



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NY. C
DENGAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI :
HALUSINASI PENDENGARAN DI RUANG
PHCU WANITA RUMAH SAKIT
DR. H. MARZOEKI MAHDI
BOGOR**

MUHAMAD NURUL VIKRI

2011065

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



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NY. C
DENGANGANGGUAN PERSEPSI SENSORI :
HALUSINASI PENDENGARAN DI RUANG
PHCU WANITA RUMAH SAKIT
DR. H. MARZOEKI MAHDI
BOGOR**

Laporan Tugas Akhir

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

MUHAMAD NURUL VIKRI

2011065

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

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Muhamad Nurul Vikri

NIM : 2011065

Tanda tangan : 

Tanggal : 09 Juni 2023

LEMBAR PENGESAHAN

**Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny. C
Dengan Gangguan Persepsi Sensori :
Halusinasi Pendengaran Di Ruang
PHCU Wanita Rumah Sakit
Dr. H. Marzoeki Mahdi
Bogor**

Pembimbing

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

Penguji 1

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

Penguji 2

(Ns. Ressa A.U., M. Kep. Sp. Kep.Kom)

Menyetujui

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada



(Ellynia, SE. M.M)

Ketua

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT, karena berkat rahmad dan karunia-Nyalah, sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir. Penulisan tugas akhir ini dilakukan dalam rangka memenuhi persyaratan untuk menyelesaikan pendidikan Diploma III Keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada. Saya menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan Laporan Tugas Akhir ini, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan tugas akhir ini. Oleh karena itu, saya mengucapkan terimakasih kepada :

1. Ibu Ellynia, SE., MM, selaku Ketua Stikes RS Husada.
2. Bapak Dr. dr. Fidiansjah Mursid, Sp. KJ., M. P. H selaku direktur utama RS. DR. H. Marzoeki Mahdi Bogor yang sudah mengizinkan untuk berdinas dan mengambil kasus untuk Laporan Tugas Akhir.
3. Ns. Dian Fitria, M. Kep. Sp. Kep. J, selaku pembimbing keperawatan jiwa yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk membimbing dan mengarahkan saya dalam penyusunan Tugas Akhir ini.
4. Ns. Tri Setyaningsih, M. Kep, Sp. Kep. J selaku penguji I dalam Ujian Akhir Program ini.
5. Ns. Ns. Ressa A.U., M. Kep. Sp. Kep.Kom selaku penguji II dalam Ujian Akhir Program ini.
6. Ns. Fendy Yesayas, M. Kep selaku Pembimbing Akademi yang selalu memberikan dukungan dan motivasi kepada penulis.
7. Dosen dan staff pendidikan STIKes RS Husada yang telah banyak membantu dan memberikan bimbingan kepada penulis dalam memberikan pendidikan.
8. Terimakasih kepada CI dan seluruh perawat ruangan Nusa Indah RS. Husada Jakarta Pusat
9. Ny. C atas bantuan dan kerjasamanya selama penulis memberikan asuhan keperawatan
10. Kedua orang tua tercinta bapak Sukirno, ibu Wartini, dan kakak

tersayang Anisza Ratna Sari, Tri Okta Viani yang telah memberikan doa serta dukungan kepada penulis baik secara moral dan material, senantiasa memberikan motivasi dan mendengarkan keluh kesah selama masa perkuliahan, tidak lelah memberikan dukungan semangat dan kasih sayang kepada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan program pendidikan Diploma Tiga Keperawatan.

11. Sahabat tersayang seperjuangan Apricia Kusuma Dewi, Bella Puspita Sari dan Resti Noviana dan Febrina Kusuma Putri yang selalu memberikan dukungan dan motivasi kepada penulis.
12. Rekan – rekan mahasiswa/i Sekolah RS Husada Jakarta Angkatan XXXIII yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu yang telah sama–sama berjuang dan memberikan do'a sehingga dapat menyelesaikan Pendidikan.

Akhir kata penulis berharap kepada Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga Laporan Tugas Akhir ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Jakarta, 20 Februari 2023

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR LAMPIRAN	viii
DAFTAR GAMBAR.....	ix
DAFTAR TABEL	x
BAB I : PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan.....	5
1. Tujuan umum.....	5
2. Tujuan khusus.....	5
C. Ruang Lingkup.....	6
D. Metode Penulisan	6
E. Sistematika Penulisan.....	7
BAB II : TINJAUAN TEORI.....	8
A. Pengertian.....	8
B. Psikodinamika.....	9
C. Rentang Respon.....	10
D. Tanda dan gejala.....	12
E. Asuhan Keperawatan Halusinasi	12
BAB III : TINJAUAN KASUS.....	20
A. Pengkajian	20
B. Analisa Data	25
C. Pohon Masalah	27
D. Diagnosa Keperawatan.....	27
E. Perencanaan, Pelaksanaan, dan Evaluasi.....	27
BAB IV : PEMBAHASAN.....	42
A. Pengkajian.....	42
B. Diagnosa.....	44
C. Intervensi.....	45
D. Implementasi.....	46
BAB V : PENUTUP.....	50
A. Kesimpulan.....	50
B. Saran.....	51
DAFTAR PUSTAKA	

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Strategi Pelaksanaan
- Lampiran 2 Analisa Obat
- Lampiran 3 Rencana Keperawatan
- Lampiran 4 Lembar Konsul

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Rentang Respon Halusinasi	10
Gambar 2.2 Pohon masalah Halusinasi	14
Gambar 3.1 Genogram Keluarga Ny. C	21
Gambar 3.2 Pohon Masalah Ny. C	26

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Analisa Data	25
------------------------------	----

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan jiwa masih menjadi salah satu permasalahan kesehatan yang signifikan di dunia, termasuk di Indonesia. Gangguan jiwa merupakan suatu penyakit yang disebabkan karena adanya kekacauan pikiran, persepsi dan tingkah laku dimana individu tidak mampu menyesuaikan diri dengan diri sendiri, orang lain, masyarakat dan lingkungan. Sedangkan Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) adalah orang yang mengalami gangguan dalam pikiran, perilaku dan perasaan yang termanifestasi dalam bentuk sekumpulan gejala dan atau perubahan perilaku yang bermakna, serta dapat menimbulkan penderitaan dan hambatan dalam menjalankan fungsi orang sebagai manusia. (Kemenkes RI, 2018)

Penderita gangguan jiwa menurut *World Health Organization* (WHO, 2018) menunjukkan bahwa secara global diperkirakan 350 juta orang mengalami depresi, 60 juta orang menderita gangguan afektif bipolar, 47,5 juta orang mengalami demensia, dan 21 juta orang menderita gangguan skizofrenia yang terjadi lebih banyak pada laki-laki yaitu (12 juta), dan perempuan sebanyak (9 juta). Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (2018) 136 juta jiwa mengalami gangguan jiwa berat. Jumlah gangguan jiwa di Indonesia penduduk yang mengalami gangguan jiwa skizofrenia sebanyak 6,4% di perkotaan dan 7,0% di pedesaan. Untuk di wilayah Jawa Barat memiliki prevalensi gangguan jiwa berat atau skizofrenia (psikotik) 5 per mil, yang artinya ada 5 kasus dalam 1.000 penduduk yang mengalami gangguan jiwa berat (psikotik atau skizofrenia). Sebagian besar responden berjenis kelamin laki-laki (56,5%) sedangkan perempuan (34,8%) mengalami halusinasi.

Skizofrenia merupakan kondisi gangguan psikotik yang ditandai dengan gangguan utama dalam pikiran, emosi dan perilaku yang terganggu, sehingga berbagai pemikiran tidak saling berhubungan secara logis, persepsi

dan perhatian menjadi keliru (Makhruzah, Putri, & Yanti, 2021). Skizofrenia adalah bagian dari gangguan psikosis yang ditandai dengan kehilangan pemahaman terhadap realitas dan hilangnya daya tilik dari diri (Yudhantara & Istiqomah, 2018). Gangguan persepsi sensori (halusinasi) merupakan salah satu masalah keperawatan yang dapat ditemukan pada pasien gangguan jiwa. Pasien merasakan sensasi berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan, atau penghiduan tanpa stimulus yang nyata (Keliat dkk, 2007).

Salah satu jenis halusinasi yang sering dijumpai yaitu halusinasi pendengaran. Halusinasi pendengaran dapat berupa bunyi mendenging atau suara bising yang tidak mempunyai arti, tetapi lebih sering terdengar sebagai sebuah kata yang bermakna. Suara itu bisa menyenangkan dapat pula berupa ancaman, mengejek, memaki, atau bahkan menakutkan dan kadang-kadang memerintah untuk berbuat sesuatu seperti membunuh dan merusak. (Yosep, 2010)

Pada halusinasi orang merasa bahwa ia seakan – akan menerima stimulus yang sebenarnya secara objektif stimulus tersebut tidak ada. Faktor – faktor yang menyebabkan timbulnya halusinasi pada klien gangguan jiwa terdiri dari dua faktor, yaitu faktor predisposisi (genetika, neurobiologi, neurotransmitter, abnormal perkembangan saraf, dan psikologis) dan presipitasi (Muhith, 2015). Dampak yang ditimbulkan oleh pasien yang mengalami halusinasi adalah kehilangan kontrol dirinya. Pasien akan mengalami panik dan perilakunya dikendalikan oleh halusinasi. Pada situasi ini pasien dapat melakukan bunuh diri (*suicide*), membunuh orang lain (*homicide*), bahkan merusak lingkungan (Hawari & Dadang, 2009).

Peran perawat dalam menangani halusinasi di rumah sakit yaitu dengan menerapkan standar asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi serta mencakup penerapan strategi pelaksanaan halusinasi. Strategi pelaksanaan adalah penerapan standar asuhan keperawatan terjadwal yang diterapkan pada pasien yang bertujuan untuk mengurangi masalah keperawatan jiwa yang ditangani. Strategi pelaksanaan pada pasien halusinasi mencakup kegiatan mengenal halusinasi, mengajarkan pasien menghardik halusinasi,

bercakap- cakap dengan orang lain saat halusinasi muncul, melakukan aktivitas terjadwal untuk mencegah halusinasi, serta minum obat dengan teratur (Keliat & Akemat, 2010). Penerapan Asuhan keperawatan yang sesuai standar dapat membantu menurunkan tanda dan gejala halusinasi sebesar 14% (Wahyuni, Yuliet, Elita & Veni 2011).

Berdasarkan latar belakang diatas maka penulis tertarik untuk melakukan studi kasus tentang gambaran gangguan sensori persepsi : halusinasi pendengaran pada pasien Ny. C Di PHCU Wanita Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor.

B. Tujuan

Tujuan penulisan karya tulis ilmiah ini adalah mendapatkan suatu pengetahuan serta keterampilan dalam memberikan asuhan keperawatan.

Tujuan sendiri ada dua yaitu tujuan umum dan tujuan khusus :

1. Tujuan umum

Tujuan umum dalam karya tulis ini adalah menambah pengetahuan dan keterampilan yang diperoleh melalui pengalaman dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan jiwa dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran.

2. Tujuan khusus

Penulis mampu :

- a. Melakukan pengkajian pada pasien dengan gangguan jiwa dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran
- b. Menentukan masalah keperawatan pasien dengan gangguan jiwa dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran
- c. Merencanakan asuhan keperawatan pasien dengan gangguan jiwa dengan masalah Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran

- d. Melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan perencanaan
- e. Melakukan evaluasi pasien dengan gangguan jiwa dengan masalah Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran
- f. Mengidentifikasi kesenjangan yang terdapat antara teori dan praktik
- g. Mengidentifikasi faktor-faktor pendukung, penghambat, serta mencari solusi atau alternatif pemecah masalah.
- h. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasie dengan gangguan jiwa dengan masalah Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran.

C. Ruang Lingkup

Karya tulis ilmiah ini merupakan pembahasan tentang kesenjangan antara teori dan kasus mengenai hasil pelaksanaan asuhan keperawatan pada Ny. C dengan masalah Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran di ruang PHCU Wanita RSJ. dr, H. Marzoeki Mahdi Bogor.

D. Metode Penulisan

Penyusunan karya tulis ilmiah ini penulis menggunakan metode deskriptif yaitu dengan pendekatan studi kasus. Proses penulisan metode ini digunakan dalam pengumpulan data oleh penulis adalah metode wawancara, yaitu melakukan pengumpulan data dengan cara tanya jawab dan interaksi langsung pasien, perawat, serta tim kesehatan lainnya dengan gangguan jiwa dengan masalah Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran.

E. Sistematika Penulisan

Penyusunan karya tulis ilmiah terdiri dari 5 BAB, yang disusun secara sistematis sebagai berikut : BAB I adalah pendahuluan yang mengurai latar belakang, tujuan penulisan, ruang lingkup, metode penulisan, dan sistematika penulisan. BAB II adalah tinjauan materi yang menguraikan pengertian, psikodinamika, rentan respon, asuhan keperawatan (pengkajian, diagnosa, perencanaan, penatalaksanaan, evaluasi). BAB III adalah tinjauan kasus yang menguraikan pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, penatalaksanaan keperawatan, evaluasi. BAB IV adalah merupakan pembahasan kasus teori yang menguraikan perbandingan antara teori dan kasus yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, pelaksanaan keperawatan, evaluasi. BAB V adalah penutup yang menguraikan kesimpulan dan saran.

BAB II TINJAUAN TEORI

A. Pengertian

Kebutuhan psikososial merupakan kebutuhan yang terdiri dari aspek psikologis dan aspek sosial. Pemenuhan kebutuhan psikososial sangat penting bagi hidup seseorang karena memiliki pengaruh yang sangat besar terhadap kualitas hidup karena berkaitan dengan hubungan sosial, kognitif, tingkat spiritual, dan emosional yang dapat menunjang kesehatan jiwa pada hidup seseorang (Ambarwati, 2019). Halusinasi adalah salah satu gangguan jiwa dimana pasien mengalami perubahan sensori persepsi, merasakan sensasi palsu berupa suara, pengelihatan, pengecapan, perabaan atau penghiduan. Klien merasakan stimulus yang sebetulnya tidak ada (Damaiyanti, & Iskandar 2012).

Halusinasi adalah perasaan tanpa adanya suatu rangsangan (objek) yang jelas luar diri klien terhadap pancra indra pada saat klien dalam keadaan sadar atau bangun (Azizah, 2011). Halusinasi adalah salah satu gejala gangguan jiwa pada individu yang ditandai dengan perubahan persepsi sensori : halusinasi merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, penciuman, perbaan, dan penghiduan. Klien merasakan stimulus yang sebenarnya tidak ada (Muhith, 2015)

Halusinasi pendengaran adalah halusinasi yang paling sering dialami oleh penderita gangguan mental, seperti mendengar suara melengking, mendesir, bising, dan dalam bentuk kata-kata atau kalimat. Individu merasa suara itu tertuju padanya, sehingga penderita sering terlihat bertengkar atau berbicara dengan suara yang didengarnya

(Wijayanto, 2017)

B. Psikodinamika

Faktor penyebab terjadinya halusinasi (Oktiviani, 2020), adalah:

1. Faktor Predisposisi

a. Biologis

Abnormalitas perkembangan sistem saraf yang berhubungan dengan respon neurobiologis yang maladaptif baru mulai dipahami. Ini ditunjukkan oleh penelitian-penelitian sebagai berikut:

Penelitian terhadap otak menunjukkan keterlibatan otak yang lebih luas dalam perkembangan skizofrenia. Lesi pada daerah frontal, temporal, dan limbik berhubungan dengan perilaku psikotik.

Beberapa zat kimia di otak seperti dopamin neurotransmitter yang berlebihan dan masalah-masalah pada sistem reseptor dopamin dikaitkan dengan terjadinya skizofrenia. Pembesaran ventrikel dan penurunan masalah kortika menunjukkan atrofi yang signifikan pada otak manusia sehingga anatomi otak klien dengan skizofrenia kronis ditemukan pelebaran lateral ventrikel, atrofi korteks bagian depan dan atrofi otak kecil (cerebrum).

b. Psikologis

Pengaruh keluarga dan lingkungan klien dapat mempengaruhi respon. Dan kondisi psikologis dapat menjadi salah satu penyebab gangguan orientasi realistik.

c. Sosial Budaya

Kondisi sosial budaya mempengaruhi gangguan orientasi realita seperti: kemiskinan, konflik sosial budaya (perang, kerusuhan, bencana alam) dan kehidupan terisolasi disertai stres.

2. Faktor Presipitasi

a. Biologis

Gangguan dalam komunikasi dan putaran balik otak, yang mengatur proses informasi serta abnormalitas pada mekanisme pintu masuk dalam otak yang mengakibatkan ketidakmampuan untuk secara selektif menanggapi stimulus yang diterima otak untuk diinterpretasikan.

b. Stres lingkungan

Ambang toleransi terhadap stres yang berinteraksi terhadap stresor lingkungan untuk menentukan terjadinya gangguan perilaku.

c. Sumber koping

Stres koping mempengaruhi respon individu dalam menanggapi stres.

C. Rentang Respon

Halusinasi merupakan respon *maladaptive* yang berbeda dengan rentang respon neurobiologi (Stuart and Laraia, 2005). Pasien yang sehat persepsinya akan akurat, mampu mengidentifikasi dan menginterpretasikan stimulus berdasarkan informasi yang diterima melalui panca indra (pendengaran, pengelihatn, penciuman, pengecapandan perabaan) klien halusinasi mempersepsi sesuatu dengan tidak adanyastimulus. Rentang respon tersebut sebagai berikut:

2. Respon psikososial

- a. Proses pikir terganggu yaitu proses pikir yang menimbulkan gangguan
- b. Ilusi yaitu interpretasi atau salah penilaian tentang penerapan yang sebenarnya dari sesuatu (benda nyata) karena rangsangan sensorik.
- c. Emosi yang berlebih atau berkurang
- d. Perilaku abnormal yaitu perilaku dan sikap yang melampaui batas
- e. Penarikan diri adalah untuk menghindari interaksi dengan orang lain

3. Respon maladaptif

Respon maladaptif yaitu reaksi individu dalam memecahkan masalah yang menyimpang dari norma sosial budaya dan lingkungan antara lain :

- a. Gangguan mental yang terobsesi dengan keyakinan bahkan jika orang lain tidak mempercayainya dan bertentangan dengan realitas sosial
- b. Halusinasi yaitu persepsi yang salah atau persepsi eksternal yang tidak realita atau tidak ada
- c. Rusaknya proses emosional yaitu perubahan hal-hal yang timbul dari diri
- d. Perilaku tidak teratur yaitu sesuatu yang tidak teratur
- e. Isolasi sosial yaitu keadaan kesepian yang dialami oleh seseorang dan diterima oleh orang lain sebagai kecelakaan yang ditentukan dan mengancam

D. Tanda dan gejala

Azizah, (2016) menyebutkan bahwa data objektif dan subjektif halusinasi pendengaran antara lain :

a. Data objektif

Bicara atau tertawa sendiri tanpa ada lawan bicara, Marah-marah tanpa sebab, Mencondongkan telinga ke arah tertentu, Menutup telinga

b. Data subjektif

Mendengar suara atau kegaduhan, Mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap, Mendengarkan suara yang menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya.

