

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA NY.D DENGAN MASALAH
UTAMA GANGGUAN PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI
PENDENGARAN DAN DIAGNOSA MEDIS SKIZOFRENIA
DI RUANG FLAMBOYAN RUMAH SAKIT JIWA
MENUR SURABAYA**



Oleh :
YUANNITA PUTRI WAHYUNI SALAM, S.Kep
NIM. 223.0125

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA
2023**

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA NY.D DENGAN MASALAH
UTAMA GANGGUAN PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI
PENDENGARAN DAN DIAGNOSA MEDIS SKIZOFRENIA
DI RUANG FLAMBOYAN RUMAH SAKIT JIWA
MENUR SURABAYA**

**Karya Ilmiah Akhir ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk
memperoleh gelar Ners**



**Oleh :
YUANNITA PUTRI WAHYUNI SALAM, S.Kep
NIM. 223.0125**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA
2023**

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN

Saya bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ilmiah ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di STIKES Hang Tuah Surabaya. Berdasarkan pengetahuan dan keyakinan penulis, semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk, saya nyatakan dengan benar. Bila ditemukan adanya plagiarasi, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh STIKES Hang Tuah Surabaya

Surabaya, Januari 2023

Yuannita Putri W.S, S.Kep
Nim. 223.0125

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa:

Nama : Yuannita Putri Wahyuni Salam, S.Kep.
NIM : 2230125
Program Studi : Pendidikan Profesi Ners
Judul : Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny.D Dengan Masalah Utama Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran dan Diagnosa Medis Skizofrenia Di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa karya ilmiah akhir ini guna memenuhi sebagai persyaratan untuk memperoleh gelar:

NERS (Ns.)

Pembimbing I

Pembimbing II

Sukma Ayu Candra K, S.Kep., Ns., M.Kep.,Sp.Kep.J.
NIP. 03007

Isti Wahyuningsih, S.Kep.,Ns
NIP. 196607051987032004

**Mengetahui,
Stikes Hang Tuah Surabaya
Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners**

Dr. Hidayatus Sya'diyah, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 03009

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya.
Tanggal :

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir dari :

Nama : Yuannita Putri Wahyuni Salam, S.Kep.

NIM : 2230125

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny.D Dengan Masalah
Utama Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran
Dan Diagnosa Medis Skizofrenia Di Ruang Flamboyan
Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji Karya Ilmiah Akhir di STIKES Hang Tuah Surabaya, dan dinyatakan diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar “NERS” pada Prodi Pendidikan Profesi Ners Stikes Hang Tuah Surabaya.

Penguji I : Dr. A.V.Sri Suhardiningsih, S.Kp.,M.Kes. (.....)
NIP.04.015

Penguji II : Sukma Ayu Candra K,S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Sp.Kep.J. (.....)
NIP. 03007

Penguji III : Isti Wahyuningsih, S.Kep.,Ns (.....,.....)
NIP. 196607051987032004

**Mengetahui,
Stikes Hang Tuah Surabaya
Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners**

**Hidayatus Sya'diyah, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 03009**

KATA PENGANTAR

Segala Puji dan Syukur saya panjatkan kepada ke hadirat Allah SWT Yang Maha Esa, atas limpahan karunia dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyusun karya ilmiah akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny.D Dengan Masalah Utama Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran Dan Diagnosa Medis Skizofrenia Di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya” dapat diselesaikan sesuai waktu yang di tentukan. Karya ilmiah akhir ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan di Program Ners Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.

Karya ilmiah ini disusun dengan memanfaatkan berbagai literature serta mendapatkan banyak pengarahan dan bantuan dari berbagai pihak, penulis menyadari tentang segala keterbatasan kemampuan dan pemanfaatan literature, sehingga karya ilmiah ini dibuat dengan sangat sederhana baik dari segi sistematika maupun isinya jauh dari sempurna.

Dalam kesempatan ini, perkenalkanlah penulis menyampaikan rasa terima kasih, rasa hormat dan penghargaan kepada :

1. Laksamana Pertama TNI (Purn) Dr. A.V.Sri Suhardiningsih, S.Kp., M.Kes. sebagai penguji Ketua dan selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
2. drg. Vitria Dewi, M.Si. selaku Direktur Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur memberi ijin dan lahan praktek untuk penyusunan karya tulis.

3. Puket 1, Puket 2, Puket 3 Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
4. Dr. Hidayatus Sya'diyah, S.Kep.,Ns.,M.Kep. selaku Kepala Program Studi Pendidikan Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan fasilitas kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan program studi Pendidikan Profesi Ners.
5. Ibu Sukma Ayu Candra K,S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Sp.Kep.J. selaku Pembimbing I yang telah meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan, arahan dan masukan dalam penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini.
6. Ibu Isti Wahyuningsih, S.Kep.,Ns Selaku Pembimbing II, yang telah dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan masukan penyusunan dalam penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini.
7. Bapak dan ibu Dosen Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi-materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan karya ilmiah akhir ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulisan selama menjalani studi dan penulisannya.
8. Ibu Liyanti dan bapak Yono selaku orang tua penulis yang senantiasa mendoakan.
9. Wahyu Karunianto, S.E selaku kakak yang telah menyemangati penulis dalam menyelesaikan Pendidikan.

Semoga semua dukungan yang telah diberikan kepada peneliti mendapatkan balasan rahmat dari Allah Yang Maha Pemurah. Peneliti berusaha untuk dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini dengan sebaik-baiknya. Peneliti menyadari bahwa masih banyak kekurangan sehingga mengharapkan adanya kritik dan saran dari semua pihak agar dapat menyempurnakan dan berharap bahwa karya ilmiah akhir ini dapat bermanfaat bagi kita semua. Amin Ya Robbal Alamin.

Surabaya, Januari 2023

Penulis

DAFTAR ISI

KARYA ILMIAH AKHIR	i
KARYA ILMIAH AKHIR	ii
SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN	iii
HALAMAN PERSETUJUAN	iv
HALAMAN PENGESAHAN	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
DAFTAR SINGKATAN	xv
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian.....	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus.....	4
1.4 Manfaat Penulisan	5
1.4.1 Manfaat Akademis	5
1.4.2 Manfaat Praktis	5
1.5 Metode Penulisan	6
1.5.1 Metode.....	6
1.5.2 Metode Pengumpulan Data	6
1.5.3 Sumber Data	7
1.5.4 Studi Kepustakaan.....	7
1.6 Sistematika Penulisan.....	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	9
2.1 Konsep Skizofrenia	9
2.1.1 Definisi Skizofrenia.....	9
2.1.2 Etiologi Skizofrenia.....	10
2.1.3 Klasifikasi Skizofrenia	11
2.1.4 Tanda dan Gejala Skizofrenia	14
2.1.5 Terapi Pengobatan Skizofrenia	15
2.1.6 Tahap-tahap Perkembangan Skizofrenia.....	16
2.2 Konsep Halusinasi.....	19
2.2.1 Definisi Halusinasi	19
2.2.2 Etiologi	20
2.2.3 Tanda dan Gejala.....	23
2.2.4 Klasifikasi Halusinasi.....	24
2.2.5 Fase Halusinasi.....	25
2.2.6 Rentang Respon Halusinasi.....	27
2.2.7 Penatalaksanaan Medis dan Non-Medis Halusinasi.....	28
2.2.8 Mekanisme Koping Halusinasi	29

2.3	Konsep Asuhan Keperawatan pada Halusinasi	30
2.3.1	Pengkajian	30
2.3.2	Pohon Masalah	31
2.3.3	Diagnosa Keperawatan	32
2.3.4	Intervensi Keperawatan Implementasi Keperawatan	32
2.3.5	Implementasi Keperawatan	35
2.3.6	Evaluasi Keperawatan	35
2.4	Konsep Komunikasi terapeutik	36
2.4.1	Definisi Komunikasi Terapeutik	36
2.4.2	Tujuan Komunikasi Terapeutik	36
2.4.3	Manfaat Komunikasi Terapeutik	37
2.4.4	Teknik Komunikasi Terapeutik	37
2.4.5	Tahapan Komunikasi Terapeutik	39
2.4.6	Faktor Yang Mempengaruhi Komunikasi Terapeutik	41
2.5	Konsep Stress dan Adaptasi	43
2.5.1	Definisi Stress dan Adaptasi	43
2.5.2	Sumber Stress	43
2.6	Penelitian Terdahulu	44
BAB 3 TINJAUAN KASUS.....		46
3.1	Pengkajian	46
3.1.1	Identitas Pasien	46
3.1.2	Alasan Masuk	46
3.1.3	Faktor Predisposisi	47
3.1.4	Pemeriksaan Fisik	48
3.1.5	Psikososial	48
3.1.6	Status Mental	51
3.1.7	Kebutuhan Persiapan Pulang	54
3.1.8	Mekanisme Koping	55
3.1.9	Masalah Psikososial dan Lingkungan	56
3.1.10	Pengetahuan Kurang Tentang	56
3.1.11	Data Lain – Lain	57
3.1.12	Aspek Medik	57
3.1.13	Daftar Masalah Keperawatan	57
3.1.14	Diagnosa keperawatan Yang Diambil	58
3.2	Pohon Masalah	59
3.3	Analisa Data	60
3.4	Intervensi Keperawatan	61
3.5	Implementasi Keperawatan	67
BAB 4 PEMBAHASAN		72
4.1	Pengkajian	72
4.2	Diagnosa Keperawatan	74
4.3	Rencana Keperawatan	75
4.4	Tindakan Keperawatan	77
4.5	Evaluasi Keperawatan	83

BAB 5 PENUTUP	86
5.1 Kesimpulan.....	86
5.2 Saran.....	89
DAFTAR PUSTAKA	90
LAMPIRAN	92

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Rentang Respon Halusinasi	27
Gambar 2.2 Pohon Masalah	31
Gambar 3.1 Genogram Keluarga	49
Gambar 3.2 Pohon Masalah Kasus	59

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Ringkasan Jurnal.....	44
Tabel 3.1 Terapi Obat	576
Tabel 3.2 Analisa Data Keperawatan Pada Ny. D	560
Tabel 3.3 Rencana Tindakan Keperawatan Pada Ny. D	61
Tabel 3.4 Implementasi Dan Evaluasi Keperawatan Pada Ny. D	67

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Curriculum Vitae	92
Lampiran 2 Motto dan Persembahan	93
Lampiran 3 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan (SPTK)	94
Lampiran 4 Analisa Proses Interaksi (API).....	117

DAFTAR SINGKATAN

API	: Analisa Proses Interaksi
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
BB	: Berat Badan
Cm	: Centimeter
DO	: Data Objektif
DS	: Data Subjektif
IGD	: Instalasi Gawat Darurat
Kg	: Kilogram
MG	: Mili gram
MRS	: Masuk rumah sakit
N	: Nadi
No	: Nomer
Ns	: Ners
Ny	: Nyonya
O	: Objektif
ODGJ	: Orang dengan gangguan jiwa
RM	: Rekam Medis
RR	: Respiratory Rate
RSJM	: Rumah Sakit Jiwa Menur
S	: Suhu
SP	: Strategi Pelaksanaan
SPTK	: Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan
TAK	: Terapi aktivitas kelompok
TB	: Tinggi badan
TD	: Tekanan Darah
TGL	: Tanggal
TTD	: Tanda Tangan
WHO	: <i>World Health Organization</i>
WIB	: Waktu Indonesia Barat

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Gangguan jiwa merupakan sindrom atau pola perilaku yang secara klinis bermakna yang berhubungan dengan distress atau penderitaan dan menimbulkan kendala pada satu atau lebih fungsi kehidupan manusia. Salah satu yang termasuk gangguan jiwa adalah skizofrenia (suryenti, vevi, 2017). Skizofrenia adalah suatu gangguan jiwa berat yang ditandai dengan penurunan atau ketidakmampuan berkomunikasi, gangguan realitas (halusinasi dan waham), afek tidak wajar atau tumpul, gangguan kognitif (tidak mampu berfikir abstrak) serta mengalami kesukaran melakukan aktivitas sehari-hari (suryenti, vevi, 2017). Klien dengan diagnose skizofrenia paling banyak mengalami halusinasi pendengaran. Halusinasi adalah salah satu tanda khas yang terdapat pada penyakit jiwa Skizofrenia. Gejala umum skizofrenia adalah halusinasi, ilusi, waham, gangguan proses pikir, kemampuan berpikir, serta tingkah laku aneh seperti agresivitas dan katatonik (suryenti, vevi, 2017).

Menurut (WHO, 2019), bahwa prevalensi pasien skizofrenia 20 juta orang di dunia. Sedangkan Data (RISKESDAS, 2018) menunjukkan jumlah penduduk Indonesia ada sekitar 236 juta yang mengalami skizofrenia sebanyak 68% (sekitar 272.816.000 orang) dan berdasarkan hasil (RISKESDAS, 2018) didapatkan estimasi prevalensi orang yang pernah menderita skizofrenia sebesar 1,8 per 1000 penduduk. Di rumah sakit jiwa di Indonesia, terdapat 70% pasien halusinasi yang mengalami halusinasi pendengaran, 20% halusinasi penglihatan, dan 10% merupakan halusinasi penciuman, pengecapan, dan perabaan. Halusinasi

pendengaran biasanya auskustik dan auditif seperti mendengar bisikan manusia, hewan, atau kejadian alamiah seperti musik (Yosep, 2011). Berdasarkan data Kesekretariatan Rumah Sakit Jiwa Menur Kota Surabaya Provinsi Jawa Timur hasil angka kejadian kasus di Rumah Sakit Jiwa Menur Kota Surabaya Provinsi Jawa Timur selama bulan April 2021 sampai Juni 2021 didapatkan jumlah 15.263 pasien rawat jalan maupun rawat inap dengan rincian kasus skizofrenia residual mencapai 40,3%, kasus skizofrenia tak terinci 39,4%, kasus skizofrenia paranoid 9,4%, skizofrenia hebefrenik 7,3%, skizofrenia simpleks 2,2%, skizofrenia katatonik 1,4%.

Skizofrenia sendiri merupakan gangguan jiwa berat dimana penderitanya mengalami penyimpangan proses pikir, emosi dan perilaku yang ditandai dengan adanya halusinasi atau pikiran yang tidak tepat (waham). Halusinasi dapat timbul pada pasien skizofrenia karna klien sering mendengar bisikan-bisikan suara, pasien berbicara sendiri/ngelantur, serta pasien lebih senang menyendiri. Maka dari sikap dan gejala yang ditunjukkan oleh klien skizofrenia menunjukkan bahwa halusinasi lebih sering timbul (Fitriani, 2018). Faktor penyebab terjadinya halusinasi ada 2 yaitu faktor predisposisi dan faktor presipitasi. Faktor predisposisi dikarenakan faktor perkembangan yakni klien tidak mampu mandiri sejak kecil, mudah frustrasi, hilangkan percaya diri dan lebih rentan terhadap stress, serta faktor presipitasi karena adanya riwayat kekerasan dalam keluarga, atau adanya kegagalan-kegagalan dalam hidup yang tidak sesuai dengan pasien. Halusinasi pendengaran dapat membuat penderitanya melakukan hal-hal yang dapat merugikan diri sendiri, orang lain dan lingkungannya seperti perilaku kekerasan bahkan membunuh (Fitriani, 2018).

Teknik penanganan secara tepat untuk mengatasi dampak dari halusinasi yakni dengan melakukan tindakan asuhan keperawatan dengan pendekatan komunikasi terapeutik. Menurut (stuart, G. W., Keliat, B. A., & Pasaribu, 2016) asuhan keperawatan yang diberikan pada pasien halusinasi bertujuan untuk meningkatkan kesadaran klien antara stimulasi persepsi yang dialami pasien dan kehidupan nyata. Asuhan keperawatan dapat mencakup penerapan strategi pelaksanaan dalam mengontrol halusinasi, untuk strategi pelaksanaan halusinasi ada empat yaitu satu membantu pasien mengenali halusinasi yang dialami, menjelaskan cara mengontrol halusinasi dan mengajarkan pasien cara menghardik halusinasi serta membina hubungan saling percaya antara perawat dan pasien, strategi pelaksanaan dua yaitu melatih pasien mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain, strategi pelaksanaan ketiga melatih pasien mengontrol halusinasi dengan caramelaksanakan aktivitas terjadwal, dan strategi pelaksanaan empat yaitu melatih pasien mengontrol halusinasi dengan minum obat secara teratur.

Berdasarkan uraian di atas, penulis ingin mengetahui lebih dalam tentang proses keperawatan klien dengan melalui pengelolaan kasus Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny.D Dengan Masalah Utama Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran Dan Diagnosa Medis Skizofrenia Di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya dengan pendekatan karya tulis ilmiah.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana asuhan keperawatan Jiwa pada Ny.D dengan masalah utama Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran Dan Diagnosa Medis Skizofrenia di ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu melakukan asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran Dan Diagnosa Medis Skizofrenia di ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengkaji klien dengan masalah utama Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi pendengaran dan diagnosa medis Skizofrenia pada Ny.D di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur.
2. Merumuskan diagnosa keperawatan jiwa pada klien dengan masalah utama Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi pendengaran dan diagnosa medis Skizofrenia pada Ny.D di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur.
3. Merencanakan asuhan keperawatan jiwa pada klien dengan masalah utama Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi pendengaran dan diagnosa medis Skizofrenia pada Ny.D di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur.
4. Melaksanakan asuhan keperawatan jiwa pada klien dengan masalah utama Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi pendengaran dan diagnosa medis Skizofrenia pada Ny.D di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur.

5. Mengevaluasi asuhan keperawatan jiwa pada klien dengan masalah utama Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi pendengaran dan diagnosa medis Skizofrenia pada Ny.D di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur.
6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan jiwa pada klien masalah utama Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi pendengaran dan diagnosa medis Skizofrenia pada Ny.D di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur.

1.4 Manfaat Penulisan

Terkait dengan tujuan, maka tugas akhir ini di harapkan dapat memberi manfaat :

1.4.1 Manfaat Akademis

Hasil karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat digunakan sebagai media informasi ilmiah atau wawasan untuk mengetahui asuhan keperawatan jiwa pada klien dengan masalah utama Halusinasi pendengaran.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi pelayanan keperawatan di rumah sakit

Hasil karya tulis ilmiah ini, dapat menjadi masukan bagi pelayanan di rumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan pada klien dengan halusinasi pendengaran.

2. Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini dapat menjadi salah satu rujukkan bagi peneliti berikutnya, yang akan melakukan karya tulis ilmiah asuhan keperawatan jiwa pada klien dengan halusinasi pendengaran.

3. Bagi profesi Kesehatan

Sebagai ilmu tambahan bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan jiwa pada klien dengan halusinasi pendengaran.

1.5 Metode Penulisan

1.5.1 Metode

Metode deskriptif yaitu metode yang sifatnya mengungkapkan peristiwa atau gejala yang terjadi pada waktu sekarang yang meliputi studi kepustakaan yang mempelajari, mengumpulkan, membahas data dengan studi pendekatan proses keperawatan dengan langkah-langkah pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan tindakan dan evaluasi.

1.5.2 Metode Pengumpulan Data

1. Wawancara

Data diambil/ diperoleh melalui percakapan dengan klien dan tenaga kesehatan lain.

2. Observasi

Data yang diambil melalui pengamatan secara langsung terhadap keadaan, reaksi, sikap, dan perilaku pasien yang dapat diamati.

3. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium yang dapat menunjang menegakkan diagnose dan penanganan selanjutnya.

1.5.3 Sumber Data

1. Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh langsung dari klien.

2. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang di peroleh dari keluarga atau orang terdekat klien, catatan medik perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain

1.5.4 Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan yang mempelajari sumber buku yang berhubungan dengan judul karya tulis ilmiah dan masalah yang di bahas.

1.6 Sistematika Penulisan

Supaya lebih jelas dan lebih muda dalam mempelajari dan memahami karya tulis ilmiah ini, secara keseluruhan dibagi menjadi tiga bagian, yaitu :

1. Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi.
2. Bagian inti terdiri dari lima bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini :
 - a. BAB 1 : Pendahuluan, berisi tentang latar belakang masalah, tujuan, manfaat penelitian, dan sistematika penulisan karya tulis ilmiah.
 - b. BAB 2 : Tinjauan pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan klien dengan diagnosa utama Halusinasi Pendengaran.
 - c. BAB 3 : Tinjauan kasus, berisi tentang deskripsi data hasil pengkajian diagnosa, perencanaan, pelaksanaan tindakan dan evaluasi.

- d. BAB 4 : Pembahasan, berisi tentang perbandingan antara teori dengan kenyataan yang ada di lapangan.
 - e. BAB 5 : Penutup, berisi tentang simpulan dan saran.
3. Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Pada Bab 2 ini diuraikan secara teoritis mengenai Konsep Skizofrenia, Konsep Halusinasi, Kosep Asuhan Keperawatan Halusinasi, konsep komunikasi terapeutik.

2.1 Konsep Skizofrenia

2.1.1 Definisi Skizofrenia

Skizofrenia adalah suatu penyakit neurologi yang dampaknya dapat mempengaruhi persepsi, cara berpikir, bahasa, emosi dan perilaku sosial, salah satu akibat yang sering terjadi itu seseorang dengan skizofrenia sering mengalami halusinasi pendengaran dan penglihatansecara bersamaan, hal ini berdampak orang yang mengidap skizofrenia berakibat kehilangan kontrol dirinya yaitu akan mengalami kepanikan dan perilakunya dikendalikan oleh halusinasi (Livana, P. H., Ruhimat, I. I. A., Sujarwo, S., 2020).

Skizofrenia adalah gangguan neorobiologis otak yang menetap dan serius, sindrom secara klinis yang dapat mengakibatkan kerusakan hidup baik secara individu, keluarga, dan komunitas. Salah satu gejalanya yaitu seseorang yang mengidap skizofrenia akan mengalami halusinasi pendengaran (Pima Astari, 2020).

Skizofrenia adalah suatu gangguan jiwa berat yang ditandai dengan penurunan atau ketidakmampuan berkomunikasi, gangguan realitas (halusinasi dan waham) afek tidak wajar atau tumpul, gangguan kognitif (tidak mampu berfikir abstrak) serta mengalami kesukaran melakukan aktivitas sehari-hari (Putri, 2017).

2.1.2 Etiologi Skizofrenia

Faktor-faktor yang berperan terhadap kejadian skizofrenia menurut (Zahnia, S., & Wulan Sumekar, 2016) antara lain :

1. Faktor Genetik

Faktor genetik turut menentukan timbulnya skizofrenia. Hal ini telah dibuktikan dengan penelitian tentang keluarga-keluarga penderita skizofrenia dan terutama anak-anak kembar monozigot. Diperkirakan bahwa yang diturunkan adalah potensi untuk mendapatkan skizofrenia melalui gen yang resesif. Potensi ini mungkin kuat, mungkin juga lemah, tetapi selanjutnya tergantung pada lingkungan individu itu apakah akan terjadi manifestasi skizofrenia atau tidak.

2. Faktor Psikososial

Faktor psikososial meliputi interaksi pasien dengan keluarga dan masyarakat. Timbulnya tekanan dalam interaksi pasien dengan keluarga, misalnya pola asuh orang tua yang terlalu menekan pasien, kurangnya dukungan keluarga terhadap pemecahan masalah yang dihadapi pasien, pasien kurang diperhatikan oleh keluarga ditambah dengan pasien tidak mampu berinteraksi dengan baik di masyarakat menjadikan faktor stressor yang menekan kehidupan pasien. Ketika tekanan tersebut berlangsung dalam waktu yang lama sehingga mencapai tingkat tertentu, maka akan menimbulkan gangguan keseimbangan mental pasien dan salah satunya adalah timbulnya gejala skizofrenia.

