



**Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NN. M DENGAN  
GANGGUAN SENSORI PERSEPSI: HALUSINASI  
PENDENGARAN DAN PENGLIHATAN  
DI RUANG NUSA INDAH RUMAH  
SAKIT HUSADA**

**DINDA HAPPY AYU SILVIA**

**2011089**

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



**Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NN. M DENGAN  
GANGGUAN SENSORI PERSEPSI: HALUSINASI  
PENDENGARAN DAN PENGLIHATAN  
DI RUANG NUSA INDAH RUMAH  
SAKIT HUSADA**

**Laporan Tugas Akhir**

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

**DINDA HAPPY AYU SILVIA**

**2011089**

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

**Jakarta, 2023**

## HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Dinda Happy Ayu Silvia

Nim 2011089

Tanda tangan :

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized 'D' and 'H' followed by a horizontal line and a vertical line.

Tanggal : 09 Juni 2023

## LEMBAR PENGESAHAN

### ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NN. M DENGAN GANGGUAN SENSORI PERSEPSI: HALUSINASI PENDENGARAN DAN PENGLIHATAN DI RUMAH SAKIT HUSADA RUANG NUSA INDAH

**Pembimbing**



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

**Anggota,**

**Penguji I**



**Penguji I**



(Ns. Tri Setyaningsih, M.Kep. Sp. Kep.J ) (Ns. Ninuk Catur Puspitarini, S. Kep )

**Menyetujui,**

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada



Ellynia S.E., M.M.

## **KATA PENGANTAR**

Puji syukur saya panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmatnya sehingga saya dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi Pendengaran dan penglihatan Di Rumah Sakit Husada.

Karya Tulis Ilmiah ini disusun dalam rangka memenuhi persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan di jurusan keperawatan STIKES RS Husada. Saya menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, Oleh Karena itu, Saya ingin menyampaikan rasa terimakasih kepada :

1. Ellynia, SE., MM. Selaku Direktur STIKes RS Husada Jakarta.
2. Dr. Erani Soengkono, MARS. Selaku direktur utama Rumah Sakit Husada
3. Enjun Juntiah, A. Md. Kep Selaku kepala ruangan nusa indah di Rumah Sakit Husada
4. Ns. Dian Fitria, M.Kep., Sp.Kep.J., selaku pembimbing yang telah menyediakan waktu, memberikan bimbingan pengarah dan motivasi sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Ns. Tri Setyaningsih, M.Kep. Sp,Kep.J., selaku penguji I ya+ng memberikan banyak masukan dan motivasi positif kepada penulis dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Ns. Ninuk Catur Puspitarini, S. Kep., selaku penguji II yang memberikan banyak masukan dan motivasi positif kepada penulis dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
7. Ns. Yarwin Yari, M.Kep.,M.Biomed, selaku wali kelas yang selalu memberi motivasi dan support dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.
8. Dosen beserta staff STIKES RS Husada yang telah membimbing dari semester pertama sampai semester terakhir.

9. Kepala ruangan dan CI serta Staff Ruangan Nusa Indah Rumah Sakit Husada yang telah membimbing, membantu dalam proses pencarian pasien dan membantu mendapatkan data.
10. Kepada Orang Tua saya, Bapak Sugiman, Bapak Maddasir, Ibu Ernawati, dan Ibu Nurhayati yang selalu memberikan do'a, semangat, dukungan dan motivasi untuk belajar bersungguh-sungguh.
11. Kepada nenek saya Sudriyem yang selalu memberikan doa, serta dukungan dan motivasi untuk menjadi orang sukses di duni dan akhira dan selalu memotivasi saya untuk belajar dengan sungguh – sungguh.
12. Kakak kandung saya Ferdian Cevin Al- Hafizd dan Irfan ardhianta yang memberikan saya semangat juga memberikan dukungan. Serta telah membantu biaya kuliah selama saya kuliah 3 tahun ini.
13. Teman seperjuangan kelompok jiwa gelombang 1 (Dila Sri oktaviani, Rosa Aulia, Eva Hermana Lia Putri, Megawati Tri Fajriana, Tri Halimah Nur Rahmadhani) yang telah memberi saran, saling menguatkan dan berbagi ilmu dalam mengerjakan karya tulis ilmiah. Terimakasih sudah mendengarkan keluh kesah penulis.
14. Sahabat saya di Sekolah Menengah Atas (Rafina Arba, Mutiya Khoirun Hisan, Dimas Aziz Kurniawan, Dimas Muhammad Al-Muzakqi) yang telah memberikan semangat dan mendengarkan keluh kesah saya dari awal perkuliahan serta memberikan banyak pelajaran bagi hidup saya.
15. Untuk sahabat seperjuangan saya (Rosa Aulia, Dila Sri Oktaviani, Iren Adela, Imelda widya Ningsih, Lusitania Eka Tejongrum, Megawati Tri Fajriana, Shela Pradita Umiastuti, Eva Hermana Lia Putri, Tri Halimah Nur rahmadhani) terimakasih sudah berjuang sampai saat ini.
16. Teman-Teman seperjuangan angkatan 33 STIKes RS Husada Khususnya kelas 1C, 2C, 3C, selaku teman seangkatan yang sudah berjuang bersama selama 3 tahun ini yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu.

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, 09 Juni 2023

A handwritten signature in black ink, consisting of stylized letters and a horizontal line.

Penulis

## DAFTAR ISI

	Hal
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	iii
LEMBAR PENGESAHAN .....	iv
KATA PENGANTAR .....	v
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR LAMPIRAN.....	x
DAFTAR GAMBAR .....	xi
DAFTAR TABEL.....	xii
BAB I PENDAHULUAN .....	1
A. Latar Belakang .....	1
B. Tujuan Penulisan.....	6
C. Ruang Lingkup.....	7
D. Metode Penulisan .....	7
E. Sistematika Penulisan.....	8
BAB II TINJAUAN TEORI .....	9
A. Pengertian.....	9
B. Psikodinamika .....	10
C. Rentang Respon .....	12
D. Asuhan Keperawatan Halusinasi.....	13
BAB III TINJAUAN KASUS.....	28
A. Pengkajian Keperawatan.....	28
B. Analisa Data .....	37
C. Diagnosa Keperawatan.....	40
D. Perencanaan, Pelaksanaan dan Evaluasi Keperawatan .....	40
BAB IV PEMBAHASAN.....	57
A. Pengkajian .....	57
B. Diagnosa keperawatan .....	62

C. Intervensi Keperawatan.....	63
D. Implementasi Keperawatan.....	64
E. Evaluasi Keperawatan.....	66
BAB V PENUTUP.....	69
A. Kesimpulan .....	69
B. SARAN .....	71
DAFTAR PUSTAKA .....	73
LAMPIRAN.....	74

## **DAFTAR LAMPIRAN**

LAMPIRAN 1 Strategi pelaksanaan

LAMPIRAN 2 Analisa obat

LAMPIRAN 3 Lembar konsul

## DAFTAR GAMBAR

	Hal
Gambar 2.1 Rentang Respon .....	12
Gambar 2.2 Pohon Masalah Halusinasi .....	15
Gambar 3.1 Genogram Ny. M .....	30
Gambar 3.2 Pohon masalah Ny. M.....	40

## DAFTAR TABEL

	Hal
Tabel 3.1 Analisa Data.....	37

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Sehat adalah suatu keadaan berupa kesejahteraan fisik, mental, dan sosial secara penuh dan bukan semata-mata berupa kegiatan. Individu dengan kesehatan jiwa yang baik adalah individu yang dapat berkembang fisiknya, mentalnya, spiritual, dan sosialnya sehingga orang tersebut dapat memahami kemampuan dirinya, dapat menyelesaikan masalah, bisa melakukan pekerjaan dengan produktif, dan dapat memberi manfaat di sekitarnya.

Sehat jiwa adalah dimana seseorang tidak mengalami gangguan mental dan seseorang tersebut merasa sehat dan bahagia, mampu menghadapi tantangan hidup dan selalu bersikap dan berfikir positif. Masyarakat juga perlu tau pentingnya kesehatan mental baik untuk dirinya sendiri maupun untuk orang disekitarnya. Masyarakat perlu mengidentifikasi sejak dini tentang gejala pada masalah kejiwaan. Tingginya kasus gangguan jiwa di dunia perlu mendapatkan perhatian khusus dari *World Health Organization* (WHO). Skizofrenia tidak dapat lagi dilihat secara individual tetapi harus diintervensi secara tertata dan dengan skala besar (Kurniawan & Sulistyarini, 2017)

Orang dengan gangguan jiwa atau yang sering disebut ODGJ merupakan orang yang mengalami gangguan pikiran, perilaku, yang dapat menimbulkan penderitaan dan hambatan dalam melakukan aktivitas dan menjalani fungsi sebagai manusia. ODGJ juga dikenal sebagai kelompok yang mendapatkan stigma negatif dari masyarakat. Adapun gangguan jiwa yang paling mendapatkan stigma buruk adalah gangguan jiwa dengan kategori depresi, skizofrenia. Masyarakat menganggap bahwa orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) adalah penyakit yang berbahaya karena dapat membunuh dan melukai orang lain (Chollet, 2017). Gangguan kesehatan mental adalah sindrom atau pola perilaku yang signifikan secara klinis terkait dengan stres atau kesusahan dan menyebabkan gangguan pada satu atau lebih fungsi kehidupan seseorang salah satu dari gangguan jiwa di antara adalah skizofrenia (Putri, 2017). Fenomena gangguan kesehatan jiwa masih menjadi salah satu dari masalah kesehatan terbesar di dunia, diantaranya ada di Indonesia.

Menurut statistik WHO (2016), sekitar 35 juta orang menderita depresi, dan gangguan bipolar 60 juta orang. 21 juta orang dengan gangguan jiwa berat menderita skizofrenia, dan 7,5 juta demensia lainnya. Di Indonesia, dengan berbagai faktor biologis, psikologis dan sosial, dan populasi yang beragam, kemudian kasus gangguan jiwa terus meningkat, di antaranya menambah beban pemerintah dan di antaranya menurunkan produktivitas masyarakat dalam jangka panjang. Pada tahun 2013, Kementerian Kesehatan

(Kemenkes) melakukan riset gangguan kesehatan jiwa di wilayah Indonesia dengan jumlah 1,2 juta jiwa. Hasil penelitian menunjukkan prevalensi gangguan jiwa dengan gejala depresi dan kecemasan pada orang berusia di atas 15 tahun mencapai 6% penduduk Indonesia atau sekitar 1 juta orang. Sedangkan menurut Kementerian Kesehatan pada tahun 2016 terdapat kasus gangguan jiwa berat seperti skizofrenia pada sekitar 400.000 orang, atau sebanyak 1,7 kasus per 1.000 penduduk. Data dari survei dasar kesehatan (Riskesdas, 2018) juga meningkat secara signifikan, jika dibandingkan dengan data risiko tahun 2013, prevalensi gangguan kesehatan jiwa meningkat dari 1,7 ‰ menjadi 7‰, peningkatan tersebut sudah mencapai 5,3 ‰ (Reza & Rahman, 2019).

Skizofrenia merupakan penyakit jiwa yang disebabkan oleh beberapa faktor, yaitu faktor genetik, faktor tekanan kerja dan faktor ekonomi atau faktor kemiskinan. Individu yang terkena penyakit ini adalah individu yang tidak bisa mengontrol tekanan dan emosi pada dirinya. Individu yang terkena skizofrenia dapat mendengar suara yang tidak dapat didengar dan dipercayai oleh orang lain. Kerap kali pada individu yang terkena skizofrenia ia akan berbicara sendiri seolah-olah ada lawan bicara (Ali et al., 2019)

Pada tahun 2014 sebanyak 70% Pasien yang di diagnosis skizofrenia adalah pasien dengan halusinasi. Halusinasi adalah hilangnya kemampuan seseorang untuk membedakan rangsangan internal (pikiran) dari rangsangan eksternal (dunia luar), sehingga dengan tidak adanya objek atau rangsangan

nyata, klien dapat memberikan ide atau pendapat tentang lingkungan (World Health Organization; *London School of Hygiene and Tropical Medicine*, 2017). Halusinasi merupakan gejala dari gangguan jiwa dimana pasien mengalami perubahan persepsi sensorik, mengalami sensasi palsu dari penglihatan, pendengaran, sentuhan, hidung atau rasa ketika stimulus tidak nyata (Damayanti et al., 2021).

Menurut (Kusumawati & Hartono, 2018) diperkirakan penduduk Indonesia yang mengalami halusinasi yaitu sekitar 1-1,5 juta jiwa. Menurut Hasil penelitian di RSMM di ruang sadewa pada bulan Februari – April 2020 Diagnosis medis yang ditemukan skizofrenia paranoid sebanyak 24 klien, skizofrenia 3 klien, gangguan afektif bipolar 4 klien, psikosis 5 klien, dan skizofrenia hebrefenik 1 klien. Diagnosa medis yang paling sering ditemukan skizofrenia paranoid sebanyak 24 klien dan diagnosa keperawatan utama yang paling sering ditemukan adalah halusinasi sebanyak 20 klien. Gangguan halusinasi ini menunjukkan gejala seperti klien berbicara sendiri, mata melihat ke kiri dan ke kanan, mondar-mandir, sering tersenyum dan tertawa sendirian, dan sering mendengar suara-suara. Jika pasien halusinasi di biarkan dapat mengundang pasien untuk berbicara atau melakukan sesuatu.

Perawat memiliki peran penting dalam perawatan penderita halusinasi karena banyaknya komplikasi yang muncul ketika halusinasi pasien tidak terkontrol dengan baik, karena pasien dengan halusinasi visual dan

pendengaran yang tidak terkontrol berisiko merugikan diri sendiri, orang lain, dan lingkungan. Selain itu, tugas perawat adalah mencegah komplikasi, mengurangi risiko dan meningkatkan kesehatan pasien secara komprehensif (Susetyo et al., 2021). Halusinasi sangat berbahaya, jika halusinasi mendengar mengandung perintah yang dapat merugikan diri sendiri atau orang lain, seperti perintah bunuh diri, melarikan diri, perintah memukul seseorang atau kejahatan lainnya (Larasaty & Hargiana, 2019)

Dalam meminimalisir dampak yang ditimbulkan oleh pasien halusinasi, dibutuhkan penanganan, intervensi dan tindakan yang tepat. Intervensi yang di berikan pada pasien halusinasi bertujuan menolong mereka untuk meningkatkan kesadaran tentang gejala yang akan mereka alami dan mereka dapat membedakan halusinasinya dengan dunia nyata dan mampu mengontrol halusinasi. Menurut (Putri, 2017) peran perawat dalam hal ini sangatlah penting, seperti memberi dukungan kepada keluarga klien, memberi dukungan kepada klien. Dan penatalaksanaan yang dapat diberikan pada pasien skizofrenia adalah dengan pemberian terapi obat-obatan, kejang listrik dan dengan cara terapi aktivitas kelompok. Dalam penatalaksanaan tersebut, perawat harus dapat mempelajari kelompok dan berpartisipasi di dalamnya pada waktu yang bersamaan.

Dengan demikian, maka penulis tertarik untuk mengangkat kasus gangguan jiwa khususnya dengan gangguan persepsi sensori halusinasi

dengan memberi “ Asuhan Keperawatan pada Pasien Dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran Di Ruang Nusa Indah Rumah Sakit Husada.

## **B. Tujuan Penulisan**

Adapun tujuan penulisan karya tulis ilmiah ini yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Pasien Dengan Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Di Rumah Sakit Husada”. Tujuan penulisan dari karya tulis ini adalah sebagai berikut:

### **A. Tujuan Umum**

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

### **B. Tujuan Khusus**

Tujuan khusus karya tulis ilmiah ini adalah agar mahasiswa mampu:

- a. Melakukan pengkajian keperawatan pada pasien dengan halusinasi
- b. Merencanakan tindakan keparawatan pada pasien dengan halusinasi
- c. Melakukan tindakan keperawatan pada pasien halusinasi
- d. Melakukan evaluasi tindakan keperawatan yang telah diberikan pada pasien dengan halusinasi
- e. Mengidentifikasi kesenjangan yang terdapat antara teori dan kasus pada pasien dengan halusinasi

f. Mengidentifikasi faktor –faktor pendukung, penghambat serta dapat mencari solusinya.

g. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah gangguan persepsi sensori halusinasi.

### **C. Ruang Lingkup**

Penulisan karya tulis ilmiah ini merupakan pembahasan mengenai hasil pelaksanaan pada Asuhan Keperawatan pada Pasien Dengan Gangguan Persepsi Sensori:Halusinasi Di Rumah Sakit Husada Jakarta yang dilaksanakan mulai dari tanggal 14 Maret – 16 Maret 2023.

### **D. Metode Penulisan**

Metode dalam penulisan karya tulis ilmiah ini menggunakan deskriptif dan studi keperustakaan, Adapun teknik pengumpulan data yang digunakan antara lain studi kasus dengan mengambil satu kasus pada pasien dengan gangguan persepsi sensori halusinasi di Rumah Sakit Husada Jakarta. Komunikasi dengan pasien sebagai upaya untuk melengkapi dan memvalidasi data penulis berkolaborasi dengan perawat ruangan. Penulis mengobservasi secara langsung keadaan yang berlangsung dan perilaku pasien. Studi jurnal dengan mengumpulkan beberapa referensi diantara buku-buku dengan cara membaca serta pencarian melalui internet serta mempelajari bahan yang berhubungan dengan Asuhan Keperawatan pada Pasien Dengan Gangguan Sensori Persepsi Halusinasi Di Rumah Sakit Husada Jakarta.

### **E. Sistematika Penulisan**

Sistematik penulisan karya tulis ilmiah ini disusun sistematis yang terdiri dari BAB I adalah pendahuluan yang terdiri dari latar belakang masalah, tujuan, ruang lingkup, metode penulisan dan sistematik penulisan. BAB II terdiri dari tinjauan teori yang meliputi pengertian, psikodinamika, rentan respon dan konsep asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, implementasi dan evaluasi keperawatan menurut teori. BAB III adalah menjelaskan tentang kasus yang terdiri dari pengkajian, analisa data, rencana keperawatan, implementasi dan evaluasi keperawatan. BAB IV yaitu membahas tentang kesenjangan antara teori dengan kasus nyata, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi. BAB V yaitu penutup yang terdiri dari kesimpulan dan saran.

## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORI**

#### **A. Pengertian**

Halusinasi adalah gejala gangguan jiwa dimana pasien mengalami Gangguan Sensori Persepsi seperti merasakan sensori palsu suara, penglihatan, pengecapan, perabaan atau penciuman. Halusinasi adalah gangguan sensori persepsi dari suatu objek tanpa adanya rangsangan dari luar, gangguan sensori persepsi ini meliputi seluruh panca indra (Zelika & Dermawan, 2015). Halusinasi adalah hilangnya kemampuan seseorang untuk membedakan rangsangan internal (pikiran) dari rangsangan eksternal atau dunia luar. Pasien melakukan pengamatan atau pendapat tentang lingkungan tanpa adanya objek atau rangsangan nyata, misalnya pasien mengaku mendengar suara padahal tidak ada orang yang berbicara. Salah satu gejala gangguan jiwa di mana pasien mengalami perubahan persepsi inderanya: mengalami sensasi sensorik yang salah berupa suara, penglihatan, rasa, sentuhan atau bau, pasien mempersepsikan rangsangan yang tidak nyata (Direja, 2011).

