan perawat perlu memvalidasi dengan singkat apakah rencana tindakan masih dibutuhkan atau tidak oleh klien maka dari itu harus disesuaikan dengan bagaimana kondisi klien saat ini. Sesuai dengan tinjauan teori perawat membuat kontrak atau janji terlebih dahulu kepada klien yang berisi apa yang akan perawat lakukan dan peran serta kriteria yang diharapkan dari klien. Kemudian tindakan yang telah dilaksanakan

beserta respon klien didokumentasikan, pada rencana tindakan keperawatan menggunakan tujuan umum dan tujuan khusus, namun di implementasi menggunakan strategi pelaksanaan sesuai dengan kriteris keperawatan jiwa.

Adapun tindakan yang penulis lakukan diuraikan sebagai berikut:

Pada tanggal 23-26 April 2025 telah dilakukan pelaksanaan tindakan keperawatan dengan strategi pelaksanaan halusinasi sesuai dengan perencanaan yaitu dimulai dari SP 1 sampai dengan SP 4 yang mencakup bina hubungan saling percaya (BHSP), mengidentifikasi halusinasi dan mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, bercakap-cakap dengan orang lain, melakukan aktivitas yang terjadwal dan meminum obat secara teratur.

Pada tanggal 27-30 April 2024 telah dilakukan pelaksanaan tindakan keperawatan dengan strategi pelaksanaan defisit perawatan diri dengan perencanaanya itu dimulai dari SP 1 sampai dengan SP 4 mencakup bina hubungan saling percaya, mengetahui penyebab defisit perawatan diri

5. Tahap Evaluasi

Tahap ini merupakan tahap akhir dari proses keperawatan yang berguna untuk menilai perkembangan klien setelah diberikan asuhan keperawatan. Berdasarkan asuhan keperawatan diatas, hasil evaluasi dari diagnose keperawatan gangguan persepsi

sensori: halusinasi penglihatan setelah dilakukan sebanyak 5 kali pertemuan, klien mampu memenuhi kriteria evaluasi yang telah ditentukan dengan hasil yaitu membina hubungan saling percaya (BHSP) dengan baik, klien dapat menyebutkan isi, waktu, frekuensi, situasi pencetus dan perasaan saat terjadi halusinasi. Klien mampu memperagakan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, klien mampu menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan, klien mampu memperagakan cara mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain, klien mampu menyebutkan manfaat dari program pengobatan.

Sedangkan hasil evaluasi dari diagnose Defisit perawatan diri setelah dilakukan pertemuan sebanyak 5 kali pertemuan, klien mampu memenuhi kriteria evaluasi yang telah ditentukan dengan hasil, yaitu klien mampu membina hubungan saling percaya (BHSP) dengan baik, klien juga mampu membuat jadwal kegiatan harian dan sudah mampu melakukannya secara mandiri. Klien juga sudah melakukan kebersihan diri dengan cara mandi dan berdandan, BAB dan BAK sendiri. Penulis telah menerapkan asuhan keperawatan sesuai dengan standar asuhan keperawatan yang harus diberikan, semua proses perencanaan dapat terlaksana dalam tahap implementasi untuk mengatasi masalah tersebut dan teratasi sesuai dengan yang diharapkan.

BAB IV

PENUTUP

A. KESIMPULAN

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada Ny.S dengan Gangguan persepsi sensori halusinasi penglihatan di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Ilahie Assani Samarang dalam proses keperawatan jiwa akhirnya penulis mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Melakukan pengkajian pada Ny.S dengan Gangguan persepsi sensori :
Halusinasi penglihatan di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Ilahie Assani Samarang dalam tahapan ini penulis melakukan secara komprehensif melalui aspek biopsiko sosial dan spiritual.
2. Merumuskan diagnose keperawatan pada klien dengan Gangguan persepsi sensori: Halusinasi Penglihatan dan Defisit Perawatan Diri
3. Menyusun rencana tindakan sesuai dengan prioritas masalah yang muncul pada Gangguan persepsi sensori: Halusinasi penglihatan
4. Melaksanakan tindakan keprawatan pada rencana yang telah ditetapkan dengan metode yang digunakan untuk member asuhan keperawatan secara langsung kepada klien.
5. Mengevaluasi dengan cara melihat secara langsung kondisi umum hasil tindakan keperawatan berdasarkan pada kriteria tujuan yang terdapat pada perencanaan, penulis mengevaluasi tindakan yang telah dilakukan.

