



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN. P DENGAN
GANGGUAN PERSEPSI SENSORI HALUSINASI
PENDENGARAN DAN PENGLIHATAN DI
RUANG MERAK RUMAH SAKIT
SOEHARTO HEERDJAN
GROGOL**

FACHRIA ABIDAH

2110032

**PRODI DIPLOMA TIGA KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN RS HUSADA**

Jakarta, 2024



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN. P DENGAN
GANGGUAN PERSEPSI SENSORI HALUSINASI
PENDENGARAN DAN PENGLIHATAN DI
RUANG MERAK RUMAH SAKIT
SOEHARTO HEERDJAN
GROGOL**

Laporan tugas akhir

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

FACHRIA ABIDAH

2110032

**PRODI DIPLOMA TIGA KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN RS HUSADA**

Jakarta, 2024

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Fachria Abidah

NIM : 2110032

Tanda Tangan : 

Tanggal : 25 Juni 2024

LEMBAR PERSETUJUAN

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN. P DENGAN
GANGGUAN PERSEPSI SENSORI HALUSINASI
PENDENGARAN DAN PENGLIHATAN DI
RUANG MERAK RUMAH SAKIT
SOEHARTO HEERDJAN
GROGOL**

Jakarta, 22 Juni 2024

Pembimbing

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

LEMBAR PENGESAHAN

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN. P DENGAN
GANGGUAN PERSEPSI SENSORI HALUSINASI
PENDENGARAN DAN PENGLIHATAN DI
RUANG MERAK RUMAH SAKIT
SOEHARTO HEERDJAN
GROGOL**

Dewan Penguji

Pembimbing

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

Ketua Penguji

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

Anggota Penguji

(Shinta Prawitasari, M. Kep)

Menyetujui

Program Studi Diploma Tiga Keperawatan



(Ns. Nia Rosliany, M.Kep.Sp.Kep.MB)

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 karenanya, saya mengucapkan terima kasih kepada :

1. Ibu Ellynia, SE., MM. Selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Keperawatan RS Husada Jakarta.
2. Ns. Dian Fitria, M.Kep., Sp.Kep.J selaku dosen pembimbing laporan tugas akhir yang telah meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan dan pegarahan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
3. Ns. Tri setyaningsih, M.Kep., Sp.Kep.J selaku penguji I dalam tugas akhir dalam tugas akhir yang telah banyak memberikan pegarahan dan bimbingan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
4. Ns, Shinta Prawitasari, M. Kep selaku penguji II yang teelah memberikan banyak arahan dan bimbingan terhadap penyusunan karya tulis inin

5. Ns. Made Suarti, M.Kep selaku wali kelas yang meberikan motivasi dan dukungan dari penulis awal masuk hingga saat ini.
6. Dosen beserta staf STIKes RS Husada yang telah membimbing dari semester pertama hingga semester akhir.
7. Teruntuk diriku sendiri yang telah kuat, dan bertahan selama ini dari awal semester awal hingga semester akhir ini.
8. Kedua orang tua ku, Bapak Roni Pasrah dan Ibu Suryanah yang selalu mendoakan, memberikan dukungan secara materi maupun moril, dan memberikan motivasi untuk menyelesaikan pendidikan saya.
9. Adik-adik saya tercinta Muhammad Fachri Pasya dan Fadia Tri Habsari yang selalu memberikan motivasi untuk meneyelesaikan tugas karya tulis ini.
10. Sahabat-sahabat saya, yaitu: Yuliana Aryani, Shalma Zahra Aulia, Diah Suci Kirani, Windi Cantika Sari, Lidya Agustina Sianturi, Nandita Kumala Dewi, Arni Dwi Isdiyani, Meliyana, dan Sarah Aprilia yang selalu memberi perhatian, mendoakan, membantu, mendukung, dan memberikan semangat dalam segala hal hingga bisa menyelesaikan penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
11. Teman seperjuangan kelompok KTI, Nasya Dhea Alsyira, Bayu Ismoyo. Syahrul Aripin, Rangga yang selalu mendukung dan saling membatu dalam menyelesaikan penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
12. Teman teman kelas saya 3A dan Angkatan 34 yang telah berjuang selama 3 tahun ini.

Penulis menyadari bahwa dalam pembuatan laporan tugas akhir masih banyak kekurangan. Saya berharap akan aksih 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, 25 Juni 2024

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	ii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI.....	viii
BAB 1 : PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan	7
1. Tujuan Umum.....	7
2. Tujuan Khusus.....	8
C. Ruang Lingkup.....	8
D. METODE PENULISAN.....	9
E. Sistematika Penulisan	9
BAB II TINJAUAN TEORI.....	11
A. Pengertian.....	11
B. Psikodinamika	11
C. Tanda dan gejala	12
D. Rentang Respon Halusinasi.....	12
E. Tahapan Halusinasi	14
F. Jenis-jenis Halusinasi	16
G. Penatalaksanaan Halusinasi	17
H. Konsep Dasar Proses Keperawatan Halusinasi.....	18
1. Pengkajian	18
2. Pohon Masalah	19
3. Diagnosa Halusinasi	20
4. Intervensi Keperawatan	20
7. Implementasi Keperawatan	23
8. Evaluasi Keperawatan	24
BAB III : TINJAUAN KASUS.....	26
A. Pengkajian	26
1. Identitas pasien	26
2. Alasan masuk rumah sakit.....	26
3. Faktor predisposisi	26
4. Pemeriksaan fisik	27
5. Psikososial:.....	27
6. Status Mental	29
7. Kebutuhan persiapan pulang	31
8. Mekanisme koping	31
9. Masalah psikososial dan lingkungan	32
10. Aspek medik	32

11. Analisa Data.....	33
12. Pohon Masalah.....	38
B. Diagnosa Keperawatan.....	38
C. Perencanaan, Pelaksanaan dan Evaluasi Keperawatan	39
BAB IV : PEMBAHASAN	61
A. Pengkajian Keperawatan.....	61
B. Diagnosis Keperawatan.....	64
C. Intervensi Keperawatan.....	64
D. Implementasi Keperawatan.....	66
E. Evaluasi Keperawatan.....	67
BAB V : PENUTUP	69
A. Kesimpulan	69
B. Saran.....	71
DAFTAR PUSTAKA	73
Lampiran	76
ANALISA OBAT	116
Nama obat: Risperidon	116
Nama Obat: Lorazepam.....	117
Nama Obat: Trihexyphenidyl.....	118
Nama Obat: Trifluoperazine	119

BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Sebagaimana didefinisikan oleh *World Health Organization* (WHO), kesehatan didefinisikan sebagai keadaan fisik, mental, dan sosial yang sehat tanpa adanya kelemahan atau penyakit. Menurut pemahaman tentang kesehatan manusia, kesehatan jiwa merupakan komponen penting dari kesehatan umum seseorang. Kesehatan jiwa, menurut UU RI 18 (BAB I Ketentuan Umum Pasal 1 Ayat 1) tahun 2014, adalah ketika seseorang dapat berkembang secara jasmani, rohani, rohani, dan sosial sehingga mereka sadar akan keahliannya, dapat menahan tekanan, bekerja secara efektif, dan memiliki kemampuan untuk memberikan kontribusi. Mereka yang mengalaminya lebih rentan terhadap gangguan kesehatan mental (Emulyani & Herlambang, 2020).

Menurut American Psychiatric Association, gangguan mental adalah sindrom atau pola klinis, psikologis, atau perilaku yang signifikan yang dialami seseorang dan dikaitkan dengan tekanan atau peningkatan risiko kematian, sakit, kecacatan, atau perampasan kebebasan yang parah. Skizofrenia, salah satu jenis gangguan jiwa yang paling umum di dunia saat ini, dapat mengganggu aktivitas sehari-hari seperti memenuhi tanggung jawab peran, berangkat kerja atau sekolah, mengalami kesulitan mengurus diri

sendiri, dan menjalin hubungan dengan orang lain (Emulyani & Herlambang, 2020).

Kesehatan jiwa sangat penting untuk hidup karena memungkinkan seseorang menyadari kemampuan mereka, mengatasi stres, menjadi produktif, dan berkontribusi pada orang lain. Orang yang sering mengalami tekanan emosional dan stres dapat mengalami gangguan kesehatan mental. Orang yang mengalami masalah kesehatan mental mungkin mengalami gangguan jiwa (ODGJ), salah satu gejala skizofrenia. Skizofrenia adalah gangguan mental yang serius yang ditandai dengan masalah dalam proses berpikir yang berdampak pada perilaku. Sebagian orang percaya bahwa faktor biologis, genetik, dan psikososial adalah penyebab gangguan ini (Rahayu & Utami, 2019).

World Health Organization (WHO, 2020) memperkirakan bahwa 379 juta orang menderita masalah kesehatan mental, 20 juta di antaranya adalah skizofrenia. Dan disekitar tahun 2021 terdapat 24 juta orang yang menderita gangguan jiwa ini. Tingkat kekambuhan skizofrenia meningkat sebesar 28%, 43%, dan 54% dari 2019 hingga 2021 data yang menunjukkan prevalensi skizofrenia. Menurut NIMH (2018), lebih dari 51 juta orang di seluruh dunia menderita skizofrenia, yang merupakan 1,1% dari semua orang berusia di atas 8 tahun. Dibandingkan dengan penyakit mental lainnya, penderita skizofrenia memiliki risiko lebih tinggi untuk melakukan bunuh diri. Meskipun jumlah kasus yang terdokumentasi relatif rendah, skizofrenia adalah salah satu dari 15 penyebab utama kecacatan di seluruh dunia. Ini masih merupakan penyakit

mental yang serius yang dapat mengganggu prestasi akademik dan pekerjaan di seluruh dunia (Silviyana, 2022).

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia mengatakan skizofrenia adalah gangguan jiwa yang tergolong serius yang ditandai dengan gangguan pikiran, perilaku, dan emosi yang menunjukkan sekumpulan gejala atau perubahan perilaku yang signifikan. Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2019), skizofrenia dapat menyebabkan kesulitan dan kesulitan dalam melakukan tugas masyarakat. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes, 2019) melaporkan bahwa ada 1.000 orang yang menderita skizofrenia. Data dasar Survei Kesehatan (Riskesdas, 2013) menunjukkan bahwa prevalensi skizofrenia di Indonesia adalah 0,3–1 seribu, dengan dasar informasi riset kesehatan (Riskesdas, 2018) menunjukkan bahwa 1,7 orang per 1000 orang menderita skizofrenia. Hasil Riskesdas 2013 dan 2018 menunjukkan bahwa prevalensi skizofrenia di Indonesia meningkat. Angka kekambuhan di Indonesia juga belum diketahui secara pasti. Dari 2013 hingga 2018, jumlah penderita skizofrenia meningkat 31,2%. Ini menunjukkan kemungkinan kekambuhan meningkat setiap tahun. Menurut data Riskesdas 2018, ada 3.483 orang di Provinsi Bangka Belitung. Kota Pangkalpinang memiliki tingkat gangguan jiwa tertinggi (13%), diikuti oleh Kabupaten Bangka Tengah (9%) (Silviyana, 2022).

Menurut penelitian yang dilakukan pada tahun 2022 di Rumah Sakit Jiwa Dr. Soeharto Heerdjan, Dari 172 pasien baru skizofrenia yang dirawat di RSJ

Soeharto Heerdja musim 2022, penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat 1.725 pasien skizofrenia. Dari 1725 pasien, 897 (52 %) menderita skizofrenia tidak terklasifikasi. Pasien terbanyak di poliklinik darurat ini adalah 1463 pasien (84,8%), dengan 1378 pasien terasuransi BPJS (79,9%), dan pasien terbanyak di provinsi Banten adalah 699 pasien (40,5%). Mayoritas penderita skizofrenia adalah laki-laki, sebanyak 1.160 (67,2%). 1598 penderita, yang terdiri dari 18 hingga 60 tahun, adalah kelompok umur yang paling rentan, dengan 1.116 (64,7%) dari mereka yang belum menikah. Ilmuwan tersebut menyarankan agar rumah sakit jiwa segera dibangun di setiap provinsi agar pasien tidak perlu pergi jauh untuk mendapatkan perawatan. Jika rekam medis pekerjaan pasien lebih lengkap, pemeriksaan lebih lanjut akan lebih mudah (Putri & Evi, 2023).

Berdasarkan data yang di peroleh penulis di ruangan merak Rumah Sakit Jiwa Soeharto Heerdjan pada bulan mei 2024. Skizofrenia merupakan diagnosa paling tinggi di Rumah Sakit Jiwa Dr. Soeharto Heerdjan. Terdapat 77 pasien di ruang merak dan yang paling tinggi diagnosa di ruangan merak adalah skizofrenia dengan persentase 100%. Dengan diagnosa utama halusinasi mencapai 100%.

Salah satu diagnosa keperawatan skizofrenia adalah halusinasi. Menurut Susilawati dan Fredrika (2019), halusinasi adalah proses persepsi terakhir. Proses ini dimulai dengan panca indra menerima rangsangan, mendapat perhatian, dan kemudian masuk ke otak, di mana persepsi terjadi.

Halusinasi terjadi ketika satu pancaindra melihat sesuatu tanpa rangsangan luar. Salah satu gejala gangguan jiwa adalah halusinasi, di mana pasien dapat mengalami perubahan gangguan sensori persepsi atau merasakan sensasi palsu seperti suara, penglihatan, pengecap, perabaan, dan penciuman. Pasien mungkin menganggap stimulus yang tidak ada (Emulyani & Herlambang, 2020).

Halusinasi adalah gejala yang harus ditangani segera. Jika tidak ditangani dengan segera, gejala tersebut dapat menyebabkan komplikasi yang merugikan pasien, orang lain, dan orang sekitar. Keluhan pasien seperti sering mendengar suara bisikan, tertawa sendiri, berbicara ngelantur, dan lebih suka menyendiri adalah beberapa contoh dampak halusinasi pada mereka. Untuk mengatasi halusinasi secara cepat dan tepat, perawat harus dapat memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan standar keperawatan seperti strategi pelaksanaan (sp) pada pasien yang mengalami halusinasi. Strategi pelaksanaan (sp) termasuk menghardik, mengonsumsi obat, berbicara, dan melakukan aktivitas yang direncanakan (Nashirah et al., 2022).

Sebuah penelitian yang dilakukan oleh Utami & Rahayu (2019) menemukan bahwa sebagian besar pasien yang dapat mengendalikan halusinasinya masuk dalam kategori "cukup", dengan 27 responden, atau 60% dari penelitian, yang menunjukkan bahwa banyak pasien yang dapat mengendalikan halusinasinya, yang berarti bahwa sebagian kecemasan mereka dapat dikendalikan sebagai dorongan untuk melakukan sesuatu.

Dalam situasi seperti ini, keluarga sangat diperlukan untuk memastikan bahwa pasien tidak dibiarkan sendirian; sendirian dapat menyebabkan kembalinya halusinasi pasien (Rahayu & Utami, 2019).

Faktor eksternal dan internal dapat menyebabkan halusinasi pada pasien. Waktu pengobatan adalah salah satu faktor eksternal. Namun, bahkan setelah pengobatan jangka panjang, banyak pasien yang tidak dapat mengendalikan halusinasinya. Interaksi yang tidak harmonis terjadi jika pasien dibiarkan sendiri karena halusinasi. menurunnya kemampuan untuk menangani stres dan kecemasan, serta menurunnya kualitas penilaian kondisi lingkungan. Akibatnya, klien kehilangan kendali atas hidupnya selama masa halusinasi. Teori ini didukung oleh fakta bahwa pasien memiliki kemampuan untuk berhalusinasi, yang dapat dipengaruhi oleh sejumlah faktor, seperti motivasi atau keinginan individu pasien untuk sembuh dari penyakitnya, dukungan keluarga, lingkungan sekitar pasien, dan terapi yang diberikan oleh profesional kesehatan. Dalam penelitian faktor, sikap klien terhadap halusinasi adalah salah satu faktor yang mempengaruhi kemampuan klien untuk mengendalikan halusinasi. Kejujuran dalam menyampaikan informasi tentang karakter pelanggan. pengalaman dan kemampuan untuk ingat (Rahayu & Utami, 2019).

Peran perawat dalam melakukan tugas promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif dengan klien mereka. Promotif menjelaskan gangguan jiwa, gangguan persepsi sensorik: halusinasi kepada masyarakat umum, mulai dari pengertian, penyebab, tanda, dan gejala hingga komplikasi yang timbul jika

tidak ditangani segera. Pencegahan menjelaskan cara mencegah pasien dengan gangguan kesehatan jiwa, khususnya pasien dengan gangguan persepsi sensorik, seperti halusinasi pendengaran. Ini juga mencakup bagaimana perawat membantu pasien mendapatkan perawatan medis, seperti halusinasi pendengaran secara mandiri, dan bagaimana mereka bekerja sama dengan dokter untuk memberikan obat mereka, seperti halusinasi pendengaran di rumah (Agustina, 2018).

Berdasarkan informasi di atas, sudah jelas bahwa tingkat keperawatan halusinasi di Indonesia sangat tinggi. Selain itu, dampak yang signifikan akan terjadi jika masalah ini tidak segera ditangani. Oleh karena itu, penulis tertarik dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Tn. P dengan Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi pendengaran dan penglihatan Di Ruang Merak Rumah Sakit Jiwa Dr. Soeharto Heerdjan Grogol".

B. Tujuan

Tujuan penulisan karya tulis ilmiah dengan judul "Asuhan Keperawatan Jiwa pada Tn. P dengan halusinasi pendengaran dan penglihatan" adalah:

1. Tujuan Umum

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

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu melakukan pengkajian terhadap pasien gangguan persepsi sensorik halusinasi
- b. Mampu menentukan masalah keperawatan pada pasien gangguan persepsi sensorik : Halusinasi
- c. Mampu merencanakan asuhan keperawatan pada pasien gangguan persepsi sensorik : Halusinasi
- d. Mampu melakukan asuhan keperawatan pada pasien gangguan persepsi sensorik : Halusinasi
- e. Mampu mengevaluasi pasien dengan gangguan persepsi sensorik :
- f. Halusinasi
- g. Mampu mengidentifikasi kesenjangan yang ada antara teori dan praktik
- h. Mampu mengidentifikasi faktor pendukung dan penghambat serta mencari alternatif pemecahan masalah dengan memberikan asuhan keperawatan pada pasien halusinasi
- i. Mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien berhalusinasi

C. Ruang Lingkup

Penulisan laporan akhir ini merupakan pembahasan mengenai kesenjangan yang terdapat antara teori dengan kasus hasil asuhan keperawatan

yang diberikan pada Tn.P dengan halusinasi pendengaran dan penglihatan di Rumah Sakit Jiwa Soeharto Heerdjan pada tanggal 21 sampai 24 Mei 2024.

D. METODE PENULISAN

Karya ilmiah ini disusun dengan metode deskriptif, yaitu pendekatan penelitian yang melibatkan pengumpulan dan analisis data untuk menghasilkan kesimpulan yang selanjutnya akan disajikan dalam bentuk narasi dengan pemecahan masalah yang relevan dengan masalah yang dibahas. Dalam proses penulisan, metode pengumpulan data yang digunakan penulis adalah wawancara dan interaksi langsung dengan pasien, perawat, dokter, dan anggota staf kesehatan lainnya yang mengalami masalah halusinasi. Penulisan data menggunakan metode observasi partisipasi aktif, di mana penulis melihat dan berpartisipasi dalam tindakan pelayanan kesehatan pada pasien dengan halusinasi. Mereka juga menggunakan studi dokumentasi, di mana mereka mengumpulkan data dengan mempelajari catatan rekaman medis dan hasil pemeriksaan sebelumnya. Penulis juga menggunakan studi literatur, di mana mereka mengumpulkan beberapa tulisan dan gagasan dari buku-buku yang mereka baca.