E. Asuhan Keperawatan isolasi sosial

1. Pengkajian

a. Identitas klien

Meliputi nama klien, umur, jenis kelamin, status perkawinan, agama, tanggal MRS (Masuk rumah sakit), tanggal pengkajian, no rekam medik, diagnosa medis dan alamat klien.

b. Keluhan utama

Direja (2011), keluhan utama yang dirasakan klien gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran adalah klien sering mendengar suara-suara lain tanpa adanya rangsangan dari luar (Stimulus) yang mengakibatkan klien sering tersenyum, tertawa, berbicara sendiri, bahkan ada bisikan yang memerintahkan untuk berbuat jahat.

c. Faktor predisposisi

1. Faktor biologis

Hal yang di kaji pada faktor biologis, meliputi adanya faktor heriditer gangguan jiwa, adanya resiko bunuh diri, riwayat penyakit atau trauma kepala, dan riwayat penggunaan NAPZA.

2. Faktor psikologis

Pada klien yang mengalami halusinasi, dapat ditemukan adanya kegagalan yang berulang, individu korban kekerasan, kurang kasih sayang, atau overprotektif.

3. Sosial budaya dan lingkungan

Klien dengan halusinasi didapatkan sosial ekonomi rendah, riwayat penolakan lingkungan pada usia perkembangan anak, tingkat pendidikan rendah, dan kegagalan dalam hubungan sosial (perceraian, hidup sendiri), serta tidak bekerja.

d. Faktor presipitasi

Secara fisik klien dengan gangguan halusinasi timbul gangguan setelah adanya hubungan yang bermusuhan, tekanan, isolasi, perasaan tidak berguna, putus asa dan tidak berdaya. Penilaian individu terhadap stressor dan masalah coping dapat mengindikasikan kemungkinan kekambuhan (Keliat, 2011). Stresor presipitasi pada klien dengan halusinasi di temukan adanya riwayat penyakit infeksi, penyakit kronis atau kelainan struktur otak, kekerasan dalam rumah tangga, atau adanya kegagalan-kegagalan dalam hidup, kemiskinan, adanya aturan atau tuntutan di keluarga atau masyarakat yang sering tidak sesuai dengan klien serta konflik antar masyarakat. Sumber coping yang di pakai klien juga sangat penting untuk di kaji dalam faktor presipitasi.

e. Aspek Psikososial

1. Persepsi

Klien sering mendengar suara atau kegaduhan, mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap, mendengar suara yang menyuruh melakukan hal yang berbahaya, mendengar suara orang yang sudah meninggal, klien tampak berbicara dan tertawa sendiri.

2. Proses pikir

Proses informasi yang diterima tidak berfungsi dengan baik.

f. Status mental

Pengkajian status mental klien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran meliputi :

1. Penampilan : tidak rapi, tidak serasi cara berpakaian.
2. Pembicaraan : respon verbal lambat, berbelit-belit, menggerakkan bibir tanpa suara, lebih banyak diam.
3. Aktivitas motorik : meningkat atau menurun.
4. Alam perasaan : cenderung emosi, perhatian dengan lingkungan berkurang. Muka merah dan tegang, pandangan tajam, mengatupkan rahang dengan kuat, menggepalkan tangan, berbicara kasar, suara tinggi, menjerit dan berteriak, mengancam

secara verbal dan fisik, melempar atau memukul benda / orang lain, merusak barang atau benda, tidak mempunyai kemampuan mencegah / mengontrol perilaku kekerasan karna mendengar suara-suara tersebut.

5. Interaksi selama wawancara : respon verbal dan non verbal biasanya lambat.
6. Proses pikir : proses informasi yang diterima tidak berfungsi dengan baik.
7. Isi pikir : berisikan keyakinan berdasarkan penilaian realistik.
8. Tingkat kesadaran : bingung, sedasi dan stupor
9. Orientasi : waktu, tempat dan orang.
10. Memori
 - a) Memori jangka pendek : mengingat peristiwa seminggu yang lalu dan pada saat dikaji.
 - b) Memori jangka panjang : mengingat peristiwa setelah lebih setahun berlalu.

g. Mekanisme koping

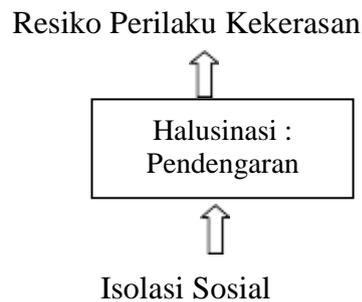
Perilaku yang mewakili upaya melindungi diri sendiri dari pengalaman yang menakutkan berhubungan dengan respon neurobiologis maladaptif (Stuart, 2006) :

- 1) Regresi : menjadi malas beraktifitas sehari-hari
- 2) Proyeksi : menjelaskan perubahan suatu persepsi dengan berusaha untuk mengalihkan tanggung jawab kepada orang lain.
- 3) Menarik diri : sulit mempercayai orang lain dan asyik dengan stimulus intrernal.

h. Aspek medik

Diagnosa medis yang telah dirumuskan dokter, terapi farmakologi psikomotor, okopasional, TAK dan rehabilitasi. Risperidon 2mg/12 jam, Clozapine 5mg/12 jam, Trihexyphenidyl 2mg/12 jam, Trifluoperazine 2mg/12 jam.

2. Pohon masalah



Gambar 2.2 Pohon masalah Halusinasi : Pendengaran

Sumber Keliat (2011)

3. Diagnosa keperawatan

Direja, Herman, Surya (2011) diagnosa keperawatan yang biasa muncul pada klien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran, yaitu:

- a. Gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran
- b. Risiko perilaku kekerasan
- c. Isolasi sosial

4. Rencana Keperawatan

Rohman & Walid (2012) intervensi atau perencanaan adalah pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi, mengatasi masalah-masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosis keperawatan. Rencana tindakan keperawatan untuk pasien gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran (Sutejo, 2017)

TUK 1 Dapat membina hubungan saling percaya. Kriteria hasil : Setelah 3x pertemuan , pasien dapat menerima kehadiran perawat, pasien dapat berinteraksi dengan perawat, ekspresi wajah pasien bersahabat, pasien tampak senang, ada kontak mata, pasien mau berjabat tangan, pasien mau duduk berdampingan dengan perawat, pasien mau menyebutkan nama serta bersedia mengungkapkan masalah yang

dihadapinya. Intervensi : bina hubungan saling percaya dengan prinsip komunikasi terapeutik , sapa pasien dengan ramah baik verbal maupun non verbal, perkenalkan diri dengan sopan, tanyakan nama lengkap pasien, jelaskan tujuan pertemuan, buat kontrak interaksi dengan jelas, jujur dan menepati janji, tunjukkan sikap empati dan menerima pasien apa adanya, ciptakan lingkungan tenang dan bersahabat, beri perhatian dan penghargaan temani pasien walau tidak menjawab, dengarkan dengan empati beri kesempatan bicara, jangan terburu- buru, tunjukkan bahwa perawat mengikuti pembicaraan pasien, beri perhatian dan perhatikan kebutuhan dasar pasien.

TUK 2 Pasien dapat mengenali penyebab Halusinasinya. Kriteria hasil : Setelah 3x pertemuan, pasien dapat menyebutkan minimal satu penyebab dari halusinasi yang berasal dari diri sendiri. Intervensi : adakan kontak mata yang sering dan singkat secara bertahap, pantau tingkah laku pasien terkait dengan halusinasinya, tanyakan pada pasien tentang isi halusinasi, waktu kejadian, frekuensi, isi, kondisi serta situasi yang menimbulkan halusinasi, tanyakan perasaan pasien setelah pasien mampu mengidentifikasi halusinasinya, berikan reinforcement positif terhadap kemampuan pasien.

TUK 3 Pasien dapat mengontrol halusinasinya. Kriteria hasil : Setelah 3x pertemuan, pasien dapat mengontrol halusinasinya dengan cara menghardik. Intervensi : identifikasi bagaimana cara pasien mengidentifikasi halusinasinya, diskusikan bagaimana cara mengontrol halusinasi, jelaskan bagaimana caranya menghardik halusinasi, peragakan cara menghardik halusinasi, minta pasien untuk melakukan ulang cara

menghardik halusinasi, beri reinforcement positif terhadap kemampuan menghardik halusinasi.

TUK 4 Pasien dapat menggunakan obat dengan benar dan tepat. Kriteria hasil : Setelah 3x pertemuan, pasien dapat menyebutkan manfaat minum obat, kerugian kalau tidak minum obat, nama, warna, dosis, efek samping obat. Intervensi : diskusikan dengan pasien tentang kerugian dan keuntungan tidak minum obat serta karakteristik obat yang diminum (nama, dosis, frekuensi, efek samping obat), bantu dalam menggunakan obat dengan prinsip 6 benar, anjurkan pasien minta sendiri obatnya kepada perawat agar pasien dapat merasakan manfaatnya, beri reinforcement positif bila pasien menggunakan obat dengan benar, diskusikan akibat berhenti minum obat tanpa konsultasi dengan dokter, anjurkan pasien untuk konsultasi dengan dokter atau perawat apabila terjadi hal-hal yang tidak diinginkan.

TUK 5 pasien dapat mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain. Kriteria hasil : Setelah 3x pertemuan, pasien dapat mengontrol haslusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain. Intervensi : Identifikasi ulang cara meenghardik dan cara minum obat yang baik dan benar, ajarkan pasien untuk pergi ketempat yang ramai dan bantu pasien untuk berkomunikasi atau bercakap-cakap dengan orang lain saat halusinasinya muncul, berikan reinforcement positif terhadap kemampuan pasien.

5. Implementasi

Pada Implementasi Halusinasi yang dilakukan adalah pelaksanaan Strategi Pelaksanaan 1 sampai 4 serta Strategi Pelaksanaan untuk halusinasi tersebut. Penulis melaksanakan Strategi Pelaksanaan klien. Penulis melakukan pengkajian kepada klien. Selanjutnya penulis melakukan implementasi melalui sesi wawancara kepada klien hasil yang didapat adalah dari data subjektif klien menceritakan sering mendengar suara yang mengajak untuk berdialog, klien juga merasa kesal akan suara tersebut, tetapi suara tersebut terkadang muncul terkadang tidak, dan keluarga klien mengatakan klien sering berbicara sendiri, mulutnya gerak-gerak seperti orang sedang berdoa dan klien juga marah-marah tidak jelas. Data objektif klien tampak kesal dan gelisah, masalah belum teratasi dan perawat melakukan strategi pelaksanaan klien.

Pada Strategi Pelaksanaan 1 yaitu membantu klien untuk mengetahui dan mengenali tentang halusinasi (tentang apa, waktu, frekuensi, situasi, respon), mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, Stuart, Keliat, & Pasaribu (2016) percaya bahwa model adaptasi stress Stuart berfokus pada respon pelanggan ketika mengalami stress, dan membantu untuk memahami apa yang akan dilakukan untuk membantu dan menangani tindakan keperawatan. Nyumirah, Keliat, dan Helena (2013) dijelaskan bahwa penggunaan penggunaan model metode Stuart sangat efektif karena perawat dapat menggambarkan kondisi klien dan menggambarkan terjadinya gangguan jiwa khususnya gangguan persepsi sensori dari halusinasi. Hasil implementasi di hari pertama didapatkan

klien mulai mengenal apa itu halusinasi dan cara menangani saat halusinasi itu muncul dengan cara pertama yaitu menghardik. Setelah melaksanakan kegiatan menghardik untuk mengatasi halusinasi jika muncul dengan cara menutup telinga dan menolak akan datangnya halusinasi seperti yang dijelaskan oleh (Zelika & Dermawan 2015) berisi adapun halusinasi pendengaran yang disebabkan oleh teguran, yaitu menutup telinga dan menolak munculnya halusinasi. Selain itu, gunakan konsentrasi untuk membakar hati anda dan katakan bahwa klien dapat menghilangkan ilusi dan kemudian menolak ilusi. Hal ini juga sejalan dengan penelitian bahwa menyalahkan dapat menurunkan intensitas halusinasi pada klien kegiatan tersebut dilakukan dengan menutup salah satu telinga relaksasi nafas dalam dan relaksasi otot tanpa perlu pengobatan secara tertur (Yosep, 2010). Selanjutnya perawat meminta klien untuk menjelaskan dan mempraktekan ulang tentang kegiatan yang dilakukan tadi yang dilakukan oleh perawat dan klien.

Selanjutnya masuk dalam Strategi Pelaksanaan 2 yaitu meminim obat yang baik dan benar, tetang melakukan aktifitas terjadwal dan menggunakan obat secara teratur dan dibantu dengan pengawasan keluarga, menurut penelitian (Pameswari, dkk 2016), mengatakan motivasi serta dukungan keluarga untuk kepatuhan pemakaian obat pada pasien sangat dibutuhkan terbukti dari penelitian dari beberapa narasumber mengatakan bahwa dukungan keluarga dan keinginan untuk berobat tepat waktu menjadi alasan utama, keluarga berperan untuk mengawas penelan obat (PMO) untuk menjamin ketaatan pasien minum obat.

Masuk kedalam Strategi Pelaksanaan klien 3 menurut (Keliat, 2012) mengendalikan halusinasi dapat dilakukan pada pasien yaitu mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap, melakukan kegiatan sesuai jadwal yang yang telah disepakati. Setelah perawat melakukan percakapan dengan pasien perawat mengajarkan kepada klien untuk melakukan teknik ini dengan orang sekitarnya dan mencatatnya dibuku jadwal kegiatan harian yang sudah disepakati oleh klien..

Masuk kedalam Strategi Pelaksanaan klien 4 adalah mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap sambil beraktivitas, melakukan kegiatan sesuai jadwal yang yang telah disepakati. Setelah perawat melakukan percakapan dengan pasien perawat mengajarkan kepada klien untuk melakukan teknik ini dengan orang sekitarnya dan mencatatnya dibuku jadwal kegiatan harian yang sudah disepakati oleh klien..

6. Evaluasi

Evaluasi pasien dilakukan dengan berfokus pada perubahan perilaku pasien setelah diberikan tindakan keperawatan. Sebagai contoh pada gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran pasien dapat mengontrol atau mengendalikan halusinasi, pasien dapat menerima kehadiran perawat, pasien dapat mengungkapkan perasaan dan ketidakberdayaannya saat ini secara verbal. Pasien dapat menjelaskan isi, frekuensi, waktu halusinasinya, pasien dapat mendemonstrasikan cara mengontrol halusinasinya dengan cara menghardik, pasien dapat menggunakan obat sesuai program yang sudah ditetapkan, pasien menjelaskan manfaat minum obat, kerugian tidak minum obat, nama obat, bentuk dan warna obat, dosis yang diberikan kepada pasien, waktu pemberian, cara pemakaian, efek yang dirasakan, pasien dapat mengontrol halusinasinya dengan bercakap-cakap dengan orang lain serta pasien dapat mendemonstrasikan cara mengontrol halusinasi dengan berkegiatan (Zelika & Dermaawan 2015)

BAB III TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian

1. Identitas Pasien

Pengkajian dilakukan pada tanggal 09 November 2022, pasien bernama Ny. C, umur 31 tahun, jenis kelamin perempuan. Masuk dengan diagnosa skizofrenia paranoid, pasien masuk RSMM pada tanggal 01 November 2022, pasien menganut agama Islam, status pasien sudah bercerai dengan suaminya, suku bangsa Indonesia, pendidikan terakhir pasien SMP, pasien tinggal di rumah singgah dinas sosial.

2. Alasan Masuk Rumah Sakit

Alasan masuk pasien, pasien datang diantar oleh Dinsos Bogor pada tanggal 09 Oktober 2022, pasien merupakan orang terlantar dan ditemukan di tengah jalan dengan keluhan teriak-teriak ditengah jalan, ketawa sendiri, sering mendengar suara yang membuat pasien tidak nyaman serta menyuruh pasien untuk memukul orang disekitarnya. Pasien meresahkan warga dan mengganggu lingkungan.

3. Faktor Predisposisi

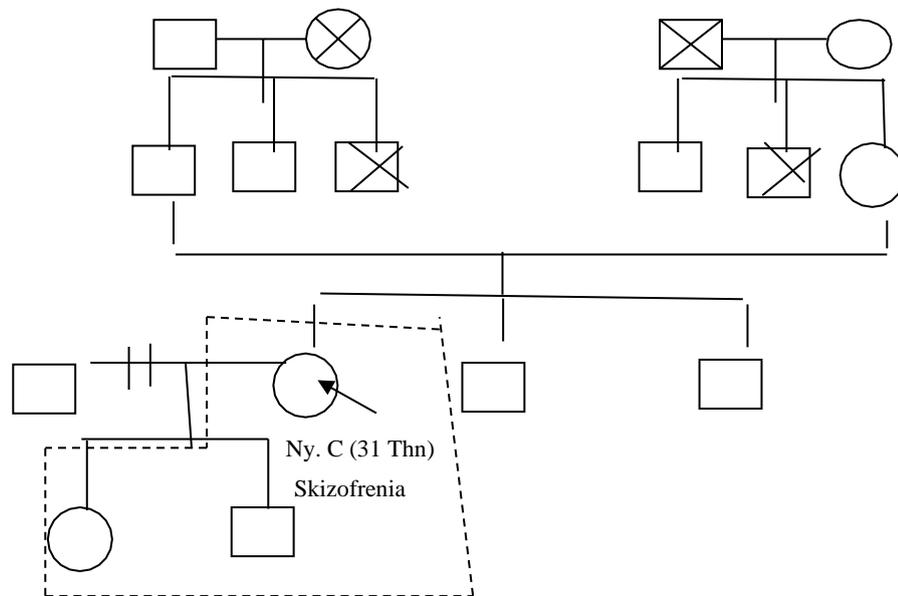
Pasien sebelumnya pernah mengalami gangguan jiwa, pengobatan sebelumnya kurang berhasil sebab pasien tidak rutin minum obat serta pasien merupakan korban aniaya dan kekerasan mantan suaminya, Ketika dirumah singgah dinsos pasien merupakan pelaku aniaya dan kekerasan terhadap teman sekamarnya.

