



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada

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

FIKE YOVANDA

191103

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

JAKARTA, 2022



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada

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

Laporan Tugas Akhir

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

**FIKE YOVANDA
191103**

**PRODI DIPLOMA TIGA KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN RS HUSADA
JAKARTA, 2022**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Fike Yovanda

Nim : 191103

Tanda Tangan : 

Tanggal : 24 Juni 2022

LEMBAR PERSETUJUAN

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

Jakarta, 24 Juni 2022

Pembimbing

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Dian Fitria', is centered on the page.

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

LEMBAR PENGESAHAN

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

**Dewan Penguji
Ketua**



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

Anggota



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

Menyetujui

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada



Ellynia, S.E., M.M.

Ketua STIKes RS Husada

KATA PENGANTAR

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

1. Ibu Ellynia, SE., MM, selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada Jakarta yang telah memberikan penulis fasilitas yang mendukung perkuliahan sampai pembuatan Laporan Tugas Akhir ini.
2. Ibu Ns. Dian Fitria M.,Kep, Sp.Kep.J selaku pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga, pikiran dan telah dengan sabar, dan penuh perhatian memberikan motivasi, bimbingan dan saran kepada penulis untuk penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini sejak awal hingga akhirnya Karya Tulis Ilmiah ini terselesaikan.
3. Ibu Ns. Malianti Silalahi, M.,Kep, Sp.Kep.J selaku penguji pertama dan Ibu Ns. Tri Setyaningsih, M.,Kep, Sp.Kep.J selaku penguji kedua.
4. Ibu Ns. Veronica Y.R, M.Kep., Sp.Kep Mat selaku Pembimbing Akademik, mulai semester 1 sampai semester akhir.
5. Dosen beserta Staff Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada yang telah membimbing penulis di perkuliahan dan di praktik lapangan dari semester 1 sampai semester akhir.

6. Ny. R atas kerja samanya selama penulis memberikan Asuhan Keperawatan
7. Teman-teman seperjuangan saya Angkatan XXXII STIKes RS Husada khususnya kelas 3C yang saling menyemangati satu sama lain.
8. Kedua orang tua tercinta Ayah Murni Fauzar dan Ibu Nirwana yang selalu memberikan doa setulus hati serta dukungan baik moral, motivasi maupun material kepada penulis dengan penuh perjuangan dan selalu mendukung saya dalam menuntut ilmu dan selalu mengingatkan saya untuk selalu beribadah kepada Allah SWT. Sehingga penulis dapat menyelesaikan pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada ini.
9. Abangku yaitu Angga Desfani Rizkiko dan Kaka Ipar Eka Alfiani yang selalu memberikan motivasi ketika penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
10. Keponakan tersayang Aridho Novanka Praja dan M. Adrealf Arianka Razzan yang selalu menghibur penulis dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
11. Kepada sahabat-sahabat ku di kampus selama 3 tahun di perkuliahan Cicilia Febby, Amanda, Mila Karmila, Mustika Syari'ah, Diah Ami yang selalu memberikan dukungan dan mendengarkan keluh kesah penulis selama membuat Laporan Tugas Akhir ini.
12. Kepada sahabat SMA yang selalu memberikan dukungan dan selalu mengingatkan penulis untuk fokus mengerjakan Laporan Tugas Akhir ini.
13. Teman-teman penulis satu Kelompok Jiwa yaitu (Anggira, Basilia, Metha, Ninis, Puspa, Lidia, Ami, Anita, Annisa) karena selalu menyemangati dalam melaksanakan penyusunan Tugas Akhir ini serta selalu kompak dan bekerjasama dengan baik.

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

Jakarta, 24 Juni 2022

A handwritten signature in black ink, appearing to be the initials 'Jmy'.

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
LEMBAR PESETUJUAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR GAMBAR	ix
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan	5
C. Ruang Lingkup	6
D. Metode Penulisan	7
E. Sistematika Penulisan	7
BAB II TINJAUAN TEORI	9
A. Pengertian Halusinasi	9
B. Psikodinamika	10
C. Rentang Respon Halusinasi.....	14
D. Asuhan Keperawatan pada Pasien Halusinasi.....	16
BAB III TINJAUAN KASUS	26
A. Pengkajian	26
B. Diagnosa Keperawatan	39
C. Perencanaan, Pelaksanaan dan Evaluasi Keperawatan	39
BAB IV PEMBAHASAN	59
A. Pengkajian	59
B. Diagnosa Keperawatan	63
C. Perencanaan Keperawatan	64
D. Implementasi Keperawatan.....	65
E. Evaluasi Keperawatan.....	68
BAB V PENUTUP	70
A. Kesimpulan	70
B. Saran	72
DAFTAR PUSTAKA	74

DAFTAR GAMBAR

gambar 2. 1 Rentang respon neurologi halusinasi	14
gambar 2. 2 Pohon masalah.....	20
gambar 3. 1 Genogram Ny. R	28
gambar 3. 2 Pohon masalah Ny. R	38

DAFTAR TABEL

Tabel 3. 1 Analisa Data	38
-------------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Strategi Pelaksanaan Halusinasi

Lampiran 2 Analisa Obat

Lampiran 3 Lembar Konsultasi

BAB I PENDAHULUAN

Bab ini menguraikan materi mengenai latar belakang masalah, tujuan penulisan secara umum dan khusus, ruang lingkup, metode penulisan dan sistematika penulisan.

A. Latar Belakang

Kesehatan jiwa adalah suatu kondisi sejahtera secara fisik, sosial dan mental yang lengkap dan tidak hanya terbebas dari penyakit atau kecacatan. Atau dapat dikatakan bahwa individu dikatakan sehat jiwa apabila berada dalam kondisi fisik, mental dan sosial yang terbebas dari gangguan (penyakit) atau tidak dalam kondisi tertekan sehingga dapat mengendalikan stress yang timbul. Sehingga memungkinkan individu untuk hidup produktif, dan mampu melakukan hubungan sosial yang memuaskan (Kemenkes RI, 2016).

Menurut *World Health Organization* (WHO), sehat adalah suatu keadaan yang sempurna baik fisik, mental dan sosial tidak hanya bebas dari penyakit dan kelemahan. Definisi sehat ini adalah sehat secara keseluruhan, baik jasmani, rohani, lingkungan berikut faktor-faktor serta komponen-komponen yang berperan di dalamnya. Sehat menurut WHO terdiri dari suatu kesatuan penting, dari empat komponen dasar yang membentuk positif *health* yaitu sehat jasmani, sehat mental, sehat spritual, dan kesejahteraan sosial.

Gangguan jiwa merupakan salah satu dari masalah kesehatan terbesar selain penyakit degeneratif, kanker dan kecelakaan. Gangguan jiwa juga merupakan masalah kesehatan yang serius karena jumlahnya yang terus mengalami peningkatan (Nasriati, 2017). Gangguan jiwa ini menimbulkan stres dan penderitaan bagi penderita (dan keluarganya) (Stuart, 2016). Menurut Townsend (2010), *mental illness* adalah respons maladaptif terhadap stressor dari lingkungan dalam/luar ditunjukkan dengan pikiran, perasaan, dan tingkah laku yang tidak sesuai dengan norma lokal dan kultural serta mengganggu fungsi sosial, kerja dan fisik individu.

Skizofrenia adalah sekelompok gangguan psikotik dengan distorsi khas proses pikir, kadang-kadang mempunyai perasaan bahwa dirinya sedang dikendalikan oleh kekuatan dari luar dirinya. Waham yang kadang-kadang aneh, gangguan persepsi, afek abnormal yang terpadu dengan situasi nyata atau sebenarnya, dan autisme. Skizofrenia merupakan gangguan psikotik yang paling sering. Hampir 1% penduduk di dunia menderita skizofrenia selama hidup mereka. Gejala skizofrenia biasanya muncul pada usia remaja akhir atau dewasa muda. Pada laki-laki biasanya antara 15-25 tahun dan pada perempuan antara 25-35 tahun. Prognosis biasanya lebih buruk pada laki-laki dibandingkan dengan perempuan (Zahnia, 2016).

Saat ini perkiraan jumlah penderita gangguan jiwa di dunia adalah sekitar 450 juta jiwa termasuk skizofrenia (WHO, 2017). Kasus gangguan jiwa di Indonesia berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar Tahun 2018 meningkat. Peningkatan ini terlihat dari kenaikan prevalensi rumah tangga yang memiliki ODGJ di Indonesia. Ada peningkatan jumlah menjadi 7

permil rumah tangga. Artinya per 1000 rumah tangga terdapat 7 rumah tangga dengan ODGJ, sehingga jumlahnya diperkirakan sekitar 450 ribu ODGJ berat pada tahun 2018, pada data tahun 2013 yaitu sebesar 1,7 %. Berarti 1-2 orang dari 1000 penduduk di Indonesia mengalami skizofrenia. Hal ini terjadi peningkatan dari tahun 2013-2018 (Riskesdas, 2013). Sedangkan di daerah Jawa Barat Bogor prevalensi penderita skizofrenia sebesar 1,6 per mil (Laila, 2017). Berdasarkan survey yang diperoleh dari Rumah Sakit Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor, kasus terbanyak pada bulan Januari - Desember 2016 yaitu Halusinasi, 95% dari jumlah pasien pada bulan Februari 2016, yaitu 460 jiwa (Agustina, 2018).

Halusinasi adalah gangguan atau perubahan persepsi dimana pasien mempersepsikan sesuatu yang sebenarnya tidak terjadi. Suatu penerapan panca indra tanpa ada rangsangan dari luar, suatu penghayatan yang dialami suatu persepsi melalui panca indra tanpa stimulus ekstren atau persepsi palsu (Prabowo, 2014). Tingginya angka kasus klien dengan halusinasi menjadi perhatian bagi tenaga kesehatan. Pada klien yang mengalami skizofrenia : halusinasi, apabila tidak mendapatkan pengawasan dan perawatan secara cepat akan membahayakan diri sendiri dan orang lain. Maka dari itu peran perawat sangat penting untuk mendukung pasien, meliputi aspek promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif (Farida, 2017). Penyebab Halusinasi ada dua yaitu, faktor predisposisi meliputi genetika, neurobiologi, neurotransmitter, abnormal perkembangan syarat, psikologis, faktor presipitasi meliputi proses pengelolaan informasi yang berlebihan, adanya gejala pemicu (Direja, 2011).

Di Indonesia, prevalensi penderita skizofrenia mencapai 0,3 sampai 1% dan biasanya mulai tampak pada usia sekitar 18 sampai 45 tahun, namun ada pula yang mulai menunjukkan skizofrenia pada usia 11 sampai 12 tahun. Sehingga dapat diasumsikan, jika penduduk Indonesia sekitar 200 juta jiwa, maka di perkirakan sekitar 2 juta jiwa menderita skizofrenia. Bahkan di Indonesia tahun ketahun menunjukkan angka yang tidak sedikit (Arif, 2013).

Dampak yang akan timbul adanya halusinasi yaitu mengakibatkan seseorang mengalami ketidakmampuan untuk berkomunikasi atau mengenali realita yang menimbulkan kesukaran dalam kemampuan seseorang untuk berperan dalam kehidupan sehari-hari (Harkomah, 2019). Dampak lain bagi keluarga diakibatkan gangguan jiwa halusinasi sulit di terima dalam masyarakat dikarenakan perilaku individu tidak sesuai dengan nilai dan norma yang berlaku (Utami, 2018). Maka peran keluarga sangat penting untuk terlibat dalam mengatasi masalah kesehatan yang terjadi. Perawat sebagai pelaksana asuhan keperawatan dapat bekerja sama dengan keluarga untuk mengatasi masalah kesehatan anggota keluarga yang mengalami halusinasi (Pardede, 2020).

Meningkatnya jumlah individu yang mengalami gangguan jiwa berat atau *Skizofrenia* khususnya Halusinasi yang disebabkan oleh pengaruh perkembangan individu, maka penulis tertarik untuk memahami proses pemberian asuhan keperawatan pada pasien yang mengalami Halusinasi. Peran perawat dalam menangani halusinasi di rumah sakit antara lain melakukan asuhan keperawatan 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, melatih keluarga untuk merawat pasien dengan halusinasi, dan terapi aktivitas kelompok (Maulana, 2021).

Peran perawat jiwa saat ini mencakup parameter kompetensi klinik, advokasi pasien, tanggung jawab fiskal (keuangan), kolaborasi profesional, akuntabilitas (tanggung gugat) sosial, serta kewajiban etik dan legal. Dengan demikian dalam memberikan asuhan keperawatan jiwa perawat dituntut untuk melakukan tiga aktivitas utama yaitu: asuhan keperawatan langsung, aktivitas komunikasi, aktivitas pengelolaan atau penatalaksanaan manajemen keperawatan. Semakin meningkatnya manusia yang mengalami gangguan jiwa, maka penulis tertarik untuk mengangkat kasus gangguan jiwa khususnya dengan gangguan halusinasi dengan memberi “ Asuhan Keperawatan pada Pasien Ny. R dengan Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi di Ruang Antareja Rumah Sakit Jiwa Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor pada tanggal 13-17 Desember 2021”

B. Tujuan Penulisan

Tujuan penulisan karya tulis ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny. R dengan Halusinasi di Rumah Sakit Jiwa Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor pada tanggal 13-17 Desember 2021. Tujuan dari penulisan karya tulis ini adalah sebagai berikut :

1. Tujuan Umum

Penulis mengerti dan memahami serta dapat melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan halusinasi, mendapat pengalaman serta menerapkan asuhan keperawatan pada pasien.

2. Tujuan Khusus

Setelah dilakukan asuhan keperawatan penulis mampu :

- a. Melakukan pengkajian keperawatan pada pasien dengan halusinasi
- b. Merencanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan halusinasi
- c. Melakukan tindakan keperawatan pada pasien dengan halusinasi
- d. Melakukan evaluasi tindakan keperawatan yang telah diberikan pada pasien dengan halusinasi
- e. Mengidentifikasi kesenjangan yang terdapat pada teori dan kasus pada pasien dengan halusinasi
- f. Mengidentifikasi faktor-faktor pendukung, penghambat dan mencari pemecahan masalah atau solusi dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan halusinasi
- g. Mendokumentasikan seluruh tahapan proses keperawatan pada pasien halusinasi

C. Ruang Lingkup

Penulisan karya tulis ilmiah ini merupakan pembahasan mengenai kesenjangan teori dan kasus mengenai hasil asuhan keperawatan yang diberikan pada Pasien dengan Halusinasi di Rumah Sakit Jiwa Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor pada tanggal 13-17 Desember 2021.

D. Metode Penulisan

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

Penulisan data menggunakan metode observasi partisipasi aktif yaitu penulis melakukan pengamatan dan turut serta dalam melakukan tindakan pelayanan kesehatan pada pasien dengan gangguan jiwa: halusinasi, penulis menggunakan studi dokumentasi yaitu penulis melakukan pengumpulan data dengan mempelajari catatan rekam medis dan hasil pemeriksaan yang ada. Penulis menggunakan studi literatur yaitu mengambil beberapa penulisan dan pemikiran yang penulis ambil dari buku-buku yang ada kaitannya dengan materi yang berhubungan dengan gangguan jiwa: halusinasi.

E. Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan karya ilmiah ini disusun secara sistematis dan terdiri dari BAB I (pertama) adalah pendahuluan yang terdiri dari latar belakang masalah, tujuan, ruang lingkup, metode penulisan, dan sistematika penulisan. BAB II (kedua) yaitu landasan teori pada halusinasi dari

pengertian, etiologi, proses terjadinya masalah, rentan respon, dan konsep asuhan keperawatan yang terdiri pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan menurut teori. BAB III (ketiga) yaitu menjelaskan tentang kasus yang terdiri dari, pengkajian, analisa data, rencana keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan. BAB IV (keempat) yaitu berisi pembahasan yang menguraikan perbandingan antara teori dan kasus nyata, yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. BAB V (kelima) yaitu penutup yang terdiri dari kesimpulan dan saran. Pada akhir penulisan ini disertai dengan daftar pustaka dan lampiran.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Pengertian Halusinasi

Halusinasi dapat didefinisikan sebagai terganggunya persepsi sensori seseorang, di mana tidak terdapat stimulus. Tipe halusinasi yang paling sering adalah pendengaran, penglihatan, penciuman, pengecapan (Yosep, 2016). Halusinasi merupakan gangguan atau persepsi dimana mempersepsikan sesuatu yang sebenarnya tidak terjadi. Suatu penghayatan yang dialami suatu persepsi melalui panca indera tanpa stimulus eksteren : persepsi palsu (Muhith, 2015). Sedangkan halusinasi pendengaran adalah kondisi dimana pasien mendengar suara, terutama suara-suara orang yang sedang membicarakan apa yang sedang dipikirkannya dan memerintahkan untuk melakukan sesuatu (Afnuhazi, 2015).

Jadi, bisa disimpulkan halusinasi yaitu suatu gejala gangguan jiwa dimana pasien merasakan stimulus dan persepsi klien yang salah yaitu mempersepsikan sesuatu yang sebenarnya tidak terjadi. Pasien merasakan sensasi palsu yaitu, pendengaran, penglihatan, penciuman, perabaan, pengecapan

B. Psikodinamika

1. Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi adalah faktor risiko yang mempengaruhi jenis dan jumlah sumber yang dapat di bangkitkan oleh individu untuk mengatasi stres. Faktor ini diperoleh baik dari pasien maupun keluarganya (Muhith, 2015). Menurut Yusuf, Rizky, dan Nihayati (2015) faktor predisposisi nya yaitu : Faktor perkembangan yaitu hambatan perkembangan akan mengganggu hubungan interpersonal yang dapat meningkatkan stres dan ansietas yang dapat berakhir dengan gangguan persepsi. Faktor sosial budaya yaitu berbagai faktor masyarakat yang membuat seorang merasa disingkirkan atau kesepian, selanjutnya tidak dapat diatasi sehingga timbul gangguan seperti delusi dan halusinasi. Faktor psikologis yaitu hubungan interpersonal seorang yang tidak harmonis, serta peran ganda atau peran yang bertentangan dapat menimbulkan ansietas berat berakhir dengan pengingkaran terhadap kenyataan, sehingga terjadi halusinasi. Faktor Biologis yaitu pada klien gangguan orientasi realitas, yang sangat berperan dalam pembentukan tingkah laku emosi. Faktor genetik yaitu ditemukan cukup tinggi pada keluarga yang salah satu anggota keluarganya mengalami skizofrenia serta akan lebih tinggi jika kedua orangtua yang terkena skizofrenia.

2. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi yaitu stimulus yang dipersepsikan oleh individu sebagai tantangan, ancaman/tuntutan yang memerlukan energi ekstra untuk coping. Sehingga dengan demikian muncul faktor pencetus neurobiologis yaitu kesehatan, lingkungan, sikap/prilaku (Muhith 2015). Faktor yang mencakup faktor presipitasi menurut Yusuf, Rizky, Nihayati (2015), yaitu : Stresor sosial budaya yaitu stres dan kecemasan akan meningkat bila terjadi penurunan stabilitas keluarga, perpisahan dengan orang yang penting atau ditinggalkan menimbulkan halusinasi. Faktor biokimia yaitu berkaitan dengan gangguan orientasi realitas termasuk halusinasi. Faktor psikologis yaitu intensitas kecemasan yang ekstrem dan memanjang disertai terbatasnya kemampuan mengatasi masalah. Faktor perilaku yaitu perilaku yang perlu dikaji pada pasien dengan gangguan orientasi realitas berkaitan dengan perubahan proses pikir, afektif persepsi, motorik, dan sosial.

3. Jenis-Jenis Halusinasi

Menurut Keliat (2016) jenis-jenis halusinasi terdiri dari :

Halusinasi pendengaran (*Auditory*) Mendengar kegaduhan atau suara, dimana klien mendengar suara-suara yang berbicara pada klien dan perintah yang memberitahu klien untuk melakukan sesuatu, kadang-kadang berbahaya. Halusinasi penciuman (*Olfaktori*) Mencium tidak enak, busuk, seperti darah, urin, feses, kadang-kadang bau menyenangkan. Halusinasi penciuman biasanya berhubungan dengan stroke, tumor, kejang, dan demensia. Halusinasi penglihatan (*Visual*)

Rangsangan visual dalam bentuk kilatan cahaya, gambar geometris, tokoh kartun atau adegan bayangan rumit dan kompleks. Bayangan dapat menyenangkan atau menakutkan seperti melihat monster. Halusinasi perabaan (*Taktil*) Mengalami nyeri atau ketidaknyamanan tanpa stimulus yang jelas. Merasa sensasi listrik datang dari tanah, benda mati atau oranglain. Halusinasi pengecapan (*Gustatory*) Merasa mengecap sesuatu yang busuk, amis, dan menjijikan, seperti rasa darah, urin, dan feses. Perilaku yang muncul seperti mengecap, mulut seperti gerakan mengunyah sesuatu dan sering meludah.

4. Fase-Fase Halusinasi

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

Fase *comforting* (halusinasi menyenangkan, cemas ringan) Klien yang berhalusinasi mengalami emosi yang intense seperti cemas, kesepian, rasa bersalah, dan takut akan mencoba untuk berfokus pada pikiran yang menyenangkan untuk menghilangkan kecemasan. Perilaku klien yang dapat diobservasi : tersenyum lebar, menggerakkan bibir tanpa membuat suara, pergerakan mata yang cepat, respon verbal yang lambat, diam dan tampak asyik. Fase *condemning* (halusinasi menjijikan, cemas sedang) Pengalaman sensori menjijikan dan menakutkan. Klien yang berhalusinasi mulai merasa kehilangan kontrol dan mungkin berusaha menjauhkan diri, serta merasa malu dengan adanya pengalaman sensori tersebut dan menarik diri dari orang lain. Perilaku klien yang dapat diobservasi : ditandai dengan peningkatan kerja sistem autonomik yang

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

5. Penatalaksanaan medis

Menurut Satrio (2015) penatalaksanaan klien dengan skizofrenia yang mengalami halusinasi yaitu dengan pemberian obat-obatan psikofarmakologis, yaitu obat yang lazim digunakan pada gejala halusinasi pendengaran yang merupakan gejala psikotik. Anti psikotik adalah golongan obat untuk mengendalikan dan mengurangi gejala psikosis yang bisa dialami oleh penderita gangguan mental. Contoh

obat : *Chlorpromazine, Haloperidol, Stelazine, Clozapine, Risperidone.*

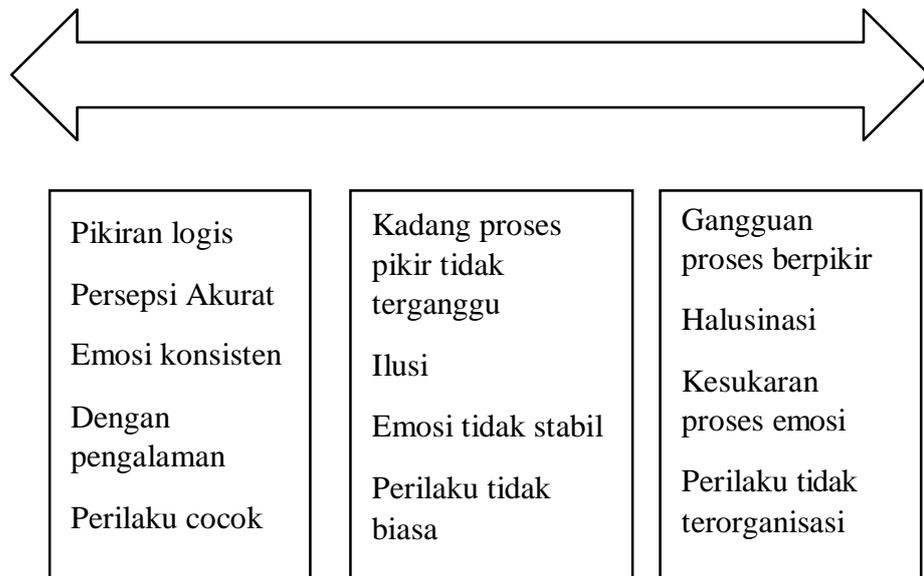
Anti parkinson adalah obat yang dapat mengurangi efek penyakit parkinson yang ditandai dengan gejala tremor, kaku otot atau kekakuan anggota gerak. Contoh obat : *Trihexypenidile*

C. Rentang Respon Halusinasi

Halusinasi merupakan gangguan dari persepsi sensori, sehingga Halusinasi adalah gangguan dari respons neurobiologi pasien. Oleh karena itu, secara keseluruhan tentang respons halusinasi mengikuti kaidah rentang respons neurobiologi. Rentang respons neurobiologi yang paling adaptif adalah adanya pikiran logis dan terciptanya hubungan sosial yang harmonis. Sementara itu, rentang respons yang paling maladaptif adalah isolasi sosial pada pasien atau menarik diri. Berikut adalah gambaran rentang respons neurobiologi :

Respon Adaptif :

Respon Maladaptif :



gambar 2. 1 Rentang respon neurologi halusinasi

Sumber : (Yusuf, Rizky, Nihayati.2015).

Respon adaptif berdasarkan rentang respon Halusinasi menurut Yusuf, Rizky, Nihayati. (2015) meliputi : Pikiran logis berupa mendapat atau pertimbangan yang dapat diterima akal. Persepsi akurat berupa pandangan dari seseorang tentang suatu peristiwa secara cermat dan tepat sesuai perhitungan. Emosi konsisten dengan pengalaman berupa kemantapan perasaan jiwa yang timbul sesuai dengan peristiwa yang penuh dialami. Perilaku sesuai dengan kegiatan individu atau sesuatu yang berkaitan dengan individu tersebut diwujudkan dalam bentuk gerak atau ucapan yang bertentangan dengan moral.

Respon maladaptif berdasarkan rentang respon Halusinasi menurut Yusuf, Rizky, Nihayati. (2015) meliputi : Kelainan pikiran adalah keyakinan yang secara kokoh dipertahankan walaupun tidak diyakini oleh orang lain dan bertentangan dengan keyakinan sosial. Halusinasi merupakan gangguan yang timbul berupa persepsi yang salah terhadap rangsangan. Tidak mampu mengontrol emosi berupa tidak mampu atau menurunnya kemampuan mengalami kesenangan, kebahagiaan, keakraban, dan kedekatan. Ketidakteraturan perilaku berupa ketidakselarasan antara perilaku dan gerakan yang ditimbulkan. Isolasi sosial adalah kondisi kesendirian yang dialami oleh individu.

D. Asuhan Keperawatan pada Pasien Halusinasi

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah awal dalam pelaksanaan asuhan keperawatan. Pengkajian dilakukan dengan cara wawancara dan observasi pada pasien dan keluarga. Selama wawancara pengkajian, perawat mengumpulkan baik data subjektif maupun objektif termasuk observasi yang dilakukan selama wawancara. (O'Brien, 2014). Pengkajian secara umum dapat mencakup keluhan/masalah utama. Status kesehatan fisik, mental dan emosional secara umum. Riwayat pribadi dan keluarga. Sistem dukungan dalam keluarga, kelompok sosial atau komunitas. Kegiatan hidup sehari-hari (*activities of daily living*). Kebiasaan dan keyakinan kesehatan. Pemakaian atau penyalahgunaan zat, pemakaian obat yang diresepkan. Hubungan interpersonal. Risiko menciderai diri sendiri dan orang lain. Pola koping. Keyakinan dan spiritual. Selanjutnya pengkajian untuk mendapatkan data mengenai gangguan sensori persepsi halusinasi pendengaran menurut Yosep (2010). Dapat ditemukan melalui wawancara dengan menanyakan : Jenis (halusinasi pendengaran) dan isi halusinasi, waktu, frekuensi dan situasi yang menyebabkan munculnya halusinasi.

Pada tahap ini ada beberapa faktor yang perlu di eksplorasi baik pada klien sendiri maupun keluarga dengan kasus halusinasi yang meliputi : Identitas klien, keluhan utama atau alasan masuk, Faktor predisposisi yaitu adanya faktor genetik dan faktor biologis. Faktor presipitasi adanya faktor biologi, stres lingkungan, dan gejala-gejala pemicu seperti kondisi kesehatan, lingkungan, sikap, dan perilaku. Pemeriksaan fisik

yaitu untuk memeriksa tanda-tanda vital, tinggi badan, berat badan, dan tanyakan apakah ada keluhan fisik yang dirasakan klien. Psikososial adanya genogram yang terdiri dari 3 generasi yang menggambarkan hubungan klien dengan keluarga, masalah yang terkait dengan komunikasi, pengambilan keputusan, pola asuh, pertumbuhan individu dan keluarga. Konsep diri terdiri dari gambaran diri, identitas diri, fungsi peran, ideal diri, harga diri.

Adanya hubungan sosial siapa orang terdekat di kehidupan klien tempat mengadu, berbicara, minta bantuan, atau dukungan. Serta tanyakan organisasi yang diikuti dalam kelompok/ masyarakat. Spritual nilai dan keyakinan, kegiatan ibadah/menjalankan keyakinan, kepuasan dalam menjalankan keyakinan. Status mental terdiri dari penampilan, pembicaraan, aktivitas motorik, afek emosi, interaksi selama wawancara, persepsi sensori yaitu apa jenis halusinasi, waktu halusinasi, frekuensi halusinasi apakah terus menerus atau hanya sekali-kali atau bahkan tidak muncul lagi, dan bagaimana situasi serta respons saat klien sedang halusinasi. Proses berpikir yaitu adanya bentuk fikir yang tidak sesuai dengan kenyataan yang ada, isi fikir selalu merasa curiga, tingkat kesadaran selalu merasa bingung.

Memori pada klien adanya daya ingat jangka panjang yaitu mengingat kejadian masa lalu lebih dari satu bulan, daya ingat jangka menengah yaitu dapat mengingat kejadian yang terjadi satu minggu terakhir, daya ingat jangka pendek yaitu dapat mengingat kejadian yang terjadi saat ini. Tingkat konsentrasi dan berhitung pada klien dengan

halusinasi tidak dapat berkonsentrasi, kemampuan penilaian mengambil keputusan adanya gangguan ringan yaitu mengambil keputusan secara sederhana baik dibantu orang lain/tidak, gangguan bermakna yaitu tidak dapat mengambil keputusan secara sederhana cenderung mendengar/melihat ada yang diperintahkan. Daya tilik diri klien halusinasi cenderung mengingkari penyakit yang diderita.

Kebutuhan perencanaan pulang pada klien halusinasi ialah klien mampu memenuhi kebutuhannya seperti perawatan diri, tidur, sistem pendukung, menikmati hobby. Mekanisme koping klien halusinasi cenderung berperilaku maladaptif, seperti mencederai diri sendiri dan orang lain di sekitarnya. Masalah psikososial dan lingkungan klien halusinasi mempunyai masalah di masalah dan mengakibatkan dia menarik diri dari masyarakat dan orang terdekat. Aspek pengetahuan kurang mengetahui tentang penyakit jiwa karena tidak merasa hal yang dilakukan dalam tekanan. Aspek medis pada klien halusinasi ialah terapi medis seperti haloperidol (HLP), Chlorpromazine (CPZ), Trihexyphenidyl (THP)

2. Analisa Data

Masalah Keperawatan	Data yang perlu dikaji
Perubahan persepsi sensori : Halusinasi pendengaran	<p>Subjektif :</p> <p>Klien mengatakan mendengar suara atau kegaduhan</p> <p>Klien mengatakan mendengar suara yang mengajak untuk bercakap-cakap</p> <p>Klien mengatakan mendengar suara yang menyuruhnya untuk melakukan sesuatu yang berbahaya</p> <p>Klien mengatakan mendengar suara yang mengancam dirinya atau orang lain</p> <p>Objektif :</p> <p>Klien tampak bicara sendiri dan tertawa sendiri</p> <p>Klien tampak marah-marah tanpa sebab</p> <p>Klien tampak menutup telinga</p>

Tabel 2.1 Analisa data halusinasi pendengaran

(Nurhalimah, 2016).

3. Pohon Masalah



gambar 2. 2 Pohon masalah (Ma'rifatul, 2016)

4. Diagnosa Keperawatan

Data hasil observasi dan wawancara dilanjutkan dengan menetapkan diagnosis keperawatan (Townsend, 2010). Sebelum membuat diagnosis keperawatan, harus dapat membuat analisis data terlebih dahulu untuk menentukan masalah juga etiologi berdasarkan data yang ditemukan pada saat wawancara dan observasi pasien.

Menurut (Zelika dan Dermawan, 2015) Diagnosis keperawatan yang muncul adalah : Gangguan persepsi sensori : Halusinasi pendengaran, Risiko Perilaku Kekerasan, Isolasi sosial, dan Harga Diri Rendah Kronis

5. Intervensi Keperawatan

Intervensi Keperawatan menurut (Dermawan, 2012) adalah suatu proses didalam pemecahan suatu masalah yang merupakan keputusan awal tentang suatu apa yang dilakukan, bagaimana dilakukan, kapan dilakukan, dan siapa yang melakukan dari semua tindakan

keperawatan. Intervensi keperawatan merupakan suatu petunjuk tertulis yang menggambarkan secara tepat rencana tindakan keperawatan yang sesuai dengan kebutuhannya berdasarkan dengan diagnosis keperawatan.

Diagnosa Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi pendengaran, tindakan keperawatan yaitu bina hubungan saling percaya dengan pasien, kaji perubahan persepsi pasien, dokumentasi faktor penyebab halusinasi pada pasien, beri lingkungan yang aman dan nyaman untuk pasien, lakukan komunikasi secara efektif dengan pasien. Diagnosa Risiko perilaku kekerasan rencana tindakan yaitu kaji adakah potensi pasien untuk membahayakan diri sendiri maupun orang lain, beri lingkungan aman dan nyaman, dan anjurkan pengungkapan perasaan dan tingkatkan ekspresi saat berbicara dengan pasien. Diagnosa Isolasi sosial rencanakan tindakan keperawatan yaitu : Sediakan waktu bersama pasien, bantu pasien untuk berpartisipasi dalam aktivitas dan kaji hubungan pasien dengan keluarganya. Diagnosa gangguan Harga diri rendah kronis diskusikan bersama pasien bagaimana pasien mengatasi ansietas, memperkuat kemampuan dan sifat positif pada pasien (Sutejo, 2015)

Intervensi keperawatan yang dapat diberikan untuk keluarga pasien Halusinasi adalah diskusikan masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat pasien. Berikan pendidikan kesehatan tentang pengertian halusinasi, jenis halusinasi yang dialami pasien, tanda dan gejala halusinasi, proses terjadinya halusinasi, dan cara merawat pasien

dengan halusinasi. Untuk keluarga pasien Risiko perilaku kekerasan adalah diskusikan masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat pasien, berikan pendidikan kesehatan tentang penyebab, tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan (Muhith,2015). Untuk keluarga pasien Isolasi sosial yaitu diskusikan masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat pasien, berikan pendidikan kesehatan tentang masalah Isolasi sosial, penyebab Isolasi sosial dan cara merawat pasien dengan isolasi sosial (Fadly, 2018). Untuk keluarga Harga diri rendah kronis adalah yaitu diskusikan masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat pasien, berikan pendidikan kesehatan tentang pengertian, tanda dan gejala harga diri rendah kronis dan cara merawat pasien dengan harga diri rendah kronis (Suhron, 2017).

6. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah tindakan keperawatan yang disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Sebelum tindakan keperawatan di implementasikan, perawat perlu memvalidasi apakah rencana tindakan yang ditetapkan masih sesuai dengan kondisi pasien saat ini atau tidak. (Yusuf, Rizky, & Nihayati, 2015). Dalam asuhan keperawatan jiwa, untuk mempermudah melakukan tindakan keperawatan, perawat perlu membuat strategi pelaksanaan tindakan keperawatan yang meliputi SP pasien (Trimeilia, 2011).

SP dibuat dengan menggunakan komunikasi terapeutik yang terdiri dari fase pertama adalah fase orientasi yang menggambarkan situasi pelaksanaan yang akan dilakukan, kontrak waktu dan tujuan

pertemuan yang diharapkan. Fase kedua yaitu fase kerja berisi tentang beberapa pertanyaan yang akan diajukan untuk pengkajian lebih lanjut, pengkajian tambahan, penemuan masalah bersama dan/atau penyelesaian tindakan. Fase terminasi merupakan saat untuk mengevaluasi tindakan yang telah dilakukan, menilai keberhasilan atau kegagalan dan merencanakan untuk kontrak waktu pertemuan selanjutnya. (Yusuf, Rizky, & Nihayati, 2015).

