

BAB 4

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Hasil penelitian di deskriptifkan dalam bentuk proses keperawatan yang mencakup: 1. Pengkajian, 2. Diagnosis, 3. Perencanaan, 4. Pelaksanaan/Tindakan, 5. Evaluasi, 6. Pembahasan

4.1 Hasil

4.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian

Pada sub bab ini dijelaskan hasil pelaksanaan asuhan keperawatan jiwa pada Sdr. Z dan Sdr. T yang mengalami halusinasi pendengaran. Kedua kasus yang diambil adalah pasien rawat inap di ruang Wijaya Kusuma Rumah Sakit Jiwa menur Surabaya. Penelitian studi kasus Asuhan Keperawatan Halusinasi Pendengaran dilakukakn pada bulan Juli 2018 dengan hasil anamnesis dibawah ini :

4.1.2 Pengkajian Keperawatan

Penelitian studi kasus asuhan keperawatan pada pasien skizofrenia dengan masalah keperawatan halusinasi pendengaran yang di lakukan di ruang WK (Wijaya Kusuma) Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya pada bulan juli 2018.

1. Identitas Klien

Sdr. Z usia 28 tahun dengan jenis kelamin perempuan, klien belum menikah, beragama islam dan tidak bekerja. Klien masuk rumah sakit pada tanggal 16 Juli 2018, dilakukan pengkajian tanggal 31 Juli 2018, informan yang di dapat dari klien, keluarga, dan rekam medis.

Sdr. T usia 23 tahun berjenis kelamin laki-laki, klien belum menikah, beragama islam dan tidak bekerja. Klien masuk rumah sakit pada tanggal 30

Juli 2018, dilakukan pengkajian tanggal 31 Juli 2018, informan yang di dapat dari klien, keluarga, dan rekam medis.

2. Alasan Masuk

Sdr. Z alasan masuk rumah sakit yaitu klien mendapat bisikan untuk membenturkan kepalanya ke tembok. Menurut keluarga, klien suka tertawa dan berbicara sendiri, bicara melantur, klien sering minta dimandikan pada malam hari, jika tidak dituruti klien akan marah-marah. Kemudian keluarga membawa klien ke rs jiwa menur, pada saat dikaji keluhan pasien mengatakan mendengar suara-suara sesuatu yang menyuruh nya merendam di air dan melemparkan sesuatu yang berada disekitarnya.

Sdr. T alasan masuk rumah sakit yaitu klien ditemukan keluyuran di salah satu desa di daerah jombang dalam keadaan telanjang. Klien berbicara melantur, tertawa sendiri, dan klien berbicara kasar. Beberapa waktu yang lalu dimana menurut tetangganya menemukan klien mengetuk-ngetuk pintu tetangganya. Kemudian selang beberapa hari klien menghilang selama 7 hari. Setelah itu klien dibawa oleh petugas puskesmas Bluluk dan ibu klien menuju rs jiwa menur, pada saat dikaji keluhan pasien mengatakan mendengar suara-suara sesuatu yang menyuruh nya untuk terus melarikan diri.

3. Faktor Predisposisi

Sdr. Z pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu pada tahun 2008 kemudian keluarga membawa ke alternatif selama 6 bulan dan membaik. Pada tahun 2010 klien Sdr. Z kembali kambuh lagi kemudian keluarga pasien langsung membawa pasien ke rs jiwa menur dengan keluhan gelisah,

senyum-senyum sendiri kemudian dokter menyarankan harus kontrol rutin, pasien kontrol sampai 2016, 2016 –2018 pasien jarang kontrol dan tidak minum obat \pm 2 tahun. Kemudian pada tanggal 16 Juli 2018 klien masuk lagi ke rs jiwa menur dengan keluhan gelisah, marah marah, membanting barang dan senyum-senyum sendiri. Dalam hal pengalaman aniaya fisik, aniaya seksual, penolakan, KDRT, dan tindakan kriminal lainnya klien tidak mengalami hal tersebut. Pada riwayat keluarga yang mengalami gangguan jiwa, klien Sdr. Z memiliki keturunan keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Diantaranya dari 9 saudara Sdr. Z yang mengalami gangguan jiwa terdapat 4 orang yaitu kakak yang ke 2 dan 4, kemudian anak yang ke 5 klien Sdr. Z dan adik yang ke 6. Kakak yang ke 2 dan adiknya yang ke 6 sudah teratasi dan jarang kambuh sedangkan kakak yang ke 4 masih lumayan kambuh. Pada pengalaman masa lalu, Sdr. Z ketika menginjak sekolah mts kelas 1 di salah satu sekolah di Bangkalan Madura, klien adalah tipikal orang yang pendiam dan mudah tersinggung. Ketika klien sekolah, klien selalu mendapat ejekan dari teman-teman tentang penilaian buruk terhadap dirinya. Dan selang beberapa waktu klien juga telah kehilangan seorang adik kandungnya karena sakit. Saat itulah kondisi klien semakin tidak karuan, klien menjadi depresi dan teriak terus-menerus kemudian menangis dan tertawa sendiri tanpa henti.

Sdr. T pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu pada tahun 2005 dengan keluhan senyum-senyum sendiri, terkadang mengangis, berbicara sendiri, gelisah. Kemudian keluarga membawa klien ke rumah sakit kertosono di nganjuk. Setelah perawatan selama 1 bulan kemudian pulang

ke rumah. Lalu pada \pm 2 tahun yang lalu klien mengalami kambuh kembali dan keluarga klien membawanya ke rumah sakit jiwa lawang di malang. Setelah klien masuk rumah sakit selama 1 bulan dan keadaan klien kembali membaik. Kemudian klien Sdr. T pada tanggal 30 Juli 2018 kembali kambuh dengan keluhan gelisah, marah marah, membanting barang, melarikan diri dari rumah, dan senyum-senyum sendiri, lalu keluarga membawa ke rumah sakit jiwa menur di surabaya. Dalam hal pengalaman aniaya fisik, aniaya seksual, penolakan, KDRT, dan tindakan kriminal lainnya klien tidak mengalami hal tersebut. Pada riwayat keluarga yang mengalami gangguan jiwa, klien Sdr. T tidak memiliki keturunan keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Pada pengalaman masa lalu, klien Sdr. T tidak ada kesibukan selama dirumah dan ibu klien membiarkan klien ketika sering meninggalkan rumah, kemudian ibu klien meminta klien untuk mencari pekerjaan. Akhirnya klien berangkat keluar kota untuk mencari pekerjaan, kemudian klien mendapat pekerjaan yaitu bekerja warung kopi. Lalu ketika klien mendapat kabar dari pacarnya bahwa ayahnya mengalami stroke. Kemudian klien menjadi depresi dan melempar-lempar barang yang ada disekitarnya. Setelah itu klien dibawa oleh ibunya ke alternatif dan sempat untuk dipondokkan oleh orang tuanya, saat dipondok klien merasa tidak nyaman dengan aktivitas serta perlakuan orang-orang yang ada dipondok sehingga klien meminta pulang. Setelah pulang kerumah, ternyata klien keluar rumah tanpa sepengetahuan siapapun selama 7 hari. Kemudian salah seorang warga menemukan klien Sdr. T dipinggir jalan dengan keadaan telanjang bulat. dan warga tersebut mengenali klien Sdr. T dan

membawanya pulang ke rumah. Setelah klien Sdr. T mengalami perawatan di rumah sakit kertosono dan rumah sakit lawang, klien telah membaik dan kembali bekerja diluar kota. Tetapi \pm 2 tahun yang lalu klien diketahui mengkonsumsi narkoba di medan. Dan kembali kambuh pada tanggal 30 Juli 2018 dibawa di rumah sakit jiwa menur surabaya.

Dalam faktor predisposisi Sdr. Z dan Sdr. T mengalami masalah keperawatan yang tidak sama yaitu pada klien Sdr. Z terdapat masalah keperawatan regimen terapeutik tidak efektif, respon pasca trauma, genetik, dan distress masa lalu. Sedangkan klien Sdr. T terdapat masalah keperawatan regimen terapeutik tidak efektif, respon pasca trauma, dan distress masa lalu.

4. Fisik

Klien pertama Sdr. Z

- a. Tanda vital : TD : 110/70mmHg Nadi : 120 x/menit
Suhu : 36,7°C RR : 19 x/menit
- b. Ukur : TB : 143 cm BB : 35 x/menit
- c. Keluhan fisik : Klien tidak mengalami keluhan fisik saat pengkajian.

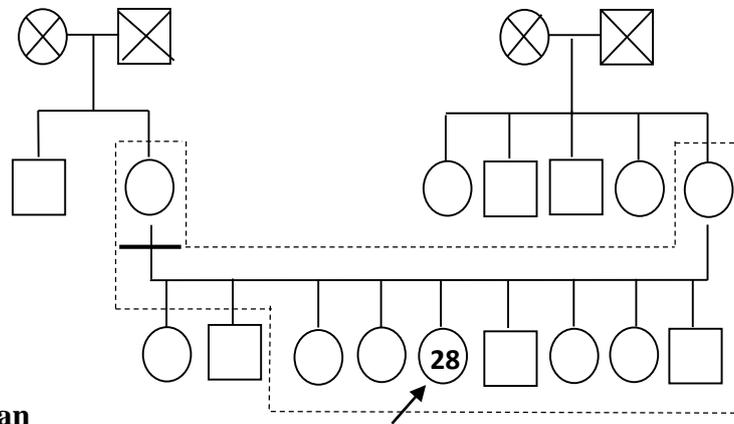
Klien kedua Sdr. T

- a. Tanda vital : TD : 130/80mmHg Nadi : 104 x/menit
Suhu : 37,5C RR : 20 x/menit
- b. Ukur : TB : - cm BB : - x/menit
- c. Keluhan fisik : Klien tidak mengalami keluhan fisik dan klien dalam kondisi difiksasi saat pengkajian.

