Penerapan Strategi Pelaksanaan (SP) 1-4 Dengan Masalah Halusinasi Pada Penderita Skizofrenia: Studi Kasus

Meylani Meylani, Jek Amidos Pardede

Program Studi Ners Universitas Sari Mutiara Indonesia

Meylanilani2202@gmail.com

Abstrak

Halusinasi pendengaran adalah ketika klien mendengar suara-suara jelas maupun tidak jelas dimana suara tersebut biasa mengajak klien berbicara atau melakukan sesuatu tetapi tidak berhubungan dengan hal nyata yang orang lain tidak mendengarnya. Pasien yang mengalami halusinasi pendengaran yaitu pasien tampak berbicara atau tertawa-tawa sendiri, pasien marah-marah sendiri, menutup telinga seketika karena menganggap bahwa ada yang berbicara dengannya.

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Skizofrenia berasal dari bahasa Yunani yakni “*Skhizein*” yang dapat diartikan retak atau pecah (*split*), dan “*phren*” yang berarti pikiran, yang selalu dihubungkan dengan fungsi emosi. Dengan demikian seseorang yang mengalami skizofrenia adalah seseorang yang mengalami keretakan jiwa atau bisa dikatakan juga keretakan kepribadian serta emosi (Astari, 2020). Skizofrenia merupakan suatu gangguan jiwa berat yang bersifat kronis yang ditandai dengan hambatan dalam berkomunikasi, gangguan realitas, afek tidak wajar atau tumpul, gangguan fungsi kognitif serta mengalami kesulitan dalam melakukan aktivitas sehari-hari (Pardede & Laia, 2020). Gejala skizofrenia dapat mengalami perubahan semakin membaik atau semakin memburuk dalam kurun

waktu tertentu, hal tersebut berdampak dengan hubungan pasien dengan dirinya sendiri serta orang yang dekat dengan penderita (Pardede, Keliat & Wardani, 2015).

Menurut WHO (2019) Skizofrenia merupakan gangguan mental berat dan kronis yang menyerang 20 juta orang diseluruh dunia, sedangkan Negara berkembang seperti Indonesia penderita gangguan jiwa menurut Riskesdas tahun 2018 penderita skizofrenia mengalami peningkatan sebesar 5,3% terutama untuk skizofrenia berat seperti gangguan perilaku hingga dengan pasung. Kasus tertinggi terdapat di Bali (11%). Penelitian yang di lakukan Ellina (2019) mengatakan bahwa pada penderita skizofrenia dapat timbul halusinasi karena didapatkan data pasien yang mengatakan sering mendengar bisikan-bisikan suara yang menyuruhnya untuk marah-marah, pasien sering tertawa sendiri, pasien berbicara ngelantur, serta pasien lebih senang menyendiri dan sikap pasien yang pemalu.

Halusinasi merupakan keadaan seseorang mengalami perubahan dalam pola dan jumlah stimulasi yang di prakarsai secara internal atau eksternal disekitar dengan pengurangan berlebihan, distorsi, atau kelainan berespon terhadap setiap stimulasi (Pardede, Silitonga & Laia, 2020). Halusinasi merupakan gejala yang sering muncul pada penderita gangguan jiwa dan memiliki kaitan erat dengan early psychosis akibat trauma pada masa kanak-kanak. Halusinasi biasanya muncul pada pasien pada gangguan jiwa diakibatkan terjadinya perubahan orientasi realita, pasien merasakn stimulus yang sebetulnya tidak ada (Erviana & Hargiana, 2018)

Halusinasi terjadi karena menunjukkan reaksi emosi berlebihan atau kurang serta berperilaku aneh Bahaya secara umum yang terjadi pada pasien dengan halusinasi pendengaran adalah gangguan pasikotik berat dimana pasien tidak sadar lagi akan dirinya atau sampai tidak mengenali dirinya dan dapat terjadi

disorientasi waktu (Silaban, 2021). Satu ciri khas skizofrenia adalah halusinasi sensoris, salah satunya pada sensoris pendengaran. Pasien dengan halusinasi pendengaran biasa mendengar suara-suara (Awaliyah, 2021). Halusinasi pendengaran adalah ketika klien mendengar suara-suara jelas maupun tidak jelas dimana suara tersebut biasa mengajak klien berbicara atau melakukan sesuatu tetapi tidak berhubungan dengan hal nyata yang orang lain tidak mendengarnya (Aulia, 2021). Pasien yang mengalami halusinasi pendengaran yaitu pasien tampak berbicara atau tertawa-tawa sendiri, pasien marah-marah sendiri, menutup telinga seketika karena menganggap bahwa ada yang berbicara dengannya (Hairul, 2021).

Berdasarkan hasil Survei awal yang dilakukan di ruang rawat inap Pusuk Buhit, Terdapat 21 orang pasien yang mengalami skizofrenia dengan masalah Gangguan Persepsi Sensoris: Halusinasi Pendengaran, Sehingga penulis tertarik memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah halusinasi pendengaran.

1.2 Tujuan Penulisan

1.2.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu menerapkan asuhan keperawatan jiwa pada Tn.E dengan Halusinasi Pendengaran

1.2.2 Tujuan Khusus

1. Mahasiswa mampu mengetahui definisi, penyebab, tanda dan gejala, rentang respon dan penatalaksanaan pada klien halusinasi pendengaran.
2. Mahasiswa mampu melakukan pengkajian, analisa data pada Tn.E dengan halusinasi pendengaran.
3. Mahasiswa mampu menegakkan diagnosa keperawatan yang ada pada Tn.E dengan halusinasi pendengaran.

4. Mahasiswa mampu menetapkan intervensi keperawatan pada Tn.E dengan halusinasi pendengaran.
5. Mahasiswa mampu melakukan implementasi keperawatan pada Tn.E dengan halusinasi pendengaran.
6. Mahasiswa mampu mengevaluasi hasil asuhan keperawatan pada Tn.E dengan halusinasi pendengaran.
7. Mahasiswa mampu melakukan pendokumentasikan asuhan keperawatan yang diberikan pada Tn.E dengan halusinasi pendengaran.

1.3 Manfaat Penulisan

1. Pasien Halusinasi

Diharapkan tindakan yang telah diajarkan dapat diterapkan secara mandiri untuk membantu dan mengontrol menghilangkan suara-suara yang didengar dan untuk mendukung kelangsungan kesehatan pasien.

2. Keluarga

Diharapkan keluarga dapat membantu dan acuan dalam menangani anggota keluarga yang mengalami halusinasi.

BAB 2

TINJAUAN TEORITIS

2.1 Konsep Halusinasi Pendengaran

2.1.1 Definisi

Halusinasi adalah keadaan seseorang yang mengalami perubahan pola dan jumlah rangsangan yang dimulai secara internal atau eksternal di sekitarnya dengan pengurangan, pembesaran, distorsi, atau ketidaknormalan respon terhadap setiap rangsangan (Pardede, 2019). Halusinasi adalah merupakan distorsi persepsi palsu yang terjadi pada respon neurobiologist maladaptive, penderita sebenarnya mengalami distorsi sensori sebagai hal yang nyata dan meresponnya. Isi suara-suara tersebut mengancam dan menghina, sering kali suara tersebut memerintah klien untuk melakukan tindakan yang akan melukai klien atau orang lain (Yanti, 2020).

Halusinasi adalah distorsi persepsi palsu yang terjadi pada respons neurobiologis maladaptive. Halusinasi biasanya muncul pada klien gangguan jiwa diakibatkan terjadinya perubahan orientasi realita, klien merasakan stimulasi yang sebetulnya tidak ada. Halusinasi penglihatan dan pendengaran yang merupakan gejala dari *early psychosis*, yang sebagian besar terjadi pada usia remaja akhir atau dewasa awal, bingung peran yang berdampak pada rapuhnya kepribadian sehingga terjadi gangguan konsop diri dan menarik diri dari lingkungan social yang lambat laun membuat penderita menjadi asik dengan hayalan dan menyebabkan timbulnya halusinasi. (Ervina, 2018).

Dampak yang muncul akibat gangguan halusinasi adalah hilangnya kontrol diri yang menyebabkan seseorang menjadi panik dan perilakunya dikendalikan oleh halusinasi. Dalam situasi ini penderita halusinasi dapat melakukan tindakan merusak lingkungan, mencelaki orang lain, bahkan melakukan bunuh diri agar tidak berdampak buruk maka penderita halusinasi harus segera ditangani secara tepat. (Scott, 2017)

Dari definisi diatas dapat disimpulkan Halusinasi adalah gangguan persepsi sensori dari suatu obyek rangsangan dari luar, gangguan persepsi sensori ini meliputi seluruh panca indra. Halusinasi biasanya pada klien gangguan jiwa di akibatkan terjadinya perubahan orientasi realita, klien merasakan stimulasi yang sebetulnya tidak ada. Dampak yang muncul akibat gangguan halusinasi adalah hilangnya control diri yang menyebabkan seseorang menjadi panik dan perilaku di kendalikan oleh halusinasinya.

