



STIKes Santa Elisabeth Medan

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA SKIZOFRENIA PADA NY. F
DENGAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI: HALUSINASI
PENDENGARAN DI RUANG MAWAR II RUMAH
SAKIT JIWA PROF. M. ILDREM
MEDAN TAHUN 2025**

KARYA ILMIAH AKHIR



Oleh:
Sr. M. Kristina Lubis FSE
NIM. 052024037

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH MEDAN
PROGRAM STUDI NERS
TAHUN 2025**

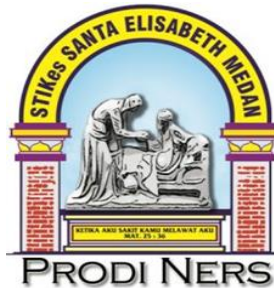


STIKes Santa Elisabeth Medan

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA SKIZOFRENIA PADA NY. F
DENGAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI: HALUSINASI
PENDENGARAN DI RUANG MAWAR II RUMAH
SAKIT JIWA PROF. M. ILDREM
MEDAN TAHUN 2025**

KARYA ILMIAH AKHIR

Disusun Sebagai Salah Satu Syarat Menyelesaikan Profesi Ners
Program Studi Profesi Ners
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan



Oleh:

Sr. M. Kristina Lubis FSE

NIM. 052024037

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS SEKOLAH TINGGI ILMU
KESEHATAN SANTA ELISABETH MEDAN
TAHUN 2025**



STIKes Santa Elisabeth Medan



STIKes Santa Elisabeth Medan

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA ILMIAH AKHIR INI TELAH DISETUJUI UNTUK
DIPERTAHANKAN
PADA UJIAN SIDANG KARYA ILMIAH AKHIR
TANGGAL 02 Mei 2025



(Lindawati F. Tampubolon, S.Kep.,Ns.,M.Kep)

Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan



(Mestiana B. Kara, M.Kep., DNSc)



STIKes Santa Elisabeth Medan



STIKes Santa Elisabeth Medan

LEMBAR PENETAPAN TIM PENGUJI

KARYA ILMIAH AKHIR INI TELAH DIPERTAHANKAN DI
DEPAN TIM
PENGUJI UJIAN SIDANG KARYA ILMIAH AKHIR
PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH
MEDAN PADA TANGGAL 02 MEI 2025

TIM PENGUJI

TANDA TANGAN

Ketua : Helinida Saragih, S.Kep., Ns., M.Kep

Anggota : Rotua Elvina Pakpahan, S.Kep., Ns., M.Kep

: Mestiana Br. Karo, M.Kep., DNSc



STIKes Santa Elisabeth Medan



STIKes Santa Elisabeth Medan

LEMBAR PERESETUJUAN

Diajukan sebagai salah satu syarat guna memperoleh gelar
Ners (Ns)

Oleh:

Sr. M. Kristina Lubis FSE
052024037

Medan, 02, Mei 2025

Menyetujui,
Ketua Penguji

Helinida Saragih, S.Kep.,Ns.,M.Kep

Anggota

Rotua Elvina Pakpahan, S.Kep., Ns., M.Kep



Mestiana Br. Kaho, M.Kep., DNSc



KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa karena rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyusun karya tulis ilmiah akhir ini yang berjudul **“Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Nn. F Dengan Masalah Masalah Utama Halusinasi Pendengaran di Ruang Mawar II Rumah Sakit Jiwa Profesor. M. Ildrem Medan tahun 2025”**. Karya ilmiah ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan jenjang Profesi Ilmu Keperawatan program Studi Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan.

Pada penyusunan karya ilmiah ini penulis menyadari bahwa semuanya ini tidak semata-mata hasil kerja penulis sendiri, melainkan juga berkat bimbingan dan dorongan dari pihak-pihak yang telah membantu. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis mengucapkan terimakasih kepada :

1. Mestiana Br. Karo, M.Kep.,DNSc selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan sekaligus Penguji III yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas untuk mengikuti serta menyelesaikan pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan serta telah memberi waktu dalam memberikan arahan dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini.
2. Ismail Lubis, MM, Selaku Direktur Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. M. Ildrem Medan yang telah mengijinkan penulis melakukan pendinasan



STIKes Santa Elisabeth Medan

dan mengambil kasus kelolaan karya ilmiah akhir di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. M. Ildrem Medan.

3. Lindawati Farida Tampubolon, S.Kep.,Ns.,M.Kep, Selaku Ketua Program Studi Ners yang telah membantu, membimbing serta mengarahkan penulis selama mengikuti pendidikan.
 4. Helinida Saragih, S. Kep., Ns., M. Kep Kep selaku dosen Pembimbing sekaligus Penguji I yang telah memberi waktu dalam membimbing dan mengarahkan penulis dengan penuh kesabaran dan memberikan ilmu yang bermanfaat selama proses menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.
 5. Rotua Elvina Pakpahan, S.Kep., Ns., M.Kep, Selaku dosen penguji II yang telah membantu dan membimbing dengan sangat baik dan sabar dalam penyusunan karya ilmiah ini.
 6. Seluruh dosen dan Tenaga Kependidikan STIKes Santa Elisabeth Medan yang telah membimbing, mendidik, dan memotivasi dan membantu dalam menjalani pendidikan.
 7. Teristimewa kepada para suster Kongregasi Fransiskanes Santa Elisabeth yang selalu setia memberikan dukungan baik melalui doa-doa dan motivasi yang positif maupun material.
 8. Seluruh teman-teman mahasiswa/i Program Studi Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan stambuk 2024 yang telah berjuang bersama-sama dan saling memberikan dukungan.
- Dengan rendah hati penulis mengucapkan terimakasih kepada semua



STIKes Santa Elisabeth Medan

pihak yang telah berpartisipasi dalam penyusunan karya ilmiah ini, akhir kata

STIKES SANTA ELISABETH MEDAN



STIKes Santa Elisabeth Medan



STIKes Santa Elisabeth Medan

penulis mengucapkan banyak terimakasih semoga karya ilmiah ini dapat bermanfaat bagi kita semua dalam pengembangan ilmu pengetahuan khususnya ilmu keperawatan.

Medan, 02 Mei 2024

Penulis

(Sr. Kristina Lubis FSE)



SINOPSIS

Ronauli Agustina (Sr. M. Kristina Lubis FSE), 052024037

”Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny. F Dengan Masalah Utama Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran di Ruang Mawar II Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. M. Ildrem Medan Tahun 2024”.

Program Studi Profesi Ners 2024

Kata Kunci: Asuhan Keperawatan, Halusinasi, Halusinasi Pendengaran

Halusinasi adalah gangguan persepsi sensoris dari suatu obyek rangsangan dari luar, gangguan persepsi sensoris ini meliputi seluruh pancaindra. Halusinasi merupakan salah satu gejala gangguan jiwa yang pasien mengalami perubahan sensoris persepsi, serta merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecap, perabaan, atau penciuman. Pasien merasakan stimulus yang sebetulnya tidak ada. Pasien gangguan jiwa mengalami perubahan dalam hal orientasi realitas. Pemberian intervensi keperawatan jiwa pada pasien dengan halusinasi berfokus pada mengenali dan mengontrol.

Untuk itu, kasus ini menarik untuk dibahas agar dapat meningkatkan pengetahuan dalam penanganan dan menjadi pedoman dalam deteksi dini gangguan persepsi sensoris tersebut. Metode dalam karya ilmiah akhir ini menggunakan metode studi kasus dengan pendekatan Asuhan Keperawatan Jiwa pada Ny. F dengan gangguan persepsi sensoris: halusinasi pendengaran di ruang Mawar II Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. M. Ildrem Medan.

Hasil : Manifestasi yang timbul pada kasus halusinasi pendengaran relevan dengan teori buku dan data yang ditemukan di lapangan. Penatalaksanaan dilakukan pemberian SP waham yang terdiri dari SP 1 cara menghardik, SP 2 bercakap cakap, SP 3 melakukan kegiatan teratur, SP 4 minum obat secara teratur, SP berdoa.



DAFTAR ISI

SAMPUL DEPAN	
PERSYARATAN GELAR	
LEMBAR PENGESAHAN	
HALAMAN PENETAPAN PANITIA PENGUJI	
LEMBAR PERSETUJUAN	
KATA PENGANTAR	i
SINOPSIS	v
DAFTAR ISI	vi
DAFTAR GAMBAR	ix
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar belakang	1
1.2 Identifikasi masalah	5
1.3 Tujuan karya ilmiah akhir	5
1.3.1 Tujuan umum	5
1.3.2 Tujuan khusus	5
1.4 Manfaat	6
1.4.1 Manfaat teoritis	6
1.4.2 Manfaat praktis	6
BAB 2 TINJAUAN TEORITIS	8
2.1 Konsep Dasar Medis	8
2.1.1 Defenisi halusinasi	8
2.1.2 Rentang respon halusinasi	9
2.1.3 Etiologi halusinasi	10
2.1.4 Tanda dan gejala halusinasi pendengaran	12
2.1.5 Patofisiologi halusinasi	14
2.1.6 Klasifikasi halusinasi	16
2.1.7 Mekanisme koping	18
2.1.8 Penatalaksanaan halusinasi	19
2.1.9 Penatalaksanaan keperawatan	22
2.2 Konsep Dasar Keperawatan	26
2.2.1 Pengkajian keperawatan	26
2.2.2 Diagnosa keperawatan	38
2.2.3 Implementasi keperawatan	40
2.2.4 Evaluasi keperawatan	40
BAB 3 TINJAUAN KASUS	
BAB 4 PEMBAHASAN	109
4.1 Pengkajian keperawatan	109
4.2 Diagnosa keperawatan	111
4.3 Intervensi keperawatan	112
4.4 Implementasi keperawatan	120



STIKes Santa Elisabeth Medan

4.5 Evaluasi Keperawatan	125
BAB 5 SIMPULAN DAN SARAN	126
5.1 Simpulan	128
5.2 Saran.....	132
DAFTAR PUSTAKA	136
LAMPIRAN	138



BAB 1 PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Kesehatan jiwa sangat penting dikarenakan sehat jiwa seseorang dapat merasakan kebahagiaan serta mampu dalam menghadapi tantangan hidup, bersikap positif terhadap diri sendiri maupun orang lain, dan bisa menerima orang lain sebagaimana mestinya. Selain itu, dikatakan sehat jiwa juga merupakan kondisi seorang individu berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial sehingga menyadari kemampuan sendiri, mampu mengatasi tekanan, bekerja secara produktif, dan memberikan kontribusi untuk komunitasnya, namun jika kondisi perkembangan individu tersebut tidak sesuai disebut gangguan (Yanti et al., 2020)

Gangguan jiwa merupakan respon maladaptif terhadap suatu stressor yang datang dari dalam maupun dari luar diri seseorang, yang berakibat terjadinya perubahan pada pola pikir, persepsi, perilaku dan perasaan yang tidak sesuai dengan norma atau budaya yang ada, serta gangguan pada fungsi fisik dan sosial yang menimbulkan terjadinya kesulitan dalam berhubungan sosial dan kemampuan untuk bekerja secara normal. Gangguan jiwa tidak menyebabkan kematian secara langsung melainkan akan menyebabkan persepsi yang negatif terhadap diri sendiri, adanya stigmatisasi dan penolakan dari lingkungan sekitar, berkurangnya aktivitas dan kesulitan dalam melakukan fungsi sehari-hari, serta pandangan negatif pada diri sendiri. (Daulay et al., 2021)

Skizofrenia adalah gangguan mental yang menyebabkan seseorang

menjadi disfungsional secara fisiologis untuk dirinya sendiri maupun interaksi secara sosial. Skizofrenia merupakan salah satu yang paling kompleks dan menantang dari penyakit gangguan jiwa. Skizofrenia merupakan suatu sindrom heterogen yang tidak teratur. Skizofrenia ditandai dengan munculnya gejala seperti delusi, halusinasi, pemikiran dan ucapan yang tidak teratur, emosi yang tidak wajar gangguan perilaku-perilaku aneh, dan gangguan fungsi utama psikososial (Putri & Maharani, 2022).

Sedangkan menurut Sobiyanto (2024), Skizofrenia merupakan gangguan jiwa yang ditandai dengan munculnya gejala seperti halusinasi dan delusi. Skizofrenia merupakan gangguan mental dengan kumpulan gejala psikotik yang dipengaruhi berbagai faktor individual, termasuk area berpikir dan komunikasi, menerima dan menginterpretasikan kenyataan, merasakan dan menunjukkan emosi serta tingkah laku sesuai norma sosial.

Skizofrenia menimbulkan distorsi pikiran, emosi, persepsi, dan tingkah laku. Hal tersebut membuat penderita skizofrenia beresiko tinggi melakukan tindakan agresif atau mengalami perubahan tingkah laku yang terjadi dalam beberapa hari ataupun dalam minggu, sehingga penderita skizofrenia memerlukan bantuan keluarga untuk merawat dan memberikan perhatian khusus. Klien skizofrenia membutuhkan pertolongan orang lain untuk memenuhi kebutuhan hidupnya. (Alfiani, Titi; Puspaneli, 2022).

Skizofrenia tipe paranoid ditandai dengan preokupasi terhadap satu atau lebih halusinasi auditorik. Pasien dengan skizofrenia paranoid biasanya menunjukkan regresi kemampuan mental, respon emosional, dan perilaku yang

lebih ringan dibandingkan dengan pasien skizofrenia tipe lain. Pasien dengan skizofrenia biasanya tegang, mudah curiga, berjaga-jaga, behati-hati, dan terkadang ersikap bermusuhan atau agresif, namun mereka kadang-kadang dapat mengendalikan diri mereka secara adekuat pada situasi sosial (Hennessy, 1985).

Permasalahan kesehatan jiwa di seluruh dunia memanglah telah menjadi permasalahan yang sangat serius. Terdapat kurang lebih 450 juta orang di dunia menderita penyakit mental. Kurang lebih 35 juta orang terkena depresi, 60 juta orang terkena bipolar, 21 juta orang terkena skizofrenia, dan 47,5 juta orang terkena demensia. Data Riset Kesehatan Dasar (2024) menunjukkan bahwa dibandingkan dengan Riskesdas tahun 2022, proporsi gangguan jiwa sangat besar, naik dari 1,7% menjadi 7%. Halusinasi terjadi pada 7 dari setiap 1.000 orang dewasa, dan kebanyakan dari mereka berusia antara 15-35 tahun. Rumah sakit jiwa di Indonesia menyebutkan bahwa kurang lebih 70% halusinasi yang dialami pasien gangguan jiwa adalah halusinasi pendengaran, 20% halusinasi penglihatan, serta 10% halusinasi penciuman, rasa dan perabaan. Dari prevalensi ditemukan gangguan jiwa halusinasi paling banyak penderitanya adalah halusinasi pendengaran (Muthmainnah et al., 2023).

Dampak halusinasi jika tidak dirawat yaitu klien biasanya mengalami marah tanpa sebab, berbicara atau tertawa sendiri, ketakutan kepada sesuatu yang tidak jelas, terjadi peningkatan denyut jantung, curiga atau bermusuhan, sulit berhubungan dengan orang lain. Dari perilaku itu mengakibatkan resiko mencederai diri, orang lain dan lingkungan. Ini diakibatkan karena pasien berada dibawah halusinasinya yang meminta dia untuk melakukan sesuatu hal diluar

kesadarannya.(Bell et al., 2024)

Halusinasi merupakan suatu gangguan persepsi sensori yang dialami oleh individu berupa persepsi, serta merasakan sensasi palsu pada seluruh panca indera, sensasi palsu tersebut dapat berupa suara, penglihatan, pengecap, perabaan, ataupun penciuman. Individu yang mengalami halusinasi akan merasakan stimulus didengar oleh individu terdengar seperti mengajak berbicara (Hani et al., 2023). Halusinasi didefinisikan sebagai terganggunya persepsi sensori seseorang dimana tidak ada stimulus. (Oktaviani et al., 2022).

Menurut organisasi kesehatan dunia, sekitar 24 juta orang atau 1 dari 300 orang (0,32%) diseluruh dunia mengalami skizofrenia. Prevalensi skizofrenia yang terjadi dikalangan dewasa mencapai 1 dari 222 orang (0,45%) (WHO, 2022). Target capaian yang sering terjadi pada masa remaja akhir hingga usia 20-an. Kejadian skizofrenia lebih cepat dialami oleh pria daripada wanita (WHO, 2022) (Sobiyanto et al., 2024).