E. Sistematika Penulisan

Karya ilmiah ini ditulis secara sistematis. BAB 1 (pertama) menampilkan latar belakang masalah, tujuan, ruang lingkup, metode penulisan, dan sistematika penulisan. BAB II (kedua) membahas pengertian halusinasi, diagnosa, jenis, fase, komplikasi, penatalaksanaan medis, rentang respons, dan konsep asuhan

keperawatan. BAB III (ketiga) membahas kasus Tn. A dengan halusinasi, yang terdiri dari pengkajian, analisis data, rencana keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan menurut teori. BAB V penutup berisi kesimpulan dan rekomendasi.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Pengertian

Halusinasi terjadi ketika satu panca indra melihat sesuatu tanpa rangsangan luar. Salah satu gejala gangguan jiwa adalah halusinasi, di mana pasien dapat mengalami gangguan pada bagian sensorinya atau merasakan sensasi yang tidak nyata, seperti suara, penglihatan, pengecapan, perabaan, dan penciuman. Pasien dengan gangguan persepsi sensori ini dapat terjadinya perubahan realita. Mereka juga dapat merasakan rangsangan yang sebenarnya tidak nyata. Salah satu gangguan yang dapat membuat pasien tidak dapat menjalankan aktivitas sehari-hari adalah halusinasi (Emulyani & Herlambang, 2020).

B. Psikodinamika

Menurut Aldam & Wardani, (2019), halusinasi ada dua penyebabnya, yaitu faktor predisposisi dan presipitasi.

1. Faktor Predisposisi: Tiga faktor termasuk faktor biologis yang mengatur perkembangan saraf yang tidak normal; faktor psikologis, seperti pola asuh orang tua, keadaan keluarga, dan lingkungan; dan faktor sosial budaya, seperti keadaan ekonomi, konflik sosial, dan kehidupan yang terisolasi dan tekanan.
2. Faktor Presipitasi: Faktor biologis mengatur komunikasi dan reaksi otak. Pasien yang berhenti mengonsumsi obat mungkin mengalami halusinasi kembali; elemen lingkungan di mana tingkat stresor

3. melebihi batas toleransi seseorang; dan perilaku yang dapat diatasi menentukan apakah seseorang mentoleransi stres.

C. Tanda dan gejala

Muthmainnah, dkk (2023) mendefinisikan bahwa hasil observasi yang bisa dinilai dari apa yang di ungkapkan oleeeh pasien. Berikut ini tanda dan gejala yang sesuai pada pasien dengan halusinasi:

1. Data subjektif merupakan data yang dikumpulkan dari klien / keluarga klien yang mengalami gangguan sensori halusinasi. Misalnya, pasien dapat melihat bayangan, sinar, bentuk geometris, kartun, hantu, atau monster, dan kadang-kadang mencium bau busuk atau wangi seperti darah, urine, dan feses. Anda juga dapat mendengar suara-suara atau kegaduhan serta suara yang mengajak berbicara atau menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya.
2. Data objektif merupakan Data yang dikumpulkan langsung dari pasien disebut data objektif. Klien yang mengalami gangguan sensori persepsi halusinasi dapat menunjukkan bahwa mereka berbicara atau tertawa sendiri, senyum sendiri, menarik diri dari orang lain, berusaha menghindari dari orang lain, marah-marah tanpa alasan, mengarahkan telinga ke arah tertentu, menutup telinga, atau menunjuk-nunjuk ke arah tertentu, atau ketakutan terhadap sesuatu yang tidak jelas.

D. Rentang Respon Halusinasi



<ol style="list-style-type: none"> 1. Persepsi akurat 2. Emosi konsisten 3. Perilaku sesuai 4. Hubungan sosial biasa 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ilusi 2. Reaksi emosional berlebihan kurang 3. Perilaku yang tidak menarik diri 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Waham 2. Halusinasi Kesulitan untuk memeroses emosi 3. Ketdakteraturan isolasi sosial
--	--	--

Tabel rentang respon
Sumber (Slametiningsih et al., 2019)

Dari bagian diatas rentang respon neurobiologis bahwa respon adaptif sampai maladaptive menurut Slametiningsih et al., (2019) yaitu :

Respon Adaptif

Ada beberapa respons adaptif, seperti klien mempunyai pikiran logis, yang merupakan pendapat atau pertimbangan yang dapat diterima akal, persepsi akurat, yang merupakan pandangan yang cermat dari seseorang tentang suatu peristiwa, emosi yang sesuai dengan perasaan jiwa yang berkaitan dengan peristiwa sebelumnya, dan perilaku yang dapat sesuai dengan aktivitas atau hal-hal yang terkait dengan individu tersebut.

Respon Transisi

Beberapa respon transisi adalah sebagai berikut: pikiran yang kadang menyimpang, seperti kegagalan untuk mengambil kesimpulan; ilusi, yaitu persepsi atau reaksi yang salah terhadap stimulus sensori; reaksi emosi yang berlebihan atau berkurang adalah emosi yang diekspresikan dengan

sikap yang tidak sesuai; perilaku aneh atau tak lazim adalah perilaku aneh yang tidak enak dipandang; membingungkan; kesulitan mengolah dan mengenal orang lain; dan menarik diri adalah reaksi emosi yang berlebihan atau berkurang.

Respon Maladaptive

Beberapa respons maladaptive adalah sebagai berikut: gangguan pikiran atau waham yang merupakan suatu keyakinan yang salah yang dan dipertahankan walau tidak diyakini oleh semua orang dan bertentangan dengan realita sosial; halusinasi merupakan gangguan persepsi yang salah terhadap rangsang; ketidakmampuan untuk mengontrol emosi dan penurunan kemampuan untuk mengalami kebahagiaan, dan kedekatan; dan ketidakteraturan sikap atau ketidakselarasan antara sikap dan gerakan.

E. Tahapan Halusinasi

Halusinasi terbagi atas beberapa fase menurut Utami, (2020) yaitu:

1. Fase pertama /sleep disorder

Pada tahap ini, klien mengalami banyak masalah dan ingin menghindari lingkungan. Dia juga takut diketahui orang lain bahwa dia memiliki banyak masalah. Masalah menjadi lebih sulit karena banyak faktor stres yang meningkat. Beberapa contohnya adalah kekasih hamil, keterlibatan narkoba, diselingkuhi oleh kekasih, masalah di rumah, putus sekolah, dan sebagainya. Sementara kurangnya dukungan sistem dan kurangnya persepsi masalah, masalah

semakin menekan. Sulit tidur membuatnya terbiasa menghayal. Lamunan awal tersebut dianggap oleh klien sebagai pemecah masalah.

2. Fase Kedua / Comforting

Emosi klien yang berlanjut, seperti cemas, kesepian, perasaan berdosa, dan ketakutan, dan mencoba memusatkan pemikiran pada timbulnya kecemasan. Dia percaya bahwa jika dia mengontrol kecemasannya, dia akan merasa nyaman dengan halusinasinya.

3. Fase Ketiga / Condemning

Pengalaman sensori klien menjadi lebih sering dan mengalami bias. Klien mulai merasa tidak mampu lagi mengendalikannya dan mulai berusaha menjaga jarak antara dirinya dan objek yang dia persepsikan. Dengan waktu yang lama, klien mulai menarik diri dari orang lain.

4. Fase Keempat / Kontrolling Severe Level of Anxiety

Klien akan merasa kesepian saat halusinasinya berakhir setelah mencoba menahan suara atau sensasi abnormal. Di sinilah fase gangguan psikotik dimulai.

5. Fase ke lima / Conquering Panic Level of Anxiety

Proses sensorinya terganggu. Klien mulai merasa terancam oleh suara-suara, terutama jika mereka tidak dapat mengikuti perintah atau ancaman yang ia dengar dari halusinasinya. Jika klien tidak menerima komunikasi terapeutik, halusinasi dapat berlangsung selama setidaknya empat jam atau sepanjang hari. Gangguan psikotik berat terjadi

F. Jenis-jenis Halusinasi

Pardede & Laia (2020) menyebutkan beberapa jenis halusinasi, termasuk halusinasi pendengaran (auditory), mendengar suara yang berbicara, mengejek, menertawakan, mengancam, dan meminta sesuatu untuk dilakukan, terkadang yang berbahaya. Mengarahkan telinga ke sumber suara, berbicara atau tertawa sendiri, marah tanpa alasan, menutup telinga, bergumam, dan menggerakkan tangan adalah beberapa perilaku yang terjadi. Halusinasi visual adalah stimulus penglihatan yang biasanya menyenangkan atau menakutkan dalam bentuk pencaran cahaya, gambar, orang, atau panorama yang luas dan kompleks. Tatapan mata pada tempat tertentu, menunjuk ke arah tertentu, dan ketakutan terhadap objek yang dilihat adalah perilaku yang muncul.

Halusinasi penciuman, juga dikenal sebagai olfaktori, memiliki bau busuk, amis, dan menjijikan seperti darah, urine, atau feses; kadang-kadang, mereka juga menghirup bau harum seperti parfum. Ekspresi wajah seperti mencium, mengarahkan hidung pada area tertentu, dan menutup hidung, dan halusinasi pengecapan (gustatory) adalah perasaan mengecap sesuatu yang busuk, amis, dan menjijikan, seperti rasa darah, urine, atau feses. Mengecap mulut, seperti gerakan mengunyah, meludah, dan muntah, adalah gejala yang muncul. Halusinasi perabaan (taktil) adalah sensasi sakit atau tidak enak tanpa stimulus yang terlihat, seperti merasakan sensasi listrik dari tanah, benda mati atau orang lain, atau merasakan ada yang meraba-raba tubuh Anda seperti tangan, binatang

kecil, atau mahluk halus. Menggosok, menggaruk-garuk, atau meraba-raba permukaan kulit adalah reaksi yang dapat diamati yang menunjukkan gerakan tubuh seperti merasa tersentuh.

G. Penatalaksanaan Halusinasi

Penatalaksanaan klien skizofrenia dengan halusinasi dapat diberikan pemberian obat-obatan dan tindakan (Stuart dan Laraia, 2005 dalam Muhith 2015) yaitu:

a. Psikofarmakologis

Anti psikosis adalah obat umum untuk halusinasi pendengaran. Fenotiazin Asetofenazin (Tindal), Mesoridazin (Serentil), Flufenazin (Prolixine, Permitil), Trifluopromazin (Vesprin) 60-120 mg, Tioksanten Klorprotiksen (Taractan), Tiotiksen (Navane) 750-600 mg, Butirofenon Haloperidol 1-100 mg, Dibenzodiazepin Klozapin (Clorazil) 300-900 mg, Dibenzodiazepin Loksapin (Loxitane) 20-150 mg, dan Dihidroindolon Molindone (Moban) 15–225 mg.

b. Terapi Kejang Listrik/Electro Compulsive Therapy (ECT)

c. Terapi Aktivitas Kelompok (TAK)

Selain penatalaksanaan yang dijelaskan di atas, ada terapi yang diberikan kepada seseorang yang mengalami skizofrenia, seperti presikoedukasi, psikofarmaka, psikososial, psikoterapi, dan psikoreligius. Akibatnya, ketika seseorang di dalam keluarga mengalami skizofrenia, dampak negatifnya akan mengenai semua anggota keluarga, sehingga keluarga harus mampu berkomitmen untuk melindungi satu sama lain. Sejalan dengan teori Alfianto (2022) yang menyatakan bahwa asuhan

keperawatan jiwa akan berpusat pada terapi, termasuk terapi modalitas sebagai terapi utama. Terapi modalitas, yang merupakan terapi nonfarmakologis, bertujuan untuk mengubah perilaku Klien dari perilaku yang tidak adaptif menjadi perilaku yang adaptif. Selain itu, terapi modalitas bertujuan untuk meningkatkan dan mempertahankan sikap Klien dengan harapan mereka dapat terus berkarya dan membangun hubungan dengan sistem pendukung lainnya, seperti keluarga dan teman. Terapi individu, terapi lingkungan, terapi biologis, terapi kognitif, terapi keluarga, terapi rekreasi, terapi berkebun, terapi bermain, terapi perilaku, dan terapi aktifitas adalah beberapa jenis terapi modalitas.

d. kelompok.

H. Konsep Dasar Proses Keperawatan Halusinasi

1. Pengkajian

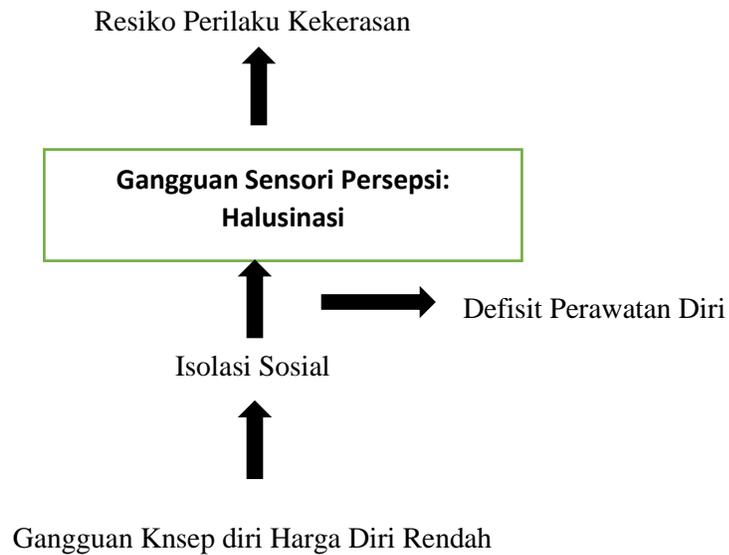
Pengkajian merupakan kumpulan sistematis informasi objektif dan subyektif digunakan untuk membuat keputusan keperawatan untuk individu, keluarga, dan komunitas (Damaiyanti & Iskandar, 2014). Pada tahap ini, beberapa hal yang perlu diperiksa dengan baik pada pasien dengan halusinasi termasuk harga diri, penolakan diri terhadap lingkungan atau kelompok sosialnya, kurangnya penghargaan atau upaya yang diberikan, perlindungan yang berlebihan, otoritas, dan pola asuh yang tidak konsisten. persaingan antara saudara, sering

melakukan kesalahan, dan tidak memenuhi standar sendiri, Ideal diri termasuk cita-cita yang terlalu tinggi, harapan yang tidak realistis, dan cita-cita yang sama atau tidak jelas.

Peran termasuk tuntutan peran pekerjaan, stereotip peran gender, dan ekspektasi peran budaya. Ketidakpercayaan terhadap orang tua, tekanan dari teman sebaya, dan perubahan struktur sosial adalah bagian dari identitas diri. Data yang harus dipelajari tentang pasien dengan gangguan persepsi sensori halusinasi terdiri dari data objektif, seperti bahwa pasien tampak bicara sendiri dan tertawa sendiri, marah tanpa alasan, mengarahkan telinga ke arah tertentu, dan menutup telinga. Selain itu, data subjektif, seperti bahwa pasien mengatakan mereka mendengar suara atau kegaduhan, suara yang mengajak mereka untuk berbicara, dan suara yang menyuruh mereka untuk berbicara

2. Pohon Masalah

Menurut Keliat, BA (2006) dalam Supinganto, dkk. (2021), pohon masalah dibuat dari daftar masalah yang ditemukan selama pengkajian. Daftar masalah ini kemudian disusun secara sistematis berdasarkan urutan kejadian masing-masing masalah, sehingga menggambarkan suatu masalah pada gangguan halusinasi



Gambar 2.1 pohon masalah

Sumber: (Mundakir, 2022)

3. Diagnosa Halusinasi

Mundakir, (2022) menyebutkan ada beberapa diagnose 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 kumpulan tindakan yang bertujuan untuk mencapai tujuan dan standar hasil dalam upaya menyelesaikan dan mengatasi masalah keperawatan. Intervensi dibuat secara khusus dan efektif dan mencakup aktivitas apa yang akan dilakukan, bagaimana, seberapa sering, dan siapa yang akan melakukannya, sehingga menjadi lebih baik. Prinsip-prinsip ini harus

diterapkan agar rencana tersebut mudah digunakan oleh perawat yang melihat perencanaan keperawatan. Setiap intervensi dievaluasi setelah tindakan selesai. Evaluasi ini didasarkan pada respons pasien terhadap tindakan tersebut dan berfokus pada kriteria hasil yang telah ditetapkan (Koerniawan, Daeli, & Srimiyati, 2020).

TUK 1: Pasien dapat mempertahankan hubungan yang saling percaya dengan perawat. Kriteria Hasil: Setelah tiga pertemuan, pasien dapat menerima kehadiran perawat, dapat berinteraksi dengannya, ekspresi wajahnya bersahabat, ada kontak mata, tampak senang, dan ingin berjabat tangan. Pasien juga ingin duduk berdampingan dengan perawat, mampu menyebutkan nama, dan bersedia membahas masalah yang dihadapinya. Intervensi: bangun kepercayaan dengan pasien dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik; sapa pasien dengan ramah, baik secara lisan maupun non-verbal; perkenalkan diri dengan sopan; tanyakan nama pasien secara lengkap, jelaskan tujuan pertemuan, buat kontrak interaksi dengan jelas, jujur, dan tepat waktu, tunjukkan sikap empati dan menerima apa yang dialami pasien, ciptakan suasana tenang dan ramah, beri perhatian dan penghargaan, temani pasien meskipun mereka tidak menjawab, dengarkan dengan empati, beri kesempatan untuk berbicara dan jangan terburu-buru, tunjukkan perawat memperhatikan pembicaraan pasien dan memperhatikan kebutuhan dasar pasien.

TUK 2: Pasien dapat mengidentifikasi sumber halusinasinya. Kriteria Hasil: Pasien harus dapat menceritakan minimal satu alasan mengapa

mereka mengalami halusinasi sendiri setelah tiga kali pertemuan. Intervensi: lakukan kontak mata yang sering dan singkat secara bertahap dengan pasien. Periksa tingkah laku yang terkait dengan halusinasinya dan tanyakan tentang isi halusinasi: waktu, frekuensi, isi, kondisi, dan situasi yang menyebabkan halusinasi. Tanyakan perasaan pasien sehingga mereka dapat mengidentifikasi halusinasinya. Beri dukungan positif untuk kemampuan pasien.

TUK 3—Pasien memiliki kemampuan untuk mengendalikan halusinasinya, menurut kriteria hasil: pasien dapat menghardik halusinasinya, meminum obat secara teratur, berbicara dengan orang lain, dan melakukan aktivitas yang direncanakan. Intervensi: identifikasi bersama pasien dengan cara yang mereka lakukan saat halusinasinya muncul, diskusikan dengan pasien cara yang digunakan apakah menguntungkan atau merugikan, diskusikan cara baru yaitu menghardik halusinasi, jelaskan cara menghentikan halusinasinya, dan berikan penjelasan, 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 ke tempat yang ramai dan bantu mereka berkomunikasi atau berbicara dengan orang lain saat halusinasinya muncul, menjelaskan pentingnya aktivitas teratur untuk mengatasi halusinasinya, diskusikan aktivitas yang biasa mereka lakukan, pantau aktivitas terjadwalnya.

TUK 4 Keluarga pasien membantu mengontrol halusinasi. Kriteria hasil pasien dapat mengikuti kegiatan kelompok. Intervensi: Sarankan untuk mengikuti TAK, orientasi realita, buat kontrak yang jelas dengan keluarga, diskusikan tentang pengertian, tanda dan gejala, proses terjadinya, dan cara perawatan di rumah. Beri tahu keluarga apa yang harus dilakukan saat halusinasi muncul.