5. Psikososial

A. Genogram

Gambar 4.1 Genogram Klien Sdr. Z

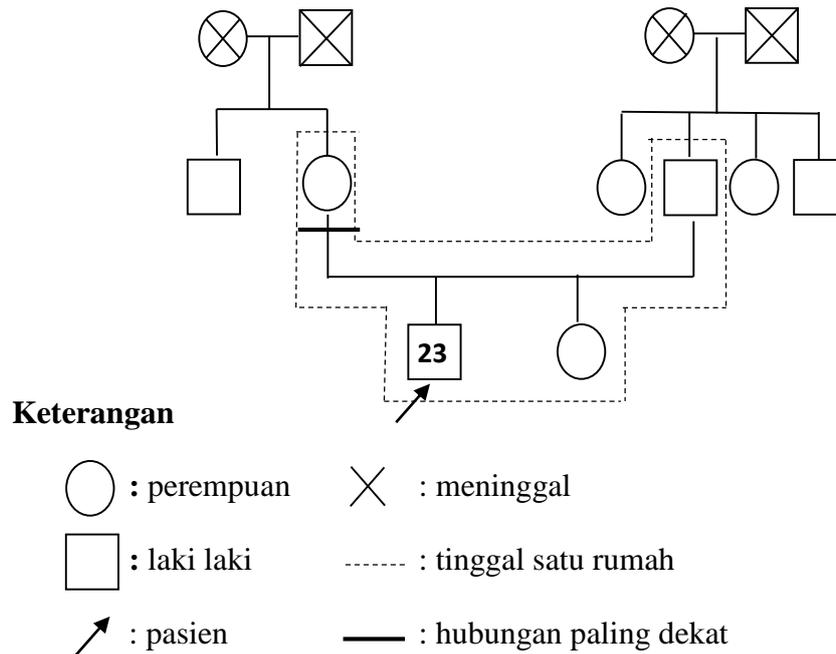


Keterangan

- | | |
|---------------|----------------------------|
| ○ : perempuan | ⊗ : meninggal |
| □ : laki laki | ----- : tinggal satu rumah |
| ↗ : pasien | — : hubungan paling dekat |

Dalam susunan genogram, pada klien Sdr. Z merupakan anak ke lima dari sembilan bersaudara, ayah dan ibu klien masih hidup. Klien tinggal bersama kedua kakak, keempat adik, dan orang tuanya. Orang yang berarti bagi klien adalah ibunya, klien memiliki sistem pendukung yakni keluarga, teman sejawat dan petugas kesehatan.

Gambar 4.2 Genogram Klien Sdr. T



Pada klien Sdr. T merupakan anak pertama dari dua bersaudara, ayah dan ibu klien masih hidup, klien tinggal bersama seorang adik perempuan dan orang tuanya. Orang yang berarti bagi klien adalah ibu dan ayahnya, klien memiliki sistem pendukung yakni keluarga, teman sejawat dan petugas kesehatan.

B. Konsep Diri :

1. Gambaran Diri : Sdr. Z mengatakan menyukai seluruh bagian tubuhnya kecuali bagian kedua tangan dan kedua kaki karena terdapat bekas luka lecet. Dan klien mengatakan bahwa dirinya jelek dan tidak berguna sesuai dengan kata suara seorang ibu-ibu yang didengarnya. Sdr. T mengatakan menyukai seluruh bagian tubuhnya kemudian klien bilang kalau dia jelek.
2. Identitas : Sdr. Z mengatakan namanya Z seorang perempuan berusia 28 tahun belum menikah.

Sdr. T mengatakan namanya T seorang laki-laki berusia 23 tahun belum menikah dan akan menikah.

3. Peran : Sdr. Z klien mengatakan sebagai anak kelima dari sembilan bersaudara dan dia berperan sebagai kakak juga sebagai adik. Klien juga mengatakan tidak ada gunanya sebagai anak kelima yang tidak bisa membahagiakan saudaranya dan kedua orang tuanya nya.

Sdr. T klien mengatakan sebagai kakak dari satu orang adik perempuan. Klien juga mengatakan sedih karna tidak bisa menjadi kakak yang bisa melindungi keluarganya untuk menjadi pengganti kepala keluarga semenjak ayah klien sakit.

4. Ideal diri : Sdr. Z ingin mengontrol halusinasinya terutama ketika klien sedang menyendiri.

Sdr. T klien ingin mengontrol halusinasinya.

5. Harga Diri : Sdr. Z mengatakan dirinya jelek dan tidak berguna bagi keluarganya sesuai dengan kata suara seorang ibu-ibu yang didengarnya.

Sdr. T mengatakan malu berkumpul dengan teman temanya dan tetangganya karena dirinya jelek.

Jadi dalam hal ini kedua klien memiliki masalah keperawatan

Gangguan Konsep Diri

C. Hubungan sosial :

Sdr. Z memiliki orang yang berarti dalam hidupnya adalah keluarganya terutama ibunya. Klien tidak pernah mengikuti kegiatan yang ada di masyarakat karena klien menganggap dirinya tidak berguna. Klien juga

mendapat hambatan saat berkomunikasi dengan orang lain (ngomong sendiri gremeng ketika diajak bicara), bila tidak mengenal klien tidak mau berbicara.

Sdr. T memiliki orang yang berarti dalam hidupnya adalah keluarganya terutama ibunya. Klien tidak pernah mengikuti kegiatan yang ada di masyarakat karena klien malu dengan dirinya yang jelek. Klien juga mendapat hambatan saat berkomunikasi dengan orang lain (pembicaraan melantur). Jadi dalam hal ini kedua klien memiliki masalah keperawatan Gangguan Isolasi Sosial : Menarik Diri

D. Spiritual :

Pada Sdr. Z mengatakan beragama islam tetapi semenjak di rumah sakit klien tampak tidak sholat dan merasa dirinya selalu kotor atau najis.

Sdr. T mengatakan beragama islam tetapi klien tidak pernah mau untuk sholat tidak hanya di rumah sakit tetapi di rumah juga tidak mau sholat walaupun sudah disuruh ibunya untuk sholat. Jadi dalam hal ini kedua klien memiliki masalah keperawatan Distress Spiritual.

6. Status Mental

a. Penampilan

Sdr. Z penampilan rapi, memakai baju RS, rambut tidak tersisir, tidak mau memakai bedak, mandi 1x sehari, memakai alas kaki. Klien Sdr. Z tidak terdapat Defisit Perawatan Diri.

Sdr. T penampilan tidak rapi, memakai baju RS, pakaian basah, bau pesing, rambut gimbal, tidak memakai alas kaki. Dalam hal ini pada klien Sdr. T terdapat masalah keperawatan Defisit Perawatan Diri

b. Pembicaraan

Sdr. Z pembicaraan klien cepat, pada saat pengajian klien menjawab pertanyaan cepat dengan intonasi tidak jelas.

Sdr. T pembicaraan keras. Pada saat pengkajian klien menjawab pertanyaan dengan nada keras.

Dalam hal ini pada kedua klien terdapat masalah keperawatan hambatan komunikasi verbal.

c. Aktivitas Motorik

Sdr. Z gelisah tampak mondar mandir saat halusinasi muncul.

Sdr. T grimasing tampak gerakan otot muka/mimik yang berubah.

Dalam hal ini pada kedua klien terdapat masalah keperawatan Perubahan Aktivitas Motorik.

d. Alam Perasaan

Sdr. Z mengalami sedih dalam hal alam perasaan. Klien mengatakan saat mendengar halusinasinya merasa sedih karena dia sering mengikuti halusinasinya dan berusaha untuk mengontrol.

Sdr. T mengatakan ketakutan dalam hal alam perasaan. Pada saat pengkajian, ekspresi wajah dan respon tingkah laku klien terlihat ketakutan. Ketika didekati orang lain selalu ingin menghindar dan menolak.

Dalam hal ini pada kedua klien terdapat masalah keperawatan hambatan komunikasi verbal.

e. Afek

Sdr. Z mengalami afek tumpul, ekspresi wajah klien ketika halusinasi itu muncul yaitu kebingungan.

Sdr. T mengalami afek labil, ekspresi wajah klien ketika halusinasi itu muncul yaitu ketakutan.

f. Interaksi Selama Wawancara

Sdr. Z interaksi selama wawancara kontak mata kurang, pandangan mata klien menatap ke bawah.

Sdr. T interaksi selama wawancara bermusuhan, seolah-olah ingin mengajak bertengkar.

Dalam hal ini pada kedua klien terdapat masalah keperawatan gangguan interaksi sosial.

g. Persepsi Halusinasi

Sdr. Z mengalami halusinasi pendengaran, klien mengatakan mendengar suara seorang ibu-ibu yang menyuruhnya melakukan hal-hal tidak baik. Suara-suara itu sering muncul setiap saat terutama saat klien sendiri dan Respon klien sering mengikuti untuk merendam di air, kadang juga gelisah mondar-mandir, berteriak, dan mencoba untuk mengontrol halusinasinya klien sudah di ajarkan perawat ruangan untuk mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain atau memasuki pada SP 2. Sebelum dilakukan pengkajian frekuensi halusinasinya tidak tentu \pm 15 menit, tetapi ketika dilakukan pengkajian frekuensi halusinasi sudah berkurang \pm selama 30 sampai 60 menit sekali.

Sdr. T mengalami halusinasi pendengaran, yaitu mendengar suara-suara yang tidak jelas yang menyuruhnya untuk selalu melarikan diri. Suara itu sering muncul pada saat sendiri dan respon klien sering gelisah bereteriak-teriak dan berusaha untuk melepaskan ikatannya. Sebelum dilakukan pengkajian frekuensi halusinasinya tidak tentu \pm 10 menit, tetapi ketika dilakukan pengkajian frekuensi halusinasi sudah berkurang \pm selama 30 menit sekali.

Dalam hal ini pada kedua klien terdapat masalah keperawatan gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran.

h. Proses Pikir

Sdr. Z mengalami proses pikir sirkumstansial, ketika ditanya klien terkesan berbicara berbelit-belit tetapi sampai pada tujuan pembicaraan saat ditanya apa yang didengar.