2.1.2 Klasifikasi Halusinasi

Menurut Yusuf (2015) klasifikasi halusinasi dibagi menjadi 5 yaitu:

1. Halusinasi pendengaran

Data objektif :

- a. Bicara atau tertawa sendiri tanpa lawan bicara
- b. Marah-marah tanpa sebab mencondongkan telinga kea rah tertentu.
- c. Menutup telinga

Data subjektif :

- a. Mendengar suara atau kegaduhan
- b. Mendengar suarayang mengajak bercakap-cakap.
- c. Mendengar suara yang menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya

2. Halusinasi penglihatan

Data objektif:

- a. Menunjuk kearah tertentu
- b. Ketakutan pada objek yang tidak jelas

Data subjektif:

- a. Melihat bayangan seperti melihat hantu atau monster

3. Halusinasi penghidu

Data objektif:

- a. Menghidu seperti sedang membaui bau tertentu
- b. Menutup hidung

Data subjektif:

- a. Membaui bau-bauan seperti darah atau feses
- b. Kadang-kadang bau itu menyenangkan

4. Halusinasi pengecapan

Data objektif:

- a. Sering meludah
- b. Muntah

Data subjektif:

- a. Merasakan rasa seperti darah, urine, feses.

5. Halusinasi perabaan

Data objektif:

- a. Menggaruk-garuk permukaan kulit

Data subjektif:

- a. Mengatakan ada serangga dipermukaan kulit.
- b. Merasa seperti tersengat listrik.

2.1.3 Etiologi

Faktor predisposisi klien halusinasi menurut (Oktiviani,2020) :

1. Faktor Predisposisi

- Faktor perkembangan

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

- Faktor sosiokultural

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

- Biologi

Faktor biologis mempunyai pengaruh terhadap terjadinya gangguan jiwa.adanya stress yang berlebihan dialami seseorang maka didalam tubuh akan dihasilkan suatu zat yang dapat bersifat halusinogen neurokimia.Akibat stress berkepanjangan menyebabkan teraktivitasnya neurotransmitter otak.

- Psikologis

Tipe kepribadian lemah dan tidak bertanggung jawab mudah terjerumus pada penyalahgunaan zat adiktif. Hal ini berpengaruh pada

ketidakmampuan pasien dalam mengambil keputusan yang tepat demi masa depannya, klien lebih memilih kesenangan sesaat dan lari dari alam nyata menuju alam khayal.

- Sosial Budaya

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

2. Faktor Presipitasi

Menurut Stuart dan Sudeen faktor presipita dapat meliputi (Prabowo, 2015) :

- Biologis

Gangguan dalam komunikasi dan putaran balik otak, yang mengatur proses informasi serta abnormalitas pada mekanisme pintu masuk dalam otak yang mengakibatkan ketidakmampuan untuk secara selektif menanggapi stimulus yang diterima oleh otak untuk diinterpretasikan.

- Stress lingkungan

Ambang toleransi terhadap stress yang berinteraksi terhadap stressor lingkungan untuk menentukan terjadinya gangguan perilaku.

- Sumber koping

Sumber koping mempengaruhi respon individu dalam menanggapi stressor.

2.1.3 Rentang Respon Neurobiologi

Rentang respon tersebut dapat digambarkan seperti dibawah ini (Muhith,2015) :

Adaptif

Mal adaptif

1. Pikiran	1. Distorsi pikiran	1. Gangguan
2. Persepsi akurat	ilusi	piker/delusi
3. Emosi konsisten dengan pengalaman	2. Reaksi emosi berlebihan	2. Halusinasi
4. Perilaku sesuai	3. Perilaku aneh atau tidak biasa	3. Sulit merespon emosi
5. Berhubungan sosial	4. Menarik diri	4. Perilaku disorganisasi
		5. Isolasi social

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

3. Respon adaptif meliputi :

- 1) Pikiran logis adalah pandangan yang mengarah pada kenyataan
- 2) Persepsi akurat adalah pandangan yang tepat pada kenyataan
- 3) Emosi konsisten dengan pengalaman yaitu perasaan yang timbul dari pengalaman ahli.
- 4) Perilaku sesuai adalah sikap dan tingkah laku yang masih dalam batas kewajaran.
- 5) Hubungan social adalah proses suatu interaksi dengan orang lain dan lingkungan.

2. Respon Psikososial Meliputi :

- 1) Proses piker terganggu yang menimbulkan gangguan
- 2) Ilusi adalah miss intrerprestasi atau penilaian yang salah tentang yang benar-benar terjadi (objek nyata) karena gangguan panca indra
- 3) Emosi berlebihan atau kurang

- 4) Perilaku tidak biasa adalah sikap dan tingkah laku yang melebihi batas untuk menghindari Interaksi dengan orang lain
 - 5) Menarik diri adalah percobaan untuk menghindari hubungan dengan orang lain.
- b. Respon maladaptive adalah respon indikasi dalam menyelesaikan masalah yang menyimpang dari norma-norma social dan budaya dan lingkungan, adapun respon maladaptive ini meliputi :
- 1) Kelainan pikiran adalah keyakinan yang secara kokoh dipertahankan walaupun tidak diyakini oleh orang lain dan bertentangan dengan kenyataan sosial
 - 2) Halusinasi merupakan persepsi sensori yang salah satu atau persepsi eksternal yang tidak realita atau tidak ada.
 - 3) Kerusakan proses emosi adalah perubahan sesuatu yang timbul dari hati
 - 4) Perilaku tak terorganisir merupakan perilaku yang tidak teratur
 - 5) Isolasi social adalah kondisi kesendirian yang dialami oleh individu dan diterima sebagai ketentuan oleh orang lain dan sebagai suatu kecelakaan yang negatif mengancam.

2.1.4 Fase Halusinasi

Halusinasi terbagi atas beberapa fase (Oktiviani,2020):

1. Fase pertama /*sleep disorder*

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

4. Fase Kedua / Comforting

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

5. Fase Ketiga / Condemning

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

6. Fase Keempat / Kontrolling Severe Level of Anxiety

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

7. Fase ke lima / Conquering Panic Level of Anxiety

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

2.1.5 Tanda Dan Gejala Halusinasi

Tanda dan gejala gangguan persepsi sensori halusinasi yang dapat teramati sebagai berikut (Dalami, 2016) :

a. Halusinasi penglihatan

- 1) Melirikkan mata ke kiri dan ke kanan seperti mencari siapa atau apa saja yang sedang dibicarakan.

- 2) Mendengarkan dengan penuh perhatian pada orang lain yang sedang tidak berbicara atau pada benda seperti mebel.
- 3) Terlihat percakapan dengan benda mati atau dengan seseorang yang tidak tampak.
- 4) Menggerakan-gerakan mulut seperti sedang berbicara atau sedang menjawab suara.

b. Halusinasi pendengaran

Adapun perilaku yang dapat teramati

- 1) Tiba-tiba tampak tanggap, ketakutan atau ditakutkan oleh orang lain, benda mati atau stimulus yang tidak tampak.
- 2) Tiba-tiba berlari keruangan lain

c. Halusinasi penciuman

Perilaku yang dapat teramati pada klien gangguan halusinasi penciuman adalah :

- 1) Hidung yang dikerutkan seperti mencium bau yang tidak enak.
- 2) Mencium bau tubuh
- 3) Mencium bau udara ketika sedang berjalan ke arah orang lain.
- 4) Merespon terhadap bau dengan panik seperti mencium bau api atau darah.
- 5) Melempar selimut atau menuang air pada orang lain seakan sedang memadamkan api.

d. Halusinasi pengecapan

Adapun perilaku yang terlihat pada klien yang mengalami gangguan halusinasi pengecapan adalah :

- 1) Meludahkan makanan atau minuman.
- 2) Menolak untuk makan, minum dan minum obat.
- 3) Tiba-tiba meninggalkan meja makan.

e. Halusinasi perabaan

Perilaku yang tampak pada klien yang mengalami halusinasi perabaan adalah :

1) Tampak menggaruk-garuk permukaan kulit

Tanda dan gejala halusinasi dinilai dari hasil observasi terhadap klien serta ungkapan klien. Adapun tanda dan gejala klien halusinasi adalah sebagai berikut :

a) Data Subjektif Klien mengatakan :

1. Mendengar suara-suara atau kegaduhan
2. Mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap
3. Mendengar suara menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya
4. Melihat bayangan, sinar, bentuk geometris, bentuk kartun, melihat hantu dan monster
5. Mencium bau-bauan seperti bau darah, urin, feses, kadang-kadang bau itu menyenangkan
6. Merasakan rasa seperti darah, urin dan feses
7. Merasa ketakutan atau senang dengan halusinasinya

b) Data Objektif

1. Bicara atau tertawa sendiri
2. Marah marah tanpa sebab
3. Mengarahkan telinga kearah tertentu
4. Menutup telinga
5. Menunjuk kearah tertentu
6. Ketakutan kepada sesuatu yang tidak jelas
7. Mencium sesuatu seperti sedang membaui bau-bauan tertentu
8. Menutup hidung Sering meludah Menggaruk garuk permukaan kulit

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

1.1.1 Pengkajian

Pengkajian adalah proses untuk tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan terdiri dari pengumpulan data dan perumusan kebutuhan atau masalah klien. Data yang dikumpulkan melalui data biologis, psikologis, sosial dan spiritual. Pengelompokan data pengkajian kesehatan jiwa, dapat berupa faktor presipitasi, penilaian terhadap stressor, sumber koping, dan kemampuan yang dimiliki (Afnuhazi, 2015) :

1. Identitas klien

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, tanggal pengkajian, tanggal dirawat.