TUK 5: Pasien dapat dengan tepat menggunakan obat untuk mengontrol halusinasinya.

Keluarga dapat menggunakan kriteria hasil untuk membangun kepercayaan dengan perawat; kriteria ini dapat mencakup pengertian keluarga serta tanda dan tindakan yang dapat dilakukan untuk mengalihkan halusinasi. Pasien dan keluarga mereka dapat menceritakan manfaat obat, dosis, dan efek sampingnya, dan mengapa mereka minum obat mereka secara teratur. Lanjutkan pasien berbicara dengan dokter tentang manfaat dan efek samping obat mereka adalah intervensi TUK 5. Diskusikan efek berhenti mengonsumsi obat tanpa konsultasi dan gunakan prinsip 6 untuk membantu pasien menggunakan obat mereka dengan benar.

7. Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan tindakan untuk membantu klien mengatasi halusinasinya, keperawatan harus memulai dengan membangun hubungan yang kuat dengannya. Sebelum melakukan intervensi lebih lanjut dengan klien, saling percaya sangat penting. Pertama-tama, klien harus dibantu untuk merasa aman dan nyaman saat menceritakan halusinasinya sehingga mereka dapat memberikan informasi yang relevan tentang halusinasinya. Untuk mencapai hal ini, perawat

harus memulai dengan memperkenalkan diri, menjelaskan tujuan interaksi, membuat kontrak asuhan keperawatan, dan menunjukkan sikap sabar, menerima, dan aktif mendengar. Saat klien menceritakan pengalaman lucu dan aneh, jangan menyalahkan atau tertawakan mereka. Tujuan implementasi adalah membantu klien mencapai tujuan yang telah ditetapkan, seperti meningkatkan kesehatan, mencegah penyakit, pemulihan kesehatan, dan membantu mereka kembali ke kehidupan normal. Menurut rencana atau intervensi keperawatan, perawat melakukan tindakan yang dikenal sebagai implementasi keperawatan. Standar Prosedur Operasional (SPO) atau panduan implementasi harus ada selama fase implementasi, di mana perawat membantu klien merefleksikan intervensi atau perencanaan yang telah dibuat sesuai dengan skala prioritas yang telah disepakati dengan klien. Pada tahap evaluasi, seorang perawat harus dapat membantu klien untuk menentukan tujuan selanjutnya untuk mengatasi masalah mereka (Febiola, 2020).

8. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah proses yang dilakukan untuk mengetahui apakah rencana asuhan keperawatan berfungsi dan telah mencapai tujuannya. Evaluasi juga menentukan rencana klien selanjutnya, apakah dapat dilanjutkan, apakah dapat dilanjutkan, dan apakah dapat diubah dengan rencana asuhan keperawatan lainnya. Dengan membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan, evaluasi adalah tahap yang harus dilakukan setelah tahap perencanaan. Evaluasi adalah

perbandingan sistematis dan terencana antara hasil akhir yang diamati dan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Klien dan staf kesehatan lainnya dilibatkan dalam evaluasi berkala (Purba, 2019).

BAB III

TINJAUAN KASUS

Pada BAB ini penulis menguraikan Asuhan Keperawatan pada TN. A di Ruang Merak Rumah Sakit Soeharto Heerdjan Grogol, 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. P umur 24 tahun dengan status perkawinan belum menikah, beragama Islam, dan bersuku bangsa Jawa. Peendidikan terakhir pasien yaitu Sekolah Menengah Pertama (SMP), Pasien beralamat di Jl. Semangka 3 Jatipulo, dengan diagnosa medis Skizofrenia sumber informasi yang di dapat berasal dari pasien di ruang rawat merak Rumah Sakit Soeharto Heerdjan Grogol.

2. Alasan masuk rumah sakit

Pasien masuk ke rumah sakit jiwa pada tanggal 16 Mei 2024 dibawa oleh keluarganya. Alasan pasien dibawa ke Rumah Sakit Jiwa ialah karena pasien mengamuk di rumah dan ketika bertengkar dengan orang tua nya pasien memukul dan menendang bapaknya, dan pernah membawa pisau pada saat berantem dengan temannya, pasien sering berbicara sendiri, tidak mau keluar kamar dan melempar barang disekitarnya.

3. Faktor predisposisi

Pasien pernah mengalami riwayat kejiwaan dan pernah di rawat di Rumah Sakit Jiwa Duren Sawit pada tahun 2022 namun pengobatan pasien kurang berhasil karena pasien putus obat dan pasien kambuh kembali. Pasien pernah di bully di bilang tidak berguna oleh temannya pada saat masih SMP. Pasien juga pernah menjadi pelaku kekerasan pada tahun 2021

terhadap selingkuhan pacarnya dengan membawa pisau dan menusuk selingkuhan dari pacanya, dan pasien juga pernah menonjok dan menendang bapaknya ketika berantem dengan bapaknya di rumah. Pasien bekerja menjadi kenek panggilan, pasien bekerja hanya ketika mendapatkan panggilan kerja menjadi kenek, dan saat ini pasien tidak bekerja selama 3 bulan.

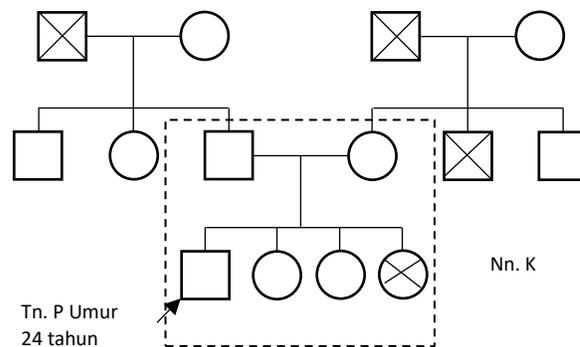
4. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik meliputi pemeriksaan tanda-tanda vital, yaitu: tekanan darah pasien 125/80 mmHg, Nadi pasien 85x/menit, Suhu 36,2 C, Pernapasan 21x/ menit, dengan tinggi bada 169cm dan berat badan 55 kg, pasien mengatakan tidak memiliki keluhan fisik lain.

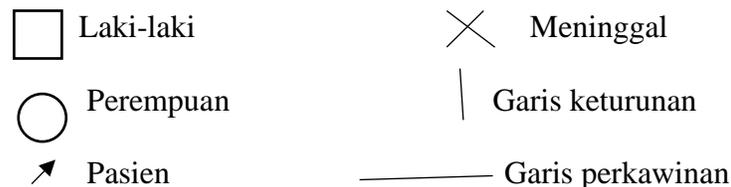
Masalah keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

5. Psikososial:

a. Genogram:



Gambar 3.1
Genogram keluarga Tn. A



Penjelasan:

Pasien anak pertama dari empat bersaudara. Pasien tinggal bersama ibu, bapak, dan ketiga adik perempuannya. Orang terdekat pasien adalah orang tuanya. Pengambilan keputusan dirumah ialah kedua orang tua pasien. Pola komunikasi pasien 2 arah. Terkadang pasien memiliki konflik dengan bapanya karena pasien tidak bekerja dan sering dirumah.

Masalah keperawatan: Harga diri rendah dan resiko perilaku kekerasan

b. Konsep diri

Pada gambaran diri pasien mengatakan puas dan bersyukur memiliki tubuh yang seperti ini yang sehat. Didalam identitas diri pasien dapat menyebutkan nama lengkapnya, umur serta menerima dirinya sebagai seorang lelaki. Pasien mengatakan perannya sebagai anak, dan abang yang harus menjadi contoh untuk ketiga adik perempuannya. Pasien mengatakan ingin mempunyai pekerjaan tetap dan tetapi pekerjaan saat ini susah untuk dicari karena pendidikan pasien hanya sampai SMP. Pada harga diri, Pasien mengatakan merasa sedih dan putus asa ketika melihat dirinya yang dulu.

Masalah keperawatan: Harga diri rendah kronik

c. Hubungan sosial

Orang yang berarti dalam hidup pasien dan dapat dijadikan tempat mengadu adalah kedua orang tua pasien. Pasien mengatakan jarang mengikuti kegiatan masyarakat. Hambatan yang dimiliki pasien dalam berhubungan sosial yaitu pasien tidak percaya kepada orang lain, pasien juga kadang kurang percaya diri dalam bergaul dengan teman-temannya, dan pasien lebih suka menyendiri.

Masalah keperawatan: Isolasi sosial

d. Spiritual:

Pasien beragama islam dan percaya kepada Allah SWT. Kegiatan beribadah pasien yaitu mengerjakan sholat 5 waktu. Pasien

mengatakan tidak ada obat yang bertentangan dengan keyakinan yang dianut pasien

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. Pasien mampu melakukan kebersihan diri secara mandiri

Masalah keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

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

Masalah keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

- c. Aktifitas Motorik: Pasien tampak lesu pada saat melakukan aktivitas seperti TAK,dan senam dan tampak menghindari teman-temannya
Masalah keperawatan: Isolasi sosial

- d. Alam Perasaan: Pasien mengatakan takut dan khawatir tidak bisa mengontrol amarahnya ketika ada suara suara yang menyuruhnya melakukan hal-hal yang tidak ingin dilakukan.

Masalah keperawatan: Halusinasi pendengaran dan Harga diri rendah kronik

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

Masalah keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

- f. Interaksi selama wawancara: Selama dilakukan pengkajian pasien cukup kooperatif, ketika ditanya pasien menjawab dengan sesuai dan benar. Pasien tampak lesu saat diwawancarain

Masalah keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

- g. Persepsi: Pasien mengatakan sering mendengar suara yang menyuruhnya untuk memukul, menendang, dan pasien mengatakan melihat dan mendengar suara cewe yang sedang nangis
Masalah keperawatan: Halusinasi penglihatan dan pendengaran
- h. Proses pikir: Pasien berbicara lancar, dan tidak ada pengulangan
Masalah keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan
- i. Isi pikir: Pasien tidak memiliki gangguan pada isi pikir
Masalah keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan
- j. Tingkat kesadaran: Tingkat kesadaran pasien compos mentis, tidak mengalami disorientasi waktu, tempat dan orang lain
Masalah keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan
- k. Memori:
Gangguan daya ingat jangka panjang: Pasien dapat menceritakan kejadian yang tidak menyenangkan yaitu pernah dijelekin tidak berguna oleh teman SMP nya. Gangguan daya ingat jangka pendek: Pasien dapat mengingat nama orang terdekat dengan pasien misalnya nama perawat dan teman yang ada di Rmah Sakit Jiwa Soeharto Heerdjan, Pasien dapat menyebutkan kegiatan yang 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 saat dilakukan pengkajian seperti menghitung dari 1-20 dan melakukan hitungan mundur dari 20-1. Namun konsentrasi pasien kurang karena halusinasi yang dialami.
Masalah keperawatan: Gangguan persepsi sensori: Halusinasi pendengaran
- m. Kemampuan penilaian: Pada saat diberikan pertanyaan sederhana seperti apa yang dilakukan sesudah makan pagi pasien dapat mengambil keputusan

Masalah keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

- n. Daya ttitik: 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 dapat 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 oleh perawat, 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 dirinya menghadapi suatu masalah ia lebih memilih koping maladaptif yaitu dengan cara menghindar, merokok, dan tidur. Pasien mengatakan tidak suka berbagi masalah pada orang lain.

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

Pengetahuan kurang tentang Pasien mengatakan bahwa dirinya berada di Rumah Sakit Jiwa Soeharto Heerdjan Grogol 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

10. Aspek medik

Diagnosa medik pasien adalah Skizofrenia paranoid. Terapi medik yang diterima oleh pasien yaitu; Lorazepam 0,5 mg / 24 jam per oral, Trifluoperazin 5mg / 12 jam per oral, Trihexylphenidil 2mg / 12 jam per oral dan, Risperidon 2mg / 12 jam per oral.

11. Analisa Data

Tangga/ Jam	Data Fokus	Masalah keperawatan
<p>20 Mei 2022</p> <p>10.00 WIB</p>	<p>Data Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan mendengar suara suara yang menyuruhnya menonjok, memukul, dan menendang orang lain. 2. Pasien mengatakan melihat dan mendengar perempuan yang sedang menangis. 3. Pasien mengatakan suara-suara itu timbul pada saat pasien sedang sendirian. Pasien mengatakan suara timbul tidak tentu kadang malam dan kadang siang hari. 4. Pasien mengatakan jika pasien halusinasi dia sering teriak-teriak 	<p>Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi penglihatan dan pendengaran</p>

	<p>dan marah-maraha kepada orang tuanya.</p> <p>Data Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien suka menyendiri, 2. Pasien terlihat berbicara sendiri. 3. Pasien kurang berkonsentrasi pada saat diwawancara dan tampak lesu 	
<p>20 Mei 2024 10.00 WIB</p>	<p>Data subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan sering menyendiri dikamar 2. Pasien mengatakan jarang mengikuti kegiatan masyarakat 3. Pasien mengatakan kadang kurang percaya diri dalam bergaul dengan temannya, dan lebih suka sendiri karena lebih tenang 	<p>Isolasi sosial</p>

	<p>Data Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ps tampak lesu pada saat melakukan aktivitas bersama temannya seperti senam dan Tak bersama temannya 2. Pasien kadang menolak diri saat berinteraksi dengan orang lain 3. Pandangan mata pasien tampak kosong dan kadang tampak tampak melotot ketika sedang menceritakan kejadian pada saat dia bertengkar dengan selingkuhan pacarnya. 4. Nada bicara pasien pelan, tetapi tampak meninggi ketika sedang membicarakan 	
--	---	--

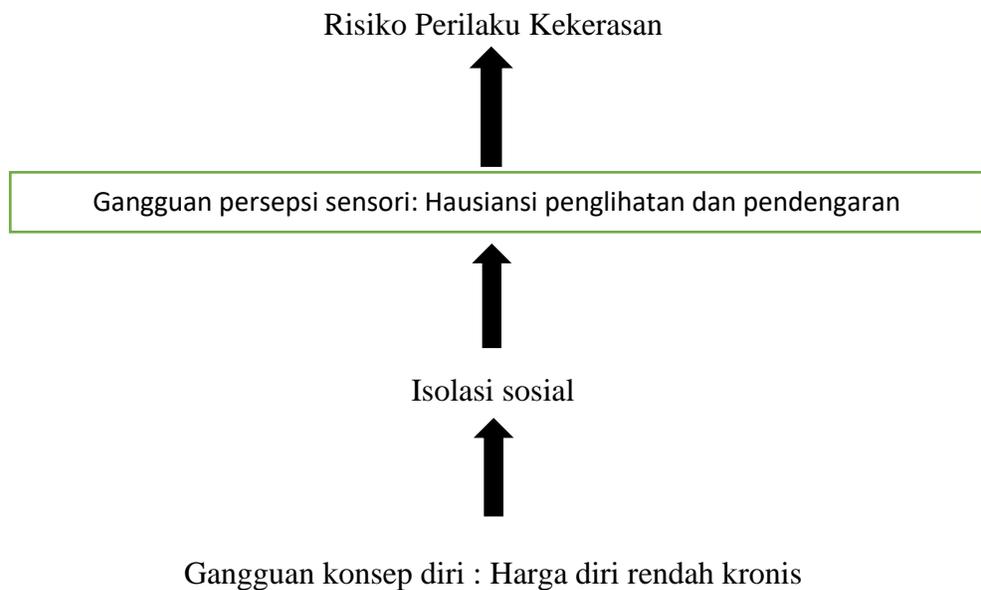
	kejadian pada saat bertengkar dengan selingkuhan pacarnya.	
20 Mei 2024 10.00 WIB	<p>Data Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ps mengatakan pernah berantem dengan selingkuhan pacarnya dan membawa pisau 2. Ps mengatakan pernah menonjok bapanya pada saat berantem dengan bapanya 3. Ps mengatakan sering mendengar suara yang menyuruhnya untuk memukul, menendang dan menonjok pada saat berantem <p>Data Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pandangan mata pasien melotot ketika sedang menceritakan 	Resiko perilaku kekerasan

	<p>kejadian pada saat dia bertengkar dengan selingkuhan pacarnya</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Pasien tampak mengepalkan tangannya 3. Nada bicara pasien meninggi ketika sedang membicarakannya. 	
<p>20 Mei 2024 10.00 WIB</p>	<p>Data Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ps mengatakan sedih dan putus asa dan merasa dirinya tidak berguna karena tidak kerja 2. Ps mengatakan tidak mempunyai keahlian lagi selain menjadi kenek 3. Pasien pernah dijelekin tidak berguna oleh temannya <p>Data Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak lesu dan tidak mau berinteraksi dengan 	<p>Harga diri rendah kronis</p>

	<p>orang lain</p> <p>2. Pasien tampak tidak bersemangat ketika menceritakannya</p> <p>3. Kontak mata pasien tampak kurang</p>	
--	---	--

Tabel 3.1 Analisa data

12. Pohon Masalah



Gambar 3.1 Pohon Masalah

Sumber: Pasien (Tn.P)

B. Diagnosa Keperawatan

1. Gangguan persepsi sensori: Halusinasi penglihatan dan pendengaran
2. Risiko perilaku kekerasan
3. Isolasi sosial

4. Harga diri rendah kronik

C. Perencanaan, Pelaksanaan dan Evaluasi Keperawatan

Tanggal 21 Mei 2024

1. Diagnosa Keperawatan : Resiko perilaku kekerasan

Pelaksanaan Sp1: Dilakukan pada tanggal 21 Mei 2024

Data Subjektif : Ps mengatakan pernah berantem dengan selingkuhan pacarnya dan membawa pisau, ps mengatakan pernah menonjok bapanya pada saat berantem dengan bapanya, ps mengatakan sering mendengar suara yang menyuruhnya untuk memukul, menendang dan menonjok pada saat berantem

Data Objektif: Pandangan mata pasien melotot ketika sedang menceritakan kejadian pada saat dia berantem dengan selingkuhan pacarnya, pasien tampak mengepalkan tangannya

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 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: Mengevaluasi perilaku kekerasan, mempertahankan rasa percaya pasien dengan ucapkan salam dan berikan motivasi, melakukan assesment ulang resiko perilaku kekerasan, membuat 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 patuh minum obat, lanjutkan SP 3 meminta dan menolak dengan baik dan benar.

Evaluasi

Data Subjektif: Pasien mengatakan senang dapat berbicara dengan perawat dan berdiskusi tentang cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan meminum obat, pasien mengatakan hanya bisa menghafal beberapa obat saja karna terlalu banyak, pasien mengatakan akan meminum obat dengan teratur.

Data Objektif: Pasien mampu melakukan yang di ajarkan oleh perawat yaitu mengontrol perilaku kekerasan dengan cara meminum obat, pasien dapat menyebutkan 2 obat beserta kegunaannya dan kerugian apabila tidak minum obat, pasien tidak dapat menyebutkan semua obat dan fungsinya yang hanya ia tau hanya 2 saja.

Assesment: Risiko 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.

2. Diagnosa keperawatan : Gangguan persepsi sensori : Halusinasi penglihatan dan pendengaran.

Pelaksanaan SP 1 : Dilakukan pada tanggal 21 Mei 2024

Data Subjektif : Pasien mengatakan masih mendengar suara-suara yang menyuruhnya untuk melakukan hal yang tidak baik seperti jangan mandi dan jangan sholat, mendengar suara suara yang menyuruhnya memukul, dan menendang orang lain. Pasien mengatakan suara-suara itu tibul pada

saat pasien sedang sendirian. Pasien mengatakan suara timbul tidak tentu kadang malam dan kadang siang hari.

