



**Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN J DENGAN  
GANGGUAN PERSEPSI SENSORI: HALUSINASI  
PENDENGARAN DI RUANG NURI RUMAH SAKIT  
SOEHARTO HEERDJAN GROGOL, JAKARTA**

**RANGGA RADITYA**

**2110111**

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

**Jakarta, 2024**



**Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN J DENGAN  
GANGGUAN PERSEPSI SENSORI: HALUSINASI  
PENDENGARAN DI RUANG NURI RUMAH SAKIT  
SOEHARTO HEERDJAN GROGOL, JAKARTA**

**Laporan tugas akhir**

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

**RANGGA RADITYA**

**2110111**

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

**Jakarta, 2024**

## **HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS**

**Laporan tugas akhir ini adalah hasil karya sendiri,  
Dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk**

**Telah saya nyatakan dengan benar**

**Nama : Rangga Raditya**

**NIM : 2110111**

**Tanda tangan : **

**Tanggal : 25 Juni 2024**

**LEMBAR PERSETUJUAN**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN J DENGAN**  
**GANGGUAN PERSEPSI SENSORI: HALUSINASI**  
**PENDENGARAN DI RUANG NURI RUMAH**  
**SAKIT SOEHARTO HEERDJAN**  
**GROGOL, JAKARTA**

**Jakarta, 17 juni 2024**

**Pembimbing**



**Ns. Dian Fitria, M.Kep., Sp. Kep. J**

**LEMBAR PENGESAHAN**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN J DENGAN**  
**GANGGUAN PERSEPSI SENSORI: HALUSINASI**  
**PENDENGARAN DI RUANG NURI RUMAH**  
**SAKIT SOEHARTO HEERDJAN**  
**GROGOL, JAKARTA**

**PEMBIMBING**



**Ns, Dian Fitria, M.Kep., Sp.Kep.J**

**Ketua Peguji**



**Ns, Tri Setyaningsih M. Kep. Sp. Kep. J**

**Anggota Peguji**



**Ns. Shinta Prawitasari, M. Kep**

**Menyetujui**

Program Studi Diploma Tiga Keperawatan

**Ns. Nia Rosliany, M. Kep., Sp. Kep. MB**

**(Ketua)**

## KATA PENGANTAR

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

- 1 Ns. Dian Fitria, M. Kep., Sp. Kep. J selaku dosen pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini
- 2 Pihak Rumah Sakit Jiwa Soeharto Heerdjan yang telah banyak membantu dalam usaha memperoleh data yang saya perlukan
- 3 Orang tua dan keluarga saya yang telah memberikan bantuan dukungan material dan moral
- 4 Sahabat saya yang telah banyak membantu saya dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini
- 5 Kepada seseorang yang pernah bersama penulis terimakasih untuk patah hati yang pernah engkau berikan saat proses penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini. Karena dengan patah hati membuat penulis menjadi tambah bersemangat lagi untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini, terimakasih telah menjadi bagian yang menyenangkan sekaligus menyakitkan dari pendewasaan ini. Nama mu Abadi dalam *Q.S : 2: 57*
- 6 Terimakasih untuk musik dengan judul “Melangkah-feat. Afitbass, Yudin Nawir” karena telah memberikan dan menemani dalam setiap proses pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini
- 7 Terimakasih kepada teman saya sekaligus orang terpercaya yang bernama Muthiah mumtazah karena telah memberikan semangat untuk terus menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini

- 8 Ns. Tri Setyaningsih, M. Kep., Sp. Kep. J selaku penguji umu dalam tugas akhir yang telah banyak memberikan pengarahan dan bimbingan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah .
- 9 Ns. Shinta Prawitasari, M. Kep selaku penguji umum dalam tugas akhir yang telah banyak memberikan pengarahan dan bimbingan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
- 10 Tn J yang telah memberikan kepercayaan kepada penulisa dan kooperatif dalam menjalankan asuhan keperawatan dari awal sampai akhir.
- 11 Teman-teman seperjuangan kelompok KTI, Bayu Ismoyo, Fachria Abidah, Syahrul Aripin, dan Rangga Raditya yang selalu memberikan dukungan dan motivasi dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.

Akhir kata, saya berharap Tuhan Yang Maha Esa Berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga Karya Tulis Ilmiah ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Jakarta, 17 juni 2024

Penulis

Rangga Raditya

## DAFTAR ISI

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS .....	iii
LEMBAR PERSETUJUAN .....	iv
LEMBAR PENGESAHAN.....	v
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR GAMBAR .....	x
BAB I .....	1
PENDAHULUAN .....	1
A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Tujuan Penelitian .....	4
C. Ruang Lingkup.....	5
D. Metode Penelitian.....	5
E. Sistematika Penulisan .....	5
BAB II.....	7
TINJAUAN TEORI .....	7
A. Pengertian .....	7
B. Psikodinamika .....	9
C. Rentang Respon.....	11
D. Asuhan Keperawatan Jiwa.....	12
1. Pengkajian .....	12
a. Pohon Masalah .....	14
2. Diagnosa Keperawatan .....	14
3. Intervensi Keperawatan.....	15
4. Implementasi Keperawatan.....	17
5. Evaluasi Keperawatan .....	18
BAB III .....	19
TINJAUAN KASUS.....	19
A. Pengkajian Keperawatan.....	19
B. Analisa Data.....	26
C. Pohon masalah.....	28
D. Diagnosa Keperawatan .....	28
E. Rencana Tindakan Keperawatan.....	29
BAB IV.....	46

<b>PEMBAHASAN</b> .....	46
<b>A. Pengkajian</b> .....	46
<b>B. Diagnosa Keperawatan</b> .....	48
<b>C. Intervensi Keperawatan</b> .....	48
<b>D. Implementasi Keperawatan</b> .....	49
<b>E. Evaluasi Keperawatan</b> .....	50
<b>BAB V</b> .....	53
<b>KESIMPULAN</b> .....	53
<b>A. Kesimpulan</b> .....	53
<b>B. Saran</b> .....	54
<b>DAFTAR PUSTAKA</b> .....	56
<b>LAMPIRAN</b> .....	59

## **DAFTAR GAMBAR**

Gambar 2.0 Rentang Respon

Gambar 2.1 Pohon Masalah Gangguan Persepsi Sensori

Gambar 2.3 Genogram Tn J

Gambar 2.4 Pohon masalah Tn J

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang Masalah**

Kesehatan Jiwa adalah aspek penting dari kesehatan secara keseluruhan. Baik sehat secara fisik maupun sehat secara mental seseorang. Namun, masalah kesehatan Jiwa masih kurang diperhatikan di beberapa besar negara berkembang (Ridlo 2020). Kesehatan jiwa setiap orang unik dan berbeda-beda dan terkadang berubah seiring perkembangan dan perubahan usia dan fisik mereka. karena pada umumnya manusia dihadapkan pada situasi yang mesti mereka selesaikan dengan berbagai cara. Tidak sedikit orang yang mengalami masalah Kesehatan jiwa pada waktu tertentu dalam hidup mereka. istilah yang paling umum digunakan saat ini adalah kesehatan jiwa atau mental health.

Kesehatan jiwa didefinisikan oleh Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) sebagai keadaan kesejahteraan dimana seseorang menyadari potensi dirinya sendiri, memiliki kemampuan untuk mengatasi tekanan kehidupan normal, dapat bekerja secara produktif dan berhasil, dan memiliki kemampuan untuk memberikan kontribusi kepada komunitasnya (Diana 2019). Salah satu penyakit gangguan jiwa adalah Paranoid Schizophrenia. Skizofrenia adalah gangguan jiwa yang umum dan multifaktorial, ditandai dengan gejala positif, negatif, dan penurunan kognitif. Perkembangan skizofrenia juga dipengaruhi oleh faktor genetik dan lingkungan. Poros hipotalamus-hipofisis-adrenal diaktifkan oleh peristiwa stres, yang merangsang pelepasan berbagai neurotransmitter di otak, seperti dopamin dan norepinefrin. Ini juga dianggap sebagai faktor penyebab skizofrenia (Jenurti et al. 2024).

Menurut data RISKESDAS (2018), ada 400 orang yang mengalami skizofrenia, atau 1,7 per 1000 orang di Indonesia. Konferensi Nasional Psikiatri Komunitas ke-3 mengungkapkan bahwa jumlah penderita gangguan jiwa di Jawa Barat naik sekitar 63%, dengan jumlah 296.943 kasus dari yang awalnya berjumlah 50.ribu kasus. Gangguan realitas, seperti waham dan

halusinasi adalah tanda dan gejala penyakit skizofrenia. Sekitar 70% individu yang mengalami skizofrenia mengalami halusinasi (Pahlawan et al. 2024)

Gejala skizofrenia dapat tampak dan tidak tampak oleh orang lain. Gejala yang terdapat pada Halusinasi sebesar 90%, waham sebanyak 10 %, perilaku agitasi dan agresif, serta gangguan berpikir dan pola bicara adalah gejala yang tampak pada pasien. Gejala yang tidak tampak termasuk afek datar, alogia (sedikit bicara), apatis, penurunan perhatian, dan penurunan aktifitas sosial. Halusinasi terdiri dari beberapa jenis: halusinasi kinestetik (gerak), halusinasi auditori (pendengaran), halusinasi visual (penglihatan), halusinasi olfaktori (penciuman), halusinasi taktil (sentuhan), halusinasi gustatori (pengecapan), dan halusinasi auditori (pendengaran).

Halusinasi adalah ketika kita melihat sesuatu melalui panca indera kita tanpa dorongan dari luar. Halusinasi dapat menyebabkan kehilangan kontrol diri, yang dapat menyebabkan pembunuhan, pembunuhan orang lain, dan kerusakan lingkungan. Penangan yang tepat diperlukan untuk mengurangi efek halusinasi

Halusinasi yang tidak ditangani juga dapat menyebabkan hal-hal yang tidak diinginkan, seperti halusinasi yang meminta pasien untuk melakukan hal-hal tertentu, seperti melukai orang lain, membunuh diri, atau bergabung dengan seseorang di kehidupan sesudah mati. Ketika Anda berada dalam hubungan dengan orang lain, reaksi emosional anda mungkin tidak konsisten, kuat, dan tidak dapat diprediksi. Seseorang dapat mengalami respons emosional yang ekstrim, seperti ansietas, panik, takut, atau terror (Wulandari and Pardede 2020).

Dampak dan akibat dari halusinasi yang tidak ditangani dengan baik dan benar, pasien dapat kehilangan kontrol diri, melakukan bunuh diri, membunuh orang lain, atau merusak lingkungan. Penanganan yang tepat diperlukan untuk mengurangi efek halusinasi. Dengan jumlah kasus halusinasi yang meningkat, semakin jelas bahwa peran perawat sangat diperlukan dalam membantu pasien mengendalikan halusinasinya.

Sesuai dengan pekerjaan mereka sebagai pemberi asuhan keperawatan, seorang perawat harus memiliki kemampuan untuk membantu mengontrol

halusinasi. Mereka juga harus melakukan pendekatan melalui terapi modalitas (Paryani et al. 2023).

Sesuai dengan pekerjaan mereka sebagai pemberi asuhan keperawatan, seorang perawat harus memiliki kemampuan untuk membantu mengontrol halusinasi. Mereka juga harus melakukan pendekatan melalui terapi modalitas (Paryani et al. 2023).

Perawat yang menangani halusinasi di rumah sakit juga harus menerapkan standar asuhan keperawatan, salah satunya adalah strategi pelaksanaan halusinasi. Strategi ini adalah standar asuhan keperawatan yang dijadwalkan untuk pasien dengan tujuan mengurangi masalah keperawatan jiwa yang ditangani, mengajarkan keluarga bagaimana merawat pasien dengan halusinasi, dan mengadakan aktivitas kelompok untuk terapi (Maulana et al. 2021)

Pemerintah Indonesia lebih berkonsentrasi pada upaya promotif dan preventif dalam menangani gangguan Kesehatan jiwa. Menurut Direktur Jenderal Kesehatan Masyarakat, dari Kementerian Kesehatan, program kesehatan jiwa di Indonesia saat ini beralih dari kuratif dan rehabilitatif ke arah preventif. Program kesehatan jiwa rancangan kemenkes ini akan membantu meningkatkan kesadaran akan kesehatan jiwa, meningkatkan deteksi dan pencegahan penyakit mental, dan meningkatkan bagaimana kasus ditangani di tingkat pelayanan primer (Yusrani 2023).

Upaya preventif kesehatan jiwa bertujuan untuk menghindari masalah kejiwaan, mencegah timbulnya dan/atau kambuhnya gangguan jiwa, mengurangi faktor risiko yang disebabkan oleh gangguan jiwa pada individu atau masyarakat secara keseluruhan dan mengurangi dampak masalah psikososial yang terjadi di lingkungan keluarga, institusi, dan masyarakat.

Tujuan dari upaya promotif kesehatan jiwa adalah untuk mempertahankan dan meningkatkan tingkat kesehatan jiwa masyarakat, menghilangkan stigma, diskriminasi, dan pelanggaran hak asasi ODGJ, dan meningkatkan pemahaman, keterlibatan, dan penerimaan masyarakat terhadap kesehatan jiwa.

Tujuan kuratif dari orang yang mengalami ODGJ adalah penyembuhan dan pemulihan, pengurangan penderitaan, pengendalian disabilitas, dan pengendalian gejala penyakit. Upaya kuratif dilaksanakan melalui kegiatan pemberian pelayanan kesehatan terhadap ODGJ, yang mencakup proses diagnosis dan penatalaksanaan yang tepat. Kegiatan penatalaksanaan kondisi kejiwaan yang berkaitan dengan ODGJ dilakukan di fasilitas kesehatan jiwa (Haryanti and Larasati 2024).

Berdasarkan data yang penulis uraikan di atas Kesehatan jiwa adalah keadaan Dimana seseorang memiliki kemampuan untuk berkembang secara optimal dalam semua aspek, perkembangan fisik, intelektual, dan emosional serta selaras dengan perkembangan orang lain, sehingga mereka mampu berinteraksi dengan lingkungan sekitarnya. gejala atau fungsi jiwa, termasuk pikiran, perasaan, kemauan, sikap, persepsi, pandangan, dan keyakinan hidup, harus saling berhubungan satu sama lain untuk mencapai keharmonisan yang yang dapat menimbulkan rasa ragu, gundah, gelisah, dan konflik batin (pertentangan pada diri sendiri) (Diana 2019).

Maka penulis tertarik melakukan penelitian untuk Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn J dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran di Ruang Nuri Rumah Sakit Soeharto Heerdjan Grogol, Jakarta Barat.

## **B. Tujuan Penelitian**

### **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 diagnose keperawatan pada pasien dengan halusinasi
- c. Mampu merencanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan halusinasi

- d. Mampu melaksanakan 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 factor pendukung, penghambat dan mencari pemecahan suatu masalah atau Solusi dengan memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan halusinasi
- h. Mampu mendokumentasikan seluruh tahapan proses asuhan 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 Soeharto Heerdjan Grogol, Jakarta Barat pada tahun 2024

### **D. Metode Penelitian**

Metode dalam penulisan makalah ilmiah ini menggunakan metode deskriptif yaitu dengan cara mengumpulkan atau menganalisa dan menarik Kesimpulan selanjutnya disajikan dalam bentuk narasi dengan pemecahan masalah sesuai masalah yang ditemukan. Penyusunan makalah ini menggunakan metode deskriptif 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.

### **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 mulai dari pengertian, etiologic, 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, diagnose keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi. BAB V (Kelima) penutupan yang terdiri dari Kesimpulan dan saran. Pada akhir penulisan ini disertai dengan daftar Pustaka dan lampiran

## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORI**

#### **A. Pengertian**

##### **1. Pengertian Kesehatan Jiwa**

Menurut Organisasi Kesehatan Dunia, sehat didefinisikan sebagai keadaan fisik, jiwa, dan sosial yang lengkap sejahtera, bukan hanya karena tidak adanya penyakit atau kelemahan. Definisi ini menunjukkan bahwa kesehatan mental adalah bagian dari kesehatan, dan kesehatan fisik dan perilaku sangat terkait satu sama lain (Handayani 2022).

##### **2. Klasifikasi Gangguan Kesehatan Jiwa**

WHO mengatakan gangguan mental terdiri dari berbagai masalah dengan berbagai gejala. Namun, mereka biasanya dicirikan oleh beberapa kombinasi pikiran, emosi, perilaku, dan hubungan dengan orang lain yang tidak biasa. Contohnya adalah skizofrenia, depresi, gangguan afektif bipolar, demensia, cacat intelektual dan gangguan akibat penyalahgunaan narkoba.

