



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN.G DENGAN
GANGGUAN PERSEPSI SENSORI: HALUSINASI
PENDENGARAN DI RUANG BRATASENA
RUMAH SAKIT DR. H. MARZOEKI MAHDI
BOGOR**

TRI HALIMAH NUR RAHMADHANI

2011114

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



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN.G DENGAN
GANGGUAN PERSEPSI SENSORI: HALUSINASI
PENDENGARAN DI RUANG BRATASENA
RUMAH SAKIT DR. H. MARZOEKI MAHDI
BOGOR**

Laporan Tugas Akhir

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

TRI HALIMAH NUR RAHMADHANI

2011114


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

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Tri Halimah Nur Rahmadhani

Nim : 2011114

Tanda Tangan : 

Tanggal : 16 Juni 2023

LEMBAR PENGESAHAN

**Asuhan Keperawatan pada Pasien Tn.G dengan Gangguan Persepsi Sensori:
Halusinasi Pendengaran di Ruang Bratasena
Rumah Sakit Dr.Marzoeki Mahdi Bogor**

Pembimbing

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

Penguji I

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

Penguji II

(Shinta Prawitasari, M.Kep)

Menyetujui

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada



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

Ketua STIKes RS Husada

KATA PENGANTAR

Puji Syukur Kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat dan hidayat-Nya, saya dapat menyelesaikan pendidikan Diploma III Keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada. Saya menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari pihak, dari masa perkuliahan sampai penyusunan laporan tugas akhir ini, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan tugas akhir ini. Oleh karena itu saya mengucapkan terimakasih kepada

1. Ibu Ellynia, SE M.M , selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada yang telah memberikan saya fasilitas yang mendukung perkuliahan sampai pembuatan laporan tugas akhir ini
2. Bapak Dr. dr. Fidiansjah Mursid, Sp. K., M.P.HSKJ. MARS selaku direktur utama Rumah Sakit DR. H. Marzoekei Mahdi Bogor yang sudah mengizinkan saya berdinas dan mengambil kasus untuk di buat laporan akhir
3. Ibu Ns. Tri Setyaningsih , M.Kep, SP.Kep.J selaku pembimbing 1 yang telah menyediakan waktu, tenaga , dan pikiran untuk membimbing saya dalam menyusun laporan tugas akhir ini
4. Ibu Ns. Dian Fitria, M.Kep, Sp.Kep.J Selaku penguji 1, yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan masukan penyusunan dalam penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini
5. Sinta Prawitasari, M.Kep J Selaku penguji 2, yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan masukan penyusunan dalam penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini
6. Orang tua saya Hadi Wibowo & Suyatmi dan kakak saya Lia Caroline dan Susanto Wibowo yang selalu mendukung dan memberi dorongan, semangat serta doa yang tak terkira selama proses pendidikan di Stikes RS Husada memberikan motivasi kepada saya dan selalu

mendukung saya dalam menuntut ilmu dan selalu mengingatkan saya untuk selalu beribadah

7. Dosen dan Staf Akademi Keperawatan RS Husada yang telah membimbing saya di perkuliahan dan di praktik lapangan
8. Tn.G atas bantuan dan kerja samanya selama pembuatan asuhan keperawatan dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini
9. Kepada sahabat saya Eva Hermana Lia Putri, Erni Widyasari, Filhayati Janatun dan Farah Rihana terima kasih selalu memberikan semangat dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah ini
10. Kepada orang yang spesial yaitu Alfin Muaziz terima kasih selalu mengingatkan saya untuk selalu beribadah dan memberi support serta motivasi dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah ini
11. Kepada teman satu kelompok jiwa yaitu Cindy, Dwi, Rosa dan Shela terima kasih atas bantuan dan support dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini serta selalu kompak dan bekerja sama dengan baik
12. Kepada teman seperjuangan saya angkatan 33 STIKes RS Husada khususnya kelas 3C terima kasih atas semangat dalam melaksanakan penyusunan tugas akhir ini . Penulis hanya bisa berdoa semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini

Penulis menyadari masih banyak kekurangan dalam pembuatan laporan tugas akhir ini, saya berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas kebaikan semua pihak yang sudah membantu saya, semoga Karya Tulis Ilmiah ini membawa manfaat bagi pengembang ilmu

Jakarta, 16 juni 2023



Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	i
LEMBAR PENGESAHAN.....	ii
KATA PENGANTAR.....	iii
DAFTAR ISI.....	iv
DAFTAR GAMBAR.....	v
DAFTAR TABEL.....	vi
DAFTAR LAMPIRAN.....	vii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penulis.....	6
C. Ruang Lingkup.....	7
D. Metode Penulisan.....	7
E. Sistematika penulisan.....	8
BAB II TINJAUAN TEORI.....	10
A. Pengertian Halusinasi.....	10
B. Psikodinamika.....	11
C. Rentang Respon Halusinasi.....	15
D. Asuhan Keperawatan	17
BAB III TINJAUAN KASUS.....	27
A. Pengkajian.....	27
B. Diagnosa.....	39
C. Perencanaan, Pelaksanaan dan Evaluasi Keperawatan.....	39
BAB IV PEMBAHASAN.....	60
A. Pengkajian.....	60
B. Diagnosa Keperawatan.....	63
C. Intervensi Keperawatan.....	65
D. Implementasi Keperawatan.....	66
E. Evaluasi Keperawatan.....	68
BAB V PENUTUP.....	70
A. Kesimpulan.....	70
B. Saran.....	74
DAFTAR PUSTAKA	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Rentang Respon Halusinasi.....	16
Gambar 2.2 Pohon Masalah.....	20
Gambar 3.1 Genogram Tn. G.....	29
Gambar 3.2 Pohon Masalah Tn. G.....	39

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Analisa Data.....	36
-----------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Stragi Pelaksanaan

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 adalah keadaan dimana tubuh sehat secara jasmani, rohani dan spiritual sosial serta bebas dari segala penyakit, kelemahan dan berkepribadian yang produktif. Menurut WHO, Kesehatan adalah keadaan sejahtera secara fisik, mental, sosial dan spiritual, bukan hanya keadaan bebas dari penyakit atau cedera. Oleh karena itu, keempat aspek kesehatan (jasmani, mental, sosial dan spiritual) ini merupakan aspek yang dinamis dan terpadu. Tidak dikatakan bahwa individu itu sehat, jika hanya secara fisik dan sebaliknya (Wuryaningsih, 2018).

Kesehatan terdiri dari kesehatan fisik dan kesehatan jiwa. Kesehatan fisik adalah keadaan tubuh manusia dimana setiap organ atau bagian tubuh manusia berfungsi dengan baik. Kesehatan jiwa bukan hanya terbebas dari gangguan jiwa tetapi juga memiliki rasa bahagia dan sejahtera serta kemampuan untuk menghadapi tantangan hidup. Sikap untuk menerima orang lain apa adanya. Sikap positif terhadap diri sendiri dan orang lain.

Menurut Stuart, (2013) Kesehatan jiwa adalah kondisi individu yang sejahtera. Artinya dimana individu dapat mencapai kebahagiaan, ketenangan pikiran, kepuasan, pemenuhan diri dan dapat bersikap optimis atau berpikir positif dalam segala situasi tentang dirinya, orang lain dan lingkungan. Menurut (UU No. 18 2014) tentang kesehatan jiwa pasal 1 menyebutkan bahwa kesehatan jiwa adalah keadaan dimana seseorang dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual dan sosial, sehingga sadar akan kemampuannya, mampu menahan tekanan, mampu bekerja secara produktif dan mampu memberikan kontribusi kepada masyarakat.

Orang yang menderita gangguan jiwa yang disingkat ODGJ adalah orang yang mengalami gangguan pada pikiran, perilaku dan perasaannya, yang bermanifestasi sebagai sekumpulan gejala dan/ perubahan perilaku yang signifikan dan dapat menimbulkan penderitaan dan hambatan dalam kehidupan menjalankan fungsinya sebagai manusia. Gangguan jiwa adalah kondisi yang ditandai dengan perubahan berbagai faktor, termasuk suasana hati dan afek perilaku, serta pemikiran dan kognisi. Gangguan ini terkait dengan berbagai tingkat keparahan dan disfungsi (Austin, 2019). Gangguan jiwa tidak secara langsung menyebabkan kematian, tetapi menimbulkan persepsi diri yang negatif, stigmatisasi dan pengucilan dari lingkungan sekitar, berkurangnya aktivitas dan kesulitan dalam melakukan aktivitas sehari-hari, serta persepsi diri yang negatif (Sanchaya, 2018)

Skizofrenia adalah gangguan fungsi otak, Skizofrenia merupakan penyakit yang melibatkan banyak faktor, faktor tersebut antara lain perubahan struktur fisik otak, perubahan struktur kimiawi otak, dan faktor genetik. Skizofrenia adalah sindrom heterogen kronis yang ditandai dengan pola pikir delusi, halusinasi, perubahan perilaku yang tidak pantas, dan gangguan fungsi psikososial. Gangguan mental tidak berhubungan secara logis; persepsi dan perhatian yang salah; efek datar atau tidak pantas; dan berbagai gangguan fungsi motorik spesifik. Orang dengan skizofrenia (ODS) menarik diri dari orang lain dan kenyataan dan sering menjalani kehidupan imajinasi yang penuh dengan ilusi dan halusinasi. Menurut Yosep & Sutini (2020). Gejala skizofrenia dapat membaik atau memburuk dalam jangka waktu tertentu, yang memengaruhi hubungan pasien dengan dirinya sendiri dan orang yang dekat dengannya (Pardede, 2015).

Menurut WHO (2019) Gangguan jiwa sebanyak 24 juta orang atau 1 dari 300 orang (0,32%) di seluruh dunia. Tingkat ini merupakan 1 dari 222 orang (0,45%). Sedangkan data (Riskesdas, 2013) menunjukkan jumlah penduduk Indonesia yaitu 1,7‰ penduduk atau sekitar 1-2 orang dari 1000 penduduk di Indonesia mengalami skizofrenia dan berdasarkan hasil (Riskesdas, 2018) Prevalensi gangguan jiwa skizofrenia atau psikosis di Indonesia yaitu 7,0‰ artinya 7 orang gangguan jiwa dari 1000 populasi penduduk di Indonesia.

Halusinasi adalah persepsi atau tanggapan dari panca indera tanpa adanya rangsangan (stimulus) eksternal (Keliat, Hamid & Putri, 2014). Halusinasi adalah gangguan persepsi di mana pasien merasakan sesuatu yang sebenarnya

tidak terjadi. Halusinasi menyebabkan gangguan pada persepsi sensorik. Gangguan persepsi sensorik adalah perubahan persepsi rangsangan internal dan eksternal, disertai dengan gangguan respons berlebihan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Gangguan persepsi di mana seseorang merasakan rangsangan melalui panca indera tanpa rangsangan yang sebenarnya. Gangguan persepsi panca indera yaitu penglihatan, pengecap, pendengaran, penciuman, sentuhan dari sumber yang tidak nyata.

Prevelensi Amerika Serikat skizofrenia telah meningkat dari 30% jiwa. Sedangkan di Indonesia prevelensi skizofrenia meningkat menjadi 25% penduduk. Prevalensi skizofrenia di Indonesia sendiri adalah tiga sampai lima per seribu penduduk. Bila diperkirakan jumlah penduduk sebanyak 220 juta orang, akan terdapat gangguan jiwa dengan skizofrenia kurang lebih 660 ribu sampai satu juta orang. Pasien dengan diagnosa skizofrenia 70% mengalami halusinasi (Sutinah, 2016) Pasien dengan diagnosis medis skizofrenia sebanyak 20% mengalami halusinasi pendengaran dan penglihatan secara bersamaan, 70% mengalami halusinasi pendengaran, 20% mengalami halusinasi penglihatan, dan 10% mengalami halusinasi lainnya (Suryenti, 2017)

Dampak yang dihasilkan adanya halusinasi, akibatnya orang tersebut tidak dapat berkomunikasi atau mengenali kenyataan, yang menimbulkan orang tersebut sulit untuk berpartisipasi dalam kehidupan sehari-hari (Harkomah, 2019). Dampak lain bagi keluarga adalah gangguan jiwa halusinasi sulit diterima di masyarakat, karena perilaku orang tersebut tidak sesuai dengan nilai

dan norma yang berlaku. Oleh karena itu peran keluarga sangat penting agar dapat ikut serta dalam penanganan masalah kesehatan yang terjadi. Perawat sebagai pelaksana asuhan keperawatan dapat bekerja dengan keluarga untuk mengatasi masalah kesehatan anggota keluarga yang mengalami halusinasi (Pardede & Laia, 2020).

Menurut Damayanti & Iskandar, (2014) Peran perawat dalam penanganan halusinasi adalah melakukan rencana asuhan keperawatan. Rencana perawatan mencakup penerapan strategi pelaksanaan halusinasi baik secara individu maupun di antara anggota keluarga. Strategi pelaksanaan tindakan keperawatan melatih kemampuan intelektual tentang pola komunikasi dan pada saat dilaksanakan merupakan latihan kemampuan intelektual, psikomotor dan afektif. Strategi pelaksanaan pada. Strategi implementasi pada pasien halusinasi meliputi kegiatan mengenali halusinasi, mengajari pasien menghardik halusinasi, minum obat secara teratur, berbicara dengan orang lain saat halusinasi muncul, dan melakukan aktivitas terjadwal untuk mencegah halusinasi (Keliat & Akmat, 2014).

Peran perawat terhadap klien meliputi aspek promotif, preventif, pengobatan dan rehabilitasi. Tujuan dari promotif ini adalah untuk menjelaskan kepada masyarakat umum tentang persepsi sensorik: halusinasi pendengaran, mulai dari makna, penyebab, tanda dan gejala hingga komplikasi yang muncul jika tidak segera ditangani. Preventif menjelaskan bagaimana mencegah pasien dengan masalah kesehatan mental, terutama yang memiliki gangguan sensorik: halusinasi pendengaran. Pengobatan merupakan peran perawat bagi pasien

dengan gangguan kesehatan jiwa khususnya gangguan persepsi sensorik: halusinasi pendengaran secara mandiri dan memberikan obat sebagai tindakan berkolaborasi dengan dokter. Rehabilitas adalah memperkenalkan pada anggota keluarga cara merawat pasien pada saat pulang ke rumah (Agustina, 2018).

Berdasarkan data yang sudah dikumpulkan, maka penulis tertarik untuk mengangkat kasus gangguan jiwa khususnya halusinasi sebagai karya tulis ilmiah dengan memberi judul “ Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Masalah Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran Rumah Sakit Jiwa Dr. Marzoeki Mahdi Bogor pada tahun 2023”.

B. Tujuan Penulisan

Tujuan penulisan karya tulis ilmiah yang berjudul "Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Masalah Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi di Rumah Sakit Jiwa DR.H. Marzoeki Mahdi Bogor”.

1. Tujuan umum

Penulis mampu memahami serta dapat melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan Halusinasi, mendapat pengalaman serta menerapkan Asuhan Keperawatan pada pasien.

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu melakukan pengkajian keperawatan pada pasien dengan halusinasi.
- b. Mampu menegakan diagnosa keperawatan pada pasien dengan halusinasi

- c. Mampu merencanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan halusinasi.
- d. Mampu melakukan tindakan keperawatan pada pasien dengan halusinasi.
- e. Mampu melakukan evaluasi tindakan keperawatan yang telah diberikan pada pasien dengan halusinasi.
- f. Mampu mengidentifikasi perbedaan yang terdapat pada teori dan kasus pada pasien halusinasi.
- g. Mampu mengidentifikasi faktor pendukung, penghambat dan mencari pemecahan suatu masalah atau solusi dengan memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan halusinasi.
- h. Mampu mendokumentasikan seluruh tahapan proses keperawatan pada pasien halusinasi.

C. Ruang Lingkup

Penulisan karya tulis ilmiah ini merupakan pembahasan mengenai kesenjangan teori dan kasus hasil asuhan keperawatan yang diberikan pada pasien dengan Halusinasi di Rumah Sakit Jiwa Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor pada tahun 2023.

D. Metode Penulisan

Penulisan karya tulis ilmiah ini menggunakan metode deskriptif, yaitu dengan cara mengumpulkan data menganalisa dan menarik kesimpulan 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 yaitu pengumpulan data oleh penulis adalah wawancara dengan cara melakukan pengumpulan data dengan cara tanya jawab dan interaksi langsung dengan pasien, perawat, dokter, serta tim kesehatan lainnya, dengan masalah Halusinasi.

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

E. Sistematika penulisan

Sistematika penulisan karya ilmiah ini disusun secara sistematis dan terdiri dari BAB 1 (pertama) adalah pendahuluan yang terdiri dari latar belakang masalah, tujuan, ruang lingkup, metode penulisan dan sistematika penulisan. BAB II (kedua) landasan teori pada halusinasi dari pengertian, etiologi, jenis, fase, komplikasi, penatalaksanaan medis, rentang respon, dan konsep asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, analisa data, rencana keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan menurut teori. BAB III (ketiga) menjelaskan tentang kasus yang terdiri dari pengkajian, analisa data, rencana keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan. BAB IV (keempat) membahas tentang kesenjangan antara teori dan kasus nyata, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi. BAB V

penutup yang terdiri dari kesimpulan dan saran. Pada akhir penulisan ini disertai dengan daftar pustaka dan lampiran.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Pengertian

Halusinasi dapat didefinisikan sebagai terganggunya persepsi sensori seseorang, dimana tidak terdapat stimulus. Tipe halusinasi yang paling sering adalah pendengaran, penglihatan, penciuman, pengecap (Yosep, 2016). Halusinasi adalah persepsi atau reaksi panca indera tanpa rangsangan dari luar (Keliat, 2014). Penerapan panca indera tanpa rangsangan eksternal, mengevaluasi persepsi yang dialami melalui panca indera tanpa rangsangan eksternal, atau persepsi palsu (Prabowo, 2014). Halusinasi adalah kondisi dimana klien mengalami gangguan persepsi sensorik yang disebabkan oleh stimulus yang sebenarnya tidak ada (Sutejo, 2017). Halusinasi adalah persepsi klien terhadap lingkungan tanpa rangsangan nyata, dimana klien menginterpretasikan sesuatu yang tidak nyata tanpa adanya rangsangan (Dermawan, 2013). Halusinasi pendengaran adalah keadaan dimana pasien mendengar suara, terutama suara manusia. orang berbicara tentang sesuatu, memikirkannya dan menyuruh mereka melakukan sesuatu (Pardede, Keliat & Wardani 2013)

Beberapa definisi halusinasi ahli yang disebutkan di atas menyatakan bahwa halusinasi adalah persepsi klien yang memicu panca indera terhadap

lingkungan secara tidak benar, tanpa adanya stimulus atau rangsangan yang nyata. Pasien merasakan sensasi palsu berupa pendengaran, penglihatan, penciuman, perabaan, pengecapan.