Sdr. T mengalami proses pikir flight of ideas dimana saat dilakukan pengkajian klien mengalihkan pembicaraan atau meloncat ketopik lain yang tidak ada hubungan atau tidak sesuai dengan apa yang dipertanyakan maupun topik yang dibicarakan.

Dalam hal ini pada kedua klien terdapat masalah keperawatan gangguan proses pikir.

i. Isi Pikir

Sdr. Z klien mengatakan suara seorang ibu-ibu yang menyuruhnya melakukan untuk merendam di air, kadang juga gelisah mondar-mandir, berteriak, walaupun sudah berusaha untuk mengontrolnya.

Sdr. T klien mengatakan mendengar suara-suara yang tidak jelas yang menyuruhnya untuk selalu melarikan diri.

Dalam hal ini pada kedua klien terdapat masalah keperawatan gangguan proses pikir.

j. Tingkat Kesadaran

Sdr. Z klien dapat menjelaskan waktu, yaitu sekarang bulan juli, tempatnya itu berada di rs jiwa menur dan nama orang.

Sdr. T klien dapat menjelaskan waktu, yaitu sekarang bulan juli, tempatnya itu berada di rs jiwa menur dan nama orang.

k. Memori

Sdr. Z mengalami gangguan daya ingat jangka pendek, klien mampu menceritakan di masa lalu nya tetapi untuk mengingat kejadian 1 minggu yang lalu klien lupa.

Sdr. T mengalami gangguan daya ingat jangka panjang, klien mampu menceritakan 1 minggu sebelumnya tetapi untuk menceritakan masa lalu nya klien lupa.

Dalam hal ini pada kedua klien terdapat masalah keperawatan gangguan proses pikir.

l. Tingkat konsentrasi dan berhitung

Sdr. Z tingkat konsentrasi saat di beri pertanyaan klien mudah beralih, karena halusinasi muncul ketika konsentrasi berkurang

Sdr. T tingkat konsentrasi saat di beri pertanyaan klien tidak bisa menjawab pertanyaan dan mengulang ulang pertanyaan

Dalam hal ini pada kedua klien terdapat masalah keperawatan gangguan proses pikir.

m. Kemampuan Penilaian

Sdr. Z kemampuan penilaian, klien mengatakan suara seorang ibu-ibu yang di dengar itu benar benar ada sehingga mengikuti suara tersebut.

Sdr. T kemampuan penilaian gangguan bermakna, klien mengatakan ketika mendengara suara-suara yang tidak jelas yang menyuruhnya untuk melarikan diri. Respon klien menutup telinga.

Dalam hal ini pada kedua klien terdapat masalah keperawatan gangguan proses pikir.

n. Daya Tilik Diri

Sdr. Z mengatakan mengingkari penyakitnya, klien mengatakan dirinya tidak sakit.

Sdr. T mengatakan mengingkari penyakitnya, klien mengalami perubahan emosi saat ditanya klien menjawab dengan nada tinggi dan bicara kotor.

Dalam hal ini pada kedua klien terdapat masalah keperawatan gangguan proses pikir dan ketidakefektifan penatalaksanaan program terapeutik.

7. Kebutuhan Pulang

a) Kemampuan klien memenuhi atau menyediakan kebutuhan

Sdr. Z klien tidak mampu makan sendiri karena tidak mau makan, dapat menjaga keamanan sendiri dan pasien selalu minum obat saat dikasih obat oleh perawat, pasien berpenampilan rapi, pasien mampu berpindah dan melakukan aktifitas, pasien hafal dengan kamar tidurnya.

Sdr. T klien tidak mampu makan sendiri karena tidak mau makan, dapat menjaga keamanan sendiri dan saat minum obat klien harus di suruh dan di pantau, pasien berpenampilan tidak rapi, pasien tidak mampu berpindah dan melakukan aktifitas karena di restrain. Dalam hal ini pada klien Sdr. T terdapat masalah keperawatan gangguan pemeliharaan kesehatan.

b) Kegiatan hidup sehari – hari

1. Perawatan diri seperti mandi, kebersihan, makan, ganti pakaian.

Sdr. Z mampu melakukan perawatan diri secara mandiri tanpa membutuhkan bantuan dan motivasi untuk mampu menjaga kebersihan dan kesehatannya. Klien Sdr. Z tidak terdapat masalah keperawatan Defisit Perawatan Diri.

Sdr. T membutuhkan bantuan total, dikarenakan kondisi klien yang sedang di restrain. Dalam hal ini pada klien terdapat masalah keperawatan Defisit Perawatan Diri.

2. Nutrisi

Sdr. Z klien pertama tidak puas dengan makanan yang disediakan RS, klien makan 3x sehari tetapi hanya setengah porsi. Klien makan bersama klien-klien lain tanpa memisahkan diri. Terdapat perbedaan diet klien ini diet TKTP.

Sdr. T klien kedua tidak puas dengan makanan yang disediakan RS, klien tidak mau makan sama sekali. Kondisi klien di restrain, klien tidak ada diet khusus.

Dalam hal ini pada klien Sdr. T terdapat masalah keperawatan gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.

3. Istirahat dan Tidur

Sdr. Z mengatakan sering terbangun saat tidur malam karena sering munculnya suara ibu-ibu menyuruhnya melakukan untuk merendam di air, kadang juga gelisah mondar-mandir, dan berteriak.

Sdr. T pada klien kedua tidak mengalami gangguan tidur klien mengatakan tidur pulas tanpa gangguan.

Dalam hal ini pada klien Sdr. Z terdapat masalah keperawatan gangguan istirahat tidur.

c) Kemampuan klien

Sdr. Z klien masih belum bisa mandiri seperti mengantisipasi kebutuhan sendiri, mengatur penggunaan obat klien masih di bantu petugas.

Sdr. T klien masih belum bisa mandiri seperti mengantisipasi kebutuhan sendiri, mengatur penggunaan obat klien masih di bantu petugas.

Dalam hal ini pada kedua klien terdapat masalah keperawatan ketidakefektifan penatalaksanaan program terapeutik.

d) Sistem pendukung

Sdr. Z klien memiliki sistem pendukung yakni keluarga, teman sejawat, kelompok sosial dan petugas kesehatan.

Sdr. T klien memiliki sistem pendukung yakni keluarga, teman sejawat, kelompok sosial dan petugas kesehatan.

8. Mekanisme Koping

Sdr. Z pada klien ini koping adaptif klien mampu berbicara dengan orang lain sedangkan koping maladaptif yaitu mengalami reaksi berlebih dan menghindar.

Sdr. T pada klien ini coping adaptif yang dimiliki yaitu mampu berbicara dengan orang lain, sedangkan coping maladaptif yaitu reaksi lambat dan mencederai diri sendiri maupun orang lain. Dalam hal ini kedua klien mengalami masalah perawatan yang sama yaitu coping individu tidak efektif

9. Masalah Psikososial dan Lingkungan

a. Masalah dengan dukungan kelompok

Sdr. Z klien ini tidak memiliki kelompok pendukung di masyarakat, karena klien hanya berada di rumah semenjak klien mengalami seperti itu.

Sdr. T klien ini tidak memiliki kelompok pendukung di masyarakat, karena klien sering menghilang atau keluar dari rumah.

b. Masalah berhubungan dengan lingkungan

Sdr. Z klien tidak memiliki masalah dengan lingkungannya, merasa nyaman dengan lingkungannya

Sdr. T klien tidak menerima berada di RS jiwa menurut klien merasa tertekan dengan lingkungannya.

c. Masalah dengan pendidikan

Sdr. Z klien ini pendidikan terakhir sampai MTS atau SMP kelas 1.

Sdr. T klien ini pendidikan terakhir sampai SMP.

d. Masalah dengan pekerjaan

Sdr. Z klien ini mengatakan tidak bekerja.

Sdr. T klien ini sekarang tidak bekerja, tetapi dahulunya klien bekerja di warung kopi.

e. Masalah dengan perumahan

Sdr. Z klien tinggal satu rumah bersama kedua kakak, keempat adik, dan kedua orang tuanya.

Sdr. T klien tinggal bersama seorang adik perempuan dan kedua orang tuanya.

f. Masalah ekonomi

Sdr. Z klien ini memiliki tingkat ekonomi yaitu berekonomi menengah kebawah.

Sdr. T klien ini memiliki tingkat ekonomi yaitu menengah kebawah.

g. Masalah dengan pelayanan kesehatan

Sdr. Z klien menjalani perawatan di rumah sakit jiwa menur dan mendapatkan perawatan yang sesuai dengan kebutuhannya.

Sdr. T klien menjalani perawatan di rumah sakit jiwa menur dan mendapatkan perawatan yang sesuai dengan kebutuhannya.

10. Pengetahuan Kurang Tentang

Sdr. Z klien kurang pengetahuan tentang penyakit jiwa, faktor predisposisi, koping, sistem pendukung, penyakit fisik dan obat – obatan.

Sdr. T juga hampir sama kurang pengetahuan tentang penyakit jiwa, faktor predisposisi, koping, sistem pendukung, penyakit fisik dan obat – obatan.

Sehingga keduanya mengalami masalah keperawatan defisit pengetahuan.

