BAB III

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil

1. Pengkajian

   Pengkajian ini dilakukan di Wisma Puntadewa pada hari Senin, tanggal 27 Januari 2020, pukul 11.00 WIB dengan metode *autoanamnesa* dan *allowanamnesa.*

   a. Identitas

      1) Identitas Pasien

Nama	: Tn. N
Jenis kelamin	: Laki-laki
Umur	: 28 tahun
Alamat	: Magelang
Pendidikan	: SD
Pekerjaan	: Wiraswasta
Diagnosa Medis	: F 20.3 (Halusinasi takterinci)
Tanggal Pengkajian	: 27 Januari 2020
Tanggal masuk	: 16 Januari 2020
RM No.	: 00106768

      2) Identitas penanggung jawab

Nama	: Tn. A
Jenis kelamin	: Laki-laki
Umur	: 54 tahun
Alamat	: Magelang
Pendidikan	: SD

Pekerjaan : Buruh

Hubungan dengan klien : Paman

b. Alasan masuk

1) Data pada saat masuk rumah sakit

Pasien dibawa ke RSJ magelang oleh keluarganya Karena selama seminggu di rumah, pasien mengamuk tanpa sebab, memecahkan gelas, curiga dengan orang lain, dan mengeluh merasa takut. Selama di rumah ibunya memutuskan untuk mengurung pasien di kamar.

2) Data pada saat dikaji

Pasien mengatakan mendengar suara orang asing, yang tidak dikenalnya, yang isinya sering menyuruhnya jangan bikin gaduh, harus tertib, suara muncul 3-4 dalam sehari, suara itu lebih sering muncul ketika sore dan malam hari. Ketika suara itu muncul pasien akan menutup telinga karena pasien merasa terganggu. Pasien tampak mondar-mandir, gelisah dan bicara sendiri.

c. Faktor presipitasi

Pasien pernah dirawat di RSJ magelang sebanyak 2x yaitu pada tahun 2014, dan pada tahun 2016. Pengobatan sebelumnya kurang berhasil karena pasien tidak minum obat atau putus obat sehingga halusinasinya belum hilang secara keseluruhan. Pasien tidak memiliki riwayat trauma kepala ataupun riwayat aniaya fisik, aniaya seksual, dan tindakan kriminal. Di dalam keluarga tidak ada riwayat dengan gangguan jiwa. Pasien tidak memiliki pengalaman yang tidak menyenangkan.

d. Pemeriksaan fisik

1) Tanda-tanda vital

a) Tekanan darah : 110/67 mmHG

b) Nadi : 79x/menit

c) Suhu : 36,2 ^{0}C

d) Pernafasan : 22x/menit

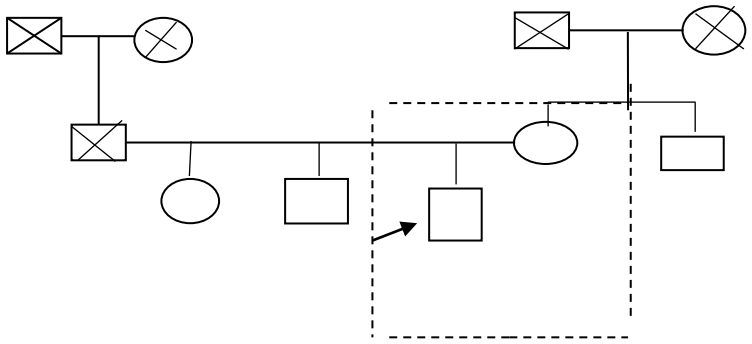
2) Ukur

a) TB : 158 cm

b) BB : 42 kg

e. Psikososial

1) Genogram



Bagan 3.1 Genogram Pada Tn. N

Keterangan :

: Laki-laki

: Perempuan

: Laki-laki meninggal

: Perempuan meninggal

: Pasien

: Tinggal satu rumah

: Garis pernikahan

: Garis keturunan

Pasien merupakan anak ke-3 dari 3 bersaudara, 2 saudaranya sudah menikah. Pasien tinggal bersama ibunya karena ayahnya sudah meninggal sejak pasien masih kecil. Komunikasi pasien baik khususnya dengan ibunya seperti mampu bercerita kepada ibunya. Pola asuh ibunya di dalam keluarga adalah pasien di rawat ibunya sejak kecil, dan pada keluarga ini yang mengambil keputusan adalah ibunya. Di dalam keluarga pasien tidak ada riwayat dengan gangguan jiwa.

2) Konsep Diri

a) Citra tubuh

Pasien mengatakan menyukai bagian tubuh yang dimilikinya. Pasien bersyukur dengan semua bagian tubuh yang dimiliki, tapi pasien lebih menyukai tangan, karena tangannya bisa melakukan semua kegiatan dan digunakan untuk memohon doa. Bagian tubuh yang kurang disukai pasien adalah gigi depannya karena berlubang ditengah, dan itu membuat pasien merasa malu. Ketika diajak bicara menundukkan kepala dan kontak mata mudah beralih.

b) Identitas diri

Paien mengatakan seorang laki-laki umur 28 tahun. Pasien berpenampilan layaknya sebagai seorang laki-laki. Hingga usia ini pasien belum menikah.

c) Peran diri

Pasien mengatakan di rumah berperan sebagai anak. Pasien menghormati dan patuh pada ibunya. Pasien minder sebab anak yang sudah dewasa tapi belum bisa untuk mencari nafkah.

d) Ideal diri

Pasien mengatakan di usianya saat ini ingin punya pekerjaan dan segera menikah. Pasien ingin pulang dan tinggal bersama ibunya kembali dan ingin mencukupi kebutuhan dengan mencari pekerjaan yang tetap. Pasien mempunyai keinginan bekerja di indomaret.

e) Harga diri

Pasien merasa malu karena ada kekurangan pada fisiknya, dan belum bisa bekerja menetap untuk mencari nafkah agar kebutuhan tercukupi, dan selain itu sampai saat ini belum menikah.

3) Hubungan sosial

a) Orang yang berarti

Pasien mengatakan orang terdekatnya adalah ibu. Pada saat pasien sedang mempunyai masalah atau bingung dengan keputusan yang akan diambil pasien memilih untuk minta pendapat pada ibunya.

b) Peran serta dalam masyarakat

Pasien mengatakan ketika di rumah sering mengikuti yasinan, Karang taruna dan gotong royong dalam kegiatan di masyarakat. Saat mengikuti kegiatan tersebut tidak ada masyarakat yang

menjauhinya. Pasien merasa senang karena melakukan hal yang baik.

c) Hambatan dalam hubungan dengan orang lain

Pasien mampu memulai pembicaraan dan tampak berinteraksi dengan pasien lain dan perawat.

4) Spiritual

a) Nilai dan keyakinan

Pasien mengatakan bahwa sakitnya ini merupakan cobaan dari Allah.

b) Kegiatan beribadah

Pasien seorang muslim, menjalankan sholat dengan tepat waktunya. Sebelum melaksanakan sholat pasien berwudhu terlebih dahulu dan menghadap kiblat.

f. Status mental

1) Penampilan

Pasien berpenampilan rapi, menggunakan baju, kancing baju sesuai dengan tempatnya, celana pasien bersih, rambut tertata rapi dan pasien melakukannya dengan mandiri.