6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan secara sistematis dan teoritis pendapat penulis yang di lakukan dengan semaksimal mungkin.

B. Rekomendasi

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

1. Untuk profesi perawat

Untuk perawat harus dapat melaksanakan asuhan keperawatan yang telah ditetapkan dalam memberikan tindakan keperawatan yang professional terhadap klien sehingga mampu meningkatkan derajat kesehatan jiwa pada pasien lainnya.

2. Untuk Institusi

Studi kasus dapat digunakan sebagai dasar untuk penelitian lebih lanjut dalam proses pembelajaran keperawatan jiwa khususnya dibutuhkan suatu metode yang dapat dijadikan acuan aplikasi mahasiswa dalam melakukan sebuah penelitian kepada klien gangguan jiwa atau bipolar sehingga mahasiswa lebih memahami dan mengerti tentang bagaimana kondisi klien saat gangguan jiwa.

3. Untuk Lahan Praktik

Studi kasus dapat dijadikan acuan intervensi untuk memudahkan mengembangkan asuhan keperawatan jiwa dipelayanan kesehatan dan dapat memfasilitasi penanganan masalah gangguan jiwa yang dialami klien dengan halusinasi.

4. Untuk Mahasiswa

Mahasiswa diharapkan mampu menetapkan manajemen asuhan keperawatan sesuai dengan teori yang sudah ada dan dengan tindakan keperawatan sesuai standar operasional sehingga dapat mengingatkan pengetahuan dan keterampilan untuk menjadi bahan pembelajaran lapangan kerja nanti.

DAFTAR PUSTAKA

- A Potter, & Perry, A. G. (2021). Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, Dan Praktik, edisi 6, Volume.2
- American Psychiatric Association (APA). (2017). What Are Bipolar Disorders?
<https://www.psychiatry.org/patients-families/bipolar-disorders>
- Damayanti, M., & Iskandar. (2016). Asuhan Keperawatan Jiwa. Bandung: Revika Aditama.
- Pardede, Keliat, & Yulia, I. (2015). Kepatuhan Dan Komitmen Klien Bipolar Meningkat Setelah Diberikan Acceptance and Commitment Therapy Dan Pendidikan Kesehatan Kepatuhan Minum Obat. Jurnal Keperawatan Indonesia, 18(3), 157–166
- Hadianti, S. (2022). Modul Proses Asuhan Jiwa. In Modul Pelatihan. https://siakpel.kemkes.go.id/upload/akreditasi_kurikulum/modul-1-38323432-3833-4731-b638-393735303334.pdf
- Hamid, Abdul. Agama dan Kesehatan Mental dalam Perspektif Psikologi Agama, Jurnal Kesehatan Tadulako, Vol. 3, No.1, Januari (2017):6, Diakses pada tanggal 1 April 2021 <https://ejournal.unuja.ac.id/index.php/pedagogik/article/viewFile/219/173>.
- Herman Ade. (2011). Karya tulis ilmiah gambaran defisit perawatan diri pada pasien dengan skizofrenia di wisma sadewarsj grhasia daerah istimewa yogyakarta.
- Kaplan & Sadock, 2015. Sinopsis Psikiatri: Perilaku/Ilmu/Kimia/Psikiatri-Edisi Sebelas
- Keliat, dkk. (2015). Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas. Jakarta: Perpustakaan Nasional Katalog Dalam Terbitan
- Kementerian Kesehatan RI. Mengenal Apa Itu gangguan Bipolar. Yankes Kemenkes RI. 2023
- Maharani, M 2017, Aktivitas Fisik, Pengetahuan, Jurnal Media Kesehatan, vol 10, hlm 167–172