2. Alasan masuk

Alasan klien datang ke RSJ Prof. M. Ildrem, biasanya klien sering berbicara sendiri, mendengar atau melihat sesuatu, suka berjalan tanpa tujuan, membanting peralatan di rumah, menarik diri.

3. Faktor predisposisi

1. Biasanya klien pernah mengalami gangguan jiwa dan kurang berhasil dalam pengobatan

2. Pernah mengalami aniaya fisik, penolakan dan kekerasan dalam keluarga

2. Klien dengan gangguan orientasi bersifat herediter

3. Pernah mengalami trauma masa lalu yang sangat mengganggu

4. Faktor Presipitasi

Stresor presipitasi pada klien dengan halusinasi ditemukan adanya riwayat penyakit infeksi, penyakit kronis atau kelainan struktur otak, kekerasan dalam keluarga, atau adanya kegagalan kegagalan dalam hidup, kemiskinan, adanya aturan atau tuntutan dalam keluarga atau masyarakat yang sering tidak sesuai dengan klien serta konflik antar masyarakat.

5. Fisik

Tidak mengalami keluhan fisik.

6. Psikososial

a. Genogram Pada genogram

Biasanya terlihat ada anggota keluarga yang mengalami kelainan jiwa, pola komunikasi klien terganggu begitupun dengan pengambilan keputusan dan pola asuh.

b. Konsep diri

Gambaran diri klien biasanya mengeluh dengan keadaan tubuhnya, ada bagian tubuh yang disukai dan tidak disukai, identifikasi diri : klien biasanya mampu menilai identitasnya, peran diri klien menyadari peran sebelum sakit, saat dirawat peran klien terganggu, ideal diri tidak menilai diri, harga diri klien memiliki harga diri yang rendah sehubungan dengan sakitnya.

c. Hubungan sosial

Klien kurang dihargai di lingkungan dan keluarga.

d. Spiritual

Nilai dan keyakinan biasanya klien dengan sakit jiwa dipandang tidak sesuai dengan agama dan budaya, kegiatan ibadah klien biasanya menjalankan ibadah di rumah sebelumnya, saat sakit ibadah terganggu atau sangat berlebihan.

1.2.2 Diagnosa Keperawatan

Dengan faktor berhubungan dan Batasan karakteristik disesuaikan dengan keadaan yang ditemukan pada tiap tiap partisipan. Topik yang diteliti yakni kemampuan mengontrol halusinasi dengar (Aji, 2019).

1.2.3 Perencanaan Keperawatan

Rencana tindakan pada keluarga (Keliat, 2016) adalah ;

1. Diskusikan masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat klien
2. Berikan penjelasan meliputi : pengertian halusinasi, proses terjadinya halusinasi, jenis halusinasi yang dialami, tanda dan gejala halusinasi, proses terjadinya halusinasi.

2. Jelaskan dan latih cara merawat anggota keluarga yang mengalami halusinasi : menghardik, minum obat, bercakap-cakap, melakukan aktivitas.
3. Diskusikan cara menciptakan lingkungan yang dapat mencegah terjadinya halusinasi.
4. Diskusikan tanda dan gejala kekambuhan
5. Diskusikan pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan terdekat untuk follow up anggota keluarga dengan halusinasi.

1.2.4 Implementasi

1. Bina hubungan saling percaya (BHSP)
2. Identifikasi, waktu, frekuensi, situasi, respon klien terhadap halusinasi
3. Melatih klien mengontrol halusinasi dengan cara menghardik
4. Melatih klien mengontrol halusinasi dengan cara patuh minum obat
5. Melatih klien dengan cara bercakap-cakap
6. Melatih klien mengontrol halusinasi dengan cara melaksanakan kegiatan terjadwal (Siti, 2021)

1.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah proses hasil atau sumatif dilakukan dengan membandingkan respon klien pada tujuan umum dan tujuan khusus yang telah ditentukan. Halusinasi pendengaran tidak terjadi. Risiko perilaku kekerasan, klien dapat membina hubungan saling percaya, klien dapat mengenal halusinasinya, klien dapat mengontrol halusinasi dengan cara menghardik 4x24 jam. Didapatkan data subjektif keluarga menyatakan senang karena sudah diajarkan teknik mengontrol halusinasi, keluarga menyatakan klien mampu melakukan beberapa teknik mengontrol halusinasi. Data objektif klien tampak berbicara sendiri saat halusinasi itu datang, klien dapat berbincang-bincang dengan orang lain, klien mampu melakukan aktivitas terjadwal, dan minum obat secara teratur (Aji, 2019).

BAB 3

TINJAUAN KASUS

RUANG RAWAT : Pusuk Buhit

TANGGAL RAWAT : 12-12-2021

3.1 Identitas Klien

Inisial : Tn.E

Tanggal pengkajian : 27 Januari 2022

Umur : 36 th

MR No. : 06.32.21

Informan : Rekam medik dan komunikasi dengan klien

3.2 Alasan Masuk

Klien sebelumnya pernah di rawat di rsj 2 tahun yang lalu, kembali lagi karena tidak rutin kontrol dan tidak patuh minum obat, Klien meresahkan warga sekitar. Mendengar suara-suara tanpa wujud.

3.3 Faktor Predisposisi

Klien sebelumnya pernah di rawat di rsj 2 tahun yang lalu, kembali lagi karena tidak rutin kontrol dan tidak patuh minum obat, Klien mengatakan pernah di tuduh oleh tetangga nya karena mencuri. Klien mengatakan tidak ada yang percaya dengan dirinya. Klien mendengar suara-suara tanpa wujud, suara tersebut adalah suara tetangga nya yang terus mengatakan dia pencuri. Klien merasa kesal karena suara tersebut selalu datang dan terkadang tidak mampu menahan amarahnya.

3.4 Fisik

Klien tidak memiliki keluhan fisik, saat dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital, didapatkan hasil: TD : 137/79 mmHg, Nadi:195x/I, Suhu :36,1°C, RR:21x/I, BB: 68 Kg, dan TB: 167cm

3.5 Psikososial

3.5.1 Genogram

Keterangan:

□ : Laki-laki

○ : Perempuan

▣ : Klien

Penjelasan:

Klien merupakan anak ke 5 dari 9 bersaudara, Klien sebelumnya tinggal bersama orang tuanya

3.5.2 Konsep Diri

1. Gambaran Diri :Klien mengatakan menyukai seluruh bagian tubuhnya
2. Identitas :Klien dapat mengetahui nama dan alamatnya
3. Peran :Klien sadar belum memenuhi perannya sebagai anak
4. Ideal diri :Klien merasa malu karena masa lalunya, dan klien tidak ingin pulang kerumah, dan lebih suka di rumah sakit. Karena jika pulang tetangga nya terus menuduhnya.
5. Harga diri :Klien merasa tidak berguna, merasa tidak ada yang mempercayainya lagi.

Masalah keperawatan: Gangguan konsep diri : Harga diri rendah

3.3.2 Hubungan Sosial

Klien menganggap bahwa orang tuanya adalah orang yang sangat berarti dalam hidupnya, klien mengikuti kegiatan diluar ruangan. Klien mengatakan hubungan nya baik dengan orang lain dan teman-temannya.

3.3.3 Spiritual

1. Nilai dan keyakinan : klien beragama Islam, percaya akan keyakinannya, berharap keluarga dan masyarakat mau menerima keadaanya.
2. Kegiatan ibadah : Tidak pernah ibadah

3.3.4 Status Mental

a. Penampilan

Penjelasan :Klien berpenampilan bersih, rapi, dan menggunakan pakaian yang di berikan oleh keluarganya.

b. Pembicaraan

Penjelasan :Klien masih mampu menjawab pertanyaan yang di berikan.

c. Suasana perasaan

Penjelasan :Klien merasa khawatir karena penyakitnya, malu jika pulang kerumah dan akan di kucilkan oleh lingkungannya.

d. Interaksi selama wawancara

Penjelasan :Klien kooperatif, ada kontak mata pada lawan bicara, mudah tersinggung dalam setiap interaksi.

e. Persepsi

Penjelasan :Mendengar suara-suara bisikan tanpa wujud, yaitu suara tetangga nya yang mengatakan dirinya pencuri dan suara muncul pada saat maghrib.