2) Pembicaraan

Nada bicara pasien keras, pasien mampu memulai pembicaraan, pasien nyambung saat diajak bicara dan pasien sering tampak berbicara sendiri.

3) Aktifitas motorik

Pasien tampak mondar-mandir dan wajah pasien tampak tegang. kegiatan di Wisma Puntadewa pasien sering membantu mencuci piring.

4) Alam perasaan

Pasien merasa khawatir karena tidak bisa bekerja sesuai keinginannya bekerja di indomaret. Pasien merasa takut karena curiga dengan orang lain. Pasien tidak merasa putus asa, gembira berlebihan dan sedih.

5) Afek

Afek pasien labil, dimana ekspresi pasien mudah berubah-ubah.

6) Interaksi saat bicara

Kontak mata pasien kurang, mudah beralih, pasien mudah tersinggung, pandangan mata tajam, sering melamun, tidak fokus, dan nada bicara tinggi.

7) Persepsi

Pasien mengatakan mendengar suara orang asing yang tidak di kenalnya, yang isinya sering menyuruhnya jangan bikin gaduh dan harus tertib, suara muncul 3-4 dalam sehari, suara itu lebih sering muncul ketika sore, dan malam hari, ketika suara itu muncul pasien akan menutup telinga karena pasien merasa terganggu. Pasien tampak mondar-mandir gelisah dan bicara sendiri.

8) Proses pikir

Pasien dalam proses pikir jelas alurnya, jawaban pasien tidak berbelit-belit dan sampai tujuan pembicaraan.

9) Isi pikir

Pasien tidak mengalami gangguan isi pikir baik itu obsesi, depersonalisasi, fobia, ide terkait, hipokondria, dan pikiran magis.

10) Tingkat kesadaran

Tingkat kesadaran pasien baik. Orientasi terhadap tempat sudah baik misalnya perawat menanyakan kepada pasien saat ini pasien berada dimana, pasien menjawab di rumah sakit jiwa pasien menjawab dengan benar. Orientasi terhadap waktu ketika perawat menanyakan saat ini jam berapa, pasien menjawab jam 1 siang pasien bisa menjawab dengan benar dan ketika perawat menanyakan siapa saja nama perawat yang berada diruangan, pasien menjawab pak sigit pasien bisa menjawab tetapi dengan bantuan perawat, perawat memancing huruf depan.

11) Memori

Daya ingat pasien cukup baik, hal ini mencakup ingatan baik sekarang maupun masa lalu. Pasien mampu mengingat kejadian saat ini contohnya perawat menanyakan tadi pagi makan dengan lauk apa, pasien menjawab dengan benar. Pasien mampu mengingat kejadian jangka panjang contohnya pasien mengatakan di rumah sering dibuatkan kopi ibunya. Pasien mampu mengingat kejadian jangka pendek contohnya saat pertama kali dibawa ke RSJ.

12) Tingkat konsentrasi dan berhitung

Tingkat konsentrasi pasien cukup baik, tetapi kadang kurang fokus apabila diajak berbicara, pandangan mudah beralih. Pada saat ditanya oleh perawat penghitungan dari angka 1-10 pasien menjawab dengan benar.

13) Kemampuan menilai

Pasien mengalami gangguan kemampuan menilai ringan. Ketika diberi penjelasan mengenai ketika habis makan yang dilakukan membereskan tempat makan atau menyapu terlebih dahulu, pasien tidak bisa mengambil keputusan sendiri.

14) Daya tilik diri

Pasien sadar bahwa dia sedang sakit gangguan jiwa dan pasien sadar bahwa sedang ada di RSJ untuk menjalani pengobatan.

g. Kebutuhan persiapan pulang

1) Makan dan minum

Pasien mampu melakukan makan dengan mandiri, pasien mampu menyiapkan makanan, membereskan tempat makan, dan alat makan yang sudah digunakan. Pasien mampu membereskan meja setelah dibuat makan, dan menyapu lantai. Pasien makan 3x sehari dengan menu yang berbeda.

2) BAB/BAK

Pasien mampu melakukan BAB/BAK dengan mandiri tanpa bantuan orang lain. Pasien mampu melakukan BAB/BAK dikamar mandi dengan menutup pintunya, setelah selesai BAB/BAK pasien mengguyur dengan air sampai bersih.

3) Mandi

Pasien mengatakan mandi sehari 2x yaitu pagi dan sore, pasien mandi menggunakan sabun, pasien keramas dengan shampo dan pasien sikat gigi saat pagi dan sore.

4) Berpakaian/berhias

   Pasien menggunakan pakaian yang bersih dan rapi, pasien mengancingkan bajunya dengan benar, pasien merapikan rambutnya, dan setelah mandi dengan cara menyisir, pasien melakukan dengan mandiri.

5) Kebersihan diri

   Pasien mengatakan merawat kebersihan diri dengan cara mandi apabila pasien merasa badannya gerah.

6) Istirahat dan tidur

   Pasien mengatakan apabila merasa ngantuk pasien langsung tidur, pasien mengatakan tidur siang selama kurang lebih 1 jam, dan tidur malam 6-8 jam, dan pasien mengatakan kadang saat malam hari terbangun.

7) Kegiatan sebelum dan sesudah tidur

   Pasien mengatakan sebelum tidur pasien ke kamar mandi untuk BAK, dan setelah bangun tidur pasien merapikan tempat tidur, setelah itu pasien pergi ke kamar mandi untuk cuci muka.

8) Penggunaan Obat

   Pasien minum obat 2x dalam sehari dengan cara ketika sudah jam minum obat pasien memintanya kepada perawat.

9) Pemeliharaan kesehatan

   Pasien mengatakan selama dirumah sakit akan minum obat dengan teratur, dan apabila pasien sudah pulang kerumah juga akan rutin kontrol, dan minum obat secara teratur. Pasien pernah mengalami putus obat Karena pasien merasa sudah sembuh.

10) Kegiatan di dalam rumah dan di RSJ

Pasien mengatakan kegiatan yang dilakukan dirumah yaitu membantu ibunya menyapu dan mengepel dan mencuci baju sendiri. Di rumah sakit membantu kegiatan harian temannya seperti mencuci piring setelah makan.

h. Mekanisme Koping

Mekanisme koping pasien tidak efektif. Mekanisme koping maladaptif yang ada dipasien adalah reaksi berlebihan seperti mengamuk, dan akan mencederai diri dengan memecahkan gelas.

i. Masalah Psikososial dan lingkungan

1) Masalah berhubungan dengan kelompok atau lingkungan

Pasien mengatakan dirumah mengikuti yasinan.

2) Masalah dengan pendidik

Pasien mengatakan bahwa dia bersekolah sampai tamat SD, karena tidak ada biaya untuk melanjutkan sekolah yang lebih tinggi.

3) Masalah dengan Pekerjaan

Pasien mengatakan sebelumnya bekerja sebagai pecuci motor. Pasien merasa tidak puas dengan hasil pencucian motor, dan memilih untuk berhenti karena ingin bekerja di indomaret.

4) Masalah dengan keluarga

Pasien mengatakan tidak ada masalah, dengan anggota keluarganya, dan juga ibunya.