- Mintz, D. (2015). "Bipolar Disorder: Overview, Evaluai Diagnostik dan pengobatan
- Nanda. (2015). *Diagnosis Keperawatan Definisi & Klasifikasi 2015-2017 Edisi 10* editor T Heather Herdman, Shigemi Kamitsuru. Jakarta: EGC
- NIMH. (2016). *Generalized Anxiety Disorder : When Worry Gets Out of Control*. American.
- PPNI, T. P. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- PPNI (2016). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Defenisi dan Kriteria Hasil Keperawatan, Edisi 1*. Jakarta: DPP PPNI.
- Prabowo, E. (2019). *Konsep & Aplikasi Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Nuha Medika
- RISKESDAS.(2018). *HASIL UTAMA RISKESDAS 2018*. Jakarta: BadanPenelitian dan Pengembangan Kesehatan.White Swan Foundation
- (2020). *Bipolar Disorder*. <https://www.whiteswanfoundation.org>, Mintz, D. (2015). "Bipolar Disorder: Overview, Diagnostic Evaluation and Treatment" MD
- Suerni dan Livana 2019, *Gambaran Faktor Predisposisi Pasien Isolasi Sosial*. Jurnal Keperawatan Jiwa, Vol. 11, no 1
- Tumanduk, F.M., Messakh, S.T., & Sukardi. (2018). *Hubungan Tingkat Kemampuan Perawatan Diri Dengan Tingkat Depresi Pada Pasien Depresi Di Bangsal Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta*. Jurnal Ilmu Keperawatan 10-20
- Yusuf, dkk. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta : Salemba Medika

*Lampiran 1***LAMPIRAN****STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN (SPTK)****PADA KLIEN DENGAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI****HALUSINASI PENGLIHATAN**

Nama Mahasiswa : Rianti

Nama Pasien : Ny.S

Tanggal : 22 April 2025

A. Proses Keperawatan**b. Kondisi Klien**

DS :

- Klien mengatakan sering melihat bayangan-bayangan
- Isi halusinasi ada bayangan makhluk halus, melihat bayangan pocong, gentayangan tangan
- Bayangan itu muncul saat mau melaksanakan sembahyang subuh dan pagi dengan frekuensi 2x sehari

Do :

- Klien tampak gelisah
- Klien berbicara sendiri
- Klien sering melamun

b. Diagnosa Keperawatan

- 1) Gangguan persepsi sensori : Halusinasi Penglihatan

2) Defisit Perawatan Diri

B. Strategi Pelaksanaan dengan Gangguan Sensori Persepsi Halusinasi

SP 1 : Gangguan Sensori Halusinasi bertujuan untuk membuat halusinasi, menjelaskan cara mengontrol halusinasi, menjelaskan cara mengontrol halusinasi, mengajarkan pasien mengontrol halusinasi dengan menghardik halusinasi.

1. Fase Orientasi

a. Salam Terapeutik

“Selamat pagi bu.”

b. Perkenalan

"Assalamualaikum pak perkenalkan nama saya Rianti , panggil saya Riri , saya perawat yang dinas di klinik ini. Selama 2 minggu kedepan saya dinas pagi disini pukul 08.00-14.00 WIB. Saya yang akan merawat ibu selama 2 minggu kedepan. Nama ibu siapa? Senangnya di panggil apa?"

c. Evaluasi Validasi

"Bagaimana perasaan Ibu? Apa keluhan Ibu saat ini"

"Baiklah bagaimana kalau kita bercakap cakap tentang suara yang selama ini ibu dengar tetapi tak tampak wujudnya".

"Mau berapa lama kira-kira ibu berbincang dengan saya"

"Bagimana kalau 25 menit/"

"Dimana enakny kita duduk untuk berbincang-bincang bu? Bagaimana kalau di Mushola?"

2. Fase Kerja

"Apakah ibu melihat bayangan-bayangan tanpa ada wujudnya ? Apa yang di lihat bayangan itu?"