Halusinasi merupakan gejala atau perilaku yang sering terjadi pada pasien dengan gangguan kesehatan jiwa berhubungan dengan halusinasi yaitu

berbicara sendiri, tersenyum sendiri, tertawa sendiri, menatap suatu titik, menggerakkan matanya dengan cepat, berusaha menghindari orang lain, serta tidak bisa membedakan apa saja yang nyata atau tidak nyata, seringkali penyakit dengan gangguan jiwa tidak mau mandi dan bertingkah laku aneh (Manurung, 2020)

Skizofrenia adalah gangguan kejiwaan yang ditandai dengan adanya penurunan ketidamampuan berkomunikasi, gangguan realita seperti waham dan halusinasi, tidak mampu berfikir secara abstrak (Sri, 2013). Skizofrenia adalah suatu penyakit yang mengganggu otak dan menyebabkan munculnya pikiran, persepsi, emosi, gerakan, perilaku yang aneh dan mengganggu (Suyasa, 2021).

## **B. Psikodinamika**

Menurut (Mislika, 2020) ada beberapa faktor yang menyebabkan terjadinya halusinasi yaitu :

### **Faktor predisposisi**

Faktor perkembangan merupakan Pemenuhan tugas perkembangan klien terganggu, misalnya karena kurangnya kontrol dan kehangatan keluarga, klien tidak dapat mandiri sejak kecil, mudah frustrasi dan kehilangan kepercayaan diri.

Faktor Sosiokultural adalah ketika Seseorang yang merasa tidak diterima di lingkungan sejak kecil merasa terasingkan, kesepian dan tidak percaya dengan lingkungan sekitar.

Faktor biologis mempengaruhi terjadinya gangguan kesehatan jiwa. Ketika seseorang mengalami stres berlebihan, tubuh memproduksi zat yang dapat menjadi halusinogen neurokimia. Akibat stres jangka panjang, neurotransmitter diaktifkan di otak.

Psikologis, Tipe kepribadian yang lemah dan tidak bertanggung jawab mudah terjerumus pada kecanduan narkoba. Hal ini berdampak pada ketidakmampuan klien dalam mengambil keputusan yang tepat untuk masa depan, klien lebih menyukai kesenangan sesaat dan lari dari dunia nyata ke dunia imajiner.

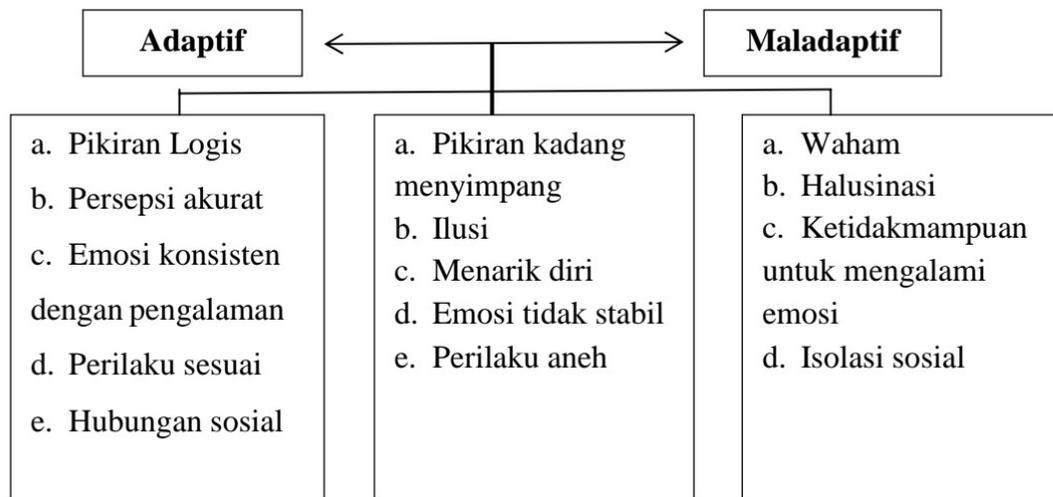
Sosial budaya, Ketika klien mengalami interaksi sosial pada tahap awal dan nyaman, klien secara sosial menganggap hidup di dunia nyata sangat berbahaya. Klien disibukkan dengan halusinasinya, seolah-olah di sinilah ia memenuhi kebutuhan akan interaksi sosial, pengendalian diri, dan harga diri yang tidak ditemukan di dunia nyata.

### **Faktor presipitasi**

Presipitasi adalah rangsangan yang orang anggap sebagai tantangan, ancaman atau tuntutan yang membutuhkan energi ekstra untuk mengatasinya. Misalnya, rangsangan lingkungan seperti keikutsertaan klien dalam kelompok, tidak diajak berinteraksi terlalu lama, dan juga suasana sepi atau terisolasi sering memicu halusinasi. Ini dapat meningkatkan stres dan kecemasan, yang merangsang tubuh untuk melepaskan zat halusinogen (Mislika, 2020). Faktor presipitasi adalah

faktor pemungkin timbul nya gangguan jiwa atau secara umum adalah klien gangguan jiwa timbul gangguan setelah adanya hubungan yang bermusuhan, tekanan isolasi, perasaan tidak berguna, putus asa dan tidak berdaya (Ovari & Ikhwan, 2018)

### C. Rentang Respon



Gambar 2.1 Rentang Respon (Sumber : Stuart, 2013)

Respon adaptif adalah respon yang dapat diterima norma-norma sosial budaya yang berlaku. Dengan kata lain individu tersebut dalam batas normal jika menghadapi suatu masalah akan dapat memecah masalah tersebut, pikiran logis adalah pandangan yang mengarah pada kenyataan, persepsi akurat adalah pandangan yang tepat pada kenyataan, sedangkan emosi konsisten dengan pengalaman yaitu perasaan yang timbul dari pengalaman ahli dan perilaku sosial adalah sikap dan tingkah laku yang masih dalam batas

kewajaran, hubungan sosial adalah proses suatu interaksi dengan orang lain dan lingkungan.

Respon psikososial yaitu dimana proses pikir terganggu merupakan proses pikir yang menimbulkan gangguan seperti ilusi yaitu *miss interpretasi* atau penilaian yang salah tentang penerapan yang benar-benar terjadi (objek nyata) karena rangsangan panca indra, emosi yang berlebihan atau berkurang, perilaku yang tidak biasa yaitu sikap dan tingkah laku yang melebihi batas kewajaran, menarik diri adalah percobaan untuk menghindari interaksi dengan orang lain.

Respon maladaptif adalah respon individu dalam menyelesaikan masalah yang menyimpang dari norma-norma sosial budaya dan lingkungan, adapun respon maladaptif meliputi kelainan pikiran adalah keyakinan yang secara kokoh dipertahankan walaupun tidak diyakini oleh orang lain dan bertentangan dengan kenyataan sosial.

#### **D. Asuhan Keperawatan Halusinasi**

##### **1. Pengkajian**

Pengkajian merupakan tahap awal dalam proses keperawatan bertujuan untuk pengumpulan data dan merumuskan masalah pada pasien, dari fisik, mental, sosial dan lingkungan. Pengkajian sangat penting untuk pasien halusinasi, untuk mengumpulkan informasi dengan menggunakan komunikasi (wawancara), mengamati (observasi) dan pemeriksaan fisik (Darmawan, 2017).

Tahap pengkajian pada pasien halusinasi dilakukan interaksi perawat dan pasien melalui komunikasi terapeutik untuk mengumpulkan data dan informasi tentang status kesehatan. Pada tahap ini terjadi proses interaksi manusia, komunikasi, transaksi dengan peran yang ada pada perawat.

Penyebab dari timbulnya halusinasi menurut (Direja, 2011) ada beberapa faktor, yaitu faktor predisposisi, faktor presipitasi, dan manifestasi perilaku :

Faktor predisposisi: adalah faktor yang mempengaruhi jenis dan jumlah sumber yang didapat oleh pasien dan keluarga yang meliputi genetika, neuro transmitter, abnormal, perkembangan syaraf, psikologis.

Faktor presipitasi: faktor presipitasi adalah faktor pemungkin timbul nya gangguan jiwa atau secara umum adalah klien gangguan jiwa timbul gangguan setelah adanya hubungan yang bermusuhan, tekanan isolasi, perasaan tidak berguna, putus asa dan tidak berdaya (Ovari & Ikhwan, 2018)

Manifestasi: perilaku menurut (Direja, 2011) tanda dan gejala halusinasi pendengaran, data subjektif: mendengarkan suara kegaduhan, mendengarkan suara yang mengajak bercakap-cakap, mendengarkan suara yang menyuruh melakukan suatu yang berbahaya. Data objektif: berbicara sendiri atau tertawa sendiri, marah-sendiri tanpa sebab, mengarahkan telinga ke arah tertentu, dan menutup telinga. Terdapat empat pohon masalah dalam Gambar 2.2 yang telah digambarkan seperti dibawah ini yaitu:



**Gambar 2.2 Pohon Masalah Halusinasi**

**Sumber: Fitria, 2012**

## 2. Diagnosis Keperawatan

Menurut (Damayanti et al., 2021) Diagnosis keperawatan yang sering dijumpai terkait tanda dan gejala tersebut yaitu Gangguan sensori persepsi halusinasi pendengaran. Adapun diagnosa keperawatan yang sering di temukan pada pasien dengan halusinasi yaitu:

- a. Risiko perilaku kekerasan.
- b. Gangguan sensori persepsi: Halusinasi.
- c. Isolasi sosial.
- d. Harga diri rendah

## 3. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah kegiatan menyusun prioritas masalah yang merumuskan tujuan dan kriteria hasil, memilih asuhan keperawatan, melakukan konsultasi dengan tenaga kesehatan lain, dan menuliskan atau mendokumentasikan rencana asuhan keperawatan.

a. Diagnosa keperawatan: Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi

Tujuan umum: pasien tidak mencederai diri sendiri, orang lain, dan lingkungannya.

1) TUK 1: Pasien dapat membina hubungan saling percaya, dasar untuk kelancaran hubungan interaksi selanjutnya. Rencana keperawatan: bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik, dengan cara sapa pasien dengan ramah baik verbal maupun non verbal, perkenalkan diri dengan sopan, tanyakan nama lengkap pasien dan nama panggilan yang disukai, jelaskan tujuan dari pertemuan ini, tunjukkan sikap empati dan menerima pasien apa adanya, berikan perhatian kepada pasien dan perhatikan kebutuhan dasar pasien.

2) TUK 2: pasien dapat mengenal halusinasinya. rencana keperawatan: adakan kontak sering secara bertahap, observasi tingkah laku pasien terkait dengan halusinasinya: bicara dan tertawa tanpa ada stimulus memandang kekanan/kekiri/kedepan seolah-olah ada teman berbicara, bantu pasien mengenal halusinasinya, tanyakan apakah suara yang didengarnya, apa yang dikatakan halusinasi tersebut, katakan bahwa perawat akan membantu pasien. Diskusikan dengan pasien tentang kebiasaan yang menimbulkan/tidak menimbulkan halusinasi, tanyakan waktu, frekuensi terjadinya halusinasi, diskusikan dengan pasien apa saja yang pasien rasakan jika terjadi halusinasi (marah, takut, sedih, senang) beri pasien mengungkapkan perasaannya.

3) TUK 3: pasien dapat mengontrol halusinasinya. Rencana keperawatan: Identifikasi apa yang dilakukan pasien jika halusinasi tersebut muncul (tidur, marah, menyibukkan diri, dll) diskusikan manfaat yang di gunakan pasien, jika bermanfaat berikan pasien pujian, diskusikan cara baru untuk mengontrol timbulnya halusinasi: katakan “saya tidak mau dengar” menemui orang lain, membuat jadwal kegiatan sehari-hari, meminta keluarga, teman, atau perawat menyapa jika pasien terlihat berbicara sendiri. Bantu pasien dalam memilih dan melatih cara mengontrol halusinasinya secara bertahap, berikan kesempatan pada pasien untuk mengulang cara yang telah di ajarkan, evaluasi hasilnya dan beri pujian jika pasien berhasil. Anjurkan pasien mengikuti Terapi Aktivitas Kelompok (TAK), orientasi, realita.

4) TUK 4: pasien mendapat dukungan dari keluarga jika mengalami halusinasi. Rencana keperawatan: anjurkan pasien untuk memberitahu keluarga jika timbul halusinasi, diskusikan dengan keluarga (pada saat berkunjung/pada saat kunjungan rumah) gejala halusinasi yang dialami pasien, cara yang dapat dilakukan pasien dan fungsi keluarga untuk memutuskan halusinasinya, cara merawat anggota keluarga yang halusinasi dirumah (diberi kegiatan, jangan biarkan sendirian, makan bersama, dan bepergian bersama) berikan informasi jika halusinasi tidak ditangani: halusinasi tidak terkontrol, dan Risiko menciderai diri atau orang lain.

5) TUK 5: pasien memanfaatkan obat dengan baik: Rencana keperawatan: diskusikan dengan pasien dan keluarga tentang dosis, frekuensi dan manfaat

minum obat, anjurkan pada pasien meminta obat sendiri pada perawat dan merasakan manfaatnya, anjurkan pasien berbicara dengan dokter tentang manfaat dan efek samping minum obat yang dirasakan, diskusikan akibat dari berhenti obat tanpa konsultasi, bantu pasien dalam menggunakan prinsip tujuh benar.

b. Diagnosa keperawatan : Harga diri rendah kronis

Tujuan umum: pasien dan keluarga mampu mengatasi harga diri rendah yang dialami.

1) TUK 1: pasien dapat membina hubungan saling percaya.

Kriteria hasil: setelah 3x pertemuan, pasien menunjukkan tanda-tanda percaya kepada perawat melalui, ekspresi wajah ceria, tersenyum, mau berkenalan, ada kontak mata, bersedia menceritakan perasaannya, bersedia mengungkapkan masalah. Rencana keperawatan: bina hubungan saling percaya dengan mengemukakan prinsip komunikasi terapeutik. Mengucapkan salam terapeutik. Sapa pasien dengan ramah, baik verbal maupun non verbal, berjabat tangan dengan pasien, perkenalkan diri dengan sopan, tanyakan nama lengkap pasien dan nama panggilan yang disukai pasien, jelaskan tujuan pertemuan, membuat kontrak topik, waktu, dan tempat setiap kali bertemu pasien, tunjukkan sikap empati dan menerima pasien apa adanya, beri perhatian kepada pasien dan perhatian kebutuhan dasar pasien.

2) TUK 2: mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang masih dimiliki pasien.

Kriteria hasil: setelah 3x pertemuan, pasien menyebutkan aspek positif yang dimiliki pasien, seperti kegiatan pasien dirumah, adanya keluarga, dan lingkungan terdekat pasien. Rencana keperawatan: diskusikan dengan pasien bahwa pasien masih memiliki sejumlah kemampuan yang dimiliki pasien, bersama pasien membuat daftar tentang aspek positif yang dimiliki pasien, hindari memberi penilaian negatif, beri pujian realistis atas kemampuan pasien.

3) TUK 3 pasien dapat menilai kemampuan yang dimiliki untuk dilaksanakan.

Kriteria hasil: setelah 3x pertemuan pasien menyebutkan kemampuan yang dimilikinya yang dapat dilaksanakan. Rencana keperawatan: diskusikan dengan pasien tentang kemampuan yang masih dapat digunakan selama sakit, bantu pasien menyebutkan dan memberi penguatan terhadap kemampuan diri yang diungkapkan pasien, perhatikan respons yang kondusif serta jadilah pendengar yang aktif.

4) TUK 4 membantu pasien memilih kegiatan yang akan dilatih sesuai dengan kemampuannya.

Kriteria hasil: setelah 3x pertemuan pasien dapat merencanakan kegiatan yang sesuai dengan kemampuan yang dimilikinya. Rencana keperawatan: tingkatkan kegiatan yang sesuai dengan toleransi dan kondisi, rencanakan bersama pasien suatu aktivitas yang bisa dilakukan setiap hari sesuai dengan

kemampuan pasien kegiatan mandiri dengan bantuan, beri contoh kegiatan yang boleh digunakan.

5) TUK 5 melatih pasien sesuai dengan kegiatan yang dipilih berdasarkan rencana yang dibuat.

Kriteria hasil: setelah 3x pertemuan pasien dapat melakukan kegiatan sesuai jadwal yang dibuat. Rencana keperawatan: berdiskusi dengan pasien untuk menetapkan urutan kegiatan yang telah dipilih pasien yang akan dilatihkan, anjurkan pasien untuk melaksanakan kegiatan yang telah direncanakan, pantau kegiatan yang telah dilaksanakan, diskusikan kemungkinan pelaksanaan kegiatan setelah pulang, motivasi pasien untuk memasukan kegiatan yang telah dilakukan kedalam jadwal kegiatan harian.

6) TUK 6 keluarga menjadi sistem pendukung yang efektif bagi pasien.

Kriteria hasil: pasien memanfaatkan sistem yang ada dikeluarga. Rencana keperawatan: beri pendidikan kesehatan kepada keluarga tentang cara merawat pasien dengan harga diri rendah, diskusikan dengan keluarga tentang kemampuan yang dimiliki pasien dan anjurkan memuji pasien atas kemampuannya secara realistis, bantu keluarga memberi dukungan dan motivasi pasien dalam melakukan kegiatan yang sudah dilatih pasien selama dirawat, bantu keluarga menyiapkan lingkungan dirumah, anjurkan keluarga untuk mengamati perkembangan dan perubahan pasien.

c. Diagnosa keperawatan: Isolasi sosial menarik diri

Tujuan umum: Pasien dapat berinteraksi dengan orang lain

1) TUK 1: Dapat membina hubungan saling percaya.

Kriteria hasil: Setelah 3x pertemuan, pasien dapat menerima kehadiran perawat. Pasien dapat mengungkapkan perasaan dan keberadaannya saat ini secara verbal: Pasien mau menjawab salam, ada kontak mata, mau berjabat tangan, mau berkenalan, mau menjawab pertanyaan, mau duduk berdampingan dengan perawat, mau mengungkapkan perasaannya. Rencana keperawatan: Bina hubungan saling percaya dengan prinsip komunikasi terapeutik. Sapa pasien dengan ramah baik verbal maupun non verbal, perkenalkan diri dengan sopan, tanyakan nama lengkap pasien dan nama kesukaan pasien, jelaskan tujuan pertemuan, buat kontrak interaksi yang jelas, jujur dan menepati janji, tunjukkan sikap empati dan menerima pasien apa adanya, ciptakan lingkungan yang tenang dan bersahabat, beri perhatian dan penghargaan : temani pasien walau tidak menjawab, dengarkan dengan empati beri kesempatan bicara, jangan buruburu, tunjukkan bahwa perawat mengikuti pembicaraan pasien, beri perhatian dan perhatikan kebutuhan dasar pasien.

2) TUK 2 Pasien dapat menyebutkan penyebab menarik diri.

Kriteria hasil Setelah 3x pertemuan, pasien dapat menyebutkan minimal satu penyebab menarik diri yang berasal dari: Diri sendiri, orang lain, lingkungan. Rencana keperawatan : Tanyakan pada pasien tentang Orang yang tinggal

serumah/teman sekamar pasien, orang terdekat pasien dirumah/ diruang perawatan, apa yang membuat pasien dekat dengan orang tersebut, hal-hal yang membuat pasien menjauhi orang tersebut, upaya yang telah dilakukan untuk mendekatkan diri dengan orang lain, kaji pengetahuan pasien tentang perilaku menarik diri dan tanda-tandanya, beri kesempatan pada pasien untuk mengungkapkan perasaan penyebab menarik diri tidak mau bergaul, diskusikan pada pasien tentang perilaku menarik diri, tanda serta penyebab yang muncul, berikan reinforcement (penguatan) positif terhadap kemampuan pasien dalam mengungkapkan perasaannya.

- 3) TUK 3 Pasien dapat menyebutkan keuntungan berhubungan dengan orang lain dan kerugian bila tidak berhubungan dengan orang lain.

