Manajemen Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Masalah Halusinasi Pendengaran Pada Penderita Skizofrenia: Studi Kasus

Jesika Serevin Silitonga

jesikaserevin@gmail.com

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Skizofrenia merupakan sekelompok reaksi psikotik yang mempengaruhi berbagai area fungsi individu, termasuk berfikir, berkomunikasi, merasakan dan menunjukkan emosi serta gangguan otak yang ditandai dengan pikiran kacau, waham, halusinasi, dan perilaku aneh (Pardede, 2021). Halusinasi merupakan salah satu gejala gangguan persepsi sensorial yang dialami oleh penderita gangguan jiwa. Halusinasi merupakan distorsi persepsi palsu yang terjadi pada respon neurobiologis maladaptif, penderita sebenarnya mengalami distorsi sensorial sebagai hal yang nyata dan meresponnya. Diperkirakan $\geq 90\%$ penderita gangguan jiwa jenis halusinasi. Dengan bentuk yang bervariasi tetapi sebagian besarnya mengalami halusinasi pendengaran yang dapat berasal dari dalam diri individu atau dari luar individu tersebut, suara yang didengar bisa dikenalnya, jenis suara tunggal atau multiple yang dianggapnya dapat memerintahkan tentang perilaku individu itu sendiri (Yanti, 2020).

Skizofrenia mempengaruhi sekitar 24 juta orang atau 1 dari 300 orang (0,32%) di seluruh dunia. Angka ini adalah 1 dari 222 orang (0,45%) di antara orang dewasa. Ini tidak umum seperti banyak gangguan mental lainnya. Onset paling sering selama masa remaja akhir dan dua puluhan, dan onset cenderung terjadi lebih awal di antara pria daripada di antara wanita (WHO, 2022). Secara global kontributor terbesar menurut YLDs penyebab kematian dan kecacatan yaitu gangguan mental (14,4%). Presentasi gangguan mental di Asia Tenggara

menurut YLDs yaitu (13,5%). Di Indonesia besar presentasi kecacatan yang disebabkan oleh gangguan jiwa (13,4%) (KemenKes, 2019).

Pasien skizofrenia memiliki tanda gejala positif dan negatif. Gejala positif yang muncul antara lain halusinasi (90%), delusi (75%), waham, perilaku agitasi dan agresif, serta gangguan berpikir dan pola bicara. Gejala negatif yaitu afek datar, alogia (sedikit bicara), apatis, penurunan perhatian dan penurunan aktifitas sosial (Muliani, 2017). Halusinasi terbagi dari beberapa macam yaitu halusinasi auditori (pendengaran), halusinasi visual (penglihatan), halusinasi olfaktori (penciuman), halusinasi taktil (sentuhan), halusinasi gustatori (pengecapan), dan halusinasi kinestetik (Herawati, 2020). Faktor-faktor yang mampu mempengaruhi kekambuhan penderita skizofrenia dengan halusinasi meliputi ekspresi emosi keluarga yang tinggi, pengetahuan keluarga yang kurang, ketersediaan pelayanan kesehatan, penghasilan keluarga dan kepatuhan minum obat pasien skizofrenia (Pardede, 2020).

Ketidakmampuan seseorang dalam menghadapi stresor dan kurangnya kemampuan pengendalian diri, seseorang mudah mengalami halusinasi. Halusinasi jika tidak segera dikenali dan diobati, akan muncul pada pasien dengan keluhan kelemahan, histeria, ketidakmampuan mencapai tujuan, pikiran buruk, ketakutan berlebihan, dan tindakan kekerasan (Abdurkhaman, 2022). Penanganan secara tepat untuk mengatasi dampak dari halusinasi yakni dengan melakukan tindakan asuhan keperawatan (Aldam, 2019). Menurut Stuart (2016) asuhan keperawatan yang diberikan pada penderita halusinasi bertujuan untuk meningkatkan kesadaran pasien antara stimulasi persepsi yang dialami pasien dan kehidupan nyata.

Berdasarkan survey yang dilakukan di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. M. Ildrem di ruang rawat Mawar ada sekitar 20 pasien skizofrenia dengan masalah keperawatan gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran. Beberapa dari pasien yang dirawat mempunyai diagnosa tambahan seperti harga diri rendah kronis, isolasi sosial, risiko perilaku kekerasan dan defisit perawatan diri. Dari

data yang di dapat beberapa pasien sudah berulang kali keluar masuk rumah sakit dengan berbagai alasan, seperti tidak minum obat secara teratur.

Berdasarkan latar belakang tersebut, penulis tertarik untuk menulis laporan asuhan keperawatan jiwa ini dengan judul “Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny. M Dengan Masalah Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran di ruangan Mawar”.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan masalah yang telah di paparkan pada latar belakang maka rumusan masalah dalam asuhan keperawatan ini yaitu Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny. M Dengan Masalah Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran di ruangan Mawar di RSJ Prof. Dr. M. Ildrem”.

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu memberikan asuhan keperawatan secara holistik dan komprehensif kepada Ny. M Dengan Masalah Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran di ruangan Mawar di RSJ Prof. Dr. M. Ildrem”.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mahasiswa mampu melakukan pengkajian pada Ny. M dengan gangguan persepsi sensoris: Halusinasi Pendengaran.
2. Mahasiswa mampu melakukan menegakkan diagnosa pada Ny. M dengan gangguan persepsi sensoris: Halusinasi Pendengaran.
3. Mahasiswa mampu melakukan menetapkan perencanaan pada Ny. M dengan gangguan persepsi sensoris: Halusinasi Pendengaran.
4. Mahasiswa mampu melakukan implementasi pada Ny. M dengan gangguan persepsi sensoris: Halusinasi Pendengaran.
5. Mahasiswa mampu melakukan evaluasi pada Ny. M dengan gangguan persepsi sensoris: Halusinasi Pendengaran.

BAB 2

TINJAUAN TEORITIS

2.1 Konsep Halusinasi

2.1.1 Defenisi

Halusinasi adalah hilangnya kemampuan manusia dalam membedakan rangsangan internal (pikiran) dan rangsangan eksternal (dunia luar). Pasien memberi persepsi atau pendapat tentang lingkungan tanpa objek atau rangsangan yang nyata (Herawati, 2020). Halusinasi merupakan salah satu gejala yang sering ditemukan pada pasien dengan gangguan jiwa, alusinasi identik dengan skizofrenia. Seluruh pasien skizofrenia diantaranya mengalami halusinasi. Suatu penghayatan yang dialami seperti suatu persepsi melalui panca indra tanpa stimulus eksternal; persepsi palsu. Berbeda dengan ilusi dimana pasien mengalami persepsi pada halusinasi yang terjadi tanpa adanya stimulus yang terjadi. Stimulus internal dipersepsikan sebagai suatu yang nyata ada oleh pasien (Sianturi, 2021).

Halusinasi merupakan distorsi persepsi palsu yang terjadi pada respon neurobiologist maladaptive, penderita sebenarnya mengalami distorsi sensori sebagai hal yang nyata dan meresponnya. Diperkirakan $\geq 90\%$ penderita gangguan jiwa jenis halusinasi dengan bentuk yang bervariasi tetapi sebagian besarnya mengalami halusinasi pendengaran yang dapat berasal dari dalam diri individu atau dari luar individu tersebut, suara yang didengar bisa dikenalnya, jenis suara tunggal atau multiple yang dianggapnya dapat memerintahkan tentang perilaku individu itu sendiri (Yanti, 2020).

Halusinasi terjadi saat seseorang tidak dapat membedakan rangsangan pikiran dan rangsangan dunia luar. Seseorang dengan halusinasi biasanya mendengar suara-suara tetapi tidak berwujud ataupun melihat sesuatu yang tidak nyata. Suara-suara yang di dengar ada yang satu jenis ada juga yang bermacam-macam (multiple).

2.1.2 Etiologi

Penyebab munculnya halusinasi menurut Aldam (2019) ada dua yaitu faktor predisposisi dan presipitasi.

A. Faktor predisposisi terdiri dari:

1. faktor biologis yang berhubungan dengan perkembangan sistem saraf yang tidak normal.

Secara biologis yang dimiliki oleh pasien yakni tante pasien mengalami gangguan jiwa. Individu yang memiliki hubungan dengan tingkat pertama (orang tua, saudara atau keturunan) atau tingkat kedua (kakek-nenek, bibi-paman, sepupu, cucu) dengan penderita akan lebih rentan mengalami gangguan jiwa (Stuart, Keliat, dan Pasaribu, 2016).

2. Faktor psikologis seperti pola asuh orang tua, kondisi keluarga dan lingkungan
3. Faktor sosial budaya seperti kondisi ekonomi, konflik sosial, serta kehidupan yang terisolasi disertai stres.

B. Faktor presipitasi terdiri dari:

1. faktor biologi yang terkait dalam gangguan komunikasi dan putaran balik otak yang mengatur proses informasi.
Pasien dengan putus obat dapat mengalami halusinasi kembali.
2. Faktor lingkungan yang mana terjadi tingkat stresor lingkungan di luar batas toleransi individu
3. Koping yang dapat menentukan seseorang dalam mentoleransi stresor.

2.1.3 Tanda dan Gejala

Menurut Keliat (2020) tanda dan gejala halusinasi yaitu:

A. Mayor

1. Subjektif
 - a. Mendengar suara bicara tanpa ada orangnya
 - b. Melihat benda, orang, atau sinar tanpa ada objeknya

- c. Menghidu bau-bauan yang tidak sedap, seperti bau badan padahal tidak
- d. Merasakan pengecap yang tidak enak
- e. Merasakan rabaan atau gerakan badan

2. Objektif

- a. Bicara sendiri
- b. Tertawa sendiri
- c. Melihat ke satu arah
- d. Mengarahkan telinga ke arah tertentu
- e. Tidak dapat memfokuskan pikiran
- f. Diam sambil menikmati halusinasinya

B. Minor

1. Subjektif

- a. Sulit tidur
- b. Khawatir
- c. Takut

2. Objektif

- a. Konsentrasi buruk
- b. Disorientasi waktu, tempat, orang, atau situasi
- c. Afek datar
- d. Curiga
- e. Menyendiri, melamun
- f. Mondar-mandir
- g. Kurang mampu merawat diri

2.1.4 Rentan Respon Halusinasi

Rentan respon halusinasi menurut Rizki Fitryasari (2021) dalam Metrisia (2021).