Strategi pelaksanaan pada pasien gangguan sensori persepsi halusinasi, yaitu :

Strategi Pelaksanaan pertama yaitu membantu pasien untuk mengenali halusinasi nya dengan cara diskusi dengan pasien tentang halusinasi nya, waktu terjadi halusinasi muncul, frekuensi terjadinya halusinasi, situasi yang menyebabkan halusinasi muncul, respon pasien saat halusinasi dan mengajarkan pasien untuk mengontrol halusinasi dengan cara pertama yaitu dengan cara menghardik halusinasi. Pasien dilatih untuk mengatakan tidak terhadap halusinasi yang muncul atau tidak memperdulikan halusinasinya.

Strategi Pelaksanaan kedua yaitu melatih pasien menggunakan obat secara teratur. Untuk mengontrol halusinasi, pasien harus dilatih untuk menggunakan obat secara teratur sesuai dengan program. Strategi Pelaksanaan ketiga yaitu melatih pasien mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain. Ketika pasien bercakap-cakap dengan orang lain, maka akan terjadi

pengalihan perhatian, fokus perhatian pasien akan teralih dari halusinasi ke percakapan yang dilakukan dengan orang lain. Strategi Pelaksanaan keempat yaitu melatih pasien mengontrol halusinasi dengan cara melakukan aktivitas terjadwal, dengan melakukan aktivitas terjadwal, pasien tidak akan mengalami banyak waktu luang sendiri yang sering yang sering sekali mencetuskan halusinasi. (Yusuf, Rizky, & Nihayati, 2015).

7. Evaluasi Keperawatan

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

Evaluasi dilakukan dengan berfokus pada perubahan perilaku klien setelah diberikan tindakan keperawatan. Keluarga juga perlu di evaluasi karena merupakan system pendukung yang penting (Azizah, 2011). Apakah klien dapat mengenal halusinasinya, yaitu isi halusinasi, situasi, waktu, frekuensi munculnya halusinasi. Apakah klien dapat mengungkapkan perasaan ketika halusinasi muncul. Apakah klien dapat mengontrol halusinasinya dengan menggunakan empat cara baru, yaitu menghardik, menemui orang lain bercakap cakap, melaksanakan aktivitas yang terjadwal dan patuh minum obat. Apakah klien dapat mengungkapkan perasaan nya mempraktikan empat cara mengontrol halusinasi. Klien dapat membina hubungan saling percaya, klien dapat

mengenali halusinasinya, klien dapat mengontrol halusinasi dari jangka waktu 3x24 jam. Didapatkan data subjektif keluarga menyatakan senang karena sudah diajarkan teknik mengontrol halusinasi, keluarga menyatakan pasien mampu melakukan beberapa teknik mengontrol halusinasi. Data objektif : pasien tampak berbicara sendiri saat halusinasi datang, pasien dapat berbincang dengan orang lain, pasien mampu melakukan aktivitas terjadwal, dan minum obat secara teratur (Aji, 2019).

BAB III

TINJAUAN KASUS

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

A. Pengkajian

1. Identitas Pasien

Pasien memiliki inisial R umur 40 tahun dengan status perkawinan menikah, jenis kelamin perempuan, suku bangsa Sunda, beragama Islam, pendidikan terakhir Sekolah Dasar, alamat di Jl. Raya pondok kacang ciledug, dengan diagnosis medis *Skizofrenia Paranoid* sumber informasi dari pasien, rekam medis, dan perawat di ruangan Antareja

2. Alasan Masuk Rumah Sakit

Pasien masuk Rumah Sakit Jiwa pada tujuh hari yang lalu oleh warga sekitar ditemukan di daerah parung Bogor. Alasan pasien dibawa ke Rumah Sakit Jiwa ialah mengganggu warga dengan berteriak, marah-marah dan membanting barang dan seluruh badan pasien terdapat luka lebam. Masalah keperawatan : Risiko Perilaku Kekerasan

3. Faktor Predisposisi

Pasien umur 40 tahun sudah menikah, dan pasien pernah mengalami gangguan jiwa dua tahun yang lalu tetapi pengobatan pasien kurang berhasil karena pasien putus obat satu tahun yang lalu setelah kembali ke rumah karena tidak di ingatkan oleh keluarga nya untuk minum obat. Pasien minum obat teratur karena berada di RS. Pasien pernah mengalami aniaya fisik di Parung Bogor karena dipukuli warga sekitar karena mengganggu warga. Pasien pernah mengalami kekerasan dalam keluarga karena suami pasien sering memukuli pasien karena ekonomi keluarga yang kurang memuaskan untuk biaya sehari-hari. Tidak ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan, pasien mengatakan pernah di bawa ke Rumah Sakit Jiwa oleh suami nya dua tahun yang lalu karena pasien memukul dan melempar barang yang ada dirumah. Suami dan pasien sering bertengkar di rumah karena faktor ekonomi yang kurang memuaskan, suami bekerja ojek online dan pasien buruh cuci baju tetangga yang membutuhkan pekerjaan nya pendapatan yang di dapat sehari-hari tidak cukup untuk biaya kehidupannya.

Masalah keperawatan : Risiko perilaku kekerasan dan Harga diri rendah kronis

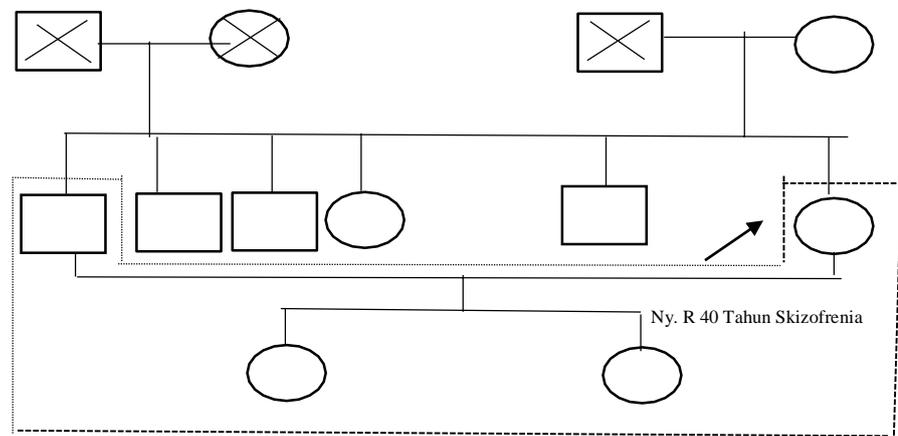
4. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan tanda-tanda vital meliputi : tekanan darah pasien 117/80 mmHg, nadi nya 86x/menit, suhu tubuh 36,5°C, pernafasan 20x/menit, tinggi badan 155 cm, dengan berat badan 50 kg, keluhan fisik pasien mengatakan merasa nyeri di bagian kaki.

Masalah keperawatan : Nyeri akut

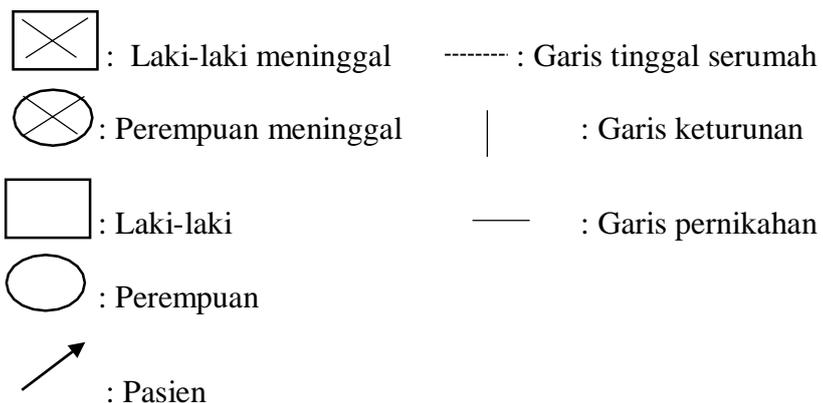
5. Psikososial

a. Genogram



gambar 3. 1 Genogram Ny. R

Keterangan :



Penjelasan

Pasien anak kedua pasien sudah menikah pasien sebagai seorang Istri dan Ibu yang telah mempunyai dua orang anak perempuan. Pasien satu rumah dengan suami dan kedua anak nya. Orang terdekat dengan pasien dirumah ialah dua orang anak nya pola komunikasi pasien bersama anak dan suami dua arah. Pengambil keputusan di Rumah ialah suami.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

b. Konsep Diri

Gambaran diri, pasien mengatakan pasien sudah menikah. Pasien mengatakan kurang menyukai seluruh bagian tubuhnya karena terdapat luka memar dan membekas pada bagian muka, tangan dan kaki.

Identitas Diri, pasien sudah menikah dan mempunyai dua orang anak. Pasien merasa puas sebagai seorang perempuan berumur 40 tahun. Pasien selalu bersyukur dengan apa yang sudah diberikan oleh Tuhan.

Peran Diri, pasien mengatakan tugas dan peran pasien tidak berjalan baik karena pasien menderita penyakitnya saat ini dan pasien mengatakan seorang Istri dan Ibu yang merasa tidak berguna karena tidak bisa mengurus rumah dan mengurus anak. Pasien merasa sedih dan tidak berguna, karena belum bisa menjalankan perannya dengan baik.

Ideal Diri, pasien ingin cepat sembuh dari penyakit yang diderita pasien saat ini agar pasien bisa berkumpul lagi bersama keluarga nya. Pasien ingin jalan-jalan dan pasien ingin mengikuti pengajian rutin.

Harga Diri, pasien mengatakan merasa malu terhadap dirinya karena sudah tidak berarti lagi di lingkungan masyarakat tempat tinggal nya karena pasien pernah bertengkar dengan tetangga nya pasien di bully karena merusak barang di lingkungan.

Masalah keperawatan: Harga Diri Rendah Kronis

c. Hubungan sosial

Orang yang berarti dalam hidupnya dan sampai saat ini untuk pasien adalah keluarga terutama suami dan anak-anak nya. Menerima segala kondisi dan situasi yang telah terjadi pada pasien. Peran dalam kegiatan kelompok atau masyarakat ialah pasien aktif dalam mengikuti pengajian rutin tiap minggu di lingkungan tempat tinggal nya. Hubungan sosial pasien selama dirawat baik pasien aktif dalam berhubungan dengan orang lain dan pasien mempunyai teman samping kasur yang sering bercerita tentang menu masakan. Hambatan pasien dalam berhubungan dengan orang lain adalah tidak ada, pasien aktif dalam berhubungan dengan orang lain.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan.

d. Spritual

Pasien beragama Islam, tidak mempunyai hal-hal yang tentangan dengan kesehatan maupun pengobatan yang sedang jalani. Pasien mengatakan sangat yakin dengan Tuhan nya. Kegiatan ibadah, Pasien mengatakan rutin menjalankan ibadah terutama sholat, berdzikir, berdoa dan membaca Al-Quran.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah dalam keperawatan.

6. Status Mental

- a. Penampilan** : Pasien berpenampilan rapih, rambut pasien tidak berantakan, gigi pasien tampak bersih, kulit dan badan pasien bersih. Pasien mandi sehari 2 kali pagi hari pukul 05:00 dan sore hari pukul 15:00. Dan pasien selalu mengganti pakaian sehabis mandi.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah dalam keperawatan
- b. Pembicaraan** : Untuk menjawab pertanyaan pasien selalu menjawab pertanyaan perawat, pasien berbicara dengan normal, nada bicara lembut, mau bertatap muka.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah dalam keperawatan.
- c. Aktivitas motorik** : Selama di rawat di RS pasien beraktivitas dengan normal dan mau mengikuti kegiatan sehari-hari selama di RSJ, misal mengikuti terapi aktivitas kelompok seperti senam bersama.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah dalam keperawatan.
- d. Alam perasaan** : Pasien mengalami alam perasaan sedih dan khawatir saat di wawancara pasien tampak sedih karena pasien khawatir kepada anaknya siapa yang akan mengurus.

Masalah keperawatan : Harga Diri Rendah Kronis.
- e. Afek** : Pasien mengalami afek tumpul karena ketika di ajak berbicara pasien ada perubahan roman muka jika ada stimulus yang kuat.

Masalah keperawatan : Isolasi Sosial.
- f. Interaksi selama wawancara** : Selama dikaji pasien cukup kooperatif. Jika di tanya oleh perawat, pasien menjawab dengan benar. Kontak

mata pasien kurang karena ketika di ajak berinteraksi terkadang matanya melihat tv atau melihat yang lain, kadang terlihat blocking.

Masalah keperawatan : Isolasi Sosial

- g. Persepsi** : Pasien mengatakan mendengar suara bisikan yang mengajak pergi untuk menyuruh merusak barang-barang yang ada di dekat pasien. Pasien mengatakan percaya dengan bisikan tersebut. Pasien mengatakan halusinasi datang biasanya pada pagi hari sekitar jam 09:00 atau malam hari jam 19:00 malam atau tidak menentu, saat pasien sedang sendiri. Pasien mengatakan biasanya saat halusinasi datang pasien tidur di atas kasur tapi tidak merem karena tidak bisa tidur dengan mata melotot, pandangan mata tampak tajam, tangan mengepal.

Masalah keperawatan : Gangguan Sensori Persepsi Halusinasi : Pendengaran dan Risiko Perilaku Kekerasan.

- h. Proses pikir** : Pasien berbicara tidak berbelit-belit tetapi terkadang ketika di ajak berbicara tiba-tiba pasien diam begitu saja.

Masalah keperawatan : Isolasi Sosial

- i. Isi pikir** : Pasien tidak mengalami gangguan isi pikir

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan.

- j. Tingkat kesadaran** : Pasien tingkat kesadaran compos mentis dan tidak mengalami disorientasi waktu, tempat dan orang

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah dalam keperawatan.

k. Memori :

Gangguan daya ingat jangka panjang : Pasien dapat menceritakan masalahnya yang tidak menyenangkan yaitu pasien dipukuli oleh orang lain.

Gangguan daya ingat jangka pendek : Pasien dapat mengingat nama orang yang dekat dengan pasien, misalnya nama perawat yang merawatnya dan nama teman di kamar nya, pasien dapat mengulangi hal-hal yang dibicarakan oleh perawat, pasien dapat menyebutkan kegiatan yang sudah di lakukan sebelumnya.

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

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah dalam keperawatan.

l. Tingkat konsentrasi dan berhitung : tingkat konsentrasi pasien masih baik dan berhitung pasien mampu menjawab pertanyaan tentang perkalian ($2 \times 3 = 6$).

Masalah keperawatan : tidak ada masalah dalam keperawatan

m. Kemampuan penilaian : Pasien mampu mengenal, dapat mengambil keputusan sederhana saat di beri pilihan misal lebih baik membaca Al-Quran dari pada menonton TV jika sedang santai.

Masalah keperawatan : tidak ada masalah dalam keperawatan.

n. Daya tilik diri : Pasien menyadari dirinya sedang sakit dan membutuhkan pengobatan untuk penyakitnya ini.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah dalam keperawatan.

7. Kebutuhan Persiapan Pulang

Untuk persiapan kebutuhan pasien pulang seperti makan, BAB, BAK, mandi, penggunaan obat pasien hanya membutuhkan bantuan minimal karena pasien masih bisa melakukannya dengan sendiri. Istirahat dan tidur, pasien suka tidur siang sekitar pukul 13:00 s/d 15.00 dan tidur malam nya dari pukul 20.00 s/d 04:00. Pemeliharaan kesehatan, pasien membutuhkan perawatan lanjutan dan sistem pendukung. Kegiatan di dalam rumah, pasien membutuhkan mempersiapkan makanan, menjaga kerapihan rumah, mencuci pakaian, pengaturan keuangan. Kegiatan di luar rumah, pasien sering berbelanja apapun itu bersama anaknya atau pergi sendiri dengan transportasi. Pasien memiliki kesiapan untuk pulang sangat baik.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah dalam keperawatan.

8. Mekanisme Koping

Adaptif : Pasien membaca Al-Qur'an, pasien merasa tenang

Maladaptif : Pasien kadang menyendiri

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

9. Masalah Psikososial dan Lingkungan

Masalah dengan dukungan kelompok, pasien mengatakan kurang mendapat dukungan lingkungan masyarakat. Masalah berhubungan dengan lingkungan, pasien mengatakan pernah bertengkar dengan tetangga lingkungan tempat tinggal. Masalah dengan pendidikan, pasien mengatakan hanya lulusan sekolah dasar tidak melanjutkan sekolah nya karena masalah biaya. Masalah dengan pekerjaan, pasien mengatakan hanya sebagai buruh

cuci panggilan yang pendapatannya kurang untuk kehidupan sehari-hari. Masalah dengan perumahan, pasien mengatakan tidak ada masalah dengan perumahan. Masalah ekonomi, pasien mengatakan mempunyai masalah ekonomi karena harus membiayai sekolah anak-anaknya. Masalah dengan pelayanan kesehatan, pasien mengatakan mau di rawat di RS. Masalah dengan dukungan lingkungan, pasien mengatakan tidak ada masalah

Masalah keperawatan : Isolasi Sosial dan Harga Diri Rendah Kronis

10. Pengetahuan kurang tentang sistem pendukung dan penyakit fisik

Pasien mengatakan bahwa dirinya sedang di Rumah Sakit Jiwa Marzoeki Mahdi Bogor di rawat karena sakit jiwanya dan pasien mengakui bahwa dirinya menderita penyakit Gangguan Jiwa.

Masalah Keperawatan : Isolasi Sosial

11. Aspek Medik

Diagnosis medis pasien adalah *skizofrenia*

Terapi medis yang didapat pasien adalah Trihexyphenidyl 2 mg / 24 jam / Oral, Chlorpromazine 100 mg / 24 jam / Oral.