Berdasarkan data tersebut diketahui bahwa jenis halusinasi yang paling banyak diderita oleh pasien dengan skizofrenia adalah pendengaran. Sensori dan persepsi yang dialami pasien tidak bersumber dari kehidupan nyata, tetapi dari diri pasien itu sendiri. Dapat disimpulkan bahwa pengalaman sensori tersebut merupakan sensori persepsi palsu.(Soewadi, 1999)dalam (Sobiyanto et al., 2024)menyatakan bahwa dampak yang dapat ditimbulkan oleh pasien yang mengalami halusinasi adalah kehilangan kontrol dirinya. Pasien akan mengalami panik dan perilakunya dikendalikan oleh halusinasi.

Peran perawat dalam menangani halusinasi di rumah sakit antara lain

melakukan penerapan standar asuhan keperawatan, terapi aktivitas kelompok, dan melatih keluarga untuk merawat pasien dengan halusinasi. Standar asuhan keperawatan mencakup penerapan strategi pelaksanaan halusinasi. Strategi pelaksanaan adalah penerapan standar asuhan keperawatan terjadwal yang diterapkan pada pasien yang bertujuan untuk mengurangi masalah keperawatan jiwa yang ditangani. (Bell et al., 2024)

1.2. Rumusan Masalah

Masalah yang penulis rumuskan adalah untuk melakukan asuhan keperawatan jiwa pada pasien dengan masalah utama Skizofrenia : halusinasi pendengaran di ruangan Mawar II Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. M. Ildrem Medan

1.3. Tujuan Karya Ilmiah Akhir

Bagaimana asuhan Keperawatan Jiwa dengan halusinasi pendengaran di ruang Mawar II Rumah Sakit Jiwa Profesor M. Ildrem Provinsi Sumatera Utara Tahun 2025.

1.3.1 Tujuan umum

Untuk mengetahui asuhan keperawatan Jiwa dengan halusinasi pendengaran di ruang Mawar II Rumah Sakit Jiwa Profesor M. Ildrem Provinsi Sumatera Utara Tahun 2025.



1.3.2. Tujuan khusus

1. Melakukan pengkajian keperawatan pada pasien dengan halusinasi pendengaran
2. Menegakkan diagnosa pada pasien dengan halusinasi pendengaran
3. Menyusun perencanaan pada pasien dengan halusinasi pendengaran
4. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan halusinasi pendengaran
5. Melakukan evaluasi keperawatan pada pasien dengan halusinasi pendengaran

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Medik

2.1.1 Pengertian

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. Halusinasi adalah isyarat manusia untuk membedakan antara rangsangan internal (pikiran) dan eksternal (dunia luar). Tidak ada rangsangan atau objek yang nyata, individu membuat persepsi atau ide tentang lingkungannya. Perubahan persepsi terjadi ketika seseorang menggunakan panca inderanya tidak dengan rangsangan dari luar atau mengalami halusinasi yang muncul secara spontan maka terjadi persepsi yang salah atau persepinya berubah (Hennessy, 1985)

2.1.2. Etiologi

Menurut Hennessy (1985), etiologi halusinasi antara lain:

1. Faktor predisposisi

- a. Perkembangan Jika tugas perkembangan pasien terganggu, seperti kurangnya keharmonisan dalam keluarga, dari kecil tidak dibiasakan mandiri, mudah marah/frustasi, dan kehilangan kepercayaan diri. Jika tugas perkembangan pasien terhambat dan hubungan interpersonal terputus, individu akan cemas dan terganggu dalam hubungan sosial.

b. Sosiologis individu yang ditolak oleh lingkungan sejak dini, anak menjadi terpojok dan merasa sendirian.

c. Biokimia Ada riwayat penggunaan narkoba, psikotropika, atau zat adiktif lainnya (NAPZA), atau gangguan jiwa (herediter).

Ada 2 jenis stres yaitu:

1) Stres yang berlebihan : stimulasi halusinogen

2) Stres berkepanjangan : neurotransmitter aktif

d. Psikologis kepribadian yang lemah dan kurang bertanggung jawab menyebabkan anak mudah stres

e. Genetik dan pola asuh Jika memiliki anak dengan kondisi sehat apabila dirawat oleh individu schizofrenia maka anak tersebut menjadi *schizophrenia*.

2. Faktor presipitasi

a. Dimensi spiritual

Individu yang mengalami halusinasi mulai merasa hidupnya hampa. Tampaknya rutinitas yang dilakukan tidak memiliki arti. Klien kemudian jarang melakukan aktivitas ibadah atau spiritual. Misalnya, Irama merasa terganggu saat melakukan kegiatan dipagi hari karena ia terbiasa tidur terlalu lama dan bangun pada waktu yang tepat di siang hari. Saat dia terbangun, dia merasa hampa dan bingung untuk melakukan kegiatan apa dalam hidup.

b. Dimensi fisik

Halusinasi dapat ditimbulkan oleh beberapa kondisi fisik, seperti :

1) Kelelahan

2) Menggunakan obat-obatan

3) Intoksikasi alkohol

4) Demam delirium

5) Insomnia yang lama

c. Dimensi emosional

Dimensi emosional yaitu kecemasan yg berlebihan terhadap problem yg tidak dapat diatasi merupakan pencetus halusinasi. Halusinasi terdiri dari perintah atau hal-hal yang menakutkan. Individu tidak akan lagi melawan perintah hingga situasi klien mengatasi ketakutan tersebut.

d. Dimensi sosial

Contoh dimensi sosial yaitu individu akan mengalami gangguan interaksi sosial pada fase awal dan comforting. Individu merasa kehidupan sosial pada alam nyata merupakan sesuatu yg membahayakan sehingga pasien asyik dengan halusinasinya. Seolah-olah halusinasinya merupakan tempat pemenuhan kebutuhan sosial, kontrol diri dan harga diri yg tidak ditemukan di dunia nyata

e. Dimensi intelektual

Secara umum, halusinasi adalah upaya ego untuk melawan impuls yang menekan, tetapi akhirnya akan mengambil seluruh perhatian Klien dan seringkali mengontrol perilakunya. Klien mungkin mengalami penurunan ego.

2.1.3 Klasifikasi halusinasi

Menurut Hennessy (1985) klasifikasi halusinasi:

Jenis Halusinasi	Data Objektif	Data Subjektif
Halusinasi pendengaran	<ul style="list-style-type: none">• Bicara atau tertawa sendiri.• Marah-marah tanpa sebab.• Mengarahkan telinga ke arah tertentu.• Menutup telinga.	<ul style="list-style-type: none">• Mendengar suara-suara atau kegaduhan.• Mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap.• Mendengar suara menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya
Halusinasi penglihatan	<ul style="list-style-type: none">• Menunjuk-nunjuk ke arah tertentu.• Ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas	Melihat bayangan, sinar, bentuk geometris, bentuk kartun, melihat hantu, atau monster.
Halusinasi penciuman	<ul style="list-style-type: none">• Mencium seperti sedang membaui bau-bauan tertentu.• Menutup hidung.	Membaui bau-bauan seperti bau darah, urine, feses, dan kadangkadang bau itu menyenangkan.
Halusinasi pengecapan	<ul style="list-style-type: none">• Sering meludah• Muntah	Merasakan rasa seperti darah, urine, atau feses
Halusinasi perabaan	Menggaruk-garuk permukaan kulit.	<ul style="list-style-type: none">• Mengatakan ada serangga di permukaan kulit.• Merasa seperti tersengat listrik

Tabel 2.1 klasifikasi halusinasi (Hennessy, 1985)

2.1.4. Tahapan dalam halusinasi

Menurut Hennessy (1985), Tahapan halusinasi antara lain:

1. *Comforting*

Fase *comforting* yaitu fase yang menyenangkan. Pada tahap ini masuk dalam golongan nonpsikotik. Karakteristik : Klien mengalami stress, cemas, perasaan perpisahan, rasa bersalah, kesepian yang memuncaka, dan tidak dapat diselesaikan. Klien mulai melamun,

dan memikirkan hal – hal yang menyenangkan, cara ini hanya menolong sementara. Perilaku Klien : tersenyum atau tertawa yang tidak sesuai, menggerakkan bibir tanpa suara, pergerakan mata cepat, response verbal yang lambat jika sedang asyik dengan halusinasinya, dan suka menyendiri.

2. *Condemning*

Fase *condemning* atau ansietas berat yaitu halusinasi menjadi menjijikkan, termasuk dalam psikotik ringan. Karakteristik : pengalaman sensorik menjijikkan dan menakutkan, kecemasan meningkat, melamun, dan berfikir sendiri jadi dominan. Mulai dirasakan ada bisikan yang tidak jelas. Klien tidak ingin orang lain tahu, dan dia tetap dapat mengontrolnya.

3. *Controlling*

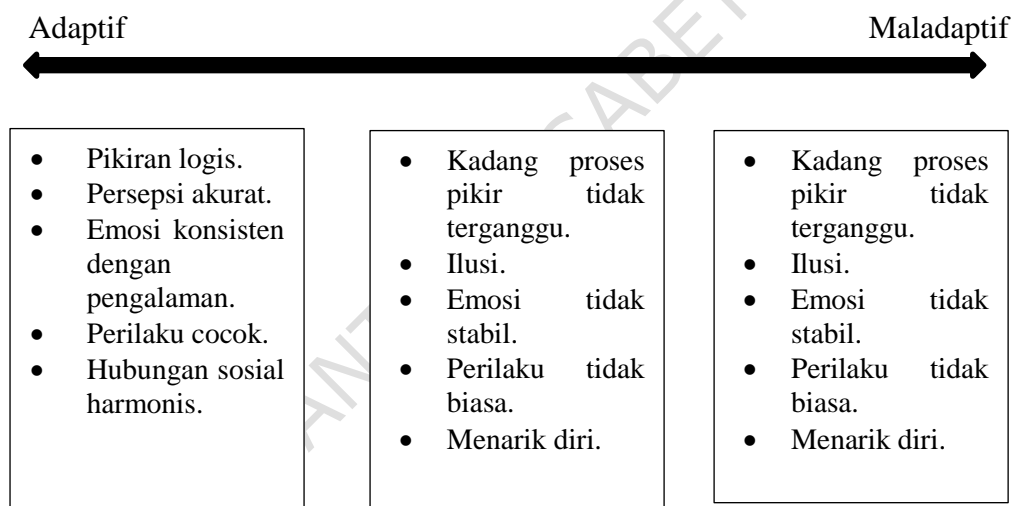
Fase *controlling* atau ansietas berat yaitu pengalaman sensori menjadi berkuasa. Termasuk dalam gangguan psikotik. Karakteristik : bisikan, suara, isi halusinasi semakin menonjol, menguasai dan mengontrol Klien. Klien menjadi terbiasa dan tidak berdaya terhadap halusinasinya. Perilaku Klien : kemauan dikendalikan halusinasi, rentang perhatian tanpa beberapa menit dan detik. Tanda – tanda fisik berupa Klien berkeringat, tremor, dan tidak mampu mematuhi perintah.

4. *Conquering*

Fase *conquering* atau panic yaitu klien lebur dengan

halusinasinya. Termasuk dalam psikotik berat. Karakteristik halusinasinya berubah menjadi mengancam, memerintah, dan memarahi klien. Klien menjadi takut, tidak berdaya, hilang kontrol, dan tidak dapat berhubungan secara nyata dengan orang lain di lingkungan. Perilaku klien: perilaku terror akibat panic, potensi bunuh diri, perilaku kekerasan, agitasi, menarik diri atau kakatonik, tidak mampu merespon terhadap perintah kompleks, dan tidak mampu berespons lebih dari satu orang.

2.1.5 Rentang respon halusinasi



Tabel 2.2 Rentang respon halusinasi (Hennessy,1985)

2.1.6 Penatalaksanaan

Menurut Hennessy (1985), penatalaksanaan pasien dengan halusinasi yaitu:

1. Terapi farmakologi

Terapi farmakologi yang diberikan pada pasien halusinasi

berupa obat yaitu haloperidol, clozapine dan trihexyphenidyl. Haloperidol berfungsi untuk menenangkan keadaan mania pada pasien psikosis, sehingga sangat efektif diberikan pada pasien dengan gejala dominan gaduh, gelisah, hiperaktif dan sulit tidur dikarenakan halusinasi. Clozapin dapat mengatasi halusinasi tanpa menyebabkan gejala ekstrapiramidal, disamping itu obat ini dapat mengurangi depresi dan keinginan untuk bunuh diri.

Trihexyphenidyl untuk profilaksis mengatasi gejala ekstrapiramidal dan sindrom parkinsonisme seperti gemetar, badan kaku seperti robot dan hipersalivasi yang dapat ditimbulkan sebagai efek sekunder oleh obat-obat haloperidol yang diberikan untuk terapi anti psikosis

2. Terapi non farmakologi

a. Terapi aktifitas kelompok (TAK)

Terapi aktifitas kelompok yang dapat dilakukan pada pasien Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi adalah dengan TAK Stimulasi Persepsi

b. *Elektro convulsif therapy* (ECT)

ECT ialah penyembuhan kepada fisik memakai tegangan listrik yang memiliki tegangan arus 75 sampai 100 volt, metode terapi ini belum dikenal dengan jelas dan pasti tetapi pengobatan ini bisa meminimalisir lamanya serangan halusinasi serta bisa memudahkan berinteraksi

bersama orang lain.

c. Rehabilitasi

Rehabilitasi merupakan terapi untuk mendorong penderita bersosialisasi lagi dengan orang lain, penderita lain, perawat dan dokter. Tujuannya agar penderita tidak mengasingkan diri lagi karena bila menarik diri dia dapat membentuk kebiasaan yang kurang baik. Dianjurkan penderita untuk mengadakan permainan atau pelatihan bersama.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Jiwa Klien Halusinasi

2.2.1 Pengkajian

Menurut Hennessy (1985), Pengkajian halusinasi meliputi :

1. Identitas

Identitas dijabarkan dengan lengkap yang berisikan nama, usia, alamat, pendidikan, agama, status perkawinan, pekerjaan, jenis kelamin, nomor rekam medis dan diagnosa medis.

a. Alasan masuk

Menanyakan kepada pasien/keluarga/pihak yang berkaitan mengenai apa penyebab pasien datang ke rumah sakit, apa yang sudah dilakukan oleh pasien/keluarga sebelum atau di rumah untuk mengatasi masalah dan bagaimana hasilnya. Pasien dengan halusinasi pendengaran sering melamun, menyendiri dan tertawa.

sendiri.

b. Riwayat penyakit sekarang

Menanyakan riwayat timbulnya gejala gangguan jiwa saat ini, penyebab munculnya gejala, upaya yang dilakukan keluarga untuk mengatasi dan bagaimana hasilnya.

2. Faktor predisposisi

a. Faktor perkembangan

Hambatan perkembangan akan mempengaruhi hubungan interpersonal yang dapat mempengaruhi peningkatan stres dan ansietas atau kecemasan yang dapat berakhir pada gangguan persepsi. Pasien mungkin menekan perasaannya sehingga mengakibatkan pematangan fungsi intelektual dan emosi menjadi tidak efektif.

b. Faktor sosial budaya

Berbagai faktor di masyarakat yang menyebabkan seseorang merasa tersingkirkan ataupun kesepian, selanjutnya tidak segera diatasi sehingga timbul dampak berat seperti delusi dan halusinasi.

c. Faktor psikologis

Hubungan interpersonal yang tidak baik atau tidak harmonis, serta peran ganda atau peran yang bertentangan dapat menjadi penyebab ansietas berat terakhir yaitu

pengingkaran terhadap fakta yang ada, sehingga terjadilah halusinasi.

d. Faktor biologis

Struktur otak yang abnormal ditemukan pada Klien gangguan orientasi realitas atau kenyataan, dan atropik otak pembesaran ventikal, perubahan besar, serta bentuk sel kortikal dan limbik dapat ditemukan.

e. Faktor genetik

Gangguan orientasi realitas termasuk halusinasi secara umum ditemukan pada pasien skizofrenia. Skizofrenia ditemukan cukup tinggi pada keluarga yang salah satu anggota keluarganya mengalami skizofrenia, serta akan lebih tinggi jika kedua orang tua skizofrenia.

3. Faktor Presipitasi

a. Stresor sosial budaya dan kecemasan akan meningkat jika terjadi penurunan stabilitas keluarga, berpisah dengan orang yang dirasa penting, atau dikucilkan dari kelompok dapat menyebabkan terjadinya halusinasi.

b. Faktor biokimia berbagai penelitian tentang dopamin, norepineprin, indolamin, serta zat halusigenik diduga berhubungan dengan gangguan orientasi realitas termasuk halusinasi.

c. Faktor psikologis intensitas kecemasan yang ekstrem dan berkepanjangan disertai kurangnya kemampuan dalam mengatasi masalah memungkinkan menjadi penyebab berkembangnya gangguan orientasi realitas. Pasien mengembangkan koping berguna untuk menghindari fakta-fakta yang tidak menyenangkan.