Keterangan :

A. Respon adaptif

Respon adaptif adalah respon yang dapat diterima norma-norma sosial budaya yang berlaku. Dengan kata lain individu tersebut dalam batas normal jika menghadapi suatu masalah akan dapat memecahkan masalah tersebut respon adaptif :

- 1) Pikiran logis adalah pandangan yang mengarah pada kenyataan.
- 2) Persepsi akurat adalah pandangan yang tepat pada kenyataan.
- 3) Emosi konsisten dengan pengalaman yaitu perasaan yang timbul dari pengalaman ahli.
- 4) Perilaku sosial adalah sikap dan tingkah laku yang masih dalam batas kewajaran.
- 5) Hubungan sosial adalah proses suatu interaksi dengan orang lain dan lingkungan.

B. Respon psikososial

- 1) Proses piker terganggu adalah proses pikir yang menimbulkan gangguan.

- 2) Ilusi adalah miss interpretasi atau penilaian yang salah tentang penerapan yang benar-benar terjadi (objek nyata) karena rangsangan panca indra.
- 3) Emosi berlebihan atau berkurang.
- 4) Perilaku tidak biasa adalah sikap dan tingkah laku yang melebihi batas kewajaran.

C. Respon maladaptif

Respon maladaptif adalah respon individu dalam menyelesaikan masalah yang menyimpang dari norma-norma sosial budaya dan lingkungan, adapun respon maladaptif meliputi :

- 1) Kelainan pikiran adalah keyakinan yang secara kokoh dipertahankan walaupun tidak diyakini oleh orang lain dan bertentangan dengan kenyataan sosial.
- 2) Halusinasi merupakan persepsi sensori yang salah atau persepsi eksternal yang tidak realita atau tidak ada. Kerusakan proses emosi perubahan sesuatu yang timbul dari hati.
- 3) Perilaku tidak terorganisir merupakan sesuatu yang tidak teratur. Isolasi sosial adalah kondisi yang dialami oleh individu dan diterima sebagai ketentuan oleh orang lain sebagai suatu kecelakaan yang negatif mengancam.

2.1.5 Jenis Halusinasi

Jenis-Jenis halusinasi menurut Herawati (2020), yaitu:

1. halusinasi auditori (pendengaran)

Mendengar suara yang membicarakan, mengejek, menertawakan, mengancam, memerintahkan untuk melakukan sesuatu (kadang-kadang hal yang berbahaya). Perilaku yang muncul adalah mengarahkan telinga pada sumber suara, bicara atau tertawa sendiri, marah-marah tanpa sebab, menutup telinga, mulut komat-kamit, dan adanya gerakan tangan.

2. halusinasi visual (penglihatan)

Stimulus penglihatan dalam bentuk pancaran cahaya, gambar, orang atau panorama yang luas dan kompleks, biasanya menyenangkan atau menakutkan. Perilaku yang muncul adalah tatapan mata pada tempat tertentu, menunjuk ke arah tertentu, serta ketakutan pada objek yang dilihat.

3. halusinasi olfaktori (penciuman),

Tercium bau busuk, amis, dan bau yang menjijikan seperti :darah, urine atau feses, kadang-kadang terhidu bau harum seperti parfum. Perilaku yang muncul adalah ekspresi wajah seperti mencium, mengarahkan hidung pada tempat tertentu dan menutup hidung.

4. halusinasi taktil (sentuhan)

Mengalami rasa sakit atau tidak enak tanpa stimulus yang terlihat, seperti merasakan sensasi listrik datang dari tanah, benda mati atau orang lain, merasakan ada yang menggerayangi tubuh seperti tangan, binatang kecil dan makhluk halus. Perilaku yang muncul adalah mengusap, menggaruk-garuk atau meraba-raba permukaan kulit, terlihat menggerak-gerakan badan seperti merasakan sesuatu rabaan.

5. halusinasi gustatori (pengecapan)

Merasa mengecap sesuatu yang busuk, amis, dan menjijikan, seperti rasa darah, urine, dan feses. Perilaku yang muncul adalah seperti mengecap, mulut seperti gerakan mengunyah sesuatu sering meludah, muntah.

2.1.6 Fase Halusinasi

Menurut Oktaviani (2020) fase halusinasi ada lima yaitu:

1. Fase I (*sleep* disorder), fase awal sebelum muncul halusinasi.

Karakteristik: pasien merasa banyak masalah takut diketahui orang lain bahwa dirinya banyak masalah. Masalah makin terasa sulit karena berbagai *stressor* terakumulasi, misalnya kekasih hamil, terlibat narkoba, dikhianati kekasih, masalah di kampus, *drop out*, dst. Masalah terasa menekan karena terakumulasi sedangkan support

sistem kurang dan persepsi terhadap masalah sangat buruk. Sulit tidur berlangsung terus-menerus sehingga terbiasa menghayal. Pasien menganggap lamunan-lamunan awal tersebut sebagai pemecah masalah.

2. Fase II (*comforting*), halusinasi secara umum yang diterima sebagai sesuatu yang alami. Karakteristik: pasien mengalami emosi yang berlanjut seperti adanya perasaan cemas, kesepian, perasaan berdosa, ketakutan, dan mencoba memusatkan pemikiran pada timbulnya kecemasan. Ia beranggapan bahwa pengalaman pikiran dan sensorinya dapat dia kontrol bila kecemasannya diatur, dalam tahap ini ada kecenderungan pasien merasa nyaman dengan halusinasinya.
3. Fase III (*condemning*), secara umum halusinasi mendatangi pasien. Karakteristik: pengalaman sensori pasien menjadi sering datang. Pasien mulai merasa tidak mampu lagi mengontrolnya dan mulai berupaya menjaga jarak antara dirinya dengan objek yang dipersepsikan pasien mulai menarik diri dari orang lain, dengan intensitas waktu yang lama.
4. Fase IV (*controlling Severa Level of Anxiety*), fungsi sensori menjadi tidak relevan dengan kenyataan. Karakteristik: Pasien mencoba melawan suara-suara atau sensori abnormal yang datang. Pasien dapat merasakan kesepian bila halusinasinya berakhir. Dari sinilah dimulai fase gangguan psikotik.
5. Fase V (*conquering panic level of anxiety*), pasien mengalami gangguan dalam menilai lingkungannya. Karakteristik: pengalaman sensorinya terganggu. Pasien mulai terasa terancam dengan datangnya suara-suara terutama bila pasien tidak dapat menuruti ancaman atau perintah yang ia dengar dari halusinasinya. Halusinasi dapat berlangsung selama empat jam atau seharian bila pasien tidak mendapatkan komunikasi terapeutik. Terjadi gangguan psikotik berat.

2.1.7 Penatalaksanaan Medis

1. Psikofarmakologi

Obat-obatan untuk halusinasi menurut Irwan (2021) yaitu:

a. Clorpromazine (CPZ, Largactile), Warna : Orange

Indikasi:

Untuk mensupresi gejala – gejala psikosa : agitasi, ansietas, ketegangan, kebingungan, insomnia, halusinasi, waham, dan gejala – gejala lain yang biasanya terdapat pada penderita skizofrenia, manik depresi, gangguan personalitas, psikosa involution, psikosa masa kecil.

Cara pemberian:

Untuk kasus psikosa dapat diberikan per oral atau suntikan intramuskuler. Dosis permulaan adalah 25 – 100 mg dan diikuti peningkatan dosis hingga mencapai 300 mg perhari. Dosis ini dipertahankan selama satu minggu. Pemberian dapat dilakukan satu kali pada malam hari atau dapat diberikan tiga kali sehari. Bila gejala psikosa belum hilang, dosis dapat dinaikkan secara perlahan – lahan sampai 600 – 900 mg perhari.

Kontra indikasi:

Sebaiknya tidak diberikan kepada pasien dengan keadaan koma, keracunan alkohol, barbiturat, atau narkotika, dan penderita yang hipersensitif terhadap derivat fenothiazine.

Efek samping:

Yang sering terjadi misalnya lesu dan mengantuk, hipotensi ortostatik, mulut kering, hidung tersumbat, konstipasi, amenore pada wanita, hiperpireksia atau hipopireksia, gejala ekstrapiramida. Intoksikasinya untuk penderita non psikosa dengan dosis yang tinggi menyebabkan gejala penurunan kesadaran karena depresi susunan syaraf pusat, hipotensi, ekstrapiramidal, agitasi, konvulsi, dan perubahan gambaran irama EKG. Pada penderita psikosa jarang sekali menimbulkan intoksikasi.

b. Haloperidol (Haldol, Serenace), Warna : Putih besar

Indikasi:

Yaitu manifestasi dari gangguan psikotik, sindroma Gilles de la Tourette pada anak – anak dan dewasa maupun pada gangguan perilaku yang berat pada anak – anak.

Cara pemberian:

Dosis oral untuk dewasa 1 – 6 mg sehari yang terbagi menjadi 6 – 15 mg untuk keadaan berat. Dosis parenteral untuk dewasa 2 -5 mg intramuskuler setiap 1 – 8 jam, tergantung kebutuhan.

Kontra indikasi:

Depresi sistem syaraf pusat atau keadaan koma, penyakit parkinson, hipersensitif terhadap haloperidol. Efek samping: Yang sering adalah mengantuk, kaku, tremor, lesu, letih, gelisah, gejala ekstrapiramidal atau pseudoparkinson.

Efek samping:

nausea, diare, konstipasi, hipersalivasi, hipotensi, gejala gangguan otonomik. Efek samping yang sangat jarang yaitu alergi, reaksi hematologis. Intoksikasinya adalah bila pasien memakai dalam dosis melebihi dosis terapeutik dapat timbul kelemahan otot atau kekakuan, tremor, hipotensi, sedasi, koma, depresi pernapasan.

c. Trihexiphenidyl (THP, Artane, Tremin), Warna: Putih kecil

Indikasi:

Untuk penatalaksanaan manifestasi psikosa khususnya gejala skizofrenia.

Cara pemberian:

Dosis dan cara pemberian untuk dosis awal sebaiknya rendah (12,5 mg) diberikan tiap 2 minggu. Bila efek samping ringan, dosis ditingkatkan 25 mg dan interval pemberian diperpanjang 3 – 6 mg setiap kali suntikan, tergantung dari respon pasien. Bila pemberian melebihi 50 mg sekali suntikan sebaiknya peningkatan perlahan – lahan.