Masalah keperawatan : Halusinasi Pendengaran

f. Proses Pikir

Penjelasan :Klien mampu menjawab pertanyaan dengan baik, namun terkadang harus ada pengulangan pertanyaan

g. Isi pikir

Penjelasan :Klien dapat mengontrol isi pikirnya, klien tidak mengalami gangguan isi pikir dan tidak ada waham.

h. Tingkat kesadaran

Penjelasan :Klien sadar penuh

i. Memori

Penjelasan :Klien mampu menceritakan kejadian di masa lalu dan yang baru terjadi.

j. Tingkat konsentrasi berhitung

Penjelasan :Klien mampu menjawab namun kurang berkonsentrasi

k. Kemampuan penilaian

Penjelasan :Klien dapat membedakan hal yang baik dan yang buruk.

l. Daya tilik diri

Penjelasan :Klien tidak mengingkari penyakit yang diderita, klien mengetahui bahwa dia sering mendengar suara-suara bisikan

3.6 Kebutuhan persiapan pulang

Tidak ada persiapan pulang, Karena klien belum ada rencana pulang

3.7 Mekanisme Koping

Klien mengalami mekanisme koping adaptif yaitu klien dapat berbicara baik dengan orang lain dan berkooperatif.

3.8 Masalah Psikososial dan Lingkungan

Klien mengatakan pernah belum pernah menikah, Klien mengatakan pernah mengalami kejadian tidak menyenangkan yaitu di tuduh oleh tetangganya mencuri sepeda motor, namun Tn.E mengatakan dirinya tidak pernah mencuri dan tidak ada yang mempercayainya termasuk keluarganya.

Klien pernah memukul ibunya karena selalu bertanya kepadanya.

Klien pernah berkelahi (memukul temannya Tn.R) karena tidak mau menuruti perkataannya.

3.9 Pengetahuan Kurang Tentang

Klien mengetahui tentang gangguan jiwa yang di alaminya, klien mengatakan jika sedang mendengar suara-suara bisikan maka menutup telinga

3.10 Aspek Medik

Diagnosa Medik : Skizofrenia paranoid

Terapi Medik: Pemberian/minum obat kepada klien secara teratur.

- a. Risperidon (RSP) tablet 2 mg 2x1.
- b. clozapine 25 mg 1 x1

3.11 Analisis Data

No	Data	Masalah Keperawatan
1	<p>DS : Klien mengatakan sering mendengar suara-suara tanpa wujud, Suara tersebut adalah suara tetangganya yang mengatakan pencuri-pencuri, Suara tersebut muncul saat maghrib.</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none">- Klien sering terlihat berbicara sendiri- Tertawa- sering termenung- sering menutup telinga	Halusinasi Pendengaran
2	<p>DS : Klien mengatakan pernah memukul ibunya sebelum kembali masuk rsj karena terlalu banyak bertanya, Klien pernah berkelahi (memukul temannya) karena tidak mau menuruti perkataannya</p> <p>Klien mendengar suara-suara tanpa wujud, Klien mengatakan sering ingin marah saat mendengar suara tersebut, pernah melempar barang-barang yang ada dirumahnya.</p> <p>DO :</p> <p>Saat di kaji klien tampak tenang. Namun ketika Klien mengamuk, Tangan mengepal saat marah, Merusak barang</p>	Risiko Perilaku Kekerasan

3	<p>DS : Klien merasa malu karena mempunyai sakit yang sekarang.</p> <p>Klien mengatakan tidak berguna karena tidak ada yang mempercayainya lagi Klien tidak mau kembali kerumah karena takut di kucilkan oleh tetangganya.</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak murung - Malu - tidak bersemangat - klien tampak bingung - klien tampak menyendiri - saat di Tanya tentang perasaannya klien sedih dan terdiam. 	<p>Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah Kronik</p>
---	--	--

3.12 Daftar Masalah Keperawatan

- Halusinasi Pendengaran
- Risiko Risiko perilaku kekerasan
- Gangguan Konsep Diri : Harga diri rendah kronik

3.13 Pohon Masalah

3.14 Intervensi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi
Halusinasi Pendengaran	Klien dapat membina hubungan saling percaya	Ketika di evaluasi Klien mau membalas salam, berjabat tangan, menyebutkan nama, tersenyum, ada kontak mata,serta menyediakan waktu untuk kunjunganberikutnya	a. Membina hubungan saling percaya dengan cara (menjelaskan maksud dan tujuan interaksi, jelaskan tentang kontrak yang akan dibuat, beri rasa aman dan sikap empati)
	Klien paham dan mampu mengendalikan halusinasi dengan cara mempraktikan cara menghardik	Klien paham dan mampu memahami halusinasi dan mengendalikan halusinasi dengan cara mempraktikan cara menghardik	Sp 1 1. Diskusikan bersama klien tentang halusinasi (isi, frekuensi, waktu terjadi, situasi pencetus, perasaan, dan respon halusinasi) 2. Latih klien cara menghardik
	Klien paham dan mau minum obat secara teratur	Klien paham dan mau minum obat secara teratur	Sp 2 Latih klien minun obat secara teratur

	Klien paham dan mampu mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain	Klien paham dan mampu mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain	Sp 3 Latih klien bercakap-cakap dengan orang lain
	Klien paham dan mampu mengendalikan halusinasi dengan cara melakukan kegiatan terjadwal	Klien paham dan mampu mengendalikan halusinasi dengan cara melakukan kegiatan terjadwal	Sp 4 Latih klien melakukan kegiatan terjadwal
Risiko perilaku kekerasan	Risiko klien dapat membina hubungan saling percaya	Ketika di evaluasiKlien mau membalas salam, berjabat tangan, menyebutkan nama, tersenyum, ada kontak mata,serta menyediakan waktuuntuk kunjunganberikutnya	1. Bina hubungan saling percaya dengan cara (menjelaskan maksud dan tujuan interaksi, jelaskan tentang kontrak yang akan dibuat, beri rasa aman dan sikap empati) Diskusikan bersama klien tentang Risiko Risiko perilaku kekerasan (penyebab, tanda dan gejala, perilaku yang muncul dan akibatdari perilaku tersebut).

	Klien dapat mengendalikan Risiko perilaku kekerasan dengan cara relaksasi nafas dalam dan pukul bantal kasur	Klien mampu menyebutkan dan menredemonstrasi kan cara mengontrol Risiko Risiko perilaku kekerasan dengan cara relaksasi nafas dalam dan pukul bantal	Sp 1 Latih klien melakukan cara mengontrol Kemarahan: a. Ajarkan tehnik relaksasi nafas dalam b. Pukul bantal
	Klien dapat mengendalikan Risiko Risiko perilaku kekerasan dengan minum obat secara teratur	Klien mampu mengendalikan Risiko Risiko perilaku kekerasan dengan minum obat	Sp 2 : Bantu klien mengontrol Risiko Risiko perilaku kekerasan klien dengan minum obat secara Teratur

	<p>klien paham dan mampu mengendalikan Risiko Risiko perilaku kekerasan dengan cara berbicara dengan baik</p>	<p>Klien paham dan mampu menyampaikan amarah dengan cara berbicara dengan baik</p>	<p>Lakukan SP 3</p> <p>klien risiko Risiko Risiko perilaku kekerasan :</p> <p>1. Ajarkan kepada klien bicara yang baik bila sedang marah. Ada tigacara:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Meminta dengan baik tanpa marah ➤ Menolak dengan baik ➤ Mengungkapkan perasaan kesal
	<p>Klien paham dan mampu mengendalikan Risiko Risiko perilaku kekerasan dengan cara mempraktikan cara spiritual</p>	<p>Klien paham dan mampu mengendalikan Risiko Risiko perilaku kekerasan dengan cara beribadah</p>	<p>Lakukan SP 4</p> <p>klien Risiko Risiko perilaku kekerasan :</p> <p>Diskusikan bersama klien cara mengendalikan risiko perilaku kekerasan dengan cara beribadah.</p>

	(beribadah		
Harga Diri Rendah Kronik	Klien paham dan mampu mengidentifikasi kemampuan positif yang dimiliki	Klien paham dan mampu mengidentifikasi kemampuan positif yang dimiliki	Sp 1 Diskusikan bersama klien tentang kemampuan positif yang dimiliki

	Klien paham dan mampu menilai kemampuan yang dapat digunakan	Klien paham dan mampu menilai kemampuan yang dapat digunakan	<p>Sp 2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bantu klien menilai kemampuan yang dapat digunakan 2. Bantu klien menetapkan kemampuan yang dapat digunakan 3. Melatih kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih 1
	Klien paham dan mampu melatih kegiatan yang dapat digunakan	Klien paham dan mampu melatih kegiatan yang dapat digunakan	<p>Sp 3</p> <p>Latih kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih 2</p>

	Klien paham dan mampu melatih kegiatan yang dapat digunakan	Klien paham dan mampu melatih kegiatan yang dapat digunakan	Sp 4 Latih kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih 3
--	---	---	--

