



**Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN.I DENGAN  
GANGGUAN PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI  
PENDENGARAN DAN PENGLIHATAN  
DI RUANG ARIMBI RUMAH SAKIT  
DR. H. MARZOEKI MAHDI  
BOGOR**

**DWI ANTIKAH**

**2011051**

**PRODI DIPLOMA TIGA KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN RS HUSADA  
JAKARTA, 2023**



**Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN.I DENGAN  
GANGGUAN PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI  
PENDENGARAN DAN PENGLIHATAN  
DI RUANG ARIMBI RUMAH SAKIT  
DR. H. MARZOEKI MAHDI  
BOGOR**

**Laporan Tugas Akhir**

**Diajukan sebagai persyaratan dalam menyelesaikan  
Pendidikan diploma tiga keperawatan**

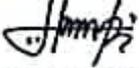
**DWI ANTIKAH**

**2011051**

**PRODI DIPLOMA TIGA KEPERAWATAN SEKOLAH TINGGI ILMU  
KESEHATAN RS HUSADA  
JAKARTA, 2023**

## HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

**Laporan Tugas Akhir ini adalah hasil karya sendiri,  
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk  
telah saya nyatakan dengan benar.**

Nama : Dwi Antikah  
Nim : 2011051  
Tanda Tangan :   
Tanggal : 16 Juni 2023

## LEMBAR PENGESAHAN

**Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn. I Dengan Gangguan  
Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran  
dan Penglihatan Di Ruang Arimbi RS  
Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor**

**Pembimbing**

**(Ns. Tri Setyaningsih, M.Kep, Sp.Kep.J)**

**Penguji I**

**(Ns. Dian Fitria, M.Kep, Sp.Kep. J)**

**Penguji II**

**(Shinta Prawitasari, M.Kep)**

**Menyetujui,**

**Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada**



**(Ellynia, SE., MIM)**

**Ketua**

## KATA PENGANTAR

Puji Syukur Kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, atas berkat, rahmat dan karunia- Nya, penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini. Penulisan Tugas Akhir ini dilakukan dalam rangka memenuhi persyaratan untuk menyelesaikan pendidikan Diploma III Keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada. Penulis menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai penyusunan Laporan Tugas Akhir ini, sangatlah sulit bagi penulis untuk menyelesaikan Tugas Akhir ini. Oleh karena itu, saya mengucapkan terimakasih kepada :

1. Ibu Ellynia, SE., MM, selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada Jakarta yang telah memberikan penulis fasilitas yang mendukung perkuliahan sampai pembuatan Laporan Tugas Akhir ini.
2. Dr. dr. Fidiansjah Mursid, Sp. K., M.P.HSKJ. MARS selaku direktur utama Rumah Sakit DR. Marzoeqi Mahdi Bogor yang sudah mengizinkan saya berdinas dan mengambil kasus untuk di buat laporan akhir.
3. Ibu Ns. Tri Setyaningsih, M.,Kep, Sp.Kep.J selaku pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga, pikiran dan telah dengan sabar, dan penuh perhatian memberikan motivasi, bimbingan dan saran kepada penulis untuk penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini sejak awal hingga akhirnya Karya Tulis Ilmiah ini terselesaikan.
4. Ibu Ns. Dian Fitria M.,Kep, Sp.Kep.J selaku penguji pertama dan ibu Shinta Prawitasari, M.Kep selaku penguji kedua.
5. Bapak Ns. Fendy Yesayas, M.Kep selaku Pembimbing Kelas 3B mulai semester 1 sampai semester akhir.
6. Dosen beserta Staff Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada yang telah membimbing penulis di perkuliahan dan di praktik lapangan dari semester 1 sampai semester akhir.
7. Tn.I atas kerja samanya selama penulis memberikan Asuhan Keperawatan

8. Teman-teman seperjuangan saya Angkatan XXXIII STIKes RS Husada khususnya kelas 3B yang saling menyemangati satu sama lain.
9. Kepada mbah saya Sidem saya ucapkan terimakasih karena berkat doanya penulis mampu bangkit dan menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
10. Kedua orang tua tercinta Ayah Kamto dan Ibu Situm yang selalu memberikan doa setulus hati serta dukungan baik moral, motivasi maupun material kepada penulis dengan penuh perjuangan dan selalu mendukung saya dalam menuntut ilmu dan selalu mengingatkan saya untuk selalu beribadah kepada Allah SWT. Sehingga penulis dapat menyelesaikan pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada ini.
11. Ayukku Rumiwati dan Kaka Ipar Sarno yang selalu memberikan motivasi semangat ketika penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
12. Keponakan tersayang Evi Laili Fadillah dan Afdhal Gilang Pratama yang selalu menghibur penulis dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
13. Kepada lelakiku yang selalu memberikan semangat, kasih sayang, yang selalu ada dan siap 24 jam mendengarkan keluh kesah saya, terimakasih saya ucapkan karena berkat suportnya penulis bisa menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
14. Kepada sahabat saya Al-zahra Putriana, Risky Nurkhasanah, Silvia, Attiniah Parwati, Uswatun Khasanah, Evi Rahayu yang sedang berjuang juga dalam menyelesaikan perguruan tinggi, saya ucapkan terimakasih atas dukungan kalian semua, penulis bisa menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
15. Kepada sahabat di kampus selama 3 tahun di perkuliahan Cindy Ayu Lestari, Ardila Primesti Tri Cahyani, Ajrina Hestu Desanaisya yang selalu memberikan dukungan dan mendengarkan keluh kesah penulis selama membuat Laporan Tugas Akhir ini.
16. Kepada keponakan saya Tika May Nanda yang sama-sama berjuang untuk membahagiakan kedua orang tua dan mengangkat derajat orang tua, penulis mengucapkan terimakasih karena berkat semangat yang luar biasa ini akhirnya penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
17. Kepada teman seperjuangan yang ada di asrama (Rici Rianjar, Dwi Fitriyani, Ining Saputri, Rosa Paningrum, Khamilah Hayatun Nufus, Dewi Alfrida,

Lewinda octa, Tasya Asti dan teman teman lainnya) saling suport satu sama lain  
18. Teman-teman penulis satu Kelompok Jiwa yaitu (Ima, Rosa, Cindy, Shella)  
karena selalu menyemangati dalam melaksanakan penyusunan Tugas Akhir ini  
serta selalu kompak dan bekerjasama dengan baik.

Penulis menyadari masih banyak kekurangan dalam pembuatan Laporan  
Tugas Akhir ini, penulis berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas  
kebaikan semua pihak yang sudah membantu, semoga Karya Tulis Ilmiah ini  
membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Jakarta, 20 Juni 2023

Penulis

## DAFTAR ISI

	Hal
HALAMAN PERNYATAAN ORISINILITAS .....	iii
LEMBAR PENGESAHAN.....	iiv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL.....	x
DAFTAR GAMBAR .....	xi
DAFTAR LAMPIRAN .....	xii
BAB I PENDAHULUAN .....	1
A. Latar Belakang .....	1
B. Tujuan Penulisan.....	4
C. Ruang Lingkup .....	5
D. Metode Penulisan .....	5
E. Sistematika Penulisan.....	6
BAB II TINJAUAN TEORI .....	7
A. Pengertian.....	7
B. Psikodinamika .....	7
C. Jenis jenis halusinasi .....	9
D. Tanda dan Gejala Halusinasi.....	10
E. Asuhan Keperawatan.....	13
F. Diagnosa keperawatan.....	14
G. Perencanaan keperawatan.....	15
H. Implementasi .....	16
I. Evaluasi.....	17
BAB III TINJAUAN KASUS.....	17
A. Pengkajian.....	19
B. Pohon Masalah .....	30
C. Diagnosa Keperawatan.....	31
D. Perencanaan, Pelaksanaan dan Evaluasi Keperawatan .....	31
BAB IV PEMBAHASAN.....	50

A.	Pengkajian .....	50
B.	Diagnosa Keperawatan.....	53
C.	Perencanaan Keperawatan .....	53
D.	Implementasi .....	54
E.	Evaluasi .....	56
BAB V PENUTUP .....		57
A.	Kesimpulan.....	58
B.	Saran.....	59
DAFTAR PUSTAKA .....		

## DAFTAR TABEL

Tabel 3.1. Analisis Data.....	28
-------------------------------	----

## DAFTAR GAMBAR

	Hal
Gambar 2.1 Rentang Respon neurobiologis halusinasi.....	12
Gambar 2.2 Pohon Masalah .....	13
Gambar 3.1 Genogram Tn.I .....	21
Gambar 3.2 Pohon masalah Tn. I.....	30

## **DAFTAR LAMPIRAN**

LAMPIRAN 1 STRATEGI PELAKSANAAN

LAMPIRAN 2 ANALISA OBAT

LAMPIRAN 3 LEMBAR KONSUL

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Kesehatan jiwa bagi manusia berarti terwujudnya keharmonisan fungsi jiwa dan sanggup menghadapi problem, merasa bahagia dan mampu diri. Orang yang sehat jiwa berarti mempunyai kemampuan menyesuaikan diri dengan diri sendiri, orang lain, masyarakat, dan lingkungan. Manusia terdiri dari bio, psiko, sosial, dan spiritual yang saling berinteraksi satu dengan yang lain (Lilik, Azizah, Zainuri, 2016).

Gangguan jiwa adalah kondisi dimana pola pikir seseorang dan isi pikirannya itu tidak teratur dan kemampuan untuk berfikir nyata itu lebih cenderung kedalam pemikiran buruk dan dapat menghambat aktifitasnya kemudian menimbulkan halusinasi (Pengestika & Budiarto, 2021). Menurut Fatasyania & Maharani (2021) Gangguan jiwa ini ditandai dengan mendengar bisikan menyuruh untuk melukai orang atau dirinya sendiri, tertawa sendiri, berbicara tidak jelas.

Menurut *World Health Organization*, kesehatan mental merupakan keadaan yang mengacu pada berbagai jenis permasalahan termasuk Biokimia, Neurologis, Psikososial, namun dalam kondisi ini kebanyakan orang yang mengalami gangguan mental biasanya karena pola fikir yang tidak baik contohnya stress berkelanjutan dan emosi yang tidak bisa di kontrol (*World Health Organization*, 2020).

Menurut Riset Kesehatan Daerah memberikan angka prevalensi di Indonesia rumah tangga dengan ART yang gangguan jiwa sebanyak 7 %. Bali adalah salah satu daerah yang memegang angka tertinggi ART yang mengalami gangguan jiwa yaitu sebanyak 11 %, dan angka terendah ART yang mengalami gangguan jiwa di daerah Kepri sebanyak 3%. Sedangkan di daerah Jawa Barat sebanyak 10% ART dengan gangguan jiwa (Kemenkes RI, 2018). Secara keseluruhan hasil survei Riskesdas 2018 juga mengungkapkan hingga 84,9% pasien skizofrenia di Indonesia telah berobat. Namun, mereka tidak rutin mengonsumsi obat. Ditemukan bahwa 48,9% penderita skizofrenia mengonsumsi obat secara rutin dan 51,1% tidak minum obat secara rutin. Alasan para penderita skizofrenia tidak minum obat secara rutin antara lain merasa sudah sehat sebanyak 36,1%, tidak rutin berobat sebanyak 33,7%, tidak mampu membeli obat rutin sebanyak 23,6%, tidak tahan efek samping (ESO) sebanyak 7,0%, sering lupa dan merasa dosis yang diberikan tidak sesuai sebanyak 6,1%, obat tidak tersedia sebanyak 2,4%, dan alasan lain sebanyak 32%. Selain itu terdapat masalah lain dimana penderita skizofrenia dipasung oleh keluarganya. Angka proporsi rumah tangga yang memiliki ART pengidap skizofrenia dan pernah mengalami pemasangan yaitu 14%.

Berdasarkan laporan hasil hitungan tahunan RSJMM 2018 - 2019 didapatkan data orang yang mengalami gangguan jiwa dengan jenis diagnosa terbanyak adalah Paranoid schizophrenia dengan jumlah keseluruhan 2477 jiwa, Schizophrenia unspecified dengan jumlah keseluruhan 1621 jiwa, dan Hebephrenic schizophrenia dengan jumlah 245 jiwa (Sunaryanto et al., 2019).

Dampak yang ditimbulkan oleh pasien yang mengalami halusinasi yaitu kehilangan kontrol untuk mengendalikan dirinya. Dimana pasien yang merasa

panik saat halusinasinya datang dan halusinasi tersebut menghambat pasien untuk mengontrol perilaku pasien. Situasi seperti ini dapat mempengaruhi pasien untuk melakukan hal yang tidak diinginkan seperti pasien bisa melakukan bunuh diri, membunuh dan melukai orang lain, merusak barang-barang yang ada disekelilingnya. Untuk mengurangi dampak tersebut, dibutuhkan pengendalian halusinasi dengan segera agar tidak terjadi kembali hal yang tidak diinginkan, langkah pertama yaitu membina hubungan saling percaya dengan pasien melalui komunikasi yang efektif (Afnuhazi, 2015). Peran perawat sangat penting untuk membantu pasien mengontrol halusinasi pasien dengan strategi pelaksanaan halusinasi, yaitu sebagai motivasi yang akurat untuk pasien, sebagai pendengar masalah yang dialami pasien, dan membantu pasien untuk mengatasi halusinasinya sehingga tercapai tujuan yang diinginkan.

Adapun peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan jiwa sebagai berikut, preventif, promotive, kuratif, rehabilitative. preventif dimana kita sebagai perawat dapat mencegah perilaku yang dapat merusak diri pasien, orang lain bahkan lingkungan sekitar. Promotive yaitu dimana kita memberikan Pendidikan kesehatan kepada pasien terutama keluarga pasien tentang gangguan persepsi sensori halusinasi yang nantinya untuk melanjutkan perawatan saat pasien sudah pulang. Kuratif adalah salah satu kolaborasi tim kesehatan dan pengobatan yang diberikan kepada pasien. Rehabilitative adalah cara kita untuk membantu pasien untuk melakukan kegiatan sehari-hari dapat kembali menjalani kehidupan seperti dulu lagi (Waruwu, 2020).

Oleh karena itu penulis tertarik untuk membuat laporan tugas akhir dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Tn.I dengan masalah gangguan persepsi sensori :

Halusinasi Pendengaran dan Penglihatan di Rumah Sakit Jiwa Marzoeki Mahdi Bogor tahun 2023”

## **B. Tujuan Penulisan**

Tujuan penulisan karya tulis ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Jiwa pada Tn.I dengan halusinasi pendengaran dan penglihatan” adalah;

### **1. Tujuan Umum**

Mahasiswa mengerti dan memahami serta dapat melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan persepsi sensori : Halusinasi, mendapatkan pengalaman serta dapat menerapkan asuhan keperawatan pada pasien.

### **2. Tujuan Khusus**

Tujuan khusus penulisan karya tulis ilmiah ini diharapkan mahasiswa mampu melakukan:

- a. Pengkajian pada pasien dengan Halusinasi.
- b. Menentukan tindakan keperawatan sesuai dengan diagnosa yang telah ditegakkan pada pasien dengan Halusinasi.
- c. Melakukan tindakan asuhan keperawatan pada pasien dengan Halusinasi.
- d. Melakukan evaluasi tindakan keperawatan yang telah diberikan kepada pasien dengan Halusinasi.
- e. Mengidentifikasi kesenjangan yang terdapat diantara teori dan kasus pada pasien dengan Halusinasi.

- f. Mengidentifikasi faktor-faktor pendukung, penghambat dan mencari pemecahan masalah atau solusi dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Halusinasi.
- g. Mendokumentasikan seluruh tahapan proses keperawatan pada pasien dengan Halusinasi.

### **C. Ruang Lingkup**

Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini merupakan pembahasan mengenai hasil pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien Tn. I dengan Halusinasi Pendengaran dan penglihatan di ruang Arimbi, RSJMM Bogor.

### **D. Metode Penulisan**

Penulisan karya tulis ini menggunakan metode deskriptif yang merupakan metode dalam meneliti dengan cara mengumpulkan data, menganalisa dan menarik kesimpulan yang selanjutnya disajikan dalam bentuk narasi dan dengan pemecah masalah sesuai masalah yang ditemukan. Penyusunan makalah ini penulis ini menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus. Sedangkan dalam proses penulisan yang digunakan dalam mengumpulkan data oleh penulis adalah metode wawancara, yaitu melakukan pengumpulan data dengan cara tanya jawab dan interaksi langsung ke pasien, perawat, dokter serta tim kesehatan lainnya dengan gangguan persepsi sensori: Halusinasi. Penulis juga menggunakan metode observasi partisipasi aktif yaitu penulis melakukan pengamatan dan turut serta dalam melakukan tindakan pelayanan kesehatan pada pasien dengan halusinasi, penulis menggunakan studi dokumentasi yaitu penulis melakukan pengumpulan

data dengan mempelajari catatan rekam medis dan hasil pemeriksaan yang ada. Penulis menggunakan studi literatur yang mengambil beberapa penulisan dan pemikiran yang penulis ambil dari buku-buku yang ada kaitannya dengan materi yang berhubungan dengan gangguan persepsi sensori halusinasi.

#### **E. Sistematika Penulisan**

Sistem penulisan karya tulis ilmiah terdiri dari bab pertama, bagian pendahuluan memperkenalkan latar belakang masalah, tujuan penulisan, metode penulisan, ruang lingkup penulisan dan sistem penulisan. Bab kedua merupakan landasan teori tentang halusinasi, meliputi pengertian halusinasi, penyebab, proses terjadinya masalah, ruang lingkup respons, dan konsep keperawatan. Menurut teori meliputi evaluasi, diagnosis keperawatan, rencana keperawatan, implementasi dan evaluasi. Bab keempat membahas kesenjangan antara teori diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi dengan kasus aktual. Bab lima merupakan kesimpulan, termasuk kesimpulan dan saran.

## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORI**

#### **A. Pengertian**

Halusinasi adalah gangguan persepsi sensori dari suatu obyek tanpa adanya rangsangan dari luar, gangguan persepsi sensori ini meliputi seluruh pancaindra. Halusinasi merupakan salah satu gejala gangguan jiwa yang pasien mengalami perubahan sensori persepsi, serta merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan perabaan, atau penciuman. Pasien merasakan stimulus yang sebetulnya tidak ada (Yusuf, Rizky, Hanik 2015).

Halusinasi merupakan gangguan atau persepsi di mana suatu pikiran dan bayangan yang dipikirkan dianggap benar-benar terjadi. evaluasi yang dialami melalui persepsi melalui panca indera tanpa rangsangan eksternal atau persepsi yang salah (Muhith, 2015).

#### **B. Psikodinamika**

##### **1. Faktor predisposisi**

Faktor predisposisi adalah faktor risiko yang mempengaruhi jenis dan jumlah sumber yang dapat di bangkitkan oleh individu untuk mengatasi stres. Faktor ini diperoleh baik dari pasien maupun keluarganya (Muhith, 2015). Faktor perkembangan adalah tugas perkembangan klien terganggu misalnya kurangnya kontrol dan kehangatan keluarga menyebabkan klien tidak mampu mandiri sejak kecil, mudah frustrasi, kehilangan kepercayaan diri. Faktor sosial budaya adalah seseorang yang sejak kecil merasa tidak

diterima di lingkungannya, merasa dikucilkan, kesepian dan tidak percaya dengan lingkungannya. Biologis adalah faktor biologis mempengaruhi terjadinya gangguan kesehatan jiwa. Ketika seseorang mengalami stres yang berlebihan, menghasilkan zat di dalam tubuh yang dapat menjadi halusinogen neurokimia. Karena stres jangka panjang, menyebabkan aktivasi neurotransmitter di otak. Psikologis adalah tipe kepribadian lemah dan tidak bertanggung jawab mudah terjerumus ke dalam kecanduan narkoba. ini mempengaruhi ketidakmampuan klien untuk mengambil keputusan yang tepat untuk masa depannya, klien lebih memilih kesenangan sesaat dan melarikan diri dari dunia nyata ke dunia imajinasi. Sosial budaya adalah seseorang yang melibatkan interaksi sosial dan menghibur klien pada tahap awal ketika klien merasa bahwa komunikasi dalam kehidupan nyata sangat berbahaya. Klien disibukkan dengan halusinasinya seolah-olah itu adalah tempat di mana dia memenuhi kebutuhan untuk interaksi sosial, pengendalian diri dan harga diri yang tidak ditemukan di dunia nyata.