4. Pemeriksaan fisik

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

5. Psikososial

a. Genogram

Pembuatan genogram minimal 3 generasi yang menggambarkan hubungan klien dengan keluarga, masalah yang terkait dengan komunikasi, pengambilan keputusan, pola asuh, pertumbuhan individu dan keluarga.

b. Konsep diri

1) Gambaran diri

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

2) Identitas diri

klien dengan halusinasi tidak puas akan dirinya.

sendiri merasa bahwa klien tidak berguna.

3) Fungsi peran

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

4) Ideal diri

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

5) Harga diri

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

6) Hubungan sosial

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

6. Spiritual

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

7. Status mental

a. Penampilan

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

b. Pembicaraan

klien dengan halusinasi cenderung suka berbicara sendiri, ketika di ajak bicara tidak fokus. Terkadang yang

dibicarakan tidak masuk akal.

c. Aktivitas motorik

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

d. Afek emosi

Pada klien halusinasi tingkat emosi lebih tinggi, perilaku agresif, ketakutan yang berlebihan.

e. Interaksi selama wawancara

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

8. Persepsi-sensori

a. Jenis halusinasi

b. Waktu munculnya halusinasi yang di alami pasien. Kapan halusinasi terjadi? Apakah pagi, siang, sore, malam? Jika muncul pukul berapa?

c. Frekuensi terjadinya apakah terus-menerus atau hanya sekali, kadang-kadang, jarang atau sudah tidak muncul lagi. Pada klien halusinasi sering kali mengalami halusinasi

pada saat klien tidak memiliki kegiatan/saat melamun maupun duduk sendiri.

- d. Situasi yang menyebabkan munculnya halusinasi. Situasi terjadinya apakah ketika sendiri, atau setelah terjadi kejadian tertentu?.
- e. Respons terhadap halusinasi. Untuk mengetahui apa yang dilakukan pasien ketika halusinasi itu muncul.

9. Proses berpikir

a. Bentuk pikir

Bentuk pemikiran yang tidak sesuai dengan kenyataan yang ada atau tidak mengikuti logika secara umum (tak ada sangkut pautnya antara proses individu dan pengalaman yang sedang terjadi). Klien yang mengalami halusinasi lebih sering waswas terhadap hal-hal yang dialaminya

b. Isi pikir

Pasien akan cenderung selalu merasa curiga terhadap suatu hal dan depersonalisasi yaitu perasaan yang aneh/asing terhadap diri sendiri, orang lain, lingkungan sekitarnya. Berisikan keyakinan berdasarkan penilaian non realistis.

- c. Tingkat kesadaran Pada klien halusinasi sering kali merasa bingung, apatis (acuh tak acuh).

10. Memori

- a. Daya ingat jangka panjang : mengingat kejadian masa lalu lebih dari 1 bulan
- b. Daya ingat jangka menengah : dapat mengingat kejadian yang terjadi 1 minggu terakhir
- c. Daya ingat jangka pendek : dapat mengingat kejadian yang terjadi saat ini
- d. Tingkat konsentrasi dan berhitung

11. Kemampuan penilaian mengambil keputusan

- a. Gangguan ringan : dapat mengambil keputusan secara sederhana baik dibantu orang lain/tidak.
- b. Gangguan bermakna : tidak dapat mengambil keputusan secara sederhana cenderung mendengar/melihat ada yang diperintahkan.

12. Daya tilik diri Pada klien halusinasi cenderung mengingkari penyakit yang diderita: klien tidak menyadari gejala penyakit (perubahan fisik dan emosi) pada dirinya dan merasa tidak perlu minta pertolongan/klien menyangkal keadaan penyakitnya.**13. Mekanisme koping**

Biasanya pada klien halusinasi cenderung berperilaku maladaptif, seperti mencederai diri sendiri dan orang lain di sekitarnya. Malas beraktifitas, perubahan suatu persepsi dengan

berusaha untuk mengalihkan tanggung jawab kepada orang lain, mempercayai orang lain dan asyik dengan stimulus intenal.

14. Masalah psikososial dan lingkungan

Biasannya pada klien halusinasi mempunyai masalah di masalah dan mengakibatkan dia menarik diri dari masyarakat dan orang terdekat.

a. Aspek pengetahuan mengenai penyakit

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

b. Aspek medis

Memberikan penjelasan tentang diagnostik medik dan terapi medis. Pada klien halusinas

15. Terapi medis seperti Haloperidol(HLP), Clapromazine (CPZ), Trihexyphenidyl (THP)

2.2.2 Diagnosa keperawatan

Menurut Hennessy (1985), diagnosa keperawatan klien dengan halusinasi adalah sebagai berikut:

1. Halusinasi pendengaran
2. Halusinasi penglihatan
3. Halusinasi penciuman
4. Halusinasi perabaan
5. Halusinasi pengecapan
 - a. Gejala dan tanda mayor

1) Subyektif

- a) Mendengar suara orang berbicara tanpa ada orangnya
- b) Melihat benda, orang atau sinar tanpa objeknya
- c) Menghidu bau-bauan yang tidak sedap, seperti bau badan padahal tidak
- d) Merasakan pengecapan yang tidak enak
- e) Merasakan rabaan atau Gerakan badan

2) Obyektif

- 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. Gejala dan Tanda Minor

1) Subyektif

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

2) Obyektif

- 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 (Keliat dkk., 2019)

2.2.3 Tindakan keperawatan

Menurut Keliat dkk (2019), Tindakan keperawatan pada klien halusinasi yaitu:

1. Membina hubungan saling percaya dengan pasien
2. Membantu klien untuk mengenali halusinasinya
3. Melatih klien mengontrol halusinasi dengan cara:
 - Sp 1: Mengontrol halusinasi dengan cara menghardik
 - Sp 2: Bercakap-cakap dengan orang lain atau teman sekamarnya
 - Sp 3: Melakukan aktivitas teratur atau terjadwal
 - Sp 4: Menggunakan obat secara teratur

2.2.4 Tindakan kolaborasi

1. Melakukan kolaborasi dengan dokter menggunakan ISBAR dan TBaK
2. Memberikan program terapi dokter (obat): edukasi 8 benar cara pemberian obat dengan menggunakan konsep safety pemberian obat
3. Mengobservasi manfaat dan efek samping obat (Keliat dkk., 2019).

2.2.5 Discharge planning

1. Menjelaskan rencana persiapan pasca-rawat dirumah untuk memandirikan klien

2. Menjelaskan rencana tindak lanjut perawatan dan pengobatan
3. Melakukan rujukan ke fasilitas Kesehatan (Keliat dkk. 2019).

2.2.6 Evaluasi keperawatan

Menurut Keliat dkk (2019), evaluasi keberhasilan tindakan keperawatan yang akan dilakukan untuk pasien halusinasi adalah sebagai berikut:

1. Penurunan tanda dan gejala halusinasi
2. Peningkatan kemampuan klien mengendalikan halusinasi
3. Peningkatan kemampuan keluarga dalam merawat klien



BAB 3 ASUHAN KEPERAWATAN

FORMAT PENGKAJIAN ASUHAN KEPERAWATAN PSIKIATRI

1. Pengkajian

I. IDENTITAS KLIEN

Inisial : Nn.F (P)
Tanggal pengkajian : 23 Oktober 2024
Umur : 46 tahun
RM No : 046652
Informan : Nn.F dan rekam medik
Diagnosa medis : *Skizofrenia Paranoid*

II. ALASAN MASUK

a. Keluhan Utama

Klien sering mendengar suara-suara yang menyuruh untuk memecahkan piring dan gelas juga sering mendengar suara bisikan yang menyuruh untuk mencekik anak dan adek yang tinggal bersama dengannya. Saat pengkajian tampak klien berbicara sendiri tanpa ada lawan bicara, mulut komat-kamit, mondar mandir, tertawa sendiri, pandangan kosong, dan tampak sering menutup telinga dan menutup mata sambil mengkomat-kamitkan mulutnya tanpa mengeluarkan suara, serta tampak sangat

menikmati halusinasinya.

b. Keluhan masa lalu

Saat pengkajian klien mengatakan bahwa pada tahun 2024 bulan Agustus saat klien diantarkan ke rumah sakit jiwa oleh lembaga sosial yang melihat kejadian ketika klien mencekik anak dan tantenya, klien juga mengatakan bahwa dia merasa depresi berat akibat kepergian orang yang paling berarti baginya karena kematian yakni suaminya sendiri tanggal 22 Desember 2022, klien juga mengatakan dia menjadi stress karena anak satu-satunya memiliki penyakit ayun/epilepsi sehingga anaknya saat ini juga tinggal bersama adeknya dan tidak melanjutkan kuliahnya lagi.

Dari hasil pengkajian bahwa klien sudah ketiga kalinya dirawat di rumah sakit jiwa, sebelumnya pernah terjadi pada tahun 2022 bulan Januari menjalani perawatan di rumah sakit jiwa dan sembuh kemudian klien pulang ke rumah adeknya diantarkan oleh petugas dari rumah sakit jiwa, kemudian kambuh lagi ditahun 2022 bulan september karena lupa meminum obatnya, sama juga halnya dinyatakan sehat dan layak untuk kembali kekeluarga dan diantar oleh petugas dari rumah sakit jiwa, kemudian kambuh lagi untuk ketiga kalinya pada bulan Agustus 2024.

klien datang ke rumah sakit jiwa dengan masalah yang sama yakni mendengarkan bisikan untuk memecahkan gelas dan piring dan mendengar bisikan untuk mencekik anak dan adeknya dan biasanya bisikan yang didengar oleh klien berkisar antara 3-5 menit, dan saat berada di rumah klien merasa stress juga karena tidak memiliki uang untuk membeli makanan dan

membayar uang kontrakan.

III. FAKTOR PREDISPOSISI

1. Pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu?

☒

ya

☐

tidak

2. Pengobatan sebelumnya.

☐

berhasil

☒

kurang berhasil

☐

tidak berhasil

1. Pelaku/Usia

Korban/Usia

Saksi/Usia

Ananiaya fisik

-	-
---	---

-	-
---	---

-	-
---	---

Ananiaya seksual

-	-
---	---

-	-
---	---

-	-
---	---

Penolakan

-	-
---	---

-	-
---	---

-	-
---	---

Kekekerasan dalam
keluarga

-	-
---	---

-	-
---	---

-	-
---	---

Tindakan kriminal

-	-
---	---

-	-
---	---

-	-
---	---



STIKes Santa Elisabeth Medan

Jelaskan no.1.2.3. : Nn. F sudah pernah mengalami gangguan jiwa
pada tahun 2022 namun sejak dirumah tidak
teratur minum obat

Masalah keperawatan : Regimen teraupetik tidak efektif

2. Adakah anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa

☐

Ya

☒

Tidak

Hubungan keluarga

Gejala

Riwayat pengobatan/perawatan

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan

Klien mengatakan stress memikirkan suami cepat meninggal karena sakit,
stress memikirkan uang kontrakan rumah dan beli beras ,ditambah lagi
keadaan anak satu-satunya yang kena penyakit epilepsi

Masalah keperawatan : Harga diri rendah

IV. FISIK

1. Tanda vital : TD : 120/77 N : 86x/i S : 33,7°C P: 20xi

2. Ukur : TB : 152 Cm BB :55 Kg

Keluhan fisik :

☐

Ya

☒

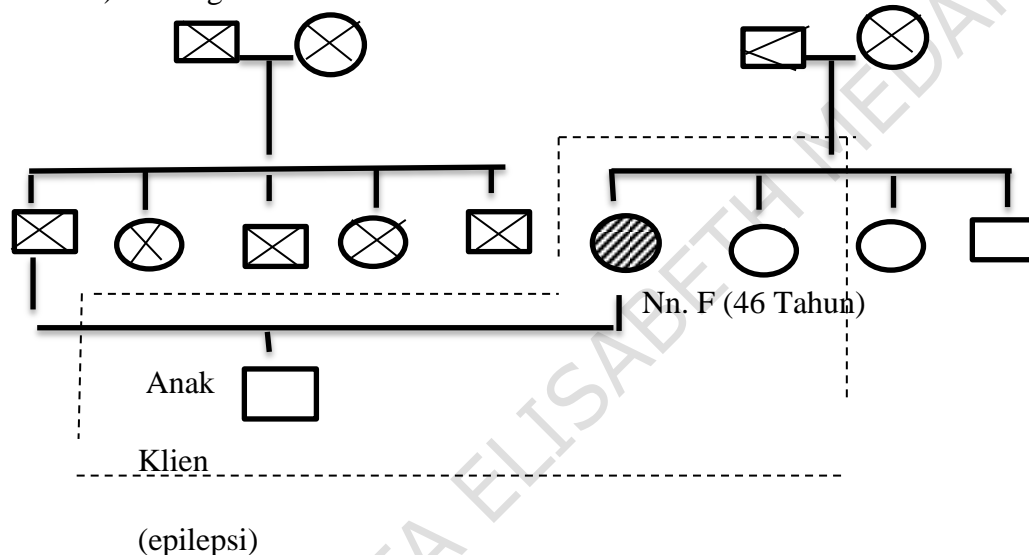
Tidak

Jelaskan : Nn.F mengatakan tidak mempunyai keluhan tentang fisiknya

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

V. PSIKOSOSIAL

a) Genogram



Keterangan :
 □ = Laki-laki
 ○ = Perempuan
 ● = Klien
 ✕ = Meninggal

Jelaskan: Nn. F memiliki keluarga yang lengkap dimana Nn. F memiliki ayah dan ibu serta memiliki tiga saudara perempuan dan 1 saudara laki-laki. Peran

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

2. Konsep diri



a. Gambaran diri

Nn. F bangga dengan tubuhnya sendiri. Dan mengatakan bahwa tubuhnya adalah hal yang paling disukai pasien

b. Identitas

Nn. F mengatakan mengetahui dirinya sebagai seorang perempuan, menegetahui nama, tanggal lahir, jenis kelamin, hobbynya.

c. Peran

Nn. F mengatakan merasa gagal menjalani perannya sebagai ibu karena dirawat di rumah sakit

d. Ideal diri

Nn. F mengatakan ingin segera sembuh dengan rajin minum obat agar bisa pulang dan berkumpul dengan keluarga

e. Harga diri

Nn. F mengatakan bahwa dirinya tidak berguna sebagai ibu karena dirawat di rumah sakit

Jelaskan: Nn.F merasa gagal menjalani peran sebagai ibu
dan merasa tidak berguna

Masalah keperawatan : Harga diri rendah

f. Hubungan sosial**a. Orang yang berarti:**

Nn. F mengatakan orang yang berarti dalam hidupnya adalah suami, anak satu satunya dan orangtua dan saudara-saudaranya.

b. Peran serta dalam kegiatan kelompok/Masyarakat:

Nn. F mengatakan sejak di RS Nn.F sering ikut kegiatan kelompok seperti terapi aktivitas kelompok, dan mengikuti senam

c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain :

Nn. F mengatakan tidak memiliki hambatan untuk berhubungan dengan orang lain, dan teman-teman yang ada diruangannya dan lebih suka menyendiri, klien mengatakan merasa berbeda dengan orang lain, klien mengatakan merasa lebih nyaman dan senang jika tidak terlalu sering berbicara dengan orang lain dan malas jika ingin memulai percakapan terlebih dahulu.