Data Objektif : Pasien suka menyendiri, Pasien terlihat berbicara sendiri. Pasien kurang berkonsentrasi pada saat diwawancara dan tampak lesu

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 Keperawatan: 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: Membina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik, menyapa pasien dengan ramah baik verbal maupun nonverbal, memperkenalkan nama panggilan perawat dan tujuan perawat berkenalan, menanyakan nama lengkap dan nama panggilan yang di sukai oleh pasien, mengajarkan 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, memberikan motivasi dan pujian.

Rencana tindak lanjut: Evaluasi SP 1 menghardik, evaluasi jadwal kegiatan harian pasien, Latih SP 2 pasien tentang cara patuh obat.

Evaluasi:

Data Subjektif: Pasien mengatakan tenang setelah melakukan menghardik, pasien mampu menyebutkan tujuan dari menghardik.

Data Objektif: Pasien mampu melakukan dan mengulangi yang sudah di ajarkan perawat tentang mengontrol halusinasinya dengan cara menghardik.

Assasment: Gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran masih ada

Planning: Anjurkan pasien bercakap – cakap 2x sehari di pukul 09:00 dan 16:00 WIB, anjurkan memasukkan kedalam buku harian.

3. Diagnosa Keperawatan: Isolasi Sosial

Pelaksanaan SP 1 : Dilaksanakan pada tanggal 21 Mei 2024

Data Subjektif: Pasien mengatakan sering menyendiri dikamar, pasien mengatakan jarang mengikuti kegiatan masyarakat, pasien mengatakan kadang kurang percaya diri dalam bergaul dengan temannya, dan lebih suka sendiri karena lebih tenang

Data Objektif: Ps tampak lesu pada saat melakukan aktivitas bersama temannya seperti senam dan Tak bersama temannya, pasien kadang menolak diri saat berinteraksi dengan orang lain

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.

Kriteria Hasil: Setelah dilakukan interaksi pasien menunjukkan tanda percaya dengan perawat, pasien dapat menyebutkan penyebab menarik diri, menyebutkan keuntungan berhubungan dengan orang lain misalnya banyak teman, dan bisa ngobrol dengan orang lain. Menyebutkan kerugian tidak berhubungan dengan orang lain misalnya sendiri, sepi. Pasien dapat mendemonstrasikan berkenalan dengan 1 orang.

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, mengkaji pengetahuan pasien tentang perilaku isolasi sosial dan tanda dan gejala, memberikan kesempatan pasien untuk mengungkapkan perasaannya penyebab isolasi sosial atau tidak mau bergaul, mendiskusikan dengan pasien tentang perilaku isolasi sosial, tanda gejala serta penyebab yang

muncul, kaji tentang manfaat dan keuntungan berinteraksi dengan orang lain, membuat 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 teman lainnya, pasien mengatakan terkadang tidak ingin berinteraksi dengan orang lain karna malas.

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 3x sehari siang 10:00, anjurkan pasien bersosialisasi dengan teman sekamar sesering mungkin dan anjurkan pasien untuk memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian.

4. Diagnosa: Harga Diri Rendah Kronis Pelaksanaan

SP 1 : Dilaksanakan pada tanggal 21 Mei 2024

Data Subjektif : Ps mengatakan sedih dan putus asa dan merasa dirinya tidak berguna karena tidak kerja Ps mengatakan tidak mempunyai keahlian lagi selain menjadi kenek Pasien pernah dijelekin tidak berguna oleh temannya

Data Objektif : Pasien tampak tidak mau berinteraksi dengan orang lain Pasien tampak tidak bersemangat ketika menceritakannya

Tujuan umum: Pasien dapat merasa memiliki harga diri dan tidak berfikir negative terhadap dirinya.

Tujuan Khusus: Pasien dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat, pasien dapat mengidentifikasi aspek positif dan kemampuan yang dimiliki, pasien dapat menilai kemampuan yang dimiliki untuk

dilaksanakan, pasien dapat menetapkan kegiatan dan kemampuan yang akan dilatih, pasien dapat melakukan kegiatan sesuai rencana yang di buat, pasien dapat menyusun jadwal pelaksanaan kegiatan yang akan dilakukan.

Kriteria hasil: Setelah dilakukan 2x interaksi pasien menunjukkan ekspresi wajah bersahabat, menunjukkan rasa senang, ada kontak mata, mau berjabat tangan, mau menyebutkan nama, mau menjawab salam, pasien mau duduk berdampingan dengan perawat, pasien mau mengutarakan masalah yang dihadapi, pasien dapat mengidentifikasi kemampuan positif, pasien dapat memilih kegiatan sesuai kemampuan, pasien dapat melakukan kegiatan yang dipilih, pasien dapat menilai kemampuan yang dimiliki 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 negative, 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 Melakukan kegiatan positif yang pertama.

Tindakan Keperawatan: Mengidentifikasi aspek positifnya, menilai kemampuan yang masih dapat digunakan, melakukan kegiatan sesuai dengan kemampuan yang dimiliki, mengetahui cara untuk meningkatkan rasa kepercayaan dirinya. membina hubungan saling percaya dengan ucapkan salam terapeutik, membuat kontrak melakukan kegiatan positif ke 2 kemampuan yang dimiliki pasien dan masih bisa dilakukan di RS.

Rencana Tindak Lanjut: Evaluasi SP 1 Membereskan tempat tidur, Latih SP 2 melakukan kegiatan positif yang ke 2 yang dimiliki pasien (Menggambar).

Evaluasi:

Data Subjektif: Pasien mengatakan senang saat merapikan tempat tidurnya karena tempat tidurnya menjadi rapih.

Data Objektif: 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 setiap jam 06:00 pagi dan 13:00 siang.

Tanggal 22 Mei 2024

1. Diagnosa Keperawatan : Resiko perilaku kekerasan

Pelaksanaan SP 2 Resiko Perilaku Kekerasan : Dilaksanakan pada tanggal 22 Mei 2024

Data Subjektif: Pasien mengatakan kadang masih ada suara-suara yang menyuruhnya untuk memukul orang

Data Objektif: Wajah pasien masih tampak tegang, pasien masih terlihat tidak mau diganggu terlalu lama

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 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: Mengevaluasi perilaku kekerasan, akibat, cara fisik tarik nafas dalam dan pukul bantal, mempertahankan rasa percaya dengan ucapkan salam dan berikan motivasi, assesment ulang resiko perilaku kekerasan, membuat 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 patuh minum obat, SP 3 yaitu meminta dan menolak dengan cara yang baik, latih SP 4 yaitu mengontrol emosi dengan cara spiritual.

Evaluasi

Data Subjektif: 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.

Assesment: Risiko 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.

2. Diagnosa keperawatan : Gangguan persepsi sensori : Halusinasi penglihatan dan pendengaran.

Pelaksanaan SP 2 : Dilakukan pada tanggal 22 Mei 2024.

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

Data 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 minum 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 menungkapkan perasaan terhadap halusinasinya tersebut seperti marah, takut, sedih, khawatir. Pasien mampu melakukan mengontrol halusinasi dengan cara minum obat dengan benar dan teratur.

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

Tindakan Keperawatan: Mengevaluasi halusinasi, isi, waktu, akibat halusinasi dan cara menghardik halusinasi, mempertahankan 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 SP 1 menghardik dan SP 2 Patuh obat, evaluasi jadwal kegiatan harian pasien, ajarkan SP 3 halusinasi cara mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap kepada pasien.

Evaluasi:

Subjektif: Pasien mengatakan masih ingat cara dan tujuan menghardik halusinasi. Pasien mengatakan janji akan minum obat tepat waktu.

Objektif: Pasien kooperatif dan dapat menjawab tujuan patuh obat, pasien dapat menyebutkan dampak jika tidak meminum obat, pasien dapat mengungkapkan halusinasinya.

Assesment: Gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran masih ada

Planning: Anjurkan pasien untuk melakukan cara menghardik setiap ada suara halusinasi, Anjurkan pasien memasukkan ke dalam jadwal harian.

3. Diagnosa Keperawatan: Isolasi Sosial

SP 2 : Dilaksanakan pada tanggal 22 Mei 2024

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

Data Objektif: Pasien tampak menyendiri dan melamun di pojok teras.

Tujuan Umum: Pasien dapat berinteraksi dengan orang lain.

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

Kriteria Hasil: Setelah dilakukan 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: Mengevaluasi isolasi sosial cara berkenalan atau berinteraksi dengan orang lain, menjelaskan kerugian dan keuntungan jika tidak berhubungan dengan orang lain, mengevaluasi Sp 1 cara berkenalan dengan satu orang, 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 melakukan kegiatan kelompok.

Evaluasi

Data Subjektif: Pasien mengatakan senang setelah diajak berkenalan dengan teman kamarnya dan senang dengan perawat, pasien mengatakan senang berkenalan dengan teman kamarnya Tn.N dan Tn.S

Data Objektif: Pasien merasa senang, pasien mampu berkenalan dengan menyebutkan nama, dan hoby ketika berkenalan dengan temannya, pasien mampu melakukan berkenalan dengan dua sampai tiga teman kamarnya, pasien mampu berkenalan dengan teman yang tidak sekamar.

Assesment: Isolasi sosial teratasi

Planning: Anjurkan pasien melakukan kegiatan kelompok pada jam 11:00 anjurkan pasien bersosialisasi dengan teman sekamar sesering mungkin dan anjurkan pasien untuk memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian.

4. Pelaksanaan SP 2 : Dilaksanakan pada tanggal 22 Mei 2024

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 mempunyai konsep diri yang positif

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

Kriteria hasil: Setelah dilakukan 2x interaksi pasien menunjukkan ekspresi wajah bersahabat, menunjukkan rasa senang, ada kontak mata, mau berjabat tangan, mau menyebutkan nama, mau menjawab salam, pasien mau duduk berdampingan dengan perawat, pasien mau mengutarakan masalah yang dihadapi, pasien dapat mengidentifikasi kemampuan positif, pasien dapat memilih kegiatan sesuai kemampuan, pasien dapat melakukan kegiatan yang dipilih, pasien dapat menilai kemampuan yang dimiliki untuk dilakukan

Rencana tindakan keperawatan: Evaluasi SP 1 melakukan kegiatan positif yang pertama yaitu membereskan tempat tidur, evaluasi jadwal kegiatan harian, Evaluasi SP 2 yaitu melatih aspek positif (menggambar), dan Latih SP 3 yaitu melatih aspek positif yang ke 3 yaitu mewarnai.

Tindakan Keperawatan: Mengevaluasi kegiatan yang masih bisa dilakukan, menanyakan perasaannya hari ini, mempertahankan rasa percaya pasien dengan ucapkan salam dan berikan motivasi. Melakukan ulang kegiatan positif merapihkan tempat tidur, dan menggambar, melakukan kegiatan positif ketiga yaitu mewarnai, mengevaluasi perasaan pasien setelah melakukan banyak kegiatan positif dalam 1 hari.

Rencana Tindakan Lanjut: Evaluasi SP 1 yaitu membereskan tempat tidur, Evaluasi SP 2 yaitu melatih kegiatan positif menggambar, evaluasi jadwal kegiatan harian, Evaluasi SP 3 yang dimiliki pasien untuk meningkatkan harga diri pasien, evaluasi jadwal kegiatan harian.

Evaluasi

Data subjektif: Pasien mengatakan senang dapat melakukan mewarnai yang dapat meningkatkan rasa percaya dirinya, pasien mengatakan seru.

Data objektif: Pasien tampak senang, Pasien mampu melakukan kegiatan positif yang disukai, pasien dapat mengulangi kegiatan yang dimiliki.

Assesment: Harga diri rendah kronis teratasi

Planning: Anjurkan pasien mewarnai setiap pukul 10:00, anjurkan pasien untuk terus melatih kegiatan yang masih dimilikinya.

Tanggal 23 Mei 2024

1. Diagnosa Keperawatan : Resiko perilaku kekerasan

Pelaksanaan SP 3 : Dilaksanakan pada tanggal 23 Mei 2024

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

Data Objektif: Pasien masih terlihat lesu, wajah pasien tegang

Tujuan Umum: Pasien dapat mengontrol perilaku kekerasan atau marah.

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

Kriteria Hasil: Setelah dilakukan 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 mengontrol emosi dengan beribadah.

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), melatih pasien cara meminta dan menolak dengan baik, mengevaluasi jadwal kegiatan harian, melatih pasien untuk mengontrol emosi dengan beribadah, menganjurkan pasien memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian.

Tindakan Keperawatan: Mengevaluasi perilaku kekerasan, akibat, cara fisik tarik nafas dalam dan pukul bantal. mempertahankan rasa percaya dengan ucapkan salam dan berikan motivasi, melakukan assesment ulang SP 1 relaksasi nafas dalam dan pukul bantal, SP 2

Patuh minum obat, SP 3 cara meminta dan menolak dengan baik resiko perilaku kekerasan, menjelaskan tentang mengontrol emosi dengan beribadah.

Rencana Tindak Lanjut: Evaluasi SP 1 yaitu tarik nafas dalam dan pukul bantal, SP 2 yaitu patuh minum obat, SP 3 yaitu meminta dan menolak dengan cara yang baik, dan SP 4 yaitu mengontrol emosi dengan cara spiritual, evaluasi jadwal kegiatan harian.

Evaluasi

Data Subjektif: Pasien mengatakan dirinya solat secara mandiri

Data Objektif: Pasien mampu melakukan yang sudah diajarkan perawat tentang mengontrol perilaku kekerasan dengan cara beribadah.

Assesment: Risiko perilaku kekerasan masih ada

Planning: Anjurkan pasien mengontrol emosi dengan beribadah di jam 12.00 WIB dan anjurkan untuk memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian.

2. Diagnosa keperawatan : Gangguan persepsi sensori : Halusinasi penglihatan dan pendengaran.

Pelaksanaan SP 3 : Dilakukan pada tanggal 23 Mei 2024

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 setelah minum obat, pasien mengatakan telah mengisi kegiatan jadwal kegiatan pasien.

Data Objektif: Pasien tampak lebih tenang, pasien tampak masih berbicara sendiri ketika sedang sendirian.

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: Mengevaluasi halusinasi, isi, waktu, akibat halusinasi dan cara menghardik halusinasi. mempertahankan 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 positif

Evaluasi :

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

Data Objektif: Pasien 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.

3. Diagnosa Keperawatan: Isolasi Sosial**Pelaksanaan SP 3 : Dilaksanakan pada tanggal 23 Mei 2023**

Data Subjektif: Pasien mengatakan sudah berinteraksi dengan Tn.K dan Tn.Y 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: Tanyakan nama pasien menjadi awal hubungan baik, tunjukan sikap jujur dan empati bahwa perawat dapat dipercaya, menanyakan perasaan pasien dengan penuh perhatian dan dapat meningkatkan harga diri pasien, mengevaluasi SP 1 cara berkenalan, mengevaluasi SP 2 cara berkenalan dengan dua orang atau lebih, latih SP 3 Melakukan kegiatan kelompok.

Tindakan Keperawatan: Mengevaluasi isolasi sosial cara berkenalan atau berinteraksi dengan orang lain, menyebutkan kerugian dan keuntungan jika tidak berhubungan dengan orang lain, mengevaluasi

berkenalan dengan dua atau lebih teman sekamarnya, melakukan kegiatan kelompok.

Rencana Tindak Lanjut: Evaluasi SP 1 cara berkenalan, evaluasi SP 2 cara berkenalan dengan dua orang atau lebih, evaluasi SP 3 melakukan kegiatan kelompok evaluasi jadwal harian kegiatan pasien.

Evaluasi

Data Subjektif: Pasien mengatakan senang bisa berinteraksi dengan pasien lainnya, pasien mengatakan senang bisa melakukan kegiatan mewarnai bersama- sama

Data objektif: Pasien tampak senang, pasien tampak sudah tidak menyendiri, pasien mampu melakukan dan mengulangi yang di ajarkan perawat cara berkenalan dan berinteraksi dengan orang lain, pasien dapat mengajak pasien baru untuk berkenalan.

Assesment: Isolasi sosial teratasi

Planning: Anjurkan pasien agar terus berinteraksi dengan teman, anjurkan pasien untuk memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian.

Tanggal 24 Mei 2024

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

Pelaksanaan SP 4 : Dilakukan pada tanggal 24 Mei 2024.

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

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

Tujuan Umum: Pasien mampu mengontrol halusinasinya dengan cara melakukan kegiatan positif.

Tujuan Khusus: Pasien mampu mengontrol halusinasi pendengaran yang dialami.

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 bersampingan dengan perawat, mau mengutarakan masalah yang dihadapi. Pasien dapat menyebutkan waktu munculnya halusinasi, frekuensi, isi serta kondisi yang menyebabkan halusinasi muncul, pasien mengungkapkan perasaan terhadap halusinasinya tersebut seperti marah, takut, sedih dan kesal. Pasien mampu mengontrol halusinasi dengan cara melakukan kegiatan positif.

Rencana Tindakan Keperawatan: Evaluasi tindakan SP 1 menghardik, SP 2 meminum obat dengan baik dan benar dan SP 3 Bercakap cakap.

Tindakan Keperawatan: Mengevaluasi halusinasi isi, waktu, akibat halusiansi. Mengevaluasi SP 1 menghardik halusinasi, SP 2 meminum obat dengan baik dan benar dan SP 3 bercakap – cakap, mempertahankan rasa percaya pasien dengan ucapkan salam, menanyakan kabar pasien, dan perasaan hari ini, menanyakan apakah ada keluhan dan berikan assessment ulang halusinasi kemampuan bercakap cakap, menghardik halusinasi, dan meminum obat dengan baik dan benar, mengingatkan pada pasien tentang kontrak waktu yang telah disepakati dalam topic, tempat dan waktu, menjelaskan tujuan mengontrol halusinasi dengan cara melakukan kegiatan positif, memberikan pujian realistis terhadap pasien, mengevaluasi perasaan setelah melakukan kegiatan positif (mewarnai).

Rencana tindak lanjut: Evaluasi cara menghardik, cara meminum obat yang baik dan benar, bercakap cakap, Evaluasi cara mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan positif, Evaluasi jadwal kegiatan harian.

Evaluasi:

Data Subjektif: Pasien mengatakan senang saat melakukan kegiatan mewarnai.

Data Objektif: Pasien mampu mengikuti kegiatan mewarnai

Assesment: Halusinasi masih ada

Planning: Anjurkan pasien untuk mewarnai setiap jam 09:00 pagi.

2. Diagnosa keperawatan : Resiko Perilaku Kekerasan.

Pelaksanaan SP 4 : Dilakukan pada tanggal 24 Mei 2024.

Data Subjektif : Pasien mengatakan saat pagi hari temannya iseng dengannya ngumpetin sendalnya sehingga dia merasa kesal dengan temannya dan pasien mengatakan tadi sempat adu mulut dngan temannya ttapi tidak sampai memukul

Data Objektif: Pasien terlihat kesal, pasien tampak gelisah, dan tangan pasien tampak mengepalkan tangannya

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.

Kriteria Hasil: Setelah djlakukan 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 mengontrol emosi dengan beribadah.

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

Tindakan Keperawatan: Mengevaluasi perilaku kekerasan, akibat, cara fisik tarik nafas dalam dan pukul bantal. mempertahankan rasa percaya dengan ucapkan salam dan berikan motivasi, melakukan assesment ulang SP 1 relaksasi nafas dalam dan pukul bantal , SP 2 Patuh minum obat, SP 3 cara meminta dan menolak dengan baik resiko perilaku kekerasan, menjelaskan tentang mengontrol emosi dengan beribadah.

