

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA TN.H DENGAN GANGGUAN
PERSEPSI SENSORI: HALUSINASI PENDENGARAN DI RUANG 6
RSPAL Dr. RAMELAN SURABAYA**



Disusun Oleh:

Hasim Efendi, S.Kep
NIM. 203.0043

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

2021

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA TN.H DENGAN GANGGUAN
PERSEPSI SENSORI: HALUSINASI PENDENGARAN DI RUANG 6
RSPAL Dr. RAMELAN SURABAYA**

**Karya Ilmiah Akhir ini diajukan sebagai satu syarat
untuk memperoleh gelar Ners (Ns)**



Disusun Oleh:

Hasim Efendi, S.Kep
NIM. 203.0043

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

2021

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN

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

Surabaya, 12 Juli 2021

Penulis



Hasim Efendi, S.Kep

NIM. 203.0043

HALAMAN PERSETUJUAN UJIAN SIDANG

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa:

Nama : Hasim Efendi, S.Kep

Nim : 2030043

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

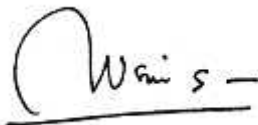
Judul : Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn.H Dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran Di Ruang 6 RSPAL DR. Ramelan Surabaya

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, 12 Juli 2021

Pembimbing



Dr. A. V. Sri Suhardiningsih, S.Kp., M.Kes

NIP. 04015

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 12 Juli 2021

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir dari :

Nama : Hasim Efendi
NIM : 2030043
Program Studi : Profesi Ners
Judul : Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn.H Dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran Di Ruang 6 RSPAL DR. Ramelan 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 “PROFESI NERS” pada prodi Profesi Ners Stikes Hang Tuah Surabaya

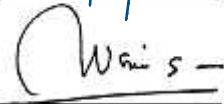
Penguji I : **Dya Sustrami, S.Kep., Ns., M.Kes**
NIP. 03007



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



Penguji III : **Dr. A. V. Sri Suhardiningsih, S.Kep., M.Kes**
NIP. 04015



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

Nuh Huda, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.MB
NIP. 03.020

Ditetapkan : STIKES Hang Tuah Surabaya
Tanggal : 12 Juli 2021

KATA PENGANTAR

Segala puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayahnya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn.H Dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran Di Ruang 6 RSPAL DR. Ramelan Surabaya” ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan.

Karya Ilmiah Akhir ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan di Program Pendidikan Profesi Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya. Karya Ilmiah Akhir ini disusun dengan memanfaatkan berbagai literature serta mendapatkan banyak pengaruh dan bantuan dari berbagai pihak, penulis menyadari tentang segala keterbatasan kemampuan dan pemanfaatan literature, sehingga Karya Ilmiah Akhir ini dibuat dengan sangat sederhana baik dari segi sistematika maupun isinya.

Dalam kesempatan kali ini, perkenankanlah penulis menyampaikan rasa terima kasih, rasa hormat dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada :

1. Laksamana Pertama TNI (Purn) Dr. A. V. Sri Suhardiningsih, S.Kp.,M.Kes., selaku ketua STIKES Hang Tuah Surabaya atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan kepada penulis untuk menjadi mahasiswa Profesi-Ners.
2. Puket 1, Puket 2, Puket 3 Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberi kesempatan dan fasilitas kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan program studi Profesi-Ners.
3. Bapak Ns. Nuh Huda, M.Kep., Sp.Kep.MB. selaku Kepala Program Studi Pendidikan Profesi-Ners Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan untuk mengikuti dan menyelesaikan Profesi-Ners.
4. Laksamana Pertama TNI (Purn) Dr. A. V. Sri Suhardiningsih, S.Kp.,M.Kes., selaku pembimbing yang penuh perhatian dan kesabaran dalam memberikan arahan, saran, masukan, kritik, serta bimbingan demi kesempurnaan penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.

5. Ibu Dya Sustrami., S.Kep., Ns., M.Kes sebagai peguji I yang telah memberikan kesempatan kepada saya untuk menyelesaikan Program Pendidikan Profesi Ners.
6. Ibu Hidayatus Sya'diyah., S.Kep., Ns., M.Kep sebagai penguji II yang telah memberikan kesempatan kepada saya untuk menyelesaikan Program Pendidikan Profesi Ners.
7. Bapak/Ibu dosen, staf, dan karyawan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah membantu proses belajar mengajar selama masa perkuliahan untuk menempuh studi dan telah membimbing selama menuntut ilmu di Program Studi Pendidikan Profesi Ners Stikes Hang Tuah Surabaya.
8. Istri dan putra saya yang senantiasa mendoakan dan memberikan support selama saya menjalani masa perkuliahan.
9. Sahabat-sahabat seperjuangan tersayang dalam naungan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan dorongan semangat sehingga Karya Ilmiah Akhir Akhir ini dapat terselesaikan, saya hanya dapat mengucapkan semoga hubungan silaturahmi ini tetap terjalin.
10. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdoa semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini.

Penulis berusaha untuk menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Akhir ini dengan sebaik- baiknya. Namun, penulis menyadari bahwa masih banyak kekurangan dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini. Oleh karena itu, penulis mengharapkan adanya kritik dan saran dari semua pihak untuk menyempurnakan. Akhirnya penulis berharap, semoga Karya Ilmiah Akhir ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama bagi civitas Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 12 Juli 2021

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN	ii
HALAMAN PERSETUJUAN UJIAN SIDANG.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR GAMBAR.....	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan.....	4
1.4 Manfaat.....	5
1.5 Metode Penulisan	6
1.5.1 Metode.....	6
1.5.2 Teknik Pengumpulan Data	6
1.5.3 Sumber Data	7
1.6 Sistematika Penulisan.....	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	9
2.1 Konsep Halusinasi	9
2.1.1 Pengertian.....	9
2.1.2 Etiologi	9
2.1.3 Jenis dan Isi Halusinasi	10
2.1.5 Tanda dan Gejala.....	12
2.1.6 Rentang Respon.....	13
2.1.7 Fase-Fase Halusinasi, Karakteristik, dan Perilakunya	15
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan	16
2.2.1 Pengkajian	16
2.2.2 Diagnosis Keperawatan.....	20
2.2.3 Intervensi Keperawatan.....	20
2.2.4 Implementasi	23
2.2.5 Evaluasi	27
BAB 3 TINJAUAN KASUS.....	28
3.1 Pengkajian	28
3.1.1 Identitas Pasien.....	28
3.1.2 Alasan Masuk	28
3.1.3 Faktor Predesposisi	29
3.1.4 Pemeriksaan Fisik	30
3.1.5 Pengkajian Psikososial	32
3.1.6 Status Mental.....	37
3.1.7 Kebutuhan Persiapan Pulang.....	44

3.1.8	Mekanisme Koping	46
3.1.9	Masalah Psikososial Dan Lingkungan	46
3.1.10	Pengetahuan Kurang Tentang	47
3.1.11	Aspek Medis.....	47
3.2	Analisa Data	47
3.3	Pohon Masalah	50
3.4	Daftar Masalah Keperawatan	50
3.5	Prioritas Diagnosa Keperawatan	51
3.6	Rencana Tindakan Keperawatan	52
3.7	Implementasi Dan Evaluasi.....	56
BAB 4 PEMBAHASAN.....		67
4.1	Pengkajian	67
4.2	Diagnosa Keperawatan.....	69
4.3	Perencanaan.....	70
4.4	Pelaksanaan	75
4.5	Evaluasi	77
BAB 5 PENUTUP		79
5.1	Simpulan.....	79
5.2	Saran.....	79
DAFTAR PUSTAKA		81
LAMPIRAN.....		82

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Jenis dan Isi Halusinasi	10
Tabel 2.2 Fase-Fase Halusinasi, Karakteristik, dan Perilakunya	15
Tabel 3.1 Analisa Data	47
Table 3.2 Rencana Keperawatan	52
Table 3.3 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan	56

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Rentang Respon Halusinasi.....	13
Gambar 2.2 Pohon Masalah Halusinasi	20
Gambar 3.1 Genogram	32
Gambar 4.1 Pohon masalah dengan Halusinasi	69

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan SP 1 Pasien	82
Lampiran 2 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan SP 2 Pasien	86
Lampiran 3 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan SP 3 Pasien	90
Lampiran 4 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan SP 4 Pasien	94
Lampiran 5 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan SP 5 Pasien	97
Lampiran 6 Analisa Proses Interaksi Pertemuan Fase I.....	101
Lampiran 7 Analisa Proses Interaksi Pertemuan Fase II	106
Lampiran 8 Analisa Proses Interaksi Pertemuan Fase III	109

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Sehat (health) adalah konsep yang tidak mudah diartikan sekalipun dapat kita rasakan dan diamati keadaannya. Orang ‘gemuk’ dianggap sehat dan orang yang mempunyai keluhan dianggap tidak sehat. Faktor subjektifitas dan kultural mempengaruhi pemahaman dan pengertian orang terhadap konsep sehat. World Health Organization (WHO) merumuskan sehat dalam arti kata yang luas, yaitu keadaan yang sempurna baik fisik, mental maupun social, tidak hanya terbebas dari penyakit atau kelemahan/cacat (L. Ma’rifatul Azizah, I. Zainuri, 2016).

Kesehatan jiwa bagi manusia berarti terwujudnya keharmonisan fungsi jiwa dan sanggup menghadapi problem, merasa bahagia dan mampu diri. Orang yang sehat jiwa berarti mempunyai kemampuan menyesuaikan diri dengan diri sendiri, orang lain, masyarakat, dan lingkungan. Manusia terdiri dari bio, psiko, social, dan spiritual yang saling berinteraksi satu dengan yang lain dan saling mempengaruhi (L. Ma’rifatul Azizah, I. Zainuri, 2016)

Gangguan jiwa merupakan suatu penyakit yang disebabkan karena adanya kekacauan pikiran, persepsi dan tingkah laku di mana individu tidak mampu menyesuaikan diri dengan diri sendiri, orang lain, masyarakat, dan lingkungan. Pengertian seseorang tentang penyakit gangguan jiwa berasal dari apa yang diyakini sebagai faktor penyebabnya yang berhubungan dengan biopsikosial (Satria Lanri Simanjuntak & Nasution, 2017).

Prevalensi gangguan jiwa di seluruh dunia menurut data WHO, (World Health Organization) pada tahun 2019, terdapat 264 juta orang mengalami depresi, 45 juta orang menderita gangguan bipolar, 50 juta orang mengalami demensia, dan 20 juta orang jiwa mengalami skizofrenia. Meskipun prevalensi skizofrenia tercatat dalam jumlah yang relative lebih rendah dibandingkan prevalensi jenis gangguan jiwa lainnya berdasarkan National Institute of Mental Health (NIMH), skizofrenia merupakan salah satu dari 15 penyebab besar kecacatan di seluruh dunia, orang dengan skizofrenia memiliki kecenderungan lebih besar peningkatan resiko bunuh diri (NIMH, 2019). Data American Psychiatric Association (APA) tahun 2014 menyebutkan 1% populasi penduduk dunia menderita skizofrenia.

Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) pada 2018 menunjukkan bahwa prevalensi skizofrenia/psikosis di Indonesia sebanyak 7% per 1000 rumah tangga. Hal ini menunjukkan bahwa dari 1000 rumah tangga, terdapat 70 rumah tangga yang mempunyai anggota rumah tangga (ART) dengan pengidap skizofrenia/psikosis berat. Provinsi di Indonesia yang memiliki prevalensi tertinggi skizofrenia berturut-turut Bali sebesar 11,1%, Yogyakarta sebesar 10,4% sedangkan provinsi Jawa Timur mencapai 6,4% (Kementerian Kesehatan RI, 2019). Berdasarkan data tahun 2021 di RSPAL DR. Ramelan Surabaya, Jawa Timur ditemukan masalah keperawatan 5 bulan terakhir pada klien rawat inap yang berjumlah 2.875 orang, dengan rincian waham sebanyak 1,7% , halusinasi sebanyak 25% , riwayat perilaku kekerasan 52% , isolasi sosial: menarik diri 10% , harga diri rendah 8% , defisit perawatan diri 2,3% , resiko bunuh diri 1% .

Menurut jurnal (Wardani & Dewi, 2018) Salah satu faktor penyebab yang menjadi stresor seseorang mengalami gangguan jiwa adalah respon maladaptif terhadap stressor yang muncul dari dalam dan luar individu, sehingga mengakibatkan per-ubahan pola pikir, persepsi, tingkah laku dan perasaan yang berbeda dengan norma atau bu-daya yang ada, serta gangguan pada fungsi fisik dan sosial yang menimbulkan gejala kesulitan dalam berhubungan sosial dan kemampuan kerja. Salah satu diagnosis gangguan jiwa adalah Skizofrenia. Skizofrenia merupakan suatu penyakit yang mempengaruhi otak dan menyebabkan timbulnya pikiran, persepsi, emosi, gerakan dan perilaku aneh yang terganggu (Videbeck, 2018). Salah satu gejala umum skizofrenia yaitu adanya halusinasi atau gangguan persepsi sensori. Halusinasi adalah salah satu gejala gangguan jiwa dimana klien mengalami perubahan persepsi sensori, seperti merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan atau penglihatan. Klien merasakan stimulus yang sebetulnya tidak ada. Selain itu, perubahan persepsi sensori: halusinasi bisa juga diartikan sebagai persepsi sensori tentang suatu objek, gambaran, dan pikiran yang sering terjadi tanpa adanya rangsang dari luar meliputi semua sistem penginderaan (pendengaran, penglihatan, penciuman, perabaan, atau pengecapan) (Cook & Fontaine, dalam (Fitria, 2019).

Halusinasi pendengaran adalah jenis halusinasi yang paling banyak terjadi, diantaranya mendengar suara-suara, paling sering adalah suara manusia yang menyuruh untuk melakukan suatu tindakan (Videbeck, 2018).

Terapi yang dapat diberikan pada klien Skizofrenia yakni Assertiveness Training, Terapi Perilaku Token Ekonomi, Cognitive Behaviour Therapy,

Latihan Keterampilan Sosial (Social Skill Training, Terapi Thought Stopping, Cognitive Behavioral Social Skills Training (CBSST), Rational Emotive Behaviour Therapy, Terapi Perilaku: Modeling Partisipan, Terapi Kelompok Logoterapi Paradoxical Intension, Acceptance And Commitment Therapy (ACT), Terapi Aktivitas Kelompok, serta Terapi Kognitif, terapi tersebut bertujuan untuk meningkatkan aktivitas, mengurangi perilaku yang tidak diinginkan serta meningkatkan keterampilan sosial.

1.2 Rumusan Masalah

Untuk mengetahui lebih lanjut dari perawatan penyakit ini maka penulis akan melakukan kajian lebih lanjut dengan melakukan asuhan keperawatan Halusinasi dengan membuat rumusan masalah sebagai berikut “Bagaimana Asuhan Keperawatan Jiwa pada Tn. H dengan masalah keperawatan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran?”

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu mengidentifikasi asuhan keperawatan gangguan persepsi sensori pada Tn. H dengan halusinasi pendengaran di Ruang 6 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Penulis mampu melakukan pengkajian pada Tn. H dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran.
2. Penulis mampu merumuskan diagnosa keparawatan pada Tn. H dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran.

3. Penulis mampu menyusun intervensi keperawatan pada Tn. H dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran.
4. Penulis mampu melakukan implementasi pada Tn. H dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran.
5. Penulis mampu melakukan evaluasi pada Tn. H dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran.
6. Penulis mampu melakukan dokumentasi pada Tn. H dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Dengan pemberian asuhan keperawatan secara tepat, cepat dan efisien akan menghasilkan keluaran klinis yang baik pada pasien dengan halusinasi.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi pelayanan keperawatan di rumah sakit.

Hasil Karya Ilmiah Akhir ini dapat menjadi bahan pertimbangan oleh pihak rumah sakit untuk membuat kebijakan dalam upaya meningkatkan kualitas pelayanan asuhan keperawatan pada klien dengan halusinasi.

2. Bagi peneliti

Hasil penelitian ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi peneliti berikutnya, yang akan melakukan Karya Ilmiah Akhir pada asuhan keperawatan pada klien dengan halusinasi.

3. Bagi profesi kesehatan

Sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan

pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada klien dengan halusinasi.

4. Bagi keluarga dan pasien

Karya Ilmiah Akhir ini sebagai bahan penyuluhan kepada keluarga tentang halusinasi, serta keluarga mampu merawat klien dengan halusinasi di rumah. Selain itu agar keluarga mampu memberikan perawatan di rumah pada klien dengan halusinasi.

1.5 Metode Penulisan

1.5.1 Metode

Metode yang digunakan dalam Karya Ilmiah Akhir ini adalah deskriptif, dimana penulis menggambarkan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Anemia melalui pendekatan proses keperawatan meliputi pengkajian, perumusan diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan hingga evaluasi.

1.5.2 Teknik Pengumpulan Data

1. Wawancara

Data diambil atau diperoleh melalui percakapan baik dengan pasien, keluarga, maupun tim kesehatan lain.

2. Observasi

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

3. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium serta pemeriksaan penunjang lainnya yang dapat menegakkan diagnose dan penanganan selanjutnya.

1.5.3 Sumber Data

1. Data Primer

Adalah data yang di peroleh dari pasien.

2. Data Sekunder

Adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat dengan pasien, catatan medic perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain.

3. Studi kepustakaan

Yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul karya tulis dan masalah yang dibahas.

1.6 Sistematika Penulisan

Dalam studi kasus secara keseluruhan dibagi dalam 3 bagian, yaitu :

1. Bagian awal memuat halaman judul, abstrak penulisan, persetujuan pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi, daftar gambar dan daftar lampiran dan abstraksi.

2. Bagian inti meliputi 5 bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini:

Bab 1 Pendahuluan, berisis tentang latar belakang masalah, tujuan, manfaat penelitian, dan sistematika penulisan Karya Ilmiah Akhir

Bab 2 Tinjauan Pustaka, berisi tentang kosep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan pasien dengan diagnosa medis Anemia, serta kerangka masalah.

Bab 3 Tinjauan Kasus berisis tentang diskripsi data hasil pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

Bab 4 Pembahasan berisi tentang perbandingan antara teori dengan kenyataan yang ada dilapangan serta menganalisa sesuai dengan penelitian/ literatur yang sesuai.

Bab 5 Penutup, berisi tentang simpulan dan saran

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

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Halusinasi

2.1.1 Pengertian

Gangguan persepsi sensori: halusinasi merupakan suatu masalah keperawatan yang ditemukan pada pasien gangguan jiwa. Bagian ini berisi pedoman agar perawat dapat memberikan asuhan keperawatan pada pasien yang mengalami halusinasi.