12. Analisa Data

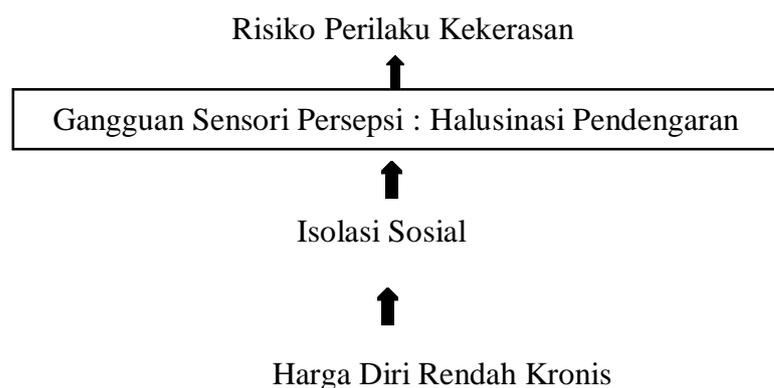
Tanggal	DATA FOKUS	MASALAH KEPERAWATAN
14 Desember 2021	<p>Data Subjektif :</p> <p>Pasien mengatakan diri nya suka mendengar suara bisikan yang menyuruh merusak barang dan melempar barang. Pasien mengatakan Halusinasi datang biasanya pada pagi hari jam 09:00 dan malam hari jam 19:00 atau tidak menentu saat pasien sedang sendiri</p> <p>Data Objektif :</p> <p>Pasien tampak gelisah, tampak berbicara sendiri, pasien tampak terlihat menyendiri</p>	Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Pendengaran
14 Desember 2021	<p>Data Subjektif :</p> <p>Pasien mengatakan melempar dan merusak barang yang ada dirumah pada pagi hari jam 08:00. Pasien mengatakan marah-marah dan memukuli orang lain di Parung Bogor pada siang hari jam 12:00.</p>	Risiko Perilaku Kekerasan

	<p>Pasien mengatakan saat halusinasi muncul mendengar suara bisikan yang memerintahkan untuk merusak barang dan melempar barang</p> <p>Data Objektif :</p> <p>Emosional pasien tidak stabil, pasien terlihat sering mengepalkan tangannya dan tatapan mata pasien tajam</p>	
<p>14 Desember 2021</p>	<p>Data Subjektif :</p> <p>Pasien mengatakan hanya mengobrol dengan teman samping kasur atau teman sekamar pasien mengatakan lebih nyaman menyendiri</p> <p>Data Objektif :</p> <p>Pasien tampak menyendiri, pasien tampak jarang mengobrol atau bersosialisasi dengan teman yang lain, pasien tampak sering membaca Al-Qur'an dan menonton TV</p>	<p>Isolasi Sosial</p>

14 Desember 2021	<p>Data Subjektif :</p> <p>Pasien mengatakan malu dan merasa tidak berguna di lingkungan tempat tinggal nya, pasien mengatakan ingin cepat sembuh dari penyakit yang diderita saat ini</p> <p>Data Objektif :</p> <p>Pasien menunjukkan ekspresi malu ketika bercerita tentang kehidupan, tampak sering menunduk, jarang menatap mata saat diajak berbicara, kontak mata pasien kurang</p>	Harga Diri Rendah Kronis
--------------------------------	--	--------------------------

Tabel 3. 1 Analisa Data

A. Pohon Masalah



gambar 3. 2 Pohon masalah Ny. R

B. Diagnosa Keperawatan

1. Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi pendengaran
2. Risiko Perilaku Kekerasan
3. Isolasi Sosial
4. Harga Diri Rendah

C. Perencanaan, Pelaksanaan dan Evaluasi Keperawatan**1. Diagnosa : Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi**

Data subjektif : Pasien mengatakan diri nya suka mendengar suarabisikan yang menyuruh merusak barang dan melempar barang, pasien mengatakan Halusinasi datang biasanya pada pagi hari jam 09:00 dan malam hari jam 19:00 atau tidak menentu saat pasien sedang sendiri.

Data objektif : Pasien tampak gelisah, pasien tampak berbicara sendiri, pasien tampak terlihat menyendiri.

Tujuan umum : Pasien mampu mengendalikan dan mengatasi Halusinasi yang dialami nya.

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

Kriteria hasil : Setelah dilakukan 3x interaksi pasien menunjukkan percaya dengan perawat, duduk berdampingan dan mengutarakan masalah yang di hadapi. Pasien dapat menyebutkan waktu munculnya halusinasi, frekuensi, isi serta kondisi yang menyebabkan halusinasi muncul, pasien mengungkapkan perasaan terhadap halusinasinya tersebut seperti marah, takut, sedih, khawatir, Pasien mampu melakukan mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, minum obat dengan benar

dan teratur, pasien mampu bercakap-cakap dengan orang lain, pasien mampu mengikuti terapi aktivitas kelompok, serta pasien dapat melakukan kegiatan sesuai jadwal harian.

Rencana tindakan : Bina hubungan saling percaya, beri salam terapeutik setiap interaksi, sapa pasien dengan ramah, perkenalkan diri dengan sopan, tanyakan nama lengkap pasien dan nama panggilan yang disukai, jelaskan tujuan setiap pertemuan, Observasi tingkah laku pasien terkait dengan halusinasinya, tanyakan apakah ada suara yang didengar, dengarkan dengan penuh perhatian ekspresi perasaan pasien, diskusikan dengan pasien apa yang harus dilakukan ketika mengatasi masalah tersebut. Kaji situasi atau keadaan yang menyebabkan halusinasi tersebut muncul, berikan kesempatan pada pasien untuk melakukan cara yang telah dilatih dan diajarkan, jika berhasil berikan pujian, berikan pujian kepada pasien jika pasien berhasil melakukan dengan benar, diskusikan dengan pasien dan keluarga tentang obat, dosis, dan akibat dari jika putusnya minum obat, berikan pujian atas kerjasama pasien dalam minum obat secara teratur.

Pelaksanaan SP 1 Pasien : 14 Desember 2021 pukul 08:00

Data subjektif : Pasien mengatakan dirinya suka mendengar suara bisikan yang menyuruh merusak barang dan melempar barang, pasien mengatakan Halusinasi datang biasanya pada pagi hari jam 09:00 dan malam hari jam 19:00 atau tidak menentu saat pasien sedang sendiri.

Data objektif : Pasien tampak gelisah, pasien tampak berbicara sendiri, pasien tampak terlihat menyendiri.

Tindakan keperawatan : SP 1 assesment Halusinasi, identifikasi isi,waktu,respon Halusinasi. Bina hubungan saling percaya dengan ucapkan salam terapeutik, perkenalkan diri, jelaskan tujuan interaksi untuk latihan menghardik halusinasi agar proses penyembuhan lebih cepat, ajarkan pasien cara menghardik halusinasi, memasukkan kedalam lembar kegiatan.

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

Evaluasi keperawatan

Data subjektif : Pasien mengatakan senang setelah diajarkan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, Pasien mengatakan sering mendengar suara-suara pada saat sendiri biasanya ketika pada pagi hari jam 09:00 dan malam hari jam 19:00 atau tidak menentu. Pasien mengatakan isi halusinasi adalah menyuruh nya merusak barang dan melempar barang, pasien mengatakan ketika halusinasi datang pasien hanya menyendiri dan berbicara sendiri.

Data objektif : Pasien tampak masih berbicara sendiri, Pasien tampak mau dan mampu mengulangi cara menghardik halusinasi dengan mandiri

Assesment : Halusinasi Pendengaran masih ada

Planning : Anjurkan pasien untuk terus menghardik apabila halusinasi datang. Memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian.

Pelaksanaan SP 2 pasien : 15 Desember 2021 pukul 11:00

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

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

Tindakan keperawatan : Evaluasi halusinasi, isi, waktu, akibat halusinasi dan cara menghardik halusinasi. Pertahankan rasa percaya pasien dengan ucapkan salam dan berikan motivasi, asesment ulang halusinasi dan kemampuan menghardik halusinasi, buat kontrak ulang untuk mengenal obat, kegunaan obat dan kerugian apabila tidak meminum obat.

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

Evaluasi keperawatan

Data subjektif : Pasien mengatakan senang berbincang dengan perawat tentang cara mengontrol halusinasi dengan minum obat yang benar dan teratur, Pasien mengatakan bisa menghafal hanya beberapa obat saja, bisa menghafal warna obat dan tau fungsi dan obat yang di minum.

Data objektif : Pasien tampak masih mendengar suara bisikan yang menyuruh pasien merusak dan melempar barang, gelisah pasien sudah menurun. Pasien mampu menyebutkan dua obat beserta kegunaan dan kerugian apabila tidak di minum, namun pasien belum mampu mengetahui kegunaan obat dan kerugian sepenuhnya.

Assesment : Halusinasi masih ada

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

Pelaksanaan SP 3 Pasien : 16 Desember 2021

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

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

Tindakan keperawatan : Evaluasi halusinasi, isi, waktu dan frekuensi halusinasi, akibat halusinasi dan cara menghardik. Pertahankan rasa percaya pasien dengan ucapkan salam dan berikan motivasi, asesment ulang Halusinasi, kemampuan menghardik, kemampuan menyebutkan kegunaan obat dan kerugian apabila tidak meminum obat, buat kontrak ulang untuk pentingnya bercakap-cakap dengan orang lain saat halusinasi muncul.

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

Evaluasi keperawatan

Data subjektif : Pasien mengatakan senang setelah berbincang dengan teman samping kasur atau kamarnya, pasien mengatakan mau bercakap-

cakap dengan teman samping kasur nya atau teman sekamar nya, pasien mengatakan sering mengobrol dengan Ny. A mengobrol tentang masakan.

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

Assesment : Halusinasi masih ada

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

Pelaksanaan SP 4 Tanggal 16 Desember 2021 Pukul 13:00

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

Data objektif : Pasien tampak kooperatif

Tindakan keperawatan : Evaluasi halusinasi, isi, waktu, frekuensi halusinasi, cara menghardik. Pertahankan rasa percaya pasien dengan ucapkan salam dan berikan motivasi, asesment ulang halusinasi, kemampuan menghardik, menyebutkan kegunaan dan kerugian apabila tidak meminum obat, pentingnya bercakap-cakap dengan orang lain saat

halusinasi ada, buat kontrak ulang untuk membuat aktivitas yang masih bisa di lakukan di RS sambil bercakap-cakap dengan orang lain.

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

Evaluasi keperawatan

Data subjektif : Pasien mengatakan senang setelah berbincang dengan perawat dan Ny. A sambil menonton TV, Pasien mengatakan senang karena setiap hari menonton acara masak bersama Ny. A

Data objektif : Gelisah dan rasa cemas yang dialami pasien sudah menurun, Pasien mampu melakukan cara bercakap-cakap dengan orang lain sambil melakukan kegiatan/aktivitas, Pasien tampak senang

Assesment : Halusinasi pendengaran teratasi

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

2. Diagnosa : Risiko Perilaku Kekerasan

Data subjektif : Pasien mengatakan melempar dan merusak barang yang ada dirumah, pasien mengatakan marah-marah dan memukuli orang lain.

Data objektif : Emosional pasien tidak stabil, pasien terlihat sering mengepalkan tangannya dan tatapan mata pasien tajam

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

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

Kriteria hasil : Setelah dilakukan 3x interaksi menunjukkan tanda percaya dengan perawat menunjukkan ekspresi wajah bersahabat, Pasien dapat menceritakan penyebab perasaan marah baik, menceritakan tanda saat terjadi perilaku kekerasan tanda fisik: mata merah, tangan mengepal, tanda emosional: perasaan marah, bicara kasar. tanda sosial: bermusuhan yang dialami saat terjadi perilaku kekerasan. Pasien menyebutkan contoh mencegah perilaku kekerasan secara fisik, tarik nafas dalam, pukul bantal dan kasur, kegiatan fisik yang lain, pasien dapat mendemonstrasikan cara fisik untuk mencegah perilaku kekerasan. pasien dapat mengevaluasi terhadap kemampuan melakukan kegiatan.

Rencana tindakan : Bina hubungan saling percaya, beri salam terapeutik setiap interaksi, perkenalkan diri dengan sopan, tanyakan nama lengkap jelaskan tujuan setiap pertemuan, beri perhatian kepada pasien adakan kontak sering dan singkat secara bertahap, beri kesempatan untuk mengungkapkan

perasaannya. Bantu pasien mengungkapkan tanda-tanda perilaku kekerasan yang dialaminya, motivasi pasien menceritakan kondisi fisik (tanda-tanda fisik), motivasi pasien menceritakan kondisi emosionalnya (tanda-tanda emosional), motivasi pasien menceritakan kondisi hubungan dengan orang lain saat terjadi perilaku beri pujian positif atas kemampuan pasien. Jelaskan manfaat menggunakan obat secara teratur dan kerugian jika tidak menggunakan obat, jelaskan kepada pasien: Jenis obat (nama, warna dan bentuk), dosis, waktu, cara dan efek.

Pelaksanaan SP I : 14 Desember 2021 pukul 10:00

Data subjektif : Pasien mengatakan marah-marah dan memukul orang lain

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

Tindakan keperawatan : Pasien dapat mengidentifikasi perilaku kekerasan, menyebutkan jenis, cara mencegah perilaku kekerasan. Bina hubungan saling percaya dengan ucapkan salam terapeutik, perkenalkan diri, jelaskan tujuan interaksi untuk latihan mengontrol perilaku kekerasan agar proses penyembuhan lebih cepat, buat kontrak (*inform consent*), ajarkan pasien cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik tarik nafas dalam dan pukul bantal.

Rencana tindak lanjut : Evaluasi SP 1 perilaku kekerasan tarik nafas dalam dan pukul bantal, latih mengontrol emosi dengan patuh minum obat

Evaluasi keperawatan

Data subjektif : Pasien mengatakan masih merasakan emosi, Pasien mengatakan telah melakukan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik tarik nafas dalam dan pukul bantal, Pasien mengatakan tidak suka saat suara-suara itu datang

Data objektif : Pasien tampak masih mengepalkan tangannya, emosional pasien masih belum stabil, Pasien tampak mampu mengulangi cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik tarik nafas dalam dan pukul bantal dengan mandiri

Assesment : Risiko perilaku kekerasan masih ada

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

Pelaksanaan SP 2 Pasien : 15 Desember 2021 pukul 08:00

Data subjektif : Pasien mengatakan masih sering marah-marah

Data objektif : Pasien tampak tidak mengepalkan tangannya.

Tindakan keperawatan : Evaluasi perilaku kekerasan, Pertahankan rasa percaya pasien dengan ucapkan salam dan berikan motivasi, asesment ulang risiko perilaku kekerasan, buat kontrak ulang untuk mengenal obat, kegunaan obat dan kerugian apabila tidak meminum

Rencana tindak lanjut : Evaluasi SP 1, 2 perilaku kekerasan pasien, lanjutkan SP 3 perilaku kekerasan pasien

Evaluasi keperawatan

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

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

Assesment : Risiko perilaku kekerasan masih ada

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

Pelaksanaan SP 3 pasien : 16 Desember 2021 pukul 10:00

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

Data objektif : Emosional pasien tampak stabil

Tindakan keperawatan : Evaluasi perilaku kekerasan, akibat, cara fisik tarik nafas dalam dan pukul bantal. Pertahankan rasa percaya dengan ucapkan

salam dan berikan motivasi, asesment ulang risiko perilaku kekerasan, buat kontrak ulang untuk melatih mengungkapkan rasa marah secara verbal: menolak, meminta, mengungkapkan perasaan dengan baik dengan orang lain.

Rencana tindak lanjut : Evaluasi SP 1,2,3 perilaku kekerasan pasien, lanjutkan SP 4 perilaku kekerasan pasien

Evaluasi keperawatan

Data subjektif : Pasien mengatakan senang sudah mengetahui cara meminta dan menolak dengan baik ketika emosi sedang muncul, Pasien mengatakan mengerti cara meminta dan menolak dengan baik kepada orang lain.

Data objektif : Pasien sudah merasa tenang, emosional pasien sudah stabil, Pasien mampu melakukan yang sudah diajarkan perawat tentang mengontrol perilaku kekerasan dengan cara meminta dan menolak dengan baik kepada orang lain. anjurkan pasien agar terus tarik nafas dalam dan pukul bantal

Assesment : Risiko perilaku kekerasan masih ada

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

3. Diagnosa : Isolasi Sosial

Data subjektif : Pasien mengatakan hanya mengobrol dengan teman samping kasur, pasien mengatakan malas dan bosan bersosialisasi dengan orang lain, pasien mengatakan lebih nyaman menyendiri.

Data objektif : Pasien tampak menyendiri, pasien tampak jarang mengobrol atau bersosialisasi dengan teman yang lain, Pasien tampak sering membaca Al-Qur'an dan menonton TV

Tujuan umum : Pasien dapat berinteraksi dengan orang lain

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

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

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

Pelaksanaan SP 1 pasien pada tanggal 14 Desember 2021 pukul 12:00 :

Data subjektif : Pasien mengatakan lebih suka menyendiri

Data objektif : Pasien tampak jarang mengobrol dengan orang lain

Tindakan keperawatan : pasien dapat menyebutkan penyebab Isolasi sosial, menyebutkan keuntungan dan kerugian hubungan dengan orang lain, pasien dapat melaksanakan hubungan sosial secara bertahap, jelaskan tujuan interaksi adalah untuk latihan berkenalan agar proses penyembuhan lebih cepat, buat kontrak (*inform consent*) latihan berkenalan dengan orang lain

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

Evaluasi keperawatan

Data subjektif : Pasien mengatakan senang setelah diajak berinteraksi oleh perawat, Pasien mengatakan menjadi tahu tentang kerugian dan keuntungan bila berinteraksi dengan orang lain, Pasien mengatakan sering menyendiri dan hanya melakukan kegiatan menonton TV dan membaca Al-Qur'an

Data objektif : Pasien masih tampak suka menyendiri, Pasien mampu berinteraksi dan berkenalan dengan perawat.

Assesment : Isolasi Sosial masih ada

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

Pelaksanaan SP 2 Pasien : Tanggal 15 Desember 09:00

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

Data objektif : Pasien tampak menyendiri.