4. Pemeriksaan fisik

Setelah diperiksa tanda-tanda vital pasien yaitu : Tekanan Darah 120/90 mmHg, Suhu : 36,5°C, Frekuensi Nadi : 85 x/menit, Frekuensi Pernapasan : 20 x/menit, Tinggi Badan : 155 cm, Berat Badan : 85 kg.

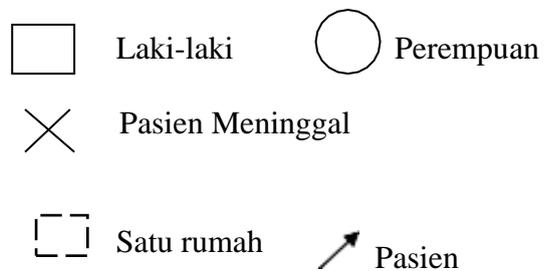
5. Psikososial

a. Genogram :



Gambar 3.1 Genogram Keluarga Ny. C

Keterangan :



Pasien atas nama Ny. C, umur 31 tahun, anak kesatu dari tiga bersaudara, pasien tinggal bersama kedua anaknya, pasien sudah bercerai dengan suaminya sudah 2 tahun yang lalu dan sudah mempunyai 2 orang anak, di keluarga tidak ada yang memiliki riwayat gangguan jiwa. Pasien mengatakan ditelantarkan oleh keluarga serta tidak dianggap lagi oleh keluarganya, anak pasien tinggal bersama orang tua, sebelum sakit pola komunikasi dengan kedua anaknya baik.

b. Konsep diri :

Pasien mengatakan malu dan tidak suka bagian tubuhnya karna gemuk dan berkulit hitam dahulu pasien merupakan korban *bully* dari teman-temannya, pasien mengatakan bahwa ia anak pertama dari tiga bersaudara, ia sudah bercerai dengan suaminya sejak 2 tahun yang lalu dan memiliki dua orang anak yang diasuh oleh orang tua pasien. Peran, pasien mengatakan sedih karna tidak bisa menjalankan perannya sebagai orang tua/ibu. Ideal diri, pasien berharap ingin segera sembuh. Harga diri : pasien mengatakan malu dan trauma setelah menjadi korban aniaya dan kekerasan mantan suaminya, Pasien mengatakan ditelantarkan oleh keluarga serta tidak dianggap lagi oleh keluarganya.

Masalah keperawatan : Harga diri rendah kronis

c. Hubungan sosial

Pasien mengatakan orang yang berharga yaitu kedua anaknya. Peran serta dalam kelompok/masyarakat : Pasien mengatakan malas untuk ikut kegiatan TAK, senam dan hanya berdiam diri didalam kamar, pasien mengatakan malu bersosialisasi dengan orang lain. Hubungan dalam berhubungan dengan orang lain : pasien mengatakan sulit untuk berkomunikasi dengan orang lain.

Masalah keperawatan : Isolasi sosial, Harga diri rendah kronis

d. Spiritual

Spiritual pasien menganut agama Islam dan pasien mengakui akan adanya Allah. Kegiatan ibadah : pasien mengatakan shalat 5 waktu. Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

6. Status mental

a. Penampilan : pakaian pasien rapih dan selalu ganti baju setelah mandi.

Masalah keperawatan : tidak ada masalah

b. Pembicaraan : pasien berbicara sedikit, nada bicara pasien

sangat pelan dan isi pembicaraan tidak sesuai.

Masalah keperawatan : isolasi sosial, harga diri rendah kronis

c. Aktivitas motorik : Pasien tampak tegang dan gelisah.

Masalah keperawatan : resiko perilaku kekerasan

d. Alam perasaan : Ketika di RS, pasien merasa khawatir dan

ketakutan saat mendengar suara bisikan serta ketawa kuntilanak dan

melihat orang membawa keris dan pisau ketika malam hari dibawah

pohon. Masalah keperawatan : Halusinasi, Risiko perilaku kekerasan

e. Afek : saat melakukan wawancara pasien tidak menjawab dan baru

menjawab ketika pasien diberi stimulus. Masalah keperawatan :

isolasi sosial, harga diri rendah kronis

f. Interaksi selama wawancara : kontak mata kurang, pasien lebih

sering menunduk dan suara pasien pelan. Masalah keperawatan :

isolasi sosial, harga diri rendah kronis

g. Persepsi : pasien mengatakan mendengar suara bisikan dan melihat

orang membawa keris dan pisau dibawah pohon ketika malam hari

sebanyak 1-2 kali selama 2-5 menit, Ketika halusinasinya datang

pasien selalu beristigfar . Masalah keperawatan : halusinasi pendengaran dan penglihatan

- h. Proses pikir : pasien saat berbicara tiba-tiba terhenti. masalah keperawatan : isolasi sosial, harga diri rendah kronis
- i. Isi pikir : pasien tampak menyendiri dan jarang bersosialisasi. Masalah keperawatan : isolasi sosial, harga diri rendah kronis
- j. Tingkat kesadaran : pasien mampu berhitung sederhana dengan konsentrasi. Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan
- k. Memori : pasien mampu mengingat kejadian dimasa lalu. Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan
- l. Tingkat konsentrasi dan berhitung : mudah berlatih, pasien mampu melakukan perhitungan matematika sederhana. Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan
- m. Kemampuan penilaian : pasien memilih mencuci tangan sebelum makan. Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan
- n. Daya tilik diri : pasien mengingkari penyakit yang dideritanya, pasien mengatakan dirinya tidak sakit. Masalah keperawatan : Isolasi sosial, harga diri rendah kronis

7. Kebutuhan persiapan pulang

Pasien makan secara mandiri, pasien BAB/BAK secara mandiri di toilet, pasien mandi secara mandiri, pasien berpakaian dan berhias secara mandiri, pasien istirahat dan tidur siang dari jam 13.00-15.00, tidur malam dari jam 21.00-05.00. Pengobatan minimal, edukasi cara meminum obat yang benar ketika sampai dirumah singgah dinsos, pemeliharaan kesehatan pasien belum diperbolehkan pulang. Kegiatan di luar rumah pasien tidak ada. Yang harus disiapkan oleh pihak dinsos Ketika pasien pulang adalah bagaimana cara meminum obat yang baik dan benar serta teratur.

8. Masalah psikososial dan lingkungan

Pasien mengatakan tidak mendapat dukungan dari keluarga, pasien mengatakan tidak ada masalah di lingkungan Rumah Sakit, hanya saja pasien mengatakan jarang mengobrol. Masalah dengan tetangga sekitar pasien mengatakan tidak memiliki masalah dengan tetangga sekitar tempat tinggalnya.

9. Aspek medik

Diagnosa medik pasien adalah Skizofrenia paranoid. Terapi medik yang di dapat pasien adalah Risperidone 2 mg/ 12 jam, Clozapine 5 mg/12 jam, Trihexyphenidyl 2 mg/ 12 jam, Trifluoperazine 2mg/12 jam

B. Analisa Data

Tabel 3.1 Analisa Data

Tanggal/ Jam	Data Fokus	Masalah Keperawatan
09 November 2022	<p>Ds :</p> <p>Pasien mengatakan sering mendengar suara-suara bisikan serta ketawa kuntilanak dan melihat orang membawa keris dan pisau saat malam hari, dibawah pohon, sebanyak 1-2 kali, selama 2-5 menit, Ketika halusinasinya datang pasien selalu beristigfar</p> <p>Do :</p> <p>Pasien tampak sulit berkonsentrasi, kontak mata pasien dengan perawat kurang</p>	<p>Halusinasi</p> <p>Pendengaran dan Halusinasi</p> <p>Penglihatan</p>
09 November 2021	<p>Ds :</p> <p>Pasien mengatakan tidak mampu memulai percakapan, Pasien mengatakan tidak suka berbaur dengan temannya, pasien mengatakan tidak ingin mengikuti senam dan aktivitas kelompok</p> <p>Do :</p> <p>Pandangan pasien tampak kosong, pasien tampak menyendiri, pasien tampak jalan-jalan sendiri sambil menunduk, bicara pasien pelan, kontak mata pasien dengan perawat kurang, pada saat diwawancara pasien tidak menjawab dan baru menjawab ketika diberi stimulus.</p>	<p>Isolasi Sosial</p>

<p>09 November 2022</p>	<p>Ds : Pasien mengatakan pernah membanting-banting barang, pasien mengatakan pernah mendengar suara-suara yang menyuruhnya memukul temannya sehingga pasien memukul temannya ketika dirumah singgah Dinsos</p> <p>Do : Pasien tampak tegang, tatapan mata pasien tampak tajam, pasien tampak tidak fokus dan kurang berkonsentrasi, pasien bersikap impulsif</p>	<p>Risiko Perilaku Kekerasan</p>
<p>09 November 2021</p>	<p>Ds : Pasien mengatakan malu karena dibully oleh teman-temannya dengan ejekan gendut dan berkulit hitam, Pasien mengatakan jarang berbicara, Pasien mengatakan malu untuk memulai berkomunikasi, pasien mengatakan malu karna sudah bercerai dengan suaminya dan tidak bisa menjalankan peran sebagai orang tua</p> <p>Do : Pasien tampak malas melakukan kegiatan, kontak mata pasien kurang, pasien tampak tidak percaya diri, pasien tampak sering tidur, pasien lebih memilih diam saat bersama teman-temannya.</p>	<p>Harga Diri Rendah Kronis</p>

B. Pohon Masalah



Gambar 3.2 Pohon Masalah Ny.C

C. Diagnosa Keperawatan

1. Halusinasi : Pendengaran
2. Isolasi Sosial
3. Resiko Perilaku Kekerasan
4. Harga Diri Rendah Kronis

D. Perencanaan, Pelaksanaan, dan Evaluasi

TUK 1 Dapat membina hubungan saling percaya. Kriteria hasil : Setelah 3x pertemuan , pasien dapat menerima kehadiran perawat, pasien dapat berinteraksi dengan perawat, ekspresi wajah pasien bersahabat, pasien tampak senang, ada kontak mata, pasien mau berjabat tangan, pasien mau duduk berdampingan dengan perawat, pasien mau menyebutkan nama serta bersedia mengungkapkan masalah yang dihadapinya. Intervensi : bina hubungan saling percaya dengan prinsip komunikasi terapeutik , sapa pasien dengan ramah baik verbal maupun non verbal, perkenalkan diri dengan sopan, tanyakan nama lengkap pasien, jelaskan tujuan pertemuan, buat kontrak interaksi dengan jelas, jujur dan menepati janji, tunjukkan sikap empati dan menerima pasien apa adanya,

ciptakan lingkungan tenang dan bersahabat, beri perhatian dan penghargaan temani pasien walau tidak menjawab, dengarkan dengan empati beri kesempatan bicara, jangan terburu- buru, tunjukkan bahwa perawat mengikuti pembicaraan pasien, beri perhatian dan perhatikan kebutuhan dasar pasien.

TUK 2 Pasien dapat mengenali penyebab Halusinasinya. Kriteria hasil : Setelah 3x pertemuan, pasien dapat menyebutkan minimal satu penyebab dari halusinasi yang berasal dari diri sendiri. Intervensi : adakan kontak mata yang sering dan singkat secara bertahap, pantau tingkah laku pasien terkait dengan halusinasinya, tanyakan pada pasien tentang isi halusinasi, waktu kejadian, frekuensi, isi, kondisi serta situasi yang menimbulkan halusinasi, tanyakan perasaan pasien setelah pasien mampu mengidentifikasi halusinasinya, berikan reinforcement positif terhadap kemampuan pasien.

TUK 3 Pasien dapat mengontrol halusinasinya. Kriteria hasil : Setelah 3x pertemuan, pasien dapat mengontrol halusinasinya dengan cara menghardik. Intervensi : identifikasi bagaimana cara pasien mengidentifikasi halusinasinya, diskusikan bagaimana cara mengontrol halusinasi, jelaskan bagaimana caranya menghardik halusinasi, peragakan cara menghardik halusinasi, minta pasien untuk melakukan ulang cara menghardik halusinasi, beri reinforcement positif terhadap kemampuan menghardik halusinasi.

TUK 4 Pasien dapat menggunakan obat dengan benar dan tepat. Kriteria hasil : Setelah 3x pertemuan, pasien dapat menyebutkan manfaat minum obat, kerugian kalau tidak minum obat, nama, warna, dosis, efek

samping obat. Intervensi : diskusikan dengan pasien tentang kerugian dan keuntungan tidak minum obat serta karakteristik obat yang diminum (nama, dosis, frekuensi, efek samping obat), bantu dalam menggunakan obat dengan prinsip 6 benar, anjurkan pasien minta sendiri obatnya kepada perawat agar pasien dapat merasakan manfaatnya, beri reinforcement positif bila pasien menggunakan obat dengan benar, diskusikan akibat berhenti minum obat tanpa konsultasi dengan dokter, anjurkan pasien untuk konsultasi dengan dokter atau perawat apabila terjadi hal-hal yang tidak diinginkan.

TUK 5 pasien dapat mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain. Kriteria hasil : Setelah 3x pertemuan, pasien dapat mengontrol haslusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain. Intervensi : Identifikasi ulang cara meenghardik dan cara minum obat yang baik dan benar, ajarkan pasien untuk pergi ketempat yang ramai dan bantu pasien untuk berkomunikasi atau bercakap-cakap dengan orang lain saat halusinasinya muncul, berikan reinforcement positif terhadap kemampuan pasien.

1. Diagnosa Keperawatan : Halusinasi Pendengaran

Rabu, 09 November 2022, pukul, 11.00 WIB

Data subjektif : Pasien mengatakan sering mendengar suara-suara bisikan serta ketawa kuntilanak dan melihat orang membawa keris dan pisau saat malam hari, dibawah pohon, sebanyak 1-2 kali, selama 2-5 menit, Ketika halusinasinya datang pasien selalu beristigfar

Data objektif : pasien tampak menyendiri, pasien tampak melamun, pandangan klien kosong, pasien tampak sulit berkonsentrasi

Tindakan Keperawatan : Melaksanakan Sp 1 Halusinasi (Mengidentifikasi waktu, isi, respons dan perasaan saat halusinasi dan cara menghardik halusinasi) dengan tindakan keperawatan yang

dilakukan, yaitu Mengidentifikasi waktu, isi, respons dan perasaan saat halusinasi, mendiskusikan cara mengatasi halusinasi, mengajarkan pasien untuk menghardik halusinasi, memotivasi pasien untuk menghardik Halusinasi.

Rencana tindak lanjut : Evaluasi Sp 1 menghardik halusinasi, evaluasi jadwal kegiatan harian, evaluasi Tanda-Tanda halusinasi, mengajarkan Sp 2 (Cara minum obat dengan benar dan teratur).

Evaluasi

Subjektif : Pasien mengatakan masih sering mendengar suara-suara bisikan serta ketawa kuntilanak dan melihat orang membawa keris dan pisau saat malam hari, dibawah pohon, sebanyak 1-2 kali, selama 2-5 menit, Ketika halusinasinya datang pasien selalu beristigfar

Objektif : Pasien mampu menyebutkan isi, dan jenis halusinasinya, klien terlihat mampu mempraktikkan cara menghardik

Perencanaan : Anjurkan pasien untuk menghardik bila halusinasinya datang

Pelaksanaan keperawatan, Kamis, 10 November 2022 Pukul,

11.15 WIB

Data subjektif : pasien mengatakan tidurnya semalam nyenyak, pasien mengatakan sudah jarang mendengar suara-suara

Data objektif : pasien mampu menyebutkan cara menghardik, pasien mampu mempraktikkan cara menghardik.

Tindakan Keperawatan : Dilaksanakannya SP 2 Halusinasi(Mengontrol halusinasi dengan cara minum obat yang benar dan teratur) dengan tindakan keperawatan yang dilakukan, mengevaluasi jadwal harian pasien,

mengevaluasi SP 1 halusinasi (mengontrol halusinasi dengan cara menghardik), dan melatih Sp 2 halusinasi (mengontrol halusinasi dengan cara minum obat yang benar dan teratur)

Rencana Tindak lanjut : evaluasi sp 1 menghardik halusinasi, evaluasi sp2 cara minum obat, evaluasi jadwal kegiatan harian, latih sp 3 cara

bercakap – cakap

Evaluasi

Subjektif : pasien mengatakan sudah melakukan menghardik, pasien mengatakan belum tau manfaat minum obat, klien mengatakan setelah minum obat mengantuk

Objektif : pasien terlihat minum obat secara mandiri, pasien mampu menyebutkan jumlah obat dan waktu minum obat

Analisa : halusinasi pendengaran masih ada

Perencanaan : Anjurkan pasien untuk minum obat 2x sehari setiap jam 08.00 WIB dan 17.00 WIB.

Pelaksanaan Keperawatan : Jumat, 11 November

2022 Pukul 11.15 WIB.

Data subjektif : pasien mengatakan tidurnya nyenyak

Data objektif : pasien terlihat tenang, pasien mampu minum obat secara mandiri

Tindakan keperawatan : melatih sp 3 dengan bercakap-cakap mengenai suara yang sering di dengar oleh pasien, dan tindakan yang telah dilakukan yaitu mengevaluasi sp 1 halusinasi (mengontrol halusinasi dengan cara

menghardik), mengevaluasi Sp 2 halusinasi minum obat yang benar dan teratur.

Rencana tindak lanjut : evaluasi sp 1 cara menghardik, evaluasi sp 2 cara minum obat, evaluasi sp 3 bercakap – cakap, evaluasi jadwal kegiatan harian, latih sp 4 cara mengatasi halusinasi dengan cara aktivitas.

