Manajemen Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny A Dengan Masalah Gangguan Persepsi Sensori “Halusinasi Pendengaran Di Gg Eka Rosa 5

Pebriantris Sitorus

pebriantissitorus5@gmail.com

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Gangguan jiwa merupakan respon yang tidak adaptif dari lingkungan dalam dan luar diri, dibuktikan melalui pikiran, perasaan dan perilaku yang tidak sesuai dengan budaya setempat dan mengganggu fungsi sosial, pekerjaan dan fisik. Salah satu gangguan jiwa yang paling berat dan bersifat kronis adalah skizofrenia (Townsend & Morgan, 2017; Pardede J, 2020). Skizofrenia adalah suatu gangguan jiwa yang ditandai dengan penurunan atau ketidakmampuan berkomunikasi, gangguan realita (halusinasi dan waham), afek yang tidak wajar atau tumpul, gangguan kognitif (tidak mampu berfikir abstrak) dan mengalami kesulitan melakukan aktivitas sehari-hari (Keliat, 2014).

Seorang yang mengalami skizofrenia terjadi kesulitan berfikir dengan benar, memahami dan menerima realita, gangguan emosi/perasaan, tidak mampu membuat keputusan, serta gangguan dalam melakukan aktivitas atau perubahan perilaku. Klien skizofrenia 70% mengalami halusinasi (Stuart, 2013). Skizofrenia merupakan gangguan mental berat dan kronis yang menyerang 20 juta orang di seluruh dunia

(WHO, 2019). Di Indonesia berdasarkan hasil Riskesdas (2018) didapatkan estimasi prevalensi orang yang pernah menderita skizofrenia di Indonesia sebesar 1,8 per 1000 penduduk. Hasil survey awal yang dilakukan di poliklinik rawat jalan Rumah Sakit Jiwa Medan di temukan sebanyak 13.899 pasien yang rawat jalan dibawa oleh keluarganya untuk berobat. Prevalensi pasien berdasarkan jenis kelamin yaitu wanita berjumlah 4.499 orang dan laki – laki berjumlah 9.400 orang.

Dari semua diagnosa pasien yang rawat jalan yang paling tinggi yaitu gangguan Skizofrenia yaitu sebesar 11.336 orang dari pasien yang berkunjung dibawa oleh keluarganya ke poli rawat jalan berjumlah 1158 pasien perbulan (Pardede, 2020). Halusinasi pendengaran merupakan bentuk yang paling sering dari gangguan persepsi sensori pada klien *skizofrenia*. *Skizofrenia* merupakan suatu gangguan psikotik yang dapat ditandai dengan gangguan utama pikiran, persepsi, emosi dan perilaku (APA, 2015; Davidson, Neale & Kring, 2016). Bentuk halusinasi bisa berupa suara-suara bising atau mendengung. Tapi paling sering berupa kata-kata yang tersusun dalam bentuk kalimat.

Bisa juga klien bersikap mendengarkan dengan penuh perhatian pada orang yang tidak berbicara atau pada benda mati. Persepsi masyarakat bahwa penderita gangguan jiwa merupakan tanggung jawab pihak rumah sakit jiwa saja, padahal faktor yang memegang peranan penting dalam hal perawatan penderita yaitu keluarga serta masyarakat di sekitar penderita gangguan jiwa tersebut (Dermawan & Rusdi, 2015) Menurut WHO pada tahun 2015 memperkirakan 450 juta orang seluruh dunia mengalami gangguan jiwa saat ini dan dua puluh lima persen penduduk diperkirakan akan mengalami gangguan jiwa pada

usia tertentu selama hidupnya. Diperkirakan terdapat 200.000 kasus baru yang di diagnosa *skizofrenia* setiap tahun di *United States*, dan 2 juta diseluruh dunia. Kira-kira sekitar 1% dari populasi di *United States* menderita *skizofrenia*.

Berdasarkan hasil riset kesehatan dasar (RISKESDAS) tahun 2016, angka rata-rata nasional gangguan mental emosional pada penduduk usia 15 tahun ke atas yaitu 6%, angka ini setara dengan 14 juta penduduk. Sedangkan gangguan jiwa berat, rata-rata sebesar 0,17% atau setara dengan 400.000 penduduk, berdasarkan dari data tersebut bahwa data pertahun di Indonesia yang mengalami gangguan jiwa selalu meningkat. Berdasarkan data Departemen Kesehatan, jumlah penderita gangguan jiwa di Indonesia mencapai 2,5 juta orang. Angka kejadian *skizofrenia* biasanya terjadi pada remaja tua dan dewasa muda, dan angka itu kadang-kadang terjadi setelah usia 50 tahun, walaupun lebih jarang 50% klien skizofrenia melakukan percobaan bunuh diri. sekitar 70% halusinasi yang dialami oleh pasien gangguan jiwa adalah halusinasi pendengaran, 20% halusinasi penglihatan, dan 10% adalah halusinasi penghidu, pengecapan dan perabaan. Angka terjadinya halusinasi cukup tinggi.