Rencana Tindak Lanjut: Evaluasi SP 1 yaitu tarik nafas dalam dan pukul bantal, SP 2 yaitu patuh minum obat, SP 3 yaitu meminta dan menolak dengan cara yang baik, dan SP 4 yaitu mengontrol emosi dengan cara spiritual, evaluasi jadwal kegiatan harian.

Evaluasi

Data Subjektif: Pasien mengatakan dirinya solat secara mandiri

Data Objektif: Pasien mampu melakukan yang sudah diajarkan perawat tentang mengontrol perilaku kekerasan dengan cara beribadah.

Assesment: Risiko perilaku kekerasan masih ada

Planning: Anjurkan pasien mengontrol emosi dengan beribadah di jam 12.00 WIB dan anjurkan untuk memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian.

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada BAB ini, penulis akan membahas perbedaan antara tinjauan teori dan kasus, faktor pendukung dan penghambat, dan pemecahan masalah yang ditemukan pada Tn. P dengan halusinasi penglihatan dan pendengaran di runagan merak Rumah Sakit Jiwa Soeharto Heerdjan Grogol. Penulis juga akan membahas pendekatan dalam proses keperawatan melalui pengkajian, diagnosa, perencanaan, tindakan, dan evaluasi keperawatan.

A. Pengkajian Keperawatan

Proses pengkajian merupakan tahap awal dan dasar dalam proses keperawatan. Tahap ini terdiri dari pengumpulan data dan perumusan masalah pasien. Data primer diperoleh melalui observasi, wawancara langsung, dan pengkaji fisik. Data sekunder diperoleh melalui tim medis dan catatan medis. Halusinasi didefinisikan sebagai persepsi sensori dari satu objek yang tidak dipengaruhi oleh rangsangan dari luar (Emulyani & Herlambang, 2020).

Berdasarkan kasus, faktor predisposisi yang menyebabkan pasien menjadi gangguan jiwa adalah faktor psikologis (karena sering bertengkar dengan ortunya karena pasien hanya di rumah dan tidak bekerja). Faktor psikologis yang terdapat pada pasien merasa tidak berguna dikarenakan pasien tidak kunjung mendapatkan pekerjaan yang tetap dan sekarang pun pasien belum kembali mendapatkan pekerjaan. Faktor sosial dan budaya yaitu berbagai faktor sosial yang membuat seseorang merasa tersingkirkan atau

kesepeian tidak dapat diatasi sehingga terjadi gangguan seperti delusi dan halusinasi, berdasarkan data yang ditemukan penulis pada Tn.P tidak disingkirkan atau kesepeian melainkan menolak untuk berinteraksi dengan individu lain dengan alasan pasien merasa lebih senang sendiri karena lebih merasa nyaman dan kurang percaya terhadap orang lain, Tn. P juga tidak memiliki pekerjaan tetap pasien hanya bekerja sebagai kenek panggilan, dan saat ini pasien belum bekerja kembali sudah 3 bulan, dan Tn. P juga pernah bertengkar dengan selingkuhan pacarnya. Tn. P juga tidak terlalu akrab dengan dengan temannya sehingga pasien jarang keluar dan hanya menghabiskan waktunya di kamar, dan karena Tn.P di rumah terus dan tidak bekerja bapaknya marah dan mengatakan dirinya tidak berguna akhirnya pasien bertengkar dengan bapaknya hingga akhirnya menonjok dan menendang bapaknya. Faktor biologis yaitu pasien dengan gangguan orientasi realita yang berper sangat penting dalam perkembangan perilaku emosional pada pasien, yang dimana pasien pernah putus obat di tahun 2022 karen tidak adanya dukungan dari keluarga dan keluarganya pun tidak dapat menemani pasien untuk kontrol ke rumah sakit.

Faktor yang mendukung terjadinya interaksi pada saat pengkajian adalah terbinanya hubungan saling percaya antara pasien dan penulis. Penghambat yang penulis dapatkan ketika berinteraksi pasien tampak lesu saat berinteraksi, suara pasien pelan dan kadang tampak meninggi ketika pasien sedang menceritakan kejadian pada saat pasien bertengkar dengan selingkuhan pacarnya. 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 yang dimana pada teori menyebutkan pasien tampak marah-marah tanpa sebab, pasien tampak mengarahkan telinga ke arah tertentu, pasien tampak menutup telinga, sedangkan pada kasus ini Tn.P menyebutkan penyebab dari mengapa Tn. P marah yaitu pasien sering mendengar dan melihat sosok bayangan di depan rumahnya, dan Tn.P juga tidak mengarahkan telinga kearah tertentu dan tidak tampak menutup telinga.

Faktor genetik ditemukan jika pada salah satu anggota keluarganya menderita skizofrenia atau lebih tinggi tingkat persentasi pada genetiknya jika kedua orang tuanya menderita skizofrenia namun pada kasus Tn.P penulis tidak menemukan anggota keluarga pasien yang mengalami gangguan jiwa juga, namun hanya Tn.P saja yang menderita gangguan jiwa.

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.P penulis tidak menemukan adanya penurunan stabilitas keluarga pada keluarga Tn.P dan tidak ada perpisahan dengan orang terdekat dengan Tn.P.

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 adanya hubungan saling percaya antara pasien dan penulis. Sedangkan penghambat yang penulis temukan adalah ketika berinteraksi pasien tampak lesu saat berinteraksi, suara pelan dan tidak jelas, pasien mudah capek, kadang tidak bisa mengontrol

amarahnya. Solusinya adalah dengan membuat kontrak waktu yang singkat dengan pasien, membina hubungan saling percaya, memberi 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.P ia menyebutkan penyebab dari mengapa ia marah yaitu ia sering mendengar suara yang menyuruhnya untuk memukul, menonjok dan menendang. Tn.P juga tidak tampak menutup telinga pada saat mendengar suara-suara tersebut.

B. Diagnosis Keperawatan

Tahapan selanjutnya setelah data-data terkumpul dari hasil pengkajian penulis merumuskan diagnosis. 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.P 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 telah dijadwalkan.

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.P tidak pernah bertemu dengan keluarga 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. Faktor pendukung yang penulis dapatkan adalah dapat terbinanya hubungan saling percaya antara pasien dengan perawat, dan perawat ruangan. Penulis tidak menemukan faktor penghambat dalam membuat perencanaan keperawatan.

D. Implementasi Keperawatan

Setelah dilakukannya perencanaan keperawatan, penulis melakukan pelaksanaan keperawatan atau implementasi. Implementasi dilakukan selama 3x24 jam sesuai dengan waktu yang telah ditetapkan. 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 SP pertama faktor penghambat adalah pada tahap ini faktor penghambat yaitu, pasien cepat merasa bosan, pasien mengeluh ngantuk akibat obat-obatan yang dikonsumsi, maka dari itu penulis melakukan interaksi dengan pasien dengan menyediakan cemilan. 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 makanan. Pada strategi pelaksanaan kedua yaitu meminum obat dengan baik dan benar secara rutin, pada tahap ini tidak terdapat hambatan, pasien kooperatif dan mengatakan mau meminum obat secara rutin.

Pada strategi pelaksanaan ketiga melatih pasien untuk becakap-cakap dengan orang lain, pada tahap ini faktor penghambat yaitu, pasien terkadang memilih untuk sendiri karena dia lebih nyaman sendiri dan malas berkomunikasi dengan 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 positif (mewarnai) yang dimiliki pasien yang sudah dipilih dan menyusun jadwal pelaksanaan kemampuan yang telah dilatih dalam rencana harian, pada tahap ini pasien mampu melakukan aktivitas. 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

Evaluasi keperawatan adalah proses yang dilakukan untuk mengetahui apakah rencana asuhan keperawatan berfungsi dan telah mencapai tujuannya. Evaluasi juga menentukan rencana klien selanjutnya, apakah dapat dilanjutkan, apakah dapat dilanjutkan, dan apakah dapat diubah dengan rencana asuhan keperawatan lainnya. Dengan membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan, evaluasi adalah tahap yang harus dilakukan setelah tahap perencanaan. Evaluasi adalah perbandingan sistematis dan terencana antara hasil akhir yang diamati dan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Klien dan staf kesehatan lainnya dilibatkan dalam evaluasi berkala (Purba, 2019).

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

Intervensi ditingkatkan dikarenakan tujuan dan kriteria hasil belum tercapai secara maksimal sesuai waktu yang telah ditetapkan penulis. Dari asuhan keperawatan selama 3x24 jam tanda gejala pasien yang awalnya 4 berhasil di turunkan menjadi 2, sehingga dapat disimpulkan bahwa tanda dan gejala menurun 50%. Dan kemampuan pasien yang meningkat yaitu kemampuan menyebutkan penyebab halusinasi, menyebutkan karakteristik halusinasi yang dirasakan: jenis, isi, frekuensi, durasi, waktu, situasi yang menyebabkan dan respon, menyebutkan cara yang selama ini digunakan untuk mengendalikan halusinasi, mampu melawan halusinasi dengan menghardik, mengalihkan halusinasi dengan bercakap – cakap dengan temannya di kamar dan melakukan kegiatan positif (mewarnai), meminum obat dengan prinsip 5 benar (benar pasien, benar obat, benar dosis, benar waktu, benar cara), sehingga dapat disimpulkan kemampuan pasien meningkat sebanyak 80%.

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 5 benar (benar pasien, benar obat, benar dosis, benar waktu, benar cara). Dalam segi afektif pasien dengan halusinasi diharapkan merasakan manfaat cara-cara mengatasi halusinasi, dan membedakan perasaan sebelum dan sesudah latihan.

BAB V

PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan kasus dan menguraikan tinjauan kasus, kepustakaan pengamatan serta pembahasan tentang asuhan keperawatan pada pasien Tn.P dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran Di Ruang Merak Rumah Sakit Jiwa Soeharto Heerdjan. 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.P dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran yaitu faktor sosial budaya dan faktor psikologis. berawal dari faktor sosial budaya yang ditandai dengan pasien merasa tidak berguna karena belum bekerja, pasien mengatakan dibilang tidak berguna oleh bapaknya, pasien mengatakan pernah di cemooh oleh temannya dengan mengatakan pasien tidak berguna, Pasien meengatakan tidak bias mendapatkan pekerjaan yang tetap karena hanya lulusan SMP, Pasien mengatakan hanya di rumah saja di kamar dan jarang keluar rumah karena pasien lebih suka berada dikamar, pasien pernah bertengkar oleh selingkuhan pacarnya dan menggoreskan pisau ke selingkuhan pacarnya, pasien pernah dihina oleh tetangganya karena belum bekerja, pasien merasa malu karena sering menyusahkan orang tuanya, pasien ingin sekali bias mendaptkan pekerjaan yang tetap namun pasien belum mendapatkannya, pasien sering bertengkar dengan bapaknya serta memukul dan menendang bapaknya, pasien tidak suka keluar rumah dan pasien lebih suka di kamar sehingga mengakibatkan pasien menyendiri dan mengurung diri di kamar pasien mengalami stress yang berkepanjangan dikarenakan pasien mempunyai pengalaman masalalu yang tidak menyenangkan,

sehingga timbul faktor psikologis yang berkaitan dengan faktor sosial budaya yang ditandai dengan pasien merasa tidak berguna karena tidak bekerja, pasien dihina oleh tetangganya karena belum kerja, pasien dikatain oleh temannya tidak berguna Karena belum bekerja, pasien sering bertengkar dengan orang tuanya dan di hina oleh bapaknya tidak berguna karena belum bekerja dan tidak bisa menjadi contoh yang baik untuk adiknya, karena di anggap beban keluarga, akibatnya pasien merasa kurang percaya diri dan kurangnya peran dirinya sebagai abang didalam keluarga selain itu faktor psikologis juga menjadi penyebab Tn.P mengalami halusinasi dimana Tn.P merasa bahwa dirinya belum mencapai apa yang sesuai Tn.P inginkan sehingga terjadi disharmonis pada dirinya sendiri. Faktor presipitasi yang muncul pada pasien adalah faktor stressor sosial budaya, faktor psikologis dan faktor perilaku. Pada faktor sosial budaya di temukan pasien mengatakan sering bertengkar oleh bapaknya karena tidak bekerja dan hanya menjadi beban keluarga, pasien merasa takut dihina, lebih nyaman sendiri, tidak ingin berkomunikasi dengan orang lain, pasien mengatakan saat dirumah lebih suka menyendiri di kamar dan jarang pergi dengan temannya, pasien mengatakan malu berbicara dengan orang lain, pasien mengatakan canggung bila berbicara dengan orang lain, yang mengakibatkan pasien tidak ingin berinteraksi dengan orang lain dan menarik diri. Pada faktor psikologis ditemukan pasien merasa tidak berguna karena tidak bekerja, pasien sering brtengkar dengan orang tuanya dan dihina oleh bapaknya karena di anggap beban keluarga, akibatnya pasien merasa kurang percaya diri dan kurangnya peran dirinya sebagai abang didalam keluarga selain itu faktor psikologis juga menjadi penyebab Tn.P mengalami halusinasi dimana Tn.P merasa bahwa dirinya belum mencapai apa yang sesuai Tn.P inginkan sehingga terjadi disharmonis pada dirinya sendiri. Pada faktor perilaku ditemukan pasien mengatakan ada halusinasi yang mengontrol dirinya menyuruh dirinya membanting meemukul, meenendang pasien mengatakan mendengar suara-suara yang berbicara “jangan mandi, jangan sholat, pukul saja ga usah takut,

tending aja orang itu,” yang membuat diri pasien gelisah dan tidak nyaman dan menimbulkan perilaku pasien yang negatif seperti memukul dan menendang.

Data yang didapat penulis pada saat pengkajian adalah pasien mendengar suara – suara yang bicara “jangan mandi, jangan sholat, pukul saja ga usah takut, tendung aja orang itu,” dan terkadang halusinasinya menyuruh pasien untuk melakukan perilaku negatif seperti memukul dan menendang bapaknya. Halusinasi yang di alami oleh pasien dalam bentuk halusinasi pendengaran. Pasien mengatakan frekuensi pasien mengalami halusinasi tidak menentu, biasanya halusinasi datang saat sedang sendiri dan di malam hari sebelum tidur dengan durasi waktu 5 menit, kemudian pasien mengatakan biasanya saat mengalami halusinasi pasien mengatasinya dengan cara berteriak, menendang ataupun membanting barang. Gejala gangguan persepsi sensori : halusinasi pada Tn.P menurun 50%. Kemampuan Tn.K juga meningkat dalam segi kognitif, segi psikomotor dan segi afektif sebesar 80%. Pada diagnosa keperawatan, penulis mengangkat 4 diagnosa keperawatan yaitu: Gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran, Harga diri rendah kronis, Risiko perilaku kekerasan, dan Isolasi sosial, tidak terdapat masalah keperawatan tambahan.

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 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 dan dapat dijadikan sumber referensi, serta pengetahuan untuk mahasiswa lainnya dengan adanya karya tulis ilmiah ini.

2. Bagi institusi pendidikan

Dapat dijadikan sebagai metode pembelajaran ataupun sumber pembelajaran dan referensi keperawatan jiwa tentang penanganan pasien dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi.

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 pendengaran.

DAFTAR PUSTAKA

Agustina, M. (2018). Tingkat Pengetahuan Pasien dalam Melakukan Cara Mengontrol dengan Perilaku Pasien Halusinasi Pendengaran. *Jurnal Ilmiah Ilmu Keperawatan Indonesia*, 7(04), 306–312. <https://doi.org/10.33221/jiiki.v7i04.74>

Aldam, S. F. S., & Wardani, I. Y. (2019). Efektifitas penerapan standar asuhan keperawatan jiwa generalis pada pasien skizofrenia dalam menurunkan gejala halusinasi. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 7(2), 165. <https://doi.org/10.26714/jkj.7.2.2019.167-174>

Emulyani, E., & Herlambang. (2020). Pengaruh Terapi Zikir Terhadap Penurunan Tanda Dan Gejala Halusinasi Pada Pasien Halusinasi. *Health Care : Jurnal Kesehatan*, 9(1), 17–25. <https://doi.org/10.36763/healthcare.v9i1.60>

Febiola. (2020). Clara Febiola_191101100_Penerapan Implementasi Dalam Asuhan Keperawatan.

Mundakir, D. (2022). Buku ajar keperawatan kesehatan jiwa 1. May, 75–77.

Muthmainnah, M., Syisnawati, S., Rasmawati, R., Sutria, E., & Hernah, S. (2023). Terapi Menggambar Menurunkan Tanda dan Gejala Pasien Skizofrenia Dengan Halusinasi. *Journal of Nursing Innovation*, 2(3), 97–101. <https://doi.org/10.61923/jni.v2i3.20>

Nashirah, A., Aiyub, & Alfiandi, R. (2022). Tindakan Keperawatan Pada Pasien Skizofrenia Dengan Masalah Halusinasi Pendengaran : Suatu Studi Kasus. *Studi Kasus. JIM FKep*, 1(1), 91–97.

Purba, A. O. (2019). Pelaksanaan Evaluasi Untuk Mengukur Pencapaian Dalam Pemberian Asuhan Keperawatan. *Jurnal Keperawatan*, 1–6.

Putri, Z. H., & Evi, E. (2023). Karakteristik Demografi Pasien Skizofrenia Rawat Jalan Di Rumah Sakit Jiwa Dr. Soeharto Heerdjan Periode 2022. *Jurnal Muara Sains, Teknologi, Kedokteran Dan Ilmu Kesehatan*, 7(2), 67–74. <https://doi.org/10.24912/jmstkik.v7i2.23808>

Rahayu, P. P., & Utami, R. (2019). Hubungan Lama Hari Rawat Dengan Tanda Dan Gejala Serta Kemampuan Pasien Dalam Mengontrol Halusinasi. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 6(2), 106. <https://doi.org/10.26714/jkj.6.2.2018.106-115>

Silviyana, A. (2022). Faktor-faktor yang berhubungan dengan kekambuhan pada pasien skizofrenia. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 4(November), 1377–1386.

Slametiningsih, Yunitri Ninik, Nuraenah, & Hendra. (2019). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa New 1*. 1–91.

Utami. (2020). *Stase Keperawatan Jiwa*, Penulis Doni Syahdi. 2019, 1–4.

Lampiran

STRATEGI PELAKSANAAN 1 (SP 1)

Kondisi Klien

DO :

Klien tampak lebih suka sendiri, bingung bila disuruh memilih alternatif tindakan, ingin mencederai diri/ mengahiri kehidupan, produktifitas menurun, cemas dan takut

DS :

Klien mengatakan : saya tidak bisa, tidak mampu, bodoh/ tidak tahu apa-apa, mengkritik diri sendiri., klien mengungkapkan perasaan malu terhadap diri sendiri, klien mengungkapkan rasa bersalah terhadap sesuatu/ seseorang

Diagnosa Keperawatan: harga diri rendah

Tujuan

Pasien dapat mengidentifikasi kemampuan dengan aspek positif yang dimiliki

Pasien dapat menilai kemampuan yang dapat digunakan

Pasien dapat menetapkan kegiatan yang sesuai kemampuan

Pasien dapat melatih kegiatan yang sudah dipilih, sesuai kemampuan

Pasien dapat menyusun jadwal untuk melakukan kegiatan yang sudah dilatih

Tindakan Keperawatan

Mendiskusikan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien,

Membantu pasien menilai kemampuan yang masih dapat digunakan

Membantu pasien memilih/menetapkan kemampuan yang akan dilatih

Melatih kemampuan yang sudah dipilih dan menyusun jadwal pelaksanaan kemampuan yang telah dilatih dalam rencana harian.

