



**ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN YANG MENGALAMI
SKIZOFRENIA DENGAN HALUSINASI PENDENGARAN DI
RUANG BERRY RSKD DUREN SAWIT**

KARYA TULIS ILMIAH

**DISUSUN OLEH :
NI KETUT KRISTIANI DEWI
1031222023**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
FAKULTAS KESEHATAN UNIVERSITAS MH THAMRIN
MEI, 2025**



KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN YANG MENGALAMI
SKIZOFRENIA DENGAN HALUSINASI PENDENGARAN DI
RUANG BERRY RSKD DUREN SAWIT

Diajukan sebagai salah satu syarat mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan
(A.Md.Kep) pada Program Studi D-III Keperawatan Fakultas Kesehatan
Universitas MH. Thamrin

DISUSUN OLEH:

NI KETUT KRISTIANI DEWI

1031222023

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
FAKULTAS KESEHATAN UNIVERSITAS MH THAMRIN
MEI, 2025

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

NAMA : NI KETUT KRISTIANI DEWI

NIM : 1031222023

Program Studi : DIII Keperawatan

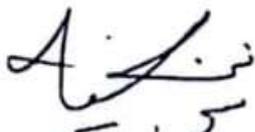
Institusi : Universitas MH Thamrin

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pasien Yang Mengalami *Skizofrenia*
Dengan Halusinasi Pendengaran di Ruang Berry RSKD
Duren Sawit

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa karya tulis ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan karya tulis ilmiah ini hasil plagiat, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut

Mengetahui
Pembimbing Utama



(Ns.Suwarningsih,S.Kep.,M.Kep)

Jakarta, 16 Juli 2025
Pembuat Pernyataan



(Ni Ketut Kristiani Dewi)

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah diperiksa oleh pembimbing dan disetujui untuk dipertahankan dihadapan tim penguji KTI Program Studi DIII Keperawatan Fakultas Kesehatan Universitas MH. Thamrin

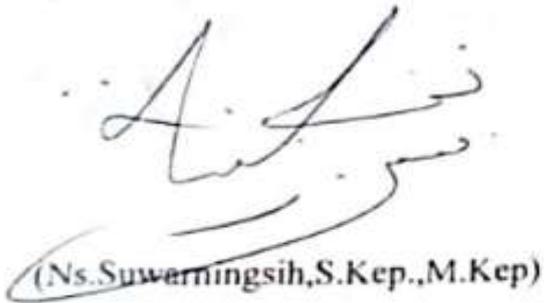
ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN YANG MENGALAMI *SKIZOFRENIA*
DENGAN HALUSINASI PENDENGARAN DI RUANG BERRY RSKD
DUREN SAWIT

Jakarta, 2 Mei 2025

Menyetujui,

Pembimbing Utama

Pembimbing Pedamping



(Ns. Suwarningsih, S.Kep., M.Kep)



(Ns. Apriyanti, S.Kep., M.Kep)

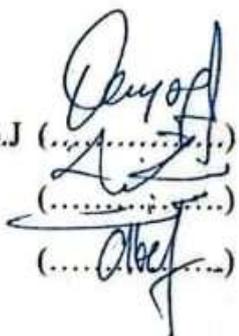
LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini diajukan oleh:

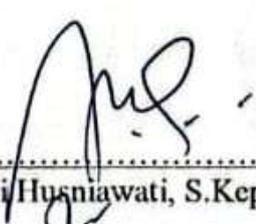
NAMA : NI KETUT KRISTIANI DEWI
NIM : 1031222023
Program Studi : DIII Keperawatan
Institusi : Universitas MH Thamrin
Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pasien Yang Mengalami *Skizofrenia*
Dengan Halusinasi Pendengaran di Ruang Berry RSKD
Duren Sawit

Telah berhasil dipertahankan dihadapan Tim Penguji KTI Program Studi D III
Keperawatan dan telah dilakukan revisi hasil sidang KTI

TIM PENGUJI

Ketua Penguji : Ns. Dwinara Febrianti, M.,Kep. Sp.Kep.J (.....) 
Anggota Penguji I : Ns. Suwarningsih, S.Kep., M.Kep (.....)
Anggota Penguji II : Ns. Apriyanti, S.Kep., M.Kep (.....)

Ditetapkan di, Jakarta
Tanggal, 16 Juli 2025
Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan
Fakultas Kesehatan Universitas MH. Thamrin


.....
Ns. Neli Husniawati, S.Kep., M.Kep

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas berkat dan rahmat yang diberikan sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul “Asuhan Keperawatan Pasien yang Mengalami skizofrenia dengan Halusinasi Pendengaran di Ruang Berry RSKD Duren Sawit “

Penyusunan karya tulis ilmiah ini diajukan sebagai syarat menyelesaikan pendidikan DIII Keperawatan Fakultas Kesehatan Universitas MH Thamrin. Dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini, penyusun mendapatkan banyak bantuan, bimbingan serta motivasi dari berbagai pihak, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Dr. Daeng Mohammad Faqih, SH., MH selaku Rektor Universitas MH Thamrin Jakarta.
2. Atna Permana, S.Si., M. Biomed., Ph.D. selaku Dekan Fakultas Kesehatan Universitas MH Thamrin Jakarta.
3. Ns. Neli Husniawati, S.Kep., M.Kep selaku ketua program studi DIII Keperawatan Fakultas Kesehatan Universitas Mh. Thamrin Jakarta.
4. Ns. Suwarningsih S.Kep. M.Kep selaku pembimbing yang telah memberikan bimbingan serta arahan pada saat penyusunan karya tulis ilmiah.
5. Ns. Apriyanti, S.Kep., M.Kep selaku pembimbing kedua yang telah memberikan bimbingan serta arahan pada saat penyusunan karya tulis ilmiah.
6. Ns. Dwinara Febrianti, S Kep., M.Kep., Sp. Kep.J selaku dosen penguji penulisan karya tulis ilmiah keperawatan jiwa.

7. Kepada bapak dan Ibu dosen beserta staf program studi DIII keperawatan fakultas kesehatan Universitas Mh. Thamrin.
8. Kepada orang tua saya I. N Arnaya, S.SH. Anastasia Sinisa (Alm) dan Hygiana Kusumawati terimakasih atas setiap cinta dan kasih serta doa yang sudah dicurahkan terhadap penulis, terimakasih untuk setiap nasihat yang diberikan serta segala bentuk waktu yang sudah di luangkan, terimakasih sudah memberikan fasilitas dan materi untuk mendukung penulis dalam memudahkan proses kuliah dan membuat karya tulis ilmiah ini.
9. Kepada teman teman dekat saya, della puspa, novia dwi, dan sinta rudianingsih terimakasih untuk setiap rasa senang, sedih, dan susah atas waktu yang kita jalin sampai hari ini, untuk setiap langkah yang kita tempuh untuk masa depan, untuk rasa tulus sebagai teman yang masih terjalin sampai hari ini. Dan untuk Rafael JR yang turut andil dalam pembuatan karya tulis ilmiah ini penulis berharap kalian sukses di jalan kalian masing – masing.
10. Penulis sangat berterimakasih kepada semua pihak yang membantu dan mendukung dalam proses penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, penulis menyadari bahwa tulisan masih jauh dari sempurna dan mungkin masih dapat kekurangan meski begitu penulis berharap karya sederhana ini tetap bisa memberi manfaat bagi siapa pun yang membacanya.

Jakarta, 18 Maret 2025



Ni Ketut Kristiani Dewi

DAFTAR ISI

| | |
|-------------------------------------|------|
| PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN | ii |
| LEMBAR PERSETUJUAN..... | iii |
| LEMBAR PENGESAHAN | iv |
| KATA PENGANTAR | v |
| DAFTAR ISI..... | vii |
| DAFTAR TABEL..... | viii |
| DAFTAR GAMBAR | ix |
| DAFTAR LAMPIRAN..... | x |
| ABSTRAK | xi |
| <i>ABSTRACT</i> | xii |
| BAB 1 PENDAHULUAN | 1 |
| 1.1 Latar Belakang | 1 |
| 1.2 Batasan Masalah..... | 6 |
| 1.3 Rumusan Masalah | 6 |
| 1.4 Tujuan Penelitian | 7 |
| 1.5 Manfaat | 8 |
| BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA | 9 |
| 2.1 Konsep <i>Skizofrenia</i> | 9 |
| 2.2 Konsep Halusinasi..... | 16 |
| 2.3 Konsep Asuhan Keperawatan | 26 |
| BAB 3 METODE PENELITIAN..... | 40 |
| 3.1 Desain Penelitian..... | 40 |
| 3.2 Batasan Istilah | 40 |
| 3.3 Partisipan..... | 41 |
| 3.4 Lokasi dan Waktu | 41 |
| 3.5 Metode Pengumpulan Data | 42 |
| 3.6 Uji Keabsahan Data..... | 43 |
| 3.7 Analisa Data | 43 |
| 3.8 Etika Penelitian | 44 |
| BAB 4 HASIL & PEMBAHASAN | 47 |
| 4.1 Hasil | 47 |
| 4.2 Pembahasan..... | 78 |
| 4.3 Faktor Pendukung | 88 |
| 4.4 Faktor Penghambat..... | 88 |
| BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN | 90 |
| 5.1 Kesimpulan | 90 |
| 5.2 Saran..... | 92 |
| DAFTAR PUSTAKA | 94 |

DAFTAR TABEL

| | |
|--|----|
| Tabel 4. 1 Identitas pasien..... | 47 |
| Tabel 4. 2 Keluhan Utama | 48 |
| Tabel 4. 3 Tabel Predisposisi | 48 |
| Tabel 4. 4 Pemeriksaan Fisik | 49 |
| Tabel 4. 5 Tabel Psikososial | 51 |
| Tabel 4. 6 Tabel Status Mental | 52 |
| Tabel 4. 7 Tabel Kebutuhan Persiapan Pulang | 54 |
| Tabel 4. 8 Tabel Kebutuhan Mekanisme Koping | 55 |
| Tabel 4. 9 Tabel Masalah Psikososial dan Lingkungan..... | 55 |
| Tabel 4. 10 Tabel Pengetahuan Kurang Tentang | 56 |
| Tabel 4. 11 Tabel Aspek Medik..... | 56 |
| Tabel 4. 12 Tabel Analisa Data..... | 56 |
| Tabel 4. 13 Tabel Diagnosa Keperawatan | 59 |
| Tabel 4. 14 Tabel Perencanaan Keperawatan | 61 |
| Tabel 4. 15 Tabel Pelaksanaan dan Evaluasi Keperawatan | 68 |

DAFTAR GAMBAR

| | |
|-------------------------------------|----|
| Gambar 2. 1 Rentang Respon | 18 |
| Gambar 2. 2 Pohon Diagnosis | 33 |
| | |
| Gambar 4. 1 genogram pasien 1 | 50 |
| Gambar 4. 2 genogram pasien 2 | 50 |
| Gambar 4. 3 Pohon Masalah | 58 |

DAFTAR LAMPIRAN

| | |
|--|-----|
| LAMPIRAN 1 Penjelasan Untuk Mengikuti Penelitian | 98 |
| LAMPIRAN 2 <i>Informed Consent</i> | 99 |
| LAMPIRAN 3 Formulir Asuhan Keperawatan Jiwa | 101 |
| LAMPIRAN 4 Strategi Pelaksanaan..... | 140 |
| LAMPIRAN 5 Lembar Konsultasi Dosen Pembimbing..... | 157 |
| LAMPIRAN 6 Lembar Konsultasi | 159 |
| LAMPIRAN 7 Lembar Hasil Plagiasi | 165 |

Nama : Ni Ketut Kristiani Dewi

NIM : 1031222023

Judul : Asuhan Keperawatan Pasien yang Mengalami Skizofrenia dengan
Halusinasi Pendengaran di Ruang Berry RSKD Duren Sawit

ABSTRAK

Latar Belakang Skizofrenia merupakan gangguan jiwa kronis yang dapat menyebabkan gangguan persepsi berupa halusinasi pendengaran. Halusinasi ini berdampak besar terhadap perilaku dan kemampuan individu dalam menjalani kehidupan sehari-hari. Penelitian ini bertujuan untuk menggambarkan asuhan keperawatan secara menyeluruh pada pasien skizofrenia dengan halusinasi pendengaran. Metode penelitian yang digunakan adalah studi kasus dengan pendekatan kualitatif terhadap dua pasien yang dirawat di Ruang Berry RSKD Duren Sawit. Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara, observasi, dan dokumentasi. **Hasil penelitian yaitu** kedua pasien menunjukkan gejala halusinasi pendengaran yang konsisten, seperti mendengar suara-suara tanpa wujud yang bersifat menyuruh atau menakutkan. Intervensi keperawatan dilakukan secara bertahap melalui strategi SP1 hingga SP 4, meliputi teknik menghardik, terapi farmakologis, interaksi sosial, dan aktivitas terjadwal. **Kesimpulan penelitian yaitu** halusinasi pendengaran merupakan masalah utama yang dihadapi pasien *skizofrenia*. Asuhan keperawatan yang sistematis dapat membantu pasien mengenali, mengontrol, dan mengurangi frekuensi halusinasi. **Saran penelitian yaitu** diperlukan pendekatan holistik dan berkelanjutan dari tenaga keperawatan untuk membantu pasien mengelola gejala halusinasi secara efektif.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, Skizofrenia, Halusinasi Pendengaran.

Daftar Pustaka : 33 (2015–2025)

Nama : Ni Ketut Kristiani Dewi

NIM : 1031222023

Judul : Asuhan Keperawatan Pasien yang Mengalami Skizofrenia dengan
Halusinasi Pendengaran di Ruang Berry RSKD Duren Sawit

ABSTRACT

Background. Schizophrenia is a chronic mental disorder that may lead to perceptual disturbances such as auditory hallucinations. These hallucinations significantly affect a person's behavior and ability to perform daily activities. **Objective.** This study aims to provide a comprehensive overview of nursing care for patients with schizophrenia experiencing auditory hallucinations. **Method.** A case study with a qualitative approach was conducted on two patients treated at Berry Ward, RSKD Duren Sawit. Data were collected through interviews, observations, and documentation. **Results.** Both patients consistently experienced auditory hallucinations, such as hearing commanding or frightening voices. Nursing interventions were implemented in four stages (SP1 to SP4), including hallucination-rejecting techniques, pharmacological therapy, social interaction, and scheduled activities. **Conclusion.** Auditory hallucination is the main problem faced by patients with schizophrenia. A structured nursing approach helps patients recognize, control, and reduce the frequency of hallucinations. **Suggestion.** Holistic and continuous nursing care is recommended to assist patients in managing auditory hallucinations effectively.

Keywords : Nursing Care, Schizophrenia, Auditory Hallucinations.

References : 33 (2015–2025)

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Gangguan jiwa menjadi masalah kesehatan yang serius karena jumlah kasusnya terus meningkat, termasuk penyakit kronis seperti *skizofrenia*. Penyakit ini memengaruhi kemampuan berpikir penderita, sehingga mereka mengalami kesulitan dalam berpikir jernih, mengelola emosi, dan berinteraksi dengan orang lain (Hairani, *et al.*, 2021).

Dapat didefinisikan juga *skizofrenia* adalah suatu kondisi yang ditandai dengan berbagai gejala psikotik yang berdampak pada berbagai aspek fungsi kognitif dan emosional individu, serta gangguan pada proses otak, yang menyebabkan pemikiran yang tidak terorganisir, delusi, perilaku abnormal, dan halusinasi (Pardede & Ramadia, 2021). *Skizofrenia* adalah gangguan yang dapat memengaruhi otak, menyebabkan perubahan pada pikiran, perasaan, persepsi, gerakan, dan perilaku yang tidak biasa (Fatturahman, *et al.*, 2021).

Gejala *skizofrenia* yang terbagi menjadi tiga jenis meliputi gejala positif, negative dan kognitif. Gejala positif meliputi delusi, halusinasi, serta gangguan dalam pikiran dan perilaku. Gejala negatif ditandai dengan afek datar, kehilangan minat pada berbagai aktivitas, dan kesulitan dalam bersosialisasi, Sedangkan gejala kognitif mencakup masalah dalam berkonsentrasi dan penurunan daya ingat (Slomka, 2021).

Menurut *World Health Organization* (2022) melaporkan bahwa 18,5% penduduk dunia mengalami masalah kesehatan. Diperkirakan sekitar 2,3 juta orang di seluruh dunia menderita *skizofrenia*. Survey Kesehatan Indonesia

mencatat prevelensi pengidap gangguan jiwa psikosis/*skizofrenia* di Sulawesi Selatan menunjukkan angka tertinggi dari jumlah rerata nasional. Survei kesehatan Indonesia menunjukkan bahwa di provinsi Sulawesi Selatan, jumlah rumah tangga yang memiliki anggota rumah tangga dengan gangguan jiwa *skizofrenia* gejala sebesar 4,8 permil sedangkan yang memiliki gejala lain terdiagnosis *skizofrenia* sebanyak 3,1 permil. Sedangkan itu tingkat presentase gangguan jiwa *Skizofrenia* di wilayah DKI Jakarta, yang tertinggi terdapat di daerah Kepulauan Seribu dengan presentase sebesar 13,39%, disusul oleh Jakarta Barat dengan presentase sebesar 12,29%. Sementara itu, Jakarta Timur mencatat angka presentase *skizofrenia* yang lebih rendah, yaitu sebesar 2,28%(Kemenkes, 2023).

Salah satu gejala positif skizofrenia adalah halusinasi. Reaksi neurobiologis yang menyebabkan gangguan persepsi, dimana individu yang mengalaminya menerima informasi sensorik yang terdistorsi dan memperlakukannya sebagai kenyataan disebut halusinasi. Sekitar 90% penderita gangguan jiwa mengalami halusinasi dalam berbagai bentuk. Halusinasi yang paling umum adalah terdapat suara yang didengar bisa berasal dari dalam atau luar diri orang tersebut. Suara-suara ini sering kali terdengar familiar, dan penderita mungkin menganggapnya sebagai perintah terkait perilaku mereka atau benda itu sendiri (Ramdani *et al.*, 2023).

Sedangkan menurut Lalla *et al.*, (2022). halusinasi merupakan bentuk gangguan persepsi yang terjadi ketika seseorang mengalami sensasi melalui panca indera nya seperti melihat, mendengar, atau merasakan sesuatu padahal tidak ada rangsangan nyata yang memicunya, kondisi ini mencerminkan

adanya gangguan dalam cara otak memproses informasi, sehingga apa yang dirasakan tampak nyata bagi individu tersebut meskipun sebenarnya tidak ada di dunia luar.

Halusinasi bisa terjadi karena berbagai hal yang saling berkaitan, tergantung pada kondisi fisik, emosi, cara berpikir, dan lingkungan sosial seseorang. Dari sisi fisik misalnya, halusinasi bisa muncul akibat gangguan pada otak, kurang tidur, sakit parah, efek samping obat atau masalah pada pengelihatannya dan pendengarannya. Secara emosional, perasaan stress yang terus-menerus, kesepian yang mendalam, trauma atau depresi dapat menjadi pemicunya. Dalam hal berpikir, seseorang kesulitan membedakan kenyataan dan ilusi karena cara pandang yang terganggu halusinasi bisa muncul. Sementara itu faktor sosial seperti kesendirian, kehilangan orang terdekat atau tekanan hidup yang berat yang dapat menyebabkan halusinasi. (Wahyuni, 2020).

Orang yang mengalami halusinasi biasanya menunjukkan tanda-tanda yang bisa dikenali, mereka mungkin tampak berbicara atau tersenyum sendiri seolah sedang berinteraksi dengan sesuatu yang tidak terlihat, seringkali mereka menarik diri dari lingkungan, sulit fokus dan bingung membedakan mana yang nyata dan tidak. Tak jarang mereka mudah curiga, mudah marah tanpa alasan jelas, bahkan bisa melakukan hal-hal yang membahayakan diri sendiri dan orang lain. (Pratama, Agus, & Amalia. 2023).

Halusinasi yang dialami pasien bisa menimbulkan berbagai dampak yang cukup berat bagi kondisi emosional dan psikologis mereka. Reaksi yang muncul tidak jarang berupa histeria, tubuh yang terasa sangat lemah, hingga kehilangan semangat untuk mencapai tujuan hidup. Selain itu ketakutan yang

dirasakan sering kali muncul secara berlebihan dan dalam kondisi yang parah, hal ini dapat mendorong munculnya pikiran-pikiran negatif, seperti keinginan untuk menyakiti diri sendiri, menyakiti orang lain bahkan merusak lingkungan di sekitarnya atau lebih sering dikenal sebagai risiko perilaku kekerasan (Sari., *et al* 2022).

Penanganan pada pasien dengan halusinasi, dilakukan dengan perawatan di rumah sakit yang melibatkan pelaksanaan strategi secara teratur. Perilaku serta gejala yang sering muncul pada pasien halusinasi dapat dikendalikan dengan berbagai teknik, salah satunya adalah teknik menghardik positif (Maulana, Hernawati & Shalahuddin, 2021).

Teknik ini bertujuan untuk membantu pasien menanggapi halusinasi dengan cara menolaknya, pasien dilatih untuk mengucapkan kata “tidak” terhadap halusinasi yang mereka alami atau untuk tidak memperhatikan halusinasi tersebut. Halusinasi dapat dikelola dengan cara yang tepat dan terjadwal menggunakan teknik menghardik untuk menanggapi dan menolak halusinasi yang muncul, adapun cara lain dalam mengatasi halusinasi selain daripada menghardik adalah mengonsumsi obat, bercakap-cakap dengan orang lain untuk memberikan distraksi terhadap pasien dan melakukan aktivitas positif (Maulana, Hernawati & Shalahuddin, 2021).

Perawat memiliki peran yang sangat penting dalam menangani masalah kesehatan jiwa. Perlu memahami berbagai aspek, seperti gejala-gejala, pemeriksaan, terapi, dan perawatan jiwa secara menyeluruh untuk membantu proses kesembuhan pasien dengan gangguan jiwa, tugas perawat

dalam mencakup peran upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif Niriya *et al.*, (2023).

Salah satu upaya perawat adalah dengan upaya promotive dengan memberikan pemahaman kepada masyarakat luas tentang gangguan jiwa berupa halusinasi mulai dari seperti apa gangguan ini, apa saja penyebabnya, bagaimana tanda dan gejalanya, hingga resiko atau dampak yang bisa terjadi jika tidak segera mendapatkan penanganan yang tepat. Sebagai upaya preventif, penting untuk memberi informasi dan edukasi tentang gangguan jiwa, terutama bagi mereka yang sering mendengar suara-suara agar kondisinya tidak memburuk, ini juga dapat membantu keluarga memahami cara mendukung dan merawat penderita dengan lebih tepat (Lidya & Santoso, 2021).

Sementara itu, dalam upaya kuratif perawat memiliki peran penting dalam merawat pasien dengan gangguan jiwa, terutama bagi individu yang mendengar suara-suara yang tidak nyata, perawat tidak hanya mendampingi dan memberikan perawatan secara langsung tetapi juga berkolaborasi dengan tim kesehatan, seperti dokter dan psikolog untuk memberikan terapi yang sesuai dengan kebutuhan pasien, terapi bisa berupa obat-obatan dan terapi psikologis (Lidya & Santoso, 2021).

Sedangkan, upaya rehabilitatif adalah perawat membantu keluarga mengenal dan memahami cara merawat orang terdekat yang mengalami gangguan jiwa, agar keluarga bisa lebih siap dan percaya diri dalam memberikan perawatan di rumah juga bisa lebih berfokus pada proses pemulihan pasien setelah menerima perawatan medis dan terapi,

pendampingan yang dilakukan melibatkan bantuan dalam menjalani aktivitas sehari-hari, seperti merawat diri, berinteraksi dengan orang lain, dan bekerja (Lidya & Santoso, 2021).

Berdasarkan data yang didapatkan dari RSKD Duren Sawit di Ruang Berry menunjukkan 375 kasus gangguan jiwa yang terjadi pada periode Januari 2024 hingga Januari 2025 dalam beberapa diagnosa yang umum ditemui. Data yang ditemukan meliputi gangguan persepsi sensori atau yang lebih dikenal dengan halusinasi tercatat 158 kasus (42,34%), kemudian defisit perawatan diri 43 kasus (10,92%), perilaku kekerasan 129 kasus (34,42%), isolasi sosial sebanyak 30 kasus (8,19%), harga diri rendah dengan 15 kasus (4,09%) (Riset data rekam medis RSKD Duren Sawit dalam Dwi Estri Maharani, 2025).

Berdasarkan data diatas peneliti merasa tertarik untuk mengangkat topik karya tulis ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pasien Yang Mengalami Skizofrenia Dengan Halusinasi Pendengaran Di Ruang Berry”.

1.2 Batasan Masalah

Penulisan karya ilmiah ini difokuskan pada studi kasus "Asuhan Keperawatan pada Pasien *Skizofrenia* dengan Halusinasi Pendengaran di Ruang Berry Rumah Sakit Khusus Daerah Duren Sawit."

1.3 Rumusan Masalah

Berdasarkan angka kejadian di RSKD Duren Sawit halusinasi sebesar 158 kasus (42,34%). Dan didukung oleh penelitian di RSJ Tampan Pekanbaru Tahun 2022, tercatat ada sekitar 950 pasien yang mengalami halusinasi dan menjalani perawatan di 7 ruang rawat yang berbeda, jumlah ini menunjukkan bahwa gangguan halusinasi masih menjadi kondisi yang cukup banyak dialami

oleh pasien rumah sakit jiwa. Oleh karena itu sesuai dengan permasalahan yang telah diuraikan secara mandalam pada bagian latar belakang. Berdasarkan rumusan masalah diatas, maka dapat dirumuskan pertanyaan penelitian yaitu Bagaimanakah “Asuhan Keperawatan Pada Hasien Halusinasi di Ruang Berry RSKD Duren Sawit?”.

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Karya tulis ilmiah ini bertujuan untuk memberikan asuhan keperawatan pasien yang mengalami skizofrenia dengan halusinasi pendengaran di ruang berry RSKD Duren Sawit.

1.4.2 Tujuan Khusus

Berikut tujuan khusus karya tulis ilmiah ini meliputi:

- a. Melakukan pengkajian kondisi keperawatan pada pasien *skizofrenia* dengan halusinasi pendengaran di Ruang Berry RSKD Duren Sawit.
- b. Menetapkan diagnosis keperawatan pada pasien yang mengalami *skizofrenia* dengan halusinasi pendengaran di Ruang Berry RSKD Duren Sawit.
- c. Menyusun perencanaan keperawatan pada pasiennya mengalami *skizofrenia* dengan halusinasi pendengaran di Ruang Berry RSKD Duren Sawit.
- d. Mampu melakukan tindakan keperawatan pada pasien *skizofrenia* yang mengalami halusinasi pendengaran di Ruang Berry RSKD Duren Sawit.
- e. Melakukan evaluasi kondisi keperawatan pasien *skizofrenia* dengan halusinasi pendengaran di Ruang Berry RSKD Duren Sawit.

1.5 Manfaat

1.5.1 Manfaat Teoritis

Untuk mengembangkan ilmu keperawatan Karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat memberikan manfaat serta menjadi referensi bagi peneliti-peneliti selanjutnya yang berkaitan dengan asuhan keperawatan pada pasien *skizofrenia* dengan halusinasi pendengaran

1.5.2 Manfaat Praktis

a. Bagi institusi Pendidikan

Karya ini dapat menjadi referensi yang bermanfaat dalam mempelajari penanganan pasien dengan gangguan persepsi sensorik berupa halusinasi pendengaran.

b. Bagi Pasien dan Keluarga

Diharapkan karya ini dapat menjadi sumber informasi yang berguna bagi pasien dan keluarga dalam merawat pasien dengan gangguan persepsi sensorik berupa halusinasi pendengaran.

c. Bagi Rumah Sakit

Karya ini diharapkan dapat memberikan kontribusi untuk meningkatkan kualitas perawatan pasien yang mengalami gangguan persepsi sensorik berupa halusinasi pendengaran di rumah sakit.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep *Skizofrenia*

2.1.1 Pengertian *Skizofrenia*

Skizofrenia berasal dari Bahasa Yunani, “*skhizen*” yang berarti terbelah atau pecah dan “*phren*” yang artinya pikiran. Secara sederhana, *skizofrenia* menggambarkan kondisi pikiran seseorang terasa terpecah, kondisi ini tidak hanya mempengaruhi cara berpikir seseorang tetapi juga dapat mempengaruhi kondisi emosi dan kepribadian. Akibatnya sering kali orang yang mengalami merasa bahwa pikirannya tidak selaras dengan perasaan dan tindakan, akibat lainnya bisa membuat mereka kesulitan dalam berinteraksi, memahami kenyataan atau menjalani kehidupan sehari-hari dengan orang lain (Astari, 2020).

2.1.2 Etiologi *Skizofrenia*

Menurut Videback (2008) dalam Mawaddah, Sari, & Prasetya (2020), terdapat dua faktor utama yang berkontribusi terhadap munculnya *Skizofrenia*, yaitu:

a. Faktor Prediposisi

1. Faktor Biologis

a). Faktor Genetik

Faktor genetik menjadi penyebab utama dalam perkembangan *Skizofrenia*. Anak yang lahir dari orangtua penderita *Skizofrenia* tetap memiliki risiko genetik terhadap gangguan ini, meskipun mereka dibesarkan dalam keluarga

tanpa riwayat *Skizofrenia*. Penelitian menunjukkan bahwa anak dengan salah satu orangtua penderita *Skizofrenia* memiliki risiko 15% untuk mengalami gangguan serupa. Risiko ini meningkat hingga 35% apabila kedua orangtua biologis menderita *skizofrenia*.

b). Faktor Neuroanatomi

Penelitian menunjukkan bahwa individu dengan *skizofrenia* memiliki jumlah jaringan otak yang lebih sedikit, yang dapat mengindikasikan kegagalan perkembangan atau kehilangan jaringan pada tahap selanjutnya. Hasil *Computerized Tomography (CT Scan)* menunjukkan adanya pembesaran ventrikel otak serta atrofi pada korteks otak.

Sementara itu, pemeriksaan *Positron Emission Tomography (PET)* mengungkapkan adanya penurunan kadar oksigen dan glukosa di korteks frontal otak. Secara konsisten, penelitian menunjukkan adanya penurunan volume otak serta gangguan fungsi di area temporal dan frontal pada pasien Skizofrenia. Beberapa bagian otak yang menjadi fokus penelitian meliputi sistem limbik dan ganglia basalis.

Struktur otak penderita *skizofrenia* tampak berbeda dibandingkan individu normal, dengan ventrikel yang melebar, berkurangnya massa abu-abu, serta perubahan aktivitas metabolik di beberapa area. Pemeriksaan mikroskopis terhadap jaringan otak menunjukkan adanya perubahan kecil dalam

distribusi sel otak yang terjadi sejak masa prenatal. Selain itu, tidak ditemukan keberadaan sel glia, yang biasanya muncul akibat trauma otak setelah kelahiran (Mashudi, 2021).

c). Faktor Neurokimia

Studi neurokimia secara konsisten menunjukkan adanya perubahan dalam sistem neurotransmitter pada otak penderita *Skizofrenia*. Pada individu normal, mekanisme pengalihan sinyal di otak berfungsi dengan baik, memungkinkan sinyal persepsi yang diterima untuk dikirim kembali tanpa gangguan. Hal ini menghasilkan respons yang sesuai dalam bentuk perasaan, pemikiran, dan tindakan yang selaras dengan kebutuhan saat itu. Namun, pada otak penderita *Skizofrenia*, terjadi gangguan dalam transmisi sinyal, menyebabkan sinyal yang dikirim tidak mencapai sambungan sel yang seharusnya.