B. Psikodinamika

1. Faktor predisposisi

Faktor predisposisi adalah faktor risiko yang memengaruhi jenis dan jumlah sumber yang dapat dihasilkan individu untuk mengatasi stres. Faktor ini diperoleh baik oleh pasien maupun keluarganya (Muhith, 2015). Faktor predisposisi ada faktor perkembangan yaitu, hambatan perkembangan akan mengganggu hubungan interpersonal yang dapat meningkatkan stres dan kecemasan yang dapat berakhir dengan gangguan persepsi. Faktor sosial dan budaya yaitu berbagai faktor sosial yang membuat seseorang merasa tersingkirkan atau kesepian tidak dapat diatasi sehingga terjadi gangguan seperti delusi dan halusinasi. Faktor psikologis, yaitu hubungan interpersonal yang tidak harmonis dan peran ganda atau peran yang saling bertentangan, dapat menyebabkan kecemasan berat yang berakhir dengan pengingkaran terhadap realitas dan berujung pada halusinasi. Faktor biologis yaitu klien dengan gangguan orientasi realita yang berperan sangat penting dalam perkembangan perilaku emosional. Faktor genetik ditemukan cukup tinggi pada keluarga yang salah satu anggota keluarganya menderita skizofrenia, dan lebih tinggi jika kedua orang tuanya menderita skizofrenia.

2. Faktor presipitasi

Secara umum klien dengan gangguan halusinasi timbul gangguan setelah adanya hubungan yang bermusuhan, tekanan, isolasi, perasaan tidak

berguna, keputusan dan ketidakberdayaan. Penilaian individu terhadap stressor dan masalah koping dapat menunjukkan kemungkinan kekambuhan (Keliat, 2014) Faktor presipitasi sebagai suatu stimulus yang dipersepsikan oleh individu sebagai suatu kesempatan, tantangan, ancaman/tuntutan. Stressor presipitasi bisa berupa stimulus internal maupun eksternal yang mengancam individu. Komponen stressor presipitasi terdiri atas sifat, asal, waktu dan jumlah stressor (Stuart, 2013)

Faktor yang mencakup faktor presipitasi yaitu: Stresor sosial budaya yaitu stres dan kecemasan akan meningkat bila terjadi penurunan stabilitas keluarga, perpisahan dengan orang yang terdekat atau diasingkan menimbulkan halusinasi. Faktor psikologis yaitu berkaitan dengan gangguan orientasi realitas termasuk halusinasi psikologis yaitu intensitas kecemasan yang ekstrim dan berkepanjangan dengan kemampuan yang terbatas untuk mengatasi masalah. Faktor perilaku yaitu perilaku yang perlu dikaji pada pasien dengan gangguan orientasi realitas berkaitan dengan perubahan proses pikir, afektif persepsi, motorik dan sosial (Yusuf, 2015)

3. Jenis-jenis Halusinasi

Menurut Pardede (2021) ada beberapa jenis halusinasi antara lain:

Halusinasi pendengaran (auditory), mendengar suara yang membicarakan, mengejek, menertawakan, mengancam, memerintahkan untuk melakukan sesuatu (kadang- kadang hal yang berbahaya). Perilaku yang muncul adalah mengarahkan telinga pada sumber suara, berbicara atau tertawa sendiri, marah tanpa alasan, menutup telinga, bergumam dan menggerakkan tangan. Halusinasi penglihatan (visual) stimulus penglihatan dalam bentuk pencaran

cahaya, gambar, orang atau panorama yang luas dan kompleks, biasanya menyenangkan atau menakutkan. Perilaku yang muncul adalah tatapan mata pada tempat tertentu, menunjuk ke arah tertentu, dan ketakutan terhadap objek yang dilihat. Halusinasi penciuman (olfaktori) mencium bau busuk, amis, dan bau yang menjijikan seperti :darah, urine atau feses, kadang-kadang terhirup bau harum seperti parfum. Perilaku yang muncul adalah ekspresi wajah seperti mencium, mengarahkan hidung pada tempat tertentu dan menutup hidung. Halusinasi pengecapan (gustatory) merasa mengecap sesuatu yang busuk, amis, dan menjijikkan, seperti rasa darah, urine, dan feses. Perilaku yang muncul adalah mengecap, mulut seperti gerakan mengunyah, sering meludah, muntah. Halusinasi perabaan (taktil) mengalami rasa sakit atau tidak enak tanpa stimulus yang terlihat, seperti merasakan sensasi listrik datang dari tanah, benda mati atau orang lain, merasakan ada yang meraba- raba tubuh seperti tangan, binatang kecil dan makhluk halus. Perilaku yang muncul adalah menggosok, menggaruk-garuk atau meraba-raba permukaan kulit, terlihat menggerak-gerakan badan seperti merasa tersentuh.

4. Fase Halusinasi

Menurut Muhith (2015) membagi fase halusinasi menjadi fase berdasarkan tingkat kecemasan yang dialami dan kemampuan klien dalam mengendalikan diri. Semakin parah fase halusinasi, semakin berat kecemasan yang dialami klien dan semakin banyak halusinasi yang mengendalikannya.

Fase I : comforting yaitu fase menyenangkan. Pada fase ini masuk golongan non-psikotik. Karakteristik klien: Klien mengalami stres, kecemasan, perasaan perpisahan, rasa bersalah, perasaan kesepian yang meningkat dan tidak dapat

diselesaikan. Klien mulai bermimpi dan memikirkan hal-hal yang menyenangkan, mencari bantuan untuk tujuan ini hanya untuk sementara. Perilaku klien: Senyum atau tawa yang tidak sesuai, gerakan bibir yang tidak ada suaranya, gerakan mata yang cepat, respons verbal yang lambat saat berhalusinasi, dan keinginan untuk menyendiri. Fase II : condemning atau kecemasan berat, yaitu halusinasi menjadi menjijikkan. Termasuk psikosis ringan. Karakteristik klien: pengalaman sensorik yang menakutkan, peningkatan kecemasan, melamun dan refleksi diri. Ini mulai terlihat seperti bisikan yang tidak jelas. Klien tidak ingin orang lain tahu dan masih bisa mengontrolnya. Perilaku klien : Peningkatan tanda sistem saraf otonom seperti peningkatan denyut jantung dan tekanan darah. Klien asik dengan halusinasinya dan tidak dapat membedakan kenyataan.

Fase III : controlling atau kecemasan berat, yang merupakan pengalaman sensori menjadi dominan. Termasuk dalam gangguan psikotik. Karakteristik : Bisikan, suara, halusinasi muncul semakin banyak, mengontrol dan mengendalikan klien. Klien menjadi terbiasa dengan halusinasi dan tidak berdaya menghadapinya. Perilaku Klien : 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 beberapa menit atau detik, tanda-tanda fisik seperti klien berkeringat, gemetar, dan ketidakmampuan untuk mematuhi perintah. Fase IV : Conquering atau panik yaitu klien melebur ke dalam halusinasinya, termasuk psikosis berat. Karakteristik klien: Halusinasi berubah menjadi mengancam, memerintah, dan memarahi klien. Klien menjadi takut, tidak berdaya, tidak

terkendali dan tidak dapat benar-benar berhubungan dengan orang lain di lingkungan. Perilaku klien: perilaku ketakutan karena panik, kemungkinan bunuh diri, perilaku kekerasan, kecemasan, menarik diri atau katatonik, ketidakmampuan untuk berespon perintah yang kompleks dan berespon lebih dari 1 orang.

5. Tanda dan Gejala Halusinasi

Menurut (Keliat et al., 2014) tanda dan gejala halusinasi subjektif meliputi mendengar suara orang bicara tanpa ada orangnya, melihat benda, orang, atau sinar tanpa ada objeknya, menghidu bau-bauan yang tidak sedap, seperti bau badan padahal tidak, merasakan pengecapan yang tidak enak, merasakan rabaan atau gerakan badan, gelisah, sulit tidur, takut. Objektif yaitu bicara sendiri, tertawa sendiri, melihat ke satu arah, mengarahkan telinga ke arah tertentu, tidak dapat memfokuskan pikiran, diam sambil menikmati halusinasinya, menyendiri.

C. Rentang Respon

Halusinasi adalah salah satu gangguan penyesuaian individu dalam rentang reaksi neurobiologis. Ini adalah reaksi persepsi yang paling maladaptif. Sementara klien yang sehat dapat secara akurat mengidentifikasi dan menginterpretasikan rangsangan berdasarkan informasi yang diterima melalui panca indera (pendengaran, penglihatan, penciuman, rasa, sentuhan), klien berhalusinasi merasakan rangsangan sensorik ketika rangsangan sebenarnya tidak ada di sana. Rentang respon dapat digambarkan sebagai berikut (Zega, 2021)

Respon Adaptif**Respon Maladaptif**

Pikiran logis, persepsi akurat, emosi konsisten dengan pengalaman, perilaku sesuai, hubungan sosial positif	Kadang pikiran terganggu, ilusi emosi berlebihan/kurang, perilaku yang tidak biasa, menarik diri	Gangguan proses pikir/delusi, halusinasi, tidak bisa mengalami emosi, perilaku tidak terorganisir, isolasi sosial
---	--	---

Respon adaptif adalah respon yang dapat diterima berdasarkan norma sosial budaya yang berlaku. Dengan kata lain, dihadapkan pada masalah dalam batas rasional, individu mampu memecahkan masalah, respon adaptif: Pemikiran logis adalah pandangan yang mengarah pada kenyataan. Persepsi akurat adalah pandangan yang benar tentang realitas. Perasaan emosi yang konsisten dengan pengalaman adalah perasaan emosi yang muncul dari pengalaman. Perilaku sosial adalah sikap dan perilaku yang masih berada dalam batas-batas rasio. Hubungan sosial adalah proses interaksi dengan orang lain dan lingkungan. Reaksi psikososial: proses berpikir yang terganggu adalah proses berpikir yang menimbulkan gangguan. Ilusi adalah interpretasi atau penilaian yang salah tentang apa yang terjadi (objek nyata) yang dihasilkan dari rangsangan panca indera. Emosi yang berlebihan atau berkurang. Perilaku abnormal adalah sikap dan perilaku yang melebihi batas normal. Penarikan menghindari kontak dengan orang lain.

Respons maladaptif adalah respons pemecahan masalah individu yang menyimpang dari norma sosial budaya dan lingkungan, sedangkan tanggapan maladaptif adalah: Penyimpangan mental adalah keyakinan yang kuat bahkan ketika orang lain tidak mempercayainya dan tidak sesuai dengan realitas sosial. Halusinasi adalah persepsi sensorik palsu atau persepsi eksternal yang tidak nyata atau tidak ada. Kerusakan proses emosional adalah perubahan sesuatu yang berasal dari hati. Perilaku tidak terorganisir adalah kondisi yang menyebabkan sulit mengontrol emosi, melakukan aktivitas, mengontrol yang diinginkan, hingga berbuat tidak pantas. Isolasi sosial adalah kesepian yang dialami individu, yang dipandang negatif oleh orang lain sebagai keadaan yang mengancam dan ketidakbahagiaan.

D. Asuhan Keperawatan Jiwa

1. Pengkajian

Pengkajian adalah kumpulan sistematis dari informasi subyektif dan obyektif untuk tujuan pengambilan keputusan keperawatan atas nama individu, keluarga dan komunitas (Damayanti & Iskandar, 2014). Pada tahap ini ada beberapa yang perlu dieksplorasi baik pada klien yang berkenaan dengan kasus halusinasi yang meliputi Identitas klien : nama klien, umur, jenis kelamin, status perkawinan, Agama, tanggal MRS, informan, tanggal pengkajian, nomor rumah klien, dan alamat klien.

Keluhan utama biasanya berupa bicara sendiri, tertawa sendiri, senyum sendiri, menggerakkan bibir tanpa suara, menarik diri dari orang lain, tidak dapat membedakan yang nyata dan tidak nyata, ekspresi muka tegang mudah tersinggung, jengkel dan marah ketakutan biasa terdapat disorientasi

waktu tempat dan orang, tidak dapat mengurus diri dan tidak melakukan kegiatan sehari-hari. Faktor predisposisi adalah faktor resiko yang mempengaruhi jenis dan jumlah sumber yang dapat dibangkitkan oleh individu untuk mengatasi stres. Diperoleh baik dari klien maupun keluarganya, mengenai faktor perkembangan sosial kultural, biokimia psikologis dan genetik yaitu faktor resiko yang mempengaruhi jenis dan jumlah sumber yang dapat dibangkitkan oleh individu untuk mengatasi stress (Prabowo, 2014).

Faktor presipitasi adanya rangsangan lingkungan yang sering yaitu seperti partisipasi klien dalam kelompok, terlalu lama diajak komunikasi objek yang ada di lingkungan juga suasana sepi / isolasi adalah sering sebagai pencetus terjadinya halusinasi karena hal tersebut dapat meningkatkan stres dan kecemasan yang merangsang tubuh mengeluarkan zat halusinogenik (Yusuf, 2015). Aspek fisik Hasil pengukuran tanda vital (TD, nadi, suhu, pernapasan, TB, BB) dan keluhan fisik yang dialami oleh klien. Terjadi peningkatan denyut jantung pernapasan dan tekanan darah Aspek psikososial genogram yang menggambarkan tiga generasi.

Meurut Zuraida (2018) konsep diri terdiri dari citra tubuh: menolak melihat dan menyentuh bagian tubuh yang berubah/ tidak menerima perubahan tubuh yang terjadi / yang akan terjadi. Menolak penjelasan perubahan tubuh, persepsi negatif tentang tubuh. Preokupasi dengan bagian tubuh yang hilang, mengungkapkan keputusasaan, mengungkapkan ketakutan. Identitas diri : ketidakpastian memandang diri, sukar menetapkan keinginan dan tidak mampu mengambil keputusan. Peran: berubah /

berhenti fungsi peran yang disebabkan penyakit, proses menua putus sekolah dan PHK. Ideal diri : mengungkapkan keputusan karena penyakitnya dan mengungkapkan keinginan yang terlalu tinggi . Harga diri: perasaan malu terhadap diri sendiri, rasa bersalah terhadap diri sendiri, gangguan hubungan sosial, merendahkan martabat, mencederai diri dan kurang percaya diri. Status mental terdiri dari penampilan, pembicaraan, aktivitas motorik, afek emosi, interaksi selama wawancara, persepsi sensorik 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 kebutuhan nya seperti perawatan diri, tidur, sistem pendukung, menikmati hobby.

Mekanisme koping apabila mendapat masalah, pasien takut / tidak mau menceritakan kepada orang lain (koping menarik diri). Mekanisme koping yang digunakan pasien sebagai usaha mengatasi kecemasan yang merupakan suatu kesepian nyata yang mengancam dirinya (Prabowo, 2014). Masalah psikososial dan lingkungan klien halusinasi mempunyai masalah di masalalu 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)

1. Pohon Masalah



Gambar 2.2 Pohon masalah (Azizah, 2016)

2. Diagnosa Keperawatan

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) gangguan persepsi sensori adalah perubahan terhadap stimulus baik internal maupun eskternal yang disertai

dengan respon yang berkurang, berlebihan. Hal ini akan muncul perilaku kekerasan terhadap klien. Teori ini diperkuat dengan Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017), perilaku kekerasan merupakan kemarahan yang diekspresikan secara berlebihan atau tidak terkendali secara verbal sampai dengan mencederai orang lain dan merusak lingkungan. Maka akan muncul diagnosa ketiga yaitu isolasi sosial. Hal ini diperkuat dengan teori Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017), isolasi sosial adalah ketidakmampuan untuk membina hubungan yang erat, hangat, terbuka, dan interdependen dengan orang lain.

Menurut (Azizah, 2016) Ada beberapa diagnosa keperawatan yang sering ditemukan pada klien dengan halusinasi yaitu:

1. Gangguan sensori persepsi: Halusinasi
2. Risiko Perilaku Kekerasan
3. Isolasi Sosial
4. Harga Diri Rendah

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah alat yang digunakan oleh perawat jiwa saat merawat klien yang menderita gangguan halusinasi. Strategi implementasinya adalah menerapkan standar keperawatan yang diterapkan pada pasien dengan tujuan mengurangi masalah kesehatan jiwa yang dapat ditangani. Strategi pelaksanaan pasien halusinasi meliputi kegiatan mengenali halusinasi, mengajarkan pasien menghardik, mengajarkan pasien berbicara dengan orang lain saat berhalusinasi, dan kegiatan yang terjadwal untuk mencegah halusinasi (Susilawati & Fredrika, 2019). Perencanaan adalah panduan tertulis yang secara akurat menggambarkan rencana tindakan keperawatan berdasarkan diagnosa.

keperawatan dan disesuaikan dengan kebutuhan klien. Tahap perencanaan ini juga memberikan kesempatan kepada perawat, pasien, keluarga pasien, dan orang terdekat pasien untuk menyusun rencana tindakan keperawatan untuk memecahkan masalah yang dihadapi klien (Wilkison, 2016). Sesuai dengan Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2017) manajemen halusinasi yang dimana intervensi ini dilakukan sesuai SIKI melalui tahapan observasi, terapeutik, dan edukasi.