Tindakan keperawatan : Evaluasi Isolasi sosial dan cara berkenalan atau berinteraksi dengan orang lain. Pertahankan rasa percaya pasien dengan ucapkan salam dan berikan motivasi, asesment ulang Isolasi sosial, kemampuan menyebutkan kerugian dan keuntungan jika tidak berhubungan dengan orang lain, kemampuan berkenalan dengan dua tiga teman sekamarnya, kemampuan berinteraksi, buat kontrak ulang untuk latih cara berinteraksi secara bertahap dan berkenalan dengan tiga sampai lima orang lain saat beraktivitas.

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

Evaluasi keperawatan

Data subjektif : Pasien mengatakan senang setelah diajak berkenalan dengan teman kamarnya dan senang berbincang dengan perawat, Pasien mengatakan senang berkenalan dengan teman kamarnya yaitu Ny. A dan Ny. F.

Data objektif : Pasien merasa senang, Pasien mampu berkenalan dan menyebutkan nama, hobby, alamat ketika berkenalan dengan teman nya, Pasien mampu melakukan berkenalan dengan dua sampai tiga teman kamarnya.

Assesment : Isolasi sosial masih ada

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

Pelaksanaan SP 3 Pasien : 16 Desember 2021 pukul 08:00

Data subjektif : Pasien mengatakan sudah berinteraksi dengan Ny. A dan Ny.F mengobrol tentang hobby nya yaitu memasak

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

Tindakan keperawatan : Evaluasi isolasi sosial dan cara berkenalan atau berinteraksi dengan orang lain. Kemampuan menyebutkan kerugian dan keuntungan jika tidak berhubungan dengan orang lain, kemampuan berkenalan dengan dua tiga teman sekamarnya, kemampuan berinteraksi, buat kontrak ulang untuk latih cara berinteraksi secara bertahap dan berkenalan dengan tiga sampai lima orang lain saat beraktivitas.

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

Evaluasi keperawatan

Data subjektif : Pasien mengatakan mau berinteraksi dengan lima orang teman sambil melakukan aktivitas yaitu menonton TV secara bersama.

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

Assesment : Isolasi sosial teratasi

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

4. Diagnosa : Harga Diri Rendah Kronis

Data subjektif : Pasien mengatakan malu dan merasa tidak berguna di lingkungan tempat tinggal nya, Pasien mengatakan ingin cepat sembuh dari penyakit yang diderita saat ini.

Data objektif : Pasien menunjukkan ekspresi malu ketika bercerita tentang kehidupan, Pasien tampak sering menunduk, Pasien jarang menatap mata saat diajak berbicara, kontak mata pasien kurang.

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

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

Kriteria hasil : Setelah dilakukan 3x interaksi pasien menunjukkan tanda percaya dengan perawat, Pasien dapat menyebutkan kemampuan yang dimiliki pasien di rumah sakit, rumah. Pasien memiliki kemampuan yang akan dilatih, pasien mencoba dan membuat jadwal harian. Pasien melakukan kegiatan yang telah dilatih (mandiri, dengan bantuan atau tergantung), pasien melakukan beberapa kegiatan mandiri.

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

Pelaksanaan SP 1 Pasien tanggal 14 Desember 2021 pukul 14:00

Data subjektif : Pasien mengatakan malu dan merasa tidak berguna, pasien mengatakan ingin cepat sembuh

Data objektif : Pasien tampak sering menunduk, pasien jarang menatap mata saat diajak berbicara

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

Rencana tindak lanjut : Evaluasi SP 1 Harga diri rendah kronis, lanjutkan ke SP 2 Harga diri rendah kronis

Evaluasi keperawatan

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

Data Objektif : Pasien tampak jarang menatap mata perawat saat sedang berdiskusi, Pasien mampu mengulangi kegiatan yang dimiliki dan bisa di lakukan

Assesment : Harga diri rendah kronis masih ada

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

Pelaksanaan SP 2 pasien Tanggal 15 Desember 2021 pukul 12:00

Data subjektif : Pasien mengatakan sudah melakukan kegiatan kemampuan pertama yang pasien masih miliki yaitu merapihkan tempat tidur dan sudah memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian.

Data objektif : Pasien tampak menatap mata saat diajak berbicara

Tindakan keperawatan : Evaluasi kegiatan yang masih bisa di lakukan, tanyakan perasaannya, pertahankan rasa percaya pasien dengan ucapkan salam dan berikan motivasi. Assesment ulang Harga diri rendah kronis dan kemampuan pertama yang masih bisa di lakukan, buat kontrak ulang untuk melakukan kemampuan yang kedua yang dimiliki.

Rencana tindak lanjut : Evaluasi SP 1,2 Harga diri rendah kronis pasien, lanjutkan kegiatan yang masih bisa di lakukan di RS atau yang dimiliki untuk meningkatkan harga diri pasien

Evaluasi keperawatan

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

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

Assesment : Harga diri rendah kronis teratasi

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

BAB IV PEMBAHASAN

Pada BAB ini penulis membandingkan antara teori dan tinjauan kasus termasuk pada faktor pendukung dan penghambat dalam pemberian Asuhan Keperawatan pada pasien Ny. R dengan diagnosa Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi di Ruang Antareja Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor. Penulis mulai melakukan Asuhan Keperawatan pada tanggal 14 Desember 2021 sampai dengan 16 Desember 2021, yang dilakukan dengan pendekatan proses keperawatan meliputi : pengkajian, perumusan diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Berikut penulis akan membahas satu persatu dari proses keperawatan tersebut.

A. Pengkajian

Pengkajian yang dilakukan oleh penulis sesuai dengan yang ada pada teori, penulis mendapatkan data secara bertahap dari hasil wawancara, pengamatan catatan keperawatan, dan perawat ruangan Antareja. Berdasarkan teori faktor predisposisi untuk pasien dengan halusinasi yaitu faktor perkembangan, faktor sosial budaya, faktor psikologis, faktor biologis dan faktor genetik (Yusuf, Rizky, Nihayati, 2015).

Berdasarkan teori faktor predisposisi yang menyebabkan pasien menjadi gangguan jiwa adalah faktor biologis, faktor perkembangan, dan faktor psikologis. Faktor biologis yaitu pasien terdapat luka di bagian muka, tangan dan kaki. Faktor perkembangan yaitu karena pasien seorang Istri dan seorang Ibu tugas perkembangan yang tidak tercapai yaitu merasa tidak berguna karena tidak bisa mengurus rumah dan mengurus anak. Faktor psikologis pada pasien yaitu hubungan interpersonal pasien kurang harmonis dengan suami karena sering bertengkar dengan masalah perekonomian yang kurang tercukupi untuk sehari-hari, pasien juga pernah di bully di lingkungan tempat tinggal karena pasien merusak barang-barang dan pasien tidak diperdulikan. Pasien mudah kecewa dan putus asa, harga diri rendah.

Berdasarkan hasil pengkajian faktor predisposisi yang tidak menjadi faktor penyebab dari pasien adalah tidak ditemukan faktor genetik dan faktor sosial budaya. Genetik yaitu karena status genetik keluarga pasien tidak ada yang pernah mengalami gangguan jiwa. Faktor sosial budaya yaitu pasien berinteraksi dan mengikuti pengajian rutin di lingkungan masyarakat. Berdasarkan teori dan kasus memiliki kesenjangan karena di kasus penulis tidak menemukan adanya faktor genetik karena pasien tidak memiliki keturunan gangguan jiwa.

Berdasarkan teori faktor presipitasi halusinasi menurut Yusuf, Rizky, Nihayati, (2015). Terdapat faktor-faktor pencetus respon neurologis dapat dijabarkan sebagai berikut, adanya sosial gejala pemicu pada pasien seperti

kondisi kesehatan, faktor stress budaya, faktor psikologis, dan faktor perilaku.

Berdasarkan hasil pengkajian faktor presipitasi yang didapatkan pada pasien yaitu faktor lingkungan, faktor psikologis, faktor perilaku. Faktor lingkungan yaitu lingkungan yang memusuhi pasien, kesulitan dalam berhubungan dengan orang lain, kurangnya dukungan sosial. Faktor psikologis pasien yaitu karena pernah bertengkar dengan tetangga di lingkungan tempat tinggal. Pada faktor perilaku pasien yaitu merasa tidak mampu, merasa gagal, putus asa, rendah diri, kehilangan kendali diri, rendahnya kemampuan sosialisasi, ketidakadekuatan pengobatan, dan perilaku kekerasan.

Berdasarkan teori tanda gejala halusinasi biasanya memiliki tanda dan gejala seperti menurut Yusuf, Rizky, Nihayati, (2015) sebagai berikut bicara atau tertawa sendiri, mulut komat-kamit, ada gerakan tangan, marah-marah tanpa sebab, mengarahkan telinga ke arah tertentu, menutup telinga, menunjuk ke arah tertentu, tidak dapat membedakan yang nyata dan tidak nyata, berkonsentrasi dengan pengalaman sensori, curiga dan bermusuhan, bertindak merusak diri, orang lain dan lingkungan, tidak dapat mengurus diri, terdapat disorientasi waktu, tempat dan orang, ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas, menutup hidung, sering meludah, muntah, menggaruk-garuk permukaan kulit, melihat bayangan, merasakan rasa seperti darah atau urine, merasa seperti tersengat listrik. Pada pasien dengan halusinasi pendengaran biasanya pasien seperti mendengar suara

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

Berdasarkan hasil pengkajian, tanda dan gejala yang tidak muncul yaitu tidak mengarahkan telinga ke arah tertentu, tidak menutup telinga, tidak terdapat disorientasi, waktu, tempat dan orang, karena pasien masih sadar dengan hal itu, tidak menunjuk ke arah tertentu, tidak ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas, tidak menutup hidung, tidak sering meludah, tidak muntah, tidak menggaruk-garuk permukaan kulit, tidak merasakan rasa seperti darah atau urine, tidak merasa seperti tersengat listrik.

Tanda gejala yang muncul pada pasien yaitu pasien tampak berbicara dan tertawa sendiri, pasien mendengar suara bisikan yang menyuruh merusak barang dan melempar barang, tangan mengepal, pandangan tajam, curiga dan bermusuhan, pasien bertindak merusak diri, orang lain dan lingkungan karena pasien tidak bisa mengontrol halusinasinya, tidak dapat mengurus diri.

Berdasarkan teori tahapan halusinasi dibagi menjadi empat fase yaitu fase *comforting*, fase *condemning*, fase *controlling* fase *conquering* (Yusuf, Rizky, Nihayati, 2015). Dari hasil pengkajian, pasien menyerah dan sudah menerima sensorinya (halusinasi), isi halusinasi menjadi atraktif, tampak sering mengepalkan tangannya, tatapan mata pasien sangat tajam, pasien tampak kesal jika mendengar suara bisikan yang menyuruh pasien merusak barang dan melempar barang, Pasien mengalami halusinasi di fase *controlling*, karena pasien semakin jelas mendengar suara suara

bisikan, perhatian pasien hanya bertahan beberapa detik atau menit, pasien juga akan mengalami tremor, berkeringat. Pada fase ini harus di cegah agar tidak berkelanjutan, ke fase empat yaitu fase *conquering* dengan cara intervensi ajarkan strategi pelaksana satu menghardik halusinasi, strategi pelaksana dua minum obat teratur serta kerugian, strategi pelaksana tiga melatih bercakap-cakap, strategi pelaksana empat membuat jadwal aktivitas kegiatan harian.

Halusinasi merupakan gangguan persepsi yang dikaitkan dalam neurobiologis, rentang respons halusinasi di bagi dua menurut teori Yusuf, Rizky, Nihayati. (2015) yaitu adaptif dan maladaptif. Rentang respons neurobiologi yang paling adaptif adalah adanya pikiran logis, persepsi akurat, emosi konsisten dengan pengalaman, perilaku cocok dan terciptanya hubungan sosial yang harmonis. Sementara itu, rentang respons yang paling maladaptif adalah adanya gangguan proses berpikir/waham, halusinasi, kesukaran proses emosi, perilaku tidak terorganisasi, dan isolasi sosial pada pasien atau menarik diri.

B. Diagnosa Keperawatan

Langkah kedua dalam asuhan keperawatan adalah menetapkan diagnosis keperawatan yang dirumuskan berdasarkan wawancara dan gejala gangguan sensori persepsi : halusinasi pendengaran yang ditemukan. Data hasil observasi dan wawancara dilanjutkan dengan menetapkan diagnosis keperawatan (Townsend, 2010). Sebelum membuat diagnosis keperawatan, harus dapat membuat analisis data terlebih dahulu untuk menentukan masalah juga etiologi berdasarkan data yang ditemukan pada

saat wawancara dan observasi pasien menurut teori (Zelika dan Dermawan, 2015). Diagnosa keperawatan yang biasa muncul pada pasien halusinasi yaitu : Gangguan sensori persepsi: halusinasi, risiko perilaku kekerasan, isolasi sosial, harga diri rendah.

Pada kasus, pasien juga mempunyai diagnosis yang sama dengan teori memprioritaskan gangguan sensori; halusinasi, risiko perilaku kekerasan, isolasi sosial, harga diri rendah. Diagnosa harga diri rendah dan isolasi sosial yaitu penyebab dari halusinasi muncul lalu masalah yang muncul jika terjadinya halusinasi ialah bisa mempengaruhi terjadinya risiko perilaku kekerasan. Tidak terdapat masalah keperawatan tambahan dan tidak menemukan kesenjangan dalam menentukan diagnosis. Faktor pendukung yang penulis dapatkan adalah tersedianya buku sumber, dan sumber-sumber terpercaya lainnya serta kerjasama dan dukungan antara penulis dengan perawat ruangan. Penulis tidak menemukan hambatan dalam menentukan diagnosis.

C. Perencanaan Keperawatan

Proses setelah menetapkan diagnosa keperawatan, penulis membuat perencanaan yaitu dengan menetapkan tujuan dan strategi pelaksanaan pasien yang diharapkan dapat menentukan tujuan spesifik dan dapat diukur, dicapai, dilakukan dengan tindakan yang nyata. Rencana keperawatan yang dilakukan pada pasien meliputi tujuan dan tindakan yang ingin dicapai. Tujuan umum yaitu pasien dapat mengontrol halusinasi yang dialaminya. Tujuan khusus yaitu pasien mampu membina hubungan saling percaya, pasien mampu mengenal halusinasi, pasien mampu mengontrol halusinasi, pasien dapat dukungan dari keluarga

dalam mengontrol halusinasi, pasien dapat mengontrol obat dengan baik, pasien dapat mengontrol halusinasi melalui bercakap-cakap, pasien dapat mengontrol halusinasi melalui aktivitas terjadwal.

Tahap pembuatan rencana, penulis tidak mengalami kesulitan karena pasien dan perawat sudah terbina hubungan saling percaya, pasien kooperatif dan mampu melakukan pelaksanaan yang sudah diberikan oleh perawat dan tersedia buku sumber yang dapat yang digunakan sebagai panduan untuk membuat perencanaan keperawatan, hubungan saling percaya membuat pasien mengungkapkan masalahnya sehingga dapat dibuat perencanaan dengan baik sesuai dengan kondisi pasien dan penulis tidak menemukan kesenjangan dalam menentukan perencanaan. Faktor penghambat adalah kurangnya ketersediaan buku dan tersedia sumber terbaru yang dapat digunakan sebagai panduan untuk membuat perencanaan keperawatan.

D. Implementasi Keperawatan

Tahap ini, semua tindakan keperawatan SP halusinasi dapat dilakukan, dikarenakan pasien sudah terbina hubungan saling percaya dengan perawat serta kooperatif dalam pelaksanaan keperawatan yang diberikan. Tindakan yang dilakukan secara teori dan kasus tidak ada kesenjangan yaitu strategi pelaksana satu halusinasi mengajarkan cara menghardik halusinasi, hasil yang di dapat pasien mampu menghardik, merespon halusinasi dengan baik serta mengungkapkan kapan waktu isi halusinasi itu terjadi. Pada pelaksanaan SP satu halusinasi tidak ditemukan hambatan, pasien mampu mengikuti dan memperagakan kembali apa yang sudah di ajarkan. Strategi pelaksana dua halusinasi ialah

tindakan yang dilakukan secara teori dan kasus hasil yang di dapat pasien mampu mengetahui kerugian apabila tidak meminum obat serta mampu membuat jadwal meminum obat, kesenjangan yang terjadi pada pelaksanaan pasien belum mampu mengingat obat karena jumlah obat yang begitu banyak. Pada pelaksanaan SP dua halusinasi ditemukan adanya hambatan, karena pasien hanya mampu mengingat sebagian atau terkadang masih lupa dengan kegunaan dan kerugian dari masing-masing obatnya. Solusi untuk pelaksanaan SP dua yaitu, sebelum memulai SP selanjutnya penulis mengulang SP pemberian obat dengan benar.

Strategi pelaksana tiga halusinasi pasien, berdasarkan teori dan kasus hasil yang di dapat pasien mampu berkomunikasi kepada perawat Antareja dan teman di lingkungannya. Pada pelaksanaan SP tiga tidak ditemukannya hambatan, tetapi pada pelaksanaan SP tiga pasien hanya mengobrol dengan teman sekamarnya saja. Solusi untuk pelaksanaan SP tiga yaitu dengan memberi tahu pasien agar mengobrol dengan teman kamar lain. Strategi pelaksana empat halusinasi pasien berdasarkan teori dan kasus melaksanakan aktivitas terjadwal. Hasil yang di dapat pasien mampu membuat jadwal aktivitas harian seperti melakukan senam, menonton tv serta membaca tadarus Al-Qur'an, Pada pelaksanaan SP empat tidak ditemukannya hambatan, karena pasien mampu mengikuti apa yang sudah di ajarkan yaitu melakukan aktivitas membaca Al-Qur'an, menonton tv, melakukan senam.

Strategi pelaksana satu, dua, tiga risiko perilaku kekerasan pasien berdasarkan teori dan kasus, hasil yang di dapat pasien mampu melakukan

apa yang sudah di ajarkan dan mampu memperagakkan kembali seperti melakukan tarik nafas dalam dan pukul bantal, mampu menyebutkan kembali kegunaan dan kerugian apabila tidak minum obat, mampu mengungkapkan rasa marah secara verbal menolak, meminta, mengungkapkan perasaan dengan baik dengan orang lain. Pada pelaksanaan SP satu, dua, tiga, tidak ditemukannya hambatan. Tetapi untuk SP empat risiko perilaku kekerasan tidak terlaksana karena tidak cukupnya waktu praktik untuk melaksanakan SP tersebut dan hanya memiliki waktu yang singkat.