Halusinasi adalah salah satu gejala gangguan jiwa pada individu yang ditandai dengan perubahan sensori persepsi; merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan atau penghiduan. Pasien merasakan stimulus yang sebenarnya tidak ada (Keliat, 2016).

2.1.2 Etiologi

1. Faktor Predisposisi

a. Biologis

Gangguan perkembangan dan fungsi otak, susunan syaraf-syaraf pusat dapat menimbulkan gangguan realita. Gejala yang mungkin timbul adalah: hambatan dalam belajar, berbicara, daya ingat dan muncul perilaku menarik diri.

b. Psikologis

Keluarga pengasuh dan lingkungan Pasien sangat mempengaruhi respons psikologis Pasien, sikap atau keadaan yang dapat mempengaruhi gangguan orientasi realitas adalah: penolakan atau tindakan kekerasan dalam rentang hidup Pasien.

c. Sosial budaya

Kondisi sosial budaya mempengaruhi gangguan orientasi realita seperti: kemiskinan, konflik sosial budaya (perang, kerusuhan, bencana alam) dan kehidupan yang terisolasi disertai stress.

2. Faktor Presipitasi

Secara umum Pasien dengan gangguan halusinasi timbul gangguan setelah adanya hubungan yang bermusuhan, tekanan, isolasi, perasaan tidak berguna, putus asa dan tidak berdaya

2.1.3 Jenis dan Isi Halusinasi

Berikut ini adalah jenis halusinasi menurut data objektif dan subjektifnya. Data objektif dapat dikaji dengan cara mengobservasi perilaku pasien sedangkan data subjektif dapat dikaji dengan melakukan wawancara dengan pasien. Melalui data ini perawat dapat mengetahui isi halusinasi pasien.

Tabel 2.1 Jenis dan Isi Halusinasi

Jenis halusinasi	Data objektif	Data subjektif
Dengar/suara	Bicara atau tertawa sendiri. Marah-marah tanpa sebab. Mencodongkan telinga ke arah tertentu. Menutup telinga.	Mendengar suara-suara atau kegaduhan. Mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap Mendengar suara memerintah Melakukan sesuatu yang berbahaya
Penglihatan	Menunjuk-nunjuk ke arah tertentu. Ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas.	Melihat bayangan, sinar, bentuk geometris, bentuk kartun, melihat hantu atau monster.
Penghidu	Tampak seperti sedang mencium bau-bauan tertentu. Menutup hidung	Mencium bau-bauan seperti bau darah, urine, feses, terkadang bau yang menyenangkan.
Pengecapan	Sering meludah Muntah	Merasakan rasa seperti darah, urine atau feses
Perabaan	Menggaruk-garuk permukaan kulit	Mengatakan ada serangga di permukaan kulit

		Merasa seperti tersengat listrik
--	--	----------------------------------

Perawat juga perlu mengkaji waktu, frekuensi, dan situasi munculnya halusinasi yang dialami oleh pasien. Kapan halusinasi terjadi? Jika mungkin jam berapa? Frekuensi terjadinya apakah terus menerus atau hanya sekali? Situasi terjadinya, apakah jika sedang sendiri, atau setelah terjadi kejadian tertentu? Hal ini dilakukan untuk menentukan intervensi khusus pada waktu terjadinya halusinasi dan untuk menghindari situasi yang menyebabkan munculnya halusinasi sehingga pasien tidak larut dengan halusinasinya. Dengan mengetahui frekuensi terjadinya halusinasi, tindakan untuk mencegah terjadinya halusinasi dapat direncanakan (Keliat, 2016).

2.1.4 Manifestasi Klinis

1. Tahap I
 - a. Menyeringai atau tertawa yang tidak sesuai
 - b. Menggerakkan bibirnya tanpa menimbulkan suara
 - c. Gerakan mata yang cepat
 - d. Respon verbal yang lambat
 - e. Diam dan dipenuhi sesuatu yang mengasyikkan
2. Tahap II
 - a. Peningkatan sistem saraf otonom yang menunjukkan ansietas misalnya peningkatan nadi, pernafasan dan tekanan darah
 - b. Penyempitan kemampuan konsentrasi
 - c. Dipenuhi dengan pengalaman sensori dan mungkin kehilangan kemampuan untuk membedakan antara halusinasi dengan realitas.
3. Tahap III

- a. Lebih cenderung mengikuti petunjuk yang diberikan oleh halusinasinya dari pada menolaknya
 - b. Kesulitan dalam berhubungan dengan orang lain
 - c. Rentang perhatian hanya beberapa menit atau detik
 - d. Gejala fisik dari ansietas berat seperti berkeringat, tremor, ketidakmampuan untuk mengikuti petunjuk
4. Tahap IV
- a. Prilaku menyerang teror seperti panik
 - b. Sangat potensial melakukan bunuh diri atau membunuh orang lain
 - c. Kegiatan fisik yang merefleksikan isi halusinasi seperti amuk, agitasi, menarik diri atau katatonik
 - d. Tidak mampu berespon terhadap petunjuk yang kompleks
 - e. Tidak mampu berespon terhadap lebih dari satu orang.

2.1.5 Tanda dan Gejala

Menurut (Imelisa et al., 2013), gejala halusinasi adalah:

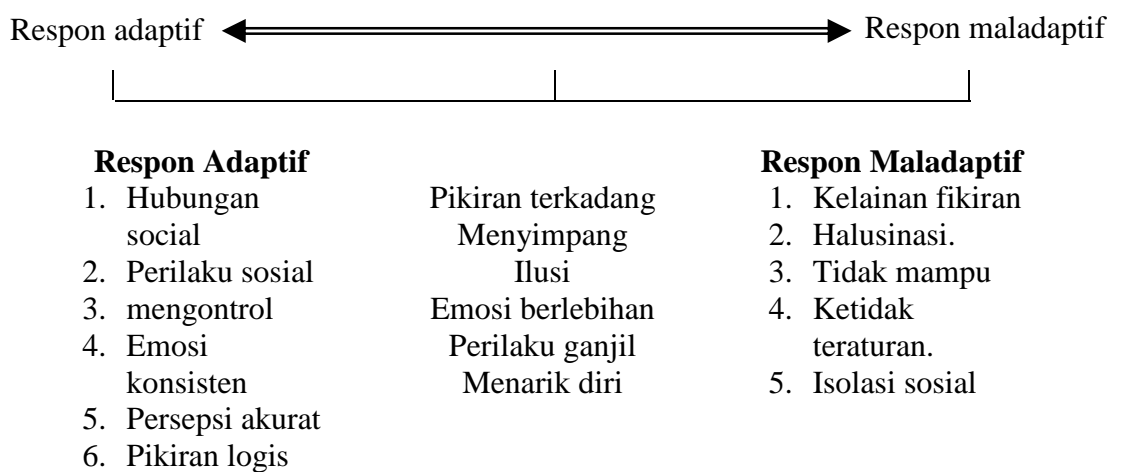
1. Bicara, senyum, tertawa sendiri
2. Menggerakkan bibir tanpa suara
3. Pergerakan mata yang cepat
4. Respon verbal lambat
5. Menarik diri dan menghindar dari orang lain
6. Tidak dapat membedakan mana yang nyata dan mana yang tidak nyata
7. Terjadi peningkatan denyut jantung, pernapasan, dan tekanan darah
8. Perhatian dengan lingkungan kurang
9. Sulit berhubungan dengan orang lain

10. Ekspresi muka tegang, mudah tersinggung, jengkel dan marah
11. Tidak mampu mengikuti perintah perawat
12. Tampak tremor dan berkeringat
13. Perilaku panik agitasi atau katakon
14. Tidak dapat mengurus diri sendiri

2.1.6 Rentang Respon

Halusinasi merupakan salah satu respon meladatif individu yang berbeda dalam rentang respon neurobiolog. Individu yang sehat persepsinya akurat mampu mengidentifikasi stimulus berdasarkan informasi yang diterima melalui panca indera (pendengaran, penglihatan, pengecap, penghidu dan perabaan) sedangkan pasien dengan halusinasi mempersiapkan suatu stimulus panca indera walaupun sebenarnya stimulus tersebut tidak ada.

Gambar 2.1 Rentang Respon Halusinasi



Keterangan:

1. Respon adaptif

Respon adaptif adalah respon yang dapat diterima norma-norma sosial budayayang berlak dengan kata lain individu tersebut dalam batas normal

jika menghadapi suatu masalah akan dapat memecahkan masalah tersebut, respon adaptif.

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

2. Respon psikososial

Respon psikososial meliputi:

- a. Proses pikir terganggu adalah proses pikir yang menimbulkan gangguan.
- b. Ilusi adalah miss interpretasi/penilaian yang salah tentang penerapanyang benar-benar terjadi (objek nyata) karena rangsangan panca indera.
- c. Emosi berlebihan atau berkurang.
- d. Perilaku tidak biasa adalah sikap dan tingkah laku yang melebihi bataskewajaran.
- e. Menarik diri adalah percobaan untuk menghindari interaksi dengan orang lain.

3. Respon maladaptif

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

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

2.1.7 Fase-Fase Halusinasi, Karakteristik, dan Perilakunya

Tabel 2.2 Fase-Fase Halusinasi, Karakteristik, dan Perilakunya

Fase Halusinasi	Karakteristik	Prilaku Pasien
FASE 1 : <i>Comforting</i> Ansietas sedang, Halusinasi menyenangkan	Pasien mengalami perasaan mendalam seperti ansietas, kesepian, rasa bersalah takut dan mencoba untuk berfokus pada pikiran yang menyenangkan untuk meredakan ansietas. Individu mengenali bahwa pikiran-pikiran dan pengalaman sensorial jika ansietas dapat ditangani. Non spikotik	Tersenyum atau tertawa yang tidak sesuai, menggerakkan bibir tanpa suara, pergerakan mata yang cepat, respon verbal yang lambat jika sedang asik, diem dan asik sendiri.
FASE 2 : <i>Condemni</i> Ansietas berat, Halusinasi menjadi menjijikan	Pengalaman sensorial yang menjijikan dan menakutkan pasien mulai lepas kendali dan mungkin mencoba untuk mengambil jarak dirinya dengan sumber yang dipersepsikan. Pasien	Meningkatnya sistem saraf otonom akibat ansietas seperti peningkatan denyut jantung, pernafasan dan tekanan darah. Rentang perhatian

	<p>mungkin mengalami dipermalukan oleh pengalaman sensori dan menarik diri dari orang lain.</p> <p>Psikotik ringan</p>	<p>menyempit. Asik dengan pengalaman sensori dan kehilangan kemampuan membedakan halusinasi dengan realita.</p>
<p>FASE 3 : <i>Controling</i> Ansietas berat, pengalaman sensori menjadi berkuasa</p>	<p>Pasien berhenti menghentiksn perlawanan terhadap halusinasi dan menyerah terhadap halusinasi tersebut. Isi halusinasi menjadi menarik. Pasien mungkin mengalami pengalaman kesepian jika sensori halusinasi berhenti.</p> <p>Psikotik</p>	<p>Kemampuan yang dikendalikan halusinasi akan lebih diikuti. Kesukaran berhubungan dengan orang lain. Rentang perhatian hanya beberapa detik atau menit. Adanya tanda-tanda fisik ansietas berat : berkeringat, tremor, tidak mampu mematuhi perintah.</p>
<p>FASE 4 : <i>Conquering</i>, panik umumnya menjadi melebur dalam halusinasi</p>	<p>Pengalaman sensori menjadi mengancam jika pasien mengikuti perintah halusinasi. Halusinasi berakhir dari beberapa jam atau hari jika tidak ada intervensi terapeutik</p>	<p>Prilaku teror akibat panik. Potensi kuat suicide atau homicide, aktivitas fisik merefleksikan isi halusinasi seperti perilaku kekerasan, agitasi, menarik diri atau katatonia. Tidak mampu berespon terhadap perintah yang kompleks. Tidak mampu berespon lebih dari satu orang.</p>

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengkajian

Menurut Stuart (2009) pengkajian keperawatan jiwa dengan halusinasi meliputi :

1. Identitas Klien
 - a. Initial : Halusinasi dapat dialami pada laki laki maupun perempuan
 - b. Umur : Toddler-lansia
 - c. Pekerjaan : Pekerjaan yang mempunyai tingkat stressor yang besar.
 - d. Pendidikan : Orang yang mempunyai tingkat pendidikan yang rendah lebih rentan mengalami halusinasi.
2. Alasan Masuk

Sesuai diagnosa awal klien ketika pertama kali masuk rumah sakit
3. Faktor predisposisi

Faktor predisposisi atau faktor yang mendukung terjadinya halusinasi menurut Stuart (2013) adalah :

 - a. Faktor biologis

Pada keluarga yang melibatkan anak kembar dan anak yang diadopsi menunjukkan peran genetik pada schizophrenia. Kembar identik yang dibesarkan secara terpisah mempunyai angka kejadian schizophrenia lebih tinggi dari pada saudara sekandung yang dibesarkan secara terpisah.
 - b. Faktor psikologis

Hubungan interpersonal yang tidak harmonis akan mengakibatkan stress dan kecemasan yang berakhir dengan gangguan orientasi realita. c. Faktor sosial budaya Stress yang menumpuk awitan schizophrenia dan gangguan psikotik lain, tetapi tidak diyakini sebagai penyebab utama gangguan.
4. Faktor presipitasi

Faktor presipitasi atau faktor pencetus halusinasi menurut Stuart (2009) adalah:

a. Biologis

Stressor biologis yang berhubungan dengan respon neurobiologis maladaptif adalah gangguan dalam komunikasi dan putaran umpan balik otak dan abnormalitas pada mekanisme pintu masuk dalam otak, yang mengakibatkan ketidakmampuan untuk secara selektif menanggapi stimulus.

b. Lingkungan

Ambang toleransi terhadap stres yang ditentukan secara biologis berinteraksi dengan stresor lingkungan untuk menentukan terjadinya gangguan perilaku.

c. Stres sosial / budaya

Stres dan kecemasan akan meningkat apabila terjadi penurunan stabilitas keluarga, terpisahnya dengan orang terpenting atau disingkirkan dari kelompok.

d. Faktor psikologik

Intensitas kecemasan yang ekstrem dan memanjang disertai terbatasnya kemampuan mengatasi masalah dapat menimbulkan perkembangan gangguan sensori persepsi halusinasi.

e. Mekanisme koping

Menurut Stuart (2013) perilaku yang mewakili upaya untuk melindungi pasien dari pengalaman yang menakutkan berhubungan dengan respons neurobiologis maladaptif meliputi : regresi, berhubungan dengan masalah

proses informasi dan upaya untuk mengatasi ansietas, yang menyisakan sedikit energi untuk aktivitas sehari-hari. Proyeksi, sebagai upaya untuk menjelaskan kerancuan persepsi dan menarik diri.

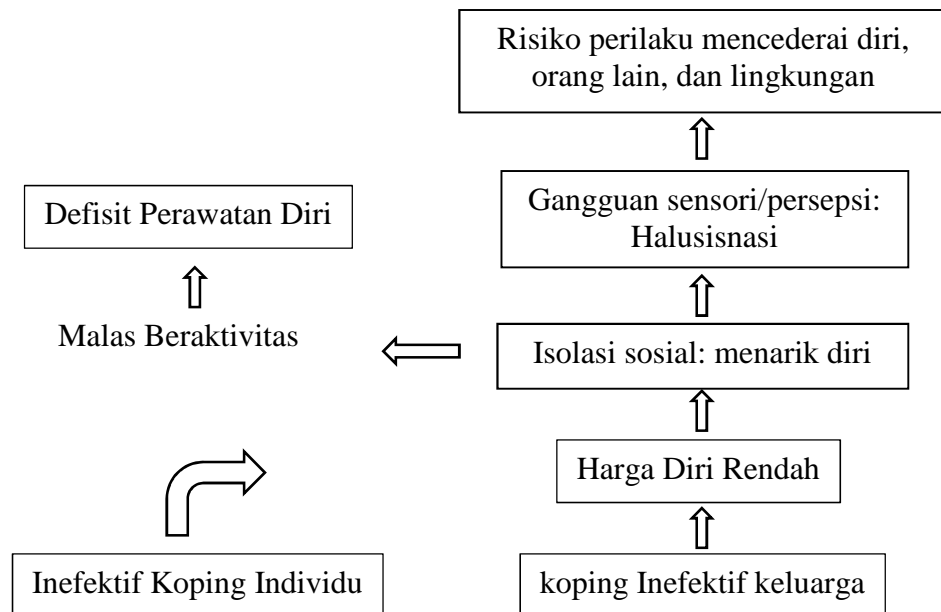
f. Sumber koping

Menurut Stuart (2013) sumber koping individual harus dikaji dengan pemahaman tentang pengaruh gangguan otak pada perilaku. Orang tua harus secara aktif mendidik anak-anak dan dewasa muda tentang keterampilan koping karena mereka biasanya tidak hanya belajar dari pengamatan. Disumber keluarga dapat pengetahuan tentang penyakit, finansial yang cukup, faktor ketersediaan waktu dan tenaga serta kemampuan untuk memberikan dukungan secara berkesinambungan.

g. Perilaku halusinasi

Menurut Towsend (2016), batasan karakteristik halusinasi yaitu bicara teratawa sendiri, bersikap seperti mendengar sesuatu, berhenti bicara ditengah – tengah kalimat untuk mendengar sesuatu, disorientasi, pembicaraan kacau dan merusak diri sendiri, orang lain serta lingkungan.

5. Pohon Masalah



Gambar 2.2 Pohon Masalah Halusinasi

2.2.2 Diagnosis Keperawatan

Menurut SDKI (2016) diagnosa keperawatan utama pada klien dengan perilaku halusinasi adalah Gangguan sensori persepsi: Halusinasi (pendengaran, penglihatan, pengiduan dan perabaan), (D.0085) kategori : psikologis, subkategori : integritas ego. Sedangkan diagnosa keperawatan terkait lainnya adalah :

1. Koping individu inefektif (D.0096)
2. Harga diri rendah (D.0086)
3. Isolasi sosial: menarik diri (D.0121)
4. Risiko perilaku mencederai diri, orang lain, dan lingkungan (D.0146)

2.2.3 Intervensi Keperawatan

Gangguan sensori persepsi: Halusinasi (pendengaran, penglihatan, pengiduan dan perabaan) (D.0085).