Diagnosa keperawatan: Halusinasi.

Tujuan: klien dapat mengendalikan halusinasi yang dialami.

TUK I Klien dapat membangun hubungan saling percaya, kriteria hasil ekspresi wajah ramah, gembira, ada kontak mata, mau bersalaman, bersedia menyebutkan nama, bersedia duduk di samping perawat, bersedia mengungkapkan masalah yang dihadapi. Intervensi TUK 1 merupakan sapa pasien dengan ramah baik verbal maupun non verbal, pengenalan nama perawat dan nama panggilan perawat, tanyakan nama lengkap dan nama panggilan perawat, tanyakan nama lengkap dan nama panggilan pasien yang disukai, tunjukkan sifat jujur dan empati setiap kali berinteraksi dengan pasien. Tunjukkan empati dan terima pasien apa adanya, tanyakan tentang perasaan dan masalah pasien, dengarkan baik-baik. TUK 2 Klien mengenali halusinasi, kriteria hasil pasien mampu menyebutkan hasusinasinya, waktu halusinasinya, frekuensi halusinasinya situasi dan kondisi yang sering dan singkat secara bertahap, observasi tingkat perilaku klien terkait dengan halusinasi, tanyakan pada pasien tentang isi halusinasinya. waktu halusinasi, frekuensi halusinasi, dan kondisi

situasi, waktu halusinasi, frekuensi halusinasi, dan kondisi situasi penyebab halusinasi, tanyakan pada klien tentang halusinasi.

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

TUK 4 pasien mendapatkan dukungan dari keluarga dalam mengontrol halusinasi dengan kriteria hasil pasien dapat mengikuti aktivitas kelompok. Intervensi TUK 4 anjurkan mengikuti TAK, orientasi realita, buat kontrak yang jelas dengan keluarga, diskusikan dengan keluarga mengenai pengertian, tanda dan gejala, proses terjadinya, dan cara perawatan di rumah, beri informasi

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

4. Implementasi Keperawatan

Disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Dalam situasi nyata pelaksanaan seringkali banyak menyimpang dari rencana, karena perawat belum terbiasa menggunakan rencana tertulis dalam pelaksanaan tindakan keperawatan. Sebelum melakukan tindakan perawatan yang direncanakan, perawat harus memastikan secara singkat apakah rencana tindakan tersebut masih sesuai dan apa yang dibutuhkan klien sesuai dengan kondisinya (di sini dan sekarang). Perawat juga mengevaluasi dirinya sendiri, apakah hubungan interpersonal, intelektual, keterampilan teknis sesuai dengan prosedur yang dilakukan, mengevaluasi kembali apakah aman bagi klien. Setelah semuanya tidak ada kendala maka tindakan keperawatan bisa dilakukan (Andri, 2019)

Pelaksanaan tindakan keperawatan jiwa didasarkan pada strategi pelaksanaan (SP) yang sesuai dengan masing-masing masalah utama. Pada Masalah Gangguan Persepsi : Halusinasi pendengaran ada 2 jenis SP yaitu SP klien dan SP keluarga. Klien SP dibagi menjadi SP 1 (membangun hubungan

kepercayaan, mengidentifikasi halusinasi “jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi, perasaan dan reaksi halusinasi”, mengajarkan menghardik, termasuk cara menghardik ke dalam jadwal; SP 2 (mengevaluasi SP 1, mengajarkan cara minum obat rutin, tambahkan ke jadwal); SP 3 (evaluasi SP 1 dan SP 2, dorong klien untuk mencari teman bicara); SP 4 (evaluasi SP 1, SP 2 dan SP 3, melakukan kegiatan terjadwal).

Sp keluarga terbagi menjadi SP 1 (membangun hubungan saling percaya, mendiskusikan masalah dalam merawat pasien dengan keluarga, menjelaskan pengertian, tanda dan gejala halusinasi, jenis halusinasi yang dialami klien beserta proses terjadinya, menjelaskan cara merawat klien halusinasi), SP 2 (praktik keluarga) pengobatan pasien halusinasi, pelatihan keluarga untuk langsung menangani pasien halusinasi); SP 3 (membantu keluarga merencanakan kegiatan di rumah, termasuk minum obat (pemulangan), menjelaskan tindak lanjut pasien setelah pemulangan). Saat melakukan prosedur perawatan, kontrak dengan klien dijalankan dengan menjelaskan apa yang dilakukan dan apa peran klien yang diharapkan, semua prosedur yang dilakukan dan respons klien didokumentasikan (Irwan, 2021)

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tahapan proses keperawatan dimana dikumpulkan data objektif dan subjektif yang menunjukkan masalah apa yang telah dipecahkan, apa yang perlu diteliti dan direncanakan, dilaksanakan dan dievaluasi, apakah tujuan keperawatan telah tercapai atau belum, sebagian telah tercapai, atau masalah baru (Syahdi & Pardede, 2022)

Evaluasi pasien dilakukan dengan berfokus pada perubahan perilaku pasien setelah diberikan tindakan keperawatan. Pasien, sebagai contoh pada diagnosa Gangguan persepsi sensori: halusinasi diharapkan pasien dapat menyebutkan jenis, isi, waktu, frekuensi, halusinasi, melakukan cara menghardik halusinasi dengan baik, mengungkapkan perasannya setelah berhubungan dengan orang lain, melaksanakan aktivitas terjadwal. Untuk keluarga juga perlu dievaluasi karena sistem pendukung utama, bahkan dapat dikatakan keluarga adalah indikator dari keberhasilan perawatan, membantu perencanaan bersama keluarga. Anjurkan kepada keluarga untuk memperhatikan pasien dirumah dalam melakukan kegiatan yang sudah dilakukan dirumah sakit dan perhatian pasien dalam meminum obat secara teratur sesuai instruksi yang sudah dianjurkan dokter.

Menurut (Keliat, et al., 2014) kemampuan kognitif pasien mampu menyebutkan penyebab halusinasi, menyebutkan karakteristik halusinasi yang dirasakan: jenis, isi, frekuensi, durasi, waktu, situasi yang menyebabkan dan respons, menyebutkan akibat yang ditimbulkan dari halusinasi, menyebutkan cara yang selama ini digunakan untuk mengendalikan halusinasi, menyebutkan cara mengendalikan halusinasi yang tepat. Kemampuan psikomotor pasien mampu melawan halusinasi dengan menghardik, mengalihkan halusinasi dengan cara distraksi yaitu bercakap-cakap dan melakukan aktivitas, minum obat dengan prinsip 8 benar, yaitu benar nama, obat, manfaat, dosis, frekuensi, cara, tanggal kadaluarsa, dokumentasi. Kemampuan afektif pasien mampu merasakan manfaat cara- cara mengatasi halusinasi, membedakan perasaan sebelum dan sesudah latihan.

BAB III

TINJAUAN KASUS

Pada BAB ini penulis menguraikan Asuhan Keperawatan pada Tn. G di Ruang Batasena Rumah Sakit Marzoekei Mahdi Bogor, dalam melakukan asuhan keperawatan ini pendekatan yang digunakan untuk proses keperawatan meliputi 5 tahap yaitu: pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi, dan evaluasi keperawatan.

A. Pengkajian

1. Identitas Pasien

Pasien dengan G umur 29 tahun status perkawinan belum kawin, jenis kelamin laki-laki, suku bangsa Sunda, beragama Islam, pendidikan terakhir Sekolah Menengah Atas, alamat di KP Jasinga Babakan RT 02/RW 04, dengan diagnosis medis Skizofrenia Paranoid sumber informasi dari pasien, rekam medis, dan perawat di ruangan Bratasena.

2. Alasan Masuk Rumah Sakit

Pasien masuk Rumah Sakit Jiwa pada tanggal 13 Oktober 2022 dibawa oleh ibunya. Alasan pasien dibawa ke Rumah Sakit Jiwa ialah pasien sering keluyuran, bicara sendiri, sering membenturkan kepala ke tanah dan tempat tidur, mondar-mandir, banyak melamun, pasien mengatakan ada bisikan dan pasien apabila marah merusak barang-barang disekitarnya.

Masalah keperawatan: Halusinasi, Risiko Perilaku Kekerasan

3. Faktor Presipitasi

Pengobatan pasien kurang berhasil karena pasien putus obat 1 minggu dan pasien kambuh kembali karena tidak ada yang menemaninya kontrol ke Rumah Sakit. Pasien minum obat teratur karena berada di Rumah Sakit.

Masalah Keperawatan: Ketidakpatuhan minum obat

4. Faktor Predisposisi

Sebelum dibawa ke Rumah Sakit Jiwa pasien selama 1 tahun pernah di rawat sebanyak 5x pada tahun 2021. Tidak ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan, pasien pernah di PHK dari pekerjaannya 2 tahun yang lalu tahun 2020 karena pandemi Covid, Pasien merasa sedih karena ayahnya meninggal tahun 2017.

Masalah keperawatan: Berduka, Harga Diri Rendah Kronis

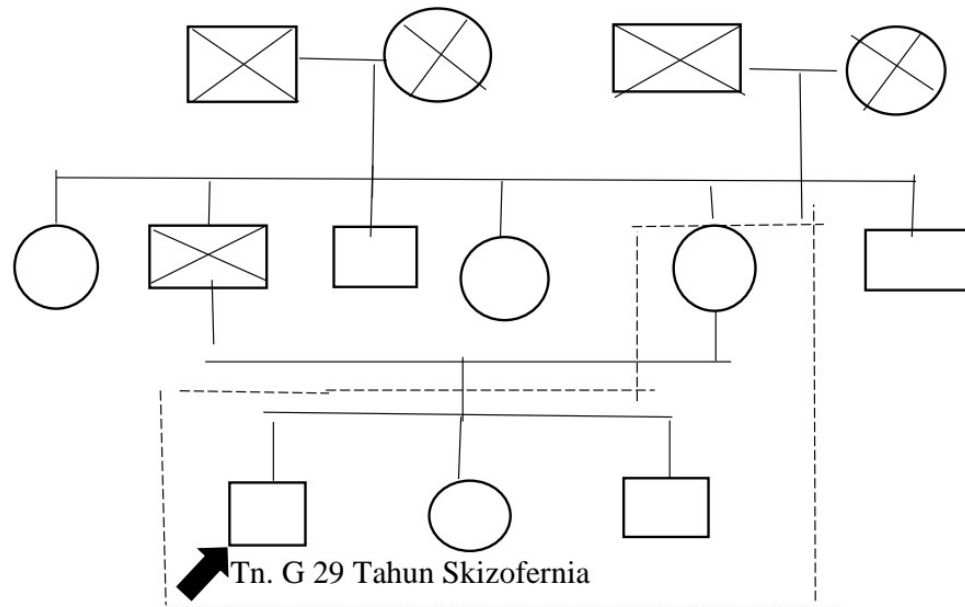
5. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan tanda-tanda vital meliputi: tekanan darah pasien 120/70 mmHg, nadi 72x/ menit, suhu tubuh 36° C, pernapasan 20x/menit, tinggi badan 160 cm, dengan berat badan 48 cm, pasien tidak merasakan keluhan fisik

Masalah keperawatan: Tidak ada masalah dalam keperawatan

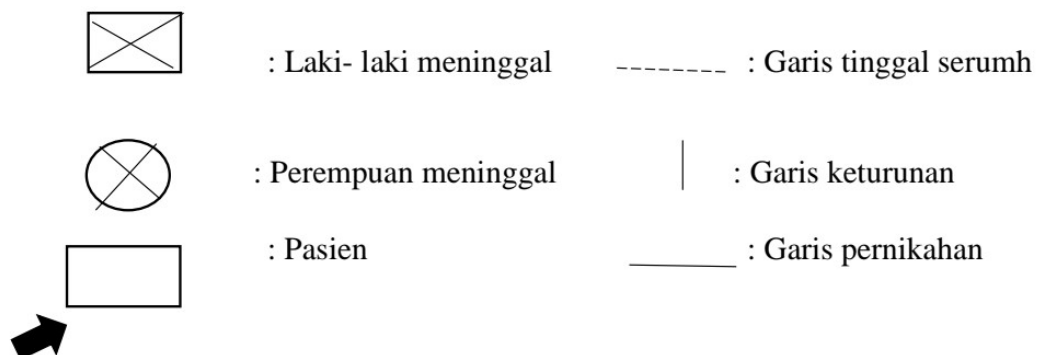
6. Psikososial

a. Genogram



Gambar 3.1 Genogram Tn. G

Keterangan:



Penjelasan:

Pasien anak pertama dari dua bersaudara. Pasien tinggal bersama ibunya dan kedua adiknya. Orang terdekat dengan pasien di rumah ialah ibunya pola komunikasi pasien 2 arah. Pengambil keputusan di rumah ialah ibunya

Masalah keperawatan: Tidak ada masalah dalam keperawatan

b. Konsep Diri

Gambaran diri, pasien mengatakan suka semua bagian tubuhnya. Identitas diri, pasien mampu menyebutkan nama lengkapnya, alamatnya dan usianya. Pasien menerima dirinya sebagai laki-laki. Peran diri, pasien mengatakan di rumah berperan sebagai anak. Pasien merasa tidak berguna karena pasien tidak bekerja sehingga tidak dapat membantu perekonomian di keluarganya. Pasien merasa sedih karena tidak bisa menjalankan perannya dengan baik. Ideal diri, pasien saat ini berharap bisa sembuh dan cepat pulang sehingga dapat berkumpul dengan keluarganya di rumah. Harga diri, pasien mengatakan malu sering menyusahkan orang tua karena di rumah tidak bekerja di PHK.

Masalah keperawatan: Harga Diri Rendah Kronik

c. Hubungan Sosial

Orang yang berarti dalam hidupnya dan saat ini adalah keluarganya terutama ibu. Menerima segala kondisi dan situasi yang telah terjadi. Peran dalam kegiatan kelompok atau masyarakat pasien tidak pernah mengikuti kegiatan apapun dalam masyarakat. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain ialah ada hambatan dalam berhubungan dengan orang lain karena pasien malu jika bertemu dengan orang lain. Di rumah sakit pasien sebelum di berikan tindakan keperawatan menyendiri tidak mau berinteraksi dengan orang lain.

Masalah keperawatan: Harga Rendah Kronik, Isolasi Sosial

d. Spiritual

Pasien menganut agama Islam dan ia mengakui adanya Allah. Pasien mengatakan tidak ada pengobatan yang bertentangan dengan ajaran agama islam, pasien mengatakan di rumah dan di rumah sakit pasien sholat lima waktu.

Masalah keperawatan: Tidak ada masalah dalam keperawatan

7. Status Mental

- a. **Penampilan:** Pasien tampak berpakaian rapi, rambut pasien berwarna hitam tertata rapi, mata terlihat seperti orang yang terus mengantuk, kulit dan badan bersih, mukosa kering, gigi pasien bersih, kuku tangan bersih. Pasien mandi sehari 2 kali pagi hari pukul 06.00 dan sore hari pukul 16.00 dan pasien selalu mengganti pakaian sehabis mandi.

Masalah keperawatan: Tidak ada masalah dalam keperawatan

- b. **Pembicaraan:** Pasien bicara lambat dengan suara lemah , kurang kontak mata dan sering menunduk.

Masalah keperawatan: Harga Diri Rendah Kronik

- c. **Aktivitas Motorik:** Pasien tidak mau mengikuti kegiatan TAK dan senam pagi saat di ajak mahasiswa ia selalu gelisah mondar mandir ingin cepat pulang.

Masalah keperawatan: Risiko Perilaku Kekerasan, Isolasi Sosial

- d. **Alam Perasaan:** Saat dikaji pasien masih merasa sedih karena di PHK dan menganggur selama 2 tahun sejak tahun 2020.

Masalah keperawatan: Harga Diri Rendah Kronik

- 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 ditanya oleh perawat, pasien menjawab dengan benar. Kontak mata pasien kurang karena ketika di ajak berinteraksi terkadang mata melihat yang lain, pasien mengatakan nyaman menyendiri dan tidak mengobrol dengan teman-temannya.

Masalah: Isolasi sosial

- g. Persepsi:** Pasien mengatakan mendengar suara bisikan yang menyuruhnya untuk melakukan tindakan negatif (merusak barang-barang disekitar). Pasien mengatakan percaya dengan bisikan tersebut. Pasien mengatakan halusinasinya datang pada malam hari sekitar jam 21.00 atau tidak menentu, saat pasien sedang sendiri. Pasien mengatakan biasanya saat halusinasi datang ketika keadaanya sedang sunyi dan pasien sedang diam. Pasien mengatakan untuk mengatasi halusinasinya dengan cara tidur namun cara tersebut kurang efektif karena suara-suara terkadang masih bisa pasien dengar, pasien mengatakan jika halusinasinya datang dia mendengarkan suaranya tetapi pasien emosi dengan suara-suara yang membuatnya tidak nyaman.

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

- h. Proses pikir:** Saat dilakukan pengkajian pasien tampak berbicara dengan tidak berbelit belit

Masalah keperawatan: Tidak ada masalah dalam keperawatan

- i. **Isi pikir:** Pasien selalu mengatakan bahwa dirinya tidak berguna karena tidak bekerja.

Masalah keperawatan: Harga Rendah Diri Kronis

- j. **Tingkat kesadaran:** Pasien 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 ayah pasien meninggal tahun 2017

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

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

Masalah keperawatan: Tidak ada masalah dalam keperawatan

- l. **Tingkat konsentrasi dan berhitung:** Pasien mampu berhitung sederhana pada saat pengkajian pasien mampu menjawab hitungan sederhana seperti menghitung mundur dari 10

Masalah keperawatan: Tidak ada masalah dalam keperawatan

m. Kemampuan penilaian: Pasien saat diberi pertanyaan sederhana sebelum makan apa yang dilakukan, mencuci tangan dulu atau berdoa pasien menjawab cuci tangan dulu.