## **2. Faktor presipitasi**

Faktor presipitasi adalah stimulus yang dilihat oleh orang sebagai tantangan, ancaman atau tuntutan yang membutuhkan energi ekstra untuk menghadapinya. Karena adanya rangsangan dari lingkungan, seperti keikutsertaan klien dalam kelompok, tidak diajak berinteraksi dalam kelompok, dan juga dalam suasana sepi dapat memicu halusinasi. Dapat meningkatkan stres dan kecemasan, yang merangsang tubuh mengeluarkan zat halusinogen. Penyebab halusinasi dapat dilihat pada lima

dimensi (Oktiviani, 2020) yaitu: Dimensi fisik halusinasi dapat disebabkan oleh beberapa kondisi fisik seperti kelelahan yang ekstrim, penggunaan obat-obatan, demam hingga delirium, keracunan alkohol dan gangguan tidur yang berkepanjangan. Dimensi emosional perasaan cemas berlebihan akibat masalah yang belum terselesaikan menjadi penyebab halusinasi. Isi halusinasi bisa menarik dan menakutkan. Klien tidak dapat lagi menolak perintah sampai klien mengambil tindakan melawan rasa takut dalam keadaan ini. Dimensi intelektual dimensi intelektual ini menjelaskan bahwa fungsi ego orang yang menderita halusinasi melemah. Awalnya halusinasi adalah upaya ego sendiri untuk melawan impuls represif, tetapi itu adalah sesuatu yang menciptakan kewaspadaan yang dapat memenuhi perhatian penuh klien dan seringkali tidak mengendalikan seluruh perilaku klien. Dimensi sosial klien menemukan interaksi sosial baru dimulai dan menghibur, klien menemukan kehidupan sosial di dunia nyata sangat berbahaya. Klien khawatir tentang halusinasi, seolah-olah ini adalah tempat untuk memenuhi kebutuhan interaksi sosial, kontrol diri, dan harga diri yang tidak ditemukan di dunia nyata. Dimensi mental klien mengalami halusinasi kekosongan hidup, rutinitas yang tidak masuk akal, kehilangan pemujaan dan jarang melakukan upaya mental.

### **C. Jenis jenis halusinasi**

Jenis halusinasi terdiri dari Halusinasi pendengaran adalah seseorang yang mendengar suara-suara, kebanyakan suara manusia, suara berupa kebisingan yang tidak jelas menjadi kata-kata, bahkan percakapan lengkap antara dua orang mengalami halusinasi. Pikiran yang terdengar ketika klien mendengar kata-kata

menyuruh klien untuk melakukan sesuatu terkadang berbahaya. Halusinasi pendengaran mendengar suara, mulai dari suara sederhana hingga suara berbicara tentang klien sedemikian rupa sehingga klien menanggapi tersebut. Halusinasi penglihatan adalah suatu rangsangan penglihatan dalam bentuk gambar cerah, geometris, kartun, gambar kompleks, gambar bisa lucu dan menakutkannya dengan melihat monster. Halusinasi penghidu adalah ketika pasien mencium bau bau tertentu, seperti darah, urin dan feses. Biasanya bau yang tidak sedap. Halusinasi penghidu seringkali merupakan akibat dari stroke, tumor, kejang atau demensia. Halusinasi perasa adalah ketika pasien merasa seperti merasakan darah, urin, dan feses. Halusinasi perabaan ketika pasien mengalami rasa sakit atau ketidaknyamanan tanpa rangsangan yang jelas seperti sengatan listrik berasal dari tanah, dari benda mati atau dari orang lain. Chenetic yaitu bagaimana seseorang memantau fungsi tubuh seperti aliran darah di vena atau arteri, pencernaan atau pembentukan urin (Lilik, Azizah, Zainuri, 2016)

#### **D. Fase-Fase Halusinasi**

Menurut Yusuf, Fitriyari, & Nihayati (2015) halusinasi berkembang melalui empat fase, yaitu :

Fase comforting (halusinasi menyenangkan, cemas ringan) Klien yang berhalusinasi mengalami emosi yang intense seperti cemas, kesepian, rasa bersalah, dan takut akan mencoba untuk berfokus pada pikiran yang menyenangkan untuk menghilangkan kecemasan. Perilaku klien yang dapat diobservasi : tersenyum lebar, menggerakkan bibir tanpa membuat suara, pergerakan mata yang cepat, respon verbal yang lambat, diam dan tampak asyik. Fase condemning (halusinasi menjijikan, cemas sedang) Pengalaman sensori menjijikan dan menakutkan. Klien

yang berhalusinasi mulai merasa kehilangan kontrol dan mungkin berusaha menjauhkan diri, serta merasa malu dengan adanya pengalaman sensori tersebut dan menarik diri dari orang lain. Perilaku klien yang dapat diobservasi : ditandai dengan peningkatan kerja sistem autonomik yang menunjukkan kecemasan misalnya terdapat peningkatan nadi, pernafasan dan tekanan darah. Fase controlling (pengalaman sensori berkuasa, cemas berat) Klien yang berhalusinasi menyerah untuk mencoba melawan pengalaman halusinasinya. Isi halusinasi bisa menjadi menarik atau memikat. Perilaku klien yang dapat diobservasi : arahan yang diberikan halusinasi tidak hanya dijadikan objek saja oleh klien tetapi mungkin akan diikuti atau dituruti, klien mengalami kesulitan berhubungan dengan orang lain, rentang perhatian hanya dalam beberapa detik atau menit, tampak tanda kecemasan berat seperti berkeringat, tremor, tidak mampu mengikuti perintah. Fase conquering (melebur dalam pengaruh halusinasi) Panik pengalaman sensori bisa mengancam jika klien tidak mengikuti perintah dari halusinasi. Perilaku klien yang dapat diobservasi : perilaku klien tampak seperti dihantui teror dan panik, potensi kuat untuk bunuh diri dan membunuh orang lain, aktifitas fisik yang digambarkan menunjukkan isi dari halusinasi misalnya klien melakukan kekerasan, klien tidak dapat berespon pada arahan kompleks, klien tidak dapat berespon pada lebih dari satu orang.

#### **E. Tanda dan Gejala Halusinasi**

Menurut (Lilik, Azizah, Zainuri, 2016) tanda dan gejala halusinasi penting diketahui oleh perawat agar dapat menempatkan masalah halusinasi antara lain : berbicara, tertawa dan tersenyum sendiri, bersikap seperti mendengarkan sesuatu, berhenti berbicara sesaat ditengah-tengah kalimat untuk mendengarkan sesuatu.

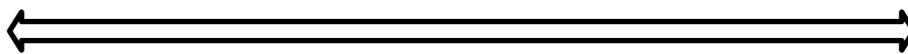
disorientasi, tidak mampu atau kurang konsentrasi, cepat berubah pikiran, alur social kacau, respon yang tidak sesuai, menarik diri, respon yang tidak sesuai, suka marah dengan tiba- tiba dan menyerang orang lain tanpa sebab, sering melamun.

Rentang respon

Rentang Respon neurobiologis

**Respon Adaptif**

**Respon Maladaptif**



Pikiran logis, Persepsi akurat, Emosi Konsisten, dengan pengalaman, Hubungan social harmoni,	Kadang proses pikir terganggu , Ilusi, Emosi berlebihan, Kurang perilaku tidak biasa, Menarik diri,	Gangguan pikir/delusi, Halusinasi , Perilaku disorganisasi Isolasi sosial
---	--	--

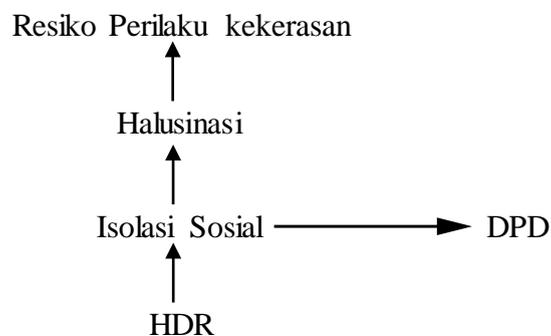
Gambar 2. 1 Rentang Respon neurobiologis halusinasi

Sumber : Stuart, 2023

Respon adaptif adalah respon yang dapat diterima terhadap norma-norma sosial dan budaya yang berlaku. Dengan kata lain, seorang individu dalam batas normal ketika dihadapkan pada suatu masalah dapat menyelesaikan masalah tersebut, respon adaptif terdiri dari: Pemikiran logis adalah pemahaman yang mengarah pada kenyataan; Persepsi akurat adalah pandangan yang benar terhadap objek; Emosi sesuai dengan pengalaman, yaitu emosi yang muncul dari pengalaman yang dialami. Respon spikososial meliputi: Prosesberpikir yang terganggu adalah proses berpikir yang menyebabkan gangguan; Ilusi adalah salah tafsir atau penilaian

yang salah tentang apa yang sebenarnya terjadi objek nyata berkat panca indera emosi dibesar-besarkan atau dikurangi perilaku abnormal adalah sikap dan perilaku yang melebihi batas alasan; penarikan mencoba menghindari kontak dengan orang lain. Respon maladaptif adalah respon individu untuk memecahkan masalah yang berbeda dengan norma sosial budaya dan lingkungan, sedangkan respon maladaptif adalah Penyimpangan pikiran dalam keyakinan yang benar meskipun orang lain tidak mempercayainya dan bertentangan terhadap realitas sosial. Halusinasi adalah persepsi sensorik yang salah atau persepsi eksternal yang tidak nyata atau tidak ada. proses emosional adalah perubahan sesuatu yang berasal dari hati perilaku yang tidak teratur terganggu. Isolasi sosial adalah sisi emosional dari kontradiksi kesepian yang dialami individu, Anda menyatakan menerima dan kecelakaan yang mengancam negatif.

### Pohon Masalah



**Gambar 2.2 Pohon masalah** (Azizah et al., 2016)

## F. Asuhan Keperawatan

### 1. Pengkajian

Pengkajian adalah langkah pertama dalam melaksanakan perawatan medis. Pengkajian ini dilakukan dengan wawancara dan observasi terhadap pasien (Nurhalimah, 2016). Faktor Predisposisi ialah sesuatu yang diperiksa

pada pasien meliputi faktor keturunan untuk gangguan mental, latar belakang genetik, status gizi, kerentanan biologis, status kesehatan umum dan paparan racun. Faktor psikologis meliputi kecerdasan, keterampilan verbal pengalaman masa lalu, konsep diri dan motivasi, kurangnya mendapatkan kasih sayang dari orang-orang terdekat. Faktor sosial budaya meliputi usia, jenis kelamin, pendidikan, pendapatan, pekerjaan, pengalaman sosial dan latar belakang budaya. Faktor presipitasi meliputi faktor biologis yang didapat pada pasien meliputi gangguan komunikasi dan pertukaran otak, di antaranya mengatur pemrosesan informasi, dan kelainan pada mekanisme input otak yang menyebabkan ketidakmampuan menginterpretasikan. Faktor psikologis meliputi adanya hambatan atau gangguan dalam bahasa verbal komunikasi, adanya kepribadian yang tertutup, dan masa lalu yang tidak menyenangkan. Faktor sosial budaya meliputi usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan rendah atau kegagalan sekolah, pendapatan rendah, pengangguran, status sosial yang buruk (Sianturi, S, 2020).

## **2. Diagnosa keperawatan**

Pasien yang mengalami halusinasi dapat kehilangan kendali diri dan membahayakan diri sendiri, orang lain, dan lingkungan. ini terjadi saat halusinasi mencapai stadium akhir dimana pasien mengalami kepanikan dan perilakunya dikendalikan oleh isi halusinasinya. Pasien kehilangan penilaian lingkungan yang sepenuhnya realistis. Dalam situasi seperti itu, pasien dapat bunuh diri, membunuh orang lain, dan bahkan merusak lingkungan. Selain masalah yang disebabkan oleh halusinasi, pasien biasanya memiliki masalah terkait pengobatan yang menyebabkan halusinasi. Masalah-masalah ini

termasuk harga diri rendah dan isolasi sosial. Karena harga diri rendah dan kurangnya keterampilan sosial, pasien menarik diri dari lingkungan. Efek selanjutnya adalah pasien lebih fokus pada dirinya sendiri. Stimulus internal menjadi lebih dominan pada dibandingkan dengan stimulus eksternal. Seiring waktu, pasien mengembangkan kemampuan untuk membedakan antara rangsangan internal dan eksternal. Ditemukan masalah terkait pengobatan, termasuk: risiko perilaku kekerasan, halusinasi, isolasi sosial, harga diri rendah, kurangnya perawatan diri (Muhith, 2015).

### **3. Perencanaan keperawatan**

Rencana Tindakan Keperawatan, disusun intervensi keperawatan dengan tujuan umum TUM: pasien dapat mengontrol halusinasi yang dialaminya. Tujuan khusus TUK I: pasien dapat membina hubungan saling percaya. TUK II: pasien dapat mengenali halusinasinya. TUK III: pasien dapat mengontrol halusinasinya. TUK IV: pasien mendapat dukungan keluarga atau memanfaatkan sistem pendukung untuk mengendalikan halusinasinya. TUK V: pasien dapat memanfaatkan obat dengan baik. Implementasi dengan wawancara, penelitian menggunakan Strategi Pelaksanaan (SP). Diagnosa Keperawatan : Halusinasi Tujuan : Pasien dapat mengendalikan halusinasi. TUK 1 : Pasien dapat membina hubungan saling percaya. Kriteria Hasil : Pasien dapat berinteraksi secara aktif dengan perawat, yang ditunjukkan dengan ekspresi wajah bersahabat. Menunjukkan rasa senang, ada kontak mata, mau menjabat tangan, mau menyebutkan nama, mau duduk berdampingan dengan perawat, bersedia mengungkapkan masalah yang dihadapi. TUK 2 : Pasien dapat memanfaatkan obat dengan baik. Kriteria Hasil : Pasien menyebutkan

manfaat minum obat, kerugian tidak minum obat, nama, warna, dosis efek terapi, efek samping obat. Satu kali interaksi, pasien mampu mendemonstrasikan penggunaan minum obat dengan benar. TUK 3 :Pasien mengenal halusinasinya. Kriteria Hasil : Setelah 1 kali interaksi pasien dapat menyebutkan isi, waktu, frekuensi, situasi dan kondisi yang menimbulkan halusinasi, perasaan dan respon saat mengalami halusinasi. TUK 4 : Pasien dapat mengontrol halusinasinya. Kriteria Hasil: Setelah 1 kali interaksi pasien dapat menyebutkan tindakan yang biasa dilakukan untuk mengendalikan halusinasinya, setelah 1 kali interaksi pasien dapat menyebutkan cara baru mengontrol halusinasinya. Pasien dapat memilih dan memperagakan cara mengatasi halusinasi dengar (Yusuf et al., 2015)

#### **4. Implementasi**

Menurut Sutejo (2018), implementasi adalah kegiatan yang dilakukan perawat untuk membantu pasien dari masalah kesehatan menjadi kondisi kesehatan yang menggambarkan dengan baik kriteria hasil yang diharapkan, diterapkan pada pasien halusinasi lam bentuk SP 1 sampai SP IV. Mulai dari SP1, yaitu Mengidentifikasi jenis halusinasi, mengidentifikasi isi halusinasi, mengidentifikasi waktu halusinasi, mengidentifikasi frekuensi halusinasi, mengidentifikasi respon pasien ketikahalusinasi datang, mengajarkan pasien menghardik halusinasi, membuat jadwal kegiatan harian pasien, menganjurkan pasien memasukan latihan menghardik dalam jadwal kegiatan harian. SP II yaitu, mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien, memberikan pendidikan kesehatan tentang penggunaan obat secara benar dan melatih pasien untuk meminum obat dengan 6 prinsip benar, menganjurkan

pasien memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian. SP III yaitu, mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien, melatih pasien mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain, menganjurkan pasien memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian. SP IV yaitu, mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien melatih pasien mengendalikan halusinasi dengan melakukan kegiatan yang biasa dilakukan pasien, menganjurkan pasien memasukan dalam jadwal kegiatan harian.

## **5. Evaluasi**

Evaluasi merupakan tahap dimana proses keperawatan menyangkut pengumpulan data subjektif dan objektif yang dapat menunjukkan masalah apa yang terselesaikan, apa yang perlu dikaji dan direncanakan, dilaksanakan dan dinilai apakah tujuan keperawatan telah tercapai atau belum, sebagian tercapai atau timbul masalah baru (Wahid, 2013).

Dalam segi kognitif pasien dengan halusinasi diharapkan mampu untuk menyebutkan penyebab halusinasi, menyebutkan karakteristik halusinasi yang dirasakan seperti ; jenis, isi, frekuensi, durasi, waktu, situasi yang menyebabkan dan respons terhadap halusinasi, menyebutkan akibat yang ditimbulkan dari halusinasi, menyebutkan cara yang selama ini digunakan untuk mengendalikan halusinasi, dan menyebutkan cara mengendalikan halusinasi yang tepat. Sedangkan dalam segi psikomotor pasien dengan halusinasi diharapkan mampu melawan halusinasi dengan cara menghardik, mengabaikan halusinasi dengan bersikap cuek, mengalihkan halusinasi dengan cara distraksi yaitu bercakap-cakap dan melakukan aktivitas, meminimum obat dengan prinsip 8 benar yaitu benar nama, benar obat, benar

manfaat, benar dosis, benar frekuensi, benar cara, benar tanggal kadaluarsa, dan benar dokumentasi. Dalam segi afektif pasien dengan halusinasi diharapkan merasakan manfaat cara-cara mengatasi halusinasi, dan membedakan perasaan sebelum dan sesudah latihan. (Keliat et al., 2019)

## **BAB III**

### **TINJAUAN KASUS**

Pada BAB ini penulis menguraikan Asuhan Keperawatan pada Ny. I di Ruang Arimbi Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor, dalam melakukan asuhan keperawatan ini pendekatan yang digunakan adalah proses keperawatan meliputi lima tahap : pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi, dan evaluasi keperawatan.

#### **A. Pengkajian**

##### **1. Identitas pasien**

Pengkajian dilakukan pada tanggal 20 maret 2023 di ruang arimbi. Pasien bernama Tn. I jenis kelamin Laki-laki, Umur 21 tahun, status perkawinan belum kawin, suku bangsa pasien sunda, pendidikan terakhir pasien SMA, dengan diagnosa medis Schizophrenia Unspelified.

##### **2. Alasan masuk**

Alasan pasien masuk RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi adalah keluarga pasien mengatakan keluhan 1 minggu yang lalu pasien mengalami sulit tidur, suka seluyuran, bicara sendiri, suka marah-marah, merusak barang, berbicara mengancam, pasien memiliki riwayat napza dan minum-minuman alkohol 2 tahun yang lalu, sehingga keluarga segera membawa pasien ke RSJMM, Bogor.

