



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada

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

ZAKIYYAH ARIEF ATSHILLAH

2011116

PRODI DIPLOMA TIGA KEPERAWATAN

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN RS HUSADA

JAKARTA , 2023



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada

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

Laporan Tugas Akhir

**Diajukan sebagai persyaratan dalam menyelesaikan
pendidikan Diploma Tiga Keperawatan**

ZAKIYYAH ARIEF ATSHILLAH

2011116


**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 benar.**

Nama : Zakiyyah Arief Atshillah

NIM 2011116

Tanda Tangan : 

Tanggal : 15 Juni 2023

LEMBAR PENGESAHAN

Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn. A Dengan Gangguan Persepsi

Sensori: Halusinasi Pendengaran dan Penglihatan

di Ruang Yudistira Rumah Sakit Jiwa

Dr. Marzoeki Mahdi Bogor

Pembimbing,

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

Penguji I

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

Penguji II

(Ns. Ressa Andriyani Utami, M.Kep., Sp.Kep.Kom)

Menyetujui

Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada



(Ellynia S.E., M.M) <

Ketua

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan karunia-Nya, penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini. Penulisan Tugas Akhir ini dilakukan dalam rangka memenuhi persyaratan untuk menyelesaikan Pendidikan Diploma Tiga Keperawatan di STIKes RS Husada. Saya menyadari bahwa, bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan laporan Tugas Akhir ini, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan Tugas Akhir ini. Oleh karena itu, saya mengucapkan terima kasih kepada :

1. Ellynia, SE., MM. Selaku Direktur Akademi Keperawatan RS Husada Jakarta.
2. Ns. Dian Fitria, M.Kep., Sp.Kep.J selaku dosen pembimbing laporan tugas akhir yang telah banyak meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan dan pengarahan dalam penyusunan karya tulis ilmiah.
3. Ns. Tri Setyaningsih, M.Kep., Sp.Kep.J selaku penguji umum dalam tugas akhir yang telah banyak memberikan pengarahan dan bimbingan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
4. Ns. Ressa Andriyani Utami M.Kep., Sp.Kep.Kom selaku penguji umum dalam tugas akhir yang telah banyak memberikan pengarahan dan bimbingan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
5. Ns. Yarwin Yari, M. Biomed., M.Kep selaku wali kelas yang selalu memberi motivasi dan dukungan dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.
6. Dosen beserta staf STIKes RS Husada yang telah membimbing dari semester pertama sampai semester terakhir.

7. Ns. Wawan Setiawan, S.Kep dan Ns. Hadi Mardiansyah, S.Kep selaku pembimbing ruangan Yudistira RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi, Bogor.
8. Tn.A yang telah memberikan kepercayaan kepada penulis dan kooperatif dalam menjalankan asuhan keperawatan dari awal sampai akhir.
9. Kedua orang tua ku, Bapak Hendra Arief Munajjar dan Ibu Fitri Suhaeny yang selalu mendoakan, memberikan dukungan secara materi maupun moril, dan memberikan motivasi untuk menyelesaikan pendidikan saya.
10. Kakak dan adik saya tercinta Aqiel Syafdi Arief dan Ellenore Charlotta yang selalu memberikan motivasi untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah tepat pada waktunya.
11. Sahabat-sahabat saya, yaitu: Baga Sudirman dan Novita Febriyanti yang selalu membantu, mendukung, dan memberikan semangat dalam segala hal hingga bisa menyelesaikan penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
12. Anggota grup “Anak muda jompo” selaku teman dekat yang selalu memberikan perhatian, dukungan, dan doa selama saya menyelesaikan pendidikan.
13. Teman-teman seperjuangan kelompok KTI, Adillah Saabiqi Rohmatika, Irna Yuliani, Jessica Simangunsong, dan Muhammad Vikri yang selalu mendukung dan saling membantu dalam menyelesaikan penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
14. Teman-teman kelas 3C dan Angkatan XXXIII yang telah berjuang bersama selama tiga tahun ini.

Penulis menyadari bahwa dalam pembuatan laporan tugas akhir masih banyak kekurangan. Saya hanya berharap akan kasih dan karunia Allah SWT yang

membalas semua kebaikan pihak yang telah membantu. Semoga Karya Tulis Ilmiah ini bisa membawa manfaat bagi pengembangan ilmu keperawatan jiwa selanjutnya.

Jakarta, 06 Juni 2023

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI.....	ix
BAB I.....	1
PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan	6
1. Tujuan Umum.....	6
2. Tujuan Khusus.....	6
C. Ruang Lingkup.....	7
D. Metode penulisan	7
E. Sistematika penulisan.....	8
BAB II	9
TINJAUAN TEORI.....	9
A. Pengertian.....	9
B. Psikodinamika.....	9
1. Faktor predisposisi	9
2. Faktor presipitasi	10
3. Klasifikasi halusinasi.....	11
4. Fase halusinasi.....	12
5. Komplikasi Halusinasi	14
6. Penatalaksanaan Medis.....	14
C. Rentang Respon.....	15
D. Asuhan Keperawatan.....	17
1. Pengkajian	17
2. Pohon Masalah	19
3. Diagnosis Keperawatan	19
4. Intervensi Keperawatan	19
5. Implementasi Keperawatan	22

6. Evaluasi Keperawatan	23
BAB III.....	25
TINJAUAN KASUS.....	25
A. Pengkajian	25
B. Diagnosa Keperawatan	39
C. Perencanaan, Pelaksanaan dan Evaluasi Keperawatan	39
BAB IV	66
PEMBAHASAN	66
A. Pengkajian Keperawatan	66
B. Diagnosis Keperawatan	68
C. Intervensi Keperawatan	69
D. Implementasi Keperawatan	70
E. Evaluasi Keperawatan	71
BAB V.....	74
PENUTUP.....	74
A. Kesimpulan	74
B. Saran.....	75
DAFTAR PUSTAKA	

DAFTAR TABEL

2.1 Tabel rentang respon	16
3.1 Tabel Analisa data.....	75

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Pohon masalah Halusinasi.....	19
Gambar 3.1 Genogram keluarga Tn.A	67
Gambar 3.1 Pohon Masalah Pasien (Tn.A).....	79

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Strategi Pelaksanaan	121
Lampiran 2 Analisa Obat	151
Lampiran 3 Lembar Konsultasi.....	153

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kata “sehat dan “sakit” sepertinya sering didengar oleh telinga masyarakat. Sehat adalah keadaan dimana individu dalam keadaan sempurna secara mental, fisik, serta sosial. Jika seseorang mengalami suatu gangguan di salah satunya maka individu tersebut tidak bisa disebut sehat. Walaupun demikian definisi dari sehat dan sakit sendiri sulit untuk diartikan. Terlebih dalam konsepsi kesehatan mental, hal ini dikarenakan gangguan psikologis berbeda dari sakit fisik lainnya yang dapat dilihat dengan kasat mata. Menurut *World Health Organization*, kesehatan mental merupakan keadaan yang mengacu pada berbagai jenis permasalahan termasuk neurologis dan penggunaan zat, namun kondisi umum seseorang yang terkena gangguan mental umumnya memiliki emosi, perilaku dan pikiran yang abnormal (*World Health Organization*, 2020).

Kesehatan jiwa merupakan aspek penting bagi sebuah individu, dimana kesehatan jiwa dapat mempengaruhi seseorang untuk menyadari potensi yang dimiliki, menghadapi tekanan hidup, bekerja produktif sehingga memiliki kontribusi yang positif di masyarakat. Kesehatan jiwa memiliki dampak pada kualitas sumber daya manusia di dalam suatu negara, karena penurunan produktivitas seseorang akan menimbulkan beban biaya bagi keluarga, masyarakat serta negara. Salah satu gangguan dalam kesehatan kejiwaan adalah skizofrenia. Skizofrenia adalah suatu

kondisi dimana seseorang mengalami perubahan perilaku seperti mencederai diri sendiri, mengurung diri, berbicara sendiri, enggan bersosialisasi dan sering kali masuk ke dalam alam bawah sadar dalam dunia fantasi yang penuh delusi dan halusinasi (Wijayanti et al., 2019).

National Institute of Mental Health menyatakan skizofrenia merupakan salah satu dari 15 penyebab kecatatan terbesar di dunia (NIMH, 2019). Menurut Institute for Health Metrics and Evaluation angka kejadian skizofrenia dengan berbagai usia dan jenis kelamin di dunia mencapai 0.32%, sedangkan angka kejadian skizofrenia rentang usia 20 tahun keatas di dunia mencapai 0.45% (IHME, 2019). Berdasarkan Riskesdas pada tahun 2018 menunjukkan prevalensi rumah tangga dengan ART gangguan jiwa skizofrenia di Indonesia mencapai 7.0 per mil, dalam artian dari 1000 rumah tangga ada 7 rumah tangga dengan ART yang mengalami gangguan jiwa skizofrenia. Prevalensi tertinggi ditempati oleh provinsi Bali dengan angka 11.0 per mil. Menurut tempat tinggalnya prevalensi rumah tangga dengan ART gangguan jiwa skizofrenia lebih banyak di pedesaan dengan angka 7.0 per mil dibandingkan perkotaan 6,4 per mil (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 meminum 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 obat (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%. Data tersebut merupakan beberapa alasan yang cukup menjelaskan mengapa skizofrenia dapat kambuh kembali. Selain itu terdapat masalah lain dimana penderita skizofrenia dipasung oleh keluarganya. Angka proporsi rumah tangga yang memiliki ART pengidap skizofrenia dan pernah mengalami pemasungan yaitu 14%.

Berdasarkan data yang didapatkan penulis di Rumah Sakit Jiwa Marzoeki Mahdi Bogor, laporan diagnosis terbanyak dibagian rawat inap adalah Skizofrenia Paranoid. Sebanyak 817 laki-laki dan 406 perempuan dengan total keseluruhan 1223 orang (Sunaryanto et al., 2019). Berbagai program telah dilakukan oleh Pemerintah Indonesia baik yang dimotori oleh WHO maupun dari berbagai negara berkembang lainnya namun yang menjadi permasalahan skizofrenia belum sepenuhnya dapat tertangani dengan baik dan belum memberikan dampak yang signifikan terhadap praktik pemasungan. Hal ini terjadi karena berbagai faktor, dimana gejala dari skizofrenia sendiri salah satunya adalah halusinasi.

Halusinasi merupakan salah satu diagnosis keperawatan yang terdapat pada kasus skizofrenia. Halusinasi adalah proses akhir dari pengamatan yang dimulai dari proses diterimanya stimulus oleh panca indra, kemudian individu memiliki perhatian, lalu diteruskan ke otak kemudian individu menyadari apa yang disebut dengan persepsi

(Susilawati & Fredrika, 2019). Halusinasi adalah gangguan persepsi di mana pasien merasakan sesuatu yang sebenarnya tidak terjadi. Halusinasi menyebabkan gangguan pada persepsi sensorik. Gangguan persepsi sensorik adalah perubahan persepsi rangsangan internal dan eksternal, disertai dengan gangguan respons berlebihan atau terdistorsi (PPNI, 2017).

Jika tidak segera ditangani, halusinasi menimbulkan sejumlah risiko berbahaya, termasuk perilaku kekerasan yang merugikan diri sendiri, orang lain, dan lingkungan. Dampak yang dihasilkan adanya halusinasi, akibatnya orang tersebut tidak dapat berkomunikasi atau mengenali kenyataan, yang menimbulkan orang tersebut sulit untuk berpartisipasi dalam kehidupan sehari-hari (Harkomah, 2019). Maka dari itu banyak kasus pemasangan yang terjadi pada penderita skizofrenia dengan halusinasi. Perlu dilakukan suatu tindakan yang dapat mengatasi sejumlah risiko berbahaya tersebut, diantaranya bagaimana cara mengatasi dan mengontrol halusinasi.

Strategi pelaksanaan tindakan keperawatan merupakan tindakan yang dijadikan sebagai panduan oleh seorang perawat jiwa ketika berinteraksi dengan pasien dengan gangguan halusinasi. Strategi pelaksanaan adalah penerapan asuhan keperawatan yang diterapkan pada pasien yang bertujuan untuk mengurangi masalah halusinasi yang dialami. Strategi pelaksanaan pada pasien halusinasi mencakup kegiatan mengidentifikasi mengapa terjadinya halusinasi, mengenal halusinasi, mengajarkan pasien untuk menghardik, melatih pasien mengontrol halusinasi dengan cara meminum obat secara teratur, mengajarkan pasien

bercakap-cakap dengan orang lain saat halusinasi muncul, serta melakukan aktifitas terjadwal untuk mencegah halusinasi muncul kembali (Wijayanti et al., 2019).

Peran perawat terhadap pasien meliputi aspek promotif, preventif, pengobatan dan rehabilitasi. Tujuan dari promotif ini adalah untuk menjelaskan kepada masyarakat umum tentang persepsi sensorik: halusinasi pendengaran, mulai dari makna, penyebab, tanda dan gejala hingga komplikasi yang muncul jika tidak segera ditangani. Preventif menjelaskan bagaimana mencegah pasien dengan masalah kesehatan mental, terutama yang memiliki gangguan sensorik: halusinasi pendengaran. Pengobatan merupakan peran perawat bagi pasien dengan gangguan kesehatan jiwa khususnya gangguan persepsi sensorik: halusinasi pendengaran secara mandiri dan memberikan obat sebagai tindakan berkolaborasi dengan dokter. Rehabilitas adalah memperkenalkan pada anggota keluarga cara merawat pasien pada saat pulang ke rumah (Agustina, 2017).

Berdasarkan data diatas sangat jelas sekali masalah keperawatan halusinasi di Indonesia sangat tinggi. Serta melihat akibat yang cukup serius akan dapat terjadi jika masalah halusinasi ini tidak segera diatasi, maka penulis tertarik untuk mengambil judul, “ Asuhan Keperawatan Pada Tn.A Dengan Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Pendengaran dan penglihatan Di Ruang Yudistira Rumah Sakit Jiwa Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor”.

B. Tujuan

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

1. Tujuan Umum

Tulisan ini dibuat dengan tujuan agar penulis mampu serta dapat melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien halusinasi, mendapat pengalaman serta dapat menerapkan asuhan keperawatan jiwa pada pasien halusinasi.

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu melakukan pengkajian pada pasien dengan halusinasi
- b. Mampu menentukan masalah keperawatan pada pasien dengan halusinasi
- c. Mampu merencanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan halusinasi
- d. Mampu melaksanakan asuhan keperawatan pasien dengan halusinasi
- e. Mampu melakukan evaluasi pada pasien dengan halusinasi
- f. Mampu mengidentifikasi kesenjangan yang terdapat antara teori dan paktik pada pasien halusinasi
- g. Mampu mengidentifikasi faktor-faktor pendukung, penghambat serta mencari solusi/alternatif pemecahan masalah dengan memberikan asuhan keperawatan pada pasien halusinasi

- h. Mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien halusinasi

C. Ruang Lingkup

Penulisan laporan akhir ini merupakan pembahasan mengenai kesenjangan yang terdapat antara teori dengan kasus hasil asuhan keperawatan yang diberikan pada Tn.A dengan halusinasi pendengaran dan penglihatan di Rumah Sakit Jiwa Dr. Marzoeqi Mahdi Bogor pada tanggal 07 sampai 19 November 2022.

D. Metode penulisan

Penulisan karya tulis ilmiah ini menggunakan metode deskriptif, yaitu metode dalam meneliti dengan cara mengumpulkan serta menganalisa data dan menarik kesimpulan yang selanjutnya akan disajikan dalam bentuk narasi dengan pemecahan masalah sesuai masalah yang ditemukan. Penyusunan karya tulis ini menggunakan metode deskriptif yaitu dengan metode pendekatan studi kasus. Sedangkan dalam proses penulisan metode yang digunakan yaitu pengumpulan data oleh penulis adalah wawancara dengan cara melakukan pengumpulan data dengan cara tanya jawab dan interaksi langsung dengan pasien, perawat, dokter, serta tim kesehatan lainnya, dengan masalah Halusinasi.

Penulisan data menggunakan metode observasi partisipasi aktif yaitu penulis melakukan pengamatan dan turut serta dalam melakukan tindakan pelayanan kesehatan pada pasien dengan gangguan jiwa yaitu

halusinasi, penulis menggunakan studi dokumentasi yaitu penulis melakukan pengumpulan data dengan mempelajari catatan rekaman medis dan hasil pemeriksaan yang ada. Penulis menggunakan studi literatur yaitu mengambil beberapa penulisan dan pemikiran yang penulis ambil dari buku-buku yang ada kaitannya dengan materi yang berhubungan dengan gangguan jiwa; halusinasi.

E. Sistematika penulisan

Sistematika penulisan karya ilmiah ini disusun secara sistematis dan terdiri dari BAB 1 (pertama) adalah pendahuluan yang terdiri dari latar belakang masalah, tujuan, ruang lingkup, metode penulisan dan sistematika penulisan. BAB II (kedua) landasan teori pada halusinasi dari pengertian, diagnosa, jenis, fase, komplikasi, penatalaksanaan medis, rentang respon, dan konsep asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, analisa data, rencana keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan menurut teori.

BAB III (ketiga) menjelaskan tentang kasus Tn.A dengan halusinasi yang terdiri dari pengkajian, Analisa data, rencana keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan. BAB IV (keempat) membahas tentang kesenjangan antara teori dan kasus nyata, Riwayat keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi. BAB V penutup yang terdiri dari kesimpulan dan saran.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Pengertian

Halusinasi dapat didefinisikan sebagai gangguan pada persepsi sensorik seseorang, tanpa adanya stimulus. Tipe halusinasi yang paling umum adalah pendengaran, visual, penciuman, dan rasa (Yosep & Sutini, 2016). Halusinasi adalah gangguan sensorik yang disebabkan oleh rangsangan yang sebenarnya tidak ada (Sutejo, 2018). Halusinasi adalah persepsi Pasien terhadap lingkungan tanpa rangsangan yang sebenarnya, di mana Pasien menginterpretasikan sesuatu yang tidak nyata tanpa rangsangan apapun (Dermawan & Rusdi, 2013).

B. Psikodinamika

Faktor predisposisi

Faktor predisposisi adalah faktor risiko yang memengaruhi jenis dan jumlah sumber yang dapat dihasilkan individu untuk mengatasi stres. Faktor ini diperoleh baik oleh pasien maupun keluarganya (Muhith, 2015). Faktor predisposisinya yaitu: Faktor perkembangan yaitu, hambatan perkembangan akan mengganggu hubungan interpersonal yang dapat meningkatkan stres dan kecemasan yang dapat berakhir dengan gangguan persepsi. Faktor sosial dan budaya yaitu berbagai faktor sosial yang membuat seseorang merasa tersingkirkan atau kesepian tidak dapat diatasi sehingga terjadi gangguan seperti delusi dan halusinasi. Faktor psikologis, yaitu

hubungan interpersonal yang tidak harmonis dan peran ganda atau peran yang saling bertentangan, dapat menyebabkan kecemasan berat yang berakhir dengan pengingkaran terhadap realitas dan berujung pada halusinasi. Faktor biologis yaitu Pasien dengan gangguan orientasi realita yang berperan sangat penting dalam perkembangan perilaku emosional. Faktor genetik ditemukan cukup tinggi pada keluarga yang salah satu anggota keluarganya menderita skizofrenia, dan lebih tinggi jika kedua orang tuanya menderita skizofrenia.