Kriteria hasil Setelah 3x pertemuan, pasien dapat menyebutkan keuntungan berhubungan dengan orang lain, misal: pasien Banyak teman, tidak kesepian, bisa diskusi, saling menolong. Setelah 3x pertemuan, pasien dapat menyebutkan kerugian tidak berhubungan dengan orang lain, misal: Sendiri, tidak punya teman, kesepian, tidak ada teman ngobrol. Rencana keperawatan: Kaji pengetahuan pasien tentang manfaat dan keuntungan berhubungan dengan dengan orang lain serta kerugiannya bila tidak berhubungan dengan orang lain, beri kesempatan pada pasien untuk mengungkapkan perasaannya tentang berhubungan dengan orang lain, beri kesempatan pada pasien untuk mengungkapkan perasaannya tentang kerugian bila tidak berhubungan dengan orang lain, diskusikan bersama tentang keuntungan berhubungan

dengan orang lain dan kerugian tidak berhubungan dengan orang lain, beri *reinforcement* positif terhadap kemampuan mengungkapkan perasaan tentang keuntungan berhubungan dengan orang lain dan kerugian bila tidak berhubungan dengan orang lain.

- 4) TUK 4 Pasien dapat melaksanakan hubungan sosial secara bertahap.

Kriteria hasil Setelah 3x interaksi, pasien dapat mendemonstrasikan hubungan sosial secara bertahap. Rencana keperawatan: Observasi perilaku pasien saat berhubungan dengan orang lain, beri motivasi dan bantu pasien untuk berkenalan/ berkomunikasi dengan orang lain melalui: pasien-perawat, pasien-perawat-perawat lain, pasien-perawat-perawat lain pasien lain, pasien-perawat-perawat lain-pasien lain masyarakat, beri *reinforcement* positif atas keberhasilan yang telah dicapai, bantu pasien untuk mengevaluasi manfaat berhubungan dengan orang lain, beri motivasi dan libatkan pasien dalam terapi aktivitas kelompok sosialisasi, diskusikan jadwal harian yang dapat dilakukan bersama pasien dalam mengisi waktu luang, memotivasi pasien untuk melakukan kegiatan sesuai dengan jadwal yang telah dibuat, beri *reinforcement* atas kegiatan pasien dalam memperluas pergaulan melalui aktivitas yang dilaksanakan.

- 5) TUK 5 Pasien dapat mengungkapkan perasaannya setelah berhubungan dengan orang lain.

Kriteria hasil Setelah 3x interaksi, pasien dapat mengungkapkan perasaan setelah berhubungan dengan orang lain untuk diri sendiri dan orang lain untuk

untuk: Diri sendiri, orang lain, kelompok. Rencana keperawatan: Dorong pasien untuk mengungkapkan perasaannya bila berhubungan dengan orang lain/kelompok, diskusikan dengan pasien tentang perasaan manfaat berhubungan dengan orang lain, beri *reinforcement* atas kemampuan pasien mengungkapkan perasaannya berhubungan dengan orang lain.

- 6) TUK 6 Pasien dapat memberdayakan system pendukung atau keluarga mampu mengembangkan kemampuan pasien untuk berhubungan dengan orang lain.

Kriteria hasil Setelah 3x pertemuan keluarga dapat menjelaskan tentang pengertian menarik diri dan tanda gejalanya, penyebab dan akibat menarik diri, cara merawat pasien dengan menarik diri. Rencana keperawatan: Bina hubungan saling percaya dengan keluarga: salam perkenalkan diri, sampaikan tujuan, buat kontrak eksplorasi perasaan keluarga, Diskusikan pentingnya peranan keluarga sebagai pendukung untuk mengatasi perilaku menarik diri, diskusikan dengan anggota keluarga tentang: perilaku menarik diri, penyebab perilaku menarik diri, akibat yang akan terjadi jika perilaku menarik diri tidak ditanggapi, cara keluarga menghadapi pasien menarik diri, diskusikan potensi keluarga untuk membantu mengatasi pasien menarik diri, latih keluarga merawat pasien menarik diri, tanyakan perasaan keluarga setelah mencoba cara yang dilatih, anjurkan anggota keluarga untuk memberi dukungan kepada pasien untuk berkomunikasi dengan orang lain, dorong anggota

keluarga secara rutin dan bergantian menjenguk pasien minimal satu kali seminggu, beri *reinforcement* atas hal-hal yang telah dicapai keluarga.

7) TUK 7 Pasien dapat menggunakan obat dengan benar dan tepat.

Kriteria hasil Setelah 3x interaksi, pasien menyebutkan: Manfaat minum obat, kerugian tidak minum obat, nama, warna, dosis, efek samping obat. Setelah 3x interaksi, pasien mampu mendemonstrasikan penggunaan obat dan menyebutkan akibat berhenti minum obat tanpa konsultasi dokter. Rencana keperawatan: Diskusikan dengan pasien tentang kerugian dan keuntungan tidak minum, serta karakteristik obat yang diminum (nama, dosis, frekuensi, efek samping minum obat), bantu dalam menggunakan obat dengan prinsip 5 benar (benar pasien, obat, dosis, cara, waktu), anjurkan pasien minta sendiri obatnya kepada perawat agar pasien dapat merasakan manfaatnya, beri *reinforcement* positif bila pasien menggunakan obat dengan benar, diskusikan akibat berhenti minum obat tanpa konsultasi dengan dokter, anjurkan pasien untuk konsultasi dengan dokter/perawat apabila terjadi hal-hal yang tidak diinginkan.

#### 4. Pelaksanaan Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Ukuran intervensi keperawatan yang diberikan kepada klien terkait dengan dukungan dan pengobatan dan tindakan untuk

memperbaiki kondisi dan pendidikan untuk klien keluarga atau tindakan untuk mencegah masalah kesehatan yang muncul dikemudian hari. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien dan faktor faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan & strategi implementasi keperawatan dan kegiatan komunikasi (Zebua, 2020).

c. Gangguan persepsi sensorik: halusinasi

Strategi implementasi pertama (SP 1) yaitu, menjalin hubungan saling percaya, mengidentifikasi jenis halusinasi, mengidentifikasi situasi yang menyebabkan halusinasi, mengidentifikasi respon terhadap halusinasi, mengajarkan pasien untuk mengontrol halusinasi dengan mengobati halusinasi, mendorong pasien untuk memasukkannya ke dalam diri mereka sendiri. agenda harian Strategi implementasi kedua (SP 2), yaitu. mengevaluasi rencana aktivitas harian pasien, mempraktikkan pilihan lain untuk mengendalikan halusinasi dengan pengobatan teratur, menyarankan agar pasien memasukkannya ke dalam rutinitas sehari-hari. Strategi pelaksanaan ketiga (SP 3) yaitu menilai agenda pasien, melatih pengendalian halusinasi dengan berbicara kepada orang lain, mendorong pasien untuk memasukkannya ke dalam agenda pasien. Strategi implementasi keempat (SP 4) yaitu mengevaluasi jadwal harian pasien, mendidik pasien tentang bagaimana pasien memilih aktivitas, mendorong pasien untuk menambahkannya ke dalam jadwal harian.

## 5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi pasien dilakukan dengan berfokus pada perubahan perilaku pasien setelah di berikan tindakan keperawatan. Pasien, sebagai contoh pada diagnosa Gangguan sensori persepsi: halusinasi diharapkan pasien dapat: menyebut jenis, isi, waktu, frekuensi halusinasi, melakukan cara menghardik halusinasi dengan baik, mengungkapkan perasaannya setelah berhubungan dengan orang lain, memasukkan kedalam kegiatan, dan untuk perawat diharapkan untuk mengevaluasi tanda dan gejala yang ada pada pasien, mengavaluasi kemampuan yang dimiliki pasien.



## **BAB III**

### **TINJAUAN KASUS**

Pada BAB ini penulis menguraikan Asuhan keperawatan pada Nn. M dengan Gangguan sensori persepsi: Halusinasi pendengaran dan penglihatan di ruangan Nusa Indah Rumah Sakit Husada. Penulis mulai melakukan asuhan keperawatan pada tanggal 14 Maret – 16 Maret 2023. Dalam melakukan Asuhan Keperawatan ini pendekatan yang digunakan adalah proses keperawatan yang meliputi 5 tahap yaitu: pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan.

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

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

Pengkajian dilakukan pada tanggal 14 Maret 2023. Pasien bernama Nn. M Umur 64 tahun, jenis kelamin perempuan. Masuk dengan diagnosis medis *skizofrenia*. Pasien masuk Rumah Sakit Rumah Sakit Husada , Pasien masuk pada tanggal 4 Desember 2002. Pasien menganut agama Kristen, status pasien belum menikah, pendidikan terakhir pasien SMA, suku bangsa pasien adalah Tionghoa.

Pasien mengatakan alasan masuk ke Rumah Sakit Husada karena pasien putus obat, dan selama pasien putus obat dan saat masih dirumah, pasien mengatakan tidak bisa tidur, pasien

mendengar suara- suara bahwa ada yang ingin membunuhnya dan suara yang mengatakan bahwa ia tidak bisa sembuh, sampai akhirnya pasien dibawa ke Rumah Sakit Husada pada tahun 2002, selama 21 tahun dirawat pasien mengatakan masih mendengar suara- suara bahwa ia akan di bunuh dan ODGJ tidak akan bisa sembuh. Pasien juga mengatakan bahwa Halusinasi nya muncul secara tiba- tiba dengan durasi setengah jam. Hal yang pasien lakukan ketika halusinasinya muncul adalah tidur/ istirahat. Pemeriksaan Fisik : TD : 110/70 mmHg, S: 36,2<sup>0</sup> C, TB:152 Cm, N : 101 x/mnt, RR : 20 x/mnt, BB: 52 Kg.

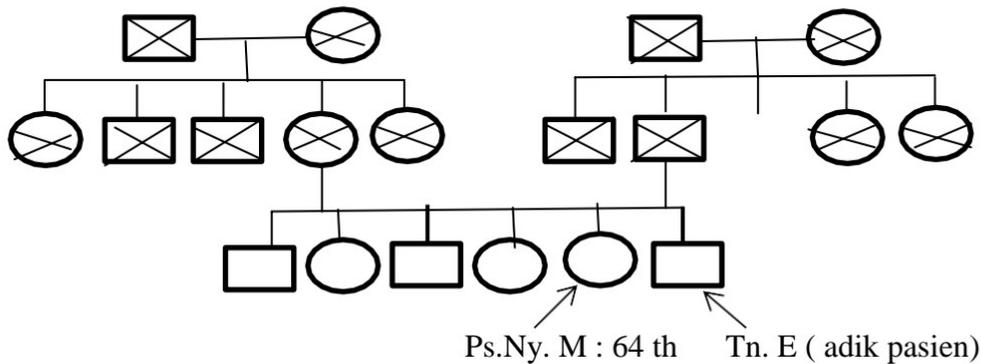
Masalah Keperawatan : Halusinasi Pendengaran & Penglihatan

## 2. Riwayat Kesehatan Masa Lalu

Faktor predisposisi, pasien mengalami gangguan jiwa sejak tahun 2002 dan pengobatan sebelumnya kurang berhasil karena pasien masih malas menghardik ketika halusinasi nya muncul. Pasien juga pernah putus obat pada saat sebelum akhirnya masuk Rumah Sakit, Sebelumnya pasien pernah menjalani pengobatan di Kanada namun kurang berhasil karena pada saat di Kanada pasien malas minum obat. Pasien pernah menjadi korban aniaya seksual pada usia 18 Tahun di Kanada, pasien pernah menolak, namun dipaksa, adapun pemerkosaan dilakukan sebanyak 3x dalam rentan waktu yang berbeda. Anggota keluarga pasien tidak ada yang mengalami gangguan jiwa, pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan pasien mengatakan pernah diperkosa pada saat umur 18 tahun, diperkosa oleh kakak angkatnya

yang berusia 32 tahun, pasien pernah melanjutkan kuliah D1 di Australia tetapi tidak selesai karena pasien merasa dirinya telah mengalami gangguan kejiwaan. Masalah keperawatan yang muncul: Harga diri rendah kronik.

### 3. Psikososial



**Gambar 3.1 Genogram Ny. M**

Keterangan :

- : Laki-laki
- : Perempuan
- ↗ : Pasien
- ▭ (dashed) : Tinggal serumah
- ⊗ : Meninggal

Pasien atas nama Nn. M berumur 64 tahun, pasien anak kelima dari enam bersaudara, orang tua pasien sudah meninggal, pasien mengatakan tinggal bersama adik nya yang ke enam, pada tahun 1997 pasien pernah tinggal di Kanada untuk kuliah, pasien berkomunikasi 2 arah. Pada komunikasi pasien tidak mampu mengambil keputusan, karena pasien merasa malu, pasien juga mengatakan mempunyai komunikasi dengan adiknya yaitu Tn. E karena yang

mengambil keputusan dikeluarga biasanya adik terakhirnya. Anggota keluarga pasien tidak ada yang mengalami gangguan jiwa. Masalah keperawatan yang muncul Harga diri rendah

Konsep Diri, pasien mengatakan tidak mensyukuri atas bentuk fisiknya karena pasien merasa sering diejek oleh perawat – perawat kalau dirinya itu jelek. Identitas diri pasien mampu menyebutkan nama, jenis kelamin, alamat, tempat tanggal lahir dengan benar. Pasien merasa kurang puas sebagai seorang perempuan karena tidak menikah dan sebagai kakak, pasien merasa telah merepotkan adik nya. Ideal Diri pasien, pasien mengatakan ingin menjadi dokter namun gagal karena pasien di dukung oleh orangtua nya untuk kuliah di Kanada dengan mengambil jurusan Bahasa Inggris, sehingga pasien kecewa. Harga Diri Pasien, pasien mempunyai harga diri rendah karena pasien malu kaerna dirinya tidak menikah dan pasien mengatakan sudah gagal menjadi seorang perempuan. Pasien juga mengatakan trauma akan masa lalu nya karena pada saat umur 18 tahun ia pernah diperkosa oleh kakak angkatnya, pasien juga pernah kuliah di Kanada namun tidak selesai, pasien tidak menikah, pasien jarang dikunjungi oleh keluarganya. Masalah keperawatan yang muncul adalah Harga Diri Rendah kronis.

Hubungan sosial, pasien mengatakan orang yang berarti bagi pasien adalah adiknya yang ke enam karena telah membantu mengurus dan membiayai biaya selama pasien di rawat di Rumah Sakit, pasien mengatakan selama 21 tahun di rumah sakit sering dikunjungi oleh adik nya tiap 2 bulan sekali,

pasien tidak pernah pulang dari Rumah Sakit. Masalah Keperawatan yang muncul adalah Harga diri rendah kronis. Pasien mengatakan selama di rumah sakit mengikuti kegiatan Terapi Aktivitas Kelompok (TAK). Selama dirumah sakit pasien lebih sering menghabiskan waktunya dengan menonton tv di ruang tv, dan menyendiri di kamar. Masalah keperawatan yang muncul adalah isolasi sosial.

Spiritual. Pasien menganut agama kristen, dan pasien yakin akan adanya Tuhan dan yakin pasti bisa sembuh. Pasien juga berdoa dan membaca al-kitab di pagi hari dan setiap akan tidur.

#### 4. Status Mental

- a. Penampilan, saat dilakukan pengkajian penampilan pasien sangat rapih, pasien senang melakukan perawatan diri. Pasien berpakaian dengan rapih, rambut disisir dengan rapih, menggunakan pakaian dengan rapih, dan menggunakan semacam *bodycare* seperti *handbody* dan parfum, pasien juga tampak menggunakan jam tangan dan kacamata dengan rapih, paasien juga tampak mencuci tangan tiap setelah melakukan tindakan, dan pasien selalu menggosok gigi tiap akan tidur. Tidak ada Masalah Keperawatan.
- b. Pembicaraan, saat berbicara pasien bicara dengan baik dan terarah, pasien selalu menjawab ketika di tanya, dan pasien mau memulai pembicaraan, tetapi dengan nada yang pelan dan lambat. Masalah Keperawata keperawatan yang muncul adalah Harga diri rendah kronis.

- c. Aktivitas motorik, pasien rutin mengikuti kegiatan Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) dan senam pagi, namun pada saat mengikuti kegiatan pasien terlihat lesu dan kurang bersemangat, sering mondar-mandir, pasien juga menjadi tampak lesu ketika berbicara tentang masa lalunya. Masalah keperawatan pada data diatas adalah Halusinasi, harga diri rendah kronik, Isolasi sosial.
- d. Alam perasaan, pasien mengatakan sedih ketika diajak berbicara tentang masa lalu nya bahwa ia menjadi korban pemerkosaan oleh kakak tirinya di usia 18 tahun. .Masalah keperawatan Harga diri rendah kronik.
- e. Afek pasien datar, karena pasien terlihat menyendiri diruang tv, malu memulai pembicaraan, ekspresi wajah pasien tampak datar dan monoton. Masalah keperawatan yang muncul adalah Isolasi Sosial.
- f. Interaksi, ketika sedang berinteraksi pasien bicara dengan koheren, saat berbicara kontak mata pasien lebih cenderung menunduk, pasien tampak kooperatif. Masalah keperawatan yg muncul adalah Isolasi Sosial dan Harga diri rendah kronik.
- g. Persepsi pasien adalah halusinasi pendengaran pasien mengatakan mendengar suara yang mengatakan bahwa ODGJ tidak bisa sembuh, pasien juga sering melihat bayangan maya yang akan membunuhnya, pasien mengatakan bayangan dan suara itu muncul di siang hari terkadang tidak menentu, suara dan bayangan tersebut muncul 2x sehari. Pasien mengatakan jika halusinasi tersebut muncul pasien menjadi sulit tidur, ia mengatakan

kesal ketika suara dan bayangan tersebut muncul. Pasien mengatakan jika bayangan tersebut muncul, pasien mondar-mandir dan memberitahu suster yang menjaganya bahwa halusinasinya muncul. Masalah keperawatan yang muncul adalah Gangguan sensori persepsi halusinasi pendengaran dan penglihatan.

- h. Proses pikir, Pada saat dilakukan pengkajian tidak ada gangguan dalam proses pikir, pasien mampu menjawab pertanyaan dengan baik dan tepat. tidak ditemukan waham pada pasien sehingga tidak muncul masalah keperawatan.
- i. Tingkat kesadaran pasien baik, pasien mampu mengingat tempat, waktu dan kejadian di masa lalu. Pasien mengatakan masih ingat kejadian mengapa pasien dibawa kerumah sakit, lalu pasien mengatakan pasien sedang dirawat di Rumah Sakit Husada sejak tahun 2002, pasien dapat membedakan antara pagi, siang, sore dan malam hari. Pasien tidak ada gangguan daya ingat, pasien masih ingat PR yang kemarin diberikan.
- j. Tingkat konsentrasi dan berhitung. Pasien mampu berhitung angka-angka dengan baik, pasien tidak meninggalkan perawat saat di ajak berinteraksi. Tidak ditemukan masalah keperawatan.
- k. Kemampuan penilaian, pasien menyadari dan menerima sedang sakit, dan saat pasien kesal pasien melakukan relaksasi nafas dalam.

**5. Kebutuhan Persiapan Pulang.** Pasien mampu melakukan kegiatan mandiri seperti, pasien makan tiga kali sehari selama dirumah sakit dengan porsi yang

sudah disediakan, pasien selalu menghabiskan makanan dan menaruh tempat makan ditempatnya, pasien melakukan perawatan diri sendiri, toileting sendiri tanpa harus dibantu oleh perawat, tetapi hanya mandi sehari 2 kali, dan hanya mengganti pakaian bila pakaian bau tetapi dapat mengganti pakaian sendiri tanpa bantuan perawat. Pasien mengatakan tidur siang tetapi waktunya tidak tentu kadang-kadang setelah makan siang tidur lalu bangun sore hari, dan pasien mulai tidur malam dari jam 20.00 WIB sampai bangun di jam 04.30 WIB pagi hari. Pemeliharaan kesehatan pasien melakukan perawatan lanjutan, kegiatan sebelum atau sesudah tidur berdoa. Pasien tidak melakukan kegiatan pasien diluar rumah adalah belanja dan transportasi. Masalah keperawatan yang muncul tidak ada.