3. Penyakit autoimun

Penyakit autoimun merupakan salah satu faktor risiko skizofrenia. Skizofrenia meningkat pada satu tahun setelah penyakit autoimun terdiagnosis. Adanya infeksi berat juga meningkatkan risiko skizofrenia secara signifikan. Peningkatan inflamasi pada penyakit autoimun dan infeksi dapat mempengaruhi otak melalui jalur yang berbeda.

2.1.3 Klasifikasi Skizofrenia

Menurut (Singh, S., Khanna, D., & Kalra, 2020), klasifikasi skizofrenia terbagi menjadi enam bagian yaitu:

1. Skizofrenia paranoid

Skizofrenia paranoid ditandai dengan kecurigaan yang tidak masuk akal dan terutama gejala positif. Positif berarti bahwa gejala-gejala ini biasanya merespons perawatan medis. Pasien disibukkan dengan setidaknya delusi penganiayaan atau sering mengalami halusinasi pendengaran. Orang dengan delusi paranoid curiga terhadap orang lain secara tidak masuk akal. Hal ini dapat mempersulit mereka untuk mempertahankan pekerjaan, menjalankan tugas, melanjutkan pertemanan, dan bahkan mengunjungi dokter. Selain itu, gejala skizofrenia lainnya seperti bicara tidak teratur, afek datar, katatonik, atau perilaku tidak teratur, tidak ada atau kurang menonjol dibandingkan gejala positif ini.

2. Skizofrenia Hebefrenik

Skizofrenia Hebefrenik Ini ditandai dengan gejala yang tidak teratur.

Agar sesuai dengan kriteria untuk subtype ini, gejala berikut harus ada:

- a) **Bicara Tidak Teratur** Tanda-tanda bicara yang tidak teratur melibatkan asosiasi yang longgar, ketekunan, neologisme, dan Hampir tidak mungkin untuk memahami apa yang dikatakan orang tersebut.
- b) **Perilaku Tidak Terorganisir** Tanda-tanda perilaku tidak teratur termasuk agitasi, kesulitan dalam bertindak dengan tepat dalam situasi sosial, memakai banyak lapisan pakaian di hari yang hangat, kekonyolan seperti anak kecil, perilaku seksual yang tidak pantas di depan umum, buang air kecil di depan umum dan mengabaikan kebersihan pribadi, kesulitan memulai atau menyelesaikan.
- c) **Flat or Inappropriate Affect** Ini adalah kurangnya menunjukkan emosi yang ditandai dengan ekspresi wajah lesu dan tidak berubah dan sedikit atau tidak ada perubahan dalam kekuatan, nada, atau nada suara. Rentang ekspresi yang sangat terbatas ini terjadi bahkan dalam situasi yang biasanya tampak sangat menyenangkan atau sangat menyedihkan. Misalnya, setelah mendengar berita bagus, seseorang dengan skizofrenia mungkin tidak tersenyum, tertawa, atau tidak memiliki kegembiraan dalam tanggapan mereka (misalnya, kontak mata yang buruk, kurangnya ekspresi wajah)

3. Skizofrenia Katatonik

Tanda-tandanya meliputi stupor katatonik dan kekakuan motorik atau eksitasi katatonik. Pasien tidak dapat berbicara, merespon atau bahkan bergerak. Mereka menunjukkan kegembiraan yang parah atau mania dalam kasus lain. Tanda-tanda kegembiraan katatonik adalah mengoceh atau berbicara tidak jelas. Lebih lanjut, skizofrenia katatonik juga dapat mencakup echolalia dan echopraxia. Hal ini disebabkan oleh kekhasan gerakan involunter seperti postur aneh, meringis, atau gerakan stereotip (misalnya, mengayun, melambai, menggigit kuku).

4. Skizofrenia tidak berdiferensiasi

Skizofrenia tidak berdiferensiasi Ini adalah kategorisasi untuk orang-orang yang tidak sesuai dengan tiga kategori sebelumnya (paranoid, tidak teratur, katatonik). Individu-individu ini mengalami delusi, halusinasi, disorganisasi, perilaku katatonik, efek datar, energi rendah, paranoia, perlambatan psikomotor dan penarikan social.

5. Skizofrenia residual

Pasien tidak mengalami delusi, halusinasi, bicara yang tidak teratur, atau perilaku yang tidak teratur atau katatonik. Di sisi lain, mereka mengalami gejala negatif dari skizofrenia, misalnya, sulit memusatkan perhatian, menarik diri dari pergaulan, apatis, penurunan bicara, dll.

6. Gangguan Skizoafektif

Gangguan ini ditandai dengan perva-defisit sive/persistent dalam keterampilan sosial dan interpersonal, perilaku eksentrik, ketidaknyamanan membentuk hubungan pribadi yang dekat, serta distorsi kognitif dan persepsi.

Orang dengan kondisi tersebut mengalami gejala psikotik, seperti halusinasi atau delusi, serta gejala mania atau episode bipolar depresi atau campuran keduanya.

2.1.4 Tanda dan Gejala Skizofrenia

Menurut (Yosep, 2010), gejala-gejala yang muncul pada penderita skizofrenia yaitu terbagi menjadi dua:

1. Gejala positif

Halusinasi selalu terjadi saat rangsangan terlalu kuat dan otak tidak mampu menginterpretasikan dan merespons pesan atau rangsangan yang datang. Klien 14 skizofrenia mungkin mendengar suara-suara atau melihat sesuatu yang sebenarnya tidak ada, atau mengalami suatu sensasi yang tidak biasa pada tubuhnya. Auditory hallucinations, gejala yang biasanya timbul, yaitu klien merasakan ada suara dari dalam dirinya. Kadang suara itu dirasakan menyejukkan hati, member kedamaian, tapi kadang suara itu menyuruhnya melakukan sesuatu yang sangat berbahaya, seperti bunuh diri.

Penyesatan pikiran (delusi) adalah kepercayaan yang kuat dalam menginterpretasikan sesuatu yang kadang berlawanan dengan kenyataan. Misalnya pada penderita skizofrenia, lampu trafik di jalan raya yang berwarna merah-kuning-hijau, dianggap sebagai suatu isyarat dari luar angkasa. Beberapa penderita skizofrenia berubah menjadi seorang paranoid. Mereka selalu merasa sedang diamat-amati, diintai, atau hendak diserang.

Kegagalan berpikir mengarah kepada masalah dimana klien skizofrenia tidak mampu memproses atau mengatur pikirannya membuat mereka berbicara secara serampangan dan tidak bisa ditangkap secara logika.

Keidakmampuan dalam berpikir mengakibatkan ketidakmampuan mengendalikan emosi dan perasaan. Hasilnya, kadang penderita skizofrenia tertawa atau berbicara sendiri dengan keras tanpa memedulikan sekelilingnya.

2. Gejala negatif

Klien skizofrenia kehilangan motivasi dan apatis berarti kehilangan energi dan minat dalam hidup yang membuat klien menjadi orang yang malas. Karena klien skizofrenia hanya memiliki energi yang sedikit, mereka tidak bisa melakukan hal-hal yang lain selain tidur dan makan. Perasaan yang tumpul membuat emosi klien skizofrenia menjadi datar. Klien skizofrenia tidak memiliki ekspresi baik dari raut muka maupun gerakan tangannya, seakan-akan dia tidak memiliki emosi apapun. Tapi ini tidak berarti bahwa klien skizofrenia tidak bisa merasakan apapun. Mereka mungkin bisa menerima pemberian dan perhatian orang lain, tetapi tidak bisa mengekspresikan perasaan mereka.

2.1.5 Terapi Pengobatan Skizofrenia

Haloperidol merupakan obat antipsikotik generasi pertama yang bekerja dengan cara memblokir reseptor dopamin pada reseptor pasca sinaptik neuron di otak, khususnya di sistem limbik dan sistem ekstrapiramidal (Dopamin D2 reseptor antagonists).

Haloperidol sangat efektif dalam mengobati gejala positif pada pasien skizofrenia, seperti mendengar suara, melihat hal-hal yang sebenarnya tidak ada dan memiliki keyakinan yang aneh. Haloperidol berguna untuk menenangkan keadaan mania pada pasien psikosis, sehingga sangat efektif diberikan pada pasien dengan

gejala dominan gaduh, gelisah, hiperaktif dan sulit tidur yang dikarenakan halusinasi.

Antipsikotik generasi pertama maupun kedua sama-sama berpotensi menyebabkan efek samping berupa sedasi, gangguan otonomik, gangguan ekstrapiramidal dan gangguan pada sistem metabolic (Yulianty, M. D., Cahaya, N., & Srikartika, 2017).

Peran pelaku rawat (Caregive) dan Keluarga dalam pengobatan orang dengan Skizofrenia memiliki peran penting dalam pengobatan Orang Dengan Skizofrenia (ODS). Pengobatan jangka panjang sangat berpotensi menimbulkan kebosanan dan ketidakpatuhan, sehingga keluarga diharapkan selalu mejadi motifator dan pengawas minum obat (Juarni, L., Karimah, A., & Sajogo, 2021).

2.1.6 Tahap-tahap Perkembangan Skizofrenia

Menurut (Erikson, 1989) dalam (Krismawati, 2018) bahwa sepanjang sejarah hidup manusia, setiap orang mengalami tahapan perkembangan dari bayi sampai dengan usia lanjut. Perkembangan sepanjang hayat tersebut diperhadapkan dengan delapan tahapan yang masing-masing mempunyai nilai kekuatan yang membentuk karakter positif atau sebaliknya, berkembang sisi kelemahan sehingga karakter negatif yang mendominasi pertumbuhan seseorang. Erikson menyebut setiap tahapan tersebut sebagai krisis atau konflik yang mempunyai sifat sosial dan psikologis yang sangat berarti bagi kelangsungan perkembangan di masa depan. Delapan tahapan perkembangan tersebut sebagai berikut:

1. Tahap I usia 0-2 tahun

Pada masa bayi atau tahun pertama adalah titik awal pembentukan kepribadian. Bayi belajar mempercayai orang lain agar kebutuhan-kebutuhan

dasarnya terpenuhi. Peran ibu atau orang-orang terdekat seperti pengasuh yang mampu menciptakan keakraban dan kepedulian dapat mengembangkan kepercayaan dasar. Persepsi yang salah pada diri anak tentang lingkungannya karena penolakan dari orangtua atau pengasuh mengakibatkan bertumbuhnya perasaan tidak percaya sehingga anak memandang dunia sekelilingnya sebagai tempat yang jahat. Pada tahap ini kekuatan yang perlu ditumbuhkan pada kepribadian anak ialah “harapan”.

2. Tahap II, usia 2-3 tahun

Konflik yang dialami anak pada tahap ini ialah otonomi vs rasa malu serta keragu-raguan. Kekuatan yang seharusnya ditumbuhkan adalah “keinginan atau kehendak” dimana anak belajar menjadi bebas untuk mengembangkan kemandirian. Kebutuhan tersebut dapat terpenuhi melalui motivasi untuk melakukan kepentingannya sendiri seperti belajar makan atau berpakaian sendiri, berbicara, bergerak atau mendapat jawaban dari sesuatu yang ditanyakan.

3. Tahap III, usia 3-6 tahun

Anak pada tahap ini belajar menemukan keseimbangan antara kemampuan yang ada dalam dirinya dengan harapan atau tujuannya. Itu sebabnya anak cenderung menguji kemampuannya tanpa mengenal potensi yang ada pada dirinya. Konflik yang terjadi adalah Inisiatif atau terbentuknya perasaan bersalah. Bila lingkungan sosial kurang mendukung maka anak kurang memiliki inisiatif.

4. Tahap IV, usia 6-12 tahun

Konflik pada tahap ini ialah kerja aktif vs rendah diri, itu sebabnya kekuatan yang perlu ditumbuhkan ialah “kompetensi” atau terbentuknya berbagai keterampilan. Membandingkan kemampuan diri sendiri dengan teman sebaya terjadi pada tahap ini. Anak belajar mengenai ketrampilan sosial dan akademis melalui kompetisi yang sehat dengan kelompoknya. Keberhasilan yang diraih anak memupuk rasa percayadiri, sebaliknya apabila anak menemui kegagalan maka terbentuklah inferioritas.

5. Tahap V, usia 12-20 tahun

Pada tahap ini anak mulai memasuki usia remaja dimana identitas diri baik dalam lingkup sosial maupun dunia kerja mulai ditemukan. Bisa dikatakan masa remaja adalah awal usaha pencarian diri sehingga anak berada pada tahap persimpangan antara masa kanak-kanak dengan masa dewasa. Konflik utama yang terjadi ialah Identitas vs Kekaburan Peran sehingga perlu komitmen yang jelas agar terbentuk kepribadian yang mantap untuk dapat mengenali dirinya.

6. Tahap VI, usia antara 20-40 tahun

Pada tahap ini kekuatan dasar yang dibutuhkan ialah “kasih” karena muncul konflik antara keintiman atau keakraban vs keterasingan atau kesendirian. Agen sosial pada tahap ini ialah kekasih, suami atau isteri termasuk juga sahabat yang dapat membangun suatu bentuk persahabatan sehingga tercipta rasa cinta dan kebersamaan. Bila kebutuhan ini tidak terpenuhi, maka muncullah perasaan kesepian, kesendirian dan tidak berharga.

7. Tahap VII, usia 40-65 tahun

Seseorang telah menjadi dewasa pada tahap ini sehingga diperhadapkan kepada tugas utama untuk menjadi produktif dalam bidang pekerjaannya serta tuntutan untuk berhasil mendidik keluarga serta melatih generasi penerus. Konflik utama pada tahap ini ialah generatifitas vs stagnasi, sehingga kekuatan dasar yang penting untuk ditumbuhkan ialah “kepedulian”. Kegagalan pada masa ini menyebabkan stagnasi atau keterhambatan perkembangan.

8. Tahap VIII, usia 65 tahun-kematian

Pribadi yang sudah memasuki usia lanjut mulai mengalami penurunan fungsi-fungsi kesehatan. Begitu juga pengalaman masa lalu baik keberhasilan atau kegagalan menjadi perhatiannya sehingga kebutuhannya adalah untuk dihargai. Konflik utama pada tahap ini ialah Integritas Ego vs Keputusasaan dengan kekuatan utama yang perlu dibentuk ialah pemunculan “hikmat atau kebijaksanaan”. Fungsi pengalaman hidup terutama yang bersifat sosial, memberi makna tentang kehidupan.

2.2 Konsep Halusinasi

2.2.1 Definisi Halusinasi

Gangguan jiwa merupakan suatu keadaan klien yang merasa dirinya tidak diterima oleh lingkungan, gagal dalam usahanya, tidak bisa mengontrol emosinya, dan membuat klien terganggu atau terancam dan mengubah perilaku klien dengan ditandai adanya halusinasi, ilusi, waham, gangguan proses pikir, kemampuan berpikir serta tingkah laku yang aneh (Livana, P. H., Ruhimat, I. I. A., Sujarwo, S., 2020).

Halusinasi merupakan salah satu dari gangguan jiwa dimana seseorang tidak mampu membedakan antara kehidupan nyata dengan kehidupan palsu. Dampak yang muncul dari pasien dengan gangguan halusinasi mengalami panik, perilaku dikendalikan oleh halusinasinya, dapat bunuh diri atau membunuh orang, dan perilaku kekerasan lainnya yang dapat membahayakan dirinya maupun orang disekitarnya.

2.2.2 Etiologi

Penyebab terjadinya seseorang dapat mengalami halusinasi dapat diakibatkan oleh adanya faktor predisposisi dan faktor presipitasi, sebagai berikut (Wuryaningsih, Emi W, Dwi Heni, Iktiarini Erti, Deviantony, 2020) :

1. Faktor Predisposisi

a) Faktor perkembangan

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

b) Faktor sosiokultural

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

c) 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 teraktivasinya neurotransmitter otak.

d) 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.

e) Sosial Budaya

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

2. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi merupakan stimulus yang dipersepsikan oleh individu sebagai tantangan, ancaman, atau tuntutan yang memerlukan energi ekstra untuk menghadapinya. Seperti adanya rangsangan dari lingkungan, misalnya partisipasi klien dalam kelompok, terlalu lama tidak diajak komunikasi, objek yang ada di lingkungan dan juga suasana sepi atau terisolasi, sering menjadi pencetus terjadinya halusinasi. Hal tersebut dapat meningkatkan stress dan kecemasan yang merangsang tubuh mengeluarkan zat halusinogenik. Penyebab Halusinasi dapat dilihat dari lima dimensi, yaitu:

a) Dimensi fisik

Halusinasi dapat ditimbulkan oleh beberapa kondisi fisik seperti kelelahan yang luar biasa, penggunaan obat-obatan, demam hingga delirium, intoksikasi alkohol dan kesulitan untuk tidur dalam waktu yang lama.

b) Dimensi Emosional

Perasaan cemas yang berlebihan atas dasar problem yang tidak dapat diatasi merupakan penyebab halusinasi itu terjadi. Isi dari halusinasi dapat berupa perintah memaksa dan menakutkan. Klien tidak sanggup lagi menentang perintah tersebut hingga dengan kondisi tersebut klien berbuat sesuatu terhadap ketakutan tersebut.

c) Dimensi Intelektual

Dalam dimensi intelektual ini menerangkan bahwa individu dengan halusinasi akan memperlihatkan adanya penurunan fungsi ego. Pada awalnya halusinasi merupakan usaha dari ego sendiri untuk melawan impuls yang menekan, namun merupakan suatu hal yang menimbulkan kewaspadaan yang dapat mengambil seluruh perhatian klien dan tidak jarang akan mengontrol semua perilaku klien.

d) Dimensi Sosial

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

e) Dimensi Spiritual

Secara sepiritual, klien Halusinasi mulai dengan kehampaan hidup, rutinitas tidak bermakna, hilangnya aktifitas ibadah dan jarang berupaya secara sepiritual untuk menyucikan diri. Saat bangun tidur klien merasa hampa dan tidak jelas tujuan hidupnya. Individu sering memaki takdir tetapi lemah dalam upaya menjemput rezeki, menyalahkan lingkungan dan orang lain yang menyebabkan takdirnya memburuk.

2.2.3 Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala halusinasi dinilai dari hasil observasi terhadap pasien serta ungkapan pasien. Data objektif menurut (Wuryaningsih, Emi W, Dwi Heni, Iktiarini Erti, Deviantony, 2020) :

1. Menyeringai atau tertawa yang tidak sesuai.
2. Menggerakkan bibirnya tanpa menimbulkan suara.
3. Gerakan mata cepat.
4. Menutup telinga.
5. Respon verbal lambat atau diam.
6. Diam dan dipenuhi oleh sesuatu yang mengasyikkan.
7. Terlihat bicara sendiri.
8. Menggerakkan bola mata dengan cepat.
9. Bergerak seperti membuang atau mengambil sesuatu.
10. Disorientasi (waktu, tempat, orang).
11. Perubahan kemampuan dan memecahkan masalah.
12. Perubahan perilaku dan pola komunikasi.
13. Gelisah, ketakutan, ansietas.

Data Subjektif menurut (Yosep, 2011)

- 1 Klien mengatakan mendengar suara atau kegaduhan.
- 2 Klien mengatakan mendengar suara yang mengajaknya untuk bercakap-cakap.
- 3 Klien mengatakan mendengar suara yang menyuruhnya untuk melakukan sesuatu yang berbahaya.
- 4 Klien mengatakan mendengar suara yang mengancam dirinya atau orang lain

2.2.4 Klasifikasi Halusinasi

Menurut (Yosep, 2011) halusinasi terdiri dari beberapa jenis dengan karakteristik tertentu, diantaranya

1. Halusinasi pendengaran (audotorik)

Gangguan stimulus dimana pasien mendengar suara-suara terutama suara orang. Biasanya mendengar suara orang yang sedang membicarakan apa yang sedang dipikirkannya dan memerintahkan untuk melakukan sesuatu.

2. Halusinasi pengelihatan (visual)

Stimulus visual dalam bentuk beragam seperti bentuk pancaran cahaya, gambaran geometric, gambar kartun, panorama yang luas dan bayangan yang menakutkan.

3. Halusinasi penghidu (Olfaktori)

Gangguan stimulus pada penghidu, yang ditandai dengan adanya bau busuk, amis, dan bau menjijikan, tapi kadang terhidu bau harum.

4. Halusinasi peraba (taktil)

Gangguan stimulus yang ditandai dengan adanya rasa sakit atau tidak enak tanpa ada stimulus yang terlihat, seperti merasakan sensasi listrik datang dari tanah, benda mati atau orang lain.

5. Halusinasi pengecap (gustatorik)

Gangguan stimulus yang ditandai dengan merasakan sesuatu yang busuk, amis, dan menjijikan.

6. Halusinasi sinestetik

Gangguan stimulus yang ditandai dengan merasakan fungsi tubuh seperti darah mengalir melalui vena atau arteri, makanan dicerna atau pembentukan urine.

2.2.5 Fase Halusinasi

Halusinasi terbagi atas beberapa fase (Ma'rifatul, 2016) :

1. Fase Pertama / *Sleep disorder*

Pada fase ini Klien merasa banyak masalah, ingin menghindar dari lingkungan, takut diketahui orang lain bahwa dirinya 10 banyak masalah. Masalah makin terasa sulit karna berbagai stressor terakumulasi, misalnya kekasih hamil, terlibat narkoba, dikhianati kekasih, masalah dikampus, drop out, dst. Masalah terasa menekan karena terakumulasi sedangkan support sistem kurang dan persepsi terhadap masalah sangat buruk. Sulit tidur berlangsung terus-menerus sehingga terbiasa menghayal. Klien menganggap lamunan-lamunan awal tersebut sebagai pemecah masalah.

2. Fase Kedua / *Comforting*

Klien mengalami emosi yang berlanjut seperti adanya perasaan cemas, kesepian, perasaan berdosa, ketakutan, dan mencoba memusatkan pemikiran pada timbulnya kecemasan. Ia beranggapan bahwa pengalaman pikiran dan sensorinya dapat dia kontrol bila kecemasannya diatur, dalam tahap ini ada kecenderungan klien merasa nyaman dengan halusinasinya.

3. Fase Ketiga / *Condemning*

Pengalaman sensori klien menjadi sering datang dan mengalami bias. Klien mulai merasa tidak mampu lagi mengontrolnya dan mulai berupaya menjaga jarak antara dirinya dengan objek yang dipersepsikan klien mulai menarik diri dari orang lain, dengan intensitas waktu yang lama.