Masalah keperawatan : Isolasi sosial**g. Spiritual****a. Nilai dan keyakinan :**

1) Ny. F mengatakan ia ia beragama islam dan percaya kepada Nabi Muhammad

Kegiatan ibadah :

Ny. F mengatakan sejak di rumah sakit terkadang ia ikut kegiatan ibadah yang diadakan oleh pihak rumah sakit, rajin berdoa, sholat, zikir, membaca

alquran

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

VI. STATUS MENTAL

1. Penampilan

☐

Tidak rapih

☐

Penggunaan
pakaian
tidak sesuai

☒

Cara berpakaian
seperti biasanya

Jelaskan : Nn.F tampak berpakaian seperti biasanya

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

2. Pembicaraan

☐

Cepat

☐

Keras

☐

Gagap

☐

Inkoheren

☐

Apatis

☐

Lamb
at

☐

Membisu

☐

Tidak mampu memulai
pembicaraan

Jelaskan : selama wawancara Nn.F berbicara jelas dan dapat dimengerti

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3. Aktivitas motorik :

☐

Lesu

☐

- Tegang

☐

- Gelisah

☐

-- Agitasi

☐

Tik

☐

Grimasen

☒

Tremor

☐

Kompulsif

Jelaskan : Ny. F tampak beraktivitas dengan normal

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

4. Alam perasaan

☒

Sedih

☐

Ketakutan

☐

Putus asa

☐

Khawatir

☐

Gembira
berlebihan

Jelaskan : Nn.F mengatakan merasa sedih karena keluarga
jarang datang untuk mengunjunginya

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

5. Afek

☐

Datar

☐

Tumpul

☐

Labil

☐

Tidak sesuai

Jelaskan : Nn.F tampak kurang fokus selama wawancara

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

6. Interaksi selama wawancara

☐

Bermusuhan

☐

Tidak kooperatif

☐

Mudah tersinggung

☐

Kontak mata (-)

☐

Defensive

☐

curiga

Jelaskan : Ny.F tampak kooperatif selama wawancara, ,mampu menjawab semua pertanyaan.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

7. Persepsi

☒

Pendengar

☐

Penglihatan

☐

Perabaan

☐

Pengecapan

☐

Penghidung

Jelaskan : Nn. F mengatakan mendengar suara bisikan yang mengatakan untuk melemparkan piring dan gelas, dan mendengar suara yang menyuruh mencekik anaknya dan adeknya

Masalah keperawatan : Halusinasi pendengaran

8. Proses pikir

☒

Sirkumtansial

☐

Tangensial

☐

Kehilangan asosiasi

☐

Flight of idea

☐

Blocking

☐

Pengulangan pembicaraan/
persevarasi

Jelaskan : Nn. F kadang berbicara berbelit-belit tetapi sampai pada tujuan

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

9. Isi pikir



- | | | |
|------------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Obsesi | <input type="checkbox"/> Fobia | <input type="checkbox"/> Hipokondri |
| <input type="checkbox"/> Depersonalisasi | <input type="checkbox"/> Ide yang terkait | <input type="checkbox"/> Pikiran magis |
| Waham | | |
| <input type="checkbox"/> Agama | <input type="checkbox"/> Somatic | <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"/> Kontrol pikir | | |

Jelaskan : Nn.F tampak mampu untuk bercerita dan tidak mengalami waham/obsesi

Masalah keperawatan : Tidak masalah keperawatan

10. Tingkat kesadaran

- | | | |
|----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bingung | <input type="checkbox"/> Sedasi | <input type="checkbox"/> Stupor |
| Disorientasi | | |
| <input type="checkbox"/> Waktu | <input type="checkbox"/> Tempat | <input type="checkbox"/> Orang |

Jelaskan : Ny.F tampak sadar penuh dan mampu berorientasi

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

11. Memori

- | | |
|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gangguan daya ingat jangka panjang | <input type="checkbox"/> Gangguan daya ingat jangka pendek |
|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|

☐

Gangguan daya ingat saat ini

☐

Konfabulasi

Jelaskan : Nn.F mampu mengingat tanggal, hari, bulan dan tahun saat ini

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

12. Tingkat konsentrasi dan berhitung

☐

Mudah beralih

☐

Tidak mampu konsentrasi

☐

Tidak mampu berhitung sederhana

Jelaskan : Nn.F tampak mampu berkonsentrasi dan mampu berhitung secara sederhana

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

13. Kemampuan penilaian

☐

Gangguan ringan

☐

Gangguan bermakna

Jelaskan : Ny.F mampu mengambil keputusan sederhana

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

14. Daya tilik diri

☐

Mengingkari penyakit yang diderita

☐

Menyalahkan hal-hal diluar dirinya

Jelaskan : pada saat wawancara Ny.F sadar bahwa dirinya sedang dirawat di rumah sakit jiwa,



Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

VII. KEBUTUHAN PERSIAPAN PULANG

1. Makan

☒

Bantuan minimal

☐

Bantuan total

2. BAB/BAK

☒

Bantuan minimal

☐

Bantuan total

Jelaskan : Ny.F mengatakan mampu makan dan BAB/BAK secara mandiri

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3. Mandi

☒

Bantuan minimal

☐

Bantuan total

4. Berpakaian/berhias

☒

Bantuan minimal

☐

Bantuan total

5. Istirahat dan tidur

☒

Tidur siang lama : 1 s/d 2 jam

☐

Bantuan minimal :

s/d

☐

Bantuan minimal/sesudah tidur

6. Penggunaan obat

☒

Bantuan minimal

☐

Bantuan total

7. Pemeliharaan kesehatan

Perawatan lanjutan

☒

Ya

☐

Tidak

Perawatan pendukung

☒

Ya

☐

Tidak

Jelaskan: Ny. F mengatakan mampu melakukan perawatan diri sendiri, tetapi masih dipantau oleh perawat dalam hal minum obat secara teratur

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

8. Kegiatan didalam rumah

Mempersiapkan makanan

☒

Ya

☐

Tidak

Menjaga kerapian rumah

☒

Ya

☐

Mencuci pakaian

☒

Ya

☐

Tidak

Pengaturan keuangan

☒

Ya

☐

Tidak

Jelaskan : diharapkan Nn. F mampu melakukan kegiatan harian dirumah secara mandiri.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

9. Kegiatan diluar rumah



Belanja ☒ Ya ☐ Tidak

Transportasi ☒ Ya ☐ Tidak

Lain-lain ☒ Ya ☐ Tidak

Jelaskan : diharapkan Nn.F mampu melakukan kegiatan diluar rumah

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

VIII. MEKANISME KOPING

Adaptif

☒ Bicara dengan orang lain

☐ Mampu menyelesaikan masalah

☐ Teknik relaksasi

☐ Aktivitas konstruktif

☐ Olahraga

Maladaptif

☐ Minum alkohol

☐ Reaksi lambat / berlebih

☐ Bekerja berlebihan

☐ Menghindar

☐ Mencederai diri

☐

Lainnya _____

☒

Lainnya (halusinasi)

Masalah keperawatan : Halusinasi pendengaran

IX. MASALAH PSIKOSOSIAL DAN LINGKUNGAN

☐

Masalah dengan dukungan kelompok
spesifik _____

☐

- Masalah berhubungan dengan
lingkungan spesifik _____

☐

Masalah dengan pendidikan. spesifik _____

☐

Masalah dengan pekerjaan. spesifik _____

☐

Masalah dengan perumahan. spesifik _____

☐

Masalah ekonomi .spesifik _____

☐

Masalah dengan pelayanan kesehatan. spesifik _____

☐

Masalah lainnya. spesifik _____

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

X. PENGETAHUAN KURANG TENTANG

☒

Penyakit jiwa

☐

Sistem pendukung

☐

Faktor presipitasi

☐

Penyakit fisik

☒

Koping

☐

Obat-obatan

☐

Lainnya _____

Masalah keperawatan: Defisit pengetahuan

XI. ASPEK MEDIK

Diagnosis medik : *skizofrenia*

Terapi medik :

Nama Obat	Dosis	Efek terapi	Efek samping
Risperidon	2x2	Membuat ngantuk	Membuat otot kaku
Clozapine	2x50 mg	Menenangkan pikiran	Detak jantung cepat
Trihexyphenidil	2x2 mg	Mengurangi halusinasi, menstabilkan suasana hati,	Peningkatan berat badan



		meningkatkan konsentrasi	
Depacote	1x1	Mengurangi perubahan suasana hati dan ledakan agresi yang parah	Penambahan berat badan, rambut rontok dan tremor

XII. DAFTAR MASALAH KEPERAWATAN

1. Regimen terapeutik tidak efektif
2. Halusinasi pendengaran
3. Harga diri rendah
4. Isolasi sosial
5. Defisit pengetahuan

XIII. DAFTAR DIAGNOSIS KEPERAWATAN

1. Halusinasi pendengaran

Medan, 23 Oktober 2024

Nama Mahasiswa : Sr. M. Kristina Lubis FSE

NIM : 052024037

3.2. Analisa Data

Data subjektif	Data objektif	Masalah
<ol style="list-style-type: none"> 1. Ny. F mengatakan mendengar bisikan bisikan yang mengatakan” untuk memecahkan gelas dan piring dan mendengar suara bisikan yang menyuruh untuk mencekik anak dan adeknya,” 2. Ny. F mengatakan suara muncul saat sore dan malam hari atau saat klien sedang melamun atau sendiri 3. Ny. F mengatakan suara- suara bisikan muncul 3-5 menit 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ny. F tampak berbicara sendiri tanpa lawan bicara 2. Ny. F tampak mondar mandir 3. Ny. F tampak tersenyum sendiri 4. Ny. F dan tampak sering menutup telinganya dengan menggunakan tangannya 	<p>Gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran (D. 0085)</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Ny. F mengatakan merasa tidak berguna sebagai seorang ibu karena tidak bisa mengurus anaknya 2. Ny. F mengatakan sedih dengan keadaan anak satu-satunya dengan penyakit epilepsinya 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ny. F tampak lebih banyak diam 2. Kontak mata berkurang 3. Ny. F tampak melamun 	<p>Harga diri rendah (d. 0087)</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Ny. F mengatakan kurang mampu untuk bersosialisasi dengan teman-temannya, terutama teman satu kamarnya 2. Ny. F mengatakan lebih suka menyendiri karena klien merasa tidak penting untuk berinteraksi dengan orang lain 3. Ny. F mengatakan lebih senang dan nyaman jika tidak 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak menyendiri tidak ingin berinteraksi dengan orang lain 2. Kontak mata berkurang 3. Klien hanya berdiam diri didalam kamar 4. Klien tampak melamun 	<p>Isolasi sosial (D. 0121)</p>

berbicara

3.3. Diagnosa Keperawatan

No	Tanggal Muncul	Diagnosa keperawatan
1.	(D 0085)	Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan gangguan pendengaran /halusinasi pendengaran ditandai dengan Ny. F mengatakan mendengar bisikan bisikan yang mengatakan” untuk memecahkan gelas dan piring dan mendengar suara bisikan yang menyuruh untuk mencekik anak dan adeknya”, Ny. F mengatakan susah tidur, Ny. F mengatakan suara muncul saat sore atau malam hari bahkan saat klien sedang melamun atau sendiri, Ny. F mengatakan suara- suara bisikan muncul 3-5 menit, tampak klien berbicara sendiri tanpa ada lawan bicara, mulut komat-kamit, mondar mandir, tertawa sendiri dan tersenyum sendiri, pandangan kosong, tampak sering menutup telinga dan menutup mata sambil mengkomat-kamitkan mulutnya tanpa mengeluarkan suara, tampak menikmati halusinasinya.
2.	(D 0101)	Harga diri rendah kronis berhubungan dengan gangguan psikiatri, ditandai dengan Ny. F mengatakan merasa sedih karena merasa tidak berguna bagi keluarganya khususnya bagi anaknya karena dia tidak mampu bertanggung jawab untuk kehidupan anaknya, Ny. F

mengatakan merasa sedih karena tidak mampu merawat anaknya dengan baik, Ny. F mengatakan merasa minder dengan keadaannya yang sekarang, Ny. F tampak lebih banyak diam, Kontak mata berkurang, Ny. F tampak melamun, Penolakan pada dirinya sendiri, Klien tampak tidak bersemangat karena merasa bosan berada dirumah sakit jiwa.

3. (D. 0121) Isolasi sosial berhubungan dengan perubahan status mental ditandai dengan Ny. F mengatakan lebih suka menyendiri karena klien merasa tidak mampu mengawali percakapan dengan orang lain, Klien mengatakan tidak penting berinteraksi dengan orang lain, Ny. F mengatakan lebih senang dan nyaman jika tidak berbicara, Ny. F mengatakan malas untuk memulai percakapan terlebih dahulu, Nn. F mengatakan merasa malu karena merasa tidak berguna dan tidak mampu bertanggung jawab bagi anak dan adeknya, malu juga karena tidak memiliki pekerjaan. Klien tampak menyendiri tidak ingin berinteraksi dengan orang lain, kontak mata berkurang, klien hanya berdiam diri didalam kamar, klien tampak tidak pernah dikunjungi oleh keluarganya, sehingga ketika keluarga klien lain datang Ny. F tampak berdiri dan melihat-lihat dari jerajak keluar, Klien tampak melamun.

3.4. Rencana Keperawatan

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	SLKI	SIKI												
	Gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran (d. 0085)	Persepsi sensori (1.09083) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 pertemuan, diharapkan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran dapat teratasi dengan kriteria hasil: Ekspektasi: Membaik <table><tr><td>Kriteria hasil</td><td>A (Awal)</td></tr><tr><td>Perilaku halusinasi</td><td>5</td></tr><tr><td>Melamun</td><td>5</td></tr><tr><td>Mondar-mandir</td><td>5</td></tr><tr><td>Konsentrasi</td><td>5</td></tr><tr><td>Orientasi</td><td>5</td></tr></table> Keterangan: 1: Menurun 2: Cukup menurun 3: Sedang 4: Cukup meningkat 5: Meningkat	Kriteria hasil	A (Awal)	Perilaku halusinasi	5	Melamun	5	Mondar-mandir	5	Konsentrasi	5	Orientasi	5	Manajemen halusinasi (i.09288) Observasi: <ul style="list-style-type: none">- Monitor perilaku yang mengindikasikan halusinasi.- Monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulasi lingkungan.- Monitor isi halusinasi (misal kekerasan atau membahayakan diri). Terapeutik: <ul style="list-style-type: none">- Pertahankan lingkungan yang aman. Lakukan tindakan keselamatan ketika tidak dapat mengontrol perilaku (misal limit setting, pembatasan wilayah, pengekangan fisik, seklusi). <ul style="list-style-type: none">- Diskusikan perasaan dan respon terhadap halusinasi.- Hindari perdebatan tentang validitas halusinasi. Edukasi: <ul style="list-style-type: none">- Anjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi.- Anjurkan bicara pada orang yang dipercaya untuk memberikan dukungan dan umpan balik korektif terhadap halusinasi.- Anjurkan melakukan distraksi (misal mendengarkan music,
Kriteria hasil	A (Awal)														
Perilaku halusinasi	5														
Melamun	5														
Mondar-mandir	5														
Konsentrasi	5														
Orientasi	5														

			melakukan aktivitas, dan teknik relaksi). - Anjurkan pasien dan keluarga cara mengontrol halusinasi.																
2.	Harga diri rendah kronis (D. 0086)	Kesadaran diri (I.09072) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 pertemuan, diharapkan harga diri rendah kronis dapat teratasi dengan kriteria hasil: Ekspektasi: Meningkatkan <table><tr><td>Kriteria hasil</td><td>A (Awal)</td></tr><tr><td>Verbalisasi kemampuan fisik</td><td>5</td></tr><tr><td>Mengenali nilai-nilai positif pribadi</td><td>5</td></tr><tr><td>Verbalisasi kebutuhan</td><td>5</td></tr><tr><td>Interaksi dengan orang lain</td><td>5</td></tr><tr><td>Mengenali pola kebiasaan</td><td>5</td></tr><tr><td>Verbalisasi kemampuan emosional</td><td>5</td></tr><tr><td></td><td>5</td></tr></table> Keterangan: 5: Meningkatkan 4: Cukup meningkat 3: Sedang 2: Cukup menurun 1: Menurun	Kriteria hasil	A (Awal)	Verbalisasi kemampuan fisik	5	Mengenali nilai-nilai positif pribadi	5	Verbalisasi kebutuhan	5	Interaksi dengan orang lain	5	Mengenali pola kebiasaan	5	Verbalisasi kemampuan emosional	5		5	Promosi koping (i. 09312) Observasi - Identifikasi kegiatan jangka pendek dan panjang sesuai tujuan - Identifikasi kemampuan yang dimiliki - Identifikasi pemahaman proses penyakit - Identifikasi dampak situasi terhadap peran dan hubungan - Identifikasi metode penyelesaian masalah - Identifikasi kebutuhan dan keinginan terhadap dukungan sosial Teraupetik - Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan - Motivasi untuk menentukan harapan yang realistis - Kurangi rangsangan lingkungan yang mengancam Edukasi - Anjurkan menjalin hubungan yang memiliki kepentingan dan tujuan yang sama - Latih penggunaan tehnik relaksasi - Latih keterampilan sosial sesuai kebutuhan
Kriteria hasil	A (Awal)																		
Verbalisasi kemampuan fisik	5																		
Mengenali nilai-nilai positif pribadi	5																		
Verbalisasi kebutuhan	5																		
Interaksi dengan orang lain	5																		
Mengenali pola kebiasaan	5																		
Verbalisasi kemampuan emosional	5																		
	5																		