Dua istilah yang sering digunakan dalam bidang kesehatan khususnya Kesehatan jiwa untuk menggambarkan individu yang mengalami gangguan jiwa adalah Orang dengan Masalah Kejiwaan (ODMK) adalah mereka yang mengalami masalah fisik, mental, sosial, pertumbuhan dan perkembangan, dan/atau kualitas hidup yang kemungkinan meningkatkan resiko mengalami gangguan jiwa. Orang dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) adalah mereka yang mengalami gangguan dalam pikiran, perilaku, atau perasaan yang dimanifestasikan sebagai kumpulan gejala (Ayuningtyas et al. 2018).

##### **3. Pengertian**

###### **Pengertian Halusinasi**

Halusinasi adalah gangguan jiwa yang berasal dari persepsi sensori dimana seseorang yang mengalami halusinasi mereka tidak dapat membedakan antara persepsi sensori yang sebenarnya dan seharusnya. Jika seseorang mengalami gejala berat dari halusinasi, mereka sudah

tidak bisa mengontrol halusinasinya dan mengikuti segala perintah yang diberikan oleh halusinasinya. Salah satu contohnya adalah seseorang dapat melukai dirinya sendiri atau bunuh diri (Pahlawan et al. 2024).

#### **4. Jenis-kenis halusinasi**

##### **a. Halusinasi pendengaran**

Halusinasi pendengaran adalah ketika terjadinya pasien mendengar suara-suara atau kegaduhan, suara yang mengajak berbicara, suara yang menyuruh atau melakukan sesuatu yang berbahaya (Putri 2023).

##### **b. Halusinasi penglihatan**

halusinasi penglihatan , dimana klien melihat bayangan orang atau objek menakutkan bahkan tanpa gambar.

##### **c. Halusinasi penciuman**

Halusinasi penciuman, dimana klien mencium bau tertentu tetapi tidak merasakan bau yang sama oleh orang lain,

##### **d. Halusinasi pengecapan**

Halusinasi pengecapan, di mana klien merasakan sentuhan dan pengecapan meskipun tidak ada apa pun di permukaan kulitnya, atau rangsangan yang sebenarnya tidak ada (Jenurti et al. 2024)

#### **5. Tanda dan Gejala Halusinasi**

Menurut (Puspitasari 2023) Tanda dan gejala halusinasi subjektif meliputi Mendengar suara orang yang tidak nyata, melihat benda atau orang, cahaya tanpa benda, memiliki perasaan yang tidak enak, merasakan gerakan tubuh atau meraba meskipun tidak ada, menghirup bau tak sedap meskipun tidak ada, dan melihat ke satu arah dan mengalihkan telinga ke arah tertentu

## B. Psikodinamika

halusinasi dipengaruhi oleh dua faktor yaitu faktor risiko dan faktor pencetus.

### 1 Faktor predisposisi

Perkembangan, sosiokultural, biologis, psikologis, dan genetik adalah beberapa faktor predisposisi yang mempengaruhi jenis dan jumlah sumber daya yang dapat dihasilkan seseorang untuk mengatasi stres.

Faktor predisposisi terdiri dari:

#### a. Faktor Biologis

Ada riwayat gangguan jiwa (herediter), penyakit atau trauma kepala, dan penggunaan narkoba, psikotropika, dan zat adiktif lainnya (NAPZA).

#### b. Faktor psikologis

memiliki sejarah kegagalan berulang. Menjadi pelaku, korban, atau saksi dari perilaku kekerasan serta mendapatkan kurangnya kasih sayang atau overproteksi dari orang-orang di sekitarnya

#### c. Faktor sosial budaya

Sebagian besar pasien halusinasi berasal dari keluarga dengan tingkat ekonomi yang rendah, memiliki riwayat penolakan dari lingkungan sejak kecil, seringkali kurang pendidikan, dan pernah mengalami masalah sosial seperti perceraian atau hidup sendiri. Mereka juga seringkali tidak bekerja.

### 2 Faktor presipitasi

Stimulus seperti tantangan, ancaman, atau tuntutan yang memerlukan energi tambahan untuk mengatasinya disebut faktor presipitasi. Stimulus ini dapat menyebabkan perilaku seperti rendahnya harga diri, putus asa, kehilangan motivasi (Jenurti et al. 2024)

Adapun factor presipitasi nya adalah

#### a. Biologis

seperti putus obat, infeksi, trauma pada sistem saraf pusat akibat penyakit atau kecelakaan

b. Psikologis

Seperti gangguan konsep diri, stigmatisasi, dan kehilangan orang yang dicintai

c. Sosiokultural

Faktor psikologis tidak dapat dipisahkan dari faktor sosial budaya karena stresor yang berasal dari lingkungan sosial budaya memicu respon psikologis seperti penolakan sosial, tekanan pekerjaan, kemiskinan, dan kekurangan dukungan sosial.

d. Proses terjadinya Halusinasi

Proses terjadinya halusinasi dibagi menjadi 4:

- 1) Tahap awal (Comforting), Halusinasi pada tahap ini biasanya menyenangkan dengan tingkat ansietas sedang. Orang yang berhalusinasi dapat menunjukkan tanda-tanda seperti mengalami keadaan emosi seperti ansietas, kesepian, merasa takut, dan mencoba memusatkan pikiran.
- 2) Tahap kedua (Condemning), Pada titik ini, halusinasi berada pada tahap menyalahkan dan tingkat kecemasan yang sangat tinggi. Ada beberapa karakteristik yang terlihat pada seseorang yang mengalami halusinasi pada tahap ini, seperti merasa kehilangan kendali dan berusaha menghindari sumber yang tersedia, merasa malu dengan pengalaman sensorinya, dan menarik diri dari orang lain.
- 3) Tahap ketiga (controlling), Pada titik ini, halusinasi berada pada tahap pengendalian dan individu mengalami tingkat ansietas yang tinggi. Pengalaman sensoris menjadi penguasa. Jika seseorang berhalusinasi dan menyerah untuk melawan halusinasinya dan membiarkan halusinasinya menguasai dirinya, mereka mungkin merasa kesepian jika halusinasinya tersebut berakhir
- 4) Tahap keempat (conquering), Pada titik ini, halusinasi berada pada tingkat yang menakutkan, dan seseorang dapat mengalami tingkat ansietas panik. Jika seseorang tidak mengikuti perintah, pengalaman sensoris mereka mungkin menakutkan, dan

halusinasi dapat bertahan beberapa jam atau beberapa hari tanpa intervensi terapeutik (Falia Al Fitriainingsih, Fitria Prihatini 2023).

### 3 Masalah Lebih lanjut

Akibat yang ditimbulkan oleh pasien yang mengalami halusinasi, seperti kehilangan kontrol diri, di mana pasien panik dan dapat berperilaku nekat seperti membunuh dirinya sendiri, membunuh orang lain, atau merusak barang-barang di sekitarnya. Peran perawat harus diperkuat untuk memberikan penanganan yang tepat kepada pasien dengan halusinasi untuk mengurangi efeknya (Jenurtti et al. 2024).

### C. Rentang Respon

Halusinasi adalah gangguan dalam persepsi sensorik, jadi dapat dikatakan bahwa halusinasi adalah gangguan dalam respons neurobiologis. Dengan demikian, rentang respons terhadap halusinasi biasanya selaras dengan pola respons neurobiologis.

Rentang respons neurobiologi yang sangat adaptif yaitu terdapat pola pikir sesuai dengan logika, emosi yang sesuai pada pengalaman, persepsi akurat, dan adanya keterkaitan sosial yang baik. Rentang Respon dapat digambarkan sebagai berikut (Wulandari and Pardede 2020).

<b>Respon Adaptif</b>		<b>Respon Maladaptif</b>
←		→
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Persepsi akurat</li> <li>2. Emosi konsisten dengan pengalaman</li> <li>3. Perilaku sesuai</li> <li>4. Hubungan social positif</li> <li>5. Pikiran logis</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kadang pikiran terganggu</li> <li>2. Ilusi</li> <li>3. Emosi berlebihan/kurang</li> <li>4. Perilaku yang tidak bisa</li> <li>5. Menarik diri</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gangguan proses pikir/delusi</li> <li>2. Halusinasi</li> <li>3. Tidak mampu mengalami emosi</li> <li>4. Perilaku tidak terorganisir</li> <li>5. Isolasi sosial</li> </ol>

### ***Gambar 2.0 gambar rentang respon adaptif dan maladaptif***

Ada dua jenis mekanisme coping: coping adaptif, di mana seseorang berusaha menyelesaikan masalah dengan stresor atau tekanan yang positif, rasional, dan konstruktif. Sebaliknya, coping maladaptif, di mana seseorang berusaha menyelesaikan masalah dengan stresor atau tekanan yang negatif, merugikan, destruktif, dan tidak dapat menyelesaikan masalah secara maksimal (Saifah 2022).

Hubungan antara keinginan untuk berperilaku adaptif dan respon maladaptif terhadap ancaman kesehatan. Respons maladaptif adalah perilaku yang tidak sehat yang menempatkan seseorang pada risiko dan menyebabkan masalah kesehatan, seperti melukai diri sendiri dan menyakiti seseorang secara fisik. Sebaliknya, cara orang dapat mengurangi risiko kesehatan mereka dikenal sebagai respons adaptif. Penilaian ancaman dan penanganan adalah dua proses kinerja yang dapat digunakan untuk menunjukkan penanganan risiko kesehatan yang adaptif dan maladaptif. Kerentanan, kemungkinan efek fatal atau jangka panjang, dan tingkat keparahan semuanya termasuk di dalamnya (Axelfa et al. 2024).

## **D. Asuhan Keperawatan Jiwa**

### **1. Pengkajian**

Data dikumpulkan melalui pengkajian keperawatan yang melibatkan data subjektif dan objektif. Pada tahap ini ada beberapa hal yang perlu ditanyakan kepada pasien baik pada klien yang menderita halusinasi yang meliputi Identitas klien, : Nama Klien, umur, jenis kelamin, status perkawinan, Agama, tanggal MRS, informan, tanggal pengkajian, no hp, nomor rumah klien, dan Alamat rumah klien Setelah pengkajian selesai, data dianalisis untuk membuat diagnosis keperawatan menggunakan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI). Selanjutnya, penetapan intervensi keperawatan menggunakan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dan penetapan luaran menggunakan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) (Lukman 2023)

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

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

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 keputusasaan 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 tidak dapat membedakan yang nyata dan tidak nyata, terjadi peningkatan denyut jantung pernapasan dan tekanan darah, perhatian

dengan lingkungan yang kurang / hanya beberapa detik com berkonsentrasi dengan pengalaman sensori, sulit berhubungan dengan orang lain, ekspresi muka tegang, mudah tersinggung, jengkel dan marah tidak mampu mengikuti perintah dari

Mekanisme koping, Apabila mendapat masalah, pasien takut / tidak mau menceritakan kepada orang lain (koping menarik diri) (Lukman 2023). Mekanisme koping yang digunakan pasien sebagai usaha mengatasi kecemasan yang merupakan suatu kesepian nyata yang mengancam dirinya. Aspek medik pada pasien halusinasi ialah terapi medis seperti Risperidon, Lorazepam, Trihexyphenidil (THP), Haloperidol (HLP).

### **Pohon Masalah**

***Gambar 2.1 Pohon masalah***

***Sumber (Santri 2019).***



## **2. Diagnosa Keperawatan**

Gangguan persepsi sensori: halusinasi adalah ketika panca indera menerima persepsi tanpa dorongan dari luar. Klien dengan halusinasi sering merasakan kondisi atau situasi yang hanya dapat dialaminya tetapi tidak dapat dialami oleh orang lain. Halusinasi adalah ketika seseorang mengalami perubahan dalam pola dan jumlah stimulasi yang diprakarsai secara internal atau eksternal di sekitarnya dengan penurunan berlebihan,

distorsi, atau kelainan respons terhadap setiap stimulasi. Halusinasi juga termasuk perubahan dalam jumlah dan pola stimulasi yang diterima, disertai dengan penurunan berlebihan distorsi atau kerusakan respons terhadap beberapa stimulasi.

Ada beberapa diagnosa keperawatan yang sering ditemukan pada klien dengan halusinasi yaitu (Santri 2019)

- a. Gangguan sensori persepsi halusinasi
- b. Harga diri rendah Kronis
- c. Isolasi Sosial
- d. Resiko perilaku kekerasan

### **3. Intervensi Keperawatan**

Intervensi keperawatan dilakukan untuk mencapai tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan, serta untuk mengatasi penyebab keperawatan dan menyelesaikan masalahnya. Intervensi dibuat secara khusus dan efektif dan mencakup aktivitas apa yang akan dilakukan, bagaimana, seberapa sering, dan siapa yang akan melakukannya, sehingga menjadi lebih baik. Prinsip-prinsip ini harus diterapkan agar rencana tersebut mudah digunakan oleh perawat yang melihat perencanaan keperawatan. Setelah tindakan selesai, setiap intervensi dievaluasi berdasarkan respons pasien terhadap setiap tindakan. Evaluasi ini juga didasarkan pada kriteria hasil yang telah ditetapkan (Koerniawan, Dheni, Novita Elisabeth Daeli 2020).

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, perkenalan nama perawat dan nama panggilan perawat, tanyakan nama lengkap dan nama panggilan perawat, tanyakan nama lengkap dan nama panggilan pasien yang

disukai. tunjukkan sifat jujur dan empati setiap kali berinteraksi dengan pasien. Tunjukkan empati dan terima pasien apa adanya, tanyakan tentang perasaan dan masalah pasien, dengarkan baik-baik. TUK 2 Klien mengenali halusinasi, kriteria hasil pasien mampu menyebutkan halusinasinya, 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 halusinasi, tanyakan pada klien tentang halinehalusinasi, tanyakan pada klien tentang halinehalusinasi, tanyakan pada klien tentang halusinasinya

TUK 3 klien dapat menground halusinannya dengan kriteris hasil pasie shupar menghardik halusinasinya, klien dapat memimam chat secara tenst. pasien dapat bercakap-cakap dengan orang lain, klien dapat melakukan aktivitas terjadwal Intervensi TUK 3 adalah identifikasi bersama pasien cata yang dilakukan pasien saat halusinasinya muncul, diskusikan dengan pasien cara yang digunakan apakah menguntungkan atau merugikan, diskusikan cara buru 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. 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 doter tentang manfaat dan efek samping obat yang dirasakan. Diskusikan akibat berhenti minum obat tanpa konsultasi Bantu pasien menggunakan obat dengan prinsip 6 benar

Halusinasi adalah ketika panca indera menerima persepsi tanpa dorongan dari luar. Klien dengan halusinasi sering merasakan kondisi atau situasi yang hanya dapat dialaminya tetapi tidak dapat dialami oleh orang lain. Halusinasi adalah ketika seseorang mengalami perubahan dalam pola dan jumlah stimulasi yang diprakarsai secara internal atau eksternal di sekitarnya dengan penurunan berlebihan, distorsi, atau kelainan respons terhadap setiap stimulasi. Halusinasi juga termasuk perubahan dalam jumlah dan pola stimulasi yang diterima, disertai dengan penurunan berlebihan distorsi atau kerusakan respons terhadap beberapa stimulasi. Ada beberapa diagnosa keperawatan yang sering ditemukan pada klien dengan halusinasi yaitu (Santri 2019)

- a. Gangguan sensori persepsi halusinasi
- b. Harga diri rendah
- c. Isolasi Sosial
- d. Resiko perilaku kekerasan

#### **4. Implementasi Keperawatan**

Intervensi keperawatan dilakukan untuk mencapai tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan, serta untuk mengatasi penyebab keperawatan dan menyelesaikan masalahnya. Intervensi dibuat secara khusus dan efektif dan mencakup aktivitas apa yang akan dilakukan, bagaimana, seberapa sering, dan siapa yang akan melakukannya, sehingga menjadi lebih baik. Prinsip-

prinsip ini harus diterapkan agar rencana tersebut mudah digunakan oleh perawat yang melihat perencanaan keperawatan. Setelah tindakan selesai, setiap intervensi dievaluasi berdasarkan respons pasien terhadap setiap tindakan. Evaluasi ini juga didasarkan pada kriteria hasil yang telah ditetapkan (Koerniawan, Dheni, Novita Elisabeth Daeli 2020)

Strategi pelaksanaan adalah prosedur pelaksanaan yang menggunakan pendekatan pelaksanaan tindakan keperawatan pada pasien gangguan jiwa. Untuk menerapkan strategi pelaksanaan keperawatan jiwa, ada empat tahap yang harus dilalui: observasi, pengawasan, pendidikan kesehatan, dan kolaborasi dengan pasien atau keluarga pasien. Dalam pelaksanaannya, perlu ada pendekatan dengan pasien atau keluarga pasien dan komunikasi terapeutik.