Evaluasi

Subjektif : Pasien mengatakan tenang, pasien mengatakan senang

Objektif : Pasien mampu mempraktekkan cara bercakap – cakap

Perencanaan : Anjurkan pasien untuk berlatih cara bercakap – cakap 2x/ hari setiap jam 11.00 WIB dan 18.00 WIB

2. Diagnosa Keperawatan : Isolasi Sosial

Hari Rabu, 09 November 2022 pada jam 10:00

Data Subjektif : pasien mengatakan malas berkumpul dengan orang lain, pasien mengatakan senang menyendiri., pasien mengatakan tidak mampu memulai komunikasi.

Data Objektif : pasien tampak menyendiri, pasien sering menunduk, pasien tampak jarang berkomunikasi dengan orang lain, pasien tampak banyak diam, kontak mata pasien kurang.

Kriteria hasil : Setelah dilakukan 3x pertemuan pasien dapat menerima kehadiran perawat. Pasien dapat mengungkapkan perasaan dan keberadaannya saat ini secara verbal. Pasien mau menjawab salam, ada kontak mata, mau berjabat tangan, mau berkenalan, mau menjawab pertanyaan, mau duduk berdampingan dengan perawat, mau mengungkapkan perasaannya dan berlatih Sp 1 yaitu cara berkenalan dengan satu orang.

Tindakan keperawatan : membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi penyebab isolasi sosial, mendiskusikan tentang keuntungan memiliki teman dan kerugian tidak memiliki teman, melakukan sp 1 isolasi sosial mengajarkan cara berkenalan dengan satu orang, menganjurkan pasien memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian. **Rencana tindakan keperawatan** : evaluasi Sp 1 cara berkenalan, evaluasi jadwal harian, latih Sp 2 cara berkenalan dengan 2 orang atau lebih.

Evaluasi :

Subjektif : pasien senang berkenalan dengan perawat, pasien mengatakan mau berkenalan dengan orang lain, pasien mengatakan pahan cara berkenalan.

Objektif : pasien mampu menyebutkan cara berkenalan dengan orang lain, pasien mampu mempraktikkan cara berkenalan.

Analisa : isolasi sosial

Perencanaan : anjurkan pasien untuk berkenalan dengan orang yang berbeda, pada jam 10.00 dan 13.00

Hari Kamis, 10 November 2022 pada jam 11:00

Data subjektif : pasien mengatakan malas berkumpul dengan orang lain, pasien mengatakan senang menyendiri, pasien mengatakan tidak bisa memulai pembicaraan.

Data objektif : pasien tampak menyendiri, pasien jarang berkomunikasi dengan orang lain, pasien tampak banyak diam, kontak mata pasien kurang, pasien sering menunduk.

Kriteria hasil : setelah dilakukan 3x pertemuan diharapkan pasien dapat membina hubungan saling percaya, pasien mampu melakukan SP 2 isolasi sosial berkenalan dengan dua orang.

Tindakan keperawatan : pelaksanaan SP 2 yaitu melatih pasien melakukan perkenalan dengan dua orang teman atau perawat.

Rencana tindakan keperawatan : evaluasi kemampuan pasien SP 1 isolasi sosial cara berkenalan dengan satu orang, evaluasi Sp 2 isolasi

sosial berkenalan dengan dua orang, latih Sp 3 berkenalan dengan kelompok dengan melakukan aktivitas

Evaluasi

Subjektif : pasien mengatakan senang setelah diajarkan cara berkenalan dan mempunyai banyak teman.

Objektif : pasien mampu melakukan perkenalan dengan baik, pasien mampu menyebutkan nama teman yang telah diajak berkenalan.

Analisa : isolasi sosial masih ada, pasien masih perlu dibantu untuk berkenalan dengan orang lain

Perencanaan : anjurkan pasien untuk berkenalan dengan dua orang atau lebih sebanyak 2x sehari jam 10:00 dan 14:00, anjurkan pasien selalu mengingat apa yang telah diajarkan oleh perawat.

Hari Jum'at, 11 November 2022 pada jam 10:00

Data subjektif : pasien sudah mau bersosialisasi dengan orang lain, pasien sudah mempunyai teman.

Data objektif : pasien senang dengan teman baru, kontak mata pasien sudah ada, pasien sudah mau berkenalan dengan teman.

Kriteria hasil : setelah dilakukan 3x pertemuan diharapkan pasien mampu melakukan SP 3 isolasi sosial berkenalan dengan kelompok sambil beraktivitas, mengevaluasi jadwal kegiatan harian, memasukkan kejadwal kegiatan harian.

Tindakan keperawatan : melatih sp 3 cara berkenalan dengan kelompok dengan melakukan aktivitas (menggambar), mengingatkan pada pasien untuk kontrak waktu yang kemarin telah dijanjikan, mengevaluasi jadwal kegiatan harian.

Rencana tindakan keperawatan : evaluasi kemampuan pasien Sp 3 isolasi sosial berkenalan dengan kelompok dengan melakukan aktifitas, latih Sp 4 isolasi sosial cara berkenalan dengan beraktifitas.

Evaluasi :

Subjektif : pasien mampu menyebutkan nama teman-temannya yang diajak berkenalan kemarin.

Objektif : pasien mampu melakukan perkenalan dengan baik, pasien tampak bersahabat saat berkenalan.

Analisa : isolasi sosial masih ada.

Perencanaan : melatih pasien cara berkenalan sambil beraktivitas, menganjurkan pasien untuk melakukan pada jam 13:00 dan 16:00.

3. Diagnosa keperawatan : Resiko Perilaku Kekerasan

Rabu, 09 November 2022, pukul 10.30 WIB

Data subjektif : Pasien mengatakan pernah membanting-banting barang, pasien mengatakan pernah mendengar suara-suara yang menyuruhnya memukul temannya sehingga pasien memukul temannya ketika dirumah singgah Dinsos

Data objektif : Pasien tampak tegang, tatapan mata pasien tampak tajam, pasien tampak tidak fokus dan kurang berkonsentrasi, pasien bersikap impulsif

Kriteria Hasil : Pasien menunjukkan tanda-tanda percaya pada perawat dengan ekspresi wajah bersahabat, menunjukkan rasa senang ada kontak mata, mau berjabat tangan, mau menyebutkan nama, mau menjawab salam, pasien mau duduk berdampingan dengan perawat, mau mengungkapkan masalah yang dihadapi. Pasien menceritakan penyebab perilaku kekerasan yang dilakukan; menceritakan penyebab perasaan jengkel/kesal baik dari diri sendiri maupun lingkungannya.

Tindakan keperawatan : membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi penyebab marah, mengajarkan pasien untuk mengenal perilaku kekerasan dan cara menngontrol emosi, mengajarkan Sp 1 teknik relaksasi nafas dalam dan memukul benda lunak (bantal), mendiskusikan cara penanganan RPK, mengidentifikasi upaya yang dilakukan, motivasi pasien mengontrol emosi.

Rencana Tindakan : evaluasi Sp 1 mengenal perilaku kekerasan dengan cara teknik relaksasi nafas dalam dan memukul benda lunak (bantal), evaluasi jadwal kegiatan harian, ajarkan Sp 2 cara minum obat yang benar.

Evaluasi :

Subjektif : Pasien mengatakan kesal jika mendengar bisikan untuk menyuruhnya bangun, pasien mengatakan sedikit tenang setelah melakukan teknik relaksasi nafas dalam.

Objektif : Pasien mampu mengontrol rasa marahnya, pasien terlihat tenang.

Analisa : RPK masih ada.

Perencanaan : melatih pasien cara relaksasi napas dalam dan pukul bantal, menganjurkan pasien untuk melakukan pada jam 13:00 dan 16:00.

Pelaksanaan keperawatan: kamis, 10 November 2022

Pukul, 10.00 WIB

Data subjektif : Pasien mengatakan pernah membanting-banting barang, pasien mengatakan pernah mendengar suara-suara yang menyuruhnya memukul temannya sehingga pasien memukul temannya ketika dirumah singgah Dinsos

Data objektif : Pasien tampak tegang, tatapan mata pasien tampak tajam, pasien tampak tidak fokus dan kurang berkonsentrasi, pasien bersikap impulsif

Tindakan keperawatan : membina hubungan saling percaya, mengevaluasi Sp 1 teknik relaksasi nafas dalam dan memukul benda lunak(bantal), evaluasi jadwal kegiatan harian.

Rencana tindak lanjut : Evaluasi Sp 1 mengenal perilaku kekerasan dan cara mengontrol emosi dengan relaksasi nafas dalam dan memukul benda lunak (bantal), evaluasi sp 2 cara minum obat dengan benar, evaluasi jadwal kegiatan harian, ajarkan Sp 3 meminta dan menolak dengan benar.

Evaluasi :

Subjektif : Pasien mengatakan tenang setelah melakukan teknik relaksasi nafas dalam, pasien mengatakan mengantuk setelah minum obat

Objektif : Pasien terlihat mampu mengontrol rasa marahnya, pasien terlihat tenang, pasien mampu menyebutkan kembali cara teknik relaksasi nafas dalam.

Perencanaan : Anjurkan pasien untuk melakukan teknik relaksasi nafas dalam 2x sehari setiap jam 10.00 dan 13.00 WIB

Pelaksanaan keperawatan : Jum'at, 11 November 2022

Pukul 11.30 WIB

Data subjektif : Pasien mengatakan pernah membanting-banting barang, pasien mengatakan pernah mendengar suara-suara yang menyuruhnya memukul temannya sehingga pasien memukul temannya ketika dirumah singgah Dinsos

Data objektif : Pasien tampak tegang, tatapan mata pasien tampak tajam, pasien tampak tidak fokus dan kurang berkonsentrasi, pasien bersikap impulsif

Tindakan keperawatan :

membina hubungan saling percaya, mengevaluasi sp 1 cara mengontrol emosi teknik relaksasi nafas dalam dan memukul benda lunak (bantal), mengevaluasi jadwal kegiatan harian, mengajarkan sp 2 cara minum obat dengan benar.

Rencana tindak lanjut : Evaluasi Sp 1 mengenal perilaku kekerasan dan cara mengontrol emosi dengan relaksasi nafas dalam dan memukul benda lunak (bantal), evaluasi sp 2 cara minum obat dengan benar, evaluasi jadwal kegiatan harian.

Evaluasi Keperawatan

Subjektif : Pasien mengatakan mengantuk setelah minum obat, pasien mengatakan minum obat pagi dan sore

Objektif : Pasien mengetahui waktu minum obat, pasien mampu minum obat secara mandiri, pasien mampu menyebutkan kembali cara teknik relaksasi nafas dalam

Perencanaan : Anjurkan pasien untuk melakukan minum obat 2x sehari setiap jam 08.00 WIB dan 17.00 WIB

4. Diagnosa keperawatan : Harga diri rendah kronis

Pelaksanaan keperawatan Rabu, 09 November 2022

Data subjektif : Pasien mengatakan malu bagian perutnya terdapat garis – garis bekas kehamilan, pasien mengatakan jarang bicara, pasien mengatakan malu untuk memulai pembicaraan

Data obyektif : kontak mata pasien kurang, pasien tampak malas melakukan aktivitas

Kriteria hasil : setelah dilakukan pertemuan 3x diharapkan pasien dapat membina hubungan saling percaya kepada perawat, ekspresi wajah bersahabat, kontak mata positif, mau menjawab salam, mau duduk berdampingan dengan perawat, mau mengutarakan masalah yang dihadapi, mengidentifikasi aspek positif yang dimiliki pasien.

Rencana tindakan : bina hubungan saling percaya, dengan menggunakan komunikasi terapeutik, panggilan yang disukai, jelaskan tujuan interaksi, ciptakan lingkungan yang tenang, buat kontrak yang jelas setiap pertemuan, jujur dan menepati janji, tunjukkan sikap empati dan menerima pasien apa adanya, berikan perhatian pada pasien, diskusikan kemampuan aspek positif yang dimiliki pasien, setiap bertemu pasien hindari respon negatif berikan pujian yang positif, diskusikan bersama pasien kegiatan yang bisa dilakukan di rumah sakit, rencanakan bersama aktivitas yang dapat dilakukan setiap hari sesuai kemampuan, beri kesempatan pasien untuk mencoba melakukan kegiatan yang dapat dilakukan. Lantih sp 1 kemampuan pasien yang pertama. Evaluasi sp 1 melakukan kegiatan yang pertama, evaluasi jadwal kegiatan harian, latih sp 2 kegiatan yang kedua yaitu mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien.

Pelaksanaan keperawatan : Kamis, 10 Desember 2022

Pukul, 09.20 WIB

Data subjektif : Pasien mengatakan malu bagian perutnya terdapat garis – garis bekas kehamilan, pasien mengatakan jarang berbicara
Data obyektif : kontak mata pasien kurang

Pelaksanaan keperawatan : strategi pelaksanaan yang pertama antarlain membina hubungan saling percaya, mendiskusikan kepada pasien tentang kemampuan dan aspek positif yang dimiliki, mendiskusikan bersama

pasien kegiatan yang dapat dilakukan setiap hari, membantu pasien memilih kegiatan pertama yang dilakukan bersama merapikan tempat tidur, pasien memilih dengan bantuan perawat, menganjurkan pasien memasukan kegiatan kedalam jadwal kegiatan harian, memberikan

pujian yang realistis.

Rencana tindak lanjut : Evaluasi SP 1, menganjurkan untuk memasukan kedalam jadwal kegiatan harian, latih sp 2

Evaluasi :

Subjektif : pasien mengatakan senang berkenalan dengan perawat, pasien mengatakan suka merapikan tempat tidur, pasien mengatakan senang melihat tempat tidurnya rapih, bernyanyi, pasien mau melakukan kegiatan merapihkan tempat tidur.

Objektif : pasien mampu merapikan tempat tidur dengan di bantu perawat, pasien mampu menyebutkan kemampuan positif yang dimiliki.

Analisa : Harga diri rendah masih ada

Perencanaan : Anjurkan pasien untuk merapikan tempat tidur 2x sehari setiap jam 05.00 WIB dan 14.00 WIB

Pelaksanaan keperawatan, Jum'at, 11 November 2022

Pukul, 08.30 WIB

Data subjektif : pasien mengatakan sudah merapihkan tempat tidurnya

Data objektif : tempat tidur pasien terlihat rapih

Pelaksanaan keperawatan : mengevaluasi sp 1 melakukan kegiatan yang pertama, mengevaluasi jadwal kegiatan harian, melatih sp 2 melakukan kegiatan menggambar , menganjurkan pasien memasukan kedalam jadwal kegiatan harian, beri pujian positif untuk kemampuan pasien.

Rencana tidak lanjut : evaluasi sp 1 melakukan kegiatan yang pertama, evaluasi sp 2 melakukan kegiatan yang kedua, evaluasi jadwal kegiatan harian, lanjut sp 3 melatih kemampuan yang dimiliki yaitu bernyanyi

Evaluasi :

Subjektif : pasien mengatakan bisa menggambar dirinya bersama kedua anaknya, pasien mengatakan akan menyimpan gambar tersebut, pasien mengatakan kangen dengan anak– anaknya

Objektif : pasien tampak senang bisa menggambar keluarga kecilnya, pasien tampak menatap kertas yang di gambarnya.

Analisa : harga diri rendah masih ada

Perencanaan : Anjurkan klien untuk menggambar 1x/hari setiap jam 09.00 WIB

BAB IV PEMBAHASAN

Bab ini membahas kesenjangan teori dan kasus termasuk faktor pendukung dan faktor penghambat dalam pemberian Asuhan Keperawatan pada Ny. C di Ruang PHCU Wanita Rumah Sakit Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor. Penulis mulai melakukan Asuhan Keperawatan pada tanggal 09-12 November 2022. Dengan melakukan pendekatan proses keperawatan meliputi: pengkajian, perumusan, diagnosa, perencanaan, implementasi, dan evaluasi.

A. Pengkajian

a. Identitas klien

Meliputi nama klien, umur, jenis kelamin, status perkawinan, agama, tanggal MRS (Masuk rumah sakit), tanggal pengkajian, no rekam medik, diagnosa medis dan alamat klien.

Pengkajian merupakan tahap awal dan data dasar utama proses keperawatan. Tahap pengkajian kebutuhan psikososial dilakukan pada Ny. C meliputi identitas klien, alasan masuk, faktor predisposisi, aspek psikososial, spiritual, status mental, pengetahuan klien dan aspek medik, sehingga didapat data subjektif dan objektif yang merupakandasar dalam merumuskan Diagnosa keperawatan. Data pasien didapatkan dengan menggunakan metode auto anamnesa (wawancara langsung dengan klien), wawancara dengan tenaga kesehatan lainnya (perawat ruangan). Berdasarkan jawaban setelah dilakukan wawancara dan observasi diperoleh data yang kemudian disusun dan diolah sesuai dengan tujuan dan akan disajikan dalam bentuk tabel dan penjelasan deskriptif.

Adapun data yang dapat dikumpulkan pada pasien dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran pada kasus Ny. C berumur 31 tahun diantar dingsos ke RSJ Marzoeki Mahdi Bogor hari Sabtu 29 Oktober 2022, pada saat dilakukan pengkajian pasien tampak sering berbicara sendiri, pasien mengatakan mendengar suara ketawa kuntilanak dan melihat orang membawa keris dan pisau dibawah pohon pada malam hari

b. Faktor predisposisi

1. Faktor biologis

Hal yang di kaji pada faktor biologis, meliputi adanya faktor heriditer gangguan jiwa, adanya resiko bunuh diri, riwayat penyakit atau trauma kepala, dan riwayat penggunaan NAPZA.

2. Faktor psikologis

Pada klien yang mengalami halusinasi, dapat ditemukan adanya kegagalan yang berulang, individu korban kekerasan, kurang kasih sayang, atau overprotektif.

3. Sosial budaya dan lingkungan

Klien dengan halusinasi didapatkan sosial ekonomi rendah, riwayat penolakan lingkungan pada usia perkembangan anak, tingkat pendidikan rendah, dan kegagalan dalam hubungan sosial (perceraian, hidup sendiri), serta tidak bekerja.