2. Faktor presipitasi

Faktor yang mencakup faktor presipitasi yaitu: Stresor sosial budaya yaitu stres dan kecemasan akan meningkat bila terjadi penurunan stabilitas keluarga, perpisahan dengan orang yang terdekat atau ditinggalkan menimbulkan halusinasi. Faktor biokimia yaitu berkaitan dengan gangguan orientasi realitas termasuk halusinasi psikologis yaitu intensitas kecemasan yang ekstrim dan berkepanjangan dengan kemampuan yang terbatas untuk mengatasi masalah. Faktor perilaku yaitu perilaku yang perlu dikaji pada pasien dengan gangguan orientasi realitas berkaitan dengan perubahan proses pikir, afektif persepsi, motorik dan sosial (Yusuf, 2014).

3. **Klasifikasi halusinasi**

(Pardede & Laia, 2020) menyebutkan ada beberapa jenis halusinasi antara lain: Halusinasi pendengaran (auditory), mendengar suara yang membicarakan, mengejek, menertawakan, mengancam, memerintahkan untuk melakukan sesuatu (kadang- kadang hal yang berbahaya). Perilaku yang muncul adalah mengarahkan telinga pada sumber suara, berbicara atau tertawa sendiri, marah tanpa alasan, menutup telinga, bergumam dan menggerakkan tangan. Halusinasi Penglihatan (visual) stimulus penglihatan dalam bentuk pancaran cahaya, gambar, orang atau panorama yang luas dan kompleks, biasanya menyenangkan atau menakutkan. Perilaku yang muncul adalah tatapan mata pada tempat tertentu, menunjuk kearah tertentu, dan ketakutan terhadap objek yang dilihat.

Halusinasi Penciuman (Olfaktori) mencium bau busuk, amis, dan bau yang menjijikan seperti :darah, urine atau feses, kadang-kadang terhirup bau harum seperti parfum. Perilaku yang muncul adalah ekspresi wajah seperti mencium, mengarahkan hidung pada tempat tertentu dan menutup hidung. Halusinasi pengecapan (gustatory) merasa mengecap sesuatu yang busuk, amis, dan menjijikkan, seperti rasa darah, urine, dan feses. Perilaku yang muncul adalah mengecap, mulut seperti gerakan mengunyah, sering meludah, muntah. Halusinasi Perabaan (taktil) mengalami rasa sakit atau tidak enak tanpa stimulus yang terlihat, seperti merasakan sensasi listrik datang dari tanah, benda mati atau orang lain, merasakan ada yang meraba- raba tubuh seperti

tangan, binatang kecil dan makhluk halus. Perilaku yang muncul adalah menggosok, menggaruk-garuk atau meraba-raba permukaan kulit, terlihat menggerak-gerakan badan seperti merasa tersentuh.

4. Fase halusinasi

Halusinasi yang dialami Pasien dapat bervariasi intensitas dan keparahannya (Muhith, 2015) membagi fase halusinasi menjadi fase berdasarkan tingkat kecemasan yang dialami dan kemampuan pasien dalam mengendalikan diri. Semakin parah fase halusinasi, semakin berat kecemasan yang dialami Pasien dan semakin banyak halusinasi yang mengendalikannya. Fase I : *comforting* yaitu fase menyenangkan. Pada fase ini masuk golongan non-psikotik. Karakteristik pasien: Pasien mengalami stres, kecemasan, perasaan perpisahan, rasa bersalah, perasaan kesepian yang meningkat dan tidak dapat diselesaikan. Pasien mulai bermimpi dan memikirkan hal-hal yang menyenangkan, mencari bantuan untuk tujuan ini hanya untuk sementara. Perilaku Pasien: Senyum atau tawa yang tidak sesuai, gerakan bibir yang tidak ada suaranya, gerakan mata yang cepat, respons verbal yang lambat saat berhalusinasi, dan keinginan untuk menyendiri. Fase II : *condemning* atau kecemasan berat, yaitu halusinasi menjadi menjijikkan. Termasuk psikosis ringan. Karakteristik Pasien: pengalaman sensorik yang menakutkan, peningkatan kecemasan, melamun dan refleksi diri. Ini mulai terlihat seperti bisikan yang tidak jelas. Pasien tidak ingin orang lain tahu dan

masih bisa mengontrolnya. Perilaku Pasien : Peningkatan tanda sistem saraf otonom seperti peningkatan denyut jantung dan tekanan darah. Pasien asik dengan halusinasinya dan tidak dapat membedakan kenyataan.

Fase III : *controlling* atau kecemasan berat, yang merupakan pengalaman sensori menjadi dominan. Termasuk dalam gangguan psikotik. Karakteristik : Bisikan, suara, halusinasi muncul semakin banyak, mengontrol dan mengendalikan Pasien. Pasien menjadi terbiasa dengan halusinasi dan tidak berdaya menghadapinya. Perilaku Pasien : Arahan yang diberikan halusinasi tidak hanya dijadikan objek saja oleh Pasien tetapi mungkin akan diikuti atau dituruti, Pasien mengalami kesulitan berhubungan dengan orang lain rentang perhatian hanya beberapa menit atau detik, tanda-tanda fisik seperti Pasien berkeringat, gemetar, dan ketidakmampuan untuk mematuhi perintah.

Fase IV : *Conquering* atau panik yaitu Pasien melebur ke dalam halusinasinya, termasuk psikosis berat. Karakteristik Pasien: c Perilaku Pasien: perilaku ketakutan karena panik, kemungkinan bunuh diri, perilaku kekerasan, kecemasan, menarik diri atau katatonik, ketidakmampuan untuk berespon perintah yang kompleks dan berespon lebih dari 1 orang. Pada kasus Tn.A fase halusinasi yang dirasakan yaitu fase ke empat yaitu fase conquering dimana isi dari halusinasi yang dirasakan Tn.A yaitu berupa ancaman.

5. Komplikasi Halusinasi

Komplikasi halusinasi bisa menjadi alasan Pasien dapat melakukan tindakan berperilaku kasar, karena suara memberi perintah, membuat mereka rentan terhadap perilaku maladaptif. Perilaku kekerasan pada Pasien skizofrenia diawali dengan perasaan tidak berharga, takut, dan penolakan lingkungan yang menyebabkan orang menarik diri dari hubungan dengan orang lain. Komplikasi yang dapat terjadi pada pasien dengan gangguan sensorik primer : halusinasi, meliputi : resiko perilaku kekerasan, harga diri rendah dan isolasi sosial (Maudhunnah, 2021).


6. Penatalaksanaan Medis

Penatalaksanaan pasien dengan skizofrenia yang mengalami halusinasi diobati dengan obat-obatan dan tindakan antara lain: Psikofarmakologi obat yang biasa digunakan untuk halusinasi pendengaran, gejala psikosis pada penderita skizofrenia, adalah obat antipsikotik. Adapun kelompok yang umum digunakan adalah kelas kimia nama generik (dagang) Fenotiazin Tiodazin (Mellaril), Tioksanten Cloprotis (Tarctan), Tiotis (Navane), Butyrofenone Haloperidol (Haldol) Dibenzodiazepin Klorazepin (Clorazil). Terapi elektrokonvulsif adalah bentuk terapi yang secara artifisial menginduksi kejang dengan mengalirkan arus listrik melalui satu atau dua elektroda yang dipasang pada jahitan. Terapi elektrokonvulsif dapat

diresepkan untuk penderita skizofrenia yang tidak mempan dengan terapi neuroleptik oral atau injeksi dosis elektrokonvulsif 4-5 joule per detik (Muhith, 2015).

C. Rentang Respon

Halusinasi adalah salah satu gangguan penyesuaian individu dalam rentang reaksi neurobiologis. Ini adalah reaksi persepsi yang paling maladaptif. Sementara pasien yang sehat dapat secara akurat mengidentifikasi dan menginterpretasikan rangsangan berdasarkan informasi yang diterima melalui panca indera (pendengaran, penglihatan, penciuman, rasa, sentuhan), Pasien berhalusinasi merasakan rangsangan sensorik ketika rangsangan sebenarnya tidak ada. di sana. rentang respon dapat digambarkan sebagai berikut (Zega, 2022).

Respon Adaptif**Respon Maladaptif**


1. Pikiran logis	1. Kadang pikiran	1. Gangguan
2. Persepsi	terganggu	proses
akurat	2. Ilusi	pikir/delusi
3. Emosi	3. Emosi	2. Halusinasi
konsisten	berlebihan/kuran	3. Tidak bisa
dengan	g	mengalami
pengalaman	4. Perilaku yang	emosi
4. Perilaku sesuai	tidak biasa	4. Perilaku tidak
5. Hubungan	5. Menarik diri	terorganisir
social positif		5. Isolasi sosial

2.1 Tabel rentang respon

Sumber : (Zega, 2022)

Respon adaptif adalah respon yang dapat diterima berdasarkan norma sosial budaya yang berlaku. Dengan kata lain, dihadapkan pada masalah dalam batas rasional, individu mampu memecahkan masalah, respon adaptif: Pemikiran logis adalah pandangan yang mengarah pada kenyataan. Persepsi akurat adalah pandangan yang benar tentang realitas. Perasaan emosi yang konsisten dengan pengalaman adalah perasaan emosi yang muncul dari pengalaman. Perilaku sosial adalah sikap dan perilaku yang masih berada dalam batas-batas rasio. Hubungan sosial adalah proses interaksi dengan orang lain dan lingkungan

Reaksi Psikososial adalah : Proses berpikir yang terganggu adalah proses berpikir yang menimbulkan gangguan. Ilusi adalah interpretasi atau penilaian yang salah tentang apa yang terjadi (objek nyata) yang dihasilkan dari rangsangan panca indera. Emosi yang berlebihan atau berkurang. Perilaku abnormal adalah sikap dan perilaku yang melebihi batas normal. Penarikan menghindari kontak dengan orang lain. Respons maladaptif adalah respons pemecahan masalah individu yang menyimpang dari norma sosial budaya dan lingkungan, sedangkan tanggapan maladaptif adalah: Penyimpangan mental adalah keyakinan yang kuat bahkan ketika orang lain tidak mempercayainya dan tidak sesuai dengan realitas sosial.

Halusinasi adalah persepsi sensorik palsu atau persepsi eksternal yang tidak nyata atau tidak ada. Kerusakan proses emosional adalah perubahan sesuatu yang berasal dari hati. Disorganized behavior adalah sesuatu yang tidak teratur. Isolasi sosial adalah kesepian yang dialami individu, yang dipandang negatif oleh orang lain sebagai keadaan yang mengancam dan ketidakbahagiaan.

D. Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian adalah kumpulan sistematis dari informasi subyektif dan obyektif untuk tujuan pengambilan keputusan keperawatan atas nama individu, keluarga dan komunitas (Damaiyanti & Iskandar,

2014). Ada beberapa yang perlu dieksplorasi baik pada pasien dengan halusinasi pada tahap ini, antara lain: Harga diri meliputi, penolakan diri lingkungan atau kelompok sosial, kurang mendapatkan penghargaan atau usahanya, *overprotective*, otoritatif, pola asuh yang tidak konsisten, terlalu dituruti atau terlalu rumit, persaingan antar saudara, sering melakukan kesalahan, dan gagal memenuhi standar sendiri. Dalam ideal diri meliputi cita-cita yang terlalu tinggi, harapan yang tidak realistis, cita-cita yang sama atau tidak jelas Peran termasuk stereotip peran *gender*, tuntutan pekerjaan, ekspektasi peran budaya. Identitas diri meliputi ketidakpercayaan terhadap orang tua, tekanan teman sebaya dan perubahan struktur sosial. Data yang perlu dikaji pada pasien gangguan persepsi sensori halusinasi : halusinasi yaitu, data objektif : Pasien tampak bicara sendiri dan tertawa sendiri , Pasien tampak marah-marah tanpa sebab, Pasien tampak mengarahkan telinga kearah tertentu, Pasien tampak menutup telinga. Sedangkan data subjektif nya yaitu : Pasien mengatakan mendengar suara atau kegaduhan, Pasien mengatakan mendengar suara yang mengajaknya untuk bercakap-cakap, Pasien mengatakan mendengar suara yang menyuruhnya untuk melakukan sesuatu yang berbahaya, Pasien mengatakan mendengar suara yang mengancam dirinya atau orang lain (Hulu et al., 2022).

2. Pohon Masalah



Gambar 2.1 Pohon masalah

(Azizah et al., 2016)

3. Diagnosis Keperawatan

(Azizah et al., 2016) menyebutkan ada beberapa diagnosa keperawatan yang sering ditemukan pada pasien dengan halusinasi yaitu: resiko perilaku kekerasan, gangguan sensori persepsi: halusinasi, isolasi sosial, harga diri rendah dan defisit perawatan diri.

4. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah alat yang digunakan oleh perawat jiwa saat merawat pasien yang menderita gangguan halusinasi. Strategi implementasinya adalah menerapkan standar keperawatan yang

diterapkan pada pasien dengan tujuan mengurangi masalah kesehatan jiwa yang dapat ditangani. Strategi pelaksanaan pasien halusinasi meliputi kegiatan mengenali halusinasi, mengajarkan pasien menghardik, mengajarkan pasien berbicara dengan orang lain saat berhalusinasi, dan kegiatan yang terjadwal untuk mencegah halusinasi (Susilawati & Fredrika, 2019). Perencanaan adalah panduan tertulis yang secara akurat menggambarkan rencana tindakan keperawatan berdasarkan diagnosa keperawatan dan disesuaikan dengan kebutuhan Pasien. Tahap perencanaan ini juga memberikan kesempatan kepada perawat, pasien, keluarga pasien, dan orang terdekat pasien untuk menyusun rencana tindakan keperawatan untuk memecahkan masalah yang dihadapi Pasien.

Diagnosa keperawatan: Halusinasi. Tujuan: Pasien dapat mengendalikan halusinasi yang dialami. TUK I Pasien dapat membangun hubungan saling percaya, kriteria hasil ekspresi wajah ramah, gembira, ada kontak mata, mau bersalaman, bersedia menyebutkan nama, bersedia duduk di samping perawat, bersedia mengungkapkan masalah yang dihadapi. Intervensi TUK 1 merupakan sapa pasien dengan ramah baik verbal maupun non verbal, perkenalan nama perawat dan nama panggilan perawat, tanyakan nama lengkap dan nama panggilan perawat, tanyakan nama lengkap dan nama panggilan pasien yang disukai, tunjukkan sifat jujur dan empati setiap kali berinteraksi dengan pasien. Tunjukkan empati dan terima pasien apa adanya, tanyakan tentang perasaan dan masalah pasien, dengarkan

baik-baik. TUK 2 Pasien mengenali halusinasi, kriteria hasil pasien mampu menyebutkan hasusinasinya, waktu halusinasinya, frekuensi halusinasinya situasi dan kondisi yang sering dan singkat secara bertahap, observasi tingkat perilaku Pasien terkait dengan halusinasi, tanyakan pada pasien tentang isi halusinasinya. waktu halusinasi, frekuensi halusinasi, dan kondisi situasi, waktu halusinasi, frekuensi halusinasi, dan kondisi situasi penyebab halusinasi, tanyakan pada Pasien tentang halusinasi.

TUK 3 Pasien dapat mengontrol halusinasinya dengan kriteria hasil pasien dapat menghardik halusinasinya, Pasien dapat meminum obat secara teratur, pasien dapat bercakap-cakap dengan orang lain, Pasien dapat melakukan aktivitas terjadwal Intervensi TUK 3 adalah identifikasi bersama pasien cara yang dilakukan pasien saat halusinasinya muncul, diskusikan dengan pasien cara yang digunakan apakah menguntungkan atau merugikan, diskusikan cara baru yaitu menghardik halusinasi, jelaskan cara menghardik halusinasi, peragakan cara menghardik halusinasi, beri pujian yang wajar atas keberhasilan pasien dapat melakukan hal tersebut, identifikasi ulang kemampuan dan keterampilan pasien menghardik halusinasinya, jelaskan pentingnya penggunaan obat pada pasien gangguan jiwa, jelaskan akibat putus obat, jelaskan cara mendapatkan obat atau berobat, jelaskan cara menggunakan obat dengan prinsip 5 benar, ajarkan pasien untuk pergi ketempat yang ramai dan bantu pasien untuk berkomunikasi atau bercakap-cakap dengan orang lain saat

halusinasinya muncul, menjelaskan pentingnya aktivitas yang teratur untuk mengatasi halusinasinya, diskusikan aktivitas yang biasa dilakukan, pantau pelaksanaan aktivitas terjadwal. TUK 4 pasien mendapatkan dukungan dari keluarga dalam mengontrol halusinasi dengan kriteria hasil pasien dapat mengikuti aktivitas kelompok. Intervensi TUK 4 anjurkan mengikuti TAK, orientasi realita, buat kontrak yang jelas dengan keluarga, diskusikan dengan keluarga mengenai pengertian, tanda dan gejala, proses terjadinya, dan cara perawatan di rumah, beri informasi bagaimana tindakan yang dilakukan saat halusinasi muncul.

TUK 5 Pasien dapat menggunakan obat dengan benar untuk mengendalikan halusinasinya. Dengan kriteria hasil keluarga dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat, keluarga dapat menyebutkan pengertian serta tanda dan tindakan untuk mengalihkan halusinasi. Pasien dan keluarga dapat menyebutkan manfaat, dosis dan efek samping obat, pasien minum obat secara teratur. Intervensi TUK 5 adalah lanjutkan pasien bicara dengan dokter tentang manfaat dan efek samping obat yang dirasakan. Diskusikan akibat berhenti minum obat tanpa konsultasi Bantu pasien menggunakan obat dengan prinsip 6 benar.

5. Implementasi Keperawatan

Disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Dalam situasi nyata pelaksanaan sering kali banyak menyimpang dari rencana,

karena perawat belum terbiasa menggunakan rencana tertulis dalam pelaksanaan tindakan keperawatan. Sebelum melakukan tindakan perawatan yang direncanakan, perawat harus memastikan secara singkat apakah rencana tindakan tersebut masih sesuai dan apa yang dibutuhkan Pasien sesuai dengan kondisinya (di sini dan sekarang). Perawat juga mengevaluasi dirinya sendiri, apakah hubungan interpersonal, intelektual, keterampilan teknis sesuai dengan prosedur yang dilakukan, mengevaluasi kembali apakah aman bagi Pasien. Setelah semuanya tidak ada kendala maka tindakan keperawatan bisa dilakukan

6. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi tanda gejala yang diharapkan pada pasien gangguan persepsi sensori yaitu ; verbalisasi mendengar bisikan menurun, verbalisasi melihat bayangan menurun, verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra perabaan menurun, verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra penciuman menurun, verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra pengecapan menurun, distorsi sensori menurun, perilaku halusinasi menurun, menarik diri menurun, melamun menurun, curiga menurun, mondar-mandir menurun, respons sesuai stimulus membaik, konsentrasi membaik, dan orientasi membaik (PPNI, 2018).