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

8. Kebutuhan Persiapan Pulang

Pasien mampu melakukan kegiatan mandiri seperti, pasien makan 3 kali sehari selama di Rumah Sakit dengan porsi yang disediakan, pasien selalu menghabiskan makanan dan menaruh tempat makan di tempatnya, pasien melakukan perawatan diri sendiri, toileting sendiri tanpa harus dibantu perawat, pasien mandi 2 kali sehari dan setiap mandi bajunya diganti sendiri tanpa bantuan perawat. Pasien mengatakan tidur siang jam 14.00 WIB hingga jam 15.00 WIB, dan pasien mulai tidur malam dari jam 21.00 WIB sampai dengan bangun jam 05.00 WIB. Pemeliharaan kesehatan pasien melakukan perawatan lanjutan dan sistem pendukung. Pasien melakukan kegiatan didalam seperti menjaga kerapihan rumah dan mempersiapkan keuangan , mempersiapkan makanan, mencuci pakaian adalah ibunya. Kegiatan di luar rumah, pasien sering berbelanja apapun itu bersama ibunya atau pergi sendiri dengan transportasi

Masalah keperawatan: Tidak ada masalah dalam keperawatan

9. Mekanisme Koping

Mekanisme koping adaptif adalah berbicara dengan ibunya apabila mempunyai masalah ia selalu berusaha berbagi cerita dengan ibunya, sedangkan maladaptif pasien adalah apabila masalah pasien tidak dapat teratasi pasien cenderung memilih untuk menghindar pergi jauh dan menyendiri, pasien juga mencederai dirinya dengan cara menonjokkan tangan ke tembok.

Masalah keperawatan: Risiko Perilaku Kekerasan

10. Masalah Psikososial dan Lingkungan

Masalah dengan dukungan kelompok , pasien mengatakan merasa kurang mendapat dukungan dari kelompok. Masalah berhubungan dengan lingkungan, pasien mengatakan tidak mau berbaur karena sering dibicarakan oleh tetangganya hanya menjadi beban orang tua karena menganggur sehingga pasien merasa malu. Masalah berhubungan dengan pendidikan, pasien mengatakan tidak ada masalah di pendidikannya karna pasien lulus SMA. Masalah dengan pekerjaan, pasien mengatakan di PHK dari tempat kerjanya dan menganggur selama 2 tahun sejak tahun 2020. Masalah dengan perumahan, pasien mengatakan tidak ada masalah dengan perumahan. Masalah ekonomi, pasien mengatakan dari keluarga yang bercukupan. Masalah dengan pelayanan kesehatan, pasien mengatakan tidak ada masalah dengan pelayanan kesehatan. Masalah dengan dukungan lingkungan, pasien mengatakan kurang mendapat dukungan dari lingkungan rumahnya karena pasien tidak mau berbaur.

Masalah keperawatan: Harga Rendah Diri Kronik

11. Pengetahuan kurang tentang

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

Masalah keperawatan: Tidak ada masalah dalam keperawatan

12. Aspek Medik

Diagnosa Medik pasien adalah *skizofreni*. Terapi medik yang didapat oleh pasien adalah: Trihexyphoridyl 2 mg/ 12 jam/ Oral, Risperidone 2 mg/ 12 jam/ Oral, Valdimex 5 mg/ 12 jam/ Oral, Clozapine 25 mg/ 24 jam/ Oral.

13. Analisa Data

3.1 Analisa Data

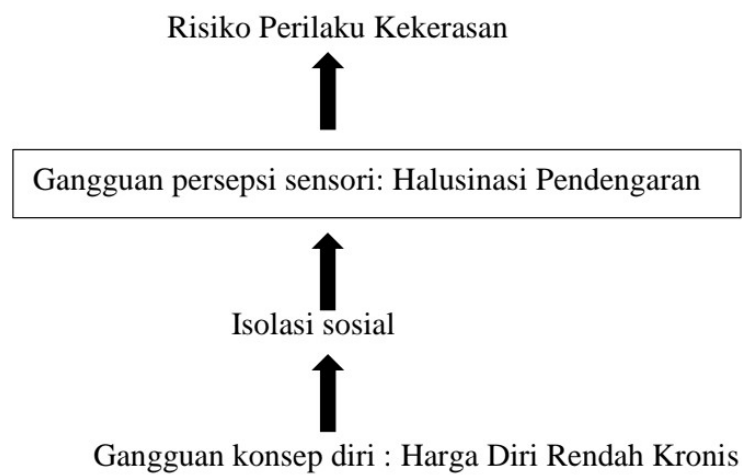
TANGGAL/ JAM	DATA FOKUS	MASALAH KEPERAWATAN
20 Maret 2023/ 08.00	Data Subjektif: Pasien mengatakan mendengar suara bisikan yang menyuruhnya untuk melakukan tindakan negatif (merusak barang-barang disekitar). Pasien mengatakan percaya dengan bisikan tersebut. Halusinasinya datang pada malam hari sekitar jam 21.00 atau	Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran

	<p>tidak menentu, saat pasien sedang sendiri. Halusinasi datang ketika keadaanya sedang sunyi dan pasien sedang diam untuk mengatasi halusinasinya pasien tidur namun cara tersebut kurang efektif karena suara-suara terkadang masih terdengar. Pasien mengatakan tidak bisa tidur nyenyak karena mendengar bisikan.</p> <p>Data Objektif:</p> <p>Pasien tampak gelisah, berbicara sendiri, menyendiri.</p>	
20 Maret 2023/ 08.00	<p>Data Subjektif:</p> <p>Pasien mengatakan marah jika ada bisikan apabila marah pasien merusak barang-barang disekitarnya.</p> <p>Data Objektif:</p> <p>Pasien tampak mondar mandir dan gelisah, emosi pasien tampak tidak stabil, tatapan tajam dan</p>	<p>Risiko Perilaku</p> <p>Kekerasan</p>

	bermuka sinis, mudah tersinggung.	
20 Maret 2023/ 08.00	<p>Data Subjektif:</p> <p>Pasien mengatakan tidak mengobrol dengan teman-temannya karena lebih nyaman menyendiri.</p> <p>Data Objektif:</p> <p>Pasien tampak lebih sering menyendiri, tidak mengobrol dan bersosialisasi dengan teman yang lain, kontak mata pasien kurang ketika di ajak berinteraksi terkadang mata melihat yang lain.</p>	Isolasi Sosial
20 Maret 2023/ 08.00	<p>Data Subjektif:</p> <p>pasien mengatakan malu sering menyusahkan orang tua karena di rumah tidak bekerja. Pasien mengatakan merasa sedih karena tidak bisa menjalankan perannya dengan baik, saat ini berharap bisa sembuh dan cepat pulang.</p>	Harga Diri Rendah Kronik

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

A. Pohon Masalah



3.2 Pohon masalah Tn. G

B. Diagnosa Keperawatan

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

C. Perencanaan, Pelaksanaan dan Evaluasi Keperawatan

1. **Diagnosa Keperawatan:** Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran

Pelaksanaan SP 1: Senin, 20 Maret 2023 Pukul 08.00

Data Subjektif: Pasien mengatakan mendengar suara bisikan yang menyuruhnya untuk melakukan tindakan negatif (merusak barang-barang

disekitar). Pasien mengatakan percaya dengan bisikan tersebut. Pasien mengatakan halusinasinya datang pada malam hari sekitar jam 21.00 atau tidak menentu, saat pasien sedang sendiri. Pasien mengatakan biasanya saat halusinasi datang ketika keadaanya sedang sunyi dan pasien sedang diam. Pasien mengatakan untuk mengatasi halusinasinya dengan cara tidur namun cara tersebut kurang efektif karena suara-suara terkadang masih bisa pasien dengar, pasien mengatakan tidak bisa tidur nyenyak karena mendengar bisikan.

Data Objektif: Pasien tampak gelisah, pasien tampak berbicara sendiri, pasien tampak menyendiri

Tujuan Umum: Pasien mampu mengendalikan dan mengatasi Halusinasi yang dialaminya

Tujuan Khusus: Pasien dapat membina hubungan saling percaya, pasien dapat mengidentifikasi isi, waktu, frekuensi halusinasi, pasien dapat melakukan cara menghardik halusinasi.

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

Rencana Tindakan: Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan komunikasi terapeutik, perkenalkan diri, tanyakan nama pasien dan panggilan yang disukai oleh pasien, jelaskan tujuan interaksi diciptakan lingkungan yang tenang, buat kontrak yang jelas pada setiap pertemuan, jujur dan menepati janji, selalu kontak mata saat berinteraksi, observasi tingkah laku pasien terkait dengan halusinasinya, tanyakan apakah ada suara yang didengar, dengarkan keluhan pasien dengan empati, beri kesempatan pasien untuk mengungkapkan perasaannya, beri pasien kesempatan untuk mengungkapkan isi, waktu, frekuensi halusinasi diskusikan apa yang harus dilakukan ketika halusinasinya muncul, kaji situasi atau keadaan yang menyebabkan halusinasi tersebut muncul, ajarkan pasien untuk menghardik, berikan kesempatan pada pasien untuk mencoba cara menghardik, jika berhasil berikan pujian, berikan pujian kepada pasien jika pasien berhasil melakukan dengan benar, mengidentifikasi kemampuan menghardik halusinasi ketika halusinasinya muncul.

Tindakan Keperawatan: Strategi pelaksanaan pertama menyapa pasien, membina saling percaya dengan ucapkan salam terapeutik, perkenalkan diri, menjelaskan tujuan interaksi untuk latihan menghardik halusinasi agar proses penyembuhan lebih cepat, mengajarkan pasien cara menghardik halusinasi, memberikan pujian atas usaha yang telah dilakukan, menjadwalkan untuk melakukan cara menghardik setiap kali muncul halusinasinya dan melakukan setiap 2 kali dalam sehari, menanyakan kontrak dimana dan jam berapa untuk bertemu kembali.

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

Evaluasi

Subjektif: pasien mengatakan sudah mengerti cara menghardik, pasien mengatakan senang setelah diajarkan cara menghardik halusinasi.

Data Objektif: pasien mampu mempraktikan kembali cara menghardik halusinasi secara benar, pasien mampu menyebutkan tujuan menghardik.

Assesment: Gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran masih ada.

Planning: Anjurkan pasien untuk menghardik 1 kali dalam sehari pada jam 21.00 dan setiap kali muncul halusinasinya. Memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian.

Pelaksanaan SP 2: Selasa, 21 Maret 2023 08.00

Data Subjektif: Pasien mengatakan ingat dengan perawat, pasien mengatakan sudah bisa menghardik, pasien mengatakan halusinasinya masih suka datang terkadang, pasien mengatakan jika halusinasinya datang langsung menghardik, pasien mengatakan lebih tenang setelah melakukan cara menghardik.

Data Objektif: Pasien tampak berbicara sendiri, pasien tampak sudah bisa menghardik tanpa dibantu.

Tujuan Umum: Pasien mampu mengontrol halusinasinya.

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

Kriteria Hasil: Pasien dapat menyebutkan waktu munculnya halusinasi, frekuensi, isi serta kondisi yang menyebabkan halusinasi muncul, pasien mengungkapkan perasaan terhadap halusinasinya tersebut seperti marah, takut, sedih, khawatir. Pasien mampu melakukan mengontrol halusinasi dengan cara minum obat dengan benar dan teratur.

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

Tindakan Keperawatan: Strategi pelaksanaan kedua pasien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran, mengucapkan salam, menanyakan kabar, dan perasaan pasien hari ini, menanyakan apakah ada keluhan dan berikan assessment ulang halusinasi dan kemampuan mengahardik halusinasi, mengingatkan pada pasien tentang kontrak waktu yang kemarin yang telah disepakati dalam topik, tempat dan waktu, menjelaskan tujuan mengontrol halusinasi dengan cara minum obat yang baik dan benar, memberikan pujian kepada pasien, menjelaskan kegunaan obat yang didapatkan , menjelaskan akibat bila tidak minum obat, menjelaskan cara mendapatkan obat/ berobat bila putus obat jumlah obat yang diminum, menjelaskan cara menggunakan obat dengan prinsip 5 benar (benar pasien, benar obat, benar dosis, benar waktu, benar cara pemberian) dengan nama obat Trihexyphoridyl 2x1, Risperidone 2x1, Valdimex 2x1, Clozapine 1x1. Memberikan pujian yang realistis terhadap keberhasilan pasien. Menjelaskan kontrak yang akan datang untuk membahas tentang

cara mengontrol halusinasi yang ketiga yaitu bercakap-cakap dengan perawat atau orang lain, menanyakan kontrak besok tempat dan jam berapa.

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

Evaluasi

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

Data Objektif: Pasien bisa menghafal nama obat, bisa menghafal warna obat dan tau fungsi dan obat yang diminum, pasien mampu menyebutkan tujuan minum obat dan akibat jika tidak minum obat, pasien mampu menyebutkan efek samping minum obat, pasien mampu meminta obat dengan baik kepada perawat.

Assesment: Gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran masih ada

Planning: Anjurkan pasien untuk mengontrol halusinasinya dengan cara minum obat secara teratur dan benar, anjurkan pasien untuk memasukkan ke dalam jadwal harian pasien.

Pelaksanaan SP 3: Rabu, 22 Maret 2023 Pukul 08.00

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

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

Tujuan Umum: Pasien mampu mengontrol halusinasinya

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

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

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

Tindakan Keperawatan: : Strategi pelaksanaan ketiga pasien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran, mengucapkan salam, menanyakan kabar, dan perasaan pasien hari ini, menanyakan apakah ada keluhan dan memberikan assessment ulang halusinasi dan kemampuan mengontrol halusinasi, kemampuan cara minum obat dengan benar dan teratur, mengingatkan pada pasien tentang kontrak waktu yang kemarin yang telah disepakati yaitu bercakap-cakap dengan orang lain, menjelaskan tujuan mengontrol halusinasi, memberikan pujian kepada pasien.

mengajarkan cara bercakap- cakap dengan orang lain, mengevaluasi perasaan setelah bercakap- cakap, memberikan motivasi dan pujian.

Rencana Tindak Lanjut: Evaluasi cara menghardik, cara minum obat dengan benar dan teratur dan bercakap- cakap dengan orang lain ketika halusinasinya muncul, mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien, ajarkan pasien tentang cara mengatasi halusinasi dengan cara melakukan kegiatan terjadwal yaitu menggambar.

Evaluasi

Data Subjektif: Pasien mengatakan perasaanya tenang setelah bercakap- cakap dengan orang lain, pasien mengatakan mau bercakap- cakap dengan orang lain.

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

Assesment: Gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran masih ada.

Planning: Anjurkan pasien untuk bercakap- cakap dengan teman kamar lain/ orang lain pada jam 11.00 WIB Dan 14.00 WIB , anjurkan pasien untuk memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian.

Pelaksanaan SP 4 : Rabu, 22 Maret 2023 Pukul 09.00

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

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

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

Tujuan Khusus: Pasien mampu mengontrol halusinasi dengan cara melakukan kegiatan terjadwal

Kriteria Hasil: Pasien dapat menyebutkan waktu munculnya halusinasi, frekuensi, isi serta kondisi yang menyebabkan halusinasi muncul, pasien mengungkapkan perasaan terhadap halusinasinya tersebut seperti marah, takut, sedih, khawatir. Pasien mampu melakukan mengontrol halusinasi dengan cara melakukan kegiatan terjadwal yaitu dengan menggambar.

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

Tindakan Keperawatan: Strategi pelaksanaan keempat pasien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran, mengucapkan salam, menanyakan kabar, dan perasaan pasien hari ini, menanyakan apakah ada keluhan dan memberikan assesment ulang halusinasi dan kemampuan mengardik halusinasi, kemampuan cara minum obat dengan benar dan teratur, pentingnya bercakap- cakap dengan orang lain saat halusinasi muncul, membuat kontrak ulang untuk melakukan kegiatan terjadwal yaitu menggambar, mengevaluasi perasaan setelah melakukan kegiatan terjadwal yaitu menggambar, memberikan motivasi dan pujian.

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

Evaluasi

Data Subjektif: Pasien mengatakan senang, pasien mengatakan mengerti akan tujuan, manfaat dari melakukan kegiatan terjadwal.

Data Objektif: Pasien tampak bersemangat untuk menggambar dikertas yang sudah perawat siapkan, pasien mampu melakukan cara mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan terjadwal yaitu menggambar.

Asesment: Gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran masih ada dan tidak selesai

Planning: Anjurkan pasien melakukan kegiatan terjadwal yaitu menggambar pada jam 08.00 WIB dan 16.00 WIB , anjurkan pasien untuk memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian.

2. Diagnosa Keperawatan : Risiko Perilaku Kekerasan

Pelaksanaan SP 1: Senin, 20 Maret 2023 Pukul 09.00

Data Subjektif: Pasien mengatakan marah jika ada bisikan apabila marah pasien merusak barang- barang disekitarnya.

Data Objektif: Pasien tampak mondar mandir dan gelisah, emosi pasien tampak tidak stabil, pasien tampak tatapan tajam dan bermuka sinis, pasien tampak mudah tersinggung.

Tujuan Umum: Pasien dapat mengontrol perilaku kekerasan atau marah.

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

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

Rencana Tindakan Keperawatan: Bantu pasien mengungkapkan tanda-tanda perilaku kekerasan yang dialaminya, buat jadwal kegiatan harian, evaluasi SP 1 yaitu mengontrol emosi dengan relaksasi nafas dalam dan memukul bantal.

Tindakan Keperawatan: Menjelaskan tujuan interaksi untuk latihan mengontrol perilaku kekerasan agar proses penyembuhan lebih cepat, membuat kontrak waktu dan tempat, mengajarkan pasien cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik tarik nafas dalam dan pukul bantal.

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

Evaluasi

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

Data Obejktif: Pasien sudah tampak lebih tenang, pasien bisa mengulangi cara mengontrol emosi dengan teknik relaksasi nafas dalam dan memukul bantal.

Assesment: Risiko perilaku kekerasan masih ada.

Planning: Anjurkan pasien tarik nafas dan memukul bantal dalam 2 kali sehari pukul 09.00 WIB dan sore 21.00 WIB atau saat merasa emosi, anjurkan untuk memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian.

