

**KARYA ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA MASALAH UTAMA GANGGUAN  
PERSEPSI SENSORI: HALUSINASI PENDENGARAN DAN  
PENGLIHATAN PADANn. “D” DENGAN DIAGNOSA  
MEDIS SKIZOFRENIA TIPE CAMPURAN  
DI KUPANG GUNUNG BARAT  
SURABAYA**



**OLEH :**

**ALYA FATIMATUS ZAHRO, S. Kep**  
**NIM. 203.0010**

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

**2021**

**KARYA ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA MASALAH UTAMA GANGGUAN  
PERSEPSI SENSORI: HALUSINASI PENDENGARAN DAN  
PENGLIHATAN PADANn. “D” DENGAN DIAGNOSA  
MEDIS SKIZOFRENIA TIPE CAMPURAN  
DI KUPANG GUNUNG BARAT  
SURABAYA**

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



**OLEH :**

**ALYA FATIMATUS ZAHRO, S. Kep**  
**NIM. 203.0010**

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

**2021**

## SURAT PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan karya ilmiah akhir ini saya susun tanpa melakukan plagiasi sesuai dengan pertukaran yang berlaku di Stikes Hang Tuah Surabaya. Berdasarkan pengetahuan dan keyakinan penulis, semua sumber baik yang di kutip maupun yang di rujuk, saya nyatakan dengan benar. Bila ditemukan adanya plagiasi, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang di jatuhkan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya

Surabaya, 23 Juli 2021

Punulis,



Alya Fatimatus Zahro  
NIM. 203.0010

## HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Alya Fatimatus Zahro  
NIM : 203.0010  
Program Studi : Profesi Ners  
Judul : Asuhan Keperawatan Jiwa Masala Utama Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran Dan Penglihatan Pada Nn. "D" Dengan Diagnosa Medis Skizofrenia Tipe Campuran Di Kupang Gunung Barat Surabaya

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

**Ners (Ns)**

Surabaya, 23 Juli 2021

**Pembimbing**



**Lela Nurlela, S. Kp., Ns., M. Kep**

**NIP. 03.021**

**Mengetahui,**

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

**Nuh Huda, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.Mb**

**NIP. 03.020**

Di tetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 23 Juli 2021

## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir dari :

Nama : Alya Fatimatus Zahro

NIM : 203.0010

Program Studi : Profesi Ners

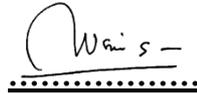
Judul : Asuhan Keperawatan Jiwa Masala Utama Gangguan  
Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran Dan Penglihatan  
Pada Nn. "D" Dengan Diagnosa Medis Skizofrenia Tipe  
Campuran Di Kupang Gunung Barat Surabaya

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji karya ilmiah akhir di Stikes Hang  
Tuah Surabaya, dan dinyatakan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk  
memperoleh gelar "Ners (Ns)" pada program studi Pendidikan Ners Stikes Hang  
Tuah Surabaya

Penguji I **Dya Sustrami, S.Kep.,Ns.,M.Kes**  
NIP.03007



Penguji II **Dr. AV. Sri Suhardiningsih, S.Kp.,M.Kes**  
NIP.04014



Penguji III **Lela Nurlela, S.Kp.,Ns.,M.Kep**  
NIP.03021



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

**Nuh Huda, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.KMB**  
NIP. 03.020

Di tetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya  
Tanggal : 23 Juli 2021

## **KATA PENGANTAR**

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan ramad dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Karya Ilmiah Akhir ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Pendidikan Profesi Ners.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran Karya Ilmiah ini bukan hanya karena kemampuan penulis saja tetapi banyak bantuan dari berbagai pihak, yang telah dengan ikhlas membantu penulis demi terselesainya penulisan, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada :

1. Dr. A. V. Sri Suhardiningsih, S.Kp., M.Kes, selaku ketua Stikes Hang Tuah Surabaya dan penguji II yang telah memberikan kesempatan kepada kami menyelesaikan pendidikan Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya
2. Bapak Ns. Nuh Huda, M.Kep.,Sp.Kep.MB., selaku ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners Yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
3. Lela Nurlela, S.Kp., Ns., M.Kep selaku Pembimbing yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan bimbingan dalam penyusunan penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini.
4. Dya Sustrami, S.Kep.,Ns.,M.Kes selaku penguji terima kasih telah memberikan ilmu serta arahan dalam proses penulisan Karya Ilmiah Akhir ini.

5. Bapak dan Ibu Dosen dan STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan bekal bagi penulis 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 penulis selama menjalani studi penulisannya
6. Kedua orang tua dan keluarga yang senantiasa mendoakan dan memberikan semangat serta motivasi selama penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
7. Teman-teman yang telah memotivasi dalam kelancaran penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Semoga hal-hal baik, motivasi, dukungan tiada henti yang diberikan kepada peneliti semoga senantiasa mendapatkan balasan Allah SWT yang akan memberikan dampak positif bagi kita semua, serta peneliti berharap bahwa Karya Ilmiah Akhir ini dapat bermanfaat bagi semuanya.

Surabaya, 23 Juli 2021

Peneliti

## DAFTAR ISI

<b>COVER</b> .....	<b>i</b>
<b>SURAT PERNYATAAN</b> .....	<b>ii</b>
<b>HALAMAN PERSETUJUAN</b> .....	<b>iii</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	<b>iv</b>
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	<b>v</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>vii</b>
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	<b>ix</b>
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	<b>x</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	<b>xi</b>
<b>BAB 1 PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
1.1. Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	4
1.3 Tujuan.....	4
1.3.1 Tujuan Umum .....	4
1.3.2 Tujuan Khusus.....	4
1.4 Manfaat Penelitian.....	5
1.5 Metode Penulisan .....	6
1.6 Sistematika Penulisan.....	7
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	<b>6</b>
2.1 Konsep Skizofrenia .....	6
2.1.1 Definisi Skizofrenia.....	6
2.1.2 Etiologi Skizofrenia.....	7
2.1.3 Klasifikasi Skizofrenia .....	9
2.1.4 Tanda dan Gejala Skizofrenia .....	11
2.1.5 Terapi Pengobatan Skizofrenia .....	13
2.2 Konsep Halusinasi .....	14
2.2.1 Pengertian Halusinasi .....	14
2.2.2 Proses Terjadinya Halusinasi .....	14
2.2.3 Rentang Respon.....	15
2.2.4 Tanda dan Gejala.....	18
2.3 Konsep Komunikasi Terapeutik.....	18
2.3.1 Definisi Komunikasi Terapeutik .....	18
2.3.2 Tujuan Komunikasi Terapeutik.....	19
2.3.3 Manfaat Komunikasi Terapeutik.....	19
2.3.4 Teknik Komunikasi Terapeutik.....	19
2.3.5 Tahap-tahap Komunikasi Terapeutik .....	21
2.3.6 Faktor Yang Mempengaruhi Komunikasi Terapeutik .....	24
2.4 Konsep Stress dan Adaptasi .....	25
2.4.1 Definisi Stres dan Adaptasi .....	25
2.4.2 Sumber Stres .....	26
2.5 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran dan Penglihatan .....	26
2.5.1 Pengkajian .....	26
2.5.2 Pokok Masalah .....	34

2.5.3	Diagnosa Keperawatan.....	34
2.5.4	Rencana Keperawatan .....	35
2.5.5	Implementasi .....	37
2.5.6	Evaluasi .....	39
<b>BAB 3 TINJAUAN KASUS.....</b>		<b>41</b>
3.1	Pengkajian .....	41
3.1.1	Identitas Klien .....	41
3.1.2	Alasan Masuk.....	41
3.1.3	Faktor Predisposisi .....	41
3.1.4	Pemeriksaan Fisik .....	42
3.1.5	Psikososial.....	42
3.1.6	Status Mental.....	44
3.1.7	Kebutuhan Pulang .....	47
3.1.8	Mekanisme Koping .....	48
3.1.9	Masalah Psikososial dan Lingkungan .....	48
3.1.10	Pengetahuan Tentang Penyakit .....	49
3.1.11	Aspek Medis .....	49
3.1.12	Daftar Masalah Keperawatan .....	50
3.1.13	Daftar Diagnosis Keperawatan .....	51
3.2	Pohon Masalah .....	52
3.3	Analisa Data .....	52
3.4	Rencana Keperawatan .....	54
3.5	Tindakan Keperawatan.....	58
<b>BAB 4 PEMBAHASAN .....</b>		<b>60</b>
4.1	Pengkajian .....	60
4.2	Diagnosa Keperawatan.....	62
4.3	Rencana Keperawatan .....	63
4.4	Tindakan Keperawatan.....	65
4.5	Evaluasi Keperawatan .....	66
<b>BAB 5 PENUTUP.....</b>		<b>68</b>
5.1	Kesimpulan.....	68
5.2	Saran.....	70
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>		<b>71</b>
<b>LAMPIRAN.....</b>		<b>74</b>

## DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Analisa Data.....	52
Tabel 3.2 Intervensi Keperawatan Pada Nn. D .....	55
Tabel 3.3 Implementasi dan Evaluasi pada Nn. D .....	59

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Rentang Respon Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi.....	16
Gambar 2.2 Pohon Masalah Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi .....	34
Gambar 3.1 Genogram .....	42
Gambar 3.2 Pohon Masalah .....	52

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan.....	72
Lampiran 2 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan.....	77
Lampiran 3 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan.....	82
Lampiran 4 Analisa Proses Interaksi.....	84
Lampiran 5 Analisa Proses Interaksi.....	88

# **BAB 1**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Gangguan jiwa merupakan permasalahan kesehatan yang disebabkan oleh gangguan biologis, sosial, psikologis, genetik, fisik atau kimiawi dengan jumlah penderita yang terus meningkat dari tahun ketahun (WHO, 2016). Penanganan penderita gangguan jiwa sampai saat ini belum maksimal. Perang, konflik, dan lilitan krisis ekonomi berkepanjangan merupakan salah satu penyebab yang memunculkan stress, depresi, dan berbagai gangguan kesehatan jiwa pada manusia (Yosep and Surtini, 2014). Skizofrenia adalah suatu gangguan jiwa yang ditandai dengan penurunan atau ketidakmampuan berkomunikasi, gangguan realita (halusinasi dan waham), afek yang tidak wajar atau tumpul, gangguan kognitif (tidak mampu berfikir abstrak) dan mengalami kesukaran melakukan aktivitas sehari-hari. Halusinasi adalah suatu gejala pada individu dengan gangguan jiwa yang mengalami gangguan perubahan persepsi sensori yang ditandai dengan klien merasakan sensasi berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan, atau penghiduan tanpa stimulus yang nyata (Keliat, 2014).

Data dari World Health Organization, gangguan jiwa sudah menjadi masalah yang berat selain masalah penyakit menular atau penyakit degeneratif. Terdapat 35 juta orang terkena depresi, 60 juta orang terkena bipolar, 21 juta terkena skizofrenia, serta 47,5 juta terkena demensia. Di Indonesia, dengan berbagai faktor biologis, psikologis dan sosial dengan keanekaragaman penduduk. Maka jumlah kasus gangguan jiwa terus bertambah yang berdampak

pada penambahan beban negara dan penurunan produktivitas manusia jangka panjang (WHO, 2016). Penderita gangguan jiwa berat dengan usia diatas 15 tahun di Indonesia mencapai 0,46%. Hal ini terdapat lebih dari 1 juta jiwa di Indonesia yang menderita gangguan jiwa berat. Berdasarkan data tersebut diketahui bahwa 11,6% penduduk Indonesia mengalami masalah gangguan mental emosional (Aji, 2018). Prevalensi gangguan jiwa di Indonesia bervariasi pada masing masing Provinsi. Pada hal ini, Jawa Timur menduduki peringkat keempat dengan prevalensi gangguan jiwa tertinggi yaitu dengan angka 2,2% penduduk (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2014 dalam Palupi et al., 2019). Berdasarkan data hasil studi angka kejadian kasus di Rumah Sakit Jiwa Menur Kota Surabaya Provinsi Jawa Timur selama bulan Januari sampai April 2021 didapatkan jumlah pasien rawat inap sebanyak 1299 pasien dengan rincian kasus halusinasi mencapai 47,5%, perilaku kekerasan 22,02%, isolasi sosial: menarik diri 12,62%, harga diri rendah 8,31%, defisit perawatan diri 4,06%, gangguan citra tubuh 2,5%, waham 2,23%, dan resiko bunuh diri 0,76%.

Halusinasi merupakan salah satu gejala gangguan jiwa dimana pasien mengalami perubahan persepsi sensori, merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan atau perabaan. Pasien merasakan stimulus yang sebenarnya tidak ada. Gejala atau perilaku yang sering terjadi pada pasien gangguan jiwa terkait dengan halusinasi yaitu berbicara sendiri, senyum sendiri, tertawa sendiri, menatap ke suatu titik, pergerakan mata yang cepat, berusaha menghindari orang lain, tidak bisa membedakan mana yang nyata atau tidak nyata, tidak jarang juga orang dengan gangguan jiwa tidak mau mandi dan memiliki perilaku yang aneh. Menghardik Halusinasi adalah upaya

mengendalikan diri terhadap halusinasi dengan cara menolak halusinasi yang muncul atau tidak memerdulikan halusinasinya. Mungkin halusinya tetap ada namun dengan kemampuan ini pasien tidak akan larut dalam halusinasinya. Biasanya dilakukan dengan cara bercakap cakap dengan sanak saudara, serta melakukan aktifitas berjadwal yang telah disetujui oleh pasien dan terapis, dan yang paling penting adalah keteraturan minum obat. Bila keempat cara ini tidak dilakukan secara teratur oleh para penderita skiofrenia dengan halusinasi akan menyebabkan penderita terus menerus terganggu oleh halusinasi tersebut (Aji, 2018).

Tindakan yang dapat dilakukan untuk menangani masalah resiko perilaku kekerasan adalah dengan cara membantu penderita mengenal halusinasi yakni isi, waktu terjadi, frekuensi terjadinya, situasi yang memunculkan halusinasi, serta respons pasien saat terjadi halusinasi, melatih penderita agar mampu mengontrol halusinasi. Tindakan yang dapat dilakukan antara lain: menghardik halusinasi dan bercakap-cakap, membuat penderita mau mengikuti program pengobatan secara optimal (Erviana and Hargiana, 2018). Peran perawat merupakan rangkaian peningkatan kondisi pasien untuk beradaptasi dengan kondisi penyakitnya, asuhan keperawatan seperti promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Peran promotif perawat dapat melakukan pendidikan kesehatan bagaimana cara merawat anggota keluarga dengan halusinasi. Upaya preventif yaitu dengan cara perawat meningkatkan kesehatan mental dengan melatih cara mengontrol halusinasi. Aspek kuratif yaitu melakukan Asuhan Keperawatan kepada klien dan keluarga. Aspek rehabilitatif yaitu perawat memastikan bahwa klien sudah mampu melakukan dan menyadari tentang kemampuan diri sendiri

dan mampu berfungsi untuk masyarakat. Dalam kasus dengan masalah Halusinasi terdapat peran perawat yang di lakukan yaitu hanya pada peran promotif yaitu memberikan pendidikan tentang halusinasi yang di lakukan dan peran preventif yaitu meningkatkan kesehatan mental dengan melatih cara mengontrol halusinasi.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Bagaimanakah asuhan keperawatan jiwa masalah utama Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran Dan Penglihatan Pada Nn. “D” Dengan Diagnosa Medis Skizoafektif Tipe Campuran Di Kupang Gunung Barat Surabaya?