## **5. Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi keperawatan adalah kegiatan menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan (Rahmatia 2018)

Evaluasi pasien dilakukan dengan berfokus pada perubahan perilaku setelah diberikan tindakan keperawatan. Pasien dengan diagnosa Gangguan persepsi sensoris: halusinasi diharapkan pasien dapat mengenal dan menyebutkan jenis halusinasi, isi halusinasi, waktu halusinasi, frekuensi halusinasi, melakukan cara menghardik halusinas 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

## **BAB III**

### **TINJAUAN KASUS**

Pada Bab ini penulis menguraikan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan persepsi sensori : Halusinasi di Rumah Sakit Soeharto Heerdjan Grogol, Jakarta Barat pada tahun 2024. Dalam melakukan asuhan keperawatan ini menggunakan pendekatan proses keperawatan yang meliputi 5 tahap : Pengkajian keperawatan, diagnose keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan

#### **A. Pengkajian Keperawatan**

##### **1 Identitas pasien**

Pengkajian dilakukan pada tanggal 21 Mei 2024. Klien Bernama Tn J, Klien bertempat tinggal di Jln Sorong timur, no 29. Klien berumur 42 tahun, Jenis kelamin laki-laki, beragama islam, status bercerai dengan istri, Pendidikan terakhir SMA. Klien belum pernah masuk Rumah Sakit Jiwa sebelumnya. Klien hidup berdua Bersama ibunya. Kakak dan ayah klien sudah meninggal.

##### **2 Riwayat Kesehatan sekarang dan masa lalu**

Riwayat penyakit sekarang pasien mengalami gangguan jiwa, dan tidak mempunyai Riwayat Kesehatan masa lalu

##### **3 Keluhan Utama**

Berdasarkan hasil pengkajian Tn J masuk ke Rumah sakit Soeharto Heerdjan Grogol, Jakarta Barat pada tanggal 17 Mei 2024 di ruang Nuri dikarenakan Keluarga mengatakan pasien dibawa dengan keluhan setelah pulang kerja dari Malaysia pada tahun 2014 mulai timbul gejala mulai marah-marah, bicara kacau, suka menunjuk ke arah-arrah tertentu, emosi labil, mondar-mandir, memukul orang tuanya jika tidak dikasih kemauannya, bicara sendiri, susah tidur, dan Pasien mengatakan sering melihat dan mendengar bayangan-bayangan. Tidak bisa tidur. Pasien juga sering mondar-mandir, ketika diwawancara pasien kurang kontak mata, mata sering melihat ke seluruh penjuru ruangan

#### **4 Faktor predisposisi**

Pasien mengatakan tidak pernah mengalami gangguan jiwa sebelumnya. Keluarga pasien mengatakan pasien sering marah-marah, sering melontarkan kata-kata kasar, bicara kacau, emosi, labil, mondar-mandir, memukul orang tuanya jika kemauan atau keinginannya tidak dipenuhi, berbicara sendiri, susah tidur. Keluarga pasien juga mengatakan pernah melakukan aniaya fisik terhadap orang rumahnya (orang tua). Keluarga juga mengatakan pasien sering mendapatkan ejekan karena pasien tidak bekerja dan hanya berdiam diri di rumah. Pasien juga mengatakan sudah bercerai dengan istrinya dikarenakan factor ekonomi (Tn j tidak bekerja). Pada saat itu, Pasien TN j mengatakan merasa tidak berguna menjadi suami sehingga dapat bercerai dengan sang istri, pasien juga tidak memiliki anak.

Masalah keperawatan: HDRK, Isolasi Sosial, RPK, Halusinasi

#### **5 Pemeriksaan Fisik**

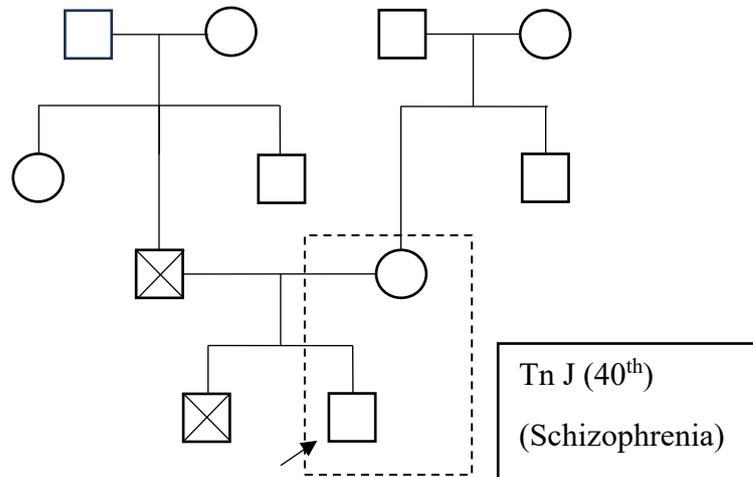
Tanda-tanda vital pasien Tekanan darah 110/70, Nadi 90x/menit, pernapasan 20x/menit, suhu 36,5<sup>0c</sup>, tinggi badan pasien 160 cm, dan berat badan pasien 56 kg. pasien mengeluhkan merasa Lelah setelah melakukan olahraga (senam)

Masalah keperawatan : Isolasi sosial

## 6 Psikososial

### a. Genogram

Laki-laki : □  
Perempuan : ○  
Pasien : ↗



Keterangan: Pasien anak ke dua dari 2 (dua) bersaudara. Pasien mempunyai 1 (satu) Kakak kandung laki-laki. Kakak pasien sudah meninggal dan ayah pasien juga sudah meninggal. Pasien tinggal Bersama sang ibu sebelum sakit. Pasien sekarang tinggal di Rumah Sakit Soeharto Heerdjan Grogol, Jakarta Barat di ruang Nuri. Pasien mengatakan orang terdekat pasien adalah ibu pasien

### b. Konsep diri

Konsep diri terdiri dari gambaran diri pasien, pasien mengatakan menyukai semua bagian tubuhnya dan tidak ada yang ingin diubah dari dirinya. Identitas diri pasien, Pasien mampu menyebutkan namanya, mengatakan dirinya sebagai seorang laki-laki, dan pasien mengatakan puas dengan dirinya. Peran pasien, pasien mengatakan bahwa dirinya sebagai anak ke-2 dari 2 bersaudara. Ideal diri pasien, pasien mengatakan ingin cepat pulang ke rumahnya dan ingin mencari pekerjaan lagi dan ingin bertemu ibunya lagi. Harga diri pasien, Pasien mengatakan malu dan tidak berguna akibat bercerai

dengan sang istri karena factor ekonomi (pasien tidak bekerja).  
Masalah keperawatan: Harga Diri Rendah Kronis

**c. Hubungan Sosial**

Pasien mengatakan di rumah dekat dengan sang ibu pasien mengatakan tidak memiliki kelompok sosial. Selama di Rumah sakit jiwa Soeharto Heerdjan (RSJSH) pasien tampak masih mau mengikuti kegiatan seperti senam, makan Bersama pasien yang lain di ruang Nuri. Selama mengikuti aktivitas, pasien hanya diam dan tidak berinteraksi dengan pasien lainnya. Pasien juga tampak berbicara sendiri

Masalah keperawatan: Isolasi Sosial

**d. Spiritual**

Keyakinan agama yang dianut pasien adalah agama islam. Pasien mengatakan suka mengikuti acara Maulid Nabi Muhammad. Pasien juga mengatakan dirinya selalu sholat tepat waktu

Masalah keperawatan: Tidak ditemukan masalah keperawatan

**7 Status Mental**

**a. Penampilan**

Pasien mengatakan selalu mandi 2x/hari, selalu mandi menggunakan sabun, selalu menggosok giginya, pasien juga mengatakan selalu keramas, pakaian pasien tampak bersih

Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

**b. Pembicaraan**

Ketika diwawancara, pasien menjawab dengan tidak benar, pasien menjawab ngelantur ketika diberi pertanyaan, pasien tidak mampu memulai pembicaraan, dan kontak mata pasien kurang saat diwawancara.

Masalah keperawatan : Isolasi Sosial

**c. Aktivitas motoric**

Pasient tampak mengikuti semua aktifitas yang diberikan oleh perawat

Masalah keperawatan: tidak ada masalah keperawatan

**d. Alam perasaan**

Pasien mengatakan sedih dikarenakan masih mendengar bisikan-bisikan yang tidak kunjung hilang. Pasien mengatakan sangat terganggu dengan suara-suara itu

Masalah Keperawatan : depresi

**e. Afek**

Saat dikaji Kontak mata pasien kurang dan kurang focus

Masalah Keperawatan : Isolasi sosial

**f. Interaksi selama wawancara**

Saat diajak berbicara pasien tampak kurang kontak mata, pasien sering lebih suka melihat ke sekitarnya, mata pasien tampak melirik ke segala penjuru arah.

Masalah Keperawatan: Halusinasi

**g. Persepsi**

Pasien mengalami halusinasi pendengaran dan penglihatan, pasien mengatakan sering mendengar suara bisikan dan pasien mengatakan bisikannya berkata “Jangan percaya kepada tuhan”. Pasien mengatakan suara itu muncul saat ingin tidur. Pasien juga mengatak sering melihat bayangan-bayangan di kamar mandinya

Masalah Keperawatan : Halusinasi

**h. Proses pikir**

Pada saat dikaji, pembicaraan pasien tiba-tiba berhenti dan meminta kepada perawat untuk mengulanginya Kembali. Kontak mata pasien kurang dan pandangan pasien suka beralih

**i. Isi Pikir**

Saat dikaji tidak ditemukan adanya waham pada pasien

Masalah Keperawatan: Tidak ditemukan

**j. Tingkat Kesadaran**

Tingkat kesadaran pasien bingung dan kurang focus dan pasien tidak ada disorientasi

Masalah Keperawatan : Halusinasi

**k. Memori**

Pasieng mengalami gangguan daya ingat jangka pendek karena pasien ketika ditanya hari apa ini pasien menjawab tidak tahu

Masalah keperawatan : Gangguan memori jangka pendek

**l. Tingkat konsentrasi dan berhitung**

Tingkat konsentrasi tidak dapat berkonsentrasi, pasien tampak kurang kontak mata. Dan saat berinteraksi pasien terkadang berbicara sendiri, pasien dapat berhitung sederhana.

Masalah Keperawatan: Halusinasi

**m. Kemampuan penilaian**

Pasien mampu melakukan perilaku sederhana diberikan 2 (dua) pilihan : Mandi terlebih dahulu atau makan dahulu, pasien menjawab mandi terlebih dahulu setelah itu makan pagi

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

**n. Daya tilik diri**

Pasien mengatakan tidak tau penyakit dan gejala penyakitnya

Masalah keperawatan: halusinasi

**8 Kebutuhan persiapan pulang**

Pasien tidak membutuhkan dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari seperti makan, mandi, minum obat, BAB/BAK, memakai pakaian. Pasien makan 3x/hari, pasien tampak makan di meja Bersama teman kamarnya, pasien tampak mencuci tangannya sebelum dan sesudah makan, pasien makan dengan sangat lahap dan selalu habis. Pasien minum obat setelah makan. Pasien mengatakan tidur siang dari jam 13.00 sampai 15.30 dan pasien tidur malam dari jam 20.30 sampai 05.00 pagi. Pasien membutuhkan dukungan keluarga

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

**9 Mekanisme Koping**

Pasien mengatakan lebih suka menyendiri, diam, dan tidur di dalam kamar ketimbang Bersama teman-temannya. Pasien tampak sering melamun dan berbicara sendiri. Pasien juga ketika ada msalaha selalu menghindar

Masalah Keperawatan : Isoslasi sosial.

#### **10 Masalah psikososial dan lingkungan**

Pasien mengatakan tidak ada masalah dengan teman ruangnya dan teman kamarnya. Pasien mengatakan sebelumnya pernah ada masalah dengan keluarganya. Pasien hanya lulusan SMA dan tidak melanjutkan kuliah setelah itu. Pasien mengatakan tidak punya uang karena tidak bekerja makanya pasien setelah keluar dari sini ingin mencari pekerjaan. Pasien mengatakan perawat-perawat di sini sangat baik. Pasien hanya tampak berdiam diri saja.

Masalah Keperawatan : Halusinasi

#### **11 Pengetahuan yang kurang**

Pasien memiliki pengetahuan yang kurang tentang penyakitnya

Masalah keperawatan : Halusinasi

#### **12 Aspek Medik**

Pasien didiagnosis menderita Paranoid Schizoprenia dan mendapatkan obat sebanyak 3 (tiga) jenis terapi obat yaitu : Risperidon 2mg/hari, Lorazepam 2mg/hari, Trihexyphenidil 2 mg 2x/hari

## B. Analisa Data

<b>Tanggal/Jam</b>	<b>Data Fokus</b>	<b>Masalah Keperawatan</b>
21 Mei 2024	<p><b>DS :</b></p> <p>Pasien mengatakan sering mendengar suara dan melihat bayangan-bayangan di dalam kamar mandinya selama 5 menit</p> <p>Pasien mengatakan halusinasinya terjadi hanya pada saat mau tidur sekitar 10 menit dan terus berulang</p> <p>Pasien mengatakan jika halusinasinya muncul pasien hanya berdiam diri saja</p> <p><b>DO:</b></p> <p>Pasien tampak berbicara sendiri walaupun sedang dengan teman sekamarnya,</p> <p>Pasien tampak berbicara sendiri, mata pasien tampak melirik ke seluruh penjuru ruangan</p> <p>Pasien terlihat tidak fokus</p>	Gangguan persepsi sensori : Halusinasi pendengaran dan penglihatan
21 Mei 2024	<p><b>DS:</b></p> <p>Pasien mengatakan malu untuk berkenalan dengan teman sekamarnya</p> <p><b>DO:</b></p>	Isolasi sosial

	<p>Pasien tampak menyendiri duduk di pojok ruangan, pasien tampak tidak mengenali teman sekamar dan satu ruangnya, pasien tampak diam saja, pasien tidak mampu membuka obrolan</p> <p>Saat dikaji kontak mata pasien kurang dan pasien terlihat tidak focus</p> <p>Nada suara pasien terdengar kencang dan bisa dipahami</p>	
21 Mei 2024	<p>DS:</p> <p>Pasien mengatakan merasa dirinya tidak berguna sebagai suami sehingga bercerai dengan istrinya dikarenakan dirinya tidak bekerja</p> <p>DO:</p> <p>Pasien tampak menyendiri, Pasien tampak sedih, pasien tampak menyalahkan dirinya sendiri</p> <p>Kontak mata pasien terlihat tidak fokus</p>	Harga diri rendah kronis
21 Mei 2024	<p>DS:</p> <p>Keluarga pasien mengatakan jika pasien keinginannya tidak dipenuhi maka pasien akan marah-marah, pasien</p>	Risiko perilaku kekerasan

	<p>juga pernah memukul orang tuanya dikarenakan tidak dipenuhi membeli rokok, pasien mengatakan suara-suara itu mengganggunya, pasien mengatakan suara-suara halusinasinya sangat mengganggu</p> <p>DO:</p> <p>Pasien tampak tidak fokus</p> <p>Pasien tampak was-was</p> <p>Pasien tampak gelisah</p> <p>Suara pasien terdengar kencang</p>	
--	--	--

**C. Pohon masalah**



**D. Diagnosa Keperawatan**

- 1 Gangguan persepsi sensori : Halusinasi
- 2 Harga diri Rendah Kronis

- 3 Isolasi Sosial
- 4 Risiko perilaku kekerasan

#### **E. Rencana Tindakan Keperawatan**

##### **1 Diagnosa : Gangguan persepsi sensori: Halusinasi pendengaran pelaksanaan SP 1 Halusinasi : pada tanggal 22 Mei 2024**

**Data Subjektif:** Pasien mengatakan sering mendengar suara dan melihat bayangan-bayangan di dalam kamar mandinya selama 5 menit. Pasien mengatakan suara-suara yang dia dengar menyuruhnya untuk tidak percaya tuhan

**Data Objektif:** Pasien tampak berbicara sendiri walaupun sedang dengan teman sekamarnya, Pasien tampak berbicara sendiri, mata pasien tampak melirik ke seluruh penjuru ruangan, pasien tampak tidak focus

**Tujuan Umum :** Pasien mampu mengontrol halusinasinya

**Tujuan Khusus :** Pasien dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat, Pasien dapat menyebutkan isi, waktu, frekuensi halusinasi, pasien dapat melakukan teknik menghardik

**Kriteria hasil:** Setelah dilakukan 3x pertemuan diharapkan pasien dapat membina hubungan saling percaya kepada perawat, ekspresi wajah pasien tertuju pada perawat, kontak mata pasien tertuju pada perawat, pasien fokus ketika dilakukan pengkajian

**Rencana Tindakan Keperawatan:** bina hubungan saling percaya, dengan menggunakan komunikasi terapeutik, perkenalan 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, beri kesempatan pasien mengungkapkan perasaannya, beri kesempatan pasien untuk mengungkapkan isi, waktu, frekuensi halusinasi, diskusikan hal apa yang dilakukan pasien saat halusinasinya muncul, jarkan pasien cara menghardik halusinasi, berikan kesempatan

kepada pasien untuk mencoba cara menghardik, mengidentifikasi kemampuan menghardik halusinas ketika halusinasinya muncul.