2. Faktor Psikologis

Skizofrenia dapat terjadi akibat perkembangan psikososial yang tidak optimal sejak dini, misalnya ketika seorang anak gagal membangun hubungan yang didasari rasa percaya. Hal ini dapat menyebabkan konflik intrapsikis yang berlangsung sepanjang hidup. Pada kasus *Skizofrenia* yang berat, individu mengalami kesulitan dalam menghadapi berbagai permasalahan. Gangguan dalam membangun identitas, kesulitan dalam mengelola citra diri, serta ketidakmampuan dalam mengendalikan diri juga menjadi faktor utama yang perlu diperhatikan dalam terapi.

3. Faktor Sosiokultural dan Lingkungan

Faktor sosiokultural dan lingkungan berkontribusi terhadap tingginya prevalensi *Skizofrenia* pada individu dari kelas sosial ekonomi rendah dibandingkan mereka yang berasal dari kelas sosial ekonomi tinggi. Kondisi ini berkaitan dengan berbagai faktor, seperti kemiskinan, lingkungan perumahan yang padat, asupan nutrisi yang tidak mencukupi, kurangnya perawatan selama kehamilan, keterbatasan sumber daya untuk menghadapi stres, serta perasaan putus asa.

b. Faktor Presipitasi

Menurut Stuart (2013) dalam Mashudi (2021) Faktor presipitasi dari *Skizofrenia* antara lain adalah sebagai berikut:

1. Biologis

Stressor biologis yang berhubungan dengan respons neurobiologis yang maladaptif mencakup gangguan pada mekanisme umpan balik otak yang berperan dalam mengatur komunikasi serta pemrosesan informasi. Selain itu, terdapat kelainan pada sistem penerimaan rangsangan di otak, yang menyebabkan ketidakmampuan dalam merespons rangsangan secara selektif.

2. Lingkungan

Toleransi terhadap stres yang dipengaruhi oleh faktor biologis berinteraksi dengan stressor lingkungan, sehingga berperan dalam menentukan kemungkinan terjadinya gangguan pada proses berpikir (Mashudi 2021).

2.1.3 Klasifikasi *Skizofrenia*

Menurut Samsara (2020) *skizofrenia* terdiri dari beberapa jenis yaitu paranoid, hebefrenik, katatonik, residual dan tidak terkategori. Sedangkan klasifikasi *skizofrenia* menurut Tanjung, Neherta & Sarfika (2023) terdiri dari:

- a. *Skizofrenia* simplex dengan gejala utama kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan.
- b. *Skizofrenia* hebefrenik gejala utama gangguan proses pikir gangguan kemauan dan depersonalisasi. Banyak terdapat waham dan halusinasi.
- c. *Skizofrenia* katatonik dengan gejala utama pada psikomotor seperti stupor maupun gaduh gelisah katatonik.
- d. *Skizofrenia* paranoid dengan gejala utama kecurigaan yang ekstrim disertai waham kejar atau kebesaran.
- e. Episoda *skizofrenia* akut (*lir skizofrenia*), adalah kondisi akut mendadak yang disertai dengan perubahan kesadaran, kesadaran mungkin berkabut.
- f. *Skizofrenia* psiko afektif yaitu adanya gejala utama *skizofrenia* yang menonjol dengan disertai gejala depresi atau mania.
- g. *Skizofrenia* residual *skizofrenia* dengan gejala-gejala primernya dan muncul setelah beberapa kali serangan *skizofrenia*.

2.1.4 Patofisiologi *Skizofrenia*

Skizofrenia merupakan penyakit dengan penyebab multifaktor. Patofisiologi *Skizofrenia* belum diketahui secara pasti dan sangat bervariasi seperti halnya etiologi, terdapat beberapa hipotesis yang telah diajukan diantaranya (Kemenkes RI, 2021):

a. Faktor genetik

Individu dengan keluarga penderita *skizofrenia* memiliki resiko lebih tinggi mengalami penyakit *skizofrenia*. Pada anak dengan orang tua menderita *skizofrenia* beresiko 5% untuk mengalami penyakit serupa. Pada individu dengan saudara kandung atau kembar dizigot yang mengalami *skizofrenia* beresiko 10% dan pada kembar monozigot resiko mengalami *skizofrenia* sebesar 40%.

b. Gangguan neurotransmitter

Pada hipotesis dopamin, ditemukan yaitu terdapat hiperaktivitas dopamin pusat. Peningkatan aktivitas dopamin di sistem limbik diasosiasikan dengan gejala positif. Antipsikotik yang bekerja sebagai antagonis reseptor dopamine pascasinaps (D2) diketahui efektif menangani gejala positif *skizofrenia*. Hipotesis serotonin mengatakan jika serotonin berlebih dapat menimbulkan gejala positif dan negatif. Neurotransmitter lain yang diduga terkait dengan patofisiologi *skizofrenia* yaitu asetilkolin, glutamat, norepinefrin, aminobutyric acid (GABA) dan sebagainya.

c. Gangguan Morfologi dan Fungsi Otak

Gangguan struktur dan fungsi otak yang sering ditemukan pada penderita *skizofrenia* adalah pelebaran ventrikel ke-3 dan lateral, atrofi lobus temporal dan medial, gangguan girus hipokampus, parahipokampus, dan amigdala. Namun tidak ada gangguan yang khas pada penderita *skizofrenia*

4. Manifestasi *Skizofrenia*

Menurut Pangestu (2021) *skizofrenia* merupakan gangguan mental yang berat ditandai dengan gejala klinis seperti delusi (keyakinan yang salah atau tidak sesuai dengan kenyataan), halusinasi (persepsi yang keliru terhadap dunia sekitar, seperti mendengar suara yang sebenarnya tidak ada), dan kesulitan membedakan kenyataan dari imajinasi (kehilangan kemampuan untuk membedakan antara apa yang nyata dan apa yang tidak). Selain itu, individu yang mengalami *skizofrenia* juga dapat mengalami pemikiran yang terpecah atau tidak teratur, yang mengganggu proses berpikir secara normal. Hal ini dapat berdampak serius pada kemampuan mereka untuk menjalani aktivitas sehari-hari, seperti bekerja, berinteraksi sosial, atau menjaga kebersihan diri.

5. Penatalaksanaan *Skizofrenia*

Berdasarkan *American Psychiatric Association's Practice Guidelines for the Treatment of Patients with Schizophrenia* (2020), pengobatan harus dilakukan secara menyeluruh, menggunakan berbagai macam pendekatan, dan didasarkan pada bukti ilmiah. Cara penanganan skizofrenia melibatkan pengobatan dengan obat-obatan, terapi psikologis, rehabilitasi serta dapat dari dukungan masyarakat, guna untuk mengurangi risiko penyakit dan kematian, memperbaiki kondisi pasien, serta dapat membantu memperbaiki kualitas hidup.

a. Terapi farmakologi

1. Farmakologi

Menurut Sadock (2015) dalam (Ridwan, 2023) antipsikotik yang dikenal sebagai neuroleptic, efektif dalam mengurangi gejala psikotik. Obat-obatan ini tidak dapat menyembuhkan *skizofrenia*, tetapi digunakan untuk mengatasi gejala-gejala tersebut, antipsikotik terdiri dari dua kategori yaitu:

- a) Obat atipikal: clozapine, risperidone, olanzapine, quetiapine
- b) Obat tipikal: thiothixene, haloperidol, chlorpromazine, dan trifluoperazine

Indikasi rawat inap pasien *skizofrenia* yaitu untuk kepentingan diagnostik, stabilisasi pengobatan, untuk keamanan pasien karena adanya keinginan bunuh diri dan pembunuhan, jika perilaku sangat kacau atau tidak pada tempatnya, termasuk ketidakmampuan mengurus kebutuhan dasar seperti pangan, sandang dan papan.

2.2 Konsep Halusinasi

2.2.1 Pengertian Halusinasi

Halusinasi merupakan suatu pengalaman sensori yang biasa terjadi tanpa adanya rangsangan dari dunia luar. Gangguan pada persepsi ini dapat mempengaruhi semua indera, dan seringkali muncul sebagai gejala dari masalah mental, biasanya halusinasi ini dapat berupa suara, pengelihatan, sentuhan, atau bau yang sebenarnya tidak ada, namun terasa seperti nyata (Damaiyanti, 2012 dalam Iyan, 2021).

Halusinasi dapat terjadi ketika otak merespon dengan cara yang tidak normal dan dapat membuat seseorang merasa bahwa persepsi yang salah itu sesuatu yang nyata dan merespon seolah-olah benar-benar terjadi. (Pardede, 2020).

Halusinasi bisa dikatakan juga pengalaman mendengar suara-suara yang bisa datang dari Tuhan, setan, atau orang lain yang sedang berbicara langsung kepada seseorang. Salah satu jenis halusinasi yang paling sering terjadi adalah halusinasi pendengaran, dimana seseorang mendengar suara-suara yang mengomentari, mengejek, mengancam, atau bahkan memberikan perintah untuk melakukan hal-hal berbahaya. (Abidin, 2020)

Halusinasi pendengaran paling sering terjadi, ketika terjadi halusinasi maka seseorang tersebut akan mendengar suara-suara atau bisikan. Apabila halusinasi tidak segera ditangani maka akan memperparah sehingga dapat menimbulkan panik dan cemas hingga menimbulkan ketakutan tidak dapat membedakan antara khayalan dan kenyataan yang dialaminya (Hafizudiin, 2021 dalam Nurfadilah, (2022).

Halusinasi pendengaran merupakan gangguan halusinasi yang diiringi dengan mendengar suara-suara dari peristiwa yang mengingatkan seseorang pada pengalaman traumatis dimasa lampau. Pengalaman ini menjadi sebab munculnya rasa gagal dalam dirinya yang mempengaruhi pembentukan beliefs seseorang. Kemudian menginterpretasikan sisipan (*Intrusion*) sebagai bagian dari kesadaran (*awereness*). Proses pembentukan kepercayaan seseorang dipengaruhi oleh proses belajar akan pengalaman dimasa lalu (Beck, 2021).

2.2.2 Rentang Respon Halusinasi

Berikut penjelasan rentang respon halusinasi menurut

Stuart dan Laria (2009), dalam ridwan (2023)

Respon Adatif ←————→ Respon Maladatif

| | | |
|-------------------------------------|----------------------------------|------------------------------|
| - Pikiran logis | - Disorientasi pikiran ilusi | - Gangguan pikir atau delusi |
| - Presepsi kuat | - Reaksi emosi berlebihan | - Halusinasi |
| - Emosi konsisten dengan pengalaman | - Perilaku aneh atau tidak biasa | - Sulit merespon emosi |
| - Perilaku sosial | - Menarik diri | - Perilaku disorganisasi |
| - Berhubungan sosial | | - Isolasi sosial |

Gambar 2. 1 Rentang Respon

Menurut direja, (2011) dalam Ridwan., *et al* (2023) yaitu:

a. Respon Adaptif

Adalah suatu respon yang dapat dilakukan oleh penderita saat menyelesaikan suatu masalah yang dialami dengan cara yang baik tanpa merugikan orang lain. Dengan kata lain penderita dalam standar normal atau mampu dalam menghadapi masalah yang dialami, bentuk respon adaptif:

1. Pikiran logis merupakan cara pandang yang tertuju pada suatu yang nyata, presepsi akurat merupakan cara pandang yang tepat pada suatu kenyataan.
2. Emosi konsisten adalah suasana hati yang berasal dari pengalaman
3. Perilaku sosial merupakan kepribadian atau sikap yang masih dalam batas normal
4. Hubungan sosial merupakan bentuk komunikasi dengan orang lain dan lingkungan terdekat.

b. Respon Maladatif

Merupakan bentuk reaksi seseorang dalam mengatasi masalah dengan cara yang merugikan agama maupun masyarakat, pada respon ini meliputi:

1. Kelainan pikiran merupakan bentuk keyakinan yang secara kuat tetap dipertahankan walaupun tidak sesuai standar sosial
2. Halusinasi adalah suatu keadaan yang terjadi saat seseorang terganggu persepsinya atau tidak dapat membedakan hal yang nyata atau tidak.
3. Sulit merespon emosi adalah perubahan perasaan seseorang yang muncul dari hati
4. Perilaku tidak terorganisir adalah keadaan yang tidak menentu
5. Isolasi sosial merupakan keadaan individu yang mengalami perasaan kesepian

2.2.3 Etiologi Halusinasi

Faktor predisposisi halusinasi menurut Oktiviani (2020) yaitu:

a. Faktor Predisposisi

1. Faktor perkembangan

Tugas perkembangan klien terganggu misalnya rendahnya kontrol dan kehangatan keluarga menyebabkan klien tidak mampu mandiri sejak kecil, mudah frustrasi, hilang percaya diri.

2. Faktor sosiokultural

Seseorang yang merasa tidak diterima dilingkungan sejak bayi akan merasa disingkirkan, kesepian, dan tidak percaya pada lingkungan.

3. Biologis

Faktor biologis mempunyai pengaruh terhadap terjadinya gangguan jiwa. Adanya stress yang berlebihan dialami seseorang maka didalam tubuh akan dihasilkan suatu zat yang dapat bersifat halusinogen neurokimia. Akibat stress berkepanjangan menyebabkan neurotransmitter otak.

4. Psikologis

Tipe kepribadian lemah dan tidak bertanggung jawab mudah terjerumus pada penyalahgunaan zat adiktif. Hal ini berpengaruh pada ketidakmampuan klien dalam mengambil keputusan yang tepat demi masa depannya, klien lebih memilih kesenangan sesaat dan lari dari alam nyata menuju alam khayal.

5. Sosial Budaya

Meliputi klien mengalami interaksi sosial dalam fase awal dan *comforting*, klien meanggap bahwa hidup bersosialisasi di alam nyata sangat membahayakan. Klien asik dengan halusinasinya, seolah-olah ia merupakan tempat untuk memenuhi kebutuhan akan interaksi sosial, kontrol diri dan harga diri yang tidak didapatkan dalam dunia nyata.

b. Faktor prespitasi

1. Stressor Sosial Budaya

Stress dan kecemasan akan meningkat bila terjadi penurunan stabilitas keluarga, perpisahan dengan orang yang penting, atau diasingkan dari kelompok dapat menimbulkan halusinasi.

2. Faktor Biokimia

Penelitian tentang dopamine, norepineptin, indolamin, serta zat halusinasi genik diduga berkaitan dengan gangguan orientasi realitas termasuk halusinasi.

3. Faktor Psikologis

Intensitas kecemasan yang ekstrem dan memanjang disertai terbatasnya kemampuan mengatasi masalah memungkinkan berkembang gangguan orientasi realistik, pasien mengembangkan koping untuk menghindari kenyataan yang tidak menyenangkan.

4. Faktor Perilaku

Perilaku yang perlu dikaji pada pasien dengan gangguan orientasi realitas berkaitan dengan perubahan proses pikir, efektif persepsi, motorik, dan sosial.

2.2.4 Manifestasi Klinis Halusinasi

Manifestasi klinis pada pasien dengan halusinasi menurut Pradana, Aditia Riyana (2022) adalah terdiri dari:

- a. Menarik diri dari orang lain, dan berusaha menghindar diri dari orang lain.
- b. Tersenyum sendiri
- c. Tertawa sendiri
- d. Duduk terpaku (berkhayal).
- e. Bicara sendiri.

- f. Memandang satu arah, menggerakkan bibir tanpa suara, pergerakan mata yang cepat, dan respons verbal yang lambat.
- g. Menyerang, sulit berhubungan dengan orang lain.
- h. Tiba-tiba marah, curiga, bermusuhan, merusak (diri sendiri, orang lain dan lingkungan) takut.
- i. Gelisah, ekspresi muka tegang, mudah tersinggung, jengkel.
- j. Terjadi peningkatan denyut jantung, pernapasan dan tekanan darah.

2.2.5 Jenis Halusinasi

Santri, (2021) mengatakan jenis halusinasi antara lain:

- a. Halusinasi pendengaran

Pasien mengalami halusinasi pendengaran di mana mereka mendengar suara atau kebisingan yang tidak nyata. Suara-suara tersebut dapat terdengar jelas atau tidak jelas, dan terkadang dapat berbicara dengan pasien atau memerintahkan pasien untuk melakukan sesuatu.

- b. Halusinasi penglihatan

Pasien yang mengalami halusinasi visual, mereka melihat sesuatu yang tidak nyata. Halusinasi visual dapat berupa pancaran cahaya, gambar, atau bayangan yang rumit dan kompleks.

- c. Halusinasi penciuman

Pasien dengan halusinasi penciuman, mereka mencium bau yang tidak nyata. Bau yang dicium dapat berupa bau darah, urin, feses, parfum, atau bau lainnya. Halusinasi penciuman ini sering terjadi pada orang yang pasca stroke, kejang, atau demensia.

d. Halusinasi peraba

Pasien merasakan sensasi fisik yang tidak nyata. Sensasi yang dirasakan dapat berupa rasa nyeri, rasa tertetrum, atau ketidaknyamanan tanpa stimulus yang jelas.

e. Halusinasi pengecap

Merasa mengecap rasa seperti darah, urine, feses atau yang lainnya.

f. Halusinasi kinestetika

Merasakan pergerakan sementara berdiri tanpa bergerak

2.2.6 Tahapan Halusinasi

Tahapan halusinasi menurut Tuti *et.al.*, (2022) yaitu:

a. Tahap pertama (*fase comforting*)

Dimana tahap ini pasien mengalami stress, cemas, perasaan perpisahan, rasa bersalah, kesepian yang memuncak, dan tidak dapat diselesaikan, pasien mulai melamun dan memikirkan hal-hal yang menyenangkan, cari ini hanya menolong sementara

b. Tahap kedua / *Sleep disorder*

Pada fase ini klien merasa banyak masalah, ingin menghindari diri dari lingkungan dan takut diketahui orang lain bahwa dirinya banyak masalah. Masalah makin sulit karena berbagai stressor terakumulasi misalnya, kekasih hamil, terlibat narkoba, dikhianati kekasih, masalah di kampus, drop out dan lain sebagainya. Masalah terasa menekan karena terakumulasi sedangkan support sistem kurang dan persepsi terhadap masalah sangat buruk. Sulit tidur berlangsung

terus-menerus sehingga terbiasa menghayal. Klien menganggap lamunan-lamunan awal tersebut sebagai pemecah masalah.

c. Tahap kedua (*considering*)

pasien biasanya mempunyai pengalaman sensori menjijikkan dan menakutkan, kecemasan meningkat, melamun dan berpikir sendiri jadi dominan mulai merasakan ada bisikan yang tidak jelas, tidak ingin orang lain mengetahui, dan pasien tetap dapat mengontrolnya

d. Tahap ketiga (*controlling*)

pengalaman sensori menjadi berkuasa dan pasien menyerang pada halusinasinya, karakteristiknya yaitu bisikan, suara, isi halusinasi semakin menonjol, menguasai dan mengontrol pasien

e. Tahap keempat (*conquering*)

pasien lebur dengan halusinasinya, termasuk dalam psikotik berat.

2.2.7 Mekanisme Koping Halusinasi

Mekanisme koping maladaptif bisa membuat seseorang mengambil langkah-langkah negatif yang dapat merugikan diri sendiri dan orang lain. Beberapa faktor yang mempengaruhi hal ini termasuk kemampuan individu yang kurang memadai dan kurangnya dukungan dari keluarga atau orang-orang terdekat. Strategi koping cenderung berfokus pada emosi yang dipengaruhi oleh situasi sekitar (Wahyuni et al., 2022).

2.2.8 Penatalaksanaan Halusinasi

Penatalaksanaan halusinasi menurut Yosep (2011) dalam Ridwan (2023) yaitu:

a. Psikofarmakoterapi

Gejala halusinasi sebagai salah satu gejala psikotik/skizofrenia biasanya diatasi dengan menggunakan obat-obatan anti psikotik antara lain:

- 1) Golongan butirefenon: Haldol, serenace, ludomer.
- 2) Golongan fenotiazine: chlorpromazine/largactile/promactile

b. Psikoterapi

Terapi kejang listrik adalah pengobatan untuk menimbulkan kejang grandmall secara artificial dengan melewati aliran listrik melalui electrode yang dipasang pada satu atau dua temples.

c. Terapi aktivitas kelompok

- 1) Terapi aktivitas kelompok stimulasi kognitif/presepsi

Pasien dilatih mempresepsikan stimulus yang pernah dialami. Kemampuan presepsi pasien harus dievaluasi dan ditingkatkan pada tiap sesi, stimulus yang disediakan: baca artikel/majalah/buku/puisi, menonton acara tv.

- 2) Terapi aktivitas kelompok sensori

Aktivitas digunakan sebagai stimulus pada sensori pasien. Kemudian di observasi reaksi sensori pasien terhadap stimulus yang disediakan, berupa ekspresi perasaan secara nonverbal (ekspresi wajah, gerakan tubuh).

d. Rehabilitasi

Terapi kerja baik untuk mendorong penderita bergaul dengan orang lain, penderita lain, perawat dan dokter.

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian dalam proses keperawatan, di mana data dikumpulkan secara sistematis untuk memahami status kesehatan, fungsional, dan respons pasien, baik saat ini maupun masa lampau (Helidrawati, 2020). Adapun isi dari pengkajian tersebut adalah:

a. Identitas klien

Melakukan pengenalan dan kontrak dengan pasien tentang: nama mahasiswa, nama panggilan, nama pasien, nama panggilan pasien, tujuan, topik yang akan dibicarakan. Tanyakan dan catat usia pasien dan no rm, tanggal pengkajian dan sumber data yang didapat.

b. Etiologi

Apa yang menyebabkan pasien dirawat di rumah sakit, apakah sudah tau penyakit sebelumnya, apa yang sudah dilakukan keluarga untuk mengatasi masalah ini.

c. Riwayat penyakit sekarang dan faktor presipitasi

Menanyakan bagaimana pasien bisa mengalami gangguan jiwa. Faktor yang memperberat kejadian seperti putus pengobatan.

d. Faktor predisposisi

Menanyakan apakah keluarga mengalami gangguan jiwa, bagaimana hasil pengobatan apakah pernah melakukan atau mengalami

penganiayaan fisik, seksual, penolakan dari lingkungan, kekerasan dalam keluarga, dan tindakan kriminal. Menanyakan kepada pasien dan keluarga apakah ada yang mengalami gangguan jiwa, menanyakan pasien tentang pengalaman yang tidak menyenangkan.

e. Pemeriksaan Fisik Memeriksa

Memeriksa TTV, tinggi badan, berat badan, dan tanyakan apakah ada keluhan fisik yang dirasakan klien

f. Pengkajian psikososial

1. Genogram

Genogram menggambarkan pasien dengan keluarga, dilihat dari pola komunikasi, pengambilan keputusan dan pola asuh

2. Konsep Diri

a) Gambaran Diri

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

b) Identitas Diri

Status dan posisi pasien sebelum dirawat, kepuasan pasien terhadap status dan posisinya, kepuasan pasien sebagai laki-laki atau perempuan, keunikan yang dimiliki sesuai dengan jenis kelaminnya dan posisinya.

c) Fungsi Peran

Tugas atau peran pasien dalam keluarga, pekerjaan atau kelompok masyarakat, kemampuan pasien dalam melaksanakan fungsi atau perannya, perubahan yang terjadi

saat pasien sakit dan dirawat, bagaimana perasaan pasien akibat perubahan tersebut.

d) Ideal Diri

Harapan pasien terhadap keadaan tubuh yang ideal, harapan pasien terhadap lingkungan, harapan pasien terhadap penyakitnya, bagaimana jika kenyataan tidak sesuai dengan harapannya.

e) Harga Diri

Hubungan pasien dengan orang lain sesuai dengan kondisi, dampak pada pasien dalam berhubungan dengan orang lain, harapan, identitas diri tidak sesuai harapan, fungsi peran tidak sesuai harapan, ideal diri tidak sesuai harapan, penilaian pasien terhadap pandangan atau penghargaan orang lain.

g. Hubungan Sosial

Tanyakan orang yang paling berarti dalam hidup pasien, tanyakan upaya yang biasa dilakukan bila ada masalah, tanyakan kelompok apa saja yang diikuti dalam masyarakat, keterlibatan atau peran serta dalam kegiatan kelompok atau masyarakat, hambatan dalam berhubungan dengan orang lain, minat dalam berinteraksi dengan orang lain.

h. Spiritual nilai dan keyakinan

Kegiatan ibadah atau menjalankan keyakinan, kepuasan dalam menjalankan keyakinan.

i. Status Mental

a) Penampilan

Penampilan dilihat dari beberapa hal dengan melihat kerapian berpakaian.

b) Pembicaraan

Amati pembicaraan pasien apakah cepat, keras, terburu-buru, gagap, sering terhenti atau bloking, apatis, lambat, membisu, menghindar, tidak mampu menyelesaikan masalah.

c) Afek yang harus dikaji meliputi:

1) Adekuat: perubahan roman-roman muka sesuai dengan stimulus eksternal

2) Datar: tidak ada perubahan roman muka pada saat ada stimulus yang menyenangkan atau menyedihkan

3) Tumpul: hanya bereaksi bila ada stimulus emosi yang sangat kuat

4) Labil: emosi klien cepat berubah-ubah

5) Tidak sesuai: emosi bertentangan atau berlawanan dengan stimulus.

6) Orientasi : waktu, tempat dan orang jelaskan apa yang dikatakan pasien saat wawancara.

j. Interaksi selama wawancara

Selama wawancara dilakukan dapat dinilai sikap dengan melihat ada atau tidaknya kontak mata serta kooperatif pasien saat pelaksanaan.

k. Persepsi

Halusinasi apa yang terjadi dengan pasien. Data yang terkait tentang halusinasi lainnya yaitu berbicara sendiri dan tertawa sendiri, menarik diri dan menghindar dari orang lain, tidak dapat membedakan nyata atau tidak nyata. Dalam persepsi hal yang harus dikaji pada saat berinteraksi dengan pasien halusinasi yaitu menyebut isi halusinasi, menyebut waktu terjadi halusinasi, menyebut situasi terjadi halusinasi dan menyebut perasaan saat halusinasi tersebut muncul.

l. Proses Pikir

Biasanya pasien tidak mampu mengorganisir dan menyusun pembicaraan logis dan koheren, tidak berhubungan, berbelit. Ketidakmampuan pasien ini sering membuat lingkungan takut dan merasa aneh terhadap pasien.

m. Isi pikir

Keyakinan pasien tidak konsisten dengan tingkat intelektual dan latar belakang budaya pasien. Ketidakmampuan memproses stimulus internal dan eksternal melalui proses informasi dapat menimbulkan waham.

n. Tingkat kesadaran

1. Bingung: tampak bingung dan kacau (perilaku yang tidak pada tujuan)
2. Sedasi: mengatakan merasa melayang-layang antara sadar atau tidak sadar

3. Stupor: gangguan motorik seperti kekakuan, gerakan yang diulang-ulang, anggota tubuh klien dalam sikap yang canggung dan dipertahankan klien tapi klien mengerti semua yang terjadi di lingkungannya.

o. Memori

Terjadi gangguan daya ingat jangka panjang maupun jangka pendek, mudah lupa, pasien kurang mampu menjalankan peraturan yang telah disepakati, tidak mudah tertarik. Pasien berulang kali menanyakan waktu, menanyakan apakah tugasnya sudah dikerjakan dengan baik, permisi untuk satu hal.

p. Tingkat konsentrasi dan berhitung

Kemampuan mengorganisir dan konsentrasi terhadap realitas eksternal, sukar menyelesaikan tugas, sukar berkonsentrasi pada kegiatan atau pekerjaan dan mudah mengalihkan perhatian, mengalami masalah memberikan perhatian.

q. Kemampuan penilaian

Pasien mengalami ketidakmampuan dalam mengambil keputusan, menilai, dan mengevaluasi diri sendiri dan juga tidak mampu melaksanakan keputusan yang telah disepakati. Sering tidak merasa yang dipikirkan dan diucapkan adalah salah.

r. Daya tilik diri

Pasien biasanya tidak setuju tentang apa yang ia derita. Pasien tidak mengetahui gejala penyakit yang ada padanya dan merasa tidak

ingin untuk dibantu, kadang pasien menyangkal punya penyakit dan tidak ingin menceritakan tentang penyakit dirinya.

s. Kebutuhan Persiapan Pasien Pulang

1. Makan

Observasi kemampuan pasien untuk menyiapkan makan secara mandiri, makan dengan cara yang baik dan benar, serta membereskan peralatan setelah makan.

2. BAB atau BAK

Observasi kemampuan pasien untuk BAB atau BAK serta kemampuan pasien untuk membersihkan diri.

3. Mandi

Observasi kemampuan pasien untuk menyiapkan peralatan mandi secara mandiri, mandi dengan cara yang baik dan benar, serta membereskan peralatan setelah mandi.

4. Berpakaian

Observasi kemampuan pasien menggunakan pakaian, mengancingkan pakaian, cara memakai celana yang baik dan benar, serta merapikan pakaian.

5. Pemeliharaan kesehatan

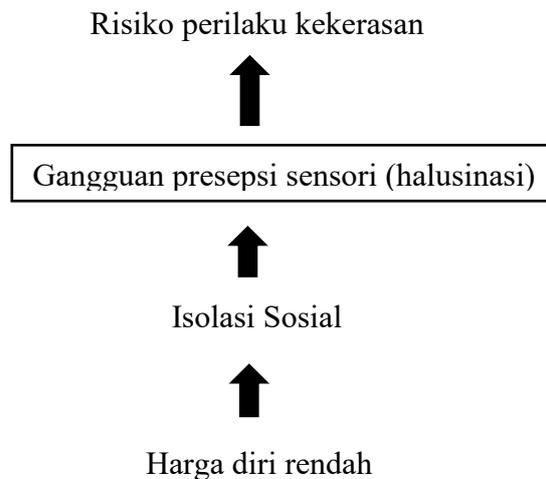
Observasi kemampuan pasien mengenai cara minum obat secara teratur, kontrol kesehatan secara mandiri, dan mengetahui bahwa pasien memiliki masalah kejiwaan secara mandiri.

6. Aktifitas dalam rumah

Observasi kemampuan pasien melakukan aktivitas di dalam rumah seperti menyapu, mencuci piring, dan pekerjaan rumah lainnya.

2.3.2 Pohon Diagnosis

Pohon diagnosis dengan halusinasi dapat diuraikan sebagai berikut, menurut Restia (2020) yaitu:



Gambar 2. 2 Pohon Diagnosis

2.3.3 Diagnosis Keperawatan

Pada pasien dengan halusinasi terjadi masalah keperawatan yang sering ditemukan. Menurut Restia (2020) menyebutkan 4 masalah keperawatan yaitu:

a. Risiko perilaku kekerasan

Berisiko membahayakan secara fisik, emosi dan seksual pada diri sendiri atau orang lain. Berikut faktor risiko dan kondisi klinis pasien dengan risiko perilaku kekerasan:

- 1) Faktor Risiko Pemikiran waham atau delusi, curiga pada orang lain, halusinasi, berencana bunuh diri, kerusakan kognitif, alam

perasaan depresi, riwayat kekerasan pada hewan, kelainan neurologis, impulsive, dan ilusi.