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, meminum 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 Tn. A di Ruang Yudistira Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor, dalam melakukan asuhan keperawatan ini pendekatan yang digunakan untuk proses keperawatan meliputi 5 tahap yaitu: pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi, dan evaluasi keperawatan.

A. Pengkajian

1. Identitas pasien

Pasien memiliki inisial Tn.A umur 42 tahun dengan status perkawinan sudah menikah, beragama Islam, dan bersuku bangsa Jawa. Pendidikan terakhir pasien yaitu Sekolah Menengah Akhir (SMA), pasien beralamat di Jalan Batu Ampar II nomor 66, dengan diagnosa medis paranoid skizofrenia sumber informasi yang didapat berasal dari pasien, rekam medis, dan perawat di ruang Yudistrira Rumah Sakit Jiwa Dr. Marzoeki Mahdi Bogor.

2. Alasan masuk rumah sakit

Pasien masuk rumah sakit jiwa pada tanggal 26 Oktober 2022 dibawa oleh keluarganya. Alasan pasien dibawa ke Rumah Sakit Jiwa ialah karena pasien mengamuk dan menakuti orang lain dengan senjata tajam, pasien sering berbicara sendiri dan melempar barang disekitarnya.

Masalah keperawatan : Halusinasi, Risiko perilaku kekerasan.

3. Faktor predisposisi

Pasien pernah mengalami riwayat kejiwaan 1 tahun lalu pada tahun 2021, dan dirawat selama 1x di tahun 2019 namun pengobatan pasien kurang berhasil karena pasien putus obat dan pasien kambuh kembali. Pasien pernah mengalami kekerasan di tahun 2008 dimana pasien di keroyok oleh orang tidak dikenal, pasien juga pernah menjadi pelaku kekerasan pada tahun 2017 terhadap istrinya dikarenakan istrinya meminta uang bulanan, sedangkan pasien dalam posisi tidak bekerja. Tidak ada anggota keluarga pasien yang mengalami gangguan jiwa. Pasien memiliki pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan seperti bersekolah di sekolah pelayaran namun tidak sampai tamat. Pasien juga pernah bekerja pada tahun 2020 selama 2 bulan lalu di PHK.

Masalah keperawatan : Resiko perilaku kekerasan

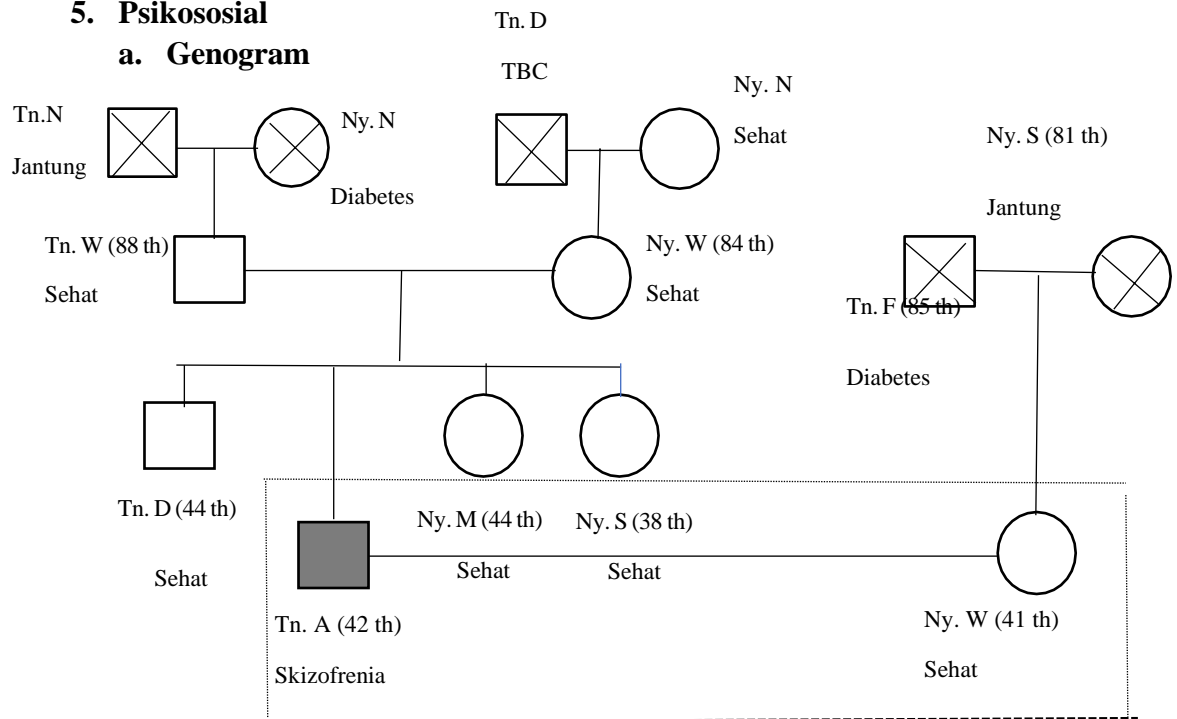
4. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik meliputi pemeriksaan tanda-tanda vital, yaitu; tekanan darah pasien 110/70mmHg, Nadi pasien 88x/menit, Suhu 36,2⁰c, pernapasan 21x/menit, dengan tinggi badan 158cm dan berat badan 92kg, pasien mengatakan tidak memiliki keluhan fisik lain.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

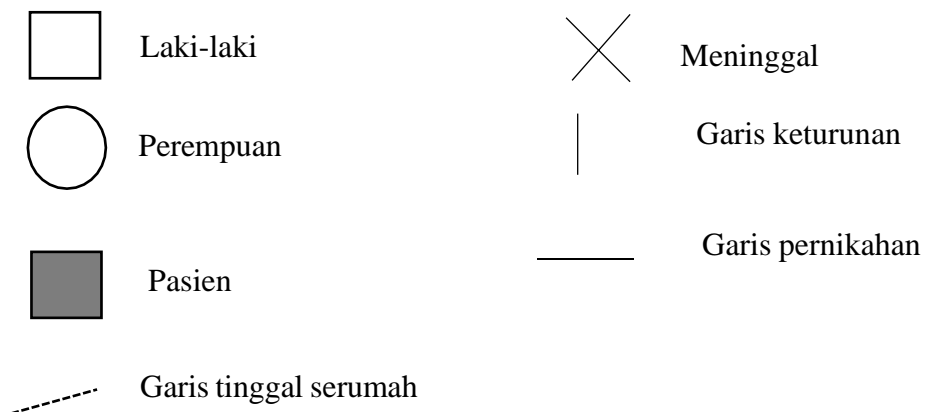
5. Psikososial

a. Genogram



Gambar 3.1

Genogram keluarga Tn.A



Penjelasan

Pasien anak ke dua dari empat bersaudara. Pasien tinggal Bersama istrinya. Pasien tidak memiliki anak. Orang terdekat pasien adalah orangtua nya. Pengambil keputusan di rumah ialah pasien sendiri.

Pola komunikasi pasien 2 arah. Pasien memiliki konflik dengan istrinya dikarenakan masalah ekonomi.

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

b. Konsep diri

Pada gambaran diri pasien mengatakan puas bersyukur memiliki bentuk tubuh yang berisi. Didalam identitas diri pasien dapat menyebutkan nama lengkapnya, umur serta menerima dirinya sebagai seorang lelaki. Pasien mengatakan perannya sebagai kepala keluarga dan merasa kurang puas terhadap perannya karena pasien berada di rumah sakit jiwa sehingga pasien berharap dapat bekerja untuk memenuhi perannya. Pasien mengatakan ingin menjadi politikus namun tidak bisa dikarenakan tidak tamat sekolah. Pada harga diri, pasien merasa dirinya tidak layak ada di lingkungan sekitar karena riwayat penyakit kejiwaan yang dialaminya.

Masalah keperawatan : Harga diri rendah kronik

c. Hubungan sosial

Orang yang berarti dalam hidup pasien dan dapat dijadikan tempat mengadu adalah kedua orangtua pasien. Pasien mengatakan jarang mengikuti kegiatan masyarakat, pernah sesekali mengikuti namun pasif. Hambatan yang dimiliki pasien dalam berhubungan sosial yaitu pasien tidak percaya kepada orang lain dan lebih senang menyendiri.

Masalah keperawatan : Isolasi sosial

d. Spiritual

Pasien beragama Islam dan percaya kepada Allah SWT. Kegiatan beribadah pasien yaitu mengerjakan solat 5 waktu. Pasien mengatakan tidak ada pengobatan yang bertentangan dengan keyakinan yang dianut pasien.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

6. Status Mental

- a. Penampilan** : Pasien tampak berpakaian sesuai, rambut pasien berwarna hitam, kulit dan badan bersih, mukosa lembab, gigi pasien bersih, namun kuku pasien panjang, pasien mandi 2 kali sehari pada pagi dan sore hari dan selalu mengganti pakaian setelah mandi. Pasien mampu melakukan kebersihan diri secara mandiri.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

- b. Pembicaraan** : Pasien hanya berbicara ketika ditanya namun menjawab dengan kooperatif

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

- c. Aktivitas Motorik** : Pasien tampak gelisah dan sering memperhatikan sekitar namun pasien rutin melakukan kegiatan TAK bersama dengan anggota lain.

Masalah keperawatan : Ansietas

- d. Alam perasaan :** Pasien mengatakan khawatir karena takut tidak dapat mengontrol amarahnya dan tidak dapat produktif lagi seperti sedia kala.

Masalah keperawatan : Harga diri rendah kronik

- e. Afek :** Respon pasien sesuai dengan stimulus yang diberikan

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

- f. Interaksi selama wawancara :** Selama dilakukan pengkajian pasien cukup kooperatif, pasien menjawab ketika ditanya pasien dapat menjawab dengan benar. Kontak mata pasien kurang karena pasien tampak gelisah.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

- g. Persepsi :** Pasien mengatakan sering mendengar suara-suara yang menyuruhnya menyakiti istrinya dan sering melihat bayangan hitam yang selalu mengikutinya dan membuatnya kesal, suara dan bayangan tersebut timbul saat pasien sedang sendirian dan berdiam diri, suara timbul pada siang dan malam hari pada waktu yang tidak menentu. Pasien mengatakan cara untuk mengatasi halusinasi yang dirasakan pasien memilih untuk tidur.

Masalah keperawatan : Gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran dan penglihatan

h. Proses pikir : Pasien berbicara lancar, tidak ada pengulangan ataupun berbelit-belit

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

i. Isi pikir : Pasien tidak mengalami gangguan pada isi pikir

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

Waham : Pasien mengatakan pernah memiliki hubungan dengan Puan Maharani dan pernah bekerja sebagai manajer Titi DJ, pasien mengatakan kurang percaya terhadap orang lain dikarenakan takut menjadi korban kekerasan kembali

Masalah keperawatan : Waham kebesaran dan curiga

j. Tingkat kesadaran : Tingkat kesadaran pasien compos mentis, tidak mengalami disorientasi waktu, orang maupun tempat

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

k. Memori :

Gangguan daya ingat jangka panjang : pasien dapat menceritakan kejadian yang tidak menyenangkan yaitu pernah dikeroyok oleh orang tidak dikenal pada tahun 2008.

Gangguan daya ingat jangka pendek : pasien dapat mengingat nama orang terdekat dengan pasien, misalnya nama perawat yang

merawatnya, nama teman sekamarnya, pasien dapat mengulangi hal yang dibicarakan dengan perawat yang merawatnya, pasien dapat menyebutkan kegiatan yang telah dilakukan sebelumnya.

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

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

- l. Tingkat konsentrasi berhitung** : pasien mampu berhitung sederhana pada saat dilakukan pengkajian pasien mampu menjawab hitungan sederhana seperti menghitung dari 1 sampai 10 dan melakukan hitung mundur dari 10 sampai 1. Namun pasien kurang mampu berkonsentrasi karena halusinasi yang dialami.

Masalah keperawatan : Gangguan persepsi sensori : Halusinasi penglihatan dan pendengaran

- m. Kemampuan penilaian** : Pada saat diberikan pertanyaan sederhana seperti apa yang dilakukan sebelum makan pasien dapat mengambil keputusan

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

- n. Daya tilik** : pasien mengingkari penyakit yang diderita, pasien mengatakan sudah sehat dan tidak perlu menerima pengobatan apapun

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

7. Kebutuhan persiapan pulang

Pasien mampu melakukan kegiatan secara mandiri seperti, pasien makan sebanyak 3 kali selama di rumah sakit dengan porsi yang telah disediakan, pasien mampu menghabiskan porsi makanan yang tersedia dan menaruh peralatan makan dan minum pada tempatnya. Pasien mampu melakukan perawatan diri secara mandiri, toileting dilakukan secara mandiri tanpa harus dibantu, pasien mandi 2 kali sehari di pagi hari dan sore hari dan setiap mandi pasien selalu mengganti pakaian sendiri tanpa bantuan perawat. Pasien mengatakan tidur siang pada pukul 13.00 WIB sampai dengan 15.00 WIB dan tidur malam pada pukul 20.00 WIB sampai dengan 05.00 WIB, sebelum tidur pasien selalu melakukan kegiatan yaitu berdoa. Pemeliharaan kesehatan pasien dengan perawatan lanjutan dan sistem pendukung. Pasien melakukan kegiatan di dalam rumah seperti mempersiapkan makanan, menjaga kerapihan rumah seperti menyapu, dan mencuci pakaian. Sedangkan diluar rumah pasien biasa menemani istri berbelanja dan membawa transportasi.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

8. Mekanisme koping

Pasien mengatakan saat ia menghadapi suatu masalah ia lebih memilih koping maladaptif yaitu dengan cara menghindar, merokok dan tidur.

Pasien mengatakan tidak suka berbicara atau berbagi masalah dengan orang lain dikarenakan tidak percaya.

Masalah keperawatan : Koping tidak efektif.

9. Masalah psikososial dan lingkungan

Masalah dengan dukungan kelompok, pasien mengatakan tidak mendapat dukungan kelompok karena tidak suka berinteraksi pasien takut jika berinteraksi pasien akan menyakiti orang lain. Masalah berhubungan dengan lingkungan, pasien mengatakan tidak pernah mengikuti kegiatan lingkungan karena tidak percaya dengan orang lain. Masalah dengan pendidikan, pasien mengatakan sedih karena berhenti sekolah pelayaran dikarenakan masalah ekonomi yang mengharuskan pasien untuk mencari uang. Masalah dengan pekerjaan, pasien pernah di PHK saat baru 2 bulan bekerja. Masalah dengan perumahan, pasien mengatakan tidak ada masalah dengan perumahan. Masalah ekonomi, pasien mengatakan pernah berhenti bersekolah karena tidak ada biaya. Masalah dengan pelayanan Kesehatan, pasien mengatakan tidak memiliki masalah dengan pelayanan kesehatan. Masalah dengan lingkungan, pasien mengatakan tidak mendapat dukungan dari lingkungan karena pasien enggan untuk berinteraksi dan kurang percaya terhadap orang lain.

Masalah keperawatan : Harga diri rendah kronik dan Isolasi sosial

10. Pengetahuan kurang tentang

Pasien mengatakan bahwa dirinya berada di Rumah Sakit Jiwa Marzoeke Mahdi Bogor namun tidak mengetahui tentang penyakit kejiwaan dan coping diri yang adaptif saat menghadapi masalah atau stress

Masalah keperawatan : Pengetahuan kurang dan coping masalah tidak efektif

11. Aspek medik

Diagnosa medik pasien adalah Skizofrenia paranoid. Terapi medik yang diterima oleh pasien yaitu; Aripiprazole 10mg / 12 jam per oral, Lorazepam 2mg / 12 jam per oral, Amlodipin 10mg / 12 jam per oral dan, Valsartan 20mg / 12 jam per oral.

12. Analisa Data

Tanggal / Jam	Data fokus	Masalah keperawatan
08 November 2022 10.00 WIB	Data Subjektif : Pasien mengatakan mendengar suara suara yang menyuruhnya menyakiti orang lain. Pasien mengatakan melihat sosok	Gangguan persepsi sensori : halusinasi penglihatan dan pendengaran

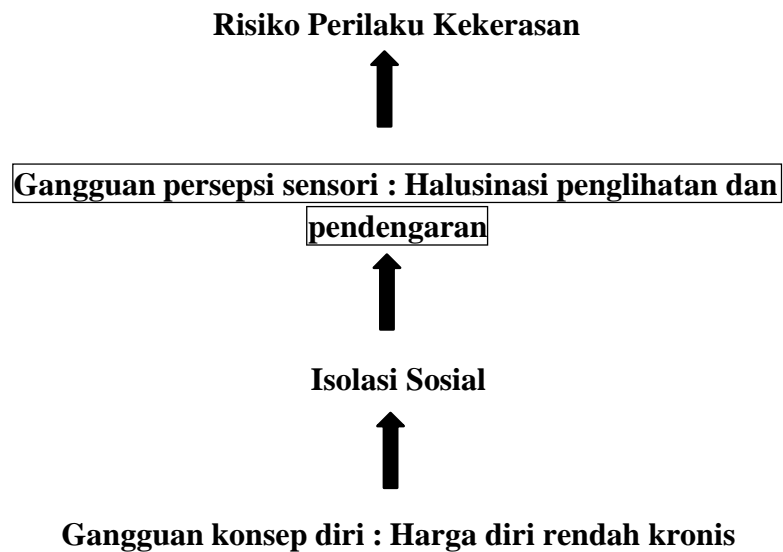
Tanggal / Jam	Data fokus	Masalah keperawatan
	<p>bayangan yang terus mengikutinya hingga membuat pasien kesal.</p> <p>Pasien mengatakan suara-suara timbul saat pasien sedang sendirian. Pasien mengatakan suara timbul saat siang dan malam hari</p> <p>Data Objektif :</p> <p>Pasien suka menyendiri. Pasien terlihat berbicara dan tertawa sendiri. Pasien kurang berkonsentrasi saat wawancara dan terlihat gelisah</p>	
<p>08 November</p> <p>2022</p> <p>10.00 WIB</p>	<p>Data Subjektif :</p> <p>Pasien mengatakan tidak ingin berinteraksi dengn</p>	<p>Isolasi sosial</p>

Tanggal / Jam	Data fokus	Masalah keperawatan
	<p>orang lain karena tidak percaya dan lebih senang menyendiri</p> <p>Data Objektif :</p> <p>Pasien terlihat menarik diri dari keramaian. Pasien menolak berinteraksi dengan orang lain.</p>	
<p>08 November 2022</p> <p>10.00 WIB</p>	<p>Data Subjektif :</p> <p>Pasien mengatakan melihat sosok yang mengikutinya dan membuat dirinya kesal. Pasien mengatakan pernah mengancam dengan senjata tajam. Pasien mengatakan pernah merusak barang dan melakukan kekerasan</p>	<p>Risiko perilaku kekerasan</p>

Tanggal / Jam	Data fokus	Masalah keperawatan
	<p>terhadap istrinya</p> <p>Data Objektif :</p> <p>Pasien terlihat gelisah.</p> <p>Pasien selalu menarik nafas saat menjawab pertanyaan. Pasien terlihat mengepalkan tangan</p>	
<p>08 November</p> <p>2022</p> <p>10.00 WIB</p>	<p>Data Subjektif :</p> <p>Pasien mengatakan ingin bekerja kembali namun takut tidak diterima oleh orang lain karena pernah masuk rumah sakit jiwa</p> <p>Data Objektif :</p> <p>Pasien terlihat tidak mau berinteraksi dengan orang lain</p>	<p>Harga diri rendah kronis</p>

Tabel 3.1 Analisa data

13. Pohon Masalah



Gambar 3.1 Pohon Masalah

Sumber : Pasien (Tn.A)

B. Diagnosa Keperawatan

1. Gangguan persepsi sensori : Halusinasi penglihatan dan pendengaran
2. Resiko perilaku kekerasan
3. Isolasi sosial
4. Harga diri rendah kronik

C. Perencanaan, Pelaksanaan dan Evaluasi Keperawatan

1. **Diagnosa keperawatan :** Gangguan persepsi sensori : Halusinasi penglihatan dan pendengaran.

