

KARYA ILMIAH AKHIR NERS
ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA NY.R DAN NY.N
DENGAN GANGGUAN SENSORI PERSEPSI HALUSINASI
PENDENGARAN DI PANTI REHABILITASI YAYASAN
GALUH BEKASI
TAHUN 2023



Disusun Oleh :
Ratu Andini Nidia Yolanda, S.Kep
22.156.03.11.073

PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MEDISTRA
INDONESIA
BEKASI 2023

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA NY.R DAN NY.N
DENGAN GANGGUAN SENSORI PERSEPSI HALUSINASI
PENDENGARAN DI PANTI REHABILITASI YAYASAN
GALUH BEKASI**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar Profesi Ners (Ners)



Disusun Oleh :

Ratu Andini Nidia Yolanda

22.156.03.11.073

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MEDISTRA
INDONESIA
BEKASI 2022-2023**

LEMBAR PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Ratu Andini Nidia Yolanda

NPM : 22.156.03.11.073

Program Studi : Profesi Ners

Dengan ini menyatakan bahwa Karya Ilmiah Akhir dengan judul “Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny.R Dan Ny.N Dengan Gangguan Sensori Persepsi Halusinasi Pendengaran Di Panti Rehabilitasi Yayasan Galuh Bekasi Tahun 2023” adalah benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan jiplakan maupun mengcopy sebagian dari hasil karya oranglain.

Apabila dikemudian hari ternyata ditemukan ketidaksesuaian dengan pernyataan ini, maka saya bersedia mempertanggungjawabkan dan menerima sanksi, sesuai dengan ketentuan yang telah dibuat oleh STIKes Medistra Indonesia. Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya.

Bekasi, 17 Januari 2023



Ratu Andini Nidia Yolanda,S.Kep

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Ilmiah Akhir Ners dengan judul “Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny.R Dan Ny.N Dengan Gangguan Sensori Persepsi Halusinasi Pendengaran Di Panti Rehabilitasi Yayasan Galuh Bekasi Tahun 2023.” telah diperiksa oleh Preseptor satu dan Preseptor dua dan disetujui untuk Melaksanakan Seminar Hasil.

Bekasi, 17 Januari 2023

Menyetujui,

Penguji I

Penguji II

I Ratna, S.Kep.,Ners.,M.Kep
NIDN. 3031126301

Lina Indrawati,S.Kep,Ners.,M.Kep
NIDN. 0321108001

Mengetahui:

Kepala Program Studi Ilmu Keperawatan (S1)
dan Pendidikan Profesi Ners

Kiki Deniati, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIDN. 0316028302

LEMBAR PENGESAHAN

Yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : Ratu Andini Nidia Yolanda

NPM : 22.156.03.11.073

Program Studi : Profesi Ners

Judul Karya Ilmiah Akhir : Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny.R
Dan Ny.N Dengan Gangguan Sensori
Persepsi Halusinasi Pendengaran Di
Panti Rehabilitasi Yayasan Galuh
Bekasi Tahun 2023

Telah diperiksa, dikaji dan diujikan dalam seminar hasil pada 2023

Bekasi, 17 Januari 2023

Penguji I

Penguji II

I Ratna, S.Kep.,Ners.,M.Kep
NIDN. 3031126301

Lina Indrawati,S.Kep,Ners.,M.Kep
NIDN. 0321108001

Mengetahui

Wakil Ketua I Bidang Akademik

Kepala Program Studi Ilmu (S1) dan
Pendidikan Profesi Ners

Puri Kresnawati, SST.,M.KM
NIDN. 0309049001

Kiki Deniati S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIDN. 0316028302

Disahkan

Ketua STIKes Medistra Indonesia

Dr. Lenny Irmawati Sirait, SST.,M.Kes
NIDN. 0319017902

KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan puji dan syukur kehadirat Allah SWT atas segala rahmat yang telah diberikan kepada penulis, baik berupa kesehatan fisik dan mental sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners ini dengan judul: **“Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny.R Dan Ny.N Dengan Gangguan Sensori Persepsi Halusinasi Pendengaran Di Panti Rehabilitasi Yayasan Galuh Bekasi Tahun 2023”** yang merupakan salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar Ners Program Studi Profesi pada STIKes Medistra Indonesia, Bekasi.

Penulis mengucapkan terima kasih yang tidak terhingga kepada semua pihak yang telah memberikan bantuan sehingga memungkinkan Karya Ilmiah Akhir Ners ini terwujud. Ucapan terima kasih penulis sampaikan kepada:

1. Bapak Usman Ompusunggu, SE., selaku Pembina Yayasan Medistra Indonesia
2. Bapak Saver Mangandar Ompusunggu, SE., selaku Ketua Yayasan Medistra Indonesia
3. Ibu Dr. Lenny Irmawaty Sirait, SST., M.Kes selaku ketua dari STIKesMedistra Indonesia
4. Ibu Puri Kresna Wati, SST., M.KM., selaku Wakil Ketua I Bidang Akademik STIKes Medistra Indonesia.
5. Ibu Sinda Ompusunggu, S.H., selaku Wakil Ketua II Bidang Administrasidan Kepegawaian STIKes Medistra Indonesia
6. Ibu Hainun Nisa, SST., M. Kes., selaku Wakil Ketua III Bidang Kemahasiswaan dan Alumni STIKes Medistra Indonesia
7. Ibu Kiki Deniati, S.Kep., Ns., M.Kep., selaku ketua program studi S1 IlmuKeperawatan dan Profesi Ners STIKes Medistra Indonesia
8. Ibu Nurti YK Gea, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Sp.Kep.A selaku Koordinator Profesi Ners.

9. Ibu Arabta M. Peraten. Pelawi, S.Kep, Ners., M.Kep selaku Dosen Pembimbing Karya Ilmiah Akhir Ners
10. Ibu Lina Indrawati, S.Kep.,Ners.,M.Kep selaku Dosen penguji 2 sekaligus Dosen Pembimbing.
11. Ibu I Ratna, S.Kep.,Ners.,M.Kep selaku Dosen penguji 1.
12. Seluruh Dosen dan Staff STIKes Medistra Indonesia yang turut membantu memberikan banyak ilmu, masukan dan arahan selama proses pendidikan
13. Teruntuk kedua orang tua terimakasih atas segala doa dan motivasi yang tiada henti telah kalian berikan. Tanpa doa dan dukungan dari kalian mungkin penulis tidak akan sampai pada titik sekarang ini.
14. Serta teman-teman semua yang tidak bisa disebutkan satu-persatu. Terimakasih yang sebesar-besarnya atas motivasi dan dukungan selama pembuatan Karya Ilmiah Akhir Ners ini.

Penulis menyadari bahwa Karya Ilmiah Akhir ini masih jauh dari sempurna, untuk itu penulis sangat mengharapkan saran dan kritik yang membangun dari berbagai pihak.

Akhir kata, penulis berharap semoga Karya Ilmiah Akhir ini dapat diterima dan bermanfaat dengan baik.

Bekasi, 17 Januari 2023



Ratu Andini Nidia Yolanda, S.Kep

DAFTAR ISI

LEMBAR PERNYATAAN	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
DAFTAR ISI.....	vi
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Umum	4
C. Manfaat	5
BAB II TINJAUAN TEORI.....	7
A. Konsep Dasar Halusinasi.....	7
B. Etiologi.....	8
C. Faktor Predisposisi.....	9
D. Faktor Presipitasi	9
E. Tanda dan Gejala Halusinasi Pendengaran	11
F. Klasifikasi.....	11
G. Fase-fase Halusinasi	12
H. Mekanisme Koping	15
I. Sumber Koping.....	15
J. Pohon Masalah	16
K. Rentang Respon Halusinasi.....	16

L. Penatalaksanaan Halusinasi.....	19
M. Penatalaksanaan Keperawatan.....	20
N. Pathway	23
BAB III ASUHAN KEPERAWATAN.....	24
BAB IV PEMBAHASAN.....	97
A. Pengkajian.....	98
B. Diagnosa keperawatan.....	100
C. Intervensi keperawatan	103
D. Implementasi keperawatan	105
E. Evaluasi keperawatan	105
BAB V PENUTUP	107
A. Kesimpulan	107
B. Saran.....	109
DAFTAR PUSTAKA	110

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan jiwa merupakan unsur utama yang mendukung kualitas hidup manusia. Jika seseorang dapat mengendalikan dirinya menghadapi stressor/masalah di lingkungan sekitarnya dengan selalu berfikir positif, maka ia dianggap sehat mentalnya (Muhith, 2011). Gangguan jiwa merupakan suatu keadaan yang tidak mudah untuk diketahui penyebabnya. Ada beberapa faktor yang saling berkaitan yang dapat menyebabkan seseorang mengalami gangguan jiwa, yaitu faktor kepribadian atau psikologi seseorang, cara berpikir dan kemampuan memecahkan masalah, gangguan otak, kondisi pengasuhan, tidak diterima oleh masyarakat, masalah dan kegagalan di dalam hidupnya. Faktor-faktor tersebut dapat menyebabkan gangguan jiwa pada seseorang. Namun faktor-faktor tersebut tidak dapat ada sendiri, akan menjadi satu-kesatuan dan menimbulkan gangguan jiwa secara bersama-sama. (Patimah, 2021)

Menurut World Health Organization (WHO, 2018) Angka kejadian gangguan mental kronis dan parah yang menyerang lebih dari 221 jiwa dan secara umum terdapat lebih dari 23 juta orang jiwa di seluruh dunia. Lebih dari 50% orang dengan skizofrenia yang tidak diobati tinggal dinegara berpenghasilan rendah dan menengah. Berdasarkan data kemenkes prevalensi gangguan jiwa di Indonesia pada tahun 2013 sebanyak 1,7/mil dan mengalami peningkatan pada tahun 2018 menjadi 7/mil. (Kemenkes). Data Kemenkes 2018 menunjukkan prevalensi gangguan mental emosional yang ditunjukkan dengan gejala-gejala depresi dan

kecemasan untuk usia 15 tahun mencapai sekitar 6,1% dari jumlah penduduk Indonesia. Sedangkan prevalensi gangguan jiwa berat, seperti skizofrenia mencapai sekitar 400.000 orang atau sebanyak 1,7/1000 penduduk. Berdasarkan data Riskesdas (2018)

Halusinasi adalah salah satu gejala gangguan jiwa di mana klien mengalami perubahan sensori persepsi, merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecap, perabaan atau penghiduan. Klien merasakan stimulus yang sebetulnya tidak ada (Damaiyanti, 2016). Halusinasi adalah hilangnya kemampuan manusia dalam membedakan rangsangan internal (pikiran) dan rangsangan eksternal (dunia luar). Klien memberi persepsi atau pendapat tentang lingkungan tanpa ada objek atau rangsangan yang nyata. Sebagai contoh klien mengatakan mendengar suara padahal tidak ada orang yang berbicara (Kusumawati & Hartono, 2017).

Halusinasi didefinisikan sebagai terganggunya persepsi sensori seseorang, dimana tidak ada stimulus. Salah satu tipe halusinasi adalah halusinasi pendengaran (auditory-hearing voices or sounds) dan menjadi tipe halusinasi yang paling banyak diderita. Halusinasi harus menjadi fokus perhatian kita bersama, karena apabila halusinasi tidak ditangani secara baik dapat menimbulkan resiko terhadap keamanan diri pasien sendiri, orang lain dan jugalingkungan sekitar. Hal ini dikarenakan halusinasi dengar pasien sering berisi ejekan, ancaman dan perintah untuk melukai dirinya sendiri maupun orang lain.(Aldam & Wardani, 2019)

Proses terjadinya halusinasi berkembang melalui empat fase, yaitu fase

pertama disebut juga dengan fase comforting (fase menyenangkan), fase kedua disebut juga dengan fase condemning atau ansietas berat yaitu halusinasi menjadi menjijikan. Fase ketiga yaitu fase controlling atau ansietas berat yaitu pengalaman sensori menjadi kuasa, termasuk dalam gangguan psikotik. Fase keempat yaitu disebut juga dengan fase conquering atau panic yaitu klien lebur dengan halusinasinya, termasuk dalam psikotik berat (Muhith, 2015). Dampak yang dapat ditimbulkan oleh pasien yang mengalami halusinasi adalah kehilangan control dirinya. Dimana pasien mengalami panic dan perilakunya dikendalikan oleh halusinasinya. Dalam situasi ini pasien dapat melakukan bunuh diri (suicide), membunuh orang lain (homicide), bahkan merusak lingkungan. Untuk memperkecil dampak yang ditimbulkan, dibutuhkan penanganan halusinasi yang tepat (Hawari, 2009, Chaery 2009) dalam (Irma, 2015).

Pengendalian halusinasi yang dapat diterapkan pada pasien yakni menghardik, bercakap- cakap, berkegiatan sesuai jadwal yang telah dibuat, dan mengonsumsi obat secara teratur (Keliat, 2012). Menghardik halusinasi pendengaran yang muncul dapat dilakukan dengan menutup telinga dan menolak adanya halusinasi. Selain itu, dapat dilakukan dengan konsentrasi, yakin dalam hati bahwa klien dapat menghilangkan halusinasi, dan kemudian menolak halusinasi. Hal ini juga sejalan dengan penelitian yang mengatakan bahwa dengan cara menghardik dapat menurunkan intensitas halusinasi pada klien.(Aldam & Wardani, 2019)

Halusinasi yang paling banyak diderita adalah halusinasi pendengaran mencapai lebih kurang 70%, sedangkan halusinasi penglihatan menduduki

peringkat kedua dengan rata-rata 20%. Sementara jenis halusinasi yang lain yaitu halusinasi pengucapan, penghidu, perabaan, kinesthetic, dan cenesthetic hanya meliputi 10%,(Muhith, 2015). Menurut Videbeck (2015) dalam Yosep (2016) tanda pasien mengalami halusinasi pendengaran yaitu pasien tampak berbicara ataupun tertawa sendiri, pasien marah-marah sendiri, menutup telinga karena pasien menganggap ada yang berbicara dengannya.

Data yang didapat dari Yayasan Galuh Kota Bekasi pada bulan Januari 2023 berjumlah 420 klien. Dengan jumlah gangguan persepsi sensori halusinasi dengan presentase 60% dan presentase 40% terdapat klien dengan resiko perilaku kekerasan , isolasi sosial, dan harga diri rendah ada pada sebagian besar klien di Yayasan Galuh. Untuk pelayanan kesehatan di Yayasan Galuh Kota Bekasi, jika klien sakit yang tidak dapat diobati di klinik Yayasan Galuh maka klien akan dirujuk ke Puskesmas Narogong.

Berdasarkan latar belakang yang dikemukakan di atas maka penulis tertarik untuk Menyusun asuhan keperawatan di atas dengan Judul Asuhan Keperawatan Jiwa Tn.D dan Ny.E Dengan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran Di Panti Rehabilitasi Orang Dengan Gangguan Jiwa Yayasan Galuh Bekasi.

B. Tujuan Umum

1. Tujuan umum:

Untuk mengetahui “Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny.R Dan Ny.E Dengan Gangguan Sensori Persepsi Halusinasi Pendengaran Di Panti Rehabilitasi Orang Dengan Gangguan Jiwa Yayasan Galuh Bekasi Tahun 2023”.

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu melakukan pengkajian pada klien dengan gangguan sensori persepsi : halusinasi pendengaran
- b. Mampu menentukan masalah keperawatan pada klien dengan gangguan sensori persepsi : halusinasi pendengaran
- c. Mampu merencanakan tindakan keperawatan pada klien dengan gangguan sensori persepsi : halusinasi pendengaran
- d. Mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada klien dengan gangguan sensori persepsi : halusinasi pendengaran
- e. Mampu melaksanakan evaluasi pada klien dengan gangguan sensori persepsi : halusinasi pendengaran

C. Manfaat

Berdasarkan tujuan penelitian maka penelitian ini diharapkan dapat digunakan untuk penulis, institusi tempat penelitian, keluarga dan pasien, serta pengembangan ilmu pengetahuan

1. Bagi Peneliti

Memperoleh pengalaman dan pengetahuan serta mengaplikasikan teori asuhan keperawatan pada pasien yang mengalami gangguan jiwa sehingga dapat memperbaiki kondisi dan kualitas hidupnya sesuai dengan kemampuannya.

2. Institusi Pendidikan

Hasil penulisan ini diharapkan dapat menjadi masukan data upaya-upaya

yang dilakukan mengenai suatu penyakit khususnya Gangguan Pesepsi Sensori Halusinasi Pendengaran pada mata kuliah keperawatan jiwa dan dapat dijadikan acuan bagi pembelajaran asuhan keperawatan.

3. Bagi pasien

Memberikan informasi kepada klien tentang cara yang dapat dilakukan untuk mengontrol halusinasi.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Dasar Halusinasi

1. Pengertian Halusinasi

Halusinasi adalah gangguan persepsi sensori dari suatu obyek rangsangan dari luar, gangguan persepsi sensori ini meliputi seluruh pancaindra. Halusinasi merupakan salah satu gejala gangguan jiwa yang pasien mengalami perubahan sensori persepsi, serta merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan, atau penciuman. Pasien merasakan stimulus yang sebetulnya tidak ada. Pasien gangguan jiwa mengalami perubahan dalam hal orientasi realitas (Yusuf, PK, & Nihayati, 2015). Halusinasi adalah salah satu gejala gangguan sensori persepsi yang dialami oleh pasien gangguan jiwa. Pasien merasakan sensasi berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan, atau penghiduan tanpa stimulus yang nyata Keliat, (2011) dalam (Manurung, 2020)

Halusinasi pendengaran merupakan gangguan stimulus dimana pasien mendengar suara yang membicarakan, mengejek, menertawakan, mengancam, memerintahkan untuk melakukan sesuatu (kadang-kadang hal yang berbahaya) (Putri et al., 2021). Sedangkan halusinasi pendengaran menurut (Damaiyanti, 2014), merupakan suatu kondisi dimana klien mendengar suara-suara yang tidak berhubungan dengan stimulasi nyata yang orang lain tidak mendengarnya. Berdasarkan pengertian diatas maka dapat

disimpulkan bahwa halusinasi pendengaran adalah suatu kondisi dimana seseorang mengalami gangguan persepsi pendengaran berupa suara-suara palsu yang tidak berhubungan dengan stimulus nyata dan pasien mengalami perubahan dalam hal orientasi realitas.(Manurung, 2020)

B. Etiologi

1. Model Diatesis Stress (Stress Diatesis Model)

Model ini mendalilkan bahwa seorang mungkin memiliki suatu kerentanan spesifik (diatesis) yang jika dikenai oleh sesuatu pengaruh lingkungan yang menimbulkan stress. Pada model ini yang paling umum diatesis atau stress dapat biologis atau lingkungan (sebagai contohnya infeksi) atau psikologis (contohnya situasi keluarga yang penuh ketergantungan atau kematian teman dekat). Dasar biologis untuk suatu dibentuk lebih lanjut oleh pengaruh genetik, seperti penyalahgunaan zat, stress psikologi trauma.(Susilawati & Fredrika, 2019)

2. Faktor Biologis

- a. Neurofatologi : Keadaan fatologi dari area- area struktur limbik, lobusbrontalis dan basal ganglia mengakibatkan terjadinya skizofrenia.
- b. Neurotransmitter
- c. Genetik
- d. Faktor Psikososial

C. Faktor Predisposisi

Menurut Stuart (2016) faktor penyebab terjadinya halusinasi adalah :

1. Faktor biologis

Abnormalitas yang menyebabkan neurobiology yang maladaptive termasuk hal-hal berikut : penelitian pencitraan otak yang menunjukkan keterlibatan otak yang lebih luas dalam perkembangan skizofrenia, lesi pada area frontal dan limbik. Beberapa kimia otak dikaitkan dengan skizofrenia seperti dopamine, neurotransmitter yang berlebihan dan masalah pada respon dopamine.

2. Faktor psikologis

Teori psikodinamika yang menggambarkan bahwa halusinasi terjadi karena adanya isi alam tidak sadar yang masuk alam sadar sebagai suara respon tenaga konflik psikologis dan kebutuhan yang tidak terpenuhi sehingga halusinasi merupakan gambaran dan rangsangan keinginan dan ketakutan yang dialami oleh klien.

3. Faktor sosial budaya

Stress yang menumpuk dapat menunjang terhadap awitan *skizofrenia* dan gangguan psikotik lain tetapi diyakini sebagai penyebab utama gangguan halusinasi.

D. Faktor Presipitasi

Secara umum klien dengan gangguan halusinasi timbul gangguan setelah adanya hubungan yang bermusuhan, tekanan, isolasi, perasaan tidak berguna, putus asa dan tidak berdaya. Penilaian individu terhadap stressor dan masalah coping

dapat mengindikasikan kemungkinan kekambuhan (Keliat, 2013). Menurut Stuart (2013), faktor presipitasi terjadinya gangguan halusinasi adalah:

1. Biologis

Gangguan dalam komunikasi dan putaran balik otak, yang mengatur proses informasi serta abnormalitas pada mekanisme pintu masuk dalam otak yang mengakibatkan ketidakmampuan untuk secara selektif menanggapi stimulus yang diterima oleh otak untuk diinterpretasikan ini ditunjukkan oleh penelitian-penelitian berikut:

- a. Penelitian pencitraan otak sudah menunjukkan keterlibatan otak yang lebih luas dalam perkembangan skizofrenia. Lesi pada daerah frontal, temporal dan limbik berhubungan dengan perilaku psikotik.
- b. Beberapa zat kimia di otak seperti dopamin neurotransmitter yang berlebihan dan masalah-masalah pada sistem reseptor dopamin dikaitkan dengan terjadinya skizofrenia.
- c. Pembesaran ventrikel dan penurunan massa kortikal menunjukkan terjadinya atrofi yang signifikan pada otak manusia. Pada anatomi otak klien dengan skizofrenia kronis, ditemukan pelebaran lateral ventrikel, atrofi korteks bagian depan dan atrofi otak kecil (*cerebellum*). Temuan kelainan anatomi otak tersebut didukung oleh otopsi (*post-mortem*).

2. Stress lingkungan

Ambang toleransi terhadap stress yang berinteraksi terhadap stressor lingkungan untuk menentukan terjadinya gangguan perilaku.

3. Sumber koping

Sumber koping mempengaruhi respon individu dalam menanggapi stressor.

E. Tanda dan Gejala Halusinasi Pendengaran

1. Halusinasi Pendengaran Data Subyektif :

- a. Mendengar bisikan
- b. Mendengar suara-suara aneh
- c. Mendengar gemuruh atau benda bejatuhan

Data Obyektif :

- a. Tangan memegang telinga
- b. Pandangan was-was
- c. Ketakutan pada objek yang didengar
- d. Berlari menjauh dari suara

F. Klasifikasi

Jenis-jenis Halusinasi menurut Iyus Yosep 2016, yaitu:

1. Halusinasi Pendengaran (Auditory), paling sering dijumpai dengan gejala mendengar suara-suara yang menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya, mendengar suara atau bunyi, mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap, mendengar suara yang mengancam diri klien atau orang lain atau suara lain yang membahayakan.

2. Halusinasi Penglihatan (Visual), ditandai dengan melihat seseorang yang sudah meninggal atau makhluk halus tertentu, melihat bayangan hantu, atau sesuatu yang menakutkan.
3. Halusinasi Penciuman (Olfactory), Halusinasi ini biasanya berupa penciuman bau tertentu yang dirasakan tidak enak seperti bau mayat, darah, atau bau masakan serta bau parfum yang menyenangkan.
4. Halusinasi Perabaan (Taktil), yaitu merasakan ada sesuatu yang menggerayangi tubuh seperti tangan, binatang kecil, makhluk halus, merasakan sesuatu dipermukaan kulit, merasakan sangat panas atau dingin, dan merasakan tersengat aliran listrik.
5. Halusinasi Pengecapan (gustatorik), yaitu seperti merasakan makanan tertentu atau mengunyah sesuatu.