2) Kondisi Klinis Terkait Penganiayaan fisik, sindrom otak organic, gangguan perilaku, depresi, serangan panik, delirium, demensia, halusinasi, upaya bunuh diri, dan gangguan amnestik.

b. Gangguan sensori persepsi halusinasi Perubahan persepsi terhadap stimulus baik internal maupun eksternal yang disertai dengan respon yang berkurang, berlebihan, atau terdistrosi. Gangguan persepsi sensori biasanya disebabkan karena gangguan penglihatan, gangguan pendengaran, gangguan penghiduan, gangguan perabaan, hipoksia serebral, penyalahgunaan zat, usia lanjut, dan pemajanan toksin lingkungan.

1. Tanda dan gejala mayor

a) Subjektif: Mendengarkan suara bisikan atau melihat bayangan, merasakan sesuatu melalui indera perabaan, penciuman, atau pengecapan.

b) Objektif: Distorsi sensori, respon tidak sesuai, bersikap seolah melihat, mendengar, mengecap, meraba, atau mencium sesuatu.

2. Tanda dan gejala minor

a) Subjektif: Menyatakan kesal

b) Objektif: Menyendiri, melamun, konsentrasi buruk, disorientasi waktu tempat orang atau situasi, curiga, melihat ke satu arah, mondar mandir, dan bicara sendiri.

c. Isolasi Sosial

Isolasi sosial biasanya disebabkan karena keterlambatan perkembangan, ketidakmampuan menjalin hubungan yang memuaskan, ketidaksiuaian minat dengan tahap perkembangan, ketidaksiuaian nilai dengan norma, ketidaksiuaian perilaku dengan norma, perubahan penampilan fisik, perubahan status mental, dan ketidakadekuatan sumber daya personal

d. Harga diri rendah

Harga diri rendah biasanya disebabkan karena perubahan pada citra tubuh, perubahan peran sosial, ketidakadekuatan pemahaman, perilaku tidak konsisten dengan nilai, kegagalan hidup berulang, riwayat kehilangan, riwayat penolakan, dan transisi perkembangan.

2.3.4 Intervensi Keperawatan

Rencana tindakan keperawatan adalah suatu bentuk dari tindakan keperawatan yang bertujuan untuk dapat memberikan bantuan terhadap pasien dalam mencapai kesehatan yang diinginkan dan dapat memberikan perawatan terbaik Carpenito (2015) dalam Ridwan (2023). Bentuk tindakan dalam menangani halusinasi ini menurut Muhith (2015) dalam Ridwan (2023) adalah:

a. SP 1 Menghardik halusinasi

Menghardik halusinasi adalah cara mengendalikan diri terhadap halusinasi dengan cara menolak halusinasi yang muncul. Pasien dilatih untuk mengatakan tidak terhadap halusinasi yang muncul atau tidak memedulikan halusinasinya jika dapat dilakukan,

pasien akan mampu mengendalikan diri dan tidak mengikuti halusinasi yang muncul. Mungkin halusinasi tetap ada, tetapi dengan kemampuan ini pasien tidak akan larut untuk menuruti halusinasinya.

Berikut ini tahapan intervensi yang dilakukan:

- 1) Menjelaskan cara menghardik Halusinasi
- 2) Memperagakan cara menghardik
- 3) Meminta pasien memperagakan ulang
- 4) Memantau penerapan cara, menguatkan perilaku pasien

b. SP 2 Mengonsumsi obat teratur

Minum obat secara teratur dapat mengontrol halusinasi. Pasien gangguan jiwa yang dirawat di rumah sering mengalami putus obat sehingga pasien mengalami kekambuhan. Oleh karena itu, pasien harus dilatih minum obat sesuai program dan berkelanjutan.

Berikut intervensi yang dapat dilakukan perawat agar pasien patuh minum obat.

- 1) Jelaskan kegunaan obat.
- 2) Jelaskan akibat jika putus obat.
- 3) Jelaskan cara mendapatkan obat/berobat.
- 4) Jelaskan cara minum obat dengan 5 prinsip benar (benar obat, benar pasien, benar cara, benar waktu dan benar dosis)

c. SP 3 Melatih bercakap-cakap dengan orang lain

Bercakap-cakap dengan orang lain dapat membantu mengontrol halusinasi. Ketika pasien bercakap-cakap dengan orang

lain, terjadi distraksi: focus perhatian pasien akan beralih dari halusinasi ke percakapan yang dilakukan dengan orang lain.

d. SP 4 Melakukan aktivitas

Melakukan aktivitas yang terjadwal, untuk mengurangi risiko halusinasi muncul lagi adalah dengan menyibukkan diri melakukan aktivitas yang teratur. Dengan beraktivitas secara terjadwal, pasien tidak akan mengalami banyak waktu luang sendiri yang sering kali mencetuskan Halusinasi.

Tahapan intervensi perawat dalam memberikan aktivitas yang terjadwal, yaitu:

- 1) Menjelaskan pentingnya aktivitas yang teratur untuk mengatasi Halusinasi.
- 2) Mendiskusikan aktivitas yang biasa dilakukan pasien.
- 3) Melatih pasien melakukan aktivitas.
- 4) Menyusun jadwal aktivitas sehari-hari sesuai dengan aktivitas yang telah dilatih.
- 5) Memantau pelaksanaan jadwal kegiatan dalam bentuk memberikan penguatan terhadap perilaku pasien yang positif.

2.3.5 Implementasi Keperawatan

Implementasi dalam keperawatan adalah bentuk langkah nyata yang diambil perawat untuk memahami kondisi kesehatan yang dialami klien, dalam tahap ini perawat menggunakan pedoman untuk membantu melihat apa yang dibutuhkan klien agar mampu mencapai kesehatan yang terbaik. Perawat melakukan tindakan secara fokus untuk memberikan

perawatan yang tepat sesuai dengan kondisi yang dialami klien, agar masalah kesehatan dapat ditangani dengan baik dan maksimal, setelah intervensi keperawatan diberikan, tujuannya agar klien merasakan perbaikan dalam kesehatannya dan dapat mencapai kesehatan yang lebih baik (SLKI, 2019)

2.3.6 Evaluasi Keperawatan

Menurut Sutejo, (2015) dalam Ridwan., *et al* (2023) evaluasi merupakan proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan terhadap klien. Pelaksanaan evaluasi terus menerus terhadap respon klien pada tindakan yang telah dilaksanakan, terdapat 2 jenis evaluasi yaitu evaluasi proses atau formatif dilakukan dengan membandingkan respon klien terhadap tujuan umum dan tujuan khusus yang telah dilakukan. Evaluasi terhadap klien dengan halusinasi juga bisa dengan cara:

- a) Halusinasi pada klien berkurang
- b) Penilaian terhadap tanda dan gejala halusinasi pada klien dan kemampuan klien sebelum dan sesudah dilakukannya tindakan, sehingga dapat diketahui presentase penurunan tanda dan gejala halusinasi setelah dilakukan tindakan keperawatan (Rani et al., 2021)

Menurut Santri,(2021). Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP sebagai pola pikir, dimana masing-masing huruf tersebut akan diuraikan sebagai berikut:

S:Respon subjektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan

O: Respon objektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan

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

P: Perencanaan atau tidak lanjut berdasarkan hasil analisa pada respon klien.

BAB 3

METODE PENELITIAN

Bab ini mengangkat cara penulis membangun kedekatan dengan pasien, bukan hanya sebagai subjek klinis tapi sebagai manusia seutuhnya. Melalui pendekatan yang penuh empati dan komunikasi yang terbuka, penulis mencoba memahami pengalaman dan perasaan pasien.

3.1 Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode studi kasus yang bersifat kualitatif yang bertujuan untuk mendalami lebih dalam tentang masalah asuhan keperawatan pada pasien *skizofrenia* yang mengalami halusinasi pendengaran di RSKD Duren Sawit, Jakarta Timur. Penelitian ini mengikuti langkah-langkah dalam proses keperawatan untuk memahami dan menangani permasalahan tersebut dengan lebih baik.

3.2 Batasan Istilah

Asuhan keperawatan jiwa kepada pasien *skizofrenia* yang mengalami gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran di ruang berry RSKD Duren Sawit agar dapat memberikan gambaran yang lebih jelas mengenai proses perawatannya

3.2.1 Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan adalah suatu rangkaian tindakan perawatan yang diberikan secara langsung kepada pasien, dengan mengacu pada prinsip-prinsip keperawatan yang menjadi dasar utama dalam praktik keperawatan.

3.2.2 Skizofrenia

Skizofrenia adalah salah satu bentuk gangguan jiwa yang mempengaruhi cara seseorang berpikir, merasakan, berkomunikasi, dan bertindak, orang yang mengalaminya sering mendengar suara-suara atau melihat hal-hal yang tidak nyata, baik suara maupun dalam bentuk visual.

3.2.3 Halusinasi

Halusinasi adalah kondisi dimana seseorang merasakan atau mengalami sesuatu yang tidak nyata, biasanya dalam bentuk mendengar suara, melihat gambar, mencium bau atau perasaan disentuh yang sebenarnya tidak ada.

3.3 Partisipan

Penelitian ini melibatkan dua pasien yang mengalami *skizofrenia* di Ruang Berry dan mendapatkan asuhan keperawatan terkait halusinasi .

3.4 Lokasi dan Waktu

3.4.1 Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian Karya Tulis Ilmiah ini terletak RSKD Duren Sawit, Jl.Duren Sawit Baru No. 02, Duren Sawit, Jakarta Timur. Yang dilaksanakan di Ruang Berry.

3.4.2 Waktu Penelitian

Pengkajian yang dilakukan pada pasien 1 (satu) selama 5 (lima) hari dimulai dari tanggal 10-14 Februari 2025 sedangkan pada pasien 2 (dua) pengkajian dimulai pada tanggal 11-15 Februari 2025

3.5 Metode Pengumpulan Data

3.5.1 Wawancara

Wawancara yang dilakukan untuk pengumpulan data dengan cara mengajukan pertanyaan, dan mendengarkan apa yang pasien rasakan saat interaksi berlangsung, saat wawancara berlangsung pasien memiliki kesempatan untuk menyampaikan perasaan dan pengalaman yang mereka rasakan atau keluhkan. Wawancara menggunakan observasi dan format pengkajian sesuai dengan yang telah peneliti pelajari, alat yang digunakan berupa *smartphone Samsung* dengan kapasitas 128 Gb setelah wawancara dilakukan hasil yang ditemukan dilakukan transkrip dan diolah menjadi hasil wawancara.

3.5.2 Observasi

Observasi dilakukan dengan mengamati perilaku pasien serta melakukan pemeriksaan fisik pada mereka yang mengalami halusinasi, khususnya halusinasi pendengaran. Dalam penelitian ini saya melakukan observasi dengan melihat secara langsung pasien di Ruang Berry RSKD Duren Sawit, Jakarta Timur.

3.5.3 Dokumentasi

Dokumentasi dilakukan dengan cara hasil pemeriksaan diagnostik, bersama dengan informasi penting lainnya seperti riwayat medis, gejala yang dialami pasien, serta faktor sosial dan faktor psikologis yang mempengaruhi yang digunakan untuk lebih memahami kondisi pasien lebih dalam. Informasi ini sangat berperan dalam menentukan diagnosis yang

tepat dan merencanakan langkah-langkah penanganan yang sesuai dengan kebutuhan pasien.

3.6 Uji Keabsahan Data

Keabsahan data dalam penelitian ini diuji dengan mengumpulkan informasi dari pasien, keluarga dan perawat yang terkait dengan masalah yang sedang di teliti. Saat penelitian dilakukan peneliti memastikan bahwa pasien sudah menyetujui dan memahami tujuan penelitian, selain itu pengamatan dilakukan selama 6 hari untuk memastikan bahwa data yang diperoleh akurat.

3.7 Analisa Data

3.7.1 Pengumpulan Data

Data dikumpulkan melalui wawancara, observasi, dan dokumentasi. Setelah itu, hasil pengamatan di catat dalam catatan lapangan lapangan dan kemudian di salin ke dalam bentuk transkrip yang lebih terstruktur.

3.7.2 Mereduksi Data

Mereduksi data dalam penelitian ini adalah data yang dikumpulkan dari wawancara dan dicatat dalam catatan lapangan disusun dengan rapi, lalu dikelompokan menjadi data objektif dan subjektif selanjutnya data tersebut dianalisis berdasarkan hasil pemeriksaan diagnostik dan dibandingkan dengan nilai normal.

3.7.3 Penyajian Data

Penyajian data yang dikumpulkan dalam penelitian ini akan disajikan dalam bentuk gambar dan narasi untuk memudahkan pemahaman. Gambar akan digunakan untuk menggambarkan temuan-temuan secara visual, sementara narasi akan memberikan penjelasan lebih rinci tentang

kondisi pasien, gejala yang muncul, serta hasil pemeriksaan yang dilakukan. Untuk melindungi privasi pasien, nama pasien akan disamarkan menggunakan inisial, mengikuti prinsip kerahasiaan yang berlaku dalam etika penelitian.

3.7.4 Kesimpulan

Setelah data yang ditampilkan, langkah berikutnya adalah mendiskusikan dan membandingkan dengan hasil sebelumnya sesuai dengan teori yang ada, kesimpulan dapat ditarik berdasarkan proses keperawatan yaitu proses pengkajian, diagnosis, proses perencanaan, proses pelaksanaan, dan evaluasi yang akan dilakukan.

3.8 Etika Penelitian

3.8.1 *Informed Consent*(Lembar Persetujuan)

Informed consent diberikan pada pasien sebelum penelitian dimulai, peneliti akan memperkenalkan diri dan menjelaskan tujuan, manfaat dan langkah-langkah penelitian, jika pasien setuju maka akan diberikan lembar persetujuan kepada pasien untuk melakukan tanda tangan sebagai bentuk persetujuan pasien untuk ikut serta secara sukarela. Melalui proses ini pasien memiliki hak penuh untuk mundur kapan saja tanpa takut mendapat dampak negatif terhadap perawatan yang sedang dijalani

3.8.2 *Anonymity*(Tanpa Nama)

Peneliti biasanya merahasiakan atau tidak mencantumkan nama partisipan secara langsung di dalam lembar data yang dikumpulkan biasanya menggunakan inisial atau nomer ini yang disebut sebagai *anonymity* contohnya Tn. H dan Tn. T.

3.8.3 Confidentiality(Kerahasiaan)

Peneliti bertanggung jawab untuk menjaga semua kerahasiaan informasi yang diberikan oleh partisipan, baik itu terkait identitas pribadi maupun masalah yang dibagikan selama penelitian ini dikenal dengan istilah *confidentiality*, yang berarti memastikan bahwa data yang diberikan oleh partisipan tetap terlindungi dan tidak dibagikan atau dikaitkan dengan mereka tanpa izin.

3.8.4 Information Sheet(Lembar Informasi)

Formulir ini berisi informasi tentang partisipan subjek penelitian atau keluarga terdekat sebelum memutuskan menyetujui atau menolak berpartisipasi menjadi bagian dalam penelitian. Penelitian ini sarana penulis untuk membuktikan lembar informasi yang ditanda tangani partisipasi.

3.8.5 Justice(Keadilan)

Pada penelitian ini penulis melaksanakan asuhan keperawatan ke pasien tanpa membedakan atau mendiskriminasi, dengan senantiasa menjunjung tinggi prinsip keadilan. Penulis berpedoman pada peraturan undang-undang, kode etik profesi, guna menjamin mutu pelayanan sesuai dengan kebutuhan pasien.

3.8.6 Veracity(Kejujuran)

Penulis diharapkan untuk bersikap jujur dalam menjalankan tugasnya, terutama saat menyampaikan informasi yang akurat dan sesuai dengan kenyataan, peneliti juga harus menghindari pemalsuan informasi sebagai bagian dari tanggung jawab profesional dalam memberikan perawatan yang tepat kepada pasien.

3.8.7 *Beneficence*(Berbuat Baik)

Penulis menerapkan prinsip berbuat baik dalam memberikan asuhan keperawatan, yang diwujudkan melalui tindakan keperawatan diwujudkan melalui tindakan pencegahan terhadap bentuk kesalahan, tindakan yang merugikan, serta perilaku yang menimbulkan kejahatan. Selain itu, prinsip ini bertujuan untuk menghindari konflik, atau situasi yang mengganggu kenyamanan dan keselamatan pasien selama diberikan asuhan keperawatan.

BAB 4

HASIL & PEMBAHASAN

Bab ini akan membahas tentang penelitian pada pasien skizofrenia yang mengalami halusinasi pendengaran yang dilaksanakan di RSKD Duren Sawit Jakarta Timur

4.1 Hasil

4.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian

RSKD adalah rumah sakit khusus yang terletak di daerah Duren Sawit, Jakarta Timur. Kasus yang didapatkan dari ruang berry yang menaungi pasien laki-laki. Pasien 1 dilakukan selama 5 hari mulai tanggal 10-14 Februari 2025 sedangkan pasien 2 dimulai dari tanggal 11 sampai dengan 15 Februari 2025

4.1.2 Pengkajian

Data pengkajian ini didapat pada tanggal 10 februari 2025 di RSKD Duren Sawit dengan wawancara langsung dengan pasien. Bagian ini akan dijelaskan mulai dari identitas pasien hingga proses evaluasi keperawatan.

a. Identitas Pasien

Tabel 4. 1 Identitas pasien

| Identitas pasien | Pasien 1 | Pasien 2 |
|-------------------------|------------------|------------------|
| Nama pasien | Tn. TA | Tn. H |
| Nama panggilan | Tn. T | Tn. H |
| Umur | 26 tahun | 32 tahun |
| Jenis kelamin | Laki-laki | Laki-laki |
| Bahasa yang digunakan | Bahasa Indonesia | Bahasa Indonesia |
| Agama | Islam | Islam |
| Suku bangsa | Indonesia | Indonesia |
| Pendidikan | SMK | SMA |
| Status perkawinan | Belum kawin | Belum kawin |
| Dx medis | Skizofrenia | Skizofrenia |
| Tanggal pengkajian | 10-02-2025 | 11-02-2025 |

b. Alasan Masuk

Tabel 4. 2 Alasan Masuk

| Pasien 1 | Pasien 2 |
|---|--|
| pasien mengatakan sebulan terakhir merasakan mendengar suara bisikan yang menuduhnya menyantet cewek orang, namun pasien diamkan. Setelah itu pasien semakin sering mendengar kalimat di telinganya yang menyuruhnya untuk diam, lalu pasien akhirnya di bawa oleh adik perempuan dan ibunya untuk menjalani pengobatan di RSKD Duren sawit | Pasien datang dari panti bina insan dengan keluhan mendengar suara-suara tanpa wujud yang menawarkan surga. Suara tersebut berasal dari bawah tanah, pasien sesekali berbicara sendiri pasien mengatakan seperti ada yang mengajaknya bicara terus-menerus |

c. Faktor Predisposisi

Tabel 4. 3 Tabel Predisposisi

| Faktor predisposisi | Pasien 1 | Pasien 2 |
|--|---|---|
| Pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu? | Pasien mengatakan tidak pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu | Pasien mengatakan pernah dirawat di rs sebanyak dua kali. Sebelumnya pasien dirawat 2 bulan yang lalu, pada desember 2024. Alasan pasien dibawa ke rs karena pasien sering tertenyum dan berbicara sendiri itu sebabnya pasien dibawa oleh pihak panti untuk menjalani rawat jalan. |
| Pengobatan sebelumnya | Pasien mengatakan baru pertama kali berobat di RSKD Duren Sawit. | Pasien mengatakan sudah dua kali menjalani pengobatan di RSKD Duren Sawit namun kurang berhasil karena sempat putus obat. |
| a. Aniaya fisik | Pasien mengatakan tidak pernah mengalami aniaya fisik. | Pasien mengatakan pernah di pukul giginya oleh pihak panti karena duduk diatas meja, pasien merasa kaget karena di pukul, saat dipukul pasien mendengar suara yang menyuruhnya untuk membalas pukulan tersebut dengan menggunakan pot bunga namun pasien tidak menghiraukan karena sadar akan kesalahan sendiri |
| b. Aniaya seksual | Pasien mengatakan tidak pernah mengalami aniaya seksual. | Pasien mengatakan tidak pernah mengalami aniaya seksual |
| c. Penolakan | Pasien mengatakan tidak pernah mengalami penolakan | Pasien mengatakan tidak pernah mengalami penolakan |

| | | |
|---|--|---|
| d. Kekerasan dalam keluarga | Pasien mengatakan tidak pernah mengalami kekerasan dalam rumah tangga | Pasien mengatakan tidak pernah mengalami kekerasan dalam rumah tangga |
| e. Tindakan kriminal | Pasien mengatakan tidak pernah melakukan tindakan kriminal terhadap orang lain | Pasien mengatakan tidak pernah melakukan tindakan kriminal terhadap orang lain |
| Masalah keperawatan | Tidak ada masalah keperawatan | Risiko perilaku kekerasan |
| Adakah keluarga yang mengalami gangguan jiwa? | Pasien mengatakan abang pasien mengalami gangguan jiwa sejak tahun 2024 awal. Dengan gejala sering mengurung diri dikamar dan suka berbicara sendiri dan sudah menjalani pengobatan di RSKD Duren Sawit | Pasien mengatakan tidak ada keluarga yang mengalami gangguan jiwa |
| Masalah keperawatan | Koping keluarga tidak efektif | Tidak ada masalah keperawatan |
| Pengalaman masa lalu tidak menyenangkan | Pasien mengatakan pernah dituduh mencuri HP milik temannya sejak saat itu pasien merasa tidak nyaman berkumpul dengan teman-temannya lagi persaan pasien pada saat itu adalah pasien merasa bingung dan yang pasien lakukan hanya diam dan menjauh dari temannya | Pasien mengatakan pernah bekerja sebagai satpam dan sudah di PHK 3 tahun yang lalu, kemudian pasien menjadi pemulung satu tahun pasien merasa sedih dan malu akan kondisi yang dihadapi, pasien mengatakan merasa putus asa atas keadaannya saat ini. |
| Masalah keperawatan | Isolasi sosial | Harga diri rendah kronis |

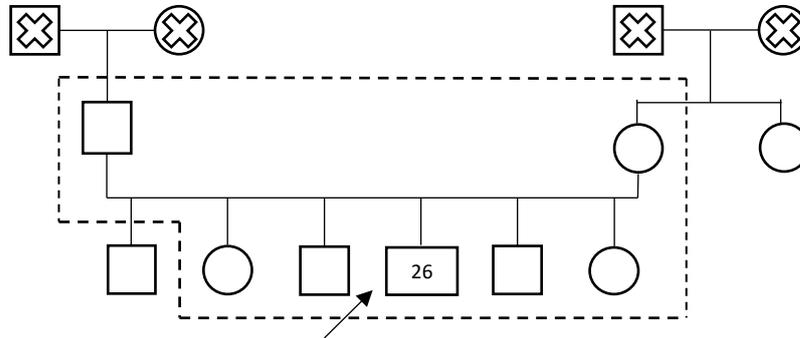
d. Pemeriksaan Fisik

Tabel 4. 4 Pemeriksaan Fisik

| | |
|---|---|
| Pasien 1 | Pasien 2 |
| Tanda – tanda vital TD: 125/75 mmhg N: 85x/mnt R: 20x/mnt S: 36 | Tanda – tanda vital TD: 120/65 mmhg N: 87x/mnt R: 20x/mnt S: 36 |
| TB: 168 cm BB: 60 kg | TB: 170 cm BB: 70 kg |
| Jelaskan: tidak ada keluhan fisik yang dirasakan oleh pasien | Jelaskan: tidak ada keluhan fisik yang dirasakan oleh pasien |
| Masalah keperawatan: tidak ada masalah keperawatan | Masalah keperawatan: tidak ada masalah keperawatan |

Genogram

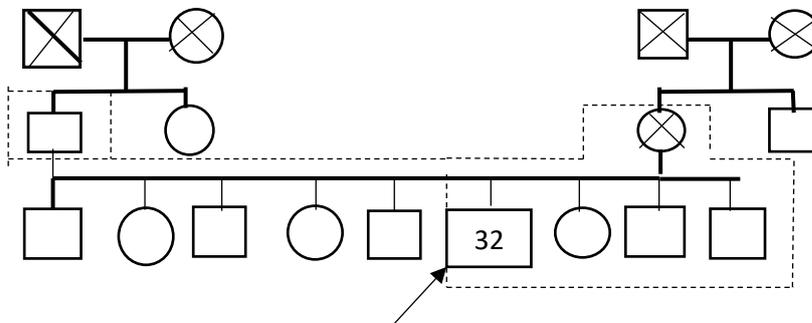
Pasien 1



Gambar 4. 1 genogram pasien 1

Jelaskan: pasien merupakan anak keempat dari 6 bersaudara, pasien tidak begitu dekat dengan abangnya hubungan pasien dan orang tua baik, memiliki pola asuh yang baik sehingga pasien tumbuh menjadi anak yang baik selain itu pola komunikasi pasien dengan keluarga nya cukup baik.

Pasien 2



Gambar 4. 2 genogram pasien 2

Jelaskan: pasien mengatakan anak ke 6 dari 9 bersaudara, pasien tidak terlalu dekat dengan keluarganya, pola asuh kurang karena orang tua pasien sudah tidak menjenguk pasien selama di panti dan pola komunikasi kurang baik

Keterangan:



= Perempuan



= laki - laki



= cerai/ putus hubungan



= meninggal



= tinggal serumah



= pasien

e. Psikososial

Tabel 4. 5 Tabel Psikososial

| Psikososial | Pasien 1 | Pasien 2 |
|------------------------------------|--|--|
| 1. Konsep Diri a. Gambaran Diri | Pasien mengatakan menyukai seluruh tubuhnya dan bersyukur atas apa yang di dapat | Pasien mengatakan tidak percaya diri dengan kondisi giginya yang ompong karena pernah di pukul. |
| b. Identitas | Pasien mengatakan identitasnya sebagai seorang laki laki yang dewasa. | Pasien mengatakan identitasnya sebagai seorang pria dewasa yang harusnya sedang bekerja |
| c. Peran | Pasien mengatakan tidak bekerja sejak 2 tahun lalu, kegiatan pasien dirumah hanya mengantar ibu nya pergi ke pasar | Pasien mengatakan sudah tidak bekerja sempat di phk menjadi satpam lalu bekerja sebagai pemulung |
| d. Ideal Diri | Pasien mengatakan setelah keluar dari rumah sakit ingin langsung mencari kerja | Pasien mengatakan ingin bekerja dan menikah |
| e. Harga Diri | Pasien merasa malu karena sudah tidak bekerja di umurnya yang masih muda | Pasien mengatakan merasa malu karena belum menikah dan tidak berpenghasilan pasien juga merasa malu sempat menjadi pemulung karena itu pasien memutuskan berhenti menjadi pemulung dan tidak menajalani pekerjaan apapun |
| Masalah keperawatan | Harga diri rendah kronis | Harga diri rendah kronis |

| | | |
|---|---|--|
| 2. Hubungan Sosial a. Orang yang Berarti | Mamah | Teman dekatnya tio |
| b. Peran serta kegiatan kelompok / masyarakat | Pasien pernah mengikuti kegiatan karang taruna di lingkungan rumahnya | Pasien mengikuti kegiatan rohis di panti seminggu sekali |
| c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain | Saat diruangan pasien tampak lebih suka dikamar dan tidak berbaur dengan orang lain/ teman sekamarnya | Saat diruangan pasien tampak lebih suka menghabiskan waktu menonton tv dengan teman temannya yang lain |
| Masalah keperawatan | Isolasi sosial | Tidak ada masalah keperawatan |
| 3. Spiritual a. nilai dan keyakinan | Pasien mengatakan bahwa pasien ber agama Islam | Pasien mengatakan bahwa pasien ber agama Islam |
| b. Kegiatan ibadah | Pasien melakukan ibadah sholat | Pasien melakukan ibadah sholat dan mengaji |

f. Status Mental

Tabel 4. 6 Tabel Status Mental

| Status mental | Pasien 1 | Pasien 2 |
|----------------------------|---|--|
| 1. Penampilan | Pasien berpenampilan tidak rapi, rambut panjang, pasien tidak pernah gosok gigi, gigi pasien tampak kuning, pasien mengatakan tidak pernah menggosok gigi, kuku tangan pendek dan bersih, kuku kaki panjang dan kotor, pasien hanya mandi 1x sehari dan tidak keramas | pasien berpenampilan tidak rapi, gigi pasien tampak kuning, pasien mengatakan tidak pernah menggosok gigi, rambut pasien pendek, kuku tangan panjang dan kotor, kuku kaki panjang dan kotor, pasien mengatakan mandi sehari 2x |
| Masalah keperawatan | Defisit perawatan diri | Defisit perawatan diri |
| 2. Pembicaraan | Pasien dapat diajak bicara dengan intonasi yang jelas dan tidak berbelit – belit | Pasien dapat diajak bicara kadang berbelit belit namun sampai pada tujuan pasien terkadang menjawab pertanyaan yang berasal dari halusinasinya |
| Masalah keperawatan | Tidak ada masalah keperawatan | Gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran |
| 3. Aktivitas motoric | Pasien saat diajak bicara tampak tenang | Pasien saat diajak bicara tampak tenang |
| Masalah keperawatan | Tidak ada masalah keperawatan | Tidak ada masalah keperawatan |
| 4. Alam perasaan | Pasien mengatakan khawatir dengan suara yang di dengar karena tidak melihat wujud dari suara yang di dengar dan tanpa tau berasal dari mana | Pasien mengatakan merasa takut dengan suara yang di dengar dari bawah tanah |
| Masalah keperawatan | Halusinasi pendengaran | Gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran |
| 5. Afek | Pasien menampilkan ekspresi muka sesuai dengan yang dibicarakan dan tidak terdapat reaksi berlebihan | Pasien menampilkan ekspresi muka sesuai dengan yang dibicarakan dan tidak terdapat reaksi berlebihan |