**Tindakan Keperawatan:** Dilakukannya SP 1 halusinasi (mengontrol halusinasi dengan teknik menghardik) pada pukul 12.30 WIB. Dengan membina hubungan saling percaya, Mengidentifikasi halusinasi pasien, mengidentifikasi frekuensi halusinasi pasien, mengidentifikasi koping ketika pasien mengalami halusinasi, dan melatih pasien melakukan teknik menghardik.

**Rencana Tindak Lanjut:** mengevaluasi SP 1 Halusinasi (mengontrol halusinasi dengan teknik menghardik), dan melanjutkan latihan sp 2 Halusinasi (mengontrol halusinasi dengan meminum obat secara rutin dan teratur).

**Evaluasi:**

**Data Subjektif:** Pasien mengatakan setelah dilakukan teknik menghardik halusinasinya sudah tidak ada, pasien mengatakan bisa melakukan teknik menghardik walaupun harus dibantu, pasien mengatakan sudah paham cara melakukan teknik menghardik

**Data Objektif:** Pasien tampak bisa melakukan teknik menghardik walaupun mesti dibantu oleh perawat, Pasien masih tampak berbicara sendiri, kontak mata pasien kurang, Mata pasien tampak melirik ke seluruh penjuru ruangan

**Assesment:** Gangguan persepsi sensori : halusinasi

**Planning:** Anjurkan pasien untuk melakukan teknik menghardik ketika mendengar suara-suara dan melihat bayangan-bayangan pada jam 09.00 dan jam 19.00, anjurkan pasien melakukan teknik menghardik jika halusinasinya muncul,

**Selasa, 21 MEI 2024**

**Data Subjektif:** Pasien mengatakan masih suka mendengar suara-suara yang menyuruhnya untuk tidak percaya tuhan, pasien mengatakan masih suka melihat bayangan di dalam kamar mandinya, pasien mengatakan lebih sering mendengar suara-suara itu dan melihat bayangan-bayangan ketika ingin tidur

**Data Objektif:** Pasien tampak masih sering berbicara sendiri, pasien tampak matanya masih suka melirik ke segala penjuru arah, pasien tampak kurang kontak mata saat berinteraksi, pasien masih tampak tidak fokus, pasien telah dilatih kemampuan menghardik

**Tujuan Umum :** Pasien mampu mengontrol halusinasi yang dialaminya

**Tujuan Khusus:** Pasien mampu melakukan teknik menghardik yang telah diajarkan oleh perawat, pasien dapat melakukan SP 2 : Halusinasi (mengontrol halusinasi dengan meminum obat dengan benar, tepat, dan teratur).

**Kriteria Hasil:** Pasien mampu Kembali melakukan teknik menghardik. Pasien dapat menyebutkan manfaat, dosis, dan efek samping obat. Pasien dapat mempraktikkan bagaimana cara meminum obat yang baik dan benar, dapat mengetahui informasi tentang obat, dan efek samping obat, dan dapat memahami jika pasien berhenti atau lupa meminum obatnya tanpa pengawasan dokter, dan dapat menyebutkan 7 benar obat,

**Rencana tindakan keperawatan:** Diskusi dengan pasien tentang dosis, efek samping, manfaat obat, anjurkan pasien meminta obatnya pada perawat dan meminumnya, diskusikan dengan pasien apa akibatnya jika pasien berhenti atau lupa meminum obatnya, dan bantu pasien menggunakan 7 (tujuh) prinsip benar obat

**Tindakan Keperawatan:** Mengevaluasi kemampuan pasien dalam melakukan SP 1 : halusinasi (mengontrol halusinasi dengan teknik menghardik), dan melatih SP 2 : halusinasi (mengontrol halusinasi dengan cara meminum obat dengan baik, benar, dan teratur.

**Rencana Tindak Lanjut:** Mengevaluasi kondisi umum pasien, mengevaluasi kemampuan pasien dalam melakukan SP 1 halusinasi (mengontrol halusinasi dengan teknik menghardik) dan mengevaluasi SP 2 Halusinasi (mengontrol halusinasi dengan meminum obat secara baik, benar, dan teratur), Latih SP 3 halusinasi (mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain

### **Evaluasi Keperawatan**

**Data Subjektif:** Pasien mengatakan sudah paham tentang dosis obat, manfaat obat, efek samping obat yang dia konsumsi. Pasien mengatakan paham seberapa pentingnya minum obat bagi dirinya, pasien mengatakan sudah meminum obat secara teratur

**Data Objektif:** Pasien tampak mampu menyebutkan warna, jenis, dan waktu dalam meminum obat yang dia konsumsi.

*Assesment* : Gangguan persepsi sensori : Halusinasi masih ada

*Planning* : Anjurkan pasien melakukan teknik menghardik jika masih mendengar suara dan melihat bayangan, dan anjurkan pasien tetap meminum obatnya secara teratur pada pukul 07.00 dan pukul 17.00

### **Kamis, 23 Mei 2024**

**Data Subjektif:** Pasien mengatak masih terkadang masih melihat bayangan dan mendengar suara yang menyuruhnya untuk tidak percaya dengan tuhan, pasien mengatakan halusinasinya sudah berkurang.

**Data Objektif:** Pasien tampak masih suka berbicara sendiri, pasien tampak matanya masih melirik ke penjuru arah ruangan

**Tujuan Umum:** Pasien dapat mengontrol dan mengendalikan halusinasinya

**Tujuan Khusus:** Pasien dapat mengontrol halusinasinya.

**Kriteria Evaluasi:** Pasien dapat berbincang-bincang dan bercakap-cakap dengan teman sekamar dan seruungannya jika halusinasinya muncul.

**Rencana Tindakan Keperawatan:** Berdiskusi bagaimana caranya mengontrol dan mengendalikan halusinasinya dengan bertemu atau berbincang-bincang dengan orang lain (teman atau perawat atau anggota keluarga)

**Tindakan Keperawatan:** Dilakukannya evaluasi SP 1 (dengan cara menghardik), dilakukannya evaluasi SP 2 (mengontrol dengan cara minum obat dengan benar) dilaksanakannya SP 3 (Mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain). Menganjurkan pasien untuk bercerita pasien berkeinginan dan diharapkan setelah sudah keluar dari Rumah sakit pada jam 09.00

**Rencana Tindak Lanjut:** Mengevaluasi SP 1 Halusinasi (mengontrol halusinasi dengan cara menghardik), Mengevaluasi SP 2 halusinasi (Mengontrol halusinasi dengan cara minum obat yang benar dan teratur), Mengevaluasi SP 3 halusinasi (Mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain). Melatih dan mengajarkan SP 4 halusinasi (Mengontrol halusinasi dengan cara beraktivitas sambil bercakap-cakap).

### **Evaluasi Keperawatan**

**Data Subjektif:** Pasien mengatakan setelah bercakap-cakap pasien merasa lega, pasien mengatakan seru bisa mengobrol dengan pasien lainnya, pasien mengatakan halusinasinya sudah jarang muncul.

**Data Objektif :** Pasien tampak bisa berbincang-bincang dengan pasien lainnya Pasien tampak bercerita tentang keluarganya.

**Assesment:** Gangguan persepsi sensori : Halusinasi masih ada

**Planning:** Anjurkan pasien berbincang-bincang dengan teman sekamarnya atau seruangannya pada jam 11.00, dan anjurkan pasien berbincang-bincang jika pasien mendengar suara dan melihat bayangan itu lagi

Jumat, 24 Mei 2024

**Data Subjektif :** Pasien mengatakan sudah jarang melihat bayangan dan mendengar suara itu lagi, pasien mengatakan terkadang masih suka mendengar dan melihat itu pada malam hari saja

**Data Objektif :** Pasien masih tampak berbicara sendiri, pasien masih tampak melamun sendiri

**Tujuan Khusus:** Pasien dapat mengontrol halusinasinya

**Tujuan umum:** Pasien dapat mengontrol dan mengendalikan halusinasinya

**Kriteria Evaluasi:** Pasien dapat melakukan kegiatan sehari-hari saat halusinasinya muncul

**Rencana Tindakan Keperawatan:** Diskusikan cara baru untuk mengontrol timbulnya halusinasi, yaitu membuat jadwal kegiatan sehari-hari berupa merapikan tempat tidur agar halusinasi tidak sempat muncul, meminta keluarga/teman/perawat menyapa jika tampak bicara sendiri.

**Tindakan Keperawatan :** Dilakukannya evaluasi SP 1 (dengan cara menghardik), Mengevaluasi SP 2 (mengontrol dengan cara minum obat dengan benar), Mengevaluasi SP 3 (Mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain), dilaksanakannya SP 4 halusinasi (mengontrol halusinasi dengan cara beraktivitas sambil bercakap-cakap), dan menganjurkan pasien melakukan aktivitas kesukaannya.

**Rencana Tindak Lanjut:** Mengevaluasi SP 1 Halusinasi (mengontrol halusinasi dengan cara menghardik), Mengevaluasi SP 2 halusinasi (Mengontrol halusinasi dengan cara minum obat yang benar dan teratur), Mengevaluasi SP 3 halusinasi (Mengontrol halusinasi dengan cara

bercakap-cakap dengan orang lain). Mengevaluasi SP 4 halusinasi (Mengontrol halusinasi dengan cara beraktivitas sambil bercakap-cakap) motivasi pasien untuk tetap melakukan aktivitas yang dia sukai dan senang.

### **Evaluasi Keperawatan**

**Data Subjektif:** Pasien mengatakan senang melakukan aktivitas yang disenangi berupa merapihkan tempat tidurnya, pasien mengatakan senang memiliki teman, Pasien merasa sudah tidak pernah diganggu oleh suara dan bayangan itu lagi

**Data Objektif:** Pasien tampak melakukan aktivitasnya sambil bercakap-cakap dengan teman sekamarnya, Pasien sudah tidak takut dengan suara dan bayangan itu

**Assesment:** Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi pendengaran dan penglihatan terkontrol

## **2 Diagnosa: Isolasi Sosial (Selasa, 21 Mei 2024)**

**Data Subjektif:** Pasien mengatakan lebih suka sendiri di pojok ruangan ketimbang dengan teman-temannya, pasien tidak tau untung dan ruginya mempunyai teman, pasien mengatakan tidak ingin berkenalan dengan teman sekamar dan seruangannya

**Data Objektif:** Pasien tampak menyendiri di pojok ruangan, pasien tampak meringkuk di pojok ruangan, Pasien tampak tidak mau berbaur dengan teman-temannya, pasien tampak enggan membuka suara ketika diajak berbicara

**Tujuan Umum:** Pasien dapat berinteraksi dengan orang lain

**Tujuan khusus:** Pasien dapat membina hubungan saling percaya, pasien dapat menyebutkan untung dan ruginya mempunyai teman, pasien dapat melakukan dan menjalin hubungan dengan orang lain secara bertahap

**Kriteria Evaluasi:** Pasien menunjukkan rasa kepercayaan kepada perawat, menunjukkan rasa senang adanya kontak mata, mau berjabat tangan, mau menyebutkan namanya, mau mengungkapkan masalahnya, mampu menyebutkan untung dan ruginya mempunyai teman, dapat melakukan tahap perkenalan dengan 1 (satu) orang

**Rencana Tindakan keperawatan:** bina hubungan saling percaya, jelaskan tujuan pertemuan, beri kesempatan pada pasien untuk mengungkapkan penyebab menarik diri, tanyakan pada pasien tentang manfaat jika berhubungan dengan orang lain, tanyakan pada pasien tentang kerugian jika tidak berhubungan dengan orang lain, diskusikan dengan pasien tentang manfaat dan kerugian jika berhubungan dengan orang lain

**Tindakan Keperawatan:** Dilakukannya SP 1 Isolasi Sosial (cara I berkenalan dengan orang lain dengan benar) pukul 11.00 WIB, dengan tindakan keperawatan yang dilakukan, yaitu membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi penyebab isolasi sosial, mendiskusikan dengan pasien keuntungan dan kerugian berinteraksi dengan orang lain, dan melatih SP 1 isolasi sosial (cara berkenalan dengan benar dan berkenalan 1 orang).

**Rencana Tindak Lanjut:** Mengevaluasi SP 1 Isolasi sosial (cara berkenalan dengan orang lain dengan benar), dan latih SP 2 Isolasi Sosial (cara berkenalan dengan 2 orang atau lebih)

### **Evaluasi Keperawatan**

**Data Subjektif:** Pasien mengatakan mengerti apa manfaat dan keuntungan jika mempunyai teman, pasien mengatakan mengerti kerugian jika tidak mempunyai teman, pasien mengatakan bisa berkenalan dengan temannya dengan benar

**Data Objektif:** Pasien tampak masih ragu-ragu dalam berkenalan dengan orang lain, Pasien tampak mengulangi dan mempraktikkan cara berkenalan dengan orang lain yang sudah diajarkan perawat

**Assesment:** Isolasi sosia masih ada

**Planning:** Anjurkan pasien untuk berkenalan dengan teman sekamarnya 2 kali pada pukul 16,00 WIB, anjurkan pasien berkenalan dengan orang lain secara mandiri

**Isolasi sosial (Rabu, 22 Mei 2024)**

**Data Subjektif:** Pasien mengatakan masih suka menyendiri, pasien mengatakan masih tidak mau berkenalan dengan orang lain jika tidak ada yang menemaninya, Pasien mengatakan sudah mempunyai dan bersalaman dengan 1 orang teman yang sudah dikenalnya

**Data Objektif:** Pasien masih tampak masih suka menyendiri, pasien tampak melamun, pasien tampak tidak bisa membuka obrolan dengan orang lain, kontak mata pasien masih kurang, pasien tampak masih sering berdiam diri di pojok ruangan.

**Tujuan Umum:** Pasien dapat berinteraksi dengan orang lain

**Tujuan Khusus:** Pasien dapat melaksanakan hubungan sosial secara bertahap dan mampu mengungkapkan perasaannya setelah berhubungan dan berinteraksi dengan orang lain

**Kriteria Evaluasi:** pasien dapat berkenalan dengan 2 2 (dua) orang/lebih

**Pelaksanaan Keperawatan**

**Tindakan keperawatan:** Dilakukannya SP 2 isolasi sosial (cara berkenalan dengan 2 orang/ lebih) pukul 11.00 WIB, dengan tindakan (cara tindakan keperawatan yang dilakukan, yaitu mengevaluasi kegiatan harian pasien SP 1 Isolasi Sosial (cara berkenalan dengan benar dan berkenalan dengan 1 (satu orang), melatih pasien SP2 isolasi sosial (berkenalan dengan 2 orang/lebih).

**Rencana Tindak Lanjut:** Mengevaluasi SP 1 Isolasi Sosial (Cara berkenalan dengan benar dan berkenalan dengan 1 (satu) orang, Mengevaluasi SP 2 Isolasi Sosial (Berkenalan dengan 2 (dua) orang/lebih). Melatih SP 3 Isolasi Sosial (melakukan kegiatan dengan 2 orang/lebih yang sudah dikenal)

### **Evaluasi Keperawatan:**

**Data Subjektif:** pasien mengatakan sudah bisa berinteraksi dan melakukan kegiatan dengan 2 (dua) orang/lebih yang sudah dikenal, pasien senang mendapat teman lagi, pasien mengatakan, sudah bisa berkenalan

**Data Objektif:** Pasien tampak melakukan aktivitas Bersama teman yang sudah dikenalnya, pasien tampak sudah mulai ada kontak mata saat berinteraksi,

**Assesment:** Isolasi sosial masih ada

**Planning:** Anjurkan pasien untuk melakukan kegiatan apapun bersama temannya yang disukai pada pukul 12.00, anjurkan pasien berkenalan secara mandiri

### **Kamis (23 Mei 2024)**

**Data Subjektif:** Pasien mengatakan hanya suka duduk, dan pasien mengatakan sudah kenal dengan teman-teman sekamarnya, pasien mengatakan sudah bisa berkenalan

**Data Objektif:** Pasien tampak menonton TV Bersama, pasien tampak mengobrol dengan temannya, pasien masih tampak melamun, pasien tampak kooperatif saat diajak berbicara, pasien tampak masih belum bisa melakukan pembicaraan dengan orang lain

**Tujuan Umum:** Pasien dapat berinteraksi dengan orang lain

**Tujuan Khusus:** Pasien dapat melakukan hubungan sosial secara bertahap, dan mampu mengungkapkan perasaannya setelah berinteraksi dengan orang lain.