1. Tujuan Asuhan Keperawatan

1. 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 mengendalikan halusinasi yang tepat

2. Psikomotor, klien mampu :

- 1) Melawan halusinasi dengan menghardik
- 2) Mengabaikan halusinasi dengan sikap 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 kadaluarsa, dan benar dokumentasi

3. Afektif , klien mampu :

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

2. Tindakan keperawatan pada klien

- a. Pengkajian : kaji tanda dan gejala halusinasi, penyebab dan kemampuan klien mengatasinya. Jika ada halusinasi katakan anda percaya, tetapi anda sendiri tidak mendengar/melihat/menghidu/merasakan.
- b. Diagnosis : jelaskan proses terjadinya halusinasi
- c. Tindakan keperawatan :
 - 1) Tidak mendukung dan membantah halusinasi klien

- 2) Latih klien melawan halusinasi dengan menghardik
 - 3) Latih klien mengabaikan halusinasi dengan bersikap cuek
 - 4) Latih klien mengalihkan halusinasi dengan bercakap cakap dan melakukan kegiatan secara teratur
 - 5) Latih klien minum obat dengan prinsip 8 benar, yaitu : benar nama klien, benar nama obat, benar manfaat obat, benar dosis obat, benar frekuensi, benar cara, benar tanggal kadaluarsa, dan benar dokumentasi.
 - 6) Diskusikan manfaat yang didapatkan setelah mempraktikkan latihan pengendalian halusinasi
 - 7) Berikan pujian pada klien saat mampu mempraktikkan latihan pengendalian halusinasi.
3. Tindakan 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 merintah kekerasan, serta melakukan *follow up* ke pelayanan kesehatan secara teratur.

2.2.4 Implementasi

Strategi pelaksanaan pada pasien :

1. SP 1 Membina hubungan saling percaya, membantu pasien mengenali halusinasinya dan mengajarkan cara menghardik halusinasi.

Membina Hubungan Saling Percaya

- a. Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik
 - 1) Sapa pasien dengan ramah baik verbal maupun non verbal
 - 2) Perkenalkan nama, nama panggilan dan tujuan perawat berkenalan
 - 3) Tanyakan nama lengkap dan nama panggilan yang disukai pasien
 - 4) Buat kontrak yang jelas
 - 5) Tunjukkan sikap empati dan menerima apa adanya
 - 6) Beri perhatian kepada pasien dan perhatikan kebutuhan dasar pasien
- b. Beri kesempatan pasien untuk mengungkapkan perasaannya
- c. Dengarkan ungkapan pasien dengan penuh perhatian ekspresi perasaan pasien

Membantu Pasien Mengenali Halusinasinya

- a. Adakan kontak sering dan singkat secara berharap

- b. Observasi tingkah laku pasien terkait halusinasinya (dengar, lihat, penghidu, raba, kecap), jika menemukan pasien yang sedang halusinasi: bicara dan tertawa tanpa stimulus, memandang ke kanan/kekiri/ kedepan seolah-olah ada teman bicara
- c. Bantu pasien mengenal halusinasinya
- 1) Jika menemukan pasien sedang halusinasinya, tanyakan apakah ada bisikan yang didengar atau melihat bayangan yang tanpa wujud atau merasakan sesuatu yang tidak ada wujudnya.
 - 2) Jika pasien menjawab ada, lanjutkan apa yang dialaminya tentang adanya pengalaman halusinasi.
 - 3) Katakan bahwa perawat percaya pasien mengalami hal tersebut namun perawat sendiri tidak mengalaminya (dengan nada bersahabat tanpa menuduh atau menghakimi)
 - 4) Katakana bahwa pasien lain juga ada yang seperti pasien
 - 5) Katakana bahwa perawat akan membantu pasien
- d. Jika pasien tidak sedang berhalusinasi klarifikasi tentang adanya pengalaman halusinasi, diskusikan dengan pasien :
- 1) Isi, waktu dan frekuensi terjadinya halusinasi (pagi, siang, sore, malam atau sering dan kadang – kadang)
 - 2) Situasi dan kondisi yang menimbulkan atau tidak menimbulkan atau tidak menimbulkan halusinasi
- e. Diskusikan dengan pasien yang dirasakan jika terjadi halusinasi (marah takut, sedih, senang, bingung) beri kesempatan mengungkapkan perasaan

- f. Diskusikan dengan pasien apa yang dilakukan untuk mengatasi perasaan tersebut
 - g. Diskusikan tentang dampak yang akan dialaminya bila pasien menikmati halusinasinya
2. SP 2 Mengajarkan cara menghardik halusinasi.
- a. Identifikasi bersama pasien cara tindakan yang dilakukan jika terjadi halusinasi (tidur, marah, menyibukkan diri, dll)
 - b. Diskusikan cara yang digunakan pasien
 - 1) Jika cara yang digunakan adaptif beri pujian
 - 2) Jika cara yang digunakan maladaptive diskusikan kerugian cara tersebut.
 - c. Diskusikan cara baru untuk memutus/mengontrol timbulnya halusinasi:
 - 1) Menghardik halusinasi : katakan pada diri sendiri bahwa ini tidak nyata (“saya tidak mau dengar/lihat/penghidu/raba/kecap pada saat halusinasi terjadi”)
 - 2) Memberikan pendidikan kesehatan tentang penggunaan obat untuk mengendalikan halusinasi
3. SP 3 Mengajarkan menyusun jadwal kegiatan sehari hari
- a. Identifikasi bersama pasien cara tindakan yang dilakukan jika terjadi halusinasi (tidur, marah, menyibukkan diri, dll)
 - b. Diskusikan cara yang digunakan pasien
 - 1) Jika cara yang digunakan adaptif beri pujian
 - 2) Jika cara yang digunakan maladaptive diskusikan kerugian cara tersebut.

- c. Diskusikan cara baru untuk memutus/mengontrol timbulnya halusinasi:
 - 1) Membuat dan melaksanakan jadwal kegiatan sehari-hari yang telah disusun
4. SP 4 Mengajarkan bercakap cakap dengan orang lain
 - a. Identifikasi bersama pasien cara tindakan yang dilakukan jika terjadi halusinasi (tidur, marah, menyibukkan diri, dll)
 - b. Diskusikan cara yang digunakan pasien
 - 3) Jika cara yang digunakan adaptif beri pujian
 - 4) Jika cara yang digunakan maladaptive diskusikan kerugian cara tersebut.
 - c. Diskusikan cara baru untuk memutus/mengontrol timbulnya halusinasi:
 - 1) Menemui orang lain (perawat atau teman atau anggota keluarga) untuk mencurigakan tentang halusinasinya/bercakap-cakap
5. SP 5 Melatih pasien patuh 8 benar minum obat
 - a. Diskusikan dengan pasien tentang manfaat dan kerugian tidak minum obat, nama, warna, dosis, cara efek terapi dan efek samping penggunaan obat.
 - b. Pantau pasien saat penggunaan obat
 - c. Anjurkan pasien minta sendiri obat pada perawat agar dapat merasakan manfaatnya
 - d. Beri pujian jika pasien menggunakan obat dengan benar
 - e. Diskusikan akibat berhenti minum obat tanpa konsultasi dengan dokter
 - f. Anjurkan pasien untuk konsultasi kepada dokter/perawat jika terjadi hal – hal yang tidak diinginkan

2.2.5 Evaluasi

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

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan jiwa dengan halusinasi pendengaran, maka pada bab 3 penulis mengajukan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 26 Oktober 2020 sampai dengan 30 Oktober 2020 dengan data pengkajian pada tanggal 26 Oktober 2021 pukul 08.00 WIB. Anamnese diperoleh dari pasien dan file No.Register 102xxx sebagai berikut :

3.1 Pengkajian

3.1.1 Identitas Pasien

Klien adalah seorang pria bernama “Tn.H” usia 26 tahun, beragama islam, bahasa yang sering digunakan adalah bahasa Indonesia dan bahasa Jawa. Status perkawinan pasien saat ini belum menikah, saat ini pasien tidak bekerja dan lulusan SD, pasien mengatakan tinggal di Kediri. Pasien MRS di Ruang 6 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya tanggal 20 Oktober 2020.

3.1.2 Alasan Masuk

Pasien datang ke IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya pada tanggal 20 Oktober 2021 oleh keluarganya, pasien sering marah-marah dirumah memarahi keluarga

Keluhan utama : Pada saat dikaji pasien senyum-senyum sendiri, berbicara sendiri,dan sering marah -marah

3.1.3 Faktor Predisposisi

1. Riwayat Gangguan Jiwa di masa lalu

Pasien sebelumnya pernah mengalami gangguan jiwa dikarenakan pasien merasa ada suara perempuan memanggil-manggil di masa lalunya. Dan pernah di rawat di Ruang 6 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

Masalah Keperawatan : Halusinasi

2. Riwayat pengobatan sebelumnya

Pasien sebelumnya pernah mengonsumsi obat-obatan yang berhubungan dengan gangguan jiwa dan tidak minum obat secara rutin.

Masalah Keperawatan : Ketidapatuhan

3. Pengalaman masa lalu berkaitan dengan perilaku kekerasan

Pasien mengatakan marah memukuli keluarganya.

Masalah Keperawatan : Resiko perilaku kekerasan

4. Riwayat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa

Saat di Tanya “apakah ada keluarga yang mengalami penyakit seperti mas H?” pasien mengatakan “Di keluarga saya, ibu saya mengalami sakit gangguan jiwa sejak saya kecil mas, kira – kira usia 10 tahun an. saya tidak tahu penyebab ibu saya stress”

Masalah Keperawatan : Koping keluarga tidak efektif

5. Riwayat masa lalu yang tidak menyenangkan

Saat di kaji pasien mengatakan “saya pernah mengalami sakit waktu setelah jatuh dari sepeda motor dibonceng pakde saya”

“Saya ditinggal pergi oleh bapak saya sejak kecil, sehingga saya kurang mendapatkan perhatian dari seorang bapak mas”

“Sejak kecil saya dirawat oleh nenek saya karena ibu saya sakit stress mas, saya tidak tahu ibu saya kok bisa stress”

“Saya bekerja sebagai loper koran. Bos saya menuntut target setoran sehingga saya sering mencuri uang nenek saya”

“Saya kehilangan pakde saya mas pak de saya meninggal”

“Saya pernah dipukul oleh pamas saya mas, waktu itu karna mencuri uang nenek saya”

Masalah Keperawatan : Resiko perilaku kekerasan

3.1.4 Pemeriksaan Fisik

1. Keadaan Umum :

DS : “Keadaan saya baik-baik saja mas”

DO :

- Klien kooperatif
- Pandangan mata tertuju pada pengkaji
- Cara berjalan pasien simetris

2. Tanda Vital

TD : 120/80 mm/Hg

N : 80x/menit

S : 36,2 °C

RR : 20x/menit

3. Ukur: BB : 58kg TB: 158 cm

4. Keluhan Fisik:

DS :

“Saya merasa baik-baik saja, tidak ada keluhan fisik yang saya rasakan”

DO :

- Tidak terdapat luka trauma pada tubuh pasien
- Cara berjalan pasien normal

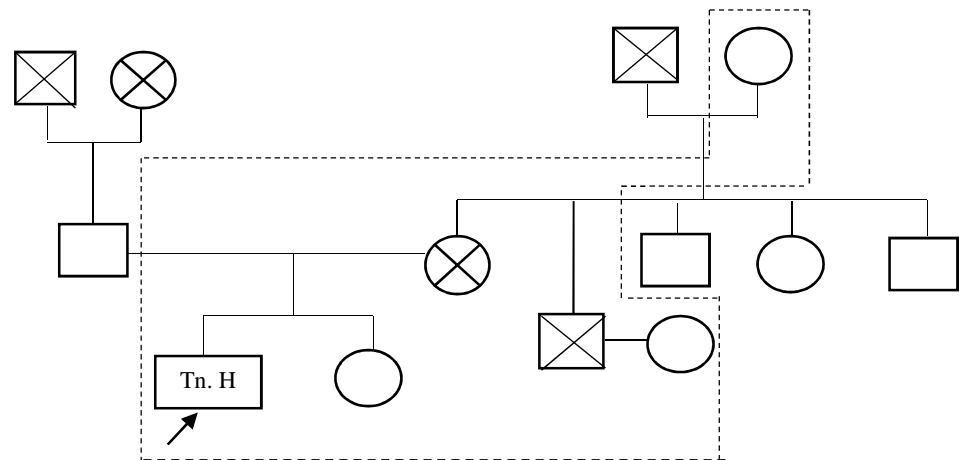
5. Pemeriksaan Fisik

- Wajah : simetris, rambut berwarna hitam, tidak terdapat bekas luka, tidak terdapat benjolan pada kepala
- Telinga : simetris, warna kulit telinga sama dengan warna kulit wajah, tidak terdapat lesi dan massa, tidak ada gangguan pendengaran
- Mata : konjungtiva tidak anemis, sklera ikterik, tidak ada nyeri tekan pada mata
- Hidung : simetris, tidak ada sekret, tidak ada bekas luka pada hidung.
- Dada : bentuk normal chest, s1 s2 tunggal, nyeri tekan (-), suara paru vesikuler
- Abdomen : I = perut simetris, A = bising usus (+) 12 x/menit, P = timpani, P = tidak ada nyeri tekan
- Integumen : turgor kulit < 2detik, kulit bersih, warna kulit pasien sawo matang.

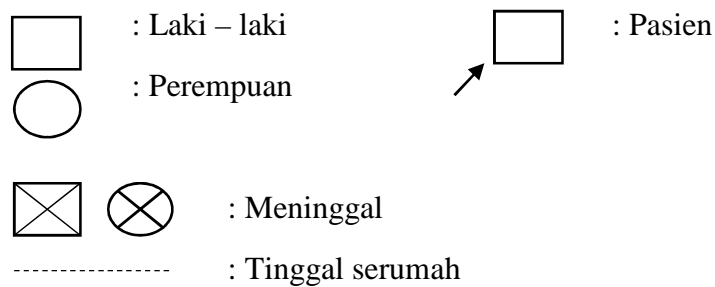
Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah

3.1.5 Pengkajian Psikososial

1. Genogram



Keterangan :



Gambar 3.1 Genogram

DS :

“Saya tinggal bersama nenek, pakde, budhe dan adik perempuannya, ibunya meninggal sejak di SMA. Ayah saya pergi entah kemana sejak saya kecil. Orang terdekat saya adalah pakde saya. Namun sudah 2 minggu ini pakde saya meninggal. Yang dominan mengambil keputusan yaitu bulek saya. Bulek saya adalah adik dari ibu saya”

DO :

- Pasien menceritakan kehidupannya dirumah
- Pasien menggambarkan silsilah keluarga dengan tulisan kemudian dijelaskan oleh pasien.

2. Konsep diri

a. Citra tubuh

DS :

“Saya merasa merasa sangat bersyukur terhadap apa yang diberikan Allah kepada saya, saya memiliki bagian tubuh yang paling saya sukai yaitu rambut soalnya hitam mas, tetapi semuanya sama – sama saya sukai. saya tidak membenci bagian dari tubuh saya”

DO :

- Pasien senang memegang rambutnya
- Pasien bersyukur dengan apa yang dimiliki
- Pasien tidak pernah mengeluh tentang kondisi fisiknya.
- Pasien tidak pernah menyesali kondisi tubuhnya.

b. Identitas

DS :

“Nama saya Heri, umur saya 26 tahun. Alamat rumah saya di Kediri, saya berjenis kelamin laki-laki. Saya bersyukur menjadi orang laki – laki mas”

DO :

- Pasien mampu menjelaskan identitasnya
- Ada kontak mata
- Verbal terarah

c. Peran

DS :

1) Di rumah

“Saya di rumah sebagai anak pertama dari 2 bersaudara, saya dirumah membantu pakde dan bulek saya, pekerjaan saya sebagai loper koran”

2) Di Rumah Sakit

“Selama disini saya berperan sebagai pasien, saya disini ingin hidup jadi lebih baik, pingin sembuh mas, makanya saya sering bantu – bantu disini mas”

DO :

- Pasien mampu menjelaskan perannya di rumah dan dirumah sakit
- Di rumah sakit : pasien sering melaksanakan aktivitas seperti menyapu, mengepel, membantu menyiapkan makanan, mencuci piring setelah makan, dan membantu mengisi air galon.

d. Ideal diri

DS :

“saya memiliki cita – cita menjadi pegawai mas, saya dulu pernah ikut kursus komputer mas, tapi cuma 1 tahun.

“Saya ingin cepat pulang dan bertemu keluarga saya”

“Saya ingin hidup saya jadi jauh lebih baik mas”

DO :

- Pasien mampu menjelaskan ideal dirinya
- Kontak mata pasien fokus pada lawan bicara
- Verbal terarah

e. Harga diri

DS :

“Terkadang saya merasa minder apabila berkumpul dengan orang atau teman-teman saya, tetangga saya, karena saya kan dirawat di rumah sakit jiwa”

“Saya merasa sedih ketika saya kehilangan pakde saya”

DO :

- Pasien mampu mengungkapkan perasaannya
- Ekspresi wajah pasien tampak sedih
- Pasien menundukkan kepala dan pandangan

Masalah Keperawatan : Harga diri rendah

3. Hubungan sosial

a. Orang yang paling berarti atau terdekat:

DS :

“Saya paling dekat dengan pakde saya, pakde saya sudah saya anggap seperti ayah saya sendiri”

“Disini saya merasa senang karena mempunyai banyak teman”

“kalau disini saya paling dekat dengan pak H. Dan perawat – perawat disini”

DO :

- Pasien mengobrol dengan temannya
- Pasien kooperatif dengan perawat dan pasien – pasien lainnya
- Pasien antusias membantu perawat dan pasien lain dalam menyiapkan makanan.

b. Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat:

DS :

“Saya disini ikut membantu atau melakukan aktivitas seperti mengepel, menyapu, dan mencuci piring, membantu pasien lain yang tidak mau mandi ”

DO :

- Pasien menjelaskan perannya di rumah sakit
- Setiap ada kegiatan diruangan pasien selalu berantusias membantu kegiatan : menyapu, mengepel, menyiapkan sajian makan, mencuci piring dan membantu pasien lain yang tidak mau mandi.
- Pasien mampu memimpin senam berkelompok

c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain

DS :

“Saya sangat senang mempunyai banyak teman”

“Saya merasa senang ketika ada temannya untuk ngobrol, tetapi saya kadang gak mau mengajak bicara duluan mas”

DO :

- Pasien senang bila diajak bicara oleh orang lain
- Pasien enggan untuk memulai pembicaraan
- Pasien terkadang duduk menyendiri dan melamun

Masalah keperawatan : Isolasi Sosial : menarik diri

4. Spiritual

a. Nilai dan keyakinan

DS :

“Saya beragama islam, saya meyakini bahwa Tuhan saya Allah, Nabi Muhammad utusan Allah ”

“Selama disini saya tidak pernah sholat, kalau dirumah sholat sering bolong-bolong mas”

“ nanti saja mas sholatnya “

DO :

- Pasien beragama islam
- Pasien bersyukur dengan keadaannya sekarang
- Setiap diingatkan untuk sholat, pasien selalu menolak dengan halus

b. Kegiatan ibadah

DS :

“Saya tidak pernah beribadah selama disini, kadang saya sholat tetapi jarang-jarang”

DO :

- Pasien menjelaskan kegiatannya beribadah

Masalah keperawatan : Distress Spiritual

3.1.6 Status Mental

1. Penampilan

DS :

“Saya mandi 2x sehari, saya mandi menggunakan sabun mandi, lalu gosok gigi dengan pasta gigi dan sikat gigi”

DO :

- Pasien mampu menjelaskan personal hygiene dirinya

- Pasien mengenakan baju berwarna ungu tua dan celana berwarna ungu muda.
- Kerah baju (kaos) pasien tertata rapi
- Warna kulit pasien sawo matang
- Rambut pasien terpotong rapi, tidak ada ketombe atau kutu.
- Warna rambut pasien hitam.
- Telinga pasien : tidak ada serumen
- Gigi pasien putih bersih
- Tidak ada kotoran pada ujung mata pasien.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah

2. Interaksi selama wawancara

DS :

“Saya dibawa kesini dengan bulek dan adik saya perempuan saya”

“mas di sini praktek toh mas? Dari sekolah mana?”