"Apakah terus-menerus atau sewaktu-waktu? Kapan yang paling sering ibu lihat bayangan-bayangan itu? Berapa kali ibu alami?"

"Apa yang ibu rasakan pada saat melihat bayangan itu?"

"Apa yang ibu lakukan saat melihat bayangan itu? Apakah dengan cara itu bayangan-bayangan hilang? Bagaimana kalau kita belajar cara-cara untuk mencegah bayangan itu tidak muncul?"

"Ibu ada empat cara untuk mencegah bayangan-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 secara teratur."

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

"Caranya sebagai berikut: saat bayangan-bayangan itu muncul, langsung ibu bilang, pergi saya tidak mau melihat, saya tidak mau melihat. Kamu bayangan palsu. Begitu diulang-ulang sampai bayangan itu tidak muncul lagi. Coba ibu peragakan! Nah begitu....bagus! Ya bagus ibu sudah bisa"

3. Tahap Terminasi

"Bagaimana perasaan ibu setelah peragaan Latihan tadi?" Kalau bayangan-bayangan itu muncul lagi, silahkan coba cara tersebut!

Bagaimana kalau kita buat jadwal latihannya. Mau jam berapa saja latihannya? Bagaimana kalau kita bertemu lagi untuk belajar dan latihan mengendalikan bayangan-bayangan dengan cara yang kedua? Jam berapa pak ? Bagaimana kalau besok? Berapa lama kita berlatih? dimana tempatnya."

"Baik bagaimana kalau 1 setengah jam lagi saya datang berbincang-bincang mengenai kebersihan diri ? Tempatnya di sini saja ya buu."

"Wassalamualikum".

SP 2 : Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi bertujuan untuk melatih pasien mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain. Kegiatan bercakap-cakap ditujukan untuk mengalihkan halusinasi. Jika halusinasi tersebut tiba-tiba muncul, pasien tanpa mengalihkan dengan bercakap-cakap

1. Fase Orientasi

"Assalammualaikum ibu, sesuai janji saya kemarin kita ketemu lagi."

"Bagaimana ibu, sudah dilakukan menghardik halusinasi? Apa yang dirasakan setelah Latihan secara teratur?"

"Bagus ya bu. Sekarang kita belajar cara mengontrol halusinasi dengan cara ke dua".

"Mau berapa lama? Bagaimana kalau 15 menit?"

2. Fase Kerja

"Ibu tadi saya lihat saat mengobrol dengan teman-teman mahasiswa, ibu begitu senang ya, mengobrol apa saja bu? Kalau tadi waktu bermain game bagaimana perasaan ibu? Apakah ibu senang? Nah sekarang ibu jika datang lagi halusinasi ibu bisa mengobrol dengan teman ya bu dan melakukan aktivitas seperti bermain game tadi ya bu."

"Nah sekarang kita ke pembahasan ya bu. Kalau ada halusinasi muncul selain menghardik halusinasi, ibu bisa mengobrol seperti tadi juga melakukan game ya bu."

3. Fase Terminasi

"Bagaimana perasaan ibu setelah melakukan mengobrol dengan teman dan bermain game?"

"Wah saya senang mendengar ibu senang, kalo gitu nanti besok jam 09.00 kita mengobrol lagi seputaran merapihkan tempat tidur yah bu melakukan Sp3".

"Baik, pak terimakasih."

"Wassalammualikum"

SP: 3 Gangguan Sensori Persepsi Halusinasi bertujuan untuk melatih pasien mengontrol halusinasi dengan melakukan aktivitas terjadwal. Melakukan aktivitas terjadwal ini bertujuan untuk mencegah dan mengalihkan halusinasi. Jadi, dengan melakukan aktivitasnya sehingga tidak memberikan kesempatan untuk duduk

terdiam yang merupakan situasi yang menunjang terjadinya halusinasi dan ketika halusinasinya muncul, pasien dapat segera melakukan aktivitas terjadwal untuk mengalihkan halusinasi.