Kontra indikasi:

Pada depresi susunan syaraf pusat yang hebat, hipersensitif terhadap fluphenazine atau ada riwayat sensitif terhadap phenotiazine. Intoksikasi biasanya terjadi gejala – gejala sesuai dengan efek samping yang hebat. Pengobatan over dosis ; hentikan obat berikan terapi simptomatis dan suportif, atasi hipotensi dengan levarteronol hindari menggunakan ephineprine ISO.

2. Terapi kejang listrik / *Electro compulsive therapt* (ECT)

ECT adalah pengobatan untuk menimbulkan kejang grandmall secara artificial dengan melawan aliran listrik melalui electrode yang dipasang pada satu atau dua temples, terapi kejang listrik diberikan pada skizoprenia yang tidak mempan dengan terapi neuroleptika oral atau injeksi, dosis terapi kejang listrik 4-5 joule /detik (Sianturi, 2021).

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengkajian

1. Identitas

Nama, umur, jenis kelamin, No MR, tanggal masuk RS, tanggal pengkajian.

2. Alasan masuk

Keluhan utama Biasanya berupa bicara sendiri, tertawa sendiri, senyum sendiri, menggerakkan bibir tanpa suara, menarik diri dari orang lain, tidak dapat membedakan yang nyata dan tidak nyata, ekspresi muka tegang mudah tersinggung, jengkel dan marah ketakutan biasa terdapat disorientasi waktu tempat dan orang, tidak dapat mengurus diri dan tidak melakukan kegiatan sehari-hari.

3. Faktor Predisposisi

a. Faktor genetik

Telah diketahui bahwa secara genetis schizofrenia diturunkan melalui kromosom2 tertentu. Namun demikian, kromosom yang

kebeberapa yang menjadi faktor penentu gangguan ini sampai sekarang masih dalam tahap penelitian

b. Faktor biologis

Adanya gangguan pada otak menyebabkan timbulkan respon neurobiologikal maladaptif. Peran frontal dan limbik cortices dalam regulasi stress berhubungan dengan aktifitas dopamin. Saraf pada pre frontal penting untuk memori. Penurunan neuro pada area ini dapat menyebabkan kehilangan asosiasi.

c. Faktor presipitasi psikologis

Keluarga, pengasuh, lingkungan, pola asuh anak tidak adekuat. Pertengkaran orang tua, penganiayaan, tidak kekerasan.

4. Faktor presipitasi

a. Biologi

Berlebihnya proses informasi pada sistem syaraf yang menerima dan memproses informasi di thalamus dan frontal otak. Mekanisme penghantaran listrik disyaraf terganggu

b. Stress lingkungan

c. Gejala-gejala pemicu seperti kondisi kesehatan, lingkungan, sikap, dan perilaku

5. Pemeriksaan fisik

Memeriksa tanda-tanda vital, tinggi badan, berat badan, dan tanyakan apakah ada keluhan fisik yang dirasakan pasien.

6. Psikososial

1) Genogram

Perbuatan genogram minimal 3 generasi yang menggambarkan hubungan pasien dengan keluarga, masalah yang terkait dengan

komunikasi, pengambilan keputusan, pola asuh, pertumbuhan individu dan keluarga.

2) Konsep Diri

a. Gambaran Diri

Tanyakan persepsi pasien terhadap tubuhnya, bagian tubuh yang disukai, reaksi pasien terhadap bagian tubuh yang tidak disukai dan bagian yang disukai.

b. Identitas Diri

Pasien dengan halusinasi tidak puas akan dirinya merasa bahwa pasien tidak berguna.

c. Fungsi peran

Tugas atau peran pasien dalam keluarga/pekerjaan/kelompok masyarakat, kemampuan pasien dalam melaksanakan fungsi atau perannya, dan bagaimana perasaan pasien akibat perubahan tersebut. Pada pasien halusinasi bisa berubah atau berhenti fungsi peran yang disebabkan penyakit, trauma akan masa lalu, menarik diri dari orang lain, perilaku agresif.

d. Ideal diri

Harapan pasien terhadap keadaan tubuh yang ideal, posisi, tugas, peran dalam keluarga, pekerjaan atau sekolah, harapan pasien terhadap lingkungan, harapan pasien terhadap penyakitnya, bagaimana jika kenyataan tidak sesuai dengan harapannya. Pada pasien yang mengalami halusinasi cenderung tidak peduli dengan diri sendiri maupun sekitarnya.

e. Harga Diri

Pasien yang mengalami halusinasi cenderung menerima diri tanpa syarat meskipun telah melakukan kesalahan, kekalahan, dan kegagalan ia tetap merasa dirinya sangat berharga.

3) Hubungan Sosial

Tanyakan siapa orang terdekat di kehidupan pasien tempat mengadu, berbicara, minta bantuan, atau dukungan. Serta tanyakan organisasi yang diikuti dalam kelompok/ masyarakat. Pasien dengan halusinasi cenderung tidak mempunyai orang terdekat, dan jarang mengikuti kegiatan yang ada di masyarakat. Lebih senang menyendiri dan asyik dengan isi halusinasi.

4) Spritual

Nilai dan keyakinan, kegiatan ibadah/menjalankan keyakinan, kepuasan dalam menjalankan keyakinan. Apakah isi halusinasi mempengaruhi keyakinan pasien dengan Tuhannya.

7. Status Mental

a. Penampilan

Melihat penampilan pasien dari ujung rambut sampai ujung kaki. Pada pasien dengan halusinasi mengalami defisit perawatan diri (penampilan tidak rapi, penggunaan pakaian tidak sesuai, cara berpakaian tidak seperti biasanya, rambut kotor, rambut seperti tidak disisir, gigi kotor, dan kuning, kuku panjang dan hitam). Raut wajah tampak takut, kebingungan, cemas.

b. Pembicaraan

Pasien dengan halusinasi cenderung suka berbicara sendiri, ketika diajak bicara tidak fokus. Terkadang yang dibicarakan tidak masuk akal. memulai pembicaraan.

c. Aktivitas Motorik

Pasien dengan halusinasi tampak gelisah, kelesuan, ketegangan, agitasi, tremor. Pasien terlihat sering menutup telinga, menunjuk-nunjuk ke arah tertentu, menggaruk-garuk permukaan kulit, sering meludah, menutup hidung.

d. Afek emosi

Pada pasien halusinasi tingkat emosi lebih tinggi, perilaku agresif, ketakutan yang berlebih, euforia.

e. Interaksi selama wawancara

Pasien dengan halusinasi cenderung tidak kooperatif (tidak dapat menjawab pertanyaan pewawancara dengan spontan) dan kontak mata kurang (tidak mau menatap lawan bicara) mudah tersinggung.

f. Persepsi-sensori

1) Jenis halusinasi

- Halusinasi pendengaran
- Halusinasi penglihatan
- Halusinasi penciuman
- Halusinasi pengecapan
- Halusinasi perabaan

2) Waktu

Perawat juga perlu mengkaji waktu munculnya halusinasi yang dialami pasien. Kapan halusinasi terjadi? Apakah pagi, siang, sore, malam? Jika muncul pukul berapa?

3) Frekuensi

Frekuensi terjadinya apakah terus menerus atau hanya sekali-kali kadang kadang, jarang atau sudah tidak muncul lagi. dengan mengetahui frekuensi terjadinya halusinasi dapat direncanakan frekuensi tindakan untuk mencegah terjadinya halusinasi pada pasien halusinasi sering kali halusinasi pada saat pasien tidak memiliki kegiatan atau pada saat melamun maupun duduk sendiri.

4) Situasi yang menyebabkan munculnya halusinasi

Situasi terjadinya apakah ketika sendiri, atau setelah terjadi kegiatan tertentu. Hal ini dilakukan untuk menentukan intervensi khusus pada waktu terjadi halusinasi, menghindari situasi yang menyebabkan munculnya halusinasi, sehingga pasien tidak larut dengan halusinasinya.

5) Respons

Untuk mengetahui apa yang dilakukan pasien ketika halusinasi itu muncul. Perawat dapat menanyakan kepada pasien hal yang dirasakan atau yang dilakukan saat halusinasi itu timbul. Perawat juga dapat menanyakan kepada keluarga nya atau orang terdekat pasien. Selain itu, dapat juga dengan meng observasi perilaku pasien saat halusinasi timbul. Pada pasien halusinasi sering kali mengarah, mudah tersinggung, merasa curiga pada orang lain.

g. Proses berpikir

1) Bentuk pikir

Mengalami dereistik yaitu bentuk pemikiran yang tidak sesuai dengan kenyataan yang ada atau tidak mengikuti logika secara umum (tidak ada sangkut pautnya antara proses individu dan pengalaman yang sedang terjadi). Pasien yang mengalami halusinasi lebih sering was-was terhadap hal-hal yang dialaminya.

2) Isi pikir

Selalu merasa curiga terhadap suatu hal dan depersoalisasi yaitu perasaan yang aneh atau asing terhadap diri sendiri, orang lain lingkungan sekitar, berisikan keyakinan berdasarkan penilaian non realistis.

h. Tingkat kesadaran

Pada pasien halusinasi seringkali merasa bingung, apatis,(acuh tak acuh).

i. Memori

- 1) Daya ingat jangka panjang:mengingat kejadian masa lalu lebih dari satu bulan
- 2) Daya ingat jangka menengah:dapat mengingat kejadian yang terjadi 1 minggu terakhir.
- 3) Daya ingat jangka pendek:dapat mengingat kejadian yang terjadi saat ini.

j. Tingkat konsentrasi dan berhitung

Pada pasien dengan halusinasi tidak dapat berkonsentrasi dan dapat menjelaskan kembali pembicaraan yang baru saja di bicarakan dirinya/orang lain.

k. Kemampuan penilaian mengambil keputusan

- 1) gangguan ringan:dapat mengambil keputusan secara sederhana baik dibantu orang lain/tidak
- 2) gangguan bermakna:tidak dapat mengambil keputusan secara sederhana cenderung mendengar/melihat ada yang diperintahkan.

l. Daya tilik diri

Pada pasien halusinasi cenderung mengingkari penyakit yang diderita: pasien tidak menyadari gejala penyakit (perubahan fisik) pada dirinya dan merasa tidak perlu minta pertolongan/pasien menyangkal keadaan penyakitnya, pasien tidak mau bercerita tentang penyakitnya.

8. Kebutuhan perencanaan ulang

a. Kemampuan pasien memenuhi kebutuhan kebutuhan

Tanyakan apakah pasien mampu atau tidak mampu memenuhi kebutuhannya sendiri.

b. Kegiatan kehidupan sehari-hari

1. Perawatan diri

Pada pasien halusinasi tidak mampu melakukan kegiatan hidup sehari-hari seperti mandi, kebersihan, ganti pakaian, secara mandiri perlu bantuan minimal.