G. Fase-fase Halusinasi

Faktor predisposisi pada teori yaitu, Gangguan sensori persepsi disebabkan oleh tugas perkembangan yang terganggu misalnya rendahnya kontrol dan kehangatan keluarga menyebabkan klien tidak mampu mandiri sejak kecil, mudah frustrasi, hilang percaya diri, dan lebih rentan terhadap stress. Seseorang yang tidak diterima lingkungannya sejak bayi akan merasa disingkirkan, kesepian, dan tidak percaya pada lingkungannya. Mempunyai pengaruh terhadap terjadinya gangguan jiwa, adanya stress yang berlebihan dialami seseorang maka dalam tubuh akan dihasilkan suatu zat yang dapat bersifat halusinogenik neurokimia seperti Buffofenon dan Dimetytranferase (DMP).

Akibat stress berkepanjangan menyebabkan teraktifasinya neurotransmitter otak. Misalnya terjadi ketidakseimbangan acetylcholine dan dopamine. Tipe kepribadian lemah juga menyebabkan terjadinya Gangguan Sensori Persepsi karena mudah terjerumus pada penyalahgunaan zat adiktif. Hal ini berpengaruh pada ketidakmampuan dalam mengambil keputusan yang tepat demi masa depannya. Klien lebih memilih kesenangan sesaat dan lari dari alam nyata menuju alam hayal.

Penelitian menunjukkan bahwa anak sehat yang diasuh oleh orangtua skizofrenia cenderung mengalami skizofrenia. Hasil studi menunjukkan hubungan yang sangat berpengaruh pada penyakit ini. Faktor Presipitasi teori ini mengatakan respon klien terhadap halusinasi dapat berupa curiga, ketakutan, perasaan tidak aman, gelisah, dan bingung, perilaku merusak diri, kurang perhatian, tidak mampu mengambil keputusan serta tidak dapat membedakan keadaan nyata dan tidak nyata. Dari faktor-faktor tersebut maka muncul tanda dan gejala yang tampak seperti tertawa yang tidak sesuai, menggerakkan bibirnya tanpa menimbulkan suara, gerakan mata cepat, respon verbal lamban atau diam, diam dan penuh dengan sesuatu yang mengasikkan, tampak bicara sendiri, duduk terpaku atau memandangi sesuatu, gelisah, ketakutan, ansietas, dan mengatakan adanya halusinasi.

Akibat yang dapat ditimbulkan jika keadaan tersebut tidak ditangani yaitu, akan menyebabkan timbulnya respon maladaptif seperti menciderai diri sendiri. Orang lain, dan lingkungan, perilaku kekerasan serta bunuh diri. Tingkat intensitas Gangguan Sensori Persepsi Halusinasi melalui beberapa

tahapan menurut Ade Herman Surya Direja (2011), yaitu:

1. Fase pertama, disebut dengan fase *comporting* yaitu fase yang menyenangkan. Pada tahap ini masuk dalam golongan nonpsikotik. Karakteristiknya yaitu klien mengalami stress, cemas, perasaan perpisahan, rasa bersalah, kesepian yang memuncak, dan tidak dapat diselesaikan. Klien mulai melamun dan memikirkan hal yang menyenangkan, cara ini hanya menolong sementara.
2. Fase kedua, disebut dengan fase *condemning* atau ansietas berat yaitu halusinasi menjadi menjijikkan, termasuk dalam psikotik ringan. Karakteristiknya pengalaman sensori menakutkan, kecemasan meningkat, melamun, dan berfikir sendiri jadi dominan.
3. Fase ketiga, disebut dengan fase *controlling* atau ansietas berat yaitu pengalaman sensori menjadi berkuasa, termasuk dalam gangguan psikotik. Karakteristiknya yaitu suara, bisikan, isi halusinasi semakin menonjol, menguasai dan mengontrol klien. Klien menjadi terbiasa dan tidak berdaya terhadap halusinasinya.
4. Fase keempat, disebut fase *conquering* atau panic yaitu klien lebur dengan halusinasinya, termasuk dalam psikotik berat. Karakteristiknya, halusinasi berubah menjadi mengancam, memerintah, dan memarahi klien. Klien menjadi takut, tidak berdaya, hilang kontrol, dan tidak dapat berhubungan secara nyata dengan orang lain dilingkungan.

H. Mekanisme Koping

Menurut (AS, 2019)

1. Regresi

Menghindari stress, kecemasan dan menampilkan perilaku kembali seperti pada perilaku perkembangan anak atau berhubungan dengan masalah proses informasi dan upaya untuk menanggulangi ansietas.

2. Proyeksi

Keinginan yang tidak dapat di toleransi, mencurahkan emosi pada orang lain karena kesalahan yang dilakukan diri sendiri (sebagai cara untuk menjelaskan kerancuan persepsi).

3. Menarik diri

Reaksi yang ditampilkan dapat berupa reaksi fisik maupun psikologis, reaksi fisik yaitu individu pergi atau lari menghindari sumber stressor, misalnya menjauhi polusi, sumber infeksi, gas beracun dan lain-lain, menunjukkan perilaku apatis, mengisolasi diri, tidak berminat, sering disertai rasa takut dan bermusuhan.

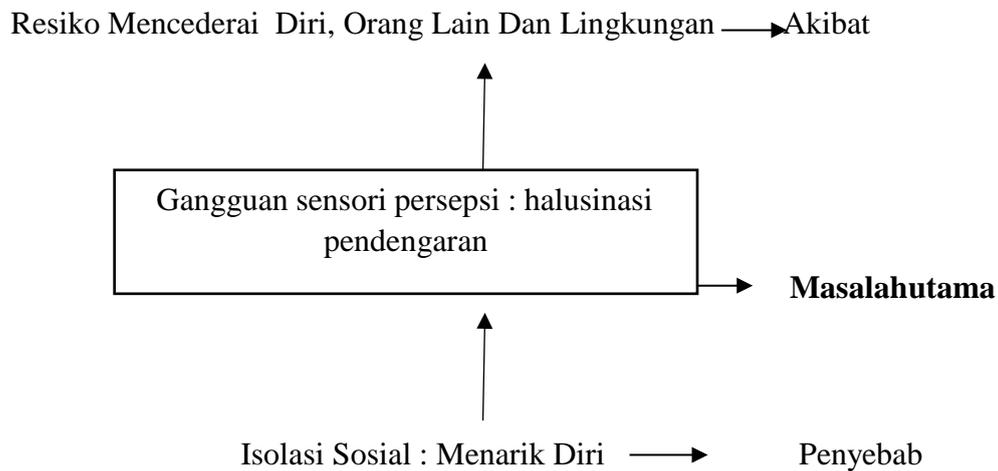
4. Proyeksi : jelaskan perubahan suatu persepsi dengan berusaha untuk mengalihkan tanggung jawab kepada orang lain.

I. Sumber Koping

Sumber koping individual harus dikaji dengan pemahaman tentang pengaruh gangguan otak pada perilaku. Orang tua harus secara aktif mendidik anak-anak dan dewasa muda tentang keterampilan koping karena mereka biasanya tidak

hanya belajar dari pengamatan.

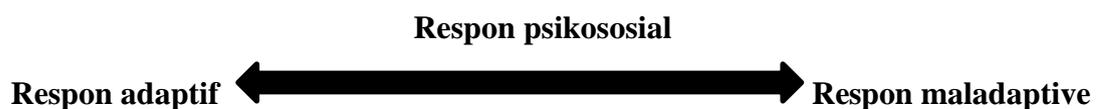
J. Pohon Masalah



(sumber (Oktaviani et al., 2022)

K. Rentang Respon Halusinasi

Menurut Stuart dan Laraia (2005) halusinasi merupakan salah satu respon maladaptif individu yang berada dalam rentang respon neurobiologis. Ini merupakan respon persepsi paling maladaptif. Jika klien sehat, persepsinya akurat mampu mengidentifikasi dan menginterpretasikan stimulus berdasarkan informasi yang diterima melalui pancaindra (pendengaran, penglihatan, penghidu, pengecap, peraban), klien dengan halusinasi mempersepsikan suatu stimulus pancaindra walaupun sebenarnya stimulus tersebut tidak ada. Rentang respon tersebut dapat digambarkan seperti dibawah ini (Muhith,2015):



1. Pikiran logis	1. Distorsi pikiran	1. Gangguan
2. Persepsi akurat	ilusi	2. pikir/delusi
3. Emosi konsisten dengan pengalaman	2. Reaksi emosi berlebihan	3. Halusinasi
4. Perilaku sesuai	3. Perilaku aneh atau tidak biasa	4. Sulit merespon emosi
5. Berhubungan sosial	4. Menarik diri	5. Perilaku disorganisasi
		6. Isolasi sosial

(sumber. Oktaviani et al., 2022)

Keterangan : (Oktaviani et al., 2022)

1. Respon adaptif adalah respon yang dapat diterima oleh norma-norma sosialbudaya yang berlaku. Dengan kata lain individu tersebut dalam batas normaljika menghadapi suatu akan dapat memecahkan masalah tersebut.

Respon adaptif meliputi :

- a. Pikiran logis adalah pandangan yang mengarah pada kenyataan
- b. Persepsi akurat adalah pandangan yang tepat pada kenyataan
- c. Emosi konsisten dengan pengalaman yaitu perasaan yang timbul dari pengalaman ahli.
- d. Perilaku sesuai adalah sikap dan tingkah laku yang masih dalam batas kewajaran.
- e. Hubungan sosial adalah proses suatu interaksi dengan orang lain dan lingkungan.

2. Respon psikososial meliputi (Oktaviani et al., 2022):
 - a. Proses pikir terganggu yang menimbulkan gangguan
 - b. Ilusi adalah miss interpretasi atau penilaian yang salah tentang yang benar-benar terjadi (objek nyata) karena gangguan panca indra
 - c. Emosi berlebihan atau kurang
 - d. Perilaku tidak biasa adalah sikap dan tingkah laku yang melebihi batas untuk menghindari interaksi dengan orang lain
 - e. Menarik diri adalah percobaan untuk menghindari interaksi dengan orang lain, menghindari hubungan dengan orang lain
3. Respon maladaptif adalah respon indikasi dalam menyelesaikan masalah yang menyimpang dari norma-norma sosial dan budaya dan lingkungan, adapun respon maladaptif ini meliputi :
 - a. Kelainan pikiran adalah keyakinan yang secara kokoh dipertahankan walaupun tidak diyakini oleh orang lain dan bertentangan dengan kenyataan sosial
 - b. Halusinasi merupakan persepsi sensori yang salah atau persepsi eksternal yang tidak realita atau tidak ada
 - c. Kerusakan proses emosi adalah perubahan sesuatu yang timbul dari hati
 - d. Perilaku tak terorganisir merupakan perilaku yang tidak teratur
 - e. Isolasi sosial adalah kondisi kesendirian yang dialami oleh individu dan diterima sebagai ketentuan oleh orang lain dan sebagai suatu

kecelakaan yang negatif mengancam.

L. Penatalaksanaan Halusinasi

1. Penatalaksanaan Medis

a. Psikofarmakoterapi Terapi dengan menggunakan obat bertujuan untuk mengurangi atau menghilangkan gejala gangguan jiwa. Klien dengan halusinasi perlu mendapatkan perawatan dan pengobatan yang tepat. Adapun obatobatanya seperti :

- 1) Golongan butirefenon : haloperidol (HLP), serenace, ludomer. Pada kondisi akut biasanya diberikan dalam bentuk injeksi 3 x 5 mg (IM), pemberian injeksi biasanya cukup 3 x 24 jam. Setelahnya klien biasanya diberikan obat per oral 3 x 1,5 mg. Atau sesuai dengan advis dokter (Yosep, 2016).
- 2) Golongan fenotiazine : chlorpromazine (CPZ), largactile, promactile. Pada kondisi akut biasanya diberikan per oral 3 x 100 mg, apabila kondisi sudah stabil dosis dapat dikurangi menjadi 1 x 100 mg pada malam hari saja, atau sesuai dengan advis dokter (Yosep, 2016).

b. Terapi Somatis

Terapi somatis adalah terapi yang diberikan kepada klien dengan gangguan jiwa dengan tujuan mengubah perilaku yang maladaptif menjadi perilaku adaptif dengan melakukan tindakan yang ditujukan pada kondisi fisik pasien walaupun yang diberi perlakuan adalah fisik klien, tetapi target terapi adalah perilaku

pasien. Jenis terapi somatis adalah meliputi pengikatan, ECT, isolasi dan fototerapi (Kusumawati & Hartono, 2011).

- 1) Pengikatan adalah terapi menggunakan alat mekanik atau manual untuk membatasi mobilitas fisik klien yang bertujuan untuk melindungi cedera fisik pada klien sendiri atau orang lain.
- 2) Terapi kejang listrik adalah bentuk terapi kepada pasien dengan menimbulkan kejang (grandmal) dengan mengalirkan arus listrik kekuatan rendah (2-3 joule) melalui elektrode yang ditempelkan beberapa detik pada pelipis kiri/kanan (lobus frontalis) klien.
- 3) Isolasi adalah bentuk terapi dengan menempatkan klien sendiri diruangan tersendiri untuk mengendalikan perilakunya dan melindungi klien, orang lain, dan lingkungan dari bahaya potensial yang mungkin terjadi. akan tetapi tidak dianjurkan pada klien dengan risiko bunuh diri, klien agitasi yang disertai dengan gangguan pengaturan suhu tubuh akibat obat, serta perilaku yang menyimpang.
- 4) Terapi deprivasi tidur adalah terapi yang diberikan kepada klien dengan mengurangi jumlah jam tidur klien sebanyak 3,5 jam. cocok diberikan pada klien dengan depresi.

M. Penatalaksanaan Keperawatan

Penatalaksanaan terapi keperawatan pada klien skizofrenia dengan halusinasi

bertujuan membantu klien mengontrol halusinasinya sehingga diperlukan beberapa tindakan keperawatan yang dapat dilakukan perawat dalam upaya meningkatkan kemampuan untuk mengontrol halusinasinya yaitu dengan tindakan keperawatan generalis dan spesialis (Kanine, 2012).

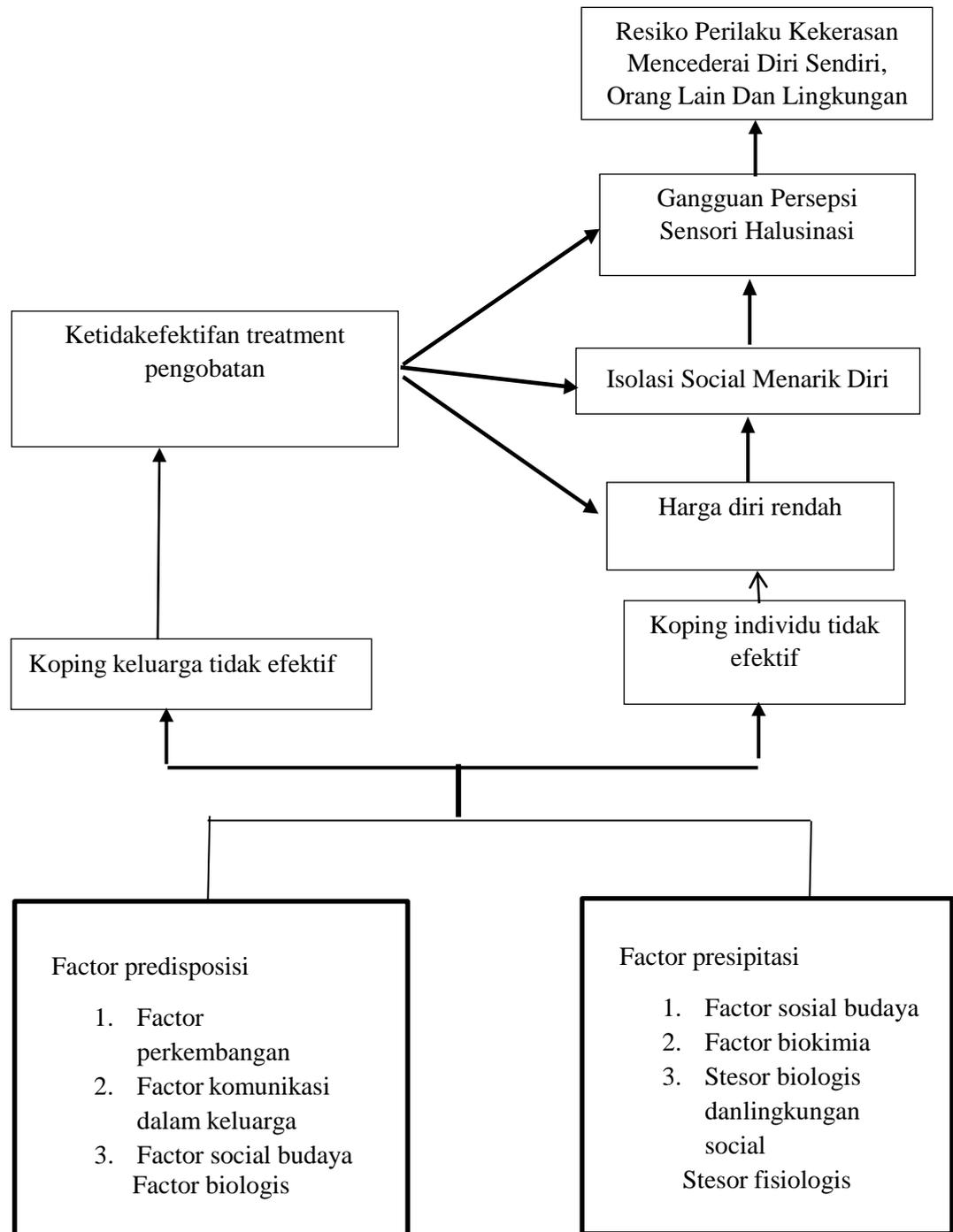
1. Tindakan Keperawatan Generalis : Individu dan Terapi Aktifitas Kelompok
Tindakan keperawatan generalis individu berdasarkan standar asuhan keperawatan jiwa pada klien skizofrenia dengan halusinasi oleh Carolin (2008), maka tindakan keperawatan generalis dapat dilakukan pada klien bertujuan untuk meningkatkan kemampuan kognitif atau pengetahuan dan psikomotor yang harus dimiliki oleh klien skizofrenia dengan halusinasi yang dikemukakan oleh Millis (2000, dalam Varcolis, Carson dan Shoemaker, 2006), meliputi :
 - a. Cara mengontrol halusinasi dengan menghardik dan mengatakan stop atau pergi hingga halusinasi dirasakan pergi,
 - b. Cara menyampaikan pada orang lain tentang kondisi yang dialaminya untuk meningkatkan interaksi sosialnya dengan cara bercakapcakap dengan orang lain sebelum halusinasi muncul,
 - c. Melakukan 24 aktifitas untuk membantu mengontrol halusinasi dan melawan kekhawatiran akibat halusinasi seperti mendengarkan musik, membaca, menonton TV, rekreasi, bernyanyi, teknik relaksasi atau nafas dalam. Kegiatan ini dilakukan untuk meningkatkan stimulus klien mengontrol halusinasi.
- 4) Patuh minum obat. Terapi Aktifitas Kelompok (TAK) yang dilakukan pada klien skizofrenia

dengan halusinasi adalah Terapi Aktifitas Kelompok (TAK)

Stimulasi Persepsi yang terdiri dari 5 sesi yaitu :

- 1) Sesi pertama mengenal halusinasi
 - 2) sesi kedua mengontrol halusinasi dengan memhardik,
 - 3) Sesi ketiga dengan melakukan aktifitas,
 - 4) Sesi keempat mencegah halusinasi dengan bercakap dan
 - 5) Sesi kelima dengan patuh minum obat.
2. Tindakan Keperawatan Spesialis : Individu dan Keluarga Terapi spesialis akan diberikan pada klien skizofrenia dengan halusinasi setelah klien menuntaskan terapi generalis baik individu dan kelompok. Adapun terapi spesialis meliputi terapi spesialis individu, keluarga dan kelompok yang diberikan juga melalui paket terapi Cognitive Behavior Therapy (CBT). Tindakan keperawatan spesialis individu adalah Cognitive Behavior Therapy (CBT). Terapi Cognitive Behavior Therapy (CBT) pada awalnya dikembangkan untuk mengatasi gangguan afektif tetapi saat ini telah dikembangkan untuk klien yang resisten terhadap pengobatan.(Manurung, 2020)

N. Pathway



(Pathway Halusinasi Pendengaran Wicaksono 2019)

BAB III
ASUHAN KEPERAWATAN JiWA
HALUSINASI PENDENGARAN

A. KASUS 1

I. Identitas diri klien

Inisial : Ny.R

Tanggal Pengkajian : 17 Januari 2023

TTL : Jakarta, 27 Maret 1996

Umur : 25 Tahun

Pekerjaan : tidak bekerja

Alamat : Klender, Jakarta

Informan : klien

II. Keluhan Saat Dikaji

klien mengatakan datang ke Yayasan Galuh karena menyakiti diri sendiri, seperti memukul kepala klien mengatakan mendengar suara-suara untuk menyuruhnya bunuh diri terkadang klien mendengar suara membisikan sesuatu “ sudah mati saja jika mati hidupmu akan lebih bahagia” klien juga terkadang mendengar suara-suara perempuan seperti menyuruhnya melakukan sesuatu, klien mendengar suara-suara itu Ketika sedang sendirian ketika menjelang tidur durasinya sekitar 25-45 menit klien terkadang hanya membiarkan suara-suara itu pergi sendiri.

III. Faktor Predisposisi

1. Gangguan Jiwa dimasa Lalu

Klien gangguan jiwa sudah kurang lebih 5 tahun, sudah berobat ke alternative namun tidak berhasil. Dan pernah di bawa ke RSJ Duren Sawit hanya 2 bulan.

2. Trauma

klien mengatakan pernah mengalami trauma selalu di banding bandingkan dengan teman yang rengking 1 di kelasnya dan klien merasa di kucilkan oleh teman-temannya sewaktu masih sekolah dan klien bersekolah sampai SMP klien merasakan minder karena teman-temannya melanjutkan ke SMK.

3. Aniaya Fisik

klien mengatakan tidak pernah mengalami aniaya fisik.

4. Aniaya Seksual

klien mengatakan tidak pernah mengalami aniaya seksual.

5. Penolakan

klien mengatakan klien merasakan di kucilkan di lingkunganya

6. Kekerasan dalam Keluarga

Klien mengatakan tidak pernah mengalami kekerasan dalam keluarganya.

7. Tindakan Kriminal

Klien tidak pernah melakukan tindakan criminal

8. Anggota Keluarga yang Mengalami Gangguan Jiwa

Klien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa seperti klien.

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatn

9. Pengalaman Masa Lalu yang Tidak Menyenangkan

Selalu di banding bandingkan dengan teman yang rengking 1 di kelasnya dan klien merasa di kucilkan oleh teman - temannya sewaktu masih sekolah dan klien bersekolah sampai SMP klien merasakan minder karena teman-temannya melanjutkan ke SMK.