**6.** Mekanisme coping adaptif pasien adalah dengan berbicara dengan orang lain dan melakukan kegiatan seperti berdoa, apabila pasien kesal ia melakukan relaksasi nafas dalam, sedangkan maladaptif pasien adalah apabila masalah pasien tidak dapat teratasi pasien cenderung lebih banyak tidur dan istirahat tidak bersosialisasi dengan lingkungan dan orang-orang sekitar. Masalah keperawatan yang muncul Risiko perilaku kekerasan.

**7.** Masalah Psikososial dan Lingkungan. Pada saat dilakukan pengkajia, Pasien mengatakan tidak ada masalah disekitar lingkungan Rumah Sakit. Masalah dengan Pendidikan. Pasien mengatakan kecewa karna berhenti kuliah D1 di Kanada, pasien mengatakan ia berhenti kuliah karna sudah merasa sakit gangguan jiwa. Tidak ada masalah dalam perumahan karna pasien sudah

dirawat di Rumah Sakit sejak tahun 2002. Masalah ekonomi, terdapat masalah ekonomi, pasien mengatakan merasa merepotkan adiknya karena harus membiayai biaya Nn. M selama di Rumah Sakit.

pasien mengatakan tidak ada masalah dengan pelayanan kesehatan. Masalah dengan dukungan lingkungan. Pasien mengatakan tidak ada masalah keperawatan. Tidak ditemukan masalah keperawatan. Pengetahuan pasien mengatakan bahwa dirinya dirawat di ruangan Nusa Indah, pasien sedang menjalani pengobatan di Rumah Sakit. Masalah keperawatan adalah Harga Diri Rendah.

**8. Aspek Medik.**Diagnosa medik pasien adalah *Skizofrenia*. Terapi medik yang didapatkan pasien adalah: Divask 1 x 10 mg, Abilify 1 x 15 mg, Clorilex 1 x 100 mg (siang), Clorilex 1 x 200 mg (malam), Simvastatin 1 x 10 mg, Kalxetin 1 x 40 mg, Presidol 2 x 3 mg, Hexymer 3 x 2 mg, Clorilex 2 x 25 mg (pagi).

## B. Analisa Data

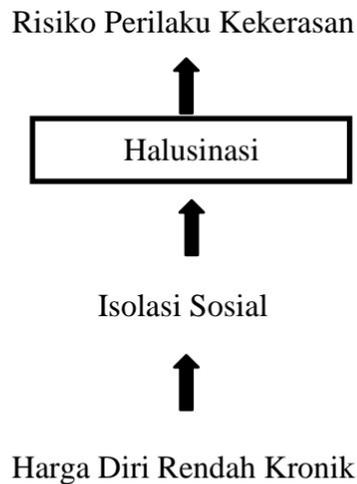
Tabel 3.1 Analisa Data

TANGGAL/ JAM	DATA FOKUS	MASALAH KEPERAWATAN
14 Maret 2023 09.00-11.00	<p><b>DS :</b></p> <p>Pasien mengatakan sering mendengar suara- suara yang akan membunuhnya, pasien mengatakan mendengar suara yang mengatakan bahwa ODGJ tidak bisa sembuh, Pasien mengatakan melihat bayangan maya teman –teman nya, Pasien mengatakan jika melihat bayangan maya menjadi takut, pasien mengatakan pengobatan sebelumnya kurang berhasil karna pasien putus obat di tahun 1997 karena pasien malas minum obat, pasien mengatakan halusinasi nya muncul selama 30 menit, pasien merasa sering diejek jelek oleh perawat-perawat di ruangan.</p> <p><b>DO:</b></p> <p>Pasien tampak gelisah ketika</p>	<p>Gangguan Sensori</p> <p>Persepsi :</p> <p>Halusinasi</p> <p>penglihatan &amp; pendengaran</p>

	<p>halusinasi nya muncul, Pasien tampak mondar-mandir ketika halusinasi nya muncul, Pasien tidak mau diajak berbicara ketika halusinasi nya muncul, pasien tampak ketakutan.</p>	
<p>14 Maret 2023 09.00-11.00</p>	<p><b>DS :</b> pasien mengatakan malu karena belum menikah, pasien mengatakan tidak enak kepada adik nya karna adik nya yang membiayai kebutuhan pasien selama di Rumah Sakit, Pasien merasa kecewa karena tidak menyelesaikan kuliah D1 nya di Kanada karena sakit jiwa.</p> <p><b>DO:</b> Pasien tampak lesu dan sedih ketika bercerita tentang masa lalunya karna ia pernah menjadi korban pemerkosaan di umur 18 tahun oleh kakak tirinya, pasien tampak menunduk ketika diajak berbicara.</p>	<p>Harga Diri Rendah  Kronik.</p>

<p>15 Maret 2023 09.00-11.00</p>	<p><b>DS :</b> - Pasien mengatakan jika memiliki masalah dengan orang lain atau pada saat halusinasinya muncul tidak mau bersosialisasi dengan orang lain</p> <p><b>DO :</b> Pasien tampak diam saja ketika diajak mengobrol, pasien tampak sering memilih menyendiri menonton tv diruang tv, pasien tampak lebih sering di kamar, pasien tampak menunduk ketika diajak berbicara.</p>	<p>Isolasi Sosial</p>
<p>15 Maret 2023 09.00-11.00</p>	<p><b>DS :</b> Pasien mengatakan kesal ketika halusinasinya muncul, pasien mengatakan tidak mau diganggu ketika halusinasi nya muncul.</p> <p><b>DO:</b> Pasien tampak melotot saat halusinasinya muncul, pada usia 18 tahun pasien pernah menjadi korban aniaya seksual</p>	<p>Risiko perilaku kekerasan</p>

### A. Pohon Masalah



Gambar 3.2 Pohon masalah Nn. M

### C. Diagnosa Keperawatan

1. Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Penglihatan & Pendengaran
2. Harga Diri Rendah Kronik
3. Resiko Perilaku Kekerasan
4. Isolasi Sosial

### D. Perencanaan, Pelaksanaan dan Evaluasi Keperawatan

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

**Data subjektif:** Pasien mengatakan sering mendengar suara- suara yang akan membunuhnya, pasien mengatakan mendengar suara yang mengatakan bahwa ODGJ tidak bisa sembuh, Pasien mengatakan melihat bayangan maya teman – temannya, Pasien mengatakan jika melihat bayangan maya menjadi takut,

pasien mengatakan pengobatan sebelumnya kurang berhasil karna pasien putus obat, pasien mengatakan halusinasi nya muncul selama 30 menit.

**Data objektif :** Pasien tampak gelisah ketika halusinasinya muncul, Pasien tampak mondar-mandir ketika halusinasinya muncul, Pasien tidak mau diajak berbicara ketika halusinasinya muncul, pasien tampak ketakutan.

**Perencanaan :**

**TUM:** Pasien dapat mengenal halusinasinya, pasien mampu mengontrol halusinasinya.

**TUK 1:** pasien dapat membina hubungan saling percaya, pasien dapat mengidentifikasi isi, waktu, frekuensi halusinasi, pasien dapat melakukan cara menghardik halusinasi.

**Kriteria Hasil :** setelah dilakukan 3x pertemuan diharapkan pasien dapat membina hubungan saling percaya kepada perawat, ekspresi wajah pasien bersahabat, kontak mata positif, pasien mau berjabat tangan, menyebutkan nama, mau menjawab salam, mau duduk berdampingan dengan perawat, mau bercerita tentang masalah yang dihadapi.

**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, ciptakan lingkungan

yang tenang beri perhatian dan penghargaan, dengarkan keluhan pasien dengan empati, beri kesempatan pasien mengungkapkan perasaannya.

**TUK 2** : Pasien dapat mengontrol halusinasinya.

**Kriteria Hasil** : Setelah dilakukan intervensi selama 3 x 24 jam maka pasien dapat menyebutkan waktu, isi, frekuensi, dan situasi yang menimbulkan halusinasi.

**Rencana Tindakan** : observasi tingkah laku pasien terkait halusinasinya, bantu pasien mengenal halusinasinya, tanyakan kepada pasien tentang isi halusinasinya, waktu terjadinya halusinasi, frekuensi halusinasi, dan kondisi situasinya yang menimbulkan halusinasinya.

**TUK 3** : Pasien dapat mengontrol halusinasinya

**Kriteria Hasil** : setelah dilakukan intervensi selama 3 x 24 jam maka pasien dapat menyebutkan tindakan yang bisa dilakukan untuk mengendalikan halusinasi nya, pasien dapat menyebutkan cara baru untuk mengatasi halusinasi seperti yang telah di diskusikan dengan pasien, melaksanakan cara yang telah dipilih untuk mengendalikan halusinasi nya.

**Rencaana Tindakan** : identifikasi bersama pasien cara atau tindakan yang dilakukan jika terjadi halusinasi, diskusikan manfaat dan cara yang di gunakan pasien, diskusikan cara baru untuk mengontrol timbulnya halusinasi : menghardik halusinasi, menemui orang lain (perawat/teman) untuk bercakap-cakap atau mengatakan halusinasi yang di dengar, membuat jadwal kegiatan sehari-hari, bantu pasien memilih dan melatih cara memutuskan halusinasi

secara bertahap, beri kesempatan untuk melakukan cara yang di latih, evaluasi hasilnya dan berikan pujian jika berhasil.

**TUK 4** : Pasien dapat dukungan keluarga dalam mengontrol halusinasinya.

**Kriteria Hasil** : Membina hubungan saling percaya dengan perawat dan dapat menyebutkan pengertian, tanda dan tindakan untuk mengendalikan halusinasi.

**Rencana tindakan** : Anjurkan pasien untuk memberitahu perawat jika mengalami halusinasi, diskusikan dengan perawat gejala halusinasi yang dialami pasien, cara yang dapat dilakukan pasien dan perawat untuk memutus halusinasi, beri informasi tindakan dilakukan jika halusinasi muncul.

**TUK 5** : Pasien dapat mengkonsumsi obat dengan benar

**Kriteria Hasil** : pasien dapat menyebutkan manfaat, dosis dan efek samping obat, memahami akibat berhenti minum obat tanpa konsultasi, dan menyebutkan prinsip enam benar penggunaan obat.

**Rencana tindakan** : diskusikan dengan pasien tentang dosis obat yang dikonsumsi, efek samping obat, dan manfaat obat, anjurkan pasien minta sendiri obat pada perawat dan merasakan manfaatnya diskusikan akibat berhenti minum obat tanpa konsultasi, dan bantu pasien menggunakan obat dengan prinsip tujuh benar.

### **Pertemuan ke 1**

**Senin, 14 Maret 2023, Pukul 09.00 WIB**

**Data subjektif** : pasien mengatakan mau untuk berkenalan pasien mengatakan mendengar suara-suara yang akan membunuhnya, pasien mengatakan melihat

bayangan maya temannya, pasien takut dan merasa kesal ketika halusinasinya muncul, pasien mengatakan halusinasinya muncul selama 30 menit, pasien mengatakan halusinasinya muncul secara tiba-tiba, pasien mengatakan pernah putus obat di tahun 1997 karna malas minum obat.

**Data Objektif :** pasien tampak kooperatif, pasien tampak ketakutan dan kesal jika halusinasinya muncul, pasien tidak mau diajak berinteraksi ketika halusinasinya muncul, pasien tampak mondar-mandir ketika halusinasinya muncul, pasien tampak memberitahukan kepada perawat jika halusinasinya muncul.

**Tindakan keperawatan:** Dilakukan SP 1 Halusinasi pada jam 10.30 membina hubungan saling percaya ke pasien, membantu pasien mengenal halusinasinya (isi, jenis halusinasi, waktu, frekuensi, dan respon pasien) mengajarkan pasien menghardik halusinasinya, menganjurkan pasien untuk memasukkan ke dalam jadwal kegiatannya.

**Rencana Tindak Lanjut :**

Anjurkan pasien untuk melakukan cara menghardik 2x sehari pada jam 11.00 dan jam 16.00 WIB, evaluasi SP 1 : Menghardik halusinasi, latih SP 2 Minum obat dengan benar.

**Evaluasi:**

**Subjektif:** pasien mengatakan senang setelah diajak bercakap – cakap, pasien mengatakan senang setelah melakukan senam, pasien mengatakan senang karena sudah mengenal orang baru, pasien mengatakan sudah mengerti apa

yang diperintahkan dan diajarkan oleh perawat, pasien mengatakan akan menghardik jika halusinasinya muncul.

**Objektif:** pasien mampu menyebutkan tujuan dari melakukan kegiatan harian, pasien mampu menyebutkan kerugian dan keuntungan melakukan kegiatan harian. pasien terlihat mempraktikkan cara menghardik jika halusinasinya muncul.

**Analisa :** Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi pendengaran dan penglihatan masih ada.

**Perencanaan:** anjurkan pasien untuk tetap melakukan cara menghilangkan halusinasi dengan cara menghardik, pasien diajarkan untuk menghardik sehari 3x atau tiap halusinasinya muncul, bila halusinasi muncul kembali dan mengingat-ingat semua yang sudah diajarkan perawat dan memasukkannya kejadwal harian pasien, menganjurkan pasien untuk mengikuti TAK secara rutin.

### **Pelaksanaan Keperawatan**

**Selasa, 15 Maret 2023, Pukul 09.00 WIB**

**Subjektif :** Pasien mengatakan mendengar suara yang mengatakan bahwa ODGJ tidak bisa sembuh, pasien mengatakan mendengar suara yang akan membunuhnya, pasien mengatakan senang bisa mengetahui cara menghardik halusinasinya.

**Objektif :** pasien tampak melakukan cara menghardik halusinasi, pasien mengatakan berlatih cara minum obat yang benar.

**Tindakan keperawatan:** Dilakukannya SP 3 Halusinasi mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain pukul 14.00, mengevaluasi jadwal harian pasien, mengevaluasi SP 1 halusinasi mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, melatih SP 2 halusinasi mengontrol halusinasi dengan cara minum obat yang benar dan teratur, melatih SP3 halusinasi mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain.

**Rencana Tindak Lanjut :** Evaluasi SP 1 halusinasi mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, evaluasi SP2 halusinasi mengontrol halusinasi dengan cara minum obat yang benar dan teratur, evaluasi SP 3 halusinasi mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain, latih SP 4 halusinasi mengontrol halusinasi dengan melakukan aktivitas sehari-hari.

**Evaluasi :**

**Subjektif :** pasien mengatakan senang berlatih mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain.

**Objektif :** Pasien tampak melakukan bercakap-cakap dengan teman kamarnya dan perawat ruangan.

**Analisa :** Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi pendengaran dan penglihatan masih ada

**Perencanaan :** Anjurkan pasien untuk melakukan bercakap-cakap dengan orang lain.

Pelaksanaan keperawatan

**Rabu , 16 Maret 2023, Pukul 09.00**

**Subjektif :** Pasien mengatakan mendengar suara yang mengatakan bahwa ODGJ Tidak bisa disembuhkan, pasien mengatakan bahwa ia akan dibunuh, pasien mengatakan senang bisa mengetahui cara menghardiknya, pasien mengatakan masih sering lupa menghardik jika halusinasinya muncul.

**Objektif :** Pasien mampu minum obat dengan benar, pasien mampu menghardik halusinasinya

**Tindakan keperawatan :** Dilakukannya SP 3 halusinasi mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain pukul 16.00 WIB, mengevaluasi jadwal harian pasien, mengevaluasi SP 1 halusinasi mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, melatih SP 2 halusinasi mengontrol halusinasi dengan cara minum obat yang benar dan teratur, melatih SP 3 halusinasi mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain.

**Rencana Tindak Lanjut :** Evaluasi SP 1 halusinasi mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, evaluasi SP 2 mengontrol halusinasi dengan cara minum obat yang benar dan teratur, evaluasi SP 3 halusinasi mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain, Latih SP 4 halusinasi mengontrol halusinasi dengan melakukan aktivitas sehari-hari.

**Evaluasi**

**Subjektif** : Pasien mengatakan senang berlatih cara mengontrol halusinasi bercakap-cakap dengan orang lain, pasien mengatakan rutin untuk meminum obat, pasien mengatakan mengetahui jam minum obat.

**Objektif** : pasien tampak melakukan bercakap-cakap dengan perawat di ruangan, pasien tampak senang ketika di ajak bercakap- cakap dengan orang lain, pasien meminta obat kepada perawat jika waktunya minum obat.

**Analisa** : Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi masih ada

**Perencanaan** : Anjurkan pasien untuk melakukan bercakap-cakap dengan orang lain pada jam 15.00 dan jam 16.00

**Pelaksanaan keperawatan**

**Senin, 14 Maret 2023, Pukul 10.00**

**Subjektif** : Pasien mengatakan mendengar suara yang mengatakan bahwa ia akan di bunuh, pasien mengatakan mendengar suara bahwa ODGJ tidak bisa sembuh, pasien mengatakan senang bisa mengetahui cara mengontrol halusinasi dengan cara melakukan aktivitas sehari-hari, pasien mengatakan sudah mempraktekkan menghardik halusinasi, minum obat dengan benar dan bercakap-cakap dengan perawat di ruangan.

**Objektif** : pasien tampak mempraktekkan menghardik halusinasi, minum obat dengan benar, bercakap-cakap dengan orang lain.

**Tindakan keperawatan** : Dilakukan SP 4 halusinasi mengontrol halusinasi dengan cara minum obat yang benar dan teratur pukul 08.00 WIB,

mengevaluasi jadwal harian pasien, mengevaluasi SP 1 halusinasi mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, melatih SP 2 halusinasi mengontrol halusinasi dengan cara minum obat yang benar dan teratur, melatih SP3 halusinasi mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain, melatih SP 4 halusinasi mengontrol halusinasi dengan cara melakukan aktivitas sehari-hari.

**Rencana Tindak Lanjut :**

Evaluasi SP 1 halusinasi mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, evaluasi SP 2 mengontrol halusinasi dengan cara minum obat yang benar dan teratur, evaluasi SP 3 halusinasi mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain, Evaluasi SP 4 halusinasi mengontrol halusinasi dengan melakukan aktivitas sehari-hari, Latih SP 1 isolasi sosial.

**Evaluasi**

**Subjektif :** pasien mengatakan mengerti cara minum obat yang benar, pasien mengatakan senang ketika diajak bercakap- cakap, pasien mengatakan senang bisa berlatih mengontrol halusinasi dengan melakukan aktivitas sehari-hari.

**Objektif :** pasien dapat mempraktekkan mengontrol halusinasi dengan melakukan aktivitas sehari-hari yaitu merapihkan tempat tidur, pasien mampu minum obat dengan benar.

**Analisa :** Gangguan Sensori Persepsi : halusinasi masih ada

**Perencanaan :** Anjurkan pasien untuk melakukan aktivitas sehari-hari.

## 2. **Diagnosa Keperawatan : Harga Diri Rendah Kronik.**

**Data Subjektif :** pasien mengatakan malu karna belum menikah, pasien mengatakan tidak enak kepada adiknya karna adiknya yang membiayai kebutuhan pasien selama di Rumah Sakit, Pasien merasa kecewa karena tidak menyelesaikan kuliah D1 nya di Kanada karna sakit jiwa

**Data objektif :** Pasien tampak lesu dan sedih ketika bercerita tentang masa lalunya karna ia pernah menjadi korban pemerkosaan di umur 18 tahun oleh kakak angkatnya, pasien tampak menunduk ketika diajak berbicara.

### **Perencanaan :**

**TUM :** Pasien memiliki konsep diri : percaya diri yang optimal.

**TUK 1 :** pasien dapat membina hubungan saling percaya.

**Kriteria Hasil :** pasien menunjukkan tanda-tanda percaya pada perawat dengan ekspresi wajah bersahabat, menunjukkan rasa senang ada kontak mata, mau berjabat tangan, mau menyebutkan nama, mau menjawab salam, pasien mau duduk berdampingan dengan perawat.