Strategi Pelaksanaan

Orientasi

Salam Terapeutik

“Selamat pagi, assalamualaikum. Boleh Saya kenalan dengan Ibu? Nama Saya Devi. Saya Mahasiswa Keperawatan Universitas Andalas, Saya sedang praktik di sini dari pukul 08.00 WIB sampai dengan pukul 13.00 WIB siang. Kalau boleh Saya tahu nama Ibu siapa dan senang dipanggil dengan sebutan apa?”

Evaluasi/validasi

“Bagaimana perasaan Ibu hari ini? Bagaimana tidurnya tadi malam? Ada keluhan tidak?”

Kontrak

“Bagaimana, kalau kita bercakap-cakap tentang kemampuan dan kegiatan yang pernah Ibu lakukan? Setelah itu kita akan nilai kegiatan mana yang masih dapat Ibu dilakukan di rumah sakit. Setelah kita nilai, kita akan pilih satu kegiatan untuk kita latih “

“Dimana kita duduk untuk bincang-bincang? bagaimana kalau di ruang tamu Berapa lama? Bagaimana kalau 10 menit saja?”

Kerja

“ Ibu, apa saja kemampuan yang Ibu miliki? Bagus, apa lagi? Saya buat daftarnya ya! Apa pula kegiatan rumah tangga yang biasa Ibu lakukan ? Bagaimana dengan merapikan kamar? Menyapu? Mencuci piring dst”.

“Wah, bagus sekali ada lima kemampuan dan kegiatan yang Ibu miliki”.

“Bu dari lima kegiatan kemampuan ini, yang mana yang masih dapat dikerjakan di rumah sakit ? Coba kita lihat, yang pertama bisakah, yang kedua sampai 5 (misalnya ada 3 yang masih bisa dilakukan). Bagus sekali ada 3 kegiatan yang masih bisa kerjakan di rumah sakit ini.

“Sekarang, coba Ibu pilih satu kegiatan yang masih bisa dikerjakan di rumah sakit ini”. “O yang nomor satu, merapikan tempat tidur? Kalau begitu, bagaimana kalau sekarang kita latihan merapikan tempat tidur Ibu”. Mari kita lihat tempat tidur Ibu ya. Coba lihat, sudah rapikah tempat tidurnya?”

“Nah kalau kita mau merapikan tempat tidur, mari kita pindahkan dulu bantal dan selimutnya. bagus! Sekarang kita angkat spreinya dan kasurnya kita balik.”Nah, sekarang kita pasang lagi spreinya, kita mulai dari atas ya bagus! Sekarang sebelah kaki, tarik dan masukkan, lalu sebelah pinggir masukkan. Sekarang ambil bantal, rapikan dan letakkan di sebelah atas kepala. Mari kita lipat selimut, nah letakkan sebelah bawah kaki, bagus!”

“Ibu sudah bisa merapikan tempat tidur dengan baik sekali. Coba perhatikan bedakah dengan sebelum dirapikan ? Bagus”

“ Coba Ibu lakukan dan jangan lupa memberi tanda M (mandiri) kalau Ibu lakukan tanpa disuruh, tulis B(bantuan) jika diingatkan bisa melakukan, dan T (tidak) melakukan.

Terminasi :

“Bagaimana perasaan Ibu setelah kita bercakap-cakap dan latihan merapikan tempat tidur ? ya?, Ibu ternyata banyak memiliki kemampuan yang dapat dilakukan di rumah sakit ini. Salah satunya, merapikan tempat tidur, yang sudah Ibu praktekkan dengan baik sekali Coba ulangi bagaimana cara merapikan tempat tidur tadi, Bagus sekali..

“Sekarang, mari kita masukkan pada jadwal harian. Ibu, Mau berapa kali sehari merapikan tempat tidur. Bagus, dua kali yaitu pagi-pagi jam berapa? Lalu sehabis istirahat, jam 16.00”

“ Coba Ibu lakukan dan jangan lupa memberi tanda M (mandiri) kalau Ibu lakukan tanpa disuruh, tulis B(bantuan) jika diingatkan bisa melakukan, dan T (tidak) melakukan.

“Besok pagi kita latihan lagi kemampuan yang kedua. Ibu masih ingat kegiatan apa lagi yang mampu dilakukan di rumah sakit selain merapikan tempat tidur? Ya bagus, cuci piring Kalau begitu kita akan latihan mencuci piring besok ya jam 08.00 pagi di dapur sehabis makan pagi

Sampai jumpa ya...Assalamu'alaikum.

STRATEGI PELAKSANAAN 2 (SP 2)

Kondisi

DO : Klien tampak tenang, sudah mau menghargai dirinya sendiri.

DS : Klien menyatakan sudah mau berinteraksi dengan lingkungannya.

Diagnosa Keperawatan: Harga Diri Rendah

Tujuan

Klien dapat melakukan kegiatan yang sesuai dengan kemampuan yang dimiliki yang lain (yang belum dilakukan)

Tindakan Keperawatan.

Klien dapat merencanakan kegiatan yang sesuai dengan kemampuan yang dimiliki.

Rencanakan bersama klien aktivitas yang dapat dilakukan setiap hari sesuai kemampuan.

Beri contoh pelaksanaan kegiatan yang dapat dilakukan

Minta klien untuk memilih satu kegiatan yang mau dilakukan dirumah sakit

Bantu klien melakukannya, kalau perlu beri contoh

Beri pujian atas kegiatan dan keberhasilan klien

Diskusikan jadwal kegiatan harian atau kegiatan yang telah dilatih

Strategi Pelaksanaan

Orientasi :

“assalammua ‘laikum, Ibu... masih ingat saya??? baguss Bagaimana perasaan Ibu pagi ini ? Wah tampak gembira”

“ Bagaimana bu sudah dicoba merapikan tempat tidur sore kemarin tadi pagi ? Bagus (kalau sudah dilakukan, kalau belum bantu lagi),

Sekarang kita akan latihan kemampuan kedua, masih ingat apa kegiatan itu bu ? “Ya benar kita akan latihan memcuci piring didapur ruangan ini”

“Waktunya 10 menit, mari kita ke dapur”

Kerja :

“Bu, sebelum kita memcuci piring kita perlu siapkan dulu perlengkapannya, yaitu serabut tepes untuk membersihkan piring, sabun khusus untuk mencuci piring, dan air untuk membilas, bapak bisa mneggunakan air yang mengalir dari kran ini, oh ya jangan lupa sediakan tempat sampah untuk membuang sisa – makanan.

“sekarang saya perlihatkan dulu ya caranya”

“setelah semuanya perlengkapan tersedia, Ibu ambil satu piring kotor, lalu buang dulu sisa makanan yang ada dipiring tersebut ketempat sampah, kemudian Ibu bersikan piring tersebut dengan menggunakan sabut tepes yang sudah diberikan sabun pencuci piring, setelah selesai disabuni bilas dengan menggunakan air bersih sampai tidak ada busa sabun sedikitpun di piring tersebut, setelah itu Ibu bisa mengeringkan piring yang sudah bersih tadi di rak yang sudah tersedia didapur, nah selesai

“sekarang coba Ibu yang melakukan”

“Bagus sekali, Ibu dapat mempraktekkan cuci piring dengan baik, sekarang dilap tanganya

Terminasi :

“bagaimana perasaan Ibu setelah latihan cuci piring”

Coba ulangi cara mencuci piring...baguss

“ bagaimana kalau kegiatan cuci piring ini dimasukkan menjadi kegiatan sehari – hari Ibu. mau berapa kali bapak mencuci piring ? bagus sekali bapak mencuci piring tiga kali setelah makan”

“besok kita akan latihan untuk kemampuan ke tiga, setelah merapikan tempat tidur dan cuci piring. Masih ingat kegiatan apakah itu ? ya benar kita akan latihan menyapu”

SP III HARGA DIRI RENDAH (HDR)

Fase orientasi

Salam terapeutik

Assalamualaikum ibu. Apakah ibu masih ingat dengan saya? Sesuai janji saya kemarin saya datang lagi.

Evaluasi / validasi :

Bagaimana perasaan ibu pagi ini? Bagaimana dengan perasaan negatif yang ibu rasakan? Bagus sekali berarti perasaan tidak berguna yang ibu rasakan sudah berkurang.

Bagaimana dengan jadwalnya? Boleh saya lihat bu? 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 piringnya? Bersih sekali tidak ada piring dan gelas yang kotor, semua sudah rapi di rak piring.wah ibu luar biasa semua kegiatan dikerjakan sesuai jadwal

lalu apa manfaat yang ibu rasakan dengan melaukan kegiatan secara terjadwal?

Kontrak :

Topik :

Sekarang kita akan kita akan lanjutkan latihan kegiatan yang ketiga. Hari 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

Waktu :

Kita akan melakukan latihan menyapu selamaa 30 menit bu

Tempat :

Ibu mau menyapu dimana? Bagaimana kalau dikamar ibu bu?

Fase kerja

Baik menurut ibu, apa saja yang kita perlukan untuk menyapu lantai?, bagus sebelum mulai kita menyapu kita perlu menyiapkan sapu dan pengki. Bagaimana cara menyapu yang biasa ibu 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 bu?

Ya bagus sekali ibu menyapu dengan bersih. Menurut ibu bagaiman perbedaan setelah ruangan ini disapu dibandingkan tadi sebelum disapu?

Fase terminasi

Evaluasi subjektif :

Bagaimana perasaan ibu setelah kita latihan menyapu?

Evaluasi objektif :

Nah coba ibu sebutkan lagi langkah-langkah menyapu yang baik bu? Bagus bu.

Rencana Tindak Lanjut

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

Kontrak

Topik :

Baik, besok saya akan kembali lagi untuk melatih kemampuan ibu yang keempat.

Waktu :

Ibu mau jam berapa? Baik jam 10 pagi ya.

Tempat :

Tempatnya dimana ibu? bagaimana kalau disini saja, jadi besok kita ketemu lagi disini jam 10 ya w. Assalamualaikum ibu.

STRATEGI PELAKSANAAN ISOLASI SOSIAL

STRATEGI PELAKSANAAN 1 (SP 1) ISOLASI SOSIAL

Proses Keperawatan.

Kondisi Klien

Diagnosa Keperawatan : Isolasi Sosial.

Tujuan

Klien dapat membina hubungan saling percaya.

Klien dapat menyebutkan penyebab isolasi sosial.

Klien mampu menyebutkan keuntungan dan kerugian hubungan dengan orang lain.

Klien dapat melaksanakan hubungan social secara bertahap.

Klien mampu menjelaskan perasaan setelah berhubungan dengan orang lain.

Klien mendapat dukungan keluarga dalam memperluas hubungan sosial.

Klien dapat memanfaatkan obat dengan baik.

Tindakan Keperawatan.

Membina hubungan saling percaya.

Mengidentifikasi penyebab isolasi sosial pasien.

Berdiskusi dengan pasien tentang keuntungan berinteraksi dengan orang lain.

Berdiskusi dengan pasien tentang kerugian berinteraksi dengan orang lain

Mengajarkan pasien cara berkenalan dengan satu orang

Menganjurkan pasien memasukkan kegiatan latihan berbincang-bincang dengan orang lain dalam kegiatan harian.

Proses Pelaksanaan

Fase Orientasi.

Salam Terapeutik.

Assalamualaikum..!!! selamat pagi Bapak J perkenalkan nama Rangga biasa dipanggil Rangga , Saya mahasiswa Stikes rs husada yang akan dinas di ruangan ini Hari ini saya dinas pagi dari jam 07:00 sampai jam 14:00 siang. Saya akan merawat bapak selama di panti ini. Nama bapak siapa? Senangnya bapak di panggil apa?

Evaluasi / Validasi.

Bagaimana perasaan Tn j hari ini? O.. jadi bapak merasa bosan. Apakah bapak masih suka menyendiri ??

Kontrak

Topik:

Baiklah pak, bagaimana kalau kita berbincang-bincang tentang perasaan bapak dan kemampuan yang bapak miliki? Apakah bersedia? Tujuannya Agar bapak dengan saya dapat saling mengenal sekaligus bapak dapat mengetahui keuntungan berinteraksi dengan orang lain dan kerugian tidak berinteraksi dengan orang lain Waktu : Berapa lama bapak mau berbincang-bincang? Bagaimana kalau 10 menit saja ya?

Tempat : bapak mau berbincang-bincang dimana? Bagai mana kalau di ruang tamu?.

Fase kerja.

Dengan siapa bapak tinggal serumah? Siapa yang paling dekat dengan bapak?

apa yang menyebabkan bapak dekat dengan orang tersebut?

Siapa anggota keluarga dan teman bapak yang tidak dekat dengan bapak? apa yang membuat bapak tidak dekat dengan orang lain?

apa saja kegiatan yang biasa bapak lakukan saat bersama keluarga? Bagaimana dengan teman-teman yang lain?

Apakah ada pengalaman yang tidak menyenangkan ketika bergaul dengan orang lain? Apa yang menghambat bapak dalam berteman atau bercakap-cakap dengan orang lain? Menurut bapak apa keuntungan kita kalau mempunyai teman?

Wah benar, kita mempunyai teman untuk bercakap-bercakap. Apa lagi pak? (sampai pasien dapat menyebutkan beberapa)

Nah kalau kerugian kita tidak mempunyai teman apa bapak? ya apa lagi? (sampai menyebutkan beberapa) jadi banyak juga ruginya tidak punya teman ya.

Kalau begitu ingin ibu belajar berteman dengan orang lain?

Nah untuk memulainya sekrang bapak latihan berkenalan dengan saya terlebih dahulu. Begini bapak, untuk berkenalan dengan orang lain dengan orang lain kita sebutkan dahulu nama kita dan nama panggilan yang kita sukai.

Contohnya: nama saya, senang sipanggil

Selanjutnya bapak menanyakan nama orang yang diajak berkenalan. Contohnya nama Bapak siapa ? senangnya dipanggil apa?

Ayo bapak coba dipraktekkan! Misalnya saya belum kenal dengan bapak. coba bapak berkenalan dengan saya.

Ya bagus sekali bapak!! coba sekali lagi bapak..!!! bagus sekali bapak!!

Setelah berkenalan dengan bapak, orang tersebut diajak ngobrol tentang hal-hal yang menyenangkan. Misalnya tentang keluarga, tentang hobi, pekerjaan dan sebagainya,

Nah bagaimana kalau sekarang kita latihan bercakap-cakap dengan teman bapak. (dampingi pasien bercakap-cakap)

Terminasi.

Evaluasi subjektif dan objektif :

Bagaimana perasaan bapak setelah kita latihan berkenalan?

Nah sekarang coba ulangi dan peragakan kembali cara berkenalan dengan orang lain!

RTL

Baiklah bapak, dalam satu hari mau berapa kali bapak latihan bercakap-cakap dengan teman? Dua kali ya bapak? baiklah jam berapa bapak akan latihan? Ini ada jadwal kegiatan, kita isi pada jam 11:00 dan 15:00 kegiatan bapak adalah bercakap-cakap dengan teman sekamar. Jika bapak melakukannya secara mandiri makan bapak menuliskan M, jika bapak melakukannya dibantu atau diingatkan oleh keluarga atau

teman maka bapak buat bapak, Jika bapak tidak melakukannya maka bapak tulis T. apakah bapak mengerti? Coba bapak ulangi? Naah bagus

Kontrak yang akan datang : Topik :

Baik lah bapak bagaimana kalau besok kita berbincang-bincang tentang pengalaman bapak bercakap-cakap dengan teman-teman baru dan latihan bercakap-cakap dengan topik tertentu. apakah bapak bersedia?

Waktu :

bapak mau jam berapa? Bagaimana kalau jam 11:00? Tempat :

bapak maunya dimana kita berbincang-bincang? Bagaimana kalau di ruang tamu??
Baiklah pak besok saya akan kesini jam 11:00 sampai jumpa besok bapak. saya permisi Assalamualaikum Wr,Wb

STRATEGI PELAKSANAAN 2 (SP 2)

Proses Keperawatan.

Kondisi Klien

Diagnosa Keperawatan: Isolasi Sosial.

Tujuan.

Klien dapat mempraktekkan cara berkenalan dengan orang lain.

Klien memiliki keinginan untuk melakukan kegiatan berbincang-bincang dengan orang lain.

Tindakan Keperawatan.

Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien.

Memberikan kesempatan kepada pasien mempraktekkan cara berkenalan dengan satu orang.

Membenatu pasien memasukkan kegiatan berbincang-bincang dengan orang lain sebagai salah satu kegiatan harian.

Proses Pelaksanaan

Fase Orientasi.

Salam Terapeutik.

Assalamualaikum, Selamat pagi bapak, Masih ingat dengan saya?

Evaluasi/ Validasi :

Bagaimana dengan perasaan bapak hari ini? Apakah masih ada perasaan kesepian, bagaimana semangatnya untuk bercakap-cakap dengan teman? Apakah bapak sudah mulai berkenalan dengan orang lain? Bagi mana perasaan bapak setelah mulai berkenalan?

Kontrak :

Topik :

Baiklah sesuai dengan janji kita kemarin hari ini kita akan latihan bagi mana berkenalan dan bercakap-cakap dengan 2 orang lain agar bapak semakin banyak teman. Apakah bapak bersedia?

Waktu :

Berapa lama bapak mau berbincang-bincang? Bagaimana kalau 10 menit? Tempat :

bapak mau berbincang-bincang dimana? Bagi mana kalau di ruang tamu?

Fase Kerja.

Baiklah hari ini saya datang bersama dua orang ibu perawat yang juga dinas di ruangan....., bapak bisa memulai berkenalan.. apakah bapak masih ingat bagaimana cara berkenalan? (beri pujian jika pasien masih ingat, jika pasien lupa, bantu pasien mengingat kembali cara berkenalan) nah silahkan bapak mulai (fasilitasi

perkenalan antara pasien dengan perawat lain) wah bagus sekali pak, selain nama,alamat, hobby apakah ada yang ingin bapak ketahui tetang perawat C dan D? (bantu pasien mengembangkan topik pembicaraan) wah bagus sekali, Nah bapak apa kegiatan yang biasa bapak lakukan pada jam ini? Bagaimana kalau kita menemani teman bapak yang sedang menyiapkan makan siang di ruang makan sambil menolong teman bapak bisa bercakap-cakap dengan teman yang lain. Mari pak.. (dampingi pasien ke ruang makan) apa yang ingin bapak bincangkan dengan teman bapak. ooh tentang cara menyusun piring diatas meja silahkan bapak (jika pasien diam dapat dibantu oleh perawat) coba bapak tanyakan bagaimana cara menyusun piring di atas meja kepada teman bapak? apakah harus rapi atau tidak? Silahkan bapak, apalagi yang ingin bapak bincangkan.. silahkan.

Oke sekarang piringnya sudah rapi, bagaimana kalau bapak dengan teman bapak melakukan menyusun gelas diatas meja bersama... silahkan bercakap-cakap bapak.

Terminasi.

Evaluasi subjektif dan objektif :

Bagaimana perasaan bapak setelah kita berkenalan dengan perawat B dan C dan bercakap-cakap dengan teman ibu saat menyiapkan makan siang di ruang makan? Coba bapak sebutkan kembali bagaimana caranya berkenalan?

RTL

Bagaimana kalau ditambah lagi jadwal kegiatan bapak yaitu jadwal kegiatan bercakap-cakap ketika membantu teman sedang menyiapkan makan siang. Mau jam berapa bapak latihan? Oo ketika makan pagi dan makan siang.

Kontrak yang akan datang : Topik :

Baik lah bapak bagaimana kalau besok saya kan mendampingi bapak berkenalan dengan 4 orang lain dan latihan bercakap-cakap saat melakukan kegiatan harian lain, apakah bapak bersedia?