Masalah Keperawatan : Harga diri rendah

IV. Pemeriksaan Fisik

Tanda vital : TD : . 110/80 mmHg

N : 80 x/m

S : 36,60C

P : 18 x/m

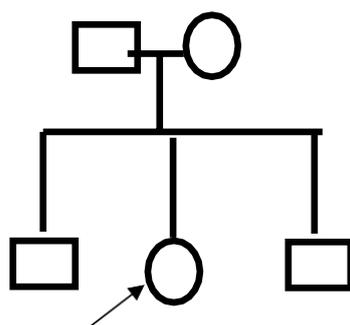
Ukuran : TB : 158 cm BB : 65 Kg

Keluhan Fisik : tidak ada

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah

V. Psikososial

1. Genogram



Keterangan



: Perempuan



: Laki-laki



: Klien



: meninggal

Jelaskan : klien mengatakan anak ke 2 dari 3 bersaudara klien tinggal serumah Bersama ayah dan ibunya, pengambil keputusan di rumah biasanya ayah, dan jika ada masalah dilakukan musyawarah dengan anggota keluarga lainnya.

Masalah keperawatan: Koping keluarga efektif

2. Konsep diri

1. Gambaran diri : pasien mengatakan menyukai seluruh anggota tubuhnya.
2. Identitas diri: klien mengetahui dirinya seorang perempuan berumur 25 tahun dan sebagai anak kedua dari 3 bersaudara
3. Peran diri: klien mengatakan mengetahui perannya sebagai anak karena partisipan sering mengerjakan kegiatan rumah seperti menyapu, mencuci piring untuk membantu ibunya dan menjadikakak bagi adiknya
4. Ideal diri : klien ingin sembuh dari penyakitnya agar bisa hidup seperti orang lain
5. Harga diri : klien mengatakan partisipan mengatakan kurang percaya diri, tidak suka bergaul dan mudah putus asa.

Masalah Keperawatan: isolasi sosial menarik diri

3. Hubungan Sosial

1. Orang yang berarti : Ibu dan ayahnya
2. Peran serta dalam kegiatan kelompok / masyarakat ; klien mengatakan dulu sebelum mengalami gangguan jiwa klien ikut peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat seperti

mengikuti acara lomba 17 Agustus seperti lomba joget, puisi, tetapi setelah mengalami gangguan jiwa klien tidak pernah mengikuti kegiatan apapun

3. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain ; Klien mengatakan mengalami hambatan dalam berhubungan dengan orang lain karena partisipan memiliki sifat pendiam

Masalah keperawatan : Isolasi Sosial

4. Spiritual

- a. Nilai dan keyakinan ; klien beragama islam dan pasien mengatakan masih suka sholat dan mengikuti pengajian
- b. Kegiatan ibadah ; klien mengatakan ada mengerjakan sholat dan berpuasa

VI. Status Mental

1. Penampilan

Tidak rapih

Penggunaan pakaian tidak sesuai

Cara berpakaian seperti biasa

Jelaskan : Klien terlihat rapih, mengganti baju setelah mandi dilakukan secara mandiri

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

2. Pembicaraan

Cepat Keras Gagap Inkoheren
 Apatis Lambat Membisu Tidak mampu
memulai pembicaraan

Jelaskan : Pada saat interaksi, cara bicara klien lambat , dan terkadang kurang jelas, tidak mampu memulai pembicaraan

Masalah keperawatan : isilasi social

3. Aktivitas motorik

Lesu Tegang Gelisah
 Agitasi
Tik Grimasen Tremor
Kompulsif

Jelaskan : Klien saat di ajak bicara tampak lesu

Masalah keperawatan : Isolasi Sosial

4. Alam perasaan

Sedih Ketakutan Putus asa Khawatir Gembira
berlebihan

Jelaskan : Saat interaksi klien terlihat putus asa karena
di jauhi teman-temannya

Masalah keperawatan : Isolasi Sosial

5. Afek

Datar Tumpul Labil

Tidak sesuai

Jelaskan : afek klien labil

Masalah keperawatan : halusiansi pendengaran

6. Interaksi selama wawancara

Bermusuhan Tidak kooperatif Mudah
 tersinggung

Kontak mata (-)

Defensif

Curiga

Jelaskan : Saat berinteraksi tidak ada kontak
mata, mudah tersinggung jika
ditanya tentang masa lalunya
tampak curiga

Masalah keperawatan : isolasi social

7. Persepsi

Pendengaran Penglihatan
 Perabaan

Pengecapan

Penghiduan

Jelaskan

: Klien mengatakan sering mendengar suara dan bisikan

Masalah keperawatan : Halusinasi pendengaran

8. Proses pikir

- | | | | | |
|--------------------------|---------------|--------------------------|----------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Sirkumtansial | <input type="checkbox"/> | Tangensial | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Kehilangan | | | <input type="checkbox"/> |
| | Asosiasi | <input type="checkbox"/> | Flight of idea | |
| <input type="checkbox"/> | | | Blocking | |

Pengulangan Pembicaraan

Jelaskan

: klien terkadang enggan untuk di ajak berinteraksi

Masalah keperawatan : isolasi sosial

9. Isi pikir

- | | | | | |
|--------------------------|-----------------|--------------------------|------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Obsesi | <input type="checkbox"/> | Fobia | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Hipokondria | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| | Dipersonalisasi | | Ide yang terkait | Pikiran |
| | | | | magis |

Waham

- | | | | | | | | |
|--------------------------|------------|--------------------------|-------------|--------------------------|------------|--------------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> | Agama | <input type="checkbox"/> | Somatik | <input type="checkbox"/> | Kebesaran | <input type="checkbox"/> | Curiga |
| <input type="checkbox"/> | Nihilistic | <input type="checkbox"/> | Sisip pikir | <input type="checkbox"/> | Siar pikir | <input type="checkbox"/> | ontrol pikir |

Jelaskan: Klien tidak menunjukkan tanda-tandawaham

Masalah keperawatan : Tidak di temukan masalah

10. Tingkat kesadaran

Bingung Sedasi

Stupor

Disorientasi

Waktu Tempat

Orang

Jelaskan : Klien memiliki kesadaran penuh
dan tidak ada gangguan

Masalah keperawatan : Tidak di temukan masalah

11. Memori

Gangguan daya ingat Gangguan

daya ingat

jangka panjang

jangka pendek

Gangguan daya ingat Konfabulasi

saat ini

Jelaskan : Klien mampu mengingat kenapa dibawa ke
Yayasan Galuh

Masalah keperawatan : Tidak ditemukan masalah

12. Tingkat konsentrasi dan berhitung

Mudah beralih
mampu

Tidak mampu

Tidak
berhitung

Konsentrasi

sederhana

Jelaskan : Klien mampu berhitung dan konsentrasi

Masalah keperawatan : tidak di temukan masalah

13. Kemampuan penilaian

Gangguan ringan Gangguan bermakna

Jelaskan : Klien mampu mengambil keputusan sendiri

Masalah keperawatan : tidak di temukan masalah

14. Daya tilik diri

Mengingkari penyakit yang diderita Menyalahkan hal-hal diluar dirinya

Jelaskan : Klien sadar bahwa mengapa dirinya dibawa ke Yayasan Galuh

Masalah keperawatan : Tidak di temukan masalah

VII. Kebutuhan persiapan pulang

1. Makan

Bantuan minimal Bantuan total

2. BAB/BAK

 Bantuan minimal Bantuan total

Jelaskan : Klien dapat melakukan aktivitas sendiri

Masalah keperawatan : Tidak di temukan masalah

3. Mandi

 Bantuan minimal Bantuan total

Jelaskan : klien dapat melakukan aktivitas mandi secara mandiri

Masalah keperawatan : tidak di temukan masalah

Berpakaian / berhias

 Bantuan minimal Bantuan total

Jelaskan : Klien dapat berpakaian secara mandiri

Masalah keperawatan : Tidak di temukan masalah

4. Istirahat dan tidur

 Tidur siang lama : 13.00 s/d 14.30 Tidur malam lama : 19.00 s/d 06.00 Kegiatan sebelum / sesudah tidur : baca doa

5. Penggunaan obat

 Bantuan minimal Bantuan total

6. Pemeliharaan kesehatan

Perawatan lanjutan Ya Tidak

Perawatan pendukung Ya Tidak

7. Kegiatan di dalam rumah

Mempersiapkan makanan Ya

Tidak

Menjaga kerapian rumah Ya

Tidak

Mencuci pakaian Ya

Tidak

Pengaturan ruangan Ya

Tidak

8. Kegiatan di luar rumah

Belanja Ya

Tidak

Transportasi Ya

Tidak

Lain-lain Ya

Tidak

Jelaskan :

Masalah keperawatan : Tidak di temukan masalah

VIII. Mekanisme koping

Adaptif

Bicara dengan orang lain

Mampu menyelesaikan masalah

Teknik relaksasi

Aktivitas konstruktif

Olahraga

Lainnya

Maladaptif

Minum alkohol

Reaksi

Bekerja berlebihan

Menghindar

Mencederai diri

Menghindar.....

Masalah keperawatan : klien jika di dekati menghindar

IX. Masalah psikososial dan lingkungan

Masalah dengan dukungan kelompok, spesifik

Klien merasa kurang dihargai oleh temannya, klien menarik diri

Masalah berhubungan dengan lingkungan, spesifik

Tetangga mengejek klien karena tidak bekerja

Masalah dengan pendidikan, spesifik

Klien sekolah sampai SMP tetapi tidak melanjutkan ke SMK

Masalah dengan pekerjaan, spesifik

Klien pernah bekerja, lalu klien keluar dari kerjanya karena bosan

Masalah dengan perumahan, spesifik

Tidak di temukan

Masalah ekonomi, spesifik

Klien tidak bekerja

Masalah dengan pelayanan kesehatan, spesifik

Tidak di temukan

Masalah lainnya, spesifik

Tidak di temukan

Masalah keperawatan : Isolasi Sosial

X. Pengetahuan kurang tentang

Penyakit jiwa

Sistem pendukung

Faktor predisposisi

Penyakit fisik

Koping

Obat-obatan

Masalah keperawatan : Defisien Pengetahuan

XI. Aspek Medik

Diagnosa medis : Skizofrenia

Terapi Medis : Heximer 2 mg, Cefezet 100 mg

DATA FOKUS

Data Subjektif	Data Objektif
<ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan ada mendengar suara-suara dan bisikan • Klien mengatakan mendengar suara-suara untuk meyuruhnya melakukan sesuatu seperti menyikti diri sendiri dan bunuh diri • Klien mengatkan suara-suara muncul Ketika akan tidur dengan keadaan sendirian • Klien mengatakan suara muncul selama 25-45 menit • Klien mengatakan dirinya egois dengan keinginannya tidak mau dilarang • Klien mengatakan sebelum ke Yayasan galuh klien memukul kepala klien sendiri • Klien mengatakan pernah melakukan percobaan bunuh diri • Klien mengatakan dahulunya dijauhkan oleh teman-temannya karena Klien pendiam, • Klien mengatakan kurang berkomunikasi dengan orang lain • Klien mengtakan enggan di ajak berbicara dengan temannya • Klien mengatakan malu jika bertemu dengan temannya karena dia tidak melanjutkan ke SMK 	<ul style="list-style-type: none"> • Klien terlihat mendengar bisikan saat sedang sendiri • Klien terlihat marah-marah sendiri • Klien terlihat sedang mengusir tanpa ada orang di sekitarnya • Klien terlihat tertawa sendri • Klien terlihat mudah tersinggung dan curiga kepada orang lain • Klien terlihat meyakini diri sendiri (memukul kepala) • Klien terlihat melakukan percobaan bunuh diri • Klien terlihat menyendiri, • Klien terlihat berbicara lambat dan membisu, • Klien terlihat menghindar saat di dekati • klien terlihat sulit memulai pembicaraan dengan orang lain. • Klien Tatapan mata menunduk • Klien terlihat malu, kontak mata kurang • klien terlihat berbicara lambat dan tampak membisu

ANALISA DATA

NO	DATA	MASALAH
	<p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien terlihat mendengar bisikan saat sedang sendiri • Klien terlihat marah-marah sendiri • Klien terlihat sedang mengusir tanpa ada orang di sekitarnya • Klien terlihat tertawa sendiri <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan ada mendengar suara-suara dan bisikan • Klien mengatakan mendengar suara-suara untuk meyuruhnya melakukan sesuatu seperti menyakiti diri sendiri dan bunuh diri • Klien mengatkan suara-suara muncul Ketika akan tidur dengan keadaan sendirian • Klien mengatakan suara muncul selama 25-45 menit 	<p>Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran (D.0085)</p>
	<p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien terlihat mudah tersinggung dan curiga kepada orang lain • Klien terlihat meyakini diri sendiri (memukul kepala) • Klien terlihat melakukan percobaan bunuh diri <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan dirinya egois dengan keinginannya tidak mau dilarang • Klien mengatakan sebelum ke Yayasan galuh klien memukul kepala klien sendiri • Klien mengatakan pernah melakukan percobaan bunuh diri 	<p>Resiko perilaku kekerasan (D.0146)</p>
	<p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien terlihat menyendiri, • Klien terlihat berbicara lambat dan membisu, 	<p>Isolasi sosial (D.0121)</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Klien terlihat menghindar saat di dekati • klien terlihat sulit memulai pembicaraan dengan orang lain. • Klien Tatapan mata menunduk • Klien terlihat malu, kontak mata kurang • Klien terlihat berbicara lambat dan tampak membisu <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan dahulunya dijauhkan oleh teman-temannya karena Klien pendiam, • Klien mengatakan kurang berkomunikasi dengan orang lain • Klien mengatakan enggan di ajak berbicara dengan temannya • Klien mengatakan malu jika bertemu dengan temannya karena dia tidak melanjutkan ke SMK 	
--	--	--

Daftar masalah keperawatan :

1. Gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran
2. Resiko Perilaku Kekerasan
3. Isolasi sosial

POHON MASALAH

Resiko Perilaku Kekerasan : mencederai diri, orang lain dan lingkungan (Akibat)



Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi (Masalah Utama)



Isolasi Sosial (Penyebab)

RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN
GANGGUAN PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI

Tujuan	Kriteria evaluasi	Intervensi	Rasionalisasi
<p>TUM : Klien dapat membedakan antara halusinasi dengan realita. TUK : 1. Klien dapat membina hubungan saling percaya.</p>	<p>1. Setelah 3x interaksi klien menunjukkan tanda-tanda percaya kepada perawat :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ekspresi wajah bersahabat. ▪ Menunjukkan rasa senang. ▪ Ada kontak mata. ▪ Mau berjabat tangan. ▪ Mau menyebutkan nama. ▪ Mau menjawab salam. ▪ Mau duduk berdampingan dengan perawat. ▪ Bersedia mengungkapkan masalah yang dihadapi. 	<p>Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sapa klien dengan ramah baik verbal dan non verbal. ▪ Perkenalkan nama, nama panggilan dan tujuan perawat berkenalan. ▪ Tanyakan nama lengkap dan nama panggilan yang disukai klien. ▪ Buat kontrak yang jelas. ▪ Tunjukkan sikap jujur. dan menepati janji setiap kali interaksi. ▪ Tunjukkan sikap empati dan menerima apa adanya. ▪ Beri perhatian pada klien dan perhatikan kebutuhan dasar klien. ▪ Tanyakan perasaan klien dan masalah yang dihadapi klien. ▪ Dengarkan dengan penuh perhatian ekspresi perasaan klien. 	<p>Bila sudah terbina hubungan saling percaya diharapkan klien dapat kooperatif, sehingga Pelaksanaan asuhan keperawatan dapat berjalan dengan baik.</p>
<p>2. Klien dapat mengenal halusinasinya.</p>	<p>1. Setelah 3x interaksi klien menyebutkan :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Isi ▪ Waktu ▪ Frekuensi ▪ Situasi dan kondisi yang menimbulkan halusinasi 	<p>2.1 Adakan kontak sering dan singkat secara bertahap</p> <p>2.2 Observasi tingkah laku klien terkait dengan halusinasinya, jika klien sedang berhalusinasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tanyakan apakah klien mengalami sesuatu (halusinasi dengar/ lihat/ penghidu/ raba/ kecap). ▪ Jika klien menjawab ya, tanyakan apa yang sedang dialaminya. ▪ Katakan bahwa perawat percaya klien mengalami hal tersebut, namun perawat sendiri tidak mengalaminya (dengan nada bersahabat tanpa menuduh atau menghakimi). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kontak sering dan singkat selain upaya membina hubungan saling percaya, juga dapat memutuskan halusinasi. ▪ Mengenal perilaku pada saat halusinasi timbul, memudahkan perawat dalam melakukan intervensi. ▪ Mengenal halusinasi memungkinkan klien untuk menghindarkan faktor pencetus timbulnya halusinasinya.

	<p>2. Setelah 3x interaksi klien menyatakan perasaan dan responnya saat mengalami halusinasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Marah ▪ Takut ▪ Sedih ▪ Senang ▪ Cemas ▪ Jengkel 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Katakan bahwa ada klien lain yang mengalami hal yang sama. ▪ Katakan bahwa perawat akan membantu klien. <p>Jika klien sedang berhalusinasi klarifikasi tentang adanya pengalaman halusinasi, diskusikan dengan klien :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Isi, waktu dan frekuensi terjadinya halusinasi (pagi, siang, sore, malam atau sering dan kadang-kadang). ▪ Situasi dan kondisi yang menimbulkan atau tidak menimbulkan halusinasi. <p>2.1 Diskusikan dengan klien apa yang dirasakan jika terjadi halusinasi dan beri kesempatan untuk mengungkapkan perasaannya.</p> <p>2.2 Diskusikan dengan klien apa yang dilakukan untuk mengatasi perasaan tersebut.</p> <p>2.3 Diskusikan tentang dampak yang akan dialaminya bila klien menikmati halusinasinya.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dengan mengetahui waktu, isi dan frekuensi munculnya halusinasi mempermudah tindakan keperawatan yang akan di lakukan perawat. ▪ Untuk mengidentifikasi pengaruh halusinasi pasien. ▪ Untuk mengetahui koping yang digunakan oleh klien. ▪ Agar klien mengetahui akibat dari menikmati halusinasi sehingga klien meminimalisir halusinasinya.
<p>3. Klien dapat mengontrol halusinasinya.</p>	<p>1. Setelah 3x interaksi klien menyebutkan tindakan yang biasanya dilakukan untuk mengendalikan halusinasinya.</p> <p>2. Setelah 3x interaksi klien menyebutkan cara baru mengontrol halusinasi.</p>	<p>Identifikasi bersama klien cara atau tindakan yang dilakukan jika terjadi halusinasi (tidur, marah, menyibukkan diri, dll).</p> <p>Diskusikan cara yang digunakan klien :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Jika cara yang digunakan adaptif beri pujian. ▪ Jika cara yang digunakan maladaptif diskusikan kerugian caratersebut. <p>Diskusikan cara baru untuk memutus/ mengontrol timbulnyahalusinasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Katakan pada diri sendiri bahwa ini tidak nyata (“saya tidak mau dengar/ lihat/ penghidu/ raba/ kecap”) pada saat halusinasiterjadi. ▪ Menemui orang lain perawat/ teman/ anggota keluarga) untuk menceritakan halusinasinya. ▪ Membuat dan melaksanakan jadwal kegiatan sehari-hari yang telah disusun. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Upaya untuk memutuskan siklus halusinasi sehingga halusinasi tidakberlanjut. ▪ Resinforcement positif dapat meningkatkan harga diri klien. ▪ Memberikan alternatif pilihan bagi klien untuk mengontrol lingkungan.

	<p>3. Setelah 3x interaksi klien dapat memilih dan memperagakan cara mengatasi halusinasi (dengar/ lihat/ penghidu/ raba/ kecap).</p> <p>4. Setelah 3x interaksi klien melaksanakan cara yang telah dipilih untuk mengendalikan halusinasinya.</p> <p>5. Setelah 3x pertemuan klien mengikuti terapi Aktivitas kelompok.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Meminta keluarga/ teman/ perawat menyapa jika sedang berhalusinasi. <ol style="list-style-type: none"> 1. Bantu klien memilih cara yang sudah diajarkan dan latih untuk mencobanya. 2. Beri kesempatan untuk melakukan cara yang dipilih dan dilatih. 3. Pantau pelaksanaan yang telah dipilih dan dilatih, jika berhasil beri pujian. <p>Anjurkan klien mengikuti terapi aktivitas kelompok, orientasi realita, stimulasi persepsi.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Memotivasi dapat meningkatkan kegiatan klien untuk mencoba memilih salah satu cara mengendalikan halusinasi dan dapat meningkatkan harga diri klien. ▪ Memberi kesempatan kepada klien untuk mencoba cara yang sudah di pilih. <p>Stimulasi persepsi dapat mengurangi perubahan interpretasi realitas klien akibat halusinasi.</p>
<p>4. Klien dapat dukungan dari keluarga dalam mengontrol halusinasinya.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Setelah 3x pertemuan keluarga, keluarga menyatakan setuju untuk mengikuti pertemuan dengan perawat. 2. Setelah 3x interaksi keluarga menyebutkan pengertian, tanda dan gejala, proses terjadinya halusinasi dan tindakan untuk mengendalikan halusinasi. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Buat kontrak dengan keluarga untuk pertemuan (waktu, tempat, dan topik). 2. Diskusikan dengan keluarga (pada saat pertemuan keluarga/ kunjungan rumah). <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pengertian halusinasi ▪ Tanda dan gejala halusinasi. ▪ Cara yang dapat dilakukan klien dan keluarga untuk memutus halusinasi. ▪ Obat-obatan halusinasi. ▪ Cara merawat anggota keluarga yang halusinasi di rumah (beri kegiatan, jangan biarkan sendiri, makan bersama, bepergian bersama, memantau obat-obatan dan cara pemberiannya untuk mengatasi halusinasi). ▪ Beri informasi waktu kontrol ke rumah sakit dan bagaimana cara mencari bantuan jika halusinasi tidak dapat diatasi di rumah. 	<p>Untuk mendapatkan bantuan keluarga mengontrol halusinasi.</p> <p>Untuk mengetahui pengetahuan keluarga dan meningkatkan kemampuan pengetahuan tentang halusinasi</p> <p>Agar keluarga dapat merawat klien atau anggota keluarga lain yang berhalusinasi di rumah</p> <p>Keluarga klien menjadi tahu cara mencari bantuan jika halusinasi tidak dapat diatasi di rumah.</p>

<p>5. Klien dapat memanfaatkan obat dengan baik.</p>	<p>1. Setelah 3x interaksi klien menyebutkan :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Manfaat minum obat ▪ Kerugian tidak minum obat ▪ Nama, warna, dosis, efek terapi dan efek samping obat <p>2. Setelah 3x interaksi klien mendemonstrasikan penggunaan obat dengan benar.</p> <p>3. Setelah 3x interaksi klien menyebutkan akibat minum obat tanpakonsultasi dokter.</p>	<p>1. Diskusikan dengan klien tentang manfaat dan kerugian tidak minum obat, nama, warna, dosis, cara, efek terapi dan efek samping penggunaan minum obat Pantau klien saat penggunaan obat</p> <p>2. Beri pujian jika klien menggunakan obat dengan benar.</p> <p>3. Diskusikan akibat berhenti minum obat tanpa konsultasi dengan dokter.</p> <p>4. Anjurkan klien untuk konsultasi kepada dokter/ perawat jika terjadi hal-hal yang tidak di inginkan.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dengan menyebutkan dosis, frekuensi dan manfaat obat, diharapkan klien melaksanakan program pengobatan. ▪ Menilai kemampuan klien dalam pengobatannya sendiri. ▪ Program pengobatan dapat berjalansesuai rencana. ▪ Dengan mengetahui prinsip penggunaan obat, maka kemandirian klien untuk pengobatan dapat ditingkatkan secara bertahap
--	---	---	--

RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN
ISOLASI SOSIAL

Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria evaluasi	Intervensi	Rasional
Isolasi sosial TUM : Klien dapat meningkatkan hubungan sosial	TUK : 1. Klien dapat membina hubungan saling percaya.	1. Setelah 3x interaksi klien menunjukkan tanda- tanda percaya kepada perawat : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ekspresi wajah bersahabat ▪ Menunjukkan rasa senang. ▪ Ada kontak mata. ▪ Mau berjabat tangan. ▪ Mau menyebutkan nama. ▪ Mau menjawab salam. ▪ Mau duduk berdampingan dengan perawat. ▪ Bersedia mengungkapkan masalah yang dihadapi. 	Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sapa klien dengan ramah baik verbal dan nonverbal. ▪ Perkenalkan nama, nama panggilan dan tujuan perawat berkenalan. ▪ Tanyakan nama lengkap dan nama panggilannya yang disukai klien. ▪ Buat kontrak yang jelas. ▪ Tunjukkan sikap jujur. dan menepati janji setiap kali interaksi. ▪ Tunjukkan sikap empati dan menerima apa adanya. ▪ Beri perhatian pada klien dan perhatikan kebutuhan dasar klien. ▪ Tanyakan perasaan klien dan masalah yang dihadapi klien. ▪ Dengarkan dengan penuh perhatian ekspresi perasaan klien. 	Hubungan saling percaya merupakan dasar dari terjadinya komunikasi terapeutik sehingga akan memfasilitasi dalam pengungkapan perasaan, emosi, dan harapan klien
	2. Klien mampu menyebutkan penyebab menarik diri	Setelah 3x interaksi klien dapat menyebutkan minimal satu penyebab menarik diri dari: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Diri sendiri ▪ Orang lain ▪ Lingkungan 	1. Tanyakan pada klien tentang: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Orang yang tinggal serumah/sekamar dengan klien ▪ Orang yang paling dekat dengan klien di rumah/ di ruang perawatan ▪ Apa yang membuat klien dekat dengan orang tersebut 	Bila klien sudah mau mengungkapkan semua perasaannya akan mempermudah perawat melaksanakan asuhan keperawatannya.