2. Tidur

Pasien halusinasi cenderung tidak dapat tidur yang berkualitas karena kegelisahan, kecemasan akan hal yang tidak realita

c. Kemampuan pasien lain

Pasien tidak dapat mengantisipasi kebutuhan hidupnya, dan membuat keputusan .

d. Pasien memiliki sistem pendukung

Pasien halusinasi tidak memiliki dukungan dari keluarga maupun orang sekitarnya karena kurangnya pengetahuan keluarga bisa menjadi penyebab. Pasien dengan halusinasi tidak mudah untuk percaya terhadap orang lain selalu merasa curiga.

e. Pasien menikmati saat bekerja/kegiatan produktif/hobi

Pasien halusinasi merasa menikmati pekerjaan, kegiatan yang produktif karena ketika pasien melakukan kegiatan berkurangnya pandangan kosong.

9. Mekanisme koping

Biasanya pada pasien halusinasi cenderung berperilaku maladaptif, seperti mencederai diri sendiri dan orang lain di sekitarnya. Malas berkreasi, perubahan suatu persepsi dengan berusaha untuk mengalihkan tanggung jawab kepada orang lain, mempercayai orang lain dan asyik dengan stimulus internal

10. Masalah psikososial dan lingkungan

Biasanya pada pasien halusinasi mempunyai masalah di masalah dan mengakibatkan dia menarik diri dari masyarakat dan orang terdekat.

11. Aspek pengetahuan

Pada pasien halusinasi kurang mengetahui tentang penyakit jiwa karena tidak merasa hal yang dilakukan dalam tekanan

12. Aspek medis

Memberikan penjelasan tentang diagnosis medis. Pada pasien halusinasi terapi medis seperti haloperidol (HLP), Clapromazine (CPZ), Trihexyphenidyl (THP)

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Ada beberapa diagnosa keperawatan yang sering ditemukan pada pasien dengan halusinasi Sianturi (2021) yaitu:

- 1) Gangguan sensori persepsi: halusinasi
- 2) Risiko tinggi perilaku kekerasan (diri sendiri, orang lain, lingkungan dan verbal).
- 3) Gangguan isolasi sosial: menarik diri
- 4) Gangguan Konsep Diri: Harga diri rendah

2.2.3 Perencanaan Keperawatan

Rencana tindakan pada keluarga Wijayati (2019), yaitu:

- 1) Diskusikan masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat pasien
- 2) Berikan penjelasan meliputi: pengertian halusinasi, proses terjadinya halusinasi, jenis halusinasi yang dialami, tanda dan gejala halusinasi, proses terjadinya halusinasi.
- 3) Jelaskan dan latih cara merawat anggota keluarga yang mengalami halusinasi menghardik, minum obat, bercakap-cakap, melakukan aktivitas.
- 4) Diskusikan cara menciptakan lingkungan yang dapat mencegah terjadinya halusinasi.
- 5) Diskusikan tanda dan gejala kekambuhan
- 6) Diskusikan pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan terdekat untuk follow up anggota keluarga dengan halusinasi.

Rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan diagnosa gangguan persepsi sensori halusinasi meliputi pemberian tindakan keperawatan berupa terapi (Zelika, 2015) yaitu:

1. Bantu pasien mengenal halusinasinya meliputi isi, waktu terjadi halusinasi, isi, frekuensi, perasaan saat terjadi halusinasi respon pasien terhadap halusinasi mengontrol halusinasi dengan cara menghardik,
2. Meminum obat secara teratur.
3. Melatih bercakap-cakap dengan orang lain,
4. Menyusun kegiatan terjadwal dan dengan aktifitas

2.2.4 Implementasi Keperawatan

Disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Pada situasi nyata sering pelaksanaan jauh berbeda dengan rencana, hal ini terjadi karena perawat belum terbiasa menggunakan rencana tertulis dalam melaksanakan tindakan keperawatan. Sebelum melaksanakan tindakan keperawatan yang sudah direncanakan, perawat perlu memvalidasi dengan singkat apakah rencana tindakan masih sesuai dan dibutuhkan pasien sesuai dengan kondisinya (here and now). Perawat juga menilai diri sendiri, apakah kemampuan interpersonal, intelektual, teknis sesuai dengan tindakan yang akan dilaksanakan, dinilai kembali apakah aman bagi pasien. Setelah semuanya tidak ada hambatan maka tindakan keperawatan boleh dilaksanakan (Andri, 2019).

Adapun pelaksanaan tindakan keperawatan jiwa dilakukan berdasarkan Strategi Pelaksanaan (SP) yang sesuai dengan masing-masing masalah utama. Pada masalah gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran, terdapat 2 jenis SP, yaitu SP Pasien dan SP Keluarga.

SP pasien terbagi menjadi SP 1 (membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi halusinasi “jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi, perasaan dan respon halusinasi”, mengajarkan cara menghardik, memasukan cara menghardik ke dalam jadwal; SP 2 (mengevaluasi SP 1, mengajarkan cara minum obat secara teratur, memasukan ke dalam jadwal); SP 3 (mengevaluasi SP 1 dan SP 2, menganjurkan pasien untuk mencari teman bicara); SP 4 (mengevaluasi SP 1, SP 2, dan SP 3, melakukan kegiatan terjadwal).

SP keluarga terbagi menjadi SP 1 (membina hubungan saling percaya, mendiskusikan masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat pasien, menjelaskan pengertian, tanda dan gejala halusinasi, jenis halusinasi yang dialami pasien beserta proses terjadinya, menjelaskan cara merawat pasien halusinasi); SP 2 (melatih keluarga

mempraktekan cara merawat pasien dengan halusinasi, melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada pasien halusinasi); SP 3 (membantu keluarga membuat jadwal aktivitas di rumah termasuk minum obat (discharge planing), menjelaskan follow up pasien setelah pulang).

Pada saat akan dilaksanakan tindakan keperawatan maka kontrak dengan pasien dilaksanakan dengan menjelaskan apa yang akan dikerjakan dan peran serta pasien yang diharapkan, dokumentasikan semua tindakan yang telah dilaksanakan serta respon pasien (Irwan, 2021).

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah proses hasil atau sumatif dilakukan dengan membandingkan respon pasien pada tujuan umum dan tujuan khusus yang telah ditentukan halusinasi pendengaran tidak terjadi perilaku kekerasan, pasien dapat membina hubungan saling percaya, pasien dapat mengenal halusinasinya, pasien dapat mengontrol halusinasi dengar dari jangka waktu 4x24 jam didapatkan data subjektif keluarga menyatakan senang karena sudah diajarkan teknik mengontrol halusinasi, keluarga menyatakan pasien mampu melakukan beberapa teknik mengontrol halusinasi. Data objektif pasien tampak berbicara sendiri saat halusinasi itu datang, pasien dapat berbincang-bincang dengan orang lain, pasien mampu melakukan aktivitas terjadwal, dan minum obat secara teratur (Santri, 2021).

Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP sebagai pola pikir, dimana masing-masinghuruf tersebut akan diuraikan sebagai berikut:

S: Respon subjektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan

O: Respon objektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan

A: Analisa ulang terhadap data subjektif untuk menyimpulkan apakah masalah baru atau ada yang kontraindikasi dengan masalah yang ada

P: Perencanaan atau tidak lanjut berdasarkan hasil analisa pada respon pasien (membina hubungan saling percaya, mendiskusikan masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat pasien, menjelaskan pengertian, tanda dan gejala halusinasi, jenis halusinasi yang dialami pasien beserta proses terjadinya, menjelaskan cara merawat pasien halusinasi); SP 2 (melatih keluarga mempraktekan cara merawat pasien dengan halusinasi, melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada pasien halusinasi); SP 3 (membantu keluarga membuat jadwal aktivitas di rumah termasuk minum obat (discharge planing), menjelaskan follow up pasien setelah pulang). Pada saat akan dilaksanakan tindakan keperawatan maka kontrak dengan pasien dilaksanakan dengan menjelaskan apa yang akan dikerjakan dan peran serta pasien yang diharapkan, dokumentasikan semua tindakan yang telah dilaksanakan serta respon pasien (Irwan, 2021).

BAB 3

ASUHAN KEPERAWATAN JIWA

3.1 Pengkajian

3.1.1 Identitas Pasien

Inisial	: Ny. M
Tanggal Pengkajian	: 25 Januari 2022
Umur	: 44 Th
MR No.	: 039396
Ruang Rawat	: Mawar
Tanggal Rawat	: 13 Desember 2021
Informan	: Pasien dan Buku status

3.1.2 Alasan Masuk Rumah Sakit

Pasien masuk ke rumah sakit jiwa diantar oleh keluarganya, pasien mengatakan alasannya masuk karena dirinya marah-marah karena tidak diberikan uang oleh ibunya. Berdasarkan buku status pasien masuk karena marah-marah, gelisah dan tidak minum obat.

3.1.3 Faktor Predisposisi

Pasien pernah mengalami gangguan jiwa, pengobatan sebelumnya kurang berhasil, pasien tidak mempunyai trauma. Pasien pernah dirawat kurang lebih satu tahun dan pasien jarang meminum obat. Keluarga pasien tidak ada yang menderita gangguan jiwa, pasien pernah menikah dan bercerai karena masalah ekonomi. Pasien sering gagal dalam membangun usaha. Yang menyebabkan pasien malu karena sering gagal.

Masalah Keperatan : Harga diri rendah kronis

3.1.4 Fisik

Pasien tidak memiliki keluhan fisik, saat dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital, didapatkan hasil TD : 140/90 mmHg ; N : 78 x/i ; S : 36,5°C ; P : 18 x/i. Pasien memiliki tinggi badan 148 cm dan berat badan 46 Kg.

3.1.5 Psikososial

1. Genogram

Keterangan:

○	: perempuan
□	: laki-laki
⊙	: pasien
//	: cerai
└─┘	: garis keturunan
└─┘	: garis perkawinan
□	: tinggal serumah dengan pasien
⊗	: meninggal

Jelaskan : Pasien merupakan anak ke 7 dari 8 bersaudara, pasien sudah menikah dan memiliki 2 anak laki-laki, tapi dia bercerai dengan suaminya karena masalah ekonomi.