| | | |
|---------------------------------------|---|---|
| Masalah keperawatan | Tidak ada masalah keperawatan | tidak ada masalah keperawatan |
| 6. Interaksi selama wawancara | Pasien bercerita dengan sikap tenang dan kooperatif kontak mata pasien positif | Pasien bercerita dengan sikap tenang dan kooperatif kontak mata pasien positif |
| Masalah keperawatan | Tidak ada masalah keperawatan | Tidak ada masalah keperawatan |
| 7. Persepsi | Pasien mengatakan mendengar jenis suara laki laki yang menyuruhnya untuk diam. Suara tersebut muncul dengan durasi setiap saat. Respon pasien saat suara itu muncul adalah menutup telinga nya dengan bantal. Perasaan pasien saat suara itu muncul adalah gelisah. | Pasien mengatakan mendengar jenis suara perempuan dan laki-laki yang menawarkan surga. Suara tersebut muncul dengan durasi setiap saat dari bawah tanah. Respon pasien saat suara itu muncul adalah merespon sambil tertawa, perasaan pasien saat suara itu muncul adalah bingung |
| Masalah keperawatan | Gangguan presepsi sensori :halusinasi pendengaran | Gangguan presepsi sensori : halusinasi pendengaran |
| 8. Proses pikir | Pasien menceritakan secara jelas alasan masuk rumah sakit | Pasien menceritakan dengan jelas alasan masuk rumah sakit |
| Masalah keperawatan | Tidak ada masalah keperawatan | Tidak ada masalah keperawatan |
| 9. Isi pikir | Pada saat pengkajian dilakukan tidak menemukan isi pikir dan waham | Pada saat pengkajian dilakukan tidak menemukan isi pikir dan waham |
| Masalah keperawatan | Tidak ada masalah keperawatan | Tidak ada masalah keperawatan |
| 10. Tingkat kesadaran | Pada saat dilakukan pengkajian pasien merespon dengan jelas dan teratur | Pada saat dilakukan pengkajian pasien sesekali tidak fokus dengan pertanyaan yang di berikan |
| Masalah keperawatan | Tidak ada masalah keperawatan | Tidak ada masalah keperawatan |
| 11. Memori | Pasien mampu mengingat kejadian yang terjadi pada dirinya | Pasien mampu mengingat kejadian yang terjadi pada dirinya |
| Masalah keperawatan | Tidak ada masalah keperawatan | Tidak ada masalah keperawatan |
| 12. Tingkat konsentrasi dan berhitung | Pasien mampu berhitung sederhana | Pasien mampu berhitung sederhana |
| Masalah keperawatan | Tidak ada masalah keperawatan | Tidak ada masalah keperawatan |
| 13. Kemampuan penilaian | Pasien mengalami gangguan ringan, pasien dapat mengambil keputusan sederhana | Pasien mengalami gangguan ringan, pasien dapat mengambil keputusan sederhana |
| Masalah keperawatan | Tidak ada masalah keperawatan | Tidak ada masalah keperawatan |
| 14. Daya tilik diri | Pasien menyadari tentang kondisi yang dialami | Pasien menyadari tentang kondisi yang dialami |
| Masalah keperawatan | Tidak ada masalah keperawatan | Tidak ada masalah keperawatan |

g. Kebutuhan Persiapan Pulang

Tabel 4. 7 Tabel Kebutuhan Persiapan Pulang

| Kebutuhan persiapan pulang | Pasien 1 | Pasien 2 |
|---|--|--|
| 1. Makan | Pasien dapat makan secara mandiri dan mampu merapikan bekas makan nya | Pasien dapat makan secara mandiri dan mampu merapikan bekas makan nya |
| 2. bab/ bak | Pasien dapat melakukan bab/bak secara mandiri | Pasien dapat melakukan bab/bak secara mandiri |
| Jelaskan | Pasien dapat makan sendiri, saat ingin bab / bak pasien dapat ke kamar mandi sendiri, lalu saat sebelum makan dan sesudah makan pasien dapat mencuci tangan dengan sabun di wastafel | Pasien dapat makan sendiri, saat ingin bab/ bak pasien dapat menggunakan kamar mandi sendiri, lalu saat sebelum makan dan sesudah makan pasien dapat mencuci tangan dengan sabun di wastafel |
| 3. mandi | Bantuan minimal. Pasien dapat mandi secara mandiri menggunakan sabun atau shampoo | Bantuan minimal. Pasien dapat mandi secara mandiri menggunakan sabun atau shampoo |
| 4. berhias/berpakaian | Bantuan minimal. Pasien menggunakan pakaian secara mandiri setelah mandi | Bantuan minimal. Pasien menggunakan pakaian secara mandiri setelah mandi. |
| 5. istirahat dan tidur a. tidur siang b. tidur malam | Ya, 10.00 Ya, 20. 00 | Ya, 11.00 Ya, 07.00 |
| 6. penggunaan obat | Pasien dapat meminum obat harian dengan bantuan minimal | Pasien dpapat meminum obat harian dengan bantuan minimal |
| 7. pemeliharaan kesehatan a. perawatan lanjutan b. perawatan pendukung | Ya Ya | Ya Ya |
| 8. kegiatan di dalam rumah a. mempersiapkan makanan b. menjaga kerapian rumah c. mencuci pakaian d. pengatur keuangan | a. Pasien mengatakan tidak menyiapkan makan nya sendiri b. Pasien dapat merapikan rumah c. Pasien dapat mencuci bajunya sendiri d. Pasien tidak mengatur keuangan | a. Pasien mengatakan tidak menyiapkan makan nya sendiri b. Pasien tidak merapikan rumah c. Pasien dapat mencuci bajunya sendiri d. Pasien tidak mengatur keuangan |
| 9. kegiatan di luar rumah a. belanja b. transportasi | Kegiatan pasien mengantar ibunya pergi ke pasar atau berbelanja di rumah menggunakan motor | Pasien hanya melakukan kegiatan harian di panti |

h. Kebutuhan Mekanisme Koping

Tabel 4. 8 Tabel Kebutuhan Mekanisme Koping

| Mekanisme koping | Pasien 1 | Pasien 2 |
|---------------------|---|---|
| Adatif | Tidak ada | Bicara dengan orang lain, pasien mengatakan dapat sedikit mengalihkan rasa kesal yang dialami |
| Maladatif | Menghindar, pasien mengatakan jika sedang kesal pasien memilih untuk menyendiri dan menjauhi orang lain untuk sementara | Bekerja berlebihan, pasien mnegatakan jika sedang kesal pasien memilih untuk menyibukkan diri dengan pekerjaannya |
| Masalah keperawatan | Isolasi sosial | Tidak ada masalah keperawatan |

i. Masalah Psikososial dan Lingkungan

Tabel 4. 9 Tabel Masalah Psikososial dan Lingkungan

| Masalah psikososial dan lingkungan | Pasien 1 | Pasien 2 |
|---|--|---|
| Masalah dengan dukungan kelompok, spesifik | Pasien menarik diri dari teman di ruangan | Pasien tidak memiliki masalah dengan dukungan kelompok |
| Masalah berhubungan dengan lingkungan, spesifik | Pasien mengatakan tidak nyaman berteman dengan lingkungan karena pernah dituduh mencuri | Pasien mengatakan tidak memiliki masalah dengan lingkungan |
| Masalah dengan pendidikan, spesifik | Pasien mengatakan tidak ada masalah pendidikan pasien lulusan paket c | Pasien mengatakan tidak ada masalah pendidikan pasien lulusan smp |
| Masalah dengan pekerjaan, spesifik | Pasien mengatakan sempat bekerja namun sudah berhenti, kegiatan pasien sehari-hari mengantar ibu nya belanja pasien merasa sennag karena dapat membantu ibu nya dan dapat mengisi waktu kosong | Pasien mengatakan pernah bekerja sebagai satpam namun di phk Lalu sempat menjadi pemulung 1 tahun lalu berhenti karena penghasilan yang tidak menentu |
| Masalah dengan perumahan, spesifik | Pasien mengatakan tidak ada masalah dengan perumahan | Pasien tidak memiliki masalah dengan perumahan |
| Masalah ekonomi, spesifik | Pasien mengatakan tidak ada masalah ekonomi | Pasien sudah tidak memiliki ekonomi karena sudah tidak bekerja |
| Masalah dengan layanan kesehatan, spesifik | Pasien mengatakan tidak ada masalah dengan layanan kesehatan | Pasien tidak memiliki masalah dengan layanan kesehatan |
| Masalah keperawatan | Isolasi sosial | Harga diri rendah kronis |

j. Pengetahuan Kurang Tentang

Tabel 4. 10 Tabel Pengetahuan Kurang Tentang

| Pengetahuan kurang tentang | Pasien 1 | Pasien 2 |
|---|--|---|
| 1. penyakit jiwa 2. factor presipitasi 3. koping 4. sistem pendukung 5. penyakit fisik 6. obat-obatan 7. lain-lainnya | Pasien mengatakan mengerti dengan apa yang dialami pasien juga mengetahui bagaimana cara mengatasinya, | Pasien mengatakan mengerti dengan apa yang pasien alami dan mengetahui bagaimana cara menghilangkan suara tersebut saat muncul, |
| Masalah keperawatan | Tidak ada masalah keperawatan | Tidak ada masalah keperawatan |

k. Aspek Medik

Tabel 4. 11 Tabel Aspek Medik

| Aspek medik | Pasien 1 | Pasien 2 |
|----------------|--|--|
| Diagnosa medis | Undifferentiated schizophrenia | Undifferentiated schizofrenia |
| Terapi medis | - Risperidone 1 x 3mg - Trimexyphenidyl 1 x 2mg | - Clorilex 1 x 25mg - Clozapine 1 x 25mg - Trihexypheninyl 1 x 2mg - Zipren 1 x 15 mg |

4.1.3 Analisa Data

Tabel 4. 12 Tabel Analisa Data

| PASIE N 1 | |
|--|--|
| Data fokus | Masalah |
| Ds : Pasien mengatakan mendengar jenis suara laki laki yang menyuruhnya untuk diam. Suara tersebut muncul dengan durasi setiap saat. Respon pasien saat suara itu muncul adalah menutup teling a nya dengan bantal. Perasaan pasien saat suara itu muncul adalah gelisah Do : pasien tampak murung Pembicaraan pasien jelas dan tidak berbelit – belit Kontak mata positif (+) | Gangguan perseepsi sensori : Halusinasi pendengaran |
| Ds : pasien mengatakan pernah bekerja namun di phk saat waktu covid. pasien merasa malu karena di umurnya saat ini tidak punya pekerjaan kegiatan 1 tahun terakhir pasien adalah mengantar ibunya pergi belanja Do : - pasien tampak murung - Postur tubuh pasien menunduk saat berjalan | Harga diri rendah kronis |

| | |
|--|--------------------------------------|
| - Menarik diri dari lingkungan sosia | |
| Ds : pasien mengatakan sudah lama menjauhi temannya karena dituduh mencuri hp milik temannya, sejak saat itu pasien sudah tidak nyaman bermain dengan temannya lagi atau orang baru Do : pasien menarik diri dan tidak percaya diri | Isolasi sosial |
| Ds: pasien mengatakan tidak pernah menggosok gigi Pasien mengatakan mandi hanya 1x sehari Pasien mengatakan jarang keramas Do : gigi pasien tampak kuning Rambut tampak panjang | Defisit perawatan diri |
| Ds : - pasien mengatakan kakanya juga memiliki riwayat sakit jiwa dan sedang di rawat di rumah sakit - Pasien mengatakan pola komunikasi dengan abangnya kurang baik Do : - | Koping keluarga Tidak Efektif |

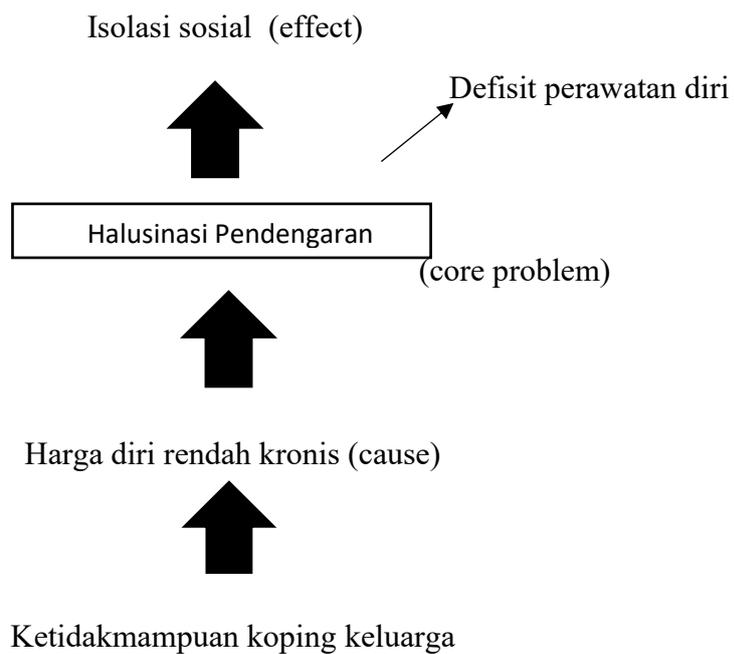
| PASIE 2 | |
|---|---|
| Data Fokus | Masalah |
| Ds : pasien mengatakan pernah dipukul oleh petugas panti saat dipukul pasien mendengar bisikan yang menyuruhnya untuk membalas pukulan tersebut dengan menggunakan pot bunga namun tidak pasien lakukan karena pasien sada akan kesalahannya. Do : pasien tampak berbicara sendiri - Pasien tampak sesekali tidak tenang saat suara aneh muncul | Resiko perilaku kekerasan |
| Ds : Pasien mengatakan mendengar jenis suara perempuan dan laki-laki yang menawarkan surga. Suara tersebut muncul dengan durasi setiap saat dari bawah tanah. Respon pasien saat suara itu muncul adalah merespon sambil tertawa, perasaan pasien saat suara itu muncul adalah bingung Do : pasien tampak tertawa dan bicara sendiri | Gangguan persepsi sensori : Halusinasi pendengaran |
| Ds : pasien mengatakan merasa malu karena sudah tidak punya penghasilan di umurnya yang sekarang, sempat di phk seagai satpam lalu bekerja sebagai pemulung Do : - pasien tampak murung - Pasien menunduk saat berjalan - Menarik diri | Harga diri rendah kronis |
| Ds : - pasien mengatakan tidak suka mandi karena airnya dingin | Defisit perawatan diri |

| | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan mandi hanya jika ingin <p>Do:- pasien berpenampilan tidak rapi</p> <ul style="list-style-type: none"> - gigi pasien tampak kuning - pasien mengatakan tidak pernah menggosok gigi - kuku tangan panjang dan kotor - kuku kaki panjang dan kotor, pasien mengatakan jarang mandi | |
|---|--|

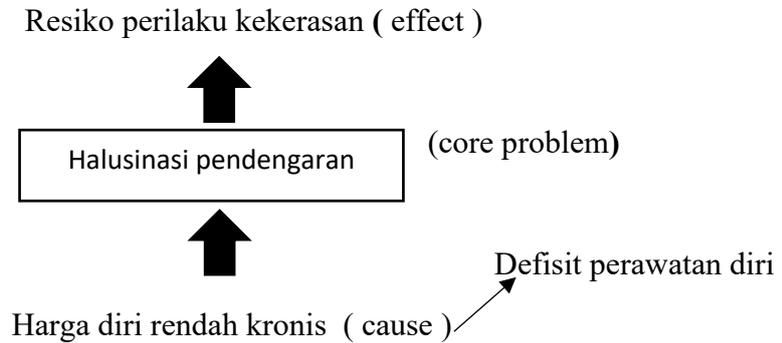
4.1.4 Pohon Masalah

Pasien 1

Gambar 4. 3 Pohon Masalah



Pasien 2



4.1.5 Diagnosa Keperawatan

Tabel 4. 13 Tabel Diagnosa Keperawatan

| Pasien 1 | Pasien 2 |
|---|---|
| <p>Gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran</p> <p>Ds : pasien mengatakan mendengar suara – suara tanpa wujud yang menyuruhnya untuk diam</p> <p>Do : pasien tampak murung Pembicaraan pasien jelas dan tidak berbelit – belit</p> <p>Kontak mata positif (+)</p> | <p>Resiko perilaku kekerasan</p> <p>Ds : pasien mengatakan pernah dipukul oleh petugas panti saat dipukul pasien mendengar bisikan yang menyuruhnya untuk membalas pukulan tersebut namun tidak pasien lakukan</p> <p>Do : - pasien tampak berbicara sendiri - Pasien sering menyendiri</p> |
| <p>Harga diri rendah kronis</p> <p>Ds : pasien mengatakan pernah bekerja namun di phk saat waktu covid. pasien merasa malu karena di umurnya saat ini tidak punya pekerjaan kegiatan 1 tahun terakhir pasien adalah mengantar ibunya pergi belanja</p> <p>Do : pasien tampak murung - Pasien jarang berbicara dengan teman sekamarnya - Pasien sering tiduran di kamar</p> <p>Harga diri rendah kronis</p> | <p>Gangguan persepsi sensori : Halusinasi pendengaran</p> <p>Ds : pasien mengatakan mendengar suara suara yang menawarkan surga dari bawah tanah yang terdengar setiap saat</p> <p>Do : - pasien tampak tertawa sendiri - Pasien tampak komat-kamit - Pasien sesekali menggelengkan kepala - Pasien tampak bingung - Pasien tampak menutup telinga</p> |
| <p>Isolasi sosial</p> <p>Ds : pasien mengatakan sudah lama menjauhi temannya karena dituduh mencuri hp milik temannya, sejak saat itu pasien sudah tidak nyaman bermain dengan temannya lagi atau orang baru</p> | <p>Harga diri rendah kronis</p> <p>Ds : pasien mengatakan merasa malu karena sudah tidak punya penghasilan di umurnya yang sekarang,sempat terkena phk massal sebagai satpam lalu bekerja sebagai pemulung</p> |

| | |
|--|---|
| <p>Do : - pasien tampak menarik diri dan tidak percaya diri</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien lebih suka dikamar dan tidak berinteraksi dengan teman nya | <p>Do : - pasien tampak murung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Saat diajak berbicara pasien sesekali menundukan kepala - Pasien tampak bicara lambat dengan suara yang lemah |
| <p>Defisit perawatan diri</p> <p>Ds: pasien mengatakan tidak pernah menggosok gigi</p> <p>Pasien mengatakan mandi hanya 1x sehari</p> <p>Pasien mengatakan jarang keramas</p> <p>Do : - gigi pasien tampak kuning</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rambut tampak panjang | <p>Defisit perawatan diri</p> <p>Ds : - pasien mengatakan tidak suka mandi karena airnya dingin</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan mandi hanya jika ingin <p>Do:- pasien berpenampilan tidak rapi</p> <ul style="list-style-type: none"> - gigi pasien tampak kuning - pasien mengatakan tidak pernah menggosok gigi - kuku tangan panjang dan kotor - kuku kaki panjang dan kotor,pasien mengatakan jarang mandi |
| <p>Ketidakmampuan koping keluarga</p> <p>Ds : - pasien mengatakan kakanya juga memiliki riwayat sakit jiwa dan sedang di rawat di rumah sakit</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan pola komunikasi dengan abangnya kurang baik <p>Do : -</p> | |

4.1.6 Perencanaan Keperawatan

Tabel 4. 14 Tabel Perencanaan Keperawatan

| Pasien 1 | | | | | | |
|------------|-------|------------|--|---|---|--|
| Tgl | No dx | Dx Kep | Perencanaan | | | |
| | | | Tujuan | Kriteria hasil | Intervensi | Rasional |
| 10-02-2025 | 1 | Halusinasi | Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan : Pasien mampu mengidentifikasi halusinasi : isi, frekuensi, waktu terjadi, perasaan, respon serta dapat mengontrol halusinasinya dengan menghardik | setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x 20 menit diharapkan pasien mampu : 1. dapat menyebutkan jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi yang menyebabkan halusinasi, dan perasaan yang timbul saat halusinasi 2. mampu memperagakan cara dalam mengontrol halusinasi dengan menghardik | Sp 1 1. bina hubungan saling percaya dengan menggunakan komunikasi terapeutik 2. bantu pasien mengenal halusinasi (isi, waktu terjadinya, frekuensi, situasi yang dapat menimbulkan halusinasi , perasaan saat timbul halusinasi 3. jelaskan cara mengontrol halusinasi: | 1. hubungan saling percaya merupakan dasar untuk kelancaran hubungan interaksi selanjutnya 2. dengan mengetahui waktu isi, dan frekuensi munculnya halusinasi mempermudah tindakan. 3. Menghardik merupakan upaya memutuskan siklus halusinasi sehingga halusinasi tidak berlanjut |

| | | | | | | |
|------------|---|-------------------|--|---|--|--|
| | | | | | <p>hardik, obat, bercakap-cakap, melakukan kegiatan</p> <p>4. latih mengontrol halusinasi dengan cara mengahrdik</p> <p>5. masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan mengahardik</p> | |
| 11-02-2025 | 2 | Halusinasi | Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan : pasien mampu mengontrol halusinasi dengan obat (jenis, guna, dosis, frekuensi, cara, kontinuitas minum obat) | Setelah di lakukan asuhan keperawatan selama 1x20 menit di harapkan pasien mampu : <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mampu mengevaluasi kegiatan menghardik 2. Pasien mampu mengontrol halusinasi dengan obat 3. Pasien mampu memasukkan pada jadwal harian | Sp 2 <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan menghardik, beri pujian 2. Latih cara mengontrol halusinasi dengan obat (jelaskan 6 benar obat : jenis, guna, dosis, frekuensi, cara, kontinuitas minum obat) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi akan membantu perawat untk mengetahui sejauh mana kemampuan pasien mengingat kegiatan sebelumnya 2. Dengan menyebutkan dosis, frekuensi dan manfaat minum obat diharapkan pasien dapat melaksanakan program pengobatannya sendiri |

| | | | | | | |
|------------|---|-------------------|--|---|---|---|
| 12-02=2025 | 1 | Halusinasi | Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan : Pasien mampu mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap | Setelah dilakukan asuhan keperawatan 1x20 menit diharapkan pasien mampu : 1. Pasien mampu mengevaluasi kegiatan menghardik dan obat 2. Pasien mampu mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap 3. Pasien mampu memasukan pada jadwal harian | Sp 3 1. Evaluasi kegiatan menghardik dan minum obat, beri pujian 2. Latih cara mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap saat terjadi halusinasi 3. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik, minum obat, dan bercakap-cakap | 1. Evaluasi akan membantu perawat untuk mengetahui sejauh mana kemampuan pasien mengingat kegiatan sebelumnya 2. Berbicara dan bercakap-cakap dengan orang lain adalah salah satu upaya alternative untuk dapat mengendalikan halusinasi |
| 13-02-2025 | 1 | Halusinasi | Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan : Pasien mampu mengontrol halusinasi dengan kegiatan harian | Setelah dilakukan asuhan keperawatan 1x20 menit diharapkan pasien mampu: 1. Pasien mampu mengevaluasi kegiatan menghardik, minum obat dan bercakap-cakap | Sp 4 1. Evaluasi kegiatan menghardik, minum obat, dan bercakap-cakap, beri pujian. | 1. Evaluasi akan membantu perawat untuk mengetahui sejauh mana kemampuan pasien untuk melakukan |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | <p>2. Pasien mampu mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan harian</p> <p>3. Pasien mampu memasukkan pada jadwal harian</p> | <p>2. Latih cara mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan harian</p> <p>3. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik, minum obat, bercakap-cakap dan kegiatan harian</p> | <p>kegiatan sebelumnya</p> <p>2. Memberikan kegiatan kepada pasien merupakan upaya alternative agar pasien bisa melupakan pikiran yang menyebabkan halusinasi itu muncul</p> |
|--|--|--|--|--|--|--|

| Pasien 2 | | | | | | |
|------------|-------|------------|---|--|--|---|
| Tgl | No dx | Dx Kep | Perencanaan | | | |
| | | | Tujuan | Kriteria hasil | Intervensi | Rasional |
| 11-02-2025 | 1 | Halusinasi | Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan : Pasien mampu mengidentifikasi halusinasi : isi, frekuensi, waktu terjadi, perasaan, respon serta dapat mengontrol halusinasinya dengan menghardik | Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x 20 menit diharapkan pasien mampu : 1. dapat menyebutkan jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi yang menyebabkan halusinasi, dan perasaan yang timbul saat halusinasi 2. mampu memperagakan cara dalam mengontrol | Sp 1 1. bina hubungan saling percaya dengan menggunakan komunikasi terapeutik 2. bantu pasien mengenal halusinasi (isi, waktu | 1. hubungan saling percaya merupakan dasar untuk kelancaran hubungan interaksi selanjutnya 2. dengan mengetahui waktu isi, dan frekuensi |

| | | | | | | |
|------------|---|------------|--|---|---|--|
| | | | | halusinasi dengan menghardik | terjadinya, frekuensi, situasi yang dapat menimbulkan halusinasi, perasaan saat timbul halusinasi 3. jelaskan cara mengontrol halusinasi hardik, obat, bercakap-cakap, melakukan kegiatan 4. latih mengontrol halusinasi dengan cara menghardik 5. masukan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik | munculnya halusinasi mempermudah tindakan. 3. Menghardik merupakan upaya memutuskan siklus halusinasi sehingga halusinasi tidak berlanjut |
| 12-02-2025 | 1 | Halusinasi | Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan : pasien mampu mengontrol halusinasi dengan obat (jenis, guna, dosis, frekuensi, cara, kontinuitas minum obat) | Setelah di lakukan asuhan keperawatan selama 1x20 menit di harapkan pasien mampu : 1. Pasien mampu mengevaluasi kegiatan menghardik 2. Pasien mampu mengontrol halusinasi dengan obat 3. Pasien mampu memasukan pada jadwal harian | Sp 2 1. Evaluasi kegiatan menghardik, beri pujian 2. Latih cara mengontrol halusinasi dengan obat (jelaskan 6 benar obat : jenis, guna, dosis, frekuensi, cara, | 1. Evaluasi akan membantu untk mengetahui sejauh mana kemampuan pasien mengingat sebelumnya 2. Dengan menyebutkan |

| | | | | | | |
|------------|---|------------|--|---|--|--|
| | | | | | kontinuitas minum obat) | dosis, frekuensi dan manfaat minum obat diharapkan pasien dapat melaksanakan program pengobatannya sendiri |
| 13-02-2025 | 1 | Halusinasi | Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan : Pasien mampu mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap | Setelah dilakukan asuhan keperawatan 1x20 menit diharapkan pasien mampu : 1. Pasien mampu mengevaluasi kegiatan menghardik dan obat 2. Pasien mampu mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap 3. Pasien mampu memasukan pada jadwal harian | Sp 3 1. Evaluasi kegiatan menghardik dan minum obat, beri pujian 2. Latih cara mengontrol halusinasi dengan bercakap- cakap saat terjadi halusinasi 3. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik, minum obat, dan bercakap-cakap | 1. Evaluasi akan membantu perawat untuk mengetahui sejauh mana kemampuan pasien mengingat kegiatan sebelumnya 2. Berbicara dan bercakap- cakap dengan orang lain adalah salah satu upaya alternative untuk dapat mengendalikan halusinasi |
| 14-02-2025 | 1 | Halusinasi | Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan : Pasien mampu mengontrol halusinasi dengan kegiatan harian | Setelah dilakukan asuhan keperawatan 1x20 menit diharapkan pasien mampu: 1. Pasien mampu mengevaluasi | Sp 4 1. Evaluasi kegiatan menghardik, minum obat, | 1. Evaluasi akan membantu perawat untuk mengetahui sejauh mana kemampuan pasien |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|---|---|---|
| | | | | <p>kegiatan menghardik, minum obat dan bercakap-cakap</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Pasien mampu mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan harian 3. Pasien mampu memasukkan pada jadwal harian | <p>dan bercakap-cakap, beri pujian.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Latih cara mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan harian 3. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik, minum obat, bercakap-cakap dan kegiatan harian | <p>untuk melakukan kegiatan sebelumnya</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Memberikan kegiatan kepada pasien merupakan upaya alternative agar pasien bias melupakan pikiran yang menyebabkan halusinasi itu muncul |
|--|--|--|--|---|---|---|