5) Masalah ekonomi

Pasien mengatakan sampai saat ini kebutuhan tercukupi, dari ibunya yang bekerja sebagai pembantu, dan pasien ingin penghasilannya tercukupi dari penghasilannya sendiri.

6) Masalah dengan pelayanan kesehatan

Pasien berobat, dan sering keluar masuk RSJ.

j. Kurang pengetahuan

Pasien mengatakan kurang mengetahui penyakit jiwa, Tentang bagaimana syarat – syarat pulang, dan agar cepat sembuh.

k. Aspek Medik

1) Diagnosa medis: F 20.3 (skizofrenia takterrinci)

2) Terapi medik:

Hari/tanggal: Senin, 27 Januari 2020

a) Tryhexypenydil 2 x 2 mg

b) Clozapine 1 x 25 mg

c) Trifiuperazine 2 x 5 mg

2. Analisa Data

Nama pasien : Tn. N No RM : 00106768

Ruang : Wisma Puntadewa Dx. Medis : F 20. 3

Tabel 3.1 Analisa Data pada Tn. N

Hari / tanggal/ jam	Data fokus	Masalah keperawatan	TTD
Senin 27 januari 2020 11.30 WIB	DS: Pasien mengatan mendengar suara orang asing yang tidak di kenalnya, yang isinya sering menyuruhnya jangan bikin gaduh, dan harus tertib, suara muncul 3-4 dalam sehari, suara itu lebih sering muncul ketika sore, dan malam hari, ketika suara itu muncul pasien akan menutup telingan. karena pasien merasa terganggu. DO: a. pasien tampak mondar -mandir b. pasien tampak gelisah c. pasien tampak bicara sendiri d. pasien tampak melamun e. pasien tampak tidak fokus f. kontak mata mudah beralih	Gangguan presepsi sensori : halusinasi pendengaran	DEVI
Senin 27 januari 2020 11.30 WIB	DS: a. Pasien mengatakan malu karena gigi depannya berlubang di tengah. b. Pasien mengatakan merasa malu karena tidak bisa bekerja menetap untuk mencari nafkah agar kebutuhan tercukupi. DO: a. Pasien menundukan kepala	Gangguan konsep diri: harga diri rendah	DEVI
Senin 27 januari 2020 11.30 WIB	DS: a. Pasien mengatakan dirumah mengamuk tanpa sebab, memecahkan gelas. DO: a. Pasien mudah tersinggung b. Wajah pasien tampak tegang c. Afek labil d. Nada bicara pasien tinggi	Resiko perilaku kekerasan	DEVI

3. Daftar Masalah Keperawatan

    a. Gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran

    b. Gangguan konsep diri: harga diri rendah

    c. Resiko perilaku kekerasan

4. Rencana asuhan keperawatan

Nama pasien : Tn. N No RM : 00106768

Ruang : Wisma Puntadewa Dx medis : F 20.3

Tabel 3.2 Rencana Asuhan Keperawatan pada Tn. N

Hari/ tanggal / jam	Diagnosa Keperawatan	Rencana kepertawatan		Rasional	TTD
		Tujuan	Tindakan		
Seni 27 Januari 2020 11.30 WIB	Gangguan sensori persepsi: halusinasi (pendengaran /penglihatan /penghindu /raba/kecap)	TUM: klien dapat mengontrol halusinasi yang dialaminya TUK 1: Klien dapat membina hubungan saling percaya	1. Klien menunjukan tanda-tanda percaya kepada perawat a. Ekspresi wajah bersahabat b. Menunjukan rasa senang c. Ada kontak mata d. Mau berjabat tangan e. Mau menyebut nama f. Mau menjawab salam g. Mau duduk berdampingan dengan perawat h. Bersedia mengungkapkan masalah yang di hadapi	1. Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapiutik. a. Sapa klien dengan ramah baik verbal maupun non verbal b. Perkenalkan nama, nama panggilan dan tujuan perawat berkenalan. c. Tanyakan nama lengkap dan nama panggilan yang di sukai d. Buat kontrak yang jelas e. Tunjukan sikap jujur dan menepati janji setiap kali berinteraksi. f. Tunjukan sikap empati dan menerima apa adanya g. Beri perhatian kepada klien dan perhatikan kebutuhan dasar klien h. Tanyakan perasaan klien dan masalah yang dihadapi klien i. Dengarkan dengan penuh perhatian eksresi perasaan klien.	 DEVI

Hari/ tanggal / jam	Diagnosa Keperawatan	Rencana kepertawatan		Rasional	TTD
		Tujuan	Tindakan		
		TUK 2: klien dapat mengenal halusinasinya	1. klien mampu menyebutkan: a. Isi b. Waktu c. Frekuensi d. Situasi dan kondisi yang menimbulkan halusinasi	1. Adakah kontak sering dan singkat secara bertahap 2. Observasi tingkah laku klien terkait dengan halusinasinya (pendengaran/ penglihatan/penghindu /peraba/kecap) jika menemukan klien yang sedang halusinasi: a. Tanyakan klien pernsh mengalami sesuatu (halusinasi pendengaran/peng lihatan/penghindu/ pengecap/peraba) b. Jika klien menjawab ya, tanyakan apa saja yang dialaminya c. Katakana bahwa perawat percaya klien mengalami hal tersebut, namun perawat tidak mengalaminya (dengan nada bersahabat tanpa menunduh dan menghakimi) d. Katakan bahwa ada klien yang mengalami hal yang sama. e. Katakana bahwa perawat akan membantu klien Jika klien tidak sedang halusinasi klarifikasi tentang adanya pengalaman halusinasi, diskusikan dengan klien:	 DEVI

Hari/ tanggal / jam	Diagnosa Keperawatan	Rencana kepertawatan		Rasional	TTD
		Tujuan	Tindakan		
				a. Isi, waktu dan frekuensi terjadi halusinasi (pagi, siang, sore dan kadang – kadang) b. Situasi dan kondisi yang menimbulkan atau tidak menimbulkan halusinasi.	
			1. klien mampu menyatakan perasaan dan responnya saat mengalami halusinasinya: a. Marah b. Takut c. Sedih d. Senang e. Cemas f. Jengkel	1. Diskusikan dengan klien apa yang dirasakan jika terjadi halusinasi dan beri kesempatan untuk mengungkapkan perasaanya 2. Diskusikan dengan klien apa yang dilakukan untuk mengatasi perasaan tersebut. 3. Diskusikan tentang dampak yang akan dialami bila klien menikmati halusinasinya	
		TUK 3: Klien dapat mengontrol halusinasinya	1. klien mampu menyebutkan tindakan yang biasanya dilakukan untuk mengendalikan halusinasinya 2. klien mampu menyebutkan cara baru mengontrol halusinasinya 3. klien mampu memilih dan memperagakan cara mengatasi halusinasi (pendengaran/penglihatan/penghindu/peraba/pengecap)	1. Identifikasi bersama cara atau tindakan yang dilakukan jika terjadi halusinasinya (tidur, marah, menyibukkan diri dll) 2. Diskusikan cara yang digunakan klien 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 halusinasi:	 DEVI