### **Rencana Tindakan :**

Bina hubungan saling percaya, sapa pasien dengan ramah, perkenalkan diri dengan sopan, tanyakan nama lengkap pasien dan nama panggilan yang disukai pasien, jelaskan tujuan pertemuan, jujur dan menepati janji, tunjukkan sikap simpati dan menerima apa adanya.

**TUK 2 :** Pasien dapat mengidentifikasi aspek positif dan kemampuan yang dimiliki.

**Kriteria Hasil :** pasien dapat menyebutkan aspek positif yang dimiliki.

**Rencana Tindakan :** diskusikan bersama pasien aspek positif yang dimiliki pasien, bersama pasien membuat daftar mengenal : aspek positif pasien, kemampuan yang dimiliki pasien, beri pujian yang realistis, hindarkan memberikan penilaian negatif.

**TUK 3 :** pasien dapat menilai kemampuan yang dimiliki untuk dilaksanakan.

**Kriteria hasil :** pasien memiliki kemampuan yang dimiliki untuk dilaksanakan.

**Rencana Tindakan :** Rencanakan bersama pasien aktivitas yang dapat dilakukan dengan kemampuan pasien, berikan contoh cara pelaksanaan kegiatan yang dapat pasien lakukan.

**TUK 4 :** pasien dapat merencanakan kegiatan sesuai dengan kemampuan yang dimiliki.

**Kriteria Hasil :** pasien membuat rencana kegiatan harian.

**Rencana Tindakan :** rencanakan bersama pasien aktivitas yang dapat dilakukan dengan kemampuan pasien, tingkatkan kegiatan sesuai kondisi pasien, berikan contoh cara pelaksanaan kegiatan yang dapat pasien lakukan.

**TUK 5 :** pasien dapat melakukan kegiatan sesuai kondisi dan kemampuannya.

**Kriteria Hasil :** pasien melakukan kegiatan sesuai kondisi dan kemampuannya.

**Rencana tindakan :** anjurkan pasien untuk melaksanakan kegiatan yang telah direncanakan, pantau kegiatan yang dilaksanakan, beri pujian atas usaha yang dilakukan pasien, diskusikan kemungkinan pelaksanaan kegiatan setelah pulang.

**TUK 6** : Pasien dapat memanfaatkan sistem pendukung.

**Kriteria hasil** : pasien memanfaatkan sistem pendukung yang ada di keluarga.

**Rencana tindakan:** Diskusikan pentingnya peran dan potensi keluarga untuk mengatasi harga diri rendah pasien, beri motivasi keluarga untuk memberi dukungan pasien selama di rawat di RS, beri pujian kepada keluarga pasien atas keterlibatan merawat pasien di RS, anjurkan keluarga untuk mengunjungi secara rutin.

**Pelaksanaan Keperawatan Hari Senin, 14 Maret 2023**

**Data Subjektif:** Pasien mengatakan dirinya jelek, pasien mengatakan malu karna belum menikah, pasien mengatakan tidak enak kepada adik nya karna adik nya yang membiayai kebutuhan pasien selama di Rumah Sakit, Pasien merasa kecewa karena tidak menyelesaikan kuliah D1 nya di Kanada karna sakit jiwa

**Data Objektif** : Pasien tampak lesu dan sedih ketika bercerita tentang masa lalunya karna ia pernah menjadi korban pemerkosaan di umur 18 tahun oleh kakak angkatnya, pasien tampak menunduk ketika diajak berbicara.

**Tindakan keperawatan:** dilakukan SP 1 HDRK mendiskusikan kegiatan atau aktivitas yang dimiliki pasien pada pukul 13.00 siang, mendiskusikan aspek positif dan aktivitas lain yang dimiliki, menganjurkan pasien untuk memasukkan kedalam lembar kegiatan harian pasien, mengajarkan SP 1 HDRK menilai kemampuan yang dimiliki bernyanyi.

**Rencana Tindak Lanjut :** Evaluasi SP 1 HDRK menilai kemampuan yang dimiliki kegiatan mengajarkan Bahasa Inggris dan Kanada, evaluasi jadwal harian pasien.

**Evaluasi keperawatan**

**Subjektif :** pasien mengatakan memiliki aktivitas berbahasa Inggris dan Kanada, membersihkan tempat tidur, membaca al-kitab, pasien mengatakan senang mengetahui aspek positif yang dimiliki.

**Objektif :** Pasien tampak mampu melakukan kemampuan aktivitas mengajarkan kepada penulis cara berbahasa Inggris dan Kanada.

**Analisa :** Harga diri rendah masih ada

**Perencanaan :** Anjurkan pasien untuk terus mengasah kemampuannya dalam berbahasa Inggris, anjurkan pasien untuk melatih kemampuan yang lain : membersihkan tempat tidur yang dilakukan sekali sehari jam 06.00 WIB.

**3. Diagnosa Keperawatan : Isolasi Sosial**

**Data subjektif :** Pasien mengatakan jika memiliki masalah dengan orang lain atau pada saat halusinasinya muncul tidak mau bersosialisasi dengan orang lain.

**Data objektif :** Pasien tampak diam saja ketika diajak mengobrol, pasien tampak sering memilih menyendiri menonton tv di ruang tv, pasien tampak lebih sering di kamar, pasien tampak menunduk ketika diajak berbicara.

**Perencanaan :**

**TUM :** Pasien dapat bersosialisasi dengan lingkungan.

**TUK 1:** pasien dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat.

**Kriteria hasil :** pasien menunjukkan tanda-tanda percaya pada perawat dengan ekspresi wajah bersahabat, menunjukkan rasa senang ada kontak mata, mau berjabat tangan, mau menyebutkan nama, mau menjawab salam, pasien mau duduk berdampingan dengan perawat.

**Rencana Tindakan :** Bina hubungan saling percaya, sapa pasien dengan ramah, perkenalkan diri dengan sopan, tanyakan nama lengkap pasien dan nama panggilan yang disukai pasien, jelaskan tujuan pertemuan, jujur dan menepati janji, tunjukkan sikap simpati dan menerima apa adanya.

**TUK 2 :** pasien mampu menyebutkan penyebab isolasi sosial

**Kriteria hasil :** Pasien dapat menyebutkan satu penyebab isolasi sosial dari diri sendiri, orang lain dan lingkungan.

**Rencana tindakan :** tanyakan pada pasien tentang : orang yang tinggal sekamar dengan pasien, orang yang paling dekat dengan pasien di rumah sakit, apa yang membuat pasien dekat dengan orang tersebut, upaya yang harus dilakukan agar dekat dengan orang lain.

**TUK 3 :** pasien mampu menyebutkan keuntungan berhubungan dengan orang lain dan kerugian tidak berhubungan dengan orang lain.

**Kriteria hasil :** Pasien dapat menyebutkan keuntungan berhubungan dengan orang lain dan kerugian jika tidak berhubungan dengan orang lain.

**Rencana tindakan :** tanyakan pada pasien tentang : manfaat jika berhubungan dengan orang lain, kerugian jika tidak berhubungan dengan orang lain,

diskusikan bersama pasien tentang manfaat, berhubungan dengan orang lain dan kerugian tidak berhubungan dengan orang lain, diskusikan bersama pasien tentang manfaat berhubungan dengan orang lain, beri pujian terhadap kemampuan pasien mengungkapkan perasaannya.

**TUK 4** : Pasien dapat melaksanakan hubungan sosial secara bertahap.

**Kriteria hasil** : pasien mampu berinteraksi dengan orang lain secara bertahap: pasien mampu berinteraksi dan berkenalan dengan satu orang.

**Rencana tindakan** : diskusikan dengan pasien tentang cara berkenalan menyebutkan nama lengkap, nama panggilan, hobi, dan alamat, beri kesempatan pasien mempraktikkan cara berinteraksi dengan orang lain, dilakukan di hadapan perawat, bantu pasien untuk berinteraksi dan berkenalan dengan orang lain, berikan afirmasi positif untuk kemajuan interaksi yang telah dilakukan, identifikasi kemampuan ketrampilan sosial pasien yang telah dilakukan dalam hubungan interpersonal dengan orang lain.

#### **Pelaksanaan keperawatan**

**Selasa, 15 Maret 2023, Pukul 11.00 WIB**

**Data subjektif** : Pasien mengatakan jika memiliki masalah dengan orang lain atau pada saat halusinasinya muncul tidak mau bersosialisasi dengan orang lain.

**Data objektif** : Pasien tampak diam saja ketika diajak mengobrol, pasien tampak sering memilih menyendiri menonton tv di ruang tv, pasien tampak lebih sering di kamar, pasien tampak menunduk ketika diajak berbicara.

**Tindakan keperawatan :** Dilakukan SP 1 Isolasi sosial mengajarkan cara berkenalan dengan satu orang pukul 11.10 WIB, membina hubungan saling percaya , menayakan pasien keuntungan dan kerugian tidak punya teman, mengajarkan SP 1 berkenalan dengan satu orang.

**Rencana tindak lanjut :** Evaluasi SP 1 Isolasi sosial, evaluasi jadwal kegiatan harian, mengajarkan pasien SP 2 isolasi sosial cara berkenalan dua orang.

**Evaluasi keperawatan :**

**Subjektif:** pasien mengatakan kerugian tidak npunya teman adalah tidak bisa bercerita, pasien mengatakan keuntungan punya teman adalah bisa mengobrol.

**Objektif :** pasien mampu berkenalan dengan 1 orang, pasien masih tampak menyendiri menonton TV.

**Analisa :** Isolasi sosial masih ada

**Perencanaan:** Anjurkan pasien untuk berkenalan dengan satu orang sehari sekali.

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Bab ini membahas tentang kesenjangan antara teori dan tinjauan kasus termasuk faktor pendukung dan penghambat dalam pemberian Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi penglihatan dan pendengaran di Rumah Sakit Husada. Penulis mulai melakukan asuhan keperawatan pada tanggal 14 - 16 Februari 2023. Yang dilakukan dengan pendekatan proses keperawatan yaitu pengkajian, perumusan diagnosa, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Berikut penulis akan membahas satu persatu dari proses keperawatan tersebut

#### **A. Pengkajian**

Pengkajian merupakan tahap awal dalam proses keperawatan bertujuan untuk pengumpulan data dan merumuskan masalah pada pasien, dari fisik, mental, sosial dan lingkungan. Pengkajian sangat penting untuk pasien halusinasi, untuk mengumpulkan informasi dengan menggunakan komunikasi (wawancara, mengamati observasi) dan pemeriksaan fisik (Darmawan, 2017). Pengkajian pada pasien halusinasi menggunakan beberapa faktor, yaitu faktor predisposisi dan faktor presipitasi. Faktor predisposisi adalah faktor yang mempengaruhi jenis dan

jumlah sumber yang didapat oleh pasien dan keluarga yang meliputi genetika, neuro transmitter, abnormal, perkembangan syaraf, psikologis. Dalam faktor predisposisi terdapat faktor biologis, faktor psikologis, dan faktor sosiokultural, faktor perkembangan, dan faktor sosial budaya (Mislika, 2020).

Adapun pengertian dari beberapa faktor yang dapat mempengaruhi adalah Faktor perkembangan Pemenuhan tugas perkembangan klien terganggu, misalnya karena kurangnya kontrol dan kehangatan keluarga, klien tidak dapat mandiri sejak kecil, mudah frustrasi dan kehilangan kepercayaan diri. Faktor Sosiokultural, Seseorang yang merasa tidak diterima di lingkungan sejak kecil merasa terasingkan, kesepian dan tidak percaya dengan lingkungan sekitar. biologis Faktor biologis, mempengaruhi terjadinya gangguan kesehatan jiwa. Ketika seseorang mengalami stres berlebihan, tubuh memproduksi zat yang dapat menjadi halusinogen neurokimia. Akibat stres jangka panjang, neurotransmitter diaktifkan di otak. Psikologis, Tipe kepribadian yang lemah dan tidak bertanggung jawab mudah terjerumus pada kecanduan narkoba. Hal ini berdampak pada ketidakmampuan klien dalam mengambil keputusan yang tepat untuk masa depan, klien lebih menyukai kesenangan sesaat dan lari dari dunia nyata ke dunia imajiner. Sosial budaya, Ketika klien mengalami interaksi sosial pada tahap awal dan nyaman, klien secara sosial menganggap hidup di dunia nyata sangat berbahaya. Klien disibukkan dengan halusinasinya, seolah-olah di sinilah ia memenuhi kebutuhan akan interaksi sosial, pengendalian diri, dan harga diri yang tidak ditemukan di dunia nyata.

Namun yang ditemukan penulis pada pasien hanya faktor biologis, faktor psikologis, faktor sosiokultural dan faktor perkembangan. Faktor psikologis pada pasien yaitu Terjadi kesenjangan antara teori dan kasus. Pada saat penulis melakukan pengkajian, penulis menemukan faktor biologis pada pasien yaitu ditemukan data bahwa pasien putus obat pada tahun 1997, sedangkan pada faktor sosiokultural pasien merasa kesepian karena ia berkuliah di Kanada, pada faktor psikologis ditemukan bahwa pasien mengalami stres berkepanjangan karena pernah mengalami aniaya seksual pada umur 18 tahun, pada faktor perkembangan pasien kurang kontrol dari keluarga nya dan selama penulis melakukan pengkajian data yang tidak sesuai dengan sumber teori yaitu pasien tidak mempunyai faktor sosial budaya. Faktor sosial budaya adalah ketika klien mengalami interaksi sosial pada tahap awal dan nyaman, klien secara sosial menganggap hidup di dunia nyata sangat berbahaya (Mislika, 2020). Sedangkan pada pasien, faktor sosial budaya tidak terjadi masalah karena pasien menikmati hidup nya, dibuktikan dengan pasien mudah percaya dengan orang lain dan pasien juga pernah bekerja sebagai guru les piano, dan guru Bahasa Inggris, selama di rawat di Rumah Sakit pasien di biayai oleh adik kandungnya dan tidak menggunakan BPJS, pasien setiap adik pasien melakukan kunjungan pasien diberi uang oleh adik pasien.

Faktor presipitasi adalah faktor pemungkin timbul nya gangguan jiwa atau secara umum adalah klien gangguan jiwa timbul gangguan setelah adanya hubungan yang bermusuhan, tekanan isolasi, perasaan tidak berguna, putus asa dan tidak berdaya (Ovari & Ikhwan, 2018). Berdasarkan kasus dan teori tidak

terjadi kesenjangan pada faktor presipitasi karena dimana pasien pernah mengalami gangguan jiwa dan pengobatan sebelumnya kurang berhasil karena pasien tidak minum obat, pasien juga sering diejek oleh perawat ruangan, dan pasien merasa malu karena belum pernah menikah, sehingga dapat disimpulkan bahwa yang ditemukan oleh penulis sesuai dengan sumber penelitian tersebut.

Gangguan halusinasi menunjukkan gejala seperti klien berbicara sendiri, mata melihat ke kiri dan ke kanan, mondar-mandir, mulut komat-kamit sering tersenyum dan tertawa sendirian, dan sering mendengar suara-suara (Susetyo et al., 2021). Berdasarkan data yang penulis dapatkan saat berkomunikasi dengan pasien, yang di alami oleh pasien adalah pasien pernah mengalami gangguan jiwa dan pengobatan sebelumnya kurang berhasil karena pasien putus obat di tahun 1997, pasien juga mempunyai pengalaman masalah yang tidak menyenangkan, pasien pernah menjadi korban aniaya seksual di umur 18 tahun, adapun pelaku yang memperkosa pasien adalah kakak angkatnya. Pasien juga mengatakan malu karena belum menikah dan sering diejek jelek oleh perawat di ruangan. pasien mengatakan sering mendengar suara- suara yang akan membunuhnya, pasien mengatakan mendengar suara yang mengatakan bahwa ODGJ tidak bisa sembuh, Pasien mengatakan melihat bayangan maya temannya, Pasien mengatakan jika melihat bayangan maya menjadi takut. Terdapat kesesuaian kasus dengan teori.

Perilaku yang di alami oleh pasien sesuai dengan teori Gangguan persepsi sensori: Halusinasi penglihatan dan pendengaran. Tetapi penulis menemukan kesenjangan yang spesifik dikarenakan dalam teori mengatakan bahwa pasien

mendengar suara-suara dimana pasien merasakan sensori palsu berupa suara, penglihatan, pengecap, perabaan, atau penciuman, serta mulut komat-kamit, tertawa sendiri. Sedangkan penulis tidak menemukan data pada pasien yang berisi tentang gangguan sensori pada pengecap, perabaan, penciuman, atau kinestetik. Penulis juga tidak menemukan bahwa pasien mengikuti halusinasinya, dan komat-kamit karena pasien sudah masuk pada fase halusinasi *comforthing* dimana pada fase ini pasien mengalami halusinasi tahap menyenangkan atau dalam keadaan cemas sedang, pasien belum mampu mengontrol halusinasinya, karena jika pasien sedang kambuh atau halusinasi nya datang, pasien hanya memberitahu kepada perawat-perawat yang ada diruangan, dan menyendiri di kamar.

Faktor pendukung yang penulis dapatkan adalah adanya hubungan saling percaya antara penulis dan pasien, sehingga pasien mau menceritakan masalahnya. pelaksanaan keperawatan yang penulis temukan adalah pasien paham dalam melaksanakan implementasi strategi pelaksanaan dengan membina hubungan saling percaya dan penulis bekerjasama dengan perawat ruangan serta pasien dalam melakukan strategi pelaksanaan. Sedangkan faktor penghambat pelaksanaan keperawatan yaitu ketika pembicaraan antar pasien dan penulis tiba-tiba terhenti karena pasien sedang mengalami halusinasi maka penulis mengajarkan pasien untuk menghardik halusinasinya dengan cara menutup mata dan telinga lalu bilang “pergi-pergi kamu palsu, kamu tidak nyata, kamu suara palsu”. Adapun penyebab dari pasien masih mengalami halusinasi yaitu karena jika pasien muncul halusinasi, pasien masih sering lupa untuk menghardik suara-

suara, jika halusinasinya muncul ia lebih memilih untuk langsung menemui perawat ruangan. Selain itu penulis tidak bertemu dengan keluarga pasien sehingga penulis tidak bisa memvalidasi data dengan keluarga, penulis hanya dapat memvalidasi data melalui melihat rekam medis dan perawat ruangan.

## **B. Diagnosa keperawatan**

Menurut (Damayanti et al., 2021) Diagnosis keperawatan yang sering dijumpai terkait tanda dan gejala tersebut yaitu gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran. Adapun diagnosis keperawatan yang sering di temukan pada pasien dengan halusinasi yaitu: Risiko perilaku kekerasan, Gangguan sensori persepsi: Halusinasi, Isolasi sosial, Harga diri rendah. Menurut data yang didapatkan oleh penulis pada Nn. M yang muncul Penulis menemukan empat diagnosis pada pasien yaitu Gangguan persepsi sensori: Halusinasi pendengaran dan penglihatan, Risiko perilaku kekerasan, Harga diri rendah kronik, Isolasi sosial. Kesimpulan dari diagnosis keperawatan tidak ada perbedaan antara teori dengan kasus. Faktor penghambat pasien ketika di wawancara halusinasi nya tiba-tiba muncul, dan keterbatasan waktu dalam pengambilan kasus, karena keterbatasan waktu pasien hanya mengajarkan pasien untuk menghardik dan bercakap-cakap ketika halusinasi nya muncul. Faktor pendukung yang penulis temukan saat merumuskan diagnosis adalah data-data yang sesuai dan memudahkan penulis dalam menegakkan diagnosis.