Pelaksanaan SP 2: Selasa, 21 Maret 2022 Pukul 09.00

Data Subjektif: Pasien mengatakan masih sering marah- marah karena suara bisikan.

Data Objektif: Pasien masih tampak mondar mandir dan gelisah, pasien masih tampak tatapan tajam dan bermuka sinis.

Tujuan Umum: Pasien dapat mengontrol perilaku kekerasan atau marah.

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

Kriteria Hasil: Pasien dapat mendemonstrasikan cara minum obat dengan benar dan teratur.

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

Tindakan Keperawatan: Mengevaluasi perilaku kekerasan, mempertahankan rasa percaya pasien dengan mengucapkan salam dan memberikan motivasi, mengassesment ulang resiko perilaku kekerasan, membuat kontrak ulang untuk cara minum obat yang baik dan benar, menjelaskan kegunaan obat yang didapatkan, menjelaskan akibat bila tidak minum obat, menjelaskan cara mendapatkan obat/ berobat bila putus obat jumlah obat yang diminum, menjelaskan cara menggunakan obat dengan prinsip 5 benar (benar pasien, benar obat, benar dosis, benar waktu, benar cara pemberian) dengan nama obat Trihexyphoridyl 2x1, Risperidone 2x1, Valdimex 2x1, Clozapine 1x1.

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

Evaluasi

Data Subjektif: Pasien mengatakan senang berbincang dengan perawat tentang cara mengontrol perilaku kekerasan dengan minum obat yang benar dan teratur, pasien mengatakan bisa menghafal hanya beberapa obat, bisa menghafal warna obat dan tau fungsi dari obat yang diminum, pasien mengatakan akan meminum obat dengan teratur.

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

Assesment: Risiko perilaku kekerasan masih ada.

Planning: Anjurkan pasien minum obat dengan cara benar dan teratur, anjurkan untuk memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian.

3. Diagnosa Keperawatan: Isolasi Sosial

Pelaksanaan SP 1: Senin, 20 Maret 2023 Pukul 10.00

Data Subjektif: Pasien mengatakan tidak mengobrol dengan teman - temannya pasien mengatakan lebih nyaman menyendiri.

Data Objektif: Pasien tampak lebih sering menyendiri, pasien tampak tidak mengobrol dan bersosialisasi dengan teman yang lain, kontak mata pasien kurang ketika di ajak berinteraksi terkadang mata melihat yang lain.

Tujuan Umum: Pasien dapat berinteraksi dengan orang lain.

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

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

Rencana Tindakan Keperawatan: Kaji pengetahuan tentang perilaku menarik diri, dan tanda- tandanya, beri kesempatan pasien untuk mengungkapkan perasaan penyebab menarik diri, diskusikan dengan pasien tentang keuntungan dan kerugian tidak berhubungan dengan orang lain, beri pujian positif tentang kemampuan pasien mengungkapkan perasannya, Kaji kemampuan pasien membina hubungan dengan orang lain.

Tindakan Keperawatan: Mengkaji pengetahuan pasien tentang perilaku isolasi sosial dan tanda dan gejala, memberi kesempatan pasien untuk mengungkapkan perasaannya penyebab isolasi sosial atau tidak mau bergaul, mendiskusikan dengan pasien tentang perilaku isolasi sosial, tanda gejala serta penyebab yang muncul, mengkaji tentang manfaat dan keuntungan berinteraksi dengan orang lain, membuat kontrak ulang untuk mengajarkan cara berkenalan dengan satu orang, menganjurkan pasien memasukkan ke dalam kegiatan harian.

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

Evaluasi

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

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

Assesment: Isolasi sosial masih ada.

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

Pelaksanaan SP 2: Selasa, 21 Maret 2023 Pukul 10.00

Data Subjektif: Pasien mengatakan lebih nyaman menyendiri

Data Objektif: Pasien tampak menyendiri, kontak mata kurang

Tujuan Umum: Pasien dapat berinteraksi dengan orang lain.

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

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

Rencana Tindakan Keperawatan: Menanyakan perasaan pasien dengan penuh perhatian dan dapat meningkatkan harga diri pasien, evaluasi SP 1 cara berkenalan, melatih cara berkenalan dengan dua orang atau lebih.

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

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

pasien, Latih SP 3 berkenalan dengan tiga atau lima orang sambil membereskan tempat tidur.

Evaluasi

Data Subjektif: Pasien mengatakan senang setelah diajak berkenalan dengan orang lain dan senang dengan perawat, pasien mengatakan senang berkenalan dengan orang lain.

Data Objektif: Pasien merasa senang, pasien mampu berkenalan dengan menyebutkan nama, hoby, alamat ketika berkenalan dengan orang lain, pasien mampu melakukan berkenalan dengan dua sampai tiga orang sambil membereskan tempat tidur

Assesment: Isolasi sosial masih ada

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

4. Diagnosa: Harga Diri Rendah Kronis

Pelaksanaan SP 1: Selasa, 21 Maret 2023 Pukul 11.00

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

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

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

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

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

Rencana Tindakan: Tanyakan nama pasien, jelaskan tujuan interaksi, ciptakan lingkungan yang tenang, buat kontrak yang jelas setiap pertemuan, jujur dan menepati janji, tunjukkan sikap empati dan menerima pasien apa adanya, berikan perhatian pada pasien, diskusikan kemampuan aspek positif yang dimiliki pasien, setiap bertemu pasien hindari respon negatif, berikan pujian yang positif, diskusikan bersama pasien kegiatan yang bisa dilakukan setiap hari sesuai kemampuan, beri kesempatan pada pasien untuk mencoba kegiatan yang telah direncanakan. Latih Sp 1 kemampuan pasien yang pertama.

Tindakan Keperawatan: Menanyakan perasaannya, mempertahankan rasa percaya pasien dengan ucapkan salam dan memberikan motivasi Mengidentifikasi aspek positif yang dimiliki, menilai kemampuan yang masih dapat digunakan, melakukan kegiatan sesuai dengan kemampuan

yang dimiliki dan masih bisa dilakukan di RS yaitu membereskan tempat tidur.

Rencana Tindak Lanjut: Evaluasi SP 1 yaitu membereskan tempat tidur dan melatih kemampuan yang dimiliki yaitu menggambar.

Evaluasi

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

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

Assesment: Harga diri rendah kronis masih ada

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

Pelaksanaan SP 2 : Rabu, 22 Maret 2023 Pukul 10.00

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

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

Tujuan Umum: Pasien memiliki konsep diri yang positif.

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

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

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

Tindakan Keperawatan: Mengevaluasi kegiatan yang masih bisa dilakukan, menanyakan perasaannya, mempertahankan rasa percaya pasien dengan ucapan salam dan memberikan motivasi. mengasesment ulang harga diri rendah kronis dan kemampuan pertama yang masih bisa dilakukan, membuat kontrak ulang untuk melakukan kemampuan yang kedua yang dimiliki yaitu menggambar.

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

Evaluasi

Data Subjektif: Pasien mengatakan senang diajarkan cara mempertahankan rasa percaya dirinya dengan melakukan kegiatan yaitu menggambar.

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

Assesment: Harga diri rendah kronis belum teratasi

Planning: Anjurkan pasien untuk menggambar setiap pukul 10.00 dan pukul 16.00, anjurkan pasien untuk terus melatih kegiatan yang masih dimilikinya dan yang sudah di latih, anjurkan pasien untuk mengembangkan kemampuan yang masih dimiliki, anjurkan pasien untuk memasukkan jadwal kegiatan harian, anjurkan pasien untuk terus melakukannya meskipun tidak ada perawat disampingnya

BAB IV PEMBAHASAN

Pada BAB ini penulis membandingkan antara teori dan tinjauan kasus termasuk pada faktor pendukung dan penghambat yang merupakan hasil dari pengamatan dan pelaksanaan selama menjalankan praktik keperawatan jiwa di ruang Bratasena Rumah Sakit Dr. Marzoeki Mahdi Bogor yang berjudul “ Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Halusinasi Pendengaran” penulis melakukan asuhan keperawatan yang dilaksanakan mulai dari pendekatan proses keperawatan yang meliputi: pengkajian, perumusan diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Berikut penulis akan membahas proses dari asuhan keperawatan satu persatu.

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 Bratasena. Berdasarkan teori faktor predisposisi untuk pasien dengan halusinasi yaitu faktor perkembangan, faktor sosial budaya, faktor psikologis, faktor biologis dan faktor genetik (Muhith, 2015).

Berdasarkan kasus faktor predisposisi yang menyebabkan pasien menjadi gangguan jiwa adalah faktor psikologis dan faktor sosial budaya. Faktor psikologis yang ditandai dengan pasien merasa malu dan tidak berguna karena tidak bekerja. Faktor sosial budaya yang ditandai dengan pasien tidak pernah mengikuti kegiatan apapun dalam masyarakat dikarenakan pasien hanya

Mengganggu sehingga pasien merasa malu untuk keluar rumah. Berdasarkan hasil pengkajian faktor predisposisi yang tidak menjadi faktor penyebab dari pasien menjadi gangguan jiwa adalah tidak ditemukan faktor perkembangan, faktor biologis dan faktor genetik. Faktor perkembangan ditandai dengan pasien sudah mandiri. Faktor biologis tidak ada penyakit penyerta yang dirasakan atau diderita oleh pasien. Faktor genetik ditandai dengan tidak ada anggota yang mengalami gangguan jiwa. Penulis menemukan kesenjangan antara teori dengan kasus.

Berdasarkan teori faktor presipitasi halusinasi menurut Yusuf (2014). Terdapat faktor- faktor pencetus respon neurologis dapat dijabarkan sebagai berikut, faktor stressor sosial budaya, faktor psikologis, dan faktor perilaku. Berdasarkan hasil pengkajian faktor presipitasi yang didapatkan pada pasien yaitu faktor stressor sosial budaya, faktor psikologis dan faktor perilaku. Faktor stressor sosial budaya yaitu pasien dipecat dari pekerjaannya dan mengganggu sehingga pasien malu untuk keluar rumah. Faktor psikologis pasien yaitu merasa malu dan tidak berguna karena tidak bekerja. Pada faktor perilaku pasien yaitu merasa tidak berguna, putus asa, merasa gagal, rendah diri, rendahnya kemampuan sosialisasi, ketidakadekuatan pengobatan, perilaku kekerasan. Penulis tidak menemukan kesenjangan antara teori dengan kasus.

Menurut (Keliat et al., 2014) tanda dan gejala halusinasi subjektif meliputi mendengar suara orang bicara tanpa ada orangnya, melihat benda, orang, atau sinar tanpa ada objeknya, menghidu bau-bauan yang tidak sedap, seperti bau badan padahal tidak, merasakan pengecapan yang tidak enak, merasakan rabaan atau gerakan badan gelisah, takut, sulit tidur. Objektif yaitu bicara sendiri,

tertawa sendiri, melihat ke satu arah, mengarahkan telinga ke arah tertentu, tidak dapat memfokuskan pikiran, diam sambil menikmati halusinasinya, menyendiri.

Berdasarkan hasil pengkajian, tanda dan gejala yang tidak muncul yaitu. Menurut (Keliat et al., 2014) tanda dan gejala halusinasi subjektif meliputi melihat benda, orang, atau sinar tanpa ada objeknya, menghidu bau-bauan yang tidak sedap, seperti bau badan padahal tidak, merasakan pengecapan yang tidak enak, merasakan rabaan atau gerakan badan, sulit tidur, takut. Objektif yaitu tertawa sendiri, melihat ke satu arah, mengarahkan telinga ke arah tertentu, tidak dapat memfokuskan pikiran, diam sambil menikmati halusinasinya.

Tanda dan gejala yang muncul pada pasien yaitu mendengar suara bisikan yang menyuruh merusak barang disekitarnya, pasien tampak berbicara sendiri, tampak gelisah, menyendiri. Penulis menemukan kesenjangan antara teori dengan kasus.

Berdasarkan teori tahapan halusinasi dibagi menjadi empat fase yaitu fase comforting, fase condemning, fase controlling, fase conquering. (Muhith, 2015). Dari hasil pengkajian, pasien menyerah dan sudah menerima sensorinya (halusinasi), pasien tampak menyendiri, pasien tampak tatapan tajam dan bermuka sinis, pasien tampak kesal jika mendengar suara bisikan yang menyuruh pasien merusak barang. Pasien mengalami halusinasi di fase *conquering*, karena halusinasi berubah menjadi memerintah pasien untuk merusak barang2- barang disekitarnya, tidak dapat berhubungan dengan orang lain, dan gelisah. Pada fase ini harus diatasi dengan cara intervensi ajarkan strategi pelaksana atau mengardik halusinasi, strategi pelaksana dua minum obat teratur, strategi pelaksana tiga melatih bercakap-cakap, strategi pelaksana empat

membuat jadwal aktivitas kegiatan harian. Penulis tidak menemukan kesenjangan antara teori dengan kasus.

Faktor pendukung yang didapatkan terbinanya hubungan saling percaya antara perawat dan pasien untuk diajak berbicara. Faktor penghambat yang penulis dapatkan dalam pengkajian yaitu tidak ada faktor penghambatnya dalam melakukan pengkajian dengan pasien.

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. 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 (Hulu, 2022). Menurut (Azizah, 2016) diagnosa keperawatan yang sering 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 yaitu: Gangguan sensori persepsi: halusinasi, risiko perilaku kekerasan, isolasi sosial, harga diri rendah. Berdasarkan pengkajian pasien di rawat diruang Bratasena karena pasien bicara sendiri, gelisah, dan sering merusak barang-barang disekitarnya. Gangguan persepsi sensori halusinasi penulis tegakan karena ditemukan data-data aktual pasien mengatakan sering mendengar

bisikan yang menyuruhnya untuk merusak barang-barang disekitarnya, pasien mengatakan suaranya datang pada jam 21.00 kadang tidak menentu, pasien mengatakan jika suaranya datang dia lebih memilih untuk memejamkan matanya dan mencoba untuk tidur, pasien tampak gelisah, pasien tampak berbicara sendiri saat sedang sendirian.

Resiko perilaku kekerasan penulis tegakkan karena, berdasarkan pengamatan dan wawancara dengan pasien didapatkan data aktual bahwa pasien mengatakan marah jika ada bisikan apabila marah pasien merusak barang- barang disekitarnya, pasien tampak mondar mandir dan gelisah, emosi pasien tampak tidak stabil, pasien tampak tatapan tajam dan bermuka sinis, pasien tampak mudah tersinggung.

Isolasi sosial penulis tegakkan karena berdasarkan pengamatan dan wawancara dengan pasien didapatkan data aktual bahwa pasien mengatakan hanya mengobrol dengan samping kasur atau teman sekamar, pasien tampak lebih sering menyendiri, pasien tampak jarang mengobrol dan bersosialisasi dengan teman yang lain, kontak mata pasien kurang ketika di ajak berinteraksi terkadang mata melihat yang lain.

Terakhir penulis menegakkan diagnosa keperawatan harga diri rendah karena berdasarkan pengamatan dan wawancara dengan pasien didapatkan data aktual bahwa pasien mengatakan malu sering menyusahkan orang tuanya karena pasien di rumah tidak bekerja, pasien mengatakan merasa sedih karena tidak bisa menjalankan perannya dengan baik, pasien bicara lambat dengan suara lemah & kurang kontak mata, tampak sering menunduk. Penulis tidak menemukan kesenjangan antara teori dengan kasus.

Faktor pendukung yang penulis dapatkan adalah tersedianya buku sumber dan sumber-sumber terpercaya lainnya serta kerja sama dan dukungan antara penulis dengan perawat ruangan. Penulis tidak menemukan kesulitan atau hambatan pada saat merumuskan diagnosa masalah keperawatan yang muncul pada pasien.

C. Intervensi Keperawatan

Setelah menetapkan diagnosa penulis membuat perencanaan yang akan diberikan pada pasien gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran adalah membina hubungan saling percaya dengan pasien dan memberikan salam terapeutik dengan menyapa pasien, menanyakan nama pasien, menjelaskan tujuan interaksi, ciptakan lingkungan yang tenang dan nyaman. Perencanaan tindakan keperawatan yang penulis lakukan yaitu meliputi perencanaan yang ditetapkan dari kriteria hasil, pelaksanaan dan evaluasi. Tujuan dari perencanaan pada pasien dengan gangguan persepsi sensori halusinasi penglihatan yaitu agar pasien dapat mengontrol halusinasi yang dialaminya. Ada beberapa tujuan khusus gangguan halusinasi antara lain: tujuan pertama, pasien dapat membina hubungan saling percaya yaitu sebagai dasar interaksi terapeutik antara penulis dan pasien. Tujuan kedua pasien mampu mengenal halusinasinya dari hal yang yang menimbulkan halusinasinya, isi, waktu, frekuensi halusinasi dan respon pasien terhadap halusinasinya. Tujuan ketiga pasien dapat mengontrol halusinasinya dengan cara yang telah diajarkan oleh penulis seperti menghardik halusinasi, meminum obat secara benar dan teratur, bercakap- cakap dengan orang lain, dan melakukan aktivitas secara terjadwal. Setiap akhir dari tindakan

keperawatan berikan penghargaan atas keberhasilan pasien dan berikan penguatan kepada pasien untuk tetap melakukan agar dapat sembuh dan kembali pada keluarga. Selain beri dukungan kepada pasien dalam melakukan sesuatu kegiatan.

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 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. Penulis tidak menemukan hambatan dalam 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 waku isi halusinasi itu terjadi. Pada pelaksanaan SP satu halusinasi tidak ditemukan hambatan pasien mampu mengikuti dan memperagakan kembali apa yang sudah diajarkan. Strategi pelaksana dua halusinasi adalah tindakan yang dilakukan secara teori dan kasus hasil yang

didapat pasien mampu mengetahui kerugian apabila tidak meminum obat serta mampu membuat jadwal meninum obat. Tidak ada kesenjangan yang terjadi pada pelaksanaan pasien. Pada pelaksanaan SP dua halusinasi tidak ditemukan adanya hambatan, karena pasien mampu menghafal nama obat, bisa menghafal warna obat dan tau fungsi dan obat yang diminum, pasien mampu menyebutkan tujuan minum obat dan akibat jika tidak minum obat, pasien mampu menyebutkan efek samping minum obat.