2. Konsep Diri

- Gambaran Diri : Pasien menyukai seluruh anggota tubuhnya
- Identitas : Pasien dapat menyebutkan nama dan alamat rumah dengan benar dan jelas.
- Peran : Pasien tidak menjalankan peran dalam keluarga
- Ideal diri : Pasien berharap bisa sembuh dan pulang ke rumah
- Harga diri : Pasien malu dengan penyakit yang dideritanya

Masalah Keperawatan : Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah

3. Hubungan sosial

a) Orang yang berarti

Orang berarti dalam kehidupan pasien yaitu anaknya.

b) Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat

Pasien mengikuti kegiatan kelompok seperti TAK, kegiatan rehabilitasi seperti music, pasien juga sering ikut mencuci piring bersama-sama setelah makan.

c) Hambatan dalam berhubungan dengan orang Lain

Pasien tidak mempunyai hambatan dalam berhubungan dengan orang lain.

Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah

4. Spiritual

a) Nilai dan Keyakinan: Pasien beragama Islam dan meyakini agamanya

b) Kegiatan ibadah : Pasien tidak pernah beribadah selama di rawat

Masalah Keperawatan: Defisit Spritual

3.1.6 Status Mental

1. Penampilan

Pasien tampak rapi.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah

2. Pembicaraan

Pasien berbicara dengan jelas dan tidak ada hambatan.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah

3. Aktivitas motorik

Pasien dapat melakukan aktivitas dengan baik

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah

4. Alam perasaan

Pasien merasa sedih karena merasa bahwa dirinya tidak dihargai karena sakit oleh tetangga dan teman-temannya.

Masalah keperawatan : Harga diri rendah

5. Afek

Pasien mudah tersinggung dan mudah marah.

Masalah Keperawatan : Risiko Perilaku kekerasan

6. Interaksi selama wawancara

Selama wawancara pasien memiliki tatapan tajam komunikasi kooperatif

Masalah Keperawatan: Risiko Perilaku Kekerasan

7. Persepsi :

Pasien sering mendengar suara yang mengatakan “andai kau denganku dulu”, terjadi 2 kali sehari, waktu magrib, saat bengong, merasa sedih, hanya diam mendengarkan suara.

Masalah Keperawatan : Gangguan persepsi sensori: Halusinasi pendengaran

8. Proses Pikir

Pasien sering mengulang-ulang topik pembicaraan

Masalah Keperawatan: Hambatan komunikasi Verbal

9. Isi Pikir

Tidak ada masalah dalam isi pikir dan waham

Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah

10. Tingkat Kesadaran

Pasien sadar sedang berada di RSJ dan pasien tidak memiliki masalah orientasi.

Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah

11. Memori

Memori pasien baik

Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah

12. Tingkat Konsentrasi dan Berhitung

Pasien dapat melakukan perhitungan sederhana seperti perjumlahan dan perkalian.

Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah

13. Kemampuan Penilaian

Pasien dapat mengambil keputusan sederhana

Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah

14. Daya Tilik Diri

Pasien tidak mengingkari penyakitnya, pasien menyadari dirinya sakit

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah

3.1.7 Mekanisme Koping

Pasien mengalami koping adaptif yaitu pasien biasanya berbicara dengan teman seruangan menceritakan yang dingarkannya kepada teman.

Masalah Keperawatan : Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran

3.1.8 Masalah Psikososial Dan Lingkungan

1. Masalah dengan dukungan kelompok, spesifik : pasien mengatakan tidak pernah berhubungan dengan kelompok-kelompok tertentu
2. Masalah berhubungan dengan lingkungan, Fisik : pasien mengatakan tidak ada masalah berhubungan dengan lingkungan
3. Masalah dengan pendidikan, spesifik : pasien mengatakan tidak ada masalah yang berhubungan dengan pendidikan
4. Masalah dengan pekerjaan, spesifik : pasien mengatakan pernah gagal dalam pekerjaannya
5. Masalah ekonomi, spesifik : pasien lahir ditengah keluarga dengan ekonomi menengah
6. Masalah dengan pelayanan kesehatan, spesifik : tidak masalah dengan pelayanan kesehatan

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah

3.1.9 Pengetahuan Kurang Tentang

Pengetahuan pasien kurang tentang koping dan obat-obatan.

Masalah Keperawatan : defisit pengetahuan

3.1.10 Aspek Medik

Diagnosa Medik : Skizofrenia Paranoid

Terapi Medik :

1. Risperidone 2mg 2 x 1
2. Dipenhidramin 2 ampl
3. Haloperidol 1 ampl
4. Clozapine 25mg 1x1
5. THP 2 mg 2x1

3.2 Analisis Data

No	Data	Masalah Keperawatan
1	<p>DS :</p> <p>Pasien sering mendengar suara yang mengatakan “andai kau denganku dulu”, terjadi 2 kali sehari, waktu magrib, saat bengong, merasa sedih, hanya diam mendengarkan suara.</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak bicara sendiri - Pasien tampak tertawa sendiri - Pasien tampak mengarahkan telinga ke arah tertentu - Pasien tampak diam sambil menikmati halusinasinya - Pasien tampak menyendiri, melamun - Pasien tampak mondar-mandir 	<p>Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran</p>
2	<p>DS:</p> <p>Pasien mengatakan dulu sering gagal dalam membangun usaha dan merasa tidak tahu mau berbuat apa lagi, pasien juga mengatakan bahwa dirinya tidak dihargai karena dirinya sakit oleh keluarga dan teman-temannya</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kontak mata pasien kurang - Pasien tampak lesu dan tidak bergairah - Pasien tampak berbicara pelan - Pasien tampak sering menunduk - Postur tubuh pasien tampak menunduk - 	<p>Harga Diri rendah</p>

3	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan mudah marah jika apa yang dia minta tidak di kasih - Pasien mengatakan sulit mengendalikan emosinya. <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pandangan pasien tajam - Memaksa jika meminta sesuatu - TD: 140/90 mmHg - Pasien tampak sering mengepalkan tangannya - Wajah pasien tampak memerah - Mata pasien tampak memerah - Nada suara pasien tinggi - Pasien sering memaksakan kehendak 	<p>Risiko Perilaku Kekerasan</p>
---	---	---

3.3 Daftar Masalah Keperawatan

- Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran
- Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah
- Risiko Perilaku Kekerasan

3.4 Pohon Masalah

3.5 Daftar Diagnosa Keperawatan

- Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran
- Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah
- Risiko Perilaku Kekerasan

3.6 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi
1	Halusinasi Pendengaran	Pasien mampu mengontrol halusinasinya	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mampu mengenal halusinasinya 2. Pasien mampu Mengontrol halusinasi dengan cara menghardik 3. Pasien mampu mengontrol halusinasi dengan makan obat teratur 4. Pasien mampu mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain 5. Pasien mampu mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan terjadwal. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sp 1: <ol style="list-style-type: none"> a. Mengidentifikasi isi, frekuensi, waktu terjadi, situasi pencetus, perasaan dan respon halusinasi. b. Mengontrol halusinasi dengan cara menghardik 2. Sp 2: Mengontrol halusinasi dengan makan obat teratur 3. Sp 3: Mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain 4. Sp 4: Mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan terjadwal
2	Harga Diri Rendah	Pasien mampu meningkatkan harga diri	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mampu mengidentifikasi penyebab, tanda dan gejala, proses terjadinya dan akibat harga diri rendah 2. Pasien mampu mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki 3. Pasien mampu menilai kemampuan yang 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sp 1: Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien 2. Sp 2: <ol style="list-style-type: none"> a. Menilai kemampuan yang dapat digunakan b. Menetapkan/memilih kegiatan sesuai kemampuan

			<p>dapat digunakan</p> <p>4. Pasien mampu menetapkan/ memilih kegiatan sesuai kemampuan</p> <p>5. Pasien mampu melatih kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih 1</p> <p>6. Pasien mampu melatih kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih 2</p> <p>7. Pasien mampu melatih kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih 3</p>	<p>c. Melatih kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih 1</p> <p>3. Sp 3: Melatih kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih 2</p> <p>4. Sp 4: Melatih kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih 3</p>
3	Risiko Perilaku Kekerasan	Pasien mampu mengendalikan risiko perilaku kekerasan	<p>1. Pasien mampu mengendalikan risiko perilaku kekerasan dengan latihan fisik: Tarik napas dalam</p> <p>2. Pasien mampu mengendalikan risiko perilaku kekerasan dengan latihan fisik: Pukul Kasur bantal</p> <p>3. Pasien mampu mengendalikan risiko perilaku kekerasan dengan minum obat secara teratur</p> <p>4. Pasien mampu mengendalikan risiko perilaku kekerasan dengan komunikasi secara verbal: bicara baik-baik</p>	<p>1. Sp1: Mengontrol Perilaku Kekerasan dengan cara: a. latihan fisik 1: Tarik napas dalam b. latihan fisik 2: Pukul Kasur bantal</p> <p>2. Sp2: Mengontrol perilaku kekerasan dengan cara minum obat secara teratur</p> <p>3. Sp3: Komunikasi secara verbal: Asertif/bicara baik-baik</p> <p>4. Sp4: Spiritual</p>