## **1.3 Tujuan**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mahasiswa mampu mengidentifikasi asuhan keperawatan jiwa masalah utama Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran Dan Penglihatan Pada Nn. “D” Dengan Diagnosa Medis Skizoafektif Tipe Campuran Di Kupang Gunung Barat Surabaya.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Melakukan pengkajian dengan asuhan keperawatan jiwa masalah utama Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran Dan Penglihatan Pada Nn. “D” Dengan Diagnosa Medis Skizoafektif Tipe Campuran Di Kupang Gunung Barat Surabaya.
2. Merumuskan diagnosa keperawatan yang didapat melalui penyempurnaan analisa dan sintesa pada asuhan keperawatan jiwa masalah utama Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran Dan Penglihatan Pada Nn. “D”

Dengan Diagnosa Medis Skizoafektif Tipe Campuran Di Kupang Gunung Barat Surabaya.

3. Merencanakan asuhan keperawatan jiwa masalah utama Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran Dan Penglihatan Pada Nn. "D" Dengan Diagnosa Medis Skizoafektif Tipe Campuran Di Kupang Gunung Barat Surabaya.
4. Melaksanakan asuhan keperawatan jiwa masalah utama Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran Dan Penglihatan Pada Nn. "D" Dengan Diagnosa Medis Skizoafektif Tipe Campuran Di Kupang Gunung Barat Surabaya.
5. Mengevaluasi tindakan yang sudah dilaksanakan dengan asuhan keperawatan jiwa masalah utama Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran Dan Penglihatan Pada Nn. "D" Dengan Diagnosa Medis Skizoafektif Tipe Campuran Di Kupang Gunung Barat Surabaya.
6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan jiwa pada klien dengan masalah utama Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran Dan Penglihatan Pada Nn. "D" Dengan Diagnosa Medis Skizoafektif Tipe Campuran Di Kupang Gunung Barat Surabaya.

#### **1.4 Manfaat Penelitian**

Terkait dengan tujuan, maka tugas akhir ini diharapkan dapat memberikan manfaat :

1. Akademis, hasil studi kasus ini merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan jiwa masalah utama Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran Dan Penglihatan Pada

Nn. “D” Dengan Diagnosa Medis Skizoafektif Tipe Campuran Di Kupang Gunung Barat Surabaya.

2. Secara praktis, tugas akhir ini akan bermanfaat bagi :
  - a. Bagi Penulis Data yang diambil atau diperoleh melalui percakapan baik dengan klien dan rekam medis klien. Hasil penulisan dapat menjadi salah satu bahan bagi peneliti selanjutnya akan melakukan studi kasus pada asuhan keperawatan jiwa masalah utama Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran Dan Penglihatan.
  - b. Bagi profesi kesehatan Sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan jiwa masalah utama Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran Dan Penglihatan.
  - c. Bagi pelayanan keperawatan di rumah sakit Hasil studi kasus ini dapat menjadi masukan bagi pelayanan di rumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan jiwa masalah utama Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran Dan Penglihatan dengan baik.

### **1.5 Metode Penulisan**

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 dan evaluasi.
2. Teknik pengumpulan data
  - a. Wawancara

Data yang diambil atau diperoleh melalui percakapan baik dengan klien dan rekam medis klien.

b. Observasi

Data yang diambil melalui pemeriksaan tanda-tanda vital dengan klien.

3. Sumber Data

a. Data primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari klien.

b. Data sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat klien, rekam medis klien, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain.

4. Studi kepustakaan Studi kepustakaan yang mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul studi kasus dan masalah yang dibahas.

## 1.6 Sistematika Penulisan

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam mempelajari dan memahami studi kasus ini, secara keseluruhan dibagi menjadi tiga bagian, yaitu :

1. Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan 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 :

BAB 1 : Pendahuluan, berisi tentang latar belakang, tujuan, manfaat, dan sistematika penulisan studi kasus.

BAB 2 : Tinjauan pustaka, yang berisi tentang konsep dasar penyakit dari sudut medik yang meliputi pengertian, etiologi, gejala, terapi, proses

terjadinya resiko perilaku kekerasan dan dilanjutkan dengan asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

BAB 3 : Tinjauan kasus, berisi tentang deskripsi data hasil pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

BAB 4 : Pembahasan berisi tentang perbandingan antara teori dengan kenyataan yang ada di lapangan.

BAB 5 : Penutup, berisi tentang simpulan dan saran.

3. Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Bab ini diuraikan secara teoritis mengenai konsep dasar resiko halusinasi, asuhan keperawatan jiwa dengan halusinasi dan konsep dasar skizofrenia. Konsep dasar akan diuraikan meliputi definisi, etiologi, dan cara penanganan secara medis. Asuhan keperawatan akan di uraikan masalah- masalah yang muncul pada penyakit skizofrenia dan halusinasi dengan melakukan asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, dan implementasi.

#### **2.1 Konsep Skizofrenia**

##### **2.1.1 Definisi Skizofrenia**

Skizofrenia merupakan penyakit neurologi yang dapat mempengaruhi persepsi, cara berpikir, bahasa, emosi dan perilaku sosial, selain itu seseorang dengan skizofrenia juga sering mengalami halusinasi pendengaran dan penglihatan secara bersamaan, hal ini berdampak seseorang dengan skizofrenia akan kehilangan kontrol dirinya yaitu akan mengalami kepanikan dan perilakunya dikendalikan oleh halusinasi (Livana *et al.*, 2018).

Skizofrenia merupakan suatu bentuk psikososial fungsional dengan gangguan utama pada proses pikir serta disharmoni (keretakan, perpecahan) antara proses pikir, afek/ emosi, kemauan dan psikomotor disertai distorsi kenyataan. Skizofrenia menjadi penyakit yang serius yang mengakibatkan perilaku psikotik, gangguan dalam memproses informasi dan berhubungan interpersonal (Sihombing, 2019).

### 2.1.2 Etiologi Skizofrenia

Menurut Stuart & Sundeen (1998) dalam Azizah *et al* (2016) menyebutkan teori tentang etiologi skizofrenia yang saat ini banyak dianut adalah sebagai berikut.

#### 1. Keturunan

Telah dibuktikan dengan penelitian bahwa angka kesakitan bagi saudara tiri 0,9-1,8%, bagi saudara kandung 7-15%, bagi anak dengan salah satu orang tua yang menderita Skizofrenia 40-68 %, kembar 2 telur 2-15 % dan kembar satu telur 61-86 %.

#### 2. Endokrin

Teori ini dikemukakan berhubung dengan sering timbulnya Skizofrenia pada waktu pubertas, waktu kehamilan atau puerperium dan waktu klimakterium, tetapi teori ini tidak dapat dibuktikan.

#### 3. Metabolisme

Teori ini didasarkan karena penderita Skizofrenia tampak pucat, tidak sehat, ujung extremitas agak sianosis, nafsu makan berkurang dan berat badan menurun serta pada penderita dengan stupor katatonik konsumsi zat asam menurun. Hipotesa ini masih dalam pembuktian dengan pemberian obat halusinogenik.

#### 4. Susunan saraf pusat

Penyebab Skizofrenia diarahkan pada kelainan SSP yaitu pada diensefalon atau kortek otak, tetapi kelainan patologis yang ditemukan mungkin disebabkan oleh perubahan postmortem atau merupakan artefak pada waktu membuat sediaan.

#### 5. Teori Adolf Meyer

Skizofrenia tidak disebabkan oleh penyakit badaniah sebab hingga sekarang tidak dapat ditemukan kelainan patologis anatomis atau fisiologis yang khas pada SSP tetapi Meyer mengakui bahwa suatu konstitusi yang inferior atau penyakit badaniah dapat mempengaruhi timbulnya Skizofrenia. Menurut Meyer Skizofrenia merupakan suatu reaksi yang salah, suatu maladaptasi, sehingga timbul disorganisasi kepribadian dan lama kelamaan orang tersebut menjauhkan diri dari kenyataan (otisme).

#### 6. Teori Sigmund Freud Skizofrenia terdapat:

- a. Kelemahan ego, yang dapat timbul karena penyebab psikogenik ataupun somatik
- b. Superego dikesampingkan sehingga tidak bertenaga lagi dan id yang berkuasa serta terjadi suatu regresi ke fase narsisme dan
- c. Kehilangan kapasitas untuk pemindahan (transference) sehingga terapi psiko analitik tidak mungkin.

#### 7. Teori Eugen Bleuler

Penggunaan istilah Skizofrenia menonjolkan gejala utama penyakit ini yaitu jiwa yang terpecah belah, adanya keretakan atau disharmoni antara proses berfikir, perasaan dan perbuatan. Bleuler membagi gejala Skizofrenia menjadi 2 kelompok yaitu gejala primer (gangguan proses pikiran, gangguan emosi, gangguan kemauan dan otisme), gejala sekunder (waham, halusinasi dan gejala katatonik atau gangguan psikomotorik yang lain).

#### 8. Teori lain

Skizofrenia sebagai suatu sindroma yang dapat disebabkan oleh bermacam- macam sebab antara lain keturunan, pendidikan yang salah, maladaptasi, tekanan jiwa, penyakit badaniah seperti lues otak, arterosklerosis otak dan penyakit lain yang belum diketahui.

- a. Disfungsi keluarga, konflik dalam keluarga akan berpengaruh pada perkembangan anak sehingga sering mengalami gangguan dalam tugas perkembangan anak, gangguan ini akan muncul pada saat perjalanan hidup si anak dikemudian hari
- b. Menurut teori Interpersonal menyatakan bahwa orang yang mengalami psikosis akan menghasilkan suatu hubungan orang tua - anak yang penuh dengan ansietas tinggi. Anak akan menerima pesan-pesan yang membingungkan dan penuh konflik dari orang tua dan tidak mampu membentuk rasa percaya pada orang lain.
- c. Berdasarkan teori psikodinamik, mengatakan bahwa psikosis adalah hasil dari suatu ego yang lemah, perkembangan yang dihambat oleh suatu hubungan saling mempengaruhi antara orangtua-anak. Karena ego menjadi lemah, penggunaan mekanisme pertahanan ego pada waktu ansietas yang ekstrem.
- d. Sosiobudaya dan spiritual

### **2.1.3 Klasifikasi Skizofrenia**

Menurut (Baradero *et al.*, 2015), klasifikasi skizofrenia terbagi menjadi lima bagian yaitu:

1. Skizofrenia Paranoid

Skizofrenia paranoid agak berlainan dari jenis-jenis yang lain dalam jalannya penyakit. Skizofrenia hebefrenik dan katatonik sering lama kelamaan menunjukkan gejala-gejala skizofrenia simplex, atau gejala-gejala hebefrenik dan katatonik bercampuran. Tidak demikian halnya dengan skizofrenia paranoid yang jalannya agak konstan. Gejala-gejala yang mencolok adalah waham primer, disertai dengan waham-waham sekunder dan halusinasi. Baru dengan pemeriksaan yang teliti ternyata ada juga gangguan gangguan proses berpikir, gangguan afek, emosi dan kemauan.

## 2. Skizofrenia Hebefrenik

Permulaannya perlahan-lahan subakut dan sering timbul pada masa remaja atau antara 15-25 tahun. Gejala yang mencolok adalah: gangguan proses berpikir, gangguan kemauan dan adanya depersonalisasi atau double personality. Gangguan psikomotor seperti mannerism, neologisme atau perilaku kekanak-kanakan sering terdapat pada skizofrenia hebefrenik. Waham dan halusinasinya banyak sekali.

## 3. Skizofrenia

Katatonik Timbulnya pertama kali antara umur 15-30 tahun, dan biasanya akut serta sering didahului oleh stres emosional. Mungkin terjadi gaduh-gelisah katatonik atau stupor katatonik.

## 4. Skizofrenia Simplex

Sering timbul pertama kali pada masa pubertas. Gejala utama pada jenis simplex adalah kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan. Gangguan proses berpikir biasanya sukar ditemukan. Waham dan

halusinasi jarang jarang sekali terdapat. Jenis ini timbulnya perlahan-lahan sekali. Pada permulaan mungkin penderita mulai kurang memperhatikan keluarganya atau mulai menarik diri dari pergaulan. Makin lama ia makin mundur dalam pekerjaan atau pelajaran dan akhirnya menjadi penganggur. Bila tidak ada yang menolongnya ia mungkin akan menjadi pengemis, pelacur atau “penjahat”

#### 5. Skizofrenia Residual

Jenis ini adalah keadaan kronis dari skizofrenia dengan riwayat sedikitnya satu episode psikotik yang jelas dan gejala-gejala berkembang ke arah gejala negatif yang lebih menonjol. Gejala negatif terdiri dari kelambatan psikomotor, penurunan aktivitas, penumpukan afek, pasif dan tidak ada inisiatif, kemiskinan pembicaraan, ekspresi nonverbal yang menurun, serta buruknya perawatan diri dan fungsi sosial.

#### 2.1.4 Tanda dan Gejala Skizofrenia

Menurut Yosep (2011), 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 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**

Terapi awal dengan obat antipsikosis merupakan pengobatan utama untuk mengurangi gejala yang tidak menyenangkan dan berbahaya. Terapi ini pertama memerlukan obat penyekat dopamin seperti haloperidol, chlorpromazine, trifluoperazine, sulpride, dan pimozid. Beberapa obat tersebut hanya tersedia dalam bentuk sediaan oral, dan efek sedatif dan sifat ansietasnya beragam, begitu pula dengan efek sampingnya.

Terapi lanjutan – injeksi depot dengan efek lepas lambat yang stabil dalam waktu satu hingga empat minggu sangat bermanfaat. Obat tersebut meningkatkan kepatuhan, suatu masalah utama pada pasien dengan insight yang buruk. Efek samping merupakan masalah umum, terutama yang melibatkan pergerakan. Benzodiazepine sangat berguna untuk mengobati masalah - masalah yang sering ditemukan seperti rangsangan atau ansietas yang berlebihan atau sulit tidur.

Obat antipsikosis “atipikal” terbaru, seperti clozapine atau risperidone, memiliki kerja penyekat tambahan pada reseptor serotonin yang tampaknya mengurangi efek samping dan gejala negatif. Perkembangan obat yang lebih “bersih” tersebut merupakan salah satu aspek yang paling menarik dalam penatalaksanaan skizofrenia (Keliat *et al.*, 2011).

## **2.2 Konsep Halusinasi**

### **2.2.1 Pengertian Halusinasi**

Halusinasi dapat didefinisikan sebagai suatu gejala gangguan jiwa pada individu yang ditandai dengan perubahan sensori persepsi merasakan sensasi palsu berupa penglihatan, pengecapan, perabaan, penghiduan, atau pendengaran (Keliat, 2014).

Halusinasi adalah hilangnya kemampuan manusia dalam membedakan rangsangan internal (pikiran) dan rangsangan eksternal (dunia luar). Klien memberi persepsi atau pendapat tentang lingkungan tanpa ada objek atau rangsangan yang nyata. Sebagai contoh klien mengatakan mendengar suara padahal tidak ada orang yang berbicara (Nurdiana, 2020).

Halusinasi merupakan persepsi yang salah (false perception) tanpa adanya objek luar. Tentu saja persepsi yang dihasilkan tidak seperti persepsi yang normal, ada objek luar pembentuk persepsi. Selain itu halusinasi hanya dimiliki oleh individu tersebut, sedangkan orang lain tidak memilikinya. Halusinasi dapat dipengaruhi oleh imajinasi mental yang kemudian diproyeksikan keluar sehingga seolah-olah datangya dari luar dirinya (Nurdiana, 2020)

### **2.2.2 Proses Terjadinya Halusinasi**

Menurut (Prabowo, 2014) tahapan terjadinya halusinasi terdiri dari 4 fase dan setiap fase memiliki karakteristik yang berbeda yaitu:

#### **1. Fase I**

Pasien mengalami perasaan mendalam seperti ansietas, kesepian, rasa bersalah dan takut serta mencoba berfokus pada pikiran yang menyenangkan untuk meredakan ansietas. Di sini pasien tersenyum atau

tertawa yang tidak sesuai, menggerakkan lidah tanpa suara, pergerakan mata yang cepat, diam dan asyik sendiri.