Strategi pelaksana tiga halusinasi pasien, berdasarkan teori dan kasus hasil yang didapat pasien mampu berkomunikasi kepada perawat Bratasena dan teman dilingkungannya. Pada pelaksana SP tiga tidak ditemukan hambatan. Strategi pelaksana empat halusinasi pasien berdasarkan teori dan kasus melaksanakan aktivitas terjadwal. Hasil yang didapat pasien mampu membuat jadwal aktivitas harian seperti menggambar.

Pada pelaksa SP empat tidak ditemukan hambatan, karena pasien mampu mengikuti apa yang sudah diajarkan yaitu melakukan aktivitas menggambar. Setelah dilakukan tindakan, penulis tidak menemukan kesenjangan antara teori dan kasus pada saat pelaksanaan tindakan dapat dilakukan sesuai dengan strategi pelaksanaan pada teori.

Faktor pendukung yang penulis dapatkan adalah dapat terbinanya hubungan saling percaya antara pasien dengan perawat, dan perawat ruangan. Penulis tidak menemukan faktor penghambat pada proses pelaksanaan keperawatan .

E. Evaluasi Keperawatan

Setelah tindakan keperawatan, segera evaluasi. Evaluasi terhadap masalah keperawatan halusinasi meliputi kemampuan pasien halusinasi dan keluarganya dan kemampuan perawat dalam merawat pasien halusinasi. (Keliat, et al., 2014) evaluasi merupakan langkah proses asuhan keperawatan apakah intervensi yang dibuat berhasil meningkatkan kondisi pasien dan untuk mengetahui sejauh mana tujuan dari rencana tindakan keperawatan berhasil atau tidak dengan membandingkan hasil akhir dan kriteria hasil yang dibuat di rencana tindakan keperawatan.

Menurut (Keliat, et al., 2014) kemampuan kognitif pasien mampu menyebutkan penyebab halusinasi, menyebutkan karakteristik halusinasi yang dirasakan: jenis, isi, frekuensi, durasi, waktu, situasi yang menyebabkan dan respons, menyebutkan akibat yang ditimbulkan dari halusinasi, menyebutkan cara yang selama ini digunakan untuk mengendalikan halusinasi, menyebutkan cara mengendalikan halusinasi yang tepat. Kemampuan psikomotor pasien mampu melawan halusinasi dengan menghardik, mengalihkan halusinasi dengan cara distraksi yaitu bercakap-cakap dan melakukan aktivitas, minum obat dengan prinsip 8 benar, yaitu benar nama, obat, manfaat, dosis, frekuensi, cara, tanggal kadaluarsa, dokumentasi. Kemampuan afektif pasien mampu merasakan manfaat cara- cara mengatasi halusinasi, membedakan perasaan sebelum dan sesudah latihan.

Pada tahap ini yang dilakukan penulis adalah mengevaluasi tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Sebelum dilakukan asuhan keperawatan terdapat 4 tanda gejala dan setelah dilakukan asuhan keperawatan selama tiga

hari ada beberapa tanda dan gejala yang berhasil diturunkan atau dihilangkan yaitu pasien tampak sudah tidak berbicara sendiri, pasien sudah tidak tampak gelisah, pasien sudah tidak menyendiri. Dari asuhan keperawatan yang diberikan pada pasien selama 3x24 jam yaitu tanda gejala yang awalnya 4 setelah dilakukan intervensi menurun menjadi 1, sehingga dapat disimpulkan bahwa tanda gejala menurun sebanyak 60%. Kemampuan pasien yang meningkat yaitu pasien mampu menyebutkan penyebab halusinasi, menyebutkan karakteristik halusinasi yang dirasakan: jenis, isi, frekuensi, durasi, waktu, situasi yang menyebabkan dan respons, menyebutkan akibat yang ditimbulkan dari halusinasi, menyebutkan cara yang selama ini digunakan untuk mengendalikan halusinasi, mampu melawan halusinasi dengan menghardik, mengalihkan halusinasi dengan cara distraksi yaitu bercakap-cakap dan melakukan aktivitas, minum obat dengan prinsip 8 benar, yaitu benar nama, obat, manfaat, dosis, frekuensi, cara, tanggal kadaluarsa, dokumentasi, membedakan perasaan sebelum dan sesudah latihan, sehingga dapat disimpulkan kemampuan pasien meningkat sebanyak 80%.

BAB V PENUTUP

Pada bab ini penulis menguraikan kesenjangan anatar teori dan kasus. Pada BAB ini penulis menguraikan Asuhan Keperawatan pada Tn. G di Ruang Bratasena Rumah Sakit Dr. H Marzoeqi 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 mendengar suara bisikan yang menyuruh merusak barang disekitarnya, pasien tampak gelisah, pasien tampak berbicara sendiri, pasien tampak menyendiri. Pasien mengatakan Halusinasi datang biasanya pada malam hari jam 21.00 atau tidak menentu saat pasien sendiri. Pasien berada pada tahap halusinasi fase *conquering* .

Faktor predisposisi yang muncul pada pasien yaitu faktor psikologis dan faktor sosial budaya. Faktor presipitasi yang muncul pada pasien yaitu faktor stressor sosial budaya, faktor psikologis 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 strategi pelaksanaan satu yang terdiri dari mengidentifikasi pengetahuan pasien tentang 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, keuntungan minum obat, dan kerugian jika tidak minum 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 yang terjadwal.

Pada tahap evaluasi keperawatan adalah mengevaluasi tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Sebelum dilakukan asuhan keperawatan terdapat 4 tanda gejala dan setelah dilakukan asuhan keperawatan selama tiga hari ada beberapa tanda dan gejala yang berhasil diturunkan atau dihilangkan yaitu pasien tampak sudah tidak berbicara sendiri, pasien sudah tidak tampak gelisah, pasien sudah tidak menyendiri. Dari asuhan keperawatan yang diberikan pada pasien selama 3x24 jam yaitu tanda gejala yang awalnya 4 setelah dilakukan intervensi menurun menjadi 1, sehingga dapat disimpulkan bahwa tanda gejala menurun sebanyak 60%. Kemampuan pasien yang meningkat yaitu pasien mampu menyebutkan penyebab halusinasi,

menyebutkan karakteristik halusinasi yang dirasakan: jenis, isi, frekuensi, durasi, waktu, situasi yang menyebabkan dan respons, menyebutkan akibat yang ditimbulkan dari halusinasi, menyebutkan cara yang selama ini digunakan untuk mengendalikan halusinasi, mampu melawan halusinasi dengan menghardik, mengalihkan halusinasi dengan cara distraksi yaitu bercakap-cakap dan melakukan aktivitas, minum obat dengan prinsip 8 benar, yaitu benar nama, obat, manfaat, dosis, frekuensi, cara, tanggal kadaluarsa, dokumentasi, membedakan perasaan sebelum dan sesudah latihan, sehingga dapat disimpulkan kemampuan pasien meningkat sebanyak 80%.

B. Saran

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada Tn. G dengan masalah utama gangguan halusinasi pendengaran maka penulis membuat saran bagi seluruh pihak yang bertujuan untuk meningkatkan lagi mutu asuhan keperawatan khususnya bagi pasien dengan gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran.

1. Untuk Mahasiswa/ Penulis

Diharapkan mahasiswa telah memahami konsep asuhan keperawatan jiwa pada pasien dengan gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran diharapkan lebih memperhatikan kondisi pasien yang mengalami gangguan persepsi sensori halusinasi dan memahami konsep asuhan keperawatan jiwa dengan menjalin hubungan saling percaya agar saat interaksi dengan pasien berjalan dengan lancar tidak ada hambatan dan sering mengobrol masalah yang sedang dialami pasien. 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.

2. Untuk pasien dan keluarga

Keluarga dapat ikut serta dalam merawat pasien halusinasi pendengaran saat di rumah sehingga pasien merasa ada dukungan yang dapat mempercepat penyembuhan.

3. Untuk Perawat Ruangan

Diharapkan dapat berkoordinasi mengenai pasien membutuhkan asuhan keperawatan yang mengutamakan rasa aman, nyaman dan keterbukaan untuk pasien, menambahkan jadwal kegiatan harian pasien, memberikan bimbingan konseling secara langsung pada keluarga pasien jika menjenguk.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdul Muhit. (2015). *Pendidikan Keperawatan jiwa (Teori dan Aplikasi)*. Yogyakarta: Andi.
- Agustina, M. (2018). Tingkat Pengetahuan Pasien dalam Melakukan Cara Mengontrol dengan Perilaku Pasien Halusinasi Pendengaran. *Jurnal Ilmiah Ilmu Keperawatan Indonesia*, 7 (04), 306–312.
<https://doi.org/10.33221/jiiki.v7i04.74>
- Andri, J., Febriawati, H., Panzilion, P., Sari, S. N., & Utama, D. A. (2019). Implementasi Keperawatan dengan Pengendalian Diri Klien Halusinasi pada Pasien Skizofrenia. *Jurnal Kesmas Asclepius*, 1(2), 146–155.
<https://doi.org/10.31539/jka.v1i2.922>
- Austin, W., & Boyd, M. A. (2019). *Pschiatric & Mental Health Nursing For Canadian Practice*. Philadelphia: Wolthers Kluwer.
- Azizah, Lilik Ma'rifatul, imam Z. & A. akbar. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan jiwa*. Yogyakarta:Indomedia Pustaka.
<https://www.scribd.com/document/441283994/Buku-Ajar-Jiwa-2016-pdf>
- Damayanti & Iskandar. (2014). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Bandung: PT Refika Aditama.
- Dermawan, D. & R. (2013). *Keperawatan Jiwa Konsep dan Kerangka Kerja Asuhan Keperawatan*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Farhanah Irwan. (2021). *Auhan Keperawatan Jiwa Dengan Masalah Halusinasi*.
<https://www.studocu.com/id/document/politeknik-negeri-banjarmasin/biology-science-education/asuhan-keperawatan-jiwa-dengan-masalah-halusinasi/32736499>
- Harkomah, I. (2019). Analisis Pengalaman Keluarga Merawat Pasien Skizofrenia dengan Masalah Halusinasi Pendengaran Pasca Hospitalisasi. *Jurnal Endurance*, 4(2), 282. <https://doi.org/10.22216/jen.v4i2.3844>
- Keliat & Akmat. (2014). *Model Praktek Keperawatan Profesional Jiwa*. Jakarta : EGC.
- Keliat Anna Budi, Achir Yani, Yossie Susanti Eka Putri, Novy, Ice Yulia Wardani, Herni Susanti, Giur Hargaiani, R. U. P. (2014). *ASUHAN KEPERAWATAN JIWA*. Jakarta : EGC.
- Keliat Budi Anna, Hamid, Y. S. E. P. (2014). *Proses Keperawatan Jiwa Edisi II*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Ma. Theresa M. Amiths BS Pharm. (2016). *MIMS Petunjuk Konsultasi Indonesia 2016/2017*. Jakarta: PT Bhuana Ilmu Populer.

- Maudhunah Sururin. (2020). *Penerapan Asuhan Keperawatan Jiwa Halusinasi*. 1–35.
- Muhith, A. (2015). *Pendidikan Keperawatan Jiwa Teori Dan Aplikasi*. Yogyakarta : CV Andi Offset.
- Pardede, Keliat, & W. (2013). *Manajemen Kasus Gangguan Jiwa*. Jakarta : EGC.
- Pardede. (2015). Kepatuhan dan Komitmen Klien Skizofrenia Meningkatkan Setelah Diberikan Acceptance And Commitment Therapy dan Pendidikan Kesehatan Kepatuhan Minum Obat. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 18(3), 157–166. <https://doi.org/10.7454/jki.v18i3.419>
- Pardede, J. A. (2021). Self-Efficacy Dan Peran Keluarga Berhubungan Dengan Frekuensi Kekambuhan Pasien Skizofrenia. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 4(1), 57–66.
- Pardede, J. A., & Laia, B. (2020). Decreasing Symptoms of Risk of Violent Behavior in Schizophrenia Patients Through Group Activity Therapy. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 3(3), 291–300. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.32584/jikj.v3i3.621>
- Prabowo. (2014). *Konsep dan Aplikasi Asuhan Keperawatan Jiwa*. Jakarta: Nuha Medika.
- Riskesdas. (2013). Hasil Riset Kesehatan Dasar Tahun 2013. *Expert Opinion on Investigational Drugs*, 7(5), 803–809. <https://doi.org/10.1517/13543784.7.5.803>
- Riskesdas. (2018). Hasil Riset Kesehatan Dasar Tahun 2018. *Kementrian Kesehatan RI*, 53(9), 1689–1699.
- Sanchaya, K. P., Sulistiowati, N. M. D., & Yanti, N. P. E. D. (2018). Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Orang Dengan Gangguan Jiwa. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 1(2), 87. <https://doi.org/10.32584/jikj.v1i2.151>
- Stuart, G. W. (2013). *Buku Saku Keperawatan Jiwa*. Jakarta : EGC.
- Suryenti, V. & E. V. S. (2017). Pengaruh Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Persepsi Halusinasi Terhadap Kemampuan Mengontrol Halusinasi Pada Pasien Skizofrenia Di Ruang Rawat Inap Arjuna Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Jambi. *Riset Informasi Kesehatan*, 6(2), 174. <https://doi.org/10.30644/rik.v6i2.95>
- Susilawati, S., & Fredrika, L. (2019). Pengaruh Intervensi Strategi Pelaksanaan Keluarga terhadap Pengetahuan dan Kemampuan Keluarga dalam Merawat Klien Skizofrenia dengan Halusinasi. *Jurnal Keperawatan Silampari*, 3(1), 405–415. <https://doi.org/10.31539/jks.v3i1.898>
- Sutejo. (2017). *Keperawatan Kesehatan Jiwa: Prinsip dan Praktik Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Sutinah. (2016). *Jurnal Ipteks Terapan. Penerapan Standar Asuhan Keperawatan*

dan TAK Stimulus Persepsi Terhadap Kemampuan Mengontrol Halusinasi, 4(Jurnal Ipteks Terapan), 252–261.

- Syahdi, D., & Pardede, J. A. (2022). Penerapan strategi pelaksanaan (SP) 1-4 dengan masalah halusinasi pada penderita skizofrenia: studi kasus. *Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2019, 1–47. <https://osf.io/y52rh>
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definsi dan Indikator Diagnostik*. Jakarta: Dewan Pengurus PPNI.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2017). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Definsi dan Indikator Diagnostik*. Jakarta: Dewan Pengurus PPNI.
- UU No. 18. (2014). Undang-Undang Republik Indonesia Tentang Kesehatan Mental No. 18 Tahun 2014. *Undang- Undang Tentang Kesehatan Jiwa*, 1, 2.
- WHO. (2019). *Schizophrenia*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- Wilkison, J. M. (2016). *Diagnosa Keperawatan Diagnosa: NANDA-1 Intervensi NIC, Hasil NOC , Edisi 10*. Jakarta : EGC.
- Wuryaningsih, E. W. dkk. (2018). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa 1*. Jember: UPT Percetakan & Penerbitan Universitas Jember.
- Yosep& Sutini. (2020). Buku Ajar Psikoterapi Skizofernia. In *Nucl. Phys.* (Vol. 13, Issue 1).
- Yosep, H. I. & T. S. (2016). *Buku Ajar Keperawatan jiwa*. Bandung: PT Refika Aditama.
- Yusuf Ahmad, R. F. & H. E. N. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Zega, R. (2021). *Mental Nursing Care Management In Schizophrenic Patients With Hallucinations Through Generalist Therapy: Case Study*.

STRATEGI PELAKSANAAN (SP) I PASIEN HALUSINASI

Melatih pasien menghardik halusinasi

Nama : Tn. G

Pertemuan : 1

Tanggal : 20 Maret 2023

Ruangan : Bratasena

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Pasien

DS: Pasien mengatakan mendengar suara bisikan yang menyuruhnya untuk melakukan tindakan negatif (merusak barang-barang disekitar). Pasien mengatakan percaya dengan bisikan tersebut. Pasien mengatakan halusinasinya datang pada malam hari sekitar jam 21.00 atau tidak menentu, saat pasien sedang sendiri. Pasien mengatakan biasanya saat halusinasi datang ketika keadaanya sedang sunyi dan pasien sedang diam. Pasien mengatakan untuk mengatasi halusinasinya dengan cara tidur namun cara tersebut kurang efektif karena suara-suara terkadang masih bisa pasien dengar, pasien mengatakan tidak bisa tidur nyenyak karena mendengar bisikan.

DO: Pasien tampak gelisah, pasien tampak berbicara sendiri, pasien tampak menyendiri, pasien ketika ditanya tidak pernah konsisten dengan

jawabannya selalu bertanya dan selalu menanyakan hal-hal yang hanya pasien dengar dalam halusinasinya, pasien tidak mampu berkonsentrasi saat berinteraksi pasien sudah dapat melakukan cara menghardik dengan benar

2. Diagnosa Keperawatan: Gangguan Sensori Persepsi Halusinasi
Pendengaran
3. Tujuan Khusus: 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.
4. 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 bapak Nama saya Tri Halimah Nur Rahmadhani senang dipanggil ima. Saya yang bertugas pagi ini dari jam 08:00 pagi-14:00 siang. Nama bapak siapa? Senang dipanggil apa?''.
 - b. Evaluasi/Validasi "Bagaimana perasaannya hari ini? Semalam tidurnya nyenyak atau tidak? Apa keluhan bapak saat ini?''.

- c. Kontrak (Topik, Waktu, Tempat, Tujuan) "Bagaimana kalau kita mengobrol tentang suara-suara yang selama ini bapak dengar tetapi tidak tampak wujudnya? Tujuannya agar ibu/ bapak mengetahui suara-suara itu sebenarnya tidak nyata, dan bapak bisa melakukan cara menghardik halusinasi untuk mengusir suara itu. Apa bapak mau? Kita mau melakukan latihan cara menghardik berapa lama? Bagaimana kalau 30 menit ? Baik, kita mau melakukan dimana?".