**Kriteria evaluasi:** Pasien dapat melakukan kegiatan dengan orang lain yang sudah dikenalnya

### **Pelaksanaan Keperawatan**

**Tindakan Keperawatan:** Dilakukannya SP 3 isolasi sosial (Melakukan kegiatan dengan orang 2 orang atau lebih yang sudah dikenal) pukul 10.00,

dengan tindakan keperawatan yang dilakukakn yaitu, mengevaluasi kegiatan harian SP 1 Isolasi sosial (cara berkenalan dengan baik dan benar dengan 1 (satu) orang), mengevaluasi SP 2 isolasi sosial (berkenalan dengan 2 (dua) orang/lebih), melatih SP 3 isolasi sosial (melakukan kegiatan dengan 2 orang/lebih yang sudah dikenal

**Rencana Tindak Lanjut:** Mengevaluasi SP 1 isolasi sosial (cara berkenalan dengan baik dan benar dengan 1 (satu) orang, Mengevaluasi SP 2 Isolasi Sosial (berkenalan dengan 2 (dua) orang/lebih), Mengevaluasi SP 3 Isolasi Sosial (melakukan kegiatan sosial dengan 2 (dua) orang / lebih yang sudah dikenal), melatih SP 4 Isolasi Sosial (melakukan kegiatan sosial smabul bercakap-cakap)

### **Evaluasi Keperawatan**

**Data Subjektif:** Pasien mengatakan senang ketika membantu perawat untuk mengambil piring kotor Bersama teman-temannya sambil mengobrol bersama

**Data Objektif:** Pasien tampak membantu perawat untuk mengambil piring kotor dan pasien tampak mengobrol saat membantu perawat

**Assesment:** Isolasi sosial teratasi Sebagian

**Planning :** Anjurkan pasien untuk menonton tv Bersama teman-temannya pada pukul 10.30

### **Isolasi Sosial (Jumat, 24 Mei 2024)**

**Data Subjektif:** Pasien mengatakan masih lebih suka duduk sendiri ketimbang bareng temannya, pasien mengatakan sudah kenal semua teman-temannya di sini

**Data Objektif:** Pasien sesekali tampak mengobrol dengan teman-temannya, pasien tampak sudah bisa membuka obrolan, pasien tampak kooperatif ketika ditanya, kontak mata pasien sudah menatap lawan bicaranya, pasien sesekali menonton tv Bersama temannya

**Tujuan umum:** pasien dapat berinteraksi dengan orang lain

**Tujuan Khusus:** Pasien dapat melakukan hubungan sosial secara bertahap, dan mampu mengungkapkan perasaannya

**Kriteria Evaluasi:** Pasien dapat melakukan kegiatan sosial sambil berbincang-bincang dengan orang lain dan dapat mengungkapkan perasaannya

**Tindakan Keperawatan:** Dilakukannya SP 4 Isolasi sosial (melakukan kegiatan sambil berbincang-bincang) pada pukul 10.30 WIB, Dengan tindakan keperawatan yang dilakukan, yaitu mengevaluasi SP 1 Isolasi sosial (berkenalan dengan 1 (satu) orang), mengevaluasi SP 2 Isoalasi Sosial (berkenalan dengan 2 orang/lebih), mengevaluasi SP 3 Isolasi Sosial (melakukan kegiatan dengan 2 orang/lebih yang sudah dikenal

**Rencana Tindak Lanjut:** Mengevaluasi SP 1 Isolasi Sosial (cara berkenalan dengan benar dan berkenalan dengan 1 (satu) orang), mengevaluasi SP 2 isolasi sosial (berkenalan dengan 2 orang/lebih), evaluasi 3 isolasi sosial (kegiatan dengan 2 orang/lebih yang sudah dikenal, mengevaluasi SP 4 Isolasi sosial (melakukan kegiatan sosial sambil bercakap cakap), motivasi pasien untuk melakukan aktivitas lainnya

**Evaluasi keperawatan:**

**Data Subjektif :** Pasien mengatakann senang membantu mengambilkan piring kotor setelah makan bersama teman-temannya

**Data Objektif:** Pasien tampak senang, pasien tampak mengambilkan piring kotor setelah makan bersama

**Assesment:** Isolasi sosial teratasi

**Planning :** Anjurkan pasien melakukan kegiatan lainnya Bersama teman-temannya di jam 10.00 WIB, dan anjurkan pasien untuk melakukan secara mandiri

### 3. Harga Diri Rendah Kronis (Selasa, 21 Mei 2024)

**Data Subjektif:** Pasien mengatakan dirinya tidak berguna karena tidak bekerja dan alhasil pasien mengatakan bercerai dengan istrinya akibat dirinya yang tidak bekerja.

**Data Objektif :** Pasien pandangan mata pasien selalu melihat ke seluruh penjuru ruangan, tidak mau melihat ke lawan bicaranya, selalu menunduk, dan menjawab pertanyaan seadanya.

**Tujuan umum:** Pasien memiliki konsep diri yang positif

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

**Kriteria Evaluasi :** pasien dapat menyebutkan hal positif yang dimilikinya, aspek positif teman yang ada di lingkungannya, Aspek positif dari keluarga

**Rencana Tindakan keperawatan:** Diskusikan dengan pasien kemampuan yang dapat dilakukan dan dikerjakan pasien, bantu pasien menyebutkan dan memberi penguatan terhadap kemampuan diri yang diungkapkan pasien, perlihatkan respon yang kondusif dan menjadi pendengar yang aktif

**Tindakan Keperawatan:**

Melaksanakan SP 1 (satu) Harga diri rendah (mendiskusikan kegiatan atau aktifitas yang dimiliki pasien) pukul 10.00 WIB, dengan tindakan keperawatan yang dilakukan, yaitu mendiskusikan aspek positif dan aktivitas lain yang dimiliki pasien. memberi motivasi kepada pasien

**Rencana Tindak Lanjut:** Evaluasi SP 1 menilai kemampuan yang masih dimiliki yaitu memperbaiki tempat tidur, latih SP 2 melatih kemampuan lain yang bisa dilakukan dan melakukan kemampuan sesuai jadwal.

Evaluasi Keperawatan

**Data Subjektif:** Pasien senang ternyata pasien memiliki kemampuan yang dimiliki

**Data Objektif:** Pasien tampak merasa tidak berguna, pasien tampak tidak bersemangat

**Assesment:** Harga diri Rendah kronis masih ada

**Planning :** Anjurkan pasien memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian, anjurkan pasien untuk melakukan aktivitas menggambar pada pukul 10.30 WIB

### **Harga Diri Rendah Kronis (Rabu, 22 Mei 2024)**

**Data Subjektif:** Pasien mengatakan masih merasa dirinya tidak berguna karena tidak bekerja, pasien mengatakan dirinya mempunyai kemampuan yang bisa dikerjakan, pasien mengatakan melakukan merapihkan tempat tidur

**Data Objektif:** Pasien tampak masih kurang kontak mata, pasien tampak masih tidak focus saat berbincang-bincang

**Tujuan Umum** Pasien memiliki konsep diri yang positif.

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

**Kriteria Evaluasi:** pasien dapat menyebutkan aspek positif dan kemampuan yang dimiliki, aspek positif keluarga, dan aspek positif lingkungan pasien.

**Rencana Tindakan Keperawatan:** Rencanakan bersama pasien aktivitas yang dapat dilakukan setiap hari sesuai kemampuan pasien.

**Rencana Tindakan:** Melaksanakan SP dua Harga diri rendah (mendiskusikan kegiatan atau aktifitas yang dimiliki pasien) pukul 10.00 WIB, dengan tindakan keperawatan yang dilakukan, yaitu mendiskusikan aspek positif dan aktivitas lain yang dimiliki, memberi motivasi kepada pasien.

**Rencana Tindak Lanjut:** Evaluasi SP 1: (menilai kemampuan yang masih dimiliki yaitu menggambar), evaluasi SP 2 (melatih kemampuan lain yang

bisa dilakukan dan melakukan kemampuan sesuai jadwal), Latih kemampuan SP 3 harga diri rendah mewarnai

### **Evaluasi keperawatan**

**Data Subjektif:** Pasien mengatakan senang bisa membuat gelang manik-manik, pasien mengatakan mendapat teman baru, pasien mengatakan ingin membuat gelang manik-manik lagi

**Data Objektif:** Pasien tampak senang belajar membuat gelang manik-manik, pasien tampak senang memiliki kemampuan membuat gelang manik-manik, pasien tampak masih tidak menerima dirinya sendiri

**Assesment:** Harga Diri Rendah Kronis masih ada

**Planning:** Anjurkan pasien untuk memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian, anjurkan pasien merapihkan tempat tidurnya

### **Harga Diri Rendah Kronis (Kamis, 23 Mei 2024)**

**Data Subjektif:** Pasien mengatakan sudah mulai percaya diri, pasien mengatakan dirinya berharga, pasien mengatakan pasien memiliki kemampuan yang bisa dikerjakan

**Data Objektif:** Pasien tampak melakukan kegiatan merapihkan tempat tidur,

Pasien tampak sudah mulai percaya diri, pasien tampak ada kontak mata ketika berbicara dengan orang lain

**Tujuan Umum** Pasien memiliki konsep diri yang positif.

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

**Kriteria Evaluasi:** pasien dapat menyebutkan aspek positif dan kemampuan yang dimiliki, aspek positif keluarga, dan aspek positif lingkungan pasien

**Rencana Tindakan Keperawatan:** Rencanakan bersama pasien aktivitas yang dapat dilakukan setiap hari sesuai kemampuan pasien, Rencanakan Bersama pasien untuk

**Rencana Tindakan :** Melaksanakan SP 3 (tiga) Harga diri rendah (mendiskusikan kegiatan atau aktifitas yang dimiliki pasien) pukul 10.00WIB, dengan tindakan keperawatan yang dilakukan, yaitu mendiskusikan aspek positif dan aktivitas lain yang dimiliki, memberi motivasi kepada pasien.

**Rencana Tindak Lanjut:** Evaluasi SP 1: (menilai kemampuan yang masih dimiliki yaitu menggambar), evaluasi SP 2 (melatih kemampuan lain yang bisa dilakukan dan melakukan kemampuan sesuai jadwal), Mengevaluasi SP 3 harga diri rendah : mewarnai, Melatih SP 4 harga diri rendah : membersihkan halaman

**Evaluasi Keperawatan:**

**Data Subjektif:** Pasien mengatakan setelah melakukan kegiatan mewarnai hidupnya merasa sangat berbakat, pasien merasa percaya diri, pasien mengatakan sudah tidak merasa dirinya tidak berharga

**Data Objektif:** Pasien sumringah senang, pasien tampak mewarnai dengan ceria, pasien tampak merasa percaya diri, kontak mata pasien sudah terjalin

**Assesment:** Harga diri rendah kronis teratasi Sebagian

**Harga Diri Rendah Kronis (Jumat, 25 Mei 2024)**

**Data Subjektif:** pasien mengatakan dirinya sudah sangat percaya diri, pasien mengatakan dirinya berguna, pasien mengatakan dirinya tidak merasa minder lagi

**Data Objektif:** Pasien tampak lebih percaya diri, kontak mata pasien sudah menatap kepada lawan bicara, pasien tampak sangat Bahagia

**Tujuan Umum** Pasien memiliki konsep diri yang positif.

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

**Kriteria Evaluasi:** pasien dapat menyebutkan aspek positif dan kemampuan yang dimiliki, aspek positif keluarga, dan aspek positif lingkungan pasien

**Rencana Tindakan Keperawatan:** Rencanakan bersama pasien aktivitas yang dapat dilakukan setiap hari sesuai kemampuan pasien, Rencanakan Bersama pasien untuk

**Rencana Tindakan :** Melaksanakan SP 4 (empat) Harga diri rendah (mendiskusikan kegiatan atau aktifitas yang dimiliki pasien) pukul 10.00WIB, dengan tindakan keperawatan yang dilakukan, yaitu mendiskusikan aspek positif dan aktivitas lain yang dimiliki, memberi motivasi kepada pasien

**Rencana Tindak Lanjut:** Evaluasi SP 1: (menilai kemampuan yang masih dimiliki yaitu menggambar), evaluasi SP 2 (melatih kemampuan lain yang bisa dilakukan dan melakukan kemampuan sesuai jadwal), Mengevaluasi SP 3 harga diri rendah : mewarnai, Mengevaluasi SP 4 harga diri rendah : membersihkan halaman

### **Evaluasi Keperawatan**

**Data Subjektif:** Pasien mengatakan bisa membersihkan halaman kamarnya, pasien mengatakan senang karena mendapatkan kegiatan baru,

**Data Objektif:** pasien tampak senang membersihkan halaman, pasien tampak tersenyum ketika dipanggil perawat

**Assesment:** Harga Diri Rendah Kronis Teratasi

**Planning:** Anjurkan pasien membersihkan halaman kamar jika merasa kotor, anjurkan pasien memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Pada BAB ini penulis membandingkan antara teori dan tinjauan kasus termasuk pada factor yang menjadi pendukung dan penghambat yang merupakan hasil dari pengamatan dan pelaksanaan selama menjalani praktik keperawatan jiwa di ruang Nuri Rumah Sakit Soeharto Heerdjan Grogol, Jakarta Barat yang berjudul : Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Halusinasi Pendengaran dan penglihatan”. Penulis melakukan asuhan keperawatan yang dilakukan mulai dari pendekatan proses keperawatan yang meliputi: pengkajian, perumusan diagnose, 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 ruang Nuri. Faktor penyebab gangguan jiwa juga dikenal sebagai faktor predisposisi. Faktor biologis, psikologis, dan sosiokultural dan lingkungan dapat menjadi salah satu factor predisposisi seseorang menjadi mengalami gangguan jiwa (Mawaddah 2020)

Berdasarkan kasus, faktor predisposisi yang menyebabkan pasien menjadi gangguan jiwa adalah factor psikologis (bercerai dengan istrinya) dan faktor sosiokultural (tidak bekerja). faktor psikologis yang terdapat pada pasien adalah pasien merasa tidak berguna karena bercerai dengan sang istri dikarenakan pasien tidak bekerja. Faktor sosialcultural yang terdapat pada pasien adalah pasien tidak bekerja sehingga pasien menjadi malu dan tidak mau keluar rumah.

Berdasarkan hasil pengkajian, Faktor predisposisi yang tidak menjadi faktor penyebab pasien mengalami gangguan jiwa adalah tidak ditemukannya factor biologis, faktor perkembangan, dan faktor genetik. Faktor genetic ditandai dengan tidak adanya anggota keluarga pasien yang pernah mengalami gangguan jiwa Faktor biologis tidak ditemukan karena pasien tidak memiliki penyakit

yang diderita atau dirasakan. Faktor perkembangan tidak ditemukan pada pasien karena pasien bisa melakukan aktivitas apapun dengan mandiri.

Berdasarkan teori tentang faktori presipitasi halusinasi menurut (Badori et al. 2024), faktor presipitasi dapat meliputi hal berikut yakni (1) faktor biologi : putus obat dan gangguan fisik, (2) Faktor psikologis : keinginan tidak terpenuhi (membeli rokok), gagal dalam perkawinan (tahun 2014) atau pekerjaan dan kehilangan orang yang dicintai (3) Sosial budaya : masalah ekonomi, masalah pekerjaan dan konflik keluarga. Berdasarkan hasil pengkajian faktor presipitasi yang didapatkan pada pasien yaitu faktor Psikologis dan faktor sosial budaya. Faktor stressor sosial budaya yang dialami pasien yaitu pasien tidak bekerja dan hanya menganggur di rumah sehingga pasien merasa malu. Pada faktor psikologis yang terdapat pada pasien yaitu pasien merasa tidak berguna karena bisa bercerai dengan sang istri dikarenakan pasien tidak bekerja.