DO :

- Pasien kooperatif
- Pasien menjawab pertanyaan dengan tepat
- Verbal terarah
- Kontak mata ada
- Pasien mampu mengidentifikasi apa yang dialami pasien.
- Selama berinteraksi, pasien menatap wajah lawan bicara
- Bicara pasien : suara jelas, intonasi tepat, dan isi bicara mudah dipahami

3. Pembicaraan

DS :

“Nama saya Heri Setiawan, nama panggilan saya Heri”

“Umur saya 26 tahun”

“Rumah saya di Kediri”

DO :

- Bicara pasien : suara jelas, intonasi tepat, dan isi bicara mudah dipahami
- Pasien menjawab pertanyaan sesuai dengan apa yang ditanyakan

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah

4. Aktifitas motorik

DS :

“Kegiatan saya disini membantu menyapu, mengepel, dan mencuci piring”

DO :

- Pasien mampu melakukan aktifitas sehari-hari secara mandiri (mandi, makan, ganti pakaian, menyapu, mengepel dan mencuci piring setelah makan)
- Motorik pasien terkontrol

5. Kesadaran

a. Kuantitatif

DS :

- Saya sekarang lagi di rumah sakit
- Sekarang ini ngobrol di ruang tamu
- Sekarang tanggal 26 Oktober 2020

DO :

- Kesadaran pasien composmentis dengan GCS 456, dibuktikan dengan membuka mata secara spontan, bisa berkomunikasi atau menjawab dengan tepat dan jelas

b. Kualitatif

DS :

“Saya merasa senang disini, minum obatnya lebih teratur sehingga saya bisa cepat sembuh, saya sadar bahwa saya sekarang dirawat di rumah sakit jiwa”

DO :

- Pasien mampu berinteraksi dengan orang lain

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah

6. Orientasi

DS :

“Shalat duhur pukul 12.00”

“Saya sekarang berada di rumah sakit”

“Nama mas dan mas adalah mas afissa, indah, novita, tia, dan mas zul”

DO :

- Pasien mampu menyebutkan waktu shalat
- Pasien mampu menyebutkan tempat dia sekarang berada
- Pasien mampu menyebutkan nama-nama mahasiswa

7. Perasaan

DS :

“Perasaan saya sekarang lebih tenang mas, sudah gak marah-marah lagi”

DO :

- Pasien mengungkapkan perasaannya
- Pasien tersenyum

Masalah keperawatan: Tidak ada masalah

8. Persepsi – Sensorik

DS :

“Saya mendengar suara perempuan memanggil-manggil nama saya”

“Suara itu sering muncul pada malam hari mas”

“Terkadang saya sampai tidak bisa tidur, saya menutupi telinga saya dengan bantal, cara itu sedikit mengurangi suara yang ada”

“Saya tidak menghiraukannya”

DO :

- Pasien mengalami halusinasi pendengaran
- Pasien menjelaskan apa yang ia dengar
- Pasien memperagakan cara mengontrol dengan menutup telinga
- Pasien tidak menghiraukan bisikan tersebut

Masalah keperawatan: Gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran.

9. Proses pikir

a. Arus pikir

DS :

“Nama saya Heri Setiawan, umur saya 26 tahun, saya tinggal di Kediri”

DO :

- Pasien menjawab pertanyaan sesuai dengan pertanyaan perawat
- Kalimat bisa dipahami dan jawaban sesuai dengan pertanyaan (koheren)

b. Isi pikir

DS :

“Saya disini menginginkan hidup yang lebih baik”

“Saya terkadang suka menyendiri dan melamun, dan kadang tidak mau mengajak bicara orang duluan”

DO :

- Pasien mengungkapkan perasaannya
- Pasien terkadang melamun
- Pasien tidak mampu mengawali percakapan
- Pasien memegang tangannya

Masalah keperawatan: Isolasi sosial : Menarik diri

c. Bentuk pikir

DS :

“Saya terkadang sulit membedakan suara yang saya dengar itu suara asli apa palsu mas karena sulit membedakan”

DO :

- Pasien mengungkapkan perasaannya
- Verbal terarah
- Kontak mata pasien fokus terhadap isi pembicaraan
- Bentuk pikir dereistik

Masalah keperawatan: Gangguan proses pikir

10. Memori

DS :

“Umur saya 26 tahun”

DO :

- Pasien mampu mengingat jangka panjang
- Pasien mengatakan berumur 26 tahun

DS :

“Saya sekarang dirawat di Ruang 6 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya ”

DO :

“Pasien mampu mengingat jangka pendek”

“Pasien mampu menjelaskan bahwa ia dirawat di Ruang 6 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya tanggal 26 Oktober 2020”

DS :

“Hari ini hari senin”

DO :

“Pasien mampu mengingat kejadian hari ini”

Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

11. Tingkat konsentrasi dan berhitung

DS :

“Usia saya 26 tahun”

“Berhitung mulai 8,7,6,5,4,3,2,1”

DO :

“Pasien mampu berhitung, dibuktikan ketika pasien memimpin senam pagi”

“Pasien mampu menyebutkan usianya”

“Pasien mampu berhitung mundur 8-1”

12. Kemampuan penilaian

DS :

“Saya dibawa kesini karena saya tidak teratur minum obat”

“Saya sering mendengar suara orang memanggil-manggil saya tetapi tidak saya hiraukan”

DO :

- Pasien mampu menjelaskan alasannya dirawat ulang di Ruang 6 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

Masalah keperawatan : Gangguan proses pikir

13. Daya tilik diri

DS :

“Saya disini karena sakit dan ingin berobat”

“Saya disini karena menginginkan hidup yang lebih baik”

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah

3.1.7 Kebutuhan Persiapan Pulang

1. Makan

DS : “Saya dirumah makan 3x sehari”

DO : Pasien mampu makan dan minum secara mandiri

2. BAB/BAK

DS : “Saya dirumah BAB/BAK di kamar mandi, tanpa bantuan”

DO : Pasien mampu BAB/BAK secara mandiri

3. Mandi

DS : “Saya mandi sehari 2x dengan sabun dan sikat gigi”

DO : Pasien mampu mandi secara mandiri pagi dan sore menggunakan sabun dan sikat gigi

4. Berpakaian/berhias

DS : “Saya dirumah ganti baju 2x sehari”

DO : Pasien mampu berpakaian secara mandiri dan ganti baju setiap selesai mandi

5. Istirahat dan tidur

DS : “Saya tidak terbiasa tidur siang, saya tidur malam pukul 21.00, kemudian bangun pukul 05.00”

DO : Istirahat pasien cukup

6. Penggunaan obat

DS : “Saya minum obat jika diingatkan, saya tidak mengerti nama dan fungsi obat yang saya minum”

DO : Pasien rutin minum obat apabila diingatkan waktu minum obat

7. Pemeliharaan kesehatan

DS : “Saya membutuhkan dukungan dari keluarga”

DO : Pasien mengungkapkan perasaannya

8. Aktifitas dalam rumah

DS : “Saya dirumah biasanya membantu pekerjaan rumah”

DO : Pasien mampu menjelaskan aktivitasnya di rumah

9. Aktifitas diluar rumah

DS : “Saya tidak pernah bermain keluar rumah, karena teman-teman saya di rumah sudah menikah semua dan sudah punya anak”

DO : Pasien mampu menjelaskan aktivitasnya di luar rumah

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah

3.1.8 Mekanisme Koping

DS : “Saya senang memiliki banyak teman, saat saya kangen keluarga, saya disini mengobrol dengan teman soalnya saya ingin cepat sembuh”

DO : Pasien mampu bicara dengan orang lain

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah

3.1.9 Masalah Psikososial Dan Lingkungan

1. Masalah dengan dukungan kelompok, spesifikasinya
“saya membutuhkan dukungan dari keluarga saya”
2. Masalah berhubungan dengan lingkungan, spesifikasinya
“saya tidak pernah berseteru dengan tetangga”
3. Masalah dengan pendidikan, spesifikasinya
“saya lulusan SMA”
4. Masalah dengan pekerjaan, spesifikasinya
“saya dulu bekerja sebagai loper koran, dan bos saya menarget untuk setor pemasukan sehingga saya mencuri uang nenek saya”
5. Masalah dengan perumahan, spesifikasinya
“saya tinggal di rumah pakde saya”
6. Masalah dengan ekonomi, spesifikasinya
“semenjak sakit saya tidak punya penghasilan”
7. Masalah dengan pelayanan kesehatan, spesifikasinya

“saya tidak pernah control berobat”

3.1.10 Pengetahuan Kurang Tentang

1. Obat-obatan

DS :

“Saya tidak tau obat apa yang saya konsumsi, saya tidak tau fungsinya”

DO :

- Pasien tidak tahu nama obat – obatan yang dikonsumsi
- Pasien tidak mengetahui fungsi dari obat yang dikonsumsi
- Pasien tidak mengetahui dampak jika pasien tidak rutin minum obat

Masalah keperawatan : Kurang Pengetahuan

3.1.11 Aspek Medis

Diagnosis medik: F.20.1 (Skizofrenia Hebefrenik)

Terapi medik:

- | | | |
|--------------------|-------|-------|
| 1. Chlorpromazine | 100mg | 0-1-1 |
| 2. Trihexyphenidyl | 2mg | 1-0-1 |
| 3. Haloperidol | 5mg | 1-0-0 |

3.2 Analisa Data

Tabel 3.1 Analisa Data

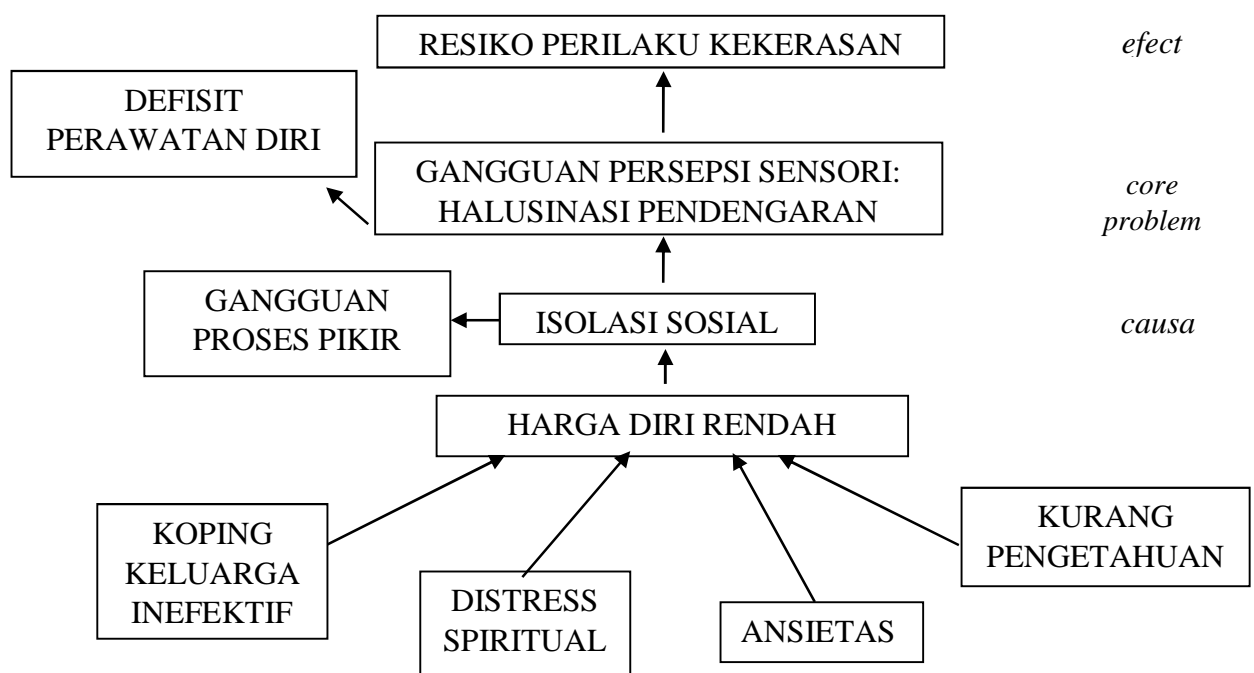
No	Data	Diagnosa Keperawatan
1	<p>DS :</p> <p>Pasien mengatakan “saya mendengar suara perempuan memanggil-manggil tetapi tidak saya hiraukan mas” . “bisikan itu datang pada malam hari, tetapi saya tidak menghiraukannya mas”</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kontak mata kurang fokus 	<p>Gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran (D.0085)</p>

	- Pasien tampak tenang	
2	<p>DS :</p> <p>Pasien mengatakan “saya masuk rumah sakit karena saya tidak rutin minum obat dan suka marah – marah”. “kurang lebih 3 tahun yang lalu saya pernah marah- marah sampai merusak mobil yang ada di jalan”.</p> <p>Pasien mengatakan “saya pernah melihat pakdhe saya memukuli orang, waktu itu saya masih berusia 20 tahun. Pakdhe saya orangnya keras makanya saya takut”. “saya pernah dipukul oleh pakdhe saya karena mencuri uang nenek saya”. “saya pernah mencuri uang nenek saya”. “saya pernah menendang mobil di jalan ketika marah”.</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kontak mata kurang fokus - Pasien tampak menceritakan riwayat masalahnya - Pasien kooperatif 	Resiko Perilaku Kekerasan (D.0146)
3	<p>DS :</p> <p>Pasien mengatakan “saya terkadang merasa malu atau minder ketika sedang berkumpul dengan teman-teman saya”.</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kontak mata kurang fokus - Pasien tampak tenang - Pasien kooperatif 	Harga diri rendah Kronik (D.0086)
4	<p>DS:</p> <p>Pasien mengatakan “saya dirumah marah-marah dan suka keluyuran. 2 bulan terakhir saya tidak rutin minum obat dan tidak rutin kontrol”</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mampu menyebutkan pengobatan sebelumnya - Pandangan mata pasien terfokus pada penyaji - Pasien mampu menyebutkan dampak dari tidak rutin minum obat 	Pemeliharaan kesehatan tidak efektif (D.0117)
5	<p>DS:</p> <p>Pasien mengatakan “dikeluarga saya, ibu saya mengalami sakit gangguan jiwa sejak saya kecil”</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat anggota keluarga ang mengalami gangguan jiwa 	Koping keluarga inefektif (D.0093)

6	<p>DS :</p> <p>Pasien mengatakan “Saya beragama islam, saya meyakini bahwa Tuhan saya Allah, Nabi Muhammad utusan Allah ”</p> <p>“Selama disini saya tidak pernah sholat, kalau dirumah sholat sering bolong-bolong mas”</p> <p>“ nanti saja mas sholatnya “</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien beragama islam - Pasien bersyukur dengan keadaannya sekarang - Setiap diingatkan untuk sholat, pasien selalu menolak dengan halus 	Distress spiritual
7	<p>DS:</p> <p>Pasien mengatakan “saya dibawa kesini karena saya tidak teratur minum obat”. “saya sering mendengar suara orang memanggil saya, tetapi tidak saya hiraukan”.</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mampu menjeaskan alasannya dirawat ulang di Ruang 6 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya 	Gangguan proses pikir
8	<p>DS:</p> <p>Pasien mengatakan “saya tidak tahu obat apa yang saya konsumsi, saya juga tidak tahu fungsinya”</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tidak mengetahui fungsi obat yang dikonsumsi - Pasien tidak mengetahui obat apa yang dikonsumsi 	Kurang pengetahuan
9	<p>DS :</p> <p>“Saya disini menginginkan hidup yang lebih baik”</p> <p>“Saya terkadang suka menyendiri dan melamun, dan saya malas untuk memulai percakapan dengan orang”</p> <p>“Saya sangat senang mempunyai banyak teman”</p> <p>“Saya merasa senang ketika ada temannya untuk ngobrol, tetapi saya kadang gak mau mengajak bicara duluan mas”</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengungkapkan perasaannya 	Isolasi sosial: menarik diri

	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien tidak mampu mengawali percakapan - Pasien senang bila diajak bicara oleh orang lain - Pasien enggan untuk memulai pembicaraan - Pasien terkadang duduk menyendiri dan melamun 	
--	---	--

3.3 Pohon Masalah



3.4 Daftar Masalah Keperawatan

1. Gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran
2. Riwayat perilaku kekerasan
3. Harga diri rendah
4. Distress spiritual
5. Gangguan proses pikir

6. Koping keluarga inefektif
7. Regimen terapeutik inefektif
8. Kurang pengetahuan
9. Isolasi sosial: menarik diri

3.5 Prioritas Diagnosa Keperawatan

1. Gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran
2. Riwayat perilaku kekerasan
3. Harga diri rendah

3.6 Rencana Tindakan Keperawatan

Table 3.2 Rencana Keperawatan

No Dx	Rencana Tindakan Keperawatan		Rasional
	Tujuan dan kriteria Evaluasi	Tindakan Keperawatan	
1	<p>1. Kognitif, klien mampu :</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 mengendalikan halusinasi yang tepat <p>2. Psikomotor, klien mampu :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Melawan halusinasi dengan menghardik b. Mengabaikan halusinasi dengan sikap cuek c. Mengalihkan halusinasi dengan 	<p>Bina hubungan saling percaya:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Sapa klien dengan ramah baik verbal maupun non verbal 2. Perkenalkan nama, nama panggilan, dan tujuan berkenalan 3. Tanyakan nama lengkap dan nama panggilan klien 4. Buat kontrak yang jelas 5. Tunjukkan sikap empati dan menerima apa adanya 6. Tanyakan perasaan klien dan masalah yang dihadapi 7. Dengarkan dengan penuh perhatian ekspresi perasaan klien 	<p>1. Pasien yang sudah percaya kepada perawat akan membantu mempermudah kerjasama sehingga klien lebih kooperatif</p>