3.	Isolasi sosial (d. 0121)	Keterlibatan sosial (I.13115) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 pertemuan, diharapkan keterlibatan sosial meningkat dengan kriteria hasil: Ekspektasi: Meningkat <table><tr><td>Kriteria hasil</td><td>A (Awal)</td></tr><tr><td>Minat interaksi</td><td>5</td></tr><tr><td>Minat terhadap aktivitas</td><td>5</td></tr><tr><td>Afek murung/sedih</td><td>1</td></tr><tr><td>Kontak mata</td><td>5</td></tr></table> Keterangan: 1: Menurun 2: Cukup menurun 3: Sedang 4: Cukup meningkat 5: Meningkatkan	Kriteria hasil	A (Awal)	Minat interaksi	5	Minat terhadap aktivitas	5	Afek murung/sedih	1	Kontak mata	5	Promosi sosialisasi (I.13498) Observasi: - Identifikasi kemampuan melakukan interaksi dengan orang lain Identifikasi hambatan melakukan interaksi dengan orang lain Terapeutik: - Motivasi meningkatkan keterlibatan dalam suatu hubungan - Motivasi berpartisipasi dalam aktivitas baru dan kegiatan kelompok - Diskusikan perencanaan kegiatan di masa depan Edukasi: - Anjurkan berinteraksi dengan orang lain secara bertahap - Anjurkan ikut serta kegiatan sosial dan kemasyarakatan - Anjurkan berbagi pengalaman dengan orang lain
Kriteria hasil	A (Awal)												
Minat interaksi	5												
Minat terhadap aktivitas	5												
Afek murung/sedih	1												
Kontak mata	5												



Tgl	Diagnosa keperawatan	SLKI	SIKI	Tanda tangan
23/10/ 2024	(D 0085) Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan gangguan pendengaran /halusinasi pendengaran ditandai dengan Ny. F mengatakan mendengar bisikan bisikan yang mengatakan” untuk memecahkan gelas dan piring dan mendengar suara bisikan yang	Setelah dilakukan tindakan keperawatan setelah 3 kali pertemuan diharapkan persepsi sensori membaik (L. 09083) ✓ Verbalisasi mendengar bisikan menurun ✓ Perilaku halusinasi	Manajemen halusinasi (I. 09288) Observasi: 1. Monitor perilaku yang mengindikasi halusinasi 2. Monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulus lingkungan 3. Monitor isi halusinasi Terapeutik: 4. Pertahankan lingkungan yang aman	Sr. Kristina



STIKes Santa Elisabeth Medan

menyuruh untuk mencekik anak dan adeknya”, Ny. F mengatakan susah tidur, Ny. F mengatakan suara muncul saat sore atau malam hari bahkan saat klien sedang melamun atau sendiri, Ny. F mengatakan suara- suara bisikan muncul 3-5 menit, tampak klien berbicara sendiri tanpa ada lawan bicara, mulut komat-kamit, mondar mandir, tertawa sendiri dan tersenyum sendiri, pandangan kosong, tampak sering menutup telinga dan menutup mata sambil	menurun ✓ Bicara sendiri menurun ✓ Mondar mandir menurun ✓ Tertawa sendiri menurun ✓ Mencari-cari sumber suara menurun ✓ Diam sambil menikmati halusinasinya menurun	5. Ajarkan cara mengontrol halusinasi: SP 1: mengontrol halusinasi dengan cara menghardik SP 2: mengontrol halusinasi dengan bercakap cakap dengan orang lain SP 3: mengontrol halusinasi dengan cara melakukan kegiatan terjadwal SP 4: mengontrol halusinasi dengan rutin minum obat secara teratur
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



	mengkomat-kamitkan mulutnya tanpa mengeluarkan suara, tampak menikmati halusinasinya.			
2.	(D 0101) Harga diri rendah kronis berhubungan dengan gangguan psikiatri, ditandai dengan Ny. F mengatakan merasa sedih karena merasa tidak berguna bagi keluarganya khususnya bagi anaknya karena dia tidak mampu	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 kali pertemuan diharapkan harga diri meningkat dengan kriteria hasil: 1. penilaian diri positif	Manajemen perilaku (I.12463) Observasi: <ul style="list-style-type: none">- Identifikasi harapan untuk mengendalikan perilaku Terapeutik : <ul style="list-style-type: none">- Jadwalkan kegiatan terstruktur- Tingkatkan aktivitas	



STIKes Santa Elisabeth Medan

bertanggung jawab untuk kehidupan anakny, Ny. F mengatakan merasa sedih karena tidak mampu merawat anakny dengan baik, Ny. F mengatakan merasa minder dengan keadaanny yang sekarang, Ny. F tampak lebih banyak diam, Kontak mata berkurang, Ny. F tampak melamun, Penolakan pada diriny sendiri, Klien tampak tidak bersemangat karena merasa bosan berada dirumah sakit jiwa.	meningkat 2. perasaan memiliki kelebihan kemampuan positif meningkat 3. konsentrasi meningkat 4. kontak mata meningkat 5. perasaan malu menurun 6. perasaan bersalah menurun	fisik sesuai kemampuan - Bicara dengan nada rendah dan tenang - Cegah perilaku pasif dan agresif Edukasi : - Informasikan keluarga bahwa keluarga sebagai dasar pembentukan kognitif	
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--



STIKes Santa Elisabeth Medan

3.	(D. 0121) Isolasi sosial berhubungan dengan perubahan status mental ditandai dengan Ny. F mengatakan lebih suka menyendiri karena klien merasa tidak mampu mengawali percakapan dengan orang lain, Klien mengatakan tidak penting berinteraksi dengan orang lain, Ny. F mengatakan lebih senang dan nyaman jika tidak berbicara, Ny. F mengatakan malas untuk memulai percakapan terlebih dahulu, Klien tampak menyendiri tidak ingin berinteraksi dengan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 kali pertemuan diharapkan isolasi sosial meningkat dengan kriteria hasil: 1. kemampuan meminta bantuan pada orang lain meningkat 2. dukungan emosi yang disediakan orang lain meningkat 3. jaringan sosial yang membantu	Promosi sosialisasi (I. 13498)) Observasi : - Identifikasi kemampuan melakukan interaksi dengan orang lain - Identifikasi hambatan melakukan interaksi dengan orang lain Terapeutik : - Motivasi meningkatkan keterlibatan dalam suatu hubungan - Motivasi berpartisipasi dalam aktivitas baru - Motivasi berinteraksi diluar lingkungan Edukasi : - Anjurkan berinteraksi
----	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



STIKes Santa Elisabeth Medan

	orang lain, Kontak mata berkurang, Klien hanya berdiam diri didalam kamar, klien tampak tidak pernah dikunjungi oleh keluarganya, sehingga ketika keluarga klien lain datang Ny. F tampak berdiri dan melihat-lihat dari jerajak keluar, Klien tampak melamun.	meningkat	dengan orang lain secara bertahap - Anjurkan ikut serta kegiatan sosial dan bermasyarakat - Anjurkan berbagi pengalaman dengan orang lain	
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--



STIKes Santa Elisabeth Medan

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI TINDAKAN KEPERAWATAN PSIKIATRI DI UNIT RAWAT INAP RUMAH SAKIT JIWA PROF M. ILDREM MEDAN

Nama: Nn. F (46 thn)

Ruangan: Mawar 2

No. RM: 046652

Tgl	Data	Diagnosa	Implementasi	Evaluasi keperawatan
23/10	<p>Ds: Nn. F mengatakan mendengar suara bisikan yang mengatakan bahwa untuk memecahkan piring dan gelas dan menyuruh untuk mencekik adek dan anaknya.</p> <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none">- melamun- Bicara dan tertawa sendiri- Mencari-cari sumber sumber suara- Tampak sering menutup telinga- menyendiri	Halusinasi pendengaran	<p>Tindakan:</p> <p>Sp 1:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Membina hubungan saling percaya2. Mengkaji Nn. F tentang isi dari halusinasi pendengarannya3. Mengajarkan SP 1 cara menghardik: menutup telinga dan mata serta mulai melakukan menghardik dgn berkata:” <i>pergi. . . pergi kamu tidak nyata kamu suara palsu</i>” <p>RTL:</p> <ol style="list-style-type: none">a. Mengajarkan SP 2 yaitu bercakap-cakap	<p>S: Nn. F (46 thn) mengatakan lega setelah tahu cara menghardik halusinasi</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none">1. klien tampak koperatif saat menghardik2. Tampak rileks, tertawa sendiri berkurang <p>➤ Klien tampak mampu melakukan SP 1</p> <p>A: gangguan persepsi sensori: halusinasi endengaran belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>➤ optimalkan SP 1 halusinasi pendengaran yaitu cara menghardik ketika suara</p>



STIKes Santa Elisabeth Medan

Tgl	Data	Diagnosa	Implementasi	Evaluasi keperawatan
			b. evaluasi SP 1	suara bisikan muncul.
24/10/2024	<p>Ds: Nn. F mengatakan masih mendengar suara suara bisikan terutama pada pagi hari setelah bangun dan sore hari sebelum maghrib. Klien mengatakan cemas dengan kondisinya saat ini.</p> <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none">- Nn. F tampak masih melamun <p>Kemampuan:</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Klien kooperatif saat diajak berkomunikasi✓ Klien mampu mengungkapkan perasaanya saat ini	Halusinasi pendengaran	<p>Tindakan SP 2:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Membina hubungan saling percaya2. Mengevaluasi SP 1 cara menghardik3. Melatih SP 2 bercakap cakap dengan orang lain: perawat, dokter dan teman satu kamar.4. Melatih klien melakukan terapi relaksasi nafas dalam untuk membantu mengurangi kecemasan5. Mengajari dan mengajak klien untuk bermain ludo denga teman temannya untuk mengurangi isolasi sosial/agar klien dapat dengan mudah mengajak teman-temannya untuk berinteraksi dan berbicara.	<p>S: Nn. F mengatakan sudah semakin lega dan tenang saat sudah tahu bagaimana bercakap cakap dengan orang lain dan bagaimana cara bermain ludo untuk mengatasi isolasi sosial dengan temannya.</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Nn. F tampak sudah semakin tenang <p>A: halusianasi pendengaran teratasi sebagian</p> <p>P:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Evaluasi SP 12. Evaluasi SP 23. Ajarkan SP 3



STIKes Santa Elisabeth Medan

Tgl	Data	Diagnosa	Implementasi	Evaluasi keperawatan
			RTL: a. Evaluasi klien untuk bercakap cakap setiap kali mendengar suara bisikan b. Evaluasi klien apakah intervensi bermain ludo dilakukan oleh klien mendengar suara bisikan	
25/10/2024	DS: Nn. F mengatakan masih mendengar suara bisikan yang mengganggu namun tidak sesering seperti waktu belum paham cara menghardik. Kemampuan: a. Pasien mampu melakukan aktivitas terjadwal seperti menyapu ruangan, gosok gigi, mandi dengan mandiri, ada keinginan untuk menysisir rambut/merapikan rambut mengepel lantai ruangan selesai makan, lipat kain	Halusiansi pendengaran	Tindakan SP 3: ✓ Membina hubungan saling percaya ✓ Mengevaluasi SP 2 cara menghardik ✓ Melatih SP 3 melakukan kegiatan terjadwal seperti merapikan tempat tidur, melipat pakaian, mandi dan menyapu, dll RTL: 1. evaluasi SP 1 2. evaluasi SP 2 3. evaluasi SP 3 4. mengajarkan SP 4 minum obat	S: Nn. F mengatakan sudah semakin lebih rileks dan tenang setelah melakukan beberapa latihan yang diajarkan oleh perawat. O: ✓ Nn. F tampak sudah rileks ✓ Nn. F tertawa sendiri berkurang A: Halusiansi Pendengaran P: Lanjutkan Intervensi 1. evaluasi SP 1 2. evaluasi SP 2 3. evaluasi SP 3



STIKes Santa Elisabeth Medan

Tgl	Data	Diagnosa	Implementasi	Evaluasi keperawatan
	sendiri, dan memandikan pasien lain yang tidak mampu (Ny. H) diruangan Mawar 2		secara teratur	



STIKes Santa Elisabeth Medan

Tgl	Data	Diagnosa	Implementasi	Evaluasi keperawatan
26/10/2024	<p>Ds: Nn. F mengatakan sudah jarang mendengarkan suara bisikan</p> <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Nn. F tampak rileks➤ Nn. F tampak lebih fokus saat diajak untuk berkomunikasi <p>Kemampuan:</p> <ul style="list-style-type: none">✓ klien mampu berkomunikasi dengan sangat baik✓ klien mampu meminum obat dengan mandiri dengan tetap dalam pengawasan	Halusinasi pendengaran	<p>Tindakan SP 4:</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Membina hubungan saling percaya✓ Mengevaluasi SP 3 melakukan kegiatan terjadwal✓ Mengedukasi SP 4 untuk minum obat secara teratur <p>RTL:</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Anjurkan klien untuk rutin minum obat✓ Pantau keadaan klien dan evaluasi kembali Strategi pelaksanaan yang diajarkan✓ Evaluasi SP 1✓ Evaluasi SP 2✓ Evaluasi SP 3✓ Evaluasi SP 4	<p>S: klien mengatakan sudah semakin tenang dan rileks</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Nn. F tampak tenang✓ Nn. F tampak sudah kooperatif✓ Nn. F tampak sudah berkomunikasi dengan teman sekamarnya <p>A: halusinasi pendengaran</p> <p>P: lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Pantau Keadaan umum klien✓ Evaluasi SP 1✓ Evaluasi SP 2✓ Evaluasi SP 3✓ Evaluasi SP 4



Tgl	Data	Diagnosa	Implementasi	Evaluasi keperawatan
26/10/2022	<p>Ds: Ny. F mengatakan suara bisikan sudah jarang untuk didengarkan muncul hanya sesekali saja dan sudah tau cara untuk mengatasi ketika suaranya datang dengan cara menghardik dan melakukan sp yang sudah di ajarkan.</p> <p>Do: Ny. F lebih aktif dan kooperatif</p>	Halusinasi pendengaran	<p>Tindakan SP 5:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Membina hubungan saling percaya ✓ Mengevaluasi SP 4 meminum obat secara teratur ✓ Mengedukasi SP 5 untuk rutin berdoa/sholat <p>RTL:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Anjurkan klien untuk rutin berdoa/sholat ✓ Pantau keadaan klien dan evaluasi kembali Strategi pelaksanaan yang diajarkan ✓ Evaluasi SP 1 ✓ Evaluasi SP 2 ✓ Evaluasi SP 3 ✓ Evaluasi SP 4 	<p>S: Nn. F mengatakan sudah semakin tenang dan rileks dan semakin jarang untuk mendengarkan suara bisikan</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Nn. F tampak tenang ✓ Nn. F tampak sudah kooperatif ✓ Nn. F tampak sudah berkomunikasi dengan teman sekamarnya <p>A: halusinasi pendengaran teratasi sebagian</p> <p>P: lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Pantau Keadaan umum klien ✓ Evaluasi SP 1 ✓ Evaluasi SP 2 ✓ Evaluasi SP 3 ✓ Evaluasi SP 4 ✓ Evaluasi SP 5



STIKes Santa Elisabeth Medan

ANALISIS PROSES INTERAKSI KEPERAWATAN PSIKIATRI DI UNIT RAWAT INAP RUMAH SAKIT JIWA PROF M. ILDREM MEDAN

Hari/tanggal: Rabu, 23 Oktober 2024

Inisial Klien : Nn. F

Ruangan: Mawar 2

RM No 04-66-52

Komunikasi verbal	Komunikasi nonverbal	Analisis berpusat pada perawat	Analisis berpusat pada klien
<p>Fase orientasi</p> <p>P: Selamat siang ibu, benar dengan ibu F? boleh kah kita bercakap-cakap sebentar selama 15 menit bu?</p> <p>K: Iya bu selamat siang</p> <p>P: apakah yang ibu rasakan saat ini?</p> <p>K: Baik bu</p> <p>Fase kerja</p> <p>P: Bagus bu, sebelumnya kita perkenalan dulu ya bu, Perkenalkan ibu, nama saya Sr. Kristina dari Stikes Santa Elisabeth Medan, ibu bisa panggil saya suster kristina, saya disini selama 3 minggu untuk ikut mendampingi dan</p>	<p>P: Tersenyum, menatap klien.</p> <p>K: Menunduk, Mengangguk</p> <p>P: Tersenyum, menatap klien</p>	<ul style="list-style-type: none">- Perawat memulai pembicaraan dengan sikap terbuka- Ingin interaksi dilanjutkan- Berharap klien tetap kooperatif selama interaksi- Senang dengan respon dan tanggapan klien- Perawat mendengarkan	<ul style="list-style-type: none">- Klien menyambut baik kedatangan perawat- Klien merespon postif salam yang disampaikan perawat- Senang dengan pertanyaan perawat- Mendengarkan penjelasan dengan antusias- Klien mampu mengungkapkan