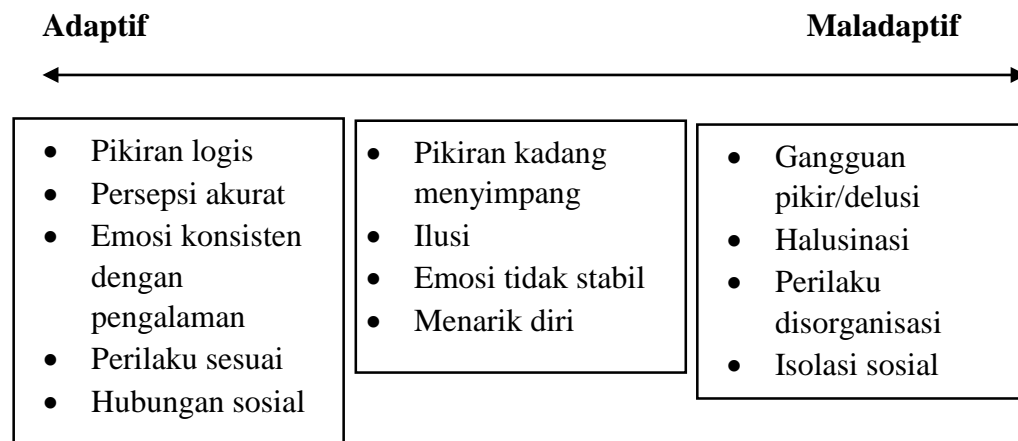
4. Fase Keempat / *Controlling Severe Level of Anxiety*

Klien mencoba melawan suara-suara atau sensori abnormal yang datang. Klien dapat merasakan kesepian bila halusinasinya berakhir. Dari sinilah dimulai fase gangguan psikotik.

5. Fase ke lima / *Conquering Panic Level of Anxiety*

Pengalaman sensorinya terganggu. Klien mulai terasa terancam dengan datangnya suara-suara terutama bila klien tidak dapat menuruti ancaman atau perintah yang ia dengar dari halusinasinya. Halusinasi dapat berlangsung selama minimal empat jam atau seharian bila klien tidak mendapatkan komunikasi terapeutik. Terjadi gangguan psikotik berat.

2.2.6 Rentang Respon Halusinasi



Gambar 2.1 Rentang Respon Halusinasi

1. Respon Adaptif

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

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

2. Respon Maladaptif

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

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

2.2.7 Penatalaksanaan Medis dan Non-Medis Halusinasi

Berikut penatalaksanaan medis dan non medis menurut (Ma'rifatul, 2016) :

1. Penatalaksanaan Medis

Anti psikotik

Jenis: Clorpromazin (CPZ), Haloperidol (HLP)

Mekanisme kerja: Menahan kerja reseptor dopamine dalam otak sebagai penenang, penurunan aktivitas motoric, mengurangi insomnia, sangat efektif untuk mengatasi delusi dan halusinasi

Efek samping:

- a) Gejala *ekstrapramidal* seperti berjalan menyeret kaki, portur condong ke depan, bayak keluar air liur, wajah seperti topeng, sakit kepala, dan kejang.
- b) Gastrointestinal seperti mulut kering, anoreksia, mual, muntah, dan berat badan bertambah.

2. Penatalaksanaan Non Medis

a) Terapi Aktivitas Kelompok

Terapi aktivitas kelompok yang sesuai dengan Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi adalah TAK Stimulasi Persepsi.

b) *Elektro Convulsif Therapy* (ECT)

Merupakan pengobatan secara fisik menggunakan arus listrik dengan kekuatan 75-100 volt, cara kerja belum diketahui secara jelas namun dapat dikatakan bahwa terapi ini dapat memperpendek lamanya serangan Skizofrenia dan dapat memudahkan kontak dengan orang lain.

c) Pengekangan atau pengikatan

Pengembangan fisik menggunakan pengekangannya mekanik seperti manset untuk pergelangan tangan dan pergelangan kaki dimana klien pengekangan dimana klien dapat dimobilisasi dengan membalutnya, cara ini dilakukan pada klien halusinasi yang mulai menunjukkan perilaku kekerasan diantaranya: marah-marah atau mengamuk.

2.2.8 Mekanisme Koping Halusinasi

Mekanisme koping Apabila mendapat masalah, pasien takut / tidak mau menceritakan kepada orang lain (koping menarik diri). Mekanisme koping yang digunakan pasien sebagai usaha mengatasi kecemasan yang merupakan suatu

kesejian nyata yang mengancam dirinya. Mekanisme koping yang sering digunakan pada halusinasi adalah (Stuart, Laraia, 2005) dalam buku (Muhith Abdul, 2015) :

1. Regresi: menjadi malas beraktivitas sehari-hari.
2. Proyeksi: menjelaskan perubahan suatu persepsi dengan berusaha untuk mengalihkan tanggung jawab kepada orang lain.
3. Menarik diri: sulit mempercayai orang lain dan asyik dengan stimulus internal.

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan pada Halusinasi

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian dilakukan dengan cara wawancara dan observasi pada klien dan keluarga (pelaku rawat). Tanda dan gejala halusinasi didapatkan dari data subyektif dan obyektif, seperti tertera dibawah ini :

1. Data Subyektif menurut (Wuryaningsih, Emi W, Dwi Heni, Iktiarini Erti, Deviantony, 2020) :
 - a) Mendengar suara-suara atau kegaduhan.
 - b) Mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap.
 - c) Mendengar suara menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya.
 - d) Melihat bayangan, sinar, bentuk geometris, bentuk kartun, melihat hantu atau monster.
 - e) Mencium bau-bauan seperti bau darah, urin, feses, kadang-kadang bau itu menyenangkan.
 - f) Merasakan rasa seperti darah, urin atau feses.

g) Merasa takut atau senang dengan halusinasinya

2. Data Obyektif menurut (Yosep, 2011) :

a) Bicara atau tertawa sendiri

b) Marah-marah tanpa sebab

c) Mengarahkan telinga ke arah tertentu

d) Menutup telinga

e) Menunjuk-nunjuk ke arah tertentu

f) Ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas.

g) Mencium sesuatu seperti sedang membaui bau-bauan tertentu.

h) Menutup hidung

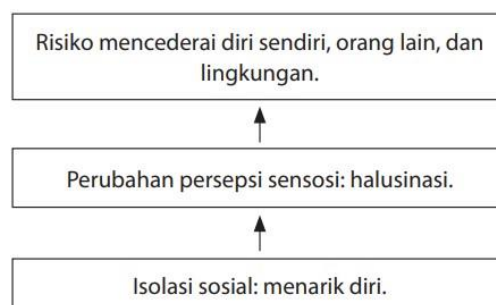
i) Sering meludah

j) Muntah

k) Menggaruk-garuk permukaan kulit

2.3.2 Pohon Masalah

Pohon masalah perubahan persepsi sensori: Halusinasi Pendengaran menurut (Yusuf, Fitriyasaki PK dan Nihayati, 2015) dalam (Supinganto, Agus, 2021):



Gambar 2.2 Pohon Masalah

2.3.3 Diagnosa Keperawatan

1. Risiko mencederai diri sendiri orang lain dan lingkungan berhubungan dengan halusinasi
2. Perubahan persepsi sensori: halusinasi berhubungan dengan menarik diri

2.3.4 Intervensi Keperawatan Implementasi Keperawatan

Menurut (Keliat, B. A., Hamadi, A. Y. S., Putri, Y. S. E., Daulima, N. H. C., Wardani & Susati, H., Hargiana, G., & Panjaitan, 2019) tindakan keperawatan yang dilakukan :

1. Membantu klien mengenali halusinasi

Membantu pasien mengenali halusinasi dapat dilakukan dengan cara berdiskusi dengan klien tentang isi halusinasi (apa yang didengar atau dilihat), waktu terjadi halusinasi, frekuensi terjadinya halusinasi, situasi yang menyebabkan halusinasi muncul dan respon pasien saat halusinasi muncul.

2. Melatih klien mengontrol halusinasi : Menghardik halusinasi

- a. Menghardik halusinasi

Upaya mengendalikan diri terhadap halusinasi dengan cara menolak halusinasi yang muncul. Klien dilatih untuk mengatakan tidak terhadap halusinasi yang muncul atau tidak memperdulikan halusinasinya, ini dapat dilakukan, klien akan mampu mengendalikan diri dan tidak mengikuti halusinasinya yang muncul, mungkin halusinasi tetap ada namun dengan kemampuan ini pasien tidak akan larut untuk menuruti apa yang ada dalam halusinasinya.

Tahapan tindakan meliputi : Menjelaskan cara menghardik halusinasi, mempragakan cara mengahardik, meminta klien memeperagakan ulang, memantau penerapan cara ini, menguatkan perilaku klien.

b. Bercakap – cakap dengan orang lain

Mengontrol halusinasi dapat juga dengan bercakap – cakap dengan orang lain. Ketika klien bercakap – cakap dengan orang lain maka terjadi distraksi, fokus perhatian pasien akan beralih dari halusinasi ke percakapan yang dilakukan dengan 35 orang lain tersebut, sehingga salah satu cara yang efektif untuk mengontrol halusinasi adalah dengan bercakap – cakap dengan orang lain.

c. Melakukan aktivitas yang terjadwal

Megurangi risiko halusinasi muncul lagi adalah dengan menyibukan diri dengan aktivitas yang teratur. Beraktivitas secara terjadwal, klien tidak akan mengalami banyak waktu luang sendiri yang seringkali mencetuskan halusinasi. Untuk itu klien yang mengalami halusinasi bisa dibantu untuk mengatasi halusinasi dengan cra beraktivitas secara teratur dari bangun pagi sampai tidur malam, tujuh hari dalam seminggu.

Tahapan intervensi sebagai berikut :

- 1) Menjelaskan pentingnya aktivitas yang teratur untuk mengatasi halusinasi.
- 2) Mendiskusikan aktivitas yang biasa dilakukan oleh klien.
- 3) Melatih klien melakukan aktivitas.

- 4) Menyusun jadwal aktivitas sehari – hari sesuai dengan aktivitas yang telah dilatih. Upayakan klien mempunyai aktivitas dari bangun pagi sampai tidur malam, 7 hari dalam seminggu.
- 5) Memantau pelaksanaan jadwal kegiatan, memeberikan penguatan terhadap perilaku klien yang positif.

d. Menggunakan obat secara teratur

Mampu mengontrol halusinasi pasien juga harus dilatih untuk menggunakan obat secara teratur sesuai dengan program. Klien gangguan jiwa yang dirawat dirumah sering kali mengalami putus obat sehingga akibatnya pasien mengalami kekambuhan. Bila kekambuhan terjadi maka untuk mencapai kondisi seperti semula akan lebih sulit, untuk itu klien perlu dilatih menggunakan obat sesuai program dan berkelanjutan.

Tindakan keperawatan agar pasien patuh menggunakan obat :

- 1) Jelaskan guna obat
- 2) Jelaskan akibat bila putus obat
- 3) Jelaskan cara mendapatkan obat atau berobat
- 4) Jelaskan cara menggunakan obat dengan prinsip 5 benar (benar obat, benar pasien, benar cara, benar waktu, benar dosis).

Tindakan keperawatan yang dilakukan pada klien dengan GSP :
Halusinasi yaitu : latih klien mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, bercakap – cakap, melaksanakan aktivitas terjadwal, patuh minum obat.

Keterangan : Apabila klien telah mendapatkan obat, maka tindakan keperawatan pertama yang perlu kita lakukan yaitu melatih klien mengontrol halusinasinya dengan patuh minum obat.

2.3.5 Implementasi Keperawatan

SP 1 Pasien Halusinasi: Bantu pasien mengenali halusinasinya dengan cara diskusi dengan pasien tentang halusinasinya, waktu terjadi halusinasi muncul, frekuensi terjadinya halusinasi, situasi yang menyebabkan halusinasi muncul, respon pasien saat halusinasi muncul dan ajarkan pasien untuk mengontrol halusinasinya dengan cara pertama yaitu dengan menghardik halusinasinya. Pasien dilatih untuk mengatakan tidak terhadap halusinasi yang muncul atau tidak memperdulikan halusinasinya.

SP 2 Pasien Halusinasi: Ajarkan pasien untuk mengontrol halusinasinya dengan cara kedua yaitu dengan bercakap-cakap dengan orang lain. Ketika pasien bercakap-cakap dengan orang lain, maka akan terjadi pengalihan perhatian, focus perhatian pasien akan teralih dari halusinasi ke percakapan yang dilakukan dengan orang lain.

SP 3 Pasien Halusinasi: Ajarkan pasien untuk mengontrol halusinasinya dengan aktivitas terjadwal. Dengan melakukan aktivitas secara terjadwal, pasien tidak akan mengalami banyak waktu luang sendiri yang sering kali mencetuskan halusinasi.

SP 4 Pasien Halusinasi: Berikan pasien pendidikan kesehatan tentang penggunaan obat secara teratur. Untuk mengontrol halusinasi, pasien harus dilatih untuk menggunakan obat secara teratur sesuai dengan program.

2.3.6 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan, dimana kegiatan ini dilakukan terus menerus untuk menentukan apakah rencana efektif dan bagaimana rencana keperawatan dilanjutkan (Yosep, 2011). Evaluasi meliputi respon perilaku

dan emosi lebih terkendali yang sudah tidak mengamuk lagi, bicara dan tertawa sendiri, sikap curiga, perasaan cemas dan berat, serta pasien mempercayai perawatnya, pasien menyadari bahwa yang dialaminya tidak ada objeknya, pasien dapat mengontrol halusinasi. Sehingga, persepsi pasien mulai membaik, pasien dapat menjelaskan hal yang nyata dan tidak nyata. Pada keluarga mampu menjelaskan masalah halusinasi yang nyata dan tidak nyata. Pada keluarga mampu menjelaskan masalah halusinasi yang dialami oleh pasien, mampu menjelaskan cara merawat pasien, mampu memperagakan cara bersikap terhadap pasien (Indriawan, 2019).

2.4 Konsep Komunikasi terapeutik

2.4.1 Definisi Komunikasi Terapeutik

Komunikasi terapeutik adalah komunikasi interpersonal antara perawat dan klien yang dilakukan secara sadar ketika perawat dan klien saling memengaruhi dan memperoleh pengalaman bersama yang bertujuan untuk membantu mengatasi masalah klien serta memperbaiki pengalaman emosional klien yang pada akhirnya mencapai kesembuhan klien (Anjaswani, 2016).

2.4.2 Tujuan Komunikasi Terapeutik

Berdasarkan definisi komunikasi terapeutik, berikut ini tujuan dari komunikasi terapeutik (Anjaswani, 2016).

1. Membantu mengatasi masalah klien untuk mengurangi beban perasaan dan pikiran.
2. Membantu mengambil tindakan yang efektif untuk klien/pasien.
3. Memperbaiki pengalaman emosional klien.

4. Mencapai tingkat kesembuhan yang diharapkan.

2.4.3 Manfaat Komunikasi Terapeutik

Menurut (Anjaswani, 2016) mengungkapkan bahwa komunikasi teraupetik memiliki manfaat yang sangat berdampak bagi perawat dan klien, adapun manfaat yang diberikan yaitu:

1. Merupakan sarana terbina hubungan yang baik antara pasien dan tenaga kesehatan.
2. Mengetahui perubahan perilaku yang terjadi pada individu atau pasien.
3. Mengetahui keberhasilan tindakan kesehatan yang telah dilakukan.
4. Sebagai tolok ukur kepuasan pasien dan keluhan tindakan dan rehabilitasi.

2.4.4 Teknik Komunikasi Terapeutik

Menurut (Sarfika, 2018) dalam komunikasi teraupetik perawat harus dituntut memiliki teknik dalam menjalankan komunikasi bersama klien. Pelaksanaan setiap komunikasi terapeutik dengan teknik yang baik dan benar dapat mendorong pasien halusinasi pendengaran mau berinteraksi.

2. Mendengarkan

Informasi yang disampaikan oleh klien dengan penuh empati dan perhatian. Ini dapat ditunjukkan dengan memandang kearah klien selama berbicara, menjaga kontak pandang yang menunjukkan keingintahuan, dan menganggukan kepala pada saat berbicara tentang hal yang dirasakan penting atau memerlukan umpan balik.

3. Menunjukkan penerimaan

Menerima bukan berarti menyetujui, melainkan bersedia untuk mendengarkan orang lain tanpa menunjukkan sikap ragu atau penolakan.

Untuk menunjukkan sikap penerimaan sebaiknya perawat menanggukkan kepala dalam merespon pembicaraan klien.

4. Mengulang pernyataan klien

Perawat memberikan umpan balik sehingga klien mengetahui bahwa pesannya mendapatkan respon dan berharap komunikasi dapat berlanjut. Menggulang pokok pikiran klien menunjukan indikasi bahwa perawat mengikuti pembicaraan klien.

5. Klarifikasi

Klarifikasi diperlukan untuk memperoleh kejelasan dan kesamaan ide, perasaan, dan persepsi.

6. Memfokuskan Pembicaraan

Tujuan penerapan metode ini untuk membatasi materi pembicaraan agar lebih spesifik dan mudah dimengerti. Perawat tidak perlu menyela pembicaraan klien ketika menyampaikan masalah penting kecuali apabila tidak membuahkan informasi baru.

7. Menyampaikan Hasil

Pengamatan Perawat perlu menyampaikan hasil pengamatan terhadap klien untuk mengetahui bahwa pesan dapat tersampaikan dengan baik. Dengan demikian akan menjadikan klien berkomunikasi dengan lebih baik dan terfokus pada permasalahan yang sedang dibicarakan.

7. Menawarkan Informasi

Penghayatan kondisi klien akan lebih baik apabila ia mendapat informasi yang cukup dari perawat. Perawat dimungkinkan untuk memfasilitasi klien dalam pengambilan keputusan, bukan menasihatinya.

8. Menunjukkan Penghargaan

Menunjukkan penghargaan dapat dinyatakan dengan mengucapkan salam kepada klien, terlebih disertai menyebutkan namanya. Dengan demikian klien merasa keberadaannya dihargai.

9. Refleksi

Refleksi menganjurkan klien untuk mengemukakan dan menerima ide dan perasaannya sebagai bagian dari dirinya. Dengan demikian perawat mengidentifikasi bahwa pendapat klien adalah berharga dan klien mempunyai hak untuk mengemukakan pendapatnya, untuk membuat keputusan, dan memikirkan dirinya sendiri (Sarfika, 2018).

2.4.5 Tahapan Komunikasi Terapeutik

1. Tahap pre-interaksi

Tahap ini adalah masa persiapan sebelum memulai berhubungan dengan klien. Tugas perawat pada tahap ini, yaitu:

- a. Mengeksplorasi perasaan, harapan dan kecemasannya
- b. Menganalisa kekuatan dan kelemahan diri dengan analisa diri ia akan terlatih untuk memaksimalkan dirinya agar bernilai terapeutik bagi klien.
- c. Mengumpulkan data tentang klien, sebagai dasar dalam membuat rencanainteraksi.
- d. Membuat rencana pertemuan secara tertulis, yang akan diimplementasikan saat bertemu dengan klien.
- e. Menganalisa kekuatan dan kelemahan diri dengan analisa diri ia akan terlatih untuk memaksimalkan dirinya agar bernilai

terapeutik bagi klien.

- f. Mengumpulkan data tentang klien, sebagai dasar dalam membuat rencanainteraksi.
- g. Membuat rencana pertemuan secara tertulis, yang akan diimplementasikan saat bertemu dengan klien.

2. Tahap orientasi

Tahap ini dimulai pada saat bertemu pertama dengan klien. Saat pertama kali bertemu dengan klien fase ini digunakan perawat untuk berkenalan dengan klien dan merupakan langkah awal dalam membantu hubungan saling percaya. Tugas utama perawat pada tahap ini adalah memberikan situasi lingkungan yang peka dan menunjukkan penerimaan, serta membantu klien dalam mengekspresikan perasaan dan pikirannya. Tugas-tugas perawat pada tahap ini adalah:

- a. Membantu hubungan saling percaya, menunjukkan sikap penerimaan dan komunikasi terbuka untuk membina hubungan saling percaya perawat harus terbuka, jujur, ikhlas, menerima klien apa adanya, menepati janji dan menghargai klien.
- b. Merumuskan kontrak bersama klien. Kontrak yang harus disetujui bersama dengan klien yaitu tempat, waktu dan topik pertemuan.
- c. Mengenali perasaan dan pikiran serta mengidentifikasi masalah klien.
- d. Merumuskan tujuan dengan klien.

3. Tahap kerja.

Tahap ini merupakan inti dari keseluruhan proses komunikasi terapeutik.

Tahap ini perawat bersama klien mengatasi masalah yang dihadapi klien.

Tahap ini berkaitan dengan pelaksanaan rencana asuhan yang telah diterapkan. Teknik komunikasi yang sering digunakan perawat antara lain mengeksplorasi, mendengarkan dengan aktif, refleksi, berbagai persepsi, memfokuskan dan menyimpulkan.

4. Tahap terminasi.

Fase ini merupakan fase yang sulit dan penting, karena hubungan saling percaya sudah terlena dan berada pada tingkat optimal. Bisa terjadi terminasi pada saat perawat mengakhiri tugas pada unit tertentu atau saat klien akan pulang. Perawat dan klien meninjau kembali proses keperawatan yang telah dilalui dan pencapaian tujuan. Terminasi merupakan akhir dari pertemuan perawat dibagi 2 yaitu terminasi sementara dan terminasi akhir. Terminasi terjadi jika perawat telah menyelesaikan proses keperawatan secara menyeluruh.

Tugas perawat pada fase ini:

- a. Mengevaluasi pencapaian tujuan interaksi yang telah dilakukan, evaluasi ini disebut evaluasi objektif.
- b. Melakukan evaluasi subjektif dilakukan dengan menanyakan perasaan klien setelah berinteraksi atau setelah melakukan tindakan tertentu.
- c. Menepakati tindak lanjut terhadap interaksi yang telah dilakukan.
- d. Membuat kontrak untuk pertemuan berikutnya, kontrak yang perlu disepakati adalah topik, waktu dan tempat pertemuan. (Anjaswani, 2016)

2.4.6 Faktor Yang Mempengaruhi Komunikasi Terapeutik

Menurut (Anjaswani, 2016) berhasilnya pencapaian tujuan dari suatu komunikasi sangat tergantung dari faktor-faktor memengaruhi sebagai berikut.

1. Spesifikasi tujuan komunikasi

Komunikasi akan berhasil jika tujuan telah direncanakan dengan jelas.

2. Lingkungan nyaman.

Lingkungan yang dapat melindungi privasi akan memungkinkan komunikator dan komunikan saling terbuka dan bebas untuk mencapai tujuan.

3. Privasi (terpeliharanya privasi kedua belah pihak)

Kemampuan komunikator dan komunikan untuk menyimpan privasi masing-masing lawan bicara serta dapat menumbuhkan hubungan saling percaya yang menjadi kunci efektivitas komunikasi.

4. Percaya diri.

Kepercayaan diri masing-masing komunikator dan komunikan dalam komunikasi dapat menstimulasi keberanian untuk menyampaikan pendapat sehingga komunikasi efektif.

5. Berfokus kepada klien

Komunikasi terapeutik dapat mencapai tujuan jika komunikasi diarahkan dan berfokus pada apa yang dibutuhkan klien. Segala upaya yang dilakukan perawat adalah memenuhi kebutuhan klien.

6. Stimulus yang optimal adalah penggunaan dan pemilihan komunikasi yang tepat sebagai stimulus untuk tercapainya komunikasi terapeutik.

7. Mempertahankan jarak personal

Jarak komunikasi yang nyaman untuk terjalannya komunikasi yang efektif harus diperhatikan perawat. Jarak untuk terjalannya komunikasi terapeutik adalah satu lengan (± 40 cm). Jarak komunikasi ini berbeda-beda tergantung pada keyakinan (agama), budaya, dan strata sosial.

2.5 Konsep Stress dan Adaptasi

2.5.1 Definisi Stress dan Adaptasi

Stress merupakan reaksi tertentu yang muncul pada tubuh yang bisa disebabkan oleh berbagai tuntutan, misalnya ketika manusia menghadapi tantangan yang penting, ketika dihadapkan pada ancaman, atau ketika harus berusaha mengatasi harapan-harapan yang tidak realistis dari lingkungannya (Muhith Abdul, 2015).