3.15 IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN

Hari/tgl	Implementasi	Evaluasi
Kamis, 27 Januari 2022	<p>Data:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tanda dan gejala :Berbicara sendiri, tertawa, Mendengar suara-suara, Menutup telinga, sulit tidur. 2. Diagnosa Keperawatan : Halusinasi pendengaran 3. Tindakan keperawatan <p><u>Sp 1 Halusinasi pendengaran</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi isi, frekuensi, waktu terjadi, situasi pencetus, perasaan dan respon halusiasi 2. Melatih cara Menghardik <p>4. RTL:</p> <p>Sp 2 Halusinasi Pedengaran</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Minum obat secara teratur 	<p>S:</p> <p>klien mengatakan masih mendengar suara-suara aneh yang berbisik pada saat maghrib</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien mampu mengidentifikasi halusinasinya - Klien mampu menghardik <p>A:Halusinasi Pendengaran (+)</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi isi, frekuensi, waktu terjadi, situasi pencetus, perasaan dan respon halusiasi - Menghardik 3x1
Jum'at, 28 januari 2022	<p>Data:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tanda dan gejala : Berbicara sendiri, tertawa, Mendengar suara-suara, Menutup telinga, sulit tidur. 2. Diagnosa Keperawatan : Halusinasi pendengaran 3. Tindakan keperawatan <p><u>Sp 2 Halusinasi pendengaran</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Minum Obat teratur 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Senang, bersemangat - klien mengatakan masih mendengar suara-suara tersebut <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien tampak berbicara berbicara sendiri - klien mampu minum obat secara teratur

	4. RTL: Sp 3 Halusinasi Pedengaran 1. Bercakap-cakap dengan orang lain	A:Halusinasi Pendengaran (+) P : -Menghardik 3x1 -Minum obat Risperidone 2x1 Clozapine 1x1
Senin, 31 januari 2022	1. Data: Tanda dan gejala : Berbicara sendiri, tertawa, Mendengar suara-suara, Menutup telinga, sulit tidur. 2. Diagnosa Keperawatan : Halusinasi pendengaran 3. Tindakan keperawatan <u>Sp 3 Halusinasi pendengaran</u> 1. Evaluasi pengetahuan dan kepatuhan minum obat 2. Bercakap-cakap dengan orang lain 4. RTL: Sp4 halusinasi pendengaran 1. Melakukan Kegiatan terjadwal	S: klien mengatakan suara suara mulai berkurang O: - Klien mengetahui manfaat obat - Klien mampu bercakap-cakap dengan orang lain A:Halusinasi Pendengaran (+) P : -Menghardik 3x1 -Minum obat Risperidone 2x1 Clozapine 1x1

	<p>1. Data: Tanda dan gejala : Berbicara sendiri, tertawa, Mendengar suara-suara, Menutup telinga, sulit tidur.</p> <p>2. Diagnosa Keperawatan : Halusinasi pendengaran</p> <p>3. Tindakan keperawatan</p> <p><u>Sp 4 Halusinasi pendengaran</u></p> <p>1. Melakukan Kegiatan terjadwal</p> <p>4. RTL: Evaluasi Sp1-Sp4</p>	<p>S: Klien merasa senang</p> <p>O: Klien melakukan kegiatan terjadwal</p> <p>A:Halusinasi Pendengaran (+)</p> <p>P : -Menghardik 3x1 -Minum obat Risperidone 2x1 Clozapine 1x1 - Melakukan kegiatan terjadwal</p>
Rabu, 02 februari 2022	<p>Data:</p> <p>1. Tanda dan gejala :Berbicara sendiri, Mendengar suara-suara, Menutup telinga</p> <p>2. Diagnosa Keperawatan : Halusinasi pendengaran</p> <p>3. Tindakan keperawatan</p> <p><u>Sp Halusinasi pendengaran</u></p> <p>Evaluasi Sp1-Sp4</p>	<p>S: - Klien merasa senang - Klien mengatakan sudah jarang mendengar suara suara</p> <p>O: Klien melakukan kegiatan terjadwal</p> <p>A:Halusinasi Pendengaran (+)</p> <p>P : -Menghardik 3x1 -Minum obat Risperidone 2x1 Clozapine 1x1</p>

		- Melakukan kegiatan terjadwal
Kamis, 03 februari 2022	<p>1. Data : Tanda dan gejala : mudah marah- marah, mudah tersinggung, Suara keras, Jika kesal tangan mengepal</p> <p>2. Diagnosa Keperawatan Risiko Risiko perilaku kekerasan</p> <p>3. Tindakan keperawatan: <u>Sp 1 Risiko Risiko perilaku kekerasan:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi penyebab Risiko Risiko perilaku kekerasan yaitu jika tidak ada yang mendengarnya - Mengidentifikasi tanda dan gejala Risiko Risiko perilaku kekerasan yaitu klien marah, mengamuk tanpa jelas, memukul orang lain - Melatih klien cara mengontrol Risiko Risiko perilaku kekerasan dengan cara: Latihan fisik 1 : tarik nafas dalam Latihan fisik 2 : pukul kasur bantal <p>4. RTL: Sp2 Risiko Risiko perilaku kekerasan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengontrol Risiko Risiko perilaku kekerasan dengan minum obat secara teratur 	<p>S : antusias dan bersemangat O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mampu melakukan latihan fisik 1: tarik nafas dalam secara mandiri - Klien mampu pukul kasur bantal dengan mandiri <p>A : Risiko Risiko perilaku kekerasan(+)</p> <p>P : Latihan fisik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tarik nafas dalam 3x/hari - Pukul kasur bantal 1x/hari

<p>Jum'at 04 februari 2022</p>	<p>1. Data : Tanda dan gejala : mudah marah- marah, mudah tersinggung, Suara keras, Jika kesal tangan mengepal depan rumah</p> <p>2. Diagnosa Keperawatan Risiko Risiko perilaku kekerasan</p> <p>3. Tindakan keperawatan: <u>Sp 2 Risiko Risiko perilaku kekerasan</u></p> <p>1. Mengevaluasi kemampuan klien untuk tarik nafas dan pukul kasur bantal</p> <p>2. Memberikan informasi tentang penggunaan obat</p> <p>RTL: Sp 3 Risiko Risiko perilaku kekerasan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Komunikasi secara verbal: Asertif/bicara baik-baik. 	<p>S : senang dan antusias</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mampu melakukan tarik nafas dalam dengan mandiri - Klien mampu pukul kasur bantal secara mandiri - Klien minum obat secara teratur dengan bantuan perawat <p>A : Risiko Risiko perilaku kekerasan(+)</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Latihan tarik nafas dalam 3x1/hari - Latihan pukul kasur bantal 1 x/hari - Minum obat Clozapine 1x1 Risperidone 2x1
<p>Sabtu, 05 februari 2022</p>	<p>1. Data : Tanda dan gejala : mudah marah- marah, mudah tersinggung, Suara keras, Jika kesal tangan mengepal</p> <p>2. Diagnosa Keperawatan: Risiko Risiko perilaku kekerasan</p> <p>3. Tindakan keperawatan: <u>Sp 3 Risiko Risiko perilaku kekerasan</u></p> <p>1. Mengevaluasi pengetahuan klien tentang obat</p> <p>2. Melatih klien komunikasi secara verbal : Asertif/bicara baik-baik</p>	<p>S : senang dan antusias</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengetahui manfaat obat dan minum obat secara teratur - Klien mampu bicara baik-baik <p>A : Risiko Risiko perilaku kekerasan(+)</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Latihan tarik nafas dalam 3x1/hari - Latihan pukul kasur bantal 1

	RTL: Sp 4 Risiko Risiko perilaku kekerasan 1. Melatih Spiritual.	x/hari - Minum obat Clozapine 1x1 Risperidone 2x1
Senin, 07 februari 2022	1. Data : Tanda dan gejala : mudah marah- marah, mudah tersinggung, Suara keras, Jika kesal tangan mengepal 2. Diagnosa Keperawatan Risiko Risiko perilaku kekerasan 3. Tindakan keperawatan: <u>Sp 4 Risiko Risiko perilaku kekerasan</u> 1. Mengevaluasi cara bicara klien 2. Melatih spiritual RTL: Evaluasi Sp1-Sp4	S : senang dan antusias O : - Klien mampu bicara baik-baik - Klien mampu berdoa (Sholawat) A : Risiko Risiko perilaku kekerasan(+) P : - Latihan tarik nafas dalam 3x1/hari - Latihan pukul kasurbantal 1 x/hari - Minum obat Clozapine 1x1 Risperidone 2x1 - Berdoa 3x1
Selasa, 08 februari 2022	1. Data : Tanda dan gejala : mudah marah- marah, mudah tersinggung, Suara keras, Jika kesal tangan mengepal Kemampuan : berjulan depan rumah 2. Diagnosa Keperawatan Risiko Risiko perilaku kekerasan 3. Tindakan keperawatan: <u>Sp Risiko Risiko perilaku kekerasan</u> Evaluasi Sp1- Sp4	S : senang dan antusias O : - Klien mampu melakukan latihan fisik tarik nafas dalam dengan mandiri - Klien mampu pukul kasur bantal dengan mandiri - Klien mengetahui manfaat obat dan minum obat secara teratur