11. Data Lain – lain

Klien pertama (Sdr. Z) tanggal pemeriksaan 31 Juli 2018

Tanda – tanda vital Sdr. Z

TD : 110/70 mmHg Nadi : 120 x/menit

Suhu : 36 °C RR : 19 x/menit

Tabel 4.1 Pemeriksaan Laboratorium Sdr. Z

Pemeriksaan	Hasil (17 Juli 2018)	Nilai Normal
WBC	6,6 10 ³ /UL	4.8 – 10.8
RBC	4,01 10 ⁶ /UL	4.2 – 6.1
HGB	12,3 g/dl	12 – 18
HCT	37.0 %	37 – 52
PLT	393 10 ³ /UL	150 – 450
SGOT	16 U/L	L : 37 P: 31
SGPT	21 U/L	L : 40 P : 31
BUN	9.2 mg/dl	4.5 - 23
Kreatinin	0.89 g/dl	L : 0.6 – 1.1 P : 2.5 – 6.0

Klien kedua (Sdr. T) tanggal pemeriksaan 31 Juli 2018

Tanda – tanda vital Sdr. T

TD : 130/80 mmHg Nadi : 104 x/menit

Suhu : 37,5 °C RR : 20 x/menit

Tabel 4.2 Pemeriksaan Laboratorium Sdr. T

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal
WBC	15,6 10 ³ /UL	4.8 – 10.8
RBC	4,89 10 ⁶ /UL	4.2 – 6.1
HGB	13,8 g/dl	12 – 18

HCT	41.1 %	37 – 52
PLT	432 103/UL	150 – 450
SGOT	37 U/L	L : 37 P: 31
SGPT	34 U/L	L : 40 P : 31
BUN	9,0 mg/dl	4.5 – 23
Kreatinin	0,8 g/dl	L : 0.6 – 1.1 P : 2.5 – 6.0

12. Aspek Medik

Klien pertama (Sdr. Z)

Diagnosa Medik : F. 20.3 (Skizofrenia tak terinci)

Terapi Medik : Clozapine 2 x 25 mg (I-O-I)

Haloperidol 3 x 25 mg (I-I-I)

Trihexyphenidil 2 x 2 mg (I-O-I)

Chlorpromazine 2 x 50 mg (I-O-I)

Klien kedua (Sdr. T)

Diagnosa Medik : F. 20.3 (Skizofrenia tak terinci)

Terapi Medik : Trihexyphenidil 2 x 2 mg (I-O-I)

Clozapine 2 x 25 mg (I-O-I)

13. Daftar Masalah Keperawatan

Klien pertama (Sdr. Z)

1. Regimen Terapeutik Inefektif
2. Respon Pasca Trauma
3. Genetik
4. Distress masa lalu

5. Gangguan konsep diri
6. Gangguan isolasi sosial : menarik diri
7. Distress spiritual
8. Hambatan komunikasi verbal
9. Gangguan alam perasaan
10. Gangguan interaksi sosial
11. Gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran
12. Gangguan proses pikir
13. Defisit perawatan diri
14. Gangguan isitirahat tidur
15. Ketidakefektifan penatalaksanaan program terapeutik
16. Koping individu inefektif
17. Defisit pengetahuan

Klien kedua (Sdr. T)

1. Regimen Terapeutik Inefektif
2. Respon Pasca Trauma
3. Genetik
4. Distress masa lalu
5. Gangguan konsep diri
6. Gangguan isolasi sosial : menarik diri
7. Distress spiritual
8. Hambatan komunikasi verbal
9. Gangguan alam perasaan

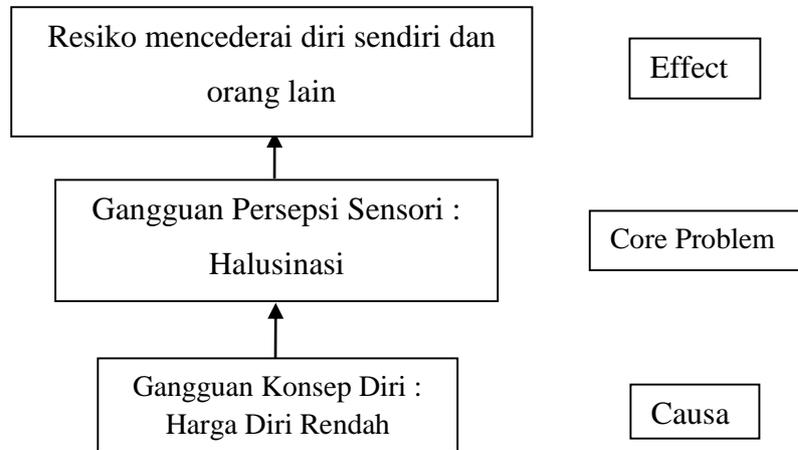
10. Gangguan interaksi sosial
11. Gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran
12. Gangguan proses pikir
13. Gangguan pemeliharaan kesehatan
14. Defisit perawatan diri
15. Gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
16. Gangguan isitirahat tidur
17. Ketidakefektifan penatalaksanaan program terapeutik
18. Koping individu inefektif
19. Defisit pengetahuan

4.3 Analisa Data

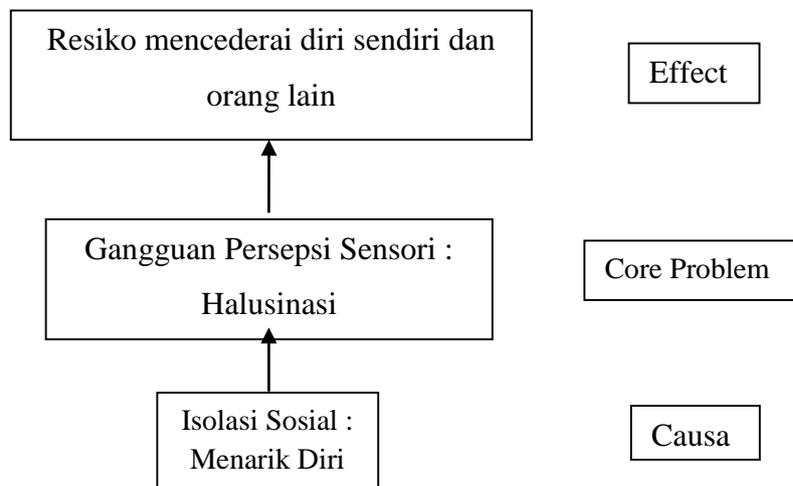
Tabel 4.3 Analisa Data

Tanggal	Klien 1		Klien 2	
	Data	Masalah	Data	Masalah
31 Juli 2018	<p>DS :</p> <p>Klien mengatakan mendengar suara yang tidak jelas yang mengajaknya berbicara dan menyuruh berbuat sesuatu hal yang tidak baik seperti berendam di air, mondar-mandir, kadang juga berteriak dan melempar barang. Suara-suara itu sering muncul terutama saat klien menyendiri, biasanya terjadi pada malam hari waktunya tidak tentu \pm 15 menit. Respon klien sering mengikuti halusinasinya dan klien berusaha mengontrol halusinasinya.</p> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> Kontak mata kurang, pandangan mata klien menatap ke bawah. Pembicaraan klien cepat, pada saat pengkajian klien menjawab pertanyaan cepat dengan intonasi tidak jelas. Respon klien sering mengikuti halusinasinya dan klien berusaha mengontrol halusinasinya. 	<p>Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran</p>	<p>DS :</p> <p>Sdr. T mengalami halusinasi pendengaran, yaitu mendengar suara-suara yang tidak jelas yang menyuruhnya untuk selalu melarikan diri, waktunya tidak tentu \pm 10 menit. Suara itu sering muncul pada saat sendiri dan respon klien sering gelisah.</p> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> Kontak mata kurang, ketika interaksi wawancara seperti bermusuhan, seolah-olah ingin mengajak bertengkar. Pembicaraan keras, pada saat pengkajian klien menjawab pertanyaan dengan nada keras. Perawat ruang mengatakan respon klien gelisah jika halusinasi muncul. 	<p>Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran</p>

Gambar 4.1 Pohon Masalah Klien 1

Klien 1 (Sdr. Z)

Gambar 4.3 Pohon Masalah Klien Sdr. Z

Klien 2 (Sdr. T)

Gambar 4.4 Pohon Masalah Klien Sdr. T

4.4 Intervensi Keperawatan

Tabel 4.4 Intervensi Keperawatan

TANGGAL	DIGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN			RASIONAL
		TUJUAN	KRITERIA HASIL	TINDAKAN KEPERAWATAN	
31 Juli 2018	Gangguan Perspsi Sensori Halusinasi Pendengaran	<p>Tujuan Umum : Klien mampu mengontrol halusinasi</p> <p>SP 1 Klien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bina Hubungan Saling percaya 2. Menanyakan tentang halusinasi yang dialami klien : <ol style="list-style-type: none"> a. Mengidentifikasi jenis halusinasi b. Mengidentifikasi isi halusinasi c. Mengidentifikasi frekuensi halusinasi 	<p>Klien mampu membina hubungan saling percaya pada perawat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Membalas sapaan perawat b. Ekspresi wajah bersahabat c. Ada kontak mata d. Bersedia berjabat tangan e. Bersedia menyebutkan nama 	<p>SP 1</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bina Hubungan Saling Percaya dengan menggunakan prinsip terapeutik : <ol style="list-style-type: none"> a. Sapa klien dengan ramah baik verbal maupun non verbal b. Perkenalkan diri dengan sopan c. Tanyakan nama lengkap dan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hubungan saling percaya dapat memudahkan melakukan tindakan selanjutnya 2. Untuk mengenali jenis, isi, frekuensi, situasi, serta respon klien pada saat mengalami Halusinasi

		<p>d. Mengidentifikasi situasi penyebab halusinasi</p> <p>e. Mengidentifikasi respon klien</p> <p>3. Klien dapat mengontrol dan menghardik dengan cara :</p> <p>a. Meyakinkan klien bahwa yang didengar tidak nyata</p> <p>b. Ajarkan klien membaca dalam hati “pergi..pergi aku tidak mau mendengar kamu lagi”</p> <p>c. Ajarkan klien mengingat Tuhan-Nya ketika halusinasinya muncul</p> <p>SP 2 Klien</p> <p>a. Klien dapat mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain</p>	<p>f. Klien bersedia duduk berdampingan dengan perawat</p> <p>g. Klien mampu mengungkapkan masalah yang dihadapi</p> <p>Klien mampu mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain saat halusinasi</p>	<p>nama panggilan</p> <p>2. Beri kesempatan klien untuk mengungkapkan perasaannya</p> <p>3. Dengarkan ungkapan klien dengan empati</p> <p>4. Ajarkan klien untuk menghardik halusinasinya dengan cara membaca istighfar atau mengingankan Tuhan-Nya</p> <p>a. Latih klien mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-</p>	<p>Bercakap – cakap dengan orang lain mampu membantu mengalihkan</p>
--	--	---	---	--	--