	<p>cara distraksi yaitu bercakap cakap dan melakukan aktivitas</p> <p>d. Minum obat dengan prinsip 8 benar, yaitu benar nama, benar obat, benar manfaat, benar dosis, benar frekuensi, benar cara, benar tanggal kadaluarsa, dan benar dokumentasi</p> <p>3. Afektif , klien mampu :</p> <p>a. Merasakan mafaat cara cara mengatasi halusinasi</p> <p>b. Membedakan perasaan sebelum dan sesudah latihan</p>		
		<p>Mengenal Halusinasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Adakan kontrak sering dan singkat secara bertahap 2. Observaasi tingkah laku klien terkait dengan halusinasi 3. Jika klien sedang tidak halusinasi, klasifikasi tentang adanya pengalaman halusinasi 4. Diskusikan dengan klien apa yang dirasakan klien jika terjadi halusinasi dan beri kesempatan untuk mengungkapkan perasaannya 5. Diskusikan dengan klien apa yang 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Kontak sering dan singkat selain upaya BHSP, juga dapat memutuskan halusinasi dan memungkinkan bagi klien mengenal halusinasi untuk mengungkapkan faktor pencetus halusinasinya

		<p>dilakukan untuk mengatasi perasaan tersebut</p> <p>6. Diskusikan tentang dampak yang dialami bila klien menikmati halusinasi</p>	
		<p>Mengontrol Halusinasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi bersama klien hal yang harus dilakukan saat berhalusinasi 2. Diskusikan cara baru untuk mengontrol halusinasi: <ul style="list-style-type: none"> - Katakana pada diri sendiri ini tidak nyata - Menemui orang lain untuk menceritakan halusinasi dan meminta orang lain agar mengajak bicara saat terjadi halusinasi - Melakukan aktifitas atau jadwal kegiatan sehari-hari yang sudah disusun - Memberi pendidikan kesehatan tentang penggunaan obat untuk mengendalikan halusinasi 3. Bantu klien memilih cara yang sudah dianjurkan 4. Beri reinforcement jika berhasil 5. Libatkan klien dalam TAK stimulasi sensori 	<p>3. Memberikan alternatif pilihan bagi klien untuk mengalihkan halusinasi kedalam realita.</p>
		<p>Dukungan keluarga dalam mengontrol halusinasi</p>	<p>4. Keluarga dapat mendukung klien dalam</p>

		<ol style="list-style-type: none"> 1. Buat kontrak pertemuan dengan keluarga 2. Diskusikan dengan keluarga tentang pengertian, tanda gejala, proses terjadinya, cara yang dilakukan oleh klien dan keluarga untuk memutus halusinasi, obat, cara merawat klien dirumah, beri info waktu follow up 3. Beri reinforcement positif atas keterlibatan keluarga 	<p>mengatasi halusinasi kedalam realita</p>
		<p>Menggunakan obat dengan benar</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan manfaat dan kerugian tidak minum obat, dosis, nama, efek samping. 2. Pantau klien saat minum obat 3. Anjurkan klien untuk minta obat sendiri pada perawat 4. Berikan reinforcement jika klien menggunakan obat dengan benar 5. Diskusikan akibat berhenti minum obat tanpa konsul dokter 6. Anjurkan klien konsul dengan dokter atau perawat jika terjadi hal-hal yang tidak diinginkan 	<ol style="list-style-type: none"> 5. Dengan mengetahui kemampuan efek samping obat klien tau apa yang harus dilakukan setelah minum obat dan mengetahui prinsip penggunaan obat, agar kemandirian klien untuk pengobatan dapat ditingkatkan secara bertahap.

3.7 Implementasi Dan Evaluasi

Nama pasien : Tn. H Ruang : Ruang 6 RM No : 102 xxx

Table 3.3 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

No. Dx.	Tanggal & jam	Implementasi Keperawatan	Evaluasi
1.	26/10/2020	1. Membina hubungan saling percaya <ul style="list-style-type: none"> - Memberi salam ketika berinteraksi - Memperkenalkan diri ddengan sopan - Menanyakan nama lengkap pasien dan nama panggilan yang disukai - Menjelaskan tujuan pertemuan dan perkenalan - Menunjukkan sikap empati dan menerima pasien apa aadanya - Memberikan perhatian tentang kebutuhan dasar pasien - Mendengarkan dan memberikan kesempatan pasien untuk mengungkapkan perasaanya 	S: Nama saya H, senangnya dipanggil H. Umur saya sekarang 26 tahun mas, saya tinggal di Kediri. Saya kesini hari jum'at mas, diantar bulek sama adik perempuan saya. Saya anak pertama dari dua bersaudara, saya tinggal bersama nenek, adik, paktde, dan bulek saya. Tapi paktde sudah meninggal dua minggu yang lalu. "kalau malem, sering dengar suara-suara mas, suara perempuan manggil-manggil nama saya, tetapi saya cuekin, soalnya itu Cuma halusinasi saya saja, bukan suara asli. Biasanya langsung saya tutupan bantal dan tak usahakan tidur lagi mas". "Dulu pas rajin minum obat, saya tidak lagi mendengar suara-suara mas, tetapi akhir-akhir ini saya mendengar suara – suara lagi, karena tidak rutin minum obat"

		<p>2. Membantu pasien mengenal halusinasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi jenis halusinasi pasien - Mengidentifikasi isi halusinasi pasien - Mengidentifikasi waktu halusinasi pasien - Mengidentifikasi frekuensi halusinasi pasien - Mengidentifikasi situasi yang menimbulkan halusinasi - Mengidentifikasi respon pasien terhadap halusinasi - Mengajarkan pasien menghardik halusinasi - Mengajarkan pasien memasukkan cara menghardik halusinasi dalam jadwal kegiatan harian 	<p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mampu membalas salam ketika disapa dan diberi salam 2. Pasien berkenan membalas jabat tangan 3. Pasien mampu memperkenalkan diri 4. Pasien mampu menyebutkan nama, umur, dan tempat tinggal. 5. Pasien mau duduk berhadapan dengan pengkaji (mahasiswa). 6. Pasien mampu memahami pertanyaan yang diajukan oleh pengkaji 7. Pasien mampu mengingat identitasnya 8. Pasien berkenan diajak berkomunikasi 9. Wajah pasien tampak senang saat berkomunikasi dengan pengkaji 10. Kontak mata tertuju pada pengkaji (mahasiswa). 11. Aktivitas pasien (mandi, makan, mencuci tempat makan) : mandiri 12. Aktivitas pasien olahraga, menyapu, mengepel) : dibimbing sebagian. <p>A:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mampu membina hubungan saling percaya dengan
--	--	---	---

			<p>perawat, pasien lain, dan mahasiswa (pengkaji).</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Pasien mampu menyebutkan pengertian halusinasi, penyebab, tanda dan gejala, dan cara mengatasi halusinasi. 3. Pasien mampu mengenal halusinasi <p>P:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien: <ol style="list-style-type: none"> a) Anjurkan pasien untuk berkenalan dengan teman-temannya (pasien yang lain), perawat, dan mahasiswa praktik. b) Anjurkan pasien untuk mengingat tentang halusinasi (jadwal harian : jam 08.00, 11. 00, dan 16.00) 2. Perawat: <p>Ajarkan pasien untuk mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap bersama orang lain (SP 2)</p>
--	--	--	---

No. Dx.	Tanggal & jam	Implementasi Keperawatan	Evaluasi
1.	27/10/2020	<p>1. Membina hubungan saling percaya</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memberi salam ketika berinteraksi - Memperkenalkan diri dengan sopan - Menanyakan nama lengkap pasien dan nama panggilan yang disukai - Menjelaskan tujuan pertemuan dan perkenalan - Menunjukkan sikap empati dan menerima pasien apa adanya - Memberikan perhatian tentang kebutuhan dasar pasien <p>Mendengarkan dan memberikan kesempatan pasien untuk mengungkapkan perasaannya</p> <p>1. Menjelaskan cara mengontrol halusinasi, mengajarkan pasien</p>	<p>S:</p> <p>“semalam saya mendengar suara anak kecil yang lari – lari mas, berisik dan rame – rame. Trus saya hardik, tak usir mas, pergi..pergi.. ngalah o seng adoh, kamu suara palsu ! terus agak lama gitu suaranya hilang mas”</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kontak mata pasien fokus dengan pengkaji. 2. Verbal pasien terarah. 3. Selama berinteraksi, pasien duduk dan fokus terhadap pembicaraan, dan tidak meninggalkan tempat sebelum interaksi diakhiri. 4. Aktivitas pasien (mandi, makan, mencuci tempat makan) : mandiri 5. Aktivitas pasien olahraga, menyapu, mengepel) : dibimbing sebagian.

		<p>mengontrol halusinasi dengan cara menghardik</p>	<p>A:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mampu mengontrol halusinasi dengan cara menghardik. <p>P:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien : Anjurkan pasien untuk mengingat cara mengontrol halusinasi dengan menghardik. (Latihan menghardik jam 08.00 WIB, 11.00 WIB, dan 16.00 WIB) 2. Perawat : Ajarkan pasien untuk mengontrol halusinasi dengan cara yang ke dua : bercakap – cakap dengan orang lain (SP 2)
--	--	---	---

No. Dx.	Tanggal & jam	Implementasi Keperawatan	Evaluasi
1.	28/10/2020	<p>a. Membina hubungan saling percaya</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memberi salam ketika berinteraksi - Memperkenalkan diri dengan sopan - Menanyakan nama lengkap pasien dan nama panggilan yang disukai - Menjelaskan tujuan pertemuan dan perkenalan - Menunjukkan sikap empati dan menerima pasien apa adanya - Memberikan perhatian tentang kebutuhan dasar pasien - Mendengarkan dan memberikan kesempatan pasien untuk mengungkapkan perasaanya <p>b. Melatih pasien mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap bersama orang lain</p>	<p>S: “kemarin saya sudah tidak mendengar suara – suara mas”. “disini saya sering ngajak ngobrol teman – teman dan perawatnya juga”.</p> <p>O: 1. Pasien sering mengajak pasien lain untuk bercakap – cakap. 2. Setiap ada pasien baru, selalu diajak untuk berkenalan. 3. Terkadang pasien melamun. 4. Aktivitas pasien (mandi, makan, mencuci tempat makan) : mandiri 5. Aktivitas pasien olahraga, menyapu, mengepel) : dibimbing sebagian.</p> <p>A: 1. Pasien mampu melakukan interaksi dengan orang lain.</p>

		<ul style="list-style-type: none"> - Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien - Melatih pasien mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain - Menganjurkan pasien memasukkan cara kegiatan bercakap-cakap dengan orang lain dalam jadwal kegiatan harian 	<p>2. Pasien mampu menyebutkan manfaat berinteraksi dengan orang lain.</p> <p>P :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien: <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan pasien untuk selalu berinteraksi dengan orang lain. - Menganjurkan pasien memasukkan cara kegiatan bercakap-cakap dengan orang lain dalam jadwal kegiatan harian. (Jam 08.00 WIB, 11.00 WIB, dan 16.00 WIB) 2. Perawat: Latih pasien mengontrol halusinasi dengan melakukan aktivitas terjadwal (SP 3)
--	--	--	---

No. Dx.	Tanggal & jam	Implementasi Keperawatan	Evaluasi
1.	29/10/2020	<p>2. Membina hubungan saling percaya</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memberi salam ketika berinteraksi - Memperkenalkan diri dengan sopan - Menanyakan nama lengkap pasien dan nama panggilan yang disukai - Menjelaskan tujuan pertemuan dan perkenalan - Menunjukkan sikap empati dan menerima pasien apa adanya - Memberikan perhatian tentang kebutuhan dasar pasien - Mendengarkan dan memberikan kesempatan pasien untuk mengungkapkan perasaanya <p>3. Melatih pasien mengontrol halusinasi dengan melakukan aktivitas terjadwal</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien - Melatih pasien mengendalikan halusinasi 	<p>S: “Selama di rumah sakit saya biasanya melakukan aktifitas seperti menyapu dan mengepel” “Saya sering memmimpin senam pagi di ruangan”</p> <p>O: 1. Pasien kooperatif 2. Pasien tampak tenang</p> <p>A: 1. Pasien mampu mengontrol halusinasi dengan melakukan aktivitas terjadwal dengan di bimbing</p> <p>P: 1. Pasien: Anjurkan pasien memasukkan kegiatan kebiasaan di rumah ke dalam jadwal kegiatan harian</p>

		<p>dengan melakukan kegiatan (kegiatan yang biasa dilakukan pasien di rumah)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menganjurkan pasien memasukkan kegiatan kebiasaan di rumah ke dalam jadwal kegiatan harian 	<p>Menyapu : jam 08.00 WIB, Mengepel : 08.15 WIB, Mencuci piring setelah makan: 11.00 WIB</p> <p>2. Perawat: Latih pasien minum obat secara teratur (SP 4)</p>
--	--	---	--

No. Dx.	Tanggal & jam	Implementasi Keperawatan	Evaluasi
1.	30/10/2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. Membina hubungan saling percaya <ul style="list-style-type: none"> - Memberi salam ketika berinteraksi - Memperkenalkan diri dengan sopan - Menanyakan nama lengkap pasien dan nama panggilan yang disukai - Menjelaskan tujuan pertemuan dan perkenalan - Menunjukkan sikap empati dan menerima pasien apa adanya - Memberikan perhatian tentang kebutuhan dasar pasien - Mendengarkan dan memberikan kesempatan pasien untuk mengungkapkan perasaannya 2. Melatih pasien minum obat secara teratur <ul style="list-style-type: none"> - Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien - Memberikan pendidikan kesehatan mengenai penggunaan obat secara teratur - Menganjurkan pasien memasukkan penggunaan obat 	<p>S:</p> <p>“Saya tidak mengetahui jenis obat yang saya minum”</p> <p>“Saya tidak mengetahui fungsi obat yang diminum”</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien kooperatif 2. Pasien tidak mampu menyebutkan fungsi obat 3. Pasien tidak mampu menyebutkan jenis obat <p>A:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien belum mampu minum obat secara mandiri dan masih membutuhkan bimbingan <p>P:</p>

		secara teratur ke dalam jadwal kegiatan harian	<ol style="list-style-type: none">1. Pasien: Anjurkan pasien memasukkan penggunaan obat secara teratur ke dalam jadwal kegiatan harian (Minum obat secara teratur dengan bimbingan perawat : jam 08.00 WIB, 12.00 WIB dan 16.30 WIB)2. Perawat: Latih pasien minum obat secara teratur (SP 4 lanjutkan).
--	--	--	---

BAB 4

PEMBAHASAN

Dalam pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan pada pasien Tn.H dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran di ruang 6 rspsal dr. Ramelan surabaya yang meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

4.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan. Tahap pengkajian terdiri atas pengumpulan data, analisis data atau perumusan masalah klien. Data yang dikumpulkan adalah data pasien secara holistic, meliputi aspek biologis, psikologis, sosial dan spiritual. Seorang perawat jiwa diharapkan memiliki kesadaran dan kemampuan tilik diri (*self awareness*). Kemampuan mengobservasi dengan akurat, berkomunikasi secara terapeutik, dan kemampuan berespon secara efektif (Stuart dan Sundeen, 2002) karena hal tersebut menjadi kunci utama dalam menumbuhkan hubungan saling percaya dengan pasien. Hubungan saling percaya antara perawat dengan pasien akan memudahkan perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan. Selanjutnya membantu pasien menyelesaikan masalah sesuai kemampuan yang dimilikinya (AH. Yusuf, Fitriyari, 2016). Pada tahap pengkajian melalui wawancara dengan pasien, penulis tidak mengalami kesulitan karena pasien telah mengadakan perkenalan dan memberi penjelasan maksud dari penulis yaitu untuk melakukan

asuhan keperawatan pada pasien sehingga pasien dapat terbuka dan membina hubungan saling percaya.

Pada tinjauan teori, biasanya klien masuk dengan alasan mendengar suara-suara, tampak seperti berkomunikasi dengan orang lain, dan marah tanpa sebab. Jika diberi pertanyaan pasien hanya menjawab iya atau tidak atau tidak tahu (AH. Yusuf, Fitryasari, 2016). Sedangkan pada tinjauan kasus klien masuk dengan alasan pasien sering marah-marah dirumah memarahi keluarga. Pasien suka berbicara sendiri, selalu marah tanpa sebab. Hal ini membuktikan tidak ada kesenjangan antara tinjauan teori dengan tinjauan kasus.

Dalam tinjauan teori, terdapat beberapa data yang perlu dikaji pada pasien gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran menurut (Hartono, 2012) adalah kaji kondisi klien saat ini. Dalam tinjauan kasus pada saat dikaji pasien mengatakan mendengar bisikan, melihat bayangan, berbicara sendiri, kontak mata mudah beralih ketika berinteraksi.

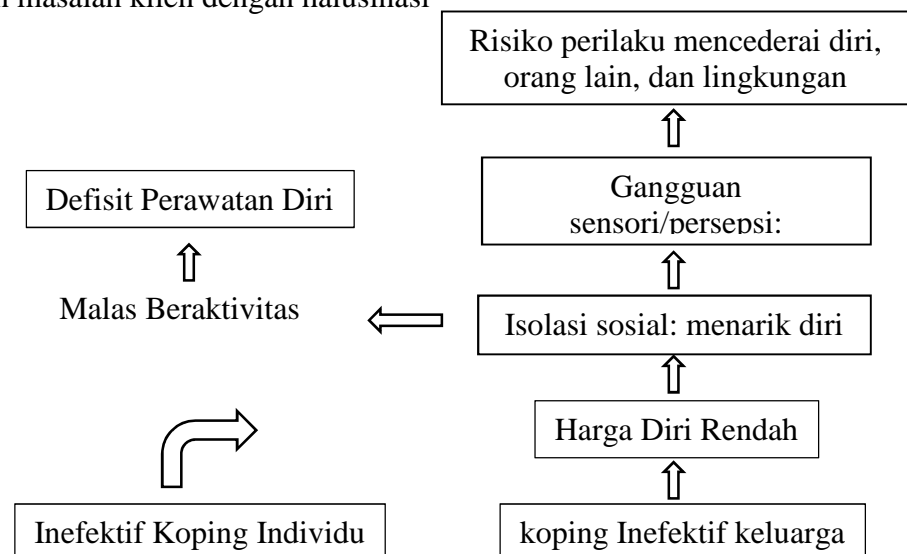
Pada tinjauan teori didapatkan beberapa faktor yang menyebabkan Halusinasi yaitu faktor predisposisi dan presipitasi. Pada tinjauan teori hambatan pada komunikasi dalam keluarga dan faktor internal pasien atau mekanisme coping individu yang tidak efektif akan mengganggu hubungan interpersonal yang dapat meningkatkan stress dan ansietas yang dapat berakhir dengan halusinasi. Pasien mungkin menekan perasaannya sehingga emosi tidak efektif. Faktor sosial budaya di masyarakat yang membuat seseorang itu diasingkan dan merasa kesepian, selanjutnya tidak dapat diatasi sehingga seseorang itu lebih memilih untuk berdiam diri dan suka mengurung diri.