Hari/ tanggal / jam	Diagnosa Keperawatan	Rencana kepertawatan		Rasional	TTD
		Tujuan	Tindakan		
			4. klien mampu melaksanakan cara yang telah dipilih untuk mengendalikan halusinasinya 5. klien mampu mengikuti terapi aktivitas kelompok.	a. Katakana pada diri sendiri bahwa ini tidak nyata (“saya tidak mau dengar pada saat halusinasi terjadi) b. Menemui orang lain (perawat/teman/anggota keluarga) untuk menceritakan halusinasinya. c. Membuat dan melaksanakan jadwal kegiatan sehari- hari yang telah disusun. d. Meminta keluarga/teman /perawat menyapa jika sedang halusinasi) 4. Bantu klien memilih cara yang sudah dianjurkan dan latih untuk mencobanya. 5. Beri kesempatan untuk melakukan cara yang dipilih dan dilatih. 6. Pantau pelaksaan yang telah dipilih dan dilatih, jika berhasil beri pujian. 7. Anjurkan klien mengikuti terapi aktifitas kelompok, orientasi, realita stimulasi presepsi.	
		TUK 4: Klien dapat dukungan dari keluarga dalam mengontrol halusinasinya	1. Keluarga menyatakan setuju untuk mengikuti pertemuan dengan perawat 2. Keluarga mampu menyebutkan	1. Buat kontrak keluarga untuk pertemuan (waktu, tempat dan topik) 2. Diskusikan dengan keluarga (pada saat pertemuan	DEVI

Hari/ tanggal / jam	Diagnosa Keperawatan	Rencana kepertawatan		Rasional	TTD
		Tujuan	Tindakan		
			pengertian, tanda dan gejala, proses terjadinya halusinasi dan tindakan untuk mengendalikan halusinasinya.	keluarga/kujungan rumah) a. Pengertian halusinasitanda dan gejala halusinasi b. Proses terjadinya halusinasi c. Cara yang dapat dilakukan klien dan keluarga untuk memutus halusinasi d. Obat- obatan halusinasi e. Cara merawat angota keluarga yang halusinasi di rumah (beri kegiatan, jangan biarkan sendiri, makan bersama, berpegian bersama mamantau oba-obatan dan cara pemberiannya untuk mengatasi halusinasi) f. Beri informasi waktu control kerumah sakit dan bagaimana cara mencari bantuan jika halusinasi tidak dapat diatasi di rumah.	
		TUK 5: Klien dapat memanfaatkan obat dengan baik.	1. klien mampu menyebutkan: a. Manfaat minum obat b. Kerugian tidak minum obat	1. Diskusikan dengan klien tentang manfaat dan kerugian tidak minum obat, nama, warna, dosis, cara, efek terapi dan efek samping penggunaan obat.	 DEVI

Hari/ tanggal / jam	Diagnosa Keperawatan	Rencana kepertawatan		Rasional	TTD
		Tujuan	Tindakan		
			c. Nama, warna, dosos, efek terapi dan efek samping obat. 2. klien mampu mendemontrasikan penggunaan obat dengan benar. 3. klien mampu menyebutkan akibat berhenti minum obat tanpa konsultasi Dokter	2. Pantau klien saat penggunaan obat 3. Beri pujian jika klien menggunakan obat dengan benar. 4. Diskusikan akibat berhenti minum obat tanpa konsultasi dengan dokter. 5. Anjurkan klien untuk konsultasi kepada Dokter/perawat jika terjadi hal-hal yang tidak diinginkan.	

5. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Nama pasien : Tn. N No RM : 00106768

Ruang : Wisma Puntadewa Dx. Medis : F 20.3

Tabel 3.3. : Implementasi dan Evaluasi Keperawatan Pada Tn.N

Hari/ tanggal/ jam	Diagnosa	Implementasi	Evaluasi	TTD
Senin 27 Januari 2020 14.00 WIB	Gangguan presepsi sensori:halusinasi pendengan sp 1	1. Bina Hubungan Saling Percaya 2. Mengidentifikasi jenis halusinasi 3. Mengidentifikasi halusinasi 4. Mengidentifikasi waktu halusinasi 5. Mengidentifikasi frekuensi halusinasi 6. Mengidentifikasi situasi yang menimbulkan halusinasi 7. Mengidentifikasi respon klien terhadap halusinasi. 8. Mengajarkan klien menghardik halusinasi 9. Memasukan pada jadwal kegiatan untuk mengontrol halusinasi dengan cara menghardik 10. Menemani klien duduk. 11. TAK kebersihan diri. 12. Menemani makan siang dan malam. 13. Mengukur vital sign.	S: 1. klien mengatakan namanya tn. N 2. klien mengatakan mendengar suara orang asing yang tidak dikenalnya, yang isinya sering menyuruhnya jangan bikin gaduh dan harus tertib, suara muncul 3-4 dalam sehari, suara itu lebih sering muncul ketika sore dan malam hari, ketika suara itu muncul pasien akan menutup telingan karena pasien merasa terganggu. 3. Klien mengatakan senang sudah diajari menghardik. O: 1. Klien mampu menghardik dengan mandiri 2. Klien tampak bicara sendiri 3. Klien tampak kurang fokus 4. Klien tampak gelisah. 5. TD:110/67 mmhg A: Gangguan persepsi sensori:halusinasi pendengaran 1. Mampu	 DEVI

Hari/ tanggal/ jam	Diagnosa	Implementasi	Evaluasi	TTD
			menghardik secara mandiri 2. Masalah teratasi. P: 1. lanjutkan intervensi 2. halusinasi dengan 5 benar minum obat. 3. Bimbing memasukan jadwal harian. 4. Kolaborasi pemberian obat	
Selasa 28 Januari 2020 14.00 WIB	Gangguan persepsi sensor:halusinasi pendengaran sp 2	1. Bina Hubungan Saling Percaya 2. Evaluasi sp 1 tentang cara kontrol halusinasi dengan menghardik 3. Melatih klien mengendalikan halusinasi dengan minum obat secara teratur. 4. Menganjurkan klien memasukkan cara kontrol halusinasi dengan 5 benar minum obat kedalam jadwal kegiatan harian. 5. Melibatkan klien dalam kegiatan TAK (batuk efektif) 6. Memberikan klien obat sesuai advis Dokter. (tryhexypenidin 2mg, clozapine 1mg, trifiuopenidin 2mg.) 7. Mengukur vital sign.	S: 1. klien mengatan mendengar suara orang asing yang tidak dikenalnya, yang isinya sering menyuruhnya jangan bikin gaduh dan harus tertib, suara muncul 3-4 dalam sehari, suara itu lebih sering muncul ketika sore dan malam hari, ketika suara itu muncul pasien akan menutup telingan karena pasien merasa terganggu. 2. Klien mengatakan akan minum obat sesuai jam. O: 1. Klien minum obat dengan pengawasan perawat. (tryhexypenidin 2mg, clozapine 1mg, trifiuopenidin 2mg.)	 DEVI