Pada Ny. C dapat ditemukan faktor predisposisi seperti : Ny. C merupakan korban kekerasan dari mantan suaminya, Ny. C sudah bercerai dengan suaminya dan hidup sendiri tanpa dukungan orang terdekat pasien.

c. Faktor presipitasi

Secara fisik klien dengan gangguan halusinasi timbul gangguan setelah adanya hubungan yang bermusuhan, tekanan, isolasi, perasaan tidak berguna, putus asa dan tidak berdaya. Penilaian individu terhadap stressor dan masalah coping dapat mengindikasikan kemungkinan kekambuhan (Keliat, 2011). Stresor presipitasi pada klien dengan halusinasi di temukan adanya riwayat penyakit infeksi, penyakit kronis atau kelainan struktur otak, kekerasan dalam rumah tangga, atau adanya kegagalan-kegagalan dalam hidup, kemiskinan, adanya aturan atau tuntutan di keluarga atau masyarakat yang sering tidak sesuai dengan klien serta konflik antar masyarakat. Sumber coping yang di pakai klien juga sangat penting untuk di kaji dalam faktor presipitasi.

Faktor presipitasi yang dialami oleh Ny. C adalah Ny. C mengalami kekerasan oleh mantan suaminya, Ny. C sudah bercerai dengan suaminya dan hidup sendiri tanpa dukungan dari orang terdekat pasien.

d. Aspek Psikososial

1. Persepsi

Klien sering mendengar suara atau kegaduhan, mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap, mendengar suara yang menyuruh melakukan hal yang berbahaya, mendengar suara orang yang sudah meninggal, klien tampak berbicara dan tertawa sendiri.

2. Proses pikir

Proses informasi yang diterima tidak berfungsi dengan baik.

Aspek sosial yang dialami oleh Ny. C adalah Ny. C sering mendengar suara-suara ketawa kuntilanak dan melihat orang membawa pisau dan keris dibawah pohon Ketika malam hari, terkadang pasien tampak sering berbicara dan ketawa sendiri.

e. Mekanisme koping

Perilaku yang mewakili upaya melindungi diri sendiri dari pengalaman yang menakutkan berhubungan dengan respon neurobiologis *maladaptive* (Stuart, 2006) :

1. Regresi : menjadi malas beraktifitas sehari-hari
2. Proyeksi : menjelaskan perubahan suatu persepsi dengan berusaha untuk mengalihkan tanggung jawab kepada orang lain.
3. Menarik diri : sulit mempercayai orang lain dan asyik dengan stimulus intrernal.

Menurut depkes RI (2013) halusinasi memiliki 4 tahap yaitu tahap 1 (comforting) : halusinasi menyenangkan, tahap 2 (condemning) : halusinasi menakutkan, tahap 3 (controlling) : pengalaman berkuasa, tahap 4 (conquering) : panik, melebur halusinasinya. Pada kasus Tn. C berada p a d a tahap 2 yaitu klien mengalami pengalaman sensor menakutkan, mulai terasa hilang konsentrasinya, menarik diri dari orang lain. dikarenakan pasien mengatakan sering mendengar suara ketawa kuntilanak dan melihat orang membawa keris dan pisau pada malam hari dibawah pohon.

Menurut Direja (2011), tanda dan gejala halusinasi adalah berbicara, senyum dan tertawa sendiri, bicara ngelantur, dan tidak masuk akal, selain itu tanda gejala lainnya biasa pasien tampak keluyuran, berbicara tidak nyambung dan tidak masuk akal. Gejala-gejala tersebut juga dialami oleh Ny. C

B. Diagnosa

Pada Ny. C Diagnosa keperawatan yang muncul yaitu gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran, dikarenakan Ny. C sering mendengar suara-suara bisikan serta ketawa kuntilanak dan melihat orang membawa keris dan pisau saat malam hari, dibawah pohon, sebanyak 1-2 kali, selama 2-5 menit, Ketika halusinasinya datang pasien selalu beristigfar, Pasien tampak sulit berkonsentrasi, kontak mata pasien dengan perawat kurang

Dari Diagnosa keperawatan yang ditegakkan pada Ny. C diprioritaskan pada diagnosa keperawatan pertama yaitu gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran karena bila tidak diatasi dapat berkembang menjadi risiko perilaku kekerasan yang dapat berkembang lebih lanjut mengakibatkan masalah keperawatan lainnya yang berdampak pada lingkungan dan masyarakat.

C. Intervensi

Rohman dan Walid (2012) intervensi atau perencanaan adalah pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi, mengatasi masalah-masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosis keperawatan. Rencana tindakan keperawatan untuk pasien gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran (Sutejo, 2017)

TUK 1 Dapat membina hubungan saling percaya. Kriteria hasil : Setelah 3x pertemuan , pasien dapat menerima kehadiran perawat, pasien dapat berinteraksi dengan perawat, ekspresi wajah pasien bersahabat, pasien tampak senang, ada kontak mata, pasien mau berjabat tangan, pasien mau duduk berdampingan dengan perawat, pasien mau menyebutkan nama serta bersedia mengungkapkan masalah yang dihadapinya. Intervensi : bina hubungan saling percaya dengan prinsip komunikasi terapeutik , sapa pasien dengan ramah baik verbal maupun non verbal, perkenalkan diri dengan sopan, tanyakan nama lengkap pasien, jelaskan tujuan pertemuan, buat kontrak interaksi dengan jelas, jujur dan menepati janji, tunjukkan sikap empati dan menerima pasien apa adanya, ciptakan lingkungan tenang dan bersahabat, beri perhatian dan penghargaan temani pasien walau tidak menjawab, dengarkan dengan empati beri kesempatan bicara, jangan terburu- buru, tunjukkan bahwa perawat mengikuti pembicaraan pasien, beri perhatian dan perhatikan kebutuhan dasar pasien.

TUK 2 Pasien dapat mengenali penyebab Halusinasinya. Kriteria hasil : Setelah 3x pertemuan, pasien dapat menyebutkan minimal satu penyebab dari halusinasi yang berasal dari diri sendiri. Intervensi : adakan kontak mata yang sering dan singkat secara bertahap, pantau tingkah laku pasien terkait dengan halusinasinya, tanyakan pada pasien tentang isi halusinasi, waktu kejadian, frekuensi, isi, kondisi serta situasi yang menimbulkan halusinasi, tanyakan perasaan pasien setelah pasien mampu mengidentifikasi halusinasinya, berikan reinforcement positif terhadap kemampuan pasien.

TUK 3 Pasien dapat mengontrol halusinasinya. Kriteria hasil : Setelah 3x pertemuan, pasien dapat mengontrol halusinasinya dengan cara menghardik. Intervensi : identifikasi bagaimana cara pasien mengidentifikasi halusinasinya, diskusikan bagaimana cara mengontrol halusinasi, jelaskan bagaimana caranya menghardik halusinasi, peragakan cara menghardik halusinasi, minta pasien untuk melakukan ulang cara menghardik halusinasi, beri reinforcement positif terhadap kemampuan menghardik halusinasi.

TUK 4 Pasien dapat menggunakan obat dengan benar dan tepat. Kriteria hasil : Setelah 3x pertemuan, pasien dapat menyebutkan manfaat minum obat, kerugian kalau tidak minum obat, nama, warna, dosis, efek samping obat. Intervensi : diskusikan dengan pasien tentang kerugian dan keuntungan tidak minum obat serta karakteristik obat yang diminum (nama, dosis, frekuensi, efek samping obat), bantu dalam menggunakan obat dengan prinsip 6 benar, anjurkan pasien minta sendiri obatnya kepada perawat agar pasien dapat merasakan manfaatnya, beri reinforcement positif bila pasien menggunakan obat dengan benar, diskusikan akibat berhenti minum obat tanpa konsultasi dengan dokter, anjurkan pasien untuk konsultasi dengan dokter atau perawat apabila terjadi hal-hal yang tidak diinginkan.

TUK 5 pasien dapat mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain. Kriteria hasil : Setelah 3x pertemuan, pasien dapat mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain. Intervensi : Identifikasi ulang cara menghardik dan cara minum obat yang baik dan benar, ajarkan pasien untuk pergi ketempat yang ramai dan bantu pasien untuk berkomunikasi atau bercakap-cakap dengan orang lain saat halusinasinya muncul, berikan reinforcement positif terhadap kemampuan pasien.

Intervensi keperawatan adalah petunjuk yang menggambarkan secara tepat mengenai rencana Tindakan yang dilakukan terhadap klien sesuai dengan kebutuhannya berdasarkan diagnosis keperawatan. Peneliti akan menjelaskan tindakan yang akan dilakukan yaitu strategi pelaksanaan yang bertujuan untuk membantu pasien untuk mengontrol

halusinasinya. Tindakan ini akan dilakukan setiap hari dan sesuai kontrak yang telah disetujui oleh pasien. Setelah peneliti menjelaskan tentang tindakan yang akan dilakukan dan pasien bersedia menjadi responden sesuai kontrak waktu selama 7 hari kedepan.

Strategi pelaksana pertama yaitu menyebutkan jenis halusinasi, isi halusinasi, waktu terjadinya halusinasi, frekuensi halusinasi dan Pasien diajarkan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, strategi pelaksana kedua yaitu pasien dilatih cara minum obat dengan prinsip 5 benar, strategi pelaksana ketiga yaitu melatih mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap, dan strategi pelaksana keempat yaitu melakukan kegiatan secara terjadwal

Perencanaan yang dibuat ini diberikan kepada kedua pasien yaitu Ny. C yang bertujuan untuk mengetahui efek dari pemberian intervensi yang telah disusun, dengan berdasarkan diagnosa yang sudah dirumuskan sebelumnya

D. Implementasi

Pada Implementasi Halusinasi yang dilakukan adalah pelaksanaan Strategi Pelaksanaan 1 sampai 4 serta Strategi Pelaksanaan untuk halusinasi tersebut. Penulis melaksanakan Strategi Pelaksanaan klien. Penulis melakukan pengkajian kepada klien. Selanjutnya penulis melakukan implementasi melalui sesi wawancara kepada klien hasil yang didapat adalah dari data subjektif klien menceritakan sering mendengar suara yang mengajak untuk berdialog, klien juga merasa kesal akan suara tersebut, tetapi suara tersebut terkadang muncul terkadang tidak, dan keluarga klien mengatakan klien sering berbicara sendiri, mulutnya gerak-gerak seperti orang sedang berdoa dan klien juga marah-marah tidak jelas. Data objektif klien tampak kesal dan gelisah, masalah belum teratasi dan perawat melakukan strategi pelaksanaan klien.

Pada Strategi Pelaksanaan 1 yaitu membantu klien untuk mengetahui dan mengenali tentang halusinasi (tentang apa, waktu, frekuensi, situasi, respon), mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, Stuart, Keliat, & Pasaribu (2016) percaya bahwa model adaptasi stress Stuart berfokus pada respon pasien ketika mengalami stress, dan membantu untuk memahami apa yang akan dilakukan untuk membantu dan menangani tindakan keperawatan. Nyumirah, Keliat, dan Helena (2013) dijelaskan bahwa penggunaan penggunaan model metode Stuart sangat efektif karena perawat dapat menggambarkan kondisi klien dan menggambarkan terjadinya gangguan jiwa khususnya gangguan persepsi sensori dari halusinasi

Dari hasil implementasi dihari pertama didapatkan klien mulai mengenal apa itu halusinasi dan cara menangani saat halusinasi itu muncul dengan cara pertama yaitu menghardik. Setelah melaksanakan kegiatan menghardik untuk mengatasi halusinasi jika muncul dengan cara menutup telinga dan menolak akan datangnya halusinasi seperti yang dijelaskan oleh (Zelika & Dermaawan 2015, Wati, 2018) berisi adapupun halusinasi pendengaran yang disebabkan oleh teguran, yaitu menutup telinga dan menolak munculnya halusinasi. Selain itu, gunakan konsentrasi untuk membakar hati anda dan katakan bahwa klien dapat menghilangkan ilusi dan kemudian menolak ilusi.

Hal ini juga sejalan dengan penelitian bahwa menyalahkan dapat menurunkan intensitas halusinasi pada klien kegiatan tersebut dilakukan dengan menutup salah satu telinga relaksasi nafas dalam dan relaksasi otot tanpa perlu pengobatan secara turtur (Yang et al, 2015). Selanjutnya perawat meminta klien untuk menjelaskan dan mempraktekan ulang tentang kegiatan yang dilakukan tadi yang dilakukan oleh perawat dan klien.

Selanjutnya masuk dalam Strategi Pelaksanaan 2 yaitu mengontrol halusinasi dengan cara meminum obat dengan baik dan benar, menurut (Pameswari, dkk 2016) mengendalikan halusinasi dapat dilakukan pada pasien yaitu dengan cara meminum obat dengan baik dan benar. Setelah perawat melakukan percakapan dengan pasien perawat mengajarkan kepada pasien bagaimana cara meminum obat yang baik dan benar dan

mencatatnya dibuku jadwal kegiatan harian yang sudah disepakati oleh pasien.

Masuk kedalam Strategi Pelaksanaan klien 3 yang berisi tentang melakukan aktifitas terjadwal dan mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain, menurut penelitian (Keliat, 2012), mengatakan bahwa mengontrol halusinasi bisa dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain.

Masuk kedalam Strategi Pelaksanaan klien 4 yang berisi tentang mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain, menurut penelitian (Keliat, 2012), mengatakan bahwa mengontrol halusinasi bisa dengan cara bercakap-cakap sambil beraktivitas.

Penulis tidak menulis kesenjangan antara teori dan kasus pada pelaksanaan keperawatan, pada teori implementasi keperawatan diagnosis gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran melakukan empat strategi pelaksanaan. Pada kasus ini penulis juga melakukan empat strategi pelaksanaan untuk mengontrol halusinasi pada pasien yang pertama penulis membantu pasien untuk menghardik halusinasi, lalu yang kedua penulis membantu pasien cara meminum obat yang baik dan benar, lalu yang ketiga penulis membantu pasien untuk mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap, lalu yang keempat penulis membantu pasien untuk mengontrol halusinasi dengan cara berkegiatan, dan yang terakhir penulis membantu mengevaluasi dan memasukan kedalam jadwal kegiatan harian pasien.

Faktor pendukung dalam pelaksanaan keperawatan pasien mau melakukan kegiatan yang diajarkan oleh penulis dan melakukan kegiatannya sendiri tanpa ditemani penulis, faktor penghambatnya pasien kurang kooperatif Ketika diajarkan melakukan kegiatan untuk mengontrol halusinasinya.

E. Evaluasi

Evaluasi keperawatan merupakan penilaian dari perubahan keadaan pasien dari hasil yang diamati dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah dibuat pada tahap perencanaan sebelumnya. Tujuan dari evaluasi keperawatan ini adalah untuk memodifikasi rencana tindakan keperawatan, meneruskan rencana tindakan keperawatan, menentukan apakah tujuan keperawatan telah tercapai atau tidak, menilai kemampuan klien dalam mencapai tujuan dan mengkaji penyebab jika tujuan tindakan keperawatan belum dapat tercapai (Purba, 2019).

Pada pasien Ny. C setelah dilakukan implementasi selama tujuh hari pasien didapatkan hasil evaluasi yaitu Pasien Ny. C untuk membina hubungan saling percaya terhadap perawat memerlukan waktu selama 1 hari. Analisis tindakan keperawatan pada pasien Ny. C sudah mampu mengidentifikasi halusinasi, menyebutkan isi halusinasi, melakukan teknik menghardik, dan bercakap- cakap dengan orang lain untuk mengontrol halusinasi.

Pada pasien mampu percaya dan berkenalan 1 hari dengan perawat karena pasien mengatakan senang berbicara dan bertemu dengan perawat. Pada pasien Ny. C strategi yang dilakukan perawat agar pasien percaya dan mengenal perawat yaitu dengan membangun rasa percaya dengan pasien seperti lebih sering bertemu dengan pasien. (Hafizzudin, 2021) menjelaskan pada tahap teoritis evaluasi yang diharapkan adalah : pasien mempercayai perawat, pasien dapat mengidentifikasi halusinasi, pasien dapat mengendalikan halusinasi, mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, meminum obat secara teratur, latihan bercakap-cakap dengan orang lain, dan sambil beraktivitas.

Pada Ny. C menunjukkan perubahan yang signifikan yaitu pasien mampu mengetahui dan mengontrol halusinasinya, dan terjalinnya hubungan saling percaya antara perawat dan klien. Ny. C mengatakan senang berkenalan dengan perawat dan selalu bersikap kooperatif dengan perawat. Kebutuhan psikososial Pada Ny. C mengalami perkembangan yang baik dimana klien mampu mengontrol dan mengidentifikasi

halusinasi, klien mampu mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, meminum obat secara benar dan teratur, klien mampu melakukan latihan bercakap- cakap dengan orang lain, dan melakukan kegiatan secara terjadwal secara teratur. Sehingga diharapkan pada saat halusinasi itu muncul pasien dapat mengontrol halusinasi dengan cara yang telah diajarkan perawat.

Kemampuan awal yang dimiliki pasien, pasien bisa beristigfar ketika halusinasinya muncul. Setelah dilakukan intervensi kemampuan pasien bertambah seperti menghardik halusinasi dan pasien mampu meminum obat dengan benar dan teratur, dan mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap. Jadi kemampuan yang dimiliki pasien setelah intervensi meningkat sebesar 75%.

Tanda dan gejala awal pasien sering mendengar suara kuntilanak dan melihat orang membawa pisau dan keris ketika malam hari dibawah pohon, pasien tampak sulit berkonsentrasi, kontak mata pasien dengan perawat kurang. Setelah dilakukan intervensi tanda dan gejala awal pasien menurun seperti pasien sudah tidak mendengar suara ketawa kuntilanak lagi, pasien sudah berkonsentrasi ketika diajak berbicara dan pasien sudah mau menatap perawat jadi dapat disimpulkan tanda dan gejala awal pasien yang turun sebesar 50%.