			5. Pasien mampu mengendalikan risiko perilaku kekerasan dengan Spiritual: Sholat	
--	--	--	--	--

3.7 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Hari/tgl	Implementasi	Evaluasi
Selasa 25/01/ 2022 15.30 WIB	<p>1. Data : Tanda dan gejala :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien sering mendengar suara yang mengatakan “andai kau denganku dulu”, terjadi 2 kali sehari, waktu magrib, saat bengong, merasa sedih, hanya diam mendengarkan suara. - Pasien tampak bicara sendiri - Pasien tampak tertawa sendiri - Pasien tampak mengarahkan telinga ke arah tertentu - Pasien tampak diam sambil menikmati halusinasinya - Pasien tampak menyendiri, melamun - Pasien tampak mondar-mandir <p>Kemampuan: Menutup telinga</p> <p>2. Diagnosa Keperawatan: Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi pendengaran</p> <p>3. Tindakan keperawatan: Sp1 Gangguan persepsi sensori: <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi isi, frekuensi, waktu terjadi, situasi pencetus, perasaan dan respon halusinasi. - Mengontrol halusinasi dengan cara menghardik Sp 2 Gangguan persepsi sensori: Mengontrol halusinasi dengan makan obat teratur</p> <p>4. RTL: Sp3 Gangguan persepsi sensori: Mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan</p>	<p>S : Pasien mengatakan senang dan lebih tenang</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mampu mengidentifikasi isi, frekuensi, waktu terjadi, situasi pencetus, perasaan dan respon halusinasi - Pasien mampu melakukan cara menghardik dengan motivasi - Pasien mampu menyebutkan nama obat, fungsi obat dan waktu minum obat dengan bantuan <p>A : Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi pendengaran (+)</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Latih mengontrol halusinasi dengan cara menghardik 3x1 hari - Minum obat 2x1 kali

	orang lain Sp4 Gangguan persepsi sensori: Mengontrol halusinasi dengan cara melakukan kegiatan terjadwal	
Rabu 26/01/ 2022 15.00 WIB	<p>1. Data : Tanda dan gejala :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien sering mendengar suara yang mengatakan- “andai kau denganku dulu”, terjadi 2 kali sehari, waktu magrib, saat bengong, merasa sedih, hanya diam mendengarkan suara. - Pasien tampak bicara sendiri - Pasien tampak tertawa sendiri - Pasien tampak mondar-mandir <p>Kemampuan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mampu mengontrol halusinasi dengan menghardik - Pasien mampu mengontrol halusinasi dengan minum obat <p>2. Diagnosa Keperawatan: Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi pendengaran</p> <p>3. Tindakan keperawatan: Sp3 Gangguan persepsi sensori: Mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain</p> <p>Sp4 Gangguan persepsi sensori: Mengontrol halusinasi dengan cara melakukan kegiatan terjadwal</p> <p>4. RTL: Follow up dan Evaluasi SP 1 – SP 4 Perubahan persepsi sensori : Halusinasi pendengaran</p>	<p>S : Pasien mengatakan senang dan lebih tenang</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mampu melakukan cara menghardik dengan mandiri - Pasien mampu minum obat dengan bantuan - Pasien mampu bercakap-cakap dengan orang lain dengan mandiri - Pasien mampu menyebutkan kegiatan-kegiatan terjadwal yang dilakukan dengan mandiri <p>A: Gangguan Persepsi Sensori (+)</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Latih pasien cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik 3x/hari - Minum obat 2x1 hari - Latih pasien bercakap cakap dengan orang lain 1x1 hari - Latih pasien melakukan kegiatan terjadwal 3x1 hari

<p>Kamis 27/01/ 2022</p> <p>15.0 W IB</p>	<p>1. Data : Tanda dan gejala :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien sering mendengar suara yang mengatakan “andai kau denganku dulu”, terjadi 1 kali sehari, waktu magrib, saat bengong, merasa sedih, hanya diam mendengarkan suara. - Pasien tampak bicara sendiri - Pasien tampak tertawa sendiri <p>Kemampuan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mampu mengontrol halusinasi dengan menghardik - Pasien mampu mengontrol halusinasi dengan minum obat - Pasien mampu mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain. - Pasien mampu mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan terjadwal <p>2. Diagnosa Keperawatan: Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi pendengaran</p> <p>3. Tindakan keperawatan: <i>Follow up</i> dan Evaluasi SP 1 – SP 4 Perubahan persepsi sensori : Halusinasi pendengaran</p>	<p>S : Pasien mengatakan senang dan lebih tenang</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mampu melakukan cara menghardik dengan mandiri - Pasien mampu minum obat dengan bantuan - Pasien mampu bercakap-cakap dengan orang lain dengan mandiri - Pasien mampu melakukan kegiatan terjadwal yang telah disusun dengan bantuan. <p>A: Gangguan Persepsi Sensori (+)</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Latih pasien cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik 3x/hari - Minum obat 2x1 hari - Latih pasien bercakap-cakap dengan orang lain 1x1 hari - Latih pasien melakukan kegiatan terjadwal 3x1 hari
<p>Kamis 03/02/ 2022</p> <p>18.10 WIB</p>	<p>1. Data : Tanda dan gejala :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan dulu sering gagal dalam membangun usaha dan merasa tidak tahu mau berbuat apa lagi. - Pasien juga mengatakan bahwa dirinya tidak dihargai karena dirinya sakit oleh keluarga dan teman- 	<p>S : Pasien mengatakan senang mengetahui bahwa dirinya punya kemampuan</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi kemampuan positifnya dengan bantuan - Pasien mampu menyebutkan aspek positif yang ingin dilatihnya dengan bantuan

	<p>temannya</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan dirinya tidak berguna - Klien mengungkapkan Kontak mata pasien kurang - Pasien tampak lesu dan tidak bergairah - Pasien tampak berbicara pelan - Pasien tampak sering menunduk - Postur tubuh pasien tampak menunduk <p>Kemampuan: Menyetrika pakaian</p> <p>2. Diagnosa Keperawatan: Harga diri rendah kronik</p> <p>3. Tindakan keperawatan: Sp 1: Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien Sp 2: a. Menilai kemampuan yang dapat digunakan b. Menetapkan/memilih kegiatan sesuai kemampuan c. Melatih kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih 1</p> <p>4. RTL: Sp 3: Melatih kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih 2</p>	<p>- Pasien mampu melakukan kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih 1 yaitu merapikan tempat tidur dengan motivasi</p> <p>A: Harga diri rendah kronis</p> <p>P: Latih pasien melakukan kegiatan yang dipilih 1 yaitu merapikan tempat tidur 1x1 hari</p>
Jumat, 04/01/ 2022 12.30 WIB	<p>1. Data : Tanda dan gejala :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan bahwa dirinya tidak dihargai karena dirinya sakit oleh keluarga da teman-temannya. - Pasien mengatakan dirinya tidak berguna - Pasien tampak berbicara pelan - Pasien tampak lesu dan tidak bergairah - Pasien tampak sering 	<p>S : Pasien mengatakan senang dan merasa antusias</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mampu melakukan kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih 1 yaitu merapikan tempat tidur dengan mandiri - Pasien mampu melakukan kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih 2 yaitu membersihkan meja setelah selesai makan, dan mencuci

	<p>menunduk</p> <ul style="list-style-type: none"> - Postur tubuh pasien tampak menunduk <p>Kemampuan: Pasien mampu melakukan kegiatan positif yang dipilih satu: Merapikan tempat tidur</p> <p>2. Diagnosa Keperawatan: Harga diri rendah kronik</p> <p>3. Tindakan keperawatan: Sp3: Melatih kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih 2</p> <p>4. RTL: Sp 4: Melatih kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih 3</p>	<p>piring dengan motivasi</p> <p>A: Harga diri rendah kronis</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Latih pasien melakukan kegiatan yang dipilih 1 yaitu merapikan tempat tidur 1x1 hari - Latih pasien melakukan kegiatan yang dipilih 2 yaitu merapikan meja setelah makan dan mencuci piring 1x1 hari
<p>Sabtu, 05/02/ 2022 10.0 WIB</p>	<p>1. Data :</p> <p>Tanda dan gejala :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien juga mengatakan bahwa dirinya tidak dihargai karena dirinya sakit oleh keluarga dan teman-temannya - Pasien tampak berbicara pelan - Pasien tampak sering menunduk - Postur tubuh pasien tampak menunduk <p>Kemampuan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mampu melakukan kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih 1 yaitu merapikan tempat tidur - Pasien mampu melakukan kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih 2 yaitu membersihkan meja setelah selesai makan, dan mencuci piring 	<p>S : Pasien mengatakan senang dan lebih tenang</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mampu melakukan kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih 1 yaitu merapikan tempat tidur dengan mandiri - Pasien mampu melakukan kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih 2 yaitu membersihkan meja setelah selesai makan, dan mencuci piring dengan motivasi - Pasien mampu melakukan kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih 3 yaitu menyapu ruangan, melipat baju dan mengikuti kegiatan olahraga dengan motivasi <p>A: Harga diri rendah kronis</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Latih pasien melakukan kegiatan yang dipilih 1 yaitu merapikan tempat tidur 1x1 hari - Latih pasien melakukan

	<p>2. Diagnosa Keperawatan: Harga diri rendah kronik</p> <p>3. Tindakan keperawatan: Sp 4: Melatih kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih 3</p> <p>4. RTL: Follow up dan evaluasi Sp 1- 4 harga diri rendah</p>	<p>kegiatan yang dipilih 2 yaitu merapikanmeja setelah makan dan mencuci piring 1x1 hari</p> <ul style="list-style-type: none"> - Latih pasien melakukan kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih 3 yaitu menyapu ruangan, melipat baju dan mengikuti kegiatan olahraga 1x1 hari
<p>Senin, 07/02/ 2022 18.00 WIB</p>	<p>1. Data : Tanda dan gejala : <ul style="list-style-type: none"> - Pasien juga mengatakan bahwa dirinya tidak dihargai karena dirinya sakit oleh keluarga dan teman-temannya - Pasien tampak berbicara pelan Kemampuan: <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mampu melakukan kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih 1 yaitu merapikan tempat - Pasien mampu melakukan kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih 2 yaitu membersihkan meja setelah selesai makan, dan mencuci piring - Pasien mampu mlakukan kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih 3 yaitu menyapu ruangan, melipat baju dan mengikuti kegiatan olahraga </p> <p>2. Diagnosa Keperawatan: Harga diri rendah kronik</p> <p>3. Tindakan keperawatan: Follow up dan evaluasi Sp 1- 4 harga diri rendah</p>	<p>S : Pasien mengatakan senang dan lebih tenang</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mampu melakukan kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih 1 yaitu merapikan tempat tidur dengan mandiri - Pasien mampu melakukan kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih 2 yaitu membersihkan meja setelah selesai makan, dan mencuci piring dengan mandiri - Pasien mampu mlakukan kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih 3 yaitu menyapu ruangan, melipat baju dan mengikuti kegiatan olahraga dengan motivasi <p>A: Harga diri rendah kronis</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Latih pasien melakukan kegiatan yang dipilih 1 yaitu merapikan tempat tidur 1x1 hari - Latih pasien melakukan kegiatan yang dipilih 2 yaitu merapikanmeja setelah makan dan mencuci piring 1x1 hari - Latih pasien melakukan kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih 3 yaitu menyapu ruangan, melipat baju dan mengikuti kegiatan olahraga 1x1 hari