Waktu :

bapak mau jam berapa? Bagaimana kalau jam 10:00 ? Baiklah bapak besok saya akan kesini jam 10:00 sampai jumpa besok bapak. saya permisi Assalamualaikum

STRATEGI PELAKSANAAN 3 (SP 3) ISOLASI SOSIAL

Proses Keperawatan.

Kondisi Klien

Diagnosa Keperawatan: Isolasi Sosial.

Tujuan.

Klien mampu berkenalan dengan dua orang atau lebih.

Klien dapat memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian.

Tindakan Keperawatan.

Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien.

Memberikan kesempatan pada klien berkenalan.

Menganjurkan pasien memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian.

Proses Pelaksanaan

Fase Orientasi.

Salam Terapeutik.

Assalamualaikum bapak, Selamat pagi bapak, masih ingat dengan saya?

Evaluasi/ Validasi :

Bagaimana dengan perasaan bapak hari ini? Apakah masih ada perasaan kesepian? Apakah bapak sudah bersemangat bercakap-cakap dengan orang lain? Apa kegiatan yang dilakukan sambil bercakap-cakap? Bagaimana dengan jadwal berkenalan dan bercakap-cakap, apakah sudah dilakukan? Bagus bapak

Kontrak :

Topik :

Baiklah sesuai dengan janji kita kemarin hari ini saya akan mendampingi bapak berkenalan atau bercakap-cakap dengan tukang masak, serta bercakap-cakap dengan teman sekamar saat melakukan kegiatan harian. Apakah bapak bersedia?

Waktu :

Berapa lama bapak mau berbincang-bincang? Bagaimana kalau 10 menit? Tempat :

bapak mau berbincang-bincang dimana? Bagaimana kalau di ruang tamu?

Fase Kerja.

Baiklah bapak, bagaimana jika kita menuju ruang dapur, disana para juru masak sedang memasak dan jurumasak disana berjumlah lima orang disana. Bagaimana jika kita berangkat sekarang? Apakah bapak sudah siap bergabung dengan banyak orang? Nah bapak sesampainya disana bapak langsung bersalaman dan memperkenalkan diri seperti yang sudah kita pelajari, bapak bersikap biasa saja dan yakin bahwa orang-orang disana senang dengan kedatangan bapak. baik lah pak kita berangkat sekarang ya pak

(Selanjutnya perawat mendampingi pasien di kegiatan kelompok, sampai dengan kembali keruma).

Nah bapak, sekarang kita latihan bercakap-cakap dengan teman saat melakukan kegiatan harian, kegiatan apa yang ingin bu lakukan? Ooh merapikan kamar baiklah dengan siapa bapak ingin didampingi? Dengan Nn. E? baiklah bapak. kegiatannya merapikan tempat tidur dan menyapu kamar tidur ya bapak (perawat mengaja pasien E untuk menemani pasien merapikan tempat tidur dan menyapu kamar, kemudian memotivasi pasien dan teman sekamar bercakap-cakap.

Terminasi.

Evaluasi subjektif dan objektif :

Bagaimana perasaan bapak setelah kita berkenalan dengan juru masak di dapur ? kalau setelah merapikan kamar bagaimana ibu? apa pengalaman bapak yang menyenangkan berada dalam kelompok? Adakah manfaatnya kita bergabung dengan orang banyak?

RTL :

Baiklah bapak selanjutnya bapak bisa menambah orang yang bapak kenal. Atau bapak bisa ikut kegiatan menolong membawakan nasi untuk dimakan oleh teman-teman bapak. jadwal bercakap-cakap setiap pagi saat merapikan tempat tidur kita cantumkan dalam jadwal ya bapak. setiap jam berapa bapak akan berlatih? Baiklah pada pagi jam 08:00 dan sore jam 16:00.

Kontrak yang akan datang : Topik :

Baik lah bapak bagaimana kalau besok saya kan mendampingi bapak dalam melakukan berbincang-bincang saat menjemput pakaian ke laundry. apakah bapak bersedia?

Waktu :

bapak mau jam berapa? Bagaimana kalau jam 11:00 Tempat :

bapak maunya dimana kita berbincang-bincang? Bagaimana kalau di ruang tamu? Baiklah besok saya akan kesini jam 11:00 sampai jumpa besok . saya permisi Assalamualaikum

STRATEGI PELAKSANAAN 4 (SP 4) ISOLASI SOSIAL

Proses Keperawatan.

Kondisi Klien

Diagnosa Keperawatan: Isolasi Sosial.

Tujuan.

Klien mampu berkenalan dengan dua orang atau lebih.

Klien dapat memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian.

Tindakan Keperawatan.

Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien.

Memberikan kesempatan pada klien berkenalan.

Menganjurkan pasien memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian

Proses Pelaksanaan

Fase Orientasi.

Salam Terapeutik.

Assalamualaikum bapak, Selamat pagi bapak. Apakah bapak masih kenal dengan saya?

Evaluasi/ Validasi :

Bagaimana dengan perasaan bapak hari ini? masih ada perasaan kesepian, rasa enggan berbicara dengan orang lain? Bagaimana dengan kegiatan hariannya sudah dilakukan? dilakukan sambil bercakap-cakap kan bapak? sudah berapa orang baru yang bapak kenal? Dengan teman kamar yang lain bagaimana? Apakah sudah bercakap-cakap juga? Bagaimana perasaan bapak setelah melakukan semua kegiatan? Waah bapak memang luar biasa.

Kontrak : Topik :

Baiklah sesuai dengan janji kita kemarin hari ini saya akan mendampingi bapak dalam menjemput pakaian ke laundry atau latihan berbicara saat melakukan kegiatan sosial. Apakah bapak bersedia?

Waktu :

Berapa lama bapak mau berbincang-bincang? Bagaimana kalau 20 menit? Tempat : bapak mau berbincang-bincang dimana? Bagaimana kalau di ruang tamu?

Fase Kerja.

Baikkak, apakah bapak sudah mempunyai daftar baju yang akan di ambil? (sebaiknya sudah disiapkan oleh perawat) baiklah ibu mari kita berangkat ke ruangan laundry.(komunikasi saat di ruangan laundry).

Nah bapak caranya yang pertama adalah bapak ucapkan salam untuk ..., setelah itu bapak bertanya kepada..... apakah pakaian untuk ruangan sudah ada? Jika ada pertanyaan dari bapak jawab ya.. setelah selesai, minta

menghitung total pakaian dan kemudian bapak ucapkan terimakasih pada Nah sekarang coba bapak mulai (perawat mendampingi pasien)

Terminasi.

Subjektif dan objektif :

Bagaimana perasaan bapak setelah bercakap-cakap saat menjemput pakaian ke ruangan laundry? Apakah pengalaman yang menyenangkan pak?

RTL :

Baikkak bapak, selanjutnya bapak bisa terus menambah orang yang bapak kenal dan melakukan kegiatan menjemput pakaian ke ruangan laundry.

Kontrak yang akan datang :

Topik :

Baikkak pak bagaimana kalau besok kita berbincang-bincang lagi tentang kebersihan diri. apakah bapak bersedia?

Waktu :

bapak mau jam berapa? Bagaimana kalau jam 11:00 Tempat :

bapak maunya dimana kita berbincang-bincang? Bagaimana kalau di ruang tamu?
Baiklah bapak besok saya akan kesini jam 11:00 sampai jumpa besok bapak. saya
permisi Assalamualaikum

STRATEGI PELAKSANAAN (SP)

TINDAKAN KEPERAWATAN SP I HALUSINASI

A. Proses keperawatan

1. Kondisi klien

Data Subjektif

Klien mengatakan mendengar suara aneh 2 kali dalam sehari suara itu seperti suara
mamahnya klien yang memanggil klien.

Data Objektif

Klien mau untuk berkenalan

Klien tampak kooperatif

Klien tampak bingung

Klien tampak tidak fokus saat berbincang

2. Diagnosa keperawatan

Gangguan persepsi sensori Halusinasi pendengaran

3. Tujuan Tindakan Keperawatan.

Pasien mampu

a. Membina hubungan saling percaya.

b. Mengenal halusinasi dan mampu mengontrol halusinasi dengan menghardik

Mengontrol halusinasi dengan enam benar miman chat

d. Mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap.

Mengontrol halusinasi dengan melakukan aktivitas sehari-hari

4. Tindakan keperawatan

Membina hubungan saling percaya

Membantu pasien menyadari gangguan sensori persepsi halusinasi

Melatih pasien cara mengontrol halusinasi

B. Strategi Komunikasi

1. Fase Orientasi

Salam terapeutik: Assalamualaikum, selamat sore pak perkenalkan nama saya Rangga Raditya. Saya mahasiswa praktek di ruang ini yang akan dinas disini selama 1 minggu. Hari ini saya dinas pagi dari jam 07.00 sampai jam 14.00 saya akan merawat bapak selama disini. Nama bapak siapa? Senangnya bapak dipanggil apa

a. Evakui/validasi Baginam keadaan bapak hari ini?

b. Kontrak

1. Topik

Baiklah pak, bemimana kaka kita berbincang-bincang tentang suara yang mengganggu bapak dan cara mengontrol suara- suara tersebut, apakah bersedia?

2. W berapa bana bapak mau berbincang-bincang? Bagaimana kalau 20 menit?

3. Tempat bapak mau berbincang-bincang dimana? Bagaimana kalau di ruang tarua?

Baiklah pak

2. Fase Kerja

Apakah bapak mendengar suara tanpa ada wujudnya? Saya percaya bapak mendengar suara tersebut, tetapi saya sendiri tidak mendengar suara itu. Apakah bapak mendengarnya terus-menerus atau sewaktu-waktu? Kapan yang paling sering bapak mendengar suam ini? Berapa kali dalam sehari bapak mendengarnya? Pada keadaan suaru itu terdengar? Apakah waktu sendiri? Apa yang bapak rasakan ketika bapak mendengar suara itu? Bagaimana pemsan hapuk ketika mendengar suara tersebut Kemudian apa yang bapak lakukan? Apakah dengan cara tersebut suara-suara itu hilang? Apa yang hapuk alami ini namanya halusinasi Ada empat cara mengontrol halusinasi yaitu: menghardik, minum obat, bercakap-cakap dan melakukan aktivitas.

Bagiansani kalau kita latih cara yang pertama dahulu, yaini dengan menghardik, upakah bapak bemedi? Bagaimana kalau kita malai ya pak.... baiklah saya akan praktekan dahulu baru bapak mempraktekan kembali apa yang telah saya lakukan. Begini bapak jika suara itu muncul katakan dengan keras Pergi-Pergi saya tidak mau dengar, kamu saara palsu" sambil mmutup kedua telinga bapak Seperti ini ya bapak. Coba sekarang bapak ulangi kembali seperti yang saya lakukan tadi. Bagus sekali hapuk, coba sekali lagi bapak waah bagus sekali hapuk

3 Terminasi

Evaluasi subjektif dan objektif:

"Bagaimana pemsan hapuk setelah kita bercakap-cakap? Bapak mensa senang tidak dengan latihan tadi? Setelah kita ngobrol tadi, ponjang lebar, sekarang bapak simpulkan pembicaraan kita tadi? Coba sebutkan cara unstuk mencegah sura agar tidak muncul lagi. Kalau suara-suara itu muncul lagi, silahkan hapuk coba cara tersebut. Bagaimsusa kalau kita hain jadwal latihunnya, mau jau berapa saja latihannya?"

RTL

"bapak lakukan itu sampai suara itu tidak terdengar lagi, lakukan itu selama 3 kali sehari yaitu jam 08:00, 14:00 dan jam 20:00 atau disaat bapak mendengar suara

tersebut, cara mengisi buku kegiatan harian adalah sesuai dengan jadwal kegiatan harian yang telah kita buat tadi ya pak. Jika bapak melakukannya. secara mandiri maka bapak menuliskan di kolom M, jika bapak melakukannya dibantu atau diingatkan oleh perawat atau tensan maka bapak biast di kolom B. Jika bapak tidak melakukannya maka bapak tulis di kolken T. apakah bapak mengerti?

Kontrak yang akan datang

1. Topik

Baiklah bapak hagaimana kalau besok kita berbincang-bincang tentang cara yang kedua yaitu dengan mimam obat untuk mencegah suara-suara ina muncul, apakah bapak bersedia

2. Waktu:

Bapak mau jam berapa? Bagaimana kalan jam 09.00 pagi

3. Tempat

Bapak maunya dimana kita berbincang-bincang? Bagimana kalau di ruang tamu? Baiklah bapak besok saya akan kesini jam 15.00 sampai jumpa besok bpk. Saya perimisi dutu ya pak. Assalamualaikum

STRATEGI PELAKSANAAN (SP) 2: BERCAKAP-CAKAP

gangguan persepsi sensori: Halusinasi Pendengaran

A. Proses keperawatan

1. Kondisi klien

Data Subjektif

Klien mengatakan mendengar suara anch 1 kali dalam sehari

Data Objektif

Klien tampak gelisah

Klien tampak bingung

Klien tampak tidak kontak mata saat berbincang

Klien tampak tidak fokus saat di ajuk herhincang

2. Diagnosa keperawatan

Gangguan persepsi sensori: Halusinasi pendengaran

3. Tujuan Tindakan Keperawatan

Pasien mampu

Klien mampu mengontrol balusinasinya dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain.

Tindakan keperawatan

a. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien

b. Melatih pasien mengendalikan halusinasi dengan bercakap-cakap dengan dengan orang lain

e. Menganjurkan pasien memasukkan jadwal dalam kegiatan harian

B. Strategi Komunikasi

1. Fase Orientasi

a) Salam Tempeutik

"Selamat sang bapak, pak opakah masih ingat dengan saya?"

b) Evaluasi/validasi

"Bagaimana keadaan bapak hari ini? Pak apakah suara-suara masih muncul Apakah bapak telah melakukan cara yang kemarin saya sudah ajarkan ke bapak untuk menghilangkan suara-suara yang mengganggu. Coba sayu lihat jadwal keysatan harian bapak? Va bagus, bapak sudah latihan menghardik suara-suara juga dilakukan dengan teratur. Sekarang coba ceritakan pada saya apakah dengan cara tadi suam-suara yang bapak dengarkan sudah berkurang? Coba sekarang bapak praktekan cara menghardik sara-suara yung telah kita pelajari Ya bagus sekali pak"

4) Kontrak:

Topik Baiklah pak, sesuai janji kita kemaren hari ini kita akan belajar cara kedua dari empat cara mengendalikan suara-suara yang muncul yaitu bercakap-cakap dengan orang lain, Apakah bapak bersedia Waktu berapa lama bapak mau berbincang-bincang? Bagaimana kalau 20 meest?

Tempat bapak mau berbincang-bincang dimana? Bagai mana kalau di ruang tamu? Baiklah pak

2. Fase Kerja

"Caranya adalah jika bapak mulai mendengar suara-suara, langsung saja bapak cari teman untuk diajak berbicara. Minta teman bapak untuk berbicara dengan bapak Contohnya begini pak, tolong berbicara dengan siya, saya mulai mendengar suara-suara. Ayo kita ngobrol dengan saya? Atau hapak nunta pada perawat untuk berbicara dengannya seperti puk tolong berbicara dengan saya karena saya mulai mendengar suara-suara. Sekarang coba ihu praktekan! Bagus sekali pak

3. Terminan

d) Evaluasi subjektif dan objektif

Bagaimana perasaan bapak setelah kita berlatih tentang cara mengontrol suara-suara dengan bercakap-cakap Jadi sudah berapa cara yang kita latih untuk mengontrol

suara-suara? Coba sebutkan pak? Bapas sekali bapak, mari kita masakan kedalam jadwal kegiatan harian ya pak.

RTL

"Berapa kali hapuk akan bercakap-cakap?"

"baiklah pak shua kali saja. Jam berapa saja pak?"

"Baiklah pak jam 08:00 dan 17:00, Jangan lupa bapak lakukan cara yang kedua agar suara-suara yang bapak dengarkan tidak mengganggu bapak lagi

5. Kontrak yang akan datang

e) Topik:

"Baik lah pak. Bagaimana kalau besok kira berbincang-bincang tentang manfaat bercakap-cakap dan berlatih cara ketiga untuk mengontrol suara-suam yang bapak dengar dengan cara melakukan kegiatan aktivitas harian apakah bapak bersedia?"

Waktu

"besok saya masih dinas seperti sekarang. Kira kira bapak bisa jam berapa?"

Tempat:

Baiklah pak, saya akan datang besok jam 09.00 di ruangan ini ya pak. Saya permisi dulu

STRATEGI PELAKSANAAN (SP) 3: MELAKUKAN AKTIVITAS SEHARI-HARI

A. Proses Keperawatan.

1. Kondisi Klien

Data subjektif:

Klien mengatakan hari ini tidak mendengar suara-suara

Data objektif

Klien masih tampak kooperatif

h. Klien sudah ada kontak mata saat berbincang

Klien masih tampak bingung

2. Diagnosa Keperawatan.

Gangguan persepsi sensori: Halusinasi Pendengaran.

3. Tujuan Tindakan Keperawatan.

Klien mampu mengontrol halusinasi dengan cara melakukan kegiatan.

Tindakan Keperawatan.

a. Evaluasi jadwal kegiatan harian.

b. Melatih pasien meragukan halusinasi dengan cara melakukan kegiatan yang mampu klien lakukan.

c. Menganjurkan klien memasukkan kegiatan ke jadwal kegiatan sehari-hari klien

B. Strategi Komunikasi

1. Fase Orientasi

Salin Tematik

"Selamat siang bapak, pak apakah masih ingat dengan saya?"

b. Evaluasi validasi

"bapak tampak segar hari ini. Bagaimana perasaannya hari ini sudah siap kita berbincang hincang masih ingat dengan kesepakatan kita tadi, apa itu? apakah bapak masih mendengar suara-suara yang kita bicarakan kemarin

Kontrak:

Topik "seperti janji kaa kemarin bagaimana kalau ka sekamug berbincang-bincang tentang suata suara yang sering bapak dengar agar bisa dikendalikan dengan cara melakukan aktifitas/kegiatan harian" Waktu "dirnana tempat yang memarut bapak cocok untuk kita berbincang

bincang? Bagaimana kalau di ruang tamu? Bpk setuju Tempat: kita nanti akan berbincang kurang lebih 20 menit, bagaimana bpk soraju

2. Fase Kerja

"cara mengontrol halusinasi ada beberapa cara, kita sadah berdiskusi tentang cam pertama dan kedua, cara lain dalam mengontrol halusinasi yaitu cara ketiga adalah bapak menyibokkan diri dengan berbagi kegiatan yang bermanfaat. Jangan biarkan waktu luang untuk melamin saja pak"

Jika hajuk mulai mendengar suara-suara, segera menyibukkan diri dengan kegiatan seperti menyapu, mengepel, atau menyibukkan dengan kegiatan lainnya"

3. Fase Terminasi

Evaluasi Subjektif: "tidak terasa kita sudah berbincang-bincang lama, saya senang sekali bapak mau berbincang-bincang dengan saya. Bagai perasaan bapak setelah berbincang-bincang?"

b. Evaluasi Objektif. "coba bapak jelaskan lagi cara mengontrol halusinasi yang ketiga?"

"Ya, Bagus sekali pak. Bpk sudah mengerti cara mengomol halusinasi"

Rescara Tindak Lanjut: "Tolong nanti bapak praktekan kembali cara mengontrol halusinasi seperti yang sudah diajarkan tadi?"

d. Kontrak yang akan datang Topik: "hagaimana pak kalan kita berbincang-bincang lagi tentang cara mengomrel halusinasi dengan cara yang keemput yaitu dengan patuh minum ohat

Waktu:

"untuk besok jam berapa bapak bisa? Bagaimana kalau jam 16.00? bapak setuju?"