Strategi pelaksana satu, dua, tiga isolasi sosial pasien, berdasarkan teori dan kasus. Hasil yang di dapat pasien mampu berkenalan dengan tiga sampai lima orang saat beraktivitas. Pada pelaksanaan SP satu, dua, tiga tidak ditemukannya hambatan. Tetapi untuk SP empat isolasi sosial tidak terlaksana karena tidak cukupnya melaksanakan SP tersebut. Strategi pelaksana satu, dua harga diri rendah kronis pasien. Hasil yang didapat pasien mampu melakukan kemampuan yang masih dimilikinya, yaitu merapihkan tempat tidur. Pada pelaksanaan SP satu, dua tidak ditemukannya hambatan, karena pasien sangat antusias ketika sedang dilatih kemampuan yang masih bisa dilakukan.

Setelah dilakukan tindakan, penulis tidak menemukan kesenjangan antara teori dan kasus karena pada saat pelaksanaan tindakan dapat dilakukan sesuai dengan strategi pelaksanaan pada teori. Faktor

pendukung yang penulis dapatkan adalah dapat terbina hubungan saling percaya antara pasien dengan perawat, dan perawat ruangan. Penulis menemukan faktor penghambat pada proses pelaksanaan keperawatan pada pasien yaitu tidak terlaksananya SP waktu praktik untuk SP empat risiko perilaku kekerasan dan SP empat isolasi sosial karena tidak tercukupinya waktu praktik dan hanya memiliki waktu yang singkat untuk melaksanakan SP tersebut. Pada keluarga tidak terlaksana di karenakan pada saat penulis melaksanakan praktik di ruang Antareja pihak keluarga pasien belum pernah datang untuk menjenguk pasien. Solusi nya yaitu penulis harus bisa lebih memanfaatkan waktu praktik yang tersedia dengan sebaik-baiknya.

E. Evaluasi Keperawatan

Tahap ini yang dilakukan penulis adalah menyelesaikan strategi pelaksanaan halusinasi, yang dilakukan adalah SP satu, dua, tiga, empat pasien halusinasi. Berdasarkan buku SLKI (Standar luaran keperawatan Indonesia). Faktor pendukung yang penulis rasakan adalah pasien mampu melakukan semua SP yang penulis sudah ajarkan karena sudah terbina hubungan saling percaya antara pasien dan penulis. Pasien mampu melakukan semua cara untuk mengontrol halusinasi. Penulis tidak menemukan penghambat dalam melakukan asuhan keperawatan. Evaluasi untuk (Terapi Aktivitas Kelompok) TAK berkenalan dengan teman yang ada di samping nya pasien sudah mengikuti dan pasien melakukan perkenalan dimulai dari nama, umur dan hobby. Evaluasi untuk keluarga ialah tidak bertemu dengan keluarga pasien selama penulis melaksanakan praktik.

Adapun tanda gejala yang perlu di pantau atau di observasi lebih lanjut adalah pasien hanya mampu mengingat sebagian atau terkadang masih lupa dengan kegunaan dan kerugian dari masing-masing obatnya, pasien terkadang terdiam, tidak berbicara, tidak bisa untuk memulai perbincangan dengan orang yang tidak terbiasa mengobrol dengan pasien karena untuk mengurangi tentang ini di butuhkan konsistensi dalam pemberian asuhan keperawatan jiwa.

Pada data pasien terdapat tanda dan gejala yang menurun yaitu sudah tidak mendengar suara-suara bisikan yang menyuruh merusak barang dan melempar barang, tangan sudah tidak mengempal, pandangan sudah tidak tajam, rasa curiga dan bermusuhan menurun, merusak diri, orang lain dan lingkungan menurun. Dari sepuluh tanda dan gejala yang dialami pasien terdapat 7 tanda gejala yang sudah tidak muncul. Masih ada 3 tanda gejala yang masih muncul pada pasien. Sehingga sekitar 70% tanda dan gejala halusinasi teratasi dengan adanya asuhan keperawatan selama empat hari oleh mahasiswa dan tujuh hari oleh perawat ruangan. 3 tanda dan gejala yang masih muncul karena terbatasnya jadwal dinas penulis sehingga upaya yang harus dilaksanakan agar tanda dan gejala tidak muncul kembali ialah melaksanakan asuhan keperawatan lanjutan oleh perawat ruangan.

BAB V PENUTUP

Pada bab ini penulis menguraikan kesenjangan antara teori dan kasus. Pada BAB ini penulis menguraikan Asuhan Keperawatan pada Ny. R di Ruang Antareja Rumah Sakit Dr. H Marzoeki Mahdi Bogor. Sehingga penulis menarik kesimpulan dan saran sebagai berikut :

A. Kesimpulan

Pada pengkajian, data *focus* pasien di temukan tanda dan gejala yang muncul pada pasien yaitu tangan menggepal, pandangan tajam, tampak gelisah, berbicara sendiri, pasien bertindak merusak diri, orang lain dan lingkungan karena pasien tidak bisa mengontrol halusinasi nya. Pasien mengatakan mendengar suara bisikan yang menyuruh merusak barang dan melempar barang.

Pasien mengatakan Halusinasi datang biasanya pada pagi hari jam 09:00 dan malam hari jam 19:00 atau tidak menentu saat pasien sedang sendiri. Pasien berada pada tahapan halusinasi fase *controlling*, karena pasien semakin jelas mendengar suara suara bisikan, Dengan faktor predisposisi yang muncul pada pasien yaitu faktor biologis, faktor perkembangan, dan faktor psikologis. Dan faktor presipitasi yang muncul pada pasien yaitu faktor lingkungan dan faktor perilaku.

Pada diagnosa keperawatan, penulis mengangkat empat diagnosa keperawatan. Yaitu : Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran, Risiko Perilaku Kekerasan, Isolasi Sosial, Harga Diri Rendah Kronis, tidak terdapat masalah keperawatan tambahan. Pada tahap perencanaan, penulis tidak menemukan faktor penghambat dalam merumuskan perencanaan keperawatan. Faktor pendukung yaitu pasien sangat kooperatif sehingga memudahkan penulis dalam merumuskan perencanaan, perencanaan yang dibuat oleh penulis disesuaikan dengan kondisi pasien dan pasien dapat melakukannya.

Pada tahap pelaksanaan keperawatan jiwa dilakukan dengan sesuai yaitu dengan memberikan strategi pelaksanaan satu yang terdiri dari mengidentifikasi halusinasi, jenis halusinasi, waktu halusinasi, respon pasien terhadap halusinasi dan mengajarkan cara menghardik halusinasi. Strategi pelaksanaan dua yang terdiri dari memberikan pengertian minum obat, kegunaan obat, jenis obat dan kerugian obat. Strategi pelaksanaan tiga yang terdiri dari mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain. Strategi pelaksanaan empat yang terdiri dari mengontrol halusinasi dengan cara melaksanakan aktivitas terjadwal.

Pada tahap evaluasi pada kasus adalah pasien mampu membina hubungan saling percaya, pasien kooperatif, pasien dapat melakukan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, bercakap-cakap, melakukan kegiatan, serta mampu menunjukkan dan menyebutkan kembali jenis obat dan manfaatnya. Evaluasi pada empat strategi pelaksanaan dari tugas keperawatan jiwa, tercapai semuanya yaitu strategi pelaksanaan satu

cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, pasien sudah tidak mendengar suara-suara bisikan, dua tentang mengedukasi pengertian obat, jenis obat dan kerugian pasien mengerti dan paham cara minum obat dengan benar, tiga tentang mengatasi halusinasi dengan cara berkomunikasi dengan orang lain pasien senang setelah berinteraksi dengan orang lain tidak kesepian, merasa lebih tenang dan empat tentang halusinasi dengan cara melakukan aktivitas yang sudah terjadwal

B. Saran

1. Untuk Mahasiswa / Penulis

Diharapkan mahasiswa lebih memahami konsep asuhan keperawatan jiwa sehingga dalam melaksanakan praktik memahami kasus yang ada. Memahami tentang membina hubungan saling percaya agar saat interaksi dengan pasien berjalan dengan lancar tidak ada hambatan. Memanfaatkan waktu yang ada dengan sebaik-baiknya supaya dapat memberikan asuhan keperawatan jiwa dengan baik. Mahasiswa juga bisa melakukan pendekatan atau melakukan kerja sama dengan perawat ruangan. Jika pasien kesulitan mengingat nama obat, warna obat dan waktu minum obat. Maka solusi yang didapat untuk mengatasi hambatan ini adalah membuat catatan kecil sehingga itu dapat membantu pasien untuk lebih mengenal obatnya.

2. Untuk Perawat Ruangan

Untuk perawat ruangan yaitu lebih aktif dalam berinteraksi dengan pasien-pasien yang ada diruangan agar proses penyembuhan pasien

lebih cepat. Dan selalu memberikan penyegaran terhadap pasien seperti melakukan TAK dan senam pagi.

3. Untuk Institusi Pendidikan

Dengan disusunnya Karya Tulis Ilmiah ini diharapkan pihak institusi pendidikan agar menambahkan referensi buku-buku terbitan sebagai bahan informasi dan referensi yang paling penting dalam mendukung pembuatan Karya Tulis Ilmiah bagi mahasiswa semester akhir.

DAFTAR PUSTAKA

- Abd.wahid. (2013). *Asuhan Keperawatan Dengan Gangguan Sistem Muskuloskeletal*. Jakarta: CV Sangung Seto.
- Afnuhazi, R., (2015). *Komunikasi Terapeutik Dalam Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Ah. Yusuf, Rizky Fitryasari PK, dan Hanik Endang Nihayati. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: Salemba Medika.
- Azizah, Lilik Ma'rifatul, dkk. 2016. *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Yogyakarta: Indomedia Pustaka.
- Keliat, B.A dan Pasaribu. (2016). *Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa* Stuart. Edisi Indonesia. Singapore : Elsevier.
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. (2018). Hasil utama Riskesdas 2018. *Badan Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI*.
- Marisca, A. (2017). *Tingkat Pengetahuan Pasien dalam Melakukan Cara Mengontrol dengan Perilaku Pasien Halusinasi Pendengaran*. Jurnal Ilmiah Ilmu Keperawatan Indonesia Vol. 7 No.4 Desember 2017
- Muhith, A. (2015). *Pendidikan Keperawatan Jiwa (Teori dan Aplikasi)*. Yogyakarta: Andi.
- Nasriati, Ririn (2017) *Stigma Dan Dukungan Keluarga Dalam Merawat Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ)*.
- Nurhalimah. 2016. *Modul Bahan Ajar Cetak Keperawatan Jiwa*. Jakarta: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia

- O'Brien, G. P., Kennedy, Z. W., & Ballard, A. K. (2014). *Keperawatan Kesehatan Jiwa Psikiatrik*. Jakarta: EGC.
- Prabowo, E. (2014). *Konsep dan Aplikasi Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Stuart, Gail, W (2016). *Keperawatan Kesehatan Jiwa : Indonesia*: Elsever.
- Townsend, MC. (2010). *Diagnosis Keperawatan Psikiatri Rencana Asuhan & Medikasi Psikotropik*. Jakarta : EGC
- Trimelia. 2011. *Asuhan Keperawatan Klien Halusinasi*. Jakarta : TIM
- World Health Organization (2017). Mental disorders fact sheets. World Health Organization. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/en/> - Diakses Januari 2018
- Yosep, H.Iyus., Titin Sutini. *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Bandung: PT Refika Aditama; 2016.
- 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 (SP) I PASIEN HALUSINASI

Melatih pasien menghardik halusinasi

Nama Klien : Ny. R

Pertemuan : Pertama

Hari, Tanggal : Selasa, 14 Desember 2021

A. PROSES KEPERAWATAN

Data Subjektif : Pasien mengatakan diri nya suka mendengar suara bisikan yang menyuruh merusak barang dan melempar barang. Pasien mengatakan Halusinasi datang biasanya pada pagi hari jam 09:00 dan malam hari jam 19:00 atau tidak menentu saat pasien sedang sendiri.

Data Objektif : Pasien tampak gelisah, Pasien tampak berbicara sendiri, Pasien tampak terlihat menyendiri.

Diagnosa Keperawatan : Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Pendengaran

Tujuan : Pasien mampu mengenal halusinasi nya. Pasien mampu mengidentifikasi waktu halusinasi. Pasien mampu mengidentifikasi frekuensi halusinasi. Pasien mampu mengidentifikasi cara menghardik halusinasi. Pasien dapat memasukkan cara menghardik ke dalam jadwal kegiatan harian.

Tindakan Keperawatan : Mengidentifikasi halusinasi : Isi, frekuensi, dan waktu halusinasi yang dirasakan Pasien. Mengajarkan cara menghardik halusinasi

B. STRATEGI KOMUNIKASI

1. Fase Orientasi

- a. Salam Terapeutik : Selamat pagi, perkenalkan saya Mahasiswi keperawatan STIKes RS Husada yang akan merawat Ibu. Nama saya Fike Yovanda senang dipanggil Fike. Saya yang bertugas pagi ini dari jam 08:00 pagi-14:00 siang. Nama Ibu siapa? Senang dipanggil apa? "
- b. Evaluasi/Validasi "Bagaimana perasaan Ibu hari ini? Semalam tidurnya nyenyak atau tidak? Apa keluhan Ibu saat ini?".
- c. Kontrak (Topik, Waktu, Tempat, Tujuan) "Bagaimana kalau kita mengobrol tentang suara-suara yang selama ini Ibu dengar tetapi tidak tampak wujudnya? Tujuannya agar Ibu mengetahui suara-suara itu sebenarnya tidak nyata, dan Ibu bisa melakukan cara menghardik halusinasi untuk mengusir suara itu. Apa Ibu mau? Kita mau melakukan latihan cara menghardik berapa lama? Bagaimana kalau 30 menit Bu? Baik, kita mau melakukan dimana?".

2. Fase Kerja

“Apakah Ibu mendengar suara tanpa ada wujudnya? Apa yang dikatakan suara itu?. Apakah terus-menerus terdengar atau sewaktu-waktu? Kapan waktu yang paling sering dengar suara? Berapa kali sehari Ibu alami? Pada keadaan apa suara itu terdengar? Apakah pada waktu sendiri? Apa yang Ibu rasakan pada saat mendengar suara itu? Apa yang Ibu lakukan saat mendengar suara itu? Apakah dengan cara itu suara-suara itu hilang? Bagaimana kalau kita belajar cara-cara untuk mencegah suara-suara itu muncul? Bu, ada empat cara untuk mencegah suara-suara itu muncul. Pertama, dengan cara menghardik. Kedua, minum obat dengan teratur. Ketiga, melakukan kegiatan yang sudah terjadwal, ke empat dengan cara

bercakap-cakap dengan orang lain. Bagaimana kalau kita belajar satu cara dulu, yaitu dengan cara menghardik. Caranya sebagai berikut : saat suara itu muncul, langsung Ibu bilang, pergi kamu suara palsu kamu tidak nyata, jangan ganggu saya, saya tidak mau dengar. Begitu diulang-ulang sampai suara itu tak terdengar lagi. Coba Ibu peragakan! Nah begitu, bagus Coba lagi! Ya bagus Ibu R sudah bisa melakukannya".

3. Fase Terminasi

- a. Evaluasi Subjektif dan Objektif : "Bagaimana perasaan Ibu setelah tadi diajarkan cara pertama yaitu menghardik? Coba sekarang Ibu ulangi cara menghardik yang tadi saya ajarkan. Wah bagus sekali, Ibu sudah paham cara menghardik halusinasinya".
- b. Rencana Tindak Lanjut : "Kalau suara-suara itu muncul lagi, silakan coba sendiri cara menghardik jika suara itu datang". Ibu bisa melakukan itu kapan saja". Bagaimana kalau kita buat jadwal latihannya, setelah ibu sudah melakukannya jangan lupa di masukkan ke dalam jadwal kegiatan harian ya bu".
- c. Kontrak yang akan datang (Waktu, Tempat, Tujuan) : "Bu besok bagaimana kalau kita bertemu lagi? Saya akan mengajari cara ke dua untuk mencegah suara yang Ibu rasakan, Apakah Ibu bersedia?". "Besok mau bertemu dan melakukan cara yang kedua jam berapa bu? Tempatnya mau dimana? Oke besok kita berjumpa lagi ya bu, sampai bertemu kembali, jangan lupa selalu jaga kesehatan ya bu".

STRATEGI PELAKSANAAN (SP) II PASIEN HALUSINASI

Melatih pasien menggunakan obat dengan benar

Nama Klien : Ny. R

Pertemuan : Kedua

Hari, Tanggal : Rabu, 15 Desember 2021

A. PROSES KEPERAWATAN

Data Subjektif : Pasien mengatakan halusinasi masih ada dan selalu datang apabila lagi sendiri biasanya pada pagi hari jam 09:00 dan malam hari jam 19:00 kadang juga tidak menentu. Pasien mengatakan di waktu menghardik halusinasi sempat halusinasi hilang namun kembali lagi, pasien tampak mulai bisa menghardik dan mengontrol halusinasi, saya sudah melakukannya dan sudah memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian.

Data Objektif : Pasien sudah dapat melakukan cara menghardik dengan benar dan pasien tampak tenang.

Diagnosa keperawatan : Gangguan Sensori Persepsi Halusinasi Pendengaran

Tujuan : Pasien mampu mengevaluasi kegiatan jadwal harian. Pasien mampu melatih untuk mengendalikan halusinasi dengan cara minum obat. Pasien mampu minum obat dengan benar. Pasien mampu memasukkan minum obat ke dalam jadwal kegiatan harian.