### 3. Faktor predisposisi

Pasien pertama kali mengalami gangguan jiwa di masa lalu 3 tahun lalu pada tahun 2020, pasien di rawat sudah 2 kali pertama pada tahun 2020 dan yang kedua pada tahun 2021 pasien dibawa ke RS. Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor, didalam keluarga pasien tidak ada yang pernah terkena gangguan jiwa. Pasien memiliki pengalaman / riwayat penyalahgunaan narkoba sejenis narkotika, psikotropika, dan zat adiktif (napza) dan minum minuman beralkohol sejak SMP, pasien salah dalam memilih pertemanan/ pergaulan bebas sehingga pasien mengikuti apa yang teman-temannya bilang untuk mengonsumsi napsa, karena jika pasien tidak mengikuti kata temannya pasien akan di *bully*, pasien juga memiliki riwayat penganiayaan fisik terhadap teman sekolahnya pada umur 18 tahun, pasien juga melakukan tindakan kriminal yaitu mendatangi sekolah dia dengan membawa benda tajam seperti pisau karena merasakan kesal dengan temannya pada umur 15 tahun. Pengalaman dimasa lalu yang dimiliki pasien sangat berpengaruh sekali dalam kehidupan pasien, karena pasien harus masuk ke RSJMM, dikeluarkan dari sekolah, pasien juga tidak bekerja karena masalah pada kejiwaannya.

### 4. Faktor presipitasi

Pasien dibawa keluarganya ke RSJMM, keluarga pasien mengatakan keluhan 1 minggu yang lalu pasien mengalami sulit tidur, suka seluyuran, bicara sendiri, suka marah-marah, merusak barang, berbicara mengancam karena pasien membanting-banting barang dirumah. 2 minggu pertama pasien rutin minum obat-obatan yang diberikan perawat, karena pasien memiliki daya tilik

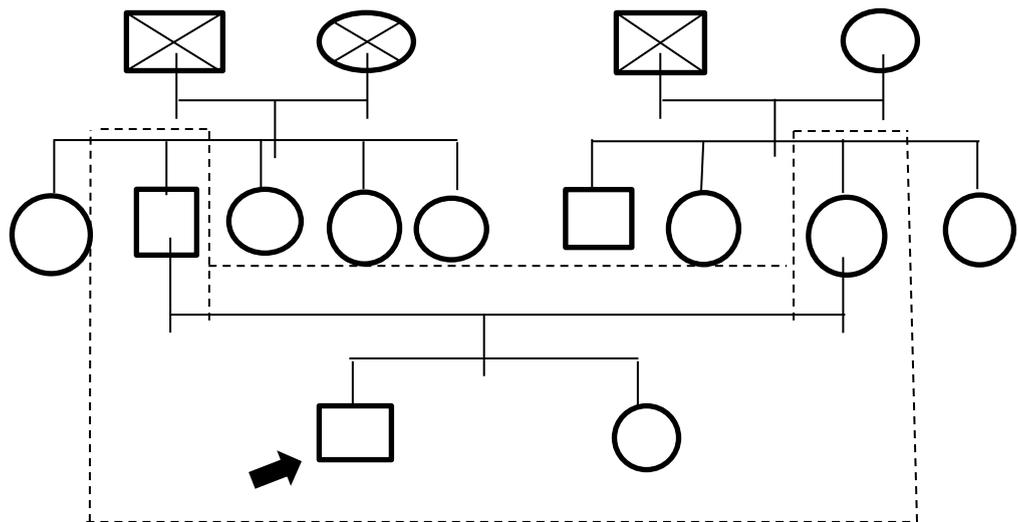
yang jelek bahwa dirinya tidak mengalami gangguan jiwa akhirnya pasien iniberhasil kabur untuk kedua kalinya lewat pagar belakang dan akhirnya pasien ini putus obat. Akhirnya pasien dijemput oleh pihak Dinas Sosial yang bekerja sama dengan pihak RSJMM, agar pasien dapat melanjutkan pengobatannya.

## 5. Pemeriksaan fisik

Tanda-tanda vital pasien yaitu: TD: 100/80 mmHg, N: 99x/m, S: 36,2 C, P: 20x/m, TB: 165cm, BB: 54kg, keluhan fisik yang dialami pasien tidak ada.

## 6. Psikososial

### a. Genogram



Gambar 3.1. Genogram Tn.I

Keterangan :

-  : Laki-laki
-  : Perempuan
-  : Garis Keturunan
-  : Meninggal
-  : Pasien

----- : Tinggal Serumah

Penjelasan: pasien mengatakan tinggal bersama keluarganya . Pasien mengatakan tidak suka di paksa untuk sekolah. Pasien mengatakan lebih memilih diam di kamar. Pasien mengatakan rumahnya tidak ada diperhatikan dan komunikasi pada keluarga yang kurang baik, keluarga pasien membatasi pasien untuk bersosialisasi kepada orang lain sekitar lingkungan sekarang pasien dirawat ruangan Arimbi, Pasien mengatakan tinggal di Arimbi karena ingin cepat sembuh dan mendapatkan perawatan yang lebih baik, pasien mengatakan orang terdekat dengan dirinya adalah ibunya.

#### **b. Konsep diri**

Pasien mengatakan saat ini pasien sudah puas anggota tubuhnya lengkap dan mensyukuri pemberian Tuhan. Identitas : Pasien mampu menyebutkan nama lengkap dan nama panggilan, pasien mengatakan merasa puas sebagai laki- laki. Peran : Peran pasien sebagai anak pertama dari dua bersaudara, perannya sebagai pelajar yang sudah lulus tetapi pasien menganggur tidak bekerja. Perasaan pasien sedih karena pasien belum bisa bekerja dan membahagiakan orang tua. Pasien mengatakan selama dirumah sakit mengikuti pengobatan sebagai pasien dan mengikuti kegiatan yang dilakukan di RSMM (Arimbi). Ideal diri : Pasien mengatakan ingin secepat sembuh dan cepat pulang. Harga diri : Pasien sering menyendiri, pasien mengatakan malu karena dirinya belum mampu membahagiakan orangtuanya. Masalah Keperawatan : Halusinasi, Harga Diri Rendah

#### **c. Hubungan Sosial**

Pasien mengatakan orang berarti yaitu keluarganya. Pasien mengatakan walaupun komunikasi dalam keluarga kurang baik tetapi keluarga tetap bererti dalam hidupnya. pasien mengatakan tidak pernah mengikuti kegiatan kelompok ataupun masyarakat. pasien mengatakan kurang bersosialisasi karena pasien lebih suka menyendiri didalam kamar dan tidak mau berkumpul dengan orang lain. Masalah Keperawatan : Isolasi Sosial.

#### **d. Spiritual, Nilai dan Keyakinan**

Pasien mengatakan beragama Islam dan pasien mengatakan Hamba Allah yang ingin bertaubat, karena pasien percaya Allah membawa dia ke surga, pasien mengatakan kegiatan beribadah solat, ngaji, solawatan.

### **7. Status Mental**

#### **a. Penampilan**

Pasien berpakaian sesuai, selalu ganti baju saat setelah mandi, kulit pasien tampak kusam dan berminyak, gigi pasien bersih, rambut pasien bersih tidak ada ketombe dan berwarna hitam, pasien mandi hanya 1x dalam sehari, mukosa bibir kering, Masalah keperawatan : Defisit perawatan diri.

#### **b. Pembicaraan**

Pasien tidak mampu memulai pembicara sebelum perawat bicara dan bertanya, kontak mata kurang, pasien berbicara ngelantur. Masalah Kperawatan : Halusinasi, isolasi sosial.

#### **c. Aktivitas Motorik**

Pasien tampak gelisah namun pasien rutin mengikuti kegiatan TAK

bersama teman-teman lainnya. Masalah Keperawatan :Ansietas.

**d. Alam Perasaan**

Pasien mengatakan sedih karena belum bisa menjadi kebanggaan orang tua dan belum bisa membahagiakan orang tua. Pasien mengatakan sedih dan khawatir jika pasien tidak pulang. Masalah keperawatan : Harga diri rendah kronik.

**e. Afek**

Respon pasien ketika diajak berbicara baru menunjukkan ekspresi yang baik. Masalah keperawatan : Tumpul.

**f. Interaksi selama wawancara**

Pasien saat berdiskusi tidak mau terbuka saat di tanya tentang halusinasinya, pasien selalu menyangkal tentang halusinasinya. Masalah keperawatan : Defentif.

**g. Persepsi**

Pasien mengatakan mendengar suara saat di rumah atau pun di rumah sakit, halusinasi muncul saat pasien tidak meminum obat secara teratur , jika dengar suara itu muncul yang pasien lakukan menyendiri dan sering tidur Pasien mengatakan suara sering muncul jika pasien tidak minum obat, suara yang sering di dengar pasien yaitu suara seseorang yang mengajaknya ngobrol hal apapun tidak menentu, jika suara muncul lebih dari 15 menit pasien, pasien merasa terganggu jika halusinasi itu datang, Masalah Keperawatan : Halusinasi

**h. Proses pikir**

pasien bicara berbelit-belit, terkadang saat diajak bicara pasien tiba

tiba diam dan tidak sampai pada tujuan yang di tuju.

Masalah Keperawatan : Halusinasi.

**i. Isi pikir**

Pasien selalu menyangkal bahwa dirinya sedang mengalami gangguan jiwa dengan halusinasi.

Masalah keperawatan : Halusinasi.

**j. Tingkat Kesadaran**

Tingkat kesadaran pasien compos mentis, pasien mampu mengetahui waktu, tempat, orang.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah.

**k. Memori**

Gangguan daya ingat jangka Panjang : Pasien mampu menceritakan kejadian yang tidak menyenangkan yaitu pembulian pada tahun 2016.

Gangguan daya ingat jangka pendek : Pasien mengalami gangguan ingatan yang pendek karena pasien cepat lupa setelah diberitahu. Pasien mengatakan cepat lupa jika suster menjelaskan sesuatu dan pasien tidak bisa menjawab jika ditanyakan kembali.

Gangguan daya ingat saat ini : Pasien mampu mengingat dengan baik.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

**l. Tingkat konsentrasi dan berhitung**

Pasien mudah berhitung sederhana 1 sampai 10 dan melakukan hitung mundur 10 sampai 1. Namun pasien sulit untuk berkonsentrasi dalam mulai berhitung.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

**m. Kemampuan penilaian**

Pasien bisa mengambil keputusan. Maka pasien mengambil keputusan tanpa bantuan oleh perawat. Masalah keperawatan : Tidak ada masalah.

**n. Daya tilik diri**

Mengingkari penyakit yang dideritanya : Pasien mengatakan bahwa dirinya tidak sakit jiwa dan tidak percaya bahwa dia sedang halusinasi.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah Keperawatan

**8. Kebutuhan Persiapan Pulang**

Pasien makan dengan bantuan minimal, BAB/BAK dengan bantuan minimal, Mandi dengan Bantuan minimal, Berpakaian/berhias bantuan minimal, pasien istirahat tidur siang hari dari jam 13.00 sampai dengan 16.00 WIB, Tidur malam hari lama dari jam : 21.00 sampai dengan 05.00 WIB. Pemelihara kesehatan pasien membutuhkan perawatan lanjutan dan membutuhkan system pendukung. Kegiatan didalam rumah, pasien butuh mempersiapkan makanan, menjaga kebersihan rumah, memcuci pakaian. Kegiatan diluar rumah, pasien mulai berinteraksi kembali dengan masyarakat sekitar. Pasien memiliki kesiapan untuk pulang sangat baik.

**9. Mekanis Koping Adaptif**

Pasien selalu melakukan teknik relaksasi nafas dalam, olahraga, sedangkan Mekanisme Koping Maladaptif pasien adalah menghadapi pasien masalahnya, reaksi lambat/berlebihan, Menghindar, Mencederai diri. Pasien mengatakan

hanya tarik nafas dan mengembuskan saat ada masalah dan tidak terbuka kepada siapapun termasuk keluarganya. Masalah keperawatan: Isolasi sosial

#### **10. Masalah psikososial dan lingkungan.**

Pada saat pengkajian tidak memiliki masalah dukungan kelompok, pasien mengatakan bermain dengan teman-temannya sampai lupa waktu, masalah berhubungan dengan lingkungan, spesifik pasien sering menyendiri saat dilingkungan rumahnya dan lebih memilih berdiam diri. Masalah keperawatan: Isolasi sosial. Masalah dengan pendidikan, spesifik pasien mengatakan lulus sekolah SMA paket C karena pasien tidak mau sekolah. masalah dengan pekerjaan spesifik, pasien mengatakan ingin berkerja tetapi belum dapat pekerjaan. Masalah ekonomi dan masalah kesehatan, pasien tidak memiliki masalah kesehatan pasien mengatakan tidak ada masalah ekonomi dan pelayanan kesehatan. Masalah keperawatan : Harga diri rendah.

#### **11. Pengetahuan Kurang tentang penyakit**

Penyakit jiwa: pasien tidak mengetahui tentang penyakit yang dideritanya yaitu mempunyai Skizofrenia, dan dia mengetahui pasien saat ini di RSMM karena dia tidak minum obat secara teratur dan sedang menjalani pengobatan dirumah sakit, pasien mengatakan tidak mempunyai sistem pendukung dari orang yang terdekat dan orang paling berarti. Masalah keperawatan : Halusinasi.

#### **12. Aspek medik**

Diagnosa Medik : Skizofrenia Unspecified, Terapi medik : Trihexyphenidil 2 Mg 2x1, soroquil 400 Mg/ 24 Jam, Trifluoperazine 5 Mg 2x1, Vitamin B

complex strip 2x1.

### 13. Tabel Analisa Data

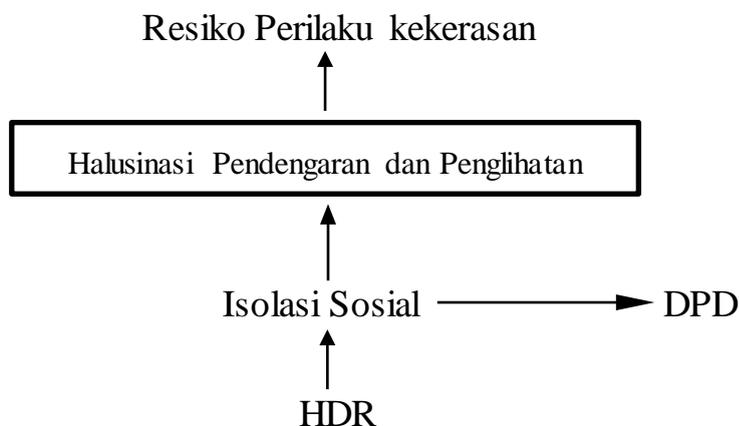
Tabel 3. 1 Analisa Data Tn. I

Tanggal / jam	Data focus	Masalah keparawatan
20 maret 2023 10.28 WIB	<p><b>Data Subjektif :</b></p> <p>Pasien mengatakan mendengar suara dan melihat orang yang mengajaknya mengobrol, pasien mengatakan terganggu dengan suara-suara tersebut, pasien mengatakan halusinasinya datang tidak menentu tetapi dalam sehari kurang lebih 5x.</p> <p><b>Data objektif :</b></p> <p>Pasien tampak gelisah, pasien tampak mondar-mandir, pasien tampak kesal</p>	Halusinasi Pendengaran dan penglihatan
20 Maret 2023 10.28 WIB	<p><b>Data Subjektif :</b></p> <p>Pasien mengatakan kesal dengan suara-suara yang tiba-tiba muncul sehingga pasien melempar dan merusak barang yang ada disekitar pasien, pasien mengatakan suka memukul orang apabila orang</p>	Resiko perilaku kekerasan

	<p>tersebut memiliki masalah dengan pasien. Pasien mengatakan kesal dengan suara yang sering muncul tiba-tiba.</p> <p><b>Data Objektif :</b></p> <p>Pasien tampak kesal, pasien tampak berbicara dengan nada tinggi.</p>	
<p>20 Maret 2023 10.28 WIB</p>	<p><b>Data Subjektif:</b></p> <p>Pasien mengatakan malas berinteraksi dengan orang lain, pasien mengatakan lebih suka sendiri, pasien mengatakan tidak mau mempunyai teman.</p> <p><b>Data Objektif :</b></p> <p>Pasien suka menyendiri, pasien tampak tidak suka berinteraksi dengan teman-temannya.</p>	<p>Isolasi Sosial</p>
<p>20 Maret 2023 10.28 WIB</p>	<p><b>Data Subjektif :</b></p> <p>Pasien mengatakan malu belum bisa membahagiakan kedua orang tuanya. Merasa dirinya tidak berguna. Pasien mengatakan putus sekolah dan melanjutkan</p>	<p>Harga Diri Rendah kronik</p>

	sekolah dengan sekolah paket c. <b>Data Objektif :</b> Pasien tampak sedih.	
20 Maret 2023 10.28 Wib	<b>Data Subjektif :</b> Pasien mengatakan mandi hanya 1x dalam sehari, pasien mengatakan jarang mencuci rambutnya. Pasien mengatakan malas mandi. <b>Data Objektif :</b> Pasien tampak kusam dan berminyak, pasien bau mulut, pasien bau badan, pasien tampak makan dan minum tidak meja makan.	Defisit Perawatan Diri

**B. Pohon Masalah**



Gambar 3.2 Pohon masalah Tn. I

### C. Diagnosa Keperawatan

1. Halusinasi pendengaran dan penglihatan
2. Resiko perilaku kekerasan
3. Isolasi Sosial
4. Harga diri rendah
5. Defisit perawatan diri

### D. Perencanaan, Pelaksanaan dan Evaluasi Keperawatan

#### 1. Diagnosa : Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Pendengaran dan Penglihatan

**Data Subjektif** : Pasien mengatakn mendengar suara dan melihat orang yang mengajaknya mengobrol, pasien mengatakan terganggu dengan suara-suara tersebut, pasien mengatakan halusinasinya datang tidak menentu tetapi dalam sehari kurang lebih 5x.

**Data objektif** : Pasien tampak gelisah, pasien tampak mondar-mandir, pasien tampak melamun di pojokan, pasien tampak sendirian.

**Tujuan Umum**: Pasien mampu mengendalikan halusinasi yang dialami.

**Tujuan khusus** : Pasien dapat membina hubungan saling percaya, pasien dapat mengenal, mengontrol halusinasi, dapat dukungan keluarga dan pasien dapat memanfaatkan obat dengan baik.

**Rencana tindakan** : Bina hubungan saling percaya, beri salam terapeutik setiap interaksi, sapa pasien dengan ramah, perkenalkan diri dengan sopan, tanyakan nama lengkap pasien dan nama panggilan yang disukai, jelaskan tujuan setiap pertemuan, Observasi tingkah laku pasien terkait dengan halusinasinya, tanyakan apakah ada suara yang didengar,

dengarkan dengan penuh perhatian ekspresi perasaan pasien, diskusikan dengan pasien apa yang harus dilakukan ketika mengatasi masalah tersebut. Kaji situasi atau keadaan yang menyebabkan halusinasi tersebut muncul, berikan kesempatan pada pasien untuk melakukan cara yang telah dilatih dan diajarkan, jika berhasil berikan pujian, berikan pujian kepada pasien jika pasien berhasil melakukan dengan benar, diskusikan dengan pasien dan keluarga tentang obat, dosis, dan akibat dari jika putusya minum obat, berikan pujian atas kerjasama pasien dalam minum obat secara teratur.

**Pelaksanaan SP 1 Pasien** : 20 Maret 2023 pukul 08:00

**Data Subjektif** : Pasien mengatakn mendengar suara dan melihat orang yang mengajaknya mengobrol, pasien mengatakan terganggu dengan suara-suara tersebut, pasien mengatakan halusinasinya datang tidak menentu tetapi dalam sehari kurang lebih 5x.

**Data objektif** : Pasien tampak gelisah, pasien tampak mondar-mandir, pasien tampak melamun di pojokan, pasien tampak sendirian.