Komunikasi verbal	Komunikasi nonverbal	Analisis berpusat pada perawat	Analisis berpusat pada klien
<p>merawat ibu, kalau boleh tau siapa nama ibu?</p> <p>K: nama saya Fitri</p> <p>P: ibu biasa senangnya dipanggil siapa ibu?</p> <p>K: Fitri aja</p> <p>P: Bagaimana perasaan ibu setelah berkenalan?</p> <p>K: saya merasa senang bu kristin</p> <p>P: Bagus bu, nah ibu tau tidak keuntungannya mempunyai teman?</p> <p>K: Tidak....</p> <p>P: Kalau ibu mempunyai teman ibu akan ada tempat bercerita dan tidak merasa sendirian, ibu juga menjadi memiliki teman untuk tertawa bersama, apakah penjelasan saya jelas bu?</p> <p>K: Mengangguk</p> <p>P: Coba ibu ulangi apa tadi keuntungan mempunyai teman ibu.....!</p> <p>K: Supaya tidak sendirian dan mempunyai tempat cerita</p>	<p>K: Menatap perawat</p> <p>P: Tersenyum, menatap klien sembari mengulurkan tangan</p> <p>K: Menunduk, tidak kooperatif</p> <p>P: Tersenyum, menatap klien, memberikan tepuk tangan</p> <p>K: Menatap perawat</p> <p>P: Tersenyum, menatap klien,</p> <p>K: Menatap perawat</p> <p>P: Tersenyum</p>	<p>tanggapan klien</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perawat memberikan waktu klien mengemukakan pendapatnya - Perawat mengevaluasi perasaan klien 	<p>perasaannya</p>



STIKes Santa Elisabeth Medan

Komunikasi verbal	Komunikasi nonverbal	Analisis berpusat pada perawat	Analisis berpusat pada klien
<p>P: Bagus ibu, sekarang ibu sudah mengerti, jadi kedepannya ibu harus mempunyai banyak teman yaa....</p> <p>K: Iya bu</p> <p>P: apakah ibu masih ingat nama saya tadi?</p> <p>K: ibu suster kristina</p> <p>Fase terminasi</p> <p>P: Yaps, betul sekali bu, besok kita bercakap-cakap lagi yaa bu...</p> <p>K: Baik bu</p> <p>24 Oktober 2024</p> <p>P: Selamat siang ibu, bagaimana perasaannya hari ini?</p> <p>K: selamat siang ibu, saya merasa baik ibu</p> <p>P: Bagus bu, boleh kah kita bercakap-cakap selama 15 menit seperti semalam bu?</p>	<p>K: Tersenyum sambil menatap perawat</p> <p>P: menatap klien, memberikan tepuk tangan</p> <p>K: menggelengkan kepala</p> <p>P: Kontak mata, suara jelas</p> <p>K: mengangguk.</p> <p>P: Tersenyum</p> <p>K: Menatap perawat, kooperatif</p> <p>P: Tersenyum, menatap klien,</p>		



Komunikasi verbal	Komunikasi nonverbal	Analisis berpusat pada perawat	Analisis berpusat pada klien
<p>K: Boleh bu</p> <p>P: Baik sebelumnya apakah ibu masih mengingat nama saya, dan pembahsan tentang keuntungan mempunyai teman yang sudah kita bahas semalam?</p> <p>K: ingat bu, ibu kristina, supaya ada teman kita bercerita dan bercakap-cakap kan bu?</p> <p>P: betul sekali bu, oke ibu apa yang ibu rasakan saat ini?</p> <p>K: saya merasa takut karena disuruh melemparkan gelas dan piring</p> <p>P: apakah sekarang masih seperti itu ibu?</p> <p>K: masih bu, sekarang saya hanya menutup telinga supaya tidak mendengar suara itu</p> <p>P: setelah itu apakah suara itu hilang bu?</p> <p>K: tidak (tunduk dan mulut komat-kamit)</p> <p>P: baik ibu, apakah ibu mau saya membantu dan mengajari ibu untuk mengusir dan menghilangkan suara suara itu ibu?</p>	<p>memberikan tepuk tangan</p> <p>K: Menatap perawat P: menatap dan tersenyum pada klien</p> <p>K: Menunduk</p> <p>P: Tersenyum, menatap klien, memberikan tepuk tangan</p> <p>K: Menatap perawat</p> <p>P: Tersenyum, menatap klien.</p> <p>K: Menunduk, Mengangguk</p>	<ul style="list-style-type: none"> - pembicaraan dengan sikap terbuka - Ingin interaksi dilanjutkan - Berharap klien tetap kooperatif selama interaksi - Senang dengan respon dan tanggapan klien - Perawat mendengarkan tanggapan klien - Perawat memberikan waktu klien mengemukakan 	<ul style="list-style-type: none"> - Klien menyambut baik kedatangan perawat - Klien merespon postif salam yang disampaikan perawat - Senang dengan pertanyaan perawat - Mendengarkan penjelasan dengan antusias - Klien mampu mengungkapkan perasaannya



Komunikasi verbal	Komunikasi nonverbal	Analisis berpusat pada perawat	Analisis berpusat pada klien
<p>K: mau</p> <p>P: baiklah ibu, bagaimana jika besok kita mulai latihannya, ibu bersedia?</p> <p>K: sekarang sajalah suster, supaya nanti saya bisa tau mengusir ketika suara itu muncul lagi</p> <p>P: oke baiklah kita mulai latihannya ya ibu</p> <p>K: baik ibu</p> <p>P: sekarang kita mulai ya ibu, ibu perhatikan saya ya</p> <p>Sp.1 : tutup telinga, lalu menutup mata dan ucapkan seperti ini bu <i>"pergi....pergi, jangan ganggu aku, kamu tidak nyata, kamu tidak nyata, kamu suara palsu "</i></p> <p>P:seperti itu ibu, coba ibu praktekkan yang baru saja saya peragakan tadi</p> <p>K: (Nn. F memperagakan cara menghardik) seperti itu kan bu.</p> <p>Fase terminasi</p> <p>P: betul ibu, bagaimana perasaan ibu setelah memperagakan</p>	<p>P: Tersenyum, menatap klien</p> <p>K: Menatap perawat</p> <p>P: Tersenyum, menatap klien</p> <p>K: Menunduk, kooperatif</p> <p>P: Tersenyum, menatap klien</p> <p>K: Menatap perawat</p> <p>P: Tersenyum, menatap klien,</p>	<p>pendapatnya</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perawat mengevaluasi perasaan klien - Perawat mengevaluasi hasil pertemuan sebelumnya - Berharap klien mengingat pembahasan sebelumnya - Mengontrak waktu pertemuan selanjutnya 	



Komunikasi verbal	Komunikasi nonverbal	Analisis berpusat pada perawat	Analisis berpusat pada klien
<p>cara menghardik tadi?</p> <p>K: saya merasa senang bu</p> <p>P: baiklah ibu, besok kita lanjut latihan kita lagi ya bu, jadi nanti ketika suara suara itu masih muncul ibu bisa menghardiknya sambil mempraktekkan yang baru kita latih tadi ya bu</p> <p>K: baik bu</p> <p>P: oke terimakasih ya bu, atas waktu dan kesediaan ibu, permisi bu</p> <p>K: trimakasih bu</p>	<p>K: Menatap perawat</p> <p>P: Tersenyum</p> <p>K: Tersenyum sambil menatap perawat</p> <p>P: menatap klien, memberikan tepuk tangan</p> <p>K: menganggukkan kepala</p> <p>P: Kontak mata, suara jelas</p> <p>K: mengangguk.</p> <p>P: Tersenyum</p>		<ul style="list-style-type: none">- Klien menyambut baik kedatangan perawat- Klien merespon positif salam yang disampaikan perawat- Senang dengan pertanyaan perawat- Mendengarkan penjelasan dengan antusias- Klien mampu mengungkapkan perasaannya



Komunikasi verbal	Komunikasi nonverbal	Analisis berpusat pada perawat	Analisis berpusat pada klien
<p>25 Oktober 2024</p> <p>Fase orientasi</p> <p>P: selamat siang ibu, bagaimana kabarnya saat ini?</p> <p>K: selamat siang suster kristina, saya merasa baik</p> <p>P: oke ibu sesuai kontrak waktu kita kemarin sekarang kita akan melanjutkan latihan kita, belajar SP 2, tapi sebelumnya apakah ibu masih ingat cara melakukan sp 1 yang sudah kita latih kemarin bu?</p> <p>K: masih suster (sambil memperagakan)</p> <p>Fase kerja</p> <p>P: oke mantap bu, ibu masih ingat dan bisa mempraktekkan cara menghardik dengan benar, sekarang saya akan</p>	<p>K: Menatap perawat, kooperatif</p> <p>P: Tersenyum, menatap klien, memberikan tepuk tangan</p> <p>K: Menatap perawat</p> <p>P: menatap dan tersenyum pada klien</p> <p>K: tersenyum</p> <p>P: Tersenyum, menatap klien, memberikan tepuk tangan</p> <p>K: Menatap perawat</p>	<ul style="list-style-type: none"> - pembicaraan dengan sikap terbuka - Ingin interaksi dilanjutkan - Berharap klien tetap kooperatif selama interaksi - Senang dengan respon dan tanggapan klien - Perawat mendengarkan tanggapan klien 	



STIKes Santa Elisabeth Medan

Komunikasi verbal	Komunikasi nonverbal	Analisis berpusat pada perawat	Analisis berpusat pada klien
<p>mengajari ibu cara yang kedua yaitu dengan cara</p> <p>Sp 2: dengan minum obat secara teratur, apakah ibu rutin untuk meminum obatnya?</p> <p>K: Rutin suster</p> <p>P: kapan saja ibu makan obatnya dan obat apa saja ibu?</p> <p>K: setelah sarapan pagi dan selesai makan malam, obat pillnya warna putih dan orange, saya tidak tau apa nama obatnya suster</p> <p>P: wah...bagus ya bu, ibu ingat semuanya, baik ibu kalau obatnya warna orange namanya risperidone, efeknya bisa membuat ibu mengantuk di siang hari, dan mengakibatkan sulit tidur pada malam hari, sedangkan yang pil putih itu nama obatnya clozapine efeknya membuat ibu mengantuk juga, berkeringat dan pusing, dan ada 1 lagi nama obatnya triheksyphenidyl, apakah ibu sudah paham bu?</p> <p>K:Paham suster</p> <p>P : Oke bu kita lanjut dengan sp 3 ya bu, yaitu dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain, kalau boleh tau apakah ibu memiliki teman di tempat ini bu?</p>	<p>P: Tersenyum, menatap klien.</p> <p>K: Menunduk, Mengangguk</p> <p>P: Tersenyum, menatap klien</p> <p>K: Menatap perawat</p> <p>P: Tersenyum, menatap klien</p> <p>K: menggelengkan kepala</p> <p>P: Tersenyum, menatap klien</p> <p>K: menggelengkan kepala</p>	<ul style="list-style-type: none">- Perawat memberikan waktu klien mengemukakan pendapatnya- Perawat mengevaluasi perasaan klien- Perawat mengevaluasi hasil pertemuan sebelumnya- Berharap klien mengingat pembahasan sebelumnya- Mengontrak waktu pertemuan selanjutnya	



STIKes Santa Elisabeth Medan

Komunikasi verbal	Komunikasi nonverbal	Analisis berpusat pada perawat	Analisis berpusat pada klien
<p>K : tidak bu..karena saya tidak mampu untuk memulai percakapan, dan menurut saya tidak ada keuntungan untuk memiliki teman.</p> <p>P : baik biar saya jelaskan ya bu, sebenarnya banyak sekali keuntungan memiliki teman, atau berkomunikasi dengan orang lain, karna memiliki teman itu kita bisa tertawa dengan mereka, bisa bercerita dengan mereka, seperti kita saat ini sedang berkomunikasi, dengan berkomunikasi saya bisa membagikan ide baik saya kepada ibu dan bisa membantu ibu, apakah ibu mau?</p> <p>K : mau bu, saya coba dulu nanti ya bu</p> <p>P: Mantap ibu, semoga berhasil ya bu. ohh iya besok saya bawa permainan ludo dan ular tangga untuk ibu, jadi ibu bisa mengajak teman teman ibu dikamar untuk bermain bersama ibu.</p> <p>K: ok bu(sambil tersenyum)</p> <p><i>Fase terminasi</i></p> <p>P: oke ibu, demikian pertemuan kita yang kedua pada hari ini ya, besok kita masih lanjutkan lagi untuk latihan sp.4 dan sp.5 ya bu, apakah ibu bersedia?</p>	<p>P: Tersenyum, menatap klien, K: Menatap perawat</p> <p>P: Tersenyum</p> <p>K: kontak mata kurang</p> <p>P: menatap klien</p> <p>K: menggelengkan kepala</p> <p>P: Kontak mata, suara jelas</p> <p>K: mengangguk.</p> <p>P: Tersenyum</p>		



Komunikasi verbal	Komunikasi nonverbal	Analisis berpusat pada perawat	Analisis berpusat pada klien
<p>K: bersedia suster</p> <p>P: oke ibu kalau begitu saya permisi dulu ya...jangan lupa tetap lakukan praktek cara menghardik ketika suara-suara itu muncul dan melakukan komunikasi/bercakap-cakap dengan teman diruangan ya bu....</p> <p>K:baik suster</p> <p>26 Oktober 2024</p> <p>Fase orientasi</p> <p>P: selamat siang bu, bagaimana kabar ibu hari ini?</p> <p>K: baik suster kristin</p> <p>P: baiklah ibu sesuai janji kita kemarin bahwa hari ini kita akan belajar untuk sp yang ke 4 dan sp.5 ya... ibu bersedia?</p> <p>K: Bersedia Suster</p>	<p>K: Menatap perawat, kooperatif</p> <p>P: Tersenyum, menatap klien, memberikan tepuk tangan</p> <p>K: Menatap perawat</p> <p>P: menatap dan tersenyum pada klien</p> <p>K: tersenyum</p> <p>P: Tersenyum, menatap klien, memberikan tepuk tangan</p> <p>K: Menatap perawat</p>	<p>- Perawat memulai pembicaraan</p>	



Komunikasi verbal	Komunikasi nonverbal	Analisis berpusat pada perawat	Analisis berpusat pada klien
<p>Fase kerja</p> <p>P: ok ibu jadi sp yang ke 4 itu ialah melakukan kegiatan terjadwal, seperti merapikan tempat tidur setelah bangun, mandi 2xsehari setelah bangun pagi dan pada sore hari, menyapu ruangan mawar 2, dan masih banyak kegiatan lainnya lagi yang bisa ibu lakukan, saya mau tanya dulu kira- kira aktivitas aja yang bisa ibu lakukan? Agar kita bisa membuat jadwal aktivitas ibu setiap hari</p> <p>K: baik suster, merapikan tempat tidur, mandi 2 x sehari, menyapu ruangan selesai makan, membantu memandikan ibu M, melipat kain olahraga bu</p> <p>P: wahhhh bagus ya bu...itu adalah kegiatan yang berguna yang bisa ibu lakukan secara teratur setiap hari,</p> <p>Oke bu, kita lanjut dengan sp yang 5 ya, yaitu dengan sholat saya mau bertanya nih, ibu pernah ngak sholat selama berada di rumah sakit ini?</p> <p>K : pernah ibu, saya selalu rajin sholat sebelum tidur dan sore hari saya juga mau disuruh oleh perawat untuk mengikuti kegiatan sembahyang lainnya jika ada ibu muslimah datang untuk mengajak kami sholat bersama bu</p>	<p>P: Tersenyum, menatap klien</p> <p>K: Menunduk</p> <p>P: Tersenyum, menatap klien</p> <p>K: Menatap perawat</p> <p>P: meberikan apresiasi kepada klien sambil tersenyum</p>	<p>dengan sikap terbuka</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ingin interaksi dilanjutkan - Berharap klien tetap kooperatif selama interaksi - Senang dengan respon dan tanggapan klien - Perawat mendengarkan tanggapan klien - Perawat memberikan waktu klien mengemukakan pendapatnya - Perawat mengevaluasi perasaan klien 	