Tindakan Keperawatan : Mengevaluasi jadwal kegiatan harian. Memberikan pendidikan kesehatan tentang penggunaan obat secara teratur. Menganjurkan pasien memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian

B. STRATEGI KOMUNIKASI

1. Fase Orientasi

- a. Salam Terapeutik : "Selamat pagi Ibu, saya Fike, saya yang bertugas pagi ini dari jam 08:00 pagi - 14:00 siang.
- b. Evaluasi/Validasi: "Bagaimana keadaan Ibu hari ini? Semalam tidurnya nyenyak atau tidak? Selama kita tidak bertemu, apakah suara-suara yang tak terwujud masih muncul? Apakah sudah dipakai cara yang kemarin saya ajarkan? Coba bagaimana caranya? Wah bagus sekali bu. Bagaimana dengan jadwal kegiatan hariannya apa sudah dilakukan? Boleh saya lihat? Wah hebat Ibu sudah melakukannya. Apakah pagi ini Ibu sudah minum obat? Jam berapa Ibu minum obat pagi ini?".
- c. Kontrak (Topik, Waktu, Tempat, Tujuan): "Ibu kemarin kan kita sudah buat janji ya untuk berbincang-bincang kembali hari ini? Kita akan belajar tentang cara yang kedua mengontrol halusinasi yaitu dengan cara minum obat dengan benar. Tujuannya agar Ibu mengetahui berapa jumlah obat yg diminum dan kegunaan setiap obatnya. Apa Ibu mau? Kita mau berbincang berapa lama? Bagaimana kalau kita berbincang kurang lebih 15 menit? Baik, kita mau berbincang dimana?".

2. Fase Kerja

"Ibu adakah bedanya setelah minum obat secara teratur? Apakah suara-suara berkurang/hilang?. Minum obat sangat penting supaya suara-suara yang Ibu dengar dan mengganggu selama ini tidak muncul lagi. Berapa macam obat yang Ibu minum? Suster kasih tau ya bu, obat yang berwarna orange (CPZ) diminum tiga kali sehari saat jam 08:00 pagi, jam 14:00 siang

dan jam 20:00 malam. Obat ini gunanya untuk menghilangkan suara-suara. Obat yang berwarna putih (THP) jamnya sama dengan yang obat orange tadi. Obat ini gunanya untuk rileks dan tidak kaku. Kalau suara-suara sudah hilang obatnya tidak boleh dihentikan. Nanti konsultasikan dengan dokter, sebab kalau putus obat, Ibu akan kambuh dan sulit untuk mengembalikan ke keadaan semula. Kalau obat habis Ibu bisa minta ke dokter untuk mendapatkan obat lagi, Ibu juga harus teliti saat menggunakan obat-obatan ini. Pastikan obatnya benar, artinya Ibu harus memastikan bahwa itu obat yang benar-benar punya Ibu. Jangan keliru dengan obat milik orang lain. Baca nama kemasannya. Pastikan obat diminum pada waktunya, dengan cara yang benar. Yaitu diminum sesudah makan dan tepat jam nya Ibu juga harus perhatikan berapa jumlah obat sekali minum, dan harus cukup minum 10 gelas per hari"

3. Fase Terminasi

- a. Evaluasi Subjektif dan Objektif : "Bagaimana perasaannya bu setelah bercakap-cakap tentang cara kedua mengontrol halusinasi yaitu minum obat secara teratur?. Coba sekarang Ibu sebutkan kembali apa saja yang harus diperhatikan sebelum minum obat?. Wah bagus sekali jawaban Ibu, Ibu sudah paham cara minum obat dengan benar".
- b. Rencana Tindak Lanjut : Ibu jangan lupa minum obat tepat waktu sesuai dengan jadwal dibuatnya. Dan jangan lupa Ibu masukkan ke dalam jadwal kegiatan harian yang kemarin sudah kita buat ya bu".
- c. Kontrak yang Akan Datang (Waktu, Tempat, Tujuan): "Ibu besok bagaimana kalau kita bertemu lagi? Saya akan mengajari cara ke tiga

untuk mencegah suara-suara yang Ibu dengar dan rasakan yaitu dengan cara bercakap-cakap, Apakah Ibu bersedia?". "Besok mau melakukan cara yang ketiga jam berapa bu? Mau melakukan dimana? Oke besok kita berjumpa lagi ya bu, sampai bertemu kembali, jangan lupa selalu jaga kesehatan ya bu".

STRATEGI PELAKSANAAN (SP) III PASIEN HALUSINASI

Melatih pasien bercakap-cakap dengan orang lain

Nama Klien : Ny. R

Pertemuan : Ketiga

Hari, Tanggal : Kamis, 16 Desember 2021

A. PROSES KEPERAWATAN

Data Subjektif : Pasien mengatakan Suster saya sudah bisa menghardik halusinasi dengan benar dan cara minum obat dengan benar, saya sudah melakukannya dan sudah memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian. Pasien mengatakan kemarin tidak mendengar suara, pasien mengatakan lupa dengan obatnya, namun apabila di beri liat warna obatnya pasien ingat, pasien tampak mulai bisa mengenali obat yang di minum.

Data Objektif : Pasien sudah dapat melakukan cara menghardik dengan benar, minum obat dengan benar, pasien tampak tenang dan tampak sudah tidak gelisah.

Diagnosa keperawatan: Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Pendengaran.

Tujuan : Pasien mampu mengevaluasi kegiatan jadwal harian. Pasien mampu berlatih untuk mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain. Pasien mampu memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian

Tindakan Keperawatan : Mengevaluasi jadwal kegiatan harian. Melatih pasien cara mengendalikan halusinasinya dengan cara bercakap dengan orang lain.

Menganjurkan pasien memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian.

B. STRATEGI KOMUNIKASI

1. Fase Orientasi

- a. Salam Terapeutik: "Selamat pagi Ibu, saya Fike, saya yang bertugas pagi ini dari jam 08:00 pagi - 14:00 siang".
- b. Evaluasi/Validasi: "Bagaimana kabar Ibu hari ini? Semalam tidurnya nyenyak atau tidak? Selama kita tidak bertemu, apakah suara-suara yang tak terwujud masih muncul? Apakah sudah dipakai cara yang telah kita latih? Coba bagaimana caranya bu? Wah bagus sekali bu. Bagaimana dengan jadwal kegiatan hariannya apa sudah dilakukan? Boleh saya lihat? Wah hebat Ibu sudah melakukannya. Apakah pagi ini Ibu sudah minum obat? Coba Ibu sebutkan kembali manfaat yang dirasakan saat minum obat? Wah bagus sekali jawaban yang Ibu berikan".
- c. Kontrak (Topik, Waktu, Tempat, Tujuan): "Ibu kemarin kan kita sudah buat janji ya untuk berbincang-bincang kembali hari ini? Sesuai perjanjian kemarin, kita akan belajar tentang cara yang ketiga mengontrol halusinasi yaitu dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain. Tujuannya agar perhatian Ibu dapat teralihkan ketika mendengar suara. Apa Ibu mau? Kita mau mengobrol berapa lama? Bagaimana kalau kita berbincang kurang lebih 10 menit? Baik, kita mau mengobrol dimana? "

2. Fase Kerja

"Cara ketiga untuk mencegah mengontrol halusinasi yang lain adalah dengan bercakap-cakap dengan orang lain. Jadi kalau Ibu mulai mendengar suara-suara, langsung saja cari teman untuk diajak ngobrol.

Minta teman untuk ngobrol dengan Ibu Contohnya begini: Tolong, saya mulai dengar suara-suara. Ayo ngobrol dengan saya. Begitu bu. Coba Ibu lakukan seperti yang saya tadi lakukan. Ya, begitu. Bagus Coba sekali lagi, Bagus. Nah, latih terus ya bu".

3. Fase Terminasi

- a. Evaluasi Subjektif dan Objektif : "Bagaimana perasaan Ibu setelah berlatih tentang cara ketiga mengontrol halusinasi yaitu dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain?. Coba sekarang Ibu peragakan bagaimana cara mengontrol halusinasi dengan cara mengajak orang lain untuk bercakap-cakap?. Wah bagus sekali Ibu".
- b. Rencana Tindak Lanjut : "Ibu jangan lupa untuk berlatih bercakap-cakap dengan orang lain untuk mengontrol halusinasi suara yang tidak tampak wujudnya. Jangan lupa bu masukkan ke dalam jadwal kegiatan harian yang kemarin sudah kita buat ya bu".
- c. Kontrak yang Akan Datang (Waktu, Tempat, Tujuan): "Ibu besok bagaimana kalau kita bertemu lagi? Saya akan mengajari cara keempat untuk mencegah suara-suara yang Ibu rasakan yaitu dengan cara melakukan kegiatan yang sudah terjadwal, Apakah Ibu bersedia?". "Besok mau ngobrol jam berapa bu? Mau ngobrol dimana? Oke besok kita berjumpa lagi ya bu, sampai bertemu kembali. Jangan lupa selalu jaga kesehatan ya bu".

STRATEGI PELAKSANAAN (SP) IV PASIEN HALUSINASI

Melatih pasien dengan melakukan aktivitas terjadwal

Nama Klien : Ny. R

Pertemuan : Keempat

Hari, Tanggal : Kamis, 16 Desember 2021

A. PROSES KEPERAWATAN

Data Subjektif : Pasien mengatakan Suster saya sudah bisa menghardik halusinasi dengan benar, cara minum obat dengan benar, dan bercakap-cakap dengan orang lain, saya sudah melakukannya dan sudah memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian. Pasien mengatakan kemarin tidak mendengar suara, pasien mengatakan ingat dengan obat dan warna obatnya, pasien mengatakan sering mengobrol dengan teman sekamarnya tapi lebih dekat dengan Ny. A karena mempunyai hobby yang sama, yaitu suka makan.

Data Objektif : Pasien sudah dapat melakukan cara menghardik dengan benar, minum obat dengan benar, bercakap-cakap dengan orang lain, pasien tampak mulai bisa mengenali obat yang diminum, pasien tampak tenang dan tampak sudah tidak gelisah.

Diagnosa keperawatan : Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Pendengaran

Tujuan : Pasien mampu mengevaluasi kegiatan jadwal harian, Pasien mampu berlatih untuk mengendalikan halusinasi dengan cara melakukan aktivitas yang terjadwal, Pasien mampu memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian.

Tindakan Keperawatan : Mengevaluasi jadwal kegiatan harian, Melatih pasien cara mengendalikan halusinasinya dengan cara melakukan aktivitas yang terjadwal. Menganjurkan pasien memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian.

B. STRATEGI KOMUNIKASI

1. Fase Orientasi

- a. Salam Terapeutik: "Selamat pagi Ibu, saya Fike, saya yang bertugas pagi ini dari jam 08:00 pagi - 14:00 siang".
- b. Evaluasi/Validasi: "Bagaimana kondisi Ibu hari ini? Semalam tidurnya nyenyak atau tidak? Selama kita tidak bertemu, apakah suara-suara yang tak terwujud masih muncul? Apakah sudah dipakai cara yang telah kita latih? Coba bagaimana caranya bu? Wah bagus sekali bu. Bagaimana dengan jadwal kegiatan hariannya apa sudah dilakukan? Boleh saya lihat? Wah hebat Ibu sudah melakukannya. Apakah pagi ini Ibu sudah minum obat? Coba Ibu sebutkan kembali manfaat yang dirasakan saat minum obat? Wah bagus sekali jawaban yang Ibu berikan. Apakah Ibu sudah berbincang-bincang dengan orang lain?".
- c. Kontrak (Topik, Waktu, Tempat, Tujuan): "Bu kemarin kan kita sudah buat janji ya untuk berbincang-bincang kembali hari ini? Sesuai perjanjian kemarin, kita akan belajar tentang cara yang keempat mengontrol halusinasi yaitu dengan cara melakukan aktivitas terjadwal. Tujuannya agar perhatian Ibu dapat teralihkan ketika mendengar suara. Apakah Ibu bersedia? Kita mau berbincang berapa lama? Bagaimana kalau kita berbincang kurang lebih 10 menit? Baik, Kita mau berbincang dimana?".

2. Fase Kerja

“Apa saja yang biasa Ibu lakukan? Pagi-pagi apa kegiatannya, terus jam berikutnya... (Terus ajak sampai didapatkan kegiatannya dari pagi sampai malam). Wah banyak sekali kegiatannya. Mari kita latih dua kegiatan hari ini (Latih kegiatan tersebut). Bagus sekali Ibu bisa melakukannya. Kegiatan ini dapat Ibu lakukan untuk mencegah suara tersebut muncul. Kegiatan yang lain akan kita latih agar dari pagi sampai malam ada kegiatan.

3. Fase Terminasi

- a. Evaluasi Subjektif dan Objektif : "Bagaimana perasaannya bu setelah berlatih tentang cara keempat mengontrol halusinasi dengan cara melakukan aktivitas terjadwal?. Coba sekarang Ibu sebutkan empat cara yang telah kita latih untuk mencegah suara-suara? Wah bagus sekali bu”.
- b. Rencana Tindak Lanjut: "Ibu jangan lupa untuk terus berlatih dan lakukan cara yang telah kita lakukan dari kemarin untuk mengontrol halusinasi suara yang tidak tampak wujudnya. Jangan lupa Ibu masukkan ke dalam jadwal kegiatan harian yang kemarin sudah kita buat ya bu".
- c. kontrak yang Akan Datang (Waktu, Tempat, Tujuan) : "Ibu besok bagaimana kalau kita bertemu lagi untuk melihat manfaat dari empat cara mengontrol halusinasi ini ya bu. Apakah Ibu bersedia?". "Besok mau bertemu jam berapa bu? Bagaimana kalau menjelang makan siang nanti? Mau berbincang dimana? Oke nanti kita berjumpa lagi ya bu, sampai bertemu kembali, jangan lupa selalu jaga kesehatan ya bu".

STRATEGI PELAKSANAAN (SP) I PASIEN RISIKO PERILAKU

KEKERASAN

Melatih pasien tarik nafas dalam dan pukul bantal

Nama Klien : Ny. R

Pertemuan : Pertama

Hari, Tanggal : Selasa, 14 Desember 2021

A. PROSES KEPERAWATAN

Data Subjektif : Pasien mengatakan melempar dan merusak barang yang ada di rumah pada pagi hari jam 08:00, Pasien mengatakan marah-marah dan memukuli orang lain di Parung Bogor pada siang hari jam 12:00.

Data objektif : Emosional pasien tidak stabil, Pasien terlihat sering mengepalkan tangannya dan tatapan mata pasien tajam

Diagnosa keperawatan : Risiko Perilaku Kekerasan.

Tujuan : Pasien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan dan tanda-tandanya. Pasien dapat menyebutkan jenis dan perilaku kekerasan yang pernah dilakukan. Pasien dapat menyebutkan akibat dari perilaku kekerasan yang dilakukan. Pasien dapat menyebutkan dan mencegah atau mengontrol perilaku kekerasan

Tindakan Keperawatan : Diskusikan penyebab risiko perilaku kekerasan. Diskusikan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan pasien. Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan. Diskusikan akibat perilaku kekerasan. Latih pasien mencegah perilaku kekerasan dengan cara tarik napas dalam Memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian.

B. STRATEGI KOMUNIKASI

1. Fase Orientasi

- a. Salam Terapeutik: "Selamat pagi Ibu, perkenalkan saya Mahasiswi keperawatan STIKes RS Husada yang akan merawat Ibu. Nama saya Fike Yovanda senang dipanggil Fike. Saya yang bertugas pagi ini dari jam 08:00 pagi - 14:00 siang. Nama Ibu siapa? Senang dipanggil apa?".
- b. Evaluasi/Validasi: "Bagaimana perasaan Ibu hari ini? Semalam tidurnya nyenyak atau tidak? Apa keluhan Ibu saat ini?".
- c. Kontrak (Topik, Waktu, Tempat, Tujuan) : "Bagaimana kalau kita berbincang-bincang untuk saling mengenal dan mendiskusikan penyebab Ibu bisa masuk ke RS? Tujuannya agar Ibu dapat mengontrol perilaku kekerasan jika terjadi. Apa Ibu bersedia? Kita mau berbincang berapa lama? Bagaimana kalau 30 menit bu? Baik, kita mau berbincang dimana?".

2. Fase Kerja

“Kalau boleh saya tahu apa yang terjadi dirumah bu sampai Ibu ada disini? Kenapa Ibu marah-marah dan mengamuk? Apa Ibu tahu tanda-tanda jika Ibu sedang marah atau jengkel? Kalau Ibu sedang marah apa yang biasa di lakukan? Apakah Ibu tahu akibat dari apa yang telah Ibu lakukan jika marah?. Kalau menurut saya itu tidak baik bu. Apa yang biasa Ibu lakukan untuk meredakan rasa marah? Sebaiknya jika Ibu sedang kesal atau marah. Ibu dapat melakukan tarik nafas dalam dan Ibu bisa menyalurkan rasa marah Ibu melalui pukul bantal. Apakah Ibu ingin tahu bagaimana langkah melakukan teknik relaksasi nafas dalam?.

Saya contohkan ya bu, pertama Ibu rilekskan posisi badan terlebih dahulu lalu tarik nafas dari hidung, tahan sebentar. lalu keluarkan/tiup perlahan-lahan melalui mulut seperti mengeluarkan amarah. Ayo coba lagi, tarik nafas dari hidung. bagus, tahan, dan keluarkan melalui mulut. Nah Lakukan lima kali lagi. Bagus sekali, Ibu sudah bisa melakukannya. Bagaimana perasaan Ibu?. Sekarang saya akan mencontohkan cara setelah Ibu melakukan tarik nafas dalam yaitu menyalurkan amarah melalui pukul kasur dan bantal. Kamar Ibu dimana? Jadi kalau nanti Ibu kesal dan ingin marah, langsung pergi ke kamar dan lampiaskanlah kemarahan tersebut dengan memukul kasur dan bantal. Nah, coba Ibu lakukan, pukul kasur dan bantalnya. Ya, bagus sekali".

3. Fase Terminasi

- a. Evaluasi Subjektif dan Objektif : "Bagaimana perasaannya bu setelah berbincang dengan saya mengenai cara pertama mengontrol amarah yaitu tarik nafas dalam dan pukul kasur dan bantal?. Coba sekarang Ibu ulangi cara yang tadi saya ajarkan. Wah bagus sekali, Ibu sudah paham bagaimana cara mengontrol amarahnya dengan baik".
- b. Rencana Tindak Lanjut: "Kekesalan yang Ibu rasakan lampiaskan saja ke kasur dan bantal. Sebaiknya latihan ini Ibu lakukan secara rutin sehingga bila sewaktu-waktu rasa marah itu muncul, Ibu sudah biasa melakukannya dan jangan lupa untuk merapihkan kembali tempat tidurnya ya. Ibu bisa melakukan itu kapan saja. Bagaimana kalau kita buat jadwal latihannya ya bu, setelah Ibu sudah melakukannya jangan lupa di masukkan ke dalam jadwal kegiatan harian ya".