Tempat:

"Besok kita berbincang-hincang di sini atau tempat lain? Baik pak sudah mau berbincang-bincang dengan saya. Sampai ketemu besok pak

STRATEGI PELAKSANAAN (SP) 4: ENAM BENAR MINUM OBAT

gangguan persepsi sensori: Halusinasi Pendengran dan penglihatan

A. Proses Keperawatan.

1. Kondisi Klien

Data subjektif

Klien mengatakan hari ini masih mendengar suara-suara yang aneh

Data objektif

Klien masih tampak bingung

Klien tampak tidak fokus saat berbincang

Klien tampak kooperatif

Diagnosa Keperawatan.

Gangguan persepsi sensori: Halusinasi Pendengaran

3. Tujuan Tindakan Keperawatan.

Klien mampu mengontrol halusinasi pendengarn dengan mam benar minum obat

Tindakan Keperawatan.

Evaluasi jadwal kegiatan harian pasien

b. Jelaskan pentingnya penggunaan obat pada gangguan jiwa.

Jelaskan akibat bila obat tidak digunakan sesuai prognosa

a. Jelaskan akibat bila putus obat

Jelaskan cara mendapatkan obat

f. Jelaskan cara menggunakan obat dengan prinsip 6 benar (benar obat, benar pasien, benar cara, benar waktu, benar dosis dan kontinuitas,)

B. Strategi Komunikasi

1. Fase Orientasi

Salam Terapeutik

"selamat sore pak, bagaimana pak masih ingat kan dengan saya

h. Evaluasi Validasi

"bapak tampak segar hari ini. Bagaimana perasaannya hari ini sudah siap kita berbincang-bincang masih ingut dengan kesepakatan kita kemarin, apa ini apakah bapak masih mendengar suara-suara yang kita bicarakan kemarin

Kontrak

Topik:

"Seperti janji kita kemarin, bagaimana kalau kita sekarang berbincang-bincang tentang obat-obat yang bapak mimin."

Tempat

"dimana tempat yang menurut bapak cocok untuk kita berbincang-bincang? Bagaimana kalau di ruang TV? Bapak setuju?"

Waktu

"kita nanti akan berbincang kurang lebih 20 menit, bagaimana bapak setuju?"

: 2. Fase Kerja

tidak perlu menimmn obat ini secara teratur agar pikiran jadi tenang, dan tidurnya juga menjadi nyenyak. Obatnya ada tiga macam, yang warnanya orange namanya CPZ minum 3 kali sehari gunanya supaya tenang dan berkurang rasa marah dan mondar mandirnya, yang warnanya putih namanya THP masum 3 kali sehari supaya relaks dan tidak kaku, yang warnanya merah jambu uni namanya HLP gananya untuk menghilangkan stars-vaara yang bapak dengar. Semuanya ini

: harus bapak miman 3 kali sehari yaitu jam 7.00 pagi, jam 12.00 stang, dan jarm 19.00 malam. Bila nanti mulut bapak terava kering, untuk membantu. mengatasinya bapak bisa menghisap es batu yang bisa diminta pada Perawat. Bila hapak merasa mata berkunang-kunang, bapak sebaiknya beirahan dan jangan beraktivitas dulu. Jangan pernah menghentikan minan obat sebelum berkonsultasi dengun dokter ya pak Sampai disini, apakah bapak A mengerti? Nah bagus, bapak sudah mengerti.

3. Fase Terminasi

a. Evaluasi subyektif

"tidak serasa kita sudah berbincang-bincang lama, saya senang sekali pak man berbincang-bincang dengan saya. Bagaimana perasaan pak setelah berbincang-bincang

h. Evaluasi ubyektif "coba hapak jelaskan lagi obat apa yang dimimam tadi? Kemudian berapa dosisnya?

Renacan tindak lanjut

tolong nanti bapak minta obat ke perawat kalau saatnya minum obat."

Kontrak yang akan datang

Topic:

"bagaimana hapak kalau kita akan mengikuti kegiatan TAK (Terapi Aktifitas Kelompok) yaitu menggambar sambil mendengarkan musik Waktu

jam berapa bapak bisa? Bagaimana kalau jam 16,00 bpk setuju?"

Tempat:

Besok kitu akan melakukan kegiatan di ruang TV. Terimakasih pak sudah mau berbincang-bincang dengan saya. Sampai keterm besok sore pak"

STRATEGI PELAKSANAAN I RESIKO PERILAKU KEKERASAN

A. Proses Keperawatan

1. Kandisi Klien

Data Subjektif

Keluarga klien mengatakan klien suka mudah-marah tanpa sebab

Keluarga klien mengatakan klien suka memukul pengendara motor yg lewat

Klien pernah menjadi korban penipuan

Data Objektif

Klien menjawab pertanyaan dengan nada bicara keras dan cepat

Klien nampak tegang saat berinteraksi

Mata kien tampak melatot dan kesal

Klien menjawab pertanyaan dengan singkat.

Klien tampak bermusuhan.

2. Diagnosa Keperawatan

Resiko Perilaku Kekerasan

3. Tujuan Khus

Membantu pasien melatih mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik pertama

4. Tindakan Keperawatan

Mengidentifikasi penyebab, tanda dan gejala, perilaku kekerasan yang dilakukan, akibat perilaku kekerasan

h. Jelaskan cara mengontrol perilaku kekerasan fisik, obat, verbal, spritual

Latihan cara niengontrol perilaku kekerasan secara fisik: tarik nafas dalam dan pukul kasur dan bantal

B. Strategi komunikasi

Orientasi

"Selamat pagi pak, perkenalkan nama saya AA, panggil saya A. hari ini saya akan berbincang-bincang dengan hupak."

"Nama bapak siapa? Senangnya di panggil apa?"

"Hagaimana perasaan bapak saat ini, masih ada marah kesalta

"Baiklah, kita akan berbincang-bincang sekarang tentang perasaan marah bapak."

"Beraga lama bapak mau kita berbincang-bincang? Bagaimana jika 10 menit?"

"Di mana enaknya kita duduk-foduk untuk berbincang-bincang, pak? Bagaimana jika di ruang tamu

2. Kerja:

"Apa yang menyebabkan bapak marah? Apakah sebelumnya hapak pernah marah? Apa penyehuberya? Samakah dengan sekarang? Ooo. jadi ada dua penyebab murah bapak ya

"Pada saat bapak sedang murals apayang bapak rasakan Misalnya saat bapak pulan ke rumah dan istri bapak belum menyiapkan makanan (misalnya ini yang jadi penyehah marah pasien), apa yang bapak rasakan

"Apakah bapak merasa kesal, seus dada bapak berdebar-debar, mata melotot, rahang terkutup rapat dan tangan mengepal" Setelah itu apa yang bapak lakukan? Ooo.. iya, jadi bapak memukul istri bapak dan memecahkan piring. Apakah dengan cara ini makan terhidang" Iya.. tentu saja tidak."

"Apa kerugian dari cara yang bapak lakukan, betul.. istri jadi sakit dan ketakutan. Piring piring pecah. Menurut bapak, adakah cara yang lebih baik? Maukah bapak belajar cara mengungkapkan marah dengan baik tanpa menimbulkan kerugian?"

: Ada beberapa cara mengatam marah, pak. Salah satunya dengan cara fisik. Jadi menyalurkan marah lewat kegiatan fisik. Dari beberapa cara tadi bagaimana jika kita belajar satu cara dulu?"

"Begini pak, jika tanda tanda marah tadi sudah bapak rasakan, maka bapak berdiri, lalu tarik napas dari hidung, tahan sebentar lalu keluarkan napas perlahan melalui mulut sambil membayangkan hawa yang sedang dikeluarkan kemurahan. Silahkan bapak mencoba melakukannya. Bagus coba lakukan sampai lima kali setiap hari sudah bisa melakukannya. Bagaimana perasaan?"

"Nah, sebaiknya latihan ini bapak lakukan secara rutin, sehingga jika sewaktu-waktu rasa marahnya muncul, bapak sudah terbiasa melakukannya"

3. Terminasi

"Bagaimana perasaan bapak setelah berbincang-bincang tentang kemarahan bapak?"

"Ya jadi ada dua penyebab marahnya bapak (sebutkan), dan yang bapak rasakan (sebutkan), yang bapak lakukan (sebutkan) serta akibatnya (sebutkan)."

: "Coba selama saya tidak ada bapak mencoba mengingat lagi penyebab marah bapak yang lalu, apa yang bapak lakukan bila marah, yang belum kita bahas dan jangan lupa latihan nafas dalamnya ya pak."

"baik, bagaimana jika dan jam lagi saya datang dan kita latihan cara yang lain untuk mencegah atau mengontrol marah. Tempatnya disini saja pak. Selamat pagi"

STRATEGI PELAKSANAAN SP II RESIKO PERILAKU KEKERASAN

A. Proses Keperawatan

1. Kondui Klien

Data Subjektif

Khen mengatakan senang dan sedikit temang setelah berkenalan

Klien mengatakan rasa kesal sedikit menghilang setelah tarik rapes dalam.

Data Objektif

Klien menjawab pertanyaan dengan nada bicara keras dan cepat

Klien nampak tegang saat berinteraksi

Mata klien tampak melotot dan kesal

Klien menjawab pertanyaan dengan singkat.

Klien tampak bermusuhan.

2. Diagnosa Keperawatan

Risiko Perilaku Kekerasan

Strategi Komunikasi

1. Orientasi

"Selamat pagi pak, sesuai janji saya dan jam yang lalu, sekarang saya datang lagi untuk berdiskusi dengan bopok tentang mengontrol marah dengan cara fisik, untuk cara yang kodua"

"Bagaanano pak? Berapa lama? Disini saja ya?"

2. Kerja

"Jika ada sesuatu yang membuat bapak merasa jengkel, selain dengan rapias dalam, bapak juga bisa mengontrolnya dengan memukul kasur atau hantal"

"Sekarang mari kita harihan memakal bantal atau kasur. Nah, mana kamar bapak Jadi, jika nanti hepak merasa kesal dan ingin marah, langsung ke kamar dan lampiaskan kemarahan tersebut dengan memukul buntal atau kasur. Nah, coba bapak lakukan. Bagus bapak dapat melakukannya."

"Kekesalan dilampiaskan pada kasur dan buntal"

"Cara ini pun dapat dilakukan secara rutin jika ada raso marah, Dan jangan lupa rapikan kembali tempat tidurnya."

3. Terminasi

"Bagaimana perusan bapak setelah latihan menyalurkan amarah Ada berapa cara yang sudah kita latih? Coba sebutkan lagi. Bagus!"

: "Sekarang mari kita masukkan jadwal latihan memukul kasar dalam aktivitas bapak. Lalu bila ada keinginan marah sewaktu-waktu segera gunakan kedua carutadi ya puk."

"Besok pagi kita berjumpa lagiunnk belajar cara mengontrol amarah dengan belajar bicara yang baik." "Sampai jumpa

STRATEGI PELAKSANAAN III RESIKO PERILAKU KEKERASAN

A. Proses Keperawatan

Kondisi Klien

Data Subjektif

Klien mengatakan perasaunya senang

Klien mengatakan masih ingat dengan yang dujarkan sebelumnya

Data Objektif

Klien nampak tegang saat berinteraksi.

Mata klien tampak meletot dan kesal

Klien menjawab pertanyaan dengan singkat.

Klien tampak bermunahan.

2. Diagnosa Keperawatan Rexiko Perilaku Kekerasan

Strategi Komunikasi

1. Orientasi

"Selamat pagi pak, kemarin sudah kita pelajari bahwa jika hapak marah dan mancung perasaan kesal, berdebu-debar, mata melotot, hapak juga bisa memukul bantal atau kes."

"Bagaimana perasaan bapak setelah melakukannya?"

"Coba saya liat jadwal kegiatannya. Bagua! Nah, jika kegiatan napas dalam dan latihan memukul bantal tulis M (Mandiri). Jika diingatkan perawat tulis 8 (dengan bantuan). Jika tidak dilakuka tulis T (belum bisa melakukan)."

Sesuai janji saya kemarin, sekarang saya datang lagi untuk berdiskusi dengan bapak, tentang mengontrol amarah dengan belajar bisara yang baik"

"Bagaimana pak" Berapa lama? Disini saja ya?"

2. Kerja

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

Meminta dengan baik tanpa marah dengan nada suara yang rendah serta tidak menggunakan kata-kata kasar

b. Menolak dengan baik, bila ada yang menyuruh dan bapak tidak ingin melakukannya, katakan maaf saya tidak bisa melakukannya karena sedang ada kerjaan. Coba bapak praktekkan. Bagus!

Mengungkapkan perasaan kesal, jika ada perlakuan orang lain yang membuat kesal, katakan saya jadi ingin marah dengan perkataan mu itu, tetapi tidak dengan nada kasar apalagi mengancam., Coba bapak praktekkan, Bagus, pak!

3. Terminasi

Nah, bagaimana perasaan bapak setelah kita bercakap-cakap tentang mencegah marah dengan berbicara yang baik?"

Coba bapak sebutkan lagi cara bicara yang baik yang sudah kita pelajari. Bagus

bagaimana jika besok kita bertemu lagi untuk membicarakan cara mengatasi marah yang lain, yaitu dengan cara berdoa ya pak Berapa lama? Disini saja? Baik sampai jumpa

STRATEGI PELAKSANAAN IV RESIKO PERILAKU KEKERASAN

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Klien

Data Subjektif

Klien mengatakan ta jarang sholat

Klien mengatakan perasaanya senang

Klien mengatakan masih ingat dengan yang diajarkan sebelumnya

Data Objektif

Klien dapat melakukan sholat namun melakukannya dengan cepat.

Klien nampak tegang saat berinteraksi.

Mata klien tampak melotot dan kesal

Klien menjawab pertanyaan dengan singkat.

Klien tampak bermusuhan.

2. Diagnosa Keperawatan

Risiko Perilaku Kekerasan

B. Strategi Komunikasi

1. Orientasi

"Selamat pagi pak, bagaimana perasaan bapak hari ini. Kemarin sudah kita pelajari bahwa jika hapuk akan marah dan mameid perasaan kesal, berdebar-debar, mata melotot, selain napas dalam maka bapak juga bisa memukul bantal atau kasue"

"Kernalian setelah amarahnya reda, bapak bisa bicara baik-baik kepada orang yang membuat hapuk marah. Nah, bagaimana sudah dilatih sernuanya? Bagnis! Bagaimana perasaan marahnya Hari ini kita akan bicara mengenai cara mencegah amarah dengan cara ibadah."

Dimana enaknya kita bertsingang-hincang Berapa lama? Bagaimana jika 15 menit

1. Kerja

"Coba ceritakan kegiatan udali yang bapak lakukan Bagus Wah banyak sekali. Yang mana yang mau kita cobu?"

"Nah, jika bapak sedang marah, coba bapak langsung duduk dan tarik

rupas dalam, jika tidak reda juga segera rebuhkan badan agar rileks. Bila masih tidak reda juga, segera berdoa lagi."

"Hapak bisa berdoa secara teratur untuk mencegah kemarahan jangan tupa memohon ampun kepada inhan dan memohon agar terlindungi dari sifat pemaarah.

1. Terminasi

"Bagaimana perasaan bapak setelah kita bercakap-cakap tentang cora mengontrol amarah dengan beribadah tadi?"

"Mari kita masukkan jadwal berdoa dan ibadah lainnya kedalam jadwal sehari-hari bapak."

ANALISA OBAT



Nama obat: Risperidon

Indikasi: Mengatasi gejala skizofrenia, gangguan bipolar, atau gangguan perilaku

Kontraindikasi: penggunaan pada pasien dengan hipersensitivitas terhadap risperidone atau paliperidone sebagai metabolitnya.

Efek samping: Kantuk, pusing, sakit kepala, mulut kering, mual, muntah, maag, diare, peningkatan berat badan, gangguan tidur, ngiler

Nama Obat: Lorazepam



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 pergelanngan kaki bengkak, nyeri dada.

Nama Obat: Trihexyphenidyl

Indikasi : Mengatasi gejala penyakit Parkinson dan gejala ekstrapiramidal yang disebabkan oleh efek samping obat.

Kontraindikasi: Trihexyphenidyl tidak boleh diberikan pada pasien dengan glaukoma sudut tertutup. Penggunaan trihexyphenidyl atau obat antikolinergik lainnya dapat mengakibatkan peningkatan tekanan intraokular, memperburuk glaukoma sudut tertutup, hingga menyebabkan kebutaan. Pemeriksaan gonioskopi harus dilakukan sebelum penggunaan obat pertama kali, dan secara rutin selama konsumsi trihexyphenidyl berlanjut.

Efek samping : Seperti obat-obat antikolinergik lainnya, trihexyphenidyl dapat mempengaruhi kerja organ-organ dan kelenjar yang berhubungan dengan sistem saraf parasimpatis. Trihexyphenidyl harus diberikan secara bertahap, dengan dosis rendah di awal, dan peningkatan dosis dilakukan dengan pengawasan efek samping.

Nama Obat: Trifluoperazine

Indikasi : Trifluoperazine merupakan obat untuk mengobati gangguan mental, seperti skizofrenia dan gangguan psikotik.

Kontraindikasi: Trifluoperazine dikontraindikasikan pada pasien dengan hipersensitivitas pada phenothiazine, pasien koma atau terdapat supresi pada sistem saraf pusat, diskrasia darah, penyakit kardiovaskular yang berat, hipotensi yang berat, depresi sumsum tulang, riwayat gangguan hepar, prolactin dependent tumor, kerusakan otak subkortikal, serta kehamilan pada trimester 1 dan laktasi

Efek samping: Kantuk, mulut kering, sembelit, berat badan meningkat, gangguan tidur, pusing, lelah, penglihatan buram.

Lembar Konsultasi

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

Nama Mahasiswa : Fachria Abidah

Judul : Asuhan Keperawatan pada Tn. P pada Gangguan Persepsi sensori: Halusinasi pendengaran dan Penglihatan diruang Merak RSJ Soeharto Heerdjan Jakarta Barat

No.	Tanggal	Konsultasi (Saran/perbaikan)	Tanda tangan
1.	19 Mei 2024	Bimbingan pengarahan online pembahasan aspek Jiwa	
2.	20 Mei 2024	Bimbingan UAP dan pengambilan kasus jiwa di ruang Merak RSJ Soeharto Heerdjan	
3.	21 Mei 2024	Konsultasi kasus pasien keelolaan untuk Karya Tulis Ilmiah	
4.	22 Mei 2024	Ujian tindakan penerapan SP pada pasien kelolaan dan bimbingan penulisan evaluasi asuhan keperawatan	
5.	25 Mei 2024	Pengumpulan dan konsultasi penulisan evaluasi asuhan keperawatan	
6.	31 Mei 2024	Penumpulan BAB 1, 2, dan 3	
7.	4 Juni 2024	Pengumpulan bab 4 dan 5	
8.	12 Juni 2024	Konsultasi BAB 1,2,3,4 dan 5 perbaikan kesalahan penulisan kata pada bab 1 dan 2	
9.	14 Juni 2024	Konsultasi BAB 1,2,3,4 dan 5 perbaikan dan penambahan kata pada bab 3 dan 4	
10.	15 Juni 2024	Konsultasi BAB 1,2,3,4 dan 5 perbaikan kata pada bab 3 dan 4	
11.	18 Juni 2024	Pengumpulan BAB 1,2,3,4, 5 dan lampiran	
12.	19 Juni 2024	Konsultasi dan perbaikan pada margins	
13.	20 Juni 2024	Konsultasi dan merapihkan kata yang berdampak	
14.	21 Juni 2024	ACC Sidang	