			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Orang yang tidak dengan klien di rumah/ diruang perawatan ▪ Apa yang membuat klien tidak dekat dengan orang tersebut ▪ Upaya yang sudah dilakukan agar dekat dengan orang lain <ol style="list-style-type: none"> 2. Diskusikan dengan klien penyebab dan akibat menarik diri 3. Beri pujian terhadap kemampuan klien mengungkapkan perasaannya 	<p>Untuk mengidentifikasi apa yang menyebabkan klien menarik diri dan untuk menilai perasaan klien bila tidak berinteraksi</p> <p>Untuk meningkatkan harga diri dan percaya diri klien</p>
	3. Klien mampu menyebutkan keuntungan berhubungan sosial dan kerugian menarik diri	<p>Setelah 3x interaksi klien dapat menyebutkan keuntungan berhubungan sosial, misalnya:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Banyak teman ▪ Tidak kesepian ▪ Bisa diskusi ▪ Saling menolong <p>Dan kerugian menarik diri, misalnya: Sendiri, kesepian, tidak bisa diskusi</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tanyakan pada klien tentang manfaat hubungan sosial dan kerugian menarik diri 2. Diskusikan bersama klien tentang manfaat berhubungan sosial dan kerugian menarik diri 3. Beri pujian terhadap kemampuan klien mengungkapkan perasaannya 	<p>Tingkat pengetahuan membantu perawat mengarahkan klien untuk berhubungan dengan orang lain. Mengidentifikasi kemampuan yang dimiliki klien dan untuk meningkatkan harga diri dan percaya diri klien Reinforcement positif akan menambah rasa percaya diri klien.</p>
	4. Klien dapat melaksanakan hubungan sosial secara bertahap	Setelah 3x interaksi klien dapat melaksanakan hubungan sosial secara bertahap dengan : perawat, perawat lain, klien lain, dan kelompok	<ol style="list-style-type: none"> 1. Beri motivasi dan Bantu klien untuk berkenalan dengan : perawat lain, klien lain, dan kelompok. 2. Tingkatkan interaksi klien secara bertahap dengan perawat lain, klien lain, dan kelompok 3. Libatkan klien dalam terapi aktivitas kelompok sosialisasi 	<p>Dengan berhubungan secara bertahap, diharapkan klien mampu mengadopsi perilaku tersebut dan memudahkan klien mengingat hubungan yang telah dilakukan. Melakukan hubungan secara bertahap mengurangi kecemasan klien dalam berhubungan</p>

				dengan orang lain dan meminimalkan kekecewaan dan meningkatkan percaya diri dalam berhubungan dengan orang lain Melibatkan klien dalam aktivitas kelompok akan membuat klien
			<p>4. Diskusikan jadwal harian yang dapat dilakukan klien untuk meningkatkan kemampuan klien bersosialisasi</p> <p>5. Beri motivasi klien untuk melakukan kegiatan sesuai dengan jadwal yang telah dibuat</p> <p>6. Beri pujian terhadap kemampuan klien memperluas pergaulannya melalui aktivitas yang telah dilaksanaka</p>	<p>merasa diperlukan dan merasa harga dirinya bertambah</p> <p>Meningkatkan rasa percaya diri klien, sehingga klien akan mengulangi perbuatan yang serupa</p>
	5. Klien mampu menjelaskan perasaannya setelah berhubungan sosial	Setelah 3x interaksi klien dapat menjelaskan perasaannya setelah berhubungan sosial dengan : orang lain,dan kelompok.	<p>1 Diskusikan dengan klien tentang perasaannya setelah berhubungan sosial dengan orang laindan kelompok</p> <p>2 Beri pujian terhadap kemampuan klien mengungkapkan perasannya</p>	<p>Dengan mengetahui perasaan klien akan mempermudah perawat untuk melakukan intervensi selanjutnya dan untuk menilai kepuasan klien dan hambatan dalam berhubungan denganorang lain. Meningkatkan harga diri klien dan memotovasi klien untuk berhubungan dengan orang lain</p>

	<p>6. Klien mendapat dukungan dari keluarga dalam memperluas hubungan sosial</p>	<p>1. Setelah 3x pertemuan keluarga dapat menjelaskan tentang :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pengertian menarik diri ▪ Tanda dan gejala menarik diri ▪ Penyebab dan akibat menarik diri ▪ Cara merawat klien menarik diri <p>2. Setelah 3x pertemuan keluarga dapat mempraktekkan cara merawat klien menarik diri</p>	<p>1. Diskusikan pentingnya peran serta keluarga sebagai pendukung untuk mengatasi perilaku menarik diri</p> <p>2. Diskusikan potensi keluarga untuk membantu klien mengatasi perilaku menarik diri</p> <p>3. Jelaskan pada keluarga tentang :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pengertian menarik diri ▪ Tanda dan gejala menarik diri ▪ Penyebab dan akibat menarik diri <p>4. Latih keluarga cara merawat klien menarik diri</p> <p>5. Tanyakan perasaan keluarga setelah mencoba cara yang telah dilatih</p> <p>6. Beri motivasi keluarga agar membantu klien untuk bersosialisasi</p> <p>7. Beri pujian terhadap keluarga atas keterlibatannya merawat klien di rumah sakit</p>	<p>Dukungan keluarga, mendukung proses perubahan perilaku menarik diri yang dialami klien. Untuk meningkatkan motivasi klien dalam berhubungan dengan orang lain Untuk memberikan pengetahuan kepada keluarga sehingga keluarga dapat memahami cara yang tepat dalam menangani klien dan pentingnya perhatian keluarga. Agar keluarga dapat merawat klien di rumah secara mandiri.</p> <p>Untuk meningkatkan motivasi klien dalam berhubungan dengan orang lain Untuk memotivasi keluarga agar terus membantu klien</p>
--	--	---	---	---

RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN
RESIKO PERILAKU KEKERASAN

Tujuan	Kriteria evaluasi	Intervensi	Rasionalisasi
<p>TUM : Klien tidak melakukan perilaku kekerasan.</p> <p>TUK : 1. Klien dapat membina hubungan saling percaya.</p>	<p>1. Setelah 3x interaksi klien menunjukkan tanda-tanda percaya kepada perawat :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ekspresi wajah bersahabat. ▪ Menunjukkan rasa senang. ▪ Ada kontak mata. ▪ Mau berjabat tangan. ▪ Mau menyebutkan nama. ▪ Mau menjawab salam. ▪ Mau duduk berdampingan dengan perawat. ▪ Bersedia mengungkapkan masalah yang dihadapi. 	<p>Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sapa klien dengan ramah baik verbal dan non verbal. ▪ Perkenalkan nama, nama panggilan dan tujuan perawat berkenalan. ▪ Tanyakan nama lengkap dan nama panggilan yang disukai klien. ▪ Buat kontrak yang jelas. ▪ Tunjukkan sikap jujur dan menepati janji setiap kali interaksi. ▪ Tunjukkan sikap empati dan menerima apa adanya. ▪ Beri perhatian pada klien dan perhatikan kebutuhan dasar klien. ▪ Tanyakan perasaan klien dan masalah yang dihadapi klien. ▪ Dengarkan dengan penuh perhatian ekspresi perasaan klien. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bila sudah terbina hubungan saling percaya diharapkan klien dapat kooperatif, sehingga pelaksanaan asuhan keperawatan dapat berjalan dengan baik.
<p>2. Klien dapat mengidentifikasi penyebab kekerasan.</p>	<p>Setelah 3x interaksi klien dapat menyebutkan perilaku kekerasan.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Diejek, diremehkan, diganggu, merasa terganggu. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bantu klien mengungkapkan perasaannya ▪ Bantu klien mengungkapkan penyebab timbulnya marah (orang lain, situasi atau diri sendiri) . 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mengetahui kondisi klien saat itu dan mengurangi tekanan kemarahan klien. ▪ Mengidentifikasi penyebab.
<p>3. Klien dapat mengidentifikasi tanda - tanda perilaku kekerasan</p>	<p>Setelah 3x interaksi klien dapat mengungkapkan tanda-tanda perilaku kekerasan :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ingin memukul, memaki, mengamuk dan 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anjurkan klien mengungkapkan hal yang dialami dan dirasakan saat jengkel atau marah. ▪ Observasi tanda perilaku kekerasan. ▪ Diskusikan dengan klien tanda - tandaperilaku kekerasan 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifikasi penyebab marah. ▪ Identifikasi perubahan fisik. ▪ Menyamakan persepsi bahwa hal tersebut terjadi dan ada pada klien

	menganam.		
4. Klien dapat mengidentifikasi perilaku kekerasan yang biasa dilakukan.	Setelah 3x interaksi klien dapat mengungkapkan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Memaki, menganam, merusak barang. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anjurkan klien mengungkapkan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan. ▪ Bantu klien untuk bermain peran dengan perilaku kekerasan yang biasadilakukan. ▪ Diskusikan bersama klien apakah dengan cara yang klien lakukan masalahnya selesai. ▪ Bicarakan akibat / kerugian dari cara yang digunakan klien 	<ol style="list-style-type: none"> Identifikasi cara klien dalam mengungkapkan perilaku kekerasan. Mempermudah perawat mengidentifikasi perilaku kekerasan yang biasa dilakukan saat marah. Memberikan wawasan yang baru bagi klien terhadap tindakan yang maladaptif. Bantu klien dalam mengidentifikasi kerugian dari cara yang dilakukan
5. Klien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan.	Setelah 3x interaksi klien dapat mengidentifikasi dan mengungkapkan akibat perilaku kekerasan yang biasa dilakukan : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dimusuhi , dimarah-marahi, dikurung di Rumah 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diskusikan dengan klien akibat carayang dilakukan. ▪ Tanyakan apakah klien ingin belajarcara yang baru dan sehat. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Menyamakan persepsi dalam merespon perilaku yang salah . ▪ Membantu klien mencari cara yang terbaik..
6. Klien mendapat mengidentifikasi cara yang konstruktif dalam merespon terhadap kemarahan.	Setelah 3x pertemuan klien dapat mengidentifikasi cara yang konstruktif dalam merespon kemarahannya :	<ol style="list-style-type: none"> Tanyakan pada klien apakah dia mengetahui cara lain yang lebih sehat. Beri reinforcement positif jika klien mengetahui cara lain yang sehat. Diskusikan dengan klien cara lain yang sehat : 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifikasi pengetahuan dan keinginan klien untuk melakukan cara yang sehat. ▪ Sebagai motivasi untuk melakukan perilaku yang sehat.

	<ul style="list-style-type: none"> Mampu menjelaskan kembali 2 dari 4 cara marah yang sehat. 	<ul style="list-style-type: none"> Secara fisik : tarik napas dalam jika sedang kesal atau memukul bantal atau olahraga atau pekerjaan yang memerlukan tenaga Secara verbal : katakan bahwa anda sedang kesal / tersinggung / jengkel : saya marah, karena mama tidakenuhi keinginan saya. Secara sosial : latihan dalam kelompok – kelompok cara marah yang sehat : latihan asertif, latihan manajemen perilaku kekerasan. Secara spiritual : sembahyang, berdoa atau ibadah lain : meminta kepada Tuhan agar diberi kesabaran dan mengadu kepada-Nya bila sedang jengkel / kesal. 	<ul style="list-style-type: none"> Di dapatkannya cara lain yang sehat yang akan membantu klien untuk mencari cara yang adaptif dalam mengekspresikan marahnya.
7. Klien dapat mendemonstrasikan perilaku yang terkontrol.	<p>Setelah 3x interaksi klien dapat mendemonstrasikan perilaku yang terkontrol :</p> <ul style="list-style-type: none"> Menampilkan cara mengontrol marah secara fisik, verbal, sosial dan spiritual. 	<ul style="list-style-type: none"> Bantu klien memilih cara yang disukai / cocok dengan klien. Anjurkan klien menggunakan cara yang telah dipelajari pada saat klien jengkel / kesal. Diskusikan dengan klien manfaat cara yang telah digunakan. Beri pujian atas keberhasilan klien. 	<ul style="list-style-type: none"> Cara yang cocok akan membuat klien nyaman. Praktek langsung lebih tepat untuk mengetahui manfaat cara yang dilakukan. Identifikasi adanya keuntungan dan kekurangan. Membangkitkan motivasi dan minat klien.
8. Klien dapat dukungan keluarga dalam mengontrol perilaku kekerasan.	<p>Setelah 3x interaksi, keluarga dapat memberi dukungan kepada klien dalam mengontrol perilakunya:</p> <ul style="list-style-type: none"> Terlibat dalam perawatan. Bersedia mengontrol pelaksanaan pengobatan di rumah. Mampu menjelaskan kembali 2 dari 4 cara marah yang sehat. 	<ul style="list-style-type: none"> Buat kontrak dengan keluarga pada saat membawa klien ke RS: <ol style="list-style-type: none"> Pertemuan rutin dengan perawat. Pertemuan dengan keluarga. Bantu keluarga mengidentifikasi kemampuan yang dimiliki : <ol style="list-style-type: none"> Siapa yang dapat diterima klien. Fasilitas yang dimiliki keluarga di rumah. Jelaskan cara merawat klien pada keluarga seperti cara marah yang sehat melalui fisik, verbal, sosial dan spiritual. Latihan keluarga cara merawat klien di rumah dan terapi pengobatan. 	<ul style="list-style-type: none"> Kejelasan waktu, tempat dan topik akan membantu keluarga untuk kooperatif. Perlu dilakukan secara bertahap. Memudahkan pemahaman dan penerimaan. Memberikan wawasan kepada keluarga dalam menggali kemampuan yang ada. Memberikan cara perawatan yang tepat dan mencegah cara yang salah atau kurang tepat.

			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Membiasakan keluarga agar terlatih dalam pelaksanaan di rumah.
9. Klien dapat menggunakan obat yang benar.	<p>Setelah 3x interaksi klien dapat menggunakan obat dengan benar baik jumlah, jenis, waktu dan dosis obat, serta manfaatnya :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Obat diminum sesuai aturan. ▪ Klien mengungkapkan perasaannya selama minum obat. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jelaskan obat yang harus di minum pada klien dan keluarga. ▪ Diskusikan manfaat minum obat dan kerugian minum obat tanpa izin dokter. ▪ Jelaskan prinsip 5 benar obat : baca namayang tertera di label obat, waktu, cara dan kenali warna obatnya. ▪ Anjurkan klien minum obat dan minum obat tepat pada waktunya. ▪ Anjurkan klien melapor pada perawat atau dokter jika merasakan efek yang tidak menyenangkan. ▪ Beri pujian jika klien minum obat. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kejelasan akan membantu klien dan keluarga untuk melaksanakan tindakan yang benar. ▪ Dengan tahu manfaat dan kerugian keluarga dan klien akan lebih perhatian. ▪ Kejelasan akan membantu pelaksanaan tindakan yang benar. ▪ Waktu yang tepat didasari pada kerja dan efektifitas dan penggunaan obat. ▪ Efek obat yang diketahui lebih awal memudahkan penanganan akibat efek tersebut. ▪ Membangkitkan minat dan motivasi.
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Latihan keluarga cara merawat klien di rumah dan terapi pengobatan. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Membiasakan keluarga agar terlatih dalam pelaksanaan di rumah.
9. Klien dapat menggunakan obat yang benar.	<p>Setelah 3x interaksi klien dapat menggunakan obat dengan benar baik jumlah, jenis, waktu dan dosis obat, serta manfaatnya :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Obat diminum sesuai aturan. ▪ Klien mengungkapkan perasaannya selama minum obat. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jelaskan obat yang harus di minum pada klien dan keluarga. ▪ Diskusikan manfaat minum obat dan kerugian minum obat tanpa izin dokter. ▪ Jelaskan prinsip 5 benar obat : baca namayang tertera di label obat, waktu, cara dan kenali warna obatnya. ▪ Anjurkan klien minum obat dan minum obat tepat pada waktunya. ▪ Anjurkan klien melapor pada perawat atau dokter jika merasakan efek yang tidak menyenangkan. ▪ Beri pujian jika klien minum obat. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kejelasan akan membantu klien dan keluarga untuk melaksanakan tindakan yang benar. ▪ Dengan tahu manfaat dan kerugian keluarga dan klien akan lebih perhatian. ▪ Kejelasan akan membantu pelaksanaan tindakan yang benar. ▪ Waktu yang tepat didasari pada kerja dan efektifitas dan penggunaan obat. ▪ Efek obat yang diketahui lebih awal memudahkan penanganan akibat efek tersebut. ▪ Membangkitkan minat dan motivasi.

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI (SOAP)

Nama : NY. R

Tanggal : 17 Januari 2023

Diagnose Keperawatan	Implementasi	Evaluasi
<p>Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran (D.0085)</p>	<p>Tindakan Keperawatan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membina hubungan saling percaya 2. Mengadakan kontak sering dan singkat secara bertahap 3. Mengobservasi tingkah laku klien terkait dengan halusinasinya jika klien sedang berhalusinasi 4. Mendiskusikan dengan klien apa yang dirasakan jika terjadi halusinasi dan beri kesempatan untuk mengungkapkan perasannya 5. Mengidentifikasi Bersama klien cara atau Tindakan yang dilakukan jika terjadi halusinasi 6. Mendiskusikan cara baru untuk memutus/mengontrol timbulnya halusinasi 7. Menganjurkan klien mengikuti terapi aktivitas kelompok, orientasi realita, stimulus persepsi 8. Mendiskusikan dengan klien tentang manfaat dan kerugian tidak minum obat, nama, warna, dosis, cara, efek terapi dan efek samping penggunaan minum obat. 9. Memasukkan kedalam jadwal harian untuk latihan menghardik <p>RTL :</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan sudah mampu menghardik dengan cara menutup telinga sambil mengatakan “pergi..pergi saya tidak mau dengar, kamu suara palsu” <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien terlihat kooperatif • Klien terlihat melamun • Klien terlihat sudah mampu melakukan cara menghardik halusinasi dengan menutup telinga <p>A : SP I halusinasi pendengaran teratasi</p> <p>P : Lanjutkan SP 2 halusinasi pendengaran pada pertemuan berikutnya Evaluasi klien mengontrol halusinasi dengan cara mengahrdik</p>

	Mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap	
Isolasi Sosial (D.0121)	<p>Tindakan Keperawatan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik 2. Menanyakan pada klien tentang penyebab isolasi social: menarik diri 3. Menanyakan pada klien tentang manfaat hubungan social dan kerugian menarik diri 4. Memberikan motivasi dan membantu klien untuk berkenalan dengan orang lain 5. Meningkatkan interaksi klien secara bertahap dengan orang lain 6. Melibatkan klien dalam terapi aktivitas kelompok sosialisasi 7. Mendiskusikan jadwal harian yang dapat dilakukan klien untuk meningkatkan kemampuan klien bersosialisasi 8. Mendiskusikan dengan klien tentang perasaannya setelah berhubungan social dengan orang lain dan kelompok <p>RTL : Mengajarkan klien berinteraksi secara bertahap : berkenalan dengan 1 orang</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan penyebab isolasi sosialnya adalah karena pernah direndahkan pekerjaannya • Klien mengatakan masih merasa malu untuk memulai pembicaraan dengan orang lain • Klien mengatakan sudah memahami cara memperkenalkan diri <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien terlihat menyendiri • Kontak mata kurang • Klien tampak sudah bisa memperkenalkan dirinya <p>A : SP 1 Isolasi Sosial teratasi</p> <p>P : Lanjutkan SP 2 isolasi sosial pada pertemuan berikutnya</p>
Resiko Perilaku Kekerasan (D.0146)	<p>Tindakan Keperawatan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi penyebab, tanda dan gejala perilaku kekerasan dan akibat perilaku kekerasan 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan sudah mengerti tentang perilaku kekerasan <p>O :</p>

	<p>2. Menjelaskan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan latihan fisik</p> <p>3. Latihan mengontrol emosi dengan cara Tarik nafas dalam</p> <p>RTL : Mengajarkan klien latihan fisik 2 (pukul kasur dan bantal)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Klien terlihat gelisah • Klien sudah memahami mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik 1 Tarik nafas dalam <p>A : SP 1 Resiko Perilaku Kekerasan teratasi</p> <p>P : Lanjutkan SP 2 perilaku kekerasan pada pertemuan berikutnya Evaluasi klien cara mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik 1 tarik nafas dalam</p>
--	---	---

Nama : NY. R

Tanggal : 18 Januari 2023

Diagnose Keperawatan	Implementasi	Evaluasi
Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran (D.0085)	<p>Tindakan Keperawatan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membina hubungan saling percaya 2. Mengadakan kontak sering dan singkat secara bertahap 3. Mengobservasi tingkah laku klien terkait dengan halusinasinya jika klien sedang berhalusinasi 4. Mendiskusikan dengan klien apa yang dirasakan jika terjadi halusinasi dan beri kesempatan untuk mengungkapkan perasannya 5. Mengidentifikasi Bersama klien cara atau Tindakan yang dilakukan jika terjadi halusinasi 6. Mendiskusikan cara baru untuk memutus/mengontrol timbulnya halusinasi 7. Menganjurkan klien mengikuti terapi aktivitas kelompok, orientasi realita, stimulus persepsi 8. Mendiskusikan dengan klien tentang manfaat dan kerugian tidak minum obat, nama, warna, dosis, cara, efek terapi dan efek samping penggunaan minum obat. <p>RTL : Mengontrol halusinasi dengan cara melakukan kegiatan/aktivitas harian</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mangatakan sudah mempraktikkan cara mengontrol halusinasi dengan cara mengahardik • Klien mengatakan malu saat berinteraksi dengan orang lain <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien terlihat kooperatif • Klien terlihat mengikuti apa yang diperintahkan perawat • Klien terlihat bercakap-cakap dengan teman walau sedikit malu <p>A : SP 2 halusinasi pendengaran teratasi</p> <p>P : Lanjutkan SP 3 halusinasi pendengaran pada pertemuan berikutnya Evaluasi SP 1 dan SP 2</p>
Isolasi Sosial	Tindakan Keperawatan	S :