## 2. Fase II

Pengalaman sensori menjijikan dan menakutkan. Pasien mulai lepas kendali dan mencoba untuk mengambil jarak dirinya dengan sumberdipersepsikan. Disini terjadi peningkatan tandatanda sistem saraf otonom akibat ansietas seperti peningkatan tanda-tanda vital ( denyut jantung, pernapasan, dan tekanan darah), asyik dengna pengalaman sensori dan kehilangan kemampuan untuk membedakan halusinasi dengan reaita.

## 3. Fase III

Pasien berhenti menghentikan perlawanan terhadap halusinasi dan menyerah pada halusinasi tersebut. Di sini pasien sukar berhubungan dengan orang ain, berkeringat, tremor, tidak mampu mematuhi perintah dari orang ain dan berada dalam kondisi yang sangat menegangkan terutamajika akan berhubungan dengan orang lain.

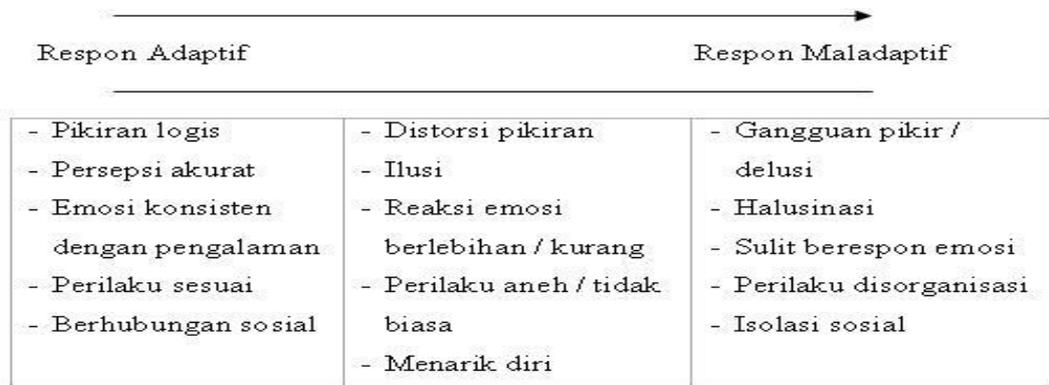
## 4. Fase IV

Pengalaman sensori menjadi mengancam jika pasien mengikuti perintah halusinasi. Di sni terjadi perikalu kekerasan, agitasi, menarik diri, tidak mampu berespon terhadap perintah yang kompleks dan tidak mampu berespon lebih dari 1 orang. Kondisi pasien sangat membahayakan.

### **2.2.3 Rentang Respon**

Persepsi mengacu pada identifikasi dan interprestasi awal dari suatu stimulus berdasarkan informasi yang diterima melalui panca indra. Respon neurobiologis sepanjang rentang sehat sakit berkisar dari adaptif pikiran logis,

persepsi akurat, emosi konsisten, dan perilaku sesuai sampai dengan respon mala adaptif yang meliputi delusi, halusinasi, dan isolasi sosial. Rentang respon dapat digambarkan sebagai berikut:



**Gambar 2.1** Rentang Respon Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi (Stuart, 2013)

#### 1. Respon Adaptif

##### a. Pikiran logis

Pendapat atau pertimbangan yang dapat diterima akal

##### b. Persepsi Akurat

Mampu mengidentifikasi dan menginterpretasikan stimulus berdasarkan informasi yang diterima melalui pancaindera (pendengaran, penglihatan, penghidu, pengecapan, dan perabaan).

##### c. Emosi Konsisten dengan pengalaman.

Kemantapan perasaan jiwa dengan peristiwa yang pernah dialami.

##### d. Perilaku Sesuai

Prilaku individu berupa tindakan nyata dalam menyelesaikan masalah masih dapat diterima oleh norma-norma sosial dan budaya umum yang berlaku.

##### e. Hubungan Sosial

Hubungan seseorang dengan orang lain dalam pergaulan ditengah-tengah masyarakat

## 2. Repon Transisi

### a. Distorasi Fikiran

Kegagalan dalam mengabstrakkan dan mengambil keputusan.

### b. Ilusi

Persepsi atau respon yang salah terhadap stimulus sensori.

### c. Reaksi emosional berlebihan atau kurang

Emosi yang di ekspresikan dengan sikap yang tidak sesuai.

### d. Perilaku ganjil atau tidak lazim

Prilaku aneh yang tidak enak, membingungkan, kesukaran mengelola dan tidak kenal orang lain.

### e. Menarik diri

Prilaku menghindar dari orang lain

## 3. Respon Maladaptif

### a. Waham Keyakinan yang salah secara kokoh dipertahankan walaupun tidak diyakini oleh orang lain dan bertentangan dengan realita sosial.

### b. Halusinasi Persepsi yang salah tanpa adanya ransangan.

### c. Ketidakmampuan mengalami emosi Ketidakmampuan atau menurunnya kemampuan untuk mengalami kesenangan, kebahagiaan, keakraban, dan kedekatan.

### d. Ketidakteraturan Ketidakselarasan antara prilaku dan gerakan yang ditimbulkan.

- e. Isolasi Sosial Suatu keadaan kesepian yang dialami oleh seseorang karena orang lain menyatakan sikap yang negatif dan mengancam (Stuart, 2007).

#### **2.2.4 Tanda dan Gejala**

Menurut (Prabowo, 2014) perilaku pasien yang berkaitan dengan halusinasi adalah sebagai berikut:

1. Bicara, senyum, dan ketawa sendiri
2. Menggerakkan bibir tanpa suara, pergerakan mata cepat, dan respon verbal lambat
3. Menarik diri dari orang lain, dan berusaha untuk menghindari diri dari orang lain
4. Tidak dapat membedakan antara keadaan nyata dan keadaan yang tidak nyata
5. Terjadi peningkatan denyut jantung, pernapasan dan tekanan darah
6. Perhatian dengan lingkungan yang kurang atau hanya beberapa detik dan berkonsentrasi dengan pengalaman sensorinya.
7. Curiga, bermusuhan, merusak (diri sendiri, orang lain dan lingkungannya) dan takut
8. Sulit berhubungan dengan orang lain
9. Ekspresi muka tegang, mudah tersinggung, jengkel dan marah
10. Tidak mampu mengikuti perintah
11. Tampak tremor dan berkeringat, perilaku panik, agitasi dan kataton.

### **2.3 Konsep Komunikasi Terapeutik**

#### **2.3.1 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 (Anjaswarni, 2016).

### **2.3.2 Tujuan Komunikasi Terapeutik**

Berdasarkan definisi komunikasi terapeutik, berikut ini tujuan dari komunikasi terapeutik .

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.

### **2.3.3 Manfaat Komunikasi Terapeutik**

Menurut Anjaswarni (2016) mengungkapkan bahwa komunikasi terapeutik 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.

### **2.3.4 Teknik Komunikasi Terapeutik**

Menurut Sarfika *et al* (2018) dalam komunikasi terapeutik 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.

1. 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 mengangguk kepala pada saat berbicara tentang hal yang dirasakan penting atau memerlukan umpan balik.

2. 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.

3. 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.

4. Klarifikasi

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

5. 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.

6. 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.

### **2.3.5 Tahap-tahap 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 rencana interaksi.
  - d. 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. Mengenal 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 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. Menyepakati tindak lanjut terhadap interaksi yang telah dilakukan.
- d. Membuat kontrak untuk pertemuan berikutnya, kontrak yang perlu disepakati adalah topik, waktu dan tempat pertemuan (Anjaswarni, 2016).

### **2.3.6 Faktor Yang Mempengaruhi Komunikasi Terapeutik**

Menurut Anjaswarni (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 komunikan dan komunikator 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

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

### **2.4 Konsep Stress dan Adaptasi**

#### **2.4.1 Definisi Stres dan Adaptasi**

Stres 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, 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, 2015).

## **2.4.2 Sumber Stres**

Menurut Maramis (1999) dalam Muhith (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 (Muhith, 2015).

## **2.5 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan**

### **Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran dan Penglihatan**

#### **2.5.1 Pengkajian**

Menurut (Rohayati, 2020) Gangguan sensori persepsi: halusinasi terdiri dari dua faktor penyebab yaitu faktor predisposisi dan faktor presipitasi.

1. Identitas

Di dalam identitas berisikan nama, usia, alamat, pendidikan, pekerjaan, agama, dan status perkawinan.

2. Asana masuk

Biasanya klien masuk dengan alasan perilaku yang berubah misalnya tertawa sendiri, marah-marah sendiri ataupun terkadang berbicara sendiri.

### 3. Faktor Predisposisi

a. Faktor genetik Secara genetik, skizofrenia diturunkan melalui kromosom-kromosom tertentu. Namun demikian, kromosom ke berapa yang menjadi faktor penentu gangguan ini sampai sekarang masih dalam tahap penelitian. Anak kembar identik memiliki kemungkinan mengalami skizofrenia sebesar 50% jika salah satunya mengalami skizofrenia, sementara jika dizigote, peluangnya sebesar 15%. Seorang anak yang salah satu orang tuanya mengalami skizofrenia berpeluang 15% mengalami skizofrenia, sementara bila kedua orang tuanya skizofrenia maka peluangnya menjadi 35%.

b. Faktor neurobiologis Klien skizofrenia mengalami penurunan volume dan fungsi otak yang abnormal. Neurotransmitter juga ditemukan tidak normal, khususnya dopamin, serotonin, dan glutamat.

#### 1) Studi neurotransmitter

Skizofrenia diduga juga disebabkan oleh adanya ketidakseimbangan neurotransmitter. Dopamin berlebihan, tidak seimbang dengan kadar serotonin.

#### 2) Teori virus

Paparan virus influenza pada trimester ketiga kehamilan dapat menjadi faktor predisposisi skizofrenia.

#### 3) Psikologis

Beberapa kondisi psikologis yang menjadi faktor predisposisi skizofrenia antara lain anak yang diperlakukan oleh ibu yang pencemas, terlalu melindungi, dingin, dan tak berperasaan, sementara ayah yang mengambil jarak dengan anaknya.

#### 4. Faktor presipitasi

- a. Berlebihannya proses informasi pada sistem saraf yang menerima dan memproses informasi di thalamus dan frontal otak.
- b. Mekanisme penghantaran listrik di syaraf terganggu.
- c. Kondisi kesehatan, meliputi : nutrisi kurang, kurang tidur, ketidakseimbangan irama sirkadian, kelelahan, infeksi, obat-obat sistem syaraf pusat, kurangnya latihan, hambatan untuk menjangkau pelayanan kesehatan.
- d. Lingkungan, meliputi : lingkungan yang memusuhi, krisis masalah di rumah tangga, kehilangan kebebasan hidup, perubahan kebiasaan hidup, pola aktivitas sehari-hari, kesukaran dalam hubungan dengan orang lain, isolasi social, kurangnya dukungan sosial, tekanan kerja, kurang ketrampilan dalam bekerja, stigmatisasi, kemiskinan, ketidakmampuan mendapat pekerjaan.
- e. Sikap/perilaku, meliputi : merasa tidak mampu, harga diri rendah, putus asa, tidak percaya diri, merasa gagal, kehilangan kendali diri, merasa punya kekuatan berlebihan, merasa malang, bertindak tidak seperti orang lain dari segi usia maupun kebudayaan, rendahnya kernampuan sosialisasi, perilaku agresif, ketidak adekuatan pengobatan, ketidak adekuatan penanganan gejala.

## 5. Pemeriksaan fisik

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

## 6. Psikososial

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

### b. Konsep diri

1) Gambaran diri. Tanyakan persepsi klien terhadap tubuhnya, bagian tubuh yang disukai, reaksi klien terhadap bagian tubuh yang tidak disukai dan bagian yang disukai.

2) Identitas diri. Klien dengan halusinasi tidak puas akan dirinya sendiri merasa bahwa klien tidak berguna.

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

4) Ideal diri. Harapan klien terhadap keadaan tubuh yang ideal, posisi, tugas, peran dalam keluarga, pekerjaan atau sekolah, harapan klien terhadap lingkungan, harapan klien terhadap penyakitnya, bagaimana jika kenyataan tidak sesuai dengan

harapannya. Pada klien yang mengalami halusinasi cenderung tidak peduli dengan diri sendiri maupun sekitarnya.

- 5) Harga diri. Klien yang mengalami halusinasi cenderung menerima diri tanpa syarat meskipun telah melakukan kesalahan, kekalahan dan kegagalan ia tetap merasa dirinya sangat berharga.

c. Hubungan social

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

d. Spiritual

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

7. Status mental

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

- b. Pembicaraan. Klien dengan halusinasi cenderung suka berbicara sendiri, ketika di ajak bicara tidak focus. Terkadang yang dibicarakan tidak masuk akal.
- c. Aktivitas motorik. Klien dengan halusinasi tampak gelisah, kelesuan, ketegangan, agitasi, tremor. Klien terlihat sering menutup telinga, menunjuk- nunjuk ke arah tertentu, menggarukgaruk permukaan kulit, sering meludah, menutup hidung
- d. Afek emosi. Pada klien halusinasi tingkat emosi lebih tinggi, perilaku agresif, ketakutan yang berlebih.
- e. Interaksi selama wawancara. Klien dengan halusinasi cenderung tidak kooperatif (tidak dapat menjawab pertanyaan pewawancara dengan spontan) dan kontak mata kurang (tidak mau menatap lawan bicara) mudah tersinggung.
- f. Persepsi-sensori
  - 1) Jenis halusinasi
  - 2) Waktu. Perawat juga perlu mengkaji waktu munculnya halusinasi yang di alami pasien. Kapan halusinasi terjadi? Apakah pagi, siang, sore, malam? Jika muncul pukul berapa?
  - 3) Frekuensi. Frekuensi terjadinya apakah terus-menerus atau hanya sekali- kali, kadang-kadang, jarang atau sudah tidak muncul lagi. Pada klien halusinasi sering kali mengalami halusinasi pada saat klien tidak memiliki kegiatan/saat melamun maupun duduk sendiri.

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

g. Situasi berfikir

- 1) Bentuk fikir. Bentuk pemikiran yang tidak sesuai dengan kenyataan yang ada atau tidak mengikuti logika secara umum (tak ada sangkut pautnya antara proses individu dan pengalaman yang sedang terjadi). Klien yang mengalami halusinasi lebih sering was-was terhadap hal-hal yang dialaminya.
- 2) Isi fikir. Pasien akan cenderung selalu merasa curiga terhadap suatu hal dan depersonalisasi yaitu perasaan yang aneh/asing terhadap diri sendiri, orang lain, lingkungan sekitarnya. Berisikan keyakinan berdasarkan penilaian non realistis.