**Tindakan keperawatan** : Membina hubungan saling percaya, membantu pasien mengidentifikasi jenis halusinasi, mengidentifikasi isi halusnasi, mengidentifikasi frekuensi dan situasi yang menimbulkan halusinasinya melatih pasien untuk menghardik halusinasi.

**Rencana tindak lanjut** : Evaluasi SP 1 menghardik halusinasi, mengajarkan SP 2 yaitu cara minum obat dengan benar.

**Evaluasi keperawatan**

**Data subjektif** : Pasien mengatakan sudah mengerti cara menghardik halusinasi.

**Data objektif** : Pasien tampak sudah paham dan dapat mengulangi kembali yang telah di ajarkan perawat.

**Assesment** : Halusinasi Pendengaran masih ada

**Planning** : Anjurkan pasien untuk terus menghardik ketika halusinasinya muncul, lakukan 5x dalam sehari waktunya sesuai dengan kemunculan halusinasinya. Anjurkan pasien untuk memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian.

**Pelaksanaan SP 2 pasien** : 21 Maret 2023 pukul 11:00

**Data subjektif** : Pasien mengatakan ingat dengan perawat, pasien dapat menyebutkan nama perawat, pasien mengatakan lebih tenang setelah melakukan cara menghardik, pasien mengatakan suara bisikan kadang masih terdengar.

**Data objektif** : Pasien tampak berbicara sendiri, pasien mampu mengontrol halusinasi dengan menghardik.

**Tindakan keperawatan** : Mengevaluasi SP 1 menghardik halusinasinya, kemudian mengajarkan SP 2 cara minum obat yang baik dan benar.

**Rencana tindak lanjut** : Evaluasi SP 1 halusinasi dengan cara menghardik, dan evaluasi SP 2 halusinasi meminum obat dengan benar, latih SP 3 mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap

**Evaluasi keperawatan**

**Data subjektif** : Pasien mengatakan sudah mengerti jenis obat, warna obat dan waktu minum obat. Pasien mengatakan cara mengontrol halusinasi dengan minum obat yang benar dan teratur, Pasien mengatakan bisa menghafal hanya beberapa obat saja, bias menghafal warna obat dan tau fungsi dan obat yang di minum.

**Data objektif** : Pasien mampu menyebutkan dua obat beserta kegunaan dan kerugian apabila tidak di minum, namun pasien belum mampu mengetahui kegunaan obat dan kerugian sepenuhnya.

**Assesment** : Halusinasi masih ada

**Planning** : Anjurkan pasien agar terus menghardik halusinasi dan minum obat yang teratur dan benar, anjurkan pasien untuk memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian jam 08:00 pagi dan 16:00 sore.

**Pelaksanaan SP 3 Pasien** : 22 Maret 2023 pukul 08.00

**Data subjektif** : Pasien mengatakan masih mendengar suara-suara bisikan namun jarang terdengar disaat pasien sendiri.

**Data objektif** : Pasien melakukan cara minum obat dengan benar, pasien Tampak menyendiri

**Tindakan keperawatan** : Mengevaluasi SP 1 menghardik halusinasi, mengevaluasi SP 2 cara minum obat yang baik dan benar, kemudian mengajarkan SP 3 yaitu becakap-cakap dengan perawat atau dengan temanny.

**Rencana tindak lanjut** : Evaluasi SP 1, 2, 3 halusinasi, evaluasi jadwal kegiatan harian, latih SP 4 mengontrol halusinasi dengan kegiatan positif

### **Evaluasi keperawatan**

**Data subjektif** : Pasien mengatakan senang setelah berbincang dengan teman samping kasur atau kamarnya, pasien mengatakan mau bercakap-cakap dengan teman samping kasurnya atau teman sekamarnya, pasien mengatakan sering mengobrol dengan Tn.R mengobrol tentang hal yang disukai.

**Data objektif** : pasien tampak mulai bercakap-cakap dengan temannya, pasien mampu melakukan atau mengulangi yang sudah diajarkan perawat tentang mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain

**Assesment** : Halusinasi masih ada

**Planning** : Anjurkan pasien agar terus menghardik halusinasi, anjurkan pasien minum obat yang teratur dan benar, anjurkan pasien untuk mengobrol dengan teman kamar yang lain dan anjurkan pasien untuk memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian.

**Pelaksanaan SP 4** : Tanggal 23 Maret 2023 Pukul 10.00

**Data subjektif** : Pasien mengatakan jika suara bisikan muncul dia selalu melakukan apa yang sudah diajarkan perawat, pasien mengatakan sudah bisa mengontrol halusinasi

**Data objektif** : Pasien tampak kooperatif

**Tindakan keperawatan** : Mengevaluasi SP 1 menghardik halusinasi, mengevaluasi SP 2 cara minum obat yang baik dan benar, mengevaluasi SP 3 bercakap-cakap dengan perawat atau dengan temannya, mengajarkan

SP 4 yaitu dengan melakukan kegiatan yang sudah terjadwal (senam pagi).

**Rencana Tindak Lanjut** : Evaluasi SP 1, 2, 3, 4 halusinasi, evaluasi jadwal kegiatan harian.

### **Evaluasi keperawatan**

**Data subjektif** : Pasien mengatakan senang senam dipagi hari sambil bercakap-cakap dengan teman-temannya, pasien mengerti akan tujuan, manfaat dari melakukan kegiatan terjadwal.

**Data objektif** : Pasien tampak bersemangat senam dan sambil mengobrol dengan teman-temannya

**Assesment** : Halusinasi pendengaran dan penglihatan belum teratasi

**Planning** : Anjurkan pasien agar terus menghardik halusinasi, minum obat yang teratur, mengobrol dengan teman kamar yang lain, anjurkan pasien bercakap-cakap dengan teman yang lain sambil melakukan kegiatan atau aktivitas, anjurkan pasien untuk memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian dan anjurkan pasien untuk terus melakukannya secara mandiri pada jam 08:00 pagi dan jam 16:00 sore.

## **2. Diagnosa Keperawatan: Risiko Perilaku Kekerasan**

**Data Subjektif** : Pasien mengatakan suka melempar dan merusak barang jika sedang marah atau kesal dengan orang lain, pasien mengatakan suka memukul orang apabila orang tersebut memiliki masalah dengan pasien.

**Data Objektif** : Pasien tampak kesal, pasien tampak berbicara dengan

nada tinggi.

**Tujuan umum** : Pasien tidak melakukan tindakan kekerasan, pasien tidak menciderai sendiri, orang lain dan lingkungan.

**Tujuan khusus** : Pasien dapat membina hubungan saling percaya, pasien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan, mengidentifikasi tanda-tanda, jenis perilaku, akibat perilaku kekerasan, mendemonstrasikan cara fisik, cara sosial, cara spiritual untuk mencegah perilaku kekerasan, pasien menggunakan obat sesuai program yang telah ditetapkan.

**Rencana tindakan** : Bina hubungan saling percaya, beri salam terapeutik setiap interaksi, perkenalkan diri dengan sopan, tanyakan nama lengkap jelaskan tujuan setiap pertemuan, beri perhatian kepada pasien adakan kontak sering dan singkat secara bertahap, beri kesempatan untuk mengungkapkan perasaannya. Bantu pasien mengungkapkan tanda-tanda perilaku kekerasan yang dialaminya, motivasi pasien menceritakan kondisi fisik (tanda-tanda fisik), motivasi pasien menceritakan kondisi emosionalnya (tanda-tanda emosional), motivasi pasien menceritakan kondisi hubungan dengan orang lain saat terjadi perilaku beri pujian positif atas kemampuan pasien. Jelaskan manfaat menggunakan obat secara teratur dan kerugian jika tidak menggunakan obat, jelaskan kepada pasien: Jenis obat (nama, warna dan bentuk), dosis, waktu, cara dan efek.

**Pelaksanaan SP I** : 20 Maret 2023 pukul 10:00

**Data subjektif** : Pasien mengatakan suka membanting barang dan melempar barang ketika sedang marah.

**Data objektif** : Pasien tampak mengepalkan tangannya, emosional pasien tidak stabil, tatapan mata pasien tajam.

**Tindakan keperawatan** : Membina hubungan saling percaya dengan pasien, mengidentifikasi perilaku kekerasan, menyebutkan jenis, mengajarkan SP 1 cara mencegah perilaku kekerasan dengan cara Tarik napas dalam dan pukul bantal.

**Rencana tindak lanjut** : Evaluasi SP 1 perilaku kekerasan tarik nafas dalam dan pukul bantal, latih SP 2 cara minum obat.

#### **Evaluasi keperawatan**

**Data subjektif** : Pasien mengatakan sudah tau bagaimana cara mengontrol emosinya dengan cara tarik napas dalam dan pukul bantal.

**Data objektif** : Pasien mampu mengulangi kembali apa yang sudah diajarkan perawat yaitu teknik relaksasi napas dalam dan pukul bantal.

**Assesment** : Risiko perilaku kekerasan masih ada

**Planning** : Anjurkan pasien untuk terus mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik tarik nafas dalam dan pukul bantal apabila perilaku kekerasan muncul. Anjurkan pasien untuk memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian.

**Pelaksanaan SP 2 Pasien** : 21 Maret 2023 pukul 08:00

**Data subjektif** : Pasien mengatakan masih merasa kesal dan sering marah-marah.

**Data objektif** : Pasien tampak tidak mengepalkan tangannya.

**Tindakan keperawatan** : Mengevaluasi SP 1 tarik napas dalam dan pukul

bantal, mengajarkan SP 2 yaitu cara minum obat.

**Rencana tindak lanjut** : Evaluasi SP 1, 2 perilaku kekerasan pasien, lanjutkan SP 3 latih mengontrol emosi secara verbal (meminta dan menolak dengan baik).

### **Evaluasi Keperawatan**

**Data subjektif**: Pasien mengatakan senang berbincang dengan perawat tentang cara mengontrol perilaku kekerasan dengan minum obat yang benar dan teratur, Pasien mengatakan bisa menghafal hanya beberapa obat, bias menghafal warna obat dan mengerti fungsi dari obat yang di minum.

**Data objektif**: Pasien mampu melakukan atau mengulangi yang sudah diajarkan perawat tentang mengontrol perilaku kekerasan dengan cara minum obat yang benar, pasien menyebutkan dua obat beserta kegunaan dan kerugian apabila tidak diminum, namun pasien belum mampu mengetahui kegunaan obat dan kerugian sepenuhnya.

**Assesment** : Risiko perilaku kekerasan masih ada

**Planning** : Anjurkan pasien agar terus mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik tarik nafas dalam dan pukul bantal perilaku kekerasan dan anjurkan pasien minum obat, anjurkan pasien untuk memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian.

**Pelaksanaan SP 3 pasien** : 22 Maetr 2023 pukul 10:00

**Data subjektif** : Pasien mengatakan masih sedikit kesal, pasien mengatakan setiap kesal selalu melakukan tarik napas dalam.

**Data objektif** : Pasien tampak masih merasa kesal, pasien tampak

mengepal tangan.

**Tindakan keperawatan** : Menegulasi SP 1tarik napas dalam dan pukul bantal, mengevaluasi Sp 2 cara minum obat, mengajarkan SP 3 mengontrol emosi secara verbal (meminta dan menolak dengan baik).

**Rencana tindak lanjut** : Evaluasi SP 1,2,3 perilaku kekerasan pasien, lanjutkan SP 4 mengajarkan pasien cara spiritual.

#### **Evaluasi keperawatan**

**Data subjektif** : Pasien mengatakan bisa melakukan meminta dan menolak permintaan dengan baik.

**Data objektif** : Pasien sudah merasa tenang, emosional pasien sudah stabil, pasien mampu melakukan yang sudah diajarkan perawat tentang mengontrol perilaku kekerasan dengan cara meminta dan menolak dengan baik kepada orang lain.

**Assesment** :Risiko perilaku kekerasan masih ada

**Planning** : Anjurkan untuk melatih berkata meminta dan menolak dengan baik kepada orang lain dan anjurkan pasien untuk memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian.

**Pelaksanaan SP 4 pasien** : 23 Maret 2023 pukul 10:00

**Data subjektif** : Pasien mengatakan masih sedikit kesal, pasien mengatakan setiap kesal selalu melakukan tarik napas dalam.

**Data objektif** : Emosional pasien tampak stabil

**Tindakan keperawatan** : Menegulasi SP 1tarik napas dalam dan pukul bantal, mengevaluasi Sp 2 cara minum obat, mengevaluasi SP 3

mengontrol emosi secara verbal (meminta dan menolak dengan baik), mengajarkan SP 4 cara mengontrol emosi dengan spiritual.

**Rencana tindak lanjut** : Evaluasi SP 1,2,3,4 perilaku kekerasan pasien, lanjutkan evaluasi semua SP.

### **Evaluasi keperawatan**

**Data subjektif** : Pasien mengatakan bisa mengucapkan istigfar saat sedang kesal.

**Data objektif** : Pasien sudah merasa tenang, emosional pasien sudah stabil, pasien mampu melakukan yang sudah diajarkan perawat tentang mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual.

**Assesment** :Risiko perilaku kekerasan masih ada

**Planning** : Anjurkan pasien untuk melakukan cara mengontrol emosi dengan cara spiritual. Anjurkan pasien memasukan kedalam jadwal harian.

### **3. Diagnosa keperawatan : Isolasi Sosial**

**Data Subjektif** : Pasien mengatakan malas berinteraksi dengan orang lain, pasien mengatakan lebih suka sendiri, pasien mengatakan tidak mau mempunyai teman.

**Data Objektif** : Pasien suka menyendiri, pasien tampak tidal suka berbarir dengan teman-temannya.

**Tujuan umum** : Pasien dapat berinteraksi dengan orang lain

**Tujuan khusus** : Pasien dapat membina hubungan saling percaya, menyebutkan penyebab menarik diri, keuntungan dan kerugian tidak berhubungan dengan orang lain, pasien dapat berhubungan sosial secara

bertahap, pasien dapat berhubungan dengan orang lain.

**Rencana tindakan** : Bina hubungan saling percaya, beri salam terapeutik setiap interaksi, perkenalkan diri dengan sopan, tanyakan nama lengkap pasien jelaskan tujuan setiap pertemuan, Kaji pengetahuan pasien tentang perilaku menarik diri, dan tanda-tandanya, beri kesempatan pasien untuk mengungkapkan perasaan penyebab menarik diri, diskusikan dengan pasien tentang keuntungan dan kerugian tidak berhubungan dengan orang lain, beri pujian positif tentang kemampuan pasien mengungkapkan perasaannya, Kaji kemampuan pasien membina hubungan dengan orang lain.

**Pelaksanaan SP 1 pasien** : 20 Maret 2023 pukul 13.00

**Data subjektif** : Pasien mengatakan lebih suka menyendiri, pasien mengatakan tidak mau berkenalan dengan orang lain.

**Data objektif** : Pasien tampak jarang mengobrol dengan orang lain, pasien tampak lebih suka menyendiri.

**Tindakan keperawatan** : Menjalin hubungan saling percaya dengan pasien, mengajarkan pasien SP 1 berkenalan dengan 1 orang.

**Rencana tindak lanjut** : Evaluasi SP 1 Isolasi sosial pasien, lanjutkan ke SP 2 Isolasi sosial pasien

**Evaluasi keperawatan**

**Data subjektif** : Pasien mengatakan senang setelah diajak berinteraksi oleh perawat, Pasien mengatakan menjadi tahu tentang kerugian tidak memiliki teman dan keuntungan bila berinteraksi dengan orang lain..

**Data objektif** : Pasien mampu berinteraksi dan berkenalan dengan perawat, tetapi masih dalam bimbingan perawat saat berkenalan.

**Assesment** : Isolasi Sosial masih ada

**Planning** : Anjurkan pasien agar berinteraksi dengan yang lain. Anjurkan pasien untuk memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian.

**Pelaksanaan SP 2 Pasien** : 21 Maret 2023 pukul 09.00

**Data subjektif** : Pasien mengatakan masih belum berinteraksi dengan orang lain dan hanya diam duduk di taman.

**Data objektif** : Pasien tampak menyendiri, pasien tampak tidak mau berinteraksi dengan orang lain.

**Tindakan keperawatan** : Mengevaluasi SP 1 berkenalan dengan 1 orang, mengajarkan SP 2 berkenalan dengan 2 orang.

**Rencana tindak lanjut** : Evaluasi SP 1, 2 Isolasi Sosial pasien, lanjutkan SP 3 Isolasi Sosial pasien

**Evaluasi keperawatan**

**Data subjektif** : Pasien mengatakan senang setelah diajak berkenalan dengan teman kamar nya dan senang berbincang dengan perawat, pasien mengatakan senang berkenalan dengan teman kamarnya yaitu Tn.D dan Tn.J.

**Data objektif** : Pasien mampu berkenalan dan menyebutkan nama, hobby, alamat ketika berkenalan dengan teman nya, Pasien mampu melakukan berkenalan dengan 2 teman kamarnya.

**Assesment** : Isolasi sosial masih ada

**Planning** : Anjurkan pasien agar terus berkenalan dan berinteraksi dengan teman yang sudah di ajak berkenalan, dan anjurkan pasien untuk memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian.

**Pelaksanaan SP 3 Pasien** : 22 Maret 2023 pukul 08:00

**Data subjektif** : Pasien mengatakan sudah berinteraksi dengan Tn.D dan Tn.J ngobrol tentang hobinya yaitu bercocok tanam dan membaca.

**Data objektif** : Pasien tampak mulai bisa memulai pembicaraan dengan temannya dan mau berinteraksi.

**Tindakan keperawatan** : Mengevaluasi isolasi sosial dan cara berkenalan atau berinteraksi dengan orang lain. Kemampuan menyebutkan kerugian dan keuntungan jika tidak berhubungan dengan orang lain, kemampuan berkenalan dengan dua tiga teman sekamarnya, kemampuan berinteraksi, mengajarkan cara berinteraksi dengan lima orang lain saat beraktivitas.

**Rencana tindak lanjut** : Evaluasi SP 1, 2, 3 Isolasi sosial pasien, lanjutkan SP 4 Isolasi sosial pasien.

**Evaluasi keperawatan**

**Data subjektif** : Pasien mengatakan senang bisa ngobrol dalam kelompok TAK.

**Data objektif** : Pasien tampak senang, pasien tampak sudah tidak menyendiri, Pasien mampu melakukan dan mengulangi yang diajarkan perawat cara berkenalan dan berinteraksi dengan orang lain.

**Assesment** : Isolasi sosial teratasi

**Planning** : Anjurkan pasien agar terus berinteraksi dengan teman,

anjurkan pasien untuk memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian.

#### **4. Diagnosa Keperawatan: Harga diri rendah**

**Data Subjektif** : Pasien mengatakan malu belum bisa membahagiakan kedua orang tuanya.

**Data Objektif** : Pasien tampak sedih, pasien tampak lesu.

**Tujuan Umum** : Pasien dapat merasa memiliki harga diri dan tidak berfikir negatif terhadap dirinya.

**Tujuan khusus** : Pasien dapat membina hubungan saling percaya, pasien dapat mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki, pasien dapat melakukan kegiatan sesuai kondisi dengan kemampuannya.

**Rencana tindakan** : Bina hubungan saling percaya, beri salam terapeutik setiap interaksi, Diskusikan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien, buat daftarnya, setiap bertemu pasien hindarkan memberi penilaian negatif. Minta pasien untuk memilih satu kegiatan yang mau dilakukan di rumah sakit, diskusikan jadwal kegiatan harian atas kegiatan yang telah dilatih, Beri kesempatan pada pasien untuk mencoba kegiatan yang telah direncanakan, beri pujian atas keberhasilan pasien.