(D.0121)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Membina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik 2. Menanyakan pada klien tentang penyebab isolasi social: menarik diri 3. Menanyakan pada klien tentang manfaat hubungan social dan kerugian menarik diri 4. Memberikan motivasi dan membantu klien untuk berkenalan dengan orang lain 5. Meningkatkan interaksi klien secara bertahap dengan orang lain 6. Melibatkan klien dalam terapi aktivitas kelompok sosialisasi 7. Mendiskusikan jadwal harian yang dapat dilakukan klien untuk meningkatkan kemampuan klien bersosialisasi 8. Mendiskusikan dengan klien tentang perasannya setelah berhubungan social dengan orang lain dan kelompok <p>RTL : Mengajarkan klien berinteraksi secara bertahap : berkenalan dengan 2 orang</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan sudah melakukan cara berkenalan dengan perawat • Klien mengatakan senang bisa berkenalan dengan perawat <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien terlihat menyendiri • Klien terlihat sulit memulai pembicaraan dengan orang lain • Klien terlihat malu, kontak mata kurang • Klien terlihat sudah memhami dan mempraktikkan cara berkenalan dengan 1 orang <p>A : SP 2 Isolasi Sosial teratasi</p> <p>P : Lanjutkan SP 3 isolasi sosial pada pertemuan berikutnya Evaluasi SP 1 dan SP 2</p>
Resiko Perilaku Kekerasan (D.0146)	<p>Tindakan Keperawatan</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Mengidentifikasi penyebab, tanda dan gejala perilaku kekerasan dan akibat perilaku kekerasan 5. Menjelaskan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan latihan fisik 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan sudah bisa mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik 2 (pukul kasur dan bantal) • Klien mengatakan bisa “berbicara baik-baik,

	<p>6. Latihan mengontrol emosi dengan cara Tarik nafas dalam</p> <p>RTL : Melatih cara mengontrol kemarahan dengan mempraktikkan cara spiritual (beribadah)</p>	<p>meminta dengan baik, misalnya teman saya mau minta makanan itu boleh kah?"</p> <p>"menolak dengan baik misalnya maaf teman saya sedang sibuk"</p> <p>"mengungkapkan perasaan marah misalnya teman jangan seperti itu saya tidak suka itu membuat say kesal"</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien terlihat mempraktikkan cara mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara bicara yang baik bila sednag marah • Klien mampu mengikuti apa yang diperintahkan perawat <p>A : SP 3 Resiko Perilaku Kekerasan teratasi</p> <p>P : Lakukan evaluai pada SP 1, 2 dan 3</p>
--	--	---

Nama : NY. R

Tanggal : 19 Januari 2023

Diagnose Keperawatan	Implementasi	Evaluasi
<p>Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran (D.0085)</p>	<p>Tindakan Keperawatan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membina hubungan saling percaya 2. Mengadakan kontak sering dan singkat secara bertahap 3. Mengobservasi tingkah laku klien terkait dengan halusinasinya jika klien sedang berhalusinasi 4. Mendiskusikan dengan klien apa yang dirasakan jika terjadi halusinasi dan beri kesempatan untuk mengungkapkan perasannya 5. Mengidentifikasi Bersama klien cara atau Tindakan yang dilakukan jika terjadi halusinasi 6. Mendiskusikan cara baru untuk memutus/mengontrol timbulnya halusinasi 7. Menganjurkan klien mengikuti terapi aktivitas kelompok, orientasi realita, stimulus persepsi 8. Mendiskusikan dengan klien tentang manfaat dan kerugian tidak minum obat, nama, warna, dosis, cara, efek terapi dan efek samping penggunaan minum obat. <p>RTL : Memasukkan ke dalam jadwal harian klien</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan setiap hari jumat mengikuti pengajian dan hari sabtu diadakan senam • Klien mangatakan sudah mampu mengontrol halusinasi dengan cara melakukan kegiatan harian seperti melipat baju, menyapu, merapikan tempat tidur <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien terlihat sudah bisa mengontrol halusinasi • Klien terlihat ikut serta dalam kegiatan tersebut <p>A : SP 3 halusinasi pendengaran teratasi</p> <p>P : Lakukan evaluasi pada SP 1, 2 dan 3</p>
<p>Isolasi Sosial</p>	<p>Tindakan Keperawatan</p>	<p>S :</p>

(D.0121)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Membina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi teraupetik 2. Menanyakan pada klien tentang penyebab isolasi social: menarik diri 3. Menanyakan pada klien tentang manfaat hubungan social dan kerugian menarik diri 4. Memberikan motivasi dan membantu klien untuk berkenalan dengan orang lain 5. Meningkatkan interaksi klien secara bertahap dengan orang lain 6. Melibatkan klien dalam terapi aktivitas kelompok sosialisasi 7. Mendiskusikan jadwal harian yang dapat dilakukan klien untuk meningkatkan kemampuan klien bersosialisasi 8. Mendiskusikan dengan klien tentang perasannya setelah berhubungan social dengan orang lain dan kelompok <p>RTL : Memasukkan ke dalam jadwal harian klien</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan sudah melakukan cara berkenalan dengan dua orang • Klien mengatakan senang bisa berkenalan dengan orang lain tapi masih malu <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien terlihat sudah dapat berkenalan dengan satu orang perawat dan satu orang pasien • Klien terlihat senang <p>A : SP 3 Isolasi Sosial teratasi</p> <p>P : Lakukan evaluasi pada SP 1, 2 dan 3</p>
Resiko Perilaku Kekerasan (D.0146)	<p>Tindakan Keperawatan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi penyebab, tanda dan gejala perilaku kekerasan dan akibat perilaku kekerasan 2. Menjelaskan cara mengontrol 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan sudah memahami cara mengendalikan marah • Klien mengatakan “iya sus, jika saya marah saya akan banyak istifgar”

	<p>perilaku kekerasan dengan latihan fisik</p> <p>3. Latihan mengontrol emosi dengan cara Tarik nafas dalam</p> <p>RTL : Memasukkan ke dalam jadwal harian klien.</p>	<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien terlihat mempraktikkan cara mengendalikan perilaku kekerasan dengan spiritual <p>A : SP 3 Resiko Perilaku Kekerasan teratasi</p> <p>P : Lakukan evaluasi pada SP 1,2 dan 3</p>
--	--	--

B. KASUS 2

I. Identitas diri klien

Inisial : Ny.N

Tanggal Pengkajian : 23 Januari 2023

TTL : 12 Mei 1985

Umur : 38 tahun

Pekerjaan : tidak bekerja

Alamat : Tanjung Priok, Jakarta

Informan : komunikasi dengan klien

II. Keluhan Saat Dikaji

Klien mengatakan masuk ke Yayasan Galuh diantar oleh satpam karena sering mendengar suara teman-temannya yang suka mengajak bermain. Klien dahulunya bekerja sebagai asisten rumah tangga namun merasa malu karena pernah direndahkan oleh tetangganya karena bekerja sebagai asisten rumah tangga. Klien mengatakan setelah direndahkan oleh tetangganya klien menjadi malas berinteraksi dengan orang lain dan malas jika bertemu orang lain.

III. Faktor Predisposisi

1. Gangguan Jiwa dimasa Lalu

Klien mengatakan tidak pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu.

2. Aniaya Fisik

Klien mengatakan tidak pernah mengalami aniaya fisik.

3. Aniaya Seksual

Klien mengatakan tidak pernah mengalami aniaya seksual.

4. Penolakan

Klien mengatakan tidak pernah merasa dikucilkan

5. Kekerasan dalam Keluarga

Klien mengatakan tidak pernah mengalami kekerasan dalam keluarganya.

6. Tindakan Kriminal

Klien tidak pernah melakukan tindakan kriminal

7. Anggota Keluarga yang Mengalami Gangguan Jiwa

Klien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa seperti klien.

- Hubungan keluarga : harmonis, tinggal bersama ayah, ibu, dan adiknya
- Gejala : pasien sering mendengar suara teman-temannya
- Riwayat pengobatan/ perawatan : belum pernah dirawat di RS atau panti sebelumnya

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

8. Pengalaman Masa Lalu yang Tidak Menyenangkan

Pasien mengatakan pernah direndahkan karena pekerjaannya sebagai asisten rumah tangga oleh tetangganya.

IV. Pemeriksaan Fisik

Tanda vital : TD : 120/90 mmHg

N : 80 x/m

S : 36,5 C

P : 18 x/m

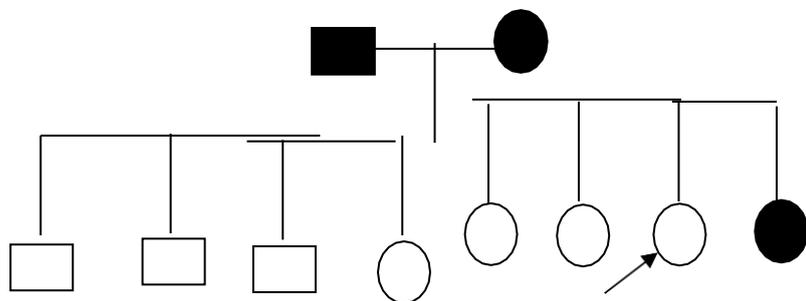
Ukuran : TB : 157 cm BB : 52 Kg

Keluhan Fisik : tidak ada

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah

V. Psikososial

1. Genogram



Keterangan



: Perempuan



: Laki-laki



: Klien



: meninggal

Jelaskan : klien mengatakan anak ke 7 dari 8 bersaudara. Adik perempuan terakhirnya sudah meninggal karena sakit. Ayah dan ibunya juga sudah meninggal karena sakit. Klien merasa sedih jika teringat orang tua dan adiknya.

Masalah keperawatan: Berduka

2. Konsep diri

- a. Gambaran diri : pasien mengatakan menyukai seluruh anggota tubuhnya khususnya bagian bulu mata.
- b. Identitas diri : pasien lulusan SMP dan sempat bekerja sebagai asisten rumah tangga selama kurang lebih 3 tahun.
- c. Peran diri : pasien mengatakan belum menikah jadi harus bekerja untuk dirinya sendiri
- d. Ideal diri : pasien mengatakan ingin segera pulang ingin agar bisa melihat makan ayah dan ibunya
- e. Harga diri : pasien mengatakan pernah direndahkan karena pekerjaannya sebagai asisten rumah tangga oleh tetangganya.

Masalah Keperawatan: Harga diri rendah

3. Hubungan Sosial

- a. Orang yang berarti : Ibu dan ayahnya
- b. Peran serta dalam kegiatan kelompok / masyarakat ; pasien jarang melakukan kegiatan di masyarakat karena sibuk bekerja sebagai asisten rumah tangga.
- c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain ; pasien mengatakan setelah sering direndahkan oleh tetangganya pasien jadi jarang bermain atau berkumpul bersama tengganya.

Masalah keperawatan : Isolasi Sosial

4. Spiritual

- a. Nilai dan keyakinan ; pasien beragama islam dan pasien mengatakan masih suka sholat dan mengikuti pengajian
- b. Kegiatan ibadah ; pasien mengatakan masih suka sholat walaupun jarang-jarang dan pasien juga sering mengikuti kegiatan pengajian yang dilakukan di mushola Yayan Galuh setiap hari jumat.

IV. Status Mental

1. Penampilan

- Tidak rapih
- Penggunaan pakaian tidak sesuai
- Cara berpakaian seperti biasa

Jelaskan : Klien terlihat rapih, terdapat luka kering dibagian kaki dan tangan akibat terlalu sering terkena sabun, karena terlalu sibuk bekerja. Klien mandi 1x sehari dan jarang mencuci rambutnya.

Masalah keperawatan : Defisit Perawatan Diri

2. Pembicaraan

Cepat Keras Gagap Inkoheren

Apatis Lambat Membisu Tidak

mampu memulai pembicaraan

Jelaskan : klien berbicara dengan suara normal walaupun agak melantur

Masalah keperawatan : tidak ada masalah

3. Aktivitas motorik

Lesu Tegang Gelisah Agi

Tik Grimasen Tremor Kompulsi

Jelaskan : Klien terlihat gelisah ketika mendengar suara teman-temannya

Masalah keperawatan : Halusinasi pendengaran

4. Alam perasaan

Sedih Ketakutan Putus asa Khawatir Gembira

berlebihan

Jelaskan : klien mengatakan dirinya tidak merasakan apapun “biasa saja”

Masalah keperawatan : tidak ada masalah

5. Afek

Datar Tumpul Labil Tidak sesuai

Jelaskan : ekspresi klien terlihat datar dan biasa saja kadang tiba-tiba menjadi diam saat berinteraksi.

Masalah keperawatan : Isolasi sosial

6. Interaksi selama wawancara

Bermusuhan Tidak kooperatif Mudah
 tersinggung

Kontak mata (-) Defensif Curiga

Jelaskan : klien tampak kooperatif selama dilakukan wawancara

Masalah keperawatan : tidak ada masalah

7. Persepsi

Pendengaran Penglihatan
 Perabaan Pengecapan Penghiduan

Jelaskan : Klien mengatakan sering mendengar suara teman-temannya yang mengajak bermain

Masalah keperawatan : Halusinasi pendengaran

8. Proses pikir

Sirkumtansial Tangensial Kehilangan
 Asosiasi Flight of idea Blocking
 Pengulangan Pembicaraan

Jelaskan : pada saat berinteraksi klien sering berulang kali menyebut kalimat yang sama

Masalah keperawatan : tidak ada masalah

Jelaskan : Klien sering mengatakan saat ini masih bekerja sebagai ART dan menjadi kesayangan bosnya di Yayasan Galuh.

Masalah keperawatan : Tidak ditemukan masalah

12. Tingkat konsentrasi dan berhitung

Mudah beralih Tidak mampu konsentrasi

Tidak mampu berhitung sederhana

Jelaskan : Klien mampu berhitung dan konsentrasi namun sesekali mudah beralih

Masalah keperawatan : tidak di temukan masalah

13. Kemampuan penilaian

Gangguan ringan Gangguan bermakna

Jelaskan : Klien kadang-kadang tidak mampu menilai sesuatu

Masalah keperawatan : tidak di temukan masalah

14. Daya tilik diri

Mengingkari penyakit yang diderita Menyalahkan hal-hal diluar dirinya

Jelaskan : Klien tampak meyakini bahwa dirinya tidak mengalami sakit jiwa

Masalah keperawatan : Tidak di temukan masalah

VII. Kebutuhan persiapan pulang

1. Makan

Bantuan minimal

Bantuan total

2. BAB/BAK

Bantuan minimal

Bantuan total

Jelaskan : Klien dapat melakukan aktivitas sendiri

Masalah keperawatan : Tidak di temukan masalah

3.

Mandi

Bantuan minimal

Bantuan total

Jelaskan : klien dapat melakukan mandi sendiri

Masalah keperawatan : tidak ada masalah

4. Berpakaian / berhias

Bantuan minimal

Bantuan total

Jelaskan : Klien dapat berpakaian secara mandiri, dan klien selalu mengganti bajunya

Masalah keperawatan : tidak ada masalah

5. Istirahat dan tidur

Tidur siang lama : 15.00 s/d 16.00

Tidur malam lama : 21.00 s/d 04.30

Kegiatan sebelum / sesudah tidur : merapikan tempat

tidur

6. Penggunaan obat

 Bantuan minimal Bantuan total

7. Pemeliharaan kesehatan

Perawatan lanjutan Ya TidakPerawatan pendukung Ya Tidak

8. Kegiatan di dalam rumah

Mempersiapkan makanan Ya
TidakMenjaga kerapian rumah Ya
TidakMencuci pakaian Ya
TidakPengaturan ruangan Ya
Tidak

9. Kegiatan di luar rumah

Belanja Ya
Tidak Transportasi Ya
Tidak Lain-lain Ya
Tidak

Jelaskan :

Masalah keperawatan : Tidak di temukan masalah

VIII. Mekanisme koping

Adaptif	Maladaptif
<input type="checkbox"/> Bicara dengan orang lain	<input type="checkbox"/> Minum alkohol
<input type="checkbox"/> Mampu menyelesaikan masalah	<input type="checkbox"/> Reaksi lambat/berlebih
<input type="checkbox"/> Teknik relaksasi	<input type="checkbox"/> Bekerja berlebihan
<input type="checkbox"/> Aktifitas konstruktif	<input type="checkbox"/> Menghindar
<input type="checkbox"/> Olah raga	<input type="checkbox"/> Mencederai diri
<input type="checkbox"/> Lainnya	<input type="checkbox"/> Menghindar

Masalah keperawatan : klien masih sering mendengar suara-suara temannya yang mengajaknya bermain

Masalah : Halusinasi pendengaran

IX. Masalah Psikososial dan Lingkungan

- Masalah dengan dukungan kelompok, spesifik
Mempunyai masalah dengan tetangganya karena merendahkan pekerjaannya
- Masalah berhubungan dengan lingkungan, spesifik
Mempunyai masalah dengan tetangganya karena merendahkan pekerjaannya
- Masalah dengan pendidikan, spesifik
Klien mengatakan hanya lulusan SMP sehingga merasa malu

Masalah dengan pekerjaan, spesifik

Klien setelah direndahkan pekerjaannya, kadang merasa malu

Masalah dengan perumahan, spesifik

Tidak di temukan

Masalah ekonomi, spesifik

Tidak ditemukan

Masalah dengan pelayanan kesehatan, spesifik

Tidak di temukan

Masalah lainnya, spesifik

Tidak di temukan

Masalah keperawatan : Harga Diri Rendah, Isolasi Sosial

X. Pengetahuan kurang tentang

Penyakit jiwa

Sistem pendukung

Faktor predisposisi

Penyakit fisik

Koping

Obat-obatan

Masalah keperawatan : Defisit Pengetahuan

XI. Aspek Medik

Diagnosa medis : Skizofrenia

Terapi Medis : Heximer 2mg, cepezet

DATA FOKUS

Data Subjektif	Data Objektif
<ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan sering mendengar suara teman-temannya • Klien mengatakan suafa teman-temannya mengajak bermain • Klien mengatakan suara teman-temannya mengucapkan “Halo” • Klien mengatakan suara itu muncul saat klien sedang sendirian • Klien mengatakan pernah direndahkan karena pekerjaannya sebagai asisten rumah tangga • Klien mengatakan malu karena pekerjaannya • Klien mengatakan setelah direndahkan tentang pekerjaannya klien menjadi malas berinteraksi dengan orang lain • Klien mengatakan bila bertemu orang lain klien tidak ingin banyak berbicara 	<ul style="list-style-type: none"> • Klien terlihat mengibaskan tangan di area telinganya • Klien terlihat menutup telinga • Klien terlihat gelisah • Klien terlihat menunduk saat menceritakan pekerjaannya • Klien terlihat mengalihkan pandangan ketika ditanya mengenai pekerjaannya • Klien terlihat menyendiri • Klien terlihat tidak banyak berinteraksi dengan orang lain • Klien terlihat menghindar saat didekati • Klien terlihat sering melamun • Klien terlihat malu, kontak mata kurang

ANALISA DATA

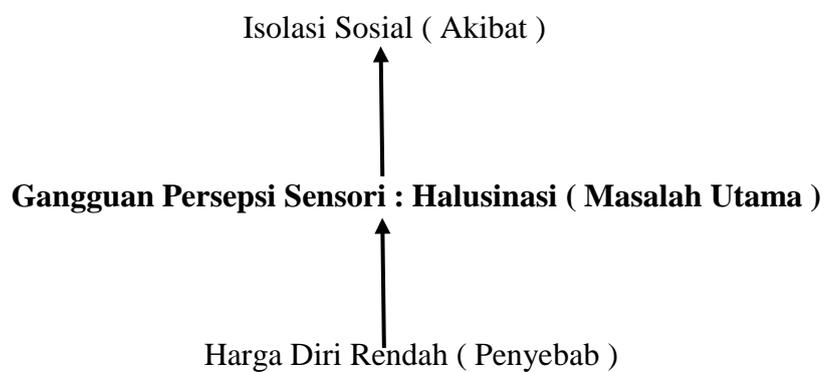
NO	DATA	MASALAH
	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan sering mendengar suara teman-temannya • Klien mengatakan suara teman-temannya mengajak bermain • Klien mengatakan suara teman-temannya mengucapkan “Halo” • Klien mengatakan suara itu muncul saat klien sedang sendirian <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien terlihat mengibaskan tangan di area telinganya • Klien terlihat menutup telinga • Klien terlihat gelisah 	Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran
	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan pernah direndahkan karena pekerjaannya sebagai asisten rumah tangga • Klien mengatakan malu karena pekerjaannya <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien terlihat menunduk saat menceritakan pekerjaannya • Klien terlihat mengalihkan pandangan ketika ditanya mengenai pekerjaannya 	Harga Diri Rendah
	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan setelah direndahkan tentang pekerjaannya klien menjadi malas berinteraksi dengan orang lain • Klien mengatakan bila bertemu orang lain klien tidak ingin banyak berbicara <p>DO:</p>	Isolasi social

	<ul style="list-style-type: none">• Klien terlihat menyendiri• Klien terlihat tidak banyak berinteraksi dengan orang lain• Klien terlihat menghindar saat didekati• Klien terlihat sering melamun• Klien terlihat malu, kontak mata kurang	
--	--	--

Daftar masalah keperawatan :

1. Gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran
2. Harga diri rendah
3. Isolasi social

POHON MASALAH



RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN
GANGGUAN PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI

Tujuan	Kriteria evaluasi	Intervensi	Rasionalisasi
<p>TUM : Klien dapat membedakan antara halusinasi dengan realita. TUK : 1. Klien dapat membina hubungan saling percaya.</p>	<p>2. Setelah 3x interaksi klien menunjukkan tanda-tanda percaya kepada perawat :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ekspresi wajah bersahabat. ▪ Menunjukkan rasa senang. ▪ Ada kontak mata. ▪ Mau berjabat tangan. ▪ Mau menyebutkan nama. ▪ Mau menjawab salam. ▪ Mau duduk berdampingan dengan perawat. ▪ Bersedia mengungkapkan masalah yang dihadapi. 	<p>Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sapa klien dengan ramah baik verbal dan non verbal. ▪ Perkenalkan nama, nama panggilan dan tujuan perawat berkenalan. ▪ Tanyakan nama lengkap dan nama panggilan yang disukai klien. ▪ Buat kontrak yang jelas. ▪ Tunjukkan sikap jujur. dan menepati janji setiap kali interaksi. ▪ Tunjukkan sikap empati dan menerima apa adanya. ▪ Beri perhatian pada klien dan perhatikan kebutuhan dasar klien. ▪ Tanyakan perasaan klien dan masalah yang dihadapi klien. ▪ Dengarkan dengan penuh perhatian ekspresi perasaan klien. 	<p>Bila sudah terbina hubungan saling percaya diharapkan klien dapat kooperatif, sehingga pelaksanaan asuhan keperawatan dapat berjalan dengan baik.</p>
<p>2. Klien dapat mengenal halusinasinya</p>	<p>2. Setelah 3x interaksi klien menyebutkan :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Isi ▪ Waktu ▪ Frekuensi ▪ Situasi dan kondisi yang menimbulkan halusinasi 	<p>2.3 Adakan kontak sering dan singkat secara bertahap</p> <p>2.4 Observasi tingkah laku klien terkait dengan halusinasinya, jika klien sedang berhalusinasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tanyakan apakah klien mengalami sesuatu (halusinasi dengar/ lihat/ penghidu/ raba/ kecap). ▪ Jika klien menjawab ya, tanyakan apa yang sedang dialaminya. ▪ Katakan bahwa perawat percaya klien mengalami hal tersebut, namun perawat sendiri tidak mengalaminya (dengan nada bersahabat tanpa menuduh atau menghakimi). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kontak sering dan singkat selain upaya membina hubungan saling percaya, juga dapat memutuskan halusinasi. ▪ Mengenal perilaku pada saat halusinasi timbul, memudahkan perawat dalam melakukan intervensi. ▪ Mengenal halusinasi memungkinkan klien untuk menghindari faktor pencetus timbulnya halusinasinya.