### **C. Intervensi Keperawatan**

Penulis menetapkan diagnosis keperawatan dan membuat perencanaan yaitu dengan menetapkan tujuan, kriteria hasil dan rencana tindakan. Pada tahap pembuatan perencanaan penulis membuat perencanaan keperawatan untuk Nn. M yang dilakukan dengan masalah gangguan persepsi sensori halusinasi. Penulis melakukan tahapan perencanaan yang sudah sesuai dengan teori. Penulis tidak menemukan adanya kesenjangan. Proses perencanaan yang di buat penulis untuk pasien yaitu dengan melakukan perencanaan pertama: membina hubungan saling percaya, identifikasi penyebab halusinasi, mengajarkan strategi pelaksanaan dari satu sampai empat yaitu pada pertemuan pertama pada tanggal 14 membina hubungan saling percaya dan mengajarkan SP satu menghardik halusinasi, dan pada pertemuan kedua melakukan SP dua meminum obat dengan benar, dan pada pertemuan ke-empat mengajarkan SP tiga bercakap-cakap dengan orang lain dengan dilanjutkan SP empat melakukan aktivitas sambil bercakap-cakap. Tindakan tersebut bertujuan untuk pasien dapat mengontrol halusinasinya, pasien dapat mengenal halusinasinya, pasien dapat mengidentifikasi jenis, isi, frekuensi dan waktu. Pasien mampu menghardik halusinasi, mengontrol halusinasi dengan cara meminum obat secara teratur, mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain mampu mengontrol halusinasi dengan cara melakukan aktivitas ke jadwal harian. Pada perencanaan penulis tidak menemui hambatan karena Nn. M dapat mengikuti kegiatan yang sudah direncanakan.

#### **D. Implementasi Keperawatan**

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Zebua, 2020)

Pada tahap ini, tindakan keperawatan pada Nn. M dapat dilakukan menggunakan strategi pelaksanaan halusinasi yaitu dengan cara menghardik halusinasi, jika halusinasi pasien muncul maka lakukan dengan cara memejamkan mata dan menutup telinga lalu mengatakan “pergi-pergi kamu palsu, kamu tidak nyata, kamu suara palsu”. Faktor pendukung pada pelaksanaan SP ini adalah pasien tampak kooperatif dan mau mengikuti kegiatan atau cara menghardik yang seperti yang sudah penulis ajarkan, Adapun faktor penghambat dari SP ini adalah pasien masih sering lupa untuk melakukan cara menghardik ketika halusinasinya muncul, saat halusinasinya muncul pasien lebih memilih untuk memberitahu perawat ruangan dan menyendiri di kamar. Strategi pelaksanaan kedua yaitu dengan cara meminum obat secara teratur dan pasien belajar tujuan minum obat, bagaimana kerugian jika tidak minum obat, mengenali warna dan jenis obat yang diberikan apa saja. Adapun faktor pendukungnya adalah pasien selalu meminta obat kepada perawat jika sudah jam waktunya minum obat dan pada dilakukannya SP ini Tidak ada faktor hambatan karena Sesuai data pasien mengatakan mau minum obat yang rajin, dan pasien sudah rajin minum obat. Strategi keperawatan ketiga yaitu melatih pasien berbincang- bincang dengan

perawat atau dengan teman sekamar, jika pasien sedang sendiri dan halusinasinya muncul maka pasien bisa mengalihkan dengan mencari teman sekamar, atau perawat untuk diajak mengobrol supaya halusinasinya tadi tidak jadi muncul. Faktor pendukung nya adalah pasien mampu menyebutkan tujuan bercakap-cakap. Pasien mengatakan senang diajak bercakap-cakap oleh perawat, Pasien mengatakan akan bercakap-cakap dengan temannya jika halusinasi nya muncul, tidak ada faktor penghambat dalam pelaksanaan SP ke tiga. Strategi pelaksanaan keempat yaitu melakukan aktivitas secara terjadwal.

Namun terdapat kesenjangan antara teori dengan kasus yang penulis temukan yaitu pasien kurang kooperatif dalam melakukan tindakan yang sudah diajari, terjadi masalah pada SP satu yaitu pasien mengatakan sering lupa untuk menghardik jika halusinasinya muncul, untuk mengatasi hambatan pada pasien, penulis terus mengajarkan cara menghardik, dan terus mengingatkan kepada pasien, jika pasien mampu dan ingat cara menghardik maka penulis memberikan afirmasi positif agar pasien terus ingat untuk melakukan tindakan menghardik.

Untuk secara keseluruhan pada pelaksanaan SP Faktor pendukung yang penulis dapatkan didalam pelaksanaan keperawatan adalah terbinanya hubungan saling percaya antara penulis dan pasien serta dengan perawat ruangan, pasien merasa lega, tenang setelah bercakap-cakap, pasien mampu menyebutkan tujuan bercakap-cakap. Pasien mengatakan senang diajak bercakap-cakap oleh perawat, Pasien mengatakan akan bercakap-cakap dengan temannya jika halusinasinya muncul. Solusinya adalah penulis mencoba untuk membuat suasana rileks serta

pembicaraan yang sederhana untuk pasien agar mampu fokus dan tidak merasa terancam selama tindakan keperawatan berlangsung.

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

Evaluasi adalah suatu tahap untuk menilai hasil akhir dari sebuah perencanaan dan pelaksanaan keperawatan. Evaluasi di susun menggunakan SOAP (subjektif, objektif, *assessment, planning*) secara operasional dengan dilakukan selama proses keperawatan dan dengan proses evaluasi akhir (Aderibigbe, 2018).

Pada tahap ini penulis menemukan kesenjangan antara teori dan kasus, penulis mengangkat empat diagnosis keperawatan dan ada tiga diagnosis yang tujuannya belum tercapai sesuai batas waktu yang telah ditentukan penulis, saat pengambilan kasus, penulis hanya diberi waktu selama tiga hari untuk mengambil dan menganalisa kasus. Karena adanya keterbatasan waktu maka kepala ruangan ikut serta membantu penulis dalam penyelesaian kasus dengan cara membantu menceritakan keadaan pasien, kepala ruangan juga mendelegasikan kepada penulis untuk tetap melakukan SP sesuai yang bisa dicapai, dan tidak memaksakan untuk menyelesaikan SP dari empat diagnosis dalam waktu tiga hari. melakukan evaluasi pada setiap tindakan keperawatan yang telah dilakukan dari diagnosis pertama sampai diagnosis ke empat.

Pada diagnosis pertama masalah gangguan persepsi sensori: Halusinasi yang telah dilakukan strategi pelaksanaan. Pada strategi keperawatan yang pertama pasien sudah dapat membina hubungan saling percaya serta sudah dapat melakukan cara menghardik halusinasi, tetapi pasien masih sering lupa untuk

menghardik ketika halusinasinya datang. Pada strategi kedua pasien sudah dapat mengontrol halusinasi dengan cara meminum obat secara teratur sesuai dengan prinsip 6 benar dibuktikan dengan jika pasien belum dapat obat maka pasien akan meminta kepada perawat pada saat jadwal minum obat pagi, siang dan malam. Strategi pelaksanaan ketiga pasien sudah dapat mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain. Jika pasien merasa mendengar suara-suara bisikan pasien akan mencari teman sekamar, atau perawat untuk diajak mengobrol supaya halusinasinya tadi tidak jadi muncul. Strategi pelaksanaan keempat pasien sudah mampu mengontrol halusinasinya dengan cara melakukan kegiatan merapikan tempat tidur.

Menurut (Syarif et al., 2020) pada pasien skizofrenia perlu mendapat dukungan dari keluarga masyarakat dan orang disekitar pasien besar kemungkinan pasien dapat bersosialisasi dan memiliki aktivitas seperti orang normal, dengan demikian maka prevalensi kekambuhan pasien dapat berkurang ataupun pasien tidak akan kambuh. Dari data yang penulis temukan pasien Nn. M sudah di rawat sejak tahun 2002 sampai pada saat penulis melakukan pengkajian pasien tidak pernah pulang ke rumah, selama dirumah sakit pasien minum obat secara teratur tetapi masih sering kambuh, pasien masih sering kambuh diakibatkan oleh fikiran yang kosong dan sering menyendiri, pasien tidak ada teman mengobrol, Pasien tidak mendapat dukungan sepenuhnya dari keluarga, keluarga hanya menjenguk pasien sebanyak 1 kali dalam sebulan, kegiatan pasien sehari-hari hanya di dalam kamar rawat dan

menonton televisi, serta mengikuti senam di dalam ruangan, pasien tidak diperbolehkan keluar dari ruangan.

Dari tanda dan gejala pada pasien, saat penulis mengkaji, pasien sudah tidak mengalami tanda dan gejala seperti tertawa sendiri, mulut komat-kamit, dan tidak mengikuti halusinasi nya, jika halusinasi nya muncul pasien selalu memberitahu perawat di ruangan.

Faktor pendukung pada evaluasi keperawatan yang penulis temukan adalah kemudahan dalam melakukan evaluasi strategi pelaksanaan dengan mengevaluasi yang sudah diajarkan penulis untuk melakukan kembali cara bercakap-cakap, minum obat secara teratur, melakukan kembali bercakap-cakap dengan perawat, dan mampu melakukan kembali cara marapkan tempat tidur . Sedangkan faktor penghambat evaluasi keperawatan yaitu dimana pasien kesulitan fokus dan banyak melamun. Solusinya adalah penulis mencoba untuk membuat suasana rileks serta pembicaraan yang sederhana untuk pasien agar mampu fokus dan tidak merasa terancam selama tindakan keperawatan berlangsung.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

Setelah membuat asuhan keperawatan pada Nn. M dengan masalah Gangguan sensori persepsi: Halusinasi pendengaran dan penglihatan di ruangan Nusa indah Rumah Sakit Husada. Penulis mulai melakukan asuhan keperawatan mulai dari tanggal 14 Februari - 16 februari 2023 didapatkan kesimpulan dan saran sebagai berikut:

#### **A. Kesimpulan**

Halusinasi adalah salah satu dari gejala gangguan jiwa yang ditandai hilangnya kemampuan individu dalam membedakan rangsangan internal dan eksternal dan mengalami perubahan sensori persepsi yang tidak nyata atau palsu, seperti penglihatan, pendengaran, pengecapan, penciuman, dan perabaan.

Pada pengkajian pasien halusinasi menggunakan konsep faktor predisposisi dan presipitasi. Dari pengkajian yang telah dilakukan pada Nn. M didapatkan masalah utama yaitu gangguan persepsi sensori: halusinasi Penglihatan dan pendengaran. Data yang penulis dapatkan yaitu pasien mengatakan sering mendengar suara- suara yang akan membunuhnya, pasien mengatakan mendengar suara yang mengatakan bahwa ODGJ tidak bisa sembuh, Pasien

mengatakan melihat bayangan maya teman –teman nya, Pasien mengatakan jika melihat bayangan maya menjadi takut, pasien mengatakan pengobatan sebelumnya kurang berhasil karna pasien putus obat di tahun 1997 karena pasien malas minum obat, pasien mengatakan halusinasinya muncul selama 30 menit.

Pada kasus Nn. M faktor predisposisi nya adalah faktor psikologis, faktor biologis, faktor sosiokultural dan faktor perkembangan, Hal ini juga di alami

Nn. M dimana pasien pernah mengalami gangguan jiwa dan pengobatan sebelumnya kurang berhasil karena pasien putus obat. pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan Pasien pernah menjadi korban aniaya fisik pada usia 18 Tahun, pasien mengatakan malu karena belum menikah, Pasien merasa kecewa karena tidak menyelesaikan kuliah D1 nya di Kanada karena sakit jiwa.

Pada kasus ini penulis menemukan empat diagnosa keperawatan yang muncul yaitu gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran, Risiko perilaku kekerasan, harga diri rendah, isolasi sosial.

Pada tahap pembuatan perencanaan pasien direncanakan di rawat oleh mahasiswa dengan rencana tindakan dengan masalah Gangguan sensori persepsi halusinasi dengan melakukan strategi pelaksanaan dari satu sampai empat yaitu sp satu menghardik halusinasi, SP dua meminum obat dengan benar, SP tiga bercakap-cakap dengan orang lain, SP empat melakukan aktivitas sambil bercakap-cakap. Pada tahap perencanaan sudah disesuaikan dengan prioritas masalah serta kebutuhan pasien.

Pada implementasi penulis melakukan semua asuhan keperawatan pada Nn. M dengan masalah gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran dan penglihatan. Selain itu, penulis mengevaluasi tanda dan gejala yaitu pasien mendengar bisikan-bisikan, berbicara sendiri, tertawa, melihat bayangan-bayangan. Implementasi dibuat sesuai dengan teori dan kondisi pasien. Pasien masih ada halusinasi, pasien masih tampak menyendiri jika halusinasinya muncul.

Pada evaluasi penulis mengevaluasi tindakan yang sudah dilakukan adalah membina hubungan saling percaya, memotivasi pasien untuk mengungkapkan masalah, membantu pasien untuk mengungkapkan masalah, membantu pasien untuk mengidentifikasi isi, waktu, frekuensi halusinasi, membantu pasien untuk minum obat dengan benar, melatih pasien untuk bercakap-cakap dengan pasien, melatih pasien untuk melakukan aktivitas terjadwal, adapun tanda dan gejala yang dialami pasien adalah pasien masih tampak menyendiri ketika halusinasi nya muncul, pasien tampak senyum- senyum sendiri.

## **B. SARAN**

Adapun saran dari penulis adalah sebagai berikut:

### **1. Mahasiswa/Penulis**

Diharapkan berdasarkan pengalaman penulis dalam melaksanakan asuhan keperawatan penulis memberikan saran kepada teman-teman mahasiswa agar mempelajari konsep dasar asuhan keperawatan jiwa sehingga saat melakukan praktik lebih memahami kasus dan juga memberikan asuhan keperawatan yang

maksimal kasus yang diteliti khususnya pada pasien gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran. Memanfaatkan waktu yang ada dengan sebaik mungkin dan menjalin hubungan saling percaya, melakukan pendekatan, melakukan kontak mata sebaik mungkin, serta melakukan hubungan kerja sama yang baik dengan perawat ruangan

## 2. Perawat Ruangan

Tenaga kesehatan khususnya perawat diharapkan dapat memberikan asuhan keperawatn jiwa secara optimal dengan memberikan suatu hal baru, memberikan kegiatan positif dan menyenangkan, serta berguna bagi pasien yang sangat berdampak baik bagi proses penyembuhan. Contohnya seperti senam, bernyanyi, menggambar, dan bercerita agar pasien tidak bosan dan termotivasi untuk cepat sembuh.

## 3. Institusi

Diharapkan kepada institusi agar pembekalan penyusun karya tulis ilmiah untuk memberikan waktu minimal 6 x 24 jam untuk melakukan praktik klinik di Rumah Sakit jiwa karena pasien jiwa membutuhkan Bina Hubungan Saling Percaya kepada orang baru yang mana dengan waktu 3 x 24 jam sangat kurang atau belum bisa tercapai.

## DAFTAR PUSTAKA

- Aderibigbe. (2018). Kompetensi perawat dalam merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien di ruang rawat inap rsud tugurejo semarang. *Energies*, 6(1), 1–8.
- Ali, N. A. M., Yusof, F., & Aziz, S. (2019). Faktor-Faktor Penyebab Penyakit Skizofrenia : Satu Kajian Kes. *Jurnal Sains Sosial, Jilid 4*(1), 68–79.
- Chollet, F. (2017). Remaja Peduli Kesehatan Jiwa. *Machine Learning*, 45(13), 40–48.
- Damayanti, A., Nur Rahmawati, A., & Isma Sundari, R. (2021). Studi Kasus Pasien Halusinasi Pendengaran pada Tn. A dengan Skizofrenia di Wisma Abiyasa RSJ. Prof. Dr. Soerojo Magelang. *Studi Kasus Pasien Halusinasi Pendengaran Pada Tn. A Dengan Skizofrenia Di Wisma Abiyasa RSJ. Prof. Dr. Soerojo Magelang, 1*, 336–339.
- Kurniawan, Y., & Sulistyarini, I. (2017). Komunitas Sehati (Sehat Jiwa dan Hati) Sebagai Intervensi Kesehatan Mental Berbasis Masyarakat. *INSAN Jurnal Psikologi Dan Kesehatan Mental, 1*(2), 112.
- Larasaty, L., & Hargiana, G. (2019). Jurnal Kesehatan, vol. 8, 2019, ISSN: 2301-783X Akademi Keperawatan Ngesti Waluyo. *Jurnal Kesehatan Akademi Keperawatan Ngesti Waluyo, 8*, 2–8.
- Manurung, R. D. (2020). *Penerapan Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn . M Dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran. 2018*, 1–37.
- Mislika, M. (2020). *Penerapan Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny . N Dengan Halusinasi Pendengaran. 1–35*.
- Ovari, I., & Ikhwan, M. (2018). Kekambuhan Pasien Gangguan Jiwa di Puskesmas Pegang Panti Pasaman. *Jurnal Kesehatan Perintis, 5*, 108–114.
- Pharm, N. H. P. Bs. (Ed.). (2016). *MIMS Petunjuk Konsultasi* (16th ed.). www.mims.com
- Putri, V. S. (2017). Pengaruh Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Persepsi Halusinasi Terhadap Kemampuan Mengontrol Halusinasi Pada Pasien Skizofrenia Di Ruang Rawat Inap Arjuna Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi

- Jambi. *Riset Informasi Kesehatan*, 6(2), 174.
- Reza, M., & Rahman, Y. (2019). Perancangan Buku Ilustrasi Untuk Mengenali Macam Dan Melawan Gangguan Jiwa Di Indonesia. *Jurnal Kesehatan*, 6(3), 3575–3579.
- Susetyo, I. S. O., Ulfah, M., & Apriliyani, I. (2021). Studi Kasus Gangguan Sensori Persepsi Halusinasi Pendengaran Tn. R di RSJD Prof. Dr. Soerojo Magelang. *Seminar Nasional Penelitian Dan Pengabdian Kepada Masyarakat (SNPPKM)*, 486–494.
- Suyasa, I. wayan O. (2021). Konsep Skizofrenia. *Repository.Poltekkes-Denpasar.Ac.Id*, 2, 2013–2015.
- Syarif, F., Zaenal, S., & Supardi, E. (2020). Hubungan Kepatuhan Minum Obat dengan Kekambuhan Pasien Skizofrenia di Rumah Sakit Khusus Daerah Provinsi Sulawesi Selatan. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Diagnosis*, 15(4), 327–331.
- World Health Organization; London School of Hygiene and Tropical Medicine. (2017). Asuhan keperawatan pada TN. K pada pasien gangguan persepsi sensoris: Halusinasi pendengaran di ruang rokan RS jiwa tampan. *BMC Public Health*, 5(1), 1–8.
- Zebua, F. (2020). Pentingnya Perencanaan dan Implementasi Keperawatan terhadap Kepuasan Pasien di Rumah Sakit. *OSF Preprints*, 1–8.
- Zelika, A. A., & Dermawan, D. (2015). Kajian Asuhan Keperawatan Jiwa Halusinasi Pendengaran Pada Sdr . D Di Ruang Nakula Rsjd Surakarta. *Profesi*, 12(2), 8–15.

## **STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN**

SP I = Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi Pendengaran, Latihan Menghardik

Pertemuan : Ke-I

Hari, tanggal : Senin, 14 Maret 2023

Nama pasien : Nn. M

Ruangan : Ruang Nusa indah

### A. Proses Keperawatan

#### 1. Kondisi Pasien

Ds:

- Pasien mengatakan sering mendengar suara-suara yang akan membunuhnya.
- Pasien mengatakan suara yang mengatakan bahwa ODGJ tidak bisa sembuh.
- Pasien mengatakan melihat bayangan maya menjadi takut.
- Pasien mengatakan pengobatakan sebelumnya kurang berhasil karena pasien putus obat di tahun 1997 karena pasien malas minum obat, pasien mengatakan halusinasi nya muncul selama 30 menit.

Do :

- Pasien tampak gelisah ketika halusinasi nya muncul, pasien tampak mondar-mandir ketika halusinasinya muncul.
- Pasien tidak mau diajak berbicara ketika halusinasi nya muncul.