		<ul style="list-style-type: none"> - Klien mampu bicara baik-baik - Klien mampu berdoa (Sholawat) <p>A : Risiko Risiko perilaku kekerasan(-)</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Latihan tarik nafas dalam 3x1/hari - Latihan pukul kasurbantal 1 x/hari - Minum obat Clozapine 1x1 Risperidone 2x1 - Berdoa (Sholawat) 3x1
Rabu, 09 februari 2022	<p>1. Data Tanda dan gejala : Klien tampak malu, gelisah dan bingung, dan tampak sedih saat di tanya perasaannya</p> <p>2. Diagnosa keperawatan : Harga diri rendah kronik</p> <p>3. Tindakan keperawatan</p> <p><u>Sp 1 HDRK</u></p> <p>2.</p> <p>1. Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki</p> <p>4. RTL: Sp 2 HDRK</p> <p>1. Menilai kemampuan yang dapat di gunakan</p> <p>2. Menetapkan/memilih kegiatan sesuai kemampuan</p> <p>3. Melatih kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih 1</p>	<p>S : Klien mengatakan masih gelisah dan malu</p> <p>O: -Klien mampu memilih kemampuan yang dimiliki(Membersihkan tempat tidur, mencuci piring, bermain musik(gitar))</p> <p>A: HDRK (+)</p> <p>P: -Membersihkan tempat tidur</p>

<p>Kamis, 10 februari 2022</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Data Tanda dan gejala : Klien tampak malu, gelisah dan bingung, dan tampak sedih saat di tanya perasaannya 2. Diagnosa keperawatan : Harga diri rendah kronik 3. Tindakan keperawatan <p><u>Sp 2 HDRK</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menilai kemampuan yang dapat di gunakan 2. Menetapkan/memilih kegiatan sesuai kemampuan (Membersihkan tempat tidur) 3. Melatih kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih 1 (Membersihkan tempat tidur) <p style="text-align: center;">3.</p> <p>4. RTL: Sp 2 HDRK</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melatih kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih 2 	<p>S : Klien mengatakan masih gelisah</p> <p>O: -Klien mampu Membersihkan tempat tidur</p> <p>A: HDRK (+)</p> <p>P: -Membersihkan tempat tidur</p>
<p>Senin, 14 februari 2022</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Data Tanda dan gejala : Klien tampak malu dan gelisah, dan tampak sedih saat di kaji serta menundukkan kepala 2. Diagnosa keperawatan : Harga diri rendah kronik 3. Tindakan keperawatan <p><u>Sp 3 HDRK</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melatih kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih 2 (mencuci piring) <p>4. RTL: Sp 4 HDRK</p>	<p>S : Klien mengatakan senang</p> <p>O: -Klien mampu mencuci piring</p> <p>A: HDRK (+)</p> <p>P: -Membersihkan tempat tidur -Mencuci piring 1x1 hari</p>

	1. Melatih kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih 3	
Selasa, 15 februari 2022	<p>1. Data Tanda dan gejala : Klien tampak malu, gelisah dan bingung, dan tampak sedih saat di tanya perasaannya</p> <p>2. Diagnosa keperawatan : Harga diri rendah kronik</p> <p>3. Tindakan keperawatan <u>Sp 4 HDRK</u></p> <p>1. Melatih kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih 3 (bermain gitar)</p> <p>4. RTL: Evaluasi Sp1-Sp4</p>	<p>S : Klien mengatakan senang</p> <p>O: -Klien mampu bermain gitar</p> <p>A: HDRK (-)</p> <p>P: -Membersihkan tempat tidur -Mencuci piring 1x1/hari -Bermain gitar 2x1/hari</p>
Rabu, 16 januari 2022	<p>1. Data Tanda dan gejala : Klien tampak malu dan gelisah, dan tampak sedih saat di kaji serta menundukkan kepala</p> <p>2. Diagnosa keperawatan : Harga diri rendah kronik</p> <p>3. Tindakan keperawatan <u>Evaluasi Sp1-Sp4</u></p>	<p>S : Klien mengatakan senang</p> <p>O: -Klien mampu membersihkan tempat tidur, mencuci piring, bermain gitar</p> <p>A: HDRK (-)</p> <p>P: -Membersihkan tempat tidur -Mencuci piring 1x1/hari -bermain gitar 2x1/hari</p>

BAB 4

PEMBAHASAN

Setelah penulis melaksanakan asuhan keperawatan kepada Tn.E dengan gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran di ruang Pusuk Buhit, maka penulis pada BAB ini akan membahas kesenjangan antara teoritis dengan tinjauan kasus. Pembahasan dimulai melalui tahapan proses keperawatan yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

4.1 Pengkajian

Pada laporan ini penulis melakukan pengkajian pada klien dengan gangguan persepsi sensori: Halusinasi Pendengaran pada skizofrenia paranoid. Pada Halusinasi Pendengaran di dapatkan klien Tn.E mengatakan, klien sulit tidur jika tidak dengan obat, gelisah, berbicara sendiri, klien mengatakan mendengar suara bisikan dari tetangga nya yang mengatakan dirinya pencuri.

Menurut yudi hartono & farida kusumawati (2018) halusinasi merupakan hilangnya kemampuan manusia dalam membedakan rangsangan internal(pikiran) dan rangsang eksternal(dunia luar). Klien memberi persepsi atau pendapat tentang lingkungan tanpa objek atau rangsangan yang nyata. Sebagai contoh klien mengatakan mendengar suara padahal tidak ada orang yang berbicara. Gejala gangguan jiwa dimana klien mengalami perubahan persepsi sensori: merasakan sensori palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan atau penghiduan

Menurut penulis, Halusinasi Pendengaran pada Tn.E adalah faktor psikologis dan sosiokultural. Keduanya berkaitan dimana hubungan interpersonal yang tidak harmonis antara klien dan tetangganya serta orang tuanya, Klien pernah di tuduh mencuri sepeda motor milik tetangga nya, klien mengatakan bukan dirinya yang mencuri namun tidak ada yang mendengarkannya termasuk keluarganya. klien merasa gagal untuk menjadi seorang anak, merasa tertekan

putus asa dan mulai mendengar suara tanpa wujud yang mengatakan dirinya pencuri. Masyarakat sekitar akhirnya resah dan ketakutan ketika klien berkeliaran di lingkungan masyarakat, sehingga masyarakat menjahui klien karena takut. Dan akhirnya klien menyendiri dan sering mengalami halusinasi.

Setelah kejadian tersebut Tn.E lebih sering marah, kesal, dan sulit mengontrol emosinya, Tn.E pernah memukul ibunya karena kesal ibunya selalu bertanya kepadanya. Klien juga mengatakan sering melempar barang-barang. Pada saat dinas di ruang Pusuk Buhit penulis melihat Tn.E memukul teman nya karena tidak mau mendengarkan perkataannya. Saat di Tanya Tn.E sulit mengontrol emosinya. Namun saat penulis bertanya mengenai perasaannya Tn.E menjadi sedih dan menundukan kepala, Tn.E menyesal dengan yang di lakukan nya, dan klien mengatakan sebenarnya klien malu dengan penyakitnya ini, merasa tidak berguna karena masa lalu nya, trauma dengan tetangganya. Takut dituduh lagi. Klien juga tidak mau pulang karena takut di kucilkan. Hal ini menyebabkan klien menjadi sering termenung memikirkan hal-hal tersebut dan muncul kembali suara-suara tersebut yang mengganggu nya.

Menurut stuart (2017), penyebab terjadinya halusinasi merupakan biologis dimana abnormalitas perkembangan sistem saraf yang berhubungan dengan respon neurobiologis yang maladaptif baru mulai dipahami.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Dari data yang di temukan muncul masalah keperawatan Seperti : Gangguan persepsi sensori: Halusinasi Pendengaran, Risiko perilaku kekerasan, Harga diri rendah kronik.

4.3 Intervensi Keperawatan

Perencanaan yang diberikan pada klien gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran adalah BHSP: membina hubungan saling percaya dengan klien dan memberi salam terapeutik dengan memanggil nama klien, menyebutkan nama

perawat, jelaskan tujuan interaksi, ciptakan lingkungan yang tenang, buat kontrak yang jelas(topik yang dibicarakan, waktu dan tempat), yakinkan bahwa kerahasiaan klien senantiasa terjaga, tanyakan harapan terhadap pertemuan, dorong dan beri kesempatan untuk klien mengungkapkan perasaannya, dengarkan ungkapan klien dengan empati, lakukan pengkajian data (sesuai format asuhan keperawatan pengkajian). Klien mampu mengenali halusinasi yang dialaminya, dan mengikuti program pengobatan secara optimal meliputi mengidentifikasi jenis, isi dan frekuensi halusinasi klien, identifikasi situasi yang menimbulkan halusinasi, identifikasi respon klien terhadap halusinasi, bimbing klien memasukkan dalam jadwal harian. Klien mampu mengontrol halusinasinya meliputi evaluasi masalah dan latihan sebelumnya, latih klien cara mengontrol halusinasi dengan menghardik, latih cara mengontrol halusinasi dengan cara berbincang dengan orang lain, latih klien cara mengontrol halusinasi dengan kegiatan(yang bisa dilakukan klien), menjelaskan cara mengontrol halusinasi dengan teratur minum obat(prinsip 6 benar minum obat), masukkan dalam jadwal kegiatan klien.