Adaptasi merupakan suatu proses perubahan yang menyertai individu dalam merespon terhadap perubahan yang ada di lingkungan dan dapat mempengaruhi keutuhan tubuh baik secara fisiologis maupun psikologis yang akan menghasilkan perilaku adaptif (Muhith Abdul, 2015).

2.5.2 Sumber Stress

Menurut Maramis (1999) dalam (Muhith Abdul, 2015), sumber stres yaitu, frustrasi, konflik, dan tekanan. Pada fase frustrasi (frustration) terjadi ketika kebutuhan pribadi terhalangi dan seseorang gagal dalam mencapai tujuan yang diinginkannya. Frustrasi dapat terjadi sebagai akibat dari keterlambatan, kegagalan, kehilangan, kurangnya sumber daya, atau diskriminasi. Konflik (conflicts), terjadi karena tidak bisa memilih antara dua atau lebih macam keinginan, kebutuhan atau tujuan. Tekanan (pressure), didefinisikan sebagai stimulus yang menempatkan individu dalam posisi untuk mempercepat, meningkatkan kinerjanya, atau mengubah perilakunya. Tipe yang keempat adalah perubahan (changes), tipe sumber stres yang keempat ini seperti halnya yang ada di seluruh tahap kehidupan, tetapi tidak dianggap penuh tekanan sampai mengganggu kehidupan seseorang baik

secara positif maupun negatif. Self-Imposed merupakan sumber stres yang berasal dalam sistem keyakinan pribadi pada seseorang, bukan dari lingkungan .

2.6 Penelitian Terdahulu

Tabel 2.1 Ringkasan Jurnal

No	Judul, Peneliti, Tahun terbit	Variabel	Metode penelitian	Hasil
1	Gambaran Karakteristik Klien Halusinasi, Lasmi Rohana, 2019	Gangguan kejiwaan	Penelitian ini menggunakan deskriptif dengan menggunakan desain cross sectional	Hasil dari penelitian ini di peroleh karakteristik responden berdasarkan usia mayoritas berusia 36-40tahun sebanyak 14 orang (43,2 %), mayoritas berpendidikan SMA/SMK sebanyak 18 orang (48,6%) dan mayoritas bersuku batak sebanyak 17 orang (45,9 %).
2	Karakteristik Pasien Skizofrenia Rawat Jalan, Mulyani, Nazhipah isnani, 2019	Gangguan kejiwaan	Observasi crossectiona	Hasil penelitian ini menunjukkan jenis kelamin laki-laki sebesar 56% dan perempuan sebesar 44%, kejadian tertinggi pada rentang usia 22-45 tahun sebesar 52% dengan jenis skizofrenia paranoid sebesar 44% dan tidak terinci sebesar 45%.
3	Gambaran Karakteristi kpasien Gangguan Jiwa yang Mengalami Rawat Inap Ulang, Kandar, 2018	Gangguan kejiwaan	Penelitian ini menggunakan kuantitatif Deskriptif dengan menggunakan metode survey	Gangguan jiwa yang rawat ulang adalah laki laki usia produktif (20-60 tahun), jangka waktu rawat inap berikutnya dalam rentang 1-10 hari setelah pulang dari Rumah sakit dan cakupan wilayah kota semarang(27%).
4	Gambaran karakteristik Emergency Psychiatric dengan Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi	Gangguan kejiwaan	Jenis penelitian ini adalah deskriptif dengan pendekatan Historical Design	Karakteristik pasien Emergency psychiatric mayoritas usia dewasa awal, berjenis kelamin perempuan, berpendidikan SD, diagnosis medis skizofrenia tak terinci, diagnosis fisik terkait sistem

	Kurang dari Kebutuhan Tubuh, Sujarwo, Livana, Siti Safiah, 2018			kardiovaskuler dan sistem pencernaan, dan memiliki masalah keperawatan jiwa isolasi sosial.
5	Karakteristik penderita skizofrenia yang di Rawat Inap di Rumah Sakit Jiwa prof. Muammad Ildrem Medan, Irfandi Tamoubolon, 2018	Gangguan kejiwaan	Penelitian bersifat deskriptif dengan desain case series	Hasil penelitian menunjukkan proporsi penderita skizofrenia tertinggi pada umur 25-34 tahun (35,4%), lakilaki (63,0%), pendidikan SMA (47,0%), Kristen Protestan (51,7%), tidak bekerja (65,8%), belum kawin (63,0%), daerah asal Medan (63,1%), faktor pencetus tidak ada keterangan (34,5%), gejala positif (52,0%), skizofrenia paranoid (61,5%), tidak ada riwayat keluarga (86,2), pengobatan Farmakoterapi+Psikoterapi (77,7%), lama rawatan rata-rata 41 hari, sumber biaya BPJS (86,5%), pulang berobat jalan (70,5%). Hasil uji statistik ada perbedaan proporsi umur berdasarkan gejala klinis ($p=0,023$), jenis kelamin berdasarkan gejala klinis ($p=0,0001$), tidak ada perbedaan proporsi pendidikan berdasarkan 42 gejala klinis ($p=0,645$), pekerjaan berdasarkan gejala klinis ($p=0,138$).

BAB 3

TINJAUAN KASUS

3.1 Pengkajian

Pengkajian pasien dilakukan pada tanggal 29 November 2022 pukul 10.00 WIB di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.

3.1.1 Identitas Pasien

Pasien adalah Ny. D usia 58 tahun, Perempuan, beragama islam, bahasa yang sering digunakan adalah bahasa Indonesia, bahasa jawa. Pasien sudah menikah dan saat ini berstatus janda, serta tidak memiliki anak. Keseharian pasien menjadi ibu rumah tangga dan merupakan lulusan SD di Surabaya. Pasien tinggal sendiri. Pasien MRS di ruang Flamboyan pada tanggal 24 November 2022.

3.1.2 Alasan Masuk

Pasien di bawa ke IGD Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya oleh adiknya dan adik ipar pada tanggal 24 November 2022. Pasien gaduh gelisah hampir satu minggu terakhir, pasien selalu ingin keluar rumah khususnya malam hari dan pasien selama 1 minggu terakhir tidak pernah tidur malam karena pasien sering mendengar suara yang meminta untuk bunuh diri. Pasien berbicara sendiri namun seminggu terakhir pasien cenderung tidak berhenti bicara, dalam seminggu ini pasien keluar rumah sampai berkeliling kampung, namun pasien masih bisa pulang sendiri. Pasien tidak pernah memukul orang lain atau melukai dirinya sendiri. Saat pasien makan, pasien harus ditunggu bila tidak pasien akan jalan-jalan meninggalkan makanannya. Pasien diarahkan untuk rawat inap karena untuk dilakukan observasi dan pengobatan sampai pasien bisa sembuh. Pasien di pindah keruang Flamboyan pada tanggal 24 November 2022. Selama pasien di rawat di ruang flamboyan pasien

masih sering mendengarkan suara bisikan untuk bunuh diri, bicara pasien masih sering ngelantur atau berbicara sendiri.

Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 29 November 2022 pasien berbicara melantur pasien mengatakan dirinya dibawa oleh adiknya untuk periksa kemudian pasien mengatakan dirinya ditangkap oleh beberapa orang secara paksa dan di bawa ketempat penampungan sampai saat ini tidak di pulangkan padahal dirinya tidak merasa sakit juga tidak memakai narkoba. Pasien juga mengatakan saat diruang flamboyan mendengar suara-suara telfon tingtong -tingtong.

3.1.3 Faktor Predisposisi

1. Riwayat gangguan jiwa di masa lalu

Berdasarkan SIM RS pasien tidak ada riwayat MRS di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya

2. Riwayat pengobatan sebelumnya

Berdasarkan SIM RS Pasien tidak ada riwayat pengobatan di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya

3. Pengalaman masa lalu yang berkaitan dengan perilaku kekerasan

Pasien tidak memiliki kejadian masa lalu seperti aniaya fisik, aniaya seksual, penolakan, kekerasan dalam keluarga, atau tindakan kriminal.

4. Riwayat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa

Tidak ada anggota keluarga lainnya yang mengalami gangguan jiwa.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

Saat ditanya klien mengatakan tidak ada keluarga yang mengalami gangguan jiwa

5. Riwayat masa lalu yang tidak menyenangkan

Klien mengatakan pernah bertengkar dengan adik kandungannya karena sempat diadu domba oleh ART adiknya, klien juga mengatakan dirinya menjadi mudah tersinggung dan menjadi mudah curiga.

Masalah Keperawatan: Respon Pasca Trauma

3.1.4 Pemeriksaan Fisik

1. Tanda Vital

Tekanan Darah : 120/70 mmHg

Nadi : 88 x/menit

Suhu : 36,1 °C

RR : 20 x/menit

2. Ukur

Tinggi Badan : 155cm

Berat Badan : 45 kg

3. Keluhan fisik :

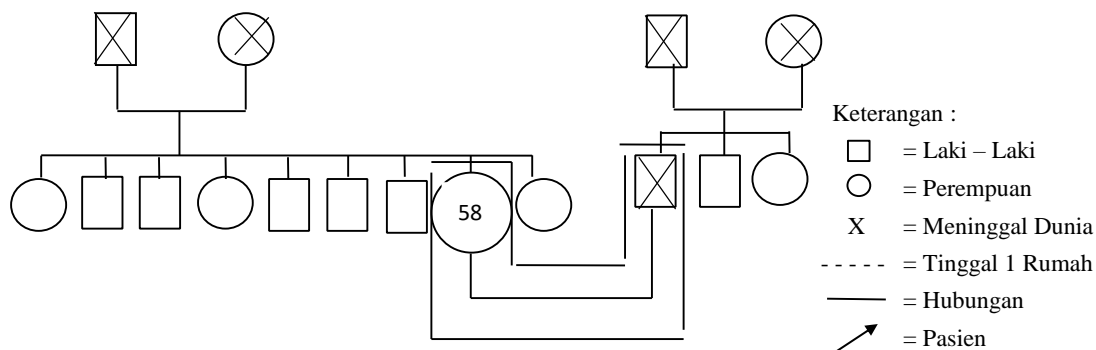
Pasien mengatakan tidak ada keluhan fisik dan tidak sakit-sakit badannya.

Saat pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan nilai dalam batas normal

Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan.

3.1.5 Psikososial

1 Genogram



Gambar 3.1 Genogram Keluarga

Genogram tidak dapat dibuat tiga generasi dikarenakan klien lupa dan klien hanya bisa menyebutkan 2 generasi saja. Klien mengatakan anak ke 8 dari 9 bersaudara. Klien tidak memiliki anak kandung dan sekarang tinggal sendiri karena suami klien sudah meninggal dunia.

Jelaskan : Klien mengatakan komunikasi dengan keluarga kurang, karena klien tinggal sendiri, suami sudah meninggal dan tidak punya anak kandung, hanya adik klien yang merawat klien

Masalah Keperawatan: Resiko penatalaksanaan regimen terapi inepektif

2 Konsep diri

- a. Gambaran diri : Klien mengatakan menyukai semua anggota tubuhnya dan tidak ada yang tidak disukai.
- b. Identitas : Klien mengatakan dirinya seorang perempuan dan berstatus janda, klien mengatakan puas dengan dirinya.
- c. Peran: Klien mengatakan sebagai seorang pedagang baju dipasar, klien bersyukur dan puas dengan dirinya.
- d. Ideal diri: Klien mengatakan bahwa dirinya berharap bisa mendapat kepercayaan lebih dari adiknya.

- e. Harga diri: Klien mengatakan ingin menikah lagi agar memiliki teman hidup tetapi klien malu karena sudah tua.

Masalah Keperawatan : Harga diri rendah situasional

3 Hubungan Sosial

- a. Orang yang berarti: klien mengatakan suami nya sangat berarti. Pada saat suaminya meninggal, klien mengatakan sering bercerita dengan adik kandungnya.
- b. Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat: Saat dirumah sakit, klien tampak menyendiri dan tidak mengikuti aktivitas kelompok seperti TAK seperti menggambar, bermain dan senam.
- c. Hambatan dalam berbuhungan dengan orang lain: Klien saat dikaji alasan suka menyendiri, klien mengatakan bahwa dirinya sudah tua malas mengikuti kegiatan kelompok.

Masalah Keperawatan : Menarik diri

4 Spiritual

- a. Nilai dan keyakinan: Klien mengatakan bahwa dirinya beragama islam, dan sangat bersyukur dengan pemberian Allah SWT.
- b. Kegiatan ibadah: Saat di RSJ Menur klien tampak tidak mengikuti kegiatan beribadah.

Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

3.1.6 Status Mental

1. Penampilan

Saat pengkajian klien tampak berpakaian rapi, bersih, menggunakan seragam ruang flamboyan RSJ Menur, dan rambut rapi serta di ikat.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

2. Pembicaraan

Saat pengkajian klien tampak berbicara melantur dan kadang berbicara sendiri.

Masalah Keperawatan : Gangguan proses pikir

3. Aktivitas Motorik

Saat pengkajian klien tampak gelisah dengan menggerak-gerakkan jari-jari tangannya setiap berbicara.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

4. Alam perasaan

Saat ditanya tentang perasaannya, klien mengatakan sedih, khawatir, dan kadang kesal, terkadang timbul gejala seperti mudah tersinggung.

Masalah Keperawatan : Ansietas

5. Afek

Saat ditanya tentang perasaan respon yang ditimbulkan pasien tampak sesuai

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

6. Interaksi selama wawancara

Saat klien diajak berbicara, kontak mata klien tampak kurang ditandai dengan klien melihat arah lain, serta memejamkan mata saat diajak berbicara.

Masalah Keperawatan : Gangguan interaksi sosial

7. Persepsi

Saat dikaji jenis, isi, waktu, situasi, respon, frekuensi halusinasi, klien mengatakan mendengar suara *telephone* ting-tong ting-tong di dalam ruang tidur RSJ Menur, klien tampak berbicara sendiri, saat dikaji lebih dalam klien tampak kurang kooperatif dan tidak mau menjawab semua pertanyaan.

Masalah Keperawatan : Gangguan persepsi sensori: Halusinasi Pendengaran

8. Proses Pikir

Klien menjawab sesuai pertanyaan, jika pertanyaan berupa cerita, klien tampak berbicara melantur tidak sesuai topik pembicaraan tapi setelah itu klien bisa menjawab pertanyaan.

Masalah Keperawatan : Gangguan Proses Pikir

9. Isi Pikir

Klien saat pengkajian tampak berbicara melantur dan berbicara sendiri.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

10. Waham

Klien mengalami waham curiga, ditandai dengan klien mengatakan bahwa dirinya disekap di tempat penampungan dan tidak boleh keluar.

Masalah Keperawatan : Gangguan proses piker

11. Tingkat kesadaran

Saat dikaji waktu dan orang klien bisa menjawab dengan tepat, dan klien tampak bingung saat ditanya tempat, klien menjawab berada ditempat penampungan yang dapat memperburuk keadaanya, serta klien berfikir dirinya disekap tidak boleh pulang.

Masalah Keperawatan : Gangguan proses pikir

12. Memori

Klien mampu mengingat tempat tinggal dan keluarganya.

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

13. Tingkat konsentrasi dan berhitung

Saat klien diminta untuk berhitung dengan jari 1-20 kemudian dikurangi 3 sampai dengan 5 tingkat, klien tampak konsentrasi dan dapat menjawab dengan benar.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

14. Kemampuan penilaian

Saat dikaji tentang suara yang di dengar klien mengatakan bahwa suara yang hanya klien dengar itu nyata

Masalah Keperawatan : Gangguan proses pikir

15. Daya tilik diri

Klien mengatakan bahwa dirinya tidak merasa sakit.

Masalah Keperawatan : resiko penatalaksanaan regimen terapi inefektif

3.1.7 Kebutuhan Persiapan Pulang

1. Kemampuan klien memenuhi atau menyediakan kebutuhan:

Saat dikaji pasien mengatakan mampu melakukan secara mandiri

Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

2. Kegiatan hidup sehari-hari:

- a. Perawatan diri:

Klien mengatakan mandi 2x sehari dan juga ganti baju secara mandiri, Klien juga mengatakan BAB sehari 1x dan BAK sering jika minum banyak. Klien juga tampak bersih dan rapi. Klien mengatakan dapat makan, BAK/BAB tanpa bantuan.

Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

- b. Nutrisi

Klien mengatakan puas dengan pola makannya dan tidak memisahkan diri saat makan. frekuensi makan dan kudapannya 3x sehari, dengan nafsu makannya sedikit-sedikit seperti makanan pagi dihabiskan kemudian makan siang tidak dihabiskan karena masih kenyang. Berat badan tertinggi yang dimiliki klien yaitu 45kg, sedangkan berat badan terendah yang dimilikinya yaitu 43kg. saat masuk di RSJ Menur berat badan klien 44kg dan saat sudah di RSJ Menur berat klien 45kg Tidak ada diet khusus untuk klien, dan klien dapat menghabiskan 1 porsi makanan jika menu makanan yang disukai klien

Masalah keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

- c. Tidur

Klien mengatakan tidak ada masalah pada tidurnya, dan merasa puas setelah bangun tidur. Klien memiliki kebiasaan tidur siang selama 2 jam. Klien juga mengatakan tidak ada yang membantu untuk tidurnya. Waktu tidur malam biasanya pukul 20.00 WIB dan bangun pada pukul 05.00 WIB, tidur siang pukul 13.00-15.00 WIB. Klien mengatakan berbicara saat tidur. Aktivitas tidur klien tampak normal.

3. Kemampuan klien dalam

Klien tampak bingung dan tidak tahu mengenai penggunaan obat, klien juga mengatakan bahwa dirinya tidak sakit, tapi mengapa diberi vitamin terus menerus.

Masalah Keperawatan : Resiko penatalaksanaan regimen terapi inefektif

4. Klien memiliki sistem pendukung

Klien mengatakan sistem pendukungnya adalah adiknya

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

5. Apakah klien menikmati saat bekerja kegiatan yang menghasilkan atau hobi

Klien mengatakan sebelumnya pernah berjualan baju, dan menikmati pekerjaannya tersebut.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3.1.8 Mekanisme Koping

Klien terlihat menghindar saat didekati.

Masalah Keperawatan : Mekanisme koping individu inefektif

3.1.9 Masalah Psikososial dan Lingkungan

1. Masalah dengan dukungan kelompok, spesifik

Klien mengatakan jarang mengikuti aktivitas kelompok.

2. Masalah berhubungan dengan lingkungan, spesifik

Klien mengatakan tinggal sendiri dirumah dan tidak ada masalah dengan lingkungan.

3. Masalah dengan pekerjaan, spesifik

Klien mengatakan tidak ada masalah yang berhubungan dengan pekerjaan.

4. Masalah dengan perumahan, spesifik

Klien mengatakan tidak ada masalah yang berhubungan dengan perumahan.

5. Masalah ekonomi, spesifik

Klien mengatakan semenjak ditinggal suaminya klien mencari uang sendiri dengan berjualan baju di pasar religi

6. Masalah dengan pelayanan kesehatan, spesifik

Tidak ada masalah yang berhubungan pelayanan Kesehatan.

7. Masalah lainnya, spesifik

Klien mengatakan pernah bertengkar dengan adik kandungannya karena sempat diadu domba oleh ART adiknya, klien juga mengatakan dirinya menjadi mudah tersinggung dan menjadi mudah curiga.

Masalah Keperawatan : Respon Pasca Trauma

3.1.10 Pengetahuan Kurang Tentang

Saat dikaji pasien mengatakan tidak mengetahui tentang penyakit jiwanya dan tidak mengetahui obat apa yang harus dikonsumsi.

Masalah Keperawatan : Defisit Pengetahuan

3.1.11 Data Lain – Lain

Pada tanggal 24 November 2022

Hasil pemeriksaan foto thorax DBN/ Normal

Pemeriksaan GDA: 111 mg/dl

Pemeriksaan antigen dengan hasil negative

3.1.12 Aspek Medik

Diagnose medik : Paranoid schizofrenia

Tabel 3.1 Terapi Obat

No	Nama Obat	Dosis	Waktu	Tanggal
1	DBHCTH /Clozapine 25 mg	2 X ½ Tab	1-0-1	29-11-2022 s/d 03-12-2022
2	DBHCTH/ Triftuaperezine 5mg	3 X 1 Tab	1-1-1	29-11-2022 s/d 03-12-2022
3	DBHCTH /Clozapine 25 mg	1 X ½ Tab	0-0-1	03-12-2022 s/d 07-12-2022
4	DBHCTH/ Triftuaperezine 5mg	2 X 1 Tab	1-0-1	03-12-2022 s/d 07-12-2022

3.1.13 Daftar Masalah Keperawatan

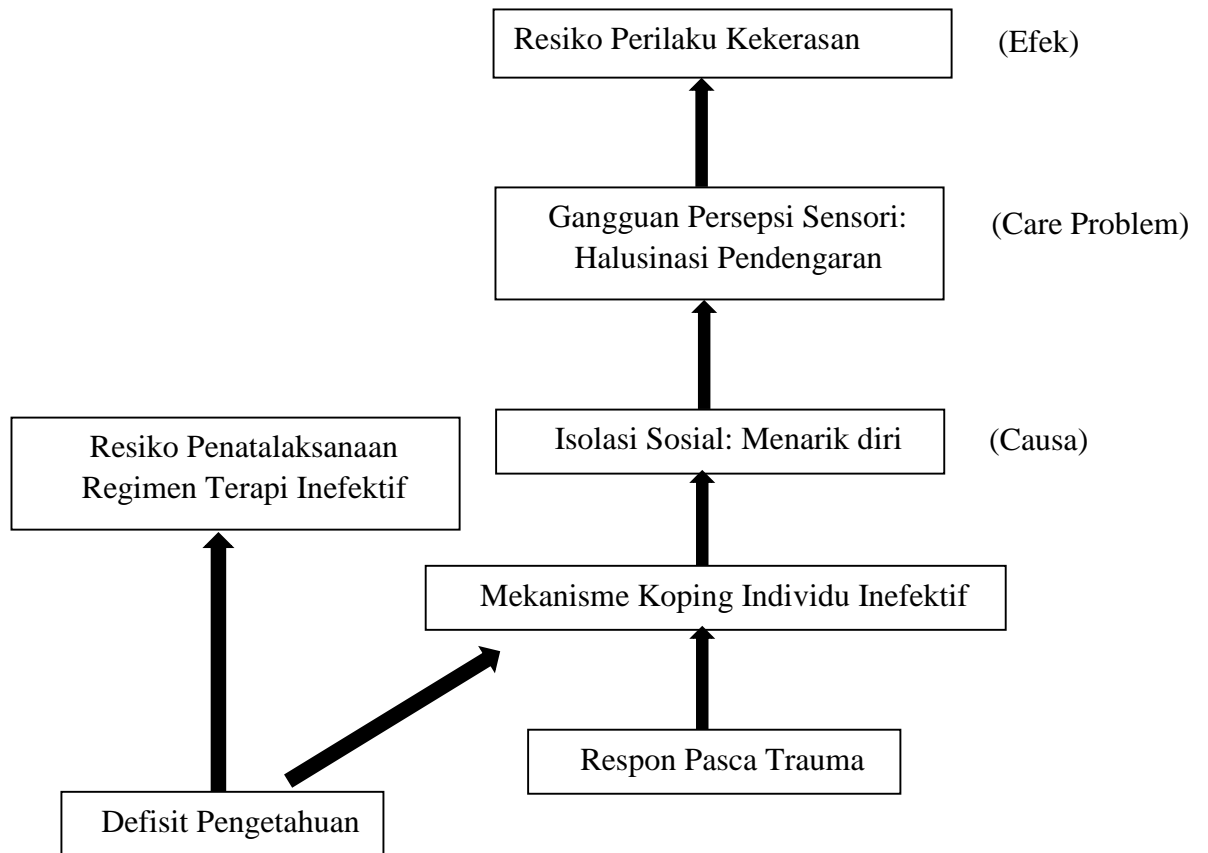
1. Respon pasca trauma
2. Resiko penatalaksanaan regimen terapi inefektif
3. Harga diri rendah situasional
4. Distres spiritual
5. Kerusakan komunikasi verbal
6. Resiko tinggi cedera
7. Ansietas
8. Gangguan interaksi sosial
9. Gangguan proses pikir
10. Mekanisme koping individu inefektif
11. Defisit pengetahuan

3.1.14 Diagnosa keperawatan Yang Diambil

Pada kesempatan ini penulis hanya mengambil diagnosa Gangguan Persepsi

Sensori : Halusinasi Pendegaran

3.2 Pohon Masalah



Gambar 3.2 Pohon Masalah Kasus

3.3 Analisa Data

Tabel 3.2 Analisa Data Keperawatan Pada Ny. D

TGL	DATA	MASALAH	TTD
29/11/2022	<p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan sedih, khawatir, dan kadang kesal saat mendengar suara <i>telephone</i> yang hanya klien dengar. 2. Klien mengatakan mendengar suara <i>telephone</i> ting-tong ting-tong di dalam ruang tidur RSJ Menur. 3. klien mengatakan bahwa suara yang hanya klien dengar itu nyata. <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak berbicara melantur dan kadang berbicara sendiri. 2. Klien tampak gelisah dengan menggerak-gerakkan jari-jari tangannya setiap berbicara. 3. Kontak mata klien tampak kurang ditandai dengan klien melihat arah lain, serta memejamkan mata saat diajak berbicara. 	Gangguan persepsi sensori : Halusinasi pendengaran (SDKI D.0095 Hal 190)	<i>Yuan</i>

3.4 Intervensi Keperawatan

Nama pasien : Ny. D
 No. RM : xx-xx-xx
 Ruangan : Flamboyan

Nama Mahasiswa : Yuannita PWS
 Institusi : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tabel 3.3 Rencana Tindakan Keperawatan Pada Ny. D (Keliat, B. A., Hamadi, A. Y. S., Putri, Y. S. E., Daulima, N. H. C., Wardani & Susati, H., Hargiana, G., & Panjaitan, 2019).