1. Fase Orientasi

"Assalamualikum Ibu, sesuai janji saya yang kemarin sekarang kita akan melakukan SP 3 yaitu melakukan aktivitas kegiatan terjadwal yah buu."

"Bagaimana perasaan ibu sekarang?".

2. Fase Kerja

"Ibu apakah masih melihat bayangan-bayangan yang tak tampak wujudnya yang bu? Apakah ibu masih melihat?"

"Waktu kapan ibu melihatnya pagi hari Malam hari atau Sore hari?"

"Saat ibu melihat bayangan-bayangan tersebut, apa yang ibu lakukan?"

"Wah bagus sekali jawaban buu"

"Jadi ibu telah bercakap-cakap dengan perawat saat bayangan-bayangan itu muncul. Bagaimana hasilnya?"

"Bagus sekali ibu telah berlatih bercakap-cakap sesuai dengan jadwal yang telah kita buat. Coba Ibu sebutkan manfaat yang ibu rasakan setelah berlatih bercakap-cakap sesuai dengan jadwal aktivitas"

"Wah bagus sekali jawaban yang diberikan oleh ibu"

"Baik bu sesuai janji kita hari ini akan belajar cara yang ke tiga yaitu untuk mencegah halusinasi untuk melakukan kegiatan terjadwal. Tujuan adalah untuk mencegah bayangan tak berwujud dengan mengalihkan perhatian ibu dan melakukan aktivitas terjadwal. Kita akan berbicara di ruang tamu ini selama 10 menit"

"Baik bu hari ini kita akan melakukan kegiatan melakukan merapihkan tempat tidur ibu"

"Wah ibu bagus sekali ibu dapat melakukannya"

"Kegiatan ini dapat ibu lakukan untuk mencegah bayangan tersebut muncul kegiatan yang lain akan kita latih lagi agar dari pagi sampai sore ada kegiatan".

3. Tahap Terminasi

"Bagaimana perasaan ibu sekarang?"

"Sangat senang yah perasaan ibu, baik bu kita akan lanjut besok Sp4 yaitu untuk melakukan minum obat secara teratur yah bu"

"Baik sus R"

"Baik bu nanti ketemu lagi dengan saya, besok jam 08.00 yah bu kita berbincang-bincang dengan saya, Wassalammualaikum"

Sp 4 Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi bertujuan untuk melatih pasien mengontrol halusinasi dengan minum obat secara teratur.

1. Fase Orientasi

"Assalammualaikum bu, sesuai janji kemarin sekarang kita bertemu pukul 08.00 untuk meminum obat".

"Bagaimana perasaan ibu hari ini? Ada hal yang menyebabkan ibu halusiansi?"

"Sekarang kita mendiskusikan untuk meminum obat. Mau berapa lama bu kita diskusinya? Oke seperti biasa 15 menit ya, mau di sini saja?"

2. Fase Kerja

"Nah, selain menghardik halusinasi, bercakap-cakap dengan orang lain dan melakukan aktivitas terjadwal, selanjutnya bapak harus rutin meminum obat ya bu."

"Cara ini pun dapat dilakukan secara rutin dan dapat membantu ibu untuk tidak berhalusinasi lagi."

3. Fase Terminasi

"Bagaimana perasaan ibu setelah berdiskusi tentang obat tadi..?" "Iya betul ya bu"

"Ada berapa cara yang sudah kita diskusikan? Coba ibu sebutkan lagi?"

"Mari kita masukkan ke dalam jadwal kegiatan sehari-hari"

"Besok pagi kita bertemu lagi kita akan melakukan aktivitas terjadwal dan meminum obat seperti biasa ya bu. Mau jam berapa? Jam 08.00 ya?"