	<p>3. Setelah 3x interaksi klien menyatakan perasaan dan responnya saat mengalami halusinasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Marah ▪ Takut ▪ Sedih ▪ Senang ▪ Cemas ▪ Jengkel 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Katakan bahwa ada klien lain yang mengalami hal yang sama. ▪ Katakan bahwa perawat akan membantu klien. <p>Jika klien sedang berhalusinasi klarifikasi tentang adanya pengalaman halusinasi, diskusikan dengan klien :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Isi, waktu dan frekuensi terjadinya halusinasi (pagi, siang, sore, malam atau sering dan kadang-kadang). ▪ Situasi dan kondisi yang menimbulkan atau tidak menimbulkan halusinasi. <p>2.4 Diskusikan dengan klien apa yang dirasakan jika terjadi halusinasi dan beri kesempatan untuk mengungkapkan perasaannya.</p> <p>2.5 Diskusikan dengan klien apa yang dilakukan untuk mengatasi perasaan tersebut.</p> <p>2.6 Diskusikan tentang dampak yang akan dialaminya bila klien menikmati halusinasinya.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dengan mengetahui waktu, isi dan frekuensi munculnya halusinasi mempermudah tindakan keperawatan yang akan di lakukan perawat. ▪ Untuk mengidentifikasi pengaruh halusinasi pasien. ▪ Untuk mengetahui koping yang digunakan oleh klien. ▪ Agar klien mengetahui akibat dari menikmati halusinasi sehingga klien meminimalisir halusinasinya.
<p>3. Klien dapat mengontrol halusinasinya.</p>	<p>3. Setelah 3x interaksi klien menyebutkan tindakan yang biasanya dilakukan untuk mengendalikan halusinasinya.</p> <p>4. Setelah 3x interaksi klien menyebutkan cara baru mengontrol halusinasi.</p>	<p>Identifikasi bersama klien cara atau tindakan yang dilakukan jika terjadi halusinasi (tidur, marah, menyibukkan diri, dll).</p> <p>Diskusikan cara yang digunakan klien :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Jika cara yang digunakan adaptif beri pujian. ▪ Jika cara yang digunakan maladaptif diskusikan kerugian caratersebut. <p>Diskusikan cara baru untuk memutus/ mengontrol timbulnyahalusinasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Katakan pada diri sendiri bahwa ini tidak nyata (“saya tidak mau dengar/ lihat/ penghidu/ raba/ kecap”) pada saat halusinasiterjadi. ▪ Menemui orang lain perawat/ teman/ anggota keluarga) untuk menceritakan halusinasinya. ▪ Membuat dan melaksanakan jadwal kegiatan sehari-hari yang telah disusun. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Upaya untuk memutuskan siklus halusinasi sehingga halusinasi tidakberlanjut. ▪ Resinforcement positif dapat meningkatkan harga diri klien. ▪ Memberikan alternatif pilihan bagi klien untuk mengontrol lingkungan.

	<p>6. Setelah 3x interaksi klien dapat memilih dan memperagakan cara mengatasi halusinasi (dengar/ lihat/ penghidu/ raba/ kecap).</p> <p>7. Setelah 3x interaksi klien melaksanakan cara yang telah dipilih untuk mengendalikan halusinasinya.</p> <p>8. Setelah 3x pertemuan klien mengikuti terapi aktivitas kelompok.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Meminta keluarga/ teman/ perawat menyapa jika sedang berhalusinasi. 4. Bantu klien memilih cara yang sudah diajarkan dan latih untuk mencobanya. 5. Beri kesempatan untuk melakukan cara yang dipilih dan dilatih. 6. Pantau pelaksanaan yang telah dipilih dan dilatih, jika berhasil beri pujian. <p>Anjurkan klien mengikuti terapi aktivitas kelompok, orientasi realita, stimulasi persepsi.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Memotivasi dapat meningkatkan kegiatan klien untuk mencoba memilih salah satu cara mengendalikan halusinasi dan dapat meningkatkan harga diri klien. ▪ Memberi kesempatan kepada klien untuk mencoba cara yang sudah di pilih. <p>Stimulasi persepsi dapat mengurangi perubahan interpretasi realitas klien akibat halusinasi.</p>
<p>4. Klien dapat dukungan dari keluarga dalam mengontrol halusinasinya.</p>	<p>3. Setelah 3x pertemuan keluarga, keluarga menyatakan setuju untuk mengikuti pertemuan dengan perawat.</p> <p>4. Setelah 3x interaksi keluarga menyebutkan pengertian, tanda dan gejala, proses terjadinya halusinasi dan tindakan untuk mengendalikan halusinasi.</p>	<p>3. Buat kontrak dengan keluarga untuk pertemuan (waktu, tempat, dan topik).</p> <p>4. Diskusikan dengan keluarga (pada saat pertemuan keluarga/ kunjungan rumah).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pengertian halusinasi ▪ Tanda dan gejala halusinasi. ▪ Cara yang dapat dilakukan klien dan keluarga untuk memutus halusinasi. ▪ Obat-obatan halusinasi. ▪ Cara merawat anggota keluarga yang halusinasi di rumah (beri kegiatan, jangan biarkan sendiri, makan bersama, bepergian bersama, memantau obat-obatan dan cara pemberiannya untuk mengatasi halusinasi). ▪ Beri informasi waktu kontrol ke rumah sakit dan bagaimana cara mencari bantuan jika halusinasi tidak dapat diatasi di rumah. 	<p>Untuk mendapatkan bantuan keluarga mengontrol halusinasi.</p> <p>Untuk mengetahui pengetahuan keluarga dan meningkatkan kemampuan pengetahuan tentang halusinasi</p> <p>Agar keluarga dapat merawat klien atau anggota keluarga lain yang berhalusinasi di rumah</p> <p>Keluarga klien menjadi tahu cara mencari bantuan jika halusinasi tidak dapat diatasi di rumah.</p>

<p>5. Klien dapat memanfaatkan obat dengan baik.</p>	<p>4. Setelah 3x interaksi klien menyebutkan :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Manfaat minum obat ▪ Kerugian tidak minum obat ▪ Nama, warna, dosis, efek terapi dan efek samping obat <p>5. Setelah 3x interaksi klien mendemonstrasikan penggunaan obat dengan benar.</p> <p>6. Setelah 3x interaksi klien menyebutkan akibat minum obat tanpa konsultasi dokter.</p>	<p>5. Diskusikan dengan klien tentang manfaat dan kerugian tidak minum obat, nama, warna, dosis, cara, efek terapi dan efek samping penggunaan minum obat. Pantau klien saat penggunaan obat</p> <p>6. Beri pujian jika klien menggunakan obat dengan benar.</p> <p>7. Diskusikan akibat berhenti minum obat tanpa konsultasi dengan dokter.</p> <p>8. Anjurkan klien untuk konsultasi kepada dokter/ perawat jika terjadi hal-hal yang tidak diinginkan.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dengan menyebutkan dosis, frekuensi dan manfaat obat, diharapkan klien melaksanakan program pengobatan. ▪ Menilai kemampuan klien dalam pengobatannya sendiri. ▪ Program pengobatan dapat berjalan sesuai rencana. ▪ Dengan mengetahui prinsip penggunaan obat, maka kemandirian klien untuk pengobatan dapat ditingkatkan secara bertahap
--	--	---	---

RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN
ISOLASI SOSIAL

Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria evaluasi	Intervensi	Rasional
Isolasi sosial TUM : Klien dapat meningkatkan hubungan sosial	TUK : 1. Klien dapat membina hubungan saling percaya.	2. Setelah 3x interaksi klien menunjukkan tanda- tanda percaya kepada perawat : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ekspresi wajah bersahabat. ▪ Menunjukkan rasa senang. ▪ Ada kontak mata. ▪ Mau berjabat tangan. ▪ Mau menyebutkan nama. ▪ Mau menjawab salam. ▪ Mau duduk berdampingan dengan perawat. ▪ Bersedia mengungkapkan masalah yang dihadapi. 	Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sapa klien dengan ramah baik verbal dan nonverbal. ▪ Perkenalkan nama, nama panggilan dan tujuan perawat berkenalan. ▪ Tanyakan nama lengkap dan nama panggilannya disukai klien. ▪ Buat kontrak yang jelas. ▪ Tunjukkan sikap jujur dan menepati janji setiap kali interaksi. ▪ Tunjukkan sikap empati dan menerima apa adanya. ▪ Beri perhatian pada klien dan perhatikan kebutuhan dasar klien. ▪ Tanyakan perasaan klien dan masalah yang dihadapi klien. ▪ Dengarkan dengan penuh perhatian ekspresi perasaan klien. 	Hubungan saling percaya merupakan dasar dari terjadinya komunikasi terapeutik sehingga akan memfasilitasi dalam pengungkapan perasaan, emosi, dan harapan klien
	2. Klien mampu menyebutkan penyebab menarik diri	Setelah 3x interaksi klien dapat menyebutkan minimal satu penyebab menarik diri dari: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Diri sendiri ▪ Orang lain ▪ lingkungan 	2. Tanyakan pada klien tentang: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Orang yang tinggal serumah/sekamar dengan klien ▪ Orang yang paling dekat dengan klien di rumah/ di ruang perawatan ▪ Apa yang membuat klien dekat dengan orang tersebut 	Bila klien sudah mau mengungkapkan semua perasaannya akan mempermudah perawat melaksanakan asuhan keperawatannya.

			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Orang yang tidak dengan klien di rumah/ diruang perawatan ▪ Apa yang membuat klien tidak dekat dengan orang tersebut ▪ Upaya yang sudah dilakukan agar dekat dengan orang lain <p>4. Diskusikan dengan klien penyebab dan akibat menarik diri</p> <p>5. Beri pujian terhadap kemampuan klien mengungkapkan perasaannya</p>	<p>Untuk mengidentifikasi apa yang menyebabkan klien menarik diri dan untuk menilai perasaan klien bila tidak berinteraksi</p> <p>Untuk meningkatkan harga diri dan percaya diri klien</p>
	3. Klien mampu menyebutkan keuntungan berhubungan sosial dan kerugian menarik diri	<p>Setelah 3x interaksi klien dapat menyebutkan keuntungan berhubungan sosial, misalnya:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Banyak teman ▪ Tidak kesepian ▪ Bisa diskusi ▪ Saling menolong <p>Dan kerugian menarik diri, misalnya: Sendiri, kesepian, tidak bisa diskusi</p>	<p>4. Tanyakan pada klien tentang manfaat hubungan sosial dan kerugian menarik diri</p> <p>5. Diskusikan bersama klien tentang manfaat berhubungan sosial dan kerugian menarik diri</p> <p>6. Beri pujian terhadap kemampuan klien mengungkapkan perasaannya</p>	<p>Tingkat pengetahuan membantu perawat mengarahkan klien untuk berhubungan dengan orang lain. Mengidentifikasi kemampuan yang dimiliki klien dan untuk meningkatkan harga diri dan percaya diri klien. Reinforcement positif akan menambah rasa percaya diri klien.</p>
	4. Klien dapat melaksanakan hubungan sosial secara bertahap	Setelah 3x interaksi klien dapat melaksanakan hubungan sosial secara bertahap dengan : perawat, perawat lain, klien lain, dan kelompok	<p>4. Beri motivasi dan Bantu klien untuk berkenalan dengan : perawat lain, klien lain, dan kelompok.</p> <p>5. Tingkatkan interaksi klien secara bertahap dengan perawat lain, klien lain, dan kelompok</p> <p>6. Libatkan klien dalam terapi aktivitas kelompok sosialisasi</p>	<p>Dengan berhubungan secara bertahap, diharapkan klien mampu mengadopsi perilaku tersebut dan memudahkan klien mengingat hubungan yang telah dilakukan. Melakukan hubungan secara bertahap mengurangi kecemasan klien dalam berhubungan</p>

				dengan orang lain dan meminimalkan kekecewaan dan meningkatkan percaya diri dalam berhubungan dengan orang lain Melibatkan klien dalam aktivitas kelompok akan membuat klien
			<p>7. Diskusikan jadwal harian yang dapat dilakukan klien untuk meningkatkan kemampuan klien bersosialisasi</p> <p>8. Beri motivasi klien untuk melakukan kegiatan sesuai dengan jadwal yang telah dibuat</p> <p>9. Beri pujian terhadap kemampuan klien memperluas pergaulannya melalui aktivitas yang telah dilaksanaka</p>	<p>merasa diperlukan dan merasa harga dirinya bertambah</p> <p>Meningkatkan rasa percaya diri klien, sehingga klien akan mengulangi perbuatan yang serupa</p>
	5. Klien mampu menjelaskan perasaannya setelah berhubungan sosial	Setelah 3x interaksi klien dapat menjelaskan perasaannya setelah berhubungan sosial dengan : orang lain,dan kelompok.	<p>3 Diskusikan dengan klien tentang perasaannya setelah berhubungan sosial dengan orang laindan kelompok</p> <p>4 Beri pujian terhadap kemampuan klien mengungkapkan perasannya</p>	<p>Dengan mengetahui perasaan klien akan mempermudah perawat untuk melakukan intervensi selanjutnya dan untuk menilai kepuasan klien dan hambatan dalam berhubungan denganorang lain. Meningkatkan harga diri klien dan memotovasi klien untuk berhubungan dengan orang lain</p>

	<p>6. Klien mendapat dukungan dari keluarga dalam memperluas hubungan sosial</p>	<p>3. Setelah 3x pertemuan keluarga dapat menjelaskan tentang :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pengertian menarik diri ▪ Tanda dan gejala menarik diri ▪ Penyebab dan akibat menarik diri ▪ Cara merawat klien menarik diri <p>4. Setelah 3x pertemuan keluarga dapat mempraktekkan cara merawat klien menarik diri</p>	<p>8. Diskusikan pentingnya peran serta keluarga sebagai pendukung untuk mengatasi perilaku menarik diri</p> <p>9. Diskusikan potensi keluarga untuk membantu klien mengatasi perilaku menarik diri</p> <p>10. Jelaskan pada keluarga tentang :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pengertian menarik diri ▪ Tanda dan gejala menarik diri ▪ Penyebab dan akibat menarik diri <p>11. Latih keluarga cara merawat klien menarik diri</p> <p>12. Tanyakan perasaan keluarga setelah mencoba cara yang telah dilatih</p> <p>13. Beri motivasi keluarga agar membantu klien untuk bersosialisasi</p> <p>14. Beri pujian terhadap keluarga atas keterlibatannya merawat klien di rumah sakit</p>	<p>Dukungan keluarga, mendukung proses perubahan perilaku menarik diri yang dialami klien.</p> <p>Untuk meningkatkan motivasi klien dalam berhubungan dengan orang lain Untuk memberikan pengetahuan kepada keluarga sehingga keluarga dapat memahami cara yang tepat dalam menangani klien dan pentingnya perhatian keluarga. Agar keluarga dapat merawat klien di rumah secara mandiri.</p> <p>Untuk meningkatkan motivasi klien dalam berhubungan dengan orang lain Untuk memotivasi keluarga agar terus membantu klien</p>
--	--	---	--	--

RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN
GANGGUAN KONSEP DIRI : HARGA DIRI RENDAH

Tujuan	Kriteria Evaluasi	Intervensi	Rasionalisasi
<p>TUM : Klien dapat meningkatkan harga dirinya.</p> <p>TUK : 1. Klien dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat</p>	<p>1. Setelah 3xinteraksi, klien menunjukkan ekspresi wajah bersahabat, menunjukkan rasa senang, ada kontak mata, mau berjabat tangan, mau menyebutkan nama, mau menjawab salam, klien mau duduk berdampingan dengan perawat, mau mengutarakan masalah yang dihadapi</p>	<p>1.1 Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi teraupetik:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sapa klien dengan ramah baik verbal maupun nonverbal ▪ Perkenalkan diri dengan sopan ▪ Tanyakan nama lengkap dan nama panggilan yang disukai klien ▪ Jelaskan tujuan pertemuan ▪ Jujur dan menepati janji ▪ Tunjukkan sikap empati dan menerima klien apa adanya ▪ Beri perhatian dan perhatikan kebutuhan dasar klien 	<p>Perasaan aman dan percaya dapat membantu klien mengungkapkan perasaan, pemikiran dan permasalahannya</p>
<p>2. Klien dapat mengidentifikasi aspek positif dan kemampuan yang dimiliki</p>	<p>2. Setelah 3x interaksi klien menyebutkan:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aspek positif dan kemampuan yang dimiliki klien ▪ Aspek positif keluarga ▪ Aspek positif lingkungan 	<p>2.1. Diskusikan dengan klien tentang:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aspek positif yang dimiliki klien, keluarga, lingkungan ▪ Kemampuan yang dimiliki klien <p>2.2. Bersama klien buat daftar tentang:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aspek positif klien, keluarga, lingkungan ▪ Kemampuan yang dimiliki klien <p>2.3. Beri pujian yang realistis, hindarkan memberipenilaiannegatif.</p>	<p>Pengungkapan tentang kemampuan diri diperlukan untuk merubah diri klien dan tindakan selanjutnya.</p>
<p>3. Klien dapat menilai kemampuan yang dimiliki untuk dilaksanakan</p>	<p>3. Setelah 3x interaksi Klien Menyebutkan kemampuan yang Dapat Dilaksanakan</p>	<p>3.1. Diskusikan dengan klien kemampuan yang dapat dilaksanakan</p> <p>3.2. Diskusikan kemampuan yang dapat dilanjutkan pelaksanaannya</p>	<p>Penilaian klien terhadap positif dirinya bisa membantu aktualisasi diri</p>

4. Klien dapat merencanakan kegiatan sesuai dengan kemampuan yang dimiliki	4. Setelah 3x interaksi klien membuat rencana kegiatan harian	<p>4.1. Rencanakan bersama klien aktivitas yang dapat dilakukan setiap hari sesuai dengan kemampuan klien:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kegiatan mandiri ▪ Kegiatan dengan bantuan <p>4.2 Tingkatkan kegiatan sesuai kondisi klien</p> <p>4.3. Beri contoh cara pelaksanaan kegiatan yang dapat klien lakukan.</p>	<p>Perencanaan yang baik membantu klien memilih potensi mana yang ingin dia kembangkan</p> <p>Melatih klien untuk melaksanakan kegiatan yang dapat klien lakukan</p>
5. Klien dapat melakukan kegiatan sesuai rencana yang dibuat	5. Setelah 3x interaksi klien melakukan kegiatan sesuai jadwal yang dibuat	<p>5.1 Anjurkan klien untuk melaksanakan kegiatan yang telah direncanakan</p> <p>5.2 Pantau kegiatan yang dilaksanakan klien</p> <p>5.3 Beri pujian atas usaha yang dilakukan klien.</p> <p>5.4 Diskusikan kemungkinan pelaksanaan kegiatan setelah pulang</p>	<p>Implementasi dapat membuat klien semakin yakin dengan positif dirinya.</p> <p>Meningkatkan harga diri klien</p>
6. Klien dapat memanfaatkan sistem pendukung yang ada	6. Setelah 3x interaksi klien memanfaatkan sistem pendukung keluarga yang ada dikeluarga	<p>6.1 Beri pendidikan kesehatan pada keluarga tentang cara merawat klien dengan harga diri rendah</p> <p>6.2 Bantu keluarga memberikan dukungan selam klien dirawat.</p> <p>6.3 Bantu keluarga menyiapkan lingkungan dirumah.</p>	<p>Dukungan yang terbaik bagi klien adalah orang sekitarnya terutama keluarganya.</p> <p>Dukungan keluarga dapat membantu meningkatkan harga diri klien</p>

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI (SOAP)

Nama : NY. N

Tanggal : 23 Januari 2023

Diagnose Keperawatan	Implementasi	Evaluasi
<p>Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran (D.0085)</p>	<p>Tindakan Keperawatan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membina hubungan saling percaya 2. Mengadakan kontak sering dan singkat secara bertahap 3. Mengobservasi tingkah laku klien terkait dengan halusinasinya jika klien sedang berhalusinasi 4. Mendiskusikan dengan klien apa yang dirasakan jika terjadi halusinasi dan beri kesempatan untuk mengungkapkan perasannya 5. Mengidentifikasi Bersama klien cara atau Tindakan yang dilakukan jika terjadi halusinasi 6. Mendiskusikan cara baru untuk memutus/mengontrol timbulnya halusinasi 7. Menganjurkan klien mengikuti terapi aktivitas kelompok, orientasi realita, stimulus persepsi 8. Mendiskusikan dengan klien tentang manfaat dan kerugian tidak minum obat, nama, warna, dosis, cara, efek terapi dan efek samping penggunaan minum obat. <p>RTL : Melatih cara mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan halusinasinya sudah tidak terlalu sering muncul • Klien mengatakan saat terjadi halusinasi klien mnghardik halusinasi tersebut sambil menutup telinga • Klien mengatakan sudah mengerti cara menghardik <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mampu menyebutkan apa yang di alami • Klien terlihat kooperatif • Klien dapat melakukan cara untuk mengontrol halusinasi dengan cara menghardik <p>A : SP 1 halusinasi pendengaran teratasi</p> <p>P : Lanjutkan SP 2 halusinasi pendengaran pada pertemuan berikutnya</p>

Isolasi Sosial(D.0121)	<p>Tindakan Keperawatan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi teraupetik 2. Menanyakan pada klien tentang penyebab isolasi social: menarik diri 3. Menanyakan pada klien tentang manfaat hubungan social dan kerugian menarik diri 4. Memberikan motivasi dan membantu klien untuk berkenalan dengan orang lain 5. Meningkatkan interaksi klien secara bertahap dengan orang lain 6. Melibatkan klien dalam terapi aktivitas kelompok sosialisasi 7. Mendiskusikan jadwal harian yang dapat dilakukan klien untuk meningkatkan kemampuan klien bersosialisasi 8. Mendiskusikan dengan klien tentang perasannya setelah berhubungan social dengan orang lain dan kelompok <p>RTL : Mengajarkan klien berinteraksi secara bertahap : berkenalan dengan perawat lain</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan sudah mengetahui keuntungan berhubungan sisoal • Klien mengatakan sudah mengetahui cara berkenalan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien terlihat sudah mengerti cara berkenalan • Klien terlihat mempraktekkan cara berkenalan dengan baik <p>A : SP 1 Isolasi Sosial teratasi</p> <p>P : Lanjutkan SP 2 Anjurkan klien memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian klien</p>
Harga Diri Rendah(D.0086)	<p>Tindakan Keperawatan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan sudah bisa berinteraksi dengan orang lain • Klien mengatakan

	<ol style="list-style-type: none"> 2. Mendiskusikan aspek positif dan kemampuan yang dimiliki 3. Memberikan pujian yang realistis, hindarkan memberi penilaian negatif 4. Mendiskusikan kemampuan yang dimiliki untuk dilaksanakan 5. Merencanakan aktivitas bersama klien yang dapat dilakukan setiap hari sesuai dengan kemampuan yang dimiliki dan meningkatkan kegiatan sesuai kondisi klien 6. Tingkatkan kegiatan sesuai dengan kondisi klien 7. Menganjurkan klien untuk melaksanakan kegiatan yang telah direncanakan. Dan memantau kegiatan yang dilaksanakan klien. <p>RTL : Melatih kemampuan sesuai kemampuan yang dipilih 1</p>	<p>mampu memperkenalkan dirinya</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien terlihat sudah bisa berkenalan dengan perawat • Klien mampu mengenalkan nama lengkap dan nama panggilan yang disukainya <p>A : SP 1 harga diri rendah teratasi</p> <p>P : Lanjutkan SP 2 harga diri rendah pada pertemuan berikutnya</p>
--	---	---