4.1.7 Pelaksanaan dan Evaluasi Keperawatan

Tabel 4. 15 Tabel Pelaksanaan dan Evaluasi Keperawatan

| PASIE N 1 | |
|--|---|
| IMPLEMENTASI TINDAKAN KEPERAWATAN | EVALUASI (SOAP) |
| <p>Hari/tanggal : senin 10/02/2025 Sp / pertemuan : 1/1 Data & kemampuan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan mendengar suara suara bisikan yang mengatakan untuk menyuruhnya diam - Pasien tampak menyendiri <p>Kemampuan : - pasien belum mengenal halusinasinya</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien belum mampu mengontrol halusinasinya <p>Diagnosa keperawatan : Halusinasi pendengaran</p> <p>Tindakan keperawatan :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi halusinasi : isi, frekuensi, waktu terjadi, situasi,perasaan dan respon - Menjelaskan cara mengontrol halusinasi : menghardik, minum obat, bercakap- cakap, dan melakukan kegiatan - Melakukan sp 1 (mengontrol halusinasi dengan cara menghardik) <p>Rencana tindak lanjut :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ingatkan pasien untuk melakukan cara menghardik - Melanjutkan sp 2 | <p>S : - pasien mengatakan tidak melihat wujud dari suara yang di dengar</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan suara nya hilang setelah di lakukan cara menghardik - pasien mengerti cara menghardik <p>O : - pasien tampak mengerti dengan yang di ajarkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien kooperatif <p>A: sp 1 mengontrol halusinasi teratasi</p> <p>P: latih cara menghardik jika halusinasi muncul kembali</p> <p style="text-align: right;">Tanda Tangan & Nama Jelas Perawat</p> <div style="text-align: right;">  </div> <p style="text-align: right;">Ni Ketut Kristiani Dewi</p> |

| PASIE 1 | |
|---|--|
| IMPLEMENTASI DAN EVALUASI | EVALUASI (SOAP) |
| <p>Hari/ tanggal : Selasa / 11/02/2025 SP/ pertemuan : 2/2 Data & Kemampuan :</p> <p>Data : - pasien mengatakan mendengar suara bisikan setiap saat Kemampuan : - pasien sudah mampu menghardik - pasien kooperatif</p> <p>Diagnosa : halusinasi pendengaran</p> <p>Tindakan keperawatan :</p> <ul style="list-style-type: none"> - mengevaluasi cara menghardik - menjelaskan cara mengontrol halusinasi dengan cara meminum obat 6 benar - mengontrol halusinasi dengan cara meminum obat teratur - melatih pasien minum obat <p>rencana tindak lanjut : Melanjutkan sp 2 mengontrol halusinasi dengan cara minum obat</p> | <p>S : - pasien mengatakan suara hilang timbul - pasien mengatakan terasa lebih tenang setelah minum obat</p> <p>O : -pasien mengerti cara meminum obat - pasien kooperatif</p> <p>A: sp 2 mengontrol halusinasi dengan minum obat teratur</p> <p>P : Ingatkan pasien minum obat teratur</p> <p style="text-align: right;">Tanda tangan & Nama Jelas</p> <p style="text-align: right;">Perawat</p> <p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: right;">Ni Ketut Kristiani Dewi</p> |

| PASIE 1 | |
|---|--|
| IMPLEMENTASI TINDAKAN KEPERAWATAN | EVALUASI (SOAP) |
| <p>Hari/ tanggal : Rabu/ 12/02/2025 Sp / pertemuan : 3/3 Data & kemampuan Data : - pasien mengatakan mendengar suara bisikan saat sedang sendiri Kemampuan : - pasien kooperatif</p> <p>Diagnosa keperawatan Halusinasi pendengaran</p> <p>Tindakan keperawatan</p> <ul style="list-style-type: none"> - mengevaluasi cara meminum obat, beri pujian - mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain, pasien dibantu untuk berani memanggil teman nya - melatih pasien berinteraksi dengan orang lain <p>Rencana tindak lanjut</p> <ul style="list-style-type: none"> - melanjutkan sp 3 mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap | <p>S: - pasien mengatakan suara hilang saat berinteraksi dengan orang lain namun masih sesekali suara muncul</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien terlihat malu saat awal interaksi - pasien kooperatif <p>A: Halusinasi Pendengaran</p> <p>P: anjurkan pasien banyak berkumpul dengan temannya atau mengobrol dengan perawat ruangan</p> <p style="text-align: right;">Tanda Tangan & Nama Jelas Perawat</p> <p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: right;">Ni Ketut Kristiani Dewi</p> |

| PASIEN 1 | |
|---|--|
| IMPLEMENTASI TINDAKAN KEPERAWATAN | EVALUASI (SOAP) |
| <p>Hari/tanggal : Kamis / 13/02/2025 Sp / pertemuan : 3/4 Data & kemampuan Data : - pasien mengatakan suara yang di dengar sudah mulai hilang Kemampuan : pasien mampu mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, minum obat dan bercakap- cakap</p> <p>Diagnosa keperawatan Halusinasi pendengaran</p> <p>Tindakan keperawatan</p> <ul style="list-style-type: none"> - mengevaluasi cara bercakap-cakap, beri pujian - mengontrol halusinasi dengan cara bercakap – cakap dengan orang lain - melatih pasien berinteraksi dengan orang lain <p>Rencana tindak lanjut</p> <ul style="list-style-type: none"> - melanjutkan sp 4 mengontrol halusinasi dengan cara melakukan kegiatan | <p>S : Pasien mengatakan suara hilang saat bicara dengan orang lain</p> <p>O : pasien terlihat senang saat berinteraksi Pasien kooperatif</p> <p>A: Halusinasi Pendengaran</p> <p>P : anjurkan pasien banyak berkumpul dengan temannya atau mengobrol dengan perawat ruangan</p> <p style="text-align: right;">Tanda Tangan & Nama Jelas Perawat  Ni Ketut Kristiani Dewi</p> |

| PASIEN 1 | |
|--|--|
| Implementasi tindakan keperawatan | EVALUASI (SOAP) |
| <p>Hari/tanggal : Jumat/14/02/2025 Sp / pertemuan : 4/5 Data & kemampuan Data : pasien mengatakan suara sudah mulai hilang Pasien mengatakan sudah mengerti bagaimana cara mengontrol halusinasi Kemampuan : pasien sudah mampu mengontrol halusinasi nya</p> <p>Diagnosa keperawatan Halusinasi pendengaran</p> <p>Tindakan keperawatan</p> <ul style="list-style-type: none"> - evaluasi cara bercakap – cakap - menjelaskan cara mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan <p>Rencana tindak lanjut</p> | <p>S : -pasien mengatakan suara sudah h</p> <p>O : - pasien tampak senang</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien kooperatif - pasien bermain catur dengan teman sekamarnya - pasien ikut bernyanyi <p>A : sp 4 melakukan aktivitas teratasi</p> <p>P : anjurkan pasien melakukan sp 1 – 4 untuk mengontrol halusinasinya jika dirasa itu muncul kembali</p> <p style="text-align: right;">Tanda Tangan & Nama Jelas Perawat  Ni Ketut Kristiani Dewi</p> |

| PASIEN 2 | |
|---|--|
| IMPLEMENTASI TINDAKAN KEPERAWATAN | EVALUASI (SOAP) |
| <p>Hari/tanggal : selasa / 11/02/2025 Sp / pertemuan : 1/1 Data & kemampuan :</p> <p>Data : - pasien mengatakan mendengar suara dari bawah tanah yang menawarkan surga</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien tampak berbicars sendiri - pasien tampak gelisah - pasien tampak tiba tiba tertawa sendiri <p>kemampuan : pasien belum mampu mengontrol halusinasi nya</p> <p>Diagnosa keperawatan Halusinasi pendengaran</p> <p>Tindakan keperawatan</p> <ul style="list-style-type: none"> - mengidentifikasi halusinasi : isi, frekuensi, waktu terjadi, situasi, perasaan dan respon - menjelaskan cara mengontrol halusinasi : menghardik, minum obat, bercakap-cakap, dan melakukan kegiatan - melakukan sp 1 (mengontrol halusinasi dengan menghardik) <p>Rencana tindak lanjut</p> <ul style="list-style-type: none"> - ingatkan pasien untuk melakukan hardik - mengulang sp 1 | <p>S : - pasien mengatakan suara terus menerus muncul dari bawah tanah</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan mengerti cara menghardik - pasien mengatakan suara masih terdengar <p>O : - pasien mampu menjelaskan isi halusinasinya</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien tampak bicara sendiri - pasien sesekali tampak tidak fokus - pasien masih harus dibantu cara mengahardik namun pasien mengerti <p>A : sp 1 mengontrol halusinasi belum teratasi</p> <p>P (Pr untuk Pasien) : latih cara menghardik jika halusinasi datang</p> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> <p>Tanda Tangan & Nama Jelas Perawat</p>  <p>Ni Ketut Kristiani Dewi</p> </div> |

| PASIE 2 | |
|--|---|
| IMPLEMENTASI TINDAKAN KEPERAWATAN | EVALUASI (SOAP) |
| <p>Hari/tanggal : rabu / 12-02-2025 Sp / pertemuan : 1/2 Data & kemampuan Data : - pasien mengatakan masih mendengar suara dari bawah tanah - pasien tampak berbicara sendiri - pasien tampak gelisah kemampuan : pasien belum mampu mengontrol halusinasinya - pasien kooperatif</p> <p>Diagnosa keperawatan Halusinasi pendengaran</p> <p>Tindakan keperawatan -evaluasi cara menghardik - melakukan sp sp 1 (mengontrol halusinasi dengan cara menghardik)</p> <p>Rencana tindak lanjut Melanjutkan sp 2</p> | <p>S : - pasien mengatakan suara hilang saat hardik dilakukan - pasien mengatakan mengerti cara menghardik</p> <p>O : - pasien tampak bicara sendiri namun fokus saaaat diajak bicara - pasien tampak mengerti cara menghardik</p> <p>A :- sp 1 mengontrol halusinasi teratasi</p> <p>P (Pr untuk Pasien) : Anjurkan cara menghardik jika halusinasi datang</p> <p style="text-align: right;">Tanda Tangan & Nama Jelas Perawat</p> <div style="text-align: right;">  </div> <p style="text-align: right;">Ni Ketut Kristiani Dewi</p> |

| PASIE 2 | |
|--|---|
| IMPLEMENTASI TINDAKAN KEPERAWATAN | EVALUASI (SOAP) |
| <p>Hari/tanggal :Kamis/13-02-2025 Sp / pertemuan : 2/3 Data & kemampuan :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan mendengar suara- suara dari bawah tanah dan juga dari kuping - pasien mengatakan sudah melakukan hardik saat halusinasi muncul - pasien tampak bicara sendiri - pasien tampak gelisah <p>kemampuan : - pasien kooperatif</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mampu melakukan hardik saat halusinasi muncul <p>Diagnosa keperawatan Halusinasi pendengaran</p> <p>Tindakan keperawatan</p> <ul style="list-style-type: none"> - evaluasi cara menghardik - mengontrol halusinasi dengan minum obat - latih pasien minum obat teratur <p>Rencana tindak lanjut Melanjutkan sp 3</p> | <p>S : - pasien mengatakan setelah minum obat menjadi lebih tenang</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan senang setelah berbincang- bincang <p>O : - pasien tampak tenang</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengerti pentingnya minum obat teratur <p>A : sp 2 mengontrol halusinasi dengan cara minum obat teratur</p> <p>P(Pr untuk Pasien) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ajurkan pasien lakukan hardik saat halusinasi muncul - anjurkan pasien minum obat secara teratur <p style="text-align: right;">Tanda Tangan & Nama Jelas Perawat</p> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">  </div> <p style="text-align: right;">Ni Ketut Kristiani Dewi</p> |

| PASIEN 2 | |
|---|--|
| IMPLEMENTASI TINDAKAN KEPERAWATAN | EVALUASI (SOAP) |
| <p>Hari/tanggal : jumat/ 14-02-2025 Sp / pertemuan : 3/4 Data & kemampuan</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan mendengar suara- suara dari bawah tanah dan juga dari kuping - pasien mengatakan sudah melakukan hardik saat halusinasi muncul - pasien tampak bicara sendiri <p>kemampuan : - pasien kooperatif</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mampu melakukan hardik dan minum obat saat halusinasi muncul <p>Diagnosa keperawatan Halusinasi pendengaran</p> <p>Tindakan keperawatan</p> <ul style="list-style-type: none"> - evaluasi cara minum obat - menjelaskan mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap - latih pasien untuk bercakap-cakap dengan teman sekamar atau perawat <p>Rencana tindak lanjut Lanjutkan sp 4</p> | <p>S : - pasien mengatakan senang setelah bercakap-cakap dengan teman sekamar</p> <p>O : - pasien tampak malu saat berkenalan dengan teman sekamar</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien tampak senang - pasien mampu bercakap-cakap dengan teman sekamar <p>A : - sp 3 mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap teratasi</p> <p>P(Pr untuk Pasien) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - anjurkan pasien latihan hardik sebelum tidur - anjurkan pasien minum obat teratur - anjurkan pasien bercakap cakap dengan orang lain 1x sehari atau pada saat senggang <p style="text-align: right;">Tanda Tangan & Nama Jelas Perawat</p> <div style="text-align: right;">  </div> <p style="text-align: right;">Ni Ketut Kristiani Dewi</p> |

| PASIEN 2 | |
|---|---|
| IMPLEMENTASI TINDAKAN KEPERAWATAN | EVALUASI (SOAP) |
| <p>Hari/tanggal : sabtu/ 15-02-2025 Sp / pertemuan : 4/5 Data & kemampuan</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan mendengar suara- suara dari bawah tanah dan juga dari kuping - pasien mengatakan sudah melakukan hardik saat halusinasi muncul - pasien tampak bicara sendiri <p>kemampuan : - pasien kooperatif</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mampu melakukan hardik , minum obat dan bercakap-cakap saat halusinasi muncul <p>Diagnosa keperawatan Halusinasi pendengaran</p> <p>Tindakan keperawatan</p> <ul style="list-style-type: none"> - evaluasi cara menghardik, minum obat dan bercakap-cakap. Beri pujian - menjelaskan cara mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan <p>Rencana Tindak Lanjut</p> | <p>S : - pasien mengatakan akan melakukan kegiatan diruangan seperti membereskan gelas</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan akan mengikuti karaoke bersama teman yang lain dan perawat - pasien mengatakan bisa mengontrol halusinanya dengan cara yang suda dipelajari <p>O : - pasien tampak senang</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien tampak senang berbaur dengan yang lain - pasien mampu mengontrol halusinasi nya dengan cara hardik, minum obat, dan bercakap- cakap <p>A : sp 4 mengontrol halusinasi dengan cara melakukan kegiatan teratasi</p> <p>P(Pr untuk Pasien) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - anjurkan pasien untuk melakukan hardik, minum obat, bercakap- cakap dengan orang lain, dan melakukan kegiatan untuk mengontrol halusinasinya <p style="text-align: right;">Tanda Tangan & Nama Jelas Perawat</p> <p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: right;">Ni Ketut Kristiani Dewi</p> |

4.2 Pembahasan

Pada bab ini, penulis akan membahas mengenai asuhan keperawatan jiwa pada pasien *skizofrenia* yang mengalami halusinasi pendengaran di RSKD Duren Sawit. Fokus perawatan akan diberikan pada dua pasien, yaitu Tn. T dan Tn. H yang mendapatkan perawatan pada tanggal 10 februari 2025 sampai dengan 15 februari 2025, masalah yang dihadapi dua pasien ini adalah gangguan persepsi sensori khususnya halusinasi pendengaran. Penulis pada tahap ini melakukan tahapan wawancara sesuai pada proses asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi. Penulis juga berencana untuk melihat lebih dalam apa saja hal-hal yang bisa menjadi faktor pendukung dan faktor penghambat, pendekatan ini diharapkan mampu memberikan hasil yang menyeluruh dan bermanfaat dalam jangka panjang.

4.2.1 Pengkajian

Selama pengumpulan data dilakukan, penulis tidak mengalami kesulitan karena telah mengenalkan diri dan tujuan dilakukannya wawancara, yaitu untuk memberikan asuhan keperawatan pada pasien, hal ini juga menyebabkan pada pasien satu terbuka, kooperatif, dan mengerti selama proses dilakukan namun pasien satu seringkali merasa malas saat interaksi dimulai karena pasien merasa sering mengantuk dan lebih suka dikamar untuk tidur, sedangkan pada pasien kedua saat dilakukan interaksi pasien tertarik untuk melakukan strategi pelaksana (SP) 1 sampai 4 untuk mengatasi halusinasi yang pasien alami.

a. Faktor presdiposisi

Berdasarkan yang penulis peroleh dalam pengkajian di dapatkan faktor presdiposisi pada pasien 1 (satu) yaitu pasien mendapatkan pengalaman yang tidak menyenangkan di lingkungan rumahnya pasien mengatakan pernah di tuduh mencuri hp milik temannya tanpa adanya bukti, sejak saat itu pasien merasa tidak nyaman berteman dengan temannya lagi pasien juga tidak memiliki komunikasi yang baik terhadap saudaranya. Sedangkan pada Pasien 2 juga memiliki pengalaman yang tidak menyenangkan, pasien mengatakan pernah di phk karena perusahaan bangkrut, pasien sempat tidak bekerja selama 2 tahun dan memutuskan untuk menjadi pemulung karena pasien sudah tidak memegang uang, namun pasien merasa malu dan depresi sehingga orang tua pasien memutuskan menaruhnya di panti bina insan, dari kedua persoalan diatas pada kedua pasien. Dari kedua hasil penelitian tersebut didukung oleh penelitian dari Lawrence *et al*, (2021), yang menemukan bahwa Halusinasi sangat berkorelasi dengan distress yang mengakibatkan kuatnya pengalaman halusinasi pendengaran, khususnya dalam bentuk suara bernada, menyalahkan, menuduh, atau penuh keputusasaan. Selain itu, penelitian ini juga didukung oleh, Gros *et al*, (2022), yang mengatakan bahwa melalui eksperimen suara simulasi, menunjukkan bahwa baik suara negatif maupun netral memicu peningkatan rasa malu dan emosi negatif, bahkan tanpa konteks sosial.

Hal ini berhubungan dengan teori yang dijabarkan menurut Oktaviani (2020), yaitu rendahnya kontrol dan kehangatan keluarga juga

dipicu oleh faktor sosiokultural dimana seseorang yang merasa tidak diterima di lingkungan timbulnya perasaan kesepian, dan tidak percaya pada lingkungan begitupun faktor biologis mempunyai pengaruh terhadap terjadinya gangguan jiwa. Adanya stress yang berlebihan dialami seseorang maka didalam tubuh akan dihasilkan suatu zat yang dapat bersifat halusinogen neurokimia. Akibat stress berkepanjangan menyebabkan neurotransmitter otak dapat disimpulkan faktor predisposisi pada pasien 1 meliputi faktor perkembangan karena rendahnya kehangatan dalam keluarga, faktor sosialkultural karena tidak percaya dengan lingkungan dan rasa kesepian yang dirasakan karena sudah tidak berkumpul dengan teman-temannya lagi, faktor biologis yang berasal dari stress berlebih, sedangkan pada pasien 2 faktor predisposisi yang berkaitan meliputi faktor perkembangan karena pasien hilang kepercayaan diri untuk menjadi berguna bagi keluarganya, faktor sosial kultural karena pengaruh kesepian, dari kedua faktor tersebut pasien mengalami halusinasi pendengaran.

b. Faktor presipitasi

Faktor presipitasi yang dialami oleh pasien 1 adalah, pasien mengatakan sudah tidak ingin berteman lagi karena sudah di tuduh sebagai seorang pencuri hp milik temannya tanpa adanya bukti pasien merasa kesal sejak saat itu pasien memilih untuk dirumah saja mengantar ibunya berbelanja kebutuhan dan pasien lebih banyak berdiam diri di kamar. Menurut Sigmund Freud (2021) menjelaskan halusinasi merupakan ekspresi dari konflik batin yang tidak disadari

jika seseorang mengalami tuduhan dalam bentuk halusinasi (misalnya dituduh mencuri) hal itu bisa berasal dari, rasa bersalah tidak sadar atas tindakan masa lalu dan kemarahan atau kecemasan yang ditekan lalu muncul dalam bentuk suara menghakimi.

Sedangkan pada pasien 2 pasien mengatakan merasa malu karena pernah di phk sehingga pasien sudah tidak memiliki penghasilan, lalu pasien mencoba bekerja menjadi pemulung namun karena penghasilan yang kecil pasien memutuskan untuk berhenti karena terlalu besar tekanan yang pasien alami dirumah sehingga mulai muncul gejala halusinasi, teori yang diberikan Taylor, J.L *et al* (2024) mengatakan kehilangan pekerjaan (PHK) adalah stressor sosial, bila seseorang sudah punya kerentanan psikologis stress itu dapat memicu halusinasi pendengaran suara yang timbul biasanya berisi hinaan, kritik, tuduhan dan dapat memicu rasa malu, kesal dan tertekan. Pihak keluarga pasien memilih untuk memasukkan pasien kedalam panti sejak di panti pasien sudah mendapatkan pengobatan karena lebih sering menyendiri namun sejak putus obat muncul suara suara yang di dengar pasien tanpa wujud.

Sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Oktaviani (2020), bahwa faktor sosiokultural dan lingkungan berpengaruh terhadap kondisi pasien saat ini.

c. Manifestasi klinis

Seperti data yang didapatkan pada pasien 1 saat mengalami halusinasi pasien mendengar suara - suara tanpa wujud frekuensinya

setiap saat pasien mendengar tidak berespon terhadap halusinasinya, pasien hanya mendengarkan saat halusinasi muncul wajah pasien tampak kesal dan alis berkerut yang pasien lakukan hanya diam. Sedangkan pasien kedua gejala yang dialami tampak gelisah, pasien terlihat berbicara sendiri dan tertawa sendiri pasien merasa ada yang mengajaknya bicara frekuensi suara muncul setiap saat terutama saat pasien sendiri respon pasien adalah merespon suara tersebut sebagaimana ketika berbicara dengan orang lain. Penelitian ini juga didukung oleh Thomas et al, (2022), yang mengatakan pasien yang menganggap suara sebagai bahaya atau jahat lebih mungkin atau merasa takut, gelisah dan marah. Penilaian kognitif terhadap suara mempengaruhi tingkat distress. Hal ini juga sesuai dengan Kamariyah, *et al.*, (2021) juga mengatakan pasien yang mengalami halusinasi seringkali menunjukkan gejala seperti berbicara atau tertawa sendiri, marah tanpa alasan yang jelas, memalingkan wajah kearah telinga seolah mendengar sesuatu, menutup telinga, atau bahkan menunjuk kearah sesuatu.

d. Mekanisme koping

Pada pasien 1 yang dilakukan dalam upaya mekanisme koping saat suara itu muncul adalah pasien menyendiri, atau berbicara dengan orang lain yang pasien lakukan adalah biasanya bermain bersama teman sekamar atau berkomunikasi dengan perawat ruangan. Sedangkan pada pasien 2 yang pasien lakukan saat suara itu muncul adalah bicara dengan orang lain atau berkumpul dengan teman sekamar menonton tv bersama. Menurut teori yang sudah dijelaskan oleh (Videbeck, 2008) dalam

(Ridwan, 2023) bahwa dalam kondisi ini penderita biasanya melindungi diri dari penyakit yang sedang dialaminya, mereka cenderung melakukan regresi untuk mengatasi kecemasan, menggunakan proyeksi untuk memahami perasaan mereka, atau menarik diri untuk menghindari masalah yang berkaitan dengan kekhawatiran dan pengalaman batin yang dirasakan.

e. Penatalaksanaan medis

Pada pasien pertama terapi obat yang diberikan adalah Risperidone 1 x 3mg Trimexyphenidyl 1 x 2mg dilanjutkan pemberian obat pada pasien kedua Clorilex 1 x 25mg, Clozapine 1 x 25mg, Trihexypheninyl 1 x 2mg, Zipren 1 x 15 mg dari penjelasan diatas hal sama yang didapatkan dalam terapi obat adalah trihexypheniny, pasien mendapat obat sesuai dengan kebutuhan masing-masing, obat yang diberikan dapat berguna untuk mengendalikan gejala yang dialami pasien. Sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh *Psychiatric Association's Practice Guidelines for the Treatment of Patients with Schizophrenia* tahun (2020), bahwa pengobatan harus dilakukan secara menyeluruh, menggunakan berbagai macam pendekatan, dan didasarkan pada bukti ilmiah.

4.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa yang dapat dilihat pada pasien pertama adalah halusinasi pendengaran, harga diri rendah kronik, koping keluarga tidak efektif dan isolasi sosial. Sedangkan pada pasien kedua adalah risiko perilaku kekerasan, harga diri rendah kronik, dan halusinasi pendengaran. Diagnosa

keperawatan sesuai dengan pohon masalah yang ada yaitu halusinasi pendengaran, isolasi sosial dan risiko perilaku kekerasan, ada kesamaan antara pohon masalah dengan diagnosa yang di dapat pada saat pengkajian yang peneliti bisa ambil dengan tambahan ketidakmampuan koping keluarga dan harga diri rendah kronik. Penelitian ini didukung oleh penelitian dari Apriliyani et al, (2022) di RSJ Prof. DR. Soerojo Magelang, hasil pengkajian pada pasien dengan Halusinasi pendengaran menunjukkan bahwa pasien mengatakan sering mendengar suara yang tidak berwujud. Hal ini menunjukkan tanda dan gejala Halusinasi pendengaran. Dan juga penelitian ini didukung oleh Salsabillah, (2024) di RSJ Prof. HB Saanin Padang, yang mengatakan bahwa tanda dan gejala yang dialami penderita halusinasi pendengaran adalah pasien sering mendengar suara di kepalanya yang membuat pasien merasa kesal sehingga menyebabkan pasien mengalami distress berlebih. Hal ini juga sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Restia (2020), yaitu pasien dengan *skizofrenia* dapat mengalami masalah keperawatan yang saling berkaitan. Antara lain, risiko perilaku kekerasan, gangguan persepsi sensori halusinasi, isolasi sosial, dan harga diri rendah.

4.2.3 Intervensi keperawatan

Intervensi merupakan langkah proses keperawatan yang diambil setelah pengkajian dilakukan, dalam tahap ini peneliti akan menentukan tindakan yang harus dilakukan setelah diagnosa dibuat. Pada pasien pertama dan kedua memiliki cara tindakan yang sama karena kedua pasien tersebut memiliki tanda dan gejala yang sama yang dapat ditemui pada pasien

halusinasi pendengaran, maka dari itu peneliti melakukan tahap perencanaan yaitu: pasien pertama dan kedua melakukan membina hubungan saling percaya kepada kedua pasien, lalu melakukan tindakan SP 1 yaitu mengenal halusinasi (isi, frekuensi, waktu terjadinya, perasaan yang timbul, situasi yang menimbulkan halusinasi) selanjutnya yang bertujuan untuk memberikan bantuan terhadap pasien dalam mencapai kesehatan yang diinginkan dan dapat memberikan perawatan terbaik menurut Capenito (2015) dalam Ridwan (2023). Yaitu bisa dilakukan dengan cara latih menghardik untuk menghentikan suara-suara yang muncul. Penelitian ini didukung oleh penelitian dari Apriliyani, (2025), yang mengatakan bahwa pasien yang diberikan terapi menghardik mengalami penurunan halusinasi, pasien juga mampu mengenali tanda awal halusinasi. Selain itu Rodin (2024) juga mengatakan bahwa setelah dilatih menghardik, kemampuan mengontrol halusinasi meningkat. Dilanjut dengan tahap SP 2 melatih pasien meminum obat dengan teratur (menjelaskan pasien 6 benar obat: jenis, guna, dosis, frekuensi, cara , dan konsietas minum obat). Penelitian ini didukung oleh penelitian dari Yusriani (2022), yang mengatakan pasien yang patuh minum obat menunjukkan penurunan yang signifikan intensitas halusinasi disbanding yang tidak minum obat, selain itu penelitian ini juga didukung oleh Rachmawati (2021), yang mengatakan kepatuhan minum obat antipsikotik berhubungan dengan rendahnya kekambuhan halusinasi pendengaran. Selanjutnya pada tahap SP 3 yaitu melatih pasien (bercakap-cakap) pasien bisa lakukan ini dengan perawat ruangan ataupun teman sekamar pasien. Penelitian ini didukung oleh

penelitian dari Kristina (2023), yang mengatakan terapi bercakap-cakap dapat membuat pasien lebih tenang, bisa mengungkapkan isi halusinasinya, selain itu penelitian ini juga didukung oleh penelitian dari Wahyuni (2021), yang mengatakan terapi komunikasi terbuka membantu pasien menyadari suara yang tidak nyata dan membangun hubungan saling percaya. Cara terakhir SP 4 (mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan) pasien bisa melakukan tindakan yang positif selama masa perawatan di ruangan dengan mencuci gelas ataupun merapikan sisa makanan. Penelitian ini didukung oleh penelitian dari Fitriani (2021), yang mengatakan aktivitas terjadwal seperti menyapu, dan mencuci dapat menurunkan intensitas halusinasi secara signifikan, selain itu penelitian ini juga didukung oleh Agustina (2021), yang mengatakan terapi aktivitas dapat menurunkan gejala halusinasi secara bermakna. Intervensi ini dilakukan selama 5 kali pertemuan.

4.2.4 Implementasi Keperawatan

Tindakan keperawatan untuk pasien dengan halusinasi perlu mengikuti rencana yang sudah disusun sebelumnya. Setiap proses perawatan harus segera dilakukan dan dicatat dengan baik. Pada pasien pertama, langkah pertama adalah membangun hubungan saling percaya. Kemudian, pada SP 1, pasien diajarkan untuk mengenali isi halusinasi dan bagaimana cara pasien merespon dengan cara menghardik. Pada SP 2, pasien dilatih untuk mengendalikan halusinasi dengan mengonsumsi obat dengan benar dan teratur. Di SP 3, pasien dimotivasi untuk berbicara agar bisa mengontrol halusinasi, dan SP 4 pasien diajak untuk melakukan

aktivitas harian yang dapat membantu mengalihkan perhatian dari halusinasi. Penelitian ini didukung oleh penelitian dari Famela (2022), yang melakukan studi kasus dengan menerapkan teknik bercakap-cakap selama satu minggu, hingga pasien mampu mengidentifikasi isi, pemicu, dan waktu halusinasi. Dan penelitian ini juga didukung oleh Kanza (2023), bahwa terapi bercakap-cakap berhasil menurunkan intensitas halusinasi. Menurut SLKI tahun 2019, implementasi dalam keperawatan merupakan bentuk langkah nyata yang diambil perawat dalam memahami kondisi kesehatan pasien, dalam tahap ini perawat menggunakan pedoman untuk membantu melihat apa yang dibutuhkan pasien agar mampu mencapai kesehatan yang terbaik.

4.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tahap terakhir dalam perawatan keperawatan yang bertujuan untuk melihat sejauh mana perkembangan pasien sesuai dengan hasil yang diinginkan, waktu yang ditentukan, dan tujuan yang telah tercapai. Pasien pasien pertama, semua tindakan berjalan lancar hingga SP 4, sehingga kemudian masalah dapat teratasi karena pasien kooperatif dan dapat fokus, pasien pertama berhasil mengenali halusinasi, meresponnya dengan cara yang tepat, rutin minum obat, berbicara dengan orang lain dan menjalani aktivitas harian. Penelitian ini didukung oleh penelitian dari Ramaleya (2024), yang mengatakan bahwa setelah diterapkan SP1-SP5 selama 5 hari, halusinasi pendengaran pada pasien berhasil diatasi, dengan menganjurkan tetap rutin melatihnya di rumah secara mandiri. Dan didukung juga oleh Tondani (2023), yang mengatakan bahwa setelah

diterapkan SP 1-SP 4 pasien mampu mengidentifikasi waktu, isi, durasi halusinasi, dan mampu mengatasi saat halusinasi muncul.

Sementara pada pasien kedua, ada beberapa pengulangan SP karena pasien kesulitan dalam berfokus sehingga membuat pasien sulit mengingat nama obat, namun terlihat adanya peningkatan kemampuan dan penurunan gejala misalnya suara halusinasi yang didengar pasien sudah mulai berkurang dan pasien mulai mampu menatap lawan bicara. Berdasarkan evaluasi perawatan yang dilakukan pada pasien pertama dan kedua tindakan evaluasi keperawatan yang dilakukan sesuai dengan teori Ridwan tahun 2023 yang mengatakan bahwa evaluasi keperawatan merupakan proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan yang diberikan kepada pasien.

4.3 Faktor Pendukung

Faktor pendukung dalam penetapan diagnosis keperawatan halusinasi pendengaran pada kedua pasien diperoleh dari data subjektif dan objektif, seperti perilaku berbicara, tersenyum, dan tertawa sendiri, serta pengakuan pasien yang mendengar suara dikepala saat pengkajian. Data hasil pengkajian yang lengkap sangat membantu dalam mengidentifikasi masalah keperawatan. Kedua pasien juga menunjukkan sikap kooperatif dan bersedia mengikuti proses asuhan keperawatan.

4.4 Faktor Penghambat

Faktor penghambat dalam proses pengkajian dan intervensi keperawatan pada pasien dengan halusinasi pendengaran meliputi gangguan konsentrasi yang mudah teralihkan, kurangnya kontak mata, serta sikap

tertutup saat berkomunikasi. Selain itu, keterbatasan peneliti dalam menggali informasi secara mendalam juga menjadi hambatan, meskipun data yang dibutuhkan tetap berhasil dikumpulkan.

Pada tahap intervensi, hambatan utama terletak pada kelemahan daya ingat pasien, terutama dalam menghafal cara minum obat (SP2), yang diperparah oleh gangguan fokus akibat halusinasi yang terus menerus. Hambatan ini lebih jelas terlihat pada pasien 2, sementara pasien 1 tidak menunjukkan hambatan berarti karena menunjukkan sikap kooperatif, mampu memahami instruksi, serta dapat mengenali dan merespon halusinasinya secara adaptif. Dengan demikian, setiap pasien memiliki profil hambatan yang berbeda tergantung pada kondisi kognitif dan respon terhadap terapi.

BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Pasien pertama dan kedua menunjukkan kesamaan dalam hal faktor psikologis dan sosial yang memengaruhi kondisi mereka. Namun, perbedaan mencolok terlihat pada faktor genetik, pasien pertama memiliki riwayat keluarga dengan gangguan jiwa, yakni abangnya, sedangkan pasien kedua tidak memiliki latar belakangkeluarga dengan kondisi serupa. Pasien pertama mengalami perubahan perilaku setelah dituduh mencuri ponsel milik temannya, yang membuatnya menarik diri dan lingkungan sosial, menjadi pendiam, dan lebih banyak menghabiskan waktu dirumah untuk membantu ibunya. Sebaliknya, pasien kedua pernah mengalami perundungan dari teman-temannya di panti asuhan, namun masih memiliki semangat dan keinginan untuk kembali bekerja.

Dalam aspek kepatuhan terhadap pengobatan, pasien pertama secara konsisten mengonsumsi obat sejak dirawat di rumah sakit dengan harapan segera pulih dan kembali ke rumah, sementara pasien kedua sempat menghentikan pengobatan karena obat yang diberikan telah habis. Gejala yang dialami pasien pertama meliputi mendengar suara yang tidak nyata, cenderung menyendiri, sering menatap kosong, serta sesekali menunjukkan ekspresi marah. Pada pasien kedua, gejala yang tampak adalah berbicara sendiri dan merespon suara yang ia dengar dengan berbicara kembali. Mekanisme koping berbeda, pasien pertama cenderung menutup telinganya dengan tangan atau

bantal saat halusinasi muncul, sedangkan pasien kedua lebih cenderung mendengarkan dan menanggapi suara tersebut secara verbal.