**Pelaksanaan SP 1** : 20 Maret 2023 pukul 14:00

**Data subjektif** : Pasien mengatakan malu dan merasa tidak berguna, pasien mengatakan ingin cepat pulang.

**Data objektif** : Pasien tampak jarang menatap mata saat diajak berbicara

Tindakan keperawatan : Membina hubungan saling percaya dengan pasien.

Membantu pasien mengidentifikasi aspek positifnya, menilai kemampuan

yang bisa dilakukan, mengajarkan SP 1 meningkatkan keterampilan positif untuk meningkatkan harga dirinya (menyapu).

**Rencana tindak lanjut** : Evaluasi SP 1 Harga diri rendah, lanjutkan ke SP 2 (membersihkan tempat tidur).

### **Evaluasi keperawatan**

**Data subjektif** : Pasien mengatakan senang setelah diajarkan cara mempertahankan rasa percaya dirinya dengan melakukan kegiatan yang pasien miliki atau masih bisa dilakukan yaitu menyapu.

**Data Objektif** : Pasien tampak melakukan kegiatan yang telah dipilihnya yaitu menyapu di dalam kamar

**Assesment** : Harga diri rendah masih ada.

**Planning** : Anjurkan pasien untuk terus melatih kegiatan yang masih dimilikinya, Anjurkan pasien untuk memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian.

**Pelaksanaan SP 2 pasien** : 21 Maret 2023 pukul 09:00

**Data subjektif** : Pasien mengatakan sedih karena ingin cepat pulang dan bisa membantu orang tuanya.

**Data objektif** : Pasien tampak menatap mata saat diajak berbicara

**Tindakan keperawatan** : Mengevaluasi SP 1 keterampilan positif yang dimiliki yaitu menyapu, Mengajarkan SP 2 yaitu meningkatkan keterampilan positif yang kedua (membersihkan tempat tidur).

**Rencana tindak lanjut** : Evaluasi SP 1,2 Harga diri rendah pasien, lanjutkan kegiatan yang masih bisa dilakukan di RS atau yang dimiliki

untuk meningkatkan harga diri pasien

### **Evaluasi keperawatan**

**Data subjektif** : Pasien mengatakan senang diajarkan cara mempertahankan rasa percaya diri nya dengan melakukan kegiatan yang pasien miliki atau masih bisa di lakukan.

**Data objektif** : Pasien tampak senang, pasien melakukan kegiatan positif yang disukai, Pasien tampak mampu mengulangi kegiatan yang dimiliki dan bisa di lakukan dengan mandiri

**Assesment** : Harga diri rendah teratasi

**Planning** : Anjurkan pasien untuk terus melatih kegiatan yang masih dimilikinya dan yang sudah di latih, Anjurkan pasien untuk mengembangkan kemampuan yang masih dimiliki, Anjurkan pasien untuk memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian, Anjurkan pasien untuk terus melakukannya meskipun tidak ada perawat disampingnya.

### **5. Diagnosa Keperawatan : Defisit Perawatan Diri**

**Data Subjektif** : Pasien mengatakan mandi hanya 1x dalam sehari, pasien mengatakan jarang mencuci rambutnya.

**Data Objektif** : Pasien tampak kusam dan berminyak, pasien tampak bau mulut, pasien tampak bau badan, pasien tampak makan dan minum tidak meja makan.

**Tujuan umum** : Pasien dapat menjelaskan pentingnya kebersihan diri, menjaga kebersihan.

**Tujuan Khusus** : Pasien dapat membina hubunga saling percaya,

membantu pasien cara perawatan diri dengan baik.

Rencana tindakan: Bina hubungan saling percaya: beri salam setiap interaksi, perkenalkan nama, nama panggilan dan tujuan perawatan berkenalan. Tanyakan nama dan panggilan kesukaan pasien, tunjukkan sikap jujur dan menepati janji setiap kali berinteraksi. Tanyakan perasaan dan masalah yang dihadapi pasien. Buat kontak interaksi yang jelas. Dengarkan ungkapan perasaan pasien dengan empati. Penuhi kebutuhan dasar pasien.

**Pelaksanaan SP 1 Pasien** : 20 Maret 2023 pukul 08:00

**Data Subjektif** : Pasien mengatakan mandi hanya 1x dalam sehari, pasien mengatakan jarang mencuci rambutnya.

**Data Objektif** : Pasien tampak kusam dan berminyak, pasien tampak bau mulut, pasien tampak bau badan, pasien tampak makan dan minum tidak meja makan.

**Tindakan Keperawatan** : Membina hubungan saling percaya, menjelaskan pentingnya kebersihan diri, mengajarkan cara mandi dengan benar dan membantu menyebutkan alat mandi.

**Rencana Tindakan** : Evaluasi sp 1 mandi, lanjutkan sp 2 berhias.

**Evaluasi Keperawatan**

**Data Subjektif** : Pasien mengatakan sudah mengerti cara mandi dengan benar

**Data Objektif** : Pasien tampak mampu mempraktekkan cara mandi dengan benar.

**Assesment** : Defisit Perawatan Diri masih ada

**Planning** : Anjurkan pasien mandi minimal 2x dalam sehari, Anjurkan pasien memasukkan kedalam jadwal harian yang telah dibuat.

**Pelaksanaan SP 2 Pasien:** 21 Maret 2023 pukul 10.00

**Data Subjektif** : Pasien mengatakan sudah mandi 2x dalam sehari pagi dan sore, pasien mengatakan belum mencuci rambutnya dan gosok gigi.

**Data Objektif** : Pasien tampak kusam dan berminyak, pasien tampak bau mulut, pasien tampak bau badan, pasien tampak makan dan minum tidak meja makan

**Tindakan Keperawatan** : Mengevaluasi Sp 1 cara mandi, mengevaluasi Sp 2 pentingnya berhias sesudah mandi, Mengajarkan cara makan dan minum yang benar dan baik.

**Rencana Tindakan** : Evaluasi sp 1 mandi, evaluasi sp 2 berhias, lanjutkan sp 3 cara makan dan minum yang baik dan benar.

Evaluasi Keperawatan

**Data Subjektif** : Pasien mengatakan sudah makan dan minum di meja makan.

**Data Objektif** : Pasien tampak sudah makan dan minum di meja makan dengan baik dan benar.

**Assesment** : Defisit Perawatan Diri sudah teratasi

**Planning** : Anjurkan pasien untuk selalu makan dan minum di atas meja dengan baik dan benar, Anjurkan pasien memasukan kedalam jadwal harian yang sudah di jadwalkan.

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Pada bab ini penulis akan membahas kesenjangan antara teori dengan tinjauan kasus, faktor pendukung dan faktor penghambat serta alternative pemecahan masalah yang penulis temukan pada Tn. I dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran dan Penglihatan di Ruang Rawat ARIMBI RSJMM Bogor yang dilaksanakan pada tanggal 07-19 November 2022. Penulis melakukan Asuhan Keperawatan melalui tahapan sebagai berikut: pengkajian, perumusan diagnosis, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Berikut ini penulis akan membahas satu-persatu keperawatan tersebut.

#### **A. Pengkajian**

Pengkajian ini dilakukan dengan wawancara dan observasi terhadap pasien (Nurhalimah, 2016). Pengkajian yang telah dilakukan ke pasien dengan masalah Halusinasi Pendengaran dan Penglihatan tidak memiliki kesenjangan antara teori dan tinjauan kasus. Penulis mendapatkan data secara bertahap dari hasil wawancara terhadap dengan pasien, pemeriksaan fisik, catatan keperawatan, rekam medis serta perawat arimbi. Pengkajian adalah langkah pertama dalam melaksanakan perawatan medis. Data pengkajian pasien juga dapat didapatkan dari faktor pendukung dan faktor penghambat yang dimiliki pasien.

Menurut Sianturi, (2020) Faktor Predisposisi ialah sesuatu yang diperiksa pada

pasien meliputi faktor keturunan untuk gangguan mental, latar belakang genetik, status gizi, kerentanan biologis, status kesehatan umum dan paparan racun. Faktor psikologis meliputi kecerdasan, keterampilan verbal pengalaman masa lalu, konsep diri dan motivasi, kurangnya mendapatkan kasih sayang dari orang-orang terdekat. Faktor sosial budaya meliputi usia, jenis kelamin, pendidikan, pendapatan, pekerjaan, pengalaman sosial dan latar belakang budaya. Faktor presipitasi meliputi faktor biologis yang didapat pada pasien meliputi gangguan komunikasi dan pertukaran otak, di antaranya mengatur informasi, dan kelainan pada mekanisme input otak yang menyebabkan ketidakmampuan menginterpretasikan. Faktor psikologis meliputi adanya hambatan atau gangguan dalam bahasa verbal komunikasi, adanya kepribadian yang tertutup, dan masa lalu yang tidak menyenangkan. Faktor sosial budaya meliputi usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan rendah atau kegagalan sekolah, pendapatan rendah, pengangguran, status sosial yang buruk.

Pada faktor predisposisi yang menyebabkan pasien mengalami halusinasi ialah faktor psikologis, pasien salah dalam memilih pertemanan/ pergaulan bebas sehingga pasien mengikuti apa yang teman-temannya bilang untuk mengonsumsi napsa, karena jika pasien tidak mengikuti kata temannya pasien akan di *bully*, pasien juga memiliki riwayat penganiayaan fisik terhadap teman sekolahnya pada umur 18 tahun, pasien juga melakukan tindakan kriminal yaitu mendatangi sekolah dia dengan membawa benda tajam seperti pisau karena merasakan kesal dengan temannya pada umur 15 tahun. Pengalaman dimasa lalu yang dimiliki pasien sangat berpengaruh sekali dalam kehidupan pasien, karena pasien harus masuk ke RSJMM, dikeluarkan dari sekolah, pasien juga tidak bekerja karena masalah pada

kejiwaannya. Pada faktor sosiokultural, pasien merasa tertekan karena di *bully* oleh temannya yang mengakibatkan pasien melakukan kekerasan seperti memukul, menonjok temannya tersebut. Selain faktor psikologi, faktor sosiokultural, faktor Biologis juga menyebabkan pasien mengalami halusinasi dibuktikan dengan Pasien pertama kali mengalami gangguan jiwa di masa lalu 3 tahun lalu pada tahun 2020, pasien di rawat sudah 2 kali pertama pada tahun 2020 dan yang kedua pada tahun 2021 pasien dibawa ke RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor, didalam keluarga pasien tidak ada yang pernah terkena gangguan jiwa.

Pada faktor presipitasi Pada kasus presipitasi yang ditemukan yaitu faktor biologis karena pasien tidak minum obat yang disebabkan adanya daya tilik yang jelek pada pasien, dimana pasien menganggap dirinya tidak sedang mengalami gangguan jiwa dan kurangnya perhatian dari keluarga sehingga membuat pasien putus obat. Stres lingkungan karena pasien sering marah-marah saat dirumah. Dari teori dan kasus faktor presipitasi tidak adanya kesenjangan.

Faktor yang mendukung terjadinya interaksi pada saat pengkajian adalah terbinanya hubungan saling percaya antara pasien dan penulis dan pasien sangat kooperatif, sedangkan penghambat yang penulis temukan adalah pembicaraan pasien yang terkadang berbeda-beda. Faktor penghambat lainnya yang didapatkan penulis tidak bertemu dengan keluarga karena terbatasnya waktu dinas hanya 2 minggu sehingga sulit untuk bertemu dengan keluarga pasien sehingga penulis tidak bisa memvalidasi atas semua jawaban yang di dapatkan pada pasien, penulis hanya melihat data-data dari pasien dan rekam medis saja. Solusi dalam menghadapi pasien dengan cara memberikan waktu kesenjangan untuk pasien beristirahat agar pasien tidak merasa terganggu dan merasa bosan serta

mempertahankan hubungan saling percaya dengan pasien.

## **B. Diagnosa Keperawatan**

Berdasarkan teori, masalah yang muncul pada pasien dengan halusinasi pendengaran adalah resiko perilaku kekerasan, halusinasi, isolasi sosial, harga diri rendah, defisit perawatan diri (Muhith, 2015). Sedangkan pada kasus penulis menemukan lima diagnosa yaitu halusinasi pendengaran dan penglihatan, resiko perilaku kekerasan, isolasi sosial, harga diri rendah, dan defisit perawatan diri. Penulis menemukan diagnosis halusinasi karena mendapatkan data yang mendukung seperti, pasien tertawa sendiri, berbicara sendiri, pasien mengatakan mendengar suara dan melihat orang. Diagnosis risiko perilaku kekerasan karena didapatkan data bahwa pasien mengatakan suka marah-marah, pasien mengatakan kesal karena suara yang selalu datang menghantuinya. Diagnosis isolasi sosial didapatkan data pasien mengatakan lebih suka sendiri daripada berbicara dengan orang lain, pasien tampak tidak mempunyai teman, pasien tampak menyendiri di pojokan. Diagnosis harga diri rendah didapatkan data pasien mengatakan malu belum bisa membahagiakan kedua orang tuanya. Diagnosa defisit perawatan diri didapatkan data pasien tampak kusam, muka pasien berminyak, pasien tampak makan dan minum tidak di meja makan. Dari data yang ditemukan penulis semua data mencakup lima diagnosa tersebut dan penulis tidak menemukan adanya kesenjangan antara diagnosa teori dan kasus.

## **C. Perencanaan Keperawatan**

Menurut Sutejo (2018) rencana keperawatan adalah metode pemberian perawatan langsung kepada pasien. Perencanaan merupakan bagian dari fase

pengorganisasian dalam proses keperawatan sebagai pedoman untuk mengarahkan tindakan keperawatan dalam usaha membantu, meringankan, memecahkan masalah atau untuk memenuhi kebutuhan pasien. Pada tahapan perencanaan yang dibuat penulis untuk pasien sudah sesuai dengan teori dan kasus, penulis tidak menemukan adanya kesenjangan.

Faktor pendukung yang melakukan perencanaan keperawatan dan membina hubungan saling percaya dengan pasien, dapat mengungkapkan masalahnya sehingga dapat membuat perencanaan keperawatan dengan baik sesuai dengan kondisi yang didapatkan oleh pasien. Faktor penghambat yang di dapatkan pasien sulit mempercayai orang lain. Solusi yang harus diberikan adalah penulis memulai pendekatan dengan pasien.

#### **D. Implementasi**

Setelah dilakukan perencanaan keperawatan, penulis melakukan pelaksanaan keperawatan atau implementasi selama 3x24 jam. Implementasi dilakukan sesuai dengan teori yaitu dengan cara mengidentifikasi jenis, frekuensi, dan durasi halusinasi yang dialami pasien. Tindakan yang dilakukan yaitu strategi pelaksanaan satu-empat halusinasi seperti cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, cara minum obat yang benar, cara bercakap-cakap dengan orang lain, dan melakukan kegiatan yang terjadwal pasien.

Pada Strategi pelaksanaan satu halusinasi, yaitu pasien mampu menyebutkan isi halusinasi yang dialami, pasien mampu melakukan mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, penulis tidak ditemukan hambatan karena pasien kooperatif dan mampu mengikuti apa yang di ajarkan oleh penulis dan mampu

mengulanginya kembali setelah diajarkan. Faktor pendukung yang penulis dapatkan pasien tampak kooperatif dan mau mengikuti kegiatan cara menghardik. Strategi pelaksanaan dua halusinasi, yaitu pasien mampu mengetahui pengertian minum obat dengan benar, kegunaan obat, keuntungan dan kerugian tidak minum obat.

Hambatan yang penulis dapatkan pasien sebelumnya sempat tidak mau untuk dilakukan strategi pelaksanaan dua halusinasi karena pada saat itu penulis melihat kalau pasien tersebut sedang berhalusinasi tetapi setelah di ajak berbicara pasien mau untuk dilakukan strategi pelaksanaan dua tersebut dan hasil yang di dapatkan pasien belum mampu menyebutkan kerugian jika tidak minum obat, pada strategi pelaksanaan dua terdapat hambatan lainnya karena pasien belum mampu mengingat atau sering lupa apa saja kerugian yang akan terjadi.

Faktor pendukung yang penulis dapatkan pada pasien yaitu yang awalnya pasien tidak mau melakukan sekarang pasien dan sekarang pasien mau mengikutinya. Strategi pelaksanaan tiga halusinasi, yaitu pasien mampu bercakap-cakap dengan orang lain jika halusinasi muncul.

Hasil yang didapatkan pasien mampu melakukan cara ketiga yaitu bercakap-cakap, pasien paham apa yang dijelaskan dan pasien mampu mempraktikkan kembali, pada strategi pelaksanaan tiga tidak ditemukan hambatan karena pasien kooperatif dan memperhatikan yang telah di ajarkan. Faktor pendukung yang penulis dapatkan pasien kooperatif.

Pada strategi pelaksanaan empat halusinasi, yaitu pasien mampu mengontrol halusinasi dengan cara melakukan aktivitas terjadwal. Hasil yang di dapatkan pasien mampu membuat aktivitas terjadi seperti mengikuti senam di ruangan dan

pasien mengikuti kegiatan yang telah dilaksanakan dengan baik, pasien juga tampak bersemangat mengikuti kegiatannya. Pada strategi pelaksanaan ini tidak ditemukan adanya hambatan karena pasien kooperatif dan mengikutinya dengan baik. Faktor pendukung yang penulis dapatkan pasien mengikuti kegiatan dengan baik.

### **E. Evaluasi**

Setelah dilakukan tindakan keperawatan strategi pelaksanaan gangguan persepsi sensori ; halusinasi penglihatan dan pendengaran pada akhir pertemuan pasien sudah mampu mengatasi halusinasi yang dirasakan dengan cara menghardik secara mandiri, minum obat dengan baik dan benar secara teratur, mau untuk becakap-cakap dengan orang lain dan melakukan kegiatan positif yang terjadwal.

Semua intervensi dihentikan pada hari ketiga setelah pemberian asuhan keperawatan. Intervensi dihentikan dikarenakan tujuan dan kriteria hasil dapat tercapai secara maksimal sesuai waktu yang telah ditetapkan penulis. Dari empat belas luaran asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi terdapat lima luaran persepsi sensori yang terdapat pada Tn.I yaitu verbalisasi mendengar bisikan, verbalisasi melihat bayangan, menarik diri, mondar-mandir, dan melamun.

Setelah dilakukan intervensi tersisa dua luaran yang belum tercapai, yaitu mondar-mandir masih belum menurun, dan melamun belum menurun. Maka dari itu tanda gejala gangguan persepsi sensori : halusinasi pada Tn.I menurun 60%. Kemampuan pasien meningkat dalam segi kognitif, pasien sudah mampu untuk menyebutkan penyebab halusinasi, menyebutkan karakteristik halusinasi yang

dirasakan seperti ; jenis, isi, frekuensi, durasi, waktu, situasi yang menyebabkan dan respons terhadap halusinasi, menyebutkan akibat yang ditimbulkan dari halusinasi, menyebutkan cara yang selama ini digunakan untuk mengendalikan halusinasi, dan menyebutkan cara mengendalikan halusinasi yang tepat.