Nama : NY. N

Tanggal : 24 Januari 2023

Diagnose Keperawatan	Implementasi	Evaluasi
<p>Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran (D.0085)</p>	<p>Tindakan Keperawatan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membina hubungan saling percaya 2. Mengadakan kontak sering dan singkat secara bertahap 3. Mengobservasi tingkah laku klien terkait dengan halusinasinya jika klien sedang berhalusinasi 4. Mendiskusikan dengan klien apa yang dirasakan jika terjadi halusinasi dan beri kesempatan untuk mengungkapkan perasannya 5. Mengidentifikasi Bersama klien cara atau Tindakan yang dilakukan jika terjadi halusinasi 6. Mendiskusikan cara baru untuk memutus/mengontrol timbulnya halusinasi 7. Mengajukan klien mengikuti terapi aktivitas kelompok, orientasi realita, stimulus persepsi 8. Mendiskusikan dengan klien tentang manfaat dan kerugian tidak minum obat, nama, warna, dosis, cara, efek terapi dan efek samping penggunaan minum obat. <p>RTL : Mengontrol halusinasi dengan cara melakukan kegiatan/aktivitas harian</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan sudah mengerti cara mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap • Klien mengatakan malu saat berinteraksi dengan orang lain • Klien mengatakan lebih suka bercakap-cakap dengan perawat <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien terlihat kooperatif • Klien terlihat merespon perawat ketika diajak bercakap-cakap • Klien terlihat mencoba bercakap-cakap dengan teman walau sedikit malu <p>A : SP 2 halusinasi pendengaran teratasi</p> <p>P : Lanjutkan SP 3 halusinasi pendengaran pada pertemuan berikutnya Evaluasi SP 1 dan SP 2</p>

<p>Isolasi Sosial (D.0121)</p>	<p>Tindakan Keperawatan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi teraupetik 2. Menanyakan pada klien tentang penyebab isolasi social: menarik diri 3. Menanyakan pada klien tentang manfaat hubungan social dan kerugian menarik diri 4. Memberikan motivasi dan membantu klien untuk berkenalan dengan orang lain 5. Meningkatkan interaksi klien secara bertahap dengan orang lain 6. Melibatkan klien dalam terapi aktivitas kelompok sosialisasi 7. Mendiskusikan jadwal harian yang dapat dilakukan klien untuk meningkatkan kemampuan klien bersosialisasi 8. Mendiskusikan dengan klien tentang perasannya setelah berhubungan social dengan orang lain dan kelompok <p>RTL : Mengajarkan klien berinteraksi secara bertahap : berkenalan dengan 2 orang</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan sudah melakukan cara berkenalan dengan perawat lain • Klien mengatakan mau mencoba berkenalan dengan teman yang lain <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien terlihat sudah memahami cara berkenalan dengan 2 orang • Klien terlihat mempraktikkan cara berkenalan dengan teman disampingnya <p>A : SP 2 Isolasi Sosial teratasi</p> <p>P : Lanjutkan SP 3 isolasi sosial pada pertemuan berikutnya Evaluasi SP 1 dan SP 2</p>
<p>Harga Diri Rendah (D.0086)</p>	<p>Tindakan Keperawatan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik 2. Mendiskusikan aspek positif dan 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan merasa senang • Klien mengatakan sudah tidak minder lagi • Klien mengatakan

	<p>kemampuan yang dimiliki</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Memberikan pujian yang realistis, hindarkan memberi penilaian negatif 4. Mendiskusikan kemampuan yang dimiliki untuk dilaksanakan 5. Merencanakan aktivitas bersama klien yang dapat dilakukan setiap hari sesuai dengan kemampuan yang dimiliki dan meningkatkan kegiatan sesuai kondisi klien 6. Tingkatkan kegiatan sesuai dengan kondisi klien 7. Mengajukan klien untuk melaksanakan kegiatan yang telah direncanakan. Dan memantau kegiatan yang dilaksanakan klien. <p>RTL : Menilai kemampuan yang dipilih 2</p>	<p>dirinya mampu membersihkan tempat tidur dan mencuci baju yang biasa dilakukin semenjak masih kerja</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mampu mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki klien sesuai kemampuannya • Klien mampu memilih dan melatih kegiatan sesuai kemampuan yaitu membersihkan tempat tidur dan mencuci dengan sendiri <p>A : SP 2 Harga diri rendah teratasi</p> <p>P : Lanjutkan SP 3 harga diri rendah pada pertemuan berikutnya</p>
--	---	---

Nama : NY. N

Tanggal : 25 Januari 2023

Diagnose Keperawatan	Implementasi	Evaluasi
Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran (D.0085)	<p>Tindakan Keperawatan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membina hubungan saling percaya 2. Mengadakan kontak sering dan singkat secara bertahap 3. Mengobservasi tingkah laku klien terkait dengan halusinasinya jika klien sedang berhalusinasi 4. Mendiskusikan dengan klien apa yang dirasakan jika terjadi halusinasi dan beri kesempatan untuk mengungkapkan perasannya 5. Mengidentifikasi Bersama klien cara atau Tindakan yang dilakukan jika terjadi halusinasi 6. Mendiskusikan cara baru untuk memutus/mengontrol timbulnya halusinasi 7. Menganjurkan klien mengikuti terapi aktivitas kelompok, orientasi realita, stimulus persepsi 8. Mendiskusikan dengan klien tentang manfaat dan kerugian tidak minum obat, nama, warna, dosis, cara, efek terapi dan efek samping penggunaan minum obat. <p>RTL : Memasukkan ke dalam jadwal harian klien</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan sudah mengerti cara mengontrol halusinasi dengan cara melakukan kegiatan • Klien mengatakan akan melakukan kegiatan untuk mengontrol halusinasinya <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien terlihat mengetahui kegiatan sehari-harinya • Klien terlihat mempraktikkannya dalam sehari-hari <p>A : SP 3 halusinasi pendengaran teratasi</p> <p>P : Lakukan evaluasi pada SP 1, 2 dan 3</p>
Isolasi Sosial	<p>Tindakan Keperawatan</p>	<p>S :</p>

(D.0121)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Membina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi teraupetik 2. Menanyakan pada klien tentang penyebab isolasi social: menarik diri 3. Menanyakan pada klien tentang manfaat hubungan social dan kerugian menarik diri 4. Memberikan motivasi dan membantu klien untuk berkenalan dengan orang lain 5. Meningkatkan interaksi klien secara bertahap dengan orang lain 6. Melibatkan klien dalam terapi aktivitas kelompok sosialisasi 7. Mendiskusikan jadwal harian yang dapat dilakukan klien untuk meningkatkan kemampuan klien bersosialisasi 8. Mendiskusikan dengan klien tentang perasannya setelah berhubungan social dengan orang lain dan kelompok <p>RTL : Memasukkan ke dalam jadwal harian klien</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan sudah bisa berinteraksi dengan orang lain • Klien mengatakan senang bisa berkenalan dengan teman-teman yang lain <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak sudah dapat berkenalan dengan 2 orang pasien lain • Klien terlihat sudah bisa berkenalan dengan pasien lain • Klien terlihat senang <p>A : SP 3 Isolasi Sosial teratasi</p> <p>P : Lakukan evaluasi pada SP 1, 2 dan 3</p>
Harga Diri Rendah (D.0086)	<p>Tindakan Keperawatan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik 2. Mendiskusikan aspek positif dan 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan dirinya merasa senang • Klien mengatakan dirinya mampu membersihkan halaman dengan cara menyapu

	<p>kemampuan yang dimiliki</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Memberikan pujian yang realistis, hindarkan memberi penilaian negatif 4. Mendiskusikan kemampuan yang dimiliki untuk dilaksanakan 5. Merencanakan aktivitas bersama klien yang dapat dilakukan setiap hari sesuai dengan kemampuan yang dimiliki dan meningkatkan kegiatan sesuai kondisi klien 6. Tingkatkan kegiatan sesuai dengan kondisi klien 7. Mengajukan klien untuk melaksanakan kegiatan yang telah direncanakan. Dan memantau kegiatan yang dilaksanakan klien. <p>RTL : Memasukkan ke dalam jadwal harian klien.</p>	<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mampu mengidentifikasi dan aspek positif yang dimiliki klien sesuai kemampuannya • Klien terlihat melakukan kegiatan positif sesuai kemampuannya <p>A : SP 3 Resiko Perilaku Kekerasan teratasi</p> <p>P : Lakukan evaluasi pada SP 1,2 dan 3</p>
--	---	--

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada BAB ini akan membahas mengenai asuhan keperawatan yang penulis laksanakan berdasarkan konsep dasar teori pada masalah keperawatan jiwa dengan pengelolaan kasus pada Ny.R dan Ny.N dengan gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran dari tahap pengkajian hingga evaluasi pada bagian akhir dari penulisan tugas akhir ini, penulis akan memberikan kesimpulan dan saran yang diharapkan dapat bermanfaat dalam meningkatkan asuhan keperawatan jiwa pada klien, khususnya gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran.

Halusinasi pendengaran merupakan suatu kondisi dari adanya gangguan persepsi sensori yang paling sering dialami oleh pasien skizoprenia yang ditandai dengan adanya perasaan mendengar suara yang bersifat memerintahkan atau memanggil untuk melakukan suatu aktivitas yang pada kenyataannya tidak ada (Abdurkhamdan Maulana, 2022)

Hasil pengkajian yang didapat dari data bahwa Ny.R dan Ny.N termasuk dalam gangguan jiwa gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran, hal ini karena Ny.R dan Ny.N menunjukkan tanda dan gejala berupa : klien mendengar suara yang mengajaknya bermain dan mendengar suara menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya, klien bicara atau tertawa sendiri.

A. Pengkajian

Pengkajian kesehatan jiwa meliputi aspek-aspek identitas klien, alasan masuk, faktor predisposisi, fisik, psikososial, status mental, kebutuhan persiapan pulang, mekanisme koping, masalah psikososial, status mental, kebutuhan persiapan pulang, mekanisme koping, masalah psikologis dan lingkungan, pengetahuan dan aspek medik. Dalam pengkajian ini dibuat agar relevan tentang semua masalah klien saat ini baik lampau atau potensial yang didapatkan sehingga diperoleh suatu data yang lengkap (Ayu Affiroh & Mar'atus Sholikhah, 2020).

Penulis melakukan pengkajian pada klien pertama Ny. R pada tanggal 17 Januari 2023 hasil pengkajian di dapatkan klien mengatakan datang ke Yayasan Galuh dibawa oleh keluarganya karena menyakiti diri sendiri seperti memukul kepalanya sendiri. Setelah dilakukan wawancara singkat, klien mengatakan mendengar suara-suara untuk menyuruhnya bunuh diri terkadang klien mendengar suara seperti membisikan sesuatu “sudah mati saja jika mati hidupmu akan lebih bahagia” klien juga terkadang mendengar suara-suara perempuan seperti menyuruhnya melakukan sesuatu, klien mendengar suara-suara itu Ketika sedang sendirian ketika menjelang tidur durasinya sekitar 25-45 menit klien terkadang hanya membiarkan suara-suara itu pergi sendiri. Klien mengatakan pernah mengalami trauma selalu di banding bandingkan dengan teman yang ranking 1 di kelasnya dan klien merasa di kucilkan oleh teman-temannya sewaktu masih sekolah dan klien bersekolah sampai SMP klien merasakan minder karena teman-temannya melanjutkan ke SMK. Klien mengatakan anak ke 2 dari 3 bersaudara, klien mengetahui perannya sebagai anak karena klien sering menegerjakan

kegiatan rumah seperti menyapu, mencuci piring untuk membantu ibunya dan menjadi kakak bagi adiknya.

Hasil pengkajian selanjutnya pada Ny. N pada tanggal 23 Januari 2023 didapatkan bahwa Klien mengatakan masuk ke Yayasan Galuh diantar oleh satpam. Setelah diajak wawancara singkat klien mengatakan sering mendengar suara teman-temannya, klien mengatakan suara teman-temannya mengajak bermain, klien mengatakan suara teman-temannya mengucapkan “Halo”, klien mengatakan suara itu muncul saat klien sedang sendirian, klien mengatakan pernah direndahkan karena pekerjaannya sebagai asisten rumah tangga, klien mengatakan malu karena pekerjaannya, klien mengatakan setelah direndahkan tentang pekerjaannya klien menjadi malas berinteraksi dengan orang lain, klien mengatakan bila bertemu orang lain klien tidak ingin banyak berbicara. Klien mengatakan anak ke 7 dari 8 bersaudara, adik perempuan terakhirnya sudah meninggal karena sakit, ayah dan ibunya juga sudah meninggal karena sakit, klien merasa sedih jika teringat orang tua dan adiknya. Klien hanya lulusan SMP dan sempat bekerja sebagai asisten rumah tangga kurang lebih 3 tahun. Klien belum menikaah jadi harus bekerja untuk dirinya sendiri.

Pada kedua klien tersebut terjadi beberapa hal yang sama yaitu kedua klien mengalami halusinasi pendengaran. Berdasarkan data yang diperoleh tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus. Dalam tinjauan kasus terdapat dua data yaitu klien mengatakan sering mendengar suara-suara dan bisikan dan klien tampak melamun dan tertawa sendiri. Tanda dan gejala ini sesuai dengan teori (Azizah, 2016) yaitu : Berbicara, tertawa, dan tersenyum sendiri, bersikap seperti

mendengarkan sesuatu, berhenti berbicara sesaat ditengah-tengah kalimat untuk mendengarkan sesuatu, menarik diri, sering melamun.

Berdasarkan Analisa peneliti penyebab halusinasi pendengaran yang di alami Ny.R adalah perilaku kekerasan dari faktor presipitasi yaitu hilangnya toleransi terhadap stress yang berinteraksi terhadap stressor lingkungannya untuk menentukan terjadinya gangguan perilaku. Sedangkan penyebabhalusinasi yang di alami Ny.N yaitu faktor predisposisi dari faktor psikologis yang terjadi karena adanya isi alam tidak sadar yang masuk alam sadar sebagai suara respon tenaga konflik psikologis dan kebutuhan yang tidak terpenuhi dan rangsangan keinginan dan ketakutan yang dialami oleh klien.

Selama proses pengkajian, penulis merasakan adanya factor pendukung dan penghambat. Factor pendukung dari proses pengkajian adalah sikap klien yang kooperatif sehingga memudahkan penulis dalam menggali data-datamasalah yang sedang dihadapi klien. Factor penghambat dalam melakukan pengkajian yaitu tidak adanya keluarga klien sehingga penulis sulit untuk memvalidasi data yang diperoleh dari klien.

B. Diagnosa keperawatan

Diagnose keperawatan adalah proses menganalisa data subjektif dan objektif yang telah di peroleh pada tahap pengkajian untuk menengakkan diagnose keperawatan. Diagnose keperawatan melibatkan proses berpikir kompleks tentang data yang di kumpulkan dari klien, keluarga, rekam medik, dan pemberian pelayanan kesehatan yang lain. Komponen-komponen dalam pernyataan diagnosis keperawatan meliputi masalah (problem), penyebab (etiologi), tanda dan gejala

(sign and symptom) (Amin, 2015).

Dari hasil pengkajian yang didapatkan diagnose pertama pada Ny.R yaitu gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran yang didukung oleh data subjektif, klien mengatakan klien mengatakan ada mendengar suara-suara dan bisikan, klien mengatakan mendengar suara-suara untuk meyuruhnya melakukan sesuatu seperti menyakiti diri sendiri dan bunuh diri, klien mengatkan suara-suara muncul Ketika akan tidur dengan keadaan sendirian, klien mengatakan suara muncul selama 25-45 menit dan data objrktifnya klientampak mendengar bisikan saat sedang sendiri, klien tampak marah-marah sendiri, klien tampak sedang mengusir tanpa ada orang di sekitarnya, klien tampak tertawa sendri. Pada diagnosa kedua ditemukan resiko perilaku kekerasan dengan data subjektif klien mengatakan dirinya egois dengan keinginannya tidak mau dilarang, klien mengatakan sebelum ke Yayasan galuhklien memukul kepala klien sendiri, klien mengatakan pernah melakukan percobaan bunuh diri dan data objektifnya klien tampak mudah tersinggung dan curiga kepada orang lain, klien tampak meyakini diri sendri (memukul kepala), klien tampak melakukan percobaan bunuh diri. Dan pada diagnose ketiga ditemukan isolasi social dengan data subjektif klien mengatakan dahulunya dijauhkan oleh teman-temannya karena Klien pendiam, klien mengatakan kurang berkomunikasi dengan orang lain, klien mengtakan enggan di ajak berbicara dengan temannya, klien mengatakan malu jika bertemu dengan temannya karena dia tidak melanjutkan ke SMK dan data objektifnya klien tampak menyendiri, klien tampak berbicara lambat dan membisu, klien tampak menghindar saat di dekati, klien tampak sulit memulai pembicaraan

dengan orang lain, klien tatapan mata menunduk, klien tampak malu, kontak mata kurang, klien tampak berbicara lambat dan tampak membisu.

Pada klien kedua Ny.N didapatkan diagnose pertama gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran dengan data subjektif klien mengatakan sering mendengar suara teman-temannya, klien mengatakan suafa teman-temannya mengajak bermain, klien mengatakan suara teman-temannya mengucapkan “Halo”, klien mengatakan suara itu muncul saat klien sedang sendirian dan data objektifnya klien tampak mengibaskan tangan di area telinganya, klien tampak menutup telinga, klien tampak gelisah. Pada diagnose kedua ditemukan harga diri rendah dengan data subjektif klien mengatakan pernah direndahkan karena pekerjaannya sebagai asisten rumah tangga, klien mengatakan malu karena pekerjaannya dan data objektifnya klien tampak menunduk saat menceritakan pekerjaannya, klien tampak mengalihkan pandangan ketika ditanya mengenai pekerjaannya. Dan pada diagnose ketiga ditemukan isolasi social dengan data subjektif klien mengatakan setelah direndahkan tentang pekerjaannya klien menjadi malas berinteraksi dengan orang lain, klien mengatakan bila bertemu orang lain klien tidak ingin banyak berbicara dan data objektifnya klien tampak menyendiri, klien tampak tidak banyak berinteraksi dengan orang lain, klien tampak menghindar saat didekati, klien tampak sering melamun, klien tampak malu, kontak mata kurang.

Berdasarkan SDKI terdapat beberapa diagnose yang dapat diangkat dari kedua kasus di atas. Kesamaan kasus yang terjadi adalah gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran dan isolasi sosial.

Pada kedua klien terdapat perbedaan dalam pengambilan diagnose Ny.R dengan diagnose utama gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran, isolasi social dan resiko perilaku kekerasan. Sedangkan pada Ny.N diagnose utama yang diangkat adalah gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran, isolasi social dan harga diri rendah yang akan membedakan penulis dalam melakukan rencana keperawatan.

C. Intervensi keperawatan

Rencana keperawatan disesuaikan dengan diagnosa keperawatan yang muncul setelah diagnosa keperawatan yang muncul setelah melakukan pengkajian dan rencana intervensi keperawatan dilihat pada tujuan khusus (Ayu Affiroh & Mar'atus Sholikhah, 2020).

Dari masalah keperawatan pada Ny.R dan Ny.N dengan masalah gangguan persepsi sensori halusinasi pendegaran membuat rencana Tindakan keperawatan sesuai teori dengan menggunakan strategi pelaksanaan (SP). Strategi pelaksanaan pertama dengan mengidentifikasi halusinasi (jenis,waktu,frekuensi) mengontrol halusinasi dengan cara menghardik. Strategi pelaksanaan kedua dengan melatih mengendalikan halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain. Strategi pelaksanaan ketiga melatih klien mengendalikan halusinasi dengan melakukan kegiatan (kegiatan yang biasa dilakukan pasien. Dan strategipelaksanaan ke empat dengan memberikan Pendidikan Kesehatan tentang penggunaan obat secara teratur.

Isolasi social : menarik diri penulis membuat rencana Tindakan keperawatan sesuai teori dengan menggunakan strategi pelaksanaan (SP). Strategi pelaksanaan

pertama dengan mengidentifikasi penyebab isolasi social, berdiskusi tentang keuntungan berinteraksi dan kerugian jika tidak berinteraksi pada orang lain, strategi pelaksanaan kedua mempraktekan cara berkenalan dengan satu orang dan yang ketiga memberikan kesempatan kepada klien berkenalan dengan dua orang atau lebih sambil melakukan kegiatan aktivitas.

Pada resiko perilaku kekerasan penulis membuat rencana Tindakan keperawatan sesuai teori dengan menggunakan strategi pelaksanaan (SP). Strategi pelaksanaan pertama melatih klien cara mengontrol marah dengan Tarik nafas dalam, strategi pelaksanaan kedua mengajarkan klien bicara yang baik, strategi pelaksanaan ketiga mendiskusikan Bersama klien cara mengendalikan resiko perilaku kekerasan dengan cara spiritual, strategi pelaksanaan keempat membantu klien mengontrol perilaku kekerasan dengan minum obat teratur.

Namun terdapat satu perbedaan pada diagnose ketiga pada Ny.N yaitu harga diri rendah. Harga diri rendah penulis membuat rencana Tindakan keperawatan sesuai teori dengan menggunakan strategi pelaksanaan (SP). Strategi pelaksanaan pertama mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien dan melatih sesuai dengan kemampuan yang dipilih. Strategi pelaksanaan kedua yaitu klien dapat menilai kemampuan yang dimiliki untuk dilaksanakan. Strategi pelaksanaan ketiga merencanakan kegiatan sesuai dengan kemampuan yang dimiliki. Strategi pelaksanaan keempat melakukan kegiatan sesuai rencana yang dibuat.

Menurut (Muhith, 2015) pada intervensi melibatkan keluarga seperti melatih keluarga mempraktikkan cara merawat pasien dengan masalah gangguan persepsi

sensori halusinasi pendengaran langsung di hadapan pasien sedangkan penulis pada Intervensi terdapat adanya kesenjangan antara teori dan rencana keperawatan yang diberikan Ny.R dan Ny.N pada teori rencana keperawatan melibatkan keluarga dalam pelaksanaan keperawatan, namun pada kasus diatas penulis tidak Menyusun rencana pada klien yang dirawat tidak melibatkan keluarga karena kedua klien tinggal di Panti Rehabilitasi ODGJ Yayasan Galuh dan tidak ada keluarga.

D. Implementasi keperawatan

Berdasarkan tahap implementasi keperawatan, upaya untuk merealisasikan rencana tindakan keperawatan yang telah ditetapkan yaitu membina hubungan saling percaya yang merupakan hal yang sangat penting dalam tahap pelaksanaan ini, sehingga dapat dilakukan sesuai dan dapat diterima sebagai upaya untuk memecahkan masalah.

Implementasi dilaksanakan penulis selama 3 hari pada kedua kasus. Implementasi pada Ny.R dimulai pada tanggal 17 Januari 2023 sampai 19 Januari 2023. Dan implementasi yang dilaksanakan pada Ny.N dimulai pada tanggal 23 Januari sampai 25 Januari 2023. Penulis melakukan implementasi klien setiap hari sesuai dengan rencana keperawatan.