- c. Kontrak yang Akan Datang (Waktu, Tempat, Tujuan): "Ibu besok bagaimana kalau kita bertemu lagi? Saya akan mengajari cara ke dua untuk mengontrol amarah bu. Apakah Ibu bersedia?". "Besok mau bertemu jam berapa bu? Mau berbincang dimana? Oke besok kita berjumpa lagi ya bu, sampai bertemu kembali, jangan lupa selalu jaga kesehatan ya".

STRATEGI PELAKSANAAN (SP) I PASIEN ISOLASI SOSIAL

Melatih pasien berkenalan dengan satu orang

Nama Klien : Ny. R

Pertemuan : Pertama

Hari, Tanggal : Selasa, 14 Desember 2021

A. PROSES KEPERAWATAN

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

Data objektif : Pasien tampak menyendiri, Pasien tampak jarang mengobrol atau bersosialisasi dengan teman yang lain, Pasien tampak sering membaca Al-Qur'an dan menonton TV.

Diagnosa keperawatan : Isolasi Sosial.

Tujuan : Pasien mampu membina saling percaya. Pasien mampu menyadari penyebab isolasi sosial. Pasien mampu berinteraksi dengan orang lain secara bertahap

Tindakan Keperawatan : Bina hubungan saling percaya. Membantu mengenal manfaat berhubungan dengan orang lain. Membantu pasien mengenal isolasi sosial. Membantu pasien mengenal kerugian dan keuntungan bila tidak berhubungan dengan orang lain. Melatih berkenalan dengan satu orang. Menganjurkan pasien memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian

B. STRATEGI KOMUNIKASI

1. Fase Orientasi

- a. Salam Terapeutik "Selamat siang Ibu, perkenalkan saya Mahasiswi keperawatan STIKes RS Husada yang akan merawat Ibu. Nama saya Fike Yovanda, senang dipanggil Fike. Saya yang bertugas pagi ini dari

jam 08:00 pagi - 14:00 siang. Nama Ibu siapa? Senang dipanggil apa?".

- b. Evaluasi/Validasi: "Bagaimana perasaan Ibu hari ini? Semalam tidurnya nyenyak atau tidak? Apa keluhan Ibu saat ini?".
- c. Kontrak (Topik, Waktu, Tempat, Tujuan): "Bagaimana kalau kita berbincang tentang keluarga dan teman-teman Ibu? Apakah Ibu bersedia? Kita mau berbincang berapa lama? Bagaimana kalau 30 menit bu? Baik, kita mau berbincang dimana?".

2. Fase Kerja

"Fike lihat tampaknya Ibu diam saja dan suka menyendiri, kenapa Ibu lebih suka menyendiri? Apa yang Ibu rasakan saat sendiri? Menurut Ibu, apa keuntungan bila berinteraksi dengan orang lain dan kerugian bila tidak berinteraksi dengan orang lain? Jika Ibu tidak tahu, Fike akan memberitahu keuntungannya yaitu Ibu mempunyai banyak teman, saling bercerita dan tidak sendirian. Kerugiannya yaitu Ibu tidak memiliki teman untuk berbagi cerita. Jadi banyak ruginya jika Ibu tidak memiliki teman. Kalau begitu inginkah Ibu berhubungan dengan orang lain? Bagus. Bagaimana kalau sekarang kita belajar berkenalan dengan orang lain? Caranya yaitu dengan menyebutkan terlebih dahulu nama kita dan nama panggilan yang kita sukai lalu asal kita dan hobby. Selanjutnya Ibu menanyakan nama orang yang diajak berkenalan. Contohnya nama kamu siapa? Senang dipanggil apa? Asalnya darimana? Lalu hobbnnya apa? Ayo bu coba. Misalnya saya belum kenal dengan Ibu. Coba berkenalan dengan saya. Ya bagus sekali bu. Coba sekali lagi. Bagus sekali".

3. Fase Terminasi

- a. Evaluasi Subjektif dan Objektif : "Bagaimana perasaannya bu setelah kita latihan berkenalan?. Coba sekarang Ibu ulangi cara berkenalan dengan satu orang. "Wah bagus sekali, Ibu sudah paham cara berkenalan dengan satu orang".
- b. Rencana Tindak Lanjut : "Ibu bisa mengingat apa yang sudah kita pelajari hari ini selama saya tidak ada sehingga Ibu lebih siap untuk berkenalan dengan orang lain, Ibu bisa melanjutkan percakapannya tentang hal-hal yang menyenangkan Ibu bicarakan. Bagaimana kalau kita buat jadwal latihannya ya bu, setelah ibu sudah melakukannya jangan lupa di masukkan ke dalam jadwal kegiatan ya".
- c. Kontrak yang Akan Datang (Waktu, Tempat, Tujuan): "Bu besok bagaimana kalau kita bertemu lagi? Saya akan mengajari cara ke dua yaitu berkenalan dengan dua sampai tiga orang. Apakah Ibu bersedia?". "Besok mau bertemu jam berapa bu? Mau berbincang dimana? Okei besok kita berjumpa lagi ya bu, sampai bertemu kembali, jangan lupa selalu jaga kesehatan ya bu".

STRATEGI PELAKSANAAN (SP) I PASIEN HARGA DIRI RENDAH

Memilih kemampuan yang masih bisa dilakukan dan melatih kemampuan

Nama Klien : Ny. R

Pertemuan : Pertama

Hari, tanggal : Selasa, 14 Desember 2021

A. Proses Keperawatan

Data subjektif : Pasien mengatakan malu dan merasa tidak berguna, pasien mengatakan ingin cepat sembuh

Data objektif : Pasien tampak sering menunduk, pasien jarang menatap mata

Diagnosa keperawatan : Harga diri rendah kronis

Tujuan : Pasien dapat mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki, pasien dapat menilai kemampuan yang dapat digunakan. Pasien dapat menetapkan/memilih kegiatan yang sesuai kemampuan. Pasien dapat menyusun jadwal untuk melakukan kegiatan yang sudah dilatih.

B. Strategi Komunikasi

1. Fase Orientasi

- a. Salam terapeutik : Selamat siang bu perkenalkan saya mahasiswi keperawatan STIKes RS Husada yang akan merawat Ibu. Nama saya Fike Yovanda, senang di panggil Fike. Saya yang bertugas pagi ini dari jam 08:00 siang-14:00 siang. Nama Ibu siapa ? senang di panggil apa?
- b. Evaluasi Validasi : bagaimana perasaan Ibu hari ini ? Semalam tidurnya nyenyak atau tidak ? Apa keluhan saat ini ?
- c. Kontrak (Topik, Waktu, Tempat, Tujuan) : “Bagaimana kalo kita bercakap cakap tentang kemampuan dan kegiatan yang pernah Ibu

lakukan? tujuannya agar lebih percaya diri dan mengetahui kemampuan apa saja yang masih bisa Ibu lakukan di RS. Apa Ibu mau ? kita mau ngobrol berapa lama ? Bagaimana kalau 30 menit ? baik kita mau ngobrol dimana ?

2. Fase Kerja

“Apa yang Ibu rasakan dan pikirkan saat ini? Kenapa malu? Fike kasih tahu ya, setiap orang itu memiliki kelebihan dan kekurangan masing-masing pada dirinya. Ibu tidak perlu malu karena itu, Bagaimana sekarang kita melakukan kegiatan atau kemampuan yang Ibu masih bisa lakukan di RS?. Kegiatan apa saja yang biasa dilakukan? Merapihkan tempat tidur, bernyanyi, tadarus Al-Qur’an. Wah bagus sekali ada tiga kemampuan dan kegiatan yang Ibu miliki. Sekarang Ibu pilih satu kegiatan yang masih bisa Ibu kerjakan di RS ini. Yang nomor satu, merapihkan tempat tidur? Kalau begitu bagaimana kalau sekarang kita latihan merapihkan tempat tidur. Mari kita lihat tempat tidur Ibu apakah sudah rapih? Nah kalau kita ingin merapihkan tempat tidur, kita pindahkan dulu bantal dan selimutnya. Bagus sekarang kita angkat spreinya dan kasurnya kita balik. Sekarang kita pasang lagi spreinya, kita mulai dari atas, ya bagus sekarang tarik dan masukkan , lalu sebelah pinggir masukkan. Sekarang ambil bantal, rapihkan dan letakkan di sebelah atas/kepala. Mari kita lipat selimut, letakkan sebelah bawah kaki. Bagus Ibu sudah bisa merapihkan tempat tidur dengan baik. Coba bedakah dengan sebelum yang dirapihka? Bagus.”

3. Fase Terminasi

- a. Evaluasi Subjektif dan Objektif : “Bagaimana perasaan Ibu setelah kita bercakap-cakap dengan saya? Dan bagaimana perasaan nya setelah latihan kemampuan pertama yang Ibu masih miliki atau masih bisa dilakukan di RS yaitu merapihkan tempat tidur? coba sekarang ulangi cara merapihkan tempat tidur yang tadi saya ajarkan. Wah bagus sekali Ibu sudah mengerti apa saja langkah cara merapihkan tempat tidur.
- b. Rencana tidak lanjut : “Ibu ternyata banyak memiliki kemampuan yang dapat dilakukan di RS ini. Salah satunya merapihkan tempat tidur yang sudah Ibu praktikan dengan baik. Sekarang mari kita masukan pada jadwal kegiatan harian, mau berapa kali sehari merapihkan tempat tidur? Bagus, dua kali yaitu pagi jam berapa? lalu sehabis istirahat jam 16.00 jangan lupa memberi tanda tangan M (mandiri) kalau Ibu dapat melakukannya tanpa disuruh, tulis B (bantuan) jika Ibu harus di ingatkan untuk melakukan, dan T (tidak melakukan”.
- c. Kontrak yang akan datang (Topik, Waktu, Tempat, Tujuan) : “Bu besok bagaimana kalau kita bertemu lagi? kita akan latihan lagi kemampuan yang kedua. Ibu masih ingat kegiatan apa lagi yang mampu dilakukan di RS selain merapihkan tempat tidur ? ya bagus, bernyanyi apakah bersedia? besok mau latihan jam berapa ? mau mengobrol dimana? oke besok kita berjumpa lagi ya bu. sampai bertemu kembali, jangan lupa selalu jaga kesehatan ya.

STRATEGI PELAKSANAAN (SP) II PASIEN HARGA DIRI RENDAH

Melatih pasien melakukan kegiatan lain sesuai dengan kemampuan pasien

Nama Klien : Ny. R

Pertemuan : Kedua

Hari, tanggal : Rabu, 15 Desember 2021

A. Proses Keperawatan

Data Subjektif : Pasien mengatakan sudah melakukan kegiatan kemampuan pertama yang pasien masih miliki dan bisa dilakukan di RS yaitu merapihkan tempat tidur dan sudah memasukan ke dalam kegiatan harian.

Data objektif : Pasien tampak bisa merapihkan tempat tidur dan sudah memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian, pasien tampak senang pasien tampak percaya diri.

Diagnosa keperawatan : Harga diri rendah kronis.

Tujuan : Pasien dapat memilih kemampuan kedua yang sudah di pilih yaitu, bernyanyi. Pasien dapat memasukan kegiatan ke dalam jadwal kegiatan harian.

Tindakan keperawatan : mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien melatih pasien dengan kemampuan yang sudah dipilih, menganjurkan pasien memasukan kegiatan kedalam jadwal kegiatan harian beri pujian kepada pasien terhadap keberhasilan pasien.

B. Strategi Komunikasi

1. Fase Orientasi

- a. Salam Terapeutik : Selamat pagi bu, saya Fike saya yang bertugas pagi ini dari jam 08:00 pagi - 14.00 siang.
- b. Evaluasi/Validasi : “Bagaimana kondisi Ibu hari ini ?

Semalam tidurnya nyenyak atau tidak ? Apa ada keluhan atau tidak ?
Bagaimana jadwal kegiatannya dilakukan atau tidak ? Coba ulangin lagi kemampuan yang pertama yang sudah kita latih kemarin.
“wah bagus sekali Ibu bisa menyebutkan dengan benar”.

- c. Kontrak (Topik, Waktu, Tempat, Tujuan) : Ibu kemarin kita sudah buat janji ya untuk berbincang bincang kembali hari ini? Sesuai perjanjian kemarin, kita akan melatih kemampuan kedua yang masih Ibu miliki dan lakukan di RS. Tujuannya agar lebih percaya diri, apa Ibu mau ? Kita mau ngobrol berapa lama? Bagaimana kalau kita berbincang kurang lebih 10 menit? Baik, kita mau ngobrol dimana ?

2. Fase Kerja

Ibu suka menyanyikan lagu apa ? Lagu favorit Ibu apa ? Ibu suka mendengarkan lagu apa saja ? Alat apa saja yang biasa Ibu gunakan untuk bernyanyi ? Coba sekarang bernyanyi lagu kesukaan. Boleh bernyanyi bareng teman. Wah suara Ibu bagus sekali. Enak sekali di dengar.

3. Fase Terminasi

- a. Evaluasi Subjektif dan Objektif : Bagaimana bu setelah berlatih kemampuan yang kedua yaitu bernyanyi? coba sekarang sebutkan kembali alat apa saja yang digunakan untuk bernyanyi?wah bagus sekali
- b. Rencana tidak lanjut : Ibu jangan lupa untuk terus berlatih dan lakukan kemampuan yang telah kita lakukan hari ini dan kemarin jangan lupa masukan ke dalam jadwal kegiatan harian yang kemarin sudah kita buat ya. Jika nanti tidak ada suster, Ibu bisa melatih dengan sendiri atau bersama temannya, harus terus dilatih ya.

- c. Kontrak yang akan datang (Topik, Waktu, Tempat, Tujuan) : Baik bu pertemuan kita hari ini cukup sampai disini dulu ya, Ibu sudah hebat bisa melakukan kemampuan yang masih miliki secara mandiri. Ibu harus terus dilatih. jangan lupa selalu menjaga kesehatan dan minum obat yang teratur ya, Fike pamit ya bu, terima kasih selamat siang.

ANALISA OBAT

1. Clozapine

a. Manfaat

- 1) Meredakan gejala skizofrenia
- 2) Menurunkan halusinasi mencegah munculnya pemikiran tentang keinginan bunuh diri pada orang yang cenderung mencoba melukai dirinya sendiri

b. Efek Samping

- 1) Umum : Mengantuk, peningkatan berat badan, pandangan kabur, demam, mulut kering, pusing
- 2) Kardiovaskuler : Hipertensi, hipotensi ortostatik.
- 3) Gastrointestinal : Konstipasi, mual, muntah

c. Indikasi

- 1) Untuk penanganan gejala-gejala psikotik, agresivitas
- 2) Gejala positif skizofrenia dengan dosis dititrasi naik hingga efek terapeutik tercapai.

d. Kontra indikasi

- 1) Riwayat hipersensivitas terhadap clozapine
- 2) Pasien yang tidak bisa melakukan pemeriksaan darah rutin
- 3) Epilepsi yang tidak terkontrol
- 4) Psikosis akibat alkohol atau psikosis organik toksik lainnya, intoksikasi zat, atau keadaan koma

- 5) Gangguan ginjal atau jantung yang berat, misalnya myocarditis
- 6) Penyakit hepar yang aktif disertai dengan mual

2. Trihexyphenidyl

a. Manfaat

1. Untuk mengatasi gejala penyakit parkinson dan gejala ekstrapiramidal akibat penggunaan obat tertentu termasuk antipsikotik
2. Mengurangi kekuatan otot dan mengontrol fungsi otot
3. Membantu meningkatkan kemampuan berjalan pada penderita parkinson

b. Efek samping

1. Kulit memerah
2. Penglihatan kabur
3. Pusing
4. Mulut kering
5. Mual dan muntah
6. Lelah, lemas, dan mengantuk

c. Indikasi

1. Segala jenis penyakit Parkinson, termasuk pasca ensefalitis dan idiopatik, sindroma parkinson akibat obat
2. Peningkatan suhu tubuh dan berkurangnya keringat, jika digunakan bersama obat golongan antikonvulsan
3. Peningkatan risiko terjadinya efek iritasi kalium pada saluran pencernaan

d. Kontra indikasi

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

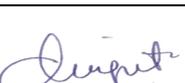
LEMBAR KONSULTASI

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

Nama Mahasiswa : Fike Yovanda

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny. R Dengan Gangguan
Sensori Persepsi : Halusinasi Pendengaran diruang Antareja
Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor

No.	Tanggal	Konsultasi (Saran / Perbaikan)	Tanda Tangan
1.	15 Maret 2022	Revisi SP untuk persiapan UTEK dan perbaiki BAB 1	
2.	21 Maret 2022	Konsultasi Asuhan Keperawatan untuk persiapan UTEK	
3.	23 Maret 2022	Pelaksanaan UTEK	
4.	24 Maret 2022	Pengumpulan revisi BAB 1 mencari data statistik	
5.	10 April 2022	Pengumpulan BAB 2	
6.	20 April 2022	Revisi BAB 1	
7.	21 April 2022	Bimbingan BAB 1 dan BAB 2	

8.	25 April 2022	Pengumpulan BAB 3	
9.	9 Mei 2022	Lengkapi dan perbaiki BAB 2	
10.	13 Mei 2022	Pengumpulan revisi BAB 1 dan BAB 2	
11.	23 Mei 2022	Pengumpulan revisi BAB 3	
12.	24 Mei 2022	Lanjutkan BAB 4 dan BAB 5, revisi BAB 1,2,3	
13.	30 Mei 2022	Pengumpulan BAB 1-5	
14.	6 Juni 2022	Perbaiki BAB 4 dan 5	
15.	8 Juni 2022	Bimbingan konsul BAB 1-5	
16.	10 Juni 2022	Pengumpulan revisi BAB 1-5	
17.	15 Juni 2022	Bimbingan, pengumpulan revisi BAB 4 dan 5	
18.	24 Juni 2022	ACC Sidang	