- Pasien tampak ketakutan.
- 2. Diagnosa Keperawatan : Gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran dan penglihatan.

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

- 3. Tindakan Keperawatan:
  - a. Membina hubungan saling percaya
  - b. Mendiskusikan kepada pasien tentang suara yang muncul
  - c. Mendiskusikan hal apa yang dilakukan saat halusinasinya muncul
  - d. Mengajarkan pasien cara menghardik halusinasi
  - e. Memberikan pujian atas usaha yang telah dilakukan pasien
  - f. Menjadwalkan untuk melakukan cara menghardik setiap kali muncul halusinasinya dan melakukan setiap 3 x dalam sehari
  - g. Menanyakan kontrak waktu, dimana dan jam berapa untuk bertemu kembali

## B. Strategi Komunikasi

- 1. Fase Orientasi
  - a. Salam Teraupetik

“Selamat Pagi, Perkenalkan nama saya Suster Dinda, saya mahasiswa dari Stikes RS Husada, saya akan berdinass diruangan ini selama 3 hari

kedepan, dari pukul 07.00 – 14.00. Kalau saya boleh tau namanya siapa ya? Senangnya dipanggil apa?

b. Evaluasi Validasi

“Ibu, bagaimana perasaannya hari ini? Apakah semalam tidurnya nyenyak?”

c. Kontrak ( topik, waktu, dan tempat)

“Baiklah, bagaimana kalau hari ini kita ngobrol-ngobrol bu? Apakah ibu mau ? kita ngobrol selama 30 menit kedepan bu? Kita ngobrol disini saja, ibu mau?”

d. Tujuan

“supaya ibu bisa cerita apa yang mengganggu pikiran ibu”.

2. Fase kerja

“ibu, kita ngobrol yuk tentang yang dialami bapak saat ini, mungkin ada yang ingin ibu ceritakan,suster akan mendengarkan ibu. Apa yang ibu rasakan sekarang? Kenapa ibu tampak kesal dan malu? Apa ibu pernah mendengar sesuatu? Apa yang ibu dengar? Ibu mendengar suara seperti itu biasanya kapan saja? Dalam sehari kira-kira berapa kali bu mengalami hal seperti itu? Biasanya kalau sedang mendengar hal seperti itu, apa yang ibu lakukan untuk mengusir suaranya? Bagus sekali ya, ibu sudah paham banyak hal mengenai halusinasi yang ibu alami. Kalau begitu sekarang kita belajar cara menghardik halusinasi. Pertama ibu harus tau kalau suara itu tidak nyata ya bu, lalu jika suara itu muncul ibu tutup mata tutup

telinga lalu bilang “pergi-pergi kamu palsu, kamu tidak nyata, kamu suara palsu”. begitu ya bu dan biasakan ibu ulangi terus sampai suara itu benar-benar hilang ya. Coba sekarang ibu praktekan yang tadi sudah suster ajarkan.”

3. Fase Terminasi

- a. Evaluasi Subjektif : “bagaimana perasaan ibu setelah mempraktikkan mengenai cara menghardik halusinasi?”
- b. Evaluasi Objektif : “ibu, coba ulangi yang sudah kita praktikkan tadi, cara menghardik halusinasinya.”
- c. Rencana tindak lanjut: “ibu, bagaimana jika cara menghardik dimasukkan kedalam jadwal kegiatan ibu? jadi kalau halusinasinya muncul ibu bisa langsung melakukan hal tersebut ya minimal 3 x sehari dan ketika suaranya muncul juga.”
- d. Kontrak yang akan datang
  - 1) Topik: “ibu, pertemuan hari ini sampai disini ya, nanti kita bertemu lagi, kita ngobrol-ngobrol lagi tentang cara mengontrol halusinasi yang kedua yaitu cara meminum obat yang benar.”
  - 2) Waktu: “ibu, untuk pertemuan selanjutnya ibu ingin bertemu jam berapa? Kalau begitu ibu pamit dulu nanti kita ketemu lagi ya, selamat pagi bu.”

## **STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN**

SP II = Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi Pendengaran, Cara meminum obat yang benar

Pertemuan : Ke-II

Hari, tanggal : Selasa, 15 maret 2023

Nama pasien : Nn. M

Ruangan : Ruang Nusa Indah

### 1. Proses Keperawatan

#### a. Kondisi Pasien

DS:

Pasien mengatakan senang setelah diajarkan cara menghardik halusinasi, Pasien mengatakan mengerti cara menghardik, Pasien mengatakan tutup telinga lalu bilang pergi-pergi kamu palsu kamu tidak nyata

DO:

pasien mampu mempraktekan kembali cara menghardik halusinasi secara benar, pasien mampu menyebutkan nama panggilan, nama pasien: Marlina, pasien dapat menyebutkan tujuan menghardik. Pasien sering mondar mandir jika halusinasi nya muncul.

2. Diagnosa Keperawatan : Gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran.  
Tujuan : pasien melakukan Sp2 halusinasi yaitu cara meminum obat dengan benar, pasien mampu mengatasi halusinasinya dengan meminum obat secara teratur dan benar.

3. Tindakan Keperawatan:

- a. Mengevaluasi jadwal harian pasien
- b. Menjelaskan kegunaan obat
- c. Menjelaskan cara menggunakan obat dengan prinsip 5 benar (benar pasien, benar obat, benar dosis, benar waktu, benar cara pemberian)
- d. Menjelaskan kontrak yang akan datang untuk membahas tentang cara bercakap-cakap untuk menghilangkan halusinasi
- e. Menanyakan kontrak waktu, dimana dan jam berapa untuk bertemu kembali

2. Strategi Komunikasi

1. Fase Orientasi

a. Salam Teraupetik

“Selamat Pagi bu, masih ingat dengan saya? Iya betul saya suster dinda.”

b. Evaluasi Validasi

“ibu, bagaimana perasaannya hari ini ini? Masih denger suara-suara? Lalu kemarin PR nya diselesaikan tidak bu? Kalau jadwal hariannya udah dilakuin belum?”

c. Kontrak ( topik, waktu, dan tempat)

“Baiklah, sesuai janji kita kemarin, hari ini kita akan mendiskusikan tentang cara meminum obat dengan benar. Kita lakuin disini ya ibu? Bagaimana kalau 15 menit? ibu mau?”

d. Tujuan

“Tujuannya agar ibu dapat mengontrol halusinasi yang ibu alami dengan cara minum obat dengan prinsip 6 benar”

2. Fase kerja

“ibu, bagaimana apakah ada bedanya pas sudah minum obat dengan belum minum obat? Kalau minum obatnya teratur apakah suaranya berkurang sampai dengan hilang? Nah ibu sudah tahu belum tentang bagaimana caranya minum obat dengan prinsip 6 benar? Ibu tahu tidak obatnya ada berapa? Warna nya apa saja? Diminum berapa kali sehari? Minumnya kapan saja? Iya benar sekali bu, karena ibu sudah pintar dan sudah tahu tentang obat punya ibu, jadi ibu harus rajin minum obat terus ya bu, supaya ibu cepat sembuh. Nah kalau begitu bagaimana kalau minum obat ini kita masukkan kedalam jadwal kegiatan harian bu?”

3. Fase Terminasi

- a. Evaluasi Subjektif : “bagaimana perasaan ibu setelah tadi belajar cara minum obat yang benar?”
- b. Evaluasi Objektif : “ibu, coba ulangi yang sudah kita ulangi lagi cara minum obat yang benar sesuai yang suster ajarkan.”

- c. Rencana tindak lanjut: “ibu, bagaimana jika nanti suster tidak ada ibu coba sendiri untuk minum obat yang benar ya sesuai yang tadi kita lakukan, lalu ibu masukkan kedalam jadwal harian.”
- d. Kontrak yang akan datang
  - 1) Topik: “ibu, pertemuan hari ini sampai disini ya, nanti kita bertemu lagi, kita ngobrol-ngobrol lagi tentang cara mengontrol halusinasi yang ketiga yaitu dengan bercakap- cakap.”
  - 2) Waktu: “ibu, untuk pertemuan selanjutnya ibu ingin bertemu jam berapa? Kalau begitu suster pamit dulu besok kita ketemu lagi ya, selamat pagi bu.”

## **STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN**

SP III = Evaluasi cara menghardik, minum obat dengan benar dan bercakap-cakap

Pertemuan : Ke-III

Hari, tanggal : Selasa, 15 Maret 2023

Nama pasien : Nn. M

Ruangan : Ruang Nusa Indah

### A. Proses Keperawatan

#### 1. Kondisi Pasien

Ds:

- Pasien mengatakan senang setelah diajarkan cara menghardik halusinasi, Pasien mengatakan mengerti cara menghardik, Pasien mengatakan tutup telinga lalu bilang pergi-pergi kamu palsu kamu tidak nyata, Pasien mengatakan mau minum obat yang rajin, Pasien mengatakan sudah rajin minum obat.

Do:

- pasien mampu menyebutkan warna dan jumlah obat yang diminum, pasien mampu menyebutkan tujuan minum obat dan akibat jika tidak minum obat, pasien mampu meminta obat dengan baik kepada perawat.

#### 2. Diagnosa Keperawatan : Gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran.

Tujuan : pasien mampu melakukan Sp3 halusinasi yaitu bercakap-cakap dengan orang lain, pasien mampu mengatasi halusinasinya dengan bercakap-cakap dengan perawat atau orang lain

3. Tindakan Keperawatan:

- a. Mengevaluasi kegiatan harian sesuai jadwal kegiatan harian pasien
- b. Melatih pasien mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan perawat dan orang lain
- c. Mengajukan pasien memasukkan cara mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain kedalam jadwal harian.

B. Strategi Komunikasi

1. Fase Orientasi

a. Salam Teraupetik

“Selamat Pagi bu, masih ingat dengan suster? Iya betul saya suster dinda.”

b. Evaluasi Validasi

“ibu, bagaimana perasaannya hari ini ini? Masih denger suara-suara? Lalu kemarin PR nya diselesaikan tidak bu? Kalau jadwal hariannya udah dilakuin belum?”

c. Kontrak ( topik, waktu, dan tempat)

“Baiklah, sesuai janji kita kemarin, hari ini kita melakukan cara bercakap-cakap ke orang lain . Kita lakuin disini ya bu? Bagaimana kalau 15 menit? Ibu mau?”

d. Tujuan

“Tujuannya agar ibu dapat mengontrol halusinasi yang ibu alami dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain”

2. Fase kerja

“ibu, kemarin kita sudah belajar tentang cara mengontrol halusinasi yaitu dengan cara menghardik dan meminum obat dengan prinsip 6 benar. Nah sekarang kita akan belajar cara mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan oranglain. Saat suaranya mulai muncul, ibu jangan terfokus dengan suara tersebut, namun ibu harus mengendalikannya salah satunya dengan cara mencari teman untuk bercakap-cakap. Jadi saat ibu sendiri dan merasa jika halusinasinya muncul bisa mengalihkan dengan mencari teman sekamar, atau perawat untuk diajak mengobrol supaya halusinasi ibu tadi tidak jadi muncul. Oke sekarang kita coba ya bu, iya bagus bu, sekarang mari kita coba lagi mengobrol dengan teman sekamar ya bu. Ohiya bu, bagaimana kalau bercakap-cakap kita masukkan kedalam jadwal kegiatan harian bu?”

3. Fase Terminasi

- a. Evaluasi Subjektif : “bagaimana perasaan ibu setelah tadi belajar cara bercakap-cakap dengan orang lain?”
- b. Evaluasi Objektif : “ibu, coba ulangi yang sudah kita ulangi lagi cara bercakap-cakap sesuai yang suster ajarkan.”

- e. Rencana tindak lanjut: “ibu, bagaimana jika nanti suster tidak ada ibu coba sendiri untuk bercakap-cakap dengan orang lain atau teman sekamar, sesuai yang tadi kita lakukan, lalu ibu masukkan kedalam jadwal harian bapak.”
- f. Kontrak yang akan datang
  - 1) Topik: “ibu, pertemuan hari ini sampai disini ya, nanti kita bertemu lagi, kita ngobrol-ngobrol lagi tentang cara mengontrol halusinasi yang keempat yaitu dengan melakukan aktivitas.”
  - 2) Waktu: “ibu, untuk pertemuan selanjutnya ibu ingin bertemu jam berapa? Kalau begitu suster pamit dulu besok kita ketemu lagi ya, selamat pagi bu.”

## **STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN**

SP IV = Melakukan kegiatan atau beraktivitas

Pertemuan : Ke-IV

Hari, tanggal : Rabu, 16 Maret 2023

Nama pasien : Nn. M

Ruangan : Ruang Nusa Indah

### A. Proses Keperawatan

#### 1. Kondisi Pasien

Ds:

- Pasien mengatakan senang setelah diajarkan cara menghardik halusinasi, Pasien mengatakan mengerti cara menghardik, Pasien mengatakan tutup telinga lalu bilang pergi-pergi kamu palsu kamu tidak nyata, pasien Pasien mengatakan mau minum obat yang rajin, Pasien mengatakan sudah rajin minum obat, pasien mengatkan senang berbincang-bincang dengan orang lain.

Do:

- pasien mampu menyebutkan warna dan jumlah obat yang diminum, pasien mampu menyebutkan tujuan minum obat dan akibat jika tidak minum obat, pasien mampu meminta obat dengan baik kepada perawat.

#### 2. Diagnosa Keperawatan : Gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran.

Tujuan : pasien mampu melakukan Sp4 halusinasi yaitu mampu mengontrol halusinasi dengan cara melakukan kegiatan

3. Tindakan Keperawatan:

- a. Mengevaluasi kegiatan harian sesuai jadwal kegiatan harian pasien
- b. Melatih pasien mengendalikan halusinasi dengan cara melakukan kegiatan
- c. Menganjurkan pasien memasukkan cara mengendalikan halusinasi dengan cara melakukan kegiatan kedalam jadwal harian.

B. Strategi Komunikasi

1. Fase Orientasi

a. Salam Teraupetik

“Selamat siang bu, masih ingat dengan suster? Iya betul saya suster dinda.”

b. Evaluasi Validasi

“ibu, bagaimana perasaannya har ini? Masih denger suara-suara? Lalu kemarin PR nya diselesaikan tidak bu? Kalau jadwal hariannya udah dilakuin belum?”

c. Kontrak ( topik, waktu, dan tempat)

“Baiklah, sesuai janji kita, hari ini kita akan melakukan kegiatan positif secara terjadwal. Kita lakuin disini ya bu? Bagaimana kalau 15 menit? ibu mau?”

d. Tujuan

“Tujuannya agar ibu dapat mengontrol halusinasi yang ibu alami dengan cara melakukan kegiatan secara terjadwal”

2. Fase kerja

“ibu, kemarin kita sudah belajar tentang cara mengontrol halusinasi yaitu dengan cara menghardik dan meminum obat dengan prinsip 6 benar dan cara bercakap-cakap dengan teman. Nah sekarang kita akan belajar cara mengontrol halusinasi dengan melakukan aktivitas . Saat suaranya mulai muncul, ibu jangan terfokus dengan suara tersebut, namun ibu harus mengendalikannya salah satunya dengan cara melakukan aktivitas . Jadi saat ibu sendiri dan merasa jika halusinasinya muncul ibu bisa melakukan aktivitas seperti membereskan tempat tidur, menyapu ataupun yang lain yang ibu suka supaya halusinasi ibu tadi tidak jadi muncul. Oke sekarang kita coba ya bu, iya bagus bu. Ohiya bu, bagaimana kalau beraktivitas kita masukkan kedalam jadwal kegiatan harian bu?”

3. Fase Terminasi

- a. Evaluasi Subjektif : “bagaimana perasaan ibu setelah tadi belajar cara melakukan aktivitas yang ibu suka?”
- b. Evaluasi Objektif : “ibu, coba ulangi yang sudah kita ulangi lagi cara melakukan aktivitas untuk menghilangkan halusinasi tadi.”
- c. Rencana tindak lanjut: “ibu, bagaimana jika nanti suster tidak ada ibu coba sendiri untuk melakukan aktivitas secara mandiri atau dengan teman sekamar, sesuai yang tadi kita lakukan, lalu ibu masukkan kedalam jadwal harian ibu.”
- d. Kontrak yang akan datang

Topik: “ibu, pertemuan hari ini sampai disini ya, cara-cara mengontrol halusinasi sudah semua kita pelajari, jadi ketika suster sudah tidak berdinasi disini ibu akan tetap bisa melakukan kegiatan-kegiatan yang sudah kita pelajari sejak kemarin.”

Waktu: “ibu, untuk pertemuan selanjutnya kita tidak bertemu lagi ya bu, dikarenakan jadwal praktik saya yang sudah selesai, ibu harus mempraktikkan apa yang sudah saya ajarkan ya, Kalau begitu suster pamit dulu, sampai jumpa.”

## **STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN**

SP I = Isolasi Sosial, Berkenalan dengan 1-2 orang.

Pertemuan : Ke-II

Hari, tanggal : Selasa, 15 Maret 2023

Nama pasien : Nn. M

Ruangan : Ruang Nusa Indah

### **A. Proses Keperawatan**

#### **1. Kondisi Pasien**

DS: Pasien mengatakan jika memiliki masalah dengan orang lain atau pada saat halusinasinya muncul tidak mau bersosialisasi dengan orang lain

DO:

Pasien tampak diam saja ketika diajak mengobrol, pasien tampak sering memilih menyendiri menonton tv diruang tv, pasien tampak lebih sering di kamar, pasien tampak menunduk ketika diajak berbicara.

#### **2. Diagnosa Keperawatan : Harga diri rendah**

Tujuan : pasien dapat membina hubungan saling percaya, pasien dapat berkenalan dengan oran, pasien dapat mendemostrasikan cara berkenalan dengan orang, pasien dapat berkenalan 1-2 orang

#### **3. Tindakan Keperawatan:**

- a. Membina hubungan saling percaya
- b. Mengidentifikasi penyebab isolasi sosial

- c. Berdiskusi dengan pasien tentang keuntungan punya teman dan kerugian tidak punya teman
- d. Menganjurkan pasien memasukkan kegiatan harian setelah berkenalan yang sudah dilakukan
- e. Menanyakan kontrak waktu, dimana dan jam berapa untuk bertemu kembali

B. Strategi Komunikasi

1. Fase Orientasi:

- a. Salam Teraupetik: selamat pagi bu, perkenalkan saya suster dinda
- b. Evaluasi/validasi : bagaimana perasaan ibu hari ini ? semalam tidurnya nyenyak ga?.
- c. Kontrak (topik,waktu,tempat) : bagaimana kalau hari ini kita ngobrol-ngobrol bu? apakah ibu mau ? kita ngobrol selama 30 menit kedepan bu, kita ngobrol disini saja, ibu mau ?.
- d. Tujuan : supaya ibu bisa bercerita apa yang mengganggu pikiran ibu.

2. Fase kerja:

“ Baiklah sekarang coba ibu ceritakan apa yang membuat ibu sedih sampai mengurung diri didalam kamar ? kalau dirumah ibu dengan siapa tinggalnya ? kalau dirumah ibu suka ngobrol sama siapa saja ? Kalau begitu ibu sudah kenal belum sama teman satu kamar ibu? Menurut ibu manfaat berkenalan dan punya teman apa? Dan rugianya apa jika tidak berkenalan dan punya teman ? nah kalau begitu sekarang suster mau ajak ibu berkenalan dengan teman saya nih, sebelumnya ibu masih ingat tidak cara berkenalan seperti apa

? caranya gini ya bu, pertama ibu jabat tangan orang yang mau ibu ajak berkenalan, lalu ibu sebutkan nama ibu terlebih dulu, lalu ibu tanya nama teman yang ibu ajak berkenalan, dan tanyakan juga hobi dan alamat rumah teman yang ibu ajak berkenalan. Sekarang coba ibu berkenalan dengan teman satu kamar ibu suster mau lihat. Bagus ya bu.