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

i. Memori

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

- j. Tingkat konsentrasi dan berhitung
  - k. Kemampuan penilaian mengambil keputusan
    - 1) Gangguan ringan: dapat mengambil keputusan secara sederhana baik dibantu orang lain/tidak.
    - 2) Gangguan bermakna: tidak dapat mengambil keputusan secara sederhana cenderung mendengar/melihat ada yang di perintahkan.
  - l. Daya tilik diri. Pada klien halusinasi cenderung mengingkari penyakit yang diderita: klien tidak menyadari gejala penyakit (perubahan fisik dan emosi) pada dirinya dan merasa tidak perlu minta pertolongan atau klien menyangkal keadaan penyakitnya.
8. Kebutuhan pulang
- Kemampuan klien memenuhi kebutuhan, tanyakan apakah klien mampu atau tidak memenuhi kebutuhannya sendiri seperti makan, perawatan diri, keamanan, kebersihan.
9. Mekanisme koping
- Biasanya pada klien halusinasi cenderung berperilaku maladaptif, seperti mencederai diri sendiri dan orang lain di sekitarnya. Malas beraktifitas, perubahan suatu persepsi dengan berusaha untuk mengalihkan tanggung jawab kepada orang lain, mempercayai orang lain dan asyik dengan stimulus intenal.
10. Masalah psikosial dan lingkungan
- Biasannya pada klien halusinasi mempunyai masalah di masalalu dan mengakibatkan dia menarik diri dari masyarakat dan orang terdekat.
11. Aspek pengetahuan mengenai penyakit

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

## 12. Aspek medis

Memberikan penjelasan tentang diagnostik medik dan terapi medis. Pada klien halusinasi terapi medis seperti Haloperidol(HLP), Clapromazine (CPZ), Trihexyphenidyl (THP).

### 2.5.2 Pohon Masalah



**Gambar 2.2** Pohon Masalah Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi (Azizah *et al.*, 2016)

### 2.5.3 Diagnosa Keperawatan

Adapun diagnoasa keperawatan pasien yang muncul pasien dengan gangguan persepsi sensori: Halusinasi pendengaran dan penglihatan sebagai berikut :

1. Gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran dan penglihatan
2. Isolasi sosial
3. Resiko perlaku kekerasan (diri sendir, orang lain, lingkungan, dan verbal)

#### 2.5.4 Rencana Keperawatan

Rencana tindakan keperawatan merupakan serangkaian tindakan yang dapat mencapai setiap tujuan khusus. Perawat dapat memberikan alasan ilmiah terbaru dari tindakan yang diberikan. Alasan ilmiah merupakan pengetahuan yang berdasarkan pada literatur, hasil penelitian atau pengalaman praktik. Rencana tindakan disesuaikan dengan standart asuhan keperawatan jiwa Indonesia (Keliat *et al.*, 2019).

1. Rencana Keperawatan pada klien
  - a. Tidak mendukung dan tidak membantah halusinasi klien
  - b. Latih klien melawan halusinasi dengan menghardik
  - c. Latih klien mengabaikan halusinasi dengan bersikap cuek
  - d. Latih klien mengalihkan halusinasi dengan bercakap-cakap dan melakukan kegiatan secara teratur.
  - e. Latih klien minum obat dengan prinsip 8 benar yaitu benar nama klien, benar nama obat, benar manfaat, benar dosis obat, benar frekuensi, benar cara, benar tanggal kadaluwarsa dan benar dokumentasi.
  - f. Diskusikan manfaat yang didapatkan setelah mempraktikkan latihan mengendalikan halusinasi.
  - g. Berikan pujian pada klien saat mampu mempraktikkan latihan mengendalikan halusinasi.
2. Rencana Keperawatan pada Keluarga
  - a. Kaji masalah klien yang dirasakan keluarga dalam merawat klien
  - b. Jelaskan pengertian, tanda dan gejala, serta proses terjadinya halusinasi yang dialami klien.

- c. Diskusikan cara merawat halusinasi dan memutuskan cara merawat yang sesuai dengan kondisi klien.
- d. Melatih keluarga cara merawat halusinasi:
  - 1) Menghindari situasi yang menyebabkan halusinasi.
  - 2) Membimbing klien melakukan latihan cara mengendalikan halusinasi sesuai dengan yang dilatih perawat kepada klien.
  - 3) Memberi pujian atas keberhasilan klien
- e. Melibatkan seluruh anggota keluarga untuk bercakap-cakap secara bergantian, memotivasi klien melakukan latihan dan memberi pujian atas keberhasilannya
- f. Menjelaskan tanda dan gejala halusinasi yang memerlukan rujukan segera yaitu isi halusinasi yang memerintahkan kekerasan, serta melakukan *follow up* ke pelayanan kesehatan secara teratur

Menurut Keliat et al (2019) ada intervensi diharapkan memperoleh tujuan sebagai berikut :

- 1. Kognitif, klien mampu:
  - a. Menyebutkan penyebab halusinasi
  - b. Menyebutkan karakteristik halusinasi yang dirasakan seperti jenis, isi, frekuensi, durasi, waktu, situasi yang menyebabkan halusinasi dan respon
  - c. Menyebutkan akibat yang ditimbulkan dari halusinasi
  - d. Menyebutkan cara yang selama ini digunakan untuk mengendalikan halusinasi
  - e. Menyebutkan cara mengendalikan halusinasi yang tepat.

2. Psikomotor, klien mampu :
  - a. Melawan halusinasi dengan menghardik.
  - b. Mengabaikan halusinasi dengan bersikap cuek.
  - c. Mengalihkan halusinasi dengan cara distraksi yaitu bercakap-cakap dan melakukan aktivitas.
  - d. Minum obat dengan prinsip 8 benar yaitu benar nama klien, benar manfaat obat, benar dosis obat, benar frekuensi obat, benar cara, benar tanggal kadaluarsa, dan benar dokumentasi.
3. Afektif, klien mampu
  - a. Merasakan manfaat cara-cara mengatasi halusinasi.
  - b. Membedakan perasaan sebelum dan sesudah latihan.

### **2.5.5 Implementasi**

Strategi pelaksanaan kepada pasien:

1. SP 1 Membina hubungan saling percaya, membantu pasien mengenali halusinasinya dan mengajarkan cara menghardik halusinasi.
  - a. Membantu klien dengan mengenali halusinasi. Perawat mencoba menanyakan pada klien tentang isi halusinasi, (apa yang didengar/dilihat), waktu terjadi halusinasi, frekuensi terjadinya halusinasi, situasi yang menyebabkan halusinasi muncul dan perasaan pasien saat halusinasi muncul.
  - b. Melatih pasien mengontrol halusinasi dengan cara menghardik
    - 1) Menjelaskan cara menghardik halusinasi
    - 2) Memperagakan cara menghardik halusinasi
    - 3) Meminta pasien memperagakan ulang

- 4) Memantau penerapan cara menghardik
2. SP 2 Melatih bercakap-cakap dengan orang lain
  - a. Melatih pasien mengontrol halusinasi dengan cara kedua: bercakap-cakap dengan orang lain
3. SP 3 Melatih klien beraktivitas secara tejadwal
  - a. Menjelaskan pentingnya aktivitas yang teratur untuk mengatasi halusinasi
  - b. Mendiskusikan aktivitas yang biasa dilakukan oleh pasien
  - c. Melatih pasien melakukan aktivitas
  - d. Menyusun jadwal aktivitas sehari-hari sesuai dengan aktivitas yang telah dilatih. Upayakan klien mempunyai aktivitas dari bangun pagi sampai tidur malam
  - e. Memantau pelaksanaan jadwal kegiatan
4. SP 4 Melatih pasien menggunakan obat secara teratur
  - a. Jelaskan pentingnya penggunaan obat pada gangguan jiwa
  - b. Jelaskan akibat bila obat tidak digunakan sesuai program
  - c. Jelaskan akibat bila putus obat
  - d. Jelaskan cara mendapatkan obat/berobat
  - e. Jelaskan cara penggunaan obat dengan prinsip benar (benar obat, benar pasien, benar cara, benar waktu, benar dosis).

Strategi pelaksanaan kepada keluarga:

1. SP 1 Keluarga:
  - a. Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam rawat pasien.

- b. Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala halusinasi dan jenis halusinasi yang dialami pasien beserta proses terjadinya.
  - c. Menjelaskan cara-cara merawat pasien halusinasi.
2. SP 2 Keluarga:
- a. Melatih keluarga mempraktekkan cara merawat pasien dengan halusinasi.
  - b. Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada pasien halusinasi.
3. SP 3 Keluarga:
- a. Membantu keluarga membuat jadwal kegiatan aktifitas di rumah termasuk minum obat.
  - b. Menjelaskan follow-up pasien setelah pulang.

### **2.5.6 Evaluasi**

Evaluasi adalah tindakan berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada pasien, dilakukan terus-menerus pada respon pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP antara lain:

S: Respon subjektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Dapat diukur dengan menanyakan “Bagaimana perasaan Ibu setelah latihan cara menghardik?”

O: Respon objektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Dapat diukur dengan mengobservasi perilaku pasien pada saat tindakan dilakukan atau menanyakan kembali apa yang telah diajarkan atau memberi umpan balik sesuai dengan hasil observasi.

A: Analisis ulang atas data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap muncul masalah baru atau ada data yang kontraindikasi dengan masalah yang ada. Dapat pula membandingkan hasil dengan tujuan.

P: Perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisis pada respon pasien yang terdiri dari tindak lanjut pasien dan tindak lanjut perawat(Rochmah, 2018).

## **BAB 3**

### **TINJAUAN KASUS**

Bab ini disajikan pelaksanaan asuhan keperawatan jiwa dengan masalah masalah utama gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran dan Penglihatan dan diagnosa medis *Skizofrenia*, yang mulai dari tahap pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi pada tanggal 12 Juli 2021 dengan data sebagai berikut:

#### **3.1 Pengkajian**

##### **3.1.1 Identitas Klien**

Nn. D (24 tahun), beragama islam, Jawa/Indonesia, belum menikah, pasien tidak bekerja, belum menikah. Klien dengan diagnosa medis *Skizofrenia*. Dilakukan pengkajian pada tanggal 12 Juli 2021 pukul 08.00

##### **3.1.2 Alasan Masuk**

Px mengatakan dirumah sering menangis sendiri tanpa sebab dan ketakutan, serta saat di kaji px mengatakan sering mendengar suara yang menyuruhnya mati dan px juga melihat bayangan hitam mendekatnya. Gangguan itu datang antara sore dan malam ketika mau tidur, kira-kira 5 menit dan respon px menangis, gelisah (mondar mandir), gangguan itu muncul saat pasien sedang sendirian dan melamun.

##### **3.1.3 Faktor Predisposisi**

1. Riwayat Gangguan Jiwa di masa lalu

Klien mengatakan pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu, klien mengatakan tidak rutin meminum obat

**Masalah Keperawatan : Regimen Terapi Inefektif**

2. Pengalaman masa lalu berkaitan dengan perilaku

Klien tidak pernah mengalami perilaku kekerasan

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

3. Riwayat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa

Klien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

4. Riwayat masa lalu yang tidak menyenangkan

Klien mengatakan karena sering bolak balik RSJ dia menganggap bahwa itu merupakan pengalaman yang tidak menyenangkan

**Masalah Keperawatan : Distress masa lalu**

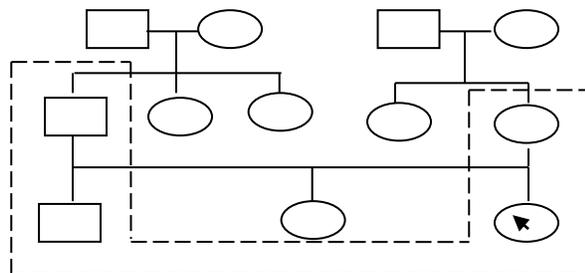
**3.1.4 Pemeriksaan Fisik**

1. Tanda Vital : TD : 120/80 mmHg, N : 80x/menit, S : 36°C,  
RR: 116x/menit
2. Ukur: TB : 145 cm, BB : 40 kg
3. Keluhan Fisik : Klien tidak mengeluh adanya rasa sakit pada badannya

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

**3.1.5 Psikososial**

1. Genogram



**Gambar 3.1** Genogram

□ : Laki-laki

○ : Perempuan

↖ : Pasien

× : Meninggal

--- : Tinggal serumah

Klien mengatakan anak ke 3 dari 3 bersaudara dan dia tinggal bersama orang tuanya, ibunya memiliki 2 saudara dan ayahnya memiliki 3 saudara. Ibunya anak ke 3 dan ayahnya anak ke 1

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

2. Konsep diri

- a. Gambaran diri : Klien mengatakan suka pada semua bagian tubuhnya terutama pada bagian wajah, klien mengatakan dirumah membantu orang tua menyapu
- b. Identitas : Klien mengatakan berjenis kelamin perempuan dan klien belum menikah
- c. Peran : Klien mengatakan dirumah sebagai anak dan klien belum bekerja
- d. Ideal diri : Klien mengatakan ingin sembuh, saat sudah sembuh klien ingin bekerja
- e. Harga diri : Klien mengatakan belum bisa menjadi anak yang baik, belum bisa membahagiakan kedua orang tuanya

**Masalah Keperawatan : Gangguan konsep diri : Harga Diri Rendah**

### 3. Hubungan Sosial :

- a. Orang yang berarti : Klien mengatakan orang yang sangat berarti adalah ibunya
- b. Peran setara dalam kegiatan kelompok/masyarakat : Klien mengatakan dirumah tidak pernah mengikuti kegiatan
- c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain : Klien mengatakan tidak pernah berkomunikasi dengan pasien lain

### **Masalah Keperawatan : Isolasi Sosial : Menarik Diri**

#### 4. Spiritual

- a. Nilai dan keyakinan : Klien mengatakan dia beragama islam dan klien yakin kalau sakit datangnya dari Allah.
- b. Kegiatan ibadah : Klien mengatakan klien tidak pernah sholat 5 waktu

### **Masalah Keperawatan : Distress Spiritual**

#### **3.1.6 Status Mental**

##### 1. Penampilan

Klien terlihat tidak rapi, klien menggunakan baju kadang terbalik, klien dapat menggunakan baju sendiri, kadang rambut acak-acakan, ada kutu tetapi sudah di peditox, terkadang klien saat dikamar tidak menggunakan baju dan celana.

### **Masalah Keperawatan : Defisit Perawatan Diri**

##### 2. Pembicaraan

Pada saat pengkajian pembicaraan klien lambat dalam menjawab, acuh tak acuh, apatis, klien lebih banyak diam, menjawab pertanyaan dengan seperlunya, tidak bisa memulai pembicaraan.