No.	Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Tujuan & Kriteria Hasil	Perencanaan Tindakan Keperawatan (SP1-4)	Rasional
1.	29/11/2022	Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi (SDKI D.0095 Hal 190)	SP 1 1. Secara kognitif diharapkan pasien dapat : a. Menyebutkan penyebab halusinasi. b. Menyebutkan karakteristik halusinansi seperti jenis, isi, frekuensi, duarsi, waktu, situasi yang menyebabkan halusinasi dan respon terhadap halusinasi. c. Menyebutkan akibat yang ditimbulkan dari halusinasi. d. Menyebutkan cara yang selama ini digunakan untuk mengidendalikan halusinasi.	Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik: (Beri salam atau panggil nama, perkenalkan diri dengan sopan, jelaskan maksud dan tujuan interaksi, jelaskan kontrak yang akan dibuat) Sp 1 Pasien 8. Identifikasi halusinasi pasien(jenis,waktu, frekuensi, isi,durasi, situasi dan respon). 9. Ajarkan mengontrol halusinasi dengan cara menghardik. 10. Anjurkan pasien untuk mencatat tindakan yang telah diberikan.	1. Membina hubungan saling percaya merupakan langkah awal untuk menentukan keberhasilan rencana selanjutnya. 2. Dengan mengidentifikasi halusinasi klien dapat menentukan tindakan yang akan diberikan. 3. Agar klien mampu mengontrol halusinasinya dengan cara menghardik 4. Agar klien menerapkan tindakan yang sudah diberikan.

No.	Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Tujuan & Kriteria Hasil	Perencanaan Tindakan Keperawatan (SP1-4)	Rasional
			e. Menyebutkan cara mengendalikan halusinasi yang tepat 2. Secara psikomotor diharapkan pasien dapat : a. Melawan halusinasi dengan menghardik. b. Mengabaikan halusinasi dengan bersikap seolah tidak mendengar suara palsu 3. Secara afektif diharapkan pasien dapat : a. Merasakan manfaat cara-cara mengatasi halusinasi. b. Membedakan perasaan sebelumnya dan sesudah latihan.		
2.	29/11/2022	Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi (SDKI D.0095 Hal 190)	SP 2 1. Secara kognitif diharapkan pasien dapat : a. Menyebutkan cara mengendalikan halusinasi yang tepat.	Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik : (Beri salam atau panggil nama, perkenalkan diri dengan sopan, jelaskan maksud dan tujuan interaksi, jelaskan kontrak yang akan dibuat)	1. Mengevaluasi kemampuan pasien. 2. Agar klien mampu mengendalikan halusinasinya dengan bercakap-cakap dengan orang lain.

No.	Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Tujuan & Kriteria Hasil	Perencanaan Tindakan Keperawatan (SP1-4)	Rasional
			b. Menyebutkan tindakan yang telah diberikan 2. Secara psikomotor diharapkan pasien dapat : a. Mengalihkan halusinasi dengan cara distraksi yaitu bercakap-cakap dengan orang lain 3. Secara afektif diharapkan pasien dapat : a. Merasakan manfaat cara-cara mengatasi halusinasi. b. Membedakan perasaan sebelum dan sesudah latihan.	SP2 Pasien 1. Evaluasi jadwal kegiatan harian pasien. 2. Latih pasien mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain. 3. Anjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan sehari-hari.	3. Agar klien berlatih dan menerapkan dalam kegiatan sehari-hari.
3.	29/11/2022	Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi (SDKI D.0095 Hal 190)	SP 3 1. Secara kognitif diharapkan pasien dapat : a. Menyebutkan cara mengendlikan halsuinasi yang tepat. b. Menyebutkan tindakan yang telah disebutkan sebelumnya dari cara menghardik dan	Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik : (Beri salam atau panggil nama, perkenalkan diri dengan sopan,jelaskan maksud dan tujuan interaksi, jelaskan kontrak yang akan dibuat) SP 3 Pasien 1. Evaluasi jadwal kegiatan harian pasien	1. Untuk mengetahui kemampuan klien dalam mengontrol halusinasinya. 2. Untuk mengontrol halusinasi klien dengan aktifitas terjadwal. 3. Agar klien berlatih tindakan yang sudah diberikan.

No.	Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Tujuan & Kriteria Hasil	Perencanaan Tindakan Keperawatan (SP1-4)	Rasional
			<p>bercakapcakap dengan orang lain.</p> <p>2. Secara psikomotor diharapkan pasien dapat :</p> <p>a. Mengalihkan halusinasi dengan cara distraksi yaitu melakukan aktifitas terjadwal</p> <p>3. Secara afektif diharapkan pasien dapat :</p> <p>a. Merasakan manfaat cara-cara mengatasi halusinasi.</p> <p>b. Membedakan perasaan sebelum dan sesudah latihan.</p>	<p>2. Latih pasien mengendalikan halusinasi dengan melakukan kegiatan (kegiatan yang biasa dilakukan pasien).</p> <p>3. Anjurkan pasien memasukkan dalam Kegiatan sehari-hari</p>	
4.	29/11/2022	Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi (SDKI D.0095 Hal 190)	<p>SP 4</p> <p>1. Secara kognitif diharapkan pasien dapat :</p> <p>a. Menyebutkan pengobatan yang telah diberikan.</p> <p>b. Menyebutkan tindakan yang telah diberikan sebelumnya dari cara menghardik, bercakap-cakap dengan orang lain</p>	<p>Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik : (Beri salam atau panggil nama, perkenalkan diri dengan sopan, jelaskan maksud dan tujuan interaksi, jelaskan kontrak yang akan dibuat)</p> <p>SP 4 Pasien</p> <p>1. Tanyakan pengobatan sebelumnya.</p>	<p>1. Untuk mengevaluasi tindakan yang sudah diberikan.</p> <p>2. Agar pasien mengerti penggunaan obat dengan benar</p> <p>3. Agar klien mudah menerapkan jadwal kegiatan harian</p>

No.	Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Tujuan & Kriteria Hasil	Perencanaan Tindakan Keperawatan (SP1-4)	Rasional
			<p>dan melakukan aktivitas terjadwal.</p> <p>2. Secara psikomotor diharapkan pasien dapat :</p> <p>a. Minum obat dengan prinsip 8 benar yaitu benar nama klien, benar manfaat, benar dosis obat, benar frekuensi obat, benar cara, benar tanggal kadaluarsa dan benar dokumentasi.</p> <p>3. Secara afektif diharapkan pasien dapat :</p> <p>a. Merasakan manfaat cara-cara mengatasi halusinasi.</p> <p>b. Membedakan perasaan sebelum dan sesudah Latihan</p>	<p>2. Jelaskan tentang pengobatan</p> <p>3. Latih pasien minum obat secara teratur.</p> <p>4. Masukkan kejadwal keseharian pasien.</p>	
5.	29/11/2022	Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi (SDKI D.0095 Hal 190)	Diharapkan keluarga mampu menjelaskan tentang halusinasi sehingga dapat merawat pasien dirumah dan menjadi sistem pendukung yang efektif untuk pasien	<p>SP 1 Keluarga :</p> <p>1. Identifikasi masalah keluarga dalam merawat pasien.</p> <p>2. Jelaskan tentang pengertian, jenis halusinasi yang dialami klien, tanda gejala dan cara merawat pasien hakusinasi (cara berkomunikasi pemberian obat</p>	<p>1. Keluarga mendapatkan cara yang sesuai dalam merawat klien.</p> <p>2. Keluarga mengetahui tentang halusinasi.</p> <p>3. Keluarga dapat menggunakan pelayanan kesehatan dengan optimal.</p>

No.	Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Tujuan & Kriteria Hasil	Perencanaan Tindakan Keperawatan (SP1-4)	Rasional
				<p>dan pemberian aktivitas kepada pasien).</p> <p>3. Sumber-sumber pelayanan kesehatan yang bisa dijangkau.</p> <p>4. Bermain peran cara merawat.</p> <p>5. Rencana tindak lanjut keluarga untuk merawat klien.</p>	<p>4. Keluarga mengetahui dan dapat merawat anggota yang sakit.</p> <p>5. Keluarga mendapatkan informasi yang cukup untuk merawat anggota keluarganya yang sakit.</p>
6.	29/11/2022	Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi (SDKI D.0095 Hal 190)	<p>Diharapkan keluarga mampu :</p> <p>1. Menyelesaikan kegiatan yang sudah dilakukan.</p> <p>2. Memperagakan cara merawat klien</p>	<p>SP 2 Keluarga :</p> <p>1. Evaluasi kemampuan keluarga pada SP 1</p> <p>2. Latih keluarga merawat klien.</p> <p>3. Rencana tindak lanjut keluarga untuk merawat klien.</p>	<p>1. Keluarga dapat mengebal dan menjelaskan klabali mengenai halusinasi.</p> <p>2. Keluarga dapat merawat klien.</p> <p>3. Keluarga memiliki jadwal yang sesuai untuk merawat klien.</p>
7.	29/11/2022	Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi (SDKI D.0095 Hal 190)	<p>Diharapkan keluarga sudah mengerti kegiatan yang akan dilakukan selama klien berada dirumah.</p>	<p>SP 3 Keluarga :</p> <p>1. Membantu keluarga membuat jadwal aktivitas termasuk minum obat.</p> <p>2. Menjelaskan follow up pasien</p>	<p>1. Keluarga sudah memiliki kemampuan untuk merawat anggota keluarganya yang sakit.</p> <p>2. Keluarga sudah dapat merawat anggota keluarga yang sakit dirumah.</p>

3.5 Implementasi Keperawatan

Tabel 3.4 Implementasi Dan Evaluasi Keperawatan Pada Ny. D

Tgl	Dx Kep	Implementasi	Evaluasi	TT
29/11/2022 09.00 WIB	Gangguan persepsi sensoris : halusinasi pendengaran (SDKI D.0095 Hal 190)	<p>Membina hubungan saling percaya dengan pasien (“Selamat pagi bu, perkenalkan nama saya Yuanita, saya biasa dipanggil Yuan, saya mahasiswa dari Stikes Hang Tuah Surabaya. Kalau boleh tahu nama ibu siapa ya? Biasanya senang dipanggil siapa?” “Bagaimana perasaan ibu hari ini? Bagaimana dengan tidurnya semalam?” “Baiklah ibu D. bolehkah kita bercakap-cakap sebentar tentang apa yang mbak rasakan”)</p> <p>SP 1:</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi jenis, isi, waktu, frekuensi, respon, situasi pasien (“Apakah ibu D mendengarkan suara-suara yang tidak ada wujudnya? Kalau boleh tahu apa yang dikatakan suara tersebut bu? Apa ibu D terus mendengar suaranya atau sewaktu-waktu saja?”. “Kapan biasanya ibu D sering mendengarkan suara-suara itu bu? 	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan “Selamat pagi mbak nama saya D.A, saya biasanya dipanggil ibu D”. Pasien mengatakan bahwa “Saya semalam bisa tidur mbak”. Pasien mengatakan bahwa suara yang hanya klien dengar itu nyata. Pasien mampu mengidentifikasi isi halusinasi “Suara yang muncul sering meminta saya untuk bunuh diri dan sering mendengarkan <i>telephone</i> ting-tong ting-tong di dalam ruang tidur” <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> klien mau berjabat tangan. Klien tampak berbicara melantur dan kadang berbicara sendiri. Klien tampak gelisah dengan menggerak-gerakkan jari-jari tangannya setiap berbicara. Kontak mata klien kurang ditandai dengan melihat arah lain, serta memejamkan mata saat diajak berbicara. Klien tampak kurang kooperatif dan tidak mau menjawab semua pertanyaan. 	YUAN

Tgl	Dx Kep	Implementasi	Evaluasi	TT
		<p>Kalau suaranya muncul respon ibu D bagaimana?”. “Berapakah sehari ibu D mengalami kegiatan tersebut? Paling sering pas ibu D sedang melakukan kegiatan apa?”.)</p> <p>2. Mengajarkan pasien mengontrol halusinasinya dengan cara menghardik, yaitu dengan cara menutup telinga mengucapkan “Pergi sana!! Kamu tidak nyata!! Kamu palsu! dan mengucapkan kalimat astagfirullah.</p> <p>3. Menganjurkan pasien mencatat tindakan yang telah diberikan</p>	<p>6. Klien bisa mengidentifikasi jenis halusinasi saja.</p> <p>7. Klien masih belum paham cara menghardik halusinasi.</p> <p>A : SP 1 Poin 1 teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan SP 1 Poin 1, 2, dan 3</p>	
30/11/22 10.00 WIB	Gangguan persepsi sensoris : halusinasi pendengaran (SDKI D.0095 Hal 190)	<p>SP 1</p> <p>1. Mengidentifikasi waktu, frekuensi, respon, situasi pasien.</p> <p>2. Membantu mengulangi cara mengontrol ahalusinasi dengan menghardik halusinasinya, yaitu dengan menutup telinganya.</p> <p>3. Menganjurkan pasien mencatat tindakan yang telah diberikan.</p>	<p>S:</p> <p>1. klien mengatakan mendengar suara tlp tingtong-tingtong dari saudaranya yang tidak mau menjemputnya, dan klien juga mengatakan sedih serta kesal pada saudaranya yang hanya <i>telephone</i> saja.</p> <p>O:</p> <p>1. klien tampak gelisah, sedih dan kesal</p> <p>2. kontak mata klien tampak kurang</p> <p>3. pembicaraan klien tampak melantur</p> <p>4. klien tidak menjawab semua pertanyaan</p> <p>5. klien tampak kurang kooperatif</p>	YUAN

Tgl	Dx Kep	Implementasi	Evaluasi	TT
			A: SP 1 tercapai Sebagian. P : lanjutkan SP 1 Poin 1,2 dan 3	
01/12/22 14.00 WIB	Gangguan persepsi sensoris : halusinasi pendengaran (SDKI D.0095 Hal 190)	SP 1 1. Mengidentifikasi jenis, isi, waktu, frekuensi, respon, situasi pasien. 2. Membantu mengulangi cara mengontrol halusinasi dengan menghardik halusinasinya, yaitu dengan menutup telinganya dan mengucapkan kalimat astagfirullah. 3. Menganjurkan pasien mencatat tindakan yang telah diberikan.	S: 1. klien mengatakan bahwa saudaranya tlp terus menerus 2. klien juga mengatakan kesulitan memulai tidur karena suara tlp dari saudaranya setiap waktu tidak kunjung berhenti dan tidak kunjung menjemputnya. O: 1. klien tampak berbicara sendiri dalam situasi ramai maupun sendiri. 2. kontak mata klien tampak kurang. A: SP 1 Poin 1 tercapai. P : lanjutkan SP 1 Poin 2 dan 3	YUAN
02/12/22 17.00 WIB	Gangguan persepsi sensoris : halusinasi pendengaran (SDKI D.0095 Hal 190)	SP 1 1. Mengajarkan pasien mengontrol halusinasinya dengan cara menghardik, yaitu dengan cara menutup telinga mengucapkan “Pergi sana!! Kamu tidak nyata!! Kamu palsu!dan mengucapkan kalimat astagfirullah (poin 2). 2. Membantu pasien membuat jadwal kegiatan dan memasukan latihan menghardik ke dalam jadwal (poin 3).	S: Pasien mengatakan sudah mengetahui cara menghardik halusinasi, tetapi terkadang masih sedikit lupa dan masih memerlukan bimbingan. O: 1. klien mampu mendemonstrasikan cara menghardik dengan bimbingan 2. klien tampak kooperatif 3. kontak mata klien fokus A: SP 1 poin 2 tercapai Sebagian. P : lanjutkan SP 1 Poin 2 dan 3	YUAN
03/12/22 09.00 WIB	Gangguan persepsi sensoris: halusinasi pendengaran (SDKI D.0095 Hal 190)	SP 1 1. Membantu mengulangi cara mengontrol halusinasi dengan menghardik halusinasinya, yaitu dengan menutup telinga, dan mengucapkan “Pergi	S: klien mengatakan sudah tidak bingung O: 1. klien mampu mendemonstrasikan cara menghardik tanpa bimbingan. 2. klien tampak kooperatif	YUAN

Tgl	Dx Kep	Implementasi	Evaluasi	TT
		<p>sana!! Kamu tidak nyata!! Kamu palsu! dan mengucapkan kalimat astagfirullah (poin 2).</p> <p>2. Membantu pasien membuat jadwal kegiatan dan memasukan latihan menghardik ke dalam jadwal (poin 3).</p>	<p>3. kontak mata klien tampak fokus</p> <p>A: SP 1 poin 2 dan 3 tercapai.</p> <p>P : lanjutkan SP 2</p>	
05/12/22 10.00	Gangguan persepsi sensoris : halusinasi pendengaran (SDKI D.0095 Hal 190)	<p>SP 2:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi SP 1 (yaitu mengevaluasi cara menghardik halusinasi. 2. Membantu pasien untuk mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan teman sekamarnya. 3. Membantu pasien membuat jadwal kegiatan harian 	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. klien mengatakan sudah tau cara menghardik halusinasi. 2. Klien juga mengatakan jika mendengar suara-suara klien istigfar. 3. klien mengatakan bahwa dirinya tidak mengenal teman sekamarnya maka dari itu tidak pernah bercakap-cakap dengan teman sekamar. <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak masih bingung menghardik dengan bercakap cakap 2. Klien jarang mengikuti aktivitas kelompok 3. Klien tampak tenang <p>A: SP 2 Poin 1 tercapai</p> <p>P : lanjutkan SP 2 Poin 2 dan 3</p>	YUAN
06/12/22 13.00 WIB	Gangguan persepsi sensoris : halusinasi pendengaran (SDKI D.0095 Hal 190)	<p>SP 2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengulangi kepada pasien cara untuk mengontrol halusinasi dengan cara berakap-cakap dengan orang lain/teman sekamarnya (poin 2). 2 Membantu pasien membuat jadwal kegiatan harian (poin 3). 	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan sudah tidak bingung. 2. klien mengatakan saya akan mengajak teman satu kamar saya mengobrol jika suara tersebut muncul” <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mampu menghardik halusinasi dengan bercakap – cakap. 2. Klien mampu melakukan kegiatan 	YUAN

Tgl	Dx Kep	Implementasi	Evaluasi	TT
			positif seperti senam, beribadah dan TAK. A: SP 2 tercapai, Pasien KRS P: 1. Kontrol tgl 12-12-2022 2. Obat KRS (Trifluoperazine 5 mg 1 Tab)	

BAB 4

PEMBAHASAN

Dalam pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi di tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan jiwa masalah utama Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran dengan Diagnosa Medis Paranoid Skizofrenia di ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya yang meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

4.1 Pengkajian

Pada tahap pengumpulan data, penulis tidak mengalami kesulitan karena penulis telah mengadakan pengenalan dan menjelaskan maksud penulis yaitu untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien sehingga pasien terbuka dan mengerti serta kooperatif.

Menurut data yang didapat pasien masuk rumah sakit di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya pada tanggal 24 November 2022 dengan Diagnosa Medis Skizofrenia, sebelumnya pasien tidak pernah dirawat di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya. Pengkajian dilakukan pada tanggal 29 November 2022 pukul 10.00 WIB didapatkan data dari pasien mengatakan mendengar suara-suara *telephone* didalam ruang flamboyan RSJ Menur, pada saat di ruangan pasien lebih suka menyendiri dan jarang melakukan aktivitas.

Pada tanda dan gejala dalam tinjauan pustaka masalah yang dituliskan menurut (PPNI, 2016) perilaku pasien yang terkait dengan Halusinasi adalah sebagai berikut :

1. Respon tidak sesuai.
2. Bersikap seolah mendengar sesuatu.
3. Menyendiri.
4. Melamun.
5. Disorientasi waktu, tempat, orang atau situasi.
6. Curiga.
7. Melihat ke satu arah.
8. Berbicara sendiri.

Dari beberapa kesenjangan tinjauan pustaka maka dapat disimpulkan bahwa ada beberapa perilaku pasien yang muncul pada tinjauan kasus, hal ini sesuai dengan teori menurut (PPNI, 2016) bahwa tanda dan gejala pasien Halusinasi adalah sebagai berikut :

1. Berbicara sendiri

Pada saat dikaji pasien tampak sering berbicara sendirian seakan-akan ada teman untuk berkomunikasi.

2. Melamun

Pada saat di ruangan didapatkan pasien cenderung menyendiri dan kemudian melamun.

3. Menarik diri dari orang lain

Pasien suka terlihat menyendiri didalam ruangan.