Hari/ tanggal/ jam	Diagnosa	Implementasi	Evaluasi	TTD
			2. Klien mampu mengikuti TAK (batuk efektif) klien dengan difokuskan. 3. TD: 120/90 mmhg A: Gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran a. Klien mampu mengontrol halusinasi dengan 5 benar minum obat b. Masalah teratasi P: a. Lanjutkan intervensi b. Evaluasi sp 2 c. Lanjutkan sp 3 latih bercakap-cakap. d. Bimbing memasukkan jadwal harian. e. Kolaborasi pemberian obat.	
Rabu 29 Januari 2020 14.00 WIB	Gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran. Sp 3	1. Bina Hubungan Saling Percaya 2. Evaluasi sp 2 tentang cara mengontrol halusinasi dengan 5 benar minum obat. 3. Melatih klien cara mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap kepada orang lain. 4. Memberi contoh bercakap-cakap berkenalan dengan orang lain. 5. Memberi	S: 1. klien mengatakan masih mendengar suara orang asing, yang tidak dikenalnya, yang isinya sering menyuruhnya jangan bikin gaduh dan harus tertib, suara muncul 3-4 dalam sehari, suara itu lebih sering muncul ketika sore dan malam hari, ketika suara itu muncul	 DEVI

Hari/ tanggal/ jam	Diagnosa	Implementasi	Evaluasi	TTD
		kesempatan klien untuk berkenalan. 6. Melibatkan klien kedalam kegiatan TAK (cara berkenalan) 7. Beri obat sesuai advis Dokter. 8. Mengukur vital sign.	pasien akan menutup telingan karena pasien merasa terganggu. 2. Klien mengatakan senang berkenalan dengan cara yang sopan. O: 1. Pasien mencoba berkenalan dengan perawat. 2. Pasien mampu berkenalan. 3. Klien mampu mengikuti TAK tentang cara berkenalan dengan difokuskan. 4. Klien minum obat sesuai advis dokter. (tryhexypenidin 2mg, clozapine 1mg, trifiuopenidin 2mg). 5. TD: 110/80 mmhg. A: gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran. 1. Mampu bercakap-cakap 2. Masalah teratasi P: 1. Lanjutkan intervensi 2. Evaluasi sp 1, sp 2 dan sp 3 3. Lanjutkan latih control halusinasi dengan melatih kegiatan posif. 4. Bimbing memasukkan jadwal harian.	

B. Pembahasan

Berdasarkan tinjauan kasus dilakukan, pada bagian ini penulis akan membahas tentang “pengelolaan pada klien gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran dengan skizofrenia di rumah sakit jiwa prof. Dr. Soerojo Magelang “. Pengelolaan ini dilakukan selama 3 hari dari hari Senin 27 januari hingga Rabu 29 januari 2020 pukul 11.00 WIB. Disini penulis akan memulai dari tiap proses keperawatan yaitu pengkajian, perencanaan, implementasi, sampai tahab evaluasi. pada pelaksanaan asuhan keperawatan pada Tn. N tentu saja terdapat masalah yang muncul dengan teori keperawatan yang ada. Untuk lebih jelasnya akan diuraikan.

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan merupakan salah satu aspek penting dalam proses keperawatan yang bertujuan menetapkan data dasar tentang tingkat kesehatan klien, yang digunakan untuk merumuskan masalah klien dan rencana tindakan Persatuan Perawat Nasional Indonesia, (2005) dalam (Kurniajati & Triyoga, 2016). Data dapat diperoleh secara primer (pasien) dan sekunder (keluarga pasien, orang terdekat pasien, tenaga kesehatan, cacatan kesehatan, catatan kesehatan dan hasil pemeriksaan diagnostik). Pengkajian data dasar terdiri dari data subyektif dan objektif (Setiadi, 2012). Berdasarkan teori tersebut, maka langkah pertama penulis dalam pengelolaan adalah pengkajian dengan melakukan wawancara langsung dengan pasien dan dengan perawat yang selama ini mengelola.

Pengkajian ini dilakukan oleh penulis di Wisma Puntadewa Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang “pada hari senin 27 januari 2020 pukul 11.00 WIB. Pengkajian menurut penulis adalah pengumpulan data dan informasi untuk mendapatkan data yang digunakan untuk menentukan diagnosa. Data yang di

dapat dari pasien dan buku rekam medis pada pasien Tn. N, umur 28 th, alamat magelang dengan diagnosa medis f 20.3 halusinasi takterinci gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran.

Pengkajian dilakukan karena untuk memperoleh data sebagai pasien baru, dan data yang di dapat yaitu selama seminggu di rumah, pasien mengamuk tanpa sebab, memecahkan gelas, curiga dengan orang lain, dan mengeluh merasa takut. Selama di rumah ibunya memutuskan untuk mengurung pasien di kamar. Kekambuhan pasien di karenakan pengobatan sebelumnya kurang berhasil karena pasien tidak minum obat atau putus obat karena pasien merasa sembuh atau tidak mengalami halusinasi sehingga halusinasinya belum hilang secara keseluruhan. Pasien mengamuk tanpa sebab, memecahkan gelas, curiga dengan orang lain, dan mengeluh merasa takut.

Hal ini terjadi karena bentuk kekambuhan gejala-gejala yang dapat di amati pada pasien halusinasi diantaranya bicara atau tertawa sendiri, mondar-mandir, gelisah, melamun, tidak fokus, mudah beralih, marah-marah tanpa sebab, menunjuk kearah tertentu, ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas, mencium seperti sedang membau-baui sesuatu, menutup hidung, sering meludah atau muntah, serta menggaruk-garuk permukaan kulit (Yusuf, Fitriyasari, Nihayati, 2015). Kekambuhan pasien dikarenakan pengobatan yang kurang berhasil karena pasien tidak minum obat atau putus obat, karena pasien merasa sembuh atau tidak mengalami halusinasi.

Pengkajian dilakukan dengan cara pendekatan kepada pasien untuk memecahkan masalah yang dialami pasien. Dari data pengkajian pasien tanda dari kecemasan yaitu ditandai dengan adanya tanda obyektif yaitu pasien mondar-mandir karena pasien merasa halusinasi dan pasien berusaha menolak

dengan mondar-mandir, dengan menutup telinga dan mengatakan pergi-pergi kamu suara palsu akan menghilangkan halusinasi Pasien dengan halusinasi mengalami kecemasan dari kecemasan sedang sampai panik tergantung dari tahap halusinasi yang dialaminya.

Fase halusinasi menurut Direja (2011) dalam (Zelika & Dermawan, 2015) adalah: 1). fase pertama (fase *Comporting*), yaitu klien mengalami perasaan mendalam seperti ansietas, kesepian rasa bersalah dan takut serta menerima untuk berfokus pada pikiran yang menyenangkan untuk meredakan ansietas 2). fase kedua (fase *Condemming)*, pengalaman sensori menjijikan dan menakutkan klien melepas kendali dan mungkin mencoba untuk mengalami jarak dirinya dengan sumber yang dipersepsikan 3) fase Ketiga (fase *Controlling*), klien menghentikan perasaan terhadap halusinasi dan menyerah pada halusinasi 4). fase Keempat (fase *conquering),* mengancam jika ingin mengikuti perintah halusinasi. Dari data tanda dan gejala pasien mengalami fase yang ke dua yaitu fase condeming dimana pasien terlihat takut dan kaget ketika halusinasi itu muncul.