Pelaksanaan SP 1 : Dilakukan pada tanggal 09 November 2022.

Data Subjektif : Pasien mengatakan mendengar suara suara yang menyuruhnya menyakiti orang lain. Pasien mengatakan melihat sosok bayangan yng terus mengikutinya hingga membuat pasien kesal.

Pasien mengatakan suara-suara timbul saat pasien sedang sendirian.

Pasien mengatakan suara timbul saat siang dan malam hari.

Data Objektif : Pasien suka menyendiri. Pasien terlihat berbicara dan tertawa sendiri. Pasien kurang berkonsentrasi saat wawancara dan terlihat gelisah.

Tujuan Umum : Setelah dilakukan tindakan keperawatan pasien mampu mengendalikan dan mengatasi halusinasi yang dialaminya

Tujuan Khusus : Pasien dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat, dapat mengidentifikasi isi, waktu, frekuensi, durasi dan dapat menghardik halusinasi.

Kriteria Hasil : Pasien dapat berinteraksi secara aktif dengan perawat, ekspresi wajah pasien bersahabat, pasien menunjukkan rasa senang, adanya kontak mata, pasien mau berjabat tangan, pasien mau menyebutkan nama, pasien mau duduk berdampingan dengan perawat, pasien bersedia mengungkapkan masalah yang dihadapi, pasien dapat menyebutkan waktu, isi, frekuensi dan durasi halusinasi yang dialami, pasien mampu mengontrol halusinasi dengan cara menghardik.

Rencana Tindakan : Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik, sapa pasien dengan ramah baik verbal maupun non verbal, perkenalkan nama, nama panggilan perawat dan tujuan perawat berkenalan, tanyakan nama lengkap dan nama panggilan yang disukai pasien, tunjukkan sikap jujur dan menepati janji setiap berinteraksi dengan pasien, tunjukkan sikap empati dan menerima pasien apa adanya, tanyakan perasaan pasien dan

masalah yang dihadapi pasien, dengarkan dengan penuh perhatian, hindari respon mengkritik atau menyalahkan saat pasien mengungkapkan perasaannya, buat kontrak interaksi yang jelas, selalu kontak mata dengan pasien saat berinteraksi, observasi tingkah laku pasien terkait dengan halusinasinya, tanyakan apakah masih mendengar suara dan melihat sosok, beri kesempatan pasien untuk mengungkapkan waktu, isi, frekuensi, dan durasi halusinasi diskusikan apa yang harus dilakukan ketika halusinasinya muncul, ajarkan pasien untuk menghardik, beri kesempatan kepada pasien untuk menghardik, jika berhasil berikan pujian, mengidentifikasi kemampuan ketika halusinasinya muncul.

Tindakan Keperawatan : Strategi pelaksanaan pertama menyapa pasien, membina saling percaya dengan ucapkan salam terapeutik, perkenalkan diri, jelaskan tujuan interaksi untuk latihan menghardik halusinasi agar proses penyembuhan lebih cepat, ajarkan pasien cara menghardik halusinasi , memberikan pujian atas usaha yang telah dilakukan, menjadwalkan untuk melakukan cara menghardik setiap kali muncul halusinasinya dan melakukan setiap 1 kali dalam sehari di pukul 11.00 WIB , menanyakan kontrak, dimana dan jam berapa untuk bertemu kembali.

Rencana Tindak Lanjut : Evaluasi SP 1 menghardik halusinasi, evaluasi jadwal harian pasien. Latih SP 2 yaitu cara minum dengan benar dan teratur.

Evaluasi

Subjektif : Pasien mengatakan sudah mengerti cara menghardik halusinasi dan senang setelah diajarkan cara menghardik halusinasi, pasien mengatakan suara-suara yang didengar menyuruhnya untuk mengancam dan menyakiti orang lain, suara itu muncul pada saat siang dan malam hari saat pasien sedang sendirian.

Objektif : Pasien mampu mengulang cara menghardik dengan baik dan benar, pasien mampu menyebutkan tujuan dari menghardik halusinasi, pasien tampak gelisah.

Assesment : Gangguan persepsi sensori halusinasi penglihatan dan pendengaran masih ada.

Planning : Anjurkan pasien untuk menghardik halusinasi 1 kali sehari pukul 11.00 WIB. Memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian.

Pelaksanaan SP 2 : Dilakukan pada tanggal 10 November 2022.

Data Subjektif : Pasien mengatakan masih ingat cara dan tujuan menghardik halusinasi. Pasien mengatakan masih mendengar suara-suara yang menyuruhnya mengancam dan menyakiti orang lain. Pasien mengatakan saat suara itu muncul pasien langsung menghardik, pasien mengatakan saat menghardik pasien merasa lebih tenang.

Objektif : Pasien terlihat gelisah, pasien terlihat berbicara dan tertawa sendiri, pasien mampu menghardik secara mandiri tanpa dibantu.

Tujuan Umum : pasien mampu mengontrol halusinasi dengan cara meminum obat.

Tujuan Khusus : Pasien mampu melakukan kembali cara menghardik yang sudah diajarkan oleh perawat, pasien dapat melakukan SP 2 halusinasi meminum obat secara teratur dan benar.

Kriteria Hasil : Pasien dapat membina hubungan saling percaya kepada perawat, ekspresi wajah pasien bersahabat, kontak mata positif, pasien mau berjabat tangan , menyebutkan nama, mau menjawab salam, duduk berdampingan dengan perawat, mau mengutarakan masalah yang di hadapi. Pasien dapat menyebutkan waktu munculnya halusinasi, frekuensi, isi serta kondisi yang menyebabkan halusinasi muncul, pasien mengungkapkan perasaan terhadap halusinasinya tersebut seperti marah, takut, sedih, khawatir. Pasien mampu melakukan mengontrol halusinasi dengan cara minum obat dengan benar dan teratur.

Rencana Tindakan Keperawatan: Evaluasi kemampuan pasien SP 1 halusinasi cara mengahardik halusinasi, beri perhatian dan pujian, evaluasi jadwal harian pasien, Latih SP 2 halusinasi cara meminum obat dengan teratur dan benar.

Tindakan Keperawatan: Evaluasi halusinasi, isi, waktu, akibat halusinasi dan cara menghardik halusinasi. Pertahankan rasa percaya pasien dengan ucapkan salam, menanyakan kabar, dan perasaan pasien hari ini, menanyakan apakah ada keluhan dan berikan assessment ulang halusinasi dan kemampuan mengardik halusinasi, mengingatkan

pada pasien tentang kontrak waktu yang kemarin yang telah disepakati dalam topik, tempat dan waktu, menjelaskan tujuan mengontrol halusinasi dengan cara minum obat yang baik dan benar, berikan pujian kepada pasien, menjelaskan kegunaan obat yang didapatkan, jelaskan akibat bila tidak minum obat, jelaskan cara mendapatkan obat/berobat bila putus obat jumlah obat yang diminum, jelaskan cara menggunakan obat dengan prinsip 5 benar (benar pasien, benar obat, benar dosis, benar waktu, benar cara). Memberikan pujian yang realistis terhadap keberhasilan pasien. Menjelaskan kontrak yang akan datang untuk membahas tentang cara mengontrol halusinasi yang ketiga yaitu bercakap-cakap dengan perawat atau orang lain, menanyakan kontrak besok tempat dan jam berapa.

Rencana Tindak Lanjut: Evaluasi cara menghardik dan cara minum obat yang baik dan benar, mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien, ajarkan cara mengatasi halusinasi dengan bercakap-cakap kepada pasien.

Evaluasi:

Data Subjektif: Pasien mengatakan senang berbincang dengan perawat dan merasa lega setelah diajarkan cara mengontrol halusinasi dengan minum obat dengan benar dan teratur.

Data Objektif: Pasien mengatakan bisa menghafal hanya beberapa obat saja, bisa menghafal warna obat dan tau fungsi dan obat yang diminum, pasien mampu menyebutkan tujuan minum obat dan akibat jika tidak minum obat, pasien mampu menyebutkan efek samping

minum obat, pasien mampu meminta obat dengan baik kepada perawat.

Assesment: Gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran masih ada.

Planning: Anjurkan pasien untuk mengontrol halusinasinya dengan cara minum obat secara teratur dan benar 2 kali sehari di pukul 07.00 WIB dan pukul 18.00 WIB. Anjurkan pasien untuk memasukkan ke dalam jadwal harian pasien.

Pelaksanaan SP 3 : Dilakukan pada tanggal 11 November 2022.

Data Subjektif: Pasien mengatakan masih mendengar suara- suara bisikan namun terdengar jarang disaat pasien sendiri, Pasien sudah menghardik sesuai jadwal kegiatan pasien, pasien mengatakan sudah minum obat secara rutin dan benar, pasien mengatakan merasa tenang ketika setelah minum obat, pasien mengatakan telah mengisi kegiatan jadwal kegiatan pasien.

Tujuan Umum: Pasien mampu mengontrol halusinasinya.

Tujuan Khusus: Perawat mampu melakukan SP 3 halusinasi yaitu bercakap- cakap dengan orang lain, pasien mampu mengatasi halusinasinya bercakap- cakap dengan perawat atau orang lain.

Kriteria Hasil: : Pasien dapat membina hubungan saling percaya kepada perawat, ekspresi wajah pasien bersahabat, kontak mata positif, pasien mau berjabat tangan , menyebutkan nama, mau menjawab salam, duduk berdampingan dengan perawat, mau mengutarakan

masalah yang di hadapi. Pasien dapat menyebutkan waktu munculnya halusinasi, frekuensi, isi serta kondisi yang menyebabkan halusinasi muncul, pasien mengungkapkan perasaan terhadap halusinasinya tersebut seperti marah, takut, sedih, khawatir. Pasien mampu melakukan mengontrol halusinasi dengan cara bercakap- cakap dengan orang lain.

Rencana Tindakan Keperawatan: Evaluasi kemampuan pasien SP 1 halusinasi, evaluasi cara minum yang benar, beri perhatian dan pujian , evaluasi jadwal harian , Latih SP 3 halusinasi bercakap- cakap dengan orang lain.

Tindakan Keperawatan: Evaluasi halusinasi, isi, waktu, akibat halusinasi dan cara menghardik halusinasi. Pertahankan rasa percaya pasien dengan ucapkan salam, menanyakan kabar, dan perasaan pasien hari ini, menanyakan apakah ada keluhan dan berikan assessment ulang halusinasi dan kemampuan mengardik halusinasi, kemampuan cara minum obat dengan benar dan teratur. mengingatkan pada pasien tentang kontrak waktu yang kemarin yang telah disepakati dalam topik, tempat dan waktu, menjelaskan tujuan mengontrol halusinasi, berikan pujian kepada pasien. Mengajarkan cara bercakap- cakap dengan orang lain, mengevaluasi perasaan setelah bercakap- cakap , berikan motivasi dan pujian.

Rencana Tindak Lanjut: Evaluasi cara menghardik, cara minum obat dengan benar dan teratur dan bercakap- cakap dengan orang lain ketika halusinasinya muncul, mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien,

ajarkan pasien tentang cara mengatasi halusinasi dengan cara melakukan kegiatan terjadwal.

Evaluasi :

Data Subjektif: Pasien mengatakan perasaanya tenang setelah bercakap- cakap, pasien mampu menyebutkan tujuan bercakap- cakap.

Data Objektif: Pasien masih mendengar suara bisikan, pasien sudah mulai tampak tenang, pasien mampu melakukan atau mengulangi yang sudah diajarkan perawat tentang mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain.

Assesment: Gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran masih ada.

Planning : Anjurkan pasien bercakap cakap 2 kali sehari di pukul 09.00 WIB dan 16.00 WIB, anjurkan memasukkan ke jadwal kegiatan harian.

Pelaksanaan SP 4 : Dilakukan pada tanggal 11 November 2022.

Data Subjektif: Pasien mengatakan sudah mampu menghardik, minum obat dengan cara benar dan teratur, bercakap- cakap dengan orang lain ketika halusinasi muncul, pasien mengatakan halusinasinya masih sering muncul.

Data Objektif: Pasien terlihat sudah mampu mengulang kembali cara menghardik, minum obat dengan cara benar dan teratur dan bercakap-cakap dengan orang lain.

Tujuan Khusus: Pasien mampu mengontrol halusinasi pendengaran yang dialami olehnya.

Tujuan Umum: Pasien mampu mengontrol halusinasi dengan cara melakukan kegiatan terjadwal.

Kriteria Hasil: Pasien dapat membina hubungan saling percaya kepada perawat, ekspresi wajah pasien bersahabat, kontak mata positif, pasien mau berjabat tangan, menyebutkan nama, mau menjawab salam, duduk berdampingan dengan perawat, mau mengutarakan masalah yang di hadapi. Pasien dapat menyebutkan waktu munculnya halusinasi, frekuensi, isi serta kondisi yang menyebabkan halusinasi muncul, pasien mengungkapkan perasaan terhadap halusinasinya tersebut seperti marah, takut, sedih, khawatir. Pasien mampu melakukan mengontrol halusinasi dengan cara melakukan kegiatan terjadwal.

Rencana Tindakan Keperawatan: Evaluasi SP 1: cara menghardik, SP 2 : cara minum obat dengan benar dan teratur, latih SP 3: bercakap-cakap dengan orang lain.

Tindakan Keperawatan: Evaluasi halusinasi, isi, waktu, akibat halusinasi dan cara menghardik halusinasi. Pertahankan rasa percaya pasien dengan ucapkan salam, menanyakan kabar, dan perasaan pasien hari ini, menanyakan apakah ada keluhan dan berikan assessment ulang halusinasi dan kemampuan mengardik halusinasi, kemampuan cara minum obat dengan benar dan teratur, pentingnya bercakap-cakap dengan orang lain saat halusinasi muncul, buat kontrak ulang

untuk melakukan kegiatan terjadwal sambil bercakap-cakap dengan orang lain, mengevaluasi perasaan setelah melakukan kegiatan terjadwal sambil bercakap-cakap, berikan motivasi dan pujian.

Rencana Tindak Lanjut: Evaluasi cara menghardik, cara minum obat yang baik dan benar, bercakap- cakap dengan orang lain, cara mengontrol halusinasi dengan cara melakukan kegiatan terjadwal, evaluasi jadwal harian.

Evaluasi

Data Subjektif: Pasien mengatakan senang menggambar sambil bercakap- cakap dengan Tn.D, Pasien mengatakan mengerti akan tujuan, manfaat dari melakukan kegiatan terjadwal.

Data Objektif: Pasien tampak bersemangat untuk menggambar lambang barcelona dikertas yang sudah perawat siapkan, pasien mampu melakukan cara mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan terjadwal sambil bercakap- cakap dengan orang lain.

Assesment: Gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran masih ada.

Planning: anjurkan melakukan kegiatan terjadwal pada pukul 10.00 WIB, Anjurkan pasien untuk memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian.

2. Diagnosa Keperawatan: Isolasi Sosial

Pelaksanaan SP 1 : Dilaksanakan pada tanggal 15 November 2022

Data Subjektif: Pasien mengatakan hanya mengobrol dengan samping kasur atau teman sekamar, pasien mengatakan lebih nyaman menyendiri.

Data Objektif: Pasien tampak lebih sering menyendiri, pasien tampak jarang mengobrol dan bersosialisasi dengan teman yang lain, kontak mata pasien kurang karena ketika di ajak berinteraksi terkadang mata melihat yang lain kadang terlihat blocking, pasien tampak tiba-tiba diam begitu saja saat diajak berinteraksi.

Tujuan Umum: Pasien dapat berinteraksi dengan orang lain.

Tujuan Khusus: Pasien dapat berinteraksi dengan orang lain, pasien dapat menyebutkan penyebab isolasi sosial, pasien mampu melakukan keuntungan berhubungan dengan orang lain, pasien mampu melakukan hubungan sosial dengan orang lain secara bertahap, pasien dapat memberdayakan sistem pendukung atau keluarga, pasien dapat memanfaatkan obat dengan baik.

Kriteria Hasil: Setelah dilakukan 3x interaksi pasien menunjukkan tanda percaya dengan perawat, pasien dapat menyebutkan penyebab menarik diri, menyebutkan keuntungan berhubungan dengan orang lain misalnya banyak teman, bisa berdiskusi. Menyebutkan kerugian tidak berhubungan dengan orang lain misalnya sendiri, sepi. Pasien dapat mendemonstrasikan berhubungan dengan orang lain.

Rencana Tindakan Keperawatan: Bina hubungan saling percaya, beri salam terapeutik setiap interaksi, perkenalkan diri dengan sopan, tanyakan nama lengkap pasien jelaskan tujuan setiap pertemuan, Kaji

pengetahuan 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 perasannya, Kaji kemampuan pasien membina hubungan dengan orang lain.