Menurut WHO(2015), menetapkan hubungan terapeutik, kontak sering dan singkat secara bertahap, peduli, empati, jujur, menepati janji, dan memenuhi kebutuhan dasar klien.pada umumnya melindungi dari perilaku yang membahayakan, tidak membenarkan ataupun menyalahkan halusinasi klien, melibatkan klien dan keluarga dalam perencanaan asuhan keperawatan dan mempertahankan perilaku keselarasan verbal dan nonverbal.

Pada tahap perencanaan penulis menyusun rencana tindakan keperawatan sesuai dengan pohon masalah keperawatan yaitu : Halusinasi pendengaran. Pada tahap ini antara tinjauan teoritis dan tinjauan kasus tidak ada kesenjangan sehingga penulis dapat melaksanakan tindakan seoptimal mungkin dan didukung dengan seringnya bimbingan dengan pembimbing. Secara teoritis digunakan cara strategi pertemuan sesuai dengan diagnosa keperawatan yang muncul saat pengkajian. Adapun upaya yang dilakukan penulis yaitu :

Halusinasi pendengaran

1. Mengidentifikasi isi Halusinasi
2. Mengidentifikasi waktu terjadi Halusinasi
3. Mengidentifikasi situasi pencetus Halusinasi
4. Mengidentifikasi perasaan terhadap Halusinasi
5. Mengidentifikasi respon terhadap Halusinasi
6. Membantu klien mempraktekan latihan cara mengontrol Halusinasi dengan menghardik
7. Menjelaskan cara mengontrol Halusinasi dengan minumobat
8. Melatih bercakap-cakap dengan orang lain
9. Melatih melakukan kegiatan terjadwal klien

Risiko Risiko perilaku kekerasan

1. Mengidentifikasi isi Risiko Risiko perilaku kekerasan
2. Mengidentifikasi waktu terjadi Risiko Risiko perilaku kekerasan
3. Mengidentifikasi situasi pencetus Risiko Risiko perilaku kekerasan
4. Mengidentifikasi respon terhadap Risiko Risiko perilaku kekerasan
5. Membantu klien mempraktekan latihan cara mengontrol Risiko Risiko perilaku kekerasan dengan tarik napas dalam dan pukul kasur bantal
6. Menjelaskan cara mengontrol Risiko Risiko perilaku kekerasan dengan minumobat
7. Melatih klien mengontrol Risiko Risiko perilaku kekerasan dengan berbicara baik-baik dengan orang lain dan spritual
8. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien

Harga Diri Rendah Kronik

1. Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki klien
2. Membantu klien menilai kegiatan sesuai kemampuan
3. Membantu klien menetapkan kegiatan sesuai kemampuan
4. Membantu klien melatih kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih 1
5. Membantu klien melatih kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih 2

6. Membantu klien melatih kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih 3

4.4 Tahap Implementasi

Pada tahap implementasi, penulis mengatasi 3 masalah keperawatan yakni: diagnosa keperawatan Halusinasi pendengaran, Risiko Risiko perilaku kekerasan, HDRK. Pada diagnosa keperawatan Halusinasi pendengaran dilakukan strategi pertemuan yang pertama mengidentifikasi isi, frekuensi, waktu terjadi, situasi pencetus, perasaan, dan respon halusinasi, mengajarkan klien mengontrol halusinasi dengan menghardik, memasukkan cara menghardik ke dalam jadwal. Strategi pertemuan kedua yaitu dengan mengajarkan klien mengontrol halusinasi dengan minum obat secara teratur (Risperidone 2x1, Clozapine 1x1) dan memasukkan minum obat teratur ke jadwal. Pertemuan ketiga evaluasi pertemuan 1 dan 2 kemudian mengajarkan klien mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain ketika halusinasi muncul, Strategi keempat mengajarkan klien mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan terjadwal, Kemudian dilakukan evaluasi dari pertemuan pertama sampai pertemuan keempat, memantau perkembangan klien klien sampai masalah teratasi.

Pada masalah keperawatan Risiko perilaku kekerasan dilakukan strategi pertemuan yaitu mengidentifikasi Risiko Risiko perilaku kekerasan, mengontrol Risiko Risiko perilaku kekerasan dengan cara tarik napas dan pukul kasur bantal dan memasukkan ke jadwal. Strategi pertemuan yang kedua yaitu anjurkan minum obat secara teratur (Risperidone 2x1, Clozapine 1x1), strategi pertemuan ketiga yaitu latihan dengan cara komunikasi secara verbal atau bicara baik-baik strategi pertemuan ke empat yaitu Spiritual melatih klien bersholawat. Kemudian dilakukan evaluasi dari pertemuan pertama sampai pertemuan keempat, memantau perkembangan klien klien sampai masalah teratasi

Strategi pertemuan untuk HDRK adalah Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki klien, Strategi kedua Membantu klien menilai kegiatan sesuai kemampuan, Strategi ke dua, Membantu klien menetapkan kegiatan sesuai kemampuan, Membantu klien melatih, kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih 1 (Membersihkan tempat tidur), Strategi ketiga Membantu klien melatih kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih 2 (Mencuci piring), Strategi keempat Membantu klien melatih kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih 3 (Bermain gitar) . Kemudian di lakukan evaluasi dari pertemuan pertama sampai pertemuan keempat, memantau perkembangan klien klien sampai masalah teratasi.

Menurut penulis tidak menemukan hambatan secara keseluruhan dalam melakukan tindakan yang dimulai dari SP 1 sampai SP 4 karena klien kooperatif, mampu mengingat dan mempraktikkan dengan baik.

4.5 Tahap evaluasi

1. Halusinasi Pendengaran

Pada tinjauan teoritis evaluasi yang diharapkan adalah:

1. Klien mempercayai perawat sebagai terapis
2. Dapat mengidentifikasi isi, waktu terjadi, situasi pencetus, perasaan, dan respon Halusinasi
3. Dapat mengontrol Halusinasi dengan cara menghardik
4. Dapat mengontrol Halusinasi dengan cara minumobat teratur
5. Dapat mengontrol Halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain
6. Dapat mengontrol Halusinasi dengan cara melakukan kegiatan terjadwal klien

Pada tinjauan kasus evaluasi yang dihasilkan adalah :

1. Klien sudah Dapat mengidentifikasi isi, waktu terjadi, situasi pencetus, perasaan, dan respon Halusinasi

2. Klien Dapat mengontrol Halusinasi dengan cara menghardik
3. Klien Dapat mengontrol Halusinasi dengan cara minum obat teratur
4. Klien Dapat mengontrol Halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain
5. Klien Dapat mengontrol Halusinasi dengan cara melakukan kegiatan terjadwal klien

2. Risiko perilaku kekerasan

Pada tinjauan teoritis evaluasi yang diharapkan adalah:

1. Klien mempercayai perawat sebagai terapis
2. Dapat mengidentifikasi dan mengontrol Risiko Risiko perilaku kekerasan
3. Dapat mengendalikan Risiko Risiko perilaku kekerasan melalui latihan fisik tarik nafas dalam dan pukul kasur bantal.
4. Dapat mengendalikan Risiko Risiko perilaku kekerasan dengan cara minum obat secara teratur
5. Dapat mengendalikan Risiko Risiko perilaku kekerasan dengan berbicara baik-baik
6. Dapat mengendalikan Risiko Risiko perilaku kekerasan dengan spritual yang terjadwal.