Menurut Direja (2011) tanda dan gejala halusinasi pendengaran: data subjektif: mendengarkan suara atau kegaduhan, mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap, mendengarkan suara yang menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya. Data objektif: bicara atau tertawa sendiri, marahmarah tanpa sebab, mengarahkan telinga ke arah tertentu, menutup telinga. berbicara sendiri seolah-olah ada lawan bicara yang berada di depannya. Berbicara sendiri tanda ada lawan bicara atau berbicara tanpa ada kejelasan.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah proses menganalisa data subjektif dan data objektif yang telah diperoleh pada tahap pengkajian untuk menegakkan diagnosa keperawatan Deswani, (2009) dalam (Saroh, 2019). Menurut penulis diagnosa keperawatan adalah menganalisis data yang telah dikelompokkan untuk mengatasi suatu masalah. Diagnosa yang dapat diambil menurut penulis adalah halusinasi pendengaran.

Diagnosa keperawatan dilakukan karena pasien terdapat perubahan perilaku pasien mondar-mandir dan bicara sendiri. Dalam penyelesaian masalah pasien tidak bisa menyelesaikan masalahnya sendiri melainkan harus dibantu oleh orang sekitar. Perubahan dalam ketajaman sensori yaitu terdapat perubahan mengenai pendengaran pasien ditandai dengan munculnya suara orang asing yang sebenarnya tidak nyata dan pasien mendengar suara-suara tetapi orang lain tidak mendengarnya.

Persepsi adalah suatu proses diterimanya rangsangan oleh pengindraan atau sensasi proses penerimaan rangsang dari luar. Rangsangan yang datang dari luar berupa rangsangan penglihatan, penciuman, pendengaran, pengecapan, dan perabaan interpretasi, adanya keadaan afek yang luar biasa seperti marah, takut, sedih dan nafsu memuncak sehingga terjadi gangguan atau perubahan persepsi sensori (Agustina, 2017).

Menurut penulis mengatakan gangguan persepsi sensori: halusinasi adalah gangguan jiwa yang menggaggu sesorang karena merasa ada suara-suara palsu yang terus didengar untuk mengikuti suara itu dan terkadang melakukan hal-hal yang membahayakan bagi pasien sendiri dan orang disekitar.

Gangguan persepsi sensori: halusinasi merupakan salah satu gangguan persepsi, dimana terjadi pengalaman indera tanpa adanya rangsangan sensorik (persepsi indera yang salah). Dimana klien mengalami perubahan sensori persepsi, merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan atau penghidung, pasien merasakan stimulus yang sebetulnya tidak ada Keliat & Akemat, (2014) dalam (Wulandari, Hastuti, & Wijayanti, 2019).

Gangguan persepsi sensori: halusinasi adalah salah satu gejala gangguan jiwa dimana klien mengalami perubahan sensori persepsi, merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan atau penghidung, pasien merasakan stimulus yang sebetulnya tidak ada (Ma'rif & Agustin, 2017).

Halusinasi pendengaran yaitu mendengar suara atau bunyi, biasanya suara orang. Suara dapat berkisar dari suara yang sederhana sampai suara orang bicara mengenai pasien, untuk menyelesaikan percakapan antara dua orang atau lebih tentang pasien yang berhalusinasi. Jenis lain termasuk pikiran yang dapat didengar yaitu pasien mendengar suara orang sedang membicarakan apa yang dipikirkan oleh pasien dan memerintahkan untuk melakukan sesuatu, kadang-kadang hal yang berbahaya Stuart (2007) dalam (Ayunaningrum, 2016).

Karakteristik halusinasi meliputi: perubahan dalam perilaku, perubahan dalam menyelesaikan masalah, perubahan dalam ketajaman sensori, yang termasuk dalam sensori pendengaran yang ditandai dengan pasien mendengar suara tanpa adanya stimulus dari luar (Ayunaningrum, 2016). Dari konsep diatas pada pasien Tn. N terdapat perubahan perilaku yaitu pasien mengamuk dan mudah marah. Dalam penyelesaian masalah yaitu pasien tidak bisa menyelesaikan masalahnya sendiri melainkan harus dibantu oleh orang sekitar. Karena pasien tidak mampu dan tidak mengerti. Perubahan dalam ketajaman

sensori yaitu terdapat perubahan mengenai pendengaran, pasien mendengar suara-suara tetapi orang lain tidak mendengarnya.

Penegakan diagnosa keperawatan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran berdasarkan batasan karakteristik yang muncul pada pasien yaitu pasien mendengar suara orang asing yang tidak dikenalnya, yang isinya sering menyuruhnya jangan bikin gaduh, dan harus tertib, suara muncul 3-4 dalam sehari, suara itu lebih sering muncul ketika sore dan malam hari. Ketika suara itu muncul pasien akan menutup telinga karena pasien merasa terganggu, jika tidak segera ditangani akan menghambat proses masalah keperawatan lainnya.

3. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan merupakan tahap perencanaan kegiatan atau tindakan dalam asuhan keperawatan yang bertujuan untuk meningkatkan status kesehatan pasien (Lingga, 2019). Menurut (Setyawan, 2012) yaitu prioritas pertama diberikan pada masalah aktual dan prioritas kedua pada masalah potensial.

Intervensi keperawatan dilakukan karena adanya pelaksanaan setiap tindakan dalam asuhan keperawatan agar berlangsung dengan baik dan efektif sesuai dengan diagnosa yang ditetapkan untuk segera memenuhi kebutuhan pasien dalam meningkatkan status kesehatannya (Lingga, 2019).

Hasil analisa dari data pengkajian di temukan 3 diagnosa keperawatan yaitu gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran, gangguan konsep diri: harga diri rendah, resiko perilaku kekerasan. Penulis kemudian menetapkan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran sebagai diagnosa prioritas utama yang harus ditangani karena bersifat aktual. Karena pada saat pengkajian penulis menemukan data masalah utama yang dialami oleh pasien yaitu tanda

dan gejala meninjukan halusinasi seperti pasien mondar-mandir, grlisah, bicara sendiri, melamun, tidak fokus, kontak mata mudah beralih dan pasien mengatakan mendengar suara orang asing yang tidak dikenalnya, yang isinya sering menyuruhnya jangan bikin gaduh, dan harus tertib, suara muncul 3-4 dalam sehari, suara itu lebih sering muncul ketika sore dan malam hari. Ketika suara itu muncul pasien akan menutup telinga karena pasien merasa terganggu. Untuk diagnosa kedua mengambil diagnosa harga diri rendah karena bersifat potensial didukung oleh data pasien mengatakan gigi depannya karena berlubang ditengah, dan itu membuat pasien merasa malu, Pasien minder sebab anak yang sudah dewasa tapi belum bisa untuk mencari nafkah. Yang ketiga mengambil diagnosa resiko perilaku kekerasan bersifat potensial yang didukung oleh data riwayat pasien dirumah Karena selama seminggu di rumah, pasien mengamuk tanpa sebab, memecahkan gelas, curiga dengan orang lain, dan mengeluh merasa takut.

Perencanaan keperawatan dilakuakn untuk mengatasi masalah gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x pertemuan dengan tujuan umum pasien dapat mengontrol halusinasi yang dialaminya. Sedangkan untuk tujuan khususnya yaitu: Tujuan khusus yang pertama yaitu membina hubungan saling percaya. Rasional hubungan saling percaya merupakan dasar untuk kelancaran hubungan interaksi selanjutnya (Anggara, 2015). Hubungan saling percaya yaitu tahap awal untuk mempermudah komunikasi dengan cara menyapa pasien dengan ramah baik verbal maupun non verbal, memperkenalkan nama, nama panggilan dan tujuan dari pertemuan, mananyakan nama pasien, menunjukkan rasa empati, jujur, dan menepati janji setiap interaksi, menanyakan masalah yang baru

dihadapi pasien, mendengarkan dengan penuh perhatian ungkapan perasaan pasien Akemat dan Keliat, (2010).