Pada tinjauan kasus didapatkan pasien sebelumnya pernah dirawat di rumah sakit dengan keluhan tersebut. Pada pengalaman masa lalu berkaitan dengan perilaku kekerasan, pasien pernah mengalami itu karena kata pasien dipukuli oleh pakde karena mencuri uang neneknya pada usia 20 tahun . Saat ditanya apakah keluarga pasien pernah ada yang mengalami penyakit sama seperti pasien, pasien mengatakan ibunya stress dan mengalami sakit jiwa sejak pasien kecil. Riwayat buruk dimasa lalu pasien dipukuli pakdenya karena mencuri uang nenek.

Menurut penulis data yang didapatkan tidak ada kesenjangan dengan tinjauan kasus. Karena terbukti salah satu mekanisme diatas termasuk dalam faktor penyebab halusinasi yang dibuktikan pada faktor genetic yang anggota keluarganya ada yang mengalami gangguan jiwa.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Pada tinjauan teori diagnosa keperawatan terdapat pohon masalah sebagai berikut pohon masalah klien dengan halusinasi



Gambar 4.1 Pohon masalah dengan Halusinasi

Didalam mengambil diagnosa keperawatan tidak ada kesenjangan, pada tinjauan pustaka dan tinjauan kasus diagnosa yang ada adalah Risiko perilaku kekerasan mencederai diri orang lain, dan lingkungan resiko gangguan persepsi sensori sebagai masalah utama , isolasi sosial : menarik diri ,harga diri rendah dan Inefektif Koping Individu

4.3 Perencanaan

Pada perencanaan yang diberikan hanya berfokus pada masalah utama, yaitu Halusinasi yang mengacu pada strategi pelaksanaan tindakan keperawatan (SPTK) pada pasien. Pada tinjauan teori terdapat tujuan umum dan tujuan khusus pelaksanaan tindakan keperawatan pada pasien.

a. Gangguan sensori persepsi halusinasi (lihat/dengar/penghidu/raba/kecap)

Tujuan umum: pasien dapat mengontrol hausinasi yang diaaminya

Tujuan khusus 1: pasein dapat membina hubungan saling percaya

Kriteria evaluasi: setelah dilakukan 2x pertemuan pasien mampu membina hubungan saing percaya dengan perawat dengan kriteria evaluasi: ekspresi wajah bersahabat, menunjukkan rasa senang, ada kontak mata, mau berjabat tangan, ,mau menyebutkan nama, mau membalas salam, mau duduk berdampingan dengan perawat mau mngutarakan masalahnya

Rencana tindakan keperawatan:

- 1) Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip kominaksi terapeutik
 - a. Sapa pasien dengan ramah baik verbal maupun non verbal
 - b. Perkenalkan nama, nama panggilan dan tujuan perawat berkenalan
 - c. Tanyakan nama lengkap dan nama panggilan yang disukai pasien

- d. Buat kontrak yang jelas
 - e. Tunjukkan sikap empati dan menerima apa adanya
 - f. Beri perhatian kepada pasien dan perhatikan kebutuhan dasar pasien
- 2) Beri kesempatan pasien untuk mengungkapkan perasaannya
 - 3) Dengarkan ungkapan pasien dengan penuh perhatian ekspresi perasaan pasien

Tujuan khusus 2: pasien dapat mengenal halusinasinya

Kriteria evaluasi: setelah 2x interaksi pasien dapat menyebutkan: isi, waktu, frekuensi, situasi dan kondisi yang menimbulkan halusinasi. Setelah 2x pertemuan pasien menyatakan perasaan dan responnya saat mengalami halusinasi: marah, takut, sedih, senang

Rencana tindakan keperawatan:

- 1) Adakan kontak sering dan singkat secara berharap
- 2) Observasi tingkah laku pasien terkait halusinasinya (dengar, lihat, penghidu, raba, kecap), jika menemukan pasien yang sedang halusinasi: bicara dan tertawa tanpa stimulus, memandangi ke kanan/kekiri/ kedepan seolah-olah ada teman bicara
- 3) Bantu pasien mengenal halusinasinya
 - a) Jika menemukan pasien sedang halusinasinya, tanyakan apakah ada bisikan yang didengar atau melihat bayangan yang tanpa wujud atau merasakan sesuatu yang tidak ada wujudnya.
 - b) Jika pasien menjawab ada, lanjutkan apa yang dialaminya tentang adanya pengalaman halusinasi.

- c) Katakan bahwa perawat percaya pasien mengalami hal tersebut namun perawat sendiri tidak mengalaminya (dengan nada bersahabat tanpa menuduh atau menghakimi)
- d) Katakan bahwa pasien lain juga ada yang seperti pasien
- e) Katakan bahwa perawat akan membantu pasien
- 4) Jika pasien tidak sedang berhalusinasi klarifikasi tentang adanya pengalaman halusinasi, diskusikan dengan pasien :
 - a) Isi, waktu dan frekuensi terjadinya halusinasi (pagi, siang, sore, malam atau sering dan kadang – kadang)
 - b) Situasi dan kondisi yang menimbulkan atau tidak menimbulkan atau tidak menimbulkan halusinasi
- 5) Diskusikan dengan pasien yang dirasakan jika terjadi halusinasi (marah takut, sedih, senang, bingung) beri kesempatan mengungkapkan perasaan
- 6) Diskusikan dengan pasien apa yang dilakukan untuk mengatasi perasaan tersebut
- 7) Diskusikan tentang dampak yang akan dialaminya bila pasien menikmati halusinasinya

Tujuan khusus 3: pasien dapat mengontrol halusinasinya

Kriteria evaluasi: Setelah 2x interaksi pasien menyebutkan tindakan yang biasanya dilakukan untuk mengendalikan halusinasinya. Setelah dilakukan 2x interaksi pasien menyebutkan cara baru mengontrol halusinasi. Setelah 2x interaksi pasien dapat memilih dan memperagakan cara mengatasi halusinasi (dengar/lihat/penghidu/raba/kecap). Setelah 2x interaksi pasien melaksanakan

cara yang telah dipilih untuk mengendalikan halusinasinya. Setelah 2x pertemuan pasien mengikuti terapi aktivitas kelompok

Rencana tindakan keperawatan:

- 1) Identifikasi bersama pasien cara tindakan yang dilakukan jika terjadi halusinasi (tidur, marah, menyibukkan diri, dll)
- 2) Diskusikan cara yang digunakan pasien
 - a) Jika cara yang digunakan adaptif beri pujian
 - b) Jika cara yang digunakan maladaptive diskusikan kerugian cara tersebut.
- 3) Diskusikan cara baru untuk memutus/mengontrol timbulnya halusinasi:
 - a) Menghardik halusinasi : katakan pada diri sendiri bahwa ini tidak nyata (“saya tidak mau dengar/lihat/penghidu/raba/kecap pada saat halusinasi terjadi”)
 - b) Menemui orang lain (perawat atau teman atau anggota keluarga) untuk mencurigakan tentang halusinasinya/bercakap-cakap
 - c) Membuat dan melaksanakan jadwal kegiatan sehari-hari yang telah disusun
 - d) Memberikan pendidikan kesehatan tentang penggunaan obat untuk mengendalikan halusinasi
- 4) Bantu pasien memilih cara yang sudah dianjurkan dan latih untuk mencobanya
- 5) Pantau pelaksanaan yang telah dipilih dan dilatih, jika berhasil beri pujian
- 6) Anjurkan dan ikut sertakan pasien mengikuti terapi aktivitas kelompok, stimulus persepsi/orientasi realita.

Tujuan khusus 4: Pasien dapat dukungan dari keluarga dalam mengontrol halusinasinya

Kriteria evaluasi: Setelah 3x pertemuan keluarga, keluarga menyatakan setuju untuk mengikuti pertemuan dengan perawat.

Setelah 3x interaksi keluarga menyebutkan pengertian, tanda dan gejala, proses terjadinya halusinasi dan tindakan untuk mengendalikan halusinasi.

Rencana tindakan keperawatan:

- 1) Buat kontak dengan keluarga untuk pertemuan (waktu, tempat, dan topik)
- 2) Diskusikan dengan keluarga (pada saat pertemuan keluarga/kunjungan rumah)
 - a) Pengertian halusinasi
 - b) Tanda dan gejala halusinasi
 - c) Proses terjadinya halusinasi
 - d) Cara yang dapat dilakukan pasien dan keluarga untuk memutus halusinasi
 - e) Obat – obatan halusinasi
 - f) Cara merawat anggota keluarga yang halusinasi dirumah (beri kegiatan, jangan biarkan sendiri, makan bersama, berpergian bersama, memantau obat – obatan dan cara pemberiannya untuk mengatasi halusinasi)
 - g) Beri informasi waktu control kerumah sakit dan bagaimana cara mencari bantuan jika halusinasi tidak dapat diatasi dirumah

Tujuan khusus 5: Pasien dapat memanfaatkan obat dengan baik

Kriteria evaluasi: Setelah 2x interaksi pasien menyebutkan : manfaat minum obat, kerugian tidak minum obat, nama, warna, dosis, cara, efek terapi dan

efek samping penggunaan obat. Setelah 2x interaksi pasien mendemonstrasikan penggunaan obat dengan benar. Setelah 2x interaksi pasien menyebutkan akibat berhenti minum obat tanpa konsultasi dokter.

Rencana tindakan keperawatan :

- 1) Diskusikan dengan pasien tentang manfaat dan kerugian tidak minum obat, nama, warna, dosis, cara efek terapi dan efek samping penggunaan obat.
- 2) Pantau pasien saat penggunaan obat
- 3) Anjurkan pasien minta sendiri obat pada perawat agar dapat merasakan manfaatnya
- 4) Beri pujian jika pasien menggunakan obat dengan benar
- 5) Diskusikan akibat berhenti minum obat tanpa konsultasi dengan dokter
- 6) Anjurkan pasien untuk konsultasi kepada dokter/perawat jika terjadi hal – hal yang tidak diinginkan

4.4 Pelaksanaan

Pada tinjauan teori implementasi tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Pada situasi nyata implementasi keperawatan sering kali jauh berbeda dengan apa yang telah direncanakan. Hal itu terjadi karena perawat belum terbiasa menggunakan rencana yang tertulis dalam melaksanakan tindakan keperawatan. Hal itu sangat membahayakan klien dan perawat jika ada tindakan yang fatal, dan tidak memenuhi aspek legal. Sebelum melakukan tindakan keperawatan yang sudah direncanakan perawat perlu memvalidasi dengan singkat apakah rencana tindakan masih dibutuhkan sesuai keadaan klien saat ini. Pada saat akan melakukan tindakan keperawatan harus

membuat kontrak terlebih dahulu dengan klien yang isinya menjelaskan tujuan apa yang dikerjakan. Dokumentasikan semua kegiatan yang dilaksanakan beserta repon pasien (Keliat, 2005).

Pelaksanaan tindakan keperawatan pada klien telah disesuaikan dengan rencana keperawatan yang telah disusun sebelumnya, pada tinjauan kasus.

Tahap pelaksanaan ini, penulis tidak mengalami kesulitan karena pasien kooperatif untuk melaksanakan strategi pelaksanaan. Pelaksanaan tindakan keperawatan dilakukan mulai tanggal 26 Oktober 2020 sampai tanggal 30 Oktober 2020.

SP 1 dilaksanakan dalam hari 1 (satu) pada tanggal 26 Oktober 2020 selama 20 menit dengan topik membina hubungan saling percaya, mengenal halusinasi. Dan cara berkenalan dengan orang lain. Pasien kooperatif dan kontak mata saat berkenalan ada, saat dilakukan tindakan keperawatan membina hubungan saling percaya, pasien mau menyebutkan nama panjang dan nama panggilannya “ nama ku H, panggil H aja mas”, pasien mampu mengenal halusinasinya. Saat diajarkan berkenalan pasien dapat mengikuti, pasien dapat berjabat tangan dan mengucapkan salam kepada perawat yang mengajaknya berkenalan. Pada SP 1 tidak terdapat kesenjangan antara tinjauan teori dan tinjauan kasus. Dalam tinjauan kasus didapatkan pasien mampu mengenal halusinasinya.

Diteruskan SP 2 pada hari 2 (kedua) tanggal 27 Oktober 2020 mengontrol halusinasi dengan cara menghardik selama 20 menit. Pasien mampu mengontrol halusinasi dengan cara menghardik. Tidak terdapat kesenjangan antara tinjauan

teori dengan tinjauan kasus karena pasien sudah bisa mengontrol halusinasi dengan cara menghardik.

Pada hari ke 3 (tiga) tanggal 28 Oktober 2020 melakukan SP 3 selama 20 menit. Pasien mampu melakukan interaksi dengan orang lain. Pasien mampu menyebutkan manfaat berinteraksi dengan orang lain. Lalu pasien mau berkenalan dengan pasien yang ada disebelahnya.

Tidak terjadi kesenjangan antara tinjauan teori dan tinjauan kasus terdapat pada pelaksanaan SP pasien karena pasien kooperatif.

Pada hari ke 4 (empat) tanggal 29 Oktober 2020 melakukan SP 4 selama 20 menit. Pasien mampu mengontrol halusinasi dengan melakukan aktivitas terjadwal dengan bimbingan.

Tidak terjadi kesenjangan antara tinjauan teori dan tinjauan kasus terdapat pada pelaksanaan SP pasien kooperatif dan pasien mampu mengontrol halusinasi dengan melakukan aktivitas terjadwal dengan bimbingan.

Pada hari ke 5 (empat) tanggal 30 Oktober 2020 melakukan SP 5 selama 20 menit. Pasien belum mampu minum obat secara mandiri dan masih membutuhkan bimbingan.

Terjadi sedikit kesenjangan antara tinjauan teori dan tinjauan kasus terdapat pada pelaksanaan SP pasien karena belum mampu minum obat secara mandiri dan masih membutuhkan bimbingan. Selama pelaksanaan pasien kooperatif.

4.5 Evaluasi

Pada tinjauan kasus, evaluasi dapat dilaksanakan karena dapat diketahui keadaan klien dan masalahnya secara langsung. Evaluasi tinjauan pustaka berdasarkan observasi perubahan tingkah laku dan respon klien. Sedangkan

tinjauan kasus evaluasi dilakukan setiap hari selama pasien di rawat di rumah sakit. Evaluasi tersebut menggunakan SOAP sehingga terpantau respon pasien terhadap intervensi keperawatan yang telah dilakukan.

Pada tanggal 26 Oktober 2020 penulis melakukan SP 1 klien mampu membina hubungan saling percaya. Sudah dapat mengenal halusinasi, cara berkenalan dengan orang lain. Hari berikutnya pada tanggal 27 Oktober 2020 penulis selanjutnya melakukan SP 2 Pasien mampu mengontrol halusinasinya dengan cara menghardik. Pada hari ketiga tanggal 28 Januari 2020 penulis melakukan SP 3 dikarenakan pasien sudah mampu berinteraksi dengan orang lain, mau berkenalan dengan pasien disebelahnya. Pada hari keempat tanggal 29 Oktober 2020 penulis melakukan SP 4 dikarenakan pasien sudah mampu berinteraksi dengan orang lain, mau berkenalan dengan pasien disebelahnya. Pasien dapat mengontrol halusinasi dengan melakukan aktivitas terjadwal dengan bimbingan Pada hari kelima tanggal 30 Oktober 2020 penulis melakukan SP 5, pasien belum mampu minum obat secara mandiri dan masih membutuhkan bimbingan.

Pada evaluasi terdapat kesenjangan tinjauan pustaka dan tinjauan kasus. Pada hari kelima tanggal 30 Oktober 2020 perawat melaksanakan SP 5 tetapi pasien belum dapat minum obat secara mandiri dan masih membutuhkan bimbingan.

BAB 5

PENUTUP

5.1 Simpulan

Halusinasi adalah persepsi yang timbul tanpa stimulus serta tanpa melibatkan sumber dari luar meliputi semua sistem panca indera. Secara umum klien dengan gangguan halusinasi timbul gangguan setelah adanya hubungan yang bermusuhan, tekanan, isolasi, perasaan tidak berguna, putus asa dan tidak berdaya. Penilaian individu terhadap stressor dan masalah coping dapat mengindikasikan kemungkinan kekambuhan. Kekambuhan disebabkan karena ketidak patuhan pasien dalam mengkonsumsi obat terutama pada pasien yang tengah di rawat jalan / di rumah. Kurangnya motivasi, dukungan serta pengetahuan baik dari pasien sendiri maupun keluarga sangat mempengaruhi proses penyembuhan pasien yang mengalami gangguan jiwa.

5.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan yang telah diuraikan diatas, maka saran yang dapat diberikan penulis sebagai berikut :

1. Bagi Institusi Pendidikan

Memberikan pemahaman secara rutin dan kesinambungan terhadap organisasi keperawatan bagi profesi pada asuhan keperawatan jiwa dengan harapan perawat mampu memberikan pelayanan asuhan keperawatan sesuai standart asuhan keperawatan yang telah ditetapkan dan kode etik keperawatan dengan masalah gangguan persepsi sensori: Halusinasi.

2. Bagi Rumah Sakit

Perawat sebagai petugas pelayanan kesehatan hendaknya mempunyai pengetahuan dan ketrampilan dengan cara mengikuti seminar dan pelatihan keperawatan jiwa, serta dapat bekerjasama dengan tim kesehatan lain dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien gangguan persepsi sensori: Halusinasi .

3. Bagi Penulis

Untuk penulis dapat menambah kemampuan menganalisa, memproses dan menyimpulkan serta menambah wawasan bagi penulis, meningkatkan pengetahuan penulis tentang keperawatan jiwa sesuai perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi.

DAFTAR PUSTAKA

- AH. Yusuf , Fitryasari, E. N. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa* (F. Ganiajri (ed.)). Salemba Medika.
- Fitria, N. (2019). *Prinsip Dasar dan aplikasi Penulisan Laporan Pendahuluan dan Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan*. Salemba Medika.
- Imelisa, R., Hamid, A. Y. S., & D, N. H. C. (2013). Pendekatan Social Support Theory. *Jurnal Keperawatan Jiwa*.
- Keliat, B. (2016). *Proses Keperawatan Kesehatan Jiwa*. EGC.
- L. Ma'rifatul Azizah, I. Zainuri, A. akbar. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa* (Pertama). Indomedia Pustaka.
- Satria Lanri Simanjuntak, & Nasution, N. (2017). Komunikasi Interpersonal Psikolog Terhadap Pemulihan Pasien Rumah Sakit Jiwa Provinsi Sumatera Utara. *Manajemen Komunikasi*, 3, 118–128.
- Wardani, I. Y., & Dewi, F. A. (2018). Kualitas Hidup Pasien Skizofrenia Dipersepsikan Melalui Stigma Diri. *Jurnal Keperawatan Indonesia*. <https://doi.org/10.7454/jki.v21i1.485>

LAMPIRAN

Lampiran 1

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

Hari:Senin, tgl 26 Oktober 2020

Interaksi 1

A. PROSES KEPERAWATAN

1. Kondisi Klien

Pasien mengatakan sering mendengar suara perempuan memanggil-manggil nama pasien.