**Masalah Keperawatan : Hambatan Komunikasi Verbal**

## 3. Aktivitas Motorik

Klien tampak lesu dan gelisa (mondar-mandir)

**Masalah Keperawatan : Intoleransi Aktivitas**

## 4. Alasan Perasaan

Klien mengatakan klien merasa sedih dan terkadang menangis sendirian tanpa sebab

**Masalah Keperawatan : Gangguan Alam Perasaan**

## 5. Afek

Pada saat pengkajian klien menunjukkan ekspresi yang datar

**Masalah Keperawatan : gangguan Afek**

## 6. Interaksi Sosial Wawancara

Pada saat pengkajian klien kurang kooperatif dan kontak matanya kurang

**Masalah Keperawatan : Hambatan Interaksi Sosial**

## 7. Persepsi Halusinasi

a. Pendengaran : Klien mengatakan sering mendengar suara-suara yang menyurunya mati, muncul antara sore dan malam hari kira-kira 5 menit, respon klien menangis dan gelisa (mondar-mandir).

b. Penglihatan : klien mengatakan kadang melihat bayangan hitam mendekatnya dan muncul ketika malam hari menjelang tidur kira-kira 5 menit, respon klien ketika bayangan itu datang adalah menangis dan gelisa

**Masalah Keperawatan : Halusinasi Pendengaran dan Penglihatan**

#### 8. Proses Pikir

Pada saat pengkajian klien sering berhenti mendadak ketika ditanya dan harus mengulang pertanyaannya lagi

**Masalah Keperawatan : Gangguan Proses Pikir**

#### 9. Isi Pikir

Klien mengatakan tidak memiliki gangguan pada pikirannya

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

#### 10. Tingkat Kesadaran

Klien sadar penuh dan klien tidak mengalami disorientasi

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

#### 11. Memori

Klien mengatakan tidak mampu mengingat kejadian yang baru saja terjadi apalagi kejadian 1 bulan yang lalu

**Masalah Keperawatan : Gangguan Proses Pikir**

#### 12. Tingkat konsentrasi dan berhitung

Saat diberi pertanyaan mengenai berhitung dengan soal 1+1 klien menjawab 2, 6+4 klien menjawab 10

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

#### 13. Kemampuan penilaian

Klien mengatakan halusinasinya nyata

**Masalah Keperawatan : Gangguan Proses Pikir**

#### 14. Daya Tilik Diri

Klien mengatakan tau tentang penyakitnya dan tidak mengingkari

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

**3.1.7 Kebutuhan Pulang**

1. Kemampuan klien memenuhi dan menyediakan kebutuhan

Klien mampu makan sendiri dan berpakaian sendiri, klien tidak mampu memenuhi kebutuhan akan keamanan, perawatan kesehatan, transportasi, tempat tinggal dan keuangan

**Masalah Keperawatan : Perubahan Pemenuhan Kebutuhan**

2. Kegiatan hidup sehari-hari

- a. Perawatan diri

Klien mengatakan kalau mandi dan ganti pakaian masih di bantu

**Masalah Keperawatan : Defisit Perawatan diri**

- b. Nutrisi

Klien tidak mendapat diet khusus, dan klien makan 3x sehari 1 porsi habis

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

- c. Tidur

Klien mangatakan sulit untuk mengaali tidur dan kadang terbangun saat tidur. Waktu tidur malam 22.00, waktu bangun 05.00

**Masalah Keperawatan : Gangguan Pola Tidur**

- d. Kemampuan klien dalam mengambil keputusan

Klien tidak mampu melakukan sesuatu tanpa bantuan penjelasan dari orang lain

**Masalah Keperawatan : Penatalaksanaan Regimen Terapi Inefektif**

- e. Klien memiliki sistem pendukung

Klien mengatakan memiliki dukungan sehat yaitu dari keluarga

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

- f. Apakah klien menikmati saat bekerja yang menghasilkan atau hobi

Klien mengatakan tidak pernah bekerja

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

### **3.1.8 Mekanisme Koping**

Respon klien saat mendapatkan masalah atau sesuatu yang dianggap buruk, berespon menghindari dan menangis sendiri tanpa sebab dan mondar-mandir

**Masalah Keperawatan : Mekanisme Koping Inefektif**

### **3.1.9 Masalah Psikososial dan Lingkungan**

1. Masalah dengan dukungan kelompok, spesifik: Klien mengatakan tidak mau bermain dengan orang lain sehingga klien tidak memiliki sistem pendukung kelompok
2. Masalah berhubungan dengan lingkungan, spesifik: Klien mengatakan tidak mau mengikuti kegiatan yang ada di kampung
3. Masalah dengan pendidikan, spesifik: Klien mengatakan berpendidikan terakhir SMA
4. Masalah dengan pekerjaan, spesifik: Klien mengatakan belum pernah bekerja
5. Masalah dengan perumahan, spesifik: Klien mengatakan tinggal dengan orang tuanya di Bojonegoro
6. Masalah ekonomi, spesifik: Klien mengatakan segala kebutuhannya dipenuhi oleh orang tuanya

7. Masalah dengan pelayanan kesehatan spesifik: klien mengatakan masuk RSJ sudah  $\pm 5$  tahun dan pengobatannya kurang berhasil karena klien putus obat
8. Masalah lainnya, spesifik: Tidak ada

### **Masalah Keperawatan : Regimen Terapeutik in efektif**

#### **3.1.10 Pengetahuan Tentang Penyakit**

Klien mengatakan kurang mengetahui tata cara minum obat, dan lama minum obat

### **Masalah Keperawatan : Defisit Pengetahuan**

#### **3.1.11 Aspek Medis**

1. *Clozapine* 25 tab (0-0-1/2 tab) sediaan 25 mg dan 100 mg tablet. Obat untuk meredakan gejala *skizofrenia* yaitu gangguan mental yang menyebabkan seseorang mengalami halusinasi, delusi serta gangguan berpikir dan perilaku
2. *Ability Desimelt* 10 mg (1-0-1 tab) sediaan 5 mg, 10 mg, 15 mg tablet. Digunakan untuk mengobati *skizofrenia* gangguan bipolar, depresi, dan iritabilitas yang berhubungan dengan autisme
3. *Seroquel XR* 400 mg (0-0-1 tab) sediaan 200 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg tablet. Obat yang mengandung zat aktif *quetipane fumarate* dimana obat ini untuk mengobati kondisi jiwa atau suasana hati tertentu atau obat anti psikotik
4. *Lorzapam* 2 mg (1-1-2 tab) sediaan oral 0,5 mg, 1 mg, 2 mg tablet. Obat untuk mengatasi gangguan kecemasan atau kejang.
5. *Frimania* 400 mg (1-0-1 tab) sediaan 200 mg, 400 mg tablet. Obat anti depresan, depresi bipolar untuk mengatasi px dengan gangguan mania atau hipomania

6. *Tryhexpenidyl* 2 mg (1-0-1 tab) sediaan 2 mg, dan 5 mg tablet. Obat untuk mengatasi gejala penyakit pikiran seperti kaku tubuh atau kaku otot serta tremor.

### **3.1.12 Daftar Masalah Keperawatan**

1. Regimen terapi inefektif
2. Distress masalah
3. Gangguan konsep diri : HDR
4. Isolasi sosial : menarik diri
5. Distress spiritual
6. Defisit perawatan diri
7. Hambatan komunikasi verbal
8. Intoleransi aktivitas
9. Gangguan alam perasaan
10. Gangguan afek
11. Hambatan interaksi sosial
12. Halusinasi pendengaran dan penglihatan
13. Gangguan proses pikir
14. Perubahan pemenuhan kebutuhan
15. Gangguan pola tidur
16. Mekanisme koping inefektif

### **3.1.13 Daftar Diagnosis Keperawatan**

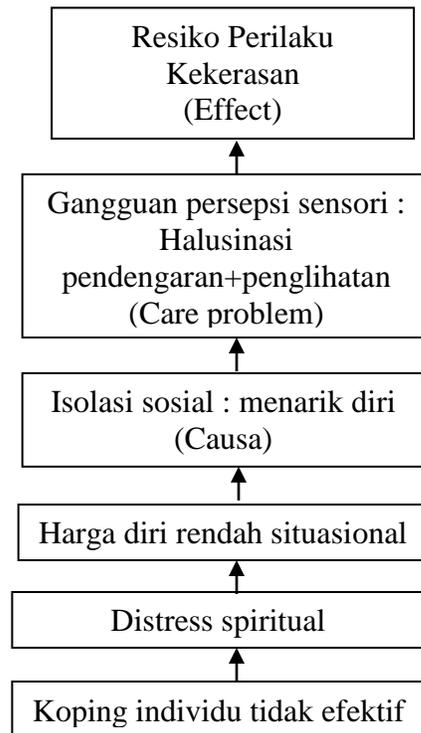
Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran dan penglihatan

Surabaya, Juli 2021

Mahasiswa

**ALYA FATIMATUS ZAHRO**

### 3.2 Pohon Masalah



**Gambar 3.2** Pohon Masalah

### 3.3 Analisa Data

**Tabel 3.1** Analisa Data

No	Data	Masalah	Ttd
1.	DS : - Klien mengatakan mendengar suara bisikan yang menyuruhnya untuk mati dan klien juga melihat bayangan hitam mendekatinya. DO : - Klien tampak gelisa - Klien tampak menyendiri	Resiko perilaku kekerasan <b>SDKI 201</b> <b>D.0146</b> <b>Hal 132</b>	AF
2.	DS : - Klien mengatakan mendengar suara bisikan yang menyuruhnya untuk mati dan klien juga melihat bayangan hitam mendekatinya.	Gangguan persepsi sensori Halusinasi Pendengaran + penglihatan  <b>SDKI 2016</b> <b>D.0095</b>	AF

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan gangguan itu muncul ketika sedang melamun dan muncul antaro sore dan malam menjelang tidur kira-kira 5 menit</li> <li>- Klien mengatakan responnya ketika gangguan itu muncul adalah menangis dan gelisah (mondar-mandir)</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien terlihat lesu</li> <li>- Pembicaraan apatis, lambat dalam menjawab</li> <li>- Klien terlihat sedih</li> <li>- Klien kurang kooperatif</li> <li>- Klien terlihat sering menangis sendiri tanpa sebab</li> <li>- Klien sering mondar-mandir</li> </ul>	<b>Hal 190</b>	
3.	<p>DS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan tidak mau bermain dengan orang lain</li> <li>- Klien mengatakan tidak mau mengikuti kegiatan yang ada di kampung</li> </ul> <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak menarik diri</li> <li>- Klien kuranga kooperatif</li> <li>- Tidak ada kontak mata</li> </ul>	<p>Isolasi Sosial  <b>SDKI 2016</b>  <b>D.0121</b>  <b>Hal 268</b></p>	AF

### 3.4 Rencana Keperawatan

Nama : Nn. D

Nama Mahasiswa : Alya Fatimatus Zahro

Institusi : Stikes Hang Tuah Surabaya

**Tabel 3.2** Intervensi Keperawatan Pada Nn. D

No	Tgl	Diagnosa	Perencanaan		
			Tujuan	Tindakan Keperawatan	Rasional
1.	12/7/21	Gangguan persepsi sensoris : Halusiansi Pendengaran dan penglihatan	1) Kognitif, klien mampu : a) Menyebutkan penyebab halusinasi b) Menyebutkan karakteristik halusinasi yang dirasakan: Jenis, isi, frekuensi, durasi, waktu, situasi yang menyebabkan dan respon c) Menyebutkan akibat yang ditimbulkan dari halusinasi d) Menyebutkan cara yang selama ini digunakan untuk mengendalikan halusinasi e) Menyebutkan cara mengendalikan halusinasi yang tepat.	Sp 1:  1) Bantu klien mengontrol halusiansi (Jenis, isi, waktu, frekuensi dan respon) 2) Bantu mengontrol halusinasi klien dengan cara menghardik 3) Anjurkan klien memajukan cara menghardik halusiansi dalam jadwal kegiatan harian	1) Agar klien dapat mengatasi halusinasi yang di alami 2) Untuk mencega halusinasi 3) Agar klien dapat melakukan cara menghardik ketika suara itu atau bayangan itu muncul

			<p>2) Psikomotor, klien mampu :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Melawan halusinasi dengan menghardik</li> <li>b) Mengabaikan halusinasi dengan bersikap cuek</li> <li>c) Mengalihkan halusinasi dengan cara distraksi yaitu bercakap-cakap dan melakukan aktivitas.</li> <li>d) Minum obat dengan prinsip 8 benar, yaitu benar nama, benar obat, benar manfaat, benar dosis, benar frekuensi, benar cara, benar tanggal kadaluwarsa, dan benar dokumentasi.</li> </ul> <p>3) Afektif</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Merasakan manfaat cara-cara mengatasi halusinasi</li> <li>b) Membedakan perasaan sebelum dan sesudah latihan</li> </ul>		
				<p>Sp 2:</p> <p>1) Evaluasi jadwal kegiatan harian klien</p>	<p>1) Untuk mengetahui perkembangan klien</p>

				<ul style="list-style-type: none"> <li>2) Latih klien mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain</li> <li>3) Anjurkan klien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>2) Agar klien tidak mengikuti halusiansinya</li> <li>3) Agar klien dapat melakukan cara bercakap-cakap ketika suara atau bayangan itu muncul</li> </ul>
				<p>Sp 3:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) Evaluasi jadwal kegiatan harian klien</li> <li>2) Latih klien mengendalikan halusinasi dengan kegiatan (kegiatan yang biasa dilakukan klien)</li> <li>3) Anjurkan klien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1) Untuk mengetahui perkembangan klien</li> <li>2) Agar klien dapat mencegah halusinasi nya muncul dengan melakukan kegiatan atau kesibukan lainnya</li> <li>3) Agar kllien dapat melakukan kegiatan atau kesibukan ketika halusinasinya muncul</li> </ul>
				<p>Sp 4:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) Evaluasi jadwal kegiatan harian klien</li> <li>2) Berikan pendidikan kesehatan tentang penggunaan obat secara teratur</li> <li>3) Anjurkan klien memasukkan dalam jadwal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1) Untuk mengetahui peerkembangan klien</li> <li>2) Agar klien tidak mengalami kekambuhan ketika ia rutin minum obat</li> <li>3) Agar klien dapat minum obat ketika halusinasinya muncul</li> </ul>

				kegiatan klien	
				SP Keluarga : 1) Memberikan pendidikan kesehatan tentang halusinasi 2) Melatih keluarga praktik merawat pasien langsung didepan pasien 3) Membuat perencanaan pulang bersama keluarga	SP Keluarga : 1) Agar keluarga dapat mengetahui tentang kesehatan pada pasien halusinasi 2) Agar keluarga dapat merawat pasien dengan benar dan sesuai kapasitasnya 3) Agar pasien dapat melakukan kegiatan bersamaan dengan keluarga

### 3.5 Tindakan Keperawatan

Nama : Nn. D

**Tabel 3.3** Implementasi dan Evaluasi Pada Nn. D

<b>Tgl</b>	<b>Dx Kep</b>	<b>Implentasi</b>	<b>Evaluasi</b>	<b>Ttd</b>
12/7/21	Gangguan persepsi halusinasi pendengaran dan pengelihatan	<p>SP Keluarga :</p> <p>08.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengkaji masalah pasien yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien</li> <li>2. Menjelaskan proses terjadinya halusinasi yang dialami pasien</li> </ol> <p>08.30 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mendiskusikan cara merawat pasien dengan halusinasi dan memutuskan cara merawat yang sesuai dengan kondisi pasien</li> <li>2. Melatih keluarga cara merawat pasien halusinasi</li> </ol>	<p>09.0 WIB</p> <p><b>S</b> : keluarga mengatakan paham dan mengerti tentang penyakit halusinasi dan cara merawatnya</p> <p><b>O</b> : keluarga mampu mengulangi materi yang telah diberikan oleh perawat</p> <p><b>A</b> : SP Keluarga berhasil</p> <p><b>P</b> : melanjutkan SP pasien dan mempraktekkan SP keluarga kepada pasien halusinasi</p>	AF
12/7/21	Gangguan persepsi halusinasi pendengaran dan pengelihatan	<p>Sp 1 : Mengontrol halusinasi</p> <p>10.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberi senyum, dan mengucapkan salam</li> <li>2. Menanyakan kondisi dan perasaan yang dialami</li> <li>3. Mengkaji halusinasi dan memberikan pemahaman untuk menghardik halusinasi</li> </ol> <p>10.20 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melaksanakan pemeriksaan TTV</li> <li>2. Mencatat hasil TTV TD : 120/80 mmHg N : 85x/menit S : 36,5 °C RR : 22x/menit</li> </ol> <p>10.30 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengajarkan untuk</li> </ol>	<p>10.50 WIB</p> <p><b>S</b> :</p> <p>“Saya sering terganggu dengan suara-suara itu”</p> <p><b>O</b> :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mampu menjawab salam, walaupun dengan datar</li> <li>2. Pasien mampu menjelaskan apa yang didengar dengan ekspresi datar dan tatapan kosong</li> <li>3. Kontak mata buruk / tidak focus</li> <li>4. Pasien tidak kooperatif saat diajak berkomunikasi</li> </ol> <p><b>A</b> :</p> <p>SP 1 berhasil</p> <p><b>P</b> :</p> <p>Ulangi intervensi SP1</p>	AF