Pasien gangguan jiwa dapat menunjukkan gejala positif seperti halusinasi, kecacauan kognitif, perilaku katatonik, dan gejala negatif seperti ketidakmampuan untuk melakukan perawatan diri, ketidakmampuan untuk mengekspresikan perasaan, penurunan motivasi, dan kehilangan kemampuan untuk melakukan aktivitas sehari-hari (Yoga et al. 2022). Tanda gejala dari halusinasi adalah termasuk klien yang berbicara sendiri, mata terlihat ke kanan dan ke kiri, jalan mondar mandir, sering tersenyum dan tertawa sendiri, dan sering mendengar suara. Suara-suara ini dapat mengajak klien berbicara atau melakukan sesuatu (Susetyo et al. 2021)

Tanda dan gejala yang muncul pada pasien yaitu pasien mendengar suara bisikan yang menyuruhnya untuk tidak percaya kepada Tuhan dan melihat bayangan hitam di kamar mandinya. Pasien tampak berbicara sendiri, pasien tampak melamun, pasien tampak tidak fokus, pasien tampak matanya melirik ke seluruh penjuru ruangan, pasien tampak berbicara sendiri. Penulis menemukan kesenjangan antara teori dengan kasus. Pasien t

Menurut teori, fase-fase halusinasi dibagi menjadi 4 yaitu (Alifita 2023), Fase Comforting (fase pertama halusinasi), Fase Condemning (fase kedua halusinasi), Fase Controlling (fase ketiga halusinasi), Fase Conquering (fase keempat halusinasi). Dari hasil pengkajian, pasien tampak menyendiri, pasien

tampak melamun, pasien tampak berbicara sendiri, pasien tampak mondar-mandir, pasien mengatakan mendengar suara-suara yang menyuruhnya untuk tidak percaya kepada tuhan. Pasien mengalami halusinasi di fase *conquering*, karena halusinasi yang diderita pasien berubah menjadi perintah untuk menyuruh pasien buat tidak percaya kepada tuhan. Pada fase ini harus diatasi dengan cara intervensi strategi pelaksanaan satu menghardik halusinasi, strategi pelaksanaan 2 (dua) minum obat yang baik, benar, dan teratur, strategi pelaksanaan 3 (tiga) melatih bercakap cakap, strategi pelaksanaan 4 (empat) membuat jadwal kegiatan harian. Penulis tidak menemukan kesenjangan antara teori dengan kasus

## **B. Diagnosa Keperawatan**

Langkah kedua dari proses asuhan keperawatan adalah diagnosa keperawatan, yang menunjukkan penilaian klinis tentang bagaimana seseorang, keluarga, kelompok, dan masyarakat bertindak terhadap masalah kesehatan yang sebenarnya dan mungkin. dimana perawat memiliki kompetensi dan lisensi untuk mengatasinya Menurut PPNI, elemen diagnosa keperawatan terdiri dari masalah (P), etiologi atau penyebab (E), dan tanda atau gejala (S), atau masalah dengan penyebab (PE). Pembuat diagnosis (Baringbing 2023).

Pada kasus, pasien mempunyai diagnosa yang sama seperti teori yaitu Gangguan persepsi sensori: Halusinasi, risiko perilaku kekerasan, isolasi sosial, dan harga diri rendah kronis. Berdasarkan pengkajian, pasien di rawat di ruangan Nuri karena pasien berbicara sendiri, sering mondar-mandir, tampak menyendiri, tidak mau berbaur dengan teman satu kamar dan ruangannya. Penulis didukung oleh perawat ruang nuri rumah sakit jiwa Soeharto Heerdjan untuk melakukan pengkajian. Selama proses pengkajian, penulis tidak mendapatkan hambatan dan situasi yang dijalankan berjalan dengan kondusif

## **C. Intervensi Keperawatan**

Setelah menetapkan diagnosa, penulis membuat perencanaan yang akan diberikan kepada pasien dengan gangguan persepsi sensori : Halusinasi pendengaran dan penglihatan adalah membina hubungan saling percaya, saling terbuka, memberikan salam terapeutik dengan menyapa pasien, menanyakan nama pasien, menjelaskan tujuan interaksi, ciptakan lingkungan yang kondusif.

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 beri penguatan kepada pasien untuk tetap melakukan agar dapat sembuh dan Kembali kepada 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**

Pada tahap ini, semua tindakan keperawatan Strategi Pelaksanaan (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 namun

pasien tidak focus karena sedang menikmati halusinasinya, merespon halusinasi dengan baik serta mengungkapkan kapan waktu isi halusinasi itu terjadi. Pada pelaksanaan SP satu halusinasi 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 mampu membuat jadwal minum obat. Tidak ada kesenjangan yang terjadi pada pelaksanaan pasien. Pada pelaksanaan SP dua halusinasi tidak ditemukan adanya hambatan, karena pasien mampu menghafal sama obat, bisa menghafal nama 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 di ruang Nuri dan teman di lingkungannya. 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 pelaksanaan 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 terbina hubungan saling percaya antara pasien dengan perawat, dan perawat ruangan. Penulis tidak menemukan faktor penghambat pada proses pelaksanaan keperawatan.

#### **E. Evaluasi Keperawatan**

Setelah melakukan tindakan keperawatan, perawat harus segera melakukan evaluasi tindakan yang telah dilakukan. Evaluasi terhadap masalah keperawatan halusinasi meliputi kemampuan pasien halusinasi, keluarganya, kemampuan pasien dalam melakukan tindakan yang telah diajarkan, dan kemampuan perawat dalam merawat pasien halusinasi.

Evaluasi adalah penilaian proses dan hasil. Penilaian proses menentukan apakah ada kekeliruan dalam setiap tahapan proses, mulai dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, tindakan, dan evaluasi itu sendiri, dan penilaian hasil menentukan seberapa jauh keberhasilan yang dicapai sebagai hasil dari tindakan (Kurniati 2021). Metode evaluasi didasarkan pada standar perencanaan sebelumnya, membandingkan hasil tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan dengan tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya, dan menilai seberapa efektif proses keperawatan dari tahap pengkajian, perencanaan, dan pelaksanaan.

Kemampuan pasien dalam mengontrol halusinasi di pengaruhi oleh faktor internal dimana hal ini ditentukan dari diri pasien itu sendiri, bagaimana sikap dan respon pasien serta sejauh mana pemahaman pasien mengenai halusinasi. seperti pasien mampu mengenal mengenai halusinasinya sendiri seperti penyebab, jenis, isi, frekuensi, durasi, dan waktu terjadinya halusinasi, cara mengendalikan halusinasi yang tepat. Kemampuan pasien untuk mengendalikan halusinasi tidak hanya dipengaruhi oleh lamanya perawatan medis yang diterimanya, tetapi juga oleh faktor internal dan eksternal yang saling berhubungan, yang dapat mengurangi kekambuhan pasien dan meningkatkan kemampuan mereka untuk mengendalikan halusinasi (Santi et al. 2021).

faktor eksternal yang mempengaruhi kemampuan mengontrol pasien seperti pengetahuan dan dukungan yang ada pada keluarga pasien, lingkungan tempat tinggal pasie, dan asuhan keperawatan

Pada tahap ini yang dilakukan penulis adalah mengevaluasi indakan 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 5 setelah dilakukan intervensi menurun menjadi 1 yaitu mata pasien tampak

masih suka melirik ke segala penjuru ruangan sehingga dapat disimpulkan bahwa tanda gejala menurun sebanyak 80%

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**

### **KESIMPULAN**

Pada bab ini penulis menguraikan kesenjangan antara teori dan kasus. Pada BAB ini penulis menguraikan Asuhan Keperawatan pada Tn J di Ruang Nuri Rumah Sakit Soeharto Heerdjan Grogol, Jakarta Barat, sehingga penulis menarik Kesimpulan dan saran sebagai berikut

#### **A. Kesimpulan**

Halusinasi adalah salah satu gejala dengan gangguan jiwa dimana seseorang tidak dapat membedakan antara kehidupan nyata maupun kehidupan palsu. Halusinasi adalah ketika panca indera menerima persepsi tanpa dorongan dari luar, gangguan sensorik melibatkan semua panca indra pendengaran, penglihatan, pengecapan, penciuman, dan perabaan

Pada pengkajian, penulis mendapatkan adanya kesenjangan antara teori dan dan kasus. Pada teori diagnosa yang muncul pada pasien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi adalah risiko perilaku kekerasan, isolasi sosial, harga diri rendah, dan dan gangguan persepsi sensori halusinasi penulis angkat karena didapatkan data fokus pasien di temukan tanda dan gejala yang muncul pada pasien yaitu mendengar suara bisikan yang menyuruhnya untuk tidak percaya kepada tuhan, pasien tampak gelisah, pasien tumpak berbicara sendiri, pasien tampak menyendiri. Pasien mengatakan Halusinasi datang biasanya pais malam hari jam 21.00 atau tidak menentu saat pasien sendiri. Pasien berada pada tahap halusinasi fase conquering.

Pada tahap pelaksanaan keperawatan jiwa dilakukan strategi pelaksanaan yang terdiri dari mengidentifikasi pengetahuan, jenis halusinasi, waktu halusinasi, respon pasien terhadap hal dab 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 yaitu mata pasien masih tampak suka melirik ke segala penjuru ruangan, sehingga dapat disimpulkan bahwa tanda gejala menurun sebanyak 25%. Kemampuan pasien yang meningkat yaitu pasien mampu menyebutkan penyebab halusinasi, menyebutkan karakteristik halusinasi yang dirasakan, jenis, isi, frekuensi, durasi, waktu, situasi yang menyebabkan halusinasinya itu muncul, menyebutkan akibat yang ditimbulkan dari halusinasi, menyebutkan cara yang selama ini digunakan untuk mengontrol halusinasi, mampu melawan halusinasinya dengan menghardik, mengalahkan halusinasi dengan cara distraksi yaitu bercakap-cakp dan melakukan aktivitas, minum obat dengan minum obat dengan 8 prinsip & benar obat yaitu benar nama, obat, manfaat, dosis, frekuensi, cara, tanggal kadaluwarsa dokumentasi, membedakan perasaan sebelum dan sesudah latihan, sehingga dapat disimpulkan kemampuan pasien meningkat sebanyak 80%

## **B. Saran**

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada Tn.J 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

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

- Alifta Z (2023) Analisis Halusinasi Gangguan Jiwa Skizofrenia Pada Tokoh Sarah Dalam Film Horse Girl Karya Jeff Baena
- Axelfa A, Aprilia T, Wibawa A, Suharti B (2024) Komunikasi Intrapersonal (Self-Talk) Dalam Meningkatkan Kesadaran Dampak Buruk Self-Harm Pada Remaja Brokenhome Intrapersonal Communication (Self-Talk) in Enhancing Awareness of the Negative Effects of Self-Harm on Adolescents from Broken Homes. *J Communio J Ilmu Komun* 13:29–43
- Ayuningtyas D, Misnaniarti M, Rayhani M (2018) Analisis Situasi Kesehatan Mental Pada Masyarakat Di Indonesia Dan Strategi Penanggulangannya. *J Ilmu Kesehat Masy* 9:1–10. <https://doi.org/10.26553/jikm.2018.9.1.1-10>
- Badori A, Hendrawati, Kurniawan (2024) Efektivitas terapi psikorelogius: dzikir terhadap halusinasi pendengaran dan penglihatan pada pasien acute transient psychotic disorder: case report 14:1257–1266
- Baringbing JO (2023) Diagnosa keperawatan sebagai bagian penting dalam asuhan keperawatan
- Diana V (2019) Kesehatan Mental (Sejarah Kesehatan Mental). Madura: Pamekasan
- Falia Al Fitriyaningsih, Fitria Prihatini EV (2023) Asuhan Keperawatan Pada Nn. R dan Nn. I Yang Mengalami Masalah Gangguan Sensori Persepsi Halusinasi Pendengaran Pada Skizofrenia Paranoid di Ruang Cempaka Rumah Sakit Jiwa Dr. Soeharto Heerdjan Jakarta. *J Persada Husada Indones* 11:40–47
- Handayani ES (2022) Kesehatan mental (Mental hygiene). Universitas Islam Kalimantan Muhammad Arsyad Al-Banjari Banjarmasin, Banjarmasin
- Haryanti AN, Larasati N (2024) Analisis Kondisi Kesehatan Mental di Indonesia Dan Strategi Penanganannya. *Student Res J* 2 No. 3:28–40
- Jenurti E, Deva Nitami S, Dwi Kartika M, et al (2024) Pelaksanaan SPTK Pada ODGJ Dengan Gangguan Sensori Persepi (GPS) Halusinasi Di Kelurahan Panorama Kota Bengkulu 2023. *J Pengabd Masy* 2:9–14. <https://doi.org/10.58818/jpm.v2i1.39>
- Koerniawan, Dheni, Novita Elisabeth Daeli S (2020) Aplikasi Standar Proses Keperawatan: Diagnosis, Outcome, dan Intervensi pada Asuhan Keperawatan. *J Keperawatan Silampari* 3:739–751. <https://doi.org/10.31539/jks.v3i2.1198>
- Kurniati D (2021) Implementasi dan Evaluasi Keperawatan. *Askep Impelementasi* 19:13

- Lukman (2023) Jurnal Penelitian Perawat Profesional Pencegahan Tetanus. Br Med J 2:1333–1336
- Maulana I, Hernawati T, Shalahuddin I (2021) Pengaruh Terapi Aktivitas Kelompok Terhadap Penurunan Tingkat Halusinasi Pada Pasien Skizofrenia: Literature Review. Pengaruh Ter Akt Kelompok Terhadap Penurunan Tingkat Halusinasi Pada Pasien Ski Lit Rev 9:153–160
- Mawaddah NIPSP (2020) Faktor predisposisi dan presipitasi terjadinya gangguan jiwa di desa Sumbertebu bangsal Mojokerto. Elect Gov J Tata Kelola Pemilu Indones 12:6
- Pahlawan RG, Fauzi AA, Keperawatan F (2024) Menghardik halusinasi klien skizofrenia. J keperawatan jiwa 12:391–400
- Paryani LA, Gati NW, Yuniati W (2023) Halusinasi Pendengaran Pada Pasien Skizofrenia Diruang Srikandi Rsjd Dr . Arif Zainudin. J Ilmu Kesehat Mandira Cendikia 2:433–443
- Puspitasari D (2023) Pogram studi profesi ners program profesi universitas kusuma husada Surakarta. penerapan terapi musik klasik terhadap tanda dan gejala halusinasi pada pasien gangguan persepsi sensori pendengaran di professional study program ners. 2015–2023
- Putri AT (2023) Pengaruh halusinasi pendengaran terhadap risiko mencederai diri sendir di RSKD dadi provinsi Sulawesi Selatan. Provinsi Sulawesi Selatan 4:[https://sulselprov.go.id/pages/profil\\_provinsi](https://sulselprov.go.id/pages/profil_provinsi)
- Rahmatia S (2018) Tujuan evaluasi dalam keperawatan. J Proses Dokumentasi Asuhan keperawatan 1:1–23
- Ridlo IA (2020) Jurnal Psikologi dan Kesehatan Mental Pandemi COVID-19 dan Tantangan Kebijakan Kesehatan Mental di Indonesia. Dep Adm dan Kebijakan Kesehatan, Fak Kesehat Masy Univ Airlangga 155–164. <https://doi.org/10.20473/jpkm.v5i12020.155-164>
- Saifah A (2022) Karakterisik dan mekanisme koping orang tua anak usia sekolah selama pembelajarn daring di SDN 10 kota Palu . 10:16–17
- Santi FNR, Nugroho HA, Soesanto E, et al (2021) Perawatan Halusinasi, Dukungan Keluarga Dan Kemampuan Pasien Mengontrol Halusinasi : Literature Review. J Keperawatan dan Kesehat Masy Cendekia Utama 10:271. <https://doi.org/10.31596/jcu.v10i3.842>
- Santri TW (2019) Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Masalah Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran Pada Ny.S. Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Masal Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran Pada Ny S 1–42

Susetyo ISO, Ulfah M, Apriliyani I (2021) Studi Kasus Gangguan Sensori Persepsi Halusinasi Pendengaran Tn. R di RSJD Prof. Dr. Soerojo Magelang. Semin Nas Penelit dan Pengabd Kpd Masy 2:486–494

Wulandari Y, Pardede JA (2020) Aplikasi Terapi Generalis Pada Penderita Skizofrenia Dengan Masalah Halusinasi Pendengaran

Yoga A, Darjati, Ita Apriliani (2022) Penerapan Intervensi Manajemen Halusinasi Dalam Mengurangi Gejala Halusinasi Pendengaran. Bul Kesehat Publ Ilm Bid Kesehat 6:33–41. <https://doi.org/10.36971/keperawatan.v6i1.107>

Yusrani KG (2023) Tinjauan Kebijakan Kesehatan Mental di Indonesia : Menuju Pencapaian Sustainable Development Goals dan Universal Health Coverage. J Med Nusant 1:Hal 89-107

**LAMPIRAN**  
**STRATEGI PELAKSANAAN**  
**HARGA DIRI RENDAH**

**STRATEGI PELAKSANAAN 1 (SP 1)**

**A. Kondisi Klien**

DO :

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

DS :

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

**B. Diagnosa Keperawatan: harga diri rendah**

**C. Tujuan**

1. Pasien dapat mengidentifikasi kemampuan dengan aspek positif yang dimiliki
2. Pasien dapat menilai kemampuan yang dapat digunakan
3. Pasien dapat menetapkan kegiatan yang sesuai kemampuan
4. Pasien dapat melatih kegiatan yang sudah dipilih, sesuai kemampuan
5. Pasien dapat menyusun jadwal untuk melakukan kegiatan yang sudah dilatih

**D. Tindakan Keperawatan**

1. Mendiskusikan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien,
2. Membantu pasien menilai kemampuan yang masih dapat digunakan
3. Membantu pasien memilih/menetapkan kemampuan yang akan dilatih
4. Melatih kemampuan yang sudah dipilih dan menyusun jadwal pelaksanaan kemampuan yang telah dilatih dalam rencana harian

## **E. Strategi Pelaksanaan**

### **1. Orientasi**

#### **a. Salam Terapeutik**

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

#### **b. Evaluasi/validasi**

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

#### **c. Kontrak**

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

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

### **2. Kerja**

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

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

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

“Sekarang, coba Ibu pilih satu kegiatan yang masih bisa dikerjakan di rumah sakit ini”. “O yang nomor satu, merapikan tempat tidur? Kalau begitu,

bagaimana kalau sekarang kita latihan merapikan tempat tidur Ibu”. Mari kita lihat tempat tidur Ibu ya. Coba lihat, sudah rapikah tempat tidurnya?”