Sedangkan dalam segi psikomotor pasien sudah mampu melawan halusinasi dengan cara menghardik, mengabaikan halusinasi dengan bersikap cuek, mengalihkan halusinasi dengan cara distraksi yaitu bercakap-cakap dan melakukan aktivitas, pasien mampu mengenal jenis obat yang dikonsumsi, warna obat, frekuensi obat. Dalam segi afektif pasien merasakan manfaat cara-cara mengatasi halusinasi, dan membedakan perasaan sebelum dan sesudah latihan, pasien mengatakan ingin melakukan cara mengatasi halusinasi secara mandiri. Maka dari itu kemampuan Tn.I dengan diagnosis gangguan persepsi sensori : halusinasi meningkat 60%

Terdapat faktor pendukung selama penulis melakukan evaluasi adalah cukup kooperatifnya pasien yang memudahkan penulis memperoleh data-data berdasarkan respon pasien. Dukungan dari perawat ruangan juga sangat membantu penulis dalam melakukan evaluasi. Penulis tidak menemukan adanya faktor yang menjadi hambatan selama melakukan evaluasi.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada Tn.I dengan gangguan persepsi sensori halusinasi di ruang Arimbi di Rumah Sakit RSJMM Bogor, maka penulis menemukan 5 diagnosa yaitu halusinasi pendengaran dan penglihatan, isolasi sosial, resiko perilaku kekerasan, harga diri rendah, dan defisit perawatan diri.

#### **A. Kesimpulan**

Halusinasi adalah persepsi sensorik terhadap suatu objek tanpa adanya rangsangan dari luar, gangguan sensorik melibatkan semua panca indera pendengaran, penglihatan, pengecap, penciuman, dan perabaan. Halusinasi adalah salah satu gejala gangguan jiwa dimana pasien mengalami perubahan persepsi sensoriknya dan mengalami sensasi palsu berupa suara, penglihatan, perabaan atau penciuman. pasien merasakan stimulus yang sebenarnya tidak ada.

Berdasarkan pengkajian yang sudah dilakukan pada Tn.I terdapat tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus. Hasil diagnosa keperawatan tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus. Perencanaan keperawatan yang diberikan penulis yaitu strategi pelaksanaan pertama sampai keempat. Pelaksanaan keperawatan tidak ada kesenjangan dalam melakukan strategi pelaksanaan pertama sampai keempat. Tetapi dalam melaksanakan strategi pelaksanaan ketiga ada penghambat dimana pasien menolak saat akan dilakukan strategi pelaksanaan ketiga. Evaluasi keperawatan yang diberikan penulis yaitu strategi pelaksanaan

halusinasi pertama sampai keempat yang dapat mengurangi tanda dan gejala halusinasi. Selain itu hasil observasi tanda dan gejala pasien mulai menurun.

## **B. Saran**

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada Tn.I dengan masalah utama gangguan halusinasi pendengaran dan penglihatan selama 2 minggu, maka penulis membuat saran bagi seluruh pihak yang bertujuan untuk meningkatkan lagi mutu asuhan keperawatan khususnya bagi pasien dengan gangguan persepsi sensori halusinasi.

### **1. Mahasiswa / Penulis**

Mahasiswa diharapkan mampu meningkatkan mutu dalam asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran dan penglihatan dan mahasiswa diharapkan lebih memperhatikan kondisi pasien yang mengalami gangguan persepsi sensori halusinasi dan memahami konsep asuhan keperawatan jiwa dengan menjalin hubungan rasa percaya dengan pasien, sering mengobrol masalah yang sedang di alami pasien.

### **2. Perawat ruangan**

Perawat diharuskan lebih menjalin komunikasi yang baik dengan pasien sehingga pasien dapat mengungkapkan semua permasalahan dan mau bergerak untuk mengikuti terapi dan pengobatan yang diberikan selama dirawat di rumah sakit jiwa RSJMM sehingga pengobatannya dapat tercapai keberhasilannya.

## DAFTAR PUSTAKA

- Abd.wahid. (2013). *Asuhan Keperawatan Dengan Gangguan Sistem Muskuloskeletal*. Jakarta: CV Sangung Seto.
- Afnuhazi, 2015. (2015). *Komunikasi tarapeutik dalam keperawatan jiwa*.
- Azizah, & Ma'rifatul, L (2016) . *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*.Yogyakarta: Indomedia Pustaka.  
*Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*, 1–366. [https://doi.org/ISBN\\_978-xxx-xxxxx-x](https://doi.org/ISBN_978-xxx-xxxxx-x)
- Fatasyania, R., & Maharani, I. S. B. (2021). *Asuhan keperawatan pada klien skizofrenia dengan halusinasi dalam pemenuhan kebutuhan psikososial dan kesehatan jiwa*. Gafang Wilayah Kerja Puskesmas Nanggalo Kota Padang. *Jurnal Keperawatan*,1(1), 1–170.
- Hafizuddin. (2016). *Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. A Dengan Masalah*.
- Ilham, T. V. (2017). *Asuhan Keperawatan Pada Klien Halusinasi Di KelurahanSurau*
- Keliat, B. A.,Hamid, A. Y. S.,Putri, Y. S. E.,Daulima, N. H. C., Wardani, I. Y., Hargiana, G., & Panjaitan, R. U. (2019). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Buku Kedokteran EGC.
- Lilik Ma'rifatul Azizah, Imam Zainuri, A. A. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa Teori dan Aplikasi Praktik Klinik*. *Yogyakarta: Indomedia Pustaka*,2,674.[http://rsjiwajambi.com/wp-content/uploads/2019/09/Buku\\_Ajar\\_Keperawatan\\_Kesehatan\\_Jiwa\\_Teori\\_dan-Aplikasi-Praktik-Klinik-1.pdf](http://rsjiwajambi.com/wp-content/uploads/2019/09/Buku_Ajar_Keperawatan_Kesehatan_Jiwa_Teori_dan-Aplikasi-Praktik-Klinik-1.pdf)
- Muhith, A. (2015). *pendidikan keperawatan jiwa* (M. Bendetu (ed.); Ed.1). CV ANDI OFFSET (Penerbit ANDI). <https://doi.org/97897923988>

- Nurhalimah. (2016). *Modul Bahan Ajar Cetak Keperawatan Jiwa* (Jakarta Se).  
Pusdik SDM Kesehatan
- Pengestika, C. N., & Budiarto, E. (2021). *Prosiding Seminar Nasional Kesehatan 2021 Lembaga Penelitian dan Pengabdian Masyarakat Literature Review : Gambaran Karakteristik Pasien Prosiding Seminar Nasional Kesehatan 2021 Lembaga Penelitian dan Pengabdian Masyarakat Universitas Muhammadiyah Pekaja*. 2175–2187.
- Riskesdas, 2018. (2018). *Laporan\_Nasional\_RKD2018\_FINAL.pdf*. In *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan* (p. 198).
- Santri, T. W. (2019). *Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Masalah Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran Pada Ny.S. Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Masalah Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran Pada Ny.S*, 1–42.
- Sianturi, S, F. (2020). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny. H Dengan Masalah Halusinasi*. 1–42
- Sunaryanto, B. E., Handayani, R., Prihandayani, G., & Rini, N. S. H. (2019).
- Sutejo. (2018). *Keperawatan Jiwa Konsep dan Praktik Asuhan Keperawatan Kesehatan Jiwa: Gangguan Jiwa dan Psikososial*. Pustaka Baru Press.
- Townsend & Morgan, 2017. (2017). *Asuhan keperawatan jiwa pada an s dengan gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran*. 2018, 1–2.
- Waruwu, Y. D. (2020). *Manajemen Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn . I Dengan Masalah Halusinasi Pendengaran : Studi Kasus*.
- World Health Organization. (2020). *Mental Health ATLAS*.

Yusuf, A. ., Fitryasari, R., & Endang Nihayati, H. (2015). Keperawatan Kesehatan Jiwa. *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*, 1–366.

**Strategi Pelaksanaan**  
**Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi**

SP 1 : Mengahardik Halusinasi

Nama Pasien : Tn. I

Pelaksanaan : Ke-1

Tanggal Pelaksanaan : Senin, 20 Maret 2023

Ruangan : Arimbi

**A. Proses Keperawatan**

**1. Kondisi Pasien**

**DS:**

- a. Pasien mengatakan mendengar suara yang mengajak megobrol dan melihat orang ketika sendirian dan malam hari.
- b. Pasien mengatakan kesal dan terganggu dengan suara suara tersebut
- c. Pasien mengatakan suara dan melihat orang dalam sehari kurang lebih 5x.

**DO:**

- a. Pasien tampak gelisah
- b. Pasien tampak mondar-mandir
- c. Pasien mengalami inkoheren saat berbicara, pasien berbicara ngelantur
- d. Pasien tampak kesal
- e. Pasien tampak kurang focus ketika diajak ngobol

- 2. Diagnosa Keperawatan : Gangguan persepsi sensosi : Halusinasi**  
Pendengaran dan Penglihatan

**3. Tujuan khusus:**

- a. Klien dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat
- b. Klien dapat mengenali halusinasinya (isi, frekuensi, waktu)
- c. Klien dapat mengontrol halusinasi
- d. Mengidentifikasi cara menghardik dan memasukan kedalam jadwal harian

**4. Tindakan Keperawatan:**

- a. Sapa pasien dengan ramah baik verbal maupun non verbal
- b. Perkenalkan nama perawat dan nama panggilan
- c. Tanyakan nama lengkap dan nama yang disukai pasien
- d. Tunjukkan sikap jujur dan menepati janji setiap kali berinteraksi dengan pasien
- e. Tunjukkan sikap empati dan menerima pasien apa adanya
- f. Tanyakan masalah pasien dan perasaan, dengarkan penuh perhatian
- g. Adakan kontak yang sering dan singkat secara bertahap
- h. Pantau tingkah laku pasien terkait halusinasinya
- i. Tanyakan kepada pasien tentang isi halusinasinya, waktu terjadinya halusinasi dan kondisi situasinya yang menimbulkan halusinasinya
- j. Identifikasi Bersama pasien saat halusinasinya muncul
- k. Diskusikan dengan pasien cara yang digunakan apakah menguntungkan/merugikan
- l. Diiskusikan cara baru yaitu menghardik halusinasinya
- m. Jelaskan cara menghardik halusinasi

- n. Beri pujian yang wajar atas keberhasilan pasien melakukan hal tersebut

## **B. Strategi komunikasi**

### **1. Fase Orientasi**

#### **a. Salam terapeutik**

“Selamat pagi pak, masih ingat dengan saya? Oke kita kenalan lagi ya pak,

nama saya perawat Dwi yang akan merawat bapak pagi ini dari jam 07.00

pagi sampai jam 14.00 siang. Nama bapak siapa? Senang dipanggil apa”

#### **b. Evaluasi/Validasi**

“ Bagaimana perasaan bapak hari ini? Bagaimana semalam tidurnya?

Apakah ada keluhan?”

#### **c. Kontrak (Waktu, Tempat, dan Topik)**

“Bagaimana kalau sekarang kita berbincang-bincang tentang apa yang bapak

rasakan? bapak mau kita berbincang-bincang dimana? Berapa lama? Bagaimana kalau 20 menit?”

#### **d. Tujuan**

“Tujuan kita mengobrol hari ini adalah agar bapak dapat mengetahui apa itu halusinasi dan bagaimana cara mengontrol halusinasi

## 2. Fase Kerja

“Baik pak seperti yang bapak katakan sebelumnya bapak sering mendengar

suara suara teriakan pada malam hari tetapi sebenarnya tidak ada, Apakah suara

itu muncul setiap saat atau hanya sewaktu-waktu saja? Kapan waktu yang paling

sering ? Berapa lama biasanya pak mendengar suara itu muncul? Pada saat

keadaan ingin tidur?”

“ Apa yang bapak rasakan jika halusinasi itu muncul? baik bapak dari cerita

bapak tadi perawat akan menjelaskan Bagaimana kalau sekarang kita belajar

cara-cara untuk mencegah halusinasi itu agar tidak muncul kembali?”

“ Bapak ada 4 cara untuk mencegah suara dan melihat orang yang tidak nyata halusinasi, cara yang pertama adalah menghardik halusinasi, cara yang kedua adalah dengan minum obat, cara yang ketiga bercakap – cakap dengan orang lain, dan cara yang keempat dengan melakukan aktivitas.”

“Sekarang bagaimana kalau kita belajar 1 cara dulu ya pak , cara yang pertama

yaitu dengan menghardik”

“Cara menghardik yaitu ketika bapak mendengarkan suara suara atau melihat orang yang tidak nyata itu pejamkan mata, tutup telinga sambil mengucakan kalimat ‘Pergi.. pergi.. kamu palsu, kamu tidaknyata, saya tidak mendengarmu’ sekarang perawat contohkan ya pak”

“Sekarang coba bapak ikuti apa yang suster contohkan! Nah sekarang coba bapak

lakukan sendiri apa yang tadi perawat contohkan! Waah bagus sekali pak”

### **3. Terminasi**

#### **a. Evaluasi Subjektif**

“Bagaimana perasaan bapak setelah kita mempelajari cara menghardik?”

#### **b. Evaluasi Objektif**

“Coba sekarang bapak lakukan lagi atau praktikan lagi cara menghardik halusinasi!”

### **4. Rencana Tindak Lanjut (RTL)**

“Kalau halusinasi itu muncul lagi, bapak coba cara yang kita pelajari tadi ya agar

halusinasi itu hilang. Bagaimana kalau kita buat jadwal latihan menghardik?

bapak mau berapa kali? Jam berapa? Dimana? Suster tulis ya pak... Jika

bapak tidak melakukan tulis T dibagian sini ya bapak jika bapak melakukan dengan bantuan perawat maka ibu tulis B jika bapak melakukannya sendiri tanpa bantuan maka tulis M ya pak. “

## **5. Kontrak yang akan datang**

### **1. Topik**

“Baiklah pertemuan kita sampai disini ya pak, bagaimana kalau besok kita akan bercakap-cakap lagi tentang cara mencegah halusinasi dengan minum obat yang benar?”

### **2. Waktu**

“bapak maunya jam berapa besok? Berapa lama?”

### **3. Tempat**

“Dimana bapak mau mengobrol dengan saya besok dimana?”

## Strategi Pelaksanaan

### Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi

SP 2 : Mengajarkan minum obat yang baik dan benar

Nama Pasien : Tn.I

Pelaksanaan : Ke-2

Tanggal Pelaksanaa : Selasa, 21 Maret 2023

Ruangan : Arimbi

#### A. Proses keperawatan

##### 1. Kondisi Pasien

###### DS:

- a. Pasien mengatakan masih mendengar suara dan melihat orang pada malam hari dan ketika sendirian
- b. pasien mengatakan telah melakukan cara menghardik mandiri

###### DO:

- a. Pasien tampak melakukan menghardik halusinasi secara mandiri
- b. Pasien masih tampak lesu karena masih sulit untuk tidur
- c. Pasien masih tampak gelisah
- d. Pasien tampak kesal
- e. Pasien tampak mondar-mandir

2. **Diagnosa Keperawatan:** Gangguan persepsi sensori : Halusinasi Pendengaran dan Penglihatan

**3. Tujuan khusus :**

- a. Klien dapat mengetahui halusinasi di dalam dirinya
- b. Klien dapat mengontrol halusinasi
- c. Klien dapat mengikuti program pengobatan secara global

**4. Tindakan Keperawatan**

- a. Evaluasi sp 1 cara menghardik halusinasi pendengaran dan penglihatan
- b. Latih sp 2 yaitu cara mengontrol halusinasi dengan minum obat dengan prinsip enam benar,
- c. Jelaskan pentingnya penggunaan obat pada pasien gangguan jiwa, akibat bila putus obat, cara mendapat obat/berobat,
- d. Jelaskan cara menggunakan obat dengan prinsip enam benar yaitu benar pasien, benar obat, benar dosis, benar waktu, benar cara pemberian (melalui oral atau iv, dll), jelaskan efek samping obat dan kapan kadaluarsa obat,
- e. Anjurkan pasien memasukkan kegiatan jadwal harian, memberika pujian yang realistis terhadap keberhasilan pasien.

**B. Streategi Komunikasi****1. Fase Orientasi****a. Salam Teraupetik**

“ selamat pagi bapak masih ingat dengan saya pak? Ya benar

sekali”.

**b. Evaluasi/Validasi**

“Bagaimana perasaan bapak hari ini? Apakah masih muncul halusinasinya ? Bagaimana dengan latihan yang kita pelajari? Apakah sudah dilakukan? Bagus coba perawat mau lihat, bapak ulangi caranya! Bagus benar pak.”

**c. Kontrak (Waktu, tempat, topik)**

“Sesuai janji kita kemarin, sekarang kita akan berbincang-bincang mengenai cara mengontrol halusinasi dengan obat yang benar pak, bapak ingin berbincang-bincang dimana? Dan berapa lama?”

**d. Tujuan**

“Tujuan perbincangan kali ini agar bapak mengetahui cara mengontrol halusinasi dengan minum obat yang benar dan teratur.”

**2. Fase Kerja**

“apakah bapak merasakan perbedaan setelah minum obat secara teratur? Apakah halusinasinya berkurang atau menghilang? minum obat sangat penting ya supaya halusinasi yang bapak rasa dan mengganggu selama ini tidak muncul lagi. Berapa macam obat yang di minum (perawat menyiapkan obat) obat bapak warnanya putih semua ya ada 3 obatnya. Kalau halusinasinya sudah hilang obat-obatnya tidak boleh di berhentikan, nanti konsultasikan dengan dokter, sebab kalau putus obat akan kambuh dan sulit untuk mengembalikan ke keadaan semula. Kalau obatnya habis bapak bisa minta ke dokter untuk mendapatkan obatnya

lagi, harus teliti saat menggunakan obat-obatan ini, pastikan obatnya benar artinya harus memastikan bahwa obat yang di minum itu memang obat punya bapak jangan keliru dengan obat orang lain kemudian baca nama pada kemasannya dan pastikan obat di minum pada waktunya dengan cara yang benar yaitu di minum setelah makan dan tepat jamnya, juga harus perhatikan berapa jumlah obat sekali minum, dan harus cukup minum 10 gelas dalam sehari.

### **3. Terminasi**

#### **a. Evaluasi Subjektif**

“ bagaimana perasaan bapak setelah berbincang-bincang tentang cara mengontrol halusinasi dengan minum obat?”

#### **b. Evaluasi Objektif**

“ baik bisa bapak sebutkan ada berapa cara yang sudah kita pelajari mengontrol halusinasi? Hal apa yang harus diperhatikan sebelum minum obat? Wah hebat bapak sudah mengerti.”

### **4. Rencana Tindak Lanjut (RTL)**

“kalau halusinasi bapak muncul lagi silahkan coba cara tersebut dengan minum obat, bagaimana kalau kegiatan kita masukkan ke jadwal harian?.”

**5. Kontrak yang akan datang****a. Topik**

“ baiklah pertemuan kita cukup sampai disini besok kita akan berbincang lagi dengan orang lain”

**b. Waktu**

“bapak maunya dimana? Jam berapa? Berapa lama?”

**c. Tempat**

“dimana bapak mau berbincang-bincang dengan saya besok? Ya sudah di taman ya”.

## **Strategi Pelaksanaan**

### **Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi**

SP 3 : Bercakap-cakap dengan orang lain

Nama Pasien : Tn.I

Pelaksanaa : Ke-3

Tanggal Pelaksanaan : Selasa, 21 Maret 2022

Ruangan : Arimbi

#### **A. Proses Keperawatan**

##### **1. Kondisi pasien**

###### **DS :**

- a. Pasien mengatakan masih mendengar suara mengajak ngobrol dan melihat orang yang tidak nyata
- b. Pasien mengatakan telah melakukan cara menghardik mandiri
- c. Pasien mengatakan paham cara minum obat yang baik dan benar dengan prinsip 6 benar

###### **DO :**

- a. Pasien mampu menjelaskan prinsip tujuh benar cara minum obat yang baik dan benar
- b. Jadwal kegiatan harian pasien SP satu halusinasi (cara menghardik halusinasi) sudah ditulis di jadwal kegiatan harian

##### **2. Diagnosa keperawatan : Gangguan persepsi sensori : Halusinasi**

**3. Tujuan khusus :**

- a. Pasien dapat mengetahui halusinasi di dalam dirinya
- b. Pasien dapat mengontrol halusinasi
- c. Pasien dapat mengikuti program pengobatan secara global.