Komunikasi verbal	Komunikasi nonverbal	Analisis berpusat pada perawat	Analisis berpusat pada klien
<p>P : wahh bagus itu bu, silahkan aja dilanjutkan ya bu</p> <p>K : ok suster</p> <p>P: ok ibu jadi itulah sp atau cara yang dapat ibu lakukan untuk mengontrol ketika suara-suara bisikan itu datang mengganggu ibu.</p> <p>Ohh iya besok suster juga mau membuat terapi bermain ibu mau ikut bermain dengan suster dan pasien yg lain besok? Yakni besok ada cara lain untuk mengontrol suara bisikan itu dengan bermain ular tangga pintar dan juga bernyanyi sambil berjoget seperti kesenangan ibu</p> <p>K: baik suster, saya senang dan tidak sabaran untuk bernyanyi besok dangdut ya bu (tersenyum)</p> <p>P: oke bu...bagaimana perasaan ibu sekarang setelah tau melakukan sp yang sudah saya ajarkan?</p> <p>K : saya merasa senang bu kristin,sangat lega</p> <p>P : baik ibu, sebelum kita akhiri pertemuan kita boleh ibu ulangi lagi cara untuk melakukan sp ketika suara suara bisikan muncul bu?</p> <p>K : (memperagakan dan menyebutkan cara melakukan sp 1-sp</p>	<p>K : tersenyum</p> <p>K : tersenyum</p> <p>K: Menunduk, kooperatif</p> <p>P: Tersenyum, menatap klien, memberikan tepuk tangan</p> <p>K: Menatap perawat</p> <p>P: Tersenyum, menatap klien,</p>		



STIKes Santa Elisabeth Medan

Komunikasi verbal	Komunikasi nonverbal	Analisis berpusat pada perawat	Analisis berpusat pada klien
5) <i>Fase terminasi</i> P : wahhhh bagus bu, saran saya sp yang sudah saya ajarkan ini tetap ibu lakukan kapan saja setiap kali suara bisikan muncul, supaya ibu bisa sehat kembali dan satu lagi yang paling penting ialah agar ibu rutin untuk meminum obatnya jika nanti ibu sudah bisa kembali kekeluarga. kalau begitu kita akhiri percakapan kita ya bu, jangan lupa untuk mempraktekan sp yang sudah suster ajarkan ya K: baik suster	K: Menatap perawat P: Tersenyum K: Tersenyum sambil menatap perawat P: menatap klien, memberikan tepuk tangan K: menggelengkan kepala		

3.5. Evaluasi Keperawatan

Nama: Nn. F (46 thn)

Ruangan: mawar 2

No. RM: 046652

Tgl	Data	diagnosa	Implementasi	Evaluasi keperawatan
-----	------	----------	--------------	----------------------



STIKes Santa Elisabeth Medan

23/10	<p>DS: Nn. F mengatakan mendengar suara bisikan yang mengatakan bahwa untuk memecahkan piring dan gelas dan menyuruh untuk mencekik tante dan anaknya.</p> <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none">- melamun- Bicara dan tertawa sendiri- Mencari-cari sumber sumber suara- Pasif dalam berinteraksi dengan orang lain- Tampak sering menutup telinga- menyendiri <p>Kemampuan:</p> <ul style="list-style-type: none">- Klien mampu menjawab pertanyaan perawat- Klien sadar saat ini sedang menjalani pengobatan kesehatan jiwa di RSJ- Klien mampu menghardik dengan benar, menutup telinga dan mata sambil mengatakan “pergi..pergi kamu tidak nyata kamu suara palsu”	Halusinasi pendengaran	<p>Tindakan:</p> <p>Sp 1:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Membina hubungan saling percaya2. Mengkaji Nn. F tentang isi dari halusinasi pendengarannya3. Mengajarkan SP 1 cara menghardik: menutup telinga dan mata serta mulai melakukan menghardik dgn berkata:” <i>pergi.. pergi kamu tidak nyata kamu suara palsu</i>” <p>RTL:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Anjurkan Klien menghardik setiap kali suara bisikan yang muncul	<p>S: Nn. F (46 thn) mengatakan lega setelah tahu cara menghardik halusinasi</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ klien tampak kooperatif saat menghardik➤ Tampak rileks, tertawa sendiri berkurang➤ Klien tampak mampu melakukan SP 1 <p>A: gangguan persepsi sensoris: halusinasi pendengaran</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ evaluasi SP 1➤ mengajarkan Sp 2 (bercakap cakap)
-------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



STIKes Santa Elisabeth Medan

24/10/2024	<p>DS: Nn. F mengatakan masih mendengar suara suara bisikan terutama pada pagi hari setelah bangun dan sore hari sebelum maghrib. Klien mengatakan cemas dengan kondisinya saat ini.</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none">- Klien tampak melamun- Senyum sendiri- Mengarahkan telinga kesatu arah <p>Kemampuan:</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Klien kooperatif saat diajak berkomunikasi✓ Klien mampu mengungkapkan perasaanya saat ini	Halusinasi pendengaran	<p>Tindakan SP 2:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Membina hubungan saling percaya2. Mengevaluasi SP 1 cara menghardik3. Melatih SP 2 bercakap cakap dengan orang lain: perawat, dokter dan teman satu kamar.4. Melatih klien melakukan terapi relaksasi nafas dalam untuk membantu mengurangi kecemasan5. Mengajari dan mengajak klien untuk bermain ludo/ ular tangga pintar denga teman temannya untuk mengurangi isolasi sosial/agar klien dapat dengan mudah mengajak teman-temannya untuk berinteraksi dan berbicara. <p>RTL:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Anjurkan klien untuk	<p>S: Nn. F mengatakan sudah semakin lega dan tenang saat sudah tahu bagaimana bercakap cakap dengan orang lain dan bagaimana cara bermain ludo untuk mengatasi isolasi sosial dengan temannya.</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Klien tampak bahagia➤ Verbalisasi mendengar bisikan menurun➤ Perilaku halusinasi menurun➤ Bicara sendiri menurun➤ Mondar mandir menurun➤ Tertawa sendiri menurun➤ Mencari-cari sumber suara menurun➤ Diam sambil menikmati halusinasinya berkurang <p>A: halusianasi pendengaran belum</p>



STIKes Santa Elisabeth Medan

			bercakap cakap setiap kali mendengar suara bisikan ➤ Anjurkan klien untuk bermain ludo setiap kali mendengar suara bisikan	teratasi P: 1. Evaluasi SP 1 2. Evaluasi SP 2 3. Ajarkan SP 3
25/10/2024	DS: Nn. F mengatakan masih mendengar suara bisikan yang mengganggu untuk saat ini bisikan itu mengatakan dia harus segera mandi Kemampuan: b. Pasien mampu melakukan aktivitas terjadwal seperti menyapu ruangan, gosok gigi, mandi dengan mandiri, mengepel lantai ruangan selesai makan, lipat kain sendiri, dan memandikan pasien lain yang tidak mampu (Ny. H) diruangan Mawar 2	Halusiansi pendengaran	Tindakan SP 3: ✓ Membina hubungan saling percaya ✓ Mengevaluasi SP 2 cara menghardik ✓ Melatih SP 3 melakukan kegiatan terjadwal seperti merapikan tempat tidur, melipat pakaian, mandi dan menyapu ✓ Mengajak pasien untuk terapi bernyanyi dan berjoget RTL: ✓ Anjurkan klien untuk melakukan kegiatan terjadwal setiap kali mendengar suara bisikan	S: Nn. F mengatakan sudah semakin lebih rileks dan tenang setelah melakukan beberapa latihan yang diajarkan oleh perawat. O: ✓ tampak sangat rileks ✓ tertawa sendiri berkurang ✓ mencari sumber sumber suara berkurang ✓ menghayal dan melamun berkurang A: halusianasi pendengaran P: lanjutkan intervensi 1. evaluasi SP 1 2. evaluasi SP 2 3. evaluasi SP 3 4. mengajarkan SP 4 minum obat secara teratur



STIKes Santa Elisabeth Medan

26/10/2024	<p>Ds: Nn. F mengatakan sudah jarang mendengarkan suara bisikan</p> <p>DO: tampak rileks dan bersemangat dan lebih fokus saat diajak untuk berkomunikasi</p> <p>Kemampuan:</p> <ul style="list-style-type: none">✓ klien mampu berkomunikasi dengan sangat baik✓ klien mampu meminum obat dengan mandiri dengan tetap dalam pengawasan	Halusinasi pendengaran	<p>Tindakan SP 4:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Membina hubungan saling percaya2. Mengevaluasi SP 3 melakukan kegiatan terjadwal✓ Mengedukasi SP 4 untuk minum obat secara teratur <p>RTL:</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Anjurkan klien untuk rutin minum obat✓ Pantau keadaan klien dan evaluasi kembali Strategi pelaksanaan yang diajarkan	<p>S: klien mengatakan sudah semakin tenang dan rileks</p> <p>O: tampak tenang Sangat kooperatif Bicara sendiri sudah tidak ada</p> <p>A: halusinasi pendengaran</p> <p>P: lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Pantau Keadaan umum klien2. Evaluasi SP 13. Evaluasi SP 24. Evaluasi SP 35. Evaluasi SP 4
------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



STIKes Santa Elisabeth Medan

26/10/2022	<p>Ds: Ny. F mengatakan suara bisikan sudah jarang untuk didengarkan muncul hanya sesekali saja dan sudah tau cara untuk mengatasi ketika suaranya datang dengan cara menghardik</p> <p>Do: Ny. F lebih aktif dan kooperatif</p>	Halusinasi pendengaran	<p>Tindakan SP 5:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Membina hubungan saling percaya2. Mengevaluasi SP 4 meminum obat secara teratur6. Mengedukasi SP 5 untuk rutin berdoa/sholat <p>RTL:</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Anjurkan klien untuk rutin berdoa/sholat✓ Pantau keadaan klien dan evaluasi kembali Strategi pelaksanaan yang diajarkan	<p>S: klien mengatakan sudah semakin tenang dan rileks dan semakin jarang untuk mendengarkan suara bisikan</p> <p>O: tampak tenang Sangat kooperatif Bicara sendiri sudah tidak ada</p> <p>A: halusinasi pendengaran</p> <p>P: lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Pantau Keadaan umum klien2. Evaluasi SP 13. Evaluasi SP 24. Evaluasi SP 35. Evaluasi SP 46. Evaluasi SP 5
------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

BAB 4 PEMBAHASAN

4.1. Pengkajian keperawatan

Pengkajian yang dilakukan pada pasien skizofrenia dengan masalah utama halusinasi pendengaran adalah pasien mendengar suara bisikan yang menyuruh untuk melakukan sesuatu yang menyakiti diri sendiri, orang lain dan lingkungan sekitar. Pasien tampak berbicara sendiri, mendengar suara yang mengajak untuk bercakap-cakap, mendengar suara yang menyuruh untuk melakukan hal-hal yang membahayakan, mengarahkan telinga pada satu arah.

Menurut Muda et al (2025) tanda dan gejala halusinasi dinilai dari hasil observasi terhadap partisipan serta ungkapan dari partisipan seperti partisipan mengatakan mendengar suara-suara atau kegaduhan, mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap, mendengar suara menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya, melihat bayangan, sinar, bentuk geometris, bentuk kartun, melihat hantu atau monster.

Berdasarkan hasil dari kasus yang saya kaji dan teori yang telah dijelaskan diatas, maka penulis berasumsi keluhan yang akan ditemukan pada pasien dengan halusinasi pendengaran pasien akan mengatakan mendengar suara-suara atau kegaduhan, mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap, mendengar suara-suara yang menyuruh untuk melakukan sesuatu yang berbahaya. Dan hal ini menjadi bentuk kajian untuk menegakkan diagnosa untuk masalah halusinasi pendengaran sesuai yang

dialami oleh pasien yang saya kaji.

4.2. Diagnosa keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian pada tinjauan kasus, didapatkan data fokus pasien sering mendengar bisikan untuk memecahkan piring dan gelas serta suara bisikan yang menyuruh untuk mencekik anak dan adeknya, bisikan itu muncul pada saat pasien sendiri dan pada saat pasien menghayalkan/melamun sesuatu, pada saat bisikan tersebut muncul pasien hanya diam dan berusaha mengusirnya, sehingga munculnya diagnosa keperawatan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran,

Dan sejalan juga dengan teori Wenny (2023), bahwa bahwa salah satu gejala gangguan jiwa dimana pasien mengalami perubahan persepsi sensori, merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan atau perabaan. Pasien merasakan stimulus yang sebenarnya tidak ada.

Berdasarkan data yang didapatkan penulis mengambil masalah utama keperawatan sebagai berikut : gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran dikarenakan pasien sering mendengarkan bisikan yang menghasutnya untuk melakukan sesuatu yang tidak normal. Seperti Nn. F mendengar suara bisikan yang menyuruh untuk melemparkan piring dan gelas, dan Nn. F juga mendengar suara bisikan untuk mencekik adek dan anaknya. (SDKI D.0095 hal. 190).

Menurut asumsi dari penulis gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran muncul akibat coping yang tidak efektif dari pasien, serta faktor

masa lalu yakni pengalaman penolakan yang pernah dialami oleh pasien dan juga dipicu dari faktor sosial dimana pasien tinggal dalam lingkungan yang menyebabkan timbulnya kembali masalah yang sedang dialami oleh pasien.

Hal ini didukung oleh teori menurut Townsend (2015), bahwa faktor - faktor yang mempengaruhi terjadinya halusinasi pendengaran adalah disebabkan oleh faktor masa lalu dan faktor sosial, tempat dimana pasien tinggal karena kurang mendapat penghargaan dari sekitarnya.

4.3. Intervensi dan implementasi keperawatan

Intervensi yang direncanakan oleh penulis untuk dilaksanakan adalah melakukan strategi pelaksanaan sebagai berikut:

1. Membina hubungan saling percaya dengan pasien
2. Membantu klien untuk mengenali halusinasinya
3. Melatih klien mengontrol halusinasi dengan cara:
 1. Sp 1: Mengontrol halusinasi dengan cara menghardik
 2. Sp 2: Bercakap-cakap dengan orang lain atau teman sekamarnya
 3. Sp 3: Melakukan aktivitas teratur atau terjadwal
 4. Sp 4: Menggunakan obat secara teratur
 5. Sp 5: Rutin untuk berdoa/sholat.

Tindakan yang dilakukan pada pasien yaitu melakukan strategi pelaksanaan sebagai berikut:

1. Membina hubungan saling percaya dengan pasien

2. Membantu klien untuk mengenali halusinasinya
3. Melatih klien mengontrol halusinasi dengan cara:

Sp1: Mengontrol halusinasi dengan cara menghardik

Sp 2: Bercakap-cakap dengan orang lain atau teman sekamarnya

Sp 3: Melakukan aktivitas teratur atau terjadwal

Sp 4: Menggunakan obat secara teratur

Sp 5: Mengedukasi untuk rajin berdoa/sholat

Pada saat melakukan tindakan keperawatan terdapat tambahan tindakan keperawatan yang tidak sesuai teori yaitu mengontrol halusinasi dengan cara spiritual seperti berdoa dan beribadah bersama dilakukan pada kegiatan teratur. Tindakan keperawatan ini adalah intervensi yang selalu diberikan oleh perawat di rumah sakit jiwa Prof.Dr.M.Ildrem Medan.

Menurut Juintra (2023), tindakan spiritual yaitu konseling pastoral mampu membuat klien tenang dan jarang merasakan halusinasinya. Menurut Dina et al (2024), tindakan spiritual yaitu konseling kristen yang meliputi ibadah, doa, program mewarnai, serta bimbingan spiritual berdasarkan ajaran kristen berhasil menciptakan ruang yang aman dan penuh dukungan bagi klien untuk mengungkapkan perasaan, mendapatkan bimbingan, serta menemukan ketenangan batin dalam menghadapi masalah emosional dan psikologis yang mereka alami.

Penulis juga mengajak pasien untuk ikut dalam kegiatan terapi aktifitas kelompok yaitu terapi aktivitas kelompok stimulus persepsi, dimana para pasien disuruh untuk mengoper balon sambil berjoget dan Ketika music berhenti maka klien yang memegang balon menyebutkan sp yang ditunjukkan melalui gambar.

Menurut Kurniawati dkk (2023), menunjukkan terapi aktifitas kelompok (TAK) stimulasi persepsi halusinasi, dapat mengatasi kecemasan yang dialami pasien halusinasi. TAK stimulasi persepsi pada pasien yang mengalami halusinasi efektif menurunkan skor kecemasan semua pasien halusinasi.

Selain itu penulis juga mengaplikasikan terapi bermain ludo/ular tangga untuk membantu pasien untuk berinteraksi dengan orang lain, dan hal ini sesuai dengan teori dari Rahman et al (2019), menunjukkan terapi bermain ular tangga pintar efektif dalam menurunkan beberapa tanda dan gejala isolasi sosial pada orang dengan gangguan jiwa karena Permainan ular tangga merupakan permainan yang mengutamakan kekompakan dan keuletan yang dimainkan oleh beberapa orang dan dapat membantu pasien dengan isolasi sosial untuk aktif dalam berinteraksi.

Penulis juga memberikan terapi musik berupa bernyanyi atau joget kepada pasien untuk membantu mereka mengenali hal hal positif yang mereka miliki/yang ada dalam diri pasien, hal ini penulis mengamati sangat efektif bagi pasien untuk meningkatkan harga diri pasien, dan hal ini didukung oleh teori Nurlaili (2019), menunjukkan bahwa terapi joget merupakan salah bentuk usaha untuk menyembuhkan kesehatan orang dalam keadaan sakit, pengobatan dan perawatan.