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

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

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

### **3. Terminasi :**

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

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

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

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

## STRATEGI PELAKSANAAN 2 (SP 2)

### A. Kondisi

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

DS : Klien menyatakan sudah mau berinteraksi dengan lingkungannya.

### B. Diagnosa Keperawatan: Harga Diri Rendah

### C. Tujuan

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

### D. Tindakan Keperawatan.

Klien dapat merencanakan kegiatan yang sesuai dengan kemampuan yang dimiliki.

1. Rencanakan bersama klien aktivitas yang dapat dilakukan setiap hari sesuai kemampuan.
2. Beri contoh pelaksanaan kegiatan yang dapat dilakukan
3. Minta klien untuk memilih satu kegiatan yang mau dilakukan dirumah sakit
4. Bantu klien melakukannya, kalau perlu beri contoh
5. Beri pujian atas kegiatan dan keberhasilan klien
6. Diskusikan jadwal kegiatan harian atau kegiatan yang telah dilatih

### E. Strategi Pelaksanaan

#### a. Orientasi :

“assalammua ‘laikum, Ibu... masih ingat saya???”

baguss Bagaimana perasaan Ibu pagi ini ? Wah tampak gembira”

“ Bagaimana bu sudah dicoba merapikan tempat tidur sore kemarin tadi pagi ? Bagus ( kalau sudah dilakukan, kalau belum bantu lagi ),Sekarang kita akan latihan kemampuan kedua, masih ingat apa kegiatan itu bu ? “Ya benar kita akan latihan memcuci piring didapur ruangan ini” “Waktunya 10 menit, mari kita ke dapur”

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

“sekarang saya perlihatkan dulu ya caranya”

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

“sekarang coba Ibu yang melakukan”

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

B. Terminasi :

“bagaimana perasaan Ibu setelah latihan cuci piring”

Coba ulangi cara mencuci piring...baguss

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

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

### SP III HARGA DIRI RENDAH (HDR)

#### A. Fase orientasi

a. Salam terapeutik

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

b. Evaluasi / validasi :

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

Bagaimana dengan jadwalnya? Boleh saya lihat bu? Yang merapikan tempat tidur sudah dikerjakan. Bagus sekali, boleh saya lihat kamar tidurnya? Tempat tidurnya rapi sekali

Untuk cuci piringnya sudah dikerjakan sesuai jadwal, coba kita lihat tempat cuci piringnya? Bersih sekali tidak ada piring dan gelas yang kotor, semua sudah rapi di rak piring. wah ibu luar biasa semua kegiatan dikerjakan sesuai jadwal

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

c. Kontrak :

1. Topik :

Sekarang kita akan kita akan lanjutkan latihan kegiatan yang ketiga. Hari kita mau latihan menyapu kan? Tujuan pertemuan pagi ini adalah untuk berlatih menyapu sehingga ibu dapat menyapu dengan baik dan merasakan manfaat dari kegiatan menyapu

2. Waktu :

Kita akan melakukan latihan menyapu selama 30 menit bu

3. Tempat :

Ibu mau menyapu dimana? Bagaimana kalau dikamar ibu bu?

Fase kerja

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

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

B. Fase terminasi

Evaluasi subjektif :

Bagaimana perasaan ibu setelah kita latihan menyapu?

1. Evaluasi objektif :

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

2. Rencana Tindak Lanjut

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

### 3. Kontrak

a. Topik :

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

b. Waktu :

Ibu mau jam berapa? Baik jam 10 pagi ya.

c. Tempat :

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

## STRATEGI PELAKSANAAN ISOLASI SOSIAL

### STRATEGI PELAKSANAAN 1 (SP 1) ISOLASI SOSIAL

Proses Keperawatan.

1. Kondisi Klien
2. Diagnosa Keperawatan : Isolasi Sosial.
3. Tujuan
  - a. Klien dapat membina hubungan saling percaya.
  - b. Klien dapat menyebutkan penyebab isolasi sosial.
  - c. Klien mampu menyebutkan keuntungan dan kerugian hubungan dengan orang lain.
  - d. Klien dapat melaksanakan hubungan social secara bertahap.
  - e. Klien mampu menjelaskan perasaan setelah berhubungan dengan orang lain.
  - f. Klien mendapat dukungan keluarga dalam memperluas hubungan sosial.
  - g. Klien dapat memanfaatkan obat dengan baik.
4. Tindakan Keperawatan.
  - a. Membina hubungan saling percaya.
  - b. Mengidentifikasi penyebab isolasi sosial pasien.
  - c. Berdiskusi dengan pasien tentang keuntungan berinteraksi dengan orang lain.
  - d. Berdiskusi dengan pasien tentang kerugian berinteraksi dengan orang lain
  - e. Mengajarkan pasien cara berkenalan dengan satu orang
  - f. Menganjurkan pasien memasukkan kegiatan latihan berbincang-bincang dengan orang lain dalam kegiatan harian.

Proses Pelaksanaan

#### 5. Fase Orientasi.

- a. Salam Terapeutik.

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

b. Evaluasi / Validasi.

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

c. Kontrak

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

6. Fase kerja.

Dengan siapa bapak tinggal serumah? Siapa yang paling dekat dengan bapak? apa yang menyebabkan bapak dekat dengan orang tersebut? Siapa anggota keluarga dan teman bapak yang tidak dekat dengan bapak? apa yang membuat bapak tidak dekat dengan orang lain? apa saja kegiatan yang biasa bapak lakukan saat bersama keluarga? Bagaimana dengan teman-teman yang lain? Apakah ada pengalaman yang tidak menyenangkan ketika bergaul dengan orang lain? Apa yang menghambat bapak dalam berteman atau bercakap-cakap dengan orang lain? Menurut bapak apa keuntungan kita kalau mempunyai teman? Wah benar, kita mempunyai teman untuk bercakap-bercakap. Apa lagi pak? (sampai pasien dapat menyebutkan beberapa) Nah kalau kerugian kita tidak mempunyai teman apa bapak? ya apa lagi? (sampai menyebutkan beberapa) jadi banyak juga ruginya tidak punya temanya.

Kalau begitu ingin ibu belajar berteman dengan orang lain?

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

Contohnya: nama saya ....., senang sipanggil .....

Selanjutnya bapak menanyakan nama orang yang diajak berkenalan.

Contohnya nama Bapak siapa ? senangnya dipanggil apa?

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

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

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

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

#### 7. Terminasi.

##### a. Evaluasi subjektif dan objektif :

Bagaimana perasaan bapak setelah kita latihan berkenalan?

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

##### b. RTL

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

##### c. Kontrak

yang akan  
datang :

Topik :

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

Waktu :

bapak mau jam berapa? Bagaimana kalau

jam 11:00? Tempat :

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

## STRATEGI PELAKSANAAN 2 (SP 2)

### A. Proses Keperawatan.

1. Kondisi Klien
2. Diagnosa Keperawatan: Isolasi Sosial.
3. Tujuan.
  - a. Klien dapat mempraktekkan cara berkenalan dengan orang lain.
  - b. Klien memiliki keinginan untuk melakukan kegiatan berbincang-bincang dengan orang lain.
4. Tindakan Keperawatan.
  - a. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien.
  - b. Memberikan kesempatan kepada pasien mempraktekkan cara berkenalan dengan satu orang.
  - c. Membenarkan pasien memasukkan kegiatan berbincang-bincang dengan orang lain sebagai salah satu kegiatan harian.

### B. Proses Pelaksanaan

#### 5. Fase Orientasi.

- a. Salam Terapeutik.

Assalamualaikum, Selamat pagi bapak, Masih ingat dengan saya?
- b. Evaluasi/ Validasi :

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

Topik :

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

Waktu :

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

Tempat :

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

#### 6. Fase Kerja.

Baiklah hari ini saya datang bersama dua orang ibu perawat yang juga dinas di ruangan....., bapak bisa memulai berkenalan.. apakah bapak masih ingat bagaimana cara berkenalan? (beri pujian jika pasien masih ingat, jika pasien lupa, bantu pasien mengingat kembali cara berkenalan) nah silahkan bapak mulai (fasilitasi perkenalan antara pasien dengan perawat lain) wah bagus sekali pak, selain nama,alamat, hobby apakah ada yang ingin bapak ketahui tentang perawat C dan D? (bantu pasien mengembangkan topik pembicaraan) wah bagus sekali, Nah bapak apa kegiatan yang biasa bapak lakukan pada jam ini? Bagaimana kalau kita menemani teman bapak yang sedang menyiapkan makan siang di ruang makan sambil menolong teman bapak bisa bercakap-cakap dengan teman yang lain. Mari pak.. (dampingi pasien ke ruang makan) apa yang ingin bapak bincangkan dengan teman bapak. ooh tentang cara menyusun piring diatas meja silahkan bapak ( jika pasien diam dapat dibantu oleh perawat) coba bapak tanyakan bagaimana cara menyusun piring di atas meja kepada teman bapak? apakah harus rapi atau tidak? Silahkan bapak, apalagi yang ingin bapak bincangkan.. silahkan.

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

#### 7. Terminasi.

##### a. Evaluasi subjektif dan objektif :

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

##### b. RTL

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

- c. Kontrak yang akan datang : Topik :Baik lah bapak bagaimana kalau besok saya kan mendampingi bapak berkenalan dengan 4 orang lain dan latihan bercakap-cakap saat melakukan kegiatan harian lain, apakah bapak bersedia?
- d. Waktu : bapak mau jam berapa? Bagaimana kalau jam 10:00 ? Baiklah bapak besok saya akan kesini jam 10:00 sampai jumpa besok bapak. saya permisi Assalamualaikum.

## STRATEGI PELAKSANAAN 3 (SP 3) ISOLASI SOSIAL

### A. Proses Keperawatan.

1. Kondisi Klien
2. Diagnosa Keperawatan: Isolasi Sosial.
3. Tujuan.
  - a. Klien mampu berkenalan dengan dua orang atau lebih.
  - b. Klien dapat memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian.
4. Tindakan Keperawatan.
  - a. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien.
  - b. Memberikan kesempatan pada klien berkenalan.
  - c. Menganjurkan pasien memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian.

### B. Proses Pelaksanaan

#### 5. Fase Orientasi.

- a. Salam Terapeutik.

Assalamualaikum bapak, Selamat pagi bapak, masih ingat dengan saya?
- b. Evaluasi/ Validasi :

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

Topik :

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

Waktu :

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

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

Fase Kerja.

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

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

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

Terminasi.

d. Evaluasi subjektif dan objektif :

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

e. RTL :

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

f. Kontra yang akan datang

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

bapak bersedia?

Waktu :

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

## STRATEGI PELAKSANAAN 4 (SP 4) ISOLASI SOSIAL

### A. Proses Keperawatan.

1. Kondisi Klien
2. Diagnosa Keperawatan: Isolasi Sosial.
3. Tujuan.
  - a. Klien mampu berkenalan dengan dua orang atau lebih.
  - b. Klien dapat memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian.
4. Tindakan Keperawatan.
  - a. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien.
  - b. Memberikan kesempatan pada klien berkenalan.
  - c. Menganjurkan pasien memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian

### B. Proses Pelaksanaan

#### 5. Fase Orentasi.

- a. Salam Terapeutik.

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

- b. Evaluasi/ Validasi :

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

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

Waktu :

Berapa lama bapak mau berbincang-bincang? Bagaimana kalau 20 menit? Tempat :

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

Fase Kerja.

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

Nah bapak caranya yang pertama adalah bapak ucapkan salam untuk ..., setelah itu bapak bertanya kepada..... apakah pakaian untuk ruangan .... sudah ada? Jika ada pertanyaan dari ..... bapak jawab ya.. setelah selesai, minta bapak menghitung total pakaian dan kemudian bapak ucapkan terimakasih pada ..... Nah sekarang coba bapak mulai ( perawat mendampingi pasien)

#### 6. Terminasi.

##### a. Subjektif dan objektif :

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

##### b. RTL :

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

##### c. Kontrak yang

akan datang :

Topik :

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

Waktu :

bapak mau jam berapa? Bagaimana kalau jam

11:00 Tempat :

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

## STRATEGI PELAKSANAAN (SP) TINDAKAN KEPERAWATAN SP I HALUSINASI

### A. Proses keperawatan

#### 1. Kondisi klien

##### Data Subjektif

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

##### Data Objektif

Klien mau untuk berkenalan Klien tampak kooperatif, Klien tampak bingung Klien tampak tidak fokus saat berbincang

#### 2. Diagnosa keperawatan

Gangguan persepsi sensori Halusinasi pendengaran

#### 3. Tujuan Tindakan Keperawatan.

##### Pasien mampu

- a. Membina hubungan saling percaya.
- b. Mengenal halusinasi dan mampu mengontrol halusinasi dengan menghardik
- c. Mengontrol halusinasi dengan enam benar mian chat
- d. Mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap.

Mengontrol halusinasi dengan melakukan aktivitas sehari-hari

#### 4. Tindakan keperawatan

Membina hubungan saling percaya

Membantu pasien menyadari gangguan sensori persepsi halusinasi

Melatih pasien cara mengontrol halusinasi

### B. Strategi Komunikasi

#### 1. Fase Orientasi

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

- a. Evakumi/validasi Baginam keadaan bapak hari ini?

- b. Kontrak

### 1. Topik

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

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

3. Tempat bapak mau berbincang-bincang dimana? Bagai mana kalau di ruang tarua? Baiklah pak

### 2. Fase Kerja

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

Bagaimana kalau kita latih cara yang pertama dahulu, yakni dengan menghardik, apakah bapak bersedia? Bagaimana kalau kita malai ya pak.... baiklah saya akan praktekkan dahulu baru bapak mempraktekan kembali apa yang telah saya lakukan. Begini bapak jika suara itu muncul katakan dengan keras "Pergi-Pergi saya tidak mau dengar, kamu suara palsu" sambil menutup kedua telinga bapak Seperti ini ya bapak. Coba sekarang bapak ulangi kembali seperti yang saya lakukan tadi. Bagus sekali bapak, coba sekali lagi bapak wah bagus sekali bapak

### 3 Terminasi

Evaluasi subjektif dan objektif:

"Bagaimana perasaan bapak setelah kita bercakap-cakap? Bapak merasa senang tidak dengan latihan tadi? Setelah kita ngobrol tadi, panjang lebar, sekarang bapak simpulkan pembicaraan kita tadi? Coba sebutkan cara untuk mencegah suara agar tidak muncul lagi. Kalau suara-suara itu muncul lagi, silahkan bapak coba cara tersebut. Bagaimana kalau kita hain jadwal latihannya, mau jauh berapa saja latihannya?"

RTL

"bapak lakukan itu sampai suara itu tidak terdengar lagi, lakukan itu selama 3 kali sehari yaitu jam 08:00, 14:00 dan jam 20:00 atau disaat bapak mendengar suara tersebut, cara mengisi buku kegiatan harian adalah sesuai dengan jadwal kegiatan harian yang telah kita buat tadi ya pak. Jika bapak melakukannya secara mandiri maka bapak menuliskan di kolom M, jika bapak melakukannya dibantu atau diingatkan oleh perawat atau tensan maka bapak biast di kolom B. Jika bapak tidak melakukannya maka bapak tulis di kolken T. apakah bapak mengerti?