"Baik bu sekarang sudah selesai dari percakapan SP1 sampai SP4, baik pak besok kita akan ketemu lagi untuk melakukan berbincang pada defisit perawatan diri pukul 10.00"

"Wassalamualaikum"

Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan Defisit Perawatan Diri

Hari ke-1 tanggal 26 April 2025

SP 1 : Klien Ny.S pada tanggal 26 April 2025. Melatih melakukan diri secara mandiri

1. Fase Orientasi

"Assalamualaiku bu, sesuai janji saya kemarin jam 10.00 kita akan berbincang mengenai perawatan diri ibu". Bagaimana perasaan ibu saat ini? Seperti yang sudah tadi saya beritahu sekarang kita bebincang-bincang seputar kebersihan diri ya bu. Mau berapa lama kita berbicara? 15 menit ya? Mau dimana bu? Baik disini saja ya"

2. Fase Kerja

"Kira-kira berapa kali ibu mandi dalam sehari? Apakah ibu Sudah mandi hari ini? Sudah dikeramas? Menurut ibu apa kegunaan mandi? Apa alasan ibu tidak bisa merawat diri? Kira-kira tanda-tanda orang yang tidak merawat diri dengan baik seperti apa? Tidak mandi, bau, apa lagi? Kalau kita tidak teratur menjaga kebersihan diri masalah apa menurut ibu yang bisa muncul? Betul, kuman numpuk, banyak kutu, masalah kulit, dan lain-lain" Berapa kali bapak cukuran dalam seminggu? Sekarang coba sebutkan cara melakukan perawatan diri saat mandi. Betul menggunakan sabun, shampoo, air bersih, bilas bersih, gosok gigi. Bagus ya ibu sudah mengetahui cara-cara melakukan perawatan diri saat mandi. Apa yang ibu lakukan setelah selesai mandi? Apa ibu sudah ganti baju? Untuk berpakaian yang baik itu, pilihlah pakaian yang bersih dan kering. Berganti pakaian yang bersih 2x/hari. Oke tadi ibu juga sudah tau ya

apabila tidak melakukan perawatan diri dengan baik kuman-kuman akan menempel di badan kita sehingga menyebabkan timbulnya penyakit kulit lain-lain”.

3. Fase Terminasi

“Bagaimana perasaan ibu setelah berbincang-bincang mengenai kebersihan diri Sekarang coba ibu ulangi apa pentingnya kebersihan diri? Iya bagus sekali ya ibu sudah tau. Mau berapa kali ibu mandi dan sikat gigi? 1x mandi dipagi hari dan sikat gigi 2x pagi dan sore? Mari kita masukkan ke dalam jadwal aktivitas harian ibu ya Baik besok kita bertemu lagi untuk melanjutkan yang tadi melakukan Latihan cara mengontrol marah secara fisik ke-2 dan Latihan berdandan ya bu. Mau jam berapa bu? Baik, jam 10 pagi ya. Wassalamualaikum”

SP 2&3 : Klien Ny.S pada tanggal 28 April 2025 pukul 10.00 WIB.

Melatih klien berhias?berdandan dan makan secara baik

1. Fase Orientasi

"Assalamualaiku bu, sesuai janji saya kemarin sekarang kita berbincang-bincang lagi mengenai berdandan dan makan Bagaimana perasaan ibu sekarang? Bagaimana mandinya? Sudah ditandai di jadwal harian?"

2. Fase Kerja

"Apa yang ibu lakukan setelah mandi? Baik sekarang kita bahas makan ya bu Bagaimana kebiasaan sebelum, saat, maupun setelah makan? Ibu makannya dimana? Nah sebelum makan kita harus cuci tangan memakai sabun. Ya, mari praktekkan! Bagus, setelah itu duduk lalu ambil makanan. Sebelum makan ibu

suka berdo'a dulu? Bagus... berdo'a dulu ya. Saat makan kita harus menyuapkan makanan satu-satu dengan pelan. Setelah makan kita bereskan piring dan gelas yang kotor, dan diakhiri dengan mencuci tangan. Bagus., ibu Sudah bisa melakukan makan secara mandiri dan tau cara yang baik saat makan”