Tindakan Keperawatan: Membina hubungan saling percaya dengan menggunakan salam terapeutik, mengidentifikasi isolasi sosial, kaji pengetahuan pasien tentang perilaku isolasi sosial dan tanda dan gejala, beri kesempatan pasien untuk mengungkapkan perasaannya penyebab isolasi sosial atau tidak mau bergaul, diskusikan dengan pasien tentang perilaku isolasi sosial, tanda gejala serta penyebab yang muncul, kaji tentang manfaat dan keuntungan berinteraksi dengan orang lain. Buat kontrak ulang untuk mengajarkan cara berkenalan dengan satu orang, menganjurkan pasien memasukkan ke dalam kegiatan harian.

Rencana Tindak Lanjut: Evaluasi SP 1 cara berkenalan, evaluasi jadwal kegiatan harian, latih SP 2 cara berkenalan dengan dua orang atau lebih.

Evaluasi

Data Subjektif: Pasien mengatakan senang setelah diajak berinteraksi oleh perawat, pasien mengatakan menjadi tahu tentang kerugian dan keuntungan bila berinteraksi dengan orang lain, pasien mengatakan besok ingin berkenalan dengan dua orang atau lebih.

Data Objektif: Pasien mampu mengulangi cara berkenalan, berkenalan dengan perawat mulai dari nama lengkap dan hobi.

Assesment: Isolasi sosial masih ada.

Planning: Anjurkan pasien berkenalan 2x sehari siang 13.00 dan malam jam 20.00, anjurkan pasien bersosialisasi dengan teman sekamar sesering mungkin dan anjurkan pasien untuk memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian.

Pelaksanaan SP 2 : Dilaksanakan pada tanggal 15 November 2022

Data Subjektif: Pasien mengatakan masih belum berinteraksi dengan orang lain dan hanya sibuk dengan aktivitasnya sendiri.

Data Objektif: Pasien tampak menyendiri dan melamun.

Tujuan Umum: Pasien dapat berinteraksi dengan orang lain.

Tujuan Khusus: Pasien mampu untuk berkenalan dengan dua orang atau lebih.

Kriteria Hasil: Setelah dilakukan 3x interaksi pasien menunjukkan tanda percaya dengan perawat, pasien dapat berkenalan dengan dua orang atau lebih

Rencana Tindakan Keperawatan: Menanyakan nama pasien menjadi awal hubungan baik, tunjukkan sikap jujur dan empati bahwa perawat dapat dipercaya, menanyakan perasaan pasien dengan penuh perhatian dan dapat meningkatkan harga diri pasien, evaluasi SP 1 cara berkenalan, melatih cara berkenalan dengan dua orang atau lebih.

Tindakan Keperawatan: : Evaluasi isolasi sosial cara berkenalan atau berinteraksi dengan orang lain. Mampu menyebutkan kerugian dan keuntungan jika tidak berhubungan dengan orang lain, evaluasi Sp 1 cara berkenalan dengan satu orang , buat kontrak ulang untuk melatih berkenalan dengan 2 orang atau lebih

Rencana Tindak Lanjut: Evaluasi SP 1 cara berkenalan, evaluasi SP 2 cara berkenalan dengan dua orang atau lebih, evaluasi jadwal harian kegiatan pasien, Latih SP 3 berkenalan dengan tiga atau lima orang sambil beraktivitas

Evaluasi

Data Subjektif: Pasien mengatakan senang setelah diajak berkenalan dengan teman kamarnya dan senang dengan perawat, pasien mengatakan senang berkenalan dengan teman kamarnya Tn.A dan juga Tn. R

Data Objektif: Pasien merasa senang, pasien mampu berkenalan dengan menyebutkan nama, hoby, alamat ketika berkenalan dengan temannya, pasien mampu melakukan berkenalan dengan dua sampai tiga teman kamarnya

Assesment: Isolasi sosial masih ada

Planning: Anjurkan pasien berkenalan 2x sehari sore jam 17.00 dan malam 20.00, anjurkan pasien bersosialisasi dengan teman sekamar sesering mungkin dan anjurkan pasien untuk memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian.

Pelaksanaan SP 3 : Dilaksanakan pada tanggal 15 November 2022

Data Subjektif: Pasien mengatakan sudah berinteraksi dengan Tn.A dan Tn.R mengobrol tentang hobi nya yaitu main bola dan karaoke.

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

Tujuan Umum: Pasien mampu berinteraksi dengan orang lain.

Tujuan Khusus: Pasien mampu berinteraksi dengan teman yang sudah dikenalnya sambil beraktivitas.

Rencana Tindakan : Menanyakan nama pasien menjadi awal hubungan baik, tunjukkan sikap jujur dan empati bahwa perawat dapat dipercaya, menanyakan perasaan pasien dengan penuh perhatian dan dapat meningkatkan harga diri pasien, evaluasi SP 1 cara berkenalan, evaluasi cara berkenalan dengan dua orang atau lebih, latih SP 3 berkenalan dengan tiga tau lima orang sambil beraktivitas.

Tindakan Keperawatan: Evaluasi isolasi sosial cara berkenalan atau berinteraksi dengan orang lain. Mampu menyebutkan kerugian dan keuntungan jika tidak berhubungan dengan orang lain, mampu berkenalan dengan dua atau lebih teman sekamarnya, buat kontrak ulang untuk latih cara berinteraksi secara bertahap dan berkenalan dengan tiga sampai lima orang sambil beraktivitas.

Rencana Tindak Lanjut: Evaluasi SP 1 cara berkenalan, evaluasi SP 2 cara berkenalan dengan dua orang atau lebih, evaluasi SP 3 berkenalan dengan tiga atau lima orang sambil beraktivitas, evaluasi jadwal harian kegiatan pasien, latih SP 4 berinteraksi dengan masyarakat.

Evaluasi

Data Subjektif: Pasien mengatakan mau berinteraksi dengan lima orang teman sambil beraktivitas yaitu membereskan tempat tidur

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.

3. Diagnosa Keperawatan : Resiko Perilaku Kekerasan

Pelaksanaan SP 1 : Dilakukan pada tanggal 12 November 2022

Data Subjektif: Pasien mengatakan marah jika ada bayangan yang mengikutinya, pasien mengatakan terdapat suara yang menyuruhnya untuk menyakiti orang lain

Data Objektif: Pasien tampak gelisah, pasien tampak tatapan tajam, pasien selalu menarik nafas saat ingin bicara

Tujuan Umum: Pasien dapat mengontrol perilaku kekerasan atau marah.

Tujuan Khusus: Pasien dapat membina hubungan saling percaya, pasien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan, mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan, jenis perilaku kekerasan, akibat perilaku kekerasan, pasien dapat mendemonstrasikan mengontrol marah dengan cara tarik nafas dalam dan pukul bantal.

Kriteria Hasil: Setelah dilakukan 3x interaksi menunjukkan tanda percaya dengan perawat menunjukkan ekspresi wajah bersahabat, pasien mau berjabat tangan, pasien mau menyebutkan nama lengkap, pasien mengetahui nama perawat, pasien dapat menceritakan penyebab perasaan marah. Pasien mampu mendemonstrasikan cara fisik untuk mencegah perilaku kekerasan dengan cara tarik nafas dan pukul bantal.

Rencana Tindakan Keperawatan: Bina hubungan saling percaya, beri salam terapeutik setiap interaksi, perkenalkan diri dengan sopan, tanyakan nama lengkap, jelaskan tujuan setiap pertemuan, beri perhatian kepada pasien adakah kontak dan singkat secara bertahap, beri kesempatan untuk mengungkapkan perasaannya. Bantu pasien mengungkapkan tanda-tanda perilaku kekerasan yang dialaminya, buat jadwal kegiatan harian, evaluasi SP 1 yaitu mengontrol emosi dengan relaksasi nafas dalam dan memukul bantal.

Tindakan Keperawatan: Bina hubungan saling percaya dengan ucapkan salam terapeutik, perkenalkan diri, jelaskan tujuan interaksi untuk latihan mengontrol perilaku kekerasan agar proses penyembuhan lebih cepat, buat kontrak waktu dan tempat, ajarkan pasien cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik tarik nafas dalam dan pukul bantal.

Rencana Tindak Lanjut: Evaluasi SP 1 yaitu tarik nafas dalam dan pukul bantal, latih mengontrol emosi dengan patuh minum obat.

Evaluasi

Data Subjektif: Pasien mengatakan sudah lebih lega karena cerita dengan perawat, dan pasien mengatakan mau mengontrol marah dengan relaksasi nafas dalam dan memukul bantal.

Data Objektif: Pasien sudah tampak lebih tenang, pasien bisa mengulangi cara mengontrol emosi dengan teknik relaksasi nafas dalam dan memukul bantal, wajah pasien memerah dan tangan mengepal.

Assesment: Resiko perilaku kekerasan masih ada.

Planning: Anjurkan pasien tarik nafas dan memukul bantal dalam 1 kali sehari pukul 13.00 WIB atau saat merasa emosi, anjurkan untuk memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian.

Pelaksanaan SP 2 : Dilaksanakan pada tanggal 14 November 2022

Data Subjektif: Pasien mengatakan masih sering marah- marah karena suara bisikan yang menyuruhnya menyakiti orang lain, pasien mengatakan terkadang masih ingin memukul orang.

Data Objektif: Pasien masih tampak mondar mandir dan gelisah, wajah pasien tampak tegang.

Tujuan Umum: Pasien dapat mengontrol perilaku kekerasan atau marah.

Tujuan Khusus: Pasien dapat membina hubungan saling percaya, pasien dapat cara minum obat dengan benar dan teratur.

Kriteria Hasil: Setelah dilakukan 3x interaksi menunjukkan tanda percaya dengan perawat menunjukkan ekspresi wajah bersahabat,

pasien mau berjabat tangan, pasien mau menyebutkan nama lengkap, pasien mengetahui nama perawat, pasien dapat mendemonstrasikan cara minum obat dengan benar dan teratur.

Rencana Tindakan Keperawatan: Evaluasi SP 1 yaitu mengontrol emosi dengan cara teknik nafas dalam dan memukul bantal, mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien, melatih pasien mengontrol emosi dengan cara minum obat dengan benar dan teratur jika tidak menggunakan obat, jelaskan kepada pasien: Jenis obat (nama, warna, kegunaan setiap obat, bentuk, dosis, waktu, cara, efek), menganjurkan pasien memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian.

Tindakan Keperawatan: Evaluasi perilaku kekerasan, pertahankan rasa percaya pasien dengan ucapkan salam dan berikan motivasi, assesment ulang resiko perilaku kekerasan, buat kontrak ulang untuk mengenal obat, kegunaan obat dan kerugian apabila tidak minum obat.

Rencana Tindak Lanjut: Evaluasi SP 1 yaitu cara tarik nafas dalam dan pukul bantal, SP 2 yaitu cara minum obat yang benar dan teratur, lanjutkan SP 3 meminta dan menolak dengan baik dan benar.

Evaluasi

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, bisa menghafal warna obat dan tau fungsi dari obat yang diminum, pasien mengatakan akan meminum obat dengan teratur.

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

Assesment: Resiko perilaku kekerasan masih ada.

Planning: Anjurkan pasien minum obat dengan cara benar dan teratur 2 kali sehari dipukul 07.00 WIB dan 17.00 WIB, anjurkan untuk memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian.

Pelaksanaan SP 3 : Dilaksanakan pada tanggal 14 November 2022

Data Subjektif: Pasien mengatakan melakukan cara tarik nafas dalam dan pukul bantal saat pasien marah, pasien mengatakan melakukan cara yang diajarkan perawat, pasien minum obat dengan benar dan teratur.

Data Objektif: Pasien terlihat gelisah, wajah pasien tegang

Tujuan Umum: Pasien dapat mengontrol perilaku kekerasan atau marah.

Tujuan Khusus: Pasien dapat membina hubungan saling percaya, pasien dapat meminta dan menolak dengan baik.

Kriteria Hasil: : Setelah dilakukan 3x interaksi menunjukkan tanda percaya dengan perawat menunjukkan ekspresi wajah bersahabat, pasien mau berjabat tangan, pasien mau menyebutkan nama lengkap,

pasien mengetahui nama perawat, pasien dapat mendemonstrasikan cara meminta dan menolak dengan baik.

Rencana Tindakan Keperawatan: : Evaluasi SP 1 yaitu mengontrol emosi dengan cara teknik nafas dalam dan memukul bantal, melatih pasien mengontrol emosi dengan cara minum obat dengan benar dan teratur jika tidak menggunakan obat, jelaskan kepada pasien: Jenis obat (nama, warna, kegunaan setiap obat, bentuk, dosis, waktu, cara, efek), mengevaluasi jadwal kegiatan harian , melatih pasien untuk meminta dan menolak dengan baik, menganjurkan pasien memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian.

Tindakan Keperawatan: Evaluasi perilaku kekerasan, akibat, cara fisik tarik nafas dalam dan pukul bantal. Pertahankan rasa percaya dengan ucapkan salam dan berikan motivasi, assesment ulang resiko perilaku kekerasan, buat kontrak ulang untuk melatih mengungkapkan rasa marah secara verbal: menolak, meminta, mengungkapkan perasaan dengan baik dengan orang lain.

Rencana Tindak Lanjut: Evaluasi SP 1 yaitu tarik nafas dalam dan pukul bantal, SP 2 yaitu minum obat dengan benar dan teratur, SP 3 yaitu meminta dan menolak dengan cara yang baik, lanjutkan SP 4 yaitu mengontrol emosi dengan cara spiritual.

Evaluasi

Data Subjektif: Pasien mengatakan senang sudah mengetahui cara meminta dan menolak dengan baik ketika emosi sedang muncul,

pasien mengatakan mengerti cara meminta dan menolak dengan baik kepada orang lain.

Data Objektif: Pasien mampu melakukan yang sudah diajarkan perawat tentang mengontrol perilaku kekerasan dengan cara meminta dan menolak dengan baik kepada orang lain. Wajah pasien masih terlihat tegang

Assesment: Resiko perilaku kekerasan masih ada.

Planning: Anjurkan pasien melatih untuk meminta dan menolak dengan baik kepada orang lain 1 kali dalam sehari di jam 12.00 WIB dan anjurkan untuk memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian.

Pelaksanaan SP 4 : Dilakukan pada tanggal 15 November 2022

Data Subjektif : Pasien mengatakan pagi ini ada yang membuatnya kesal

Data Objektif: Pasien terlihat tegang, pasien tampak gelisah

Tujuan Umum: Pasien dapat mengontrol perilaku kekerasan atau marah.

Tujuan Khusus: Pasien dapat membina hubungan saling percaya, pasien dapat mengontrol halusinasinya dengan cara spiritual yaitu beribadah

4. Diagnosa: Harga Diri Rendah Kronis

Pelaksanaan SP 1 : Dilaksanakan pada tanggal 16 November 2022

Data Subjektif: pasien mengatakan malu sering menyusahkan orang tuanya karena pasien di rumah tidak bekerja. Pasien mengatakan merasa sedih karena tidak bisa menjalankan perannya dengan baik, pasien saat ini berharap bisa sembuh dan cepat pulang.

Data Objektif: Pasien bicara lambat dengan suara lemah & kurang kontak mata, tampak sering menunduk.

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.

Kriteria Hasil: Setelah dilakukan 3x interaksi pasien menunjukkan tanda percaya, pasien dapat mengidentifikasi kemampuan positif, pasien dapat memilih kegiatan sesuai kemampuannya, pasien dapat melakukan kegiatan yang dipilih. Pasien dapat menilai kemampuan yang dimilikinya untuk dilakukan.

Rencana Tindakan: Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan komunikasi terapeutik, perkenalkan diri, tanyakan nama pasien dan nama panggilan yang disukai, jelaskan tujuan interaksi, ciptakan lingkungan yang tenang, buat kontrak yang jelas setiap pertemuan, jujur dan menepati janji, tunjukkan sikap empati dan menerima pasien apa adanya, berikan perhatian pada pasien, diskusikan kemampuan aspek positif yang dimiliki pasien, setiap

bertemu pasien hindari respon negatif, berikan pujian yang positif, diskusikan bersama pasien kegiatan yang bisa dilakukan setiap hari sesuai kemampuan, beri kesempatan pada pasien untuk mencoba kegiatan yang telah direncanakan. Latih SP 1 kemampuan pasien yang pertama.

Tindakan Keperawatan: Pasien dapat mengidentifikasi aspek positifnya, menilai kemampuan yang masih dapat digunakan, melakukan kegiatan sesuai dengan kemampuan yang dimiliki, mengetahui cara untuk meningkatkan rasa percaya dirinya. Bina hubungan saling percaya dengan ucapkan salam terapeutik, buat kontrak melakukan kegiatan kemampuan yang dimiliki dan masih bisa dilakukan di RS.

Rencana Tindak Lanjut: Evaluasi SP 1 yaitu membereskan tempat tidur

Evaluasi

Data Subjektif: Pasien mengatakan senang diajarkan cara mempertahankan rasa percaya dirinya dengan melakukan kegiatan yang pasien masih bisa dilakukan yaitu membereskan tempat tidur.

Data Objektif: Pasien tampak jarang menatap mata perawat saat sedang berdiskusi, pasien mampu merapikan tempat tidurnya dengan dibantu perawat, pasien mampu menyebutkan kemampuan positif yang dimiliki.

Assesment: Harga diri rendah kronis masih ada.

Planning: Anjurkan pasien untuk merapikan tempat tidur 2x sehari setiap jam 05.00 WIB dan 15.00 WIB.

Pelaksanaan SP 2 : Dilaksanakan pada tanggal 16 November 2022

Data Subjektif: Pasien mengatakan sudah melakukan kegiatan kemampuan pertama yaitu pasien sudah membereskan tempat tidur.

Data Objektif: Pasien tampak menatap mata saat diajak bicara, tempat tidur pasien tampak rapi.

Tujuan Umum: Pasien memiliki konsep diri yang positif.

Tujuan Khusus : Pasien dapat mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki.

Kriteria Hasil: Setelah dilakukan 3x interaksi pasien menunjukkan tanda percaya, pasien dapat mengidentifikasi kemampuan positif, pasien dapat memilih kegiatan sesuai kemampuannya, pasien dapat melakukan kegiatan yang dipilih. Pasien dapat menilai kemampuan yang dimilikinya untuk dilakukan.

Rencana Tindakan Keperawatan: Evaluasi SP 1 melakukan kegiatan yang pertama yaitu membereskan tempat tidur, evaluasi jadwal kegiatan harian, latih SP 2 melatih kemampuan yang dimiliki yaitu menggambar

Tindakan Keperawatan: Evaluasi kegiatan yang masih bisa dilakukan, tanyakan perasaannya, pertahankan rasa percaya pasien dengan ucapkan salam dan berikan motivasi. Assesment ulang harga diri rendah kronis dan kemampuan pertama yang masih bisa dilakukan,

buat kontrak ulang untuk melakukan kemampuan yang kedua yang dimiliki yaitu menggambar.