2. Diagnosa Keperawatan

Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran

3. Tujuan Khusus

- a. Pasien dapat mengenali halusinasi yang dialaminya
- b. Pasien dapat mengontrol halusinasinya
- c. Pasien mengikuti program pengobatan secara optimal

4. Tindakan Keperawatan

- a. Bina hubungan saling percaya
- b. Membantu pasien mengenali halusinasi
- c. Melatih pasien mengontrol halusinasi
 - 1) Menghardik halusinasi
 - 2) Bercakap-cakap dengan orang lain
 - 3) Melaksanakan aktifitas yang terjadwal
 - 4) Minum obat secara teratur

B. STRATEGI KOMUNIKASI DALAM PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

a. FASE ORIENTASI

1. Salam Terapeutik

“Selamat pagi! Saya mahasiswa keperawatan Stikes Hangtuh Surabaya, nama saya A, senang dipanggil suster A. nama anda siapa? senang dipanggil apa?”

2. Evaluasi/validasi

“Bagaimana perasaan Tn.H hari ini?apa keluhan Tn.H saat ini?bagaimana kalau kita bercakap-cakap tentang suara yang selama ini Tn.H dengartetapi tidak tampak wujudnya? Dimana kita duduk?Berapa lama?Bagaimana kalau kita berbincang-bincang selama 20 menit?”

3. Kontrak

Topik : Membantu pasien mengenal halusinasi

Waktu : 20 menit

Tempat : Tempat duduk Ruang 6

b. FASE KERJA

“Apakah Tn.H mendengar suara tanpa ada wujudnya?Apa yang dikatakan suara itu?”

“Apakah terus-menerus terdengar atau sewaktu-waktu?Kapan Tn.H paling sering mendengar suara itu?Berapa kali sehari Tn.H alami? Pada keadaan apa suara itu terdengar? Apakah pada waktu sendiri?”

“Apa yang Tn.H rasakan pada saat mendengar suara itu? Apa yang Tn.H lakukan saat mendengar suara itu? Apakah dengan cara itu suara-suara itu hilang? Bagaimana kalau kita belajar cara-cara untuk mencegah suara-suara itu muncul?”

“Tn.H, ada empat cara untuk mencegah suara-suara itu muncul. Pertama, dengan menghardik suara tersebut. Kedua, dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain. Ketiga, melakukan kegiatan yang sudah terjadwal, dan yang keempat minum obat teratur.”

“Bagaimana kalau kita belajar satu cara dulu, yaitu dengan menghardik. Caranya adalah saat suara-suara itu muncul, langsung Tn.H bilang, pergi saya tidak mau dengar... Saya tidak mau dengar! Kamu suara palsu! Begitu diulang-ulang sampai suara itu tidak terdengar lagi. Coba Tn.H peragakan! Nah begitu... bagus! Coba lagi! Ya bagus, Tn.H sudah bisa.”

c. FASE TERMINASI

1. Evaluasi respon klien terhadap tindakan keperawatan

Evaluasi Subyektif (Klien)

“Bagaimana perasaan D setelah memeragakan latihan tadi?”

Evaluasi Obyektif (Perawat)

“Kalau suara-suara itu muncul lagi, silahkan coba cara tersebut! Bagaimana kalau kita buat jadwal latihannya. Mau jam berapa saja latihannya? (Anda masukkan kegiatan latihan menghardik halusinasi dalam jadwal kegiatan harian pasien). Bagaimana kalau kita bertemu lagi untuk belajar dan latihan mengendalikan suara-suara dengan

cara yang kedua? Pukul berapa Tn.H? Dimana tempatnya.”“Baiklah, sampai jumpa”.

2. Rencana Tindak Lanjut

Menjelaskan cara mengontrol halusinasi, mengajarkan pasien mengontrol halusinasi dengan cara menghardik

3. Kontrak yang akan datang

Topik : Menjelaskan cara mengontrol halusinasi, mengajarkan pasien mengontrol halusinasi dengan cara menghardik

Waktu : 20 menit

Tempat : Tempat duduk Ruang 6

Lampiran 2**STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN**

Hari: Selasa, tgl 27 Oktober 2020

Interaksi 2**A. PROSES KEPERAWATAN****4. Kondisi Klien**

Pasien mengatakan masih mendengar suara perempuan memanggil-manggil nama pasien. Bisikan tersebut muncul pada saat malam hari. Namun tidak dihiraukan oleh pasien.

5. Diagnosa Keperawatan

Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran

6. Tujuan Khusus

- a. Pasien dapat mengenali halusinasi yang dialaminya
- b. Pasien dapat mengontrol halusinasinya
- c. Pasien mengikuti program pengobatan secara optimal

7. Tindakan Keperawatan

- a. Bina hubungan saling percaya
- b. Membantu pasien mengenali halusinasi
- c. Melatih pasien mengontrol halusinasi
 - 1) Menghardik halusinasi
 - 2) Bercakap-cakap dengan orang lain
 - 3) Melaksanakan aktifitas yang terjadwal
 - 4) Minum obat secara teratur

C. STRATEGI KOMUNIKASI DALAM PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

a. FASE ORIENTASI

1. Salam Terapeutik

“Selamat pagi! Saya mahasiswa keperawatan Stikes Hangtuah Surabaya, nama saya I, senang dipanggil suster I. nama anda siapa? senang dipanggil apa?”

2. Evaluasi/validasi

“Bagaimana perasaan Tn.H hari ini?apa keluhan Tn.H saat ini?bagaimana kalau kita bercakap-cakap tentang suara yang selama ini Tn.H dengartetapi tidak tampak wujudnya? Dimana kita duduk?Berapa lama?Bagaimana kalau kita berbincang-bincang selama 20 menit?”

3. Kontrak

Topik : Menjelaskan cara mengontrol halusinasi, mengajarkan pasien mengontrol halusinasi dengan cara menghardik

Waktu : 20 menit

Tempat : Tempat duduk Ruang 6

b. FASE KERJA

“Apakah Tn.H mendengar suara tanpa ada wujudnya?Apa yang dikatakan suara itu?”

“Apakah terus-menerus terdengar atau sewaktu-waktu?Kapan Tn.H paling sering mendengar suara itu?Berapa kali sehari Tn.H alami? Pada keadaan apa suara itu terdengar? Apakah pada waktu sendiri?”

“Apa yang Tn.H rasakan pada saat mendengar suara itu? Apa yang Tn.H lakukan saat mendengar suara itu? Apakah dengan cara itu suara-suara itu hilang? Bagaimana kalau kita belajar cara-cara untuk mencegah suara-suara itu muncul?”

“Tn.H, ada empat cara untuk mencegah suara-suara itu muncul. Pertama, dengan menghardik suara tersebut. Kedua, dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain. Ketiga, melakukan kegiatan yang sudah terjadwal, dan yang keempat minum obat teratur.”

“Bagaimana kalau kita belajar satu cara dulu, yaitu dengan menghardik. Caranya adalah saat suara-suara itu muncul, langsung Tn.H bilang, pergi saya tidak mau dengar... Saya tidak mau dengar! Kamu suara palsu! Begitu diulang-ulang sampai suara itu tidak terdengar lagi. Coba Tn.H peragakan! Nah begitu... bagus! Coba lagi! Ya bagus, Tn.H sudah bisa.”

c. FASE TERMINASI

1. Evaluasi respon klien terhadap tindakan keperawatan

Evaluasi Subyektif (Klien)

“Bagaimana perasaan D setelah memeragakan latihan tadi?”

Evaluasi Obyektif (Perawat)

Kalau suara-suara itu muncul lagi, silahkan coba cara tersebut!

Bagaimana kalau kita buat jadwal latihannya. Mau jam berapa saja latihannya? (Anda masukkan kegiatan latihan menghardik halusinasi dalam jadwal kegiatan harian pasien). Bagaimana kalau kita bertemu lagi untuk belajar dan latihan mengendalikan suara-suara dengan

cara yang kedua? Pukul berapa Tn.H? Dimana tempatnya.”“Baiklah, sampai jumpa”.

2. Rencana Tindak Lanjut

Melatih pasien mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap bersama orang lain.

3. Kontrak yang akan datang

Topik : Melatih pasien mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap bersama orang lain.

Waktu : 20 menit

Tempat : Tempat duduk Ruang 6

Lampiran 3

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

Hari: Rabu, tgl 28 Oktober 2020

Interaksi 3

A. PROSES KEPERAWATAN

1. Kondisi Klien

Pasien mengatakan sudah tidak mendengar suara-suara , karena pasien merasa senang memiliki banyak teman.

2. Diagnosa Keperawatan

Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran

3. Tujuan Khusus

- a. Pasien dapat mengenali halusinasi yang dialaminya
- b. Pasien dapat mengontrol halusinasinya
- c. Pasien mengikuti program pengobatan secara optimal

4. Tindakan Keperawatan

- a. Bina hubungan saling percaya
- b. Membantu pasien mengenali halusinasi
- c. Melatih pasien mengontrol halusinasi
 - 1) Menghardik halusinasi
 - 2) Bercakap-cakap dengan orang lain
 - 3) Melaksanakan aktifitas yang terjadwal
 - 4) Minum obat secara teratur

B. STRATEGI KOMUNIKASI DALAM PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

a. FASE ORIENTASI

1. Salam Terapeutik

“Selamat pagi! Saya mahasiswa keperawatan Stikes Hangtuh Surabaya, nama saya N, senang dipanggil suster N. nama anda siapa? senang dipanggil apa?”

4. Evaluasi/validasi

“ Selamat pagi, Tn.H ! Bagaimana perasaan T hari ini ? apakah suara-suaranya masih muncul? Apakah sudah dipakai cara yang telah kita latih? Berkurangkah suara-suaranya? Bagus! Sesuai janji kita tadi, saya akan latih cara kedua untuk mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain. Kita akan latih selama 20 menit. Mau dimana ? Di sini saja?”

5. Kontrak

Topik : Melatih pasien mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap bersama orang lain.

Waktu : 20 menit

Tempat : Tempat duduk Ruang 6

b. FASE KERJA

“Cara kedua untuk mencegah/mengontrol halusinasi adalah dengan bercakap-cakap dengan orang lain. Jadi kalau Tn.H mulai mendengar suara-suara, langsung saja cari teman untuk diajak ngobrol ”. minta teman untuk mengobrol dengan Tn.H. contohnya begini, “tolong, saya mulai dengar suara-suara. Ayo ngobrol dengan saya!” atau kalau ada orang di rumah, misalnya kakak Tn.H, katakan, “kak, ayo ngobrol

dengan Tn.H. Tn.H sedang dengar suara-suara.” Bagus Tn.H. coba Tn.H lakukan seperti saya tadi lakukan. Ya, begitu. Bagus ! coba sekali lagi! Bagus! Nah, latih terus ya Tn.H!” Di sini, Tn.H dapat mengajak perawat atau pasien lain untuk bercakap-cakap.

c. FASE TERMINASI

2. Evaluasi respon klien terhadap tindakan keperawatan

Evaluasi Subyektif (Klien)

“Bagaimana perasaan D setelah memeragakan latihan tadi?

Evaluasi Obyektif (Perawat)

Jadi, sudah ada berapa cara yang D pelajari untuk mencegah suara-suara itu? Bagus, cobalah kedua cara ini kalau D mengalami halusinasi lagi. Bagaimana kalau kita masukan dalam jadwal kegiatan harian D. mau jam berapa latihan bercakap-cakap? Nah, nanti lakukan secara teratur sewaktu-waktu suara itu muncul! Besok pagi saya akan kesini lagi. Bagaimana kalau kita latih cara yang ketiga, yaitu melakukan aktivitas terjadwal? Mau jam berapa? Bagaimana kalau jam 10 pagi? Mau di mana? Di sini lagi? Sampai besok ya. Selamat pagi!”

3. Rencana Tindak Lanjut

Melatih pasien mengontrol halusinasi dengan melaksanakan aktifitas terjadwal

4. Kontrak yang akan datang

Topik : Melatih pasien mengontrol halusinasi dengan melaksanakan aktifitas terjadwal

Waktu : 20 menit

Tempat : Tempat duduk Ruang 6

Lampiran 4

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

Hari:Kamis, tgl 29 Oktober 2020

Interaksi 4

A. PROSES KEPERAWATAN

1. Kondisi Klien

Pasien mengatakan sudah tidak mendengar suara-suara , karena pasien merasa senang memiliki banyak teman.

2. Diagnosa Keperawatan

Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran

3. Tujuan Khusus

- a. Pasien dapat mengenali halusinasi yang dialaminya
- b. Pasien dapat mengontrol halusinasinya
- c. Pasien mengikuti program pengobatan secara optimal

4. Tindakan Keperawatan

- a. Bina hubungan saling percaya
- b. Membantu pasien mengenali halusinasi
- c. Melatih pasien mengontrol halusinasi
 - 1) Menghardik halusinasi
 - 2) Bercakap-cakap dengan orang lain
 - 3) Melaksanakan aktifitas yang terjadwal
 - 4) Minum obat secara teratur

B. STRATEGI KOMUNIKASI DALAM PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

a. FASE ORIENTASI

2. Salam Terapeutik

“Selamat pagi! Saya mahasiswa keperawatan Stikes Hangtuh Surabaya, nama saya E, senang dipanggil suster E. nama anda siapa? senang dipanggil apa?”

6. Evaluasi/validasi

“Apakah suara-susaranya masih muncul? Apakah sudah dipakai dua cara yang telah kita latih? Bagaimana hasilnya? Bagus!”

“Sesuai janji kita, hari ini kita akan belajar cara yang ketiga untuk mencegah halusinasi yaitu melakukan kegiatan terjadwal.” “mau dimana kita bicara? Baik, kita duduk di ruang tamu. Berapa lama kita bicara? Bagaimana kalau 20 menit? Baiklah.”

7. Kontrak

Topik : Melatih pasien mengontrol halusinasi dengan melakukan aktifitas terjadwal

Waktu : 20 menit

Tempat : Tempat duduk Ruang 6

b. FASE KERJA

“Apa saja yang bisa D lakukan? Pagi-pagi apa kegiatannya, terus jam berikutnya apa?”

“Wah banyak sekali kegiatannya! Mari kita latih dua kegiatan hari ini! Bagus sekali jika D bisa lakukan!”

“Kegiatan ini bisa D lakukan untuk mencegah suara tersebut muncul. Kegiatan yang lain akan kita latih lagi agar kegiatan dari pagi sampai malam ada kegiatan.”

c. FASE TERMINASI

1. Evaluasi respon klien terhadap tindakan keperawatan

Evaluasi Subyektif (Klien)

“Bagaimana perasaan D setelah kita bercakap-cakap cara yang ketiga untuk mencegah suara-suara? Bagus sekali!

Evaluasi Obyektif (Perawat)

Coba sebutkan 3 cara yang telah kita latih untuk mencegah suara-suara. Bagus sekali! Mari kita masukkan dalam jadwal kegiatan harian D. Coba lakukan sesuai jadwal ya!” “Bagaimana kalau besok menjelang makan siang, kita membahas cara minum obat. Mau jam berapa? Bagaimana kalau jam 12? Di ruang makan ya! Sampai jumpa!”

2. Rencana Tindak Lanjut

Melatih pasien minum obat secara teratur

3. Kontrak yang akan datang

Topik : Melatih pasien minum obat secara teratur

Waktu : 20 menit

Tempat : Tempak makan Ruang 6

Lampiran 5

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

Hari:Jumat, tgl 30 Oktober 2020

Interaksi 5

A. PROSES KEPERAWATAN

1. Kondisi Klien

Pasien mengatakan sudah tidak mendengar suara-suara , karena pasien merasa senang memiliki banyak teman.

2. Diagnosa Keperawatan

Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran

3. Tujuan Khusus

- a. Pasien dapat mengenali halusinasi yang dialaminya
- b. Pasien dapat mengontrol halusinasinya
- c. Pasien mengikuti program pengobatan secara optimal

4. Tindakan Keperawatan

- a. Bina hubungan saling percaya
- b. Membantu pasien mengenali halusinasi
- c. Melatih pasien mengontrol halusinasi
 - 1) Menghardik halusinasi
 - 2) Bercakap-cakap dengan orang lain
 - 3) Melaksanakan aktifitas yang terjadwal
 - 4) Minum obat secara teratur

B. STRATEGI KOMUNIKASI DALAM PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

a. FASE ORIENTASI

1. Salam Terapeutik

“Selamat pagi! Saya mahasiswa keperawatan Stikes Hangtuh Surabaya, nama saya Z, senang dipanggil mas Z. nama anda siapa? senang dipanggil apa?”

8. Evaluasi/validasi

Apakah suara – suaranya masih muncul? Apakah sudah digunakan tiga cara yang telah kita latih? Apakah jadwal kegiatannya sudah dilaksanakan? Apakah pagi tadi sudah minum obat? Baik. Hari ini kita mendiskusikan tentang obat-obatan yang Tn.H minum. Kita akan diskusi selama 20 menit sambil menunggu makan siang. Disini aja ya Tn.H?”

9. Kontrak

Topik : Melatih pasien minum obat secara teratur

Waktu : 20 menit

Tempat : Tempat duduk Ruang 6

b. FASE KERJA

Tn.H adakah bedanya setelah minum obat secara teratur? Apakah suara-suara berkurang atau hilang? Minum obat sangat penting agar suara – suara yang Tn.H dengar dan mengganggu selama ini tidak muncul lagi. Berapa macam obat yang Tn.H minum? (perawat menyiapkan obat pasien) ini yang warna orange (chlorpromazine, CPZ) gunanya untuk menghilangkan suara-suara. Obat yang bewarna putih(Tpyhexilpendil, THP) gunanya agar Tn.H merasa rileks dan tidak kaku, sedangkan

yang merah jambu (Haloperidol, HLP) berfungsi untuk menenangkan pikiran dan menghilangkan suara-suara, semua obat ini diminum 3 kali sehari, setiap pukul 7 pagi, 1 siang dan 7 malam. Kalau suara-suara sudah hilang obatnya tidak boleh dihentikan. Nanti dikonsultasikan dengan dokter, sebab kalau putus obat, Tn.H akan kambuh dan sulit sembuh seperti keadaan semula. Kalau obat habis, Tn.H bisa minta ke dokter untuk mendapatkan obat lagi. Tn. H juga harus teliti saat minum obat-obatan ini. Pastikan obatnya benar, artinya Tn.H harus memastikan bahwa itu obat yang benar-benar punya Tn.H punya. Jangan keliru dengan obat milik orang lain. Baca nama kemasannya. Pastikan obat diminum pada waktunya, dengan cara yang benar, yaitu diminum sesudah makan dan tepat jamnya. Tn.H harus perhatikan berapa jumlah obat sekali minum, dan Tn.H juga harus cukup minum 10 gelas per hari.

c. FASE TERMINASI

1. Evaluasi respon klien terhadap tindakan keperawatan

Evaluasi Subyektif (Klien)

”Bagaimana perasaan Tn.H setelah kita bercakap-cakap mengenai obat?”