Tujuan khusus yang kedua yaitu dapat mengenal halusinasi menurut Akemat dan Keliat, (2010) rasional selain membina hubungan saling percaya, kontak sering dan singkat juga bisa memutuskan halusinasi. mengenalkan halusinasi sangatlah penting agar dapat mempermudahkan perawat melakukan intervensi efektif untuk mengenal halusinasi pada saat halusinasi itu muncul untuk memungkinkan menghindari faktor pencetus timbulnya halusinasi dengan dapat mengetahui waktu, isi, dan frekuensi munculnya halusinasi, dan dapat mengungkapkan perasaan ketika halusinasi muncul. Mengenalkan halusinasi kepada pasien dapat mempermudah dalam proses keperawatan, agar pasien dapat mengetahui dan menyadari bahwa yang dialami yaitu halusinasi dimana pasien menganggap itu nyata tetapi sebenarnya tidak nyata dan orang lain tidak mendengarnya. Untuk mengetahui halusinasi jika ada pasien yang sedang halusinasi tanyakan suara yang didengar, jika pasien menjawab ada lanjutkan apa yang dengar dari suara itu, katakan kepada pasien bahwa perawat percaya pasien mendengar suara namun perawat sendiri tidak mendengarnya, tanyakan kepada pasien situasi yang menimbulkan halusinasi itu muncul, waktu dan frekuensi terjadinya halusinasi, menanyakan apa yang dirasakan jika halusinasi muncul.

Tujuan khusus yang ketiga yaitu dapat mengontrol halusinasi menyebutkan tindakan untuk mengendalikan halusinasinya dengan cara seperti: menghardik, kepatuhan dalam minum obat, bercakap-cakap dengan orang lain dan melakukan kegiatan dalam sehari-hari. Rasional upaya untuk memutus halusinasi agar tidak muncul kembali, memberikan respon positif kepada pasien

akan meningkatkan harga diri pasien dan memberikan alternatif pilihan bagi pasien untuk mengontrol halusinasinya. Maka dari itu penulis mengajarkan cara mengontrol halusinasi dengan strategi pelaksanaan agar tidak berakibat fatal Keliat, (2010) dalam (Yuliani & Agustin, 2016).

Tujuan khusus yang keempat yaitu dapat dukungan dari keluarga dalam mengontrol halusinasinya, rasional pasien mendapatkan dukungan dari keluarga dalam mengontrol halusinasi dan untuk mengetahui pengetahuan keluarga serta meningkatkan kemampuan pegetahuan tentang halusinasi. Salah satu faktor pendukung keberhasilan proses keperawatan yang dilakukan kepada pasien. Maka dari itu keluarga juga perlu mengetahui cara penanganan halusinasi agar dapat diterapkan dirumah ketika pasien sudah pulang kerumah Christine, (2010) dalam (Andika, 2018). Rencana keperawatan yang di susun pada Tn. N dimana tujuan umum dari tindakan ini berguna untuk mengatasi halusinasi pada pasien. Dimana tujuan dari intervensi atau perencanaan yaitu untuk menolong pasien meningkatkan kesadaran tentang gejala yang mereka alami dan mereka bisa membedakan halusinasi dengan dunia nyata serta dapat mengontrol dan mengendalikan halusinasi yang mereka alami (Kurniajati & Triyoga , 2016).

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah tahapan keempat dari proses keperawatan. Menurut (Lingga, 2019) implementasi adalah pelaksanaan intervensi yang sudah ditetapkan dengan tujuan yang sama untuk memenuhi kebutuhan pasien untuk meningkatkan kesehatan. Tahapan ini muncul apabila rencana tindakan yang dibuat diaplikasikan pada pasien, tindakan yang dilakukan pada hari Senin, 27 Januari 2020 tindakan keperawatan yang diLalukan yaitu BHSP. Komunikasi bina saling percaya (BHSP) yaitu komunikasi yang ditujukan untuk membina hubungan

saling percaya dalam keperawatan jiwa dilakukan perawat pertama kali adalah berkenalan dan memperkenalkan diri, dengan kedua selalu menyapa dan mengingatkan nama pada pasien yang lupa dengan namanya sendiri sebagai bentuk pendekatan. Perawat menyapa pasien dengan cara sapaan memanggil nama pasien secara langsung (Supratti & Ashriady, 2016).

Selanjutnya pada hari Senin 27 Januari 2020 melakukan SP 1: mengidentifikasi jenis halusinasi, mengidentifikasi isi halusinasi, mengidentifikasi waktu halusinasi, mengidentifikasi frekuensi halusinasi pasien, mengidentifikasi respon terhadap halusinasi yang bertujuan untuk mengenalkan pada pasien terhadap halusinasi dan mengidentifikasi faktor pencetus halusinasinya Keliat, (2014), dalam (Anggara 2015). Saat dilakukan pengkajian pasien dapat menyebutkan jenis halusinasi, waktu halusinasi, respon terhadap halusinasinya, frekuensi halusinasi. Setelah pasien dapat mengenal halusinasinya, selanjutnya penulis mengajarkan pasien cara mengontrol halusinasi dengan menghardik. Menurut penulis menghardik adalah cara untuk memutus halusinasi dengan cara menolak apabila halusinasi itu datang.

Menghardik adalah upaya mengendalikan diri terhadap halusinasi dengan cara menolak halusinasi yang muncul. Tahapan tindakan menghardik meliputi: menjelaskan cara menghardik halusinasi, memperagakan cara menghardik, meminta pasien memperagakan ulang, memantau penerapan cara ini dan menguatkan perilaku pasien yosep dan sutini, (2014) dalam (Ma'rif & Agustin , 2017). Menurut penulis cara menghardik yaitu pasien dapat menutup mata dan telinga yang terpenting pasien harus fokus agar halusinasi dapat dikontrol, setelah pasien menutup mata dan fokus pasien mengatakan “pergi-pergi kamu suara palsu, kamu tidak nyata” dengan suara lantang, pasien dapat

mengulangi sampai halusinasinya hilang. Biasanya halusinasi pasien muncul ketika malam hari ketika pasien sendirian. Apabila halusinasi pasien muncul ketika pasien berada ditempat keramaian pasien dapat melakukan cara menghardik dengan cara: pasien dapat menutup mata dan telinga, yang terpenting pasien dalam keadaan konsrentrasi selanjutnya pasien berkata "pergi-pergi suara palsu", akan tetapi pasien mengusir halusinasinya cukup dengan mengatakannya didalam hati agar tidak menimbulkan persepsi lain dari orang-orang yang berada di samping pasien. Setelah mengajarkan pasien cara mengontrol halusinasi (menghardik) kemudian meminta pasien untuk memasukkannya kedalam jadwal kegiatan. Setelah itu melakukan tindakan kepada keluarga yaitu dengan SP 1 keluarga: Mendiskusikan masalah yang di rasakan dalam merawat pasien, menjelaskan pengertian, tanda dan gejala, serta proses terjadi halusinasi, menjelaskan cara merawat halusinasinya, melatih cara merawat pasien dengan cara menghardik, mengajarkan Keluarga cara menghardik pasien sesuai jadwal dan memberi pujian kepada pasien.