4.4. Evaluasi Keperawatan

Pada tahap evaluasi adalah pasien mampu mempercayai perawat sebagai terapis, penurunan tanda dan gejala halusinasi dan peningkatan

kemampuan pasien dalam mengendalikan dan mengontrol isi halusinasi yang didengar oleh pasien.

Menurut Meylani & Pardede (2022), tahap evaluasi yang dilakukan pada pasien yang didapatkan adalah:

1. Pasien mampu mengidentifikasi halusinasinya, seperti halusinasi yang sering dialami pasien yaitu pasien mendengar suara bisikan-bisik yang menyuruhnya melakukan sesuatu seperti “hancurkan semuanya, hancurkan” terjadi dua kali sehari, pada waktu menjelang malam dan saat tidur pada malam hari dan pasien mampu mengontrol halusinasi dengan cara menghardik ketika halusinasinya muncul.
2. Pasien mampu mengetahui fungsi obat-obat yang diminumnya dan menyebutkan nama obat dan waktu minum dengan benar.
3. Pasien mampu melakukan latihan bercakap-cakap dengan orang lain seperti bercakap-cakap dengan teman seruangan.
4. Pasien mampu melaksanakan jadwal yang telah dibuat bersama seperti, bangun pagi, merapikan tempat tidur, berolahraga secara mandiri dan menyapu

Menurut Meylani & Pardede (2022), pada tinjauan teoritis evaluasi 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:

1. Pasien mampu mengidentifikasi kemampuan positif yang dimiliki dan membuat daftar kemampuan yang dapat digunakan dengan motivasi

2. Pasien mampu menilai dan melatih kegiatan sesuai kemampuannya yaitu menyapu ruangan setiap hari secara mandiri
3. Pasien mampu melatih kegiatan sesuai kemampuan yaitu, mencuci piring selesai makan secara mandiri
4. Pasien mampu melatih kegiatan sesuai kemampuan yaitu, berolahraga, bernyanyi dan menari.

Maka dari teori diatas penulis berasumsi bahwa evaluasi dari pasien dengan masalah halusinasi pendengaran dan meningkatkan harga diri rendah. Maka setelah diterapkan implementasi keperawatan, penulis menemukan bahwa:

4. Pasien mampu Pasien mampu mengidentifikasi halusinasinya, seperti halusinasi yang sering dialami pasien yaitu pasien mendengar suara bisikan-bisikan yang menyuruhnya untuk melemparkan piring dan gelas dan pasien mampu mengontrol halusinasi dengan cara menghardik ketika halusinasinya muncul.
5. Pasien mampu mengetahui fungsi obat-obat yang diminumnya dan menyebutkan nama obat, warna obat dan waktu minum dengan benar.
6. Pasien mampu melakukan latihan bercakap-cakap dengan orang lain seperti bercakap-cakap dengan teman se ruangan.
7. Pasien mampu melaksanakan jadwal yang telah dibuat bersama seperti, bangun pagi, merapikan tempat tidur, berolahraga secara mandiri dan menyapu bermain ular tangga pintar dan bernyanyi/joget.



Setelah dilakukan implementasi selama 5 kali pertemuan maka hasil evaluasi yang didapatkan yaitu pasien sudah mampu menerapkan semua cara mengontrol isi halusinasi sesuai konsep, yaitu mampu mengenali dan mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, bercakap-cakap dengan orang lain, melakukan aktivitas teratur dan menggunakan obat secara teratur dan berdoa/sholat.

BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Proses asuhan keperawatan jiwa skizofrenia gangguan persepsi sensori dengan halusinasi pendengaran dapat disimpulkan:

- 5.1.1. Pengkajian pada pasien skizofrenia gangguan persepsi sensori dengan halusinasi pendengaran: Hasil pengkajian didapatkan dari pasien mendengar suara-suara yang mengajaknya berbincang-bincang, suara yang menyuruh untuk melakukan sesuatu yang dapat menyakiti diri serta adanya keinginan dari klien untuk bunuh diri. Faktor predisposisi pada pasien yaitu adanya gangguan jiwa masa lalu dan adanya riwayat penolakan masa lalu.
- 5.1.2. Diagnosa keperawatan pada pasien skizofrenia gangguan persepsi sensori dengan halusinasi pendengaran: yaitu gangguan persepsi sensori halusinasi harga diri rendah kronis dan isolasi sosial.
- 5.1.3. Intervensi dan implementasi keperawatan pada pasien skizofrenia gangguan persepsi sensori dengan halusinasi pendengaran: Intervensi keperawatan untuk masalah keperawatan yang ditemukan pada klien dengan diagnosa gangguan persepsi sensori halusinasi yaitu dengan mengaplikasikan strategi pelaksanaan (sp 1-5) yaitu: latih menghardik, minum obat, bercakap-cakap dan aktivitas harian serta melakukan strategi pelaksanaan pada keluarga yaitu dengan menjelaskan mengenai halusinasi dan cara merawat pasien dengan halusinasi. Sedangkan diagnosa kedua

yaitu harga diri rendah kronis, intervensi yang dilakukan dengan afirmasi positif pada diri sendiri berupa kemampuan pasien untuk bernyanyi dan berjoget. Dan untuk diagnosa ketiga yaitu isolasi sosial, intervensi yang dilakukan dengan memfasilitasi pasien dengan terapi bermain kelompok (TAK) dan terapi bermain ular tangga pintar.

5.1.1. Evaluasi yang dapat dilakukan secara terus-menerus pada pasien skizofrenia gangguan persepsi sensorial dengan halusinasi pendengaran: adalah perlu terus-menerus untuk mengevaluasi isi dari halusinasi pasien untuk mengetahui dan mengontrol pasien tidak melakukan isi dari halusinasi yang didengar oleh pasien. Evaluasi asuhan keperawatan jiwa dengan diagnosa gangguan persepsi sensorial halusinasi yang telah diberikan memberikan dampak positif dimana untuk masalah utama yakni gangguan persepsi halusinasi pendengaran pasien mampu untuk melakukan cara atau teknik untuk mengontrol isi halusinasi yang didengar pasien, sedangkan untuk masalah isolasi sosial pasien mampu melakukan interaksi dengan teman sekamarnya dan juga dengan perawat, dan pasien mampu terlibat aktif dalam kegiatan terapi bermain kelompok.

5.2. Saran

1. Bagi pasien dan keluarga

Pasien tetap melakukan sp yang sudah diajarkan dan terutama agar rutin dalam mengkonsumsi obat secara teratur dan diharapkan keluarga tetap mendampingi pasien melakukan pengobatan dengan selalu kontrol secara teratur setelah pasien diperbolehkan pulang.

2. Bagi perawat di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. M. Ildrem Medan

Diharapkan agar melanjutkan dalam pemberian asuhan keperawatan jiwa pada Ny. F sehingga tercapai tujuan yang optimal dan tetap melaksanakan tindakan keperawatan berdasarkan SOAP yang ada.

Diharapkan agar perawat di rumah sakit jiwa Prof. Dr. M. Ildrem Medan untuk membuat terapi aktivitas kelompok sesering mungkin kepada klien.

3. Bagi penulis selanjutnya

Diharapkan pada penulis selanjutnya bisa menjadikan KIA ini sebagai referensi dalam penyusunan berikutnya dan bisa juga mererefresh dan mencari artikel terbaru agar ilmu pengetahuan penulis selanjutnya semakin bertambah dan *up to date*.

DAFTAR PUSTAKA

- Alfiani, Titi; Puspaneli, I. (2022). E-ISSN : 2722-5054. *Nursing Science Journal (NSJ)*, 3(Volume 3, Nomor 2, Desember 2022), Hal 110-120.
- Bell, A., Toh, W. L., Allen, P., Cella, M., Jardri, R., Larøi, F., Moseley, P., & Rossell, S. L. (2024). *Examining The Relationships Between Cognition And Auditory Hallucinations: A Systematic Review. Australian And New Zealand Journal Of Psychiatry*, 58(6), 467–497. <https://doi.org/10.1177/00048674241235849>
- Daulay, W., Wahyuni, S. E., & Nasution, M. L. (2021). Kualitas Hidup Orang Dengan Gangguan Jiwa: Systematic Review. *Jurnal Keperawatan Jiwa (JIK): Persatuan Perawatan Nasional Indonesia*, 9(1), 187–196. <https://doi.org/10.26714/Jkj.9.1.2021.187-196>
- Dina, M., Sitanggang, R., Dona, E., Glory, S., Mara, D., & Waruwu, N. I. (2024). *Pembinaan Kesehatan Mental ODGJ Melalui Program Konseling Kristen Di Panti Gerasa Kerawang ODGJ Mental Health Development Through The Christian Counseling Program At The Kerawang Orphanage*. 6.
- Hani, M., Wibowo, C., & Yudiati, E. A. (2023). Efektivitas Terapi Aktivitas Kelompok Distraksi Halusinasi Pada Klien Dengan Halusinasi Auditori Di Rumah Pemulihan Efata Provinsi Jawa Tengah. *Link*, 19(2), 102–106. <https://doi.org/10.31983/Link.V19i2.9847>
- Hennessy, J. (1985). Principles And Practices Of Psychiatric Nursing. In *Aorn Journal* (Vol. 42, Issue 2). [https://doi.org/10.1016/S0001-2092\(07\)63642-4](https://doi.org/10.1016/S0001-2092(07)63642-4)
- Juintra. (2023). Konseling Pastoral Dengan Pendekatan *Client Centered* Kepada Pasien ODGJ Gejala Halusinasi Pendengaran Pastoral *Counseling With A Client Centered Approach For ODGJ Patients With Symptoms Of Auditory Hallucinations*. 1(2), 12–26.
- Muda, J. C., Kurniawan, R. P., Fitri, N. L., Hasanah, U., Keperawatan, A., Wacana, D., & Kelompok, T. A. (2025). *Implementation Of Perception Stimulation Group Activity* Kurniawan , Implementasi tak pendahuluan Kesehatan Dimana Jiwa Seorang Merupakan Individu Kondisi Dapat Februari Sampai Mei 2022 Terdapat 33 Pasien . Pasien Dengan Halusinasi Sebanyak Dengan Data Ini. 5, 556–565.
- Muthmainnah, M., Syisnawati, S., Rasmawati, R., Sutria, E., & Hernah, S. (2023). Terapi Menggambar Menurunkan Tanda Dan Gejala Pasien Skizofrenia Dengan Halusinasi. *Journal Of Nursing Innovation*, 2(3), 97–101. <https://doi.org/10.61923/Jni.V2i3.20>

- Nashirah, A., Alfiandi, R., Studi, P., Ners, P., Keperawatan, F., Syiah, U., Keilmuan, B., Jiwa, K., Keperawatan, F., & Syiah, U. (2022). Tindakan Keperawatan Pada Pasien Skizofrenia Dengan Masalah Halusinasi Pendengaran : Suatu Studi Kasus. *1*, 91–97.
- Nurlaili, N. . N. A. . P. D. . A. Y. . B. B. And F. F. (2019). Pengaruh Tehnik Distraksi Menghardik Dengan Spiritual Terhadap Halusinasi Pasien. *Jurnal Keperawatan*, 11(3), 177-190. Pengaruh Tehnik Distraksi Menghardik Dengan Spiritual Terhadap Halusinasi Pasien. *Jurnal Keperawatan*, 11(3), 177-190., Riskesdes 2018.
- Oktaviani, S., Hasanah, U., & Utami, I. T. (2022). Penerapan Terapi Menghardik Dan Menggambar Pada Pasien Halusinasi Pendengaran. *Journal Cendikia Muda*, 2(September), 407–415.
- Putri, I. A., & Maharani, B. F. (2022). Skizofrenia : Suatu Studi Literatur. *Journal Of Public Health And Medical Studies*, 1(1), 1–12.
- Rahman, S., Irawati, K., & Prianto, Y. (2019). Penggunaan Ular Tangga Pintar Sebagai Media Memperbaiki Tanda Dan Gejala Resiko Perilaku Kekekerasan Pada ODGJ Dirumah Sakit Jiwa Grhasia Daerah Istimewa Yogyakarta. *Dinamika Kesehatan Jurnal Kebidanan Dan Keperawatan*, 10(2), 847–855. <https://doi.org/10.33859/Dksm.V10i2.524>
- Sobiyanto, M. N., Tadjudin, N. S., & Frijanto, A. (2024). *Long Case Skizofrenia Paranoid* : Laporan Kasus. 8, 6757–6764.
- Soewadi. (1999). Buku Simtomatologi Dalam Psikiatri. 14–17.
- Townsend. (2015). *Psychiatric Mental Health Nursing Concepts Of Care In Evidence-Based Practice By Mary C. Townsend DSN PMHCNS-BC (Z-Lib.Org).Pdf* (P. 1009). [https://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/625/1/Psychiatric Mental Health Nursing Concepts Of Care In Evidence-Based Practice By Mary C. Townsend DSN PMHCNS-BC \(Z-Lib.Org\).Pdf](https://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/625/1/Psychiatric%20Mental%20Health%20Nursing%20Concepts%20Of%20Care%20In%20Evidence-Based%20Practice%20By%20Mary%20C.%20Townsend%20DSN%20PMHCNS-BC%20(Z-Lib.Org).Pdf)
- Wenny, B. P. (2023). Asuhan Keperawatan Jiwa Klien Dengan Halusinasi, Waham, Dan Perilaku Kekerasan. CV Mitra Edukasi Negeri. <https://doi.org/978-623-8079-57-5>
- Yanti, D. A., Karokaro, T. M., Sitepu, K., . P., & Br Purba, W. N. (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>

STIKES SANTA ELISABETH MEDAN





LAMPIRAN

STIKes Santa Elisabeth Medan

Buku Berbagian Karya Ilmiah Akhir Studi Ners Tabung Profesi STIKes Santa Elisabeth Medan



Nama Mahasiswa : Ronauli A (SR M Kristina Lubis FSE)
NIM : 092024037
Judul : Asuhan keperawatan kesehatan jiwa pada Ny. F (46 tahun) dengan masalah utama "Halusinasi Persepsi" Di Ruang Rawat II Rumah Sakit Luthem Medan
Nama Pembimbing I : Helinda Saragih S.kep, Ns, M.kep

NO	HARI TANGGAL	PEMBIMBING	PEMBAHASAN	PARAF PEMBIMBING I
1.	Sabtu, 18 Januari 2025	Ibu Helinda Saragih, S.kep, Ns, M.kep	ACC judul - Asuhan keperawatan kesehatan jiwa pada Ny. F (46 tahun) dengan masalah utama Halusinasi persepsi di Ruang Rawat II RST prof Luthem Medan Tahun 2024	 Helinda Saragih
2.	Sabtu, 15 Februari 2025	Ibu Helinda Saragih, S.kep, Ns, M.kep	- Mengetahui konsep Tm - Membangun hubungan keprawatan dgn terapi ECT - letak pemakain ECT dalam orang - memonitor / memantau dur camp gati fisiologis dengan pola napas	 Helinda Saragih
3.	Selasa, 12 April 2025	Ibu Helinda Saragih, S.kep, Ns, M.kep	- menambahkan referensi terbaru yang mendukung - menambahkan lampiran API	 Helinda Saragih




STIKes Santa Elisabeth Medan



Buku Berbagi Karya Ilmiah Akhir Prodi Ners Tahap Profesi STIKes Santa Elisabeth Medan

Nama Mahasiswa : SR M Anggra Lulus FIE
NIM : 052024087
Judul : Asuhan keperawatan Asesment Jantung
ibu H/ 7 (45 tahun) dengan masalah
kelemahan "Hidrotoraks Perdarahan di Ruang
Pemerik 1 Ruang Saku Adreni Medika tahun 2025
Nama Pembimbing I : 2025 Ibu Helinda Siregar Siregar, HS, M-kep

NO	HARI/TANGGAL	PEMBIMBING	PEMBAHASAN	PARAF
				PEMBIMBING I
4	Rabu. 20 April 2025	Ibu Helinda Siregar Siregar, HS, M-kep	- menambahkan asuhan (nursing) di buku 1 - membuat gambar ket - menambahkan kesimpulan Ade Lufian	 Ibu Helinda Siregar Siregar, HS, M-kep
5	Sabtu. 20 April 2025	Pengantar 3 SR M Anggra FIE M-kep, ONK	- BAB 1 MCKS - Bab 2 TINJAUAN Pustaka 1 konsep dasar kelelahan 2 konsep dasar keperawatan	



STIKES SANTA ELISABETH MEDAN