Rencana Tindak Lanjut: Evaluasi SP 1 melatih kemampuan yang dimiliki yaitu membereskan tempat tidur, evaluasi SP 2 melatih kemampuan yang dimiliki yaitu menggambar, evaluasi jadwal kegiatan harian, lanjutkan kegiatan yang masih bisa dilakukan di RS atau yang dimiliki untuk meningkatkan harga diri pasien.

Evaluasi

Data Subjektif: Pasien mengatakan senang diajarkan cara mempertahankan rasa percaya dirinya dengan melakukan kegiatan yang pasien miliki atau masih bisa dilakukan.

Data Objektif: Pasien tampak senang, pasien melakukan kegiatan positif yang disukai, pasien tampak mampu mengulangi kegiatan yang dimiliki dan bisa dilakukan dengan mandiri.

Assesment: Harga diri rendah kronis teratasi.

Planning: Anjurkan pasien untuk menggambar setiap pukul 10.00 dan pukul 16.00, 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 jadwal kegiatan harian, anjurkan pasien untuk terus melakukannya meskipun tidak ada perawat disampingnya.

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab ini penulis akan membahas mengenai kesenjangan antara tinjauan teori dan tinjauan kasus, faktor pendukung, faktor penghambat, serta pemecahan masalah yang penulis temukan pada Tn.A dengan Halusinasi penglihatan dan pendengaran di Ruangan Yudistira Rumah Sakit. Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor melalui pendekatan proses keperawatan meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, tindakan dan evaluasi.

A. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan, tahap pengkajian terdiri atas pengumpulan data dan perumusan masalah pasien. Pengumpulan data dilakukan melalui proses pengkajian. Data primer didapatkan dari pengkajian fisik, observasi, serta wawancara langsung terhadap pasien. Sedangkan data sekunder diperoleh melalui tim kesehatan juga catatan medis. Berdasarkan teori halusinasi adalah gangguan sensorik yang disebabkan oleh rangsangan yang sebenarnya tidak ada (Sutejo, 2018). Faktor sosial dan budaya yaitu berbagai faktor sosial yang membuat seseorang merasa tersingkirkan atau kesepian tidak dapat diatasi sehingga terjadi gangguan seperti delusi dan halusinasi, berdasarkan data yang ditemukan penulis Tn.A tidak disingkirkan atau kesepian melainkan menolak untuk berinteraksi dengan individu lain dengan alasan lebih senang menyendiri karena lebih merasa nyaman dan kurang percaya terhadap orang lain. Faktor genetik ditemukan cukup

tinggi pada keluarga yang salah satu anggota keluarganya menderita skizofrenia, dan lebih tinggi jika kedua orang tuanya menderita skizofrenia namun pada kasus Tn.A penulis tidak menemukan anggota keluarga yang mengalami skizofrenia, hanya Tn.A saja yang menderita skizofrenia. Faktor yang mencakup faktor presipitasi yaitu: Stresor sosial budaya yaitu stres dan kecemasan akan meningkat bila terjadi penurunan stabilitas keluarga, perpisahan dengan orang yang terdekat atau diasingkan menimbulkan halusinasi, pada kasus Tn.A penulis tidak menemukan adanya penurunan stabilitas keluarga pada keluarga Tn.A dan tidak ada perpisahan dengan orang terdekat dengan Tn.A.

Faktor biologis yaitu Pasien dengan gangguan orientasi realita yang berperan sangat penting dalam perkembangan perilaku emosional, dimana pasien pernah putus obat karena tidak ada yang menemani pasien untuk kontrol ke rumah sakit. Faktor yang mendukung terjadinya interaksi pada saat pengkajian adalah terbinanya hubungan saling percaya antara pasien dan penulis. Sedangkan penghambat yang penulis temukan adalah ketika berinteraksi pasien tampak gelisah berinteraksi, suara pelan dan tidak jelas, pasien mudah capek dan mengantuk. Solusinya adalah dengan membuat kontrak waktu yang singkat dengan pasien, bina hubungan saling percaya, beri kesempatan untuk mengungkapkan perasaan tentang penyakit yang dideritanya, sediakan waktu untuk mendengarkan pasien, katakan pada pasien bahwa ia adalah seorang yang berharga dan bertanggung jawab serta mampu mendorong dirinya sendiri.

Pada data objektif terdapat kesenjangan dimana pada teori menyebutkan pasien tampak marah-marah tanpa sebab, pasien tampak mengarahkan telinga ke arah tertentu, pasien tampak menutup telinga, sedangkan pada kasus Tn.A ia menyebutkan penyebab dari mengapa ia marah yaitu ia sering mendengar dan melihat sosok bayangan yang terus mengikutinya, Tn.A juga tidak mengarahkan telinga kearah tertentu dan tidak tampak menutup telinga.

B. Diagnosis Keperawatan

Tahapan selanjutnya setelah penulis memperoleh data-data yang terkumpul dari hasil pengkajian adalah merumuskan diagnosis. Diagnosis diangkat sesuai dengan kondisi yang sedang dialami oleh pasien. Menurut teori (Azizah et al., 2016) ada beberapa diagnosis keperawatan yang sering ditemukan pada Pasien dengan halusinasi yaitu: resiko perilaku kekerasan, gangguan sensori persepsi: halusinasi , isolasi sosial, harga diri rendah dan defisit perawatan diri. Kesenjangan yang terdapat pada diagnosa keperawatan antara teori dan kasus adalah pada teori menyebutkan lima diagnosa keperawatan sedangkan pada kasus penulis tidak mengangkat diagnosa defisit perawatan diri dikarenakan pasien mengatakan mandi 2 kali dalam sehari menggunakan sabun dan shampoo, pasien juga rajin menyikat gigi sebanyak 3 kali dalam sehari, pasien memiliki alat-alat mandi pribadi yang lengkap dan sering digunakan, rambut pasien tampak rapih, pakaian pasien tampak bersih, dan sesuai.

C. Intervensi Keperawatan

Pada kasus Tn.A dengan gangguan persepsi sensori ; halusinasi penglihatan dan pendengaran intervensi yang dilakukan mengacu pada teori intervensi keperawatan pasien dengan gangguan persepsi sensori ; halusinasi penglihatan dan pendengaran seperti pasien mampu mengontrol halusinasi yang dirasakan, pasien mampu menghardik halusinasi, meminum obat dengan baik dan benar, bercakap-cakap dengan orang lain dan melakukan kegiatan positif yang terjadwal.

Pada keluarga mampu menjelaskan tanda dan gejala harga diri rendah serta mendemonstrasikan cara merawat pasien dengan gangguan persepsi sensori halusinasi penglihatan dan pendengaran, kemudian keluarga mampu mempraktikkan cara merawat pasien dengan halusinasi penglihatan dan pendengaran langsung kepada pasien, dan keluarga mampu membuat perencanaan pulang, tetapi penulis tidak melaksanakan strategi pelaksanaan keluarga, dikarenakan anggota keluarga dari Tn.A tidak pernah menjenguk pasien selama penulis dinas, oleh karena itu penulis menemukan adanya kesenjangan antara teori dengan kasus gangguan persepsi sensori ; halusinasi penglihatan dan pendengaran. Selama melakukan proses keperawatan penulis tidak menemukan adanya kesulitan ataupun hambatan dalam menentukan intervensi sesuai dengan intervensi keperawatan yang terdapat di teori penulis aplikasikan ke dalam asuhan keperawatan. Faktor pendukung dalam melakukan rencana tindakan adalah hubungan saling percaya diantara penulis dan pasien serta kemauan dalam diri pasien.

D. Implementasi Keperawatan

Setelah dilakukannya perencanaan keperawatan, penulis melakukan pelaksanaan keperawatan atau implementasi. Implementasi dilakukan selama 3x24 jam sesuai dengan waktu yang telah ditetapkan oleh penulis. Tindakan yang dilakukan selama tiga hari sesuai dengan rencana yang telah direncanakan sesuai dengan teori, seperti mengidentifikasi jenis, frekuensi, dan durasi dari halusinasi yang dirasakan pada strategi pelaksanaan pertama terdapat faktor pendukung dimana pasien kooperatif saat diajak berbicara faktor penghambat adalah pada tahap ini faktor penghambat yaitu, pasien cepat merasa bosan dan sering mengeluh ngantuk pasien mengeluh ngantuk akibat obat-obatan yang dikonsumsi, maka dari itu penulis melakukan interaksi dengan pasien dengan menyediakan cemilan berupa permen. Pada strategi pelaksanaan kedua yaitu meminum obat dengan baik dan benar secara rutin, pada tahap ini tidak terdapat hambatan, pasien kooperatif dan mau berlatih meminum obat secara rutin.

Pada strategi pelaksanaan ketiga melatih pasien untuk becakap-cakap dengan orang lain, pada tahap ini faktor penghambat yaitu, pasien lebih senang menyendiri dan menarik diri dari orang lain maka dari itu penulis mengajak pasien untuk ikut berinteraksi dengan pasien lain dengan cara mengikut sertakan pasien dalam kegiatan kelompok. Pada strategi pelaksanaan keempat melatih kemampuan yang sudah dipilih dan menyusun jadwal pelaksanaan kemampuan yang telah dilatih dalam

rencana harian, pada tahap ini pasien mampu melakukan aktivitas namun tampak malas-malasan dan harus diingatkan maka dari itu penulis selalu mengevaluasi kegiatan harian pasien. Penulis menemukan kesenjangan antara teori dan kasus dikarenakan dalam tindakan penulis tidak melakukan strategi pelaksanaan keluarga karena pada saat pasien di rumah sakit penulis tidak bertemu dengan keluarga pasien, dan tidak ada anggota keluarga pasien yang berkunjung.

E. Evaluasi Keperawatan

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 bercakap-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.A yaitu verbalisasi mendengar bisikan, verbalisasi melihat bayangan, menarik diri, melamun dan juga curiga. Setelah dilakukan intervensi tersisa dua luaran yang belum tercapai, yaitu melamun masih belum menurun, dan curiga belum menurun. Maka dari itu

tanda gejala gangguan persepsi sensori : halusinasi pada Tn.A 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, meminum 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 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.A dengan diagnosis gangguan persepsi sensori : halusinasi meningkat 100%. 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 penulis melakukan pengamatan kasus dan menguraikan tinjauan kasus, kepustakaan pengamatan serta pembahasan tentang asuhan keperawatan pada pasien Tn.A dengan gangguan persepsi sensori ; halusinasi penglihatan dan pendengaran di ruang yudistira Rumah Sakit Jiwa Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor. Maka penulis dapat mengambil kesimpulan dan saran yang berguna untuk meningkatkan mutu pelayanan keperawatan sebagai berikut;

A. Kesimpulan

Setelah dilakukan pengkajian penulis mendapati bahwa faktor predisposisi pada pasien Tn.A dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi yaitu faktor psikologis dimana pasien tidak memiliki hubungan interpersonal yang baik dengan istrinya dikarenakan kecemasan akan peran sebagai kepala keluarga yang tidak terpenuhi akibat pasien tidak bekerja dan sang istri selalu meminta uang bulanan,. Selain itu faktor predisposisi biologis juga menjadi penyebab Tn.A mengalami halusinasi dimana Tn.A pernah mengalami putus obat.

Pada kasus Tn.A dengan gangguan persepsi sensori ; halusinasi penglihatan dan pendengaran, intervensi yang dilakukan mengacu pada teori intervensi keperawatan pasien dengan gangguan persepsi sensori ; halusinasi penglihatan dan pendengaran seperti ; pasien mampu mengontrol halusinasi yang dirasakan, pasien mampu menghardik halusinasi, meminum obat dengan baik dan benar, bercakap-cakap dengan

orang lain dan melakukan kegiatan positif yang terjadwal. Semua intervensi dihentikan pada hari ketiga setelah pemberian asuhan keperawatan dikarenakan tujuan dan kriteria hasil sudah tercapai secara maksimal sesuai waktu yang telah ditetapkan penulis.

Di tahap evaluasi dari empat belas luaran asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi terdapat lima luaran persepsi sensori yang terdapat pada Tn.A yaitu verbalisasi mendengar bisikan, verbalisasi melihat bayangan, menarik diri, melamun dan juga curiga. Setelah dilakukan intervensi tersisa dua luaran yang belum tercapai, yaitu melamun masih belum menurun, dan curiga belum menurun. Maka dari itu tanda gejala gangguan persepsi sensori : halusinasi pada Tn.A menurun 60%. Kemampuan Tn.A juga meningkat dalam segi kognitif, segi psikomotor, dan segi afektif sebesar 100%.

B. Saran

Penulis memberikan saran yang mungkin dapat diterima sebagai bahan pertimbangan guna meningkatkan kualitas asuhan keperawatan pada pasien dengan harga diri rendah sebagai berikut:

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. Bagi institusi pendidikan

Mampu dijadikan sebagai metode pembelajaran keperawatan jiwa tentang penanganan pasien dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi penglihatan dan pendengaran.

3. Bagi profesi keperawatan

Mampu dijadikan sebagai sumber bacaan untuk pengembangan dan peningkatan kualitas keperawatan yang berkaitan dengan asuhan keperawatan pada pasien gangguan persepsi sensori : halusinasi penglihatan dan pendengaran.

DAFTAR PUSTAKA

- Agustina, M. (2017). *Tingkat Pengetahuan Pasien dalam Melakukan Cara Mengontrol dengan Perilaku Pasien Halusinasi Pendengaran*.
- Azizah, L. M., Zainuri, I., & Akbar, A. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa : Teori dan Aplikasi Praktik Klinik*. Indomedia Pustaka.
- Damaiyanti, M., & Iskandar. (2014). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. PT Refika Aditama.
- Dermawan, D., & Rusdi. (2013). *Keperawatan Jiwa: Konsep dan Kerangka Kerja Asuhan Keperawatan Jiwa*. Gosyen Publishing.
- Harkomah, I. (2019). *Analisis Pengalaman Keluarga Merawat Pasien Skizofrenia dengan Masalah Halusinasi Pendengaran Pasca Hospitalisasi*. <https://doi.org/http://doi.org/10.22216/jen.v4i2.3844>
- Hulu, M. P. C., Waruwu, R., M, F., Sihombing, & Pardede, J. A. (2022). *Penerapan Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Persepsi Pada Pasien Halusinasi Di RSJ Prof.Dr.M.Ildrem Medan*. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.31219/osf.io/p3u4z>
- IHME. (2019). *Global Burden of Disease*. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/?params=gbd-api-2019-permalink/27a7644e8ad28e739382d31e77589dd7>
- 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.
- Kemenkes RI. (2018). *Riset Kesehatan Dasar*.
- Maudhunnah, S. (2021). *Penerapan Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny.P Dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi*. <https://doi.org/https://doi.org/10.31219/osf.io/2wye4>
- Muhith, A. (2015). *Pendidikan Keperawatan Jiwa : Teori dan Aplikasi* (M. Bendetu (ed.)). CV Andi Offset.
- NIMH. (2019). *Transforming the understanding and treatment of mental illnesses*. Transforming the understanding%0Aand treatment of mental illnesses.
- Pardede, J. A., & Laia, B. (2020). *PENURUNAN GEJALA RISIKO PERILAKU KEKERASAN PADA PASIEN SKIZOFRENIA MELALUI TERAPI AKTIVITAS KELOMPOK*. 3, 291–300. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.32584/jikj.v3i3.621>
- PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan indikator diagnostik*. PPNI.
- PPNI, T. P. S. D. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. PPNI.
- Sunaryanto, B. E., Handayani, R., Prihandayani, G., & Rini, N. S. H. (2019).

Laporan Semester I RS Dr. H. Marzuki Mahdi Bogor.

- Susilawati, & Fredrika, L. (2019). *PENGARUH INTERVENSI STRATEGI PELAKSANAAN KELUARGA TERHADAP PENGETAHUAN DAN KEMAMPUAN KELUARGA DALAM MERAWAT KLIEN SKIZOFRENIA DENGAN HALUSINASI*. 3.
<https://doi.org/https://doi.org/10.31539/jks.v3i1.898>
- Sutejo. (2018). *Keperawatan Kesehatan Jiwa : Prinsip dan Praktik Asuhan Keperawatan Jiwa*. Pustaka Baru Press.
- Wijayanti, F., Nurfantri, & Devi, G. P. C. (2019). *PENERAPAN INTERVENSI MANAJEMEN HALUSINASI TERHADAP TINGKAT AGITASI PADA PASIEN SKIZOFRENIA*. 11.
- World Health Organization. (2020). *Mental Health ATLAS*.
- Yosep, H. I., & Sutini, T. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. PT Refika Aditama.
- Yusuf, A. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Gosyen Publishing.
- Zega, R. (2022). *Mental Nursing Care Management In Schizophrenic Patients With Hallucinations Through Generalist Therapy: Case Study*.
<https://doi.org/https://doi.org/10.31219/osf.io/u94r3>

LAMPIRAN

STRATEGI PELAKSANAAN

TINDAKAN KEPERAWATAN

A. SP 1 Halusinasi : Menghardik

1. Orientasi

a. Terapetik

“Selamat pagi pak/bu. Saya suster Zakiyyah biasa dipanggil kiyyah. Saya berdinasi di ruangan ini dari jam 07.00 – 13.00 siang. Kalau boleh tau, nama bapak/ibu siapa? Senang dipanggil apa?”

b. Evaluasi validasi

“Bagaimana perasaan bapak/ibu hari ini? Ada keluhan? Semalam tidurnya nyenyak?”

c. Kontrak

“Bagaimana kalau hari ini kita berbincang tentang keadaan bapak/ibu saat ini?”

“Bapak/ibu mau dimana? Berapa lama?”

2. Kerja

“Apa yang bapak/ibu rasakan? Apa yang dikatakan dan apa yang bapak/ibu lihat?” “Sejak kapan bapak/ibu mulai mendengar suara-suara dan melihat hal itu?” “Apakah terus-terusan atau sewaktu-waktu? Dalam sehari berapa kali hal tersebut timbul?”

“Apa yang bapak/ibu lakukan jika hal tersebut muncul?”

“Apakah dengan cara itu suara dan hal yang bapak/ibu lihat hilang?”

“Bagaimana kalau sekarang kita belajar cara-cara untuk mencegah hal tersebut muncul.”

“Ada empat cara untuk mencegah suara-suara atau sosok yang dilihat itu muncul. Yang pertama dengan cara menghardik, yang kedua dengan cara minum obat secara teratur, yang ketiga bercakap-cakap, dan yang terakhir dengan melakukan kegiatan” “Hari ini kita akan melakukan cara pertama yaitu, menghardik”

“Caranya saat bapak/ibu mendengar atau melihat sesuatu itu ibu/bapak bisa katakan “pergi kamu tidak nyata, saya tidak ingin dengar kamu, kamu palsu.”

“Begitu seterusnya sampai suara dan sosok yang bapak/ibu lihat hilang”

“Saya contohkan terlebih dahulu ya pak/bu. Nanti bapak/ibu bisa peragakan seperti yang sudah saya contohkan.”