<p>Selasa, 15/02/ 2022 10.30 WIB</p>	<p>1. Data : Tanda dan gejala : <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan mudah marah jika apa yang dia minta tidak di kasih - Pasien mengatakan sulit mengendalikan emosinya. - Pandangan pasien tajam - Memaksa jika meminta sesuatu - TD: 140/90 mmHg - Pasien tampak sering mengepalkan tangannya - Wajah pasien tampak memerah - Mata pasien tampak memerah - Nada suara pasien tinggi - Pasien sering memaksakan kehendak Kemampuan: -</p> <p>2. Diagnosa Keperawatan: Risiko perilaku kekerasan</p> <p>3. Tindakan keperawatan: Sp1: Mengontrol perilaku kekerasan dengan cara: Latihan fisik 1: Tarik napas dalam Latihan fisik 2: Pukul Kasur bantal</p> <p>Sp2: Mengontrol perilaku kekerasan dengan cara minum obat secara teratur</p> <p>4. RTL Sp3: Komunikasi secara verbal: Asertif/bicara baik-baik Sp4: Spiritual: Sholat</p>	<p>S : Pasien mengatakan lebih tenang karena sudah tahu cara mengontrol emosinya</p> <p>O : <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mampu melakukan tarik napas dalam dengan bantuan - Pasien mampu melakukan pukul Kasur bantal secara mandiri - Pasien mampu minum obat secara teratur dengan bantuan </p> <p>A: Risiko perilaku kekerasan</p> <p>P: <ul style="list-style-type: none"> - Latih fisik: Tarik napas dalam 3x1 hari Pukul Kasur bantal 3x1 hari </p>
<p>Rabu 16/02/ 2022</p>	<p>1. Data : Tanda dan gejala : <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan mudah marah jika apa yang dia minta tidak di kasih </p>	<p>S : Pasien mengatakan senang karena sudah mengontrol emosinya, pasien mengatakan malas sholat karena air di kamar mandi kotor</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sulit mengendalikan emosinya. - Memaksa jika meminta sesuatu - TD: 130/90 mmHg - Wajah pasien tampak memerah - Nada suara pasien tinggi - Pasien sering memaksakan kehendak <p>Kemampuan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mampu melakukan tarik napas dalam - Pasien mampu melakukan pukul Kasur bantal - Pasien mampu meminum obat secara teratur <p>2. Diagnosa Keperawatan: Risiko perilaku kekerasan</p> <p>3. Tindakan keperawatan: Sp3: Komunikasi secara verbal: Asertif/bicara baik-baik Sp4: Spiritual: Sholat</p> <p>4. RTL Follow up dan evaluasi Sp 1- 4 risiko perilaku kekerasan</p>	<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mampu melakukan tarik napas dalam dengan bantuan - Pasien mampu melakukan pukul Kasur bantal secara mandiri - Pasien mampu meminum obat secara teratur dengan bantuan - Pasien mampu mendemonstrasikan bicara baik-baik dengan bantuan - Pasien mampu menyebutkan tahapan sholat dan kegunaan sholat dengan mandiri <p>A: Risiko perilaku kekerasan</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Latih fisik: Tarik napas dalam 3x1 hari Pukul Kasur bantal 3x1 hari - Latihan bicara baik baik - Sholat 1x1 hari
<p>Kamis 17/02/ 2022</p> <p>10.40 WIB</p>	<p>1. Data : Tanda dan gejala :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan mudah marah jika apa yang dia minta tidak di kasih - Memaksa jika meminta sesuatu - TD: 130/90 mmHg - Wajah pasien tampak memerah - Pasien sering memaksakan kehendak <p>Kemampuan:</p>	<p>S : Pasien mengatakan lebih tenang karena sudah tahu cara mengontrol emosinya</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mampu melakukan tarik napas dalam dengan bantuan - Pasien mampu melakukan pukul kasur bantal secara mandiri - Pasien mampu meminum obat secara teratur dengan bantuan

	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien mampu melakukan tarik napas dalam - Pasien mampu melakukan pukul Kasur bantal - Pasien mampu meminum obat secara teratur dengan bantuan - Pasien mampu mendemonstrasikan bicara baik-baik - Pasien mampu menyebutkan tahapan sholat dan kegunaan sholat <p>2. Diagnosa Keperawatan: Risiko perilaku kekerasan</p> <p>3. Tindakan keperawatan: Follow up dan evaluasi Sp 1- 4 risiko perilaku kekerasan</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien mampu mendemonstrasikan bicara baik-baik dengan mandiri - Pasien mampu sholat dengan motivasi <p>A: Risiko perilaku kekerasan</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Latih fisik: Tarik napas dalam 3x1 hari Pukul Kasur bantal 3x1 hari - Latihan bicara baik baik - Sholat 2x1 hari
--	---	--

BAB 4

PEMBAHASAN

Setelah penulis melaksanakan asuhan keperawat kepada Ny.M dengan gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran di ruang Mawar RSJ Prof. Dr. Muhammad Ildrem, maka penulis pada BAB ini akan membahas kesenjangan antara teoritis dengan tinjauan kasus. Pembahasan dimulai melalui tahapan proses keperawatan yaitu pengkajian, diagnosa keparawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

4.1 Pengkajian

Tahap pengkajian pada pasien dilakukan dengan komunikasi terapeutik untuk mengumpulkan data dan informasi tentang status kesehatan pasien. Selama pengkajian dilakukan pengumpulan data dari beberapa sumber, yaitu dari pasien dan perawat di ruangan. Penulis mendapat sedikit kesulitan dalam menyimpulkan data karena keluarga jarang mengunjungi pasien disituasi covid ini. Maka penulis melakukan pendekatan kepada pasien melalui komunikasi terapeutik yang lebih terbuka membantu pasien untuk memecahkan perasaannya dan juga melakukan observasi kepada pasien. Adapun upaya tersebut yaitu:

- a. Melakukan pendekatan dan membina hubungan saling percaya diri pada pasien agar pasien lebih terbuka dan lebih percaya dengan menggunakan perasaan.
- b. Mengadakan pengkajian pasien dengan wawancara
- c. Mengadakan pengkajian dengan cara membaca status, melihat buku rawatan dan bertanya kepada pegawai ruangan Mawar.

Dalam pengkajian ini, penulis menemukan kesenjangan karena ditemukan. Pada kasus Ny.M , pasien mendengar suara-suara yang mengatakan “andai kau dulu denganku” sehingga Ny.M terlihat sering berbicara sendiri dan merasa gelisah, pasien merasa tidak dapat melakukan sesuatu karena selalu gagal dalam membangun usaha dan merasa dirinya tidak dihargai oleh keluarganya sejak dirinya sakit, pasien sulit mengontrol emosinya, ketika dirinya meminta sesuatu

dan tidak diberikan pasien mudah emosian, memukul orang ataupun marah-marah.. Gejala gejala yang muncul tersebut tidak semua mencakup dengan yang ada di teori klinis dari halusinasi, harga diri rendah kronis dan risiko perilaku kekerasan (Keliat, 2020).

4.2 Diagnosa Keperawatan

Ada beberapa diagnosa keperawatan yang sering ditemukan pada pasien dengan halusinasi Sianturi (2021) yaitu:

- 1) Gangguan sensori persepsi: halusinasi
- 2) Risiko tinggi perilaku kekerasan (diri sendiri, orang lain, lingkungan dan verbal).
- 3) Gangguan isolasi sosial: menarik diri
- 4) Gangguan Konsep Diri: Harga diri rendah

Sedangkan pada kasus Ny. M ditemukan tiga diagnosa keperawatan yang muncul yang meliputi: harga diri rendah, halusinasi, dan risiko perilaku kekerasan. Dari hal tersebut di atas dapat dilihat terjadi sedikit perbedaan antara teori dan kasus.

4.3 Implementasi

Pada tahap implementasi, penulis mengatasi masalah keperawatan yakni: diagnosa keperawatan halusinasi pendengaran. Pada diagnosa keperawatan gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran. Hal pertama harus dilakukan yaitu membangun kepercayaan antara perawat dan pasien dengan menggunakan komunikasi terapeutik. Pada hari pertama, strategi pertemuan yaitu mengidentifikasi isi, frekuensi, waktu terjadi, perasaan, respon halusinasi. Kemudian dilakukan latihan mengontrol halusinasi dengan cara menghardik. Pada hari itu juga dijelaskan kepada pasien nama obat, fungsi dan jadwal minum obat, selanjutnya pasien di latih agar minum obat secara teratur. Pertemuan selanjutnya melakukan strategi pelaksanaan mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain dan melatih pasien membuat dan melakukan kegiatan terjadwal. Kegiatan terjadwal yang dibuat yaitu, bangun, mandi, makan, sikat gigi, minum obat, makan siang, tidur siang,

makan malam dan minum obat. Tahap terakhir yaitu mengevaluasi kemampuan pasien melakukan Sp1-Sp4.

Selanjutnya pasien mengikuti strategi pelaksanaan untuk mengatasi harga diri rendahnya. Pada hari pertama, strategi pelaksanaan yang dilakukan yaitu, mengidentifikasi kemampuan positif yang dimiliki pasien, menilai kemampuan positif yang dimiliki, memilih dan menetapkan kemampuan positif yang dapat digunakan dan melatih kegiatan sesuai kegiatan yang dipilih satu. Kemampuan yang pertama dilatih yaitu merapikan tempat tidur setelah bangun tidur. Pada hari berikutnya pasien dilatih melakukan kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih dua, yaitu membersihkan meja makan, dan mencuci piring. Pada hari ketiga, pasien dilatih untuk melakukan kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih tiga, yaitu menyapu ruangan, melipat baju dan berolahraga.

Pasien mengikuti strategi pelaksanaan risiko perilaku kekerasan untuk mengontrol emosi dan risiko perilaku kekerasan pasien. Hari pertama, pasien dilatih latihan fisik Tarik napas dalam dan pukul Kasur bantal, selanjutnya melatih pasien untuk minum obat secara teratur. Pada hari kedua, pasien dilatih untuk bicara baik-baik, hal ini dilakukan agar pasien mampu berekspresi melalui kata-kata, dan pasien dilatih untuk melakukan sholat. Pada implementasi ini hamper sejalan dengan teori tentang intervensi pada masalah, halusinasi, harga diri rendah, dan risiko perilaku kekerasan (Keliat, 2020). Untuk melakukan implementasi pada keluarga, pada tahap-tahap diagnosa tidak dapat dilaksanakan karena penulis tidak pernah berjumpa dengan keluarga pasien (keluarga tidak pernah berkunjung).