Evaluasi Obyektif (Perawat)

“ Sudah berapa cara yang kita latih untuk mencegah suara-suara? Coba sebutkan! Bagus! (jika jawaban benar). Mari kita masukkan jadwal minum obatnya pada jadwal kegiatan Tn.H ! jangan lupa pada waktunya minum obat paa perawat atau pada keluarga kalau dirumah. Nah, makanan sudah datang!” Besok kita ketemu lagi

untuk melihat manfaat 4 cara mencegah suara yang telah kita bicarakan. Mau pukul berapa? Bagaimana kalau pukul 10 pagi? Sampai jumpa. Selamat pagi!”

2. Rencana Tindak Lanjut

Melatih pasien minum obat secara teratur

3. Kontrak yang akan datang

Topik : Melatih pasien minum obat secara teratur

Waktu : 20 menit

Tempat : Tempak makan Ruang 6

Lampiran 6

ANALISA PROSES INTERAKSI

Inisial klien : Tn. H
Status Interaksi Perawat/Klien : Pertemuan Fase I
Lingkungan : Di ruang tamu, duduk berhadapan
Diskripsi Klien : Pasien memakai baju (kaos dan celana pendek) warna hijau rapi, rambut pasien rapi.
Tujuan (berorientasi pada klien) : Membina Hubungan Saling Percaya Antara pasien dengan Perawat
Nama Mahasiswa : Hasim Efendi S.Kep
Tanggal : 26 Oktober 2020
Jam : 15.30
Ruang : Ruang 6

Komunikasi verbal	Komunikasi non verbal	Analisa berpusat pada perawat	Analisa berpusat pada klien	Rasional
P : "Selamat siang pak"	P : Memandang K dan tersenyum K : Tersenyum	P ingin membuka percakapan dengan klien dan berharap dengan sapaan sederhana P bisa diterima oleh K	K masih ragu terhadap orang baru yang masuk ke lingkungannya	Salam merupakan kalimat pembuka untuk memulai suatu percakapan sehingga dapat terjalin rasa percaya.
K : "Selamat siang"	K : Ekspresi pasien tersenyum menerima sapaan P.	Merasa senang ada tanggapan atas salam walaupun belum	K menerima kehadiran P	

<p>P : "Perkenalkan nama saya Hasim Efendi S.Kep biasa dipanggil Zul, Nama bapak siapa ? Biasanya di panggil siapa ?"</p>	<p>P : Memandang K dengan senyuman</p> <p>P : Memandang K tersenyum sambil mengulurkan tangan ke K</p> <p>K : Ekspresi senyum, kontak mata fokus</p>	<p>diekspresikan secara tulus</p> <p>P mengharap dengan menggunakan bahasa tubuh (berjabat tangan) bisa menunjukkan perhatian dan penghargaan pada klien</p>	<p>K memberikan respon kooperatif dan menunjukkan perhatian cukup terhadap P</p>	<p>Memperkenalkan diri kepada klien dapat membina hubungan saling percaya</p>
<p>K : "saya Heri Setiawan mas, biasanya dipanggil Heri"</p>	<p>K : Memandang menerima uluran tangan P</p> <p>P : Tersenyum</p>	<p>P merasa bahwa K mulai paham maksud kedatangan P</p>	<p>K mulai memberikan respon positif</p>	<p>Topik sederhana membantu menjalin kedekatan klien</p>
<p>P : " Bagaimana perasaan Mas Heri hari ini ? "</p> <p>K : "Baik mas"</p>	<p>P: Mempertahankan pandangan pada klien dan tersenyum</p> <p>K : Kontak mata terfokus dan K tersenyum</p>	<p>P melakukan validasi untuk membuat K membuka diri pada P</p> <p>P memperhatikan responden jawaban klien terhadap validasi yang dilakukan</p>	<p>K memberi jawaban sambil berpikir</p>	<p>Topik pembicaraan sederhana yang dapat untuk mengarahkan pokok permasalahan klien</p>

<p>P : "Bagaimana ceritanya mas Heri bisa di bawa kesini ?</p> <p>K : "Saya di rumah sering marah, kadang bicara sendiri mas akhir – akhir ini"</p>	<p>K : memandang P dengan senyuman</p> <p>P: Mempertahankan pandangan pada klien dan tersenyum</p> <p>P : mempertahankan kontak mata dengan klien</p> <p>K : Kontak mata fokus</p>	<p>P menjelaskan topik yang akan dibicarakan pada interaksi kali ini untuk memfokuskan pembicaraan antara P dan K</p> <p>P mengamati respon klien terhadap topik yang akan dibicarakan</p>	<p>K ingin membuka diri pada perawat</p> <p>K seolah ingin menjawab pertanyaan pengkaji sesuai apa yang dialami K</p>	<p>Kontrak harus dilakukan untuk mempermudah menggali masalah</p>
<p>P : "bisa saya tahu sekarang identitas Mas Heri, baik alamat, keluarga, hobi atau mungkin keinginan sekarang?"</p>	<p>K : Kontak mata fokus</p> <p>P: Mempertahankan kontak mata dengan klien</p>	<p>P menawarkan kontrak waktu untuk membatasi pertermuan interaksi</p>	<p>K memberikan tanggapan namun terkesak cuek</p>	<p>Mengulangi pertanyaan dapat memvalidasi jawaban yang sebenarnya.</p>

<p>K : “Nama saya Heri Setiawan, alamatnya di Kediri, saya 2 bersaudara saya sendiri anak pertama saya belum menikah mas. Saya kesini dibawa oleh bulek dan adik saya mas. Hobi saya suka membersihkan halaman di ruang ini”.</p>	<p>P : Memandang K K : Pandangan tetap terfokus</p>	<p>P mengamati respon K.</p>	<p>K memberikan respon positif terhadap perawat</p>	
<p>P : “Saya sangat senang bisa berkenalan dengan Mas H dan Mas H sudah bisa mengungkapkan perasaan dengan baik dan mau berkenalan dan berteman dengan saya.”</p>	<p>K : Pandangan fokus P : Memperhatikan K</p>	<p>P memperhatikan responden jawaban klien terhadap validasi yang di lakukan</p>	<p>K memberikan respon positif terhadap P K memberikan respon sepintas terhadap P</p>	<p>Pujian positif dapat meningkatkan kepercayaan terhadap hubungan saling percaya pada kontrak awal.</p>

<p>K : “Iya mas saya juga senang berkenalan dengan anda.”</p>	<p>P : Memandang klien dan ruangan sekitar K : Memandang sekitar juga</p>		<p>K memberikan respon positif terhadap P</p>	
<p>P : “Nanti kita ketemu lagi ya? dan membicarakan tentang perasaan yang mas Heri alami akhir – akhir ini. Enaknya dimana ya mas Her ?</p> <p>K : “Baik mas saya setuju jam 10.30, di ruang makan saja mas ya.</p>	<p>K : Memandang sekitar P : Memperhatikan klien</p> <p>P : Memandang klien dengan mempertahankan kontak mata dengan senyuman. K : Memandang sekitar juga</p>	<p>P menawarkan tempat untuk intervensi selama 20 menit ke depan</p> <p>P mengamati respon K terhadap kontrak tempat di tawarkan</p>	<p>K memperhatikan P</p> <p>K merespon positif terhadap kontrak tempat yang ditawarkan P</p>	<p>Kontrak waktu dan tempat bertujuan untuk memastikan tempat interaksi agar tercipta suasana yang mendukung selama proses interaksi</p>

Lampiran 7

ANALISA PROSES INTERAKSI

Inisial klien : Tn. H
Status Interaksi Perawat/Klien : Pertemuan Fase II
Lingkungan : Di ruang tamu, duduk berhadapan
Diskripsi Klien : Pasien memakai baju (kaos dan celana pendek) warna ungu rapi, rambut pasien rapi.
Tujuan (berorientasi pada klien) : Mengenali Halusinasi yang dialami pasien
Nama Mahasiswa : Hasim Efendi S.Kep
Tanggal : 27 Oktober 2020
Jam : 09.00
Ruang : Ruang 6

Komunikasi Verbal	Komunikasi Non Verbal	Analisa Berfokus pada Klien	Analisa Berfokus pada Perawat	Rasional
P: Mas Heri, kalau tidak keberatan bisakah kita cerita-cerita sebentar sekitar 20 menit. K: iya mas	P: Tetap tersenyum, memperhatikan K, dengan sikap terbuka. K: Menatap ke arah P .	Klien mau menuruti apa yang diminta perawat. Mau mendengar dengan serius dan memperhatikan.	Berpikir apakah K mau melanjutkan interaksi, berfikir untuk interaksi selanjutnya.	Informing : memberikan informasi tentang waktu dan tujuan P mengadakan interkasi dengan K.
P: Maunya Mas Heri kita ceritanya	P: Tetap tersenyum, dan	Mengerti apa yang	Berharap K mulai	Kontrak diperlukan

<p>dimana ?</p> <p>K: Di meja makan saja mas</p>	<p>tetap mempertahankan kontak mata.</p> <p>K: Ekspresi tersenyum pada perawat, kadang menundukkan kepala.</p>	<p>dimaksud oleh perawat.</p>	<p>mau berinteraksi dengan Perawat.</p>	<p>untuk interaksi selanjutnya.</p>
<p>P: Jadi hari ini kita akan membicarakan apa yang dirasakan oleh Mas Heri.</p> <p>P: Mas Heri, saya praktek di sini setiap hari selama 2 minggu dari jam 07.00 – 13.30. Saya akan bersama-sama dengan Mas Heri. Nanti kita akan sama-sama membahas masalah yang Mas Heri rasakan. Mudah-mudahan saya dapat membantu mengatasi masalahnya, Untuk itu saya sangat berharap Mas Heri mau menceritakan masalah dan apa yang dirasakan atau dipikirkan sekarang ini, biar saya tahu. Saya akan menjaga kerahasiaannya. Apakah Mas Heri setuju ?</p> <p>K: iya Mas</p>	<p>P: Menggunakan nada suara sedang tapi jelas.</p> <p>K: merespon dengan sikap terbuka</p>	<p>Tidak merasa keberatan dengan permintaan P</p> <p>Tidak keberatan dengan permintaan P</p>	<p>Berharap K mau terbuka dan menceritakan masalahnya.</p> <p>Berharap K mau menjawab pertanyaan P.</p>	<p>Kalimat terbuka memberi kesempatan pada K untuk mengungkapkan perasaannya.</p>

<p>P: Mas Heri, bagaimana perasaannya hari ini? apakah semalam tidurnya nyenyak atau tidak ?</p> <p>K: Semalam lumayan nyenyak Mas.</p>	<p>P : membuka percakapan dan mengharapkan K menjawab dengan terbuka dan kooperatif</p>			
<p>P: Bisakah Mas Heri cerita, mulanya kenapa sampai kahar dibawah ke rumah sakit ?</p> <p>K: Saya memukul marah mas, terkadang bicara sendiri, mondar – mandir</p>	<p>P: Kontak mata, bicara jelas dan sopan. Mengharap K menjawab dengan sejujurnya</p> <p>K: Melihat ke arah P, sambil menjawab dengan ekspresi wajah yang santai</p>	<p>K melihat ke arah lain, tetapi posisi badan masih berhadapan dengan P. K tampak berfikir untuk menjawab pertanyaan</p>	<p>Berpikir apakah K mau menjawab pertanyaan P apa tidak</p>	<p>Teknik komunikasi terapeutik dibutuhkan untuk menghindari pertanyaan yang menghakimi K.</p>

Lampiran 8

ANALISA PROSES INTERAKSI

Inisial klien : Tn. H
Status Interaksi Perawat/Klien : Pertemuan Fase III
Lingkungan : Di ruang tamu, duduk berhadapan
Diskripsi Klien : Pasien memakai baju (kaos dan celana pendek) warna hijau rapi, rambut pasien rapi.
Tujuan (berorientasi pada klien) : Mengenali Halusinasi yang dialami pasien
Nama Mahasiswa : Hasim Efendi S.Kep
Tanggal : 28 Oktober 2020
Jam : 09.00
Ruang : Ruang 6

Komunikasi Verbal	Komunikasi Non Verbal	Analisa Berfokus pada Klien	Analisa Berfokus pada Perawat	Rasional
P: Selamat pagi Mas Heri K: Selamat pagi mas	P: Menghampiri K, tersenyum, duduk berdampingan K K: Melihat ke arah P, sambil tersenyum.	Mungkin bertanya dalam hati, maksud kedatanagn perawat.	Penuh percaya diri dan senang bertemu dengan K.	Salam merupakan langkah awal untuk membina interaksi.
P: Apakah mas Heri masih ingat janji kita waktu pertemuan kemarin ?	P: Kontak mata, bicara santai tapi jelas.		Berusaha mengetahui keadaan hari ini ,	Pertanyaan terbuka memberi kesempatan K untuk menentukan

<p>K: Iya Mas , saya ingat</p> <p>P: Bagaimana perasaannya hari ini bu, apa semalam tidurnya enak, apa sudah makan ? Masih ingat nama saya tidak ?Nama saya Hasim Efendi S.Kep</p> <p>K: Ehm, Hasim Efendi S.Kep</p> <p>P: Bagus ...!, Betul sekali.</p>	<p>K: Menunduk dan menatap ke arah P. K: Kontak mata ada</p> <p>P: Tenang, rileks, mempertahankan kontak mata.</p> <p>K: Melamun dan menunduk.</p>	<p>K berfikir bahwa ia tidak mengalami perubahan.</p>	<p>dan kebutuhan yang harus segera dipenuhi saat ini.</p> <p>Bersikap persuasif agar klien dapat bekerja sama menjalankan kontrak sebelumnya</p>	<p>arah permbicaraan.</p> <p>Informing, menjelaskan kontak untuk memudahkan intervensi selanjutnya.</p>
--	--	---	--	---

Komunikasi Verbal	Komunikasi Non Verbal	Analisa Berfokus pada Klien	Analisa Berfokus pada Perawat	Rasional
<p>P: Bagaimana dengan suara-suara yang sering Mas Heri dengar ? Apakah Mas Heri masih mendengarnya ?</p> <p>K: Ya, mas pernah tapi tidak sering</p> <p>P: Kapan biasanya suara-suara itu muncul.</p>	<p>P: Kontak mata, bicara santai tapi jelas.</p> <p>K : Tersenyum dan memandang ke arah P.</p> <p>P: Menatap ke arah K</p> <p>k: Menatap ke arah P</p>	<p>Membayangkan ketika suara-suara itu muncul</p> <p>Mengingat- nginat apa yang dilakukan jika mendengar suara-suara.</p>	<p>Bersikap persuasif agar klien dapat bekerja sama menjalankan kontrak sebelumnya.</p> <p>Memberikan penguatan dengan harapan K terus mau cerita.</p>	<p>Inorming menjelaskan kontak untuk memudahkan intervensi selanjutnya.</p> <p>Memberikan dorongan dan penguatan terhadap pernyataan klien.</p>

<p>P: Apa yang dikatakan oleh suara itu ? kapan suara itu muncul? Sering tidak mas ? situasi apa yang membuat suara itu muncul?</p> <p>K: semalam saya mendengar suara anak kecil yang lari – lari mas, berisik dan rame – rame. Kalau disini sudah tidak seberapa mas, tapi pas di rumah sering. Biasanya pas malam mas, dan terkadang saat saya lagi sendiri dan melamun</p>	<p>P:Nada suara bicara santai dan bersahabat, tetap tersenyum dan mempertahankan kontak mata.</p> <p>K : Menceritakan yang K alami. Kontak mata pasien fokus .</p>	<p>Mengingat – ingat apa yang dialami K</p>		<p>Mengidentifikasi jenis halusinasi, isi, frekwensi dan waktu dapat menentukan tindakan yang tepat bagi pasien untuk mengontrol halusinasinya.</p>
<p>P: Apa yang mas lakukan ketika mendengar suara – suara itu ?</p> <p>K: Saya diam saja mas, terkadang saya tutup telinga saya dengan bantal.</p>	<p>P :Nada suara bicara santai dan bersahabat, tetap tersenyum dan mempertahankan kontak mata.</p> <p>K : Menceritakan cara mengontrol halusinasi. Kontak mata pasien fokus .</p>	<p>Mengingat- nginat apa yang dilakukan jika mendengar suara-suara.</p>		<p>Mengevaluasi cara mengontrol halusinasi dapat memberikan informasi untuk tindakan keperawatan selanjutnya.</p> <p>Mengidentifikasi kegiatan atau hal-hal yang dilakukan K ketika terjadi</p>

				halusinasi.
<p>P: Saya percaya apa yang didengar oleh mas heri, tapi saya sendiri tidak dengar. Ada juga teman lain di sini yang sama seperti heri, juga sering mendengar suara-suara.</p> <p>K : Ia mas</p>	<p>P :Nada suara bicara santai dan bersahabat, tetap tersenyum dan mempertahankan kontak mata.</p> <p>K: Berfikir, menunduk, dan fokus terhadap pembicaraan</p>	Mendengarkan dengan penuh perhatian.	Memberikan respon positif dan tidak menghakimi K	Memberikan dorongan dan penguatan terhadap pernyataan klien
<p>P: Iyasudah mas, mulai sekarang mas heri harus lebih banyak mengobrol bersama – teman – teman serta aktif mengikuti kegiatan harian yang ada disini. Jangan sering melamun mas heri. Obatnya diminum tepat waktu ya mas heri</p> <p>K: Inggih mas..</p>	<p>P :Nada suara bicara santai dan bersahabat, tetap tersenyum dan mempertahankan kontak mata.</p> <p>K: Menjawab pertanyaan, Berfikir, menunduk, dan fokus terhadap pembicaraan</p>	Mendengarkan dengan penuh perhatian.	Memberi motivasi pada K untuk mengenal dan mengatasi halusinasi	Memberikan motivasi bagi pasien dapat meningkatkan pengetahuan pasien terhadap pentingnya berinteraksi dan minum obat tepat waktu.