Kontrak yang akan datang

1. Topik

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

2. Waktu:

Bapak mau jam berapa? Bagaimana kapan jam 09.00 pagi

3. Tempat

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

## STRATEGI PELAKSANAAN (SP) 2: BERCAKAP-CAKAP

gangguan persepsi sensori: Halusinasi Pendengaran

A. Proses keperawatan

1. Kondisi klien

Data Subjektif

Klien mengatakan mendengar suara aneh 1 kali dalam sehari, Data Objektif, Klien tampak gelisah, Klien tampak bingung, Klien tampak tidak kontak mata saat berbincang, Klien tampak tidak fokus saat di ajuk herhincang

2. Diagnosa keperawatan

Gangguan persepsi sensori: Halusinasi pendengaran

3. Tujuan Tindakan Keperawatan

Pasien mampu

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

Tindakan keperawatan

- a. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien
- b. Melatih pasien mengendalikan halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain
- e. Mengajukan pasien memasukkan jadwal dalam kegiatan harian

B. Strategi Komunikasi

1. Fase Orientasi

a) Salam Tempeutik

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

b) Evaluasi/validasi

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

4) Kontrak:

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

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

Baiklah pak

2. Fase Kerja

"Caranya adalah jika bapak mulai mendengar suara-suara, langsung saja bapak cari teman untuk diajak berbicara. Minta teman bapak untuk berbicara dengan bapok Contohnya begini pak, tolong berbicara dengan siya, saya mulai mendengar suara-sura. Ayo kita ngobrol dengan saya? Atau hapak nunta pada perawat untuk

berbicara dengannya seperti puk tolong berbicara dengan saya karena saya mulai mendengar suara-suara. Sekarang coba ihu praktekkan! Bagus sekali pak

### 3. Terminasi

#### d) Evaluasi subjektif dan objektif

Bagaimana perasaan bapak setelah kita berlatih tentang cara mengontrol suara-suara dengan bercakap-cakap Jadi sudah berapa cara yang kita latih untuk mengontrol suara-suara? Coba sebutkan pak? Bagus sekali bapak, mari kita masukkan kedalam jadwal kegiatan harian ya pak.

RTL

"Berapa kali bapak akan bercakap-cakap?"

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

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

### 5. Kontrak yang akan datang

#### a) e) Topik:

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

Waktu

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

Tempat:

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

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

### A. Proses Keperawatan.

#### 1. Kondisi Klien .

Data subjektif:

Klien mengatakan hari ini tidak mendengar suara-suara

Data objektif

Klien masih tampak kooperatif, Klien sudah ada kontak mata saat berbincang, Klien masih tampak bingung

#### 2. Diagnosa Keperawatan.

Gangguan persepsi sensori: Halusinasi Pendengaran.

#### 3. Tujuan Tindakan Keperawatan.

Klien mampu mengontrol halusinasi dengan cara melakukan kegiatan.

Tindakan Keperawatan.

a. Evaluasi jadwal kegiatan harian.

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

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

### B. Strategi Komunikasi

#### 1. Fase Orientasi

Salin Tematik

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

#### b. Evaluasi validasi

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

Kontrak:

Topik "seperti janji kita kemarin bagaimana kalau kita sekarang berbincang-bincang tentang suatu suara yang sering bapak dengar agar bisa dikendalikan dengan cara melakukan aktifitas/kegiatan harian" Waktu "dimana tempat yang menurut bapak cocok untuk kita berbincang

bincang? Bagaimana kalau di ruang tamu? Bpk setuju Tempat: kita nanti akan

berbincang kurang lebih 20 menit, bagaimana bapak?

## 2. Fase Kerja

"cara mengontrol halusinasi ada beberapa cara, kita sudah berdiskusi tentang cara pertama dan kedua, cara lain dalam mengontrol halusinasi yaitu cara ketiga adalah bapak menyibukkan diri dengan berbagai kegiatan yang bermanfaat. Jangan biarkan waktu luang untuk melamun saja pak"

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

## 3. Fase Terminasi

- a. Evaluasi Subjektif: "tidak terasa kita sudah berbincang-bincang lama, saya senang sekali bapak mau berbincang-bincang dengan saya. Bagaimana perasaan bapak setelah berbincang-bincang?"
- b. Evaluasi Objektif. "coba bapak jelaskan lagi cara mengontrol halusinasi yang ketiga? "Ya, Bagus sekali pak. Bapak sudah mengerti cara mengontrol halusinasi"

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

Kontrak yang akan datang Topik: "bagaimana pak kalau kita berbincang-bincang lagi tentang cara mengontrol halusinasi dengan cara yang keempat yaitu dengan patuh minum ohat

Waktu:

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

Tempat:

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

## STRATEGI PELAKSANAAN (SP) 4: ENAM BENAR MINUM OBAT

gangguan persepsi sensori: Halusinasi Pendengran dan penglihatan

A. Proses Keperawatan.

1. Kondisi Klien

Data subjektif

Klien mengatakan hari ini masih mendengar suara-suara yang aneh

Data objektif

Klien masih tampak bingung, Klien tampak tidak fokus saat berbincang, Klien tampak kooperatif

Diagnosa Keperawatan.

Gangguan persepsi sensori: Halusinasi Pendengaran

3. Tujuan Tindakan Keperawatan.

Klien mampu mengontrol halusinasi pendengaran dengan benar minum obat

Tindakan Keperawatan.

Evaluasi jadwal kegiatan harian pasien

Jelaskan pentingnya penggunaan obat pada gangguan jiwa., Jelaskan akibat bila obat tidak digunakan sesuai program. Jelaskan akibat bila putus obat, Jelaskan cara mendapatkan obat, Jelaskan cara menggunakan obat dengan prinsip 6 benar (benar obat, benar pasien, benar cara, benar waktu, benar dosis dan kontinuitas,)

B. Strategi Komunikasi

a. Fase Orientasi

Salam Therapeutic

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

b. Evaluasi Validasi

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

Kontrak

Topik:

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

Tempat

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

Wakna

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

: 2. Fase Kerja

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

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

3. Fase Terminasi

a. Evaluasi subyektif

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

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

Renacan tindak lanjut

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

Kontrak yang akan datang

Topic:

"bagaimana hapak kalau kita akan mengikuti kegiatan TAK (Terapi Aktifitas Kelompok) yaitu menggambar sambil mendengarkan musik Waktu jam berapa bapak bisa? Bagaimana kalau jam 16,00 bpk setuju?"

Tempat:

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

## STRATEGI PELAKSANAANI RESIKO PERILAKU KEKERASAN

### A. Proses Keperawatan

#### 1. Kandisi Klien

##### Data Subjektif

Keluarga klien mengatakan klieri suka murah-marah tanpa sebab, Keluarga klien mengatakan klien suka memukul pengendara motor yg lewat, Klien pernal menjadi pelaku pemukuluan orang tuanya

##### Data Objektif

Klien menjawab pertanyaan dengan nada bicara keras dan cepat, Klien nampak tegang saat berinteraksi, Mata kien tampak melatot dan kesal, Klien menjawah pertanyaan dengan singkat., Klien tampak bermusuhan.

#### 2. Diagnosa Keperawatan

##### Resiko Perilaku Kekerasan

#### 3. Tujuan Khus

Membantu pasien melatih mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik pertama

#### 4. Tindakan Keperawatan

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

Jelaskan cara mengontrol perilaku kekerasan fisik, obat, verbal, spiritual, Latihan cara klien mengontrol perilaku kekerasan secara fisik: tarik nafas dalam dan pukul kasur dan bantal

### B. Strategi komunikasi

#### Orientasi

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

"Nama bapak siapa? Senangnya di panggil apa?"

"Hagaimana perasaan bapak saat ini, masih ada marah kesalta

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

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

"Di mana enaknya kita duduk-foduk untuk berbincang-bincang, pak? Bagaimana

jika di ruang tamu

## 2. Kerja:

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

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

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

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

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

"Begini pak, jika tanda tanda marah tadi sudah bopuk rasakan, maka hapak berdiri, lalu tarik napas dari hidung, tahan sebentar lalu keluarkan napas perlukan lahan melalui mulut sambil menibayangkan hahwa hapak sedang mengeluarkan kemurahun. Silahkan bapak mencoba melakukannya. Bagus coba lakukan sampai lima kali hagas sekali hupak sudah bisa melakukannya. Hagaimana *pegalzavya!*"

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

## 3. Terminasi

"Bagaimana petasaan bapak setelah berbincang-bincang tentang kemarahan hapak?"

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

: "Coba selama saya tidak ada bapak mencoba mengingat lagi penyebab marah hapak yang lalu, apa yang bapak lakukan bila marah, yang belum kita babas dan

jangan lupa latihan nafas dalamnya ya pak."

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

## STRATEGI PELAKSANAAN SP II RESIKO PERILAKU KEKERASAN

### A. Proses Keperawatan

#### 1. Kondui Klien

##### Data Subjektif

Klien mengatakan senang dan sedikit tenang setelah berkenalan, Klien mengatakan rasa kesal sedikit menghilang setelah tarik rapes dalam.

##### Data Objektif

Klien menjawab pertanyaan dengan nada bicara keras dan cepat, Klien nampak tegang saat berinteraksi, Mata klien tampak melotot dan kesal, Klien menjawab pertanyaan dengan singkat.

Klien tampak bermusuhan.

#### 2. Diagnosa Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan

##### Strategi Komunikasi

##### 1. Orientasi

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

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

##### 2. Kerja

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

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

"Kekesalan dilampiaskan pada kasur dan bantal"

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

##### 3. Terminasi

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

: "Sekarang mari kita masukkan jadwal latihan memukul kasar dalam aktivitas

bapak. Lalu bila ada keinginan marah sewaktu-waktu segera gunakan kedua carutadi ya puk."

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

## STRATEGI PELAKSANAAN III RESIKO PERILAKU KEKERASAN

### A. Proses Keperawatan

Kondisi Klien

Data Subjektif

Klien mengatakan perasaunya senang

Klien mengatakan masih ingat dengan yang diujarkan sebelumnya

Data Objektif

Klien nampak tegang saat berinteraksi.

Mata klien tampak meletot dan kesal

Klien menjawab pertanyaan dengan singkat.

Klien tampak bermunahan.

### 2. Diagnosa Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan

Strategi Komunikasi

#### 1. Orientasi

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

"Bagaimana perasaan bapak setelah melakukannya?"

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

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

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

#### 2. Kerja

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

Meminta dengan baik tanpa marah dengan nada suara yang rendah serta tidak menggunakan kata-kata kasar, Menolak dengan baik, bila ada yang menyuruh dan bapak tidak ingin melakukannya, katakan maaf saya tidak bisa melakukannya karena sedang ada kerjaan. Coba bapak praktekan. Bagus!

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

### 3. Terminasi

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

Coba bapak sebutkan lagi cara bicara yang baik yang sudah kita pelajari. Bagus bagaimana jika besok kita bertemu lagi untuk membicarakan cara mengatasi marah yang lain, yaitu dengan cara berdoa ya pak Berapa lama? Disini saja? Baik sampai jumpa

## STRATEGI PELAKSANAAN IV RESIKO PERILAKU KEKERASAN

### A. Proses Keperawatan

#### 1. Kondisi Klien

##### Data Subjektif

Klien mengatakan jarang sholat, Klien mengatakan perasaannya senang, Klien mengatakan masih ingat dengan yang diajarkan sebelumnya

##### Data Objektif

Klien dapat melakukan sholat namun melakukannya dengan cepat., Klien nampak tegang saat berinteraksi., Mata klien tampak melotot dan kesal, Klien menjawab pertanyaan dengan singkat., Klien tampak bermusuhan.

#### 2. Diagnosa Keperawatan

##### Risiko Perilaku Kekerasan

### B. Strategi Komunikasi

#### 1. Orientasi

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

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

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

#### 2. Kerja

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

"Nah, jika bapak sedang marah, coba bapak langsung duduk dan tarik napas dalam, jika tidak reda juga segera rebuhkan badan agar rileks. Bila masih tidak reda juga, segera berdoa lagi."

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

#### 3. Terminasi

"Bagaimana perasaan bapak setelah kita bercakap-cakap tentang cara mengontrol

amarah dengan beribadah tadi?"

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

## ANALISA OBAT

### Nama obat: Risperidon

Apa Itu Risperidone

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

Risperidone tablet atau larutan

### Kondisi: Skizofrenia

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

- **Lansia:** Dosis awal 0,5 mg, 2 kali sehari. Dosis dapat ditingkatkan secara bertahap hingga mencapai dosis 1–2 mg, 2 kali sehari.

## NAMA OBAT: LORAZEPAM

### Apa Itu Lorazepam

Golongan	Obat resep
Kategori	Benzodiazepine
Manfaat	Menangani gangguan kecemasan
Dikonsumsi oleh	Dewasa dan anak usia $\geq 5$ tahun
Lorazepam untuk ibu hamil dan menyusui	<b>Kategori D:</b> Ada bukti bahwa kandungan obat berisiko terhadap janin manusia, tetapi besarnya manfaat yang diperoleh mungkin lebih besar daripada risikonya, misalnya untuk mengatasi situasi yang mengancam nyawa. Lorazepam terserap ke dalam ASI, sehingga tidak dianjurkan untuk dikonsumsi selama menyusui.
Bentuk obat	Tablet

### Dosis dan Aturan Pakai Lorazepam

Dosis lorazepam dapat berbeda-beda, tergantung pada kondisi dan usia pasien. Dalam kondisi tertentu, dokter akan memberikan dosis lorazepam kepada anak-anak berdasarkan berat badan (BB) pasien.

Berikut adalah pembagian dosis lorazepam berdasarkan tujuan penggunaannya:

**Tujuan:** Meredakan gejala gangguan kecemasan

- **Dewasa:** 1–4 mg per hari dibagi menjadi beberapa dosis, dikonsumsi selama 2–4 minggu.

**Tujuan:** Sebagai obat penenang sebelum tindakan operasi

- **Dewasa:** 2–3 mg diberikan pada malam sebelum operasi, dilanjutkan dengan 2–4 mg yang diberikan 1–2 jam sebelum operasi.
- **Anak usia 5–13 tahun:** 0,5–2,5 mg/kgBB, diberikan 1 jam sebelum operasi.
- **Lansia:** 0,5–2 mg, sesuai kondisi pasien

**Tujuan:** Mengatasi insomnia terkait gangguan kecemasan

- **Dewasa:** 1–2 mg 1 kali sehari, dikonsumsi menjelang tidur.

**NAMA OBAT: HALOPERIDOL**

Apa Itu aloperidol

Golongan	Obat resep
Kategori	Antipsikotik
Manfaat	Meredakan psikosis, gejala skizofrenia atau mania, serta mengontrol sindrom Tourette
Digunakan Oleh	Dewasa dan anak-anak $\geq 3$ tahun
Haloperidol untuk ibu hamil dan menyusui	<b>Kategori C:</b> Studi pada binatang percobaan memperlihatkan adanya efek samping terhadap janin, tetapi belum ada studi terkontrol pada wanita hamil.

---

Obat hanya boleh digunakan jika besarnya manfaat yang diharapkan melebihi besarnya risiko terhadap janin.

Haloperidol dapat terserap ke dalam ASI. Bila Anda sedang menyusui, jangan menggunakan obat ini tanpa berkonsultasi lebih dahulu dengan dokter.

---

Bentuk obat                      Tablet, kaplet, obat tetes oral (*drops*), injeksi

#### Dosis dan Aturan Pakai Haloperidol

Berikut ini adalah dosis umum penggunaan haloperidol berdasarkan kondisi, bentuk obat, dan usia pasien:

**Bentuk obat:** tablet atau tetes

**Kondisi:** psikosis, skizofrenia, atau mania

- **Dewasa:** 0,5–5 mg, 2–3 kali sehari. Dosis pemeliharaan 3–10 mg per hari tergantung respons pasien terhadap obat.
- **Lansia:** 0,5–2 mg, 2–3 kali sehari. Dosis maksimal 20 mg per hari.

#### NAMA OBAT : Trihexyphenidyl

Apa itu Trihexyphenidyl

---

Golongan                      Obat resep

---

Kategori                      Antikolinergik jenis antimuskarinik

---

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

---

Dikonsumsi oleh      Dewasa

---

Trihexyphenidyl untuk ibu hamil dan menyusui	<p><b>Kategori C:</b> Studi pada binatang percobaan memperlihatkan adanya efek samping terhadap janin, tetapi belum ada studi terkontrol pada wanita hamil.</p> <p>Obat hanya boleh digunakan jika besarnya manfaat yang diharapkan melebihi besarnya risiko terhadap janin.</p> <p>Trihexyphenidyl belum diketahui terserap ke dalam ASI atau tidak. Bila Anda sedang menyusui, jangan menggunakan obat ini tanpa berkonsultasi dulu dengan dokter.</p>
Bentuk obat	Tablet

---

#### Dosis dan Aturan Pakai Trihexyphenidyl

Dosis trihexyphenidyl yang diresepkan dokter bisa berbeda-beda, tergantung kondisi dan usia pasien. Berikut adalah dosis umum trihexyphenidyl untuk orang dewasa berdasarkan kondisi yang ingin ditangani:

**Kondisi:** Gejala ekstrapiramidal akibat efek samping obat

- **Dewasa:** 1 mg per hari. Dosis dapat ditingkatkan menjadi 5–15 mg per hari, yang dibagi dalam 3–4 kali jadwal konsumsi.

**Kondisi:** Penyakit Parkinson

- **Dewasa:** 1 mg per hari. Dosis bisa ditambahkan sebanyak 2 mg tiap 3–5 hari, hingga mencapai dosis 6–10 mg per hari yang dibagi dalam 3–4 kali jadwal konsumsi.