		<p>b. Klien dapat memasukkan jadwal kegiatan bercakap-cakap dengan orang lain dalam jadwal kegiatan harian</p> <p>SP 3 Klien</p> <p>a. Klien dapat mengendalikan halusinasi dengan melakukan kegiatan (kegiatan yang biasa dilakukan kegiatan harian)</p> <p>b. Klien dapat mengevaluasi jadwal kegiatan harian</p> <p>c. Klien dapat memasukkan cara ke 3 ini dalam jadwal kegiatan harian</p>	<p>muncul dengan kriteria hasil :</p> <p>a. Klien bersedia bercakap-cakap dengan orang lain</p> <p>b. Klien mampu melakukan cara kedua ini untuk mengontrol halusinasinya</p> <p>Klien dapat mengendalikan halusinasi dengan melakukan kegiatan dengan kriteria hasil :</p> <p>a. Klien mampu melakukan kegiatan seperti menonton TV</p> <p>b. Membaca novel/buku</p> <p>c. Kegiatan terapi</p>	<p>cakap dengan orang lain</p> <p>b. Anjurkan pasien memasukkan kegiatan bercakap-cakap dengan orang lain dalam jadwal kegiatan harian</p> <p>a. Latih klien mengendalikan halusinasi dengan melakukan kegiatan (kegiatan yang biasa dilakukan kegiatan harian)</p> <p>b. Evaluasi kegiatan harian</p> <p>c. Anjurkan klien</p>	<p>halusinasi pada saat muncul</p> <p>Dengan memperbanyak jadwal kegiatan dapat membantu mengurangi/mengontrol munculnya halusinasi</p>
--	--	---	---	---	---

		<p>SP 4 Klien</p> <p>Klien dapat mengikuti program pengobatan secara optimal, serta mengerti tentang penggunaan obat secara teratur</p>	<p>aktivitas</p> <p>d. Mampu memasukkan dalam jadwal harian</p> <p>Klien dapat mengikuti program pengobatan secara optimal dengan kriteria hasil : Mengerti tentang manfaat obat yang diminum, manfaat minum obat secara teratur, pentingnya minum obat dengan benar</p>	<p>memasukkan dalam jadwal kegiatan harian</p> <p>a. Diskusikan dengan klien tentang manfaat obat yang diminum</p> <p>b. Anjurkan klien untuk minum obat secara teratur</p> <p>c. Diskusikan dengan klien tentang pentingnya menggunakan obat secara teratur</p> <p>d. Pantau klien pada saat meminum</p>	<p>Dengan diberikan penjelasan tentang obat-obatannya akan lebih memudahkan pasien mengikuti program pengobatan secara optimal</p>
--	--	---	---	---	--

				obat	
31 Juli 2018	Gangguan Perspsi Sensori Halusinasi Pendengaran	<p>SP 1 Keluarga</p> <p>Keluarga klien mampu menjelaskan tentang gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran dan cara merawatnya</p> <p>SP 2 Keluarga</p> <p>Keluarga klien mampu mempraktikan cara merawat klien dengan gangguan persepsi halusinasi pendengaran</p>	<p>Keluarga klien mampu menjelaskan tentang masalah halusinasi pendengaran dan dampak yang ditimbulkan, cara merawat pasien halusinasi pendengaran pengobatan yang berkelanjutan dan mencegah putus obat</p> <p>Keluarga klien mampu mempratikkan cara merawat klien dengan benar</p>	<p>a. Diskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat klien</p> <p>b. Jelaskan pengertian tanda dan gejala halusinasi dan jenis halusinasi yang dialami klien beserta proses terjadinya</p> <p>c. Jelaskan cara-cara merawat klien halusinasi</p> <p>a. Latih keluarga mempratikkan cara merawat klien dengan halusinasi pendengaran</p> <p>b. Latih keluarga</p>	<p>Dengan diberikannya pendidikan kesehatan tentang halusinasi keluarga akan lebih mengerti dan mudah dalam merawat klien pada saat di rumah</p> <p>Keluarga akan lebih mengerti cara merawat klien dan sudah terbiasa dalam merawat klien dengan</p>

		<p>SP 3 Keluarga</p> <p>Keluarga klien mampu membuat perencanaan pulang bersama perawat</p>	<p>a. Keluarga klien mampu membuat jadwal aktifitas di rumah termasuk minum obat (discharge planning)</p> <p>b. Kelurag klien mampu menjelaskan follow up pasien setelah pulang</p>	<p>mempratikkan cara merawat klien halusinasi</p> <p>a. Bantu keluarga membuat jadwal aktifitas di rumah termasuk minum obat</p> <p>b. Jelaskan follow up klien setelah pulang</p>	<p>halusinasi</p> <p>Keluarga akan lebih memahami aktifitas yang harus dilakukan klien saat di rumah</p>
--	--	---	---	--	--

1.1.5 Implementasi Keperawatan

Klien 1 (Sdr. Z)

Pada tahap ini perawat menerapkan pengetahuan dan keterampilan berdasarkan ilmu keperawatan serta ilmu lain yang ada kaitannya. Berdasarkan perencanaan diatas maka pelaksanaan keperawatan pada diagnosa keperawatan halusinasi pendengaran dilaksanakan antara tanggal 31 Juli 2017 – 6 Agustus 2018 beserta evaluasi.

Pertemuan hari ke – 1 Tanggal : 31 Juli 2018

SP 1 Pasien :

1. Membina Hubungan Saling percaya kepada pasien
2. Mengidentifikasi dan mengenal halusinasinya
3. Membantu pasien mengungkapkan perasaanya
4. Mengajarkan klien mengontrol halusinasinya dengan cara menghardik

Pada pertemuan hari pertama di lakukan intervensi sesuai dengan SP 1 Pasien, masalah belum teratasi karena klien masih bingung

Pertemuan hari ke – 2 Tanggal : 01 Agustus 2018

SP 1 Pasien

1. Mengucapkan salam terapeutik
2. Menanyakan tentang halusinasi yang di alami klien
3. Mengajarkan klien tentang mengontrol halusinasi dengan cara
 - a. Meyakinkan klien bahwa yang dilihat tidak nyata

- b. Mengajarkan klien istigfar dan menyuruh pergi ketika halusinasinya muncul

Pada pertemuan hari ke – 2 di lakukan intervensi sesuai dengan SP 1 Pasien, masalah teratasi sebagian karena klien masih belum bisa.

Pertemuan hari ke – 3 Tanggal : 02 Agustus 2018

SP 1 Pasien

1. Memberikan salam terapeutik.
2. Mengajarkan pasien kontrol halusinasi dengan cara menghardik

Pada pertemuan hari ke – 3 di lakukan intervensi sesuai dengan SP 1 Pasien, masalah teratasi kerana klien mampu mengontrol dan menghardik jika halusinasi datang.

Pertemuan hari ke – 4 Tanggal : 03 Agustus 2018

SP 2 pasien

1. Memberikan salam terapeutik
2. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien
3. Melatih klien mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap cakap dengan orang lain
4. Menganjurkan klien memasukkan jadwal kegiatan harian

Pada pertemuan hari ke – 4 di lakukan intervensi sesuai dengan SP 2 Pasien, masalah teratasi karena klien mampu berbiicara dengan teman.

Pertemuan hari ke – 5 Tanggal : 04 Agustus 2018**SP 3 Pasien**

1. Menanyakan kabar klien
2. Menjelaskan aktifitas yang bisa klien lakukan untuk mengatasi halusinasi
3. Mendiskusikan aktifitas yang bisa dilakukan klien
4. Mengajarkan klien menyusun jadwal aktifitas sehari-hari.

Pada pertemuan hari ke – 5 di lakukan intervensi sesuai dengan SP 3 Pasien, masalah teratasi karena klien mampu melakukan kegiatan aktifitas setiap hari.

Pertemuan hari ke – 6 Tanggal : 06 Agustus 2018**SP 4 Pasien**

1. Mengucapkan salam terapeutik
2. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien
3. Memberikan pendidikan tentang penggunaan obat secara teratur
4. Mengajarkan klien memasukkan jadwal kegiatan harian

Dapat disimpulkan bahwa pada pertemuan hari ke-6 klien Sdr. Z telah tercapai hingga SP 4 yaitu di lakukan intervensi sesuai dengan SP 4 Pasien, masalah teratasi karena klien mampu melakukan minum obat secara teratur.

Klien 2 (Sdr. T)**Pertemuan hari ke – 1 Tanggal : 31 Juli 2018****SP 1 Pasien :**

1. Membina Hubungan Saling percaya kepada pasien
2. Mengidentifikasi dan mengenal halusinasinya
3. Membantu pasien mengungkapkan perasaanya
4. Mengajarkan klien mengontrol halusinasinya dengan cara menghardik

Pada pertemuan hari pertama di lakukan intervensi sesuai dengan SP 1 Pasien, masalah belum teratasi karena klien belum kooperatif dan menolak untuk berkomunikasi.

Pertemuan hari ke – 2 Tanggal : 01 Agustus 2018**SP 1 Pasien**

1. Membina Hubungan Saling percaya kepada pasien
2. Mengidentifikasi dan mengenal halusinasinya
3. Membantu pasien mengungkapkan perasaanya
4. Mengajarkan klien mengontrol halusinasinya dengan cara menghardik

Pada pertemuan hari ke - 2 di lakukan intervensi sesuai dengan SP 1 Pasien, masalah belum teratasi karena klien marah-marrah seakan-akan ingin mengajak berantem.