BAB V

PENUTUP

Penulis menguraikan pada masing-masing BAB mengenai asuhan keperawatan dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran di ruang PHCU Wanita RSMM Bogor mulai tanggal 09- 12 November 2022 maka di bab ini penulis menarik kesimpulan dan saran sebagai berikut:

A. Kesimpulan

Berdasarkan studi kasus asuhan keperawatan dengan pemenuhan kebutuhan psikososial pada pasien halusinasi pendengaran yang telah penulis lakukan, dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

Hasil pengkajian yang didapatkan adalah data subjektif pada Ny. C adalah mengatakan sering mendengar suara-suara bisikan serta ketawa kuntilanak dan melihat orang membawa keris dan pisau saat malam hari, dibawah pohon, sebanyak 1-2 kali, selama 2-5 menit, Ketika halusinasinya datang pasien selalu beristigfar, Pasien tampak sulit berkonsentrasi, kontak mata pasien dengan perawat kurang

Dengan tanda dan gejala tersebut penulis memprioritas diagnosa yang muncul saat dilakukan pengkajian pada Ny. C adalah gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran, diagnosa kedua adalah isolasi sosial, diagnosa ketiga adalah risiko perilaku kekerasan dan diagnosa yang terakhir adalah harga diri rendah kronis

Penulis memberikan intervensi keperawatan yang diberikan pada Ny. C yaitu pasien dapat mengidentifikasi isi, frekuensi, waktu, dan respon klien terhadap halusinasi yang di alaminya. Mendiskusikan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, meminum obat secara teratur, bercakap-cakap, melakukan kegiatan harian sesuai yang terjadwal. Tindakan keperawatan dilakukan penulis selama 7x24 jam kepada Ny. C dengan tujuan untuk mengurangi halusinasi yang dialami Ny. C dengan intervensi yang dilakukan menghardik halusinasi, mengajarkan cara meminum obat

yang baik dan benar, mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dan mengontrol halusinasi dengan beraktivitas, maka didapatkan hasil Pasien mengatakan sudah tidak mendengar suara ketawa kuntilanak dan melihat orang membawa keris dan pisau dibawah pohon lagi, pasien mengatakan sudah bisa tidur dengan nyenyak, pasien tamapk mau mengikuti kegiatan TAK dan senam pagi, kontak mata pasien sudah ada, pasien mau berbaur dengan teman-temannya lagi, pasien senang diajarkan serta pasien mengatakan sudah tau caranya menghardik, minum obat yang benar dan teratur, serta bercakap-cakap dengan orang lain dapat mengontrol halusinasinya.

B. Saran

Penulis menyimpulkan saran untuk meningkatkan mutu asuhan keperawatan pasien khususnya dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran. Adapun saran yang penulis ingin sampaikan adalah sebagai berikut :

1. Bagi mahasiswa/penulis

Melakukan pengkajian pada pasien isolasi sosial dengan membina hubungan saling percaya, membangun tras dengan menggunakan komunikasi terapeutik, sehingga pasien dapat menceritakan masalahnya dengan perawat selain itu perawat memvalidasi data yang didapat tentang pasien, serta melihat rekam medis untuk data penunjang membuat asuhan keperawatan.

2. Institusi

Institusi diharapkan dapat memberikan pengetahuan yang baru tentang asuhan keperawatan khususnya dalam bidang keperawatan jiwa agar menyediakan lebih banyak lagi literatur terbaru seperti jurnal, buku, dan artikel yang dapat membantu mahasiswa/penulis dalam melakukan asuhan keperawatan jiwa dan dapat menyesuaikan pemberian asuhan keperawatan saat ini yang mungkin berbeda dengan kondisi terdahulu sesuai standar yang sudah terakreditasi institusi untuk melakukan tindakan

asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, penegakan diagnosa, menentukan intervensi, melakukan strategi pelaksanaan, serta evaluasi keperawatan yang tepat dalam pendokumentasian yang akurat.

3. Perawat

Untuk dapat memantau perkembangan pasien hendaknya perawat ruangan memperhatikan jadwal yang sudah ada dan menambahkan jadwal kegiatan harian pasien, perawat dapat membuat pendidikan kesehatan tentang pasien di rumah sakit dan bimbingan konseling untuk keluarga cara merawat pasien di rumah.

4. Rumah sakit

Saran untuk rumah sakit agar perawat lebih meningkatkan kemampuan dalam memberikan perawatan dengan pasien gangguan jiwa seperti mengadakan terapi aktivitas, workshop, seminar, dan pelatihan. Diharapkan juga rumah sakit agar pasien dapat diberikan asuhan keperawatan dengan kondisi lingkungan yang tenang dan kondusif sehingga akan lebih efektif dalam meningkatkan kondisi pasien dan disesuaikan dengan spesifik dari masalah keperawatan yang ada pada pasien dan dapat melakukan aktivitas kelompok yang disesuaikan kondisi pasien serta pihak rumah sakit hendaknya melibatkan keluarga dalam proses perawatan pasien agar dapat meningkatkan kualitas pelayanan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan persepsi sensori : halusiansi pendengaran.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdul Nasir, Muhith. (2015). *Dasar-dasar keperawatan jiwa pengantar dan teori*. Jakarta: Salemba Medika
- Ambarwati, G. (2019) „Pemenuhan kebutuhan psikososial“ *Psikososial*.
- Azizah. (2011). *Keperawatan jiwa aplikasi praktik klinik*. Yogyakarta : GrahaIlmu.
- Damaiyanti dan Iskandar. (2014). *Asuhan keperawatan Jiwa*. Bandung : RefikaAditama.<https://doi.org/10.37287/jppp.v2i4.183>
- Demawan & Rusdi. (2013). *Keperawatan jiwa: konsep dan kerangka kerja asuhan keperawatan jiwa*. Yogyakarta: Gosyen
- Direja, Ade Herman, Surya. (2011). *Asuhan keperawatan jiwa*. Yogyakarta:Nuha Medika
- Farida, Yudi. (2012). *Buku ajar keperawatan jiwa*. Jakarta : salemba medika
- Hafizuddin, D. (2021) Mental Nursing Care on Mr. A With Hearing Hallucination Problems. <https://doi.org/10.31219/osf.io/r3pqu>
- Hawari, Dadang. (2009). *Pendekatan Holistik Pada Gangguan Jiwa Skizofrenia*. FKUI: Jakarta.
- Keliat, Akemat. (2010). *Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa*. Jakarta : EGC.

Keliat, Budi Anna. (2011). *Keperawatan kesehatan jiwa komunitas*. Jakarta :EGC

Makhruzah, S., Putri, V. S., & Yanti, R. D. 2021. *Pengaruh Penerapan Strategi Pelaksanaan Perilaku Kekerasan Terhadap Tanda Gejala Klien Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Jambi*. *Jurnal Akademika Baiturrahim Jambi*, 10(1), 39. <https://doi.org/10.36565/Jab.V10i1.268>

Muhith, A. 2015. *Pendidikan keperawatan jiwa (teori dan aplikasi)*. Yogyakarta : Andi

Oktiviani, D. (2020). *Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn.K dengan masalah Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran di Ruang Rokan Rumah Sakit Jiwa Tampan*. Paper Knowledge . Toward a Media History of Documents.

Pardede, J. A. (2020). Family knowledge about hallucination related to drinking medication adherence on schizophrenia patient. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 2(4), 399-408. <https://doi.org/10.37287/jppp.v2i4.183>

Pardede, J. A., & Laia, B. (2020). Decreasing Symptoms of Risk of Violent Behavior in Schizophrenia Patients Through Group Activity Therapy. *Jurnal ilmu keperawatan jiwa*, 3(3),291-300. <http://dx.doi.org/10.32584/jikj.v3i3.621>

Refika Aditama. Daulay, W. (2009). *Asuhan keperawatan klien dengan masalah psikososial dan gangguan jiwa*. Medan: USU Press

- Riset Kesehatan Dasar (Rikesdas) 2018. *Pedoman pewawancara petugas pengumpul data*. Jakarta: Badan Litbangkes, Depkes RI, 2018
- Setyowaty, D. (2005). *Konsep dasar keperawatan kesehatan jiwa*. Edisi. 3,EGC: Jakarta
- Stuart, & Laraia. (2005). *Buku ajar keperawatan jiwa*. Jakarta: EGC
- Stuart, G. W., Keliat, B. A., & Pasaribu, J. (2016). *Prinsip dan praktik keperawatan kesehatan jiwa stuart*. Edisi Indonesia. Singapore: Elsevier
- Sutejo. (2017). *Konsep dan Praktik Asuhan Keperawatan Kesehatan Jiwa: Gangguan Jiwa dan Psikososial*. Yogyakarta: PT. Pustaka Baru.
- Wahyuni, Sri, Yuliet, Sri Novita dan Elita, Veni. (2011). *Hubungan Lama Hari Rawat dengan Kemampuan Pasien Mengontrol Halusinasi di Ruang MPKP RSJ Tampan Pekanbaru*. Jurnal Ners Indonesia Vol. 1, No. 2, Maret 2011.
- Wijayanto, WT & Marisca A. (2017). *Efektivitas Terapi Musik Klasik Terhadap Penurunan Tanda dan Gejala Pada Pasien Halusinasi Pendengaran*. Program Studi Sarjana Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Indonesia Maju
- World Health Organization (WHO). 2018. Diakses tanggal 28 Mei 2023 <http://www.who.int/mentalhealth/en/>
- Yosep, (2010). *Keperawatan jiwa*. Edisi revisi, cetakan III. Bandung :PT.Refika Aditama.

Yudhantara, & Istiqomah, R. (2018). *Sinopsis skizofrenia untuk mahasiswa kedokteran*. Malang: UB Press.

Zelika A.A., Dermawan D. (2015). *Kajian Asuhan Keperawatan Jiwa Halusinasi Pendengaran pada Saudara di Ruang Nakula RSJD Surakarta*. Jurnal Profesi Vol. 12, No. 2.

STRATEGI PELAKSANAAN KEPERAWATAN HALUSINASI PENDENGARAN

STRATEGI PELAKSANAAN 1 (SP 1) HALUSINASI PENDENGARAN

A. Kondisi

Klien terlihat bicara atau tertawa sendiri, marah-marah tanpa sebab, mendekatkan telinga ke arah tertentu, dan menutup telinga. Klien mengatakan mendengar suara-suara atau kegaduhan, mendengar suara yang mengajaknya bercakap-cakap, dan mendengar suara menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya.

B. Diagnosis Keperawatan

Perubahan Persepsi Sensori: Halusinasi

C. Tujuan

- a. Klien dapat membina hubungan saling percaya, dengan criteria sebagai berikut.
 - 1) Ekspresi wajah bersahabat
 - 2) Menunjukkan rasa senang
 - 3) Klien bersedia diajak berjabat tangan
 - 4) Klien bersedia menyebutkan nama
 - 5) Ada kontak mata
 - 6) Klien bersedia duduk berdampingan dengan perawat
 - 7) Klien bersedia mengutarakan masalah yang dihadapinya.
- b. Membantu klien mengenal halusinasinya
- c. Mengajarkan klien mengontrol halusinasinya dengan menghardik halusinasi

D. Intervensi Keperawatan

- a. Bina hubungan saling percaya dengan prinsip komunikasi terapeutik
 - 1) Sapa klien dengan ramah baik verbal maupun nonverbal
 - 2) Perkenalkan diri dengan sopan
 - 3) Tanyakan nama lengkap klien dan nama panggilan yang disukai klien
 - 4) Jelaskan tujuan pertemuan

- 5) Jujur dan menepati janji
 - 6) Tunjukkan sikap empati dan menerima klien apa adanya
 - 7) Beri perhatian kepada klien dan memperhatikan kebutuhan dasar klien.
- b. Bantu klien mengenal halusinasinya yang meliputi isi, waktu terjadi halusinasi, frekuensi, situasi pencetus, dan perasaan saat terjadi halusinasi
 - c. Latih klien untuk mengontrol halusinasi dengan cara menghardik. Tahapan tindakan yang dapat dilakukan meliputi hal-hal sebagai berikut.
 - 1) Jelaskan cara menghardik halusinasi
 - 2) Peragakan cara menghardik halusinasi
 - 3) Minta klien memperagakan ulang
 - 4) Pantau penerapan cara ini dan beri penguatan pada perilaku klien yang sesuai
 - 5) Masukkan dalam jadwal kegiatan klien

E. Strategi Pelaksanaan

1. Orientasi

a. Salam Terapeutik

“Selamat pagi, assalamualaikum..... Boleh Saya kenalan dengan ibu? Nama Saya Muhamad Nurul Vikri boleh panggil Saya vikri Saya Mahasiswa STIKES RS Husada, 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?”

b. Evaluasi/validasi

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

c. Kontrak

1) Topik

“Apakah Ibu tidak keberatan untuk ngobrol dengan saya? Menurut ibu sebaiknya kita ngobrol apa ya? Bagaimana kalau kita ngobrol tentang suara dan sesuatu yang selama ini Ibu dengar dan lihat tetapi tidak tampak wujudnya?”

2) Waktu

“Berapa lama kira-kira kita bisa ngobrol? Ibu maunya berapa menit? Bagaimana kalau 10 menit? Bisa?”

3) Tempat

“Di mana kita akan bincang-bincang ???

Bagaimana kalau di ruang tamu saya ???

2. Kerja

“Apakah Ibu mendengar suara tanpa ada wujudnya?”

“Apa yang dikatakan suara itu?”

“Apakah Ibu melihat sesuatu atau orang atau bayangan atau makhluk?”

“Seperti apa yang kelihatan?”

“Apakah terus-menerus terlihat dan terdengar, atau hanya sewaktu-waktu saja?”

“Kapan paling sering Ibu melihat sesuatu atau mendengar suara tersebut?”

“Berapa kali sehari Ibu mengalaminya?”

“Pada keadaan apa, apakah pada waktu sendiri?”

“Apa yang Ibu rasakan pada saat melihat sesuatu?”

“Apa yang Ibu lakukan saat melihat sesuatu?”

“Apa yang Ibu lakukan saat mendengar suara tersebut?”

“Apakah dengan cara itu suara dan bayangan tersebut hilang?”

“Bagaimana kalau kita belajar cara untuk mencegah suara-suara atau bayangan agar tidak muncul?”

“Ibu ada empat cara untuk mencegah suara-suara itu muncul.”

“Pertama, dengan menghardik suara tersebut.”

“Kedua, dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain.”

“Ketiga, melakukan kegiatan yang sudah terjadwal.”

“Keempat, minum obat dengan teratur.”

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

“Caranya seperti ini:

- 1) Saat suara-suara itu muncul, langsung Ibu bilang dalam hati, “Pergi Saya tidak mau dengar ... Saya tidak mau dengar. Kamu suara palsu. Begitu diulang-ulang sampai suara itu tidak terdengar lagi. Coba ibu peragakan! Nah begitu..... bagus! Coba lagi! Ya bagus Ibu sudah bisa.”
- 2) Saat melihat bayangan itu muncul, langsung Ibu bilang, pergi Saya tidak mau lihat..... Saya tidak mau lihat. Kamu palsu. Begitu diulang-ulang sampai bayangan itu tak terlihat lagi. Coba Ibu peragakan! Nah begitu..... bagus! Coba lagi! Ya bagus Ibu sudah bisa.”

3. Terminasi

a. Evaluasi subjektif

“Bagaimana perasaan Ibu dengan obrolan kita tadi? Ibu merasa senang tidak dengan latihan tadi?”

b. Evaluasi objektif

“Setelah kita ngobrol tadi, panjang lebar, sekarang coba Ibu simpulkan pembicaraan kita tadi.”

“Coba sebutkan cara untuk mencegah suara dan atau bayangan itu agar tidak muncul lagi.”

c. Rencana tindak lanjut

“Kalau bayangan dan suara-suara itu muncul lagi, silakan Ibu coba cara tersebut! Bagaimana kalau kita buat jadwal latihannya. Mau jam berapa saja latihannya?”

(Masukkan kegiatan latihan menghardik halusinasi dalam jadwal kegiatan harian klien, Jika ibu melakukannya secara mandiri makan ibu menuliskan M, jika ibu melakukannya dibantu atau diingatkan oleh keluarga atau teman maka ibu buat ibu, Jika ibu tidak melakukannya maka ibu tulis T. apakah ibu mengerti?).

d. Kontrak yang akan datang

1) Topik

“Ibu, bagaimana kalau besok kita ngobrol lagi tentang caranya berbicara dengan orang lain saat bayangan dan suara-suara itu muncul?”

2) Waktu

“Kira-kira waktunya kapan ya? Bagaimana kalau besok jam 09.30 WIB, bisa?”

3) Tempat

“Kira-kira tempat yang enak buat kita ngobrol besok di mana ya? Sampai jumpa besok.

Wassalamualaikum,.....

STRATEGI PELAKSANAAN 2 (SP 2)

A. Kondisi klien

DO : Klien tenang

DS : Klien mengatakan mendengar ada suara-suara tapi suara itu tidak jelas

B. Diagnosa Keperawatan

Gangguan Persepsi Sensori : halusinasi

C. Tujuan

Ajarkan cara mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain.

D. Intervensi Keperawatan

Diskusikan dengan klien cara mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain.

E. Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

a. Fase Orientasi :

- **Salam terapeutik** : ” Selamat pagi, ibu? Bagaimana kabarnya hari ini? mas masih ingat dong dengan saya? Ibu sudah mandi belum? Apakah sudah makan?
- **Evaluasi validasi** : ”bagaimana perasaan ibu hari ini? Kemarin kita sudah berdiskusi tentang halusinasi, apakah mas bisa menjelaskan kepada saya tentang isi suara-suara yang mas dengar dan apakah mas bisa mempraktekkan cara mengontrol halusinasi yang pertama yaitu dengan menghardik?”
- **Kontrak** :

Topik :

”sesuai dengan kontrak kita kemarin, kita akan berbincang-bincang di taman mengenai cara-cara mengontrol suara yang sering mas dengar dulu agar suara itu tidak muncul lagi dengan cara yang kedua yaitu bercakap-cakap dengan orang lain.

Waktu :

Berapa lama kita akan bincang-bincang, bagaimana kalau 10 menit saja, bagaimana ibu setuju?"

Tempat :

"dimana tempat yang menurut ibu cocok untuk kita berbincang-bincang? Bagaimana kalau di taman? ibu setuju?"

b. Fase kerja

- "kalau ibu mendengar suara yang kata mas kemarin mengganggu dan membuat ibu jengkel. Apa yang ibu lakukan pada saat itu? Apa yang telah saya ajarkan kemarin apakah sudah dilakukan?"
- "cara yang kedua adalah mas langsung pergi ke perawat. Katakan pada perawat bahwa mas mendengar suara. Nanti perawat akan mengajak mas mengobrol sehingga suara itu hilang dengan sendirinya.

c. Fase terminasi

- **Evaluasi subyektif :** "tidak terasa kita sudah berbincang-bincang lama. Saya senang sekali ibu mau berbincang-bincang dengan saya. Bagaimana perasaan mas setelah kita berbincang-bincang?"
- **Evaluasi obyektif :** "jadi seperti yang mas katakan tadi, cara yang mas pilih untuk mengontrol halusinasinya adalah....."
- **Tindak lanjut :** "nanti kalau suara itu terdengar lagi, mas terus praktekan cara yang telah saya ajarkan agar suara tersebut tidak menguasai pikiran mas."
- **Kontrak yang akan datang :**

Topik :

"bagaimana kalau besok kita berbincang-bincang lagi tentang cara mengontrol halusinasi dengan cara yang ketiga yaitu menyibukkan diri dengan kegiatan yang bermanfaat."

waktu :

”jam berapa ibu bisa? Bagaimana kalau besok jam? mas setuju?”

tempat :

”besok kita berbincang-bincang di sini atau tempat lain? Termakasih ibu sudah berbincang-bincang dengan saya. Sampai ketemu besok pagi.”