2. Fase Kerja

“Apakah bapak 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 bapak alami? Pada keadaan apa suara itu terdengar? Apakah pada waktu sendiri? Apa yang bapak rasakan pada saat mendengar suara itu? Apa yang bapak 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? pak 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 bapak 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 bapak peragakan! Nah begitu, bagus Coba lagi! Ya bagus bapak sudah bisa melakukannya".

3. Fase Terminasi

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

STRATEGI PELAKSANAAN (SP) II PASIEN HALUSINASI

Melatih pasien menggunakan obat dengan benar

Nama : Tn.G

Pertemuan : 2

Tanggal : 21 Maret 2023

Ruangan :Bratasena

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Pasien

DS: Pasien mengatakan masih mendengar suara-suara yang menyuruhnya untuk merusak barang disekitarnya, pasien mengatakan telah melakukan menghardik halusinasi

DO: Pasien tampak melakukan menghardik halusinasi, pasien tampak gelisah, pasien tampak berbicara sendiri,

2. Diagnosa keperawatan: Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi

Pendengaran

3. 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.

4. Tindakan Keperawatan : Mengevaluasi jadwal kegiatan harian, memberikan pendidikan kesehatan tentang penggunaan obat secara

5. teratur, menganjurkan pasien memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian

B. Strategi Komunikasi

1. Fase Orientasi

- a. Salam Terapeutik : "Selamat pagi bapak. Masih inget sama saya ga ? iya bener saya suster ima, saya yang bertugas pagi ini dari jam 08:00 pagi - 14:00 siang.
- b. Evaluasi/Validasi: "Bagaimana keadaan bapak 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 pak Bagaimana dengan jadwal kegiatan hariannya apa sudah dilakukan? Boleh saya lihat? Wah hebat bapak sudah melakukannya. Apakah pagi ini bapak sudah minum obat? Jam berapa bapak minum obat pagi ini?".
- c. Kontrak (Topik, Waktu, Tempat, Tujuan): “ bapak 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 bapak mengetahui berapa jumlah obat yg diminum dan kegunaan setiap obatnya. Apa bapak mau? Kita mau berbincang berapa lama? Bagaimana kalau kita berbincang kurang lebih 15 menit? Baik, kita mau berbincang dimana?".

2. Fase Kerja

“Bapak adakah bedanya setelah minum obat secara teratur? Apakah suara-suara berkurang/hilang?. Minum obat sangat penting supaya suara-suara yang bapak dengar dan mengganggu selama ini tidak muncul lagi. Berapa macam obat yang bapak minum? Suster kasih tau ya pak obat yang berwarna orange namanya Clozapine diminum satu hari kali sehari pada jam 07.00 Obat ini gunanya untuk menghilangkan suara-suara. Obat yang berwarna putih namanya Thrihexyphoridyl diminum dua kali sehari pada jam 07.00 dan 19.00 obat ini gunanya untuk rileks dan tidak kaku. Obat yang berwarna putih namanya Valdimex diminum dua kali sehari pada jam 07.00 dan 19.00 obat ini gunanya untuk meringkankan gangguan kecemasan, gelisah, dan kesulitan tidur. Obat yang berwarna putih namanya Risperidone diminum dua kali sehari pada jam 07.00 dan 19.00 obat ini gunanya untuk mengobati dan membantu mengontrol emosi dan menjernihkan pikiran. Nanti konsultasikan dengan dokter, sebab kalau putus obat, bapak akan kambuh dan sulit untuk mengembalikan ke keadaan semula. Kalau obat habis bapak bisa minta ke dokter untuk mendapatkan obat lagi, bapak juga harus teliti saat menggunakan obat-obatan ini. Pastikan obatnya benar, artinya bapak harus memastikan bahwa itu obat yang benar-benar punya bapak. 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 bapak 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 pak setelah bercakap-cakap tentang cara kedua mengontrol halusinasi yaitu minum obat secara teratur?. Coba sekarang bapak sebutkan kembali apa saja yang harus diperhatikan sebelum minum obat?. Wah bagus sekali jawaban bapak, bapak sudah paham cara minum obat dengan benar".
- b. Rencana Tindak Lanjut : Ibu/ bapak jangan lupa minum obat tepat waktu sesuai dengan jadwal dibuatnya. Dan jangan lupa bapak masukkan ke dalam jadwal kegiatan harian yang kemarin sudah kita buat ya pak".
- c. Kontrak yang Akan Datang (Waktu, Tempat, Tujuan): " bapak besok bagaimana kalau kita bertemu lagi? Saya akan mengajari cara ke tiga untuk mencegah suara-suara yang bapak dengar dan rasakan yaitu dengan cara bercakap-cakap, Apakah bapak bersedia?". "Besok mau melakukan cara yang ketiga jam berapa pak? Mau melakukan dimana? Oke besok kita berjumpa lagi ya pak, sampai bertemu kembali, jangan lupa selalu jaga kesehatan ya pak".

STRATEGI PELAKSANAAN (SP) III PASIEN HALUSINASI

Melatih pasien bercakap-cakap dengan orang lain

Nama : Tn. G

Pertemuan : 3

Tanggal : 22 Maret 2023

Ruangan :Bratasena

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Pasien

DS: Pasien masih mendengar suara-suara yang menyuruhnya unruk merusak barang-barang, pasien mengatakan sudah melakukan menghardik haluisnasi, pasien mengatakan sudah minum obat rutin

DO: Pasien tampak melakukan menghardik halusinasi, pasien masih tampak gelisah

2. Diagnosa Keperawatan: Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi

Pendengaran

3. 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

4. Tindakan: 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 bapak, masih inget dengan saya ga pak ?iya bener saya suster ima saya yang bertugas pagi ini dari jam 08:00 pagi - 14:00 siang".
- b. Evaluasi/Validasi: "Bagaimana kabar bapak 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 pak? Wah bagus sekali pak. Bagaimana dengan jadwal kegiatan hariannya apa sudah dilakukan? Boleh saya lihat? Wah hebat bapak sudah melakukannya. Apakah pagi ini bapak sudah minum obat? Coba bapak sebutkan kembali manfaat yang dirasakan saat minum obat? Wah bagus sekali jawaban yang bapak berikan".
- c. Kontrak (Topik, Waktu, Tempat, Tujuan): "bapak 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 bapak dapat teralihkan ketika

mendengar suara. Apa bapak 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 bapak mulai mendengar suara-suara, langsung saja cari teman untuk diajak ngobrol. Minta teman untuk ngobrol dengan bapak Contohnya begini: Tolong, saya mulai dengar suara-suara. Ayo ngobrol dengan saya. Begitu pak. Coba bapak lakukan seperti yang saya tadi lakukan. Ya, begitu. Bagus Coba sekali lagi, Bagus. Nah, latih terus ya bapak".

3. Fase Terminasi

- a. Evaluasi Subjektif dan Objektif : "Bagaimana perasaan bapak setelah berlatih tentang cara ketiga mengontrol halusinasi yaitu dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain?. Coba sekarang bapak peragakan bagaimana cara mengontrol halusinasi dengan cara mengajak orang lain untuk bercakap-cakap?. Wah bagus sekali bapak".
- b. Rencana Tindak Lanjut : "bapak jangan lupa untuk berlatih bercakap-cakap dengan orang lain untuk mengontrol halusinasi suara yang tidak tampak wujudnya. Jangan lupa pak masukkan ke dalam jadwal kegiatan harian yang kemarin sudah kita buat ya pak".
- c. Kontrak yang Akan Datang (Waktu, Tempat, Tujuan): "bapak besok bagaimana kalau kita bertemu lagi? Saya akan mengajari cara

keempat untuk mencegah suara-suara yang bapak rasakan yaitu dengan cara melakukan kegiatan yang sudah terjadwal, Apakah bapak bersedia?". "Besok mau mengobrol jam berapa pak? Mau mengobrol dimana? Oke besok kita berjumpa lagi ya pak, sampai bertemu kembali. Jangan lupa selalu jaga kesehatan ya pak

STRATEGI PELAKSANAAN (SP) IV PASIEN HALUSINASI

Melatih pasien dengan melakukan aktivitas terjadwal

Nama : Tn. G

Pertemuan : 4

Tanggal : 22 Maret 2023

Ruangan : Bratasena

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Pasien

DS: Pasien mengatakkn suara yang didengar sudah berkurang, pasien mengatakan telah melakukan latihan menghardik halusinasi, pasien telah minum obat dengan teratur, pasien mengatakan telah menontrol halsusinasi dengan bercakap-cakap

DO:Pasien sudah dapat melakukan cara menghardik dengan benar, minum obat degan benar, bercakap-cakap dengan orang lain, pasien tampak tenang, tidak gelisah dan pandangan mata pasien sudah bisa fokus

2. Diagnosa Keperawatan: Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi

Pendengaran

3. 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.

4. Tindakan: 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 pak, masih inget sama saya ga pak ?

Iya bener saya suster ima saya yang bertugas pagi ini dari jam 08:00 pagi - 14:00 siang".

- b. Evaluasi/Validasi: "Bagaimana kondisi pak 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 pak? Wah bagus sekali pak.

Bagaimana dengan jadwal kegiatan hariannya apa sudah dilakukan?

Boleh saya lihat? Wah hebat bapak sudah melakukannya. Apakah pagi

ini bapak sudah minum obat? Coba bapak sebutkan kembali manfaat

yang dirasakan saat minum obat? Wah bagus sekali jawaban yang

bapak berikan. Apakah bapak sudah berbincang-bincang dengan orang

lain?".

- c. Kontrak (Topik, Waktu, Tempat, Tujuan): "pak 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 bapak dapat teralihkan ketika mendengar suara. Apakah bapak 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 bapak 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 bapak bisa melakukannya. Kegiatan ini dapat bapak 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 pak setelah berlatih tentang cara keempat mengontrol halusinasi dengan cara melakukan aktivitas terjadwal?. Coba sekarang bapak sebutkan empat cara yang telah kita latih untuk mencegah suara-suara? Wah bagus sekali pak”.
- b. Rencana Tindak Lanjut: "bapak jangan lupa untuk terus berlatih dan lakukan cara yang telah kita lakukan dari kemarin untuk mengontrol halusinasi suara yang tidak tampak wujudnya. Jangan lupa bapak

masukkan ke dalam jadwal kegiatan harian yang kemarin sudah kita buat ya pak".

- c. kontrak yang Akan Datang (Waktu, Tempat, Tujuan) : "bapak besok bagaimana kalau kita bertemu lagi untuk melihat manfaat dari empat cara mengontrol halusinasi ini ya bapak. Apakah bapak bersedia?".
- "Besok mau bertemu jam berapa pak? Bagaimana kalau menjelang makan siang nanti? Mau berbincang dimana? Oke nanti kita berjumpa lagi ya pak, sampai bertemu kembali, jangan lupa selalu jaga kesehatan ya pak".

STRATEGI PELAKSANAAN (SP) I PASIEN RISIKO PERILAKU KEKERASAN

Melatih pasien dengan melakukan tarik nafas dalam dan pukul bantal

Nama : Tn. G

Pertemuan : 1

Tanggal : 20 Maret 2023

Ruangan : Bratasena

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Pasien

DS: Pasien mengatakan marah jika ada bisikan apabila marah pasien merusak barang- barang disekitarnya.

DO :Pasien tampak mondar mandir dan gelisah, emosi pasien tampak tidak stabil, pasien tampak tatapan tajam dan bermuka sinis, pasien tampak mudah tersinggung

2. Diagnosa Keperawatan: Risiko Perilaku Kekerasan

3. 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

4. Tindakan Keperawatan: Mendiskusikan penyebab risiko perilaku kekerasan, mendiskusikan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan

pasien, Mendiskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan,

Mendiskusikan akibat perilaku kekerasan

- a. Melatih pasien mencegah perilaku kekerasan dengan cara tarik napas dalam
- b. Memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian.

B. Strategi Komunikasi

1. Fase Orientasi

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

2. Fase Kerja "Kalau boleh saya tahu apa yang terjadi dirumah pak sampai bapak ada disini? Kenapa bapak marah-marah dan mengamuk? Apa bapak tahu tanda-tanda jika bapak sedang marah atau jengkel? Kalau bapak sedang marah apa yang biasa di lakukan? Apakah bapak tahu akibat dari

apa yang telah bapak lakukan jika marah?. Kalau menurut saya itu tidak baik pak. Apa yang biasa bapak lakukan untuk meredakan rasa marah? Sebaiknya jika bapak sedang kesal atau marah. Bapak dapat melakukan tarik nafas dalam dan bapak bisa menyalurkan rasa marah bapak melalui pukul bantal. Apakah bapak ingin tahu bagaimana langkah melakukan teknik relaksasi nafas dalam?. Saya contohkan ya pak, pertama bapak 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, bapak sudah bisa melakukannya. Bagaimana perasaan bapak?. Sekarang saya akan mencontohkan cara setelah bapak melakukan tarik nafas dalam yaitu menyalurkan amarah melalui pukul kasur dan bantal. Kamar bapak dimana? Jadi kalau nanti bapak kesal dan ingin marah, langsung pergi ke kamar dan lampiaskanlah kemarahan tersebut dengan memukul kasur dan bantal. Nah, coba bapak lakukan, pukul kasur dan bantalnya. Ya, bagus sekali".

3. Fase Terminasi

- a. Evaluasi Subjektif dan Objektif : "Bagaimana perasaannya pak setelah berbincang dengan saya mengenai cara pertama mengontrol amarah yaitu tarik nafas dalam dan pukul kasur dan bantal?. Coba sekarang bapak ulangi cara yang tadi saya ajarkan. Wah bagus sekali, bapak sudah paham bagaimana cara mengontrol amarahnya dengan baik".

- b. Rencana Tindak Lanjut: "Kekesalan yang bapak rasakan lampiaskan saja ke kasur dan bantal. Sebaiknya latihan ini bapak lakukan secara rutin sehingga bila sewaktu-waktu rasa marah itu muncul, bapak sudah biasa melakukannya dan jangan lupa untuk merapihkan kembali tempat tidurnya ya. Bapak bisa melakukan itu kapan saja. Bagaimana kalau kita buat jadwal latihannya ya pak, setelah bapak sudah melakukannya jangan lupa di masukkan ke dalam jadwal kegiatan harian ya".
- c. Kontrak yang Akan Datang (Waktu, Tempat, Tujuan): "bapak besok bagaimana kalau kita bertemu lagi? Saya akan mengajari cara ke dua untuk mengontrol amarah pak. Apakah bapak bersedia?". "Besok mau bertemu jam berapa pak? Mau berbincang dimana? Oke besok kita berjumpa lagi ya pak, sampai bertemu kembali, jangan lupa selalu jaga kesehatan ya".

STRATEGI PELAKSANAAN (SP) II PASIEN RISIKO PERILAKU KEKERASAN

Melatih pasien menggunakan obat dengan benar

Nama : Tn. G

Pertemuan : 2

Tanggal : 21 Maret 2023

Ruangan : Bratasena

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Pasien

DS: Pasien masih kesal karena mendengar suara bisikan, pasien mengatakan rasa kesal sedikit menghilang setelah tarik nafas dalam

DO: Pasien tampak sudah bisa meredam emosinya setelah tarik nafas dalam, pasien tampak bisa menyebutkan keuntungan dan kerugian jika tidak minum obat ,pasien masih tampak mondar mandir dan gelisah, pasien masih tampak tatapan tajam dan bermuka sinis.

2. Diagnosa Keperawatan: Risiko Perilaku Kekerasan

3. 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

4. Tindakan Keperawatan : Melatih pasien mencegah perilaku kekerasan dengan cara tarik napas dalam, memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian.

B. Strategi Pelaksanaan

1. Fase Orientasi

- a. Salam Terapeutik : "Selamat pagi bapak. Masih inget sama saya ga ? iya bener saya suster ima, saya yang bertugas pagi ini dari jam 08:00 pagi - 14:00 siang.
- b. Evaluasi/Validasi "Bagaimana keadaan bapak hari ini? Semalam tidurnya nyenyak atau tidak? Bagaimana dengan jadwal kegiatan hariannya apa sudah dilakukan? Boleh saya lihat? Wah hebat bapak sudah melakukannya. Apakah pagi ini bapak sudah minum obat? Jam berapa bapak minum obat pagi ini?".
- c. Kontrak (Topik, Waktu, Tempat, Tujuan): “ bapak kemarin kan kita sudah buat janji ya untuk berbincang-bincang kembali hari ini? Kita akan belajar tentang cara yang kedua mengontrol marah yaitu dengan cara minum obat dengan benar. Tujuannya agar bapak mengetahui berapa jumlah obat yg diminum dan kegunaan setiap obatnya. Apa bapak mau? Kita mau berbincang berapa lama? Bagaimana kalau kita berbincang kurang lebih 15 menit? Baik, kita mau berbincang dimana?".