Pujian yaitu sebagai penghargaan terhadap suatu karya yang telah dihasilkan ataupun telah dilakukan oleh seseorang. Dengan kita memberikan pujian terhadap pasien maka pasien akan merasa bangga atas apa yang dilakukannya (Anggara, 2015). Sedangkan menurut penulis pujian yaitu suatu penghargaan ketika melihat pekerjaan yang sudah dilakukan oleh seseorang sekecil apapun itu hasilnya. Penulis memberikan pujian kepada pasien dengan menggunakan ungkapan/ secara verbal misalnya " Tn. N hebat sekali sudah bisa melakukan cara menghardik dengan benar".

Pada hari selasa 28 Januari 2020 tindakan keperawatan yang diberikan yaitu dengan Mengulang SP 1: memvalidasi SP sebelumnya, Mengidentifikasi

jenis halusinasi, Mengidentifikasi isi halusinasi, Mengidentifikasi waktu yang dapat menimbulkan halusinasi, mengidentifikasi situasi yang dapat menimbulkan halusinasi, mengidentifikasi respon pasien, mengajarkan pasien memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian. Menurut (Susilaningsih, Nisa, & Astia, 2019) penerapan strategi pelaksanaan (SP) pada pasien halusinasi yaitu melatih pasien mengontrol halusinasi menunjukkan bahwa tindakan yang dilakukan perawat dalam membantu pasien mengontrol halusinasi yaitu dengan cara menghardik halusinasi dan menganjurkan pasien berinteraksi dengan orang lain.

Selanjutnya tindakan keperawatan yang diberikan SP 2: memvalidasi SP 2, melatih cara mengontrol halusinasi dengan cara kepatuhan minum obat, mengajarkan lima benar minum obat (benar obat, benar orang, benar cara, benar dosis, benar waktu). Obat yang diberikan adalah tryhexypenydil, clozapine, Trifiuperazine. Penulis mengajarkan SP yang kedua yaitu dengan cara: pasien dijelaskan tentang mengenal obat yang diminumnya yaitu dengan mengenal jenis obat, warna obat, obat yang diminum harus sesuai dengan nama pasien masing-masing dan dosis yang harus di minum. Pasien dapat meminum obat apabila sudah waktunya untuk minum obat dengan cara meminta obat ke perawat.

Selanjutnya pada hari Rabu 29 januari 2020, tindakan keperawatan yang diberikan yaitu dengan Mengulang SP 2: memvalidasi SP sebelumnya, melatih cara mengontrol halusinasi dengan cara kepatuhan minum obat, mengajarkan lima benar minum obat (benar obat, benar orang, benar cara, benar dosis, benar waktu). Obat yang diberikan adalah tryhexypenydil, clozapine, Trifiuperazine. Selanjutnya penulis mengajarkan SP ke 3 yaitu dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain untuk mengalihkan pasien agar tidak halusinasi, dengan bercakap-cakap dengan teman tidak terjadi halusinasi pada saat itu.

5. Evaluasi Keperawatan

Setelah penulis melakukan pengkajian, perumusan diagnosa, merencanakan intervensi, dan melakukan tindakan keperawatan, setelah itu penulis melakukan tahap akhir yaitu evaluasi. Evaluasi merupakan tahap terakhir dari proses keperawatan. Sesuai dengan rencana tindakan yang telah diberikan, evaluasi diperlukan untuk melihat keberhasilan. Tahapan evaluasi dapat dilakukan selama proses asuhan keperawatan / pada akhir pemberian asuhan keperawatan (Anggara, 2015).

Evaluasi di lakukan karena adanya catatan perkembangan dari diagnosa keperawatan yang telah di tetapkan yaitu pada hari senin, 27 januari 2020 yaitu S: pasien mengatakan namanya Tn. N, dan mengatakan mendengar suara orang asing, yang tidak dikenalnya, yang isinya sering menyuruhnya jangan bikin gaduh, dan harus tertib, suara muncul 3-4 dalam sehari, suara itu lebih sering muncul ketika sore dan malam hari. Ketika suara itu muncul pasien akan menutup telinga karena pasien merasa terganggu. Pasien tampak mondar-mandir, gelisah dan bicara sendiri. O: pasien mampu menyebutkan nama panggilan yang pasien sukai, pasien bisa menyebutkan isi, frekuensi, waktu, respon dari halusinasinya, pandangan kosong, pasien tampak mondar-mandir pasien bisa melakukan cara menghardik namun dengan bantuan perawat, A: gangguan persepsi sensori: pendengaran masalah teratasi, P: pertahankan lanjutkan SP 2 mengontrol halusinasi dengan cara 5 benar minum obat, serta membimbing pasien memasukkan ke jadwal harian.

Pada hari selasa, 28 Januari 2020 yaitu S: pasien masih mendengar suara orang asing, yang tidak dikenalnya, yang isinya sering menyuruhnya jangan bikin gaduh, dan harus tertib, suara muncul 3 dalam sehari, suara itu lebih sering muncul ketika sore dan malam hari. Ketika suara itu muncul pasien akan menutup telinga karena pasien merasa terganggu. Pasien tampak mondar-mandir, gelisah dan bicara sendiri. O: pasien mampu menyebutkan isi, waktu, frekuensi halusinasi, dan respon terhadap halusinasi pasien melakukan cara 5 benar minum obat dengan bantuan perawat, A: gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran sudah teratasi, P: pertahankan intervensi lanjutkan SP 3 cara mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap serta memasukkan jadwal kedalam jadwal harian.

Pada hari Rabu, 29 Januari 2020 yaitu S: pasien masih mendengar suara orang asing, yang tidak dikenalnya, yang isinya sering menyuruhnya jangan bikin gaduh, dan harus tertib, suara jarang mucul, dan masih berbicara sendiri. O: pasien mampu menyebutkan isi, waktu, frekuensi halusinasi, dan respon terhadap halusinasi pasien melakukan bercakap-cakap dengan teman dan perawat, A: gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran sudah teratasi, P: pertahankan intervensi lanjutkan sp 4 dengan cara melakukan aktivitas posif serta memasukkan jadwal kedalam jadwal harian.

Berdasarkan hasil pengelolaan pasien selama tiga hari didapatkan bahwa hal yang sudah dilakukan adalah (BHSP) Bina Hubungan saling Percaya, SP 1, SP 2, SP 3. Faktor pendukung dalam pemberian asuhan keperawatan yaitu saya dibantu oleh perawat untuk bertemu dengan pasien, pasien bersedia diajak interaksi, pasien mampu memperkenalkan diri, pasien mampu bertanya kepada perawat, ketua Tim memberikan kepercayaan penuh kepada penulis dalam

berinteraksi. Faktor penghambat dalam proses asuhan keperawatan yaitu saat di ajak interaksi pasien tidak menjawab pertanyaan dari saya, pasien bicara sendiri, pasien pindah ketempat duduk lain sebelum interaksi selesai, saat melakukan interaksi pasien tidak fokus. Alternatif pemecahan masalah (BHSP) Bina Hubungan Saling Percaya, mendelegasikan tindakan sp 4 kepada perawat ruangan.