Pertemuan hari ke – 3 Tanggal : 02 Agustus 2018**SP 1 Pasien**

1. Mengucapkan salam terapeutik
2. Menanyakan tentang halusinasi yang di alami klien
3. Mengajarkan klien tentang mengontrol halusinasi dengan cara
 - a. Meyakinkan klien bahwa yang dilihat tidak nyata
 - b. Mengajarkan klien istigfar dan menyuruh pergi ketika halusinasinya muncul

Pada pertemuan hari ke – 3 di lakukan intervensi sesuai degan SP 1 Pasien, masalah belum teratasi karena klien hanya diam dan tidak mau berkata sedikitpun.

Pertemuan hari ke – 4 Tanggal : 03 Agustus 2018**SP 1 Pasien**

1. Mengucapkan salam terapeutik
2. Menanyakan tentang halusinasi yang di alami klien
3. Mengajarkan klien tentang mengontrol halusinasi dengan cara
 - a. Meyakinkan klien bahwa yang dilihat tidak nyata
 - b. Mengajarkan klien istigfar dan menyuruh pergi ketika halusinasinya muncul

Pada pertemuan hari ke – 4 di lakukan intervensi sesuai degan SP 1 Pasien, masalah belum teratasi karena klien masih marah-marah dan menjawab dengan nada keras. Tetapi dilanjutkan untuk SP 2.

Pertemuan hari ke – 5 Tanggal : 04 Agustus 2018**SP 2 pasien**

1. Memberikan salam terapeutik
2. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien
3. Melatih klien mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap cakap dengan orang lain
4. Menganjurkan klien memasukkan jadwal kegiatan harian

Pada pertemuan hari ke – 5 di lakukan intervensi sesuai degan SP 2 Pasien, masalah belum teratasi karena klien belum mampu sepenuhnya melakukan cara menghardik. Tetapi dilanjutkan dengan cara keuda yaitu bercakap-cakap dengan orang lain.

Pertemuan hari ke – 6 Tanggal : 06 Agustus 2018**SP 2 pasien**

1. Memberikan salam terapeutik
2. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien
3. Melatih klien mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap cakap dengan orang lain
4. Menganjurkan klien memasukkan jadwal kegiatan harian

Dapat disimpulkan bahwa pada pertemuan hari ke – 6 klien Sdr. T hanya tercapai hingga SP 2 yaitu di lakukan intervensi sesuai degan SP 2 Pasien, dapat dikatakan masalah SP 1 dan 2 pada klien Sdr. T belum teratasi atau belum

berhasil karena klien kembali menjawab dengan nada keras dan kasar. Klien juga ingin mencoba untuk melarikan diri dengan membuka ikatannya.

4.1.6 Evaluasi Keperawatan

Klien Pertama (Sdr. Z)

A. Tanggal 31 Juli 2018 __Evaluasi : SP 1

Subjektif :

- a. Klien menjawab kabarnya baik
- b. Klien mengatakan mendengar suara-suara yang mengajak berbicara, menyuruh melakukan tindakan kurang baik, merasa sedih dan takut, suara-suara muncul sewaktu-waktu misal saat saya duduk sendiri.

Objektif :

- a. Klien mampu menjelaskan dan mengungkapkan isi, waktu, frekuensi, dan respon halusinasi
- b. Klien mendengarkan cara menghardik yang dijelaskan peneliti dan mampu melakukan cara menghardik halusinasi

Assessment : Masalah belum teratasi

Planning : Pertahankan SP1

B. Tanggal 01 Agustus 2018 _____Evaluasi : SP 1

Subjektif :

- a. Klien menjawab ucapan selamat pagi.
- b. Klien mengatakan masih sering mendengar suara-suara itu
- c. Klien mengatakan membaca istighfar dalam hati bilang pergi-pergi kamu tidak nyata saat halusinasinya muncul

Objektif :

- a. Klien menjawab salam, menjabat tangan, kontak mata ada, kooperatif
- b. Klien mampu mengontrol halusinasi dengan cara menghardik seperti yang diajarkan

Asessment : Masalah teratasi

Planning : Pertahankan SP1, lanjutkan SP2

C. Tanggal 02 Agustus 2018_____Evaluasi : SP 2

Subjektif :

- a. Klien menjawab “selamat pagi juga mbak”.
- b. Kien mengatakan masih sering mendengar suara-suara itu.
- c. Klien mengatakan melakukan cara yang diajarkan seperti ini “saya membaca istighfar, dalam hati bilang pergi-pergi kamu tidak nyata”.

Objektif :

- a. Klien menjawab salam, menjabat tangan, kontak mata ada, kooperatif
- b. Klien mampu mengontrol halusinasi dengan cara menghardik seperti yang diajarkan

Asessment : Masalah teratasi

Planning : Pertahankan SP1, lanjutkan SP2

D. Tanggal 03 Agustus 2018_____Evaluasi : SP 2

Subjektif :

- a. Klien menjawab “walaikumsalam,kabar saya baik mbak”.
- b. Koien mengatakan masih beberapa kali mendengar suara-suara itu dan bersedia mencoba cara yang diajarkan

Objektif :

- a. Klien mampu berorientasi dengan baik dan ada kontak mata
- b. Klien mampu mengontrol halusinasi dengan cara yang kedua yaitu berbincang – bincang dengan orang lain seperti yang diajarkan

Assesment : Masalah teratasi sebagian

Planning : Pertahankan SP2, lanjutkan SP3

E. Tanggal 04 Agustus 2018 _____Evaluasi : SP 3

Subjektif :

- a. Klien menjawab “sehat mbak”.
- b. Klien mengatakan masih mengingat cara - cara mengontrol halusinasi yang pertama menghardik, yang ke-2 bercakap-cakap dengan orang lain
- c. Klien mengatakan “iya mbak, jadi nanti kalau saya mendengar suara-suara itu harus saya coba cara yang ke-3 yaitu melakukan aktifitas yang terjadwal”.

Objektif :

- a. Klien tersenyum dan ada kontak mata
- b. Klien kooperatif, mampu menirukan cara – cara yang diajari perawat

Assesment : Masalah teratasi

Planning : Pertahankan SP3, lanjutkan SP4

F. Tanggal 06 Agustus 2018 _____Evaluasi : SP 4

Subjektif

- a. Klien menjawab “pagi juga, baik mbak hari ini”.
- b. Klien mengatakan akan mencoba cara yang ke -3 dengan berjalan keluar kamar dan melantunkan sholawat.
- c. Klien mengatakan selalu minum obat

Objektif :

- a. Klien mampu berorientasi dengan baik
- b. Klien mampu menyebutkan dan memperagakan 4 cara mencegah suara dan bayangan

Assesment : Masalah teratasi

Planning : Pertahankan SP1, SP2, SP3, SP4

Klien Kedua (Sdr. T)**A. Tanggal 31 Juli 2018__Evaluasi : SP 1**

Subjektif :

- a. Klien mengatakan “enggak”.
- b. Klien mengatakan tidak mendengar suara apapun.
- c. Klien mengatakan tidak merasakan apapun

Objektif :

- a. Kontak mata kurang, klien tidak mampu menjelaskan dan mengungkapkan isi, waktu, frekuensi, dan respon halusinasi
- b. Klien tidak mampu melakukan cara menghardik halusinasi

Assessment : Masalah belum teratasi

Planning : Pertahankan SP1

B. Tanggal 01 Agustus 2018____Evaluasi : SP1

Subjektif :

- a. Klien menjawab dengan mengatakan kata kasar, kotor, dan nada tinggi.
- b. Klien mengatakan tidak mendengar suara apapun dengan kata kasar dan kotor.
- c. Klien mengatakan tidak merasakan apapun dengan kata kasar dan kotor.

Objektif :

- a. Kontak mata kurang, sering melihat kearah lain saat berbicara.
- b. Klien belum kooperatif dan marah-maraha seakan-akan ingin mengajak bertengkar.

Assessment : Masalah belum teratasi

Planning : Pertahankan SP1

C. Tanggal 02 Agustus 2018 _____ Evaluasi : SP 1

Subjektif :

- a. Klien tidak menjawab hanya diam saja.
- b. Klien tidak mau berkata sedikitpun.

Objektif :

- a. Kontak mata kurang, tidak merespon orang yang mengajak dia bicara.
- b. Klien belum kooperatif, hanya diam saja, tidak mau berkata sedikitpun, dan membuang muka.

Assessment : Masalah belum teratasi

Planning : Pertahankan SP1

D. Tanggal 03 Agustus 2018 _____ Evaluasi : SP 1

Subjektif :

- a. Klien menjawab dengan mengatakan kata kasar, kotor, dan nada tinggi.
- b. Klien mengatakan mendengar suara-suara yang mengajak berbicara, menyuruh melakukan tindakan kurang baik, merasa takut, suara-suara muncul sewaktu-waktu ketika diam atau melamun.

Objektif :

- a. Kontak mata kurang, sering melihat kearah lain saat berbicara.
- b. Klien belum kooperatif dan marah-marah dan menjawab dengan nada keras serta kata-kata kasar.

Assessment : Masalah belum teratasi

Planning : Pertahankan SP1, Lanjutkan SP 2

E. Tanggal 04 Agustus 2018 _____ Evaluasi : SP 2

Subjektif :

- a. Klien menjawab “iya”.
- b. Kien mengatakan masih sering mendengar suara-suara itu.
- c. Klien mengatakan belum melakukan cara yang diajarkan seperti ini “saya membaca istighfar, dalam hati bilang pergi-pergi kamu tidak nyata”.

Objektif :

- a. Klien menjawab salam, menjabat tangan, kontak mata ada, kooperatif
- b. Klien belum mampu mengontrol halusinasi dengan cara menghardik seperti yang diajarkan

Asessment : Masalah teratasi

Planning : Pertahankan SP1, lanjutkan SP2

F. Tanggal 06 Agustus 2018 _____ Evaluasi : SP 2

Subjektif :

- a. Klien menjawab “iya, baik”.
- b. Klien mengatakan masih beberapa kali mendengar suara-suara itu dan bersedia mencoba cara yang diajarkan kembali walaupun dengan nada keras dan berusaha untuk melarikan diri dengan membuka ikatannya.