4. Didapatkan data bahwa pasien mampu melakukan tindakan cara menghardik halusinasi dan pasien mampu bercakap-cakap dengan orang lain

Menurut asumsi penulis pasien mampu melakukan tindakan cara menghardik dan mampu bercakap-cakap dengan orang lain dikarenakan pasien masuk Rumah

Sakit Jiwa Menur Surabaya pada tanggal 24 November 2022 sedangkan penulis melakukan pengkajian pada tanggal 29 November 2022 asumsi penulis bahwa pasien sudah diberikan edukasi mengenai cara menghardik dan bercakap-cakap dengan orang lain sebelumnya. Berdasarkan data yang diperoleh bahwa tidak ada kesenjangan antara tinjauan kasus dan tinjauan teori didapatkan bahwa pasien dengan halusinasi selalu sama dengan tinjauan teori. Dalam tinjauan kasus ditemukan bahwa pasien dapat melakukan tindakan cara menghardik halusinasi dan pasien mampu bercakap-cakap dengan orang lain.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian pada tinjauan kasus, didapatkan data fokus pasien sering mendengar suara *telephone* dari saudara klien yang tidak mau menjemputnya, suara itu muncul sekitar 3-4 kali dalam dengan durasi kurang lebih 3 menit, suara itu muncul pada saat pasien sendiri, maupun ditempat ramai dan pada saat suara tersebut muncul pasien merasa cemas, dan kesal. sehingga munculnya diagnosa keperawatan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran, hal ini sesuai dengan teori menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016) bahwa batasan karakteristik keperawatan pasien dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi adalah perubahan dalam respon yang biasa dalam stimulus dan halusinasi.

Berdasarkan data yang didapatkan masalah keperawatan sebagai berikut :

- 1 Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran (SDKI D.0095 Hal.190)
pasien mengatakan sering mendengarkan suara *telephone* dari saudaranya didalam kamar ruang flamboyan.

- 2 Gangguan interaksi sosial: kontak mata klien tampak kurang ditandai dengan klien melihat kearah lain saat diajak berbicara, serta klien tampak menyendiri dan jarang mengikuti kegiatan kelompok.
- 3 Resiko penatalaksanaan regimen terapi tidak efektif: pada saat pengkajian klien mengatakan bahwa dirinya tidak sakit hanya diperiksa saja dan hanya diberi vitamin saja

Dalam penegakkan diagnosa terdapat kesenjangan dalam masalah keperawatan, jika dalam tinjauan pustaka terdapat tiga masalah keperawatan utama yang mengacu pada pohon masalah untuk tinjauan kasus tidak karena beberapa faktor pendukung munculnya sebagai masalah tambahan dalam pengambilan masalah keperawatan. Jadi, penulis memutuskan mengambil 1 diagnosa utama yaitu Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran dikarenakan dalam tinjauan kasus keperawatan pada diagnosa gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran muncul lebih kompleks.

4.3 Rencana Keperawatan

Menurut data tinjauan pustaka dari (Keliat, B. A., Hamadi, A. Y. S., Putri, Y. S. E., Daulima, N. H. C., Wardani & Susati, H., Hargiana, G., & Panjaitan, 2019) pada SP 1 pasien yaitu pasien mampu membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi, dan respon halusinasinya, mengajarkan pasien cara menghardik halusinasi, memasukan kedalam jadwal kegiatan harian. Menurut data tinjauan pustaka dan tinjauan kasus pada SP 2 pasien yaitu mengajarkan atau melatih pasien dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain. Menurut data tinjauan pustaka dan tinjauan kasus pada SP 3 pasien yaitu melatih

pasien mengendalikan halusinasinya dengan cara melakukan kegiatan harian yang sudah terjadwal. Menurut data tinjauan pustaka dan tinjauan kasus pada SP 4 pasien memberikan pendidikan kesehatan tentang penggunaan obat secara teratur. Setelah dilakukan interaksi atau membantu pasien mengontrol halusinasinya pasien mampu mempraktikkan cara menghardik halusinasinya, bercakap-cakap dengan orang lain, memasukan kedalam jadwal harian, dan mengkonsumsi obat secara teratur.

Menurut data tinjauan pustaka dari (Keliat, B. A., Hamadi, A. Y. S., Putri, Y. S. E., Daulima, N. H. C., Wardani & Susati, H., Hargiana, G., & Panjaitan, 2019) pada SP 1 keluarga yaitu melatih keluarga mengenali halusinasi pasien dari definisi, tanda dan gejala dan jenis halusinasi yang dialami pasien. Menurut data tinjauan pustaka pada SP 2 keluarga yaitu melatih keluarga dalam merawat pasien dengan halusinasi dengan cara bercakap-cakap secara bergantian kepada anggota keluarga, memotivasi pasien dan memberikan pujian atas keberhasilannya. Menurut data tinjauan pustaka pada SP 3 keluarga yaitu membuat perencanaan pulang pasien dan mengenali halusinasi yang memerlukan rujukan segera agar dapat di follow-up ke pelayanan kesehatan secara teratur.

Pada rencana keperawatan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus terdapat kesamaan perencanaan menggunakan kriteria hasil yang mengacu pada pencapaian tujuan. Sedangkan pada tinjauan kasus perencanaan menggunakan sasaran, dalam rasionalnya dengan alasan penulis ingin berupaya memandirikan pasien dalam pelaksanaan. Pemberiaan asuhan keperawatan melalui peningkatan pengetahuan yang kognitif, keterampilan menangani masalah (afektif) dan perubahan tingkah laku pasien (psikomotor). Dalam rasional rencana keperawatan yang ditampilkan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus terdapat kesamaan, maka rasional tetap

mengacu pada sasaran dan kriteria yang telah ditetapkan. Didalam keperawatan jiwa yang dilakukan adalah komunikasi terapeutik, dan untuk melakukan komunikasi terapeutik maka harus dibina hubungan saling percaya antara pasien dengan perawat.

4.4 Tindakan Keperawatan

Tindakan keperawatan disesuaikan dengan teori, pada saat akan melaksanakan tindakan perawatan membuat kontrak/ janji terlebih dahulu dengan pasien yang isinya menjelaskan apa yang akan dikerjakan dan peran serta yang diharapkan pasien. Kemudian catat semua tindakan yang telah dilaksanakan dengan respon pasien, tetapi berencana untuk mengambil tindakan gunakan tujuan umum dan tujuan khusus, diimplementasi penggunaannya menerapkan strategi berdasarkan standar keperawatan.

Pelaksanaan tindakan keperawatan pada pasien telah disesuaikan dengan rencana keperawatan yang telah disusun sebelumnya, pada tinjauan kasus perencanaan pelaksanaan tindakan keperawatan pasien disebutkan terdapat empat strategi pelaksanaan tindakan keperawatan yang akan dilakukan.

SP 1 pasien, membina hubungan saling percaya, membantu pasien mengenal halusinasinya (mengidentifikasi jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi yang menyebabkan halusinasi, respon saat halusinasi muncul), menjelaskan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik dan bersikap cuek terhadap halusinasi, mengajarkan cara menghardik halusinasi.

SP 2 pasien, melatih mengendalikan halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain, menganjurkan klien memasukkan kegiatan bercakap-cakap dengan orang lain dalam jadwal kegiatan harian.

SP 3 pasien, mengevaluasi jadwal kegiatan harian, melatih klien mengendalikan halusinasi dengan melakukan kegiatan (kegiatan yang biasa dilakukan klien), menganjurkan klien memasukkan kegiatan kebiasaan dirumah ke dalam jadwal kegiatan harian.

SP 4 pasien, mengevaluasi jadwal kegiatan harian, memberikan pendidikan kesehatan mengenai penggunaan obat secara teratur, menganjurkan klien memasukkan penggunaan obat secara teratur ke dalam jadwal kegiatan harian.

Pada tanggal 29 November 2022 dilakukan SP 1 yang mana pada tinjauan teori dan tinjauan kasus mencakup Membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi apa itu halusinasi, isi halusinasi, jenis halusinasi, waktu halusinasi, frekuensi halusinasi, situasi halusinasi, respon halusinasi, serta mengajarkan pasien untuk menghardik halusinasinya dan dimasukkan kedalam jadwal harian. Pertemuan pertama pasien mau menyebutkan nama, suara-suara yang muncul pada pelaksanaan SP 1 pasien sedikit ada hambatan yang terjadi karena pasien tidak mau menjawab semua pertanyaan. Hasil wawancara respon pasien secara verbal dari mulai perkenalan pasien mengatakan “ pagi mbak, nama saya Ny. D A biasa dipanggil D”, kemudian oleh penulis ditanyakan tentang halusinasi pasien, pasien menjawab “ mendengar suara *telephone* dari dalam ruang flamboyan Lalu pasien hanya diam saja belum mempraktikkan menghardik. Asumsi penulis pasien belum mampu mengontrol halusinasi dengan cara menghardik dan pasien kurang kooperatif, selanjutnya ulangi cara untuk mengenal

halusinasinya dan cara menghardik halusinasinya serta menganjurkan pasien memasukkan cara menghardik ke dalam jadwal kegiatan.

Pada tanggal 30 November 2022 dilakukan tindakan SP 1 yaitu mengidentifikasi jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi, dan respon halusinasinya, serta mengajarkan cara menghardik halusinasinya. Pilih strategi pemecahan masalah yang tepat dan sesuai dengan tingkat perkembangan pasien, pasien hanya mampu mengidentifikasi jenis, isi, dan respon halusinasinya. Kedua gunakan rencana modifikasi perilaku sesuai kebutuhan untuk mendukung strategi pemecahan masalah yang diajarkan yaitu mengajarkan cara menghardik halusinasinya. Ketiga bantu pasien untuk mengevaluasi hasil baik yang sesuai dan tidak sesuai dalam pemberian tindakan. Pada pelaksanaan SP 1 pasien tidak mampu menjawab semua pertanyaan dengan kooperatif, kontak mata pasien kurang dengan tatapan mengalihkan pandangan karena masih baru kedua kali bertemu dengan penulis. Penulis mengamsumsikan bahwa klien belum mampu mengidentifikasi halusinasinya dan belum mampu mengontrol halusinasi dengan cara menghardik.

Pada tanggal 01 Desember 2022 dilakukan tindakan SP 1 yaitu mengidentifikasi jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi, dan respon halusinasinya, serta mengajarkan cara menghardik halusinasinya. Klien tampak mulai kooperatif dan mampu menjawab pertanyaan yang diajukan. Kontak mata klien cukup baik, dalam hal ini klien mengatakan mendengar bunyi *telephone* dari saudaranya terus menerus didalam ruang flamboyan, klien juga mengatakan bahwa saudaranya tidak mau menjemputnya, dan suara tersebut sering datang saat pasien sendiri ataupun saat ramai. Saat diajarkan cara menghardik halusinasi klien masih belum

mampu mempraktikkan. Menurut asumsi penulis saat dilakukan tindakan pada SP 1 ditemukan beberapa kendala karena pasien belum mampu memulai percakapan, kontak mata cukup baik meskipun terkadang menunjukkan tatapan mengalihkan pandangan karena masih baru pertama kali bertemu dengan penulis, namun pasien mampu kooperatif dalam menjawab pertanyaan, pasien dan penulis perlu membina hubungan secara intens kembali. Kemudian untuk praktik latihan cara mengontrol halusinasi yang diajarkan pasien sudah dapat mengenali halusinasinya dan dapat melakukan cara menghardik dengan benar.

Pada tanggal 02 November 2022 dilakukan Tindakan SP 1 mengajarkan pasien mengontrol halusinasinya dengan cara menghardik, yaitu dengan cara menutup telinga mengucapkan “Pergi sana!! Kamu tidak nyata!! Kamu palsu!” dan mengucapkan kalimat “astagfirullah”, klien mampu melakukannya namun masih dengan bimbingan.

Pada tanggal 03 Desember 2022 dilakukan SP 1 mengevaluasi caea mengontrol halusinasi dengan cara menghardik. Kemudian untuk praktik latihan cara mengontrol halusinasi yang diajarkan pasien sudah dapat mengenali halusinasinya dan dapat melakukan cara menghardik dengan benar, pasien selalu menggunakan cara tersebut saat pasien mendengarkan suara-suara terkadang pasien bersikap cuek. Menurut asumsi penulis pasien mudah menerima intervensi dari penulis dikarenakan pasien masuk di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya pada tanggal 24 November 2022 dan penulis memberikan intervensi pada tanggal 29 November 2022 pukul 09.00 WIB, penulis mengansumsikan bahwa pasien telah diberikan edukasi sebelumnya mengenai cara mengenali halusinasi dan cara menghardik halusinasi.

Pada tinjauan kasus dan tinjauan pustaka (Keliat, B. A., Hamadi, A. Y. S., Putri, Y. S. E., Daulima, N. H. C., Wardani & Susati, H., Hargiana, G., & Panjaitan, 2019) dalam SP 1 mengalami kesenjangan dimana pasien belum mampu membina hubungan saling percaya karena baru pertama bertemu dengan penulis, maka pelaksanaan SP 1 ini sangat lama untuk pasien mampu mengidentifikasi halusinasi dan mempraktikkan cara mengontrol halusinasinya dengan cara menghardik halusinasi dengan benar.

Pada tanggal 05 Desember 2022 pukul 10.00 WIB selama 15-20 menit dilakukan tindakan SP 2 kembali yang terdiri dari mengevaluasi jadwal kegiatan harian, melatih pasien mengendalikan halusinasinya dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain, menganjurkan memasukan kedalam jadwal kegiatan harian. Setelah dilakukan tindakan SP 2 yang terdiri dari melatih pasien mengendalikan halusinasinya dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain, menganjurkan memasukan kedalam jadwal kegiatan harian, pasien belum mampu melakukan tindakan mengalihkan halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain dan meminta pasien untuk memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian. Menurut asumsi penulis pada SP 2 hari ke dua pasien belum mampu mengalihkan halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain. Pada tindakan SP 2 hari ke 2 pasien mampu melakukan kontak mata dengan baik, pasien kooperatif dalam menjawab pertanyaan dan pasien mampu berlatih cara bercakap-cakap dengan orang lain. Pada tinjauan kasus tidak ditemukan kendala dan tinjauan pustaka (Keliat, B. A., Hamadi, A. Y. S., Putri, Y. S. E., Daulima, N. H. C., Wardani & Susati, H., Hargiana, G., & Panjaitan, 2019) dalam SP 2 mengalami kesenjangan dimana pasien belum mampu mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap karena tidak

mengenal teman sekamarnya dan jarang mengikuti aktivitas kelompok.

Pada tanggal 06 Desember 2022 pukul 13.00 selama 15- 20 menit dilakukan tindakan SP 2 kembali yang terdiri dari mengevaluasi jadwal kegiatan harian, melatih pasien mengendalikan halusinasinya dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain, menganjurkan memasukan kedalam jadwal kegiatan harian. Pada saat penulis akan melakukan tindakan SP 2 pasien terlihat sedang duduk sendiri di tempat tidurnya, setelah dilaukan tindakan SP 2 yang terdiri dari melatih pasien mengendalikan halusinasinya dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain, menganjurkan memasukan kedalam jadwal kegiatan harian, pasien sudah mampu melakukan tindakan mengalihkan halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain dan sudah mampu memasukan kedalam kegiatan sehari dibuktikan dengan“ saya mengajak teman sekamar jika suara-suara itu muncul mbak” Menurut asumsi penulis pada SP 2 hari ke tujuh pasien sudah mampu mengalihkan halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain akan tetapi belum bisa membedakan perasaan sebelum dan sesudah latihan cara mengalihkan halusinasi. Pada tindakan SP 2 hari ke 7 pasien mampu melakukan kontak mata dengan baik, pasien mampu melakukan kegiatan positif seperti beribadah, senam, TAK, pasien kooperatif dalam menjawab pertanyaan dan pasien mampu berlatih cara bercakap-cakap dengan orang lain. Pada tinjauan kasus tidak ditemukan kendala dan tinjauan pustaka (Keliat, B. A., Hamadi, A. Y. S., Putri, Y. S. E., Daulima, N. H. C., Wardani & Susati, H., Hargiana, G., & Panjaitan, 2019) dalam SP 2 tidak mengalami kesenjangan dimana pasien sudah mampu mempraktikan cara mengontrol halusinasinya dengan cara bercakap- cakap dengan orang lain dan pasien sudah memasukkan kegiatan ke dalam jadwal keseharian agar mengurangi

frekuensi halusinasi yang dialami. SP2 tercapai dan dilanjutkan SP 3, namun tidak dapat dilanjutkan karena pasien KRS dan control lagi setelah 1mg ke poli rawat jalan.

Pada SP Keluarga terdapat kesenjangan antara tinjauan kasus dan teori, penulis belum memberikan strategi pelaksanaan kepada keluarga karena adanya hambatan yang dihadapi penulis yaitu, SP keluarga tidak dapat dilakukan karena selama pengkajian dan pelaksanaan tindakan keperawatan keluarga pasien belum sempat mengunjungi pasien selama di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.

4.5 Evaluasi Keperawatan

Pada tinjauan teori evaluasi adalah proses berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada klien. Evaluasi dilakukan terus-menerus pada respon klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Pada tinjauan kasus, evaluasi dapat dilakukan karena dapat diketahui keadaan klien dan masalahnya secara langsung, dilakukan setiap hari selama pasien dirawat di Ruang Flamboyan. Evaluasi tersebut menggunakan SOAP sehingga terpantau respon pasien terhadap intervensi keperawatan yang telah dilakukan.

Saat dilakukan evaluasi SP 1 pada tanggal 29 November 2022 pukul selama 15-20 menit didapatkan pasien belum mampu membina hubungan saling percaya karena klien belum mampu memulai percakapan, kontak mata kurang, klien tampak berbicara melantur, klien tidak menjawab semua pertanyaan meskipun terkadang menunjukkan tatapan mengalihkan pandangan karena masih baru pertama kali bertemu dengan penulis, namun klien mampu kooperatif dalam menjawab pertanyaan, karena penulis dan klien baru bertemu ada sedikit kecanggungan oleh

klien kepada perawat. Kemudian poin kedua klien dapat mengerti jenis halusinasi klien, untuk isi waktu, frekuensi, situasi, respon klien terhadap halusinasi pasien belum mampu mengenali, dan klien belum bisa menghardik halusinasi.

Pada evaluasi hari berikutnya 30 November 2022 SP 1 selama 15-20 menit ditemukan klien dapat mengetahui isi dari halusinasinya serta respon klien terhadap halusinasinya, saat dilakukan pertemuan kontak mata klien kurang, pasien belum dapat mengetahui waktu, frekuensi, situasi tentang halusinasinya, dan klien belum dapat mengendalikan halusinasi dengan cara menghardik. Klien belum dapat memasukkan ke dalam jadwal harian mengenai tindakan yang telah diberikan. Pasien cukup kooperatif dan sikap klien sudah mulai lebih terbuka daripada pertemuan hari sebelumnya

Pada evaluasi 01 desember 2022 SP1 klien dapat mengetahui waktu, frekuensi, serta situasi halusinasi klien datang, saat dilakukan wawancara kontak mata klien cukup, terkadang klien tampak berbicara sendiri dalam situasi ramai maupun sendiri, dan klien belum mampu menghardik halusinasi.

Pada evaluasi 02 desember 2022 klien mampu menghardik halusinasi namun dengan bimbingan

Pada evaluasi 03 desember 2022 klien mampu mengenali halusinasi ditandani dengan klien mampu mengontrol halusinasi dengan cara menghardik.

Pada evaluasi hari berikutnya, yaitu tanggal 5 Desember 2022 selama 15-20 menit pasien kembali dilakukan SP 2: mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien, pasien dapat mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain, pasien dapat memasukkan ke dalam jadwal harian. Pasien kooperatif dan mampu

berlatih apa yang diajarkan oleh perawat, pasien mampu membina hubungan saling percaya terhadap penulis.

Pada evaluasi hari berikutnya, yaitu tanggal 06 Desember 2022 selama 15-20 menit pasien kembali dilakukan SP 2: mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien, pasien dapat mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain, pasien dapat memasukkan ke dalam jadwal harian, tetapi pasien belum mampu membedakan perasaan sebelum dan setelah melakukan latihan. Pasien kooperatif dan mampu berlatih apa yang diajarkan oleh perawat, pasien mampu membina hubungan saling percaya terhadap penulis.

Pada strategi pelaksanaan (SP) kepada keluarga tidak dapat dilakukan karena selama pengkajian dan pelaksanaan tindakan keperawatan keluarga pasien belum sempat mengunjungi pasien selama di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.

Hasil evaluasi pada pasien Ny.D sudah diterapkan dan perawat telah memberikan asuhan keperawatan dengan masalah utama Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran selama tujuh hari dan masalah teratasi sebagian. Secara kognitif, afektif, dan psikomotorik pada evaluasi SP 1 pasien kooperatif, pasien dapat mengenali halusinasinya, pasien dapat mempraktikkan cara menghardik. Evaluasi SP 2 pasien mampu bercakap-cakap dengan orang lain, dan bersedia memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian. Pada akhir evaluasi semua tujuan secara kognitif, afektif dan psikomotor dapat dicapai karena adanya kerja sama yang baik antara pasien dan perawat. Hasil evaluasi pada Ny.D selesai dengan harapan masalah teratasi.

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan jiwa secara langsung pada pasien dengan kasus Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pada pasien halusinasi pendengaran.

5.1 Kesimpulan

Hasil data diatas secara umum dapat disimpulkan penulis dapat menyusun asuhan keperawatan kepada Ny.D dengan diagnosa utama keperawatan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur. Penulis telah menguraikan tentang asuhan keperawatan pada pasien Halusinasi pendengaran, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Pengkajian keperawatan pada Ny.D dengan diagnosa utama keperawatan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur. Pengkajian pada Ny.D ditemukan masalah persepsi sensori yaitu gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran dengan penjelasan bahwa pasien sering mendengarkan bisikan suara *telephone* didalam kamar ruang flamboyant dari saudara klien, didapatkan data pasien mengalami halusinasi pada saat sendiri ataupun saat keadaan ramai, frekuensi 3-4 kali dengan durasi lebih dari 3 menit dan respon pasien kepada suara tersebut yaitu kesal juga terasa cemas.

Melihat dampak dari kerugian yang ditimbulkan, penanganan pasien pada halusinasi pendengaran perlu dilakukan secara cepat dan tepat oleh tenaga yang profesional.

2. Diagnosa keperawatan pada asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran pada Ny.D dengan diagnosa medis Skizofrenia di Ruang Flmboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur, didapatkan 3 masalah keperawatan antara lain yaitu Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran, gangguan interaksi sosial
3. Intervensi keperawatan yang diberikan kepada yaitu Ny.D strategi yang diberikan kepada pasien ada 4 strategi pelaksanaan pada pasien yaitu SP 1 bertujuan untuk membantu pasien mengenali halusinasinya yaitu mencakup isi halusinasi (apa yang didengar), waktu terjadinya halusinasi, frekuensi terjadinya halusinasi, situasi yang menyebabkan halusinasi muncul lalu respon klien saat halusinasi muncul. Melatih pasien mengontrol halusinasi yaitu cara pertama dengan cara menghardik, dan membina hubungan saling percaya antara perawat dan pasien, SP 2 yaitu melatih pasien mengontrol halusinasinya dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain, SP 3 yaitu melakukan aktivitas terjadwal, dan untuk SP 4 yaitu mengontrol halusinasinya dengan memberikan pendidikan kesehatan tentang mengonsumsi obat secara teratur. Pada strategi pelaksanaan keluarga direncanakan dari SP 1-3, pada SP 1 melatih keluarga mengenali halusinasi pasien dari definisi, tanda dan gejala dan jenis halusinasi yang dialami pasien. Pada SP 2 keluarga yaitu melatih keluarga dalam merawat pasien dengan

halusinasi dengan cara bercakap- cakap secara bergantian kepada anggota keluarga, memotivasi pasien dan memberikan pujian atas keberhasilannya. Untuk SP 3 keluarga yaitu membuat perencanaan pulang pasien dan mengenali halusinasi yang memerlukan rujukan segera agar dapat di follow-up ke pelayanan kesehatan secara teratur.