**4. Tindakan Keperawatan**

- a. Evaluasi SP 1 cara menghardik halusinasi pendengaran,
- b. Evaluasi SP 2 yaitu cara mengontrol halusinasi dengan minum obat dengan prinsip lima benar.
- c. latih SP 3 mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain,
- d. Anjurkan memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian,
- e. Anjurkan memasukan ke jadwal kegiatan harian pasien,
- f. Berikan pujian realistis atas kemampuan pasien mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain.

**B. Strategi Komunikasi****1. Fase Orientasi****a. Salam Teraupetik**

“selamat pagi bapak masih ingat dengan saya pak? Ya benar sekali bapak”

**b. Evaluasi/Validasi**

“Bagaimana perasaan bapak hari ini? Apakah masih mendengar sesuatu?”

Bagaimana dengan latihan yang kita pelajari? Apakah sudah dilakukan?”

**c. Kontrak (waktu, tempat, topik)**

“sesuai janji kita kemarin, sekarang kita akan berbincang-bincang mengenai cara mengontrol halusinas, dengan bercakap-cakap dengan orang lain ya pak, bapak ingin berbincang-bincang dimana? Dan berapa lama?”

**d. Tujuan**

“tujuan perbincangan kali ini agar bapak mengetahui cara mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap ya pak.”

**2. Fase kerja**

“jadi jika bapak mendengar yang tidak nyata, bapak langsung mencari teman ntuk diajak ngobrol, contohnya “tolong saya mendengar hal yang tidak nyata, tolong temani saya ngobrol” bapak bisa katakan seperti itu pada teman bapak atau pada perawat, apakah mengerti bu? Coba bapak ulangi seperti yang saya katakana tadi, ya benar sekali pak.”

**3. Terminasi**

**a. Evaluasi Subjektif**

“ bagaimana perasaan bapak setelah berbincang-bincang tentang cara mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap?”

**b. Evaluasi Objektif**

“bisa bapak jelaskan kembali cara mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap? Wah hebat sekali bapak.”

**4. Rencana Tindak Lanjut**

“kalau ibu mendengar suara muncul lagi silahkan coba cara bercakap-cakap dengan minum obat, bagaimana kalau kegiatan kita masukkan ke jadwal harian?.”

**5. Kontrak yang akan datang****a. Topik**

“ baiklah pertemuan selanjutnya nanti siang kita akan berbincang lagi dengan melakukan aktivitas, apakah bapak bersedia?

**b. Waktu**

“bapak maunya dimana? Jam berapa? Berapa lama?

**c. Tempat**

“dimana bapak mau berbincang-bincang dengan saya siang ini? Ya sudah ditaman ya .”

## **Strategi Pelaksanaan**

### **Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi**

SP 4 : Aktivitas terjadwal  
Nama Pasien : Tn.I  
Pelaksanaan : Ke-4  
Tanggal Pelaksanaan : Rabu, 22 Maret 2023  
Ruangan : Arimbi

#### **A. Proses Keperawatan**

##### **1. Kondisi Pasien**

###### **DS:**

- a. Pasien mengatakan senang telah diajari cara mengontrol halusinasinya dengan cara bercakap-cakap
- b. Pasien mengatakan akan melakukannya dengan temannya

###### **DO:**

- a. Pasien tampak mengerti latihan kegiatan halusinasi bercakap-cakap dengan orang lain
- b. pasien tampak ingin mengulangi cara mengontrol halusinasi bercakap-cakap dengan teman sekamarnya

##### **2. Diagnosa Keperawatan : Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi**

##### **3. Tujuan Khusus:**

- a. Klien dapat mengetahui halusinasi di dalam dirinya

- b. Klien dapat mengontrol halusinasi dengan cara menghardik , minum obat dengan benar dan beraktivitas sambil bercakap-cakap serta melakukan hal yang positif untuk mengendalikan halusinasi

#### **4. Tindakan keperawatan**

- a. Evaluasi SP 1 cara menghardik halusinasi pendengaran,
- b. Evaluasi SP 2 yaitu cara mengontrol halusinasi dengan minum obat dengan prinsip lima benar
- c. Evaluasi SP 3 mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain,
- d. Latih SP 4 cara mengontrol halusinasi dengan cara beraktivitas sambil bercakap-cakap serta melakukan hal yang positif Anjurkan memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian,
- e. Anjurkan memasukan ke jadwal kegiatan harian pasien,
- f. Berikan pujian realistis atas kemampuan pasien mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain.

### **B. Strategi Komunikasi**

#### **1. Fase Orientasi**

##### **a. Salam Teraupetik**

“ selamat pagi pak masih ingat dengan saya pak? Ya benar sekali bapak.”

##### **b. Evaluasi/Validasi**

“Bagaimana perasaan bapak hari ini?apakah masih mendengar suara mengajak ngobrol dan melihat orang yang tidak nyata pada

malam hari? Apa bapak melakukan cara menghardik, minum obat dan bercakap-cakap dengan orang lain? Coba perawat mau lihat jadwal kegiatan hariannya”

c. **Kontrk (waktu, tempat, topik)**

“sesuai janji kita tadi pagi, sekarang kita akan melakukan kegiatan yang bapak suka, mau dimana bapak tempatnya? Berapa lama?”

d. **Tujuan**

“Tujuannya agar bapak dapat mengontrol halusinasi yang datang secara tiba-tiba ya..”

## 2. Fase Kerja

“ biasanya bapak melakukan kegiatan apa? Setiap pagi apa saja yang dilakukan? Wah hebat sekali kegiatannya. Mari kita latih satu kegiatan hari ini. Sekarang kita akan belajar bagaimana mengendalikan halusinasi dengan kegiatan-kegiatan harian. Nanti akan perawat ajarkan caranya. Sekarang giliran bapak mencoba ya! Wah hebat sekali bapak.”

## 3. Terminasi

a. **Evaluasi Subjektif**

“ bagaimana perasaan bapak setelah melakukan kegiatan hari ini?”

b. **Evaluasi Objektiv**

“coba sekarang bapak sepaktkan bagaimana cara melakukannya?..”

**4. Rencana Tindak Lanjut**

“Nanti kalau perawat tidak ada bapak melakukan cara yang sudah kita pelajari ya, , bagaimana kalau kegiatan kita masukkan ke jadwal harian?.”

**5. Kontrak yang akan datang****a. Topik**

“ Baiklah pertemuan kita cukup sampai disini besok kita akan berbincang lagi, apakah bapak bersedia?

**b. Waktu**

“Bapak maunya dimana? Jam berapa? Berapa lama?

**c. Tempat**

“Dimana bapak mau berbincang-bincang dengan saya besok? Ya sudah di taman ya.”

## **Strategi Pelaksanaan**

### **Resiko Perilaku Kekerasan**

SP 1 : Teknik nafas dalam dan memukul benda lunak  
Nama Pasien : Tn.I  
Pelaksanaan : Ke-1  
Tanggal Pelaksanaan : Rabu, 20 Maret 2023  
Ruangan : Arimbi

#### **A. Proses Keperawatan**

##### **1. Kondisi Pasien**

###### **DS:**

- a. Pasien mengatakan kesal dengan suara-suara yang tiba-tiba muncul sehingga pasien melempar dan merusak barang yang ada disekitar pasien
- b. pasien mengatakan suka memukul orang apabila orang tersebut memiliki masalah dengan pasein
- c. Pasien mengatakan kesal dengan suara yang sering muncul tiba-tiba.

###### **DO:**

- a. Pasien tampak kesal
- b. Pasien tampak berbicara dengan nada tinggi.

**2.Diagnosa keperawatan : Resiko perilaku kekerasan**

##### **3. Tujuan khusus :**

Membantu pasien melatih mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara

fisik pertama.

#### **4. Tindakan keperawatan**

- a. Mengidentifikasi penyebab, tanda dan gejala, perilaku kekerasan yang dilakukan, akibat perilaku kekerasan.
- b. Jelaskan cara mengontrol perilaku kekerasan: fisik, obat, verbal, spritual.
- c. Latihan cara mengontrol perilaku kekerasan secara fisik: tarik nafas dalam dan pukul kasur dan bantal

### **B. Strategi keperawatan**

#### **1. Orientasi**

##### **a. Salam tarapeutik**

“Selamat pagi bapak, perkenalkan nama saya novia, panggil saya suster dwi, hari ini saya akan berbincang-bincang dengan bapak.” “Nama bapak siapa? Senangnya di panggil apa?” “Bagaimana perasaan bapak saat ini, masih ada rasa kesal atau marah?” “Baiklah, kita akan berbincang-bincang sekarang tentang perasaan marah bapak” Berapa lama bapak mau kita berbincang-bincang? Bagaimana jika 10 menit?” “Di mana enakny kita duduk-duduk untuk berbincang-bincang, ibu? Bagaimana jika di ruang tamu?”

##### **b. Evaluasi/Validasi**

“Bagaimana perasaan bapak hari ini? Tidurnya semalam nyenyak tidak?”

##### **c. Kontrak Waktu**

“Bagaimana kalua hari ini suster ajarkan mengontrol emosi dengan relaksasi napas dan pukul bantal, bagaimana bapak mau? Mau dimana?”

Jam berapa?

d. Tujuan

“Supaya bisa mengendalikan emosi yang dirasakan ‘bapak

## 2. Fase kerja

“Apa yang menyebabkan bapak marah? Apakah sebelumnya bapak pernah marah? Apa penyebabnya? Samakah dengan sekarang? Baik jadi ada dua penyebab marah bapak ya” “Pada saat bapak sedang marah apa yang bapak rasakan? Misalnya saat bapak tidak dihargai oleh keluarga bapak, apa yang bapak rasakan?” “Apakah bapak merasa kesal, terus dada bapak berdebar – debar, mata melotot, rahang terkatup rapat dan tangan mengepal?” “Setelah itu apa yang bapak lakukan? Iya pak jadi bapak berkata kasar dan kotor ya” “Apa kerugian dari cara yang bapak lakukan, betul. Sekali pak. Menurut bapak, adakah cara yang lebih baik? Maukah bapak belajar cara mengungkapkan marah dengan baik tanpa menimbulkan kerugian?” Ada beberapa cara mengatasi marah, bapak. Salah satunya dengan cara fisik. Jadi menyalurkan marah lewat kegiatan fisik. Dari beberapa cara tadi bagaimana jika kita belajar satu cara dulu?” “Begini bu, jika tanda – tanda marah tadi sudah pak rasakan, maka pak berdiri, lalu tarik napas dari hidung, tahan sebentar lalu keluarkan napas perlahan – lahan melalui mulut sambil membayangkan bahwa pak sedang mengeluarkan kemarahan. Silahkan pak mencoba melakukannya. Bagus...coba lakukan sampai lima kali. Bagus sekali bapak sudah bisa melakukannya. Bagaimana perasaanya?” “Nah, sebaiknya latihan ini lakukan secara rutin, sehingga jika sewaktu-waktu rasa

marahnya muncul, bapak sudah terbiasa melakukannya.”

#### **4. Terminasi**

##### **a. Evaluasi Subjektif**

“ bagaimana perasaan bapak setelah melakukan teknik relaksasi napas dalam dan pukul bantal?”

##### **b. Evaluasi Objektif**

“bisa bapak ulangi yang sudah diajarkan tadi? Wah hebat sekali bapak.”

#### **5. Rencana Tindak Lanjut**

“Nah tadi kan suster sudah ajarkan ya bagaimana mengendalikan emosi, kegiatan tadi bisa bapak lakukan ketika bapak merasa kesal ya.”

#### **6. Kontrak yang akan datang**

##### **a. Topik**

“ baiklah pertemuan selanjutnya nanti siang kita akan berbincang-bincang ya tentang minum obat dengan benar, apakah bapak bersedia?”

##### **b. Waktu**

“bapak maunya dimana? Jam berapa? Berapa lama?”

##### **c. Tempat**

“dimana bapak mau melakukan kegiatan tadi siang ini? Ya sudah ditaman ya .”

**Strategi pelaksanaan****Resiko perilaku kekerasan**

SP 2 : Cara minum obat yang baik dan benar

Nama Pasien : Tn.I

Pelaksanaan : Ke-2

Tanggal Pelaksanaan : Kamis, 21 Maret 2022

Ruangan : Arimbi

**A. Proses Keperawatan****1. Kondisi pasien****DS:**

- a. Pasien mengatakan kesal dengan suara-suara yang tiba-tiba muncul sehingga pasien melempar dan merusak barang yang ada disekitar pasien
- b. pasien mengatakan suka memukul orang apabila orang tersebut memiliki masalah dengan pasein
- c. Pasien mengatakan kesal dengan suara yang sering muncul tiba-tiba.

**DO:**

- a. Pasien tampak kesal
- b. Pasien tampak berbicara dengan nada tinggi.

**2. Diagnosa keperawatan : Resiko perilaku kekerasan****3. Tujuan khusus**

- a. Melatih cara mencegah/mengontrol perilaku kekerasan secara fisik

- b. Mengevaluasi latihan tarik nafas dalam
- c. Melatih cara fiisk 2 : pukul bantal dan Kasur.
- d. Menyusun Jadwal Harian.

#### **4. Tindakan keperawatan**

- a. Membantu pasien latihan mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara latihan nafas dalam dan memukul benda lunak yaitu bantal dan kasur
- b. strategi pelaksanaan kedua mengajarkan pasien cara minum obat yang baik dan benar

### **B. Strategi Komunikasi**

#### **1. Fase orientasi**

##### **a. Salam tarapeutik**

“Selamat pagi pak, sesuai janji saya dua jam yang lalu, sekarang saya datang lagi untuk berdiskusi dengan bapak tentang mengontrol marah dengan cara minum obat” “bapak bapak sudah siap? mau berapa lama? ”tempatnya mau dimana pak?”

##### **b. Evaluasi/Validasi**

“Bagaimana perasaannya hari ini? Tidurnya semalam bagaimana?”

#### **2. Fase kerja**

“apakah bapak merasakan perbedaan setelah minum obat secara teratur? apakah halusinasinya berkurang atau menghilang? minum obat sangat penting ya supaya halusinasi yang bapak rasa dan mengganggu selama ini tidak muncul lagi. Berapa macam obat yang di minum (perawat menyiapkan

obat) obat bapak warnanya putih dan kuning ya ada 4 obatnya. Kalau halusinasinya sudah hilang obat-obatnya tidak boleh di berhentikan, nanti konsultasikan dengan dokter, sebab kalau putus obat akan kambuh dan sulit untuk mengembalikan ke keadaan semula. Kalau obatnya habis bapak bisa minta ke dokter untuk mendapatkan obatnya lagi, harus teliti saat menggunakan obat-obatan ini, pastikan obatnya benar artinya harus memastikan bahwa obat yang di minum itu memang obat punya bapak jangan keliru dengan obat orang lain kemudian baca nama pada kemasannya dan pastikan obat di minum pada waktunya dengan cara yang benar yaitu di minum setelah makan dan tepat jamnya, juga harus perhatikan berapa jumlah obat sekali minum, dan harus cukup minum 10 gelas dalam sehari

### **3. Terminasi**

“bagaimana perasaan bapak setelah berbincang-bincang tentang cara mengontrol halusinasi dengan minum obat?” “ baik bisa bapak sebutkan ada berapa cara yang sudah kita pelajari mengontrol halusinasi? Hal apa yang harus diperhatikan sebelum minum obat? Wah hebat ibu sudah mengerti. “kalau halusinasi bapak muncul lagi silahkan coba cara tersebut dengan minum obat, bagaimana kalau kegiatan kita masukkan ke jadwal harian?.” “ baiklah pertemuan kita cukup sampai disini besok kita akan berbincang lagi dengan orang lain “bapak maunya dimana? Jam berapa? Berapa lama? ”dimana ibu mau berbincang-bincang dengan saya besok? Ya sudah di taman ya .”

## **Strategi Pelaksanaan**

### **Resiko Perilaku Kekerasan**

SP 3	: Berbicara yang baik dan benar
Nama Pasien	: Tn.I
Pelaksanaan	: Ke-3
Tanggal Pelaksanaan	: Kamis, 22 Maret 2023
Ruanga	: Arimbi

#### **A. Proses Keperawatan**

##### **1. Kondisi pasien**

###### **DS:**

- a. Pasien mengatakan kesal dengan suara-suara yang tiba-tiba muncul sehingga pasien melempar dan merusak barang yang ada disekitar pasien
- b. pasien mengatakan suka memukul orang apabila orang tersebut memiliki masalah dengan pasein
- c. Pasien mengatakan kesal dengan suara yang sering muncul tiba-tiba.

###### **DO:**

- a. Pasien tampak kesal
- b. Pasien tampak berbicara dengan nada tinggi.

##### **2. Diagnosa keperawatan : Resiko perilaku kekerasan**

**3. Tujuan khusus :**

- a. Melatih cara mencegah/mengontrol perilaku kekerasan secara verbal/sosial
- b. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian
- c. Melatih mengungkapkan rasa marah secara verbal (menolak dengan baik, mengungkapkan perasaan baik)

**4. Tindakan keperawatan**

- a. Membantu pasien latihan mengendalikan perilaku kekerasan secara sosial/verbal (evaluasi jadwal kegiatan harian tentang dua cara fisik)
- b. mengendalikan perilaku kekerasan, latihan mengungkapkan rasa marah secara verbal dan menolak dengan baik, meminta dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik)

**B. Strategi komunikasi****1. Fase orientasi****a. Salam tarapeutik**

“Selamat pagi pak, kemarin sudah kita pelajari bahwa jika bapak marah dan muncul perasaan kesal, berdeba-debar, mata melotot, bapak juga bisa memukul bantal atau kasur. “Bagaimana perasaan bapak setelah melakukannya?” “Coba saya liat jadwal kegiatannya. Bagus! Nah, jika kegiatan napas dalam dan latihan memukul bantal tulis M (Mandiri). Jika diingatkan perawat tulis B (dengan bantuan). Jika tidak dilakuka tulis T (belum bisa melakukan.” “Sesuai janji saya kemarin, sekarang saya datang lagi untuk berdiskusi dengan bu, tentang mengontrol amarah dengan

belajar bisaca yang pak.” “Bagaimana pak? Berapa lama? Disini saja ya?”

## 2. Fase kerja

“Jika rasa marah sudah disalurkan dengan cara bernapas dalam atau memukul kasur, setelah lega kita berbicara kepada orang yang membuat kita marah, ada tiga caranya yaitu:

- a. Meminta dengan baik tanpa marah dengan nada suara yang rendah serta tidak menggunakan kata-kata kasar
- b. Menolak dengan baik, bila ada yang menyuruh dan bapak tidak ingin melakukannya, katakan: maaf saya tidak bisa melakukannya karena sedang ada kerjaan. Coba bapak praktekan. Bagus!
- c. Mengungkapkan perasaan kesal, jika ada perlakuan orang lain yang membuat kesal, katakan: saya jadi ingin marah dengan perkataan mu itu, tetapi tidak dengan nada kasar apalagi mengancam. Coba pak praktekan. Bagus, bapak!”