3. Fase Terminasi

"Bagaimana perasaan ibu setelah kita berbincang-bicang mengenai beberapa hal tadi? Apa saja yang kita lakukan pada saat makan? Nah., ibu lakukan seperti tadi setiap makan, mau kita masukkan ke dalam jadwal? Besok kita ketemu lagi sesuai jadwal ya pak jam 10.00 kita Latihan fisik dengan cara kedua dan jam 13.00 kita berbincang mengenai BAB/BAK yang baik Sampai jumpa bu. Wassalamualaikum”

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

4. Fase Orientasi

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

5. Fase Kerja

"Oke kita lanjutkan bahasan saja ya bu mengenai BAB BAK. Dimana biasanya ibu BAB/BAK? Sekarang coba ibu jelaskan kepada saya bagaimana cara bersih-bersih setelah selasai BAB BAK? Apa ibu biasan melakukan BAB

BAK mandiri? Bagus ya bu Sudah bisa melakukan BAB/BAK mandiri dan tau cara membersihkannya. Yang perlu diingat adalah kebersihan itu untuk diri sendiri, untuk orang lain dan untuk lingkungan juga, apabila ibu melakukan kebersihan diri, lingkungan dengan baik kita akan hidup sehat dan tidak menyebarkan penyakit kepada orang lain. Ibu mau sehat? Iyaa makanya harus menjaga kebersihan diri dan lingkungan ya pak. Jangan lupa juga mengganti pakaian termasuk ke dalam kebersihan diri."

6. Fase Terminasi

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

*Lampiran II***Dokumentasi**

*Lampiran III***LEMBAR BIMBINGAN**

Nama : Rianti

NIM : KHGA22134

Pembimbing : H.Aceng Ali Awaludin, S.Kep.,Ners., M.H.Kes.

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny.S Dengan Gangguan Persepsi

Sensori: Halusinasi Penglihatan dengan Bipolar Di Klinik

Rehabilitasi Mental Nur Ilahi Assanie Samarang Garut.

No	Tanggal Bimbingan	Materi yang dikonsulkan	Catatan Pembimbing	TDD Pembimbing	TTD Mahasiswa
1.	Selasa, 3 Juni 2025	Cover	Pengarahannya, revisi cover judul font yang awalnya 14 jadi 12 dengan karak spasi 1		
2.	Selasa, 10 juni 2025	BAB I	ACC judul, revisi bab 1 paragraf awal langsung ke inti judul, tidak berbelit-belit dan tidak perlu banyak sumber WHO		
3.	Jum`at, 13 juni 2025	BAB II	ACC BAB 1, revisi BAB II tabel diberi judul, setiap pergantian halaman dikasih judul		
4.	Selasa, 17 juni 2025	BAB III	ACC BAB II, BAB III penulisan intervensi, implementasi, evaluasi disatukan		

5.	Jum`at, 20 juni 2025	BAB III	ACC BAB III, lanjut BAB IV		
6.	Senin, 23 juni 2025	BAB IV, Kata pengantar, daftar isi, lembar persetujuan, lembar pengesahan, dan daftar pustaka	Review BAB IV, kata pengantar, daftar isi, lembar pengesahan dan daftar pustaka. Tinjauan pustaka harus terbaru dan tercantum dalam daftar pustaka		
7.	Kamis, 26 juni 2025	BAB IV	Review lagi KTI dan ACC BAB IV		
8.	Senin, 30 juni 2025	Draft KTI lengkap	Review KTI, ACC sidang		

Lampiran iv

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Identitas

Nama	: Rianti
Jenis Kelamin	: Perempuan
Tempat, Tanggal Lahir	: Garut, 12 Desember 2004
Agama	: Islam
Alamat	: Cisurupan, Kp.Lemahneundeut
Instagram	: riririantiii_

B. Riwayat Pendidikan

1. TK Nurul Mutaqin	: Tahun 2009-2010
2. SDN Cisurupan 03	: Tahun 2011-2017
3. SMPN Cisurupan 01	: Tahun 2018-2020
4. SMK Kes Bhakti Kencana Garut	: Tahun 2020-2022
5. STIKes Karsa Husada Garut	: Tahun 2022-2025