“Nah sekarang giliran bapak/ibu” “Wahh , bapak/ibu hebat bisa melakukannya dengan benar”

3. Terminasi

a. Evaluasi

Subjektif : “Bagaimana perasaan bapak/ibu setelah kita latihan menghardik”

Objektif : “Coba bisa bapak/ibu ulangi cara menghardik?”

b. Rencana Tindak Lanjut

“Dalam satu hari, bapak/ibu mau latihan menghardik berapa kali? Di jam berapa saja?”

“Kalau begitu kita masukkan ke jadwal kegiatan harian ya”

c. Kontrak

Baik kalau begitu besok kita bertemu lagi ya pak/buk untuk latihan meminum obat yang baik dan benar agar suara-suara dan sosok yang ibu/bapak lihat berkurang. Apa ibu/bapak bersedia?”

“Mau dimana? Di jam berapa?”

B. SP 2 Halusinasi : Mengajarkan minum obat yang baik dan benar

1. Orientasi

a. Terapetik

“ 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

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

2. 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?”

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.”

b. Rencana Tindak Lanjut

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

c. Kontrak

“ baiklah pertemuan kita cukup sampai disini besok kita akan berbincang lagi dengan orang lain”“bapak maunya dimana? Jam berapa? Berapa lama?” “dimana bapak mau berbincang-bincang dengan saya besok? Ya sudah di taman ya”.

C. SP 3 Halusinasi : Bercakap-cakap dengan orang lain

1. Orientasi

a. Terapetik

“ 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

“sesuai janji kita kemarin, sekarang kita akan berbincang-bincang mengenai cara mengontrol halusinasi” “dengan bercakap-cakap dengan orang lain ya pak, bapak ingin berbincang- bincang dimana? Dan berapa lama?” “tujuan perbincangan kali ini agar bapak mengetahui cara mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap ya pak.”

2. Kerja

“ jadi jika bapak mendengar yang tidak nyata, bapak langsung mencari teman untuk 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 katakan tadi, ya benar sekali pak.”

3. Terminasi

a. Evaluasi

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

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

b. 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?.”

c. Kontrak yang akan datang

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

“bapak maunya dimana? Jam berapa? Berapa lama? “dimana bapak mau berbincang-bincang dengan saya siang ini? Ya sudah di taman ya .”

D. SP 4 Halusinasi : Melatih aktivitas terjadwal

1. Orientasi

a. Terapetik

“ 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. Kontrak

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

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

2. Kerja

“ biasanya ibu 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?”

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

b. Rencana Tindak Lanjut

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

c. Kontrak

“ Baiklah pertemuan kita cukup sampai disini besok kita akan berbincang lagi, apakah bapak bersedia? “Bapak maunya dimana? Jam berapa? Berapa lama? “Dimana bapak mau berbincang-bincang dengan saya besok? Ya sudah di taman ya.”

STRATEGI PELAKSANAAN

HARGA DIRI RENDAH KRONIK

A. SP 1 Harga diri rendah kronik : Menilai kemampuan yang masih bisa digunakan

1. Orientasi

a. Salam terapeutic

“Selamat pagi Pak. Perkenalkan saya Zakiyyah mahasiswa STIKes RS Husada yang berdinis disini dari pukul 07.00 – 13 siang.”

“Nama Bapak siapa? Senang dipanggil apa?”

b. Evaluasi / Validasi

“Bagaimana perasaan Bapak hari ini? Bagaimana semalam tidurnya, nyenyak tidak?”

c. Kontrak

“Baik lah bagaimana kalau kita membicarakan tentang perasaan Bapak dan kemampuan yang ibu miliki? Setelah itu kita akan nilai kegiatan mana yang masih dapat Bapak dilakukan. Setelah kita nilai, kita akan pilih beberapa kegiatan untuk kita latih, Mau berapa lama kita berbincang-bincang Pak? bagaimana kalau 30 menit? Dimana Bapak mau berbincang-bincang? Bagaimana kalau disini saja.”

2. Kerja

“Sebelumnya saya ingin menanyakan tentang penilaian Bapak terhadap diri Bapak, tadi Bapak mengatakan merasa tidak berguna kalau dirumah. Apa yang menyebabkan Bapak merasa demikian? Jadi Bapak merasa

telah gagal memenuhi keinginan orang tua Bapak, apakah ada hal lain yang tidak menyenangkan yang Bapak rasakan? Bagaimana hubungan Bapak dengan keluarga dan teman-teman setelah ibu merasakan hidup ibu yang tidak berarti dan tidak berguna? Jadi Bapak menjadi malu, ada lagi Pak? Tadi Bapak mengatakan gagal dalam memenuhi keinginan orang tua. Sebenarnya apa saja harapan dan cita-cita Bapak?. Yang mana saja harapan Bapak yang sudah tercapai?. Bagaimana usaha Bapak untuk mencapai harapan yang belum terpenuhi? Agar dapat mencapai harapan-harapan Bapak, mari kita sama-sama menilai kemampuan yang Bapak miliki untuk dilatih dan dikembangkan. Coba Bapak sebutkan kemampuan apa saja yang Bapak pernah miliki?, bagus apalagi Pak? Kegiatan rumah tangga yang bisa Bapak lakukan? Bagus, apalagi Pak? Wah bagus sekali ada 5 kemampuan dan kegiatan yang Bapak miliki. Nah sekarang dari lima kemampuan yang Bapak miliki mana yang masih dapat dilakukan dirumah sakit? Coba kita lihat yang pertama bisa Pak? Yang kedua Pak? (sampai yang kegiatan yang kelima). Bagus sekali, ternyata ada empat kegiatan yang masih dapat ibu lakukan dirumah sakit. Nah dari keempat kegiatan yang telah dipilih untuk dikerjakan dirumah sakit, mana yang dilatih hari ini?. Baik mari kita latihan merapikan tempat tidur, tujuannya agar Bapak dapat meningkatkan kemampuan merapikan tempat tidur dan merasakan manfaatnya. Dimana kamar Bapak? Nah kalau kita akan merapikan tempat tidur, kita pindahkan dulu bantal dan selimutnya, kemudian kita angkat seprainya dan kasurnya kita balik. Nah sekarang kita pasang lagi

seprainya. Kita mulai dari arah atas ya Pak. Kemudian bagian kakinya, tarik dan masukan, lalu bagian pinggir dimasukan, sekarang ambil bantal, rapikan dan letakkan dibagian atas kepala. Mari kita lipat selimut. Nah letakkan dibagian bawah. Bagus, Menurut Bapak bagaimana perbedaan tempat tidur setelah dibersihkan dibandingkan tadi sebelum dibersihkan?”

3. Terminasi

a. Evaluasi

Subjektif : “Bagaimana perasaan Bapak setelah kita latihan merapikan tempat tidur?”

Objektif : “Nah coba Bapak sebutkan lagi langkah-langkah merapikan tempat tidur? Bagus.”

b. Rencana Tindak Lanjut

“Sekarang mari kita masukan dalam jadwal harian Bapak, mau berapa kali ibu melakukannya? Bagus 2 kali...pagi-pagi setelah bangun tidur jam 4 setelah istirahat siang. Jika Bapak melakukannya tanpa diingatkan perawatn Bapak beri tanda M, tapi kalau Bapak merapikan tempat tidur dibantu atau diingatkan perawat Bapak beri tanda B, tapi kalau Bapak tidak melakukannya Bapak buat T.

c. Kontrak yang akan datang

“Baik, besok saya akan kembali lagi untuk melatih kemampuan Bapak yang kedua. Bapak mau jam berapa? Baik jam 10 pagi ya. Tempatnya Bapak? bagaimana kalau disini saja, jadi besok kita

ketemu lagi disini jam 10 ya Assalamualaikum Bapak.

B. SP 2 Harga diri rendah kronik : Melatih kemampuan positif yang masih bisa digunakan

1. Orientasi

a. Salam terapeutic

“Assalamualaikum Bapak. Apakah Bapak masih ingat dengan saya?
Sesuai janji saya kemarin saya datang lagi.”

b. Evaluasi / Validasi

Bagaimana perasaan Bapak pagi ini? Bagaimana dengan perasaan negatif yang Bapak rasakan? sekali berarti perasaan tidak berguna yang Bapak rasakan sudah berkurang. Bagaimana dengan kegiatan merapikan tempat tidurnya? boleh saya lihat kamar tidurnya?
Tempat tidurnya rapi sekali. Sekarang mari kita lihat jadwalnya, wah ternyata Bapak telah melakukan kegiatan merapikan tidur sesuai jadwal, lalu apa manfaat yang Bapak rasakan dengan melakukan kegiatan merapikan tempat tidur secara terjadwal?”

c. Kontrak

“Sekarang kita akan melanjutkan latihan kegiatan yang kedua. Hari ini kita mau latihan cuci piring kan? Kita akan melakukan latihan cuci piring selama 30 menit Pak. Dimana tempat mencuci piringnya Pak?”

2. Kerja

“Baik, sebelum mencuci piring, kita persiapkan dulu perlengkapan untuk mencuci piring. Menurut ibu apa saja yang kita perlu kita siapkan saat mencuci piring? ya bagus, jadi sebelum mencuci piring kita perlu menyiapkan alatnya yaitu sabun cuci piring dan spoons untuk mencuci piring. Selain itu juga tersedia air bersih untuk membilas piring yang telah kita sabuni. Nah sekarang bagaimana langkah-langkah atau cara mencuci yang biasa Bapak lakukan? Benar sekali, tapi sebaiknya sebelum kita mencuci piring pertama kita bersihkan piring dari sisa-sisa makanan dan kita kumpulkan disuatu tempat atau tempat sampah. Kemudian kita basahi piring dengan air, lalu sabuni seluruh permukaan piring, dan kemudian dibilas hingga bersih sampai piringnya tidak teras licin lagi. Kemudian kita letakkan pada rak piring yang tersedia. Jika ada piring dan gelas, maka yang pertama kali kita cuci adalah gelasnya, setelah itu baru piringnya. Sekarang bisa kita mulai Pak. Bagus sekali, Bapak telah mencuci piring dengan cara yang baik. Menurut Bapak bagaimana perbedaan setelah piring dicuci dibandingkan tadi sebelum piring belum dicuci?”

3. Terminasi

a. Evaluasi

Subjektif : “Bagaimana perasaan Bapak setelah kita latihan mencuci piring?

Objektif : “Nah coba Bapak sebutkan lagi langkah-langkah mencuci piring yang baik Pak? Bagus Pak. “

b. Rencana Tindak Lanjut

“Sekarang mari kita masukan dalam jadwal harian Bapak, mau berapa kali Bapak melakukannya? Bagus 3 kali... setelah selesai sarapan, siang dan malam ya bu. Nanti Bapak lakukan ya Pak dan catat pada jadwal Bapak.”

c. Kontrak yang akan datang

“Baik, besok saya akan kembali lagi untuk melatih kemampuan Bapak yang ketiga. Bapak mau jam berapa? Baik jam 10 pagi ya. Tempatnya dimana Bapak? bagaimana kalau disini saja, jadi besok kita ketemu lagi disini jam 10 ya. Assalamualaikum Bapak”.

C. SP 3 Harga diri rendah kronis Membantu klien memilih/menetapkan kemampuan yang akan dipilih

1. Orientasi

a. Salam Terapeutik

“Assalamualaikum Pak. Apakah Bapak masih ingat dengan saya? Sesuai janji saya kemarin saya datang lagi.

b. Evaluasi/Validasi

Bagaimana perasaan Bapak hari ini? Bagaimana dengan perasaan negatif yang Bapak rasakan? Bagus berarti perasaan tidak berguna yang Bapak rasakan sudah berkurang. Bagaimana dengan jadwalnya? Boleh saya lihat Pak? Yang merapikan tempat tidur sudah dikerjakan. Bagus sekali, boleh saya lihat kamar tidurnya? Tempat tidurnya rapi sekali. Untuk cuci piringnya sudah dikerjakan

sesuai jadwal, coba kita lihat tempat cuci piring? Bersih sekali tidak ada piring dan gelas yang kotor, semua sudah rapi di rak piring. wah Bapak luar biasa semua kegiatan dikerjakan sesuai lalu apa manfaat yang Bapak rasakan dengan melakukan kegiatan secara terjadwal?”

c. Kontrak

“Sekarang kita akan lanjutkan latihan kegiatan yang ketiga. Hari ini kita mau latihan menyapu kan? Tujuan pertemuan pagi ini adalah untuk berlatih menyapu sehingga ibu dapat menyapu dengan baik dan merasakan manfaat dari kegiatan menyapu. Bapak mau menyapu dimana? Bagaimana kalau dikamar Bapak Pak?”

2. Kerja

“Baik menurut Bapak, apa saja yang kita perlukan untuk menyapu lantai?, bagus sebelum mulai kita menyapu kita perlu menyiapkan sapu dan pengki. Bagaimana cara menyapu yang biasa Bapak lakukan? Yah bagus jadi menyapu kita lakukan dari arah sudut ruangan. Menyapu juga dilakukan dibawah meja dan kursi, bila perlu meja dan kursinya digeser, agar dapat menyapu pada bagian lantainya dengan lebih bersih. Begitu juga untuk dibawah kolong tempat tidur perlu disapu. Mari kita mulai berlatih Pak? Ya bagus sekali ibu menyapu dengan bersih. Menurut Bapak bagaimana perbedaan setelah ruangan ini disapu dibandingkan tadi sebelum disapu?”

3. Terminasi

a. Evaluasi

Subjektif : “Bagaimana perasaan Bapak setelah kita latihan menyapu?”

Objektif : “Nah coba Bapak sebutkan lagi langkah-langkah menyapu yang baik Pak? Bagus Pak.”

b. Rencana Tindak Lanjut

“Sekarang mari kita masukan dalam jadwal harian Bapak, mau berapa kali Bapak melakukannya? Bagus 2 kali...jam berapa Bapak mau melakukannya? Jadi Bapak mau melakukannya jam 8 pagi dan jam 5 sore. Jika Bapak melakukannya tanpa diingatkan perawat Bapak beri tanda M, tapi kalau Bapak mencuci piring dibantu atau diingatkan perawat Bapak tanda B, tapi kalau Bapak tidak melakukannya Bapak buat T.”

c. Kontrak yang akan datang

“Baik, besok saya akan kembali lagi untuk melatih kemampuan Bapak yang keempat. Bapak mau jam berapa? Baik jam 10 pagi ya. Tempatnya dimana Bapak? bagaimana kalau disini saja, jadi besok kita ketemu lagi disini jam 10 ya. Assalamualaikum Bapak.

STRATEGI PELAKSANAAN ISOLASI SOSIAL

A. SP 1 Isolasi sosial : Membantu pasien mengenal penyebab isolasi sosial, membantu pasien mengenal keuntungan berhubungan dan kerugian tidak berhubungan dengan orang lain dan mengajarkan pasien berkenalan

1. Orientasi

a. Terapetik

“Assalammu’alaikum ”

“Saya Zakiyyah. Saya senang dipanggil Kiya, saya perawat di Ruang Mawar ini... yang akan merawat Bapak.”

“Siapa nama Bapak? Senang dipanggil siapa?” “Apa keluhan Bapak hari ini?”

b. Kontrak

”Bagaimana kalau kita bercakap-cakap tentang keluarga dan teman- teman Bapak? Mau dimana kita bercakap-cakap? Bagaimana kalau di ruang tamu? Mau berapa lama, Bapak? Bagaimana kalau 15 menit”

2. Kerja

”Siapa saja yang tinggal serumah? Siapa yang paling dekat dengan Bapak? Siapa yang jarang bercakap-cakap dengan Bapak? Apa yang membuat Bapak jarang bercakap-cakap dengannya?” ”Apa yang Bapak rasakan selama Bapak dirawat disini? Bapak merasa sendirian? Siapa saja yang Bapak kenal di ruangan ini”

“Apa saja kegiatan yang biasa Bapak lakukan dengan teman yang Bapak

kenal?” “Apa yang menghambat ibu dalam berteman atau bercakap-cakap dengan pasien yang lain?”

”Menurut Bapak apa saja keuntungannya kalau kita mempunyai teman? Wah benar, ada teman bercakap-cakap. Apa lagi ? Nah kalau kerugiannya tidak mempunyai teman apa ya Pak ? Ya, apa lagi. Jadi banyak juga ruginya tidak punya teman ya. Kalau begitu inginkah Bapak belajar bergaul dengan orang lain ? Bagus. Bagaimana kalau sekarang kita belajar berkenalan dengan orang lain”

“Begini lho Pak, untuk berkenalan dengan orang lain kita sebutkan dulu nama kita dan nama panggilan yang kita suka asal kita dan hobi. Contoh: Nama Saya Zakiyyah, senang dipanggil Kiya. Asal saya dari Jakarta, hobi memasak”

“Selanjutnya ibu menanyakan nama orang yang diajak berkenalan. Contohnya begini: Nama Bapak siapa? Senang dipanggil apa? Asalnya dari mana/ Hobinya apa?”

“Ayo Bapak dicoba! Misalnya saya belum kenal dengan Bapak. Coba berkenalan dengan saya!”

“Ya bagus sekali! Coba sekali lagi. Bagus sekali”

“Setelah Bapak berkenalan dengan orang tersebut Bapak bisa melanjutkan percakapan tentang hal-hal yang menyenangkan ibu bicarakan. Misalnya tentang cuaca, tentang hobi, tentang keluarga, pekerjaan dan sebagainya.”

3. Terminasi

a. Evaluasi

Subjektif : ”Bagaimana perasaan Bapak setelah kita latihan berkenalan?”

Objektif : “Bapak tadi sudah mempraktekkan cara berkenalan dengan baik sekali” ”Selanjutnya Bapak dapat mengingat-ingat apa yang kita pelajari tadi selama saya tidak ada. Sehingga Bapak lebih siap untuk berkenalan dengan orang lain. Bapak mau praktekkan ke pasien lain. Mau jam berapa mencobanya. Mari kita masukkan pada jadwal kegiatan hariannya.”

b. Kontrak

”Besok pagi jam 10 saya akan datang kesini untuk mengajak ibu berkenalan dengan teman saya, perawat N. Bagaimana, Bapak mau kan?” ”Baiklah, sampai jumpa. Assalamu’alaikum

B. SP 2 Isolasi sosial : Mengajarkan pasien berinteraksi secara bertahap

(berkenalan dengan orang pertama -seorang perawat)

1. Orientasi

“Assalamualaikum Bapak! ” “Bagaimana perasaan Bapak hari ini? Sudah dingat-ingat lagi pelajaran kita tentang berkenalan Coba sebutkan lagi sambil bersalaman dengan Suster ! Bagus sekali, Bapak masih ingat. Nah seperti janji saya, saya akan mengajak Bapak mencoba

berkenalan dengan teman saya perawat N. Tidak lama kok, sekitar 10 menit. Ayo kita temui perawat N disana.”