4. Tindakan keperawatan pada Ny.D dilakukan mulai tanggal 29 November 2022 sampai dengan 6 Desember 2022 dengan menggunakan rencana yang dibuat selama delapan hari dan pemberian sampai SP 1-4 tersebut pasien mampu mengontrol halusinasinya dengan cara menghardik dengan bercakap-cakap pada strategi pelaksanaan pasien perawat telah memberikan SP 1 dan 2 pasien, namun pada strategi pelaksanaan keluarga dari SP 1-3 perawat belum melaksanakan tindakan tersebut dikarenakan keluarga pasien belum sempat mengunjungi pasien di rumah sakit.
5. Evaluasi keperawatan pada Ny.D didapatkan hasil pasien mampu mengidentifikasi jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi, respon halusinasinya, dan klien mampu mengontrol halusinasinya dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain.
6. Dokumentasi kegiatan dilakukan setiap hari setelah melakukan strategi pelaksanaan, yang didokumentasikan adalah pendapat pasien atau data subjektif yang dikatakan klien, data objektif yang bisa di observasi setiap harinya, lalu assessment dan yang terakhir adalah planning atau tindak lanjut untuk hari berikutnya.

5.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan yang telah diuraikan di atas, maka saran yang dapat diberikan penulis sebagai berikut

1. Bagi Institusi Pendidikan untuk menambah pengetahuan dan keterampilan bagi mahasiswa khususnya tentang pemberian asuhan keperawatan pada pasien jiwa, sehingga mahasiswa lebih profesional dalam mengaplikasikan pada kasus secara nyata.
2. Bagi Rumah Sakit untuk meningkatkan pelayanan yang ada dirumah sakit terutama dalam menerapkan asuhan keperawatan jiwa khususnya dengan masalah utama Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran dengan diagnosa medis Skizofrenia.
3. Bagi Mahasiswa untuk meningkatkan dan mengembangkan pengetahuan mahasiswa tentang ilmu keperawatan jiwa sesuai perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi. Serta mengetahui terlebih dahulu beberapa masalah utama dan diagnosa medis yang meliputi keperawatan jiwa

DAFTAR PUSTAKA

- Anjaswani, T. (2016). *Komunikasi dalam Keperawatan: Modul Bahan. Ajar Keperawatan*. Kementerian Kesehatan RI.
- Fitriani, A. (2018). psikoterapi suportif pada penderita skizofrenia hebefrenik. *Psikoterapi Suportif Pada Penderita Skizofrenia Hebefrenik*.
- Indriawan, F. (2019). Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Halusinasi Pendengaran Di Ruang Intermediate Rumah Sakit Jiwa Atma Husada Mahakam Samarinda., 53(9). <http://dx.doi.org/10.1016/j.tws.2012.02.007>
- Juarni, L., Karimah, A., & Sajogo, I. (2021). Lebih Dekat Dengan Skizofrenia. *Lebih Dekat Dengan Skizofrenia, Biro Koordinasi Kedokteran Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga*.
- Keliat, B. A., Hamadi, A. Y. S., Putri, Y. S. E., Daulima, N. H. C., Wardani, I. Y., & Susati, H., Hargiana, G., & Panjaitan, R. U. (2019). *Asuhan Keperawatan Jiwa (B. A. Keliat (ed.))*. Kedokteran EGC.
- Krismawati, Y. (2018). Teori Psikologi Perkembangan Erik H. Erikson. *Teori Psikologi Perkembangan Erik H. Erikson.*, 2 (1)(Kurios), 46.
- Livana, P. H., Ruhimat, I. I. A., Sujarwoo, S., & . . . (2020). Peningkatan Kemampuan Pasien dalam Mengontrol Halusinasi melalui Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Persepsi. *Peningkatan Kemampuan Pasien Dalam Mengontrol Halusinasi Melalui Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Persepsi*, 5(1), 35–40. <http://www.stikeswh.ac.id:8082/journal/index.php/jners/article/view/328>
- Ma'rifatul. (2016). Konsep Dasar Halusinasi. *Konsep Dasar Halusinasi, Nuevos Sistemas de Comunicación e Información*, 2013–2015.
- Muhith Abdul. (2015). Keperawatan jiwa teori dan aplikasi. *Keperawatan Jiwa Teori Dan Aplikasi*, 524.
- Pima Astari, U. (2020). Studi Literatur: Asuhan Keperawatan Pada Penderita Skizofrenia Dengan Masalah Keperawatan Halusinasi Pendengaran. *Studi Literatur: Asuhan Keperawatan Pada Penderita Skizofrenia Dengan Masalah Keperawatan Halusinasi Pendengaran*. <https://doi.org/10.1016/J.APNU>.
- PPNI. (2016). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia : Definisi dan Indikaorn Diagnostik* (DPW PPNI (ed.); 1st ed.).
- Putri, V. S. (2017). Pengaruh Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Persepsi Halusinasi Terhadap Kemampuan Mengontrol Halusinasi Pada Pasien Skizofrenia Di Ruang Rawat Inap Arjuna Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Jambi. *Pengaruh Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Persepsi Halusinasi*

Terhadap Kemampuan Mengontrol Halusinasi Pada Pasien Skizofrenia Di Ruang Rawat Inap Arjuna Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Jambi, 6 (2)(Riset Informasi Kesehatan), 174.
<https://doi.org/10.30644/rik.v6i2.95%0A>

RISKESDAS. (2018). *Riset kesehatan dasar, badan penelitian kesehatan nasional*.
 Sarfika, R. (2018). buku ajar keperawatan dasar, komunikasi terapeutik dalam keperawatan. In *buku ajar keperawatan dasar; komunikasi terapeutik dalam keperawatan*.

Singh, S., Khanna, D., & Kalra, S. (2020). Singh, S., Khanna, D., & Kalra, S. Role of Neurochemicals in Schizophrenia. *Role of Neurochemicals in Schizophrenia*, 9(2)(Current Psychopharmacology), 144–161.
<https://doi.org/10.2174/2211556009666200401150756>

Stuart, G. W., Keliat, B. A., & Pasaribu, J. (2016). prinsip dan praktik keperawatan kesehatan jiwa stuart. *Prinsip Dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa Stuart*.

Suryenti, Vevi, D. (2017). pengaruh terapi aktifitas kelompok stimulasi persepsi halusinasi terhadap kemampuan mengontrol halusinasi pada pasien skizofrenia diruang rawat inap arjuna rumah sakit jiwa daerah provinsi jambi. *Pengaruh Terapi Aktifitas Kelompok Stimulasi Persepsi Halusinasi Terhadap Kemampuan Mengontrol Halusinasi Pada Pasien Skizofrenia Diruang Rawat Inap Arjuna Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Jambi*.

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, Definisi dan Indikator Diagnostik* (1st ed.). PPNI.

WHO. (2019). *definition of scizophrenia*.

Wuryaningsih, Emi W, Dwi Heni, Iktiarini Erti, Deviantony, & H. E. (2020). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa 1*.
https://www.google.co.id/books/edition/Buku_Ajar_Keperawatan_Kesehatan%0A_Jiwa_1/PFnYDwAAQBAJ?hl=id&gbpv=0

Yosep, I. (2011). keperawatan jiwa. *Keperawatan Jiwa*.

Yulianty, M. D., Cahaya, N., & Srikartika, V. M. (2017). Antipsychotics use and side effects in patients with schizophrenia at Sambang Lihum Hospital South Kalimantan, Indonesia. *Antipsychotics Use and Side Effects in Patients with Schizophrenia at Sambang Lihum Hospital South Kalimantan, Indonesia.*, 3(Jurnal Sains Farmasi & Klinis), 153–164.
<http://jsfkonline.org/index.php/jsfk/article/view/108>

Zahnia, S., & Wulan Sumekar, D. (2016). Kajian Epidemiologis Skizofrenia. *Kajian Epidemiologis Skizofrenia*, 5 (5)(Majority), 160–166.
<http://juke.kedokteran.unila.ac.id/index.php/majority/article/view/904/812>

LAMPIRAN**Lampiran 1 *Curriculum Vitae******CURRICULUM VITAE***

Nama : Yuannita Putri Wahyuni Salam
NIM : 1810112
Program Studi : S-1 Keperawatan
Tempat, Tanggal Lahir : Surabaya, 28 Juni 2000
Alamat : Dupak Rukun 2/76 Krembangan Surabaya
Agama : Islam
Email : yuapws123@gmail.com

Riwayat Pendidikan:

1. TK Setia Bakti Lulus tahun 2005
2. SD Negeri Tembok Dukuh Surabaya Lulus tahun 2012
3. SMP Negeri 7 Surabaya Lulus tahun 2015
4. SMA Barunawati Surabaya Lulus tahun 2018
5. SI Keperawatan STIKES Hang Tuah Surabaya Lulus tahun 2022

Lampiran 2 Motto dan Persembahan

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

MOTTO

“TIDUR UNTUK BERMIMPI, BANGUN UNTUK MEWUJUDKANNYA”

PERSEMBAHAN

Puji syukur atas kehadiran Allah SWT yang telah membantu kelancaran dalam proses penyusunan tugas akhir ini, saya persembahkan karya sederhana ini kepada:

1. Kedua orang tua saya yang selalu memfasilitasi dan mendoakan saya sehingga saya bisa menempuh pendidikan sampai ke jenjang ini.
2. Terima kasih untuk kakak saya tercinta sudah menyemangati dan selalu ada buat saya
3. Terima kasih untuk pembimbing 1 dan pembimbing 2 saya yang sangat sabar membimbing saya.
4. Diri saya sendiri. Terima kasih sudah berjuang hingga detik ini. Tetap semangat karena masih banyak hal lain yang sedang menunggu untuk diperjuangkan.
5. Terima kasih kepada Dicky Arga A.Md.Kep, yang telah menyemangati penulis.
6. Terima kasih untuk Sinta Idelia yang telah berjuang bersama penulis dalam menyelesaikan karya ilmiah ini.

Lampiran 3 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan (SPTK)

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN KLIEN DENGAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI PENDENGARAN (SP 1 HALUSINASI)

Nama pasien : Ny.D

Umur : 58 tahun

Pertemuan : ke 1 (satu)

Tanggal : 29 November 2022 pukul 09.00 WIB

b. PROSES KEPERAWATAN

1. Kondisi Pasien:

Kondisi Ny.D pada saat itu sedang menyendiri di kamar, tampak kontak mata kurang, klien tampak rapi memakai baju ruang flamboyant RSJM, memakai alas kaki, dan klien tampak cemas.

2. Diagnosa Keperawatan.

Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran

3. Tujuan Keperawatan

- a. Pasien dapat membina hubungan saling percaya terhadap perawat
- b. Pasien dapat mengenali jenis halusinasi pasien
- c. Pasien dapat mengenali isi halusinasi pasien
- d. Pasien dapat mengenali waktu halusinasi pasien
- e. Pasien dapat mengenali frekuensi halusinasi pasien
- f. Pasien dapat mengenali situasi yang menimbulkan halusinasi
- g. Pasien dapat mengenali respon pasien terhadap halusinasi
- h. Pasien dapat mengenali menghardik halusinasi

- i. Pasien dapat mengenali memasukkan cara menghardik halusinasi dan jadwal kegiatan harian.

4. Tindakan Keperawatan

- a. Membina hubungan saling percaya kepada perawat
- b. Mengidentifikasi jenis halusinasi pasien
- c. Mengidentifikasi isi halusinasi pasien
- d. Mengidentifikasi waktu halusinasi pasien
- e. Mengidentifikasi frekuensi halusinasi pasien
- f. Mengidentifikasi situasi yang menimbulkan halusinasi
- g. Mengidentifikasi respon pasien terhadap halusinasi
- h. Mengajarkan pasien menghardik halusinasi
- i. Menganjurkan pasien memasukkan cara menghardik halusinasi dan jadwal kegiatan harian.

c. STRATEGI KOMUNIKASI DALAM PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

1. FASE ORIENTASI

- a. Salam Terapeutik

“Selamat pagi ibu, perkenalkan nama saya Yuannita, saya sukanya dipanggil Yuan. Saya mahasiswi dari Stikes Hang Tuah Surabaya yang sedang praktik disini selama 4 minggu, nama ibu siapa? Biasanya senang dipanggil siapa?”

- b. Evaluasi / validasi

Bagaimana perasaan ibu hari ini? Bagaimana dengan tidurnya semalam?”.

c. Kontrak

1. Topik

“Baiklah ibu, bagaimana kalau kita bercakap-cakap mengenai suara tanpa wujud yang sedang ibu alami? Apa ibu berkenan?”.

2. Waktu

“Baik bu, apakah ibu berkenan kita bercakap-cakap selama kurang lebih 15- 20 menit?”.

3. Tempat

“Bagaimana kalau kita bercakap-cakap di ruang tidur, apakah ibu berkenan”.

2. FASE KERJA

“Apakah ibu D mendengar suara-suara yang tidak ada wujudnya?”.

“Kalau boleh tau apa yang dikatakan suara tersebut apakah ibu yakin suara itu nyata?”. “Kapan dan berapa kali ibu mendengar suara tersebut? Serta respon ibu bagaimana?”. “Baik bu sekarang kita belajar cara-cara mencegah halusinasi”. “Baik ibu D, ada empat cara untuk mencegah suara-suara tersebut muncul. Cara pertama yaitu, dengan menghardik suara tersebut. Kedua, dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain. Ketiga, melakukan kegiatan harian yang sudah terjadwal. Keempat, dengan cara meminum obat secara teratur”. “Bagaimana kalau hari ini kita belajar caara menghardik jika suara itu datang?”. “Jadi, jika suara itu datang ibu tutup telinga dengan kedua tangan dan ucapkan pergi sana...! Kamu tidak nyata...! Kamu palsu...! dan mengucapkan kalimat Astagfirullah. Coba ibu peragakan cara yang saya ajarkan”.

3. FASE TERMINASI

Evaluasi respon klien terhadap tindakan keperawatan Evaluasi Subyektif
(Pasien)

“Bagaimana perasaan ibu D setelah berbincang dengan saya?”.

Evaluasi Obyektif (Perawat)

“Tadi ibu sudah berkenalan dengan saya, apakah ibu masi ingat dengan nama saya?””.

Rencana Tindak Lanjut

“baik, besok kita mengobrol lagi ya bu? Kita membahas tentang suara, suara yang ibu dengar”.

a. Kontrak yang akan datang

aa) Topik

“Besok kita akan bertemu lagi dan kita belajar cara menghardik halusinasi, serta membuat jadwal harian mengenai cara menghardik halusinasi.”

ab) Waktu

“Untuk besok apakah ibu D berkenan jika kita bercakap-cakap pukul 10.00 WIB?”.

ac) Tempat

“Untuk tempatnya, ibu D mau dimana? Apa ditempat tidur ibu saja?”

**STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN KLIEN
DENGAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI
PENDENGARAN
(SP 1 HALUSINASI)**

Nama pasien : Ny.D

Umur : 58 tahun

Pertemuan : ke 2 (dua)

Tanggal : 30 November 2022 pukul 10.00 WIB

a. PROSES KEPERAWATAN

1. Kondisi Pasien:

Kondisi Ny.D pada saat itu sedang menyendiri di kamar, tampak kontak mata kurang, klien tampak rapi memakai baju ruang flamboyan RSJM, klien tampak cemas dan klien terlihat berbicara sendiri

2. Diagnosa Keperawatan.

Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran

3. Tujuan Keperawatan

- a. Pasien dapat membina hubungan saling percaya terhadap perawat
- b. Pasien dapat mengenali jenis halusinasi pasien
- c. Pasien dapat mengenali isi halusinasi pasien
- d. Pasien dapat mengenali waktu halusinasi pasien
- e. Pasien dapat mengenali frekuensi halusinasi pasien
- f. Pasien dapat mengenali situasi yang menimbulkan halusinasi
- g. Pasien dapat mengenali respon pasien terhadap halusinasi
- h. Pasien dapat mengenali menghardik halusinasi
- i. Pasien dapat mengenali memasukkan cara menghardik halusinasi dan jadwal kegiatan harian.

4. Tindakan Keperawatan

- a. Mengidentifikasi waktu halusinasi pasien
- b. Mengidentifikasi frekuensi halusinasi pasien
- c. Mengidentifikasi situasi yang menimbulkan halusinasi
- d. Mengidentifikasi respon pasien terhadap halusinasi
- e. Mengajarkan pasien menghardik halusinasi
- f. Mengajarkan pasien memasukkan cara menghardik halusinasi dan jadwal kegiatan harian.

b. STRATEGI KOMUNIKASI DALAM PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

1. FASE ORIENTASI

- a. Salam Terapeutik
selamat pagi Ny. D?.
- b. Evaluasi / validasi
Bagaimana perasaan ibu D hari ini ?
- c. Kontrak
 - 1) Topik
“Baiklah ibu, bagaimana kalau kita belajar cara menghardik halusinasi? Apa ibu berkenan?”.
 - 2) Waktu
“Baik bu, apakah ibu berkenan kita bercakap-cakap selama kurang lebih 15- 20 menit?”.
 - 3) Tempat

“Bagaimana kalau kita bercakap-cakap di ruang tidur ibu, apakah ibu berkenan”.

2. FASE KERJA

“Apakah ibu D masih mendengar suara-suara yang tidak ada wujudnya?”.

“Apakah ibu yakin suara itu nyata?”. “Kapan dan berapa kali ibu mendengar suara tersebut? Serta respon ibu bagaimana?”. ‘Baik bu sekarang kita belajar lagi cara-cara mencegah halusinasi”. “Bagaimana kalau hari ini kita belajar lagi cara menghardik jika suara itu datang ?”. “Jadi, jika suara itu datang ibu tutup telinga dengan kedua tangan dan ucapkan pergi sana...! Kamu tidak nyata...! Kamu palsu...! dan mengucapkan kalimat Astagfirullah. Coba ibu peragakan cara yang saya ajarkan”.

3. FASE TERMINASI

Evaluasi respon klien terhadap tindakan keperawatan Evaluasi Subyektif (Pasien)

“Bagaimana perasaan ibu D setelah berbincang dengan saya?”.

Evaluasi Obyektif (Perawat)

“Tadi ibu sudah belajar cara menghardik halusinasi dengan saya, apakah ibu masih inga tapa yang saya ajarkan?”.

Rencana Tindak Lanjut

“baik, besok kita mengobrol lagi ya bu? Kita membahas tentang suara, suara yang ibu dengar”.

a. Kontrak yang akan datang

a) Topik

“Besok kita akan bertemu lagi dan kita belajar cara menghardik halusinasi, serta membuat jadwal harian mengenai cara menghardik halusinasi.”

b) Waktu

“Untuk besok apakah ibu D berkenan jika kita bercakap-cakap pukul 10.00 WIB?”.

c) Tempat

“Untuk tempatnya, ibu D mau dimana? Apa ditempat tidur ibu saja?”

**STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN KLIEN
DENGAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI
PENDENGARAN
(SP 1 HALUSINASI)**

Nama pasien : Ny.D

Umur : 58 tahun

Pertemuan : ke 3 (tiga)

Tanggal : 01 November 2022 pukul 14.00 WIB

a PROSES KEPERAWATAN

1. Kondisi Pasien:

Kondisi Ny.D pada saat itu sedang menyendiri di kamar, tampak kontak mata kurang, klien tampak rapi memakai baju ruang flamboyan RSJM, klien tampak cemas dan klien terlihat berbicara sendiri

2. Diagnosa Keperawatan.

Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran

3. Tujuan Keperawatan

- a) Pasien dapat membina hubungan saling percaya terhadap perawat
- b) Pasien dapat mengenali jenis halusinasi pasien
- c) Pasien dapat mengenali isi halusinasi pasien
- d) Pasien dapat mengenali waktu halusinasi pasien
- e) Pasien dapat mengenali frekuensi halusinasi pasien
- f) Pasien dapat mengenali situasi yang menimbulkan halusinasi
- g) Pasien dapat mengenali respon pasien terhadap halusinasi
- h) Pasien dapat mengenali menghardik halusinasi
- i) Pasien dapat mengenali memasukkan cara menghardik halusinasi dan jadwal kegiatan harian.

4. Tindakan Keperawatan

- a) Mengajarkan pasien menghardik halusinasi
- b) Menganjurkan pasien memasukkan cara menghardik halusinasi dan jadwal kegiatan harian.

b. STRATEGI KOMUNIKASI DALAM PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

1. FASE ORIENTASI

- a) Salam Terapeutik
selamat siang Ny. D?.
- b) Evaluasi / validasi
Bagaimana perasaan ibu hari ini?
- c) Kontrak
 - 1) Topik
“Baiklah ibu, bagaimana kalau kita belajar lagi cara menghardik halusinasi? Apa ibu berkenan?”.
 - 2) Waktu
“Baik bu, apakah ibu berkenan kita bercakap-cakap selama kurang lebih 15- 20 menit?”.
 - 3) Tempat
“Bagaimana kalau kita bercakap-cakap di ruang tidur ibu, apakah ibu berkenan”.

2. FASE KERJA

“Kapan dan berapa kali ibu mendengar suara tersebut ? “Baik bu sekarang kita belajar lagi cara-cara mencegah halusinasi”. “Bagaimana kalau hari ini

kita belajar lagi cara menghardik halusinasi jika suara itu datang?”. “Jadi, jika suara itu datang ibu tutup telinga dengan kedua tangan dan ucapkan pergi sana...! Kamu tidak nyata...! Kamu palsu...! dan mengucapkan kalimat Astagfirullah. Coba ibu peragakan cara yang saya ajarkan”.

3. FASE TERMINASI

Evaluasi respon klien terhadap tindakan keperawatan Evaluasi Subyektif (Pasien)

“Bagaimana perasaan ibu D setelah berbincang dengan saya?”.

Evaluasi Obyektif (Perawat)

“Tadi ibu sudah belajar cara menghardik halusinasi dengan saya, apakah ibu masih ingat apa yang saya ajarkan?”.

Rencana Tindak Lanjut

“baik, besok kita mengobrol lagi ya bu? Kita membahas tentang suara, suara yang ibu dengar”.

a. Kontrak yang akan datang

a) Topik

“Besok kita akan bertemu lagi dan kita belajar cara menghardik halusinasi lagi, serta membuat jadwal harian mengenai cara menghardik halusinasi.”

b) Waktu

“Untuk besok apakah ibu D berkenan jika kita bercakap-cakap pukul 17.00 WIB?”.

c) Tempat

“Untuk tempatnya, ibu D mau dimana? Apa ditempat tidur ibu saja?”

**STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN KLIEN
DENGAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI
PENDENGARAN
(SP 1 HALUSINASI)**

Nama pasien : Ny.D

Umur : 58 tahun

Pertemuan : ke 4 (empat)

Tanggal : 02 November 2022 pukul 17.00 WIB

a. PROSES KEPERAWATAN

1. Kondisi Pasien:

Kondisi Ny.D pada saat itu sedang menyendiri di kamar, tampak kontak mata kurang, klien tampak rapi memakai baju ruang flamboyan RSJM, klien tampak cemas dan klien terlihat berbicara sendiri.

2. Diagnosa Keperawatan.

Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran.