Pada tinjauan kasus evaluasi yang dihasilkan adalah :

1. Klien sudah dapat mengontrol dan mengidentifikasi Risiko Risiko perilaku kekerasan
2. Klien dapat mengendalikan Risiko Risiko perilaku kekerasan melalui latihan fisik tarik nafas dalam dan pukul kasur bantal.
3. Klien dapat mengendalikan Risiko Risiko perilaku kekerasan dengan cara minum obat teratur
4. Klien dapat mengendalikan Risiko Risiko perilaku kekerasan dengan berbicara baik-baik dengan orang lain

5. Klien dapat mengendalikan Risiko Risiko perilaku kekerasan dengan melakukan spritual terjadwal.

3. DHRK

Pada tinjauan teoritis evaluasi yang diharapkan adalah:

1. Klien mempercayai perawat sebagai terapis
2. Dapat mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki
3. Dapat menilai kegiatan sesuai kemampuan
4. Dapat menetapkan kegiatan sesuai kemampuan
5. Dapat melatih kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih 1, 2 dan 3

Pada tinjauan kasus evaluasi yang dihasilkan adalah :

1. Klien mempercayai perawat sebagai terapis
2. Dapat mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki
3. Dapat menilai kegiatan sesuai kemampuan
4. Dapat menetapkan kegiatan sesuai kemampuan
5. Dapat melatih kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih 1, 2 dan 3

BAB 5

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

1. Hasil pengkajian yang di peroleh adalah data subjektif dan objektif pada kasus Tn.E dan di dapatkan data : klien sebelumnya pernah di rawat di rawat 2 tahun yang lalu, kembali lagi karena tidak rutin kontrol dan tidak patuh minum obat, Klien mengatakan pernah di tuduh oleh tetangga nya karena mencuri. Klien mengatakan tidak ada yang percaya dengan dirinya. Klien mendengar suara-suara tanpa wujud, suara tersebut adalah suara tetangga nya yang terus mengatakan dia pencuri. Klien merasa kesal karena suara tersebut selalu datang dan terkadang tidak mampu menahan amarahnya.
2. Diagnosa keperawatan yang di temukan oleh penulis pada saat pengkajian adalah Gangguan persepsi sensori: Halusinasi pendngaran, Risiko prilaku kekerasan, Harga diri rendah berdasarkan analisa data subjektif dan objektif
3. Rencana keperwatan yang dilakukan adalah dengan tujuan klien dapat mengenal halusinasinya, dapat mengontrol risiko prilaku kekerasan dan harga diri rendah, dengan cara mendiskusikan dengan klien tentang penyakit yang di alaminya
4. Implementasi yang dilakukan penulis selama 6 hari yaitu membantu klien mengenal halusinasinya, mengontrol risiko prilaku kekerasan, dan harga diri rendah. Mengidentifikasi penyebab, isi, jenis, waktu, serta tanda dan gejala dari penyakitnya.
5. Evaluasi yang di lakukan penulis sesuai dengan diagnose keperawatan yang ada pada Tn.E yaitu gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran, risiko prilaku kekerasan, harga diri rendah. Sesuai dengan implementasi dan bagaimana perkembangan klien. Kliem mampu melakukan strategi pelaksanaan (SP) dari sp1-Sp4 dengan baik dan menunjukan perubahan klien lebih tampak rileks, tidak mendengar suara lagi, dan dapat minum obat

secara teratur, dan klien dapat mempraktekkan cara mengontrolnya menggunakan sp yang sudah dipelajari klien.

5.2 Saran

1. Bagi pasien dan keluarga

Keluarga dapat ikut serta dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran, sehingga klien merasa ada dukungan yang dapat mempercepat proses penyembuhan penyakitnya.

2. Bagi Perawat

Diharapkan dapat menerapkan komunikasi terapeutik dalam pelaksanaan strategi pertemuan 1-4 pada klien dengan halusinasi pendengaran sehingga dapat mempercepat proses pemulihan klien.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Dapat meningkatkan bimbingan klinik kepada mahasiswa profesi ners sehingga mahasiswa semakin mampu dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien-pasien dengan Halusinasi pendengaran.

4. Bagi Rumah Sakit

Laporan ini diharapkan dapat menjadi acuan dan referensi dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan halusinasi pendengaran

DAFTAR PUSTAKA

1. Pima Astari, U. P. I. K. (2020). Studi Literatur: Asuhan Keperawatan Pada Penderita Skizofrenia Dengan Masalah Keperawatan Halusinasi Pendengaran. Skripsi, Universitas Muhammadiyah Ponorogo.
2. Cuen chin Triningsi Silaban, P. (2021). *Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Masalah Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran Pada Ny. L Diwilayah Kerja Puskesmas Umban Sari Rumbai*, Skripsi, Poltekkes Kemenkes Riau.
3. Dalami E, et al. (2016). *Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Gangguan Jiwa*. Jakarta: CV. Trans Info Media.
4. Davison. et al (2015). *Psikologi Abnormal*. Edisi ke 9. Jakarta : PT. Raja Grafindo Perdasa
5. Ervina,I., & Hargiana, G. (2018). Aplikasi keperawatan Generalis dan Psikoreligius pada pasien pada gangguan sensori persepsi: Halusinasi penglihatan dan pendengaran. *Jurnal Riset Kesehatan Nasional*, 2(2), 114-123. <http://dx.doi.org/10.37294/jrkn.v2i2.106>
6. Halawa, A. (2017). Pengaruh Terapi Aktivitas Kelompok: Stimulasi Persepsi Sesi 1-2 Terhadap Kemampuan Mengontrol Halusinasi Pendengaran Pada Pasienskizofrenia Di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwamenur Surabaya. *Jurnal Keperawatan*, 4(1), 30-37.
7. Hairul, H. (2021). *Asuhan Keperawatan Jiwa pada Sdr. S dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran di Wilaya Kerja Puskesmas Situbondo*. Skripsi, Universitas Muhammadiyah Jember.
8. Hamdina Aulia, P. (2021). *Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny. R Dengan Halusinasi Pendengaran di Wilayah Kerja Puskesmas Harapan Raya Pekanbaru* (Doctoral dissertation, Poltekkes Kemenkes Riau).
9. Manao, B. M., & Pardede, J. A. (2019). Correlation of Family Burden of The Prevention of Recurrence of Schizophrenia Patients. *Mental Health*, 4(1), 31-42.
10. Keliat B.A, et al. (2017). *Proses Keperawatan Jiwa*. Edisi II. Jakarta : EGC.
11. Kemenkes RI. (2019). *Riset Kesehatan Dasar, RISKESDAS*. Jakarta: Kemenkes RI.
12. Kusmiawati, Farida dan Yudi Hartono. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa* Jakarta : Salemba Medika
13. M. (2021, March 18). Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny. L Dengan Masalah Halusinasi Pendengaran. <https://doi.org/10.31219/osf.io/tghms>
14. Muhith, A. (2015). *Pendidikan Keperawatan Jiwa*. Jakarta: Penerbit ANDI.
15. Oktiviani, D. P. (2020). Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. K dengan masalah Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran di Ruang Rokan Rumah Sakit Jiwa Tampan. Skripsi, Poltekkes Kemenkes Riau. <http://repository.pkr.ac.id/id/eprint/498>
16. Riskesdas. (2018). *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan*. Jakarta: Dapertemen Kesehatan Republik Indonesia.

17. Pardede, J. (2020). Family Knowledge about Hallucination Related to Drinking Medication Adherence on Schizophrenia Patient. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 2(4), 399-408. <https://doi.org/10.37287/jppp.v2i4.183>
18. Pardede, J. A., & Hasibuan, E. K. (2020). Lamanya Perawatan Pasien Skizofrenia Rawat Jalan Dengan Tingkat Stres Keluarga. *Indonesian Trust Health Journal*, 3(1), 283-288. <https://doi.org/10.37104/ithj.v3i1.49>
19. Pardede, J. A. (2019). The Effects Acceptance and Aommitment Therapy and Health Education Adherence to Symptoms, Ability to Accept and Commit to Treatment and Compliance in Hallucinations Clients Mental Hospital of Medan, North Sumatra. *J Psychol Psychiatry Stud*, 1, 30-35. <https://innovationinfo.org/articles/JPPS/JPPS-1-106.pdf>
20. Pardede, J. A., Silitonga, E., & Laia, G. E. H. (2020). The Effects of Cognitive Therapy on Changes in Symptoms of Hallucinations in Schizophrenic Patients. *Indian Journal of Public Health Research & Development*, 11(10).
21. Pardede, J.A., & Siregar, R.A. (2016). Pendidikan Kesehatan Keptauhan Minum Obat Terhadap Perubahan Gejala Halusinasi Pada pasien skizofrenia. *Mental Health*, 3(1)
22. Pardede, J. A., Siringo-ringo, L. M., Hulu, T. J., & Miranda, A. (2021). Edukasi Kepatuhan Minum Obat Untuk Mencegah Kekambuhan Orang Dengan Skizofrenia. *Jurnal Abdimas Mutiara*, 2(2), 1-5.
23. Pitayanti, A., & Hartono, A. (2020). Sosialisasi Penyakit Skizofrenia Dalam Rangka Mengurangi Stigma Negatif Warga di Desa Tambakmas Kebonsari-Madiun. *Journal of Community Engagement in Health*, 3(2), 300-303. <https://jceh.org/index.php/JCEH/article/view/83/78>
24. Yanti, D. A., Sitepu, A. L., Sitepu, K., & Purba, W. N. B. (2020). Efektivitas Terapi Musik Klasik Terhadap Penurunan Tingkat Halusinasi Pada Pasien Halusinasi Pendengaran Di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. M. Ildrem Medan Tahun 2020. *Jurnal Keperawatan Dan Fisioterapi (Jkf)*, 3(1), 125-131. <https://doi.org/10.35451/jkf.v3i1.527>
25. Zahrotul Awaliyah, N. (2021). *Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Skizofrenia Dengan Masalah Keperawatan Perubahan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran Di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta* (Doctoral dissertation, Universitas Muhammadiyah Ponorogo).