3. Fase Terminasi:

- a. Evaluasi Subjektif : “bagaimana perasaannya bu setelah tadi berkenalan dengan teman ?
- b. Evaluasi Objektif : coba sekarang ibu ulangi cara berkenalan yang tadi suster ajarkan ?.
- c. Rencana Tindak Lanjut : bu nanti kalau suster tidak ada ibu coba lagi ajak berkenalan dengan teman ibu yang lain yaa. Besok suster tanya ibu sudah kenal dengan berapa orang .
- d. Kontrak yang akan datang : ibu besok kita bertemu lagi ya, besok suster akan mengajarkan cara berkenalan dengan 3 orang atau lebih, apa ibu mau?jam berapa? baiklah jam 10.00 pagi ya bu, baiklah kalau begitu suster pamit dulu besok kita bertemu lagi yaa. Selamat pagi bu.

## **STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN**

SP I = Harga diri rendah, mencari tahu aspek positif yang dimiliki pasien

Pertemuan : Ke-I

Hari, tanggal : Senin, 14 Maret 2023

Nama pasien : Nn. M

Ruangan : Ruang Nusa Indah

### A. Proses Keperawatan

#### 1. Kondisi Pasien

**DS:**

Pasien mengatakan dirinya jelek, karena menurut pasien, ia sering di ejek jelek oleh perawat – perawat yang menjaganya, pasien mengatakan malu karena belum menikah, pasien mengatakan tidak enak kepada adiknya karena adiknya yang membiayai kebutuhan pasien selama di Rumah Sakit, Pasien merasa kecewa karena tidak menyelesaikan kuliah D1 nya di Kanada karena sakit jiwa.

**DO:**

Pasien tampak lesu dan sedih ketika bercerita tentang masa lalunya karena ia pernah menjadi korban pemerkosaan di umur 18 tahun oleh kakak tirinya, pasien tampak menunduk ketika diajak berbicara.

#### 2. Diagnosa Keperawatan : Harga diri rendah

Tujuan : pasien dapat membina hubungan saling percaya, pasien dapat mengidentifikasi kemampuan yang dimiliki.

#### 3. Tindakan Keperawatan:

- a. Membina hubungan saling percaya
- b. Mengidentifikasi kemampuan yang dimiliki
- c. Melatih kemampuan aspek positif yang dimiliki pasien
- d. Membantu memilih kegiatan yang berdasarkan daftar kegiatan
- e. Menanyakan kontrak waktu, dimana dan jam berapa untuk bertemu kembali

B. Strategi Komunikasi

1. Fase Orientasi

a. Salam Teraupetik

“Selamat Pagi bu, bagaimana kabarnya hari ini? Sudah makan belum? masih ingat dengan bruder? Iya betul saya suster dinda.”

b. Evaluasi Validasi

Bapak, bagaimana perasaannya hari ini? Apakah semalam tidurnya nyenyak ?

c. Kontrak ( topik, waktu, dan tempat)

“Baiklah, bagaimana kalau hari ini kita ngobrol-ngobrol bu? Apakah ibu mau ? kita ngobrol selama 30 menit kedepan bu? Kita ngobrol disini saja, ibu mau?”

d. Tujuan

“supaya ibu bisa melakukan kegiatan yang ibu suka dan kemampuan yang dimiliki ibu”.

2. Fase kerja

“ibu, kita ngobrol yuk tentang yang dialami ibu saat ini, mungkin ada yang ingin ibu ceritakan, suster akan mendengarkan ibu. Apa yang ibu rasakan

sekarang? Kenapa ibu tampak malu? Baik bu sekarang kan ibu sedang malu, saya beritahu ibu kalau sikap orang itu memiliki kelebihan dan kekurangan masing-masing. Jadi ibu gausah malu karna itu, sekarang saya tanya, apakah ibu sering melakukan kegiatan? Kegiatan apasaja? Coba ibu sebutkan 3 kelebihan atau hal yang ibu sukai? Bagaimana kalau suster ajarkan salah satu kegiatan yang ibu sebutkan tadi, sekarang kegiatan apa dulu yang ingin dilakukan? Baik ibu sekarang kita mau melakukan merapihkan tempat tidur. Wah bagus sekali bu. Baik bu kita mulai sekarang ya?, wah bagus bu, kita masukkan ke jadwal harian ya bu.

3. Fase Terminasi

- a. Evaluasi Subjektif : “bagaimana perasaan ibu setelah merapikan tempat tidur?”
- b. Evaluasi Objektif : “ibu, coba ulangi yang sudah kita praktikkan tadi.”
- c. Rencana tindak lanjut: “ibu, setelah kita lakukan tadi jika suster tidak ada, ibu bisa melakukannya di bad tidur punya ibu, jangan lupa dimasukkan ke jadwal harian ya bu
- d. Kontrak yang akan datang
  - 1) Topik: “ibu, pertemuan hari ini sampai disini ya, nanti kita bertemu lagi, kita ngobrol-ngobrol lagi tentang kemampuan yang kedua yaitu bernyanyi”
  - 2) Waktu: “ibu, untuk pertemuan selanjutnya ibu ingin bertemu jam berapa? Kalau begitu suster pamit dulu nanti kita ketemu lagi ya, selamat pagi bu.”



## **ANALISA OBAT**

### **Divask 1 x 10 mg**

#### a. Pengertian Divask

Divask merupakan obat berisi zat aktif Amlodipin besilate yang digunakan untuk terapi hipertensi dan anti angina. Amlodipin merupakan obat golongan antagonis kalsium yang bekerja dengan menghambat arus masuk ion kalsium di dalam membran sel aktif. Hal tersebut akan berpengaruh terhadap sel miokard jantung dan sel otot polos pembuluh darah sehingga mengurangi kemampuan kontraksi pada jantung dan meningkatkan aliran darah ke jantung karena terjadi vasodilatasi kapiler (Pharm, 2016)

#### d. Kegunaan Divask

hipertensi : lini pertama untuk iskemia miokard karena angina stabil &/  
angina Prinzmetal atau angina varian

#### e. Dosis dan Cara penggunaan Divask

5 mg 1 kali/hari. Maksimal 10 mg/hari. Untuk pasien dengan tubuh kecil, usia lanjut atau gangguan fungsi hati : awal 2.5 mg 1 kali/hari.

#### d. Efek samping

sakit kepala, kelelahan, rasa panas dan kemerahan pada wajah, pusing, edema, mual, palpitasi, nyeri perut, somnolen.

**Abilify 1 x 15 mg**

a. Pengertian abilify

Abilify 5 mg adalah obat golongan antipsikotik yang digunakan sebagai obat skizofrenia (gangguan mental yang menyebabkan halusinasi), gangguan bipolar (gangguan mental yang menyerang kondisi psikis), depresi, dan iritabilitas yang berhubungan dengan autisme, dan Tourette's Disorder

b. Kegunaan Abilify

Untuk mengobati skizofrenia, gangguan bipolar, depresi, dan iritabilitas yang berhubungan dengan autisme.

c. Dosis dan Cara penggunaan abilify

Skizofrenia dan Bipolar Disorder: Initial dose 10-15 mg/hari, dosis pemeliharaan 10-30 mg/hari Major Depresif Disorder : Initial dose 2-5mg/hari, doss pemeliharaan 5-15mg/hari Gangguan Iritabilitas yang berhubungan dengan Autisme : Initial dose 2-5mg/hari, doss pemeliharaan 5-15mg/hari.

d. Efek samping abilify

Pemakaian obat umumnya memiliki efek samping tertentu dan sesuai dengan masing-masing individu. Jika terjadi efek samping yang berlebih dan berbahaya, harap konsultasikan kepada tenaga medis. Efek samping yang mungkin terjadi dalam penggunaan obat adalah: mengantuk, sakit kepala, pusing, mual dan muntah, mengeluarkan air liur berlebih, diare.

**Clorilex (pagi : 1x25 mg, siang : 1x 100 mg, clorilex 1 x 200 mg)**

a. Pengertian

Clorilex adalah obat berbentuk tablet yang diproduksi oleh Mersifarma Tirmaku Mercusana. Clorilex mengandung zat aktif Clozapine yang digunakan untuk mengobati skizofrenia (gangguan mental yang terjadi dalam jangka panjang) pada pasien yang tidak responsif atau tidak toleran terhadap neuroleptik klasik. Clorilex bekerja dengan cara menyeimbangkan dan menekan efek dari reaksi kimia yang terjadi di dalam otak.

b. Kegunaan clorilex

Clorilex digunakan untuk mengobati skizofrenia pada pasien yang tidak responsif atau tidak toleran terhadap neuroleptik klasik.

c. Dosis dan cara penggunaan

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

- Dosis awal: 12,5 mg diminum 1-2 kali sehari pada hari pertama, dilanjutkan dengan 1-2 tablet (25 mg) pada hari kedua. Dosis dapat ditingkatkan secara perlahan menjadi 25-50 mg hingga 300 mg / hari dalam 2-3 minggu.
  - Dosis selanjutnya dapat ditingkatkan menjadi 50-100 mg ½ minggu.
- Kisaran dosis: 200-450 mg / hari dalam dosis terbagi.

d. Efek samping

Efek samping penggunaan Clorilex yang mungkin terjadi adalah Kelelahan, Mengantuk, Pusing, sakit kepala, Mulut kering, Penglihatan kabur, keringat, Aritmia jantung, Peningkatan berat badan.

### **Simvastatin 1x 10 mg**

#### a. Pengertian simvastatin

Simvastatin adalah obat generik yang digunakan untuk mengatasi hiperlipidemia; menurunkan kolesterol dan lemak jahat (seperti LDL, trigliserida); serta meningkatkan kolesterol baik (HDL) dalam darah. Obat ini dapat membantu menurunkan risiko penyakit jantung, serta mencegah stroke dan serangan jantung.

#### b. Kegunaan simvastatin

Obat Simvastatin diindikasikan untuk menurunkan kadar kolesterol dan menurunkan risiko penyakit jantung.

#### c. Dosis dan cara penggunaan

Simvastatin tersedia dalam bentuk tablet atau suspensi oral 5 mg, 10 mg, 20 mg, 40 mg, serta 80 mg. Adapun dosis obatnya menyesuaikan dengan sediaan obat, kegunaan, dan usia pasiennya. Berikut adalah dosis obat simvastatin :

### **Hiperkolesterolemia familial homozigot**

**Dewasa:** Sebagai tambahan untuk pengobatan penurun lipid lainnya misalnya apheresis LDL: Dosis awalnya 40 mg sekali sehari di malam hari.

### **Dislipidemia campuran**

**Dewasa:** Sebagai tambahan untuk diet: Dosis awalnya 10-20 mg sekali sehari. Untuk pasien yang membutuhkan penurunan kade kolesterol >45% LDL (LDL-C): Dosis awalnya 20-40 mg sekali sehari. Sesuaikan dosis sesuai dengan respon pasien dengan interval minimal 4 minggu. Dosis maksimal 80 mg sekali sehari. Semua dosis harus diminum di malam hari.

### **Pengurangan risiko kardiovaskular**

**Dewasa:** Pada pasien dengan risiko tinggi PJK dengan atau tanpa hiperlipidemia: Dosis awal 20-40 mg sekali sehari di malam hari. Sesuaikan dosis sesuai dengan respon pasien dengan interval minimal 4 minggu.

### **Hiperkolesterolemia familial heterozigot**

**Anak:** Pada anak laki-laki Tanner tahap 2 dan di atas dan anak perempuan yang setidaknya 1 tahun pasca menarche usia 10-17 tahun: Dosis awalnya 10 mg sekali sehari di malam hari. Dosis bersifat individual dan disesuaikan sesuai dengan tujuan terapi yang direkomendasikan dengan interval minimal 4 minggu. Maksimal dosis 40 mg sekali sehari di malam hari. Pasien harus menjalani diet penurun kolesterol sebelum dan selama terapi obat.

### **Kelompok pasien khusus**

Pasien yang memakai fibrat (kecuali fenofibrate), siklosporin, gemfibrozil, asam nikotinat dosis penurun lipid ( $\geq 1$ g setiap hari). Dosis maksimal 10 mg setiap hari.

d. Efek samping

Efek samping yang ringan dan mungkin terjadi di antaranya sebagai berikut: sakit kepala, Nyeri sendi, nyeri otot ringan, Konstipasi, sakit perut atau masalah pencernaan, mual ringan, Ruam kulit ringan, Masalah tidur (insomnia), Gejala flu seperti hidung tersumbat, bersin-bersin, sakit tenggorokan.

**Kalxetin 1 x 40 mg**

a. Pengertian kalxetin

Kalxetin adalah obat dengan kandungan fluoxetine yang digunakan untuk mengatasi berbagai gejala gangguan mental. Kalxetin umumnya diberikan untuk pasien yang mengalami depresi, gangguan obsesif kompulsif (OCD), gangguan disforik pramenstruasi (gangguan dengan serangkaian gejala menstruasi yang lebih ekstrem), bulimia (penyakit yang diakibatkan oleh psikologi pasien, yang mengakibatkan kelainan makan), dan serangan panik. Kalxetin bekerja dengan cara meningkatkan aktivitas zat alami serotonin dalam otak. Serotonin sendiri merupakan zat yang dipercaya dapat menimbulkan perasaan nyaman dan senang. Dengan meningkatnya aktivitas serotonin maka gangguan pada keadaan emosional, tidur, nafsu makan, energi, dan ketertarikan dengan aktivitas sosial dapat teratasi. Kalxetin dapat mengurangi gejala pramenstruasi seperti mudah marah, nafsu makan meningkat, dan depresi.

b. Kegunaan kalxetin

Kalxetin dapat digunakan untuk mengatasi Depresi, Gangguan Obsesif Kompulsif (OCD), Gangguan disforik pramenstruasi, Bulimia Gangguan panik.

c. Dosis dan cara penggunaan

**Dewasa:** Dosis awal 20 mg sekali sehari. Apabila tidak ada respon medis yang membaik, dosis dapat ditingkatkan tiap 3 – 4 minggu hingga dosis maksimal 60 mg per hari. Dosis >20 mg harus diberikan dalam dosis terbagi.

**Anak >8 tahun:** Dosis awal 10 mg per hari. Apabila tidak ada respon medis yang membaik setelah pengobatan 1 – 2 minggu dosis dapat ditingkatkan hingga dosis maksimal 20 mg per hari.

d. Efek samping

Efek samping yang bisa saja timbul selama penggunaan Kalxetin, yaitu: Gangguan pencernaan seperti mual, muntah, dispepsia, diare, Gangguan tidur, Jantung berdebar, Gugup, Penglihatan kabur, Sakit kepala dan pusing, Mengantuk, Keringat berlebih, Anoreksia, Kelelahan, Hiponatremia, Tremor.

**Persidal 2x3 mg**

a. Pengertian persidal

Persidal adalah obat produksi Mersifarma Tirmaku Mercusana yang mengandung Risperidone. Obat ini diindikasikan untuk pasien yang menderita skizofrenia, yaitu penyakit gangguan jiwa yang ditandai dengan kesulitan membedakan kenyataan dan imajinasi. Obat ini akan membantu penderitanya dalam menstabilkan emosi, membuat pikiran jernih, dan

mengurangi gejala psikosis. Penggunaan obat ini harus dikonsumsi secara rutin dan dipantau oleh dokter spesialis kesehatan jiwa.

b. Kegunaan persidal

Persidal digunakan untuk penderita pada Gangguan mental jangka panjang seperti skizofrenia akut dan kronis. Perubahan emosi yang drastis (gangguan bipolar). Penurunan daya ingat, kemampuan berikir, dan berbicara (penyakit alzheimer).

c. Dosis dan cara penggunaan persidal

**Dewasa:**

**Hari pertama:** 1 mg sebanyak 2 kali/hari.

**Hari kedua:** 2 mg sebanyak 2 kali/hari.

**Hari ketiga:** 3 mg sebanyak 2 kali/hari.

**Optimal dosis:** 2-4 mg sebanyak 2 kali/hari.

**Lansia, pasien gangguan ginjal dan hati:** 0,5 mg sebanyak 2 kali/hari, kemudian dosis ditingkatkan 1-2 mg sebanyak 2 kali/hari.

d. Efek samping.

Efek samping yang mungkin terjadi adalah: Insomnia, Agitasi (perasaan seperti jengkel, kesal, atau gelisah), Kecemasan, Sakit kepala, Mengantuk, Kelelahan, Kadang-kadang: hipotensi ortostatik (penurunan tekanan darah yang terjadi tiba-tiba), refleks takikardia (detak jantung cepat) atau hipertensi, gejala ekstrapiramidal.

**Hexymer 3 x 2 mg**

a. Penggunaan hexymer

Penyakit Parkinson menyulitkan mobilisasi penderitanya akibat kelainan sistem persarafan progresif yang memengaruhi pergerakan. Penyakit ini berkembang secara bertahap, yang terkadang diawali dengan tremor atau gemetar pada satu tangan. Selain tremor, sering kali tampak gejala lain seperti kekakuan otot atau kelambatan pergerakan. Untuk mengatasi kondisi tersebut, Hexymer bisa digunakan. Hexymer adalah obat yang mengandung *trihexyphenidyl hydrochloride*. Zat ini berfungsi meningkatkan kendali otot dan mengurangi kekakuan. Hexymer ditujukan bagi pasien yang memiliki gangguan gerakan akibat penyakit Parkinson atau efek samping obat.

b. Kegunaan hexymer

Hexymer diindikasikan untuk pasien yang memiliki gangguan gerakan akibat penyakit Parkinson atau efek samping obat.

c. Dosis dan kegunaan hexymer

Dosis 1 mg pada hari ke-1, lalu ditingkatkan menjadi 2 mg, diminum 2-3 kali sehari selama 3-5 hari sampai dosis terapeutik tercapai.

**Tujuan:** Parkinsonisme pasca-ensefalitik

**Bentuk:** tablet

Dosis 12-15 mg per hari.

**Tujuan:** Parkinsonisme akibat obat

**Bentuk:** tablet

Dosis total per hari 5-15 mg, dianjurkan untuk memulai terapi dengan 1 mg per dosis.

d. Efek samping

Pada sebagian orang, penggunaan Hexymer dapat menimbulkan efek samping seperti: Sakit kepala, Pusing, Mulut kering, Mual, Penglihatan buram, Konstipasi, Takikardia (detak jantung berdetak lebih cepat dari batas normal), Kesulitan untuk mengeluarkan urine.

## LEMBAR KONSUL

Nama Pembimbing : Ms. Dian Fuetia, M.Kep., SP. Kep. J  
 Nama Mahasiswa : Dinda Happy Ayu S.  
 Judul :

No	Tanggal	Konsultasi (saran/perbaikan)	Tanda tangan
1/	3 Mar. 23	- Bab. 1. - latihan Mendelvey. - latihan e-resource	
2/	13 Mar 23	- persiapan pengkajian uter	
3/	20 mar 23	- konsul askep ujian	
4	11/ April /23	Konsul persiapan penulisan Bab 3. Perbaiki manisan 1 mpr setelah ke 11.	
5.	19/04/23	manisan Bab 1, 2, 3 Hari Selasa/ 10/April	
6.	8 Mei 2023	Pembertan materi dari Bab 1, 2, 3	
7.	20 mei 2023	Konsul Bab 1, 2, 3	
8.	22 mei 2023	Konsul Bab 1, 2, 3 perbaiki sesuai matikan.	
9.	29 mei 2023	perbaiki Bab 3 dan 4.	
10.	30 mei 2023	perbaiki bab 3. dan 4	
11.	2 juni 2023	perbaiki:	
12.	8 juni 2023	perbaiki Bab 3 dan 4	
13	9 jun 2023	perbaiki bab 3 dan 4	
14.	12 juni 2023	Perbaiki bab 3, 4, sesuai dgn guide, cek typo.	