2. Kerja

“Selamat pagi perawat N, ini ingin berkenalan dengan N. Baiklah Bapak, Bapak bisa berkenalan dengan perawat N seperti yang kita praktekan kemarin. Ada lagi yang Bapak ingin tanyakan kepada perawat N . coba tanyakan tentang keluarga perawat N, kalau tidak ada lagi yang ingin dibicarakan, S bisa sudahi perkenalan ini. Lalu Bapak bisa buat janji bertemu lagi dengan perawat N, misalnya jam 1 siang nanti, baiklah perawat N, karena Bapak sudah selesai berkenalan, saya dan Bapak akan kembali ke ruangan Bapak. Selamat pagi”

3. Terminasi

Subjektif : “Bagaimana perasaan Bapak setelah berkenalan dengan perawat N”

Objektif : ”Bapak tampak bagus sekali saat berkenalan tadi”

”Pertahankan terus apa yang sudah Bapak lakukan tadi. Jangan lupa untuk menanyakan topik lain supaya perkenalan berjalan lancar. Misalnya menanyakan keluarga, hobi, dan sebagainya.

Bagaimana, mau coba dengan perawat lain. Mari kita masukkan pada jadwalnya. Mau berapa kali sehari? Bagaimana kalau 2 kali. Baik nanti Bapak coba sendiri. Besok kita latihan lagi ya, mau jam berapa? Jam 10? Sampai besok.”

C. SP 3 3 Isolasi sosial : Melatih pasien berinteraksi secara bertahap

(berkenalan dengan orang kedua-seorang pasien)

1. Orientasi

a. Terapetik

“Assalammu’alaikum Bapak! Bagaimana perasaan hari ini?”

”Apakah Bapak bercakap-cakap dengan perawat N kemarin siang?”

”Bagaimana perasaan S setelah bercakap-cakap dengan perawat N

kemarin siang?” ”Bagus sekali S menjadi senang karena punya teman

lagi?” ”Kalau begitu S ingin punya banyak teman lagi?” ”Bagaimana

kalau sekarang kita berkenalan lagi dengan orang lain, yaitu pasien

O” ”seperti biasa kira-kira 10 menit” ”Mari kita temui dia di ruang

makan”

b. Kerja

“Selamat pagi , ini ada pasien saya yang ingin berkenalan. Baiklah

Pak, Bapak sekarang bisa berkenalan dengannya seperti yang telah

Bapak lakukan sebelumnya. Ada lagi yang Bapak ingin tanyakan

kepada X , kalau tidak ada lagi yang ingin dibicarakan, Bapak bisa

sudah perkenalan ini. Lalu Bapak bisa buat janji bertemu lagi,

misalnya bertemu lagi jam 4 sore nanti.”

c. Terminasi

“Bagaimana perasaan Bapak setelah berkenalan dengan O”

”Dibandingkan kemarin pagi, N tampak lebih baik saat berkenalan dengan O” ”pertahankan apa yang sudah Bapak lakukan tadi. Jangan lupa untuk bertemu kembali dengan O jam 4 sore nanti”

”Selanjutnya, bagaimana jika kegiatan berkenalan dan bercakap-cakap dengan orang lain kita tambahkan lagi di jadwal harian. Jadi satu hari Bapak dapat berbincang-bincang dengan orang lain sebanyak tiga kali, jam 10 pagi, jam 1 siang dan jam 8 malam, Bapak bisa bertemu dengan N, dan tambah dengan pasien yang baru dikenal. Selanjutnya Bapak bisa berkenalan dengan orang lain lagi secara bertahap. Bagaimana Bapak, setuju kan?”

”Baiklah, besok kita ketemu lagi untuk membicarakan pengalaman Bapak. Pada jam yang sama dan tempat yang sama ya. Sampai besok.. Assalamu’alaikum”

STRATEGI PELAKSANAAN

RISIKO PERILAKU KEKERASAN

- A. **SP 1 RPK** : Membina hubungan saling percaya, dengan teknik relaksasi nafas dalam dan memukul-mukul ke benda lunak

1. Orientasi

a. Terapetik

“ Selamat pagi bu, saya suster Kiya yang akan merawat Bapak hari ini dari jam 7 pagi sampai jam 2 siang. Kalau begitu boleh kita berkenalan Pak ? nama Bapak siapa ? mau dipanggil apa ?, udah sarapan belum Pak ? bagaimana Pak semalem tidurnya nyenyak ga Pak ? kenapa ga bisa tidur Pak ?, ada hal yang mengganggu kah semalem ? kalau Bapak kesal seperti itu apa yang Bapak lakukan ? apa yang menyebabkan Bapak kesal ? Bapak tau ga akibat dari melampiaskan kemarahan Bapak ? baik Pak, sekarang saya mau tanya kira-kira apa yang dirasakan Bapak kalau marah apakah matanya berasa panas, lalu dada berdebar ? baik Pak, nah Bapak kan sekarang sudah tau yah Bapak kesal karna apa, penyebab Bapak marah-marah karena apa , Bapak juga sudah tau akibat dari perbuatan Bapak saat marah Bapak melampiaskan kemarahannya. “

b. Kontrak

“Kalau kaya begitu, bagaimana kalau hari ini kita belajar cara mengontrol marah dengan cara fisik, apakah Bapak mau, Bapak bersedia ? oke kalau Bapak bersedia, kira-kira Bapak mau berapa lama ?, sama dimana Pak tempatnya ?

2. Kerja

“Jadi gini yah Pak hari ini kita akan belajar cara mengontrol marah dengan cara fisik , cara mengontrol marah dengan cara fisik itu ada dua cara : Cara dengan teknik relaksasi nafas dalam, dengan cara membuang energi ke benda lunak, contohnya bantal Bapak bisa ukul-pukul, diremas remas seperti itu yah Pak. contohnya. Cara yang pertama itu teknik relaksasi nafas dalam cara ini dilakukan saat Bapak mulai merasa marah, kalau udah merasa kesal Bapak bisa langsung menggunakan teknik relaksasi nafas dalam, agar emosi Bapak dapat redah yah pak. Lalu untuk cara teknik relaksasi nafas dalam : tarik napas dari hidung secara perlahan, tahan sebentar, lalu hembuskan dari mulut secara perlahan, cara teknik relaksasi nafas dalam membuat emosi Bapak lebih redah. Lalu cara yang ke 2 dengan cara membuang energi ke benda yang lunak caranya seperti ini Pak, ada bantal nih Pak caranya bisa ibu remas-remas, pukul- pukul kaya ginih yah Pak, pukul aja seperti begitu Pak. Coba Pak sekarang Bapak lakukan teknik relaksasi nafas dalam yang sudah saya ajarkan ? terus kalau cara membuang energi ke benda yang lunak caranya seperti apa Pak? Bapak sudah pintar yah, sudah baik yah Pak melakukannya.”

3. Terminasi

a. Evaluasi

Subjektif : sekarang saya ingin bertanya bagaimana perasaan Bapak

setelah kita belajar cara mengontrol marah dengan cara fisik ?

Objektif : Bapak masih ingat ga bagaimana cara teknik relaksasi nafas dalam dan cara membuang energi kebenda yang lunak, coba Bapak bisa jelaskan ? baik yah Pak penjelasannya sudah bagus, lebih bagus lagi kalau Bapak peragain ulang dengan cara mengulang Bapak bisa lebih paham, Bapak bisa contohin ulang ga caranya ? sudah pintar yah Pak. Rencana kegiatan harian : Bapak mau ga memperagakan lagi cara mengontrol marah dengan cara fisik, tapi Bapak memperagakannya sendiri hari ini bu ? Baik yah yah Pak suster tulis direncana kegiatan harian Bapak, yang nomer 1 yah bu mengontrol emosi dengan fisik tadi kan ada 2 cara kita tulisteknik relaksasi nafas dalam dan membuang energi kebenda lunak.

Bapak mau lakuin berapa kali ? jam brp aja nih Bapak mau lakuinnya ? Baik yah Pak sudah dicatat yah, nah disin isi ada 3 kolom ada M B T kalau M Bapak melakukannya sendiri nanti Bapak ceklis kalau udah melakukan, klau B Bapak melakukannya bersama perawat, kalau T Bapak tidak melakukan. Selain itu cara ini Bapak terapkan juga saat Bapak merasa mulai emosi atau marah supaya emosi dapat redah. Apakah Bapak sudah mengerti ?”

b. Rencana tindak lanjut

“Nanti jika suster tidak ada, Bapak bisa melakukan cara yang kita pelajari tadi secara mandiri dan jangan lupa untuk memasukannya kedalam jadwal kegiatan harian Bapak”

B. **SP 2 RPK** : Membina hubungan saling percaya dengan minum obat dengan cara benar

1. Orientasi

a. Terapetik

“Selamat pagi Bapak, apa Bapak masih ingat dengan suster?”. “iya, benar Pak”

b. Evaluasi Validasi

“Apakah Bapak masih mengingat dengan cara apa yang kita pelajari untuk meredakan amarah Bapak dipertemuan sebelumnya?”

“iya, benar Pak”

“lalu apa Bapak bisa mencontohkan kembali cara tersebut?” “wah bagus, Bapak masih mengingatnya dengan baik”.

“lalu bagaimana perasaan ibu setelah melakukan latihan tersebut?”

c. Kontrak

“Baiklah Pak sesuai dengan kontrak kita kemarin, hari ini saya akan memberitahukan cara minum obat ya Pak. Waktunya 20 menit dan disini ya Pak tujuannya agar Bapak dapat mengetahui minum obat dengan benar”

2. Kerja

“baiklah Pak, kita mulai ya berbincang-bincang hari ini, sebelumnya coba saya lihat jadwal kegiatan harian Bapak. Nah sekarang Bapak tahu tidak manfaatnya minum obat secara teratur? Iya, minum obat secara teratur itu

baik untuk menstabilkan dan meredakan amarah Bapak. Lalu jika tidak meminum obat secara teratur akan memberikan dampak, apa Bapak tahu? Iya, emosi Bapak akan tidak stabil dan dapat menyebabkan kekambuhan. Efek samping dari obat ini dapat membuat Bapak menjadi rileks dan tenang. ada berapa macam obat yang Bapak minum? Warnanya apa saja? jam berapa ibu saja Bapak minum obat? Nah, Bapak harus meminum obat-obat ini setelah makan ya Pak.”

3. Terminasi

a. Evaluasi

Subjektif : Bagaimana Pak perasaannya setelah berbincang- bincang tentang cara meredakan marah dengan minum obat?”

Objektif: “Coba sekarang apa Bapak masih ingat manfaat serta efek samping minum obat?”, “lalu bagaimana dengan dampak jika Bapak tidak minum obat, apa masih ingat Pak?”, “yang tadi Bapak minum, warna obatnya apa saja, masih ingat tidak?”, “lalu obatnya ada berapa butir Pak?”. “wah bagus, Bapak sudah memahaminya dengan baik”

b. Rencana Tindak Lanjut

“Nanti jika suster tidak ada, Bapak bisa melakukan cara yang kita pelajari tadi secara mandiri dan jangan lupa untuk memasukannya kedalam jadwal kegiatan harian Bapak”

c. Kontrak

“Pertemuan kita hari ini sudah selesai ya Pak, lalu untuk pertemuan selanjutnya suster akan mengajarkan Bapak cara meminta,

mengungkapkan, serta menolak sesuatu dengan cara yang baik. Apa Bapak mau?”. “Bapak maunya jam berapa?”, “Berapa lama?” “Bapak ingin kita berbincang-bincang dimana?”. “Nah baik, kalau begitu kita sudah sampai disini ya Pak, sampai bertemu dipertemuan selanjutnya.”

C. **SP 3 RPK** : Membina hubungan saling percaya, meminta dan menolak dengan cara yang baik

1. Orientasi

a. Terapetik

“Assalamualaikum Pak, gimana kabarnya hari ini? Masih ingat gak dengan suster? “iyaa benar, nah sesuai dengan janji saya kemarin hari ini kita akan ngobrol-ngobrol lagi yaa Pak”

“Oh iya Pak, kan kemarin suster udah ajarin cara mengontrol marah dengan relaksasi nafas dalam dan memukul benda lunak, nah gimana Pak sudah dilakukan belum? Terus apa yang dirasakan setelah melakukan latihan yang saya ajarkan?” “coba saya lihat jadwal kegiatan hariannya, wah bagus yaa Bapak sudah mengisinya”. “bagaimana kalau kita sekarang latihan mengontrol marah dengan cara verbal, ya Bapak jadi cara verbal itu cara bicara untuk mencegah marah” “dimana enaknya kita latihannya Bapak, terus bapak mau berapa lama latihannya?”

2. Kerja

“sekarang kita latihan cara bicara Bapak yaa, nah kalau marahnya sudah disalurkan melalui Tarik nafas dan pukul benda lunak, dan sudah merasa lega, nah kita perlu bicara dengan orang yang membuat kita marah, caranya ada 3 pak, yang pertama : meminta dengan baik tanpa marah dan dengan nada yang rendah dan tidak menggunakan kata-kata kasar, kan tadi Bapak cerita sama suster kalo Bapak kesel karna saat Bapak minta minum ke suster tidak ada, nah coba Bapak memintanya dengan baik:”sus, tolong dong ambilin saya minum, saya haus”. Coba Bapak dipraktikan. nah bagus Bapak” Yang kedua : menolak dengan baik, kalo ada yang menyuruh Bapak dan Bapak gamau melakukannya, katakan :”maaf saya tidak bisa melakukannya karena sedang ada kegiatan”. Coba dipraktikan . nah gitu Pak bagus”. Yang ketiga : mengungkapkan perasaan kesal, kalo ada orang lain yang membuat Bapak kesal Bapak bisa bilang “saya jadi ingin marah karena perkataan kamu itu”. Coba praktikkan. Yaa bagus.

3. Terminasi

a. Evaluasi

“baik Pak, bagaimana perasaannya setelah kita latihan tentang cara mengontrol marah dengan bicara yang baik?” “kalo gitu coba Bapak sebutkan lagi cara bicara yang baik yang sudah suster ajarkan. “wah bagus sekali, sekarang kita masukkan ke jadwal. berapa kali sehari Bapak mau latihan bicara yang baik? Bisa kita buat jadwalnya?” “coba bu masukkin ke dalam jadual latihan harian, misalnya meminta obat,

minum, makan, dll, jangan lupa tulis jamnya ya Pak dan jika Bapak melakukannya sendiri ceklis di huruf “M”, kalau Bapak dibantu dengan suster ceklis di huruf “B”, kalau Bapak tidak melakukan ceklis di huruf “T” yaa Pak.” “gimana kalo kita besok ketemu lagi?” “besok kita akan membicarakan cara lain untuk mengatasi rasa marah Bapak, yaitu dengan cara ibadah, Bapak setuju gak? Mau dimana Pak? Disini lagi? Jamnya mau jam berapa? Berapa lama Bapak maunya? Baik sampai bertemu besok ya.

ANALISA OBAT

Aripiprazole

Indikasi : Untuk meredakan gejala skizofrenia, gangguan bipolar, depresi, mengontrol gejala sindrom Tourette atau gangguan perilaku akibat autism.

Kontraindikasi : penderita penyakit jantung, gangguan irama jantung, serangan jantung, stroke, hipotensi, penyakit ginjal, penyakit liver, kolesterol tinggi, gangguan pembekuan darah, demensia, *sleep apnea*, atau kejang

Efek samping : Kantuk, sakit kepala, pusing, lemas, mengeluarkan air liur berlebih, kejang, pingsan, pandangan kabur.

Lorazepam

Indikasi : Untuk menangani gangguan kecemasan

Kontraindikasi : Menderita gangguan pernapasan berat, *sleep apnea*, glaukoma, myasthenia gravis, atau gagal hati, penyakit paru obstruktif kronik (PPOK), kejang, penyakit jantung, penyakit liver, penyakit ginjal, atau penyakit Parkinson.

Efek samping : Kantuk, pusing, lemah, mual, mulut kering, penglihatan kabur, gairah seksual menurun, konstipasi,

dan tidak nafsu makan

Amlodipin

Indikasi : Menurunkan tekanan darah pada hipertensi dan mengobati angina

Kontraindikasi : penyakit liver, gagal jantung, penyakit jantung koroner atau serangan jantung, penyempitan katup aorta jantung (stenosis aorta), atau tekanan darah rendah.

Efek samping : Kantuk, pusing, lelah, sakit perut, kulit wajah memerah, jantung berdebar, kaki atau pergelangan kaki bengkak, nyeri dada.

Valsartan

Indikasi : Mengatasi hipertensi atau gagal jantung

Kontraindikasi : Penderita penyakit ginjal dehidrasi, penyakit liver dan kandung empedu, hiperkalemia, diabetes, atau angioedema.





Efek samping : Pusing, sakit kepala, rasa lelah, mual muntah, punggung otot atau sendi terasa sakit.






LEMBAR KONSULTASI





Nama Pembimbing : Ns. Dian Fitria, M.Kep., Sp.Kep.J



Nama Mahasiswa : Zakiyyah Arief Atshillah

Judul : Asuhan Keperawatan pada Tn. A Dengan
Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Penglihatan dan Pendengaran

No	Tanggal	Konsultasi	Tanda tangan
1	3 Maret 2023	Penulisan bab 1 dan penggunaan E resource dan Mendeley	
2	13 Maret 2023	Persiapan pengkajian UTEK	
3	20 Maret 2023	Konsul Asuhan keperawatan jiwa (ujian)	
4	11 April	Konsul pembuatan	

	2023	BAB 3. Buat BAB 1,2,3 kumpulkan satu minbbu dari tanggal 11 April	
5	14 April 2023	Revisi BAB 1, tambahkan data pengkajian dan hasil penelitian, cek typo, perbaiki BAB 2 dan 3	
6	8 Mei 2023	Perbaiki BAB 1,2, dan 3 dan lanjut BAB 4	
7	20 Mei 2023	Perbaiki BAB 2, BAB 3, BAB 4	
8	22 Mei 2023	Perbaiki BAB 3 dan 4	

9	29 Mei 2023	Perbaiki lalu pertajam pembahasan di BAB 3 Perbaiki BAB 3 pembahasan lakukan pembahasan lebih baik	
10	30 Mei 2023	Perbaiki BAB 3 dan BAB 4 Perbaiki penulisan typo BAB 1, BAB 2, BAB 3 Perbaiki Penulisan typo	
11	2 Juni 2023	BAB 1, BAB 2, BAB 3, BAB 4 dan BAB 5	
12	8 Juni 2023	Perbaiki penulisan typo	

		BAB 1, BAB 2, BAB 3, BAB 4 dan BAB 5	
13	9 Juni 2023	Perbaiki penulisan typo BAB 1, BAB 2, BAB 3	
14	12 Juni 2023	Perbaiki penulisan typo BAB 1, BAB 2, BAB 3	
15	13 Juni 2023	Perbaiki penulisan typo BAB 1, BAB 2, dan BAB 3	