STRATEGI PELAKSANAAN 3 (SP 3)**A. Kondisi klien**

DO : Klien tenang

DS : Klien mengatakan sudah lebih mendengar suara-suara yang tidak jelas

B. Diagnosa Keperawatan : halusinasi**C. Tujuan**

Agar klien dapat memahami tentang cara mengontrol halusinasi dengan melakukan aktifitas / kegiatan harian.

D. Intervensi Keperawatan

Ajarkan klien mengontrol halusinasi dengan cara melakukan aktifitas harian klien.

E. Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan**1. Fase Orientasi :**

- **Salam terapeutik** : ” Selamat pagi, bu? Masih ingat saya ?
- **Evaluasi validasi** : ”ibu tampak segar hari ini. Bagaimana perasaannya hari ini ? sudah siap kita berbincang bincang ? masih ingat dengan kesepakatan kita tadi, apa itu ? apakah mas masih mendengar suara- suara yang kita bicarakan kemarin

- **Kontrak**

Topik :

”Seperti janji kita, bagaimana kalau kita sekarang berbincang- bincang tentang suara- suara yang sering mas dengar agar bisa dikendalikan engan cara melakukan aktifitas / kegiatan harian.”

Tempat :

”dimana tempat yang menurut mas cocok untuk kita berbincang-bincang? Bagaimana kalau di taman? Ibu setuju?”

Waktu :

”kita nanti akan berbincang kurang lebih 10 menit, bagaimana ibu setuju?”

2. Fase Kerja

- ”cara mengontrol halusinasi ada beberapa cara, kita sudah berdiskusi tentang cara pertama dan kedua, cara lain dalam mengontrol halusinasi yaitu cara ketiga adalah mas menyibukkan diri dengan berbagi kegiatan yang bermanfaat. Jangan biarkan waktu luang untuk melamun saja.”
- ”jika ibu mulai mendengar suara-suara, segera menyibukkan diri dengan kegiatan seperti menyapa, mengepel, atau menyibukkan dengan kegiatan lain.”

F. Fase Terminasi

- **Evaluasi subyektif** : ”tidak terasa kita sudah berbincang-bincang lama, saya senang sekali mas mau berbincang-bincang dengan saya. Bagaimana perasaan mas setelah berbincang-bincang?”
- **Evaluasi obyektif** : ”coba mas jelaskan lagi cara mengontrol halusinasi yang ketiga?”
- **Tindak lanjut** : ”tolong nanti ibu praktekan cara mengontrol halusinasi seperti yang sudah diajarkan tadi?”
- **Kontrak yang akan datang**

Topik:

”bagaimana ibu kalau kita berbincang-bincang lagi tentang cara mengontrol halusinasi dengan cara yang keempat yaitu dengan patuh obat.”

Waktu :

”jam berapa mas bisa? Bagaimana kalau jam 08.00? ibu setuju?”

Tempat :

”Besok kita berbincang-bincang di sini atau tempat lain? Terimakasih ibu sudah mau berbincang-bincang dengan saya. Sampai ketemu besok pagi.”

STRATEGI PELAKSANAAN 4 (SP 4)

A. Kondisi klien

DO : Klien tenang

DS : Klien mengatakan sudah lebih mendengar suara-suara yang tidak jelas

B. Diagnosa Keperawatan : halusinasi

C. Tujuan: Agar klien dapat mengontrol halusinasi dengan patuh obat.

D. Intervensi Keperawatan

Ajarkan klien mengontrol halusinasi dengan cara patuh obat yaitu penggunaan obat secara teratur (jenis, dosis, waktu, manfaat, dan efek samping)

E. Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan**F. Fase Orientasi :**

- **Salam terapeutik :** " Selamat pagi, ibu? Masih ingat saya ???
- **Evaluasi validasi :** "ibu tampak segar hari ini. Bagaimana perasaannya hari ini ? sudah siap kita berbincang bincang ? masih ingat dengan kesepakatan kita tadi, apa itu ? apakah ibu masih mendengar suara- suara yang kita bicarakan kemarin.

- **Kontrak**

Topik :

"Seperti janji kita, bagaimana kalau kita sekarang berbincang- bincang tentang obat-obatan yang mas minum."

Tempat :

"dimana tempat yang menurut ibu cocok untuk kita berbincang-bincang? Bagaimana kalau di taman? mas setuju?"

Waktu :

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

2. Fase Kerja

"ini obat yang harus diminum oleh ibu setiap hari. Obat yang warnanya....ini namanya....dosisnya.....mg dan yang warna.....dosisnya.....mg. kedua obat ini diminum....sehari siang dan malam, kalau yang warna...minumnya....kali sehari. Obat yang warnanya....ini berfungsi untuk mengendalikan suara yang sering ibu dengar sedangkan yang warnanya putih agar mas tidak merasa gelisah. Kedua obat ini mempunyai efek samping diantaranya mulut kering, mual, mengantuk, ingin meludah terus, kencing tidak lancar. Sudah jelas mas? Tolong nanti ibu sampaikan ke dokter apa yang ibu rasakan setelah minum obat ini. Obat ini harus

diminum terus, mungkin berbulan-bulan bahkan bertahun-tahun. Kemudian mas jangan berhenti minum obat tanpa sepengetahuan dokter, gejala seperti yang mas alami sekarang akan muncul lagi, jadi ada lima hal yang harus diperhatikan oleh ibu pada saat minum obat yaitu benar obat, benar dosis, benar cara, benar waktu dan benar frekuensi. Ingat ya buu..?!”

3. Fase Terminasi

- **Evaluasi subyektif** : ”tidak terasa kita sudah berbincang-bincang lama, saya senang sekali ibu mau berbincang-bincang dengan saya. Bagaimana perasaan ibu setelah berbincang-bincang?”
- **Evaluasi obyektif** : ”coba mas jelaskan lagi obat apa yang diminum tadi? Kemudian berapa dosisnya?”
- **Tindak lanjut** : ”tolong nanti ibu minta obat ke perawat kalau saatnya minum obat.”
- **Kontrak yang akan datang**

Topik:

”bagaimana ibu kalau kita akan mengikuti kegiatan TAK (Terapi Aktifitas Kelompok) yaitu menggambar sambil mendengarkan musik.”

Waktu :

”jam berapa ibu bisa? Bagaimana kalau jam? ibu setuju?”

Tempat :

”Besok kita akan melakukan kegiatan di ruang makan. Terimakasih ibu sudah mau berbincang-bincang dengan saya. Sampai ketemu besok pagi.”

ANALISA OBAT

RISPERIDONE

Risperidone adalah obat antipsikotik untuk meredakan gejala skizofrenia dan gangguan bipolar. Obat ini juga bisa digunakan untuk mengatasi gangguan perilaku, termasuk gangguan perilaku pada penderita Alzheimer, atau anak yang menderita autisme. Risperidone bekerja dengan cara memblokir beberapa reseptor di otak, seperti reseptor dopamin, serotonin, dan *alpha adrenergic*. Cara kerja ini dapat mengurangi gejala kelainan psikotik yang dipercaya berasal dari aktivitas berlebihan antar saraf otak melalui reseptor ini.

Obat ini dapat membantu menstabilkan emosi, menjernihkan pikiran penderita, dan mengurangi gejala psikosis. Dengan begitu, penderita gangguan jiwa bisa menjalani kehidupan sehari-hari dengan lebih baik, tanpa gangguan dari gejalanya.

Merek dagang risperidone: Neripros, Noprenia, Nupedral, Persidal, Respirex, Risperdal Consta, Risperidone, dan Rizodal.

Apa Itu Risperidone

Golongan	Obat resep
Kategori	<u>Antipsikotik</u> jenis atipikal
Manfaat	Mengatasi gejala skizofrenia, gangguan bipolar, atau gangguan perilaku
Digunakan oleh	Dewasa dan anak usia ≥ 5 tahun
Risperidone untuk ibu hamil dan menyusui	Kategori C: Studi pada binatang percobaan memperlihatkan adanya efek samping terhadap janin, tetapi belum ada studi terkontrol pada wanita hamil. Obat hanya boleh digunakan jika besarnya manfaat yang diharapkan melebihi besarnya risiko terhadap janin. Risperidone terserap ke dalam ASI, sehingga tidak boleh digunakan selama menyusui.
Bentuk obat	Tablet, tablet hisap, larutan untuk diminum, dan cairan suntik

Peringatan Sebelum Menggunakan Risperidone

Risperidone merupakan obat resep yang tidak boleh digunakan sembarangan. Ada beberapa hal yang perlu Anda perhatikan sebelum menjalani pengobatan dengan risperidone, antara lain:

- Beri tahu dokter tentang riwayat alergi yang Anda miliki. Risperidone tidak boleh digunakan pada pasien yang alergi terhadap obat ini, atau obat paliperidone.
- Beri tahu dokter jika gangguan perilaku atau psikosis yang terjadi terkait dengan demensia. Risperidone tidak boleh digunakan pada orang dengan kondisi tersebut.
- Beri tahu dokter jika Anda sedang atau pernah menderita penyakit liver, penyakit ginjal, penyakit Parkinson, kolesterol tinggi, *sleep apnea*, kejang, neutropenia, katarak, glaukoma, penyakit jantung, diabetes, hipertensi, stroke, kanker payudara, osteopenia, atau hipotensi ortostatik.
- Beri tahu dokter apabila Anda memiliki fenilketonuria jika Anda akan diberikan risperidone yang larut di mulut.
- Beri tahu dokter jika Anda pernah atau sedang memakai obat-obatan terlarang atau kecanduan alkohol.
- Jangan melakukan aktivitas yang membutuhkan kewaspadaan, seperti mengemudikan kendaraan setelah mengonsumsi risperidone, karena obat ini dapat menyebabkan kantuk dan kesulitan berkonsentrasi.
- Sebisa mungkin hindari beraktivitas di tempat yang sangat panas atau konsumsi banyak air jika Anda harus berada di tempat seperti itu, karena obat ini dapat mengurangi kemampuan Anda untuk berkeringat, sehingga bisa memicu terjadinya *heatstroke*.
- Beri tahu dokter jika Anda sedang hamil, menyusui, atau merencanakan kehamilan.
- Beri tahu dokter jika Anda sedang menggunakan obat lain, termasuk suplemen dan produk herbal, untuk mengantisipasi interaksi obat yang tidak diinginkan.
- Segera ke dokter jika terjadi reaksi alergi obat, efek samping yang serius, atau overdosis setelah mengonsumsi

Dosis dan Aturan Pakai Risperidone

Dosis risperidone bisa berbeda-beda pada tiap pasien, tergantung pada bentuk obat, usia dan berat badan pasien, serta kondisi yang ditangani. Berikut ini adalah dosis umum risperidone bagi pasien dewasa dan anak-anak:

Risperidone tablet atau larutan

Kondisi: Skizofrenia

- Dewasa: Dosis awal 2 mg per hari, bisa dikonsumsi sebagai dosis tunggal atau dibagi ke dalam 2 dosis. Dosis bisa ditingkatkan menjadi 4 mg per hari sejak hari kedua. Dosis perawatan biasanya adalah 4–8 mg per hari. Dosis maksimal adalah 16 mg per hari.
- Anak usia 13–17 tahun: Dosis awal 0,5 mg, 1 kali sehari. Dosis dapat ditingkatkan secara bertahap hingga mencapai dosis 3 mg per hari. Dosis maksimal 6 mg per hari.
- Lansia: Dosis awal 0,5 mg, 2 kali sehari. Dosis dapat ditingkatkan secara bertahap hingga mencapai dosis 1–2 mg, 2 kali sehari.

Kondisi: Gangguan bipolar saat episode manik akut atau saat episode *mixed*

- Dewasa: Dosis awal 2–3 mg sekali sehari. Dosis dapat ditingkatkan secara bertahap sampai 6 mg per hari.
- Anak usia 10–17 tahun: Dosis awal 0,5 mg, 1 kali sehari. Dosis dapat ditingkatkan secara bertahap hingga 1–2,5 mg per hari. Dosis maksimal 6 mg per hari.
- Lansia: Dosis awal 0,5 mg, 2 kali sehari. Dosis dapat ditingkatkan secara bertahap hingga 1–2 mg, 2 kali sehari.

Kondisi: Gangguan perilaku pada anak

- Anak usia 5–18 tahun dengan BB ≥ 50 kg: Dosis awal 0,5 mg per hari. Jika diperlukan dosis dapat ditingkatkan secara bertahap menjadi 1–1,5 mg per hari.
- Anak usia 5–18 tahun dengan BB < 50 kg: Dosis awal 0,25 mg per hari. Jika diperlukan dosis dapat ditingkatkan secara bertahap menjadi 0,5–0,75 mg per hari.

Kondisi: Perilaku mudah marah pada anak dengan autisme

- Anak-anak usia 5–17 tahun dengan BB ≥ 20 kg: Dosis awal 0,5 mg per hari sebagai dosis tunggal atau dibagi ke dalam 2 kali jadwal konsumsi. Dosis dapat ditingkatkan setidaknya setelah 4 hari menjadi 1 mg per hari, selama 14 hari ke depan. Dosis maksimal 3 mg per hari.
- Anak-anak usia 5–17 tahun dengan BB 15–19 kg: Dosis awal 0,25 mg per hari sebagai dosis tunggal atau dibagi ke dalam 2 kali jadwal konsumsi. Dosis dapat ditingkatkan setidaknya setelah 4 hari menjadi 0,5 mg per hari. Dosis ini perlu dipertahankan hingga 14 hari sebelum bisa ditingkatkan lagi. Dosis maksimal 3 mg per hari.

Risperidone juga tersedia dalam bentuk suntik. Dosis untuk bentuk sediaan ini akan disesuaikan dengan kondisi dan usia pasien. Risperidone suntik dapat diberikan melalui suntikan ke otot (intramuskular) atau ke bawah kulit (subkutan)

Cara Menggunakan Risperidone dengan Benar

- Risperidone bentuk suntik hanya boleh diberikan oleh dokter atau petugas medis di bawah pengawasan dokter.
- Jika Anda diresepkan risperidone tablet atau larutan yang diminum, ikuti anjuran dokter dan baca petunjuk yang tertera pada kemasan obat sebelum mulai mengonsumsinya. Jangan menambah atau mengurangi dosis tanpa berkonsultasi dengan dokter terlebih dahulu.
- Jangan menghentikan pengobatan secara tiba-tiba, karena berisiko menyebabkan gejala memburuk dan penyakit lebih sulit ditangani. Dokter akan mengurangi dosis secara bertahap apabila penggunaan obat perlu dihentikan.
- Risperidone tablet atau larutan dapat dikonsumsi sebelum atau sesudah makan. Telan tablet dalam keadaan utuh, tanpa membelah, mengunyah, atau menghancurkannya terlebih dahulu.
- Jika Anda diresepkan risperidone bentuk *orally disintegrating tablet* (ODT), buka kemasan obat dengan hati-hati. Setelah itu, gunakan tangan yang kering untuk

mengambil dan meletakkan obat di atas lidah. Tunggu hingga obat meleleh lalu telan, dengan atau tanpa bantuan air minum.

- Untuk risperidone cair, kocok botol sebelum obat dikonsumsi. Jika ada, gunakan sendok takar atau alat takar yang sudah disertakan dalam kemasan obat. Risperidone cair dapat dicampurkan ke dalam air putih, kopi, jus jeruk, atau susu rendah lemak. Jangan mencampur obat dengan minuman bersoda atau teh.
- Konsumsi risperidone tablet atau cair pada waktu yang sama tiap harinya agar efek pengobatan optimal. Jika lupa mengonsumsi obat ini, segera konsumsi jika belum mendekati jadwal konsumsi obat berikutnya. Apabila sudah dekat, abaikan dosis yang terlewat dan jangan menggandakan dosis pada jadwal konsumsi selanjutnya.
- Simpan risperidone tablet atau cair di tempat sejuk dan terhindar dari sinar matahari langsung. Jangan menyimpan obat ini di dalam *freezer*. Jauhkan obat dari jangkauan anak-anak.

Interaksi Risperidone dengan Obat Lain

Berikut adalah interaksi yang dapat terjadi jika risperidone digunakan bersamaan dengan obat lain:

- Meningkatkan risiko kematian jika digunakan secara bersamaan dengan furosemide pada lansia yang menderita demensia
- Meningkatkan risiko terjadinya aritmia jika digunakan bersama escitalopram, amiodarone, amitriptyline, maprotiline, quinine, mefloquine, maprotiline, obat antipsikotik lain, atau antihistamin
- Meningkatkan risiko terjadinya efek samping risperidone jika digunakan bersama fluoxetine, verapamil, itraconazole, ketoconazole, atau fluconazole
- Meningkatkan risiko terjadinya sindrom esktrapiramidal, seperti akathisia atau tardive dyskinesia, jika digunakan dengan methylphenidate
- Meningkatkan risiko terjadinya hipotensi jika digunakan dengan obat antihipertensi
- Meningkatkan risiko terjadinya kantuk yang dalam dan berat jika digunakan dengan obat anticemas, *muscle relaxants*, pereda nyeri golongan opioid, antihistamin, atau obat tidur

- Menurunkan efektivitas risperidone jika digunakan bersama carbamazepine, phenytoin, phenobarbital, atau rifampicin
- Menurunkan efektivitas levodopa, pramipexole, dan bromocriptine

Efek Samping dan Bahaya Risperidone

Efek samping yang mungkin timbul setelah menggunakan risperidone antara lain:

- Pusing
- Kantuk
- Sakit kepala
- Mulut terasa kering
- Mual, muntah, sakit maag, diare, atau justru sembelit
- *Ngiler atau ngeces*
- Peningkatan berat badan.