Berdasarkan hasil pengkajian, diagnosa keperawatan pasien pertama meliputi persepsi gangguan sensori; halusinasi pendengaran, harga diri rendah kronis, isolasi sosial, defisit perawatan diri dan ketidakmampuan koping keluarga. Sementara itu, pasien kedua didiagnosis dengan gangguan persepsi sensori; halusinasi pendengaran, risiko perilaku kekerasan, dan harga diri rendah kronis. Intervensi yang diberikan kepada kedua pasien terdiri dari empat tahap (SP 1 hingga SP 4). Pada SP 1, pasien dibimbing untuk mengenali halusinasi dan dilatih untuk meresponnya dengan memberikan hardikan. SP 2 mengevaluasi efektivitas SP 1 dan memberikan dukungan farmakologis. Selanjutnya, SP 3 berfokus pada pengelolaan halusinasi dengan mendorong pasien berbicara dengan orang lain, dan SP 4 melibatkan evaluasi menyeluruh serta pengintegrasian pasien dalam aktivitas sehari-hari sebagai strategi pengalihan dari halusinasi.

Implementasi dan intervensi berjalan sesuai dengan rencana yang telah disusun. Pasien pertama berhasil menyelesaikan seluruh tahapan SP 1 hingga SP 4 pada pertemuan kelima, menunjukkan respons yang baik terhadap intervensi. Pasien kedua juga mampu menyelesaikan tahapan SP secara lengkap hingga SP 4 pada pertemuan keenam. Pada tahap evaluasi akhir, terlihat adanya penurunan gejala halusinasi pendengaran serta peningkatan kemampuan kedua pasien dalam mengenali dan mengelola halusinasi yang mereka alami. Pasien pertama dinilai kooperatif, responsif, dan cepat memahami instruksi, sementara pasien kedua juga menunjukkan keberhasilan

dalam menerapkan strategi yang telah diajarkan melalui tahapan SP yang telah dilakukan.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Rumah Sakit

Diharapkan rumah sakit dapat mempertahankan kualitas perawatan dan juga dalam menciptakan lingkungan yang nyaman dan mendukung serta tetap memberikan perawatan yang sesuai baik dari segi medis maupun psikologis untuk dapat mengatasi halusinasi yang dihadapi oleh pasien dengan lebih baik.

5.2.2 Bagi Institusi Pendidikan

Disarankan untuk institusi pendidikan dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah (KTI) bisa memberikan masukan yang berharga serta membantu meningkatkan pengetahuan dan keterampilan mahasiswa terutama dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien yang mengalami gangguan jiwa, dengan begitu mahasiswa diharapkan dapat lebih terampil dalam menerapkan ilmu yang telah dipelajari pada keadaan yang jelas.

5.2.3 Bagi Peneliti selanjutnya

Saran untuk mahasiswa pada saat melakukan pengkajian atau pendekatan terhadap pasien adalah bangun hubungan yang baik lalu dengarkan pasien dengan penuh perhatian pada saat pasien mulai bercerita dan sampaikan komunikasi yang jelas atau mudah dimengerti pasien saat berbicara. Membaca mengenai konsep asuhan keperawatan pada pasien

halusinasi pendengaran juga diperlukan sebelum berinteraksi dengan pasien langsung.

5.2.4 Bagi pasien dan Keluarga

Untuk pasien disarankan mampu secara rutin dalam meminum obat, mampu melakukan hardik, berkomunikasi dengan orang lain dan melakukan aktivitas positif di lingkungan sekitar pasien, diharapkan juga untuk keluarga mampu mendampingi pasien pada saat masa pengobatan dirumah agar pasien mampu mengendalikan dirinya dengan cara ini diharapkan kekambuhan terhadap halusinasi pendengarannya dapat dicegah.

DAFTAR PUSTAKA

- American Psychiatric Association Guideline. The American Psychiatric Association Practice Guideline for The Treatment of Patients with Schizophrenia. 2020
- Anasari, P. (2020) Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny. I Dengan Halusinasi Pendengaran Di Puskesmas Ambulu Kabupaten Jember.
- Astari, (2020). Penerapan Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny. N Dengan Halusinasi Pendengaran: Mutia Mislika. Diakses dari] SENTRI: Jurnal Riset Ilmiah Vol.3, No.4 April 2024
- Direja, A.H.S (2021). Buku ajar asuhan keperawatan jiwa. Jakarta: Nuha Medika
- Faturrahman, W (2021). Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Tingkat Kepatuhan Minum Obat Pada Pasien Gangguan Jiwa Skizofrenia: Literature Review. Tanjungpura Journal Of Nursing Practice And Education, (3) 2.<http://dx.doi.org/10.26418/tjnpe.v3i2.50502>
- Freud, S. (2021). *The Interpretation of Dreams* (Original work published 1900). New York: Macmillan.
- Gros, B., Volpato, E., Cavalera, C., Castelnuovo, G., Molinari, E., & Pagnini, F. (2022). *The "common" experience of voice-hearing and its relationship with shame and guilt: A systematic review. BMC Psychiatry, 22, 281.*
- Hairani, H., Kurniawan, K., Abd Latif, K., & Innuddin, M. (2021). Metode Dempster-Shafer untuk Diagnosis Dini Jenis Penyakit Gangguan Jiwa Skizofrenia
- Hasanah, N., Anggraini, T., Daim Harahap, R., & Islam Negeri Sumatera Utara, U. (2023). Pengaruh Gaya Hidup, Media Sosial dan Lingkungan Sosial terhadap Perilaku Konsumsi di Masa Pandemi Menurut Ekonomi Islam: Studi pada Mahasiswa Prodi Ekonomi Islam Fakultas Ekonomi Dan Bisnis Islam UIN Sumatera Utara Medan. In MES Management Journal (Vol. 2, Issue 1). / partisipan.
- Helidrawati, E. (2020). Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. H Dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran Di Ruang Kamar Rumah Sakit Jiwa Tampan Provinsi Riau. Skripsi, Poltekkes Kemenkes Riau.
- Hulu, M. P. C., & Pardede, J. A. (2021). Manajemen Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Masalah Halusinasi Melalui Terapi Generalis SP 1-4. 1–42.
- Iyan. (2021). Perawatan Pasien Halusinasi. Pustaka Taman Ilmu.
- Kemenkes. (2023). Survei Kesehatan Indonesia (SKI) Tahun 2023

- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. 2021. Pedoman Pelayanan Kefarmasian pada Pasien Gangguan Jiwa. Jakarta: KemenKes RI.
- Kruk-Slomka, M., & Biala, G. 2021. Cannabidiol Attenuates MK-801-Induced Cognitive Symptoms of Schizophrenia in the Passive Avoidance Test in Mice. *Molecules* (Basel, Switzerland), 26(19).
- Lalla, et al. (2022). Keperawatan Jiwa. Sumatra Barat: Pt Global Eksekutif Teknologi.
- Lidya, E. S., & Santoso, I. (2021). Strategi dan kebijakan hukum terhadap orang dalam gangguan jiwa. *Innovative: Journal of Social Science Research*, 2(1), 169–177.
- Niriyah, S., Putri, D. K., Wisanti, E., Pradessetia, R., Wulandari, M. A., Anggreny, Y., & Rukmini, E. D. (2023). Pendidikan kesehatan stigma gangguan jiwa dan upaya destigmatisasinya di wilayah Puskesmas Harapan Raya Pekanbaru. *Semanticscholar*.
- Oktiviani, D. P. (2020). Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. K dengan masalah Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran di Ruang Rukan Rumah Sakit Jiwa Tampan (Doctoral dissertation, Poltekkes Kemenkes Riau).
- Pangestu, A. D. (2021). Gambaran Asuhan Keperawatan Pada Pasien Gangguan Persepsi Sensori **PENGARUH KEPATUHAN MINUM OBAT TERHADAP TINGKAT KEKAMBUHAN PADA PASIEN SKIZOFRENIA HALUSINASI PENDENGARAN DI RUANG DEWANDARU RUMAH SAKIT Jiwa DAERAH DR. RM. SOEDJARWADI KLATEN**
- Pardede, (2020). Decreasing Symptoms of Risk of Violent Behavior in Schizophrenia Patient Through Group Activity Therapy. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 3(3), 291-300. (definisi halsinasi bab 2)
- PPNI. (2019). Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan (Edisi 1)
- Pratama, Agus Ari & Amalia Senja. (2023). Keperawatan Jiwa. Jakarta Timur: PT BumiMedika
- Putri, I. D., & Rachmawati, N. (2021). *Kepatuhan minum obat dan hubungannya dengan kekambuhan halusinasi pada pasien gangguan jiwa di RSJ Lawang*. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 10(1), 25–31.
- Rekam Medis RSJ Tampan Pekanbaru Provinsi Riau (2022). Laporan Pasien Rawat Inap tahun 2022. RSJ Tampan Pekanbaru Provinsi Riau

- Restia Putri, E. M. A. (2020). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Skizofrenia Dengan Masalah Keperawatan Halusinasi Penglihatan Di Rumah Sakit Jiwa Surakarta Dr. Arif Zainudin Surakarta (Doctoral Dissertation, Universitas Muhammadiyah Ponorogo).
- Ridwan, d. (2023). INTERVENSI GENERALIS PADA HALUSINASI. Perkumpulan Rumah Cemerlang Indonesia ANGGOTA IKAPI JAWA BARAT.
- Samsara 2020 <https://repository.poltekkes-smg.ac.id/index.php?p=fstreampdf&fid=169066&bid=35934>
- Santri, T. w. (2021). Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Masalah Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran Pada Ny.S. <https://doi.org/10.31219/osf.io/7ckhe> Lawrence, T., Jones, S. R., & Fernyhough, C. (2021). *Depression, voice-hearing, and distress: Understanding the triadic relationship*. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 94(2), 456–472.
- Santri, T. W. (2021,). Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Masalah Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran Pada Ny.S.
- Sari, Devi Liana Puspita., Fitri, Nury Luthfiyatil., Hasanah, Uswatun. (2022). Penerapan Terapi Spiritual: Dzikir Terhadap Tanda Gejala Halusinasi Pendengaran. *Jurnal Cendekia Muda* 2(1): 130-138
- SKI. (2023). Survei Kesehatan Indonesia (SKI). Kementerian Kesehatan RI, 1–964
- Tanjung, A. I., Neherta, M., & Sarfika, R. (2023). Penyebab Kekambuhan Pada Pasien Skizofrenia. *Indramayu: Adab*.
- Taylor, J. L., Varese, F., & Hayward, M. (2024). Daily social stress and hallucination distress in schizophrenia: A longitudinal experience sampling study. *BMC Psychiatry*, 24(1), 67.
- Tuti et.al. (2022). PENERAPAN TERAPI PSIKORELIGI DZIKIR UNTUK MENURUNKAN HALUSINASI PADA KLIEN SKIZOFRENIA DI WILAYAH BINAAN PUSKESMAS AMBARAWA. 7(2), 64. <https://jurnal.stikeskesdam4dip.ac.id/index.php/SISTHANA/article/download/124/134>
- Wahyuni, S., Rahmawati, A. (Ed.). (2022). Keperawatan jiwa. Cirebon: CV. Rumah Pustaka
- Wulandari, Y., & Pardede, J. A. (2022). Aplikasi Terapi Generalis Pada Penderita Skizofrenia Dengan Masalah Halusinasi Pendengaran.

Yusriani, Y., Marliyah, M., & Fitriani, F. (2022). *Hubungan kepatuhan minum obat dengan kejadian halusinasi pada pasien skizofrenia di RSJ Dadi Makassar*. *Jurnal Keperawatan*, 13(2), 88–95. <https://repositorynew.poltekkes-mks.ac.id/2127/>

Lampiran 1

PENJELASAN UNTUK MENGIKUTI PENELITIAN

1. Kami adalah peneliti berasal dari Universitas MH Thamrin Jurusan Keperawatan Program Studi DIII Keperawatan dengan ini meminta anda untuk berpartisipasi dengan sukarela dengan penelitian yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pasien Yang Mengalami *Skizofrenia* Dengan Halusinasi Pendengaran Di Ruang Berry RSKD Duren Sawit”.
2. Tujuan dari penelitian studi kasus ini adalah melaksanakan asuhan keperawatan yang dapat memberikan manfaat berupa cara mengetahui gejala, faktor penyebab dan penanganan pada pasien yang mengalami *Skizofrenia* dengan masalah Halusinasi Pendengaran. Penelitian ini akan berlangsung selama 6 hari, dari tanggal 10 Februari 2025 sampai dengan 15 Februari 2025.
3. Prosedur pengambilan bahan data dengan wawancara terpimpin dengan menggunakan pedoman wawancara yang akan berlangsung lebih kurang 15-20 menit. Cara ini mungkin menyebabkan ketidaknyamanan tetapi anda tidak perlu khawatir karena penelitian ini untuk kepentingan pengembangan asuhan pelayanan keperawatan.
4. Keuntungan yang anda peroleh dalam keikutsertaan anda pada penelitian ini adalah anda turut terlibat aktif mengikuti perkembangan asuhan/tindakan yang diberikan.
5. Nama dan jati diri anda beserta seluruh informasi yang saudara sampaikan akan tetap dirahasiakan.
6. Jika saudara membutuhkan informasi sehubungan dengan penelitian ini, silahkan menghubungi peneliti pada nomor 081298960946.

PENELITI



(Ni Ketut Kristiani Dewi)

Lampiran 2

INFORMED CONSENT

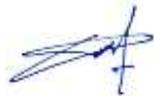
Persetujuan menjadi partisipan

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapatkan penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai study kasus yang akan di lakukan oleh Sinta Rudianingsih dengan judul Asuhan Keperawatan Pasien Yang Mengalami *Skizofrenia* Dengan Halusinasi Di Ruang Berry RSKD Duren sawit.

Saya memutuskan setuju untuk ikut pasrtisipan pada study kasus ini secara sukarela tanpa paksaan, bila selama penelitian ini saya menginginkan mengundurkan diri maka saya dapat mengundurkan diri sewaktu- waktu tanpa sanksi apapun.

Jakarta, 13 Februari 2025

Saksi



(Amanda Fadilah)

Yang memberikan persetujuan



(Pasien 1 Tn, T)

Penulis



Ni Ketut Kristiani Dewi

INFORMED CONSENT

Persetujuan menjadi partisipan

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapatkan penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai study kasus yang akan di lakukan oleh Sinta Rudianingsih dengan judul Asuhan Keperawatan Pasien Yang Mengalami *Skizofrenia* Dengan Halusinasi Di Ruang Berry RSKD Duren sawit.

Saya memutuskan setuju untuk ikut pasrtisipan pada study kasus ini secara sukarela tanpa paksaan, bila selama penelitian ini saya menginginkan mengundurkan diri maka saya dapat mengundurkan diri sewaktu- waktu tanpa sanksi apapun.

Jakarta, 13 Februari 2025

Saksi



(Rafael Dava Junior)

Yang memberikan persetujuan



(Pasien 2 Tn, T)

Penulis



Ni Ketut Kristiani Dewi

Lampiran 3

FORMULIR PENGKAJIAN KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN UNIVERSITAS MH THAMRIN JAKARTA

RUANGAN RAWAT : R. Berry

TANGGAL DIRAWAT:

I. IDENTITAS KLIEN

Inisial : Tn.T (L/P) Tanggal pengkajian :
Umur : 26 Tahun RM No. :
Informan : Pasien

II. ALASAN MASUK :

Pasien mengatakan masuk dengan mendengar suara-suara di telinga nya secara tiba-tiba dan tanpa wujud pada malam hari secara terus menerus, suara yang didengar pasien seperti suara laki-laki yang isinya menuduh pasien menyantet cewe orang ,setelah itu pasien ,diantar keluarga nya untuk menjalani pengobatan di rumah sakit

III. FAKTOR PREDISPOSISI

1. Pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu ? Ya Tidak
2. Pengobatan sebelumnya : Berhasil Kurang berhasil Tidak berhasil
- 3.
- | | Pelaku/Usia | Korban/Usia | Saksi/Usia |
|-------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| a. Aniaya fisik : | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| b. Aniaya seksual : | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| c. Penolakan : | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| d. Kekerasan dalam keluarga : | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| e. Tindakan kriminal : | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Jelaskan No 1, 2, 3 :

.....

.....

.....

.....

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

4. Adakah anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa Ya Tidak
- | | | |
|-------------------|--|------------------------------|
| Hubungan keluarga | Gejala | Riwayat pengobatan/perawatan |
| Abang | Diam mengurung diri dan tidak banyak bicara | Di rawat di rumah sakit |

Masalah Keperawatan: isolasi sosial

Ketidakmampuan koping keluarga

5. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan

Pasien mengatakan pernah dituduh mencuri hp milik temannya namun tidak ada bukti sejak saat itu pasien merasa kesal dan tidak nyaman untuk bergabung dengan teman-temannya kembali

Masalah Keperawatan: harga diri rendah kronis

IV. FISIK

1. Tanda Vital : TD: ...125/75 mmHg N:85x/mnt S: 36 c P: 20 x / m n t

2. Ukur : TB:168 cm BB:60kg

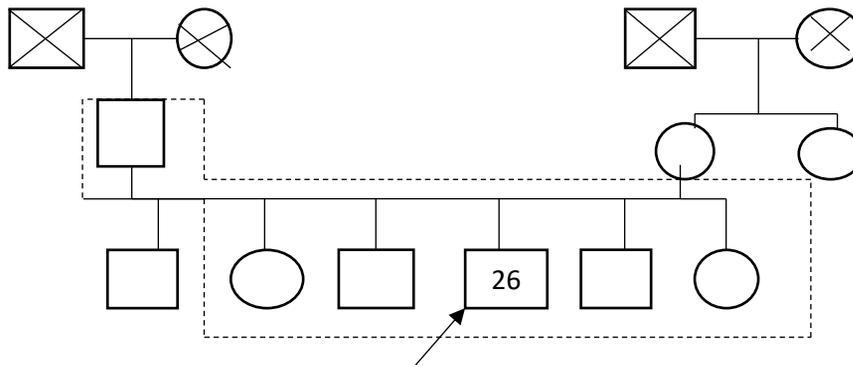
3. Keluhan Fisik : Ya Tidak

Jelaskan : didapatkan kondisi pasien baik tekanan darah normal, nadi normal dan suhu normal

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

V. PSIKOSOSIAL :

1. Genogram :



Jelaskan : pasien merupakan anak keempat dari 6 bersaudara, pasien tidak begitu dekat dengan abangnya hubungan pasien dan orang tua baik, memiliki pola asuh yang baik sehingga pasien tumbuh menjadi anak yang baik selain itu pola komunikasi pasien dengan keluarganya cukup baik

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

2. Konsep diri :

- a. Gambaran diri yang di dapat : Pasien mengatakan menyukai seluruh tubuhnya dan bersyukur atas apa yang di dapat
- b. Identitas : Pasien mengatakan identitasnya sebagai seorang laki laki yang dewasa.
- c. Peran : Pasien mengatakan tidak bekerja sejak 2 tahun lalu, kegiatan pasien dirumah hanya mengantar ibunya pergi ke pasar
- d. Ideal diri : Pasien mengatakan setelah keluar dari rumah sakit ingin langsung mencari kerja
- e. Harga diri : Pasien merasa malu karena sudah tidak bekerja di umurnya yang masih muda

Masalah Keperawatan : Harga diri rendah kronis

3. Hubungan sosial :

- a. Orang yang berarti : mamah
- b. Peran serta dalam kegiatan kelompok / masyarakat : pasien pernah mengikuti kegiatan karang taruna dirumahnya
- c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain : saat diruangan pasien lebih suka berdiam diri dikamar dan tidak berbaur dengan orang lain/teman sekamarnya

Masalah Keperawatan : isolasi sosial

4. Spiritual :

- a. Nilai dan keyakinan : pasien mengatakan bahwa pasien ber agama Islam
- b. Kegiatan ibadah : s h o l a t

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

VI. STATUS MENTAL

1. Penampilan :

Tidak rapi

Penggunaan pakaian
Tidak sesuai

Cara berpakaian tidak seperti
biasanya

Jelaskan: Pasien berpenampilan tidak rapi, rambut panjang, pasien tidak pernah gosok gigi, gigi pasien tampak kuning, pasien mengatakan tidak pernah menggosok gigi, kuku tangan pendek dan bersih, kuku kaki panjang dan kotor, pasien hanya mandi 1x sehari dan tidak keramas

Masalah Keperawatan : defisit perawatan diri

2. Pembicaraan :

Cepat

Keras

Gelisah

Inkoheren

Apatis

Lambat

Membisu

Tdk mampu
memulai
pembicaraan

Jelaskan : Pasien dapat diajak bicara dengan intonasi yang jelas dan tidak berbelit – belit

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

3. Aktivitas motorik :

Lesu Tegang Gelisah Agitasi
 Tik Grimasen Tremor Kompulsif

Jelaskan: pasien saat diajak bicara tampak tenang

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

4. Alam perasaan :

Sedih Ketakutan Putus asa Khawatir Gembira berlebihan

Jelaskan: Pasien mengatakan khawatir dengan suara yang di dengar karena tidak melihat wujud dari suara yang di dengar dan tanpa tau berasal dari mana

Masalah Keperawatan : halusinasi pendengaran

5. Afek :

Datar Tumpul Labil Tidak sesuai

Jelaskan: Pasien menampilkan ekspresi muka sesuai dengan yang dibicarakan dan tidak terdapat reaksi berlebihan

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

6. Interaksi selama wawancara :

Bermusuhan Tidak kooperatif Mudah tersinggung
 Kontak mata (-) Defensif Curiga

Jelaskan: Pasien bercerita dengan sikap tenang dan kooperatif kontak mata pasien positif

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

7. Persepsi :

Pendengaran Penglihatan Perabaan
 Pengecapan Penghidu

Jelaskan: Pasien mengatakan mendengar jenis suara laki laki yang menyuruhnya untuk diam. suara tersebut muncul dengan durasi setiap saat, respon pasien saat suara itu muncul adalah menutup telinga nya dengan bantal perasaan pasien saat suara itu muncul adalah gelisah

Masalah Keperawatan : halusinasi pendengaran

8. Proses pikir :

- | | | | | | |
|--------------------------|----------------|--------------------------|------------|--------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Sirkumtansial | <input type="checkbox"/> | Tangensial | <input type="checkbox"/> | Kehilangan asosiasi |
| <input type="checkbox"/> | Flight of idea | <input type="checkbox"/> | Blocking | <input type="checkbox"/> | Pengulangan pembicaraan/perseverasi |

Jelaskan: pasien menceritakan secara jelas alasan masuk rumah sakit

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

9. Isi pikir :

- | | | | | | | | |
|--------------------------|-----------------|--------------------------|------------------|--------------------------|---------------|--------------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> | Obsesi | <input type="checkbox"/> | Fobia | <input type="checkbox"/> | Hipokondria | | |
| <input type="checkbox"/> | Defersonalisasi | <input type="checkbox"/> | ide yang terkait | <input type="checkbox"/> | Pikiran magis | | |
| <i>Waham</i> | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | Agama | <input type="checkbox"/> | Somatik | <input type="checkbox"/> | Kebesaran | <input type="checkbox"/> | Curiga |
| <input type="checkbox"/> | Nihilistic | <input type="checkbox"/> | Sisip pikir | <input type="checkbox"/> | Siar pikir | <input type="checkbox"/> | Kontrol pikir |

Jelaskan: Pada saat pengkajian dilakukan tidak menemukan isi pikir dan waham

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

10. Tingkat kesadaran:

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

Jelaskan: Pada saat dilakukan pengkajian pasien merespon dengan jelas dan teratur

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

11. Memori :

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

Jelaskan: Pasien mampu mengingat kejadian yang terjadi pada dirinya

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

12. Tingkat konsentrasi dan berhitung :

Mudah beralih Tidak mampu konsentrasi Tidak mampu berhitung sederhana

Jelaskan : pasien mampu berhitung sederhana

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

13. Kemampuan penilaian :

Gangguan ringan Gangguan bermakna

Jelaskan: Pasien mengalami gangguan ringan, pasien dapat mengambil keputusan sederhana

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

14. Daya tilik diri :

Mengingkari penyakit yang diderita Menyalahkan hal-hal diluar dirinya

Jelaskan: pasien menyadari tentang kondisi yang dialami

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

VII. KEBUTUHAN PERSIAPAN PULANG

1. Makan

Bantuan minimal Bantuan total

2. BAB / BAK

Bantuan minimal Bantuan total

Jelaskan: Pasien dapat makan secara mandiri dan mampu merapikan bekas makannya

Masalah Keperawatan :

3. Mandi

Bantuan minimal Bantuan total

4. Berpakaian / berhias

Bantuan minimal Bantuan total

5. Istirahat dan tidur

Tidur siang, lama : 10.00 WIB s/d

Tidur malam, lama : 20.00 WIB s/d

6. Penggunaan obat

Bantuan minimal Bantuan total

7. Pemeliharaan kesehatan

Perawatan lanjutan Ya Tidak

| Perawatan pendukung | Ya | Tidak |
|----------------------------|--|---|
| 8. Kegiatan di dalam rumah | | |
| Mempersiapkan makanan | <input type="checkbox"/> Ya | <input checked="" type="checkbox"/> Tidak |
| Menjaga kerapian rumah | <input checked="" type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |
| Mencuci pakaian | <input type="checkbox"/> Ya | <input checked="" type="checkbox"/> Tidak |
| Pengaturan keuangan | <input type="checkbox"/> Ya | <input checked="" type="checkbox"/> Tidak |
| 9. Kegiatan di luar rumah | | |
| Belanja | <input checked="" type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |
| Transportasi | <input checked="" type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |
| Lain-lain | <input checked="" type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |

Jelaskan: kegiatan pasien saat dirumah dibantu oleh mamah nya, pasien biasanya pergi keluar rumah untuk mengantar ibunya belanja

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

VIII. MEKANISME KOPING

| Adaptif | Maladaptif |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bicara dengan orang lain | <input type="checkbox"/> Minum alkohol |
| <input type="checkbox"/> Mampu menyelesaikan masalah | <input type="checkbox"/> Reaksi lambat/berlebih |
| <input type="checkbox"/> Tehnik relaksasi | <input type="checkbox"/> Bekerja berlebihan |
| <input type="checkbox"/> Aktivitas konstruktif | <input checked="" type="checkbox"/> Menghindar |
| <input type="checkbox"/> Olahraga | <input type="checkbox"/> Mencederai diri |
| <input type="checkbox"/> Lainnya : | <input type="checkbox"/> Lainnya: |

Masalah Keperawatan : isolasi sosial

IX. MASALAH PSIKOSOSIAL DAN LINGKUNGAN

- Masalah dengan dukungan kelompok, spesifik
 Pasien menarik diri dari teman di ruangan

- Masalah berhubungan dengan lingkungan, spesifik
 Pasien mengatakan tidak nyaman berteman dengan lingkungan karena pernah dituduh mencuri

- Masalah dengan pendidikan, spesifik Pasien mengatakan tidak ada masalah pendidikan pasien lulusan paket c

- Masalah dengan pekerjaan, spesifik.
 Pasien mengatakan sempat bekerja namun sudah berhenti, kegiatan pasien sehari-hari mengantar ibu nya belanja

- Masalah dengan perumahan, spesifik.
 Pasien mengatakan tidak ada masalah dengan perumahan

Masalah ekonomi, spesifik
Pasien mengatakan tidak ada masalah ekonomi
.....

Masalah dengan pelayanan kesehatan, spesifik.
Pasien mengatakan tidak ada masalah dengan layanan kesehatan
.....