Objektif :

- a. Klien belum mampu berorientasi dengan baik tetapi kontak mata ada
- b. Klien telah mengontrol halusinasi dengan cara yang kedua yaitu berbincang – bincang dengan orang lain seperti yang diajarkan, walaupun klien masih belum dapat melakukan cara pertama yaitu menghardik.

Asessment : Masalah teratasi sebagian

Planning : Pertahankan SP2.

4.2 Pembahasan

4.2.1 Pengkajian

Pada saat pengkajian didapatkan bahwa 2 klien yaitu Sdr. Z dan Sdr. T mengalami halusinasi, hal ini sesuai dengan tanda dan gejala yang ditunjukkan klien seperti pada Sdr. Z klien terlihat tertawa sendiri, klien terlihat berbicara sendiri, kontak mata kurang, ketika di ajak berbicara klien mudah beralih, gerakan mata cepat dan sering melamun. Selain itu berdasarkan pengakuan klien, klien mengatakan bahwa ada yang mengajaknya berbicara untuk melakukan sesuatu. Sedangkan pada klien Sdr. T tanda dan gejala halusinasi juga muncul hampir sama dengan apa yang dialami Sdr. Z. Klien juga terlihat berbicara sendiri, kontak mata kurang, ketika diajak berbicara klien mudah beralih dengan jawaban nada keras dan kotor, gerakan mata cepat, sering gelisah dan bahkan beberapa kali mencoba untuk melarikan diri dengan membuka ikatannya. Selain itu, klien mengatakan bahwa ada yang mengajaknya berbicara untuk menyuruhnya melarikan diri. Perbedaan lain yang muncul pada klien Sdr. Z klien lebih mengarah pada masalah intoleransi aktifitas dan berkurangnya kegiatan sosial.

Ada beberapa faktor penyebab klien mengalami halusinasi selain riwayat masa lalu yaitu klien memiliki pengalaman yang tidak menyenangkan. Seperti yang dialami pada kedua klien, Pada Sdr. Z ketika menginjak sekolah mts kelas 1 di salah satu sekolah di Bangkalan, Madura. Klien adalah tipikal orang yang pendiam dan mudah tersinggung. Ketika klien sekolah, klien selalu mendapat ejekan dari teman-teman tentang penilaian buruk terhadap dirinya. Dan selang beberapa waktu klien juga telah kehilangan seorang adik kandungnya karena

sakit. Saat itulah kondisi klien semakin tidak karuan, klien menjadi depresi dan teriak terus-menerus kemudian menangis dan tertawa sendiri tanpa henti. Sedangkan klien Sdr. T tidak ada kesibukan selama dirumah dan ibu klien membiarkan klien ketika sering meninggalkan rumah, kemudian ibu klien meminta klien untuk mencari pekerjaan. Akhirnya klien berangkat keluar kota untuk mencari pekerjaan, kemudian klien mendapat pekerjaan yaitu bekerja warung kopi. Lalu ketika klien mendapat kabar dari pacarnya bahwa ayahnya mengalami stroke. Kemudian klien menjadi depresi dan melempar-lempar barang yang ada disekitarnya. Dari beberapa pernyataan diatas dapat dilihat bahwa klien tidak mampu mentoleransi masalah-masalah yang terjadi atau dengan kata lain coping klien tidak efektif sehingga setelah kejadian tersebut klien merasa memiliki masalah yang sangat berat atau kecemasan yang menyebabkan klien sulit berespon untuk mengalami kesenangan, kebahagiaan, keakraban dan kedekatan.

Menurut keterangan diatas yang didapat dari data subjektif dan objektif yang ditemukan saat pengkajian bahwasannya klien sudah mengalami halusinasi pada fase kedua yaitu fase comforting yaitu pengalaman sensori klien menakutkan, kecemasan meningkat, melamun dan berpikir sendiri jadi dominan. Mulai dirasakan ada bisikan yang tidak jelas. Klien tidak ingin orang lain tahu dan ia tetap dapat mengontrolnya.

4.2.2 Diagnosa

Menurut Stuart (2007), ambang toleransi terhadap stress yang berinteraksi terhadap stressor lingkungan menentukan terjadinya gangguan perilaku serta sumber koping mempengaruhi individu menanggapi stressor sehingga dapat menyebabkan terjadinya halusinasi. Dari hasil anamnase pada kedua klien didapatkan bahwa kedua klien mengalami masalah keperawatan yang sama yaitu : gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran. Akan tetapi ada beberapa perbedaan masalah lain yang muncul pada kedua klien. Seperti pada klien Sdr. T lebih banyak mengalami masalah lain seperti defisit perawatan diri, harga diri rendah, dan gangguan istirahat tidur sedangkan Sdr. Z tidak mengalami hal tersebut. Diagnosa atau masalah keperawatan yang muncul pada kedua klien yaitu terdapat adanya trauma masa lalu yang menimbulkan masalah keperawatan itu muncul hingga mengalami kekambuhan yang sama.

Ada beberapa penyebab perbedaan munculnya masalah lain pada kedua klien, menurut Mc. Farland dan Thomas, 1991 dalam (1) Teori psikoanalisa : halusinasi terjadi karena defisit fungsi ego atau pertahanan diri, sehingga terjadi konflik psikologis. Dan penggunaan mekanisme pertahanan seperti distorsi, denial, dan proyeksi (halusinasi). (2) Teori Lingkungan : Halusinasi dapat terjadi bila seseorang berada dalam situasi atau lingkungan yang penuh dengan stresor. Bila individu tersebut tidak dapat mengatasi dan hanya berfokus pada kecemasan yang diakibatkan stressor, maka individu tersebut akan melamun dan berangan-angan, bila didiamkan berlarut-larut akan menyebabkan halusinasi. Kecemasan dan ketegangan yang terus-menerus dapat mengganggu metabolisme tubuh, sehingga merangsang sistem limbik mengeluarkan zat – zat halusinogenik. Bersamaan

dengan hal ini, terjadi juga ketidakseimbangan dopamine dan neurotransmitter lainnya, sehingga mengakibatkan ketidakmampuan otak menyeleksi stimulus yang ada, maka akan muncul masalah lain yang disebabkan gangguan persepsi tersebut.

Dari beberapa teori di atas terdapat keterkaitan antara teori yang satu dengan yang lain sehingga dapat dilihat bahwa penyebab terjadinya halusinasi pada kasus Sdr. Z dan Sdr. T yaitu faktor psikologis, disini Sdr. Z dan Sdr. T mengalami konflik psikologis yang berasal dari berbagai masalah yang dihadapi. Masalah psikologi tentang trauma masa lalu yang mengakibatkan terjadinya halusinasi pada kedua klien tersebut. Dari berbagai kejadian tersebut klien tidak mampu berespon secara adaptif dan terjadi defisit fungsi ego atau pertahanan diri sehingga klien merasa malu dengan orang lain, klien tidak dapat mengatasi stressor yang ada dan hanya berfokus pada kecemasan yang diakibatkan stressor, klien sering melamun dan berangan-angan ditambah system pendukung yang tidak adekuat hal tersebut akan menyebabkan terjadinya halusinasi (Farland dan Thomas, 1991).

4.2.3 Intervensi

Pelaksanaan intervensi keperawatan pada kedua klien dengan menggunakan strategi pelaksanaan (SP) dilakukan selama 6 hari sejak tanggal 31 Juli - 06 Agustus 2018. Tindakan ini terdiri dari 4 Strategi Pelaksanaan untuk klien dan 3 Strategi Pelaksanaan untuk keluarga. Sebelum pemberian intervensi terlebih dahulu peneliti melakukan kontrak waktu dengan klien, tempat yang akan digunakan dan menyiapkan alat yang akan digunakan yaitu kertas, alat tulis, lembar pengkajian dan lembar evaluasi. Sebelum memberikan intervensi peneliti melakukan BHSP dan mengkaji karakteristik halusinasi klien sehingga intervensi

mudah dilaksanakan. Setelah BHSP dan karakteristik halusinasi berhasil dikaji peneliti menyiapkan pelaksanaan intervensi. Peneliti mengajak pasien ke tempat yang sudah disepakati bersama di awal, lalu menjelaskan prosedur tindakan kepada klien, setelah klien memahami prosedur dan tujuan intervensi maka peneliti memulai untuk melaksanakan intervensi dalam bentuk strategi pelaksanaan.

SP pasien terdiri dari SP1 pasien yaitu, mengidentifikasi jenis halusinasi klien, mengidentifikasi isi halusinasi klien, mengidentifikasi waktu halusinasi klien, mengidentifikasi frekuensi halusinasi klien, mengidentifikasi situasi yang menimbulkan halusinasi, mengidentifikasi respon klien terhadap halusinasi, mengajarkan klien menghardik halusinasi, menganjurkan klien memasukkan cara menghardik halusinasi dalam jadwal kegiatan harian klien. SP 2 pasien yaitu mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien, dan melatih klien mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap – cakap dengan orang lain saat halusinasi muncul, menganjurkan klien memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian. SP 3 pasien yaitu : mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien, melatih klien mengendalikan halusinasi dengan melakukan kegiatan (kegiatan yang biasa dilakukan kegiatan harian), dan menganjurkan klien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian. SP 4 pasien yaitu : mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien, memberikan pendidikan kesehatan tentang penggunaan obat secara teratur dan menganjurkan klien memasukkan jadwal kegiatan harian.

Selain dengan menggunakan strategi pelaksanaan yang terdiri dari 4 SP pasien dapat juga digunakan suatu proses menghentikan pikiran yang mengganggu. *Thought stopping* (penghentian pikiran) merupakan salah satu

contoh dari teknik psikoterapi kognitif behavior yang dapat digunakan untuk membantu klien mengubah proses berpikir (Tang & DeRubeis, 1999). Frank Mc Donald berpendapat bahwa *emotion though tstopping* (Latihan menghentikan pemikiran) merupakan suatu bentuk latihan atau terapi dengan melihat hubungan antara pikiran yang disadari dan yang tidak disadari. Terapi ini ditujukan untuk mengatasi klien dengan kasus ansietas.