3. Tujuan Keperawatan

- a) Pasien dapat membina hubungan saling percaya terhadap perawat
- b) Pasien dapat mengenali jenis halusinasi pasien
- c) Pasien dapat mengenali isi halusinasi pasien
- d) Pasien dapat mengenali waktu halusinasi pasien
- e) Pasien dapat mengenali frekuensi halusinasi pasien
- f) Pasien dapat mengenali situasi yang menimbulkan halusinasi
- g) Pasien dapat mengenali respon pasien terhadap halusinasi
- h) Pasien dapat mengenali menghardik halusinasi
- i) Pasien dapat mengenali memasukkan cara menghardik halusinasi dan jadwal kegiatan harian.

4. Tindakan Keperawatan

- a) Mengajarkan pasien menghardik halusinasi
- b) Mengajarkan pasien memasukkan cara menghardik halusinasi dan jadwal kegiatan harian.

b. STRATEGI KOMUNIKASI DALAM PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

1. FASE ORIENTASI

a. Salam Terapeutik

Selamat sore Ny. D?.

b. Evaluasi / validasi

Bagaimana perasaan ibu hari ini?

c. Kontrak

a) Topik

“Baiklah ibu, bagaimana kalau kita belajar lagi cara menghardik halusinasi? Apa ibu masih berkenan?”.

b) Waktu

“Baik bu, apakah ibu berkenan kita bercakap-cakap selama kurang lebih 15- 20 menit?”.

c) Tempat

“Bagaimana kalau kita bercakap-cakap di ruang tidur ibu, apakah ibu berkenan”.

2. FASE KERJA

“Baik bu sekarang kita belajar lagi cara-cara mencegah halusinasi ya”. “Jadi, jika suara itu datang ibu tutup telinga dengan kedua tangan dan ucapkan

pergi sana...! Kamu tidak nyata...! Kamu palsu...! dan mengucapkan kalimat Astagfirullah. Coba ibu peragakan cara yang saya ajarkan”.

3. FASE TERMINASI

Evaluasi respon klien terhadap tindakan keperawatan Evaluasi Subyektif (Pasien)

“Bagaimana perasaan ibu D setelah berbincang dengan saya?”.

Evaluasi Obyektif (Perawat)

“Tadi ibu sudah belajar cara menghardik halusinasi dengan saya, apakah ibu sudah bisa apa yang saya ajarkan ?”.

Rencana Tindak Lanjut

“baik, besok kita mengobrol lagi ya bu? Kita membahas tentang suara, suara yang ibu dengar”.

a. Kontrak yang akan datang

a) Topik

“Besok kita akan bertemu lagi dan kita belajar cara menghardik halusinasi lagi, serta membuat jadwal harian mengenai cara menghardik halusinasi.”

b) Waktu

“Untuk besok apakah ibu D berkenan jika kita bercakap-cakap pukul 09.00 WIB?”.

c) Tempat

“Untuk tempatnya, ibu D mau dimana? Apa ditempat tidur ibu saja?”

**STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN KLIEN
DENGAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI
PENDENGARAN
(SP 1 HALUSINASI)**

Nama pasien : Ny.D

Umur : 58 tahun

Pertemuan : ke 5 (lima)

Tanggal : 03 November 2022 pukul 09.00 WIB

a. PROSES KEPERAWATAN

1. Kondisi Pasien:

Kondisi Ny.D pada saat itu sedang berbaring dikamar menggunakan selimut di ruang flaamboyan RSJM.

2. Diagnosa Keperawatan.

Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran

3. Tujuan Keperawatan

a) Pasien dapat membina hubungan saling percaya terhadap perawat

b) Pasien dapat mengenali jenis halusinasi pasien

c) Pasien dapat mengenali isi halusinasi pasien

d) Pasien dapat mengenali waktu halusinasi pasien

e) Pasien dapat mengenali frekuensi halusinasi pasien

f) Pasien dapat mengenali situasi yang menimbulkan halusinasi

g) Pasien dapat mengenali respon pasien terhadap halusinasi

h) Pasien dapat mengenali menghardik halusinasi

i) Pasien dapat mengenali memasukkan cara menghardik halusinasi dan jadwal kegiatan harian.

4. Tindakan Keperawatan

- a. Mengajarkan pasien menghardik halusinasi
- b. Mengajarkan pasien memasukkan cara menghardik halusinasi dan jadwal kegiatan harian.

b. STRATEGI KOMUNIKASI DALAM PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

1. FASE ORIENTASI

- a) Salam Terapeutik

Selamat sore Ny. D?.

- b) Evaluasi / validasi

Bagaimana perasaan ibu hari ini?

- c) Kontrak

- 1) Topik

“Baiklah ibu, bagaimana kalau kita belajar lagi cara menghardik halusinasi? Apa ibu masih berkenan?”.

- 2) Waktu

“Baik bu, apakah ibu berkenan kita bercakap-cakap selama kurang lebih 15- 20 menit?”.

- 3) Tempat

“Bagaimana kalau kita bercakap-cakap di ruang tidur ibu, apakah ibu berkenan”.

2. FASE KERJA

“Baik bu sekarang kita belajar lagi cara-cara mencegah halusinasi ya”.

“Jadi, jika suara itu datang ibu tutup telinga dengan kedua tangan dan ucapkan pergi sana...! Kamu tidak nyata...! Kamu palsu...! dan

mengucapkan kalimat Astagfirullah. Coba ibu peragakan cara yang saya ajarkan”.

3. FASE TERMINASI

Evaluasi respon klien terhadap tindakan keperawatan Evaluasi Subyektif (Pasien)

“Bagaimana perasaan ibu D setelah berbincang dengan saya?”.

Evaluasi Obyektif (Perawat)

“Tadi ibu sudah belajar cara menghardik halusinasi dengan saya, apakah ibu sudah bisa apa yang saya ajarkan ?”.

Rencana Tindak Lanjut

“baik, besok kita mengobrol lagi ya bu? Kita membahas tentang mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap”.

a. Kontrak yang akan datang

a) Topik

“Besok kita akan bertemu lagi dan kita belajar cara mengontrol halusinasi lagi, tapi dengan metode bercakap-cakap.”

b) Waktu

“Untuk besok apakah ibu D berkenan jika kita bercakap-cakap pukul 10.00 WIB?”.

c) Tempat

“Untuk tempatnya, ibu D mau dimana? Apa ditempat tidur ibu seperti biasanya saja?”

**STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN KLIEN
DENGAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI
PENDENGARAN
(SP 2 HALUSINASI)**

Nama pasien : Ny.D

Umur : 58 tahun

Pertemuan : ke 6 (enam)

Tanggal : 05 November 2022 pukul 10.00 WIB

a. PROSES KEPERAWATAN

1. Kondisi Pasien:

Kondisi Ny.D pada saat itu menggunakan baju ruang flamboyan, tampak rapi menggunakan alas kaki.

2. Diagnosa Keperawatan.

Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran

3. Tujuan Keperawatan

Klien dapat mengontrol halusinasinya dengan cara yang kedua yaitu mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain.

4. Tindakan Keperawatan

- a) Mengevaluasi cara mengontrol halusinasi yang pertama
- b) Melatih klien mengontrol halusinasi dengan cara kedua : bercakap-cakap dengan orang lain.
- c) Menjelaskan cara bercakap-cakap dengan orang lain

**b. STRATEGI KOMUNIKASI DALAM PELAKSANAAN TINDAKAN
KEPERAWATAN**

1. FASE ORIENTASI

- a) Salam Terapeutik

selamat pagi Ny. D?.

b) Evaluasi / validasi

Bagaimana perasaan ibu hari ini?

c) Kontrak

1) Topik

“Baiklah ibu, bagaimana kalau kita belajar lagi cara mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap ? Apa ibu berkenan?”.

2) Waktu

“Baik bu, apakah ibu berkenan kita bercakap-cakap selama kurang lebih 15- 20 menit?”.

3) Tempat

“Bagaimana kalau kita bercakap-cakap di ruang tidur ibu, apakah ibu berkenan”.

2. FASE KERJA

“Cara kedua untuk mengontrol halusinasi ketika suara itu muncul yaitu dengan bercakap-cakap dengan orang lain. Jadi agar suara itu tidak muncul, Ibu langsung ajak orang lain untuk berbincang-bincang misalnya, dengan teman sekamar atau teman sekeliling ibu, atau juga bisa dengan perawat yang ada disini . Jika dirumah ibu bisa mengajak tetangga dan adik ibu untuk diajak berbincang-bincang”. “Contohnya: ibu memanggil teman sebelah tempat tidur ibu dan berkata ““saya mendengar suara-suara lagi, ayo kita mengobrol/berbincang-bincang”.. “Nah, sekarang coba ibu lakukan bagaimana cara yang saya praktekan tadi.

3. FASE TERMINASI

Evaluasi respon klien terhadap tindakan keperawatan Evaluasi Subyektif (Pasien)

“Bagaimana perasaan ibu D setelah belajar mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain ?”.

Evaluasi Obyektif (Perawat)

“Tadi ibu sudah belajar cara mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap, apakah ibu sudah bisa apa yang saya ajarkan ?”.

Rencana Tindak Lanjut

“baik, besok kita mengobrol lagi ya bu? Kita membahas tentang menghardik halusinasi dengan cara bercakap-cakap”.

a. Kontrak yang akan datang

a) Topik

“Besok kita akan bertemu lagi dan kita belajar cara mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain lagi.”

b) Waktu

“Untuk besok apakah ibu D berkenan jika kita bercakap-cakap pukul 13.00 WIB?”.

c) Tempat

“Untuk tempatnya, ibu D mau dimana? Apa ditempat tidur ibu seperti biasanya saja?”

**STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN KLIEN
DENGAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI
PENDENGARAN
(SP 2 HALUSINASI)**

Nama pasien : Ny.D

Umur : 58 tahun

Pertemuan : ke 7 (tujuh)

Tanggal : 06 November 2022 pukul 13.00 WIB

a. PROSES KEPERAWATAN

1. Kondisi Pasien :

Kondisi Ny.D pada saat itu menggunakan mukena setelah shalat dzuhur.

2. Diagnosa Keperawatan.

Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran

3. Tujuan Keperawatan

Klien dapat mengontrol halusinasinya dengan cara yang kedua yaitu mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain.

4. Tindakan Keperawatan

a) Mengevaluasi cara mengontrol halusinasi yang pertama

b) Melatih klien mengontrol halusinasi dengan cara kedua : bercakap-cakap dengan orang lain.

c) Menjelaskan cara bercakap-cakap dengan orang lain

**b. STRATEGI KOMUNIKASI DALAM PELAKSANAAN TINDAKAN
KEPERAWATAN**

1. FASE ORIENTASI

a) Salam Terapeutik

Asslamualaikum, selamat siang Ny. D?.

b) Evaluasi / validasi

Bagaimana perasaan ibu hari ini?

c) Kontrak

1) Topik

“Baiklah ibu, bagaimana kalau kita belajar lagi cara mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap ? Apa ibu berkenan?”.

2) Waktu

“Baik bu, apakah ibu berkenan kita bercakap-cakap selama kurang lebih 15- 20 menit?”.

3) Tempat

“Bagaimana kalau kita bercakap-cakap di ruang tidur ibu, apakah ibu berkenan”.

2. FASE KERJA

Hari ini kegiatan apa saja yang ibu lakukan, apa hari ini ibu masih mendengar suara-suara, coba praktekan apa saja cara yang saya ajarkan kemarin.. Jika dirumah ibu bisa mengajak tetangga dan adik ibu untuk diajak berbincang-bincang”. Sekarang coba ibu lakukan bagaimana cara yang saya ajarkan kemarin.

3. FASE TERMINASI

Evaluasi respon klien terhadap tindakan keperawatan Evaluasi Subyektif (Pasien)

“Bagaimana perasaan ibu D setelah belajar mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain ?”.

Evaluasi Obyektif (Perawat)

“Tadi ibu sudah belajar cara mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap, apakah ibu sudah bisa apa yang saya ajarkan ?”.

Rencana Tindak Lanjut

“ Apa ibu sudah mengrti tujuan dari mengontrol halusinasi yang saya ajarkan, baiklah kita sudah belajar du acara untuk menontrol halusinasi. Semoga apa yang sudah kita pelajari dapat bermanfaat untuk bapak dan jangan lupa untuk diterapkan dalam kegiatan sehari-hari ya bu. Terima Kasih”.

Lampiran 4 Analisa Proses Interaksi (API)

ANALISA PROSES INTERAKSI

Inisial klien : Ny. D Nama mahasiswa : Yuannita Putri Wahyuni
 Salam
 Lingkungan : Tempat tidur, ruang F2 Flamboyan, kondusif, berhadapan Tanggal : 29 November 2022
 Deskripsi klien : Kontak mata kurang, klien terlihat cemas Jam : 09.00 WIB
 Tujuan : Diharapkan pasien dan perawat dapat membina hubungan saling percaya

KOMUNIKASI VERBAL	KOMUNIKASI NON VERBAL	ANALISA BERPUSAT PADA PERAWAT	ANALISA BERPUSAT PADA KLIEN	RASIONAL
P: Selamat pagi bu K: Selamat pagi	P: Tersenyum duduk didepan pasien K: Menatap ke arah perawat	Perawat memulai percakapan dengan sikap ramah	Klien nampak bersedia menjawab salam	Salam merupakan kalimat terbuka untuk memulai interaksi sehingga dapat membangun rasa saling Percaya
P: perkenalkan nama saya Yuannita, saya mahasiswi dari Stikes Hang Tuah Surabaya yang sedang praktik disini selama 4 minggu, nama ibu siapa? Biasanya senang dipanggil siapa?" K: Nama saya DA	P: Mengulurkan tangan untuk bersalaman K: Menjabat tangan perawat dan ada kontak mata	Perawat menjaga posisi duduk dengan terapeutik	Klien berespon positif dengan menyebut namanya	Perkenalan diharapkan dapat meningkatkan rasa saling percaya satu sama lain

KOMUNIKASI VERBAL	KOMUNIKASI NON VERBAL	ANALISA BERPUSAT PADA PERAWAT	ANALISA BERPUSAT PADA KLIEN	RASIONAL
<p>P: Bagaimana perasaan ibu hari ini? Bagaimana dengan tidurnya semalam?"</p> <p>K: perasaan saya baik, saya semalam bisa tidur mbak</p>	<p>P: Menatap pasien</p> <p>K: Menjawab dengan jawaban yang ramah</p>	<p>Perawat mencoba membuka diri dan mencoba menggali data baru yang mungkin sangat diperlukan dari klien</p>	<p>Berbicara pelan</p>	<p>Menanyakan keadaan untuk membina hubungan baik</p>
<p>P: Baiklah bu, bagaimana kalau kita bercakap-cakap mengenai suara tanpa wujud yang sedang ibu alami? Apa ibu berkenan?"</p> <p>K: Iya</p>	<p>P: Terjadi kontak mata</p> <p>K: Menjawab pelan</p>	<p>Menggali lebih dalam suara yang dii dengar klien</p>	<p>Bicara pelan</p>	<p>Untuk mngetahui bahwa klien mengalami halusinasi atau mengalami ingatan palsu.</p>
<p>P: "Baik bu, apakah ibu berkenan kita bercakap-cakap selama kurang lebih 15-10 menit ?"</p> <p>K: Iya</p>	<p>P: Menatap klien</p> <p>K: Menjawab singkat</p>	<p>Perawat mencoba untuk menggali lebih jauh tentang halusinasi pendengaran yang dialami oleh klien</p>	<p>Klien bersedia melanjutkan pembicaraan</p>	<p>Kontrak pertemuan sangat penting dilakukan untuk menilai ketersediaan dan kesiapan klien berinteraksi dengan perawat</p>
<p>P: "Bagaimana kalau kita bercakap-cakap di ruang tengah, apakah ibu berkenan ?"</p> <p>K: Iya mbak</p>	<p>P: Melihat pasien dan bertanya dengan ramah</p> <p>K : menjawab dengan singkat dan ramah</p>	<p>Perawat berharap dapat melanjutkan pembicaraan</p>	<p>Berespon dengan baik</p>	<p>Memberikan kesempatan untuk membuat keputusan agar tercapai hubungan saling percaya.</p>

KOMUNIKASI VERBAL	KOMUNIKASI NON VERBAL	ANALISA BERPUSAT PADA PERAWAT	ANALISA BERPUSAT PADA KLIEN	RASIONAL
<p>P: Apakah ibu D mendengar suara-suara yang tidak ada wujudnya?</p> <p>K: Iya mbak, saya mendengar suara <i>telephone</i> di kamar tidur ruang flamboyan</p>	<p>P : Melihat pasien dan bertanya dengan ramah</p> <p>K: menjawab dengan ramah</p>	Perawat mulai menggali apa yang didengar klien	Menjawab pelan dan mulai mengungkapkan sedikit masalahnya.	Mengidentifikasi bahwa klien mengalami halusinasi
<p>P: Kalau boleh tau apa yang dikatakan suara tersebut ? apakah ibu yakin suara itu nyata ?</p> <p>K: Kan itu suara <i>telephone</i> mbak, iya suara itu nyata.</p>	<p>P : menatap klien dan bertanya dengan ramah.</p> <p>K: menjawab dengan sedikit kesal.</p>	Perawat menggali lebih dalam apa yang didengar klien dengan seksama	Bingung	Mengidentifikasi isi dari halusinasi
<p>P: Kapan dan berapa kali ibu mendengar suara tersebut ? Serta respon ibu bagaimana ?</p> <p>K: Nggak tau ya mbak, saya bingung</p>	<p>P : menatap klien dengan ramah</p> <p>K: menjawab dengan kebingungan</p>	Perawat mencoba menggali lebih jauh tentang halusinasi pendengaran yang dialami oleh klien	Menjawab singkat dan bingung	Mengidentifikasi waktu, frekuensi, dan respon klien terhadap halusinasi.
<p>P: Baik bu sekarang kita belajar cara-cara mencegah halusinasi</p> <p>K: Iya</p>	<p>P :perawat menjelaskan dengan ramah, dan menatap kearah klien</p> <p>K: menjawab singkat</p>	Perawat mulai mengajarkan cara mencegah halusinasi	Menjawab singkat	Agar klien dapat mengerti cara mengontrol halusinasi

KOMUNIKASI VERBAL	KOMUNIKASI NON VERBAL	ANALISA BERPUSAT PADA PERAWAT	ANALISA BERPUSAT PADA KLIEN	RASIONAL
<p>P: Baik ibu D, ada empat cara untuk mencegah suara-suaara tersebut muncul. Cara pertama yaitu, dengan menghardik suara tersebut. Kedua, dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain. Ketiga, melakukan kegiatan harian yang sudah terjadwal. Keempat, dengan cara meminum obat secara teratur.</p> <p>K: Iya</p>	<p>P: menjelaskan dengan ramah</p> <p>K : mengamati penjelasan perawat.</p>	<p>Perawat menjelaskan cara-cara mencegah halusinasi</p>	<p>Menjawab dengan singkat dan tampak bingung.</p>	<p>Agar klien dapat mengetahui car-cara mengontrol halusinasi.</p>
<p>P: Bagaimana kalau hari ini kita belajar cara menghardik jika suara itu datang ?.</p> <p>K: Iya mbak</p>	<p>P : bertanya dengan tersenyum.</p> <p>K : membalas senyuman dan menjawab singkat.</p>	<p>Perawat mulai mengajarkan cara mengontrol halusinasi</p>	<p>Klien menunduk dan mendengarkan</p>	<p>Agar klien dapat mengontrol halusinasi dengan cara menghardik</p>
<p>P: Jadi, jika suara itu datang ibu tutup telinga dengan kedua tangan dan ucapkan pergi sana...! Kamu tidak nyata...! Kamu palsu...! dan mengucapkan kalimat</p>	<p>P : Perawat memperagakan cara menghardik</p>	<p>Perawat mencoba untuk mengajarkan cara mencegah/mengontrol halusinasi</p>	<p>klien kebingungan dan mulai bosan.</p>	<p>Agar klien dapat mengontrol halusinasi dengan cara menghardik.</p>

KOMUNIKASI VERBAL	KOMUNIKASI NON VERBAL	ANALISA BERPUSAT PADA PERAWAT	ANALISA BERPUSAT PADA KLIEN	RASIONAL
<p>Astagfirullah. Coba ibu peragakan cara yang saya ajarkan.</p> <p>K: Yaudah mbak saya istirahat dulu saja ya, saya capek, besok aja lagi.</p>	<p>K:pasien memperhatikan</p>			
<p>P:Baik kalau seperti itu, bagaimana perasaan ibu setelah berbincang-bincang dengan saya ?</p> <p>K: biasa saja mbak.</p>	<p>P: perawat bertanya dengan ramah dan menatap klien</p> <p>K: menjawab dengan ramah</p>	<p>Perawat melakukan evaluasi dan validasi perasaan klien</p>	<p>Klien berbicara pelan</p>	<p>Untuk mengevaluasi dan memvalidasi perasaan klien.</p>
<p>P: Tadi ibu sudah berkenalan dengan saya, apakah ibu masih ingat dengan nama saya ?</p> <p>K: Iya, mbak yuan kan</p>	<p>P: bertanya dengan tersenyum kearah klien.</p> <p>K: menjawab dengan membalas senyuman perawat.</p>	<p>Perawat mencoba mengkaji daya ingat klien</p>	<p>Klien berbicara pelan</p>	<p>Untuk megetahui daya ingat klien.</p>
<p>P: Baik, besok kita mengobrol lagi ya bu, kita membahas suara-suara yang ibu dengar</p> <p>K: iya mbak yuan</p>	<p>P: perawat bertanya dengan ramah</p> <p>K: menjawab dengan</p>	<p>Membuat kontrak waktu dengan klien</p>	<p>Klien menyetujui kontrak perawat.</p>	<p>Untuk membuat kesepakatan kontraksupaya terjalinhubungan saling percaya dan</p>

KOMUNIKASI VERBAL	KOMUNIKASI NON VERBAL	ANALISA BERPUSAT PADA PERAWAT	ANALISA BERPUSAT PADA KLIEN	RASIONAL
	ramah.			mempermudah interaksi selanjutnya.
<p>P: Besok kita bertemu lagi, dan kita belajar cara menghardik halusianasi serta membuat jadwal kegiatann harian.</p> <p>K: Iya mbak</p>	<p>P: Menatap dan tersenyum kearah klien</p> <p>K: klien membalas senyum, dan tampak gelisah</p>	Membuat kontrak waktu dengan klien	Pasien menyetujui kontrak perawat.	Untuk membuat persetujuan pertemuan selanjutnya
<p>P: Untuk besok apa ibu berkenan kita bercakap-cakap pukul 10.00 WIB ?</p> <p>K: Iya mbak nggak apa-apa terserah mbak saja</p>	<p>P :Memandang klien.</p> <p>K: klien menjawab dengan tergesah-gesah.</p>	Perawat membuat kontrak pertemuan selanjutnya	Klien pasrah dan menyetujui kontrak waktu yang diberikan perawat	Untuk membuat jadwal pertemuan selanjutnya.
<p>P: Untuk tempatnya ibu D mau dimana ?. Aapa ditempat tidur ibu saja ?</p> <p>K: Iya mbak saya setuju.</p>	<p>P:Berjabat tangan dan tersenyum kearah klien</p> <p>K: membalas jabat tangan perawat.</p>	Perawat membuat kontrak waktu pertemuan selanjutnya.	klien menyetujui.	Untuk membuat kesepakatan pertemuan selanjutnya.