		<p>mengahardik dan melawan dengan menjawab suara-suara yang didengar</p> <p>2. Membuat kontrak waktu dengan pasien untuk besok</p>		
13/7/21	<p>Gangguan persepsi halusinasi pendengaran dan pengelihatan</p>	<p>SP 2 berinteraksi dengan orang lain</p> <p>08.00 WIB</p> <p>1. Memberi senyum, dan mengucapkan salam</p> <p>2. Menanyakan kondisi dan perasaan yang dialami</p> <p>3. Mengkaji cara menghardik halusinasi yang telah diajarkan</p> <p>08.20 WIB</p> <p>1. Melaksanakan pemeriksaan TTV</p> <p>2. Mencatat hasil TTV  TD : 120/80 mmHg  N : 85x/menit  S : 36,5 °C  RR : 22x/menit</p> <p>09.00 WIB</p> <p>1. Mengajarkan pasien untuk bercakap – cakap</p> <p>2. Membuat jadwal harian</p>	<p>09.30 WIB</p> <p><b>S :</b>  “suara tersebut menyuruh saya mati, dan saya melihat bayangan hitam”</p> <p><b>O :</b></p> <p>1. Pasien mampu menjawab salam, walaupun dengan datar</p> <p>2. Pasien mampu menjelaskan apa yang didengar dengan ekspresi datar dan tatapan kosong</p> <p>3. Kontak mata buruk / tidak fokus</p> <p>4. Pasien tidak kooperatif saat diajak berkomunikasi</p> <p><b>A :</b>  SP 2 teratasi sebagian</p> <p><b>P :</b>  Ulangi intervensi SP222</p>	

## **BAB 4**

### **PEMBAHASAN**

Dalam pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam kasus asuhan keperawatan jiwa masalah utama Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Penglihatan dan Pendengaran dengan Diagnosa Medis Skizofrenia di Kupang Gunung Barat Surabaya yang meliputi pengkajian, Perencanaan, dan pelaksanaan

#### **1.1 Pengkajian**

Pada tahap pengumpulan data, penulis mengalami sedikit kesulitan penulis telah mengadakan pengenalan dan menjelaskan maksud penulis yaitu untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada klien sedikit demi sedikit klien terbuka dan mengerti tetapi kurang kooperatif.

Menurut data yang didapatkan klien sering kontrol ke Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya dengan diagnosa medis Skizofrenia, sebelumnya klien sering masuk ke Rumah Sakit Jiwa  $\pm$  5 kali dengan diagnosa yang sama pengobatan kurang berhasil karena klien putus obat. Pengkajian dilakukan pada tanggal 12 Juli 2021 pada saat di rumah klien lebih suka menyendiri dan jarang melakukan aktivitas.

Pada tanda dan gejala dalam tinjauan pustaka masalah yang dituliskan menurut Prabowo (2014) perilaku pasien yang terkait dengan Halusianasi adalah sebagai berikut :

1. Menarik diri dari orang lain, dan berusaha untuk menghindari diri dari orang lain

2. Tidak dapat membedakan antara keadaan nyata dan keadaan yang tidak nyata
3. Perhatian dengan lingkungan yang kurang atau hanya beberapa detik dan berkonsentrasi dengan pengalaman sensorinya.
4. Sulit berhubungan dengan orang lain
5. Tidak mampu mengikuti perintah

Dari beberapa kesenjangan tinjauan pustaka maka dapat disimpulkan bahwa ada beberapa perilaku pasien yang muncul pada tinjauan kasus, hal ini sesuai dengan teori menurut Prabowo (2014) perilaku pasien yang terkait dengan Halusianasi adalah sebagai berikut :

1. Menarik diri dari orang lain, dan berusaha untuk menghindari diri dari orang lain  

Pada saat dikaji klien kurang kooperatif, tidak ada kontak mata, dan jarang mengikuti kegiatan di kampung
2. Tidak dapat membedakan antara keadaan nyata dan keadaan yang tidak nyata  

Pada saat dikaji klien sering melamun
3. Perhatian dengan lingkungan yang kurang atau hanya beberapa detik dan berkonsentrasi dengan pengalaman sensorinya.  

Pada saat dikaji klien lebih sering berdiam diri di rumah, ketika penulis melakukan wawancara banyak pertanyaan yang harus di ulangi lagi baru terjawab
4. Sulit berhubungan dengan orang lain.

Pada saat dikaji klien kurang kooperatif, tidak ada kontak mata, dan jarang mengikuti kegiatan di kampung

Berdasarkan data yang diperoleh terdapat kesenjangan antara tinjauan teori dan tinjauan kasus dan didapatkan bahwa pasien dengan halusinasi selalu sama dengan tinjauan teori dalam tanda gejala yang sama seperti yang ditampilkan dalam tinjauan teori. Dalam tinjauan kasus terdapat data yaitu pasien berbicara sendiri, melamun, menarik diri, berusaha menghindari dari orang lain dan tanda gejala dalam tinjauan kasus sama seperti pada tinjauan teori dengan dinamika sedikit kompleks.

#### **4.2 Diagnosa Keperawatan**

Berdasarkan hasil pengkajian pada tinjauan kasus, didapatkan data fokus klien mengatakan mendengar suara bisikan yang menyuruhnya untuk mati dan klien juga melihat bayangan hitam mendekatnya. Klien mengatakan gangguan itu muncul ketika sedang melamun dan muncul antaro sore dan malam menjelang tidur kira-kira 5 menit. Klien mengatakan responnya ketika gangguan itu muncul adalah menangis dan gelisah (mondar-mandir). Sehingga munculnya diagnosa keperawatan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran dan Penglihatan, hal ini sesuai dengan teori menurut (SDKI, 2016) yang membahas batasan karakteristik keperawatan pasien dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi adalah perubahan dalam respon yang biasa dalam stimulus dalam halusinasi.

Berdasarkan data dari pohon masalah didapatkan masalah keperawatan didapatkan masalah keperawatan sebagai berikut :

1. Resiko perilaku kekerasan (SDKI 2016 D.0146 Hal. 312) dikarenakan klien mengatakan sering mendengar suara yang menyuruhnya untuk melukai dirinya sendiri
2. Gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran dan penglihatan (SDKI 2016 D.0095 Hal. 190) karena klien sering mendengar suara yang menyuruhnya untuk melukai dirinya sendiri dan melihat bayangan hitam
3. Isolasi sosial (SDKI 2016) data yang didapatkan pada klien mengatakan selama di rumah tidak mengikuti kegiatan, dan klien mengatakan tidak pernah berkomunikasi dengan orang disekitarnya

Berdasarkan diagnosa keperawatan yang ditemukan penulis mengambil 3 masalah utama yang ditetapkan untuk dilakukan intervensi keperawatan yaitu gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran dan penglihatan, resiko bunuh diri dan isolasi sosial. Menurut penulis, data yang ada pada tinjauan kasus lebih mengacu pada diagnose tersebut, dengan demikian intervensi keperawatan dapat difokuskan pada diagnose yang telah diambil. Hal ini sesuai teori dari (Stuart, 2016) yang menjelaskan bahwa Gejala khas dari gangguan jiwa terutama skizofrenia adalah halusinasi (90%). Dan sebagian besar penderita mengalami halusinasi pendengaran. Suara yang didengar bisa dari dalamnya maupun dari luar. Suara dapat dikenal (familiar). Suara dapat tunggal atau multipel. Isi suara dapat memerintah sesuatu pada klien atau seringnya tentang perilaku klien sendiri.

#### **4.3 Rencana Keperawatan**

Menurut data tinjauan pustaka dan tinjauan kasus terdapat kesamaan perencanaan menggunakan kriteria hasil yang mengacu pada tujuan. Sedangkan pada tinjauan kasus perencanaan menggunakan sasaran, dalam rasionalnya dengan

alasan penulis ingin berupaya agar klien dapat mengontrol halusinasinya dalam pelaksanaan pemberian asuhan keperawatan memauail pengetahuan yang (kognitif), ketrampilan mengenai masalah (afektif) dan perubahan tingkah laku pasien (psikomotor) (Keliat, 2019). Di dalam keperawatan jiwa yang dilakukan adalah komunikasi terapeutik, dan untuk melakukan komunikasi terapeutik maka harus di bina hubungan saling percaya antara klien dan perawat. Setelah hubungan saling percaya terjalin, selanjutnya ada SP 1 klien yaitu klien mampu mengidentifikasi jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi, dan respon halusinasinya, mengajarkan klien cara menghardik halusinasi, memasukan kedalam jadwal kegiatan harian.

Salah satu faktor penyebab terjadinya halusinasi adalah tidak adanya komunikasi, komunikasi tertutup, tidak ada kehangatan dalam keluarga, faktor keturunan dan keluarga yang tidak tahu cara menangani perilaku pasien di rumahnya. Hal ini perlunya peran keluarga dalam merawat klien dengan halusinasi terbagidalam tiga tingkatan. Pertama, keluarga harus mampu melihat kebutuhan kebutuhan klien dan mempertahankan kedekatan dalam keluarga dengan cara belajar ketrampilan merawat klien, memenuhi kebutuhan istirahat dan kebutuhan emergensi di saat krisis, serta member dukungan emosional. Kedua, keluarga harus mampu memberikan dukungan financial untuk perawatan klien dan terlibat dalam kelompok yang dapat memberikan bantuan seperti terapi suportif. Ketiga, keluarga harus mampu mengembangkan hubungan secara benar untuk membantu klien halusinasi merubah sikap dan perilakunya (Sulastri, 2017).

#### 4.4 Tindakan Keperawatan

Pelaksanaan adalah suatu tindakan yang telah direncanakan disusun. Pelaksanaan rencana keperawatan dilakukan secara terkoordinasi dan terintegrasi. Karena disesuaikan dengan keadaan pasien yang sebenarnya. Pada tujuan pustaka, perencanaan pelaksanaan tindakan keperawatan klien tersebut terdapat terdapat SP yang akan dilaksanakan menurut (Keliat and Akemat, 2010).

1. SP 1 Pasien : Bantu klien mengontrol halusiansi (Jenis, isi, waktu, frekuensi dan respon). Bantu mengontrol halusinasi klien dengan cara menghardik. Anjurkan klien memajukan cara menghardik halusiansi dalam jadwal kegiatan harian
2. SP 2 Pasien : Evaluasi jandwal kegiatan harian klien. Latih klien mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain. Anjurkan klien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian
3. SP 3 Pasien : Evaluasi jadwal kegiatan harian klien. Latih klien mengendalikan halusinasi dengan kegiatan (kegiatan yang biasa dilakukan klien). Anjurkan klien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian
4. SP 4 Pasien : Evaluasi jadwal kegiatan harian klien. Berikan pendidikan kesehatan tentang penggunaan obat secara teratur. Anjurkan klien memasukkan dalam jadwal kegiatan klien
5. SP 1 Keluarga: memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga mengenai masalah halusinasi, penyebab yang terjadi pada pasien halusinasi, dan cara merawat pasien halusinasi

Dalam proses asuhan keperawatan yang dilaksanakan pada hari pertama, pasien kurang kooperatif, sehingga susah untuk membentuk hubungan saling

percaya. Pada pelaksanaan intervensi hari pertama pada tinjauan kasus SP 1 membantu klien mengontrol halusinasi dengan cara menghardik terlaksana sesuai harapan sehingga di gunakan keesokan harinya sebagai bahan evaluasi atas ajaran yang diberikan. Pada dasarnya keberhasilan asuhan keperawatan umumnya dapat terlihat pada peran keluarga yang merupakan faktor penting dalam menentukan keberhasilan asuhan keperawatan pada pasien dengan halusinasi. Sehingga dukungan keluarga selama pasien dirawat di rumah sakit sangat dibutuhkan sehingga pasien termotivasi untuk sembuh. Demikian juga saat pasien tidak lagi dirawat di rumah sakit (dirawat di rumah). Keluarga yang mendukung pasien secara konsisten akan membuat pasien mampu mempertahankan program pengobatan secara optimal (Sutejo, 2017).

#### **4.5 Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi pada implementasi berdasarkan observasi perubahan tingkah laku dan respon pasien. Evaluasi tersebut menggunakan SOAP sehingga terpantau respon pasien terhadap intervensi keperawatan yang telah dilakukan.

Pada hari pertama 12 Juli 2021 respon pasien kurang kooperatif seperti, lebih banyak diam, kontak mata kurang dan suara pelan ketika menjawab setiap pertanyaan tetapi SP 1 berhasil dilakukan yaitu menanyakan halusinasi dari jenis isi waktu, frekuensi dan respon. Keesokan harinya dijadwalkan kembali pertemuan untuk tambahan SP 1 lainnya yaitu mengontrol halusinasi dengan cara menghardik. Sedangkan untuk SP keluarga, penulis dapat mengambil kesimpulan bahwa keluarga mampu merawat pasien dengan Gangguan Persepsi Sensori: halusinasi pendengaran dan penglihatan secara mandiri.

Hari kedua 13 Juli 2021 respon pasien mulai membaik, kontak mata mulai ada tetapi ekspresi wajah masih datar. Pasien menjawab setiap pertanyaan yang diajukan sesuai kontrak waktu. SP 1 berhasil dilakukan dan masalah teratasi sebagian dengan intervensi lanjut yaitu mempertahankan hubungan saling percaya, melanjutkan jadwal harian pasien, dan melanjutkan SP 1 selanjutnya. Hal ini sesuai dengan beberapa hal yang ada dalam tujuan kognitif, yaitu pasien mengidentifikasi keuntungan berinteraksi dengan orang lain dan pasien mampu mengidentifikasi kerugian tidak berinteraksi dengan orang lain.

## **BAB 5**

### **PENUTUP**

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan jiwa secara langsung pada pasien dengan kasus Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran dan penglihatan di Kupang Gunung Barat Surabaya, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pada pasien halusinasi pendengaran dan penglihatan.

#### **5.1 Kesimpulan**

Dari hasil uraian yang telah menguraikan tentang asuhan keperawatan pada pasien Halusinasi pendengaran dan penglihatan, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran dan penglihatan adalah suatu gangguan jiwa yang menimbulkan sensori persepsi yang dialami oleh pasien gangguan jiwa berupa suara, penglihatan, pengecap, perabaan, atau penghiduan tanpa stimulus yang nyata.
2. Diagnosa keperawatan pada asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran dan Penglihatan pada Nn. D dengan diagnosa medis Skizofrenia di Kupang Gunung Barat Surabaya, didapatkan 3 masalah keperawatan antara lain yaitu Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran dan Penglihatan, Isolasi Sosial, Resiko Perilaku Kekerasan.
3. Intervensi keperawatan yang diberikan kepada Nn. D yaitu 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.