Sedangkan SP keluarga terdiri mengidentifikasi masalah dalam merawat klien, menjelaskan terjadinya halusinasi, mengevaluasi kemampuan keluarga. Perawat berdiskusi dengan keluarga tentang masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat klien dirumah, berdiskusi tentang kegiatan harian klien yang bisa dilakukan dirumah, melatih keluarga cara merawat langsung klien halusinasi. Selain itu menjelaskan jadwal minum obat klien dan memberi arahan pada keluarga agar segera kontrol ke RS Jiwa terdekat jika obat klien akan habis. Hal ini sangat perlu karena keluarga adalah sistem pendukung terdekat dan orang yang bersama – sama dengan klien selama 24 jam (Keliat, 2010).

4.2.4 Implementasi

Dari masalah utama yang ditemukan pada saat pengkajian, peneliti melakukan implementasi keperawatan dengan melakukan SP 1 pada kedua klien pada tanggal 31 juli 2017 yaitu peneliti membantu mengidentifikasi jenis halusinasi klien, membantu mengidentifikasi isi halusinasi klien, mengidentifikasi waktu halusinasi, mengidentifikasi frekuensi halusinasi klien, membantu mengidentifikasi situasi yang menimbulkan halusinasi, membantu mengidentifikasi respon klien terhadap halusinasi, membantu mengajarkan klien untuk menghardik halusinasi, membantu mengajarkan klien untuk memasukkan

cara menghardik kedalam jadwal kegiatan harian kedua klien. Hal ini dikarenakan dengan adanya kontak yang sering dengan klien dan membina hubungan saling percaya akan mempermudah peneliti untuk menghindarkan faktor pencetus munculnya halusinasi. Pada SP1 tindakan keperawatan masih belum maksimal karena kedua klien masih belum mengenal baik dengan peneliti. Pada tanggal 01 Agustus 2018 peneliti masih melaksanakan SP1 pasien dengan mengajarkan klien untuk menghardik halusinasinya. Peneliti mengajarkan pada klien ketika halusinasi muncul untuk menutup mata dan bicara jangan ganggu aku pergi kamu itu palsu. Kemudian peneliti meminta klien untuk menirukan cara peneliti dalam menghardik halusinasi. Setelah klien Sdr. Z bisa melaksanakan cara menghardik, peneliti memberikan pujian dan menyarankan untuk melakukannya setiap halusinasinya muncul. Sedangkan untuk klien Sdr. T masih belum kooperatif dan menolak untuk berkomunikasi. Pada tanggal 02 Agustus 2018 mengajarkan SP1 pada kedua klien, setelah klien Sdr. Z berhasil melaksanakan cara menghardik dengan benar peneliti memberikan pujian dan menyarankan untuk memasukkan kegiatan cara menghardik sebagai kegiatan harian klien karena dengan memberi kegiatan harian, klien mampu meningkatkan kegiatan untuk mengendalikan halusinasi. Sedangkan untuk klien Sdr. T masalah masih belum teratasi karena klien hanya diam dan tidak mau berkata sedikitpun. Klien Sdr. T masih mempertahankan SP 1.

Pada tanggal 03 Agustus 2018 peneliti dapat melatih klien Sdr. Z untuk mengontrol halusinasi dengan cara bercakap – cakap dengan orang lain untuk menganjurkan klien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian. Pada pelaksanaan SP 2 pasien ini, peneliti mengajarkan kepada klien cara yang Sdr. Z yaitu dengan

cara bercakap – cakap dengan orang lain. Pelaksanaan SP 2 pada klien Sdr. Z berlangsung satu hari karena kedua klien sudah maksimal menjalankannya. Sedangkan untuk klien Sdr. T peneliti masih mempertahankan SP 1 yaitu membantu mengidentifikasi jenis halusinasi klien, membantu mengidentifikasi isi halusinasi klien, mengidentifikasi waktu halusinasi, mengidentifikasi frekuensi halusinasi klien, membantu mengidentifikasi situasi yang menimbulkan halusinasi, membantu mengidentifikasi respon klien terhadap halusinasi, membantu mengajarkan klien untuk menghardik halusinasi, membantu mengajarkan klien untuk memasukkan cara menghardik kedalam jadwal kegiatan harian klien.

Pada tanggal 04 Agustus 2018 peneliti dapat melatih klien untuk mengendalikan halusinasi dengan melakukan kegiatan (kegiatan yang sering dilakukan setiap hari) seperti, membersihkan tempat tidur setelah bangun tidur, olahraga pagi, mengikuti rehabilitasi, meminum obat pagi siang dan malam hari, menonton televisi, latihan mengontrol halusinasi dengan cara bercakap – cakap. SP 3 pasien ini dilkaukkn dalam waktu 1 hari karena klien Sdr. Z sudah mau dan bersedia belajar dengan peneliti. Setelah klien Sdr. Z berhasil melakukan kegiatan harian klien, peneliti memberikan pujian yang realistik kemudian menyarankan untuk memasukkan kegiatan harian klien. Sedangkan untuk Sdr. T masalah belum teratasi karena klien belum mampu sepenuhnya melakukan cara menghardik. Tetapi dilanjutkan pada cara yang kedua SP 2 yaitu dengan bercakap-cakap dengan orang lain.

Pada tanggal 06 Agustus 2018 yaitu, dengan memberikan pendidikan kesehatan tentang penggunaan obat secara teratur. SP 4 pasien ini berlangsung

dalam waktu 1 hari. Peneliti memberikan pendidikan pada klien Sdr. Z tentang penggunaan obat secara teratur supaya klien mempunyai pengetahuan yang cukup tentang obat, sehingga klien mempunyai kesadaran melanjutkan pengobatan ketika sudah diperbolehkan pulang. Sebelum peneliti menjelaskan peneliti menanyakan pada klien tentang jenis obat yang dikonsumsi setiap harinya dan fungsinya. Klien Sdr. Z mampu menjawab meskipun dengan menggunakan bahasanya sendiri dan singkat. Klien mengerti tentang bagaimana penggunaan obat secara teratur sehingga klien mempunyai kesadaran untuk selalu minum obat teratur. Klien juga menyadari bahwasannya mengikuti program pengobatan yang teratur dan optimal itu penting untuk mendukung proses penyembuhan klien. Sedangkan untuk klien Sdr. T kembali menjawab dengan nada keras dan kasar. Klien juga ingin mencoba untuk melarikan diri dengan membuka iktannya. Tetapi tetap dilanjutkan untuk cara kedua atau SP 2. Klien Sdr. T masih tetap mempertahankan SP 1 dan lanjutkan SP 2.

Selain itu, ada beberapa cara dalam menangani halusinasi yaitu penanganan medis meliputi pemberian obat-obatan anti psikosa dan tindakan kejang listrik (ECT) sedangkan penanganan non medis meliputi pemberian tindakan aktifitas kelompok, menciptakan lingkungan terapeutik, memberikan aktivitas secara terjadwal dan melibatkan keluarga dalam merawat pasien (Stuart, 2006). Pemberian aktivitas terjadwal pada klien untuk mengurangi resiko halusinasi muncul kembali. Membimbing klien dengan membuat jadwal yang teratur akan memberikan aktivitas pada klien dengan beraktivitas secara terjadwal, klien tidak mengalami banyak waktu luang yang seringkali mencetuskan halusinasi muncul kembali.

4.2.5 Evaluasi

Setelah diberikan intervensi dalam bentuk strategi pelaksanaan selama 6 hari dari tanggal 31 Juli - 06 Agustus 2018, di dapatkan bahwa klien Sdr. Z mampu mengontrol halusinasi, hal ini dapat dilihat pada saat awal pengkajian pada klien Sdr. Z kurang merespon apa yang orang lain katakan, klien terlihat berbicara sendiri, tidak ada kontak mata dan klien selalu menatap kearah lain saat berkomunikasi dengan peneliti. Sedangkan pada klien Sdr. T, klien kurang merespon apa yang orang katakan namun klien juga selalu menatap kearah lain saat berkomunikasi dengan peneliti, kurangnya kontak mata, sering melamun dan gelisah saat halusinasinya muncul. Akan tetapi setelah mendapatkan tindakan keperawatan berupa strategi pelaksanaan (SP) selama 6 kali pertemuan klien mampu mengungkapkan perasaannya, pada klien Sdr. Z mengatakan bahwa suara-suara yang berbicara kepadanya sudah mulai berkurang, klien mengatakan ingin cepat sembuh, bekerja lagi, klien mampu memulai pembicaraan, kontak mata ada, dan pembicaraan terarah. Sedangkan pada klien Sdr. T mengatakan “enggak ada” klien tidak mampu memulai pembicaraan, kontak mata kurang, pembicaraan melantur dan perkataan masih dengan nada kasar, kegelisahan masih muncul.

Dari pemaparan di atas dan hasil evaluasi yang dilakukan dari pemberian tindakan ini masalah belum teratasi sepenuhnya, namun berdasarkan kondisi objektif klien Sdr, Z menunjukkan perubahan yang cukup baik yaitu berkurangnya tanda-tanda halusinasi pada klien Sdr. Z dan berdasarkan pengakuan klien Sdr. Z secara subjektif bahwa suara-suara yang muncul dan mengajaknya berbicara sudah jarang muncul dan peneliti telah memberikan implementasi yaitu SP 1 -4 sesuai intervensi hal ini membuktikan bahwa tindakan

ini secara keseluruhan dapat dikatakan berhasil. Sedangkan hasil evaluasi yang dilakukan dari pemberian tindakan pada Sdr. T masalah belum teratasi sepenuhnya, dikarenakan klien masih dalam kondisi belum stabil dan halusinasi masih menguasai diri klien Sdr. T. Maka peneliti masih mempertahankan pada SP 1 dan dilanjutkan untuk SP 2 sampai klien bisa kooperatif dan dapat melaksanakan hingga SP 4.