Masalah lainnya, spesifik

Masalah Keperawatan :

X. PENGETAHUAN KURANG TENTANG

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Penyakit jiwa | <input type="checkbox"/> System pendukung |
| <input type="checkbox"/> Faktor presipitasi | <input type="checkbox"/> Penyakit fisik |
| <input type="checkbox"/> Koping | <input type="checkbox"/> Obat-obatan |
| <input type="checkbox"/> Lainnya : | |

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan Pasien mengatakan mengerti dengan apa yang dialami pasien juga mengetahui bagaimana cara mengatasinya

XI. ASPEK MEDIK

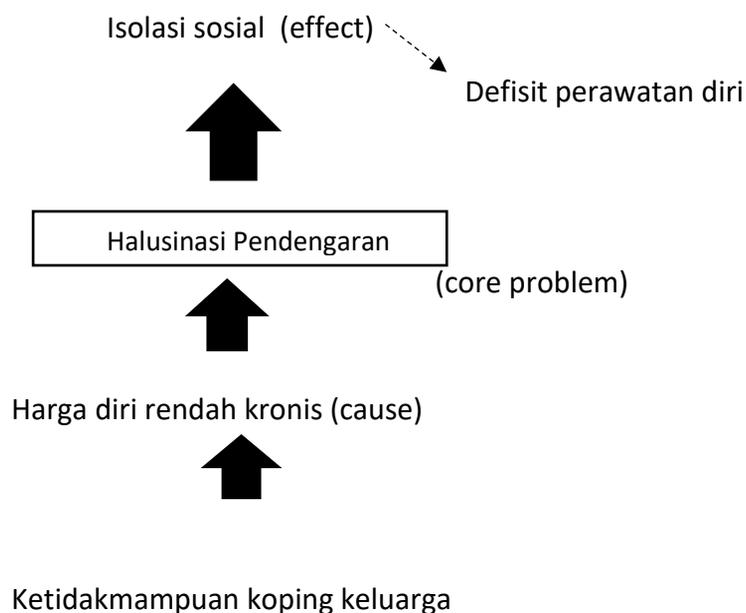
Diagnosa Medik : Undifferentiated schizophrenia

- Terapi Medik : - Risperidone 1 x 3mg
- Trimexyphenidyl 1 x 2mg

ANALISA DATA

| Data | Masalah |
|--|---|
| <p>Ds : pasien mengatakan mendengar suara – suara tanpa wujud yang menyuruhnya untuk diam</p> <p>Do : pasien tampak murung Pembicaraan pasien jelas dan tidak berbelit – belit Kontak mata positif (+)</p> | <p>Gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran</p> |
| <p>Ds : pasien mengatakan pernah bekerja namun di phk saat waktu covid. pasien merasa malu karena di umurnya saat ini tidak punya pekerjaan kegiatan 1 tahun terakhir pasien adalah mengantar ibunya pergi belanja</p> <p>Do : - pasien tampak murung - Postur tubuh pasien menunduk saat berjalan - Menarik diri dari lingkungan sosial</p> | <p>Harga diri rendah kronis</p> |
| <p>Ds : pasien mengatakan sudah lama menjauhi temannya karena dituduh mencuri hp milik temannya, sejak saat itu pasien sudah tidak nyaman bermain dengan temannya lagi atau orang baru</p> <p>Do : pasien tampak menarik diri dan tidak percaya diri</p> | <p>Isolasi sosial</p> |
| <p>Ds: pasien mengatakan tidak pernah menggosok gigi Pasien mengatakan mandi hanya 1x sehari Pasien mengatakan jarang keramas</p> <p>Do : gigi pasien tampak kuning Rambut tampak panjang</p> | <p>Defisit perawatan diri</p> |
| <p>Ds : - pasien mengatakan kakanya juga memiliki riwayat sakit jiwa dan sedang di rawat di rumah sakit - Pasien mengatakan pola komunikasi dengan abangnya kurang baik</p> <p>Do : -</p> | <p>Ketidakmampuan koping keluarga</p> |

POHON DIAGNOSIS



XII. DAFTAR MASALAH KEPERAWATAN

- halusinasi
- isolasi sosial
- defisit perawatan diri
- ketidakmampuan koping keluarga
- harga diri rendah kronis

DAFTAR DIAGNOSIS KEPERAWATAN (Sesuai urutan prioritas)

1. Halusinasi
2. Harga diri rendah kronis
3. Isolasi sosial
4. Defisit perawatan diri
5. Ketidakmampuan koping keluarga

Jakarta, 10 Februari 2025

Mahasiswa,



(Ni Ketut Kristiani Dewi)
NPM :103122023

**RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA DI
UNIT RAWAT INAP RUMAH SAKIT**

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN FAKULTAS KESEHATAN UNIVERSITAS MH. THAMRIN

Nama : Tn, T

Diagnosa Medis : Undifferentiated schizophrenia

Ruangan : R. Berry

NO. RM :

| Tgl | No. Dx | Diagnosa Keperawatan | Perencanaan | | | |
|------------|--------|----------------------|--|---|---|--|
| | | | Tujuan | Kriteria Evaluasi | Intervensi | Rasional |
| (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) | (7) |
| 10-02-2025 | 1. | Halusinasi | Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan : Pasien mampu mengidentifikasi halusinasi : isi, frekuensi, waktu terjadi, perasaan, respon serta dapat mengontrol halusinasinya dengan menghardik | setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x 20 menit diharapkan pasien mampu : 1. dapat menyebutkan jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi yang menyebabkan halusinasi, dan perasaan yang timbul saat halusinasi 2. mampu memperagakan cara dalam mengontrol halusinasi dengan menghardik | Sp 1 1. bina hubungan saling percaya dengan menggunakan komunikasi terapeutik 2. bantu pasien mengenal halusinasi (isi, waktu terjadinya, frekuensi, situasi yang dapat menimbulkan halusinasi , perasaan saat timbul halusinasi 3. jelaskan cara mengontrol halusinasi hardik, obat, ercakup-cakap, melakukan kegiatan 4. latih mengontrol halusinasi dengan cara mengahrdik 5. masukan pada jadwal kegiatan untuk latihan mengahardik | 1. hubungan saling percaya merupakan dasar untuk kelancaran hubungan interaksi selanjutnya 2. dengan mengetahui waktu isi, dan frekuensi munculnya halusinasi mempermudah tindakan. 3. Menghardik merupakan upaya memutuskan siklus halusinasi sehingga halusinasi tidak berlanjut |
| 11-02-2025 | 1. | Halusinasi | Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan : pasien mampu mengontrol | Setelah di lakukan asuhan keperawatan selama 1x20 menit di harapkan pasien mampu | Sp 2 1. Evaluasi kegiatan menghardik, eri pujian 2. Latih cara | 1. Evaluasi akan membantu perawat untk mengetahui sejauh mana kemampuan pasien mengingat |

| | | | | | | |
|------------|----|------------|--|---|---|--|
| | | | halusinasi dengan obat : (jenis, guna, dosis, frekuensi, cara, kontinuitas minum obat) | 1. Pasien mampu mengevaluasi kegiatan menghardik 2. Pasien mampu mengontrol halusinasi dengan obat 3. Pasien mampu memasukan pada jadwal harian | mengontrol halusinasi dengan obat (jelaskan6 benar obat : jenis, guna, dosis, frekuensi, cara, kontinuitas minum obat) | kegiatan sebelumnya 2. Dengan menyebutkan dosis, frekuensi dan manfaat minum obat diharapkan pasien dapat melaksanakan program pengobatannya sendiri |
| 12-02-2025 | 1. | Halusinasi | Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan : Pasien mampu mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap | Setelah dilakukan asuhan keperawatan 1x20 menit diharapkan pasien mampu : 1. Pasien mampu mengevaluasi kegiatan menghardik dan obat 2. Pasien mampu mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap 3. Pasien mampu memasukan pada jadwal harian | Sp 3 1.Evaluasi kegiatan mengahardik dan minum obat, beri pujian 2.Latih cara mengontrol halusinasi dengan bercakap- cakap saat terjadi halusinasi 3.Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik, minum obat, dan bercakap-cakap | 1. Evaluasi akan membantu perawat untuk mengetahui sejauh mana kemampuan pasien mengingat kegiatan sebelumnya 2. Berbicara dan bercakap-cakap dengan orang lain adalah salah satu upaya alternative untuk dapat mengendalikan halusinasi |
| 13-02-2025 | 1. | Halusinasi | Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan : Pasien mampu mengontrol halusinasi dengan kegiatan harian | Setelah dilakukan asuhan keperawatan 1x20 menit diharapkan pasien mampu: 1. Pasien mampu mengevaluasi kegiatan menghardik, minum obat dan bercakap-cakap 2. Pasien mampu | Sp 4 1.Evaluasi kegiatan menghardik, minum obat, dan bercakap-cakap, beri pujian. 2.Latih cara mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan harian 3.Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik, minum obat, bercakap-cakap dan kegiatan harian | 1.Evaluasi akan membantu perawat untuk mengetahui sejauh mana kemampuan pasien untuk melakukan kegiatan sebelumnya 2. Memberikan kegiatan kepada pasien merupakan upaya alternative agar pasien bias melupakan pikiran yang menyebabkan halusinasi itu muncul |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|--|
| | | | | 3. mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan harian Pasien mampu memasukkan pada jadwal harian | | |
|--|--|--|--|---|--|--|

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI ASUHAN KEPERAWATAN

Nama Klien : Tn. T (Initial)

Ruangan : R. Berry

No RM : 00323170

| IMPLEMENTASI TINDAKAN KEPERAWATAN | EVALUASI (SOAP) |
|---|---|
| <p>Hari/Tanggal: senin 10/02/2025 Jam:09.00 wib SP/Pertemuan :1/1 Data & Kemampuan: - pasien mebgatakan mendengar suara-suara bisikan yang mengatakan untuk menyuruhnya diam</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan mendengar suara bisikan yang menuduhnya menyantet cewe orang - Pasien tampak menyendiri <p>Kemampuan: pasien belum mampu mengontrol halusinasinya</p> <p>Diagnosa keperawatan : Halusinasi pendengaran</p> <p>Tindakan keperawatan :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi halusinasi : isi, frekuensi, waktu terjadi, situasi,perasaan dan respon - Menjelaskan cara mengontrol halusinasi : menghardik, minum obat, bercakap- cakap, dan melakukan kegiatan - Melakukan sp 1 (mengontrol halusinasi dengan cara menghardik) <p>Rencana tindak lanjut :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ingatkan pasien untuk melakukan cara menghardik - Melanjutkan sp 2 | <p>S :- pasien mengatakan tidak melihat wujud dari suara yang di dengar</p> <ul style="list-style-type: none"> -pasien mengatakan suara nya hilang setelah di lakukan cara menghardik - pasien mengerti cara menghardik <p>O : pasien tampak mengerti dengan yang di ajarkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien kooperatif <p>A : sp 1 mengontrol halusinasi teratasi</p> <p>P : (Pr untuk Pasien) latih cara mengahrdik jika halusinasi muncul kembali</p> <p align="center">Tanda Tangan & Nama Jelas Perawat</p> <p align="center"></p> <p align="center">Ni Ketut Kristiani Dewi</p> |

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI ASUHAN KEPERAWATAN

Nama Klien : Tn. T (Initial)

Ruangan : R. Berry

No RM : 00323170

| IMPLEMENTASI TINDAKAN KEPERAWATAN | EVALUASI (SOAP) |
|--|---|
| <p>Hari/Tanggal: Rabu 12/02/2025 Jam: 09.00 wib SP/Pertemuan :3/3 Data & Kemampuan: -pasien mengatakan mendengar suara-suara bisikan saat sedang sendiri Kemampuan: pasien kooperatif</p> <p>Diagnosa keperawatan : Halusinasi pendengaran</p> <p>Tindakan keperawatan :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluasi cara meminum obat - Mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain - Latih pasien berinteraksi dengan orang lain <p>Rencana tindak lanjut :</p> <ul style="list-style-type: none"> - melanjutkan sp 3 | <p>S :- pasien mengatakan suara hilang saat berinteraksi dengan orang lain namun masih sesekali suara muncul</p> <p>O : -pasien malu saat awal interaksi -pasien kooperatif</p> <p>A : sp 3 mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap belum teratasi</p> <p>P : (Pr untuk Pasien) anjurkan pasien banyak berkumpul dengan temannya atau mengobrol dengan perawat ruangan</p> <p align="center">Tanda Tangan & Nama Jelas Perawat</p> <p align="center"></p> <p align="center">Ni Ketut Kristiani Dewi</p> |

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI ASUHAN KEPERAWATAN

Nama Klien : Tn. T (Initial)

Ruangan : R. Berry

No RM : 00323170

| IMPLEMENTASI TINDAKAN KEPERAWATAN | EVALUASI (SOAP) |
|--|---|
| <p>Hari/Tanggal: Kamis 13/02/2025 Jam: 09.00 wib SP/Pertemuan :3/4 Data & Kemampuan: -pasien mengatakan suara yang di dengar sudah mulai hilang Kemampuan: pasien mampu mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, minum obat dan bercakap-cakap</p> <p>Diagnosa keperawatan : Halusinasi pendengaran</p> <p>Tindakan keperawatan :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluasi cara bercakap-cakap - Mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain - Latih pasien berinteraksi dengan orang lain <p>Rencana tindak lanjut :</p> <ul style="list-style-type: none"> - melanjutkan sp 4 | <p>S :- pasien mengatakan suara hilang saat bicara dengan orang lain</p> <p>O : -pasien terlihat senang saat berinteraksi -pasien kooperatif</p> <p>A : sp 3 mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap teratasi</p> <p>P : (Pr untuk Pasien) anjurkan pasien banyak berkumpul dengan temannya atau mengobrol dengan perawat ruangan jika halusinasi muncul kembali</p> <p align="center">Tanda Tangan & Nama Jelas Perawat</p> <p align="center"></p> <p align="center">Ni Ketut Kristiani Dewi</p> |

Lampiran 3

FORMULIR PENGKAJIAN KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA PROGRAM STUDI D
III KEPERAWATAN UNIVERSITAS MH THAMRIN JAKARTA

RUANGAN RAWAT :R. Berry

TANGGAL DIRAWAT: 11
Februari 2025

I. IDENTITAS KLIEN

Inisial :Tn. H (L/P) Tanggal pengkajian :
Umur : 32 tahun RM No. :
Informan : pasien dan perawat

XIII. ALASAN MASUK :

Pasien datang dari panti bina insan dengan keluhan mendengar suara-suara tanpa wujud yang menawarkan surga. Suara tersebut berasal dari bawah tanah, pasien sesekali berbicara sendiri pasien mengatakan seperti ada yang mengajaknya bicara terus-menerus.

XIV. FAKTOR PREDISPOSISI

1. Pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu ? Ya Tidak
2. Pengobatan sebelumnya : Berhasil Kurang berhasil Tidak berhasil
- | | Pelaku/Usia | Korban/Usia | Saksi/Usia |
|-------------------------------|----------------------|-------------------------------------|----------------------|
| a. Aniaya fisik : | <input type="text"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| b. Aniaya seksual : | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| c. Penolakan : | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| d. Kekerasan dalam keluarga : | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| e. Tindakan kriminal : | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Jelaskan No 1, 2, 3 : Pasien mengatakan pernah di pukul giginya oleh pihak panti karena duduk diatas meja, pasien merasa kaget karena di pukul, saat dipukul pasien mendengar suara yang menyuruhnya untuk membalas pukulan tersebut dengan menggunakan pot bunga namun pasien tidak menghiraukan karena sadar akan kesalahan sendiri

Masalah Keperawatan : resiko perilaku kekerasan

4. Adakah anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa Ya Tidak
- | Hubungan keluarga | Gejala | Riwayat pengobatan/perawatan |
|-------------------|--------|------------------------------|
| | | |
| | | |

Masalah Keperawatan :.....

.....

5. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan

Pasien mengatakan pernah bekerja sebagai satpam dan sudah di PHK 3 tahun yang lalu, kemudian pasien menjadi pemulung satu tahun pasien merasa sedih dan malu akan kondisi yang dihadapi, pasien mengatakan merasa putus asa atas keadaannya saat ini

Masalah Keperawatan : harga diri rendah kronis

XV. FISIK

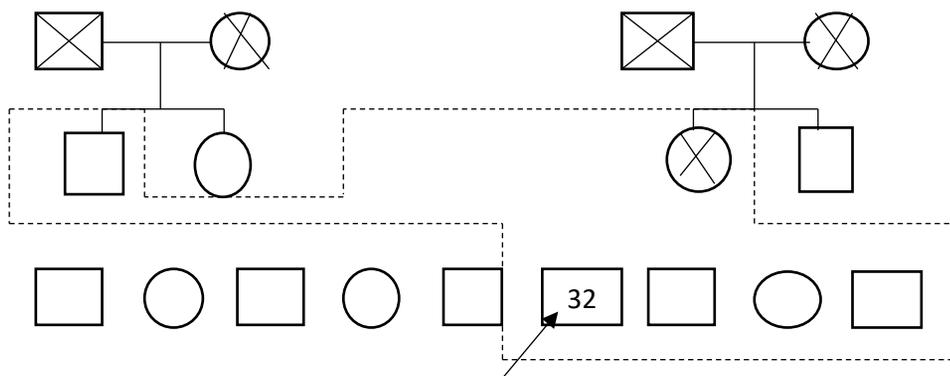
- 1. Tanda Vital : TD: 120/65 mmHg N:87x/mnt S: 36 c P: 20x/mnt
- 2. Ukur : TB: 170 cm BB: 70 kg
- 3. Keluhan Fisik : Ya Tidak

Jelaskan: tidak ada keluhan fisik yang dirasakan oleh pasien

Masalah Keperawatan: tidak ada masalah keperawatan

XVI. PSIKOSOSIAL :

- 1. Genogram :



Jelaskan: pasien mengatakan anak ke 6 dari 9 bersaudara, pasien tidak terlalu dekat dengan keluarganya, pola asuh kurang karena orang tua pasien sudah tidak menjenguk pasien selama di panti dan pola komunikasi kurang baik

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

- 2. Konsep diri :

- a. Gambaran diri : Pasien mengatakan tidak percaya diri dengan kondisi giginya yang ompong karena pernah di pukul
- b. Identitas : Pasien mengatakan identitasnya sebagai seorang pria dewasa yang harusnya sedang bekerja
- c. Peran : Pasien mengatakan sudah tidak bekerja sempat di phk menjadi satpam lalu bekerja sebagai pemulung
- d. Ideal diri : pasien mengatakan ingin bekerja dan menikah
- e. Harga diri : Pasien mengatakan merasa malu karena belum menikah dan tidak berpenghasilan pasien juga merasa malu sempat menjadi pemulung

Masalah Keperawatan : Harga diri rendah kronis

3. Hubungan sosial :

- a. Orang yang berarti : teman dekatnya di panti tlo
- b. Peran serta dalam kegiatan kelompok / masyarakat :.pasien mengikuti kegiatan rohis di panti seminggu sekali
- c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain : Saat diruangan pasien tampak lebih suka menghabiskan waktu menonton tv dengan teman temannya yang lain

Masalah Keperawatan : .tidak ada masalah keperawatan

4. Spiritual :

- a. Nilai dan keyakinan : pasien mengatakan agama Islam
- b. Kegiatan ibadah : pasien melakukan ibadah sholat dan mengaji

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

XVII. STATUS MENTAL

1. Penampilan :

Tidak rapi

Penggunaan pakaian
Tidak sesuai

Cara berpakaian tidak seperti
biasanya

Jelaskan: pasien berpenampilan tidak rapi, gigi pasien tampak kuning, pasien mengatakan tidak pernah menggosok gigi, rambut pasien pendek, kuku tangan panjang dan kotor, kuku kaki panjang dan kotor,pasien mengatakan mandi sehari 2x

Masalah Keperawatan : defisit perawatan diri

2. Pembicaraan :

Cepat

Keras

Gelisah

Inkoheren

Apatis

Lambat

Membisu

Tdk mampu
memulai
pembicaraan

Jelaskan : Pasien dapat diajak bicara kadang berbelit belit namun sampai pada tujuan pasien terkadang menjawab pertanyaan yang berasal dari halusinasinya

Masalah Keperawatan : halusinasi pendengaran

3. Aktivitas motorik :

Lesu Tegang Gelisah Agitasi
 Tik Grimasen Tremor Kompulsif

Jelaskan: pasien saat diajak bicara tampak tenang

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

4. Alam perasaan :

Sedih Ketakutan Putus asa Khawatir Gembira berlebihan

Jelaskan: Pasien mengatakan merasa takut dengan suara yang di dengar dari bawah tanah

Masalah Keperawatan : halusinasi pendengaran

5. Afek :

Datar Tumpul Labil Tidak sesuai

Jelaskan: Pasien menampilkan ekspresi muka sesuai dengan yang dibicarakan dan tidak terdapat reaksi berlebihan

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

6. Interaksi selama wawancara :

Bermusuhan Tidak kooperatif Mudah tersinggung
 Kontak mata (-) Defensif Curiga

Jelaskan: Pasien bercerita dengan sikap tenang dan kooperatif kontak mata pasien positif

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

7. Persepsi :

Pendengaran Penglihatan Perabaan
 Pengecapan Penghidu

Jelaskan: Pasien mengatakan mendengar jenis suara perempuan dan laki-laki yang menawarkan surga. Suara tersebut muncul dengan durasi setiap saat dari bawah tanah. Respon pasien saat suara itu muncul adalah merespon sambil tertawa, perasaan pasien saat suara itu muncul adalah bingung

Masalah Keperawatan : Gangguan persepsi sensori:halusinasi pendengaran

8. Proses pikir :

- | | | | | | |
|--------------------------|----------------|--------------------------|------------|--------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Sirkumtansial | <input type="checkbox"/> | Tangensial | <input type="checkbox"/> | Kehilangan asosiasi |
| <input type="checkbox"/> | Flight of idea | <input type="checkbox"/> | Blocking | <input type="checkbox"/> | Pengulangan pembicaraan/perseverasi |

Jelaskan: Pasien menceritakan dengan jelas alasan masuk rumah sakit

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

9. Isi pikir :

- | | | | | | | | |
|--------------------------|-----------------|--------------------------|------------------|--------------------------|---------------|--------------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> | Obsesi | <input type="checkbox"/> | Fobia | <input type="checkbox"/> | Hipokondria | | |
| <input type="checkbox"/> | Defersonalisasi | <input type="checkbox"/> | ide yang terkait | <input type="checkbox"/> | Pikiran magis | | |
| <i>Waham</i> | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | Agama | <input type="checkbox"/> | Somatik | <input type="checkbox"/> | Kebesaran | <input type="checkbox"/> | Curiga |
| <input type="checkbox"/> | Nihilistic | <input type="checkbox"/> | Sisip pikir | <input type="checkbox"/> | Siar pikir | <input type="checkbox"/> | Kontrol pikir |

Jelaskan: Pada saat pengkajian dilakukan tidak menemukan isi pikir dan waham

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

10. Tingkat kesadaran:

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

Jelaskan: Pada saat dilakukan pengkajian pasien sesekali tidak fokus dengan pertanyaan yang di berikan

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

11. Memori :

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

Jelaskan: Pasien mampu mengingat kejadian yang terjadi pada dirinya

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

12. Tingkat konsentrasi dan berhitung :

Mudah beralih

Tidak mampu konsentrasi

Tidak mampu berhitung sederhana

Jelaskan: pasien mampu berhitung sederhana

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

13. Kemampuan penilaian :

Gangguan ringan

Gangguan bermakna

Jelaskan: Pasien mengalami gangguan ringan, pasien dapat mengambil keputusan sederhana

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

14. Daya tilik diri :

Mengingkari penyakit yang diderita

Menyalahkan hal-hal diluar dirinya

Jelaskan: pasien menyadari tentang kondisi yang dialami

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

XVIII. KEBUTUHAN PERSIAPAN PULANG

1. Makan

Bantuan minimal

Bantuan total

2. BAB / BAK

Bantuan minimal

Bantuan total

Jelaskan: Pasien dapat makan sendiri, saat ingin bab/ bak pasien dapat menggunakan kamar mandi sendiri, lalu saat sebelum makan dan sesudah makan pasien dapat mencuci tangan dengan sabun di wastafel

Masalah Keperawatan :

3. Mandi

Bantuan minimal

Bantuan total

4. Berpakaian / berhias

Bantuan minimal

Bantuan total

5. Istirahat dan tidur

Tidur siang, lama :s/d.....

Tidur malam, lama :s/d.....

6. Penggunaan obat

Bantuan minimal

Bantuan total

7. Pemeliharaan kesehatan

Perawatan lanjutan

Ya

Tidak

| Perawatan pendukung | Ya | Tidak |
|----------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| 8. Kegiatan di dalam rumah | | |
| Mempersiapkan makanan | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Menjaga kerapian rumah | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Mencuci pakaian | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Pengaturan keuangan | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 9. Kegiatan di luar rumah | | |
| Belanja | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Transportasi | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Lain-lain | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

Jelaskan: Pasien hanya melakukan kegiatan harian di panti

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

XIX. MEKANISME KOPING

| Adaptif | Maladaptif |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Bicara dengan orang lain | <input type="checkbox"/> Minum alkohol |
| <input type="checkbox"/> Mampu menyelesaikan masalah | <input type="checkbox"/> Reaksi lambat/berlebih |
| <input type="checkbox"/> Tehnik relaksasi | <input type="checkbox"/> Bekerja berlebihan |
| <input type="checkbox"/> Aktivitas konstruktif | <input type="checkbox"/> Menghindar |
| <input type="checkbox"/> Olahraga | <input type="checkbox"/> Mencederai diri |
| <input type="checkbox"/> Lainnya : | <input type="checkbox"/> Lainnya: |

Masalah Keperawatan: tidak ada masalah keperawatan

XX. MASALAH PSIKOSOSIAL DAN LINGKUNGAN

- Masalah dengan dukungan kelompok, spesifik
Pasien tidak memiliki masalah dengan dukungan kelompok
- Masalah berhubungan dengan lingkungan, spesifik
Pasien mengatakan tidak memiliki masalah dengan lingkungan
- Masalah dengan pendidikan, spesifik
Pasien mengatakan tidak ada masalah pendidikan pasien lulusan smp
- Masalah dengan pekerjaan, spesifik
Pasien mengatakan pernah bekerja sebagai satpam namun di phk Lalu sempat menjadi pemulung 1 tahun lalu berhenti karena penghasilan yang tidak menentu
- Masalah dengan perumahan, spesifik
Pasien tidak memiliki masalah dengan perumahan

Masalah ekonomi, spesifik
Pasien sudah tidak memiliki ekonomi karena sudah tidak bekerja

Masalah dengan pelayanan kesehatan, spesifik. Pasien tidak memiliki masalah dengan pelayanan kesehatan

.....
 Masalah lainnya, spesifik

.....

Masalah Keperawatan : Harga diri rendah kronis

XXI. PENGETAHUAN KURANG TENTANG

Penyakit jiwa

System pendukung

Faktor presipitasi

Penyakit fisik

Koping

Obat-obatan

Lainnya :

Masalah Keperawatan : Pasien mengatakan mengerti dengan apa yang pasien alami dan mengetahui bagaimana cara menghilangkan suara tersebut saat muncul

XXII. ASPEK MEDIK

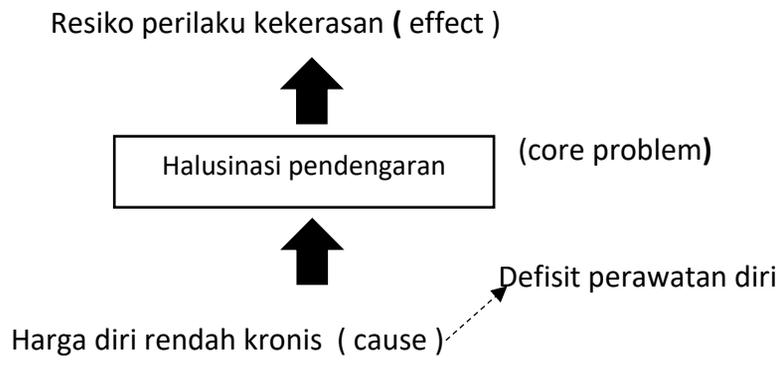
Diagnosa Medik : Undifferentiated Schizofrenia

- Terapi Medik : - Clorilex 1 x 25 mg
- Clozapine 1 x 25 mg
- Trihexypheninyl 1 x 2 mg
- Zipren 1 x 15 mg

ANALISA DATA

| Data | Masalah |
|---|---|
| <p>Ds : pasien mengatakan pernah dipukul oleh petugas panti saat dipukul pasien mendengar bisikan yang menyuruhnya untuk membalas pukulan tersebut dengan menggunakan pot bunga namun tidak pasien lakukan karena pasien sadar akan kesalahannya.</p> | <p>Resiko perilaku kekerasan</p> |
| <p>Do : pasien tampak berbicara sendiri - pasien tampak sesekali tidak tenang saat suara aneh muncul</p> | |
| <p>Ds : pasien mengatakan mendengar suara suara yang menawarkan surga dari bawah tanah yang terdengar setiap saat</p> | |
| <p>Do : pasien tampak tertawa dan bicara sendiri</p> | |
| <p>Ds : pasien mengatakan merasa malu karena sudah tidak punya penghasilan di umurnya yang sekarang, sempat di phk seagai satpam lalu bekerja sebagai pemulung</p> | |
| <p>Do : - pasien tampak murung - pasien menunduk saat berjalan - menarik diri</p> | <p>Gangguan persepsi sensori:halusinasi pendengaran</p> |
| <p>Ds : - pasien mengatakan tidak suka mandi karena airnya dingin - pasien mengatakan mandi hanya jika ingin</p> | |
| <p>Do:- pasien berpenampilan tidak rapi - gigi pasien tampak kuning - pasien mengatakan tidak pernah menggosok gigi - kuku tangan panjang dan kotor - kuku kaki panjang dan kotor, pasien mengatakan jarang mandi</p> | <p>Harga diri rendah kronis</p> |
| | <p>Defisit perawatan diri</p> |

POHON DIAGNOSIS



XXIII. DAFTAR MASALAH KEPERAWATAN

- Resiko perilaku kekerasan
- Harga diri rendah kronis
- Defisit perawatan diri
- Halusinasi pendengaran

DAFTAR DIAGNOSIS KEPERAWATAN (Sesuai urutan prioritas)

1. halusinasi pendengaran
2. resiko perilaku kekerasan
3. harga diri rendah kronis
4. defisit perawatan diri

Jakarta, 11 Februari 2025

Mahasiswa,



(Ni Ketut Kristiani Dewi.)
NPM :

**RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA DI
UNIT RAWAT INAP RUMAH SAKIT**

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN FAKULTAS KESEHATAN UNIVERSITAS MH. THAMRIN

Nama : Tn. H

Diagnosa Medis : Undifferentiated Schizofrenia

Ruangan : R. Berry

NO. RM :

| Tgl | No. Dx | Diagnosa Keperawatan | Perencanaan | | | |
|------------|--------|------------------------|--|---|---|--|
| | | | Tujuan | Kriteria Evaluasi | Intervensi | Rasional |
| (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) | (7) |
| 11-02-2025 | 1 | Halusinasi pendengaran | Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan : Pasien mampu mengidentifikasi halusinasi : isi, frekuensi, waktu terjadi, perasaan, respon serta dapat mengontrol halusinasinya dengan menghardik | setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x 20 menit diharapkan pasien mampu : 1. dapat menyebutkan jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi yang menyebabkan halusinasi, dan perasaan yang timbul saat halusinasi 2. mampu memperagakan cara dalam mengontrol halusinasi dengan menghardik | Sp 1 1. bina hubungan saling percaya dengan menggunakan komunikasi terapeutik 2. bantu pasien mengenal halusinasi (isi, waktu terjadinya, frekuensi, situasi yang dapat menimbulkan halusinasi , perasaan saat timbul halusinasi 3. jelaskan cara mengontrol halusinasi hardik, obat, ercakup-cakap, melakukan kegiatan 4. latih mengontrol halusinasi dengan cara mengahrdik 5. masukan pada jadwal kegiatan untuk latihan mengahardik | 1. hubungan saling percaya merupakan dasar untuk kelancaran hubungan interaksi selanjutnya 2. dengan mengetahui waktu isi, dan frekuensi munculnya halusinasi mempermudah tindakan. 3. Menghardik merupakan upaya memutuskan siklus halusinasi sehingga halusinasi tidak berlanjut |
| 12-02-2025 | 2. | Halusinasi pendengaran | Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan : pasien mampu mengontrol halusinasi dengan obat (jenis, guna, dosis, frekuensi, cara, | Setelah di lakukan asuhan keperawatan selama 1x20 menit di harapkan pasien mampu : 1. Pasien mampu mengevaluasi kegiatan | Sp 2 1. Evaluasi kegiatan menghardik, eri pujian 2. Latih cara mengontrol halusinasi dengan obat (jelaskan6 | 1. Evaluasi akan membantu perawat untk mengetahui sejauh mana kemampuan pasien mengingat kegiatan sebelumnya 2. Dengan menyebutkan dosis, frekuensi da manfaat minum |

| | | | | | | |
|------------|---|------------|---|---|---|--|
| | | | kontinuitas minum obat) | <p>menghardik</p> <p>2. Pasien mampu mengontrol halusinasi dengan obat</p> <p>3. Pasien mampu memasukan pada jadwal harian</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan 1x20 menit diharapkan pasien mampu :</p> <p>1. Pasien mampu mengevaluasi kegiatan menghardik dan obat</p> <p>2. Pasien mampu mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap</p> <p>3. Pasien mampu memasukan pada jadwal harian</p> | <p>benar obat : jenis, guna, dosis, frekuensi, cara, kontinuitas minum obat)</p> | <p>obat diharapkan pasien dapat melaksanakan program pengobatannya sendiri</p> |
| 13-02-2025 | 1 | Halusinasi | Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan : Pasien mampu mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap | <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan 1x20 menit diharapkan pasien mampu :</p> <p>1.Pasien mampu mengevaluasi kegiatan menghardik dan obat</p> <p>2.Pasien mampu mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap</p> <p>3.Pasien mampu memasukan pada jadwal harian</p> | <p>Sp 3</p> <p>1.Evaluasi kegiatan menghardik dan minum obat, beri pujian</p> <p>2.Latih cara mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap saat terjadi halusinasi</p> <p>3.Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik, minum obat, dan bercakap-cakap</p> | <p>1.Evaluasi akan membantu perawat untuk mengetahui sejauh mana kemampuan pasien mengingat kegiatan sebelumnya</p> <p>2.Berbicara dan bercakap-cakap dengan orang lain adalah salah satu upaya alternative untuk dapat mengendalikan halusinasi</p> |
| 14-02-2025 | | Halusinasi | Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan : Pasien mampu mengontrol halusinasi dengan kegiatan harian | <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan 1x20 menit diharapkan pasien mampu:</p> <p>1. Pasien mampu mengevaluasi kegiatan menghardik, minum obat dan bercakap-cakap</p> <p>2. Pasien mampu</p> | <p>Sp 4</p> <p>1. Evaluasi kegiatan menghardik, minum obat, dan bercakap-cakap, beri pujian.</p> <p>2. Latih cara mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan</p> | <p>1. Evaluasi akan membantu perawat untuk mengetahui sejauh mana kemampuan pasien untuk melakukan kegiatan sebelumnya</p> <p>2. Memberikan kegiatan kepada pasien merupakan upaya alternative agar pasien bias melupakan pikiran yang</p> |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|---|---|-----------------------------------|
| | | | | mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan harian 3. Pasien mampu memasukkan pada jadwal harian | harian 3. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik, minum obat, bercakap-cakap dan kegiatan harian | menyebabkan halusinasi itu muncul |
|--|--|--|--|---|---|-----------------------------------|