E. Evaluasi keperawatan

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang mengadakan seberapa jauh diagnose keperawatan, rencana tindakan dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai berdasarkan tujuan yang telah dibuat dalam perencanaan keperawatan (Perry & Potter, 2010). Evaluasi yang

digunakan berbentuk S (subyektif), O (Obyektif), A (Assessment), P(planning). Evaluasi dilakukan setiap hari pada kedua kasus yaitu menggunakan evaluasi SOAP pada awal jam dinas dan terakhir di evaluasi kembali diberikan intervensi pada jam akhir dinas.

Evaluasi yang dilakukan pada Ny.R dihari terakhir setelah dilakukan intervensi dan implementasi yaitu klien sudah sampai pada Strategi pelaksanaan 3 Klien mengatakan setiap hari jumat mengikuti pengajian dan hari sabtu diadakan senam, klien mangatakan sudah mampu mengontrol halusinasi dengan cara melakukan kegiatan harian seperti melipat baju, menyapu, merapikantempat tidur. Klien mengatakan sudah melakukan cara berkenalan dengan dua orang, klien mengatakan senang bisa berkenalan dengan orang lain tapi masih malu. Klien mengatakan sudah memahami cara mengendalikan marah, klien mengatakan “iya sus, jika saya marah saya akan banyak istifgar”.

Evaluasi yang dilakukan pada Ny.N dihari terakhir setelah dilakukan intervensi dan implementasi yaitu sudah sampai pada strategi pelaksanaan 3. Klien mengatakan sudah mengerti cara mengotrol halusinasi dengan cara melakukan kegiatan, Klien mengatakan akan melakukan kegiatan untuk mengontrol halusinasinya. Klien mengatakan sudah bisa berinteraksi dengan orang lain, klien mengatakan senang bisa berkenalan dengan teman-teman yang lain. Klien mengatakan dirinya merasa senang, klien mengatakan dirinya mampu membersihkan halaman dengan cara menyapu.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

1. Hasil pengkajian yang ditemukan pada Ny.R dan Ny.N pada ditemukan data bahwa klien mengalami gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran
2. Diagnose yang diangkat pada kedua klien sama, hal ini dikarenakan klien mengalami gangguan persepsi yang ditandai dengan adanya perasaan mendengar suara yang bersifat memerintahkan atau memanggil untuk melakukan suatu aktivitas yang pada kenyataannya tidak ada. Tetapi ada 1 diagnosa yang berbeda yaitu untuk Ny.R resiko perilaku kekerasan dan untuk Ny.N harga diri rendah.
3. Intervensi keperawatan yang digunakan dalam kasus Ny.R dan Ny.N dirumuskan berdasarkan prioritas masalah dengan teori yang ada. Intervensi disetiap diagnose dapat sesuai dengan kebutuhan klien dan memperhatikan konsisi klien.
4. Implementasi keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan yang telah penulis susun. Implementasi keperawatan yang dilakukan pada kedua klien sesuai dengan intervensi yang telah direncanakan berdasarkan teori yang ada. Implementasi dilaksanakan 3 hari untuk mengontrol halusinasi. Pada kedua kasus tidak menemukan hambatan atau kendala yang berarti

kedua klien dapat bekerja sama dengan baik, kooperatif dan mengerti dengan apa yang disampaikan penulis.

5. Evaluasi pada kedua klien menunjukkan perbaikan terutama halusinasinya, evaluasi yang dilakukan pada Ny.R dihari terkahir setelah dilakukan intervensi dan implentasi yaitu Klien mengatakan setiap hari jumat mengikuti pengajian dan hari sabtu diadakan senam, klien mangatakan sudah mampu mengontrol halusinasi dengan cara melakukan kegiatan harian seperti melipat baju, menyapu, merapikan tempat tidur.

Klien mengatakan sudah melakukan cara berkenalan dengan dua orang, klien mengatakan senang bisa berkenalan dengan orang lain tapi masih malu. Klien mengatakan sudah memahami cara mengendalikan marah, klien mengatakan “iya sus, jika saya marah saya akan banyak istifgar”. Sedangkan evaluasi yang dilakukan pada Ny.N dihari terakhir setelah dilakukan intervensi dan implementasi yaitu Klien mengatakan sudah mengerti cara mengotrol halusinasi dengan cara melakukan 22qaZkegiatan, Klien mengatakan akan melakukan kegiatan untuk mengontrol halusinasinya. Klien mengatakan sudah bisa berinteraksi dengan orang lain, klien mengatakan senang bisa berkenalan dengan teman-teman yang lain. Klien mengatakan dirinya merasa senang, klien mengatakan dirinya mampu membersihkan halaman dengan cara menyapu.

B. Saran

1. Bagi Institusi

Diharapkan bagi pihak institusi memberikan bimbingan yang lebih maksimal sebagai fasilitas mahasiswa untuk mengembangkan ilmu pengetahuan dan keterampilan, sehingga mahasiswa mendapat gambaran yang lebih baik dalam melakukan asuhan keperawatan jiwa.

2. Bagi Lahan Praktik

Diharapkan bagi lahan praktik perlu meningkatkan komunikasi terapeutik dalam memberikan asuhan keperawatan klien dengan gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran sehingga dapat meningkatkan kualitas dan kuantitas dalam pemberian asuhan keperawatan pada klien, serta memudahkan untuk membina hubungan saling percaya dengan klien.

3. Bagi Mahasiswa

Diharapkan mahasiswa dapat menambah ilmu pengetahuan dan mencari tahu gambaran tentang bagaimana menerapkan asuhan keperawatan jiwa pada klien dengan gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran sehingga dapat memberikan asuhan keperawatan jiwa yang lebih baik dengan komunikasi terapeutik yang dilakukan pada klien.

DAFTAR PUSTAKA

- Aldam, S. F. S., & Wardani, I. Y. (2019). Efektifitas penerapan standar asuhan keperawatan jiwa generalis pada pasien skizofrenia dalam menurunkan gejala halusinasi. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 7(2), 165.
<https://doi.org/10.26714/jkj.7.2.2019.167-174>
- AS, A. N. A. (2019). Penerapan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Halusinasi Pendengaran Di Ruang Kenanga Rumah Sakit Khusus Daerah Provinsi Sulawesi Selatan. *Media Keperawatan: Politeknik Kesehatan Makassar*, 10(2), 97. <https://doi.org/10.32382/jmk.v10i2.1310>
- Manurung, R. D. (2020). *Penerapan Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn . M Dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran. 2018*, 1–37.
- Oktaviani, S., Hasanah, U., & Utami, I. T. (2022). Penerapan terapi Menghardik Dan Menggambar pada Pasien Halusinasi Pendengaran. *Journal Cendikia Muda*, 2(September), 407–415.
- Patimah, S. (2021). Aplikasi Terapi Bercakap - Cakap Pada Tn. N dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran di Jampang Kulon. *Jurnal Lentera*, 4(1), 6–10. <https://doi.org/10.37150/jl.v4i1.1382>
- Putri, N. N., Lissa, N., Nainggolan, O., Vandea, S., & Saragih, M. (2021). *Studi Kasus : Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Gangguan Persepsi Sensori :*

Halusinasi Pada Penderita Skizofrenia.

Susilawati, S., & Fredrika, L. (2019). Pengaruh Intervensi Strategi Pelaksanaan Keluarga terhadap Pengetahuan dan Kemampuan Keluarga dalam Merawat Klien Skizofrenia dengan Halusinasi. *Jurnal Keperawatan Silampari*, 3(1), 405–415. <https://doi.org/10.31539/jks.v3i1.898>

Aldam, S. F. S., & Wardani, I. Y. (2019). Efektifitas penerapan standar asuhan keperawatan jiwa generalis pada pasien skizofrenia dalam menurunkan gejala halusinasi. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 7(2), 165.

<https://doi.org/10.26714/jkj.7.2.2019.167-174>

AS, A. N. A. (2019). Penerapan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Halusinasi Pendengaran Di Ruang Kenanga Rumah Sakit Khusus Daerah Provinsi Sulawesi Selatan. *Media Keperawatan: Politeknik Kesehatan Makassar*, 10(2), 97. <https://doi.org/10.32382/jmk.sv10i2.1310>

Manurung, R. D. (2020). *Penerapan Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn . M Dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran. 2018, 1–37.*

Oktaviani, S., Hasanah, U., & Utami, I. T. (2022). Penerapan terapi Menghardik Dan Menggambar pada Pasien Halusinasi Pendengaran. *Journal Cendikia Muda*, 2(September), 407–415.

Patimah, S. (2021). Aplikasi Terapi Bercakap - Cakap Pada Tn. N dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran di Jampang Kulon.

Jurnal Lentera, 4(1), 6–10. <https://doi.org/10.37150/jl.v4i1.1382>

Putri, N. N., Lissa, N., Nainggolan, O., Vandea, S., & Saragih, M. (2021). *Studi Kasus : Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pada Penderita Skizofrenia.*

Susilawati, S., & Fredrika, L. (2019). Pengaruh Intervensi Strategi Pelaksanaan Keluarga terhadap Pengetahuan dan Kemampuan Keluarga dalam Merawat Klien Skizofrenia dengan Halusinasi. *Jurnal Keperawatan Silampari*, 3(1), 405–415. <https://doi.org/10.31539/jks.v3i1.898>

LAMPIRAN

STRATEGI PELAKSANAAN 1

HALUSINASI PENDENGARAN

Pertemuan : Ke 1
Hari/Tanggal : 17 januari 2023
Tempat : Yayasan Galuh

A. PROSES KEPERAWATAN

1. Kondisi klien

Data subjektif :

- Klien mengatakan mendengar suara-suara seperti mengajak dan menyuruh hamper setiap hari
- Klien mengatakan keinginannya tidak mau dilarang
- Klien mengatakan dahulunya dijauhkan oleh teman-temannya karena klien pendiam
- Klien mengatakan kurang berkomunikasi dengan orang lain

Data objektif :

- Klien tampak menyendiri
- Klien berbicara lambat dan membisu
- Klien tampak menghindar dan klien tampak sulit memulai pembicaraan dengan orang lain

2. Diagnose keperawatan

Gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran

3. Tujuan

- Klien dapat mengenal halusinasi
- Klien dapat menghardik halusinasi

4. Tindakan keperawatan

- Mengidentifikasi jenis halusinasi
- Mengidentifikasi isi halusinasi klien
- Mengidentifikasi waktu halusinasi klien
- Mengidentifikasi frekuensi halusinasi klien
- Mengidentifikasi situasi yang menimbulkan halusinasi
- Mengidentifikasi respon klien terhadap halusinasi
- Mengajukan klien memasukkan cara menhardik halusinasi dalam jadwal kegiatan harian

B. Strategi Pelaksanaan Halusinasi

1. Orientasi

a) Salam terapeutik

“Selamat pagi ibu, saya perawat yang akan merawat ibu. Perkenalkan nama saya Ratu Andini Nidia Yolanda biasa dipanggil Ratu, saya dari STIKes Medistra Indonesia saya mulai praktik disini dari pukul 08.00-14.00. kalau boleh tahu ibu Namanya siapa? Dan senang di panggil apa?”

b) Evaluasi Validasi

“Bagaimana perasaan ibu hari ini? Ada keluhan yang ibu rasakan hari ini? Bagaimana tidurnya semalam?”

c) Kontrak

Topik : “Baiklah, bagaimana kalau sekarang kita berbincang-bincang mengenai jenis halusinasi, respon halusinasi, respon terhadap halusinasi, dan kita akan belajar menghardik halusinasi, dan kita masukkan kedalam jadwal kegiatan harian sehari-hari klien”

Waktu :”Berapa lama bu? Bagaimana kalau 20 menit, setuju?”

Tempat : “Dimana kita mau berbincang-bincang, bagaimana kalau di aula sini saja bu?”

2. Fase Kerja

“Sudah berapa lama ibu disini? Dengan siapa ibu kesini? Memangny ada kejadian apa dirumah sampai ibu dibawa kesini? Oh begitu, kalau boleh tahu memangnya suara apa yang ibu dengar? Apa yang ibu rasakan saat mendengar suara itu? Lalu apa suara itu uterut-menerut terdengar? Biasanya kapan ibu mendengar suara itu? Berapa kali sehari? Suara itu muncul pada saat ibu sedang apa? Lalu apa yang ibu lakukan saat mendengar suara itu? Ibu, saya punya beberapa cara untuk mencegah suara itu muncul. Pertama, dengan menghardik suara tersebut. Kedua, dengan bercakap-cakap dengan orang lain. Ketiga, melakukan aktivitas/kegiatan yang sudah terjadwal, dan keempat dengan minum obat yang teratur. Iya, bagaimana kalau kita belajar yang pertama dulu , yaitu dengan menghardik. Mau tidak bu? Baiklah, caranya begini : saat suara itu muncul langsung bilang “pergi..pergi..!! saya tidak mau dengar! Kamu suara palsu.” Begitu diulang-ulang terus sampai suara itu tidak terdengar lagi. Mengerti bu? Coba ibu peragakan. Nah begutu, bagus bu. Coba lagi bu. Ya bagus, ibu sudah bisa.”

3. Fase Terminasi

a) Evaluasi subjektif

“Bagaimana perasaan ibu setelah Latihan menghardik tadi?”

b) Evaluasi objektif

“Kalau suara itu muncul lagi, coba lakukan yang sudah kita latih tadi. Coba ibu jelaskan jenis halusinasi, isi halusinasi, waktu halusinasi, frekuensi halusinasi, situasi yang menimbulkan halusinasi, respon cara menghardik halusinasi, apakah ibu masih ingat?”

4. Rencana Tindak Lanjut

“Jika suara itu muncul, tolong ibu praktekan cara yang sudah saya ajarkan, dan masukkan dalam jadwal harian ibu.”

5. Kontrak

Topik :”Baiklah ibu, besok kita lanjutkan lagi dengan mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain ya bu.”

Waktu :”Mau jam berapa kita bertemu besok? Baiklah jam 09.00 saja.”

Tempat :”Besok tempatnya mau dimana bu? Disini lagi saja bu? Ya baiklah sampai bertemu besok lagi ya bu.”

STRATEGI PELAKSANAAN 2

HALUSINASI PENDENGARAN

Pertemuan : Ke 2

Hari/Tanggal : 18 januari 2023

Tempat : Yayasan Galuh

C. PROSES KEPERAWATAN

1. Kondisi klien

Data subjektif :

- Klien mengatakan sudah menghardik halusinasinya
- Klien mengatakan masih mendengar suara

Data objektif :

- Klien tampak respon saat berkomunikasi dengan perawat

2. Diagnose keperawatan

Gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran

3. Tujuan

- Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien
- Melatih klien mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain
- Menganjurkan klien memasukkan ke dalam kegiatan harian

4. Tindakan keperawatan

- Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien
- Melatih klien mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain
- Menganjurkan klien memasukkan dalam jadwal harian

D. Strategi Pelaksanaan Halusinasi

1. Orientasi

a) Salam terapeutik

“Selamat pagi ibu, sesuai dengan janji saya kemarin saya datang lahgi ke tempat ini”

b) Evaluasi Validasi

“Bagaimana perasaan ibu hari ini? Apakah ibu masih ingat cara yang sudah saya latih kemarin, cara untuk mengusir suara? Apakah cara tersebut sudah dimasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian ibu?”

c) Kontrak

Topik : “Seperti janji saya kemarin, hari ini kita akan berdiskusi tentang bagaimana cara mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain dan kita masukkan ke dalam jadwal kegiatan”

Waktu :”Bagaimana kalau waktunya 15 menit bu?oke baiklah ”

Tempat : “Sesuai kontrak kemarin tempatnya disini lagi ya bu”

2. Fase Kerja

“Sekarang ibu kita akan belajar cara kedua untuk mencegah halusinasi yang dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain, jadi kalau ibu

mulai mendengar suara langsung saja cari teman untuk ngobrol dengan ibu. Contohnya begini ibu : tolong saya mulai mendengar suara itu! Atau kalau ada temen sebarak dengan ibu, ibu katakana : ayo ngobrol dengan saya, coba ibu lakukan seperti saya tadi lakukan. Ya begitu bagus! Sekarang kita masukkan ke dalam jadwal harian ibu ya?.”

3. Fase Terminasi

a) Evaluasi subjektif

“Bagaimana perasaan ibu setelah Latihan tadi?”

b) Evaluasi objektif

“Jadi sudah ada berapa cara yang ibu pelajari untuk mencegah suara itu muncul? Ya betul bu bagus sekali”

4. Rencna Tindak Lanjut

“Nah, kalau halusinasi itu datang lagi ibu bisa coba kedua car aitu ya bu!”

5. Kontrak

Topik :”Baiklah ibu, besok saya akan datrang lagi kita akan bahas cara mengendalikan halusinasi dengan melakukan kegiatan, ibu mau melakukan kegiatan apa? Bagaimana kalu besok kita melakukan kegiatan cara melipat baju bu, mau tidak bu?.”

Waktu :”Mau jam berapa kita besok bu? Baiklah jam 09.00 lagi saja.”

Tempat :”Besok tempatnya mau dimana bu? Disini lagi saja bu? Ya baiklah sampai bertemu besok lagi ya bu.”

STRATEGI PELAKSANAAN 3

HALUSINASI PENDENGARAN

Pertemuan : Ke 3
Hari/Tanggal : 19 januari 2023
Tempat : Yayasan Galuh

A. PROSES KEPERAWATAN

1. Kondisi klien

Data subjektif :

- Klien mengatakan dengan bercakap-cakap halusinasinya tidak datang dan klien mengatakan senang bercakap-cakap dengan perawat
- Klien mengatakan masih mendengar suara

Data objektif :

- Dengan melakukan kegiatan bercakap-cakap dengan teman/perawat, klien tidak melamun lagi

2. Diagnose keperawatan

Gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran

3. Tujuan

- Klien dapat mengontrol halusinasinya
- Klien dapat membina hubungan saling percaya
- Klien dalam mengenal halusinasinya

4. Tindakan keperawatan

- Melatih klien untuk mengikuti kegiatan terjadwal

B. Strategi Pelaksanaan Halusinasi

1. Orientasi

a) Salam terapeutik

“Selamat pagi ibu, masih ingat dengan nama saya bu? Ya betul!”

b) Evaluasi Validasi

“Bagaimana perasaan ibu hari ini? Apakah ibu masih ingat cara yang sudah saya latih kemarin, cara untuk mengusir suara? Apakah cara tersebut sudah dimasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian ibu?”

c) Kontrak

Topik : “Seperti janji saya kemarin, hari ini kita akan berdiskusi tentang bagaimana cara mengendalikan halusinasi dengan cara melakukan kegiatan cara melipat baju.”

Waktu :” waktunya 15 menit saja ya bu! ”

Tempat : “Sesuai kontrak kemarin tempatnya disini lagi ya bu”

2. Fase Kerja

“Sekarang kita akan belajar cara ketiga untuk mencegah halusinasi yang dengan cara melakukan kegiatan melipat baju, jadi kalau ibu mulai mendengar suara langsung saja ibu cari kegiatan atau menyibukkan diri. Seperti yang akan kita lakukan sekarang, mari kita belajar cara melipat baju dan memasukkan kedalam tas ibu dengan rapi”

3. Fase Terminasi

c) Evaluasi subjektif

“Bagaimana perasaan ibu setelah Latihan tadi?”

d) Evaluasi objektif

“Jadi sudah ada berapa cara yang ibu pelajari untuk mencegah suara itu muncul? Ya betul bu bagus sekali”

4. Rencana Tindak Lanjut

“Nah, kalau halusinasi itu datang lagi ibu bisa coba ketiga atau salah satu cara itu ya bu!”

5. Kontrak

Topik :”Baiklah ibu, Latihan hari ini sudah selesai, besok saya akan datang lagi kita akan bahas cara mengendalikan halusinasi dengan meminum obat teratur.”

Waktu :”Mau jam berapa kita besok bu? Baiklah jam 09.00 lagi saja.”

Tempat :”Besok tempatnya mau dimana bu? Disini lagi saja bu? Ya baiklah sampai bertemu besok lagi ya bu.”

STRATEGI PELAKSANAAN 4

HALUSINASI PENDENGARAN

Pertemuan : Ke 4
Hari/Tanggal : 20 januari 2023
Tempat : Yayasan Galuh

C. PROSES KEPERAWATAN

1. Kondisi klien

Data subjektif :

- Klien mengatakan dengan bercakap-cakap halusinasinya tidak datang dan klien mengatakan senang bercakap-cakap dengan perawat
- Klien mengatakan sudah melakukan kegiatan melipat baju
- Klien mengatakan masih mendengar suara

Data objektif :

- Dengan melakukan kegiatan bercakap-cakap dengan teman/perawat, klien tidak melamun lagi

2. Diagnose keperawatan

Gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran

3. Tujuan

- Klien dapat mengontrol halusinasinya
- Klien dapat membina hubungan saling percaya
- Klien dalam mengenal halusinasinya

4. Tindakan keperawatan

- Mendiskusikan minum obat agar klien mematuhi cara minum obat yang benar

D. Strategi Pelaksanaan Halusinasi

1. Orientasi

a) Salam terapeutik

“Selamat pagi ibu, bagaimana kabarnya hari ini? Bagaimana tidurnya semalam?”

b) Evaluasi Validasi

“Bagaimana perasaan ibu hari ini? Apakah ibu masih sudah melakukan ketiga cara mengontrol halusinasi? Apakah cara tersebut sudah dimasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian ibu?”

c) Kontrak

Topik : “Seperti janji saya kemarin, hari ini kita akan mendiskusikan tentang obat-obatan yang ibu minum dan kita akan memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian ibu.”

Waktu :” waktunya 10 menit saja ya bu! ”

Tempat : “Sesuai kontrak kemarin tempatnya disini lagi ya bu”

2. Fase Kerja

“Ibu adakah perbedaan setelah minum obat secara teratur? Apakah suara masih terdengar atau sudah hilang? Begini bu, obat itu berguna untuk mengurangi atau menghilangkan suara yang selama ini ibu dengar. Berapa macam ibu minum? Nanti jika ibu mendengar suara itu

muncul, ibu bisa meminta obat ke petugas/perawat yang ada ya bu. ”

3. Fase Terminasi

e) Evaluasi subjektif

“Bagaimana perasaan ibu setelah berckakap-cakap tadi?”

f) Evaluasi objektif

“Jadi sudah ada berapa cara yang ibu pelajari untuk mencegah suara itu muncul? Ya betul bu bagus sekali”

4. Rencana Tindak Lanjut

“Nanti ibu jangan lupa minum obat agar suara itu tidak datang lagi, kemudian ibu bisa melakukannya ke dalam jadwal kegiatan harian ibu”

5. Kontrak

Topik :”Baiklah ibu, pertemuan hari ini sudah selesai, besok saya akan datang untuk memastikan ibu masih mendengar suara atau tidak.”

LEMBAR BIMBINGAN KIAN

No	Tanggal Bimbingan	Waktu Bimbingan	Kegiatan	Paraf Pembimbing	Keterangan
1.	16 Januari 2023	16.25	konsul judul KIAN		ACC judul
2.	04 Februari 2023	15.15	konsul Bab 1-4		pembahasan kaitkan dengan artikel evidence based yang sesuai
3.	07 Februari 2023	22.20	konsul revisi Bab 4		ACC KIAN dan pengajuan sidang
4.	09 Februari 2023	09.00	sidang KIAN		

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama Lengkap : Ratu Andini Nidia Yolanda, S.Kep

Jenis Kelamin : Perempuan

Tempat, Tanggal lahir : Karawang, 30 November 1999

Agama : Islam

Status : Mahasiswa

Riwayat pendidikan :

1. SDN 2 Pulokalapa
2. SMPN 1 Lemahabang
3. SMAN 1 Lemahabang
4. STIKes Medistra Indonesia

Email : randininidiayolanda@gmail.com

No. Handphone : 0858-9458-7377