4. Tindakan keperawatan pada Nn. D dilakukan mulai tanggal 12 Juli 2021 sampai dengan 13 Juli 2021 dengan menggunakan rencana yang dibuat selama 2 hari tersebut pasien mampu mengontrol halusinasinya secara kognitif, afektif dan psikomotorik, pada strategi pelaksanaan pasien perawat telah memberikan mulai dari SP 1 dengan keberhasilan yang sesuai dan akan melanjutkan ke SP 2 pasien
5. Evaluasi keperawatan pada Nn. 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, memasukan jadwal pada kegiatan harian, dan penggunaan obat secara teratur.
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. Untuk menyelesaikan masalah ini, penulis telah sesuai dengan standar prosedur operasional yang telah di tentukan

## **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 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

- Aji, W. M. H. (2018) 'Asuhan Keperawatan Orang Dengan Gangguan Jiwa Halusinasi Dengar Dalam Mengontrol Halusinasi', (June).
- Anjaswarni, T. (2016) *Komunikasi Dalam Keperawatan*.
- Azizah, L. M. *et al.* (2016) *Buku Ajaran Keperawatan Kesehatan Jiwa : Teori dan Aplikasi Praktik Klinik*.
- Baradero, M. *et al.* (2015) *Kesehatan Mental Psikiatri: Seri Asuhan Keperawatan*.
- Erviana, I. and Hargiana, G. (2018) 'Aplikasi Asuhan Keperawatan Generalis Dan Psikoreligius Pada Klien Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi Penglihatan Dan Pendengaran', *Jurnal Riset Kesehatan Nasional*, 2(2), p. 114. doi: 10.37294/jrkn.v2i2.106.
- Keliat, B. A. *et al.* (2011) *Manajemen Kasus Gangguan Jiwa:CMN (Intermediate Course)*.
- Keliat, B. A. (2014) *Proses Keperawatan Jiwa*. Edisi II. Jakarta: EGC.
- Keliat, B. A. *et al.* (2019) *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Edited by Penyelaras. Jakarta: EGC.
- Keliat, B. A. and Akemat (2010) *Modul Praktik Keperawatan Profesional Jiwa*. Jakarta: EGC.
- Keliat, Budi. A (2019) *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Edited by B. A Keliat. Jakarta.
- Livana *et al.* (2018) *Peningkatan Kemampuan Pasien Dalam Mengontrol Halusinasi Melalui Terapi Aktifitas Kelompok Stimulasi Persepsi*.
- Muhith, A. (2015) *Pendidikan Keperawatan Jiwa (Teori dan Aplikasi)*.
- Nurdiana (2020) 'Penerapan Terapi Spiritual: Dzikir Pada Tn. A Terhadap

- Kemampuan Mengontrol Halusinasi Pendengaran Di Ruang Nuri RSJ Prof HB Sa'anin Padang', 2017(1), pp. 1–9.
- Prabowo, E. (2014) *Konsep Dan Aplikasi Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Rochmah, A. A. (2018) *Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Masalah Utama Gangguan Persepsi Sensori : Halusiansi Pendengaran Pada Tn. N dengan Diagnosa Medis Skizofrenia Di ruang IV B Rumkital Dr. Ramelan Surabaya. Stikes Hang Tuah Surabaya*.
- Rohayati, W. (2020) 'Penerapan Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn . K Dengan Masalah Halusinasi Pendengaran Di Batu Besar Kecamatan Nongsa Kota Batam Wahyuli Rohayati', pp. 1–36.
- Sarfika, R. *et al.* (2018) *Komunikasi Terapeutik Dalam Keperawatan*. Padang: Andalas University Press.
- Sihombing, R. (2019) *Gambaran Pengetahuan Pasien Skizofrenia Tentang Cara Mengontrol Halusinasi Pendengaran di RSJ Prof. Dr. Muhammad Ildrem Medan*.
- Stuart, G. . (2007) *Buku Saku Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC.
- Stuart, G. W. (2013) *Buku Saku Keperawatan Jiwa (terjemahan)*.
- Stuart, G. W. (2016) *Prinsip Dan Praktik Keperawatan Jiwa*. Edisi Indo. Singapore: Elsevier.
- Sulastri (2017) *Modul Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa (Tuntunan Perencanaan Dan Dokumentasi Asuhan Keperawatan)*. Bandar Lampung.
- Sutejo, D. (2017) *Keperawatan Kesehatan Jiwa (Konsep dan Praktik Asuhan*

*Keperawatan Kesehatan Jiwa: Gangguan Jiwa dan Psikososial*). I.  
Yogyakarta: Pustaka Baru Press.

WHO (2016) *The World Health Organization Report*.

Yosep, H. and Surtini, T. (2014) *Buku Ajar Keperawatan Jiwa dan Advance  
Mental Health Nursing*. Bandung: Refika Aditama.

Yosep, I. (2011) *Buku Ajaran Keperawatan Jiwa*. Bandung: PT Rafika Aditama.

## LAMPIRAN

### STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN MASALAH KEPERAWATAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI PENDENGARAN DAN PENGLIHATAN (SP 1 HALUSINASI)

Nama Pasien : Nn. D

Umur : 24 tahun

Pertemuan : ke 1 (satu)

Tanggal : 12 Juli 2021

#### A. PROSES KEPERAWATAN

##### 1. Kondisi Klien :

Data Subjektif:

- a. Klien mengatakan melihat bayangan hitam yang mau mendekatinya.
- b. Klien mengatakan mendengar suara-suara

Data Objektif :

- a. Klien terlihat lesu

##### 2. Diagnosa Keperawatan :Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi

##### 3. Tujuan

###### a. Kognitif, klien mampu :

- 1) Menyebutkan penyebab halusinasi
- 2) Menyebutkan karakteristik halusinasi yang dirasakan: Jenis, isi, frekuensi, durasi, waktu, situasi yang menyebabkan dan respon
- 3) Menyebutkan akibat yang ditimbulkan dari halusinasi
- 4) Menyebutkan cara yang selama ini digunakan untuk mengendalikan halusinasi
- 5) Menyebutkan cara mengendalikan halusinasi yang tepat.

b. Psikomotor, klien mampu :

- 1) Melawan halusinasi dengan menghardik
- 2) Mengabaikan halusinasi dengan bersikap cuek
- 3) Mengalihkan halusinasi dengan cara distraksi yaitu bercakap-cakap dan melakukan aktivitas.
- 4) Minum obat dengan prinsip 8 benar, yaitu benar nama, benar obat, benar manfaat, benar dosis, benar frekuensi, benar cara, benar tanggal kadaluwarsa, dan benar dokumentasi.

c. Afektif

- 1) Merasakan manfaat cara-cara mengatasi halusinasi
- 2) Membedakan perasaan sebelum dan sesudah latihan

4. Tindakan Keperawatan

- a. Bantu klien mengenal halusinasinya meliputi jenis, isi, waktu, frekuensi dan respon saat terjadi halusinasi
- b. Latih klien untuk cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik
- c. Anjurkan klien untuk memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian

**B. STRATEGI KOMUNIKASI DALAM PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN ORIENTASI**

1. Fase Orientasi

a. Salam terapeutik

Assalamualaikum Selamat Pagi mbak? Perkenalkan nama saya Alya saya mahasiswa dari STIKES Hang Tuah Surabaya. Hari ini saya akan merawat ibu selama 2 hari di rumah ini .Nama mbak/ibu siapa dan senang di panggil apa?

b. Evaluasi/Validasi

Bagaimana keadaan mbak hari ini?

c. Kontrak

Topik :

Apakah mbak tidak keberatan untuk mengobrol dengan saya?

Menurut mbak sebaiknya kita membahas apa ya? Bagaimana kalau kita membahas tentang suara/pengelihatannya sesuatu yang mbak lihat dan dengar selama ini?"

waktu :

Berapa lama mbak mau membahas tentang ini ? Bagaimana kalau 15 menit saja?

Tempat :

Dimana mbak mau berbincang ? Bagaimana kalau di kamar saja?

2. Fase kerja

- a. Apakah mbak mendengar suara tanpa ada wujudnya?
- b. Apa yang dikatakan suara itu?
- c. Apakah mbak melihat sesuatu?
- d. Seperti apa kelihatannya?
- e. Apakah terus menerus terlihat dan terdengar, atau hanya sewaktu-waktu saja?
- f. Dalam sehari mbak melihat berapa kali? Pada keadaan apa? Apakah pada waktu sendiria?
- g. Apa yang bapak rasakan Saat Mencalami Hal itu ? apa yang bapak lakukan?

- h. Bagaimana kalau kita belajar cara mencegah suara-suara dan bayangan itu agar tidak muncul!
  - i. Pertama dengan cara menghardik suara tersebut, kedua dengan cara bercakap-cakap ketiga melakukan kegiatan yang sudah terjadwal dan keempat minum obat secara teratur
  - j. Bagaiman kalau kita belajar satu dulu yaitu dengan menghardik. Caranya saat suara itu muncul langsung mbak tutup telinga dan katakan “Pergi saya tidak mau dengar, kamu suara palsu” dan apabila mbak melihat sesuatu seperti bayangan atau makhluk mbak tutup mata dan katakan “Pergi-pergi, saya tidak mau melihat, kamu tidak nyata” begitu diulangi sampai suara dan bayangan itu hilang
  - k. Ayo....silahkan mbak coba. Iya bagus itu mbak sudah bisa. Sebaiknya mbak latihan ini lakukan secara rutin, segingga jika sewaktu-waktu kalusinasi itu muncul mbak sudah terbiasa
3. Fase Terminasi
- a. Evauasi subjectif : Bagaiman perasaan mbak dengan perbincangan kita tadi? Mbak merasa senang atau tidak dengan latihan ini tadi?
  - b. Evaluasi objektif : Dapatkan mbah mempragakan cara menghardik yang tadi kita lakukan?
  - c. Rencana tindak lanjut : kalau suara-suara atau bayangan itu muncul lagi silahkan mbak coba cara tersebut. Bagaimana kalau kita buat jadwal latihan? Nanti dilakukan ya mbak
  - d. Kontrak yang akan datang
    - 1) Topik

Bagaimana kalau besok kita mengulangi lagi tentang cara yang pertama cara yang telah kita pelajari atau lakukan hari ini.

2) Waktu

Kira-kira waktunya kapan ya mbak? Bagaimana kalau besok jam 10.00?

3) Tempat

Kira-kira tempat yang enak untuk kita ngobrol dimana ya? Apa masih disini atau cari tempat lain?

**STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN PADA  
PASIEN DENGAN MASALAH KEPERAWATAN GANGGUAN  
PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI PENDENGARAN DAN  
PENGLIHATAN  
(SP 2 HALUSINASI)**

Nama Pasien : Nn. D

Umur : 24 tahun

Pertemuan : ke 2 (dua)

Tanggal : 13 Juli 2021

**A. PROSES KEPERAWATAN**

1. Kondisi Klien :

Data Subjektif:

- a. Klien mengatakan mendengar suara-suara bisikan yang menyuruh nya untuk mati
- b. Klien takut kadang menangis sering muncul ketika melamun

Data Objektif :

- a. Klien belum mampu mengontrol halusinasi dengan cara menghardik
- b. Klien mampu mengidentifikasi respon terhadap halusinasi
- c. Klien mampu mengidentifikasi jenis isi, frekuensi dan respon saat halusinasi

2. Diagnosa Keperawatan :Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi

3. Tujuan

- a. Kognitif, klien mampu :
  - 1) Menyebutkan penyebab halusinasi
  - 2) Menyebutkan karakteristik halusinasi yang dirasakan: Jenis, isi, frekuensi, durasi, waktu, situasi yang menyebabkan dan respon
  - 3) Menyebutkan akibat yang ditimbulkan dari halusinasi

- 4) Menyebutkan cara yang selama ini digunakan untuk mengendalikan halusinasi
  - 5) Menyebutkan cara mengendalikan halusinasi yang tepat.
- b. Psikomotor, klien mampu :
- 1) Melawan halusinasi dengan menghardik
  - 2) Mengabaikan halusinasi dengan bersikap cuek
  - 3) Mengalihkan halusinasi dengan cara distraksi yaitu bercakap-cakap dan melakukan aktivitas.
  - 4) Minum obat dengan prinsip 8 benar, yaitu benar nama, benar obat, benar manfaat, benar dosis, benar frekuensi, benar cara, benar tanggal kadaluwarsa, dan benar dokumentasi.
- c. Afektif
- 1) Merasakan manfaat cara-cara mengatasi halusinasi
  - 2) Membedakan perasaan sebelum dan sesudah latihan
4. Tindakan Keperawatan
- a. Bantu klien mengenal halusinasinya meliputi jenis, isi, waktu, frekuensi dan respon saat terjadi halusinasi
  - b. Latih klien untuk cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik
  - c. Anjurkan klien untuk memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian

## **B. STRATEGI KOMUNIKASI DALAM PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERWATAN ORIENTASI**

### 1. Fase Orientasi

#### a. Salam terapeutik

Assalamualaikum Selamat Pagi mbak, masih ingat dengan saya?

Bagaimana perasaan mbak hari ini?

#### b. Evaluasi/Validasi

Apakah mbak halusinasinya masih ada? Apakah mbak telah melakukan apa yang telah saya atau kita pelajari kemarin? Bagaimana apakah suara atau bayangannya bisa hilang? Bagus sekarang coba praktekkan pada saya bagaimana mbak melakukannya. Bagus sekali mbak

#### c. Kontrak

##### 1) Topik :

Baiklah mbak, sesuai janji kita kemarin hari ini kita akan latihan kembali cara menghardik karena mbak tidak atau belum paham, apakah mbak bersedia?

##### 2) Waktu :

Berapa lama mbak mau membahas tentang ini ? Bagaimana kalau 15 menit saja?

##### 3) Tempat :

Dimana mbak mau berbincang ? Bagaimana kalau di kamar saja?

Baiklah mbak

### 4. Fase kerja

#### a. Apakah mbak masih mendengar atau melihat bayangan itu?

- b. Apakah mbak sudah mempraktikkan cara menghardik?
- c. Apakah mbak bersedia?
- d. Bagaimana kalau kita mulai ya. Baiklah saya akan mempraktikkan dahulu ketika suar atau bayangan itu muncul mbak langsung tutup mata dan tutup telinga serta katakan dalam hati “Pergi saya tidang mau mendengar, melihat kamu karna kamu suara atau bayangan palsu” seperti itu ya mbak, coba sekarang mbak ulangi lagi seperti yang saya lakukan tadi. Bagus sekali mbak

#### 5. Fase Terminasi

- a. Evauasi subjectif : Bagaiman perasaan mbak setelah percobaan tadi?
- b. Evaluasi objektif : coba ulangi lagi apa yang telah kita pelajari hari ini, ya bagus itu
- c. Rencana tindak lanjut : mbak lakukan itu sampai bayangan atau suar itu sudah tidak ada lagi. Lakukan itu selama suara itu muncul. Cara mengisi buku mengisi buku kegiatan hari ini adakah sesua dengan jadwal kegiatan yang telah kita buat ya mbak? Jika mbak melakukannya secara mandiri mbak menuliskan M dan jika mbak melakukan dibantu atau diingatkan keluarga maka mbak tulis T. Apakah mbak mengerti? Coba ulangi?

#### d. Kontrak yang akan datang

##### 1) Topik

Baiklah mbah mbak bagaimana kalau besok kita mengulangi lagi tentang cara yang pertama yaitu dengan cara menghardik lagi untuk mencegah suara atau bayangan itu muncul. Apakah mbak bersedia?

##### 2) Waktu

Mbak mau berbincang-bincang jam berapa ya? Bagaimana kalau besok jam 10.00?

3) Tempat

Mbak mau dimana tempat yang enak untuk kita ngobrol? Bagaimana kalau disini saja?

**STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN PADA  
KELUARGA PASIEN DENGAN MASALAH KEPERAWATAN  
GANGGUAN PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI  
PENDENGARAN DAN PENGLIHATAN  
(SP 1 KELUARGA)**

Nama Keluarga : Ny. M  
Umur : 52 tahun  
Pertemuan : ke 1 (satu)  
Tanggal : 12 Juli 2021

1. Tindakan Keperawatan Ners
  - a. Kaji masalah klien yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien
  - b. Jelaskan pengertian, tanda dan gejala, serta protes terjadinya halusinasi yang dialami pasien
  - c. Diskusikan cara merawat halusinasi dan memutuskan cara merawat yang sesuai dengan kondisi pasien
  - d. Melatih keluarga cara merawat halusinasi :
    - 1) Menghindari situasi yang menyebabkan halusinasi
    - 2) Membimbing pasien melakukan latihan cara mengendalikan halusinasi sesuai dengan yang dilatih perawat kepada pasien
    - 3) Memberi pujian atas keberhasilan pasien
  - e. Melibatkan seluruh anggota keluarga untuk bercakap – cakap secara bergantian, memotivasi pasien untuk melakukan latihan dan memberi pujian atas keberhasilannya
  - f. Menjelaskan tanda dan gejala halusinasi yang memerlukan Rujukan segera yaitu isi dari halusinasi yang memerintahkan kekerasan, serta melakukan *follow up* ke pelayanan kesehatan secara teratur

2. Tindakan Keperawatan Spesialis : Psikoedukasi Keluarga
  - a. Sesi 1 : Mengidentifikasi masalah kesehatan yang dialami pasien dan masalah kesehatan keluarga (care giver) dalam merawat pasien
  - b. Sesi 2 : Merawat masalah kesehatan klien
  - c. Sesi 3 : Manajemen stres untuk keluarga
  - d. Sesi 4 : Manajemen beban untuk keluarga
  - e. Sesi 5 : Memanfaatkan sistem pendukung
  - f. Sesi 6 : Mengevaluasi manfaat psikoedukasi keluarga

## ANALISA PROSES INTERAKSI

### PADA PASIEN DENGAN MASALAH KEPERAWATAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI PENDENGARAN DAN PENGLIHATAN

Tanggal : 12 Juli 2021  
 Tempat : Kota Surabaya  
 Inisial Klien : Nn. D  
 Interaksi ke : 1  
 Lingkungan : Halaman rumah tidak rapi  
 Deskripsi Pasien : Klien sering menyendiri dan menutupi telinganya  
 Tujuan Komunikasi : Klien dapat mengenal perawat dan mengungkapkan secara terbuka permasalahannya

KOMUNIKASI VERBAL	KOMUNIKASI NON VERBAL	ANALISA BERPUSAT PADA PERAWAT	ANALISA BERPUSAT PADA KLIEN	RASIONAL
P: Selamat siang mbak, boleh saya duduk di sebelah mbak D?  K: Siang	P: Memandang K dan tersenyum  K: Ekpresi datar menatap perawat	P: Ingin membuka percakapan dengan klien dan berharap dengan sapaan sederhana P bisa diterima oleh K.	K: Masih ragu terhadap orang baru	Salam merupakan kalimat pembuka untuk memulai suatu percakapan sehingga dapat terjalin rasa percaya
P: Bagaimana perasaan mbak D saat ini?  K: Saya sering terganggu dengan suara-suara itu	P: Memandang K dengan tersenyum sambil bertanya keadaan K  K: Ekpresi datar dan mulai menjelaskan apa yg ditanyakan P	P: Merasa senang ada tanggapan atas salam walaupun belum diekspresikan secara tulus	K: Malu dan ragu terhadap orang baru	Menanyakan keadaan saat ini bertujuan untuk mengetahui keadaan klien, dan mengetahui apa yg dirasakan klien

<p>P: Pada saat apa suara-suara itu mbak dengar dan apa yang dikatakan oleh suara-suara itu mbak?</p> <p>K: Biasanya suara itu muncul pada saat siang atau malam hari saat saya sendiri, suara itu mengatakan atau mengajak saya untuk mengamuk</p>	<p>P: P bicara dengan tenang dan suara pelan dan jelas dan berusaha agar klien mampu mengerti apa yg ditanyakan perawat</p> <p>K: Klien ungkapkan apa yang dialami</p>	<p>P: Perawat berasumsi bahwa klien memang butuh bantuan</p>	<p>K: Klien berupaya menjelaskan semua yang dia dengar</p>	<p>Pertanyaan yang jelas akan membuat percakapan berjalan dengan baik</p>
<p>P: Baik sekarang saya akan mengajarkan mbak cara menghardik suara-suara yg mengganggu. Mbak D menhardik dengan cara menutup kedua telinga dan mengatakan tidak tidak kamu tida nyata, pergi pergi. Sekarang mbaknya coba ya</p> <p>K: Iya sus</p>	<p>P: Dengan sabar dan sambil tersenyum</p> <p>K: Klien diam sejenak</p>	<p>P: Perawat berharap respon klien selanjutnya memilih dan menerima apa yang akan diajarkan perawat</p>	<p>K: Klien berusaha memperagakan kembali apa yang perawat ajarkan</p>	<p>Teknik menghardik suara merupakan salah satu cara untuk melawan halusinasi pendengaran yang klien alami</p>

<p>P: Baik mbak sekarang coba diulang lagi ya cara menghardik</p> <p>K: Iya sus saya coba</p>	<p>P: Sambil menjelaskan perawat meyakinkan klien agar klien dengan percaya diri dapat melakukan apa yang perawat ajarkan tadi</p> <p>K: Klien menerima dan melakukan kembali apa yang perawat ajarkan</p>	<p>P: Peragaan yang diajarkan perawat berguna untuk klien melawan suara-suara yang di dengar</p>	<p>K: Klien berusaha memperagakan kembali apa yg sudah perawat ajarkan</p>	<p>Menghardik merupakan salah satu cara untuk melawan suara-suara yang mengganggu</p>
<p>P: Baik mbak sekarang saya akan menjelaskan cara yg kedua untuk melawan suara-suara yg mengganggu</p> <p>K: Iya bagaimana sus?</p>	<p>P: tersenyum ke arah klien</p> <p>K: Mendengarkan dengan tenang apa yg dikatakan perawat</p>	<p>P: Berusaha menjelaskan cara yg kedua</p>	<p>K: Sedikit antusias dengan apa yg perawat akan jelaskan</p>	<p>Cara yg kedua dengan menghiraukan suara-suara yg muncul, berusaha cuek dengan suara-suara yg mengganggu</p>
<p>P: Dengan menghiraukan suara suara itu, berusaha bersikap cuek dengan suara-suara yg mengganggu</p> <p>K: Baik sus saya akan berusaha untuk cuek tidak mendengarkan suara-suara itu</p>	<p>P: Menjelaskan kepada klien dengan tenang</p> <p>K: Menerima penjelasan perawat dengan baik</p>	<p>P: Menjelaskan kepada klien</p>	<p>K: Menerima penjelasan perawat dan berusaha melakukannya</p>	<p>Dengan bersikap cuek dengan suara-suara yg mengganggu membuat keadaan semakin tenang</p>

<p>P: Bagaimana perasaan Mbak D saat ini? Setelah diajarkan menghardik dan berusaha bersikap cuek terhadap suara yg mengganggu?</p> <p>K: Ya sus, sedikit tenang</p>	<p>P: Dengan sabar dan tersenyum berharap respon klien selanjutnya</p> <p>K: Klien ungkapkan dengan tenang dan tersenyum</p>	<p>P: Perawat ingin mengetahui perasaan klien setelah menghardik dan bersikap cuek terhadap suara-suara itu</p>	<p>K: Klien menunjukkan perilaku yg memberi kesan menerima dan memahami apa yg telah diajarkan</p>	<p>Ungkapan perasaan untuk mengevaluasi keadaa/masalah klien terkait dengan pikiran negatif yang dia rasakan</p>
<p>P: Bagaimana kalau besok kita mempelajari cara yang lainnya untuk melawan suara-suara yang mbak dengar</p> <p>K: Iya sus</p>	<p>P: Perawat meyakinkan klien agar besok harinya dapat mempelajari cara yg lain</p> <p>K: Klien yakin dan menerima tawaran perawat</p>	<p>P: Perawat yakin klien akan menerima tawaran perawat</p>	<p>K: Klien dengan antusias dan penuh rasa suka</p>	<p>Kontrak waktu yg akan datang dengan tujuan melanjutkan tindakan keperawatan supaya klien bisa mengurangi halusinasinya</p>
<p>P: Baik terimakasih Mbak untuk waktunya, selamat siang</p> <p>K: Selamat siang</p>	<p>P: Perawat berucap salam sambil ulurkan tangan untuk bersalaman</p> <p>K: Tersenyum sambil ulurkan tangan untuk bersalaman</p>	<p>P: Perawat meninggalkan klien dengan perasaan lega</p>	<p>K: Klien menerima terminasi dari pertemuan terapi</p>	<p>Berjabat tangan dan sebutkan salam adalah perangkat terminasi yang dapat meningkatkan hubungan saling percaya.</p>

**ANALISA PROSES INTERAKSI**  
**PADA PASIEN DENGAN MASALAH KEPERAWATAN GANGGUAN PERSEPSI**  
**SENSORI : HALUSINASI PENDENGARAN DAN PENGLIHATAN**

Tanggal : 13 Juli 2021  
 Tempat : Kota Surabaya  
 Inisial Klien : Nn. D  
 Interaksi ke : 2  
 Lingkungan : Halaman rumah tidak rapi  
 Deskripsi Pasien : Klien sering menyendiri dan menutupi telinganya  
 Tujuan Komunikasi : Klien dapat mengenal perawat dan mengungkapkan secara terbuka permasalahannya

<b>KOMUNIKASI VERBAL</b>	<b>KOMUNIKASI NON VERBAL</b>	<b>ANALISA BERPUSAT PADA PERAWAT</b>	<b>ANALISA BERPUSAT PADA KLIEN</b>	<b>RASIONAL</b>
P: Selamat pagi mbak D?  K: pagi	P: Memandang K dan tersenyum  K: Ekspresi datar menatap perawat	P: Ingin membuka percakapan dengan klien dan berharap denggan sapaan sederhana P bisa diterima oleh K.	K: Masih ragu terhadap orang baru	Salam merupakan kalimat pembuka untuk memulai suatu percakapan sehingga dapat terjalin rasa percaya

<p>P: Bagaimana kabar mbak D saat ini?</p> <p>K: baik</p>	<p>P: Memandang K dengan tersenyum sambil bertanya keadaan K</p> <p>K: Ekpresi datar menatap P dan mulai menjelaskan apa yg ditanyakan P</p>	<p>P: Merasa senang ada tanggapan atas salam walaupun belum diekspresikan secara tulus</p>	<p>K: Malu dan ragu terhadap orang baru</p>	<p>Menanyakan keadaan saat ini bertujuan untuk mengetahui keadaan klien, dan mengetahui apa yg dirasakan klien</p>
<p>P: sesuai dengan kontrak kita kemarin, kita akan membicarakan tentang suara – suara atau penglihatan yang mbak rasakan. Butuh waktu 15 menit, apakah mbak bersedia?</p> <p>K: ya</p>	<p>P: P bicara dengan tenang dan suara pelan dan jelas dan berusaha agar klien mampu mengerti apa yg ditanyakan perawat</p> <p>K: Klien menjawab pertanyaan P dengan datar</p>	<p>P: Perawat berasumsi bahwa klien memiliki perhatian terhadap pertanyaan yang diajukan</p>	<p>K: Klien berupaya menunjukkan merespon pertanyaan perawat</p>	<p>Pertanyaan yang jelas akan membuat percakapan berjalan dengan baik</p>
<p>P: Baik sekarang mbak D ceritakan suara - suara dan penglihatan yang dirasakan oleh mbak? Apakah suara tersebut mengancam mbak D</p> <p>K: suara tersebut menyuruh saya mati, dan saya melihat</p>	<p>P: Dengan sabar dan sambil tersenyum</p> <p>K: Klien merespon dan menjelaskan apa yang</p>	<p>P: Perawat berharap respon klien selanjutnya memilih dan menerima apa yang akan diajarkan perawat</p>	<p>K: Klien berusaha memperagakan apa yang dirasakan</p>	<p>Menanyakan keadaan yang dirasa saat ini bertujuan untuk mengetahui keadaan klien, dan mengetahui apa yg dirasakan klien</p>

bayangan hitam	dirasakan			
P: kapan suara dan bayangan itu muncul ?  K: pada saat saya melamun sendirian	P: perawat mendengarkan penjelasan K dengan sangat penuh perhatian  K: Klien menjawabnya dengan tatapan kosong	P: respon yang sangat antusias oleh perawat merupakan contoh perhatian yang diberikan kepada K	K: Klien berusaha menjelaskan dengan tatapan kosong	Mendengarkan keluhan yang dirasakan merupakan bentuk care giver yang diberikan perawat kepada klien
P: berapa kali suara atau bayangan tersebut mengganggu mbak ?  K: Iya, sering	P: perawat mendengarkan penjelasan K dengan sangat penuh perhatian  K: Mendengarkan dengan tenang apa yg dikatakan perawat	P: respon yang sangat antusias oleh perawat merupakan contoh perhatian yang diberikan kepada K	K: Klien berusaha menjelaskan dengan tatapan kosong	Mendengarkan keluhan yang dirasakan merupakan bentuk care giver yang diberikan perawat kepada klien
P: Baik, sebelumnya sudah saya jelaskan bagaimana kita perlu menghardik suara – suara dan bayangan tersebut. Coba mbak D peragakan lagi apa yang telah diajarkan kemarin?  K: Baik sus saya akan coba dan berusaha untuk cuek tidak mendengarkan suara-suara itu	P: Sambil menjelaskan perawat meyakinkan klien agar klien dengan percaya diri dapat melakukan apa yang perawat ajarkan tadi  K: Klien menerima dan melakukan kembali apa yang perawat ajarkan	P: Peragakan yang diajarkan perawat berguna untuk klien melawan suara-suara yang di dengar	K: Klien berusaha memperagakan kembali apa yg sudah perawat ajarkan	Menghardik merupakan salah satu cara untuk melawan suara-suara yang mengganggu

<p>P: Bagaimana perasaan Mbak D saat ini? Setelah diajarkan menghardik dan berusaha bersikap cuek terhadap suara yg mengganggu?</p> <p>K: Ya sus, sedikit tenang</p>	<p>P: Dengan sabar dan tersenyum berharap respon klien selanjutnya</p> <p>K: Klien ungkapkan dengan tenang dan tersenyum</p>	<p>P: Perawat ingin mengetahui perasaan klien setelah menghardik dan bersikap cuek terhadap suara-suara itu</p>	<p>K: Klien menunjukkan perilaku yg memberi kesan menerima dan memahami apa yg telah diajarkan</p>	<p>Ungkapan perasaan untuk mengevaluasi keadaa/masalah klien terkait dengan pikiran negatif yang dia rasakan</p>
<p>P: Bagaimana kalau besok kita mempelajari cara yang lainnya untuk melawan suara-suara yang mbak dengar</p> <p>K: Iya sus</p>	<p>P: Perawat meyakinkan klien agar besok harinya dapat mempelajari cara yg lain</p> <p>K: Klien yakin dan menerima tawaran perawat</p>	<p>P: Perawat yakin klien akan menerima tawaran perawat</p>	<p>K: Klien dengan antusias dan penuh rasa suka</p>	<p>Kontrak waktu yg akan datang dengan tujuan melanjutkan tindakan keperawatan supaya klien bisa mengurangi halusinasinya</p>
<p>P: Baik terimakasih Mbak untuk waktunya, selamat pagi</p> <p>K: iya</p>	<p>P: Perawat berucap salam sambil ulurkan tangan untuk bersalaman</p> <p>K: Tersenyum sambil ulurkan tangan untuk bersalaman</p>	<p>P: Perawat meninggalkan klien dengan perasaan lega</p>	<p>K: Klien menerima terminasi dari pertemuan terapi</p>	<p>Berjabat tangan dan sebutkan salam adalah perangkat terminasi yang dapat meningkatkan hubungan saling percaya.</p>