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI ASUHAN KEPERAWATAN

Nama Klien :Tn.H (Initial)

Ruangan : R.Berry

No RM :

| IMPLEMENTASI TINDAKAN KEPERAWATAN | EVALUASI (SOAP) |
|--|---|
| <p>Hari/Tanggal: selasa/11/02/2025 Jam:09.00 SP/Pertemuan :1/1 Data & Kemampuan: Data: - pasien mengatakan mendengar suara dari bawah tanah yang menawarkan surga</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak bicara sendiri - Pasien tampak gelisah - Pasien tampak tiba-tiba tertawa sendiri <p>Kemampuan: pasien belum mampu mengontrol halusinasi nya</p> <p>Diagnosa Keperawatan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Halusinasi pendengaran <p>Tindakan Keperawatan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi halusinasi: isi, frekuensi, waktu terjadi, situasi, perasaan dan respon - Menjelaskan cara mengontrol halusinasi: menghardik, minum obat, bercakap-cakap, dan melakukan kegiatan - Melakukan sp 1(mengontrol halusinasi dengan menghardik) <p>Rencana Tindak Lanjut (u/Perawat)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ingatkan pasien untuk melakukan hardik - Mengulang sp 1 | <p>S :- pasien mengatakan suara terus menerus muncul dari bawah tanah</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan mengerti cara menghardik - Pasien mengatakan suara masih terdengar <p>O :- pasien mampu menjelaskan isi halusinasi nya</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak bicara sendiri - Pasien sesekali tampak tidak fokus - Pasien masih harus dibantu cara mengahrdik jika halusinasi datang <p>A : sp 1 mengontrol halusinasi belum teratasi</p> <p>P : (Pr untuk Pasien): latih cara menghardik jika halusinasi datang</p> <p align="right">Tanda Tangan & Nama Jelas Perawat</p> <p align="center">  Ni Ketut Kristiani Dewi </p> |

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI ASUHAN KEPERAWATAN

Nama Klien:Tn.H (Initial)

Ruangan : R.Berry

No RM:

| IMPLEMENTASI TINDAKAN KEPERAWATAN | EVALUASI (SOAP) |
|---|---|
| <p>Hari/Tanggal: Rabu/12/02/2025 Jam:09.00</p> <p>SP/Pertemuan :1/2</p> <p>Data & Kemampuan:</p> <p>Data: - pasien mengatakan mendengar suara dari bawah tanah yang menawarkan surga</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak bicara sendiri - Pasien tampak gelisah - Pasien tampak tiba-tiba tertawa sendiri <p>Kemampuan: pasien belum mampu mengontrol halusinasi nya</p> <p>-pasien kooperatif</p> <p>Diagnosa Keperawatan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Halusinasi pendengaran <p>Tindakan Keperawatan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluasi cara menghardik - Melakukan sp 1(mengontrol dengan cara menghardik <p>Rencana Tindak Lanjut (u/Perawat)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Melanjutkan sp 2 | <p>S :- pasien mengatakan suara hilang saat hardik dilakukan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan mengerti cara menghardik <p>O :- pasien tampak bicara sendiri namun fokus saat diajak bicara</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak mengerti cara menghardik <p>A : sp 1 mengontrol halusinasi teratasi</p> <p>P : (Pr untuk Pasien): anjurkan cara menghardik jika halusinasi datang</p> <p align="center">Tanda Tangan & Nama Jelas Perawat</p> <div align="center" data-bbox="1496 1129 1615 1225">  </div> <p align="center">Ni Ketut Kristiani Dewi</p> |

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI ASUHAN KEPERAWATAN

Nama Klien:Tn.H (Initial)

Ruangan : R.Berry

No RM :

| IMPLEMENTASI TINDAKAN KEPERAWATAN | EVALUASI (SOAP) |
|---|--|
| <p>Hari/Tanggal: Kamis/13/02/2025 Jam:09.00</p> <p>SP/Pertemuan :2/3</p> <p>Data & Kemampuan:</p> <p>Data: - pasien mengatakan mendengar suara- suara dari bawah tanah dan juga dari kuping</p> <p>pasien mengatakan sudah melakukan hardik saat halusinasi muncul</p> <p>pasien tampak bicara sendiri</p> <p>pasien tampak gelisah</p> <p>kemampuan : - pasien kooperatif</p> <p>pasien mampu melakukan hardik saat halusinasi muncul</p> <p>Diagnosa Keperawatan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Halusinasi pendengaran <p>Tindakan Keperawatan</p> <ul style="list-style-type: none"> - evaluasi cara menghardik - mengontrol halusinasi dengan minum obat - latih pasien minum obat teratur <p>Rencana Tindak Lanjut (u/Perawat)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Melanjutkan sp 3 | <p>S :- pasien mengatakan setelah minum obat menjadi lebih tenang</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan senang setelah berbincang- bincang <p>O: - pasien tampak tenang</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengerti pentingnya minum obat teratur <p>A : sp 2 mengontrol halusinasi teratasi</p> <p>P : (Pr untuk Pasien):</p> <ul style="list-style-type: none"> - ajurkan pasien lakukan hardik saat halusinasi muncul - anjurkan pasien minum obat secara teratur <p align="center">Tanda Tangan & Nama Jelas Perawat</p> <div align="center" data-bbox="1512 1189 1624 1284">  </div> <p align="center">Ni Ketut Kristiani Dewi</p> |

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI ASUHAN KEPERAWATAN

Nama Klien:Tn.H (Initial)

Ruangan : R.Berry

No RM:

| IMPLEMENTASI TINDAKAN KEPERAWATAN | EVALUASI (SOAP) |
|--|---|
| <p>Hari/Tanggal: Sabtu/15/02/2025 Jam:09.00</p> <p>SP/Pertemuan :4/5</p> <p>Data & Kemampuan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan mendengar suara- suara dari bawah tanah dan juga dari kuping - pasien mengatakan sudah melakukan hardik saat halusinasi muncul - pasien tampak bicara sendiri <p>kemampuan :- pasien kooperatif</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mampu melakukan hardik , minum obat dan bercakap-cakap saat halusinasi muncul <p>Diagnosa Keperawatan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Halusinasi pendengaran <p>Tindakan Keperawatan</p> <ul style="list-style-type: none"> - evaluasi cara menghardik, minum obat dan bercakap-cakap. Beri pujian - menjelaskan cara mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan <p>Rencana Tindak Lanjut (u/Perawat)</p> | <p>S: - pasien mengatakan akan melakukan kegiatan diruangan seperti membereskan gelas</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan akan mengikuti karaoke bersama teman yang lain dan perawat - pasien mengatakan bisa mengontrol halusinanya dengan cara yang suda dipelajari <p>O :- pasien tampak senang</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien tampak senang berbaur dengan yang lain - pasien mampu mengontrol halusinasi nya dengan cara hardik, minum obat, dan bercakap- cakap <p>A : sp 4 mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan teratasi</p> <p>P : (Pr untuk Pasien):</p> <ul style="list-style-type: none"> - anjurkan pasien untuk melakukan hardik, minum obat, bercakap-cakap dengan orang lain, dan melakukan kegiatan untuk mengontrol halusinasinya <p align="right">Tanda Tangan & Nama Jelas Perawat</p> <div style="text-align: center;">  <p>Ni Ketut Kristiani Dewi</p> </div> |

Lampiran 4

STRATEGI PELAKSANAAN (SP)

PADA PASIEN HALUSINASI PENDENGARAN

Pertemuan/SP: 1/1

Hari/Tanggal: Selasa, 11 Februari 2025

Jam: 09.00 WIB

Pasien 1

A. PROSES KEPERAWATAN

1. Kondisi Klien (DS & DO)

DS: pasien mengatakan mendengarkan suara-suara yang menawarkan surga

DO: pasien terlihat berbicara sendiri

2. Diagnosa Keperawatan

: Gangguan Presepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran

3. Tujuan Khusus

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x20 menit diharapkan

pasien dapat:

- Pasien mampu mengontrol halusinasi

4. Tindakan keperawatan

- identifikasi jenis halusinasi pasien

- identifikasi waktu halusinasi pasien
- identifikasi frekuensi, situasi, respons
- ajarkan pasien cara menghardik

B. STRATEGI KOMUNIKASI

FASE ORIENTASI

1. Salam terapeutik

“Selamat pagi bapak. Perkenalkan saya Ni Ketut Kristiani Dewi, senang dipanggil Kristi. Saya mahasiswa Universitas MH Thamrin yang sedang berdiskusi di ruangan ini. Kalau boleh tahu ini dengan bapak siapa? Senang dipanggil apa?”.

2. Evaluasi Validasi

“Bagaimana perasaan bapak hari ini? Semalam tidurnya nyenyak tidak pak?”

3. Kontrak

a. Topik

“Baik bapak, bagaimana kalau hari ini kita berbincang mengenai suara-suara yang selama ini bapak dengar?”.

b. Tujuan

“Tujuannya agar bapak bisa mengenal halusinasi dan mengetahui cara mengontrol halusinasi yang dirasakan saat ini”.

c. Waktu

“Bapak punya waktu dengan saya berapa lama? Bagaimana kalau 10 menit?”.

d. Tempat

“Bapak ingin berbincang dimana? Bagaimana kalau di ruangan makan?”.

C. FASE KERJA

“Apakah mendengar suara tanpa wujudnya?”. “Apa yang dikatakan suara itu?”. “Apakah bapak melihat sesuatu seperti orang, bayangan atau makhluk?”. “Apakah suara itu terdengar terus menerus atau hanya sewaktu waktu?”. “Kapan paling sering bapak mendengar suara itu?”. “Berapa kali bapak mengalaminya?”. “Pada keadaan apa? Apakah waktu sendiri?”. “Apa yang bapak rasakan saat mendengar suara itu?”. “Apa yang bapak lakukan? Apakah dengan cara tersebut suara itu akan hilang?”. “Baik pak, bagaimana kalau kita belajar cara untuk mencegah suara-suara agar tidak muncul”. “Ada 4 cara untuk mencegah suara itu muncul, yaitu: dengan menghardik suara tersebut, minum obat dengan teratur, bercakap-cakap dengan orang lain, melakukan kegiatan yang sudah terjadwal”. “Bagaimana kalau hari ini kita belajar salah satu cara dulu yaitu dengan menghardik. Caranya seperti ini, saat suara itu muncul bapak bilang pergi saya tidak mau dengar...saya tidak mau dengar. Kamu suara palsu. Begitu diulang sampai suara itu tidak terdengar”. “Coba sekarang bapak peragakan yang saya contohkan tadi. Nahhh bagus, baguss, coba lagi. Iya bagus bapak sudah bisa melakukan cara menghardik”. “Kegiatan ini bisa bapak masukan dalam jadwal harian ya”.

D. FASE TERMINASI

1. Evaluasi Respon Klien terhadap tindakan keperawatan

a. Evaluasi Subjektif

“Bagaimana perasaan bapak dengan obrolan kita tadi? Bapak merasa senang tidak dengan latihan tadi?”

b. Evaluasi Objektif

“Setelah kita berbincang, sekarang coba bapak simpulkan pembicaraan kita tadi, coba ulangi kembali cara untuk mencegah suara yang sudah diajarkan tadi agar tidak muncul kembali”

2. Rencana Tindak Lanjut(Apa yang perlu dilatih klien sesuai dengan tindakan yang telah dilakukan)

“ kalau bayangan dan suara-suara itu muncul lagi, silahkan bapak lakukan lagi cara menghardik yang sudah kita pelajari”

3. Kontrak yang akan datang

a. Topik

“Besok saya akan berbincang dengan bapak lagi, kita akan membahas cara yang kedua untuk mengontrol halusinasi yaitu dengan minum obat secara teratur”.

b. Waktu

“Bagaimana kalau besok kita berbincang di jam 09.00 WIB?”.

c. Tempat

“Tempatnya disini lagi ya pak. Bapak mau? Baik kalau begitu saya pamit dulu yaa, mari pak.”

Jakarta, 11 Februari 2025

Mahasiswa

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Ni Ketut Kristiani Dewi', written in a cursive style.

Ni Ketut Kristiani Dewi

STRATEGI PELAKSANAAN (SP)
PADA PASIEN HALUSINASI PENDENGARAN

Pertemuan/SP:2/2

Hari/Tanggal: Rabu, 12 Februari 2025

Jam: 09.00 WIB

Pasien 1

A. PROSES KEPERAWATAN

1. Kondisi Pasien (DS & DO)

DS: - pasien mendengar suara-suara yang tidak jelas

DO: - pasien tampak bicara sendiri

- pasien tampak koperatif

2. Diagnosa Keperawatan

: Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran

3. Tujuan Khusus

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x20 menit diharapkan

pasien dapat:

- Pasien dapat memperagakan menghardik.

4. Tindakan Keperawatan -

- Evaluasi kegiatan menghardik.

- Beri pendidikan kesehatan tentang penggunaan obat secara teratur

Latih cara mengontrol halusinasi dengan obat (6 benar obat: jenis, guna, dosis, frekuensi, cara, kontinuitas minum obat).

B. STRATEGI KOMUNIKASI

FASE ORIENTASI

1. Salam terapeutik

“Selamat siang bapak. Masih ingat dengan saya gak?”.

2. Evaluasi Validasi

“Bagaimana perasaan bapak hari ini? Bagaimana tidurnya nyenyak atau tidak? Apa suara-suara itu masih terdengar pak? Apakah cara menghardik sudah bapak lakukan? Coba bapak contohkan kembali. Iya bagus”.

3. Kontrak

a. Topik

“Baik bapak sesuai dengan kontrak sebelumnya hari ini kita akan berbincang mengenai cara mengontrol halusinasi dengan obat?”.

b. Tujuan

“Tujuannya agar bapak bisa mengetahui manfaat minum obat secara teratur supaya suara-suara itu tidak muncul”.

c. Waktu

“Bapak punya waktu dengan saya berapa lama? Bagaimana kalau 10 menit?”.

d. Tempat

“bagaimana tempatnya di meja makan saja ya pak, seperti kemarin”.

C. FASE KERJA

“apakah obat hari ini sudah diminum pak?” “apakah ada bedanya setelah minum obat secara teratur? Apakah suara itu masih terdengar?”

D. FASE TERMINASI

1. Evaluasi Respon klien terhadap tindakan keperawatan

a. Evaluasi Subjektif

“bagaimana perasaan bapak setelah kita berbincang-bincang tentang obat?”

b. Evaluasi Objektif

“coba sekarang bapak sebutkan sudah ada berapa cara yang kita latih untuk mencegah suara itu? Coba bapak peragakan, iya bagus.”

2. Rencana Tindak Lanjut

“mari kita masukan pada jadwal harian untuk minum obat ya pak. Jangan lupa minum obat secara teratur”

3. Kontrak yang akan datang

a. Topik

“bagaimana kalau besok kita berbincang-bincang tentang cara lain untuk mencegah suara yaitu dengan bercakap-cakap”

b. Waktu

“waktunya bagaimana di jam yang sama seperti hari ini, jam 09.00 WIB?”

c. Tempat

“tempatya disini lagi. Bapak bersedia? Kalau begitu saya tinggal dulu

ya. Sampai ketemu besok pak, mari”

Jakarta, 12 Februari 2025

Mahasiswa



Ni Ketut Kristiani Dewi

STRATEGI PELAKSANAAN (SP)
PADA PASIEN HALUSINASI PENDENGARAN

Pertemuan/SP:3/3

Hari/Tanggal: Kamis, 13 Februari 2025

Jam: 09.00 WIB

Pasien 1

A. PROSES KEPERAWATAN

1. Kondisi Pasien (DS & DO)

DS: - Pasien mengatakan suka mendengar suara yang menawarkan surga

DO:

- Pasien tampak tenang dan kooperatif saat diajak berbicara.

- Pasien sesekali mengalihkan pandangan kebawah.

2. Diagnosa Keperawatan

: Gangguan persepsi sensori: Halusinasi Pendengaran

3. Tujuan Khusus

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x20 menit diharapkan

pasien dapat:

- Pasien dapat melakukan cara menghardik dan menyebutkan kegunaan

obat.

-Pasien dapat mengontrol halusinasinya dengan bercakap-cakap saat terjadi halusinasi.

-Pasien dapat memasukan pada jadwal kegiatan untuk menghardik, minum obat, bercakap-cakap .

4. Tindakan Keperawatan

- Evaluasi kegiatan latihan menghardik dan obat.

Beri pujian.

Masukan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik, minum obat

dan bercakap-cakap.

B. STRATEGI KOMUNIKASI

FASE ORIENTASI

1. Salam Terapeutik

“selamat pagi pak, masih ingat dengan saya gak? Iya betul”

2. Evaluasi Validasi

“bagaimana perasaan bapak hari ini? Apakah suara-suara masih muncul?

Apakah sudah pakai cara yang kita latih? Coba peragakan dan sebutkan. Iya

bagus”

3. Kontrak

a. Topik

“sesuai janji kita kemarin, saya akan melatih cara yang ketiga untuk mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain, perawat atau teman sekamar”

b. Tujuan

“tujuannya agar suara itu tidak muncul lagi”

c. Waktu

“untuk waktunya 10 menit”

d. Tempat

“tampatnya di ruangan ini ya pak”

C.FASE KERJA

“cara ketiga untuk mencegah/mengontrol halusinasi adalah dengan bercakap cakap dengan orang lain. Jadi kalau bapak mendengar suara tanpa ada wujudnya langsung cari teman atau perawat untuk diajak berbincang. Minta perawat atau teman untuk berbincang dengan bapak. Contohnya seperti ini, tolong saya mulai mendengar suara-suara. Ayo mengonrol dengan saya atau semisal bapak sedang dirumah, misal katakan ayo mengobrol dengan saya, saya sedang mendengar suara. Begitu ya pak. Coba ulangi seperti yang saya

lakukan” “iya begitu, bagus! Coba sekali lagi, bagus!” “nah cara ini bisa bapak latih terus ya”

D. FASE TERMINASI

1. Evaluasi Respon klien terhadap tindakan keperawatan

a. Evaluasi subjektif

“bagaimana perasaan bapak setelah kita latihan ini?”

b. Evaluasi objektif

“jadi sudah ada berapa cara yang bapak pelajari untuk mencegah suara itu? Coba sebutkan”

2. Rencana tindak lanjut

“kegiatan ini kita masukan pada jadwal harian ya pak. Nanti lakukan secara teratur jika sewaktu suara itu muncul”

3. Kontrak

a. Topik

“besok kita latihan cara yang keempat ya pak yaitu dengan melakukan kegiatan atau aktivitas secara terjadwal”

b. Waktu

“waktunya bagaimana kalau jam 09.00 seperti kemarin?”

c. Tempat

“tempatnya diruangan ini lagi ya pak. Baik kalau begitu saya pamit dulu
ya pak, selamat beristirahat pak”

Jakarta, 13 Februari 2025

Mahasiswa

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Ni Ketut Kristiani Dewi', with a stylized flourish at the end.

Ni Ketut Kristiani Dewi

STRATEGI PELAKSANAAN (SP)

PADA PASIEN HALUSINASI PENDENGARAN

Pertemuan/SP:4/4

Hari/Tanggal: Jumat, 14 Februari 2025

Jam: 09.00 WIB

Pasien 1

A. PROSES KEPERAWATAN

1. Kondisi Pasien (DS & DO)

DS: - Pasien mengatakan suka mendengar suara-suara yang menawarkan surga

DO: - Pasien tampak tenang dan kooperatif saat diajak berbicara.

2. Diagnosa Keperawatan

: Gangguan persepsi sensori: Halusinasi Pendengaran

3. Tujuan Khusus

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x20 menit diharapkan pasien dapat:

- Pasien dapat memperagakan dan menyebutkan cara menghardik, minum obat dan bercakap-cakap.

Pasien dapat mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan harian saat terjadi halusinasi.

Pasien dapat memasukan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik, obat, bercakap-cakap dan melakukan kegiatan harian.

4. Tindakan Keperawatan

- Evaluasi kegiatan latihan menghardik & obat & bercakap-cakap. Beri pujian.

- Latih cara mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan harian.

Masukan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik, minum obat,

bercakap-cakap dan kegiatan harian.

B. STRATEGI KOMUNIKASI

FASE ORIENTASI

1. Salam Terapeutik

“selamat pagi pak, masih ingat dengan saya gak?”

2. Evaluasi Validasi

“bagaimana perasaan bapak hari ini? Apakah masih mendengar suara? Jika masih mendengar cara apa yang bapak lakukan? coba peragakan dan sebutkan. Iya bagus”

3. Kontrak

a. Topik

“sesuai dengan kontrak kita kemarin ya pak, hari ini kita akan belajar cara mengontrol halusinasi dengan cara keempat yaitu melakukan kegiatan”

b. Tujuan

“tujuannya agar suara itu tidak muncul lagi dan bapak jadi mengetahui cara apa saja suapa mengontrol halusinasi”

c. Waktu

“waktunya sekitar 10 menit”

d. Tempat

“di ruangan ini ya pak”

C.FASE KERJA

“Baik pak untuk cara mengontrol halusinasi yang keempat dengan melakukan kegiatan harian. Hari ini kita merapikan tempat tidur ya. Tujuan nya agar bapak dapat mengalihkan suara yang didengar.” “Baiklah pak sekarang kita merapikan tempat tidur bapak ya. Kalau kita akan merapikan tempat tidur, kita pindahkan dulu bantal, guling dan selimutnya. Lalu kita pasang seprainya lagi, kita mulai dari arah atas ya sekarang bagian kaki, tarik dan masukkan, lalu bagian pinggir dimasukkan. Sekarang ambil bantal dan letakkan dibagian atas kepala. Selanjutnya kita lipat dan rapikan selimutnya dan letakan dibawah kaki.” “coba sekarang bapak praktekan cara yang sudah saya ajarkan.”

“Bagus sekali ibu. ibu dapat melakukannya dengan baik dan rapi”

D. FASE TERMINASI

1. Evaluasi Respon klien terhadap tindakan keperawatan

a. Evaluasi subjektif

“bagaimana perasaan bapak setelah kita merapikan tempat tidur?”

b. Evaluasi objektif

“jadi sudah ada berapa cara yang bapak pelajari untuk mencegah suara muncul? Coba sebutkan”

2. Rencana tindak lanjut

“Bagus sekali pak sekarang masukan kedalam jadwal kegiatan harian ya”

3. Kontrak

a. Topik

“bapak kita telah melakukan keempat cara untuk menghilangkan suara suara yang bapak dengar. Jadi bapak harus melakukannya setiap hari agar suara- suara itu tidak mengganggu bapak lagi. Bagaimana pak? Apakah bapak mengerti? Besok saya akan keruangan bapak lagi untuk melihat kemampuan bapak”

b. Waktu

“waktunya jam 09.00 WIB lagi ya pak ya”

c. Tempat

“di ruangan ini lagi. Kalau begitu saya pamit dulu ya pak, mari.”

Jakarta, 14 Februari 2025

Mahasiswa



Ni Ketut Kristiani Dewi

Lampiran 5

LEMBAR REVISI KTI

NAMA MAHASISWA : Ni Ketut Kristiani Dewi

NIM : 1031222023

JUDUL KTI : “Asuhan Keperawatan Pasien Yang Mengalami *Skizofrenia* Dengan Halusinasi Pendengaran Di Ruang Berry RSKD Duren Sawit”

| Masukan | Ibu Dwinara | Ibu Suwarningsih | Ibu Apriyanti | Sudah diperbaiki (Pick List) |
|--------------------------|---|---|---|------------------------------|
| COVER s/d KATA PENGANTAR | - Menambahkan kalimat penutup pada kata pengantar | - Memperbaiki penulisan gelar pada kata pengantar | Tidak Ada | ✓ |
| BAB 1 | - Menambahkan kalimat penutup pada latar belakang - Menambahkan dampak, angka kejadian, dan peran perawat. | Tidak Ada | - Memperbaiki penulisan sumber referensi - Memperbaiki kata/kalimat yang typo - Menambahkan referensi lain. - Menambahkan referensi yang belum tercantum/kurang. | ✓ |
| BAB 2 | - Memperbaiki kata/kalimat yang typo. - Memperbaiki penulisan referensi. - Merapikan struktur penulisan. - Menambahkan referensi penelitian. | - Memperbaiki penulisan kata/kalimat yang typo. | Tidak Ada | ✓ |
| BAB 3 | - Menambahkan teori terkait pada desain penelitian. - Memperbaiki struktur penulisan. | Tidak Ada | - Memperbaiki penulisan kata/kalimat yang typo. - Menambahkan kata/kalimat yang kurang. | ✓ |

| | | | | |
|----------------|---|-----------|---|---|
| | | | - Menambahkan penjelasan pada etika penelitian | |
| BAB 4 | <ul style="list-style-type: none"> - Memperbaiki struktur penulisan. - Menambahkan Kata/kalimat yang kurang. - Menambahkan perasaan pasien pada tabel psikososial. - Menambahkan peran perawat pada tabel masalah psikososial dan lingkungan. - Menambahkan data subjektif pada tabel Analisa data - Memperbaiki kata/kalimat yang typo. - Menambahkan penjelasan faktor biologis, psikososial pada pembahasan | Tidak Ada | <ul style="list-style-type: none"> - Menambahkan dua penelitian yang mendukung penelitian tersebut. - Memperbaiki penulisan kata/kalimat yang typo. - Memperbaiki penulisan faktor pendukung dan penghambat pada pembahasan. | ✓ |
| BAB 5 | <ul style="list-style-type: none"> - Memperbaiki penulisan kesimpulan, harus sejalan dengan pembahasan. | Tidak Ada | <ul style="list-style-type: none"> - Memperbaiki kesimpulan dirangkum menjadi satu. - Memperbaiki penulisan kata/kalimat. | ✓ |
| DAFTAR PUSTAKA | <ul style="list-style-type: none"> - Memperbaiki penulisan daftar pustaka. | Tidak Ada | Tidak Ada | ✓ |
| LAMPIRAN | Tidak Ada | Tidak Ada | Tidak Ada | ✓ |

Lampiran 6

**LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN**

Nama : Ni Ketut Kristiani Dewi

Nim : 1031222023

Makalah : “Asuhan Keperawatan Pasien Yang Mengalami *Skizofrenia*
Dengan Halusinasi Pendegaran Di Ruang Berry RSKD Duren
Sawit”

Pembimbing : Ns. Suwarningsih, S. Kep., M. Kep

| No | Waktu dan Tanggal | BAB dan Isi Makalah | Hasil Konsultasi | Paraf Pembimbing |
|----|-------------------|----------------------------|---|---|
| 1. | 6 Maret 2025 | BAB I | <ul style="list-style-type: none">- Latar belakang ditambahkan teori nya- Tambahkan rumusan masalah |  |
| 2. | 26 Maret 2025 | BAB I BAB II BAB III | <ul style="list-style-type: none">- Tambahkan prevalensi menurut SKI- Lengkapi teori- Memperbaiki penulisan desain penelitian |  |
| 3. | 2 April 2025 | BAB I BAB 4 | <ul style="list-style-type: none">- Memperbaiki tulisan yang typo |  |
| 4. | 17 April 2025 | BAB 1 BAB 5 | <ul style="list-style-type: none">- Lihat pedoman sistematika penulisan |  |

| | | | | |
|----|---------------|--------------------|---|---|
| 5. | 25 April 2025 | BAB 1 S/D BAB 5 | <ul style="list-style-type: none">- Tambahkan etiologi halusinasi di latar belakang- Perbaiki tanda baca- Perbaiki asuhan keperawatan- Menambahkan faktor pendukung dan penghambat di pembahasan |  |
|----|---------------|--------------------|---|---|

LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN

Nama : Ni Ketut Kristiani Dewi

Nim : 1031222023

Makalah : “Asuhan Keperawatan Pasien Yang Mengalami *Skizofrenia* Dengan Halusinasi Pendengaran Di Ruang Berry RSKD Duren Sawit”

Pembimbing : Ns. Apriyanti, S. Kep., M. Kep

| No | Waktu dan Tanggal | BAB dan Isi Makalah | Hasil Konsultasi | Paraf Pembimbing |
|----|-------------------|---------------------|---|---|
| 1. | 3 Maret 2025 | BAB 1 BAB 2 | - Latar belakang - Rumusan masalah - Konsep teori |  |
| 2. | 7 Maret 2025 | BAB 1 BAB 2 | - Perbaikan latar belakang rumusan masalah |  |
| 3. | 14 maret 2025 | BAB 3 | - Metode penelitian s/d etika penelitian |  |
| 4. | 19 Maret 2025 | BAB 3 | - Perbaikandan pharaprased Bahasa penelitian pada metode penelitian |  |
| 5. | 11 April 2025 | BAB 4 | - Asuhan keperawatan di perbaiki,tanda gejala, masalah keperawatan |  |
| 6. | 23 April 2025 | BAB 4 | - Perbaikan asuhan keperawatan sesuai aturan sdki,slki |  |
| 7. | 28 April 2025 | BAB 1-5 | - Revisi asuhan keperawawatan Lanjutkan untuk ujian sidang KTI |  |

Lampiran 7

Ni Ketut Kristiani Dewi_D3 Kep_F_2025_Asuhan Keperawatan Pasien Yang Mengalami Skizofrenia Dengan Halusinasi Pendengaran Di Ruang Berry RSKD Duren Sawit

ORIGINALITY REPORT

| | | | |
|------------------|------------------|--------------|----------------|
| 8% | 8% | 5% | 4% |
| SIMILARITY INDEX | INTERNET SOURCES | PUBLICATIONS | STUDENT PAPERS |

PRIMARY SOURCES

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | repository.itekes-bali.ac.id Internet Source | 2% |
| 2 | pdfcoffee.com Internet Source | 1% |
| 3 | www.scribd.com Internet Source | 1% |
| 4 | Jesika Serevin Silitonga. "Manajemen Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Masalah Halusinasi Pendengaran Pada Penderita Skizofrenia: Studi Kasus", Open Science Framework, 2022 Publication | 1% |
| 5 | repo.stikesicme-jbg.ac.id Internet Source | 1% |
| 6 | lupiqueen.blogspot.com Internet Source | 1% |
| 7 | simk.ppni-inna.org Internet Source | 1% |
| 8 | repositori.uin-alauddin.ac.id Internet Source | 1% |
| 9 | repository.stikeshangtuh-sby.ac.id Internet Source | 1% |