TRIHXYPHENIDYL

Trihexyphenidyl merupakan obat golongan antimuskarinik yang digunakan untuk mengobati gejala penyakit Parkinson. Di samping itu, trihexyphenidyl juga digunakan untuk mengatasi gejala ekstrapiramidal akibat efek samping obat tertentu, termasuk antipsikotik. Nah, obat Trihexyphenidyl sendiri bekerja dengan cara meningkatkan kontrol otot dan mengurangi kekakuan. Namun, obat tersebut tidak dapat dikonsumsi sembarangan dan memerlukan resep dokter. Sebab, penggunaan obat trihexyphenidyl yang salah dapat memicu berbagai efek samping yang serius. Maka dari itu, sebaiknya ketahuilah dosis dan aturan pakai dari obat tersebut. Yuk, simak informasinya di sini!

Ini Dosis dan Aturan Pakai Trihexyphenidyl

Penjelasan berikut hanya mencakup dosis rata-rata pada obat ini. Jika dosis yang diresepkan oleh dokter berbeda, maka jangan mengubahnya, kecuali dokter menganjurkan peningkatan dosis.

Untuk Trihexyphenidyl oral (tablet atau cair) yang dipergunakan untuk mengobati gejala Parkinson:

- Orang dewasa akan biasanya diberikan 1 miligram (mg) sekali dalam sehari. Dosis tersebut dapat ditingkatkan oleh dokter hingga 15 miligram sebanyak tiga atau empat kali per hari. Jika Parkinson disebabkan oleh infeksi virus, pengidapnya mungkin memerlukan dosis 12–15 mg per hari

Sementara itu, berikut adalah dosis penggunaan Trihexyphenidyl untuk mengatasi efek samping dari obat lain:

- Dewasa: biasanya dianjurkan untuk mengonsumsi 5-15 miligram per harinya dan diberikan tiga atau empat kali per harinya.

Bagi anak-anak berusia di bawah, hingga saat ini belum ada konfirmasi apakah trihexyphenidyl aman dan efektif. Di samping itu, bagi lansia yang berusia 65 tahun atau lebih, perlu berkonsultasi dengan dokter terkait manfaat dan risiko obat tersebut. Sebab, lansia biasanya tidak dianjurkan mengonsumsi trihexyphenidyl karena tidak seefektif obat lain yang memiliki kegunaan yang sama.

Bila diresepkan oleh dokter, berikut adalah beberapa peringatan yang perlu kamu lakukan sebelum menggunakan obat tersebut, yaitu:

- Memberitahu dokter jika kamu mengidap alergi terhadap trihexyphenidyl, atau salah satu bahan pada komposisi obat tersebut.
- Memberitahu dokter jika kamu memiliki riwayat penyakit glaukoma, hipertensi, penyakit jantung, gangguan hati, gangguan ginjal, myasthenia gravis, pembesaran prostat, atau radang usus.
- Jika kamu sedang hamil, menyusui, atau merencanakan kehamilan, kamu perlu memberitahu dokter, sebelum menggunakan obat trihexyphenidyl.
- Memberitahu dokter jika kamu sedang merencanakan operasi, termasuk operasi gigi.
- Memberitahu dokter jika kamu sedang menggunakan suplemen, produk herbal, atau obat tertentu, termasuk obat penenang.
- Jika terjadi reaksi alergi atau overdosis setelah penggunaan, segera temui dokter.

Cara Mengonsumsi Trihexyphenidyl yang Benar

- Konsumsi obat trihexyphenidyl harus benar-benar mengikuti dosis dan aturan pakai yang diberikan oleh dokter. Jika kamu diresepkan obat tersebut, jangan menambahkan, mengurangi dosis, atau menghentikan penggunaan obat secara tiba-tiba, tanpa berkonsultasi dulu kepada dokter. Sebab, Obat ini memiliki risiko fatal jika kamu tidak meminumnya sesuai dengan resep yang diberikan dokter.
- Jika kamu melewatkan satu dosis obat ini, maka minumlah sesegera mungkin. Namun, jika sudah hampir waktunya untuk dosis berikutnya, kamu perlu melewati dosis yang terlewat dan kembali ke jadwal dosis berdasarkan resep dokter. Pastikan untuk tidak menggandakan dosis karena berisiko menyebabkan overdosis.
- Obat tersebut juga perlu disimpan dalam wadah tertutup pada suhu kamar, jauh dari panas, lembab, dan cahaya langsung. Pastikan untuk menjauhkannya dari jangkauan anak-anak.

CLOZAPINE

Clozapine adalah obat generik yang digunakan untuk mengobati skizofrenia (gangguan mental yang terjadi dalam jangka panjang), psikosis (kesulitan membedakan kenyataan dan imajinasi) pada penyakit Parkinson, perubahan perilaku pada penderita skizofrenia. Clozapine bekerja dengan cara menyeimbangkan dan menekan efek dari reaksi kimia yang terjadi di dalam otak.

Keterangan

- Golongan: Obat Keras
- Kelas Terapi: Antipsikotik
- Kandungan: Clozapine 25 mg; Clozapine 100 mg
- Bentuk: Tablet
- Satuan Penjualan: Strip
- Kemasan: Box, 5 Strip @ 10 Tablet
- Farmasi: Sunthi Sepuri; Novell Pharmaceutical; Mersifarma Tirmaku Mercusana; Dexa Medica; Ikapharmindo Putramas.

Dosis & Cara Penggunaan

Clozapine termasuk dalam golongan Obat Keras, maka dari itu penggunaan obat ini harus dengan Anjuran dan Resep dokter.

- Dosis awal: 12,5 mg diminum 1-2 kali sehari pada hari pertama, dilanjutkan dengan 1-2 tablet 25 mg pada hari kedua. Dosis dapat ditingkatkan secara perlahan menjadi 25-50 mg hingga 300 mg / hari dalam 2-3 minggu.
- Dosis selanjutnya dapat ditingkatkan menjadi 50-100 mg $\frac{1}{2}$ minggu. Kisaran dosis: 200-450 mg / hari dalam dosis terbagi.

Efek samping penggunaan Clozapine yang mungkin terjadi adalah:

- Mulut kering
- Penglihatan kabur, keringat
- Aritmia jantung (gangguan irama jantung)
- Kelelahan
- Mengantuk
- Pusing, sakit kepala
- Peningkatan berat badan

Kontraindikasi

Tidak boleh diberikan pada pasien dengan kondisi:

- Riwayat granulositopenia dan agranulositosis yang diinduksi obat, gangguan fungsi sumsum tulang, epilepsi yang tidak terkontrol, alkoholik dan psikosis toksik lainnya, keracunan obat, kondisi koma, kolaps sirkulasi, depresi SSP.
- Disfungsi hati berat dan gagal ginjal atau jantung.

Interaksi Obat

- Alkohol, MAOI, CNS dan penekan pernapasan, narkotika, antihistamin, benzodiazepin, antikolinergik, antihipertensi, adrenalin, warfarin, cimetidine, fenitoin, karbamazepin, fluoxetine, fluvoxamine, lithium.

TRIFLUOPERAZINE

Trifluoperazine merupakan obat antipsikosis golongan pertama yang digunakan untuk mengatasi gangguan psikotik dan skizofrenia. Obat ini juga dapat digunakan sebagai terapi tambahan jangka pendek pada agitasi psikomotor, eksitasi, serta perilaku kekerasan atau perilaku impulsif yang berbahaya. Trifluoperazine merupakan antipsikosis generasi pertama (tipikal) dengan potensi yang kuat. Tidak terdapat pilihan yang jelas mengenai lini pertama antipsikosis untuk skizofrenia, oleh karena efikasi obat yang tersedia memiliki kemiripan. Pemilihan obat dilakukan berdasarkan, ketersediaan, biaya, efek samping, dan kondisi pasien. Trifluoperazine dosis tinggi dapat digunakan untuk terapi penyakit psikiatrik dan pada dosis yang rendah dapat digunakan untuk mual dan muntah.

Selain digunakan pada penyakit psikiatrik, trifluoperazine bermanfaat sebagai antikanker, yang telah diteliti secara *in vivo* dan *in vitro* dapat mencegah metastasis kanker dan menekan beberapa tipe kanker, yaitu kanker payudara, kanker paru, karsinoma hepatoseluler, kanker kolorektal, dan glioblastoma.

Trifluoperazine memiliki efek terapi sebagai berikut:

- Efek antipsikosis dengan memblokir reseptor dopamin D2 di otak, khususnya mesolimbik, mesokortikal dan striatum, sehingga mengurangi asam homovanilik (hasil metabolit dopamin) serta mengurangi gejala halusinasi dan delusi
- Efek antiemetik dengan memblokir reseptor dopamin
- Efek sedasi dengan memblokir reseptor alpha-adrenergik dan histamin
- Efek antikanker, di mana studi *in vitro* menunjukkan efek stimulasi apoptosis yang dimediasi mitokondria
- Mencegah metastasis dengan memblokir reseptor D2 yang menyebabkan berkurangnya *phosphorylated AKT* dan β -catenin, yang akan mengurangi ekspresi dari *vascular endothelial growth factor*

RENCANA KEPERAWATAN

Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		
	Tujuan	Kriteria Evaluasi	Tindakan Keperawatan
Gangguan perubahan persepsi sensori: halusinasi pendengaran	<p>TUM : Klien tidak mencederai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan.</p> <p>TUK : 1. Klien dapat membina hubungan saling percaya</p>	<p>1.1 Ekspresi wajah bersahabat, menunjukkan rasa senang, ada kontak mata, mau berjabat tangan, mau menyebutkan nama, mau menjawab salam, klien mau duduk berdampingan dengan perawat, mau mengutarakan masalah yang dihadapinya.</p>	<p>1.1.1 Bina hubungan saling percaya dengan mengemukakan prinsip komunikasi terapeutik :</p> <p>a. Sapa klien dengan ramah baik verbal ataupun non verbal</p> <p>b. Perkenalkan diri dengan sopan,</p> <p>c. Tanyakan nama lengkap klien dan nama panggilan yang disukai klien</p>
	<p>2. Klien dapat mengenal halusinasinya</p>		<p>2.1 Klien dapat menyebutkan waktu, isi, dan frekuensi</p>

		<p>timbulnya halusinasi.</p> <p>2.2 Klien dapat mengungkapkan bagaimana perasaannya terhadap halusinasi tersebut.</p>	<p>klien yang terkait dengan halusinasinya: bicara dan tertawa tanpa stimulus dan memandang ke kiri/</p>
			<p>kanan/ ke depan seolah-olah ada teman bicara.</p> <p>2.2.2 Bantu klien mengenal halusinasinya</p> <p>a. Jika menemukan klien sedang berhalusinasi: tanyakan apakah ada suara yang didengarnya.</p> <p>b. Jika klien menjawab ada, lanjutkan: apa yang dikatakan suara itu.</p> <p>c. Katakan bahwa perawat percaya klien mendengar suara itu, namun perawat sendiri tidak mendengarnya (dengan nada</p>
			<p>bersahabat tanpa menuduh/ menghakimi).</p> <p>d. Katakan bahwa klien lain juga ada yang seperti klien.</p> <p>e. Katakan bahwa perawat akan membantu klien.</p> <p>2.2.3 Diskusikan dengan klien:</p>

			<p>Situasi yang menimbulkan atau tidak menimbulkan</p> <p>a. halusinasi (jika sendiri, jengkel, atau sedih)</p> <p>b. Waktu dan frekuensi terjadinya halusinasi (pagi, siang, sore dan</p>
			<p>malam: terus – menerus atau sewaktu-waktu).</p> <p>2.2.4 Diskusikan dengan klien tentang apa yang dirasakannya jika terjadi halusinasi (marah, takut, sedih dan senang), beri kesempatan pada klien untuk mengungkapkan perasaannya.</p>
	3. Klien dapat mengontrol halusinasinya.	3.1 Klien dapat menyebutkan tindakan yang biasanya dilakukan untuk mengendalikan halusinasinya	3.1.1 Identifikasi bersama klien tindakan yang dilakukan jika terjadi halusinasi (tidur, marah, menyibukkan diri, dll).
		3.2 Klien dapat menyebutkan	3.2.1 Diskusikan manfaat dan cara yang digunakan klien jika bermanfaat

		<p>an cara baru mengontrol halusinasi.</p>	<p>beri pujian kepada klien.</p> <p>3.2.2 Diskusikan dengan klien tentang cara baru mengontrol halusinasinya :</p> <ol style="list-style-type: none"> menghardik/ mengusir/ tidak memedulikan halusinasinya Bercakap – cakap dengan orang lain jika halusinasinya muncul Melakukan kegiatan sehari-hari.
		<p>3.3 Klien dapat mendemonstrasikan cara menghardik/ mengusir/ tidak memedulikan halusinasinya</p>	<p>3.3.1 Beri contoh cara menghardik halusinasi: “Pergi! Saya tidak mau mendengar kamu, saya mau mencuci piring/ bercakap-cakap dengan suster”.</p> <p>3.3.2 Beri pujian atas keberhasilan klien.</p> <p>3.3.3 Minta klien mengikuti contoh yang diberikan dan minta klien mengulanginya.</p> <p>Susun jadwal latihan klien dan minta klien untuk mengisi jadwal kegiatan</p>

			(self-evaluation).
		<p>3.4 Klien dapat mendemonstrasikan bercakap-cakap dengan orang lain.</p>	<p>3.3.4 Tanyakan kepada klien: “Bagaimana perasaan anda setelah menghardik? Apakah halusinasinya berkurang?”, lalu berikan pujian.</p> <p>3.4.1 Beri contoh percakapan dengan orang lain: “suster, saya dengar suara-suara, temani saya bercakap-cakap.</p> <p>3.4.2 Minta klien mengikuti contoh percakapan dan mengulanginya.</p> <p>3.4.3 Beri pujian atas keberhasilan klien.</p>

			<p>3.4.4 Susun jadwal klien untuk melatih diri, mengisi kegiatan dengan bercakap-cakap dan mengisi jadwal kegiatan self-evaluation.</p> <p>3.4.5 Tanyakan kepada klien: “bagaimana perasaan anda setelah latihan bercakap-cakap? Apakah halusinasinya berkurang?” berikan pujian.</p>
		<p>3.5 Klien dapat mendemonstrasikan pelaksanaan kegiatan sehari – sehari.</p>	<p>3.5.1 Diskusikan dengan klien tentang kegiatan harian yang dapat dilakukan di rumah dan di rumah sakit (untuk klien halusinasinya dengan perilaku kekerasan sesuai dengan kontrol perilaku kekerasan).</p> <p>3.5.2 Latih klien untuk melakukan kegiatan yang disepakati dan masukkan ke dalam jadwal kegiatan. Minta klien mengisi jadwal</p>

		<p>3.6 Klien dapat mengikuti aktivitas kelompok</p>	<p>kegiatan self evaluation).</p> <p>3.5.3 Tanyakan kepada klien: “bagaimana perasaan anda setelah melakukan kegiatan harian? Apakah halusinasinya berkurang?“, berikan pujian.</p> <p>3.6.1 Anjurkan klien untuk mengikuti terapi aktivitas kelompok, orientasi realita, stimulasi persepsi.</p>
		<p>3.7 Klien dapat mendemonstrasikan kepatuhan minum obat untuk mencegah halusinasi.</p>	<p>3.7.1 Klien dapat menyebutkan jenis, dosis, dan waktu minum obat serta manfaat obat tersebut (prinsip 5 benar : benar orang, benar obat, benar dosis, benar waktu, dan benar cara pemberian).</p> <p>3.7.2 Diskusikan dengan klien tentang jenis obat yang diminum (nama, warna, dan besarnya): waktu minum obat (jika 3x: pukul 07.00, 13.00,</p>

			dan 19.00) dosis, cara.
			<p>3.7.3 Diskusikan dengan klien tentang manfaat minum obat dengan teratur :</p> <ol style="list-style-type: none"> Beda perasaan sebelum dan sesudah minum obat Jelaskan bahwa dosis hanya bisa dirubah oleh dokter <p>3.7.4 Klien mendemonstrasikan kepatuhan minum obat sesuai jadwal yang ditentukan.</p>
			<p>3.7.5 Diskusikan proses minum obat:</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien meminta obat kepada perawat (jika dirumah sakit), kepada keluarga (jika dirumah) Klien memeriksa obat sesuai dosisnya Klien meminum obat pada waktu yang tepat. <p>3.7.6 Susun jadwal minum</p>

			<p>obat bersama klien.</p> <p>3.7.7 Klien mengevaluasi kemampuannya dalam mematuhi minum obat.</p>
			<p>3.7.8 Klien mengevaluasi pelaksanaan minum obat dengan mengisi jadwal kegiatan harian atau (self evaluation).</p> <p>3.7.9 Validasi pelaksanaan minum obat.</p> <p>3.7.10 Beri pujian atas keberhasilan klien.</p> <p>3.7.11 Tanyakan kepada klien: ”bagaimana perasaan anda dengan minum obat secara teratur, apakah keinginan marahnya berkurang?”</p>

LEMBAR KONSULTASI

Nama Pembimbing : NS. Dian Fitria .
 Nama Mahasiswa : Muhamad Nurul Uluri
 Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny.c Dengan Gangguan persepsi sensori : Halusinasi pendengaran.
 Diruang PHcu WAMTA RS DR. H. MARZOEKI MAHDI Boor

No	Tanggal	Konsultasi (saran/perbaikan)	Tanda tangan
1).	3/3/23	-Penulisan Bab 1 - Paymen mendeliza, e. resume	dupl. S
2).	13/03/23	persiapan penghasian UTEK	
3).	20/03/23	Konsul ASKEP UJIAN	S
4).	11/03/23	Siaphan Bab 1-3. Inggudan 11. April 2023	S S
5).	19/April/23	Revisi bab 1. Tambahkan data penunjang + hasil penelitian, Celi typo, Perbaiki bab 2, 3	S S
6).	8/mei/23	Perbaiki bab 2,3 dan 4	S
7).	20/mei/23	Perbaiki bab 3 dan 4	S
8.	22/mei/23	perbaiki bab 3 dan 4	S
9.	29/mei/23	Perbaiki lalu pertajam Pembahasan di bab 3	S
10.	30/mei/23	Perbaiki, bab 3 pembahasan	S
11.	2/juni/23	perbaiki bab 3, 4	S
12.	8/juni/23	Perbaiki bab 3 dan 4	S
13.	9/juni/23	perbaiki bab 3, 4	S
14.	12/juni/23	Celi typo, susunan dan persaphan sidang.	S