2. Fase Kerja

“Bapak adakah bedanya setelah minum obat secara teratur? Apakah marah berkurang atau menghilang ? Minum obat sangat penting supaya yang rpk yang bapak rasa tidak mengganggu dan bapak menjadi rileks Berapa

macam obat yang bapak minum? Suster kasih tau ya pak obat pak obat yang berwarna orange namanya Clozapine diminum satu hari kali sehari pada jam 07.00 Obat ini gunanya untuk menghilangkan suara-suara. Obat yang berwarna putih namanya Thrihexyphoridyl diminum dua kali sehari pada jam 07.00 dan 19.00 obat ini gunanya untuk rileks dan tidak kaku. Obat yang berwarna putih namanya Valdimex diminum dua kali sehari pada jam 07.00 dan 19.00 obat ini gunanya untuk meringkankan gangguan kecemasan, gelisah, dan kesulitan tidur. Obat yang berwarna putih namanya Risperidone diminum dua kali sehari pada jam 07.00 dan 19.00 obat ini gunanya untuk mengobati dan membantu mengontrol emosi dan menjernihkan pikiran jika bapak tidak marah-marah lagi obatnya tidak boleh diberhentikan. Nanti konsultasikan dengan dokter, sebab kalau putus obat, bapak akan kambuh dan sulit untuk mengembalikan ke keadaan semula. Kalau obat habis bapak bisa minta ke dokter untuk mendapatkan obat lagi, bapak juga harus teliti saat menggunakan obat-obatan ini. Pastikan obatnya benar, artinya bapak harus memastikan bahwa itu obat yang benar-benar punya bapak. 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 bapak 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 pak setelah bercakap-cakap tentang cara kedua mengontrol halusinasi yaitu minum

obat secara teratur?. Coba sekarang bapak sebutkan kembali apa saja yang harus diperhatikan sebelum minum obat?. Wah bagus sekali jawaban bapak, bapak sudah paham cara minum obat dengan benar".

b. Rencana Tindak Lanjut : Ibu/ bapak jangan lupa minum obat tepat waktu sesuai dengan jadwal dibuatnya. Dan jangan lupa bapak masukkan ke dalam jadwal kegiatan harian yang kemarin sudah kita buat ya pak".

c. Kontrak yang Akan Datang (Waktu, Tempat, Tujuan): " bapak besok bagaimana kalau kita bertemu lagi? Saya akan mengajari cara ke tiga untuk mengontrol marah bapak dengan verbalisasi dengan kata-kata positif, Apakah bapak bersedia?". "Besok mau melakukan cara yang ketiga jam berapa pak? Mau melakukan dimana? Oke besok kita berjumpa lagi ya pak, sampai bertemu kembali, jangan lupa selalu jaga kesehatan ya pak".

STRATEGI PELAKSANAAN (SP) I PASIEN ISOLASI SOSIAL

Melatih pasien berkenalan dengan satu orang

Nama : Tn. G

Pertemuan : 1

Tanggal : 20 Maret 2023

Ruangan : Bratasena

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Pasien

DS: Pasien mengatakan tidak mengobrol dengan teman- temannya
pasien mengatakan lebih nyaman menyendiri.

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

2. Diagnosa Keperawatan: Isolasi Sosial

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

4. Tindakan Keperawatan: Membina 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 lai, melatih

berkenalan dengan satu orang, menganjurkan pasien memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian

C. Strategi Keperawatan

1. Fase Orientasi

- a. Salam Terapeutik "Selamat siang Ibu, perkenalkan saya Mahasiswi keperawatan STIKes RS Husada yang akan merawat pak.. Nama saya Tri Halimah Nur Rahmadhani senang dipanggil ima. Saya yang bertugas pagi ini dari Husada jam 08:00 pagi - 14:00 siang. Nama Ibu siapa? Senang dipanggil apa?".
- b. Evaluasi/Validasi: "Bagaimana perasaan bapak hari ini? Semalam tidurnya nyenyak atau tidak? Apa keluhan bapak saat ini?".
- c. Kontrak (Topik, Waktu, Tempat, Tujuan): "Bagaimana kalau kita berbincang tentang keluarga dan teman-teman bapak? Apakah bapak bersedia? Kita mau berbincang berapa lama? Bagaimana kalau 30 menit pak? Baik, kita mau berbincang dimana?".

2. Fase Kerja "Saya lihat tampaknya Ibu diam saja dan suka menyendiri, kenapa bapak lebih suka menyendiri? Apa yang bapak rasakan saat sendiri? Menurut bapak, apa keuntungan bila berinteraksi dengan orang lain dan kerugian bila tidak berinteraksi dengan orang lain? Jika bapak tidak tahu, saya akan memberitahu keuntungannya yaitu bapak mempunyai banyak teman, saling bercerita dan tidak sendirian. Kerugiannya yaitu bapak tidak memiliki teman untuk berbagi cerita. Jadi banyak ruginya jika bapak tidak memiliki teman. Kalau begitu inginkah bapak 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 bapak menanyakan nama orang yang diajak berkenalan. Contohnya nama kamu siapa? Senang dipanggil apa? Asalnya darimana? Lalu hobbnnya apa? Ayo pak coba. Misalnya saya belum kenal dengan bapak. Coba berkenalan dengan saya. Ya bagus sekali pak. Coba sekali lagi. Bagus sekali".

3. Fase Terminasi

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

STRATEGI PELAKSANAAN (SP) II PASIEN ISOLASI SOSIAL

Melatih pasien berkenalan dengan dua orang atau lebih

Nama : Tn. G

Pertemuan : 2

Tanggal : 21 Maret 2023

Ruangan : Bratasena

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Pasien

DS: Pasien mengatakan sudah mengobrol dengan teman- temannya

DO: Pasien tampak sudah bisa berkenalan

2. Diagnosa Keperawatan

3. Tujuan: Pasien mampu berinteraksi dengan dua orang tau lebih

4. Tindakan Keperawatan: Mengevaluasi jadwal SP 1, memberikan kesempatan kepada pasien untuk menunjukkan cara berkenalan dengan dua orang tau lebih

B. Strategi Komunikasi

1. Fase Orientasi

a. Salam Terapeutik : Selamat pagi pak, saya suster ima saya yang bertugas pagi ini dari jam 08:00 pagi - 14.00 siang.

b. Evaluasi/Validasi : “Bagaimana kondisi bapak hari ini ? Semalam tidurnya nyenyak atau tidak ? Apa ada keluhan atau tidak ? Bagaimana

jadwal kegiatan hariannya dilakukan atau tidak ? Sudah berapa teman yang bapak kenal ?

c. Kontrak (Topik, Waktu, Tempat, Tujuan): “ Sesuai dengan janji kita yang kemarin sekarang kita akan membahas cara berkenalan dengan dua orang atau lebih ya. Mau dimana tempatnya? Mau berapa lama ?

d. Tujuan: “ Agar bapak bisa berkenalan dengan teman lebih banyak”

2. Fase kerja

"Kemarin bapak sudah berkenalan dengan siapa saja? Wah bapak hebat ya sudah mau berkenalan dengan orang lain."

"Sekarang saya mau lihat cara berkenalan dengan dua orang disini." "Coba sekarang bapak berkenalan seperti yang sudah saya ajarkan kemarin. Wah teteh hebat sudah bagus dan bisa nih ya berkenalan dengan dua orang"

"Nah sekarang kita catat ke dalam jadwal harian kegiatan teteh dengan siapa saja tadi bapak berkenalan? Setiap ibu habis kenalan dengan orang lain, jangan lupa untuk mencatatnya, ya."

3. Terminasi

a. Evaluasi subjektif dan objektif : "Bagaimana perasaan bapak setelah mencoba berkenalan dengan orang lain? Coba sekarang bapak ulangi, bagaimana cara berkenalan

b. Rencana Tindak Lanjut: "Bagaimana kalau kegiatan hari ini kita masukkan ke jadwal kegiatan harian bapak? mau berapa kali? Mau di jam berapa saja?"

c. Kontak yang akan datang: "Besok kita ketemu lagi ya, teh. Kita akan melakukan kegiatan aktivitas secara kelompok. Apa bapak setuju? Mau dimana tempatnya? Mau jam berapa?"

STRATEGI PELAKSANAAN (SP) I PASIEN HARGA DIRI RENDAH

Memilih kemampuan yang masih bisa dilakukan dan melatih kemampuan

Nama : Tn. G

Pertemuan : 1

Tanggal : 21 Maret 2022

Ruangan : Bratasena

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Pasien

DS: Pasien mengatakan malu sering menyusahkan orang tuanya karena pasien di rumah tidak bekerja, pasien mengatakan merasa sedih karena tidak bisa menjalankan perannya dengan baik

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

2. Diagnosa Keperawatan: Harga Diri Rendah

3. 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 Pelaksanaan

1. Fase Orientasi

- a. Salam terapeutik : Selamat siang pak perkenalkan saya mahasiswi keperawatan STIKes RS Husada yang akan merawat bapak. Nama saya Tri Halimah Nur Rahmadhani senang di panggil ima. Saya yang bertugas pagi ini dari jam 08:00 siang-14:00 siang. Nama bapak siapa ? senang di panggil apa?
- b. Evaluasi Validasi : bagaimana perasaan bapak 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 bapak lakukan? tujuannya agar lebih percaya diri dan mengetahui kemampuan apa saja yang masih bisa bapak lakukan di RS. Apa bapak mau ? kita mau ngobrol berapa lama ? Bagaimana kalau 30 menit ? baik kita mau ngobrol dimana ?

2. Fase Kerja “Apa yang bapak rasakan dan pikirkan saat ini? Kenapa malu?

Fike kasih tahu ya, setiap orang itu memiliki kelebihan dan kekurangan masing-masing pada dirinya. bapak tidak perlu malu karena itu, Bagaimana sekarang kita melakukan kegiatan atau kemampuan yang bapak masih bisa lakukan di RS?. Kegiatan apa saja yang biasa dilakukan? Merapihkan tempat tidur, menggambar, bernyanyi. Wah bagus sekali ada tiga kemampuan dan kegiatan yang bapak miliki. Sekarang bapak pilih satu kegiatan yang masih bisa bapak 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 bapak 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 bapak sudah bisa merapihkan tempat tidur dengan baik. Coba bedakah dengan sebelum yang dirapihkan? Bagus.”

3. Fase Terminasi

- a. Evaluasi Subjektif dan Objektif : “Bagaimana perasaan bapak setelah kita bercakap-cakap dengan saya? Dan bagaimana perasaan nya setelah latihan kemampuan pertama yang bapak 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 bapak sudah mengerti apa saja langkah cara merapihkan tempat tidur.
- b. Rencana tidak lanjut : “bapak ternyata banyak memiliki kemampuan yang dapat dilakukan di RS ini. Salah satunya merapihkan tempat tidur yang sudah bapak 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 bapak dapat

melakukannya tanpa disuruh, tulis B (bantuan) jika bapak harus di ingatkan untuk melakukan, dan T (tidak) melakukan”.

- c. Kontrak yang akan datang (Topik, Waktu, Tempat, Tujuan) : “bapak besok bagaimana kalau kita bertemu lagi? kita akan latihan lagi kemampuan yang kedua. Bapak 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 pak. sampai bertemu kembali, jangan lupa selalu jaga kesehatan ya”

STRATEGI PELAKSANAAN (SP) II PASIEN HARGA DIRI RENDAH

Memilih kemampuan yang masih bisa dilakukan dan melatih kemampuan

Nama : Tn. G

Pertemuan : 2

Tanggal : 22 Maret 2023

Ruangan : Bratasena

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Pasien

DS: Pasien mengatakan sudah melakukan kegiatan kemampuan pertama yang pasien masih miliki dan bisa dilakukan di RS yaitu merapikan tempat tidur dan sudah memasukkan ke dalam kegiatan harian

DO: Pasien tampak bisa merapikan tempat tidur dan sudah memasukan ke dalam jawdwal harian, pasien tampak senang dan percaya diri.

2. Diagnosa Keperawatan: Harga Diri Rendah

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

4. 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. Staregi Keperwatan

1. Fase Orientasi

a. Salam Terapeutik : Selamat pagi pak, saya suster ima saya yang bertugas pagi ini dari jam 08:00 pagi - 14.00 siang.

b. Evaluasi/Validasi : “Bagaimana kondisi bapak hari ini ? Semalam tidurnya nyenyak atau tidak ? Apa ada keluhan atau tidak ? Bagaimana jadwal kegiatan hariannya dilakukan atau tidak ? Coba ulangin lagi kemampuan yang pertama yang sudah kita latih kemarin. “wah bagus sekali bapak bisa menyebutkan dengan benar”.

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

2. Fase Kerja:” bapak mau menggambar apa? Alat apa saja yang biasa Ibu gunakan untuk menggambar ? Coba sekarang bapak menggambar. Wah bagus sekali gambaran bapak”.

3. Fase Terminasi

a. Evaluasi Subjektif dan Objektif : “Bagaimana pak setelah berlatih kemampuan yang kedua yaitu menggambar ? coba sekarang sebutkan kembali alat apa saja yang digunakan untuk menggambar ?wah bagus sekali”

- b. Rencana tidak lanjut :” Bapak 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, bapak bisa melatih dengan sendiri atau bersama temannya, harus terus dilatih ya “.
- c. Kontrak yang akan datang (Topik, Waktu, Tempat, Tujuan) : “Baik pak pertemuan kita hari ini cukup sampai disini dulu ya, pak sudah hebat bisa melakukan kemampuan yang masih miliki secara mandiri. Bapak harus terus dilatih. jangan lupa selalu menjaga kesehatan dan minum obat yang teratur ya, saya pamit ya pak, terima kasih selamat siang”.

ANALISA OBAT

1. 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. Gangguan pencernaan
2. Mulut kering
3. Penglihatan kabur
4. Pusing
5. Cemas
6. Konstipasi
7. Retensi urine

c. Indikasi

Segala jenis penyakit Parkinson, termasuk pasca ensefalitis dan idiopatik, sindroma parkinson akibat obat

d. Kontraindikasi

Tidak boleh diberikan pada pasien dengan glaukoma sudut sempit, Ileus paralitik, hipertrofi prostat.

2.Risperidone

a. Manfaat

1. Meredakan gejala skizofrenia dan gangguan bipolar
2. Mengatasi gangguan perilaku, termasuk gangguan perilaku pada penderita Alzheimer atau anak yang menderita autisme
3. Membantu menstabilkan emosi, menjernihkan pikiran dan mengurangi gejala psikosis

b. Efek samping

1. Pusing
2. Agitasi
3. Sakit kepala
4. Mulut terasa kering
5. Mual dan muntah
6. Peningkatan berat badan
7. Insomnia
8. Anisetas

c. Indikasi

1. Untuk terapi skizofrenia akut dan kronik
2. Kondisi psikosis lainnya
3. Mengurangi gejala-gejala afektif yang berhubungan dengan skizofrenia

d. Kontraindikasi

1. Pasien demensia dengan riwayat Cerebro Vascular Accident
2. Hipertensi/ DM
3. Intoleransi laktosa

4. Defisiensi Lapp-laktase

5. Hipertensivitas

3. Valdimex

a. Manfaat

1. Sebagai terapi pemeliharaan dan pemulihan ansietas
2. Memberikan efek tenang dalam prosedur bedah dan medis minor
3. Mengatasi kecemasan berat
4. Terapi tambahan untuk meredakan spasme otot karena peradangan atau trauma
5. Meredakan gejala putus alkohol akut
6. Insomnia yang berhubungan dengan kecemasan

b. Efek samping

1. Mengantuk
2. Sakit kepala
3. Mual
4. Konstipasi
5. Gngguan fungsi hati
6. Penglihatan kabur
7. Retensi urine

c. Indikasi

1. Gangguan kecemasan
2. Terapi tambahan untuk meredakan spasme otot karena peradangan atau trauma
3. Terapi putus alkohol akut

4. Anastesi

d. Kontraindikasi

1. Jangan digunakan untuk pasien yang memiliki riwayat hipersensitif pada diazepam atau obat golongan benzodiazepine lainnya
2. Glaukoma sudut sempit
3. Depresi pernapasan
4. Insufisiensi paru akut
5. Kondisi fobia
6. Ibu hamil,
7. Bayi dibawah 6 bulan
8. Laktasi

4. Clozapine

a. Manfaat

1. Meredakan gejala skizofrenia yang tidak responsive atau intoleransi terhadap obat neuroleptic klasik
2. Menurunkan resiko kecenderungan bunuh diri secara berulang

b. Efek Samping

1. Mengantuk
2. Peningkatan berat badan
3. Pandangan kabur
4. Mulut kering

5. Pusing
6. Konstipasi
7. Mual, muntah
8. Retensi urine

c. Indikasi

1. Pasien skizofrenia yang tidak responsif atau intoleransi terhadap obat neuroleptik klasik
2. Menurunkan resiko kecenderungan bunuh diri secara berulang

d. Kontra indikasi

1. Riwayat hipersensivitas terhadap clozapine
2. 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 hati yang aktif disertai dengan mual
7. Anoreksia atau ikterus

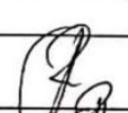
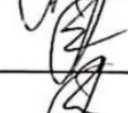
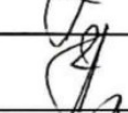


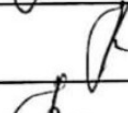
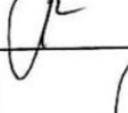
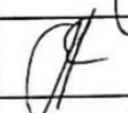
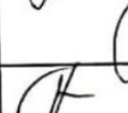


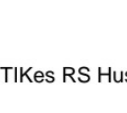

(Ma. Theresa M. Amiths BS Pharm, 2016)

LEMBAR KONSULTASI

Nama Pembimbing : Ns. Tri Setyaningsih M.Kep S.Kep J

Nama Mahasiswa : Tri Halimah Nur Rahmadhani

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn. G Dengan Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Pendengaran di ruang Bratasena Rumah Sakit Marzoeke Mahdi Bogor

NO	Tanggal	Konsultasi (Saran / Perbaikan)	TandaTangan
1	24 Februari 2023	Pengarahan penulisan KTI	
2.	15 Maret 2023	Pengumpulan Bab 2 dan persiapan UTEK	
3.	23 Maret 2023	Revisi BAB 2	
4.	24 Maret 2023	Pengumpulan BAB 1 dan revisi BAB 2	
5.	17 April 2023	Pengumpulan BAB 3 dan revisi BAB 1,2	
6.	10 Mei 2023	Revisi BAB 1,2,3	
7.	22 Mei 2023	Revisi BAB 1,2,3	
8.	29 Mei 2023	Revisi BAB 1,2,3	
9.	31 Mei 2023	Pengumpulan BAB 4,5 dan revisi BAB 3	
10.	5 Juni 2023	Revisi BAB 3,4,5	
11.	8 Juni 2023	Revisi BAB 3,4,5	
12.	9 Juni 2023	Revisi BAB 3,4	
13.	14 Juni 2023	Revisi BAB 4,5	
14.	16 Juni 2023	Pengumpulan cover - lampiran Acc	