4.4 Evaluasi

1. Pada tinjauan teoritis evaluasi menurut Keliat (2020) yang diharapkan adalah: Pasien mempercayai perawat sebagai terapis, penurunan tanda dan gejala halusinasi dan peningkatan kemampuan pasien mengendalikan halusinasi

Pada tinjauan kasus evaluasi yang didapatkan adalah:

- a. Pasien mampu mengidentifikasi halusinasinya, seperti halusinasi yang sering dialami pasien yaitu pasien mendengar suara-suara yang mengatakan “andai kau dulu denganku”, terjadi dua kali sehari, pada waktu magrib, saat sedang melamun, pasien merasa sedih Karena merasa itu suara mantan kekasihnya, respon pasien setelah mengetahui cara mengontrol halusinasi, pasien mampu mengontrol halusinasi dengan cara menghardik. Pasien sudah tahu bahwa itu tidak nyata karena tidak ada wujudnya.
 - b. Pasien sudah tahu fungsi obat-obat yang dimakan, pasien menyebutkan nama obat dan waktu minum dengan benar.
 - c. Pasien mampu melakukan latihan bercakap-cakap dengan orang lain, pasien biasanya bercakap-cakap dengan teman seruangan.
 - d. Pasien mampu melaksanakan jadwal yang telah dibuat bersama, yang dilakukan pasien yaitu bangun tidur, mandi, makan, dan minum obat
2. Pada tinjauan teoritis evaluasi menurut Keliat (2020) yang diharapkan adalah: Pasien mempercayai perawat sebagai terapis, penurunan tanda-dan gejala harga diri rendah dan peningkatan kemampuan meningkatkan harga diri.
- Pada tinjauan kasus evaluasi yang didapatkan adalah:
- a. Pasien mampu mengidentifikasi kemampuan positif yang dimiliki, membuat daftar kemampuan kemampuannya.
 - b. Pasien sudah dapat menilai dan melatih kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih satu yaitu merapikan tempat tidur setiap hari
 - c. Pasien mampu melatih kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih dua yaitu, membersihkan meja makan dan mencuci piring selesai makan.
 - d. Pasien mampu melatih kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih tiga yaitu, menyapu ruangan, melipat baju dan berolahraga.
3. Pada tinjauan teoritis evaluasi menurut Keliat (2020) yang diharapkan adalah: Pasien mempercayai perawat sebagai terapis, penurunan tanda dan

gejala perilaku kekerasan dan peningkatan kemampuan mengatasi perilaku kekerasan.

Pada tinjauan kasus evaluasi yang didapatkan adalah:

- a. Pasien mampu melakukan latihan fisik Tarik napas dalam dan pukul Kasur bantal
- b. Pasien sudah tahu manfaat minum obat dan minum obat secara teratur dengan bantuan perawat
- c. Pasien mampu berbicara baik-baik untuk menunjukkan ekspresinya daripada memukul apabila tidak diberikan sesuatu
- d. Pasien mampu menyebutkan tahapan sholat dan keuntungan sholat awalnya pasien segan untuk sholat namun dengan motivasi yang diberikan pasien mau melakukan sholat

BAB 5

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Proses keperawatan merupakan metode ilmiah dalam menjalankan proses keperawatan dan menyelesaikan masalah secara sistematis yang digunakan oleh perawat dan peserta didik keperawatan. Pelaksanaan asuhan keperawatan menggunakan komunikasi teraupetik untuk memperoleh hasil yang baik, membangun kepercayaan antar perawat dan pasien juga adalah hal yang penting. Disamping itu pasien dapat melaksanakan mutu pelayanan keperawatan yang baik khusus nya pada pasien halusinasi, maka dapat di ambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Pengkajian yang dilaksanakan tidak banyak berbeda dengan pengkajian teoritis maupun penulis, tidak terdapat kesulitan dalam pengkajian pasien.
2. Dari hasil pengkajian dibuat analisa data untuk menentukan maslah keperawatan
3. Intervensi yang disusun berdasarkan masalah keperawatan yang sudah ditegakkan. Hal ini dilakukan bentuk usaha mengatasi masalah yang dihadapi pasien, penulis menyusun rencana tindakan keperawatan sesuai dengan teoritis begitu juga dengan strategi pelaksanaan.
4. Dalam pelaksanaan tindakan keperawatan disesuaikan dengan perencanaan dan dapat dilaksanakan walaupun belum optimal.
5. Pada tahap evaluasi terhadap tindakan keperawatan masalah yang dihadapi pasien tidak teratasi semua sesuai dengan masalah pasien.

5.2 Saran

1. Bagi Mahasiswa
Hendaknya mahasiswa/i dapat melakukan asuhan keperawatan sesuai dengan tahapan-tahapan dengan baik dan benar yang diperoleh selama masa pendidikan baik di akademik maupun di lapangan praktek.
2. Bagi Pasien

Diharapkan pasien dapat menerapkan terapi yang telah diberikan baik secara medik maupun terapi keperawatan yang telah diajarkan demi percepatan penyembuhan penyakit dengan masalah gangguan jiwa.

3. Bagi Perawat

Diharapkan dapat menerapkan komunikasi terapeutik dalam pelaksanaan strategi pertemuan 1-4 pada pasien dengan halusinasi sehingga dapat mempercepat proses pemulihan pasien.

4. Bagi keluarga

Agar keluarga selalu memberikan motivasi kepada pasien dan juga perawatan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran di rumah.

5. Bagi Institusi Pendidikan

Dapat meningkatkan bimbingan klinik kepada mahasiswa profesi ners sehingga mahasiswa semakin mampu dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien-pasien yang mengalami halusinasi pendengaran.

6. Bagi Rumah Sakit

Laporan ini diharapkan dapat menjadi acuan dan referensi dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan halusinasi pendengaran.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdurkhan, R. N., & Maulana, M. A. (2022). Psikoreligius Terhadap Perubahan Persepsi Sensorik Pada Pasien Halusinasi Pendengaran Di Rsud Arjawinangun Kabupaten Cirebon. *Jurnal Education And Development*, 10(1), 251-253. <https://doi.org/10.37081/ed.v10i1.3332>
- 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 (JKJ): Persatuan Perawat Nasional Indonesia*, 7(2), 165-172. <https://doi.org/10.26714/jkj.7.2.2019.167-174>
- Andri, J., Febriawati, H., Panzilion, P., Sari, S. N., & Utama, D. A. (2019). Implementasi Keperawatan Dengan Pengendalian Diri Pasien Halusinasi Pada Pasien Skizofrenia. *Jurnal Kesmas Asclepius*, 1(2), 146-155. <https://doi.org/10.31539/jka.v1i2.922>
- Herawati, N., & Afconneri, Y. (2020). Perawatan Diri Pasien Skizofrenia dengan Halusinasi. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 8(1), 9.
- Irwan, F., Hulu, E. P., Manalu, L. W., Sitanggang, R., & Waruwu, J. F. A. P. (2021). Asuhan keperawatan Jiwa Dengan Masalah Halusinasi.
- Keliat, B. A., dkk. (2020). Asuhan Keperawatan Jiwa. Jakarta: EGC
- Kemenkes, (2019). Situasi Kesehatan Jiwa Di Indonesia. <file:///E:/Kampus/Askep/K.%20JIWA/sumber%20askep/InfoDatin-Kesehatan-Jiwa.pdf>
- Manao, B. M., & Pardede, J. A. (2019). Beban Keluarga Berhubungan Dengan Pencegahan Kekambuhan Pasien Skizofrenia. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 12(3).
- Muliani, N. (2017). Penerapan Terapi Keterampilan Sosial Dan Cognitive Behaviour Therapy Pada Pasien Isolasi Sosial Dan Halusinasi. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 6(2), 83-90. <https://doi.org/10.52657/jik.v6i2.1107>
- Dwi Oktiviani, P. (2020). Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. K dengan masalah Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran di Ruang Rukan Rumah Sakit Jiwa Tampan (Doctoral dissertation, Poltekkes Kemenkes Riau).
- Pardede, J. A. (2020). Beban Keluarga Berhubungan Dengan Koping Saat Merawat Pasien Halusinasi. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 3(4), 445-452.

- Pardede, J. A., Silitonga, E., & Laia, G. E. H. (2020). The Effects of Cognitive Therapy on Changes in Symptoms of Hallucinations in Schizophrenic Patients. *Indian Journal of Public Health*, 11(10), 257.
- Pardede, J. A. (2020). Terapi Keluarga. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*
- Pardede, J. A., Harjuliska, H., & Ramadia, A. (2021). Self-Efficacy dan Peran Keluarga Berhubungan dengan Frekuensi Kekambuhan Pasien Skizofrenia. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 4(1), 57-66. <https://doi.org/10.32584/jikj.v4i1.846>
- Pardede, J. A. (2022). Koping Keluarga Tidak Efektif Dengan Pendekatan Terapi Spesialis Keperawatan Jiwa.
- Pardede, J. A. (2020). Family Knowledge about Hallucination Related to Drinking Medication Adherence on Schizophrenia Patient. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 2(4), 399-408. <https://doi.org/10.37287/jppp.v2i4.183>
- Santri, T. W. (2021). Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Masalah Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran Pada Ny. S.
- Sianturi, S. F. (2021). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny. H Dengan Masalah Halusinasi*
- Stuart, G. W., Keliat, B. A., & Pasaribu, J. (2016). Prinsip dan praktik keperawatan kesehatan jiwa stuart. Edisi Indonesia. Singapore: Elsevier
- Wijayati, F., & Nurfantri, N. (2019). Penerapan Intervensi Manajemen Halusinasi terhadap Tingkat Agitasi pada Pasien Skizofrenia. *Health Information: Jurnal Penelitian*, 11(1), 13-19. <https://doi.org/10.36990/hijp.v11i1.86>
- WHO, (2022). *Schizophrenia*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- Yanti, D. A., Sitepu, A. L., Sitepu, K., & Purba, W. N. B. (2020). Efektivitas Terapi Musik Klasik Terhadap Penurunan Tingkat Halusinasi Pada Pasien Halusinasi Pendengaran Di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. M. Ildrem Medan Tahun 2020. *Jurnal Keperawatan Dan Fisioterapi (Jkf)*, 3(1), 125-131. <https://doi.org/10.35451/jkf.v3i1.527>
- Zelika, A. A., & Dermawan, D. (2015). Kajian Asuhan Keperawatan Jiwa Halusinasi Pendengaran Pada Sdr. D Di Ruang Nakula RSJD Surakarta. Profesi (Profesional Islam): *Media Publikasi Penelitian*, 12(02). <https://doi.org/10.26576/profesi.87>