## 3. Terminasi

“Nah, bagaimana perasaan pak setelah kita bercakap-cakap tentang mencegah marah dengan berbicara yang baik?” “Coba pak sebutkan lagi cara bicara yang baik yang sudah kita pelajari. Bagus.” “bagaimana jika besok kita bertemu lagi untuk membicarakan cara mengatasi marah yang lain, yaitu dengan cara berdoa ya pak? Berapa lama? Disini saja? Baik sampai jumpa”

## **Strategi Pelaksanaan**

### **Resiko Perilaku Kekerasan**

SP 4 : Spritual (berdzikir)

Nama Pasien : Tn.I

Pelaksanaan : Ke-4

Tanggal Pelaksanaan : Kamis, 24 Maret 2023

Ruangan : Arimbi

#### **A. Proses Keperawatan**

##### **1. Kondisi pasien**

###### **DS:**

- a. Pasien mengatakan kesal dengan suara-suara yang tiba-tiba muncul sehingga pasien melempar dan merusak barang yang ada disekitar pasien
- b. pasien mengatakan suka memukul orang apabila orang tersebut memiliki masalah dengan pasein
- c. Pasien mengatakan kesal dengan suara yang sering muncul tiba-tiba.

###### **DO:**

- a. Pasien tampak kesal
- b. Pasien tampak berbicara dengan nada tinggi.

##### **2. Diagnosa keperawatan : Resiko perilaku kekerasan**

### **3. Tujuan khusus**

Pasien dapat mengontrol marah dengan latihan berdoa/sholat

### **4. Tindakan keperawatan**

Mengevaluasi kegiatan latihan fisik yaitu teknik nafas dalam dan memukul bantal, mengevaluasi keuntungan dan kerugian jika tidak minum obat, mengevaluasi cara berbicara yang baik dan benar, melakukan tindakan berdoa/berdzikir untuk mengontrol kemarahan pasien.

## **B. Strategi komunikasi**

### **1. Fase orientasi**

#### **a. Salam terapeutik**

“Selamat pagi pak, bagaimana perasaan bapak hari ini” “Kemarin sudah kita pelajari bahwa jika pak akan marah dan muncul perasaan kesal, berdebar-debar, mata melotot, selain napas dalam maka pak juga bisa memukul bantal atau kasur” “Kemudian setelah amarahnya reda, pak bisa bicara baik-baik kepada orang yang membuat pak marah. Nah, bagaimana sudah dilatih semuanya? Bagus! Bagaimana perasaan marahnya?” “Hari ini kita akan bicara mengenai cara mencegah amarah dengan cara ibadah.”  
“Dimana enakya kita berbincang-bincang? Berapa lama? Bagaimana jika 15 menit?”

#### **b. Evaluasi/Validasi**

“Bagaimana perasaannya hari ini, tidurnya semalam bagaimana nyenyak?”

## **2. Fase kerja**

“Coba ceritakan kegiatan ibadah yang bapak lakukan. Bagus... Wah banyak sekali. Yang mana yang mau kita coba?” “Nah, jika bu sedang marah, coba bapak langsung duduk dan tarik napas dalam, jika tidak reda juga segera rebahkan badan agar rileks. Bila masih tidak reda juga, segera berdoa lagi.” “bapak bisa berdoa secara teratur untuk mencegah kemarahan jangan lupa memohon ampun kepada tuhan dan memohon agar terlindungi dari sifat pemaarah.”

## **3. Fase terminasi**

“Bagaimana perasaan bapak setelah kita bercakap-cakap tentang cara mengontrol amarah dengan beribadah tadi?” “Mari kita masukkan jadwal berdoa dan ibadah lainnya kedalam jadwal sehari-hari bapak” “Nah bagaimana perasaan bapak setelah melakukan tindakan berdoa ini?” “Nanti bapak lakukan ya jika emosi bapak sedang tidak terkontrol” “Baik pak, kita akhiri ya pertemuan hari ini sehat terus pak”

## **Strategi Pelaksanaan**

### **Isolasi Sosial**

SP 1 : Berkenalan dengan dua orang

Nama Pasien : Tn.I

Pelaksanaan : Ke-1

Tanggal Pelaksanaan : Jumat, 20 Maret 2023

Ruangan : Arimbi

#### **A. Proses keperawatan**

##### **1. Kondisi pasien**

###### **DS:**

- a. Pasien mengatakan malas berinteraksi dengan orang lain
- b. Pasien mengatakan lebih suka sendiri
- c. Pasien mengatakan tidak mau mempunyai teman.

###### **DO:**

- a. Pasien suka menyendiri
- b. pasien tampak tidak suka berinteraksi dengan teman-temannya.

##### **2. Diagnosa keperawatan : Isolasi sosial**

##### **3. Tujuan khusus**

- a. Pasien mampu membina hubungan saling percaya
- b. Pasien mampu mengidentifikasi penyebab isolasi sosial
- c. Pasien mampu menyebutkan keuntungan berhubungan dengan orang lain dan kerugian tidak berhubungan dengan orang lain

- d. Pasien mampu melaksanakan hubungan sosial secara bertahap
- e. Pasien mampu mempraktikkan cara berkenalan dengan orang

#### **4. Tindakan keperawatan**

- a. Membina hubungan saling percaya
- b. Membantu pasien mengidentifikasi penyebab isolasi sosial
- c. Membantu pasien mengenal keuntungan berhubungan dengan orang lain dan kerugian tidak berhubungan dengan orang lain
- d. Mengajarkan pasien cara berkenalan dengan satu orang

### **B. Strategi Komunikasi**

#### **1. Orientasi**

##### **a. Salam tarapeutik**

“Selamat pagi, pak. Saya suster dwi, biasa dipanggil dwi. Saya yang bertugas di ruangan ini dari jam 07.00 sampai 13.00 nanti. Nama bapak siapa? lebih senang dipanggil siapa?”

##### **b. Evaluasi/validasi**

“Baik, pak. Bagaimana perasaan bapak pagi ini? Apa yang bapak rasakan?”

#### **2. Fase kerja**

“Pertama sapa dulu teman yang mau diajak kenalan (haii), lalu ajak kenalan, suster contohkan ya, Halo nama saya Dwi Antikah, aku berasal dari kota Palembang, umur aku 20 tahun, kalo boleh tau nama kamu siapa? Nah seperti itu ya pak, ayo coba sekarang bapak mengulangi apa yang suster contohkan tadi, wahhhhhh hebat ya bapak.

### **3. Terminasi**

#### **a. Evaluasi subjektif**

“Bagaimana perasaan bapak setelah kita belajar berkenalan dengan orang lain?”

#### **b. Evaluasi objektif**

“Bisa bapak ulangi bagaimana cara berkenalan yang benar?”

#### **c. Rencana tindak lanjut**

“Dalam satu hari, bapak mau berapa kali latihan berkenalan? Mau di jam berapa saja? Bagaimana kalau kita masukkan ke jadwal kegiatan harian bapak?”

#### **d. Kontrak yang akan datang**

“Bagaimana jika besok kita latihan berkenalan dengan 2 orang atau lebih? Apakah bapak bersedia? Mau dimana dan jam berapa?”

## **Strategi Pelaksanaan**

### **Isolasi sosial**

SP 2 : Berkenalan dengan dua orang

Nama Pasien : Tn.I

Pelaksanaa : Ke-2

Tanggal Pelaksanaan : Jumat, 22 Maret 2023

Ruangan : Arimbi

#### **A. Proses keperawatan**

##### **1. Kondisi pasien**

###### **DS:**

- a. Pasien mengatakan malas berinteraksi dengan orang lain
- b. Pasien mengatakan lebih suka sendiri
- c. Pasien mengatakan tidak mau mempunyai teman.

###### **DO:**

- a. Pasien suka menyendiri
- b. pasien tampak tidal suka berbair dengan teman-temannya.

##### **2. Diagnosa keperawatan : Isolasi sosial**

##### **3. Tujuan khusus**

Klien mampu berinteraksi dengan dua orang atau lebih

##### **4. Tindakan keperawatan**

- a. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian (SP 1)
- b. Memberikan kesempatan kepada klien untuk menunjukkan cara berkenalan

dengan dua orang atau lebih

## **B. Strategi komunikasi**

### **1. Orientasi**

#### **a. Salam tarapeutik**

Selamat pagi, pak. Masih ingat dengan suster, ya betul sekali hari ini suster bertugas di ruangan ini dari jam 07.00 sampai 13.00 nanti

#### **b. Evaluasi/validasi**

“Bagaimana perasaan bapak hari ini? Sudah berapa teman yang bapak kenal?”

#### **c. Kontrak (waktu, tempat, topik)**

“Sesuai dengan janji kita kemarin, sekarang kita akan membahas cara berkenalan dengan dua orang atau lebih ya. Mau dimana tempatnya? Mau berapa lama?”

#### **d. Tujuan**

“Agar bapak bisa berkenalan dengan teman yang lebih banyak lagi”

### **2. Fase kerja**

“Kemarin bapak sudah berkenalan dengan siapa saja? Wah bapak hebat ya sudah mau berkenalan dengan orang lain.” “Sekarang saya mau lihat cara berkenalan dengan dua orang disini.” “Coba sekarang bapak berkenalan seperti yang sudah saya ajarkan kemarin. Wah bapak hebat sudah bagus dan bisa nih ya berkenalan dengan dua orang” “Nah sekarang kita catat ke dalam jadwal harian kegiatan bapak dengan siapa saja tadi bapak berkenalan? Setiap bapak habis kenalan dengan orang lain, jangan lupa untuk mencatatnya, ya.”

### **3. Terminasi**

#### **a. Evaluasi subjektif**

“Agar bapak bisa berkenalan dengan teman yang lebih banyak lagi”

#### **b. Evaluasi objektif**

“Coba sekarang bapak ulangi, bagaimana cara berkenalan dengan orang lain.

#### **c. Rencana tindak lanjut**

“Bagaimana kalau kegiatan hari ini kita masukkan ke jadwal kegiatan harian bapak?”

“bapak mau berapa kali? Mau di jam berapa saja?”

#### **d. Kontrak yang akan datang**

“Besok kita ketemu lagi ya, pak. Kita akan melakukan kegiatan aktivitas secara kelompok. Apa bapak setuju? Mau dimana tempatnya? Mau jam berapa?”

**Strategi Pelaksanaan****Harga diri rendah Kronik**

SP 1 : Mengidentifikasi kemampuan yang dimiliki pasien

Nama Pasien : Tn.I

Pelaksanaan : Ke-1

Tanggal Pelaksanaan : Jumat, 20 Maret 2023

Ruangan : Arimbi

**A. Proses keperawatan****1. Kondisi pasien****DS:**

- a. Pasien mengatakan malu belum bisa membahagiakan kedua orang tuanya
- b. Pasien merasa dirinya tidak berguna.

**DO:**

- a. Pasien tampak sedih.

**2. Diagnosa keperawatan : Harga diri rendah kronis****3. Tujuan khusus**

- a. pasien dapat membina hubungan saling percaya
- b. pasien dapat mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki

**4. Tindakan keperawatan :**

- a. Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien
- b. Membantu pasien memilih kemampuan yang masih dapat dilakukan

c. Membantu pasien memilih kegiatan yang akan dilatih kemampuan pasien

## **B. Strategi komunikasi**

### **1. Orientasi**

#### **a. Salam terapeutik**

“Selamat pagi pak saya novia Ibu bisa panggil saya suster novia”. ”Nama ibu siapa?” “Ibu lebih senang dipanggil siapa?”\*“iya ibu kalau ada yang mengganggu pikiran ibu bisa bilang ke saya, siapa tahu saya bisa bantu”

#### **b. Evaluasi/validasi**

“Bagaimana perasaan ibu saat ini? iya begitu” “Coba ceritakan pada saya, apa yang dirasakan dirumah, hingga dibawah ke RSJ”

#### **c. Kontrak**

“ Maukah bapak bercakap – cakap dengan kemampuan yang dimiliki serta hobi yang sering dilakukan dirumah” “bapak lebih suka bercakap – cakap dimana?, baik ditaman, baiklah” “kita mau bercakap – cakap berapa lama?, Bagaimana kalau 10 menit saja”

### **2. Fase kerja**

“Kegiatan apa saja yang sering bapak lakukan dirumah?” “bermain bola, wah bapak hebat banget”. “Terus kegiatan apalagi yang ibu lakukan?”. “kalau tidak salah bapak juga senang bermain badminton ya?”, wah bagus sekali! “Bagaimana kalau bapak menceritakan kelebihan lain/kemampuan lain yang dimiliki?” kemudian apa lagi. “Bagaimana dengan keluarga bapak apakah mereka menyenangi apa yang ibu lakukan selama ini, atau apakah mereka sering mengejek hasil kerja ibu?”

### 3. Terminasi

#### a. Evaluasi subjektif

“Bagaimana perasaan bapak selama kita bercakap – cakap?”, “Senang terima kasih”

#### b. Evaluasi objektif

“Tolong bapak ceritakan kembali kemampuan dan kegiatan yang sering ibu lakukan? Bagus”, “terus bagaimana tanggapan keluarga bapak terhadap kemampuan dan kegiatan yang ibu lakukan?”.

#### c. Rencana tindak lanjut

“Baiklah pak, nanti ibu ingat ingat ya, kemampuan bapak yang lain dan belum sempat bapak ceritakan kepada saya?”, “besok bisa kita bicara lagi”

“Bagaimana kalau besok kita bicarakan kembali kegiatan/kemampuan yang dapat ibu siti lakukan di rumah dan di RSJ” “Tempatnya mau dimana pak?”

” “Berapa lama kita akan bercakap – cakap?”. “Bagaimana kalau 15 menit”

“Set uju!” “Sampai bertemu lagi besok ya, pak”

## ANALISA OBAT

### 1. THP (trihexyphenidyl)

#### a. Pengertian

THP adalah obat untuk mengatasi gejala penyakit parkinson dan gejala ekstrapiramidal akibat penggunaan obat tertentu, termasuk antipsikotik. Obat ini membantu meningkatkan kemampuan berjalan pada penderita parkinson.

#### b. Manfaat

Membantu menurunkan rasa kaku pada otot, keringan berlebih, dan produksi air liur. Tak hanya itu, trihex juga mampu membantu meningkatkan kemampuan berjalan pada pasien Parkinson.

#### c. Dosis Obat

Dewasa: 1 mg per hari. Dosis dapat ditingkatkan menjadi 5-15 mg per hari, yang dibagi dalam 3-4 kali jadwal konsumsi.

#### d. Indikasi

Trihexyphenidyl digunakan untuk penyakit parkinson (kerusakan atau kematian sel saraf di bagian otak), dan gejala sindrom ekstrapiramidal (pada pasien skizofrenia) yang diinduksi obat.

#### e. Kontraindikasi

Trihexyphenidyl tidak boleh diberikan pada pasien dengan glaukoma sudut tertutup.

#### f. Efek Samping:

- 1) Kekeringan mulut, mual, muntah, sembelit, pusing, kantuk

## Lampiran 2 Analisa obat

- 2) Sakit kepala, penglihatan kabur, gugup
- 3) Gangguan pada perut
- 4) Keringat berkurang

## 2. Seroquel

### a. Pengertian

Seroquel adalah obat yang mengandung zat aktif quetiapine fumarate. Obat ini digunakan untuk membantu menangani gangguan mental, seperti skizofrenia dan episode manik serta episode depresif mayor pada gangguan bipolar.

### b. Manfaat

Kandungan Seroquel bekerja dengan memblokir reseptor di otak tempat dopamine bekerja. Ini membantu mengendalikan gejala manik depresi dan skizofrenia

### c. Dosis obat

Dewasa: 50 mg (hari ke-1), 100 mg (hari ke-2), 200 mg (hari ke-3), 300 mg (hari ke-4). Mulai hari ke-4 dan seterusnya, 300-450 mg/hari diberikan 2 kali per hari.

### d. Indikasi

obat untuk membantu mengontrol gejala gangguan kesehatan mental, termasuk bipolar, episode mania, skizofrenia, atau gangguan masalah suasana hati.

### e. Kontraindikasi

Hindari penggunaan pada pasien yang memiliki riwayat hipersensitif terhadap Seroquel

### f. Efek samping

Efek samping yang dapat timbul pada penggunaan Seroquel adalah:

1) Mengantuk

## Lampiran 2 Analisa obat

- 2) Sakit kepala
- 3) Pusing
- 4) Mulut kering
- 5) Kenaikan berat badan
- 6) Penurunan HDL
- 7) Peningkatan trigliserida serum dan kolesterol total
- 8) Penurunan Hb
- 9) Leukopenia
- 10) Penurunan kadar neutrofil
- 11) Peningkatan kadar eosinofil
- 12) Mimpi buruk
- 13) Penglihatan kabur
- 14) Jantung berdebar

### **3. Trifluoperazine**

#### **a. Pengertian**

Trifluoperazine adalah obat yang digunakan untuk mengatasi psikosis (penderita kesulitan membedakan kenyataan dan imajinasi), mengatasi mual dan muntah, digunakan sebagai terapi jangka pendek untuk mengatasi kecemasan. Trifluoperazine bekerja dengan membantu menyeimbangkan zat alami tubuh di otak.

#### **b. Manfaat**

Trifluoperazine digunakan untuk mengatasi psikosis, mengatasi mual dan muntah; digunakan sebagai terapi jangka pendek untuk mengatasi kecemasan.

#### **c. Dosis obat**

Dosis awal 2–5 mg, 2 kali sehari. Dosis dapat ditingkatkan hingga 15–20 mg per hari, sesuai dengan respons tubuh dan tingkat keparahan kondisi.

Dosis untuk kondisi berat adalah 40 mg per hari

#### **d. Indikasi**

untuk skizofrenia, gangguan ansietas berat nonpsikotik, dan antiemetik.

#### **e. Kontraindikasi**

Hindari penggunaan Trifluoperazine pada pasien dengan kondisi:

- 1) Depresi dan koma sistem saraf pusat yang sudah ada sebelumnya
- 2) Depresi sumsum tulang
- 3) Diskrasia darah
- 4) Penyakit hati
- 5) Hipersensitif terhadap fenotiazin, tumor bergantung prolaktin.

## Lampiran 2 Analisa obat

6) Kehamilan (trimester 1), menyusui.

**f. Efek samping**

Efek samping yang mungkin terjadi selama penggunaan Trifluoperazine antara lain:

- 1) Mengantuk
- 2) Mulut kering
- 3) Penglihatan kabur
- 4) Pusing
- 5) Kelemahan otot
- 6) Anoreksia (gangguan makan)
- 7) Insomnia
- 8) Ruam
- 9) Peningkatan kadar prolactin

#### **4. Vitamin B Complex**

##### **a. Pengertian**

Vitamin B kompleks berperan dalam berbagai fungsi tubuh, termasuk untuk produksi energi, hormon, dan kolesterol.

##### **b. Manfaat**

Vitamin B kompleks merupakan kombinasi dari delapan jenis vitamin B yang larut dalam air. Umumnya, vitamin B yang ada di dalam kombinasi ini, berperan penting dalam metabolisme tubuh.

Vitamin B kompleks terdiri dari vitamin B1 atau tiamin, vitamin B2 (riboflavin), vitamin B5 (asam pantotenat), vitamin B3 atau niacin, vitamin B6 atau pyridoxine, vitamin B7 atau biotin, vitamin B9 atau fo

##### **c. Dosis obat**

Dosis Vitamin B Kompleks untuk dewasa tergantung pada kondisi. Biasanya dikonsumsi 1-2 tablet sehari.

##### **d. Indikasi**

vitamin B kompleks sebagai profilaksis dan tata laksana defisiensi vitamin B akibat pola makan yang buruk, penyakit tertentu, alkoholisme, atau selama kehamilan. Indikasi penggunaan dapat dibedakan berdasarkan bentuk sediaan

##### **e. Kontraindikasi**

hipersensitif

##### **f. Efek samping**

vitamin B kompleks di antaranya diare, mual, dan nyeri perut ringan, serta pruritus, urtikaria, atau ruam. Interaksi obat dapat terjadi pada penggunaan

## Lampiran 2 Analisa obat

bersama vitamin B kompleks dengan golongan proton pump inhibitor (PPI), di mana absorpsi vitamin B12 akan menurun.