Didapatkan data dari bulan Januari sampai Februari 2017 tercatat jumlah pasien rawat inap 403 orang. Sedangkan jumlah kasus yang ada pada semua pasien baik rawat inap maupun rawat jalan kasus halusinasi mencapai 5077 kasus, perilaku kekerasan 4074 kasus, isolasi sosial: menarik diri 1617 kasus, harga diri rendah 1087 kasus dan defisit perawatan diri 1634 kasus. Rata-rata terdapat 150 klien *skizofrenia* perbulan, klien mengalami halusinasi mencapai 90 orang (60%), kerusakan interaksi dan gangguan konsep diri mencapai 38 orang (25%), perilaku kekerasan mencapai 15 orang (10%), dan klien dengan waham sekitar 8 orang (5%).

Dari 90 klien yang mengalami halusinasi dapat digolongkan dalam jenis halusinasi: klien yang mengalami halusinasi dengar sekitar 50% (45 klien), halusinasi penglihatan 45% (40 klien) dan gangguan halusinasi lain sekitar 5% (5 klien). Pada tahun 2015 dari 160 klien gangguan jiwa 89 klien mengalami *skizofrenia*, dan 44 klien mengalami halusinasi pendengaran. Ini merupakan angka yang cukup besar dan perlu mendapat perhatian perawat dalam merawat klien dengan gangguan persepsi halusinasi khususnya pada halusinasi pendengaran.

Penatalaksanaan halusinasi yaitu membantu mengenali halusinasi dengan cara melakukan berdiskusi dengan klien tentang halusinasinya (apa yang didengar/ dilihat), waktu terjadi halusinasi, frekuensi halusinasi, situasi yang menyebabkan halusinasi muncul dan respons klien saat halusinasi muncul, untuk dapat mengontrol halusinasi klien dapat mengendalikan halusinasinya ketika halusinasi kambuh, penerapan ini dapat menjadi jadwal kegiatan sehari-hari yang dapat diterapkan klien yang bertujuan untuk mengurangi masalah halusinasi yang dialami klien dengan gangguan persepsi sensoris (halusinasi dengar) (Keliat dkk, 2012).

Upaya optimalisasi penatalaksanaan klien dengan *skizofrenia* dalam menangani gangguan persepsi sensoris (halusinasi dengar) di rumah sakit antara lain melakukan penerapan standar asuhan keperawatan, terapi aktivitas kelompok dan melatih keluarga untuk merawat pasien dengan halusinasi dan terapi non farmakologis salah satunya dengan cara terapi musik. Standar Asuhan Keperawatan mencakup penerapan strategi pelaksanaan halusinasi. Strategi pelaksanaan pada pasien halusinasi mencakup kegiatan mengenal halusinasi, mengajarkan pasien menolak halusinasinya, minum obat dengan teratur, bercakap-

cakap dengan orang lain saat halusinasi muncul, serta melakukan aktivitas terjadwal untuk mencegah halusinasi (Wahyu P, 2010).

Penerapan SPTK (Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan) terjadwal yang diterapkan pada klien yaitu bertujuan untuk mengurangi masalah keperawatan jiwa yang ditangani pada gangguan persepsi sensori (halusinasi dengar). Jika pasien sudah pulang maka anjurkan pasien untuk membuat jadwal kegiatan harian di rumah sesuai dengan kegiatan pasien sehari – hari untuk mengurangi terjadinya halusinasi, anjurkan pasien untuk minum obat tepat waktu, dan anjurkan pasien untuk konsultasi kepada dokter sesuai jadwal yang telah ditentukan. Dari latar belakang diatas penulis tertarik mengambil masalah tentang “Asuhan keperawatan pada klien Skizofrenia dengan masalah Gangguan Persepsi Sensori “Halusinasi Pendengaran”

1.2. Rumusan Masalah

Bagaimana memberikan asuhan keperawatan pada klien *Skizofrenia* dengan masalah *Gangguan Persepsi Sensori “Halusinasi Pendengaran Di Gg Eka Rosa 5 Medan Johor* .

1.3. Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Memberikan asuhan keperawatan pada klien *Skizofrenia* dengan masalah *Gangguan Persepsi Sensori “Halusinasi Pendengaran”* di Gg eka Rosa 5 Medan Johor

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Melakukan Pengkajian pada klien *Skizofrenia* dengan masalah *Gangguan Persepsi Sensori “Halusinasi Pendengaran”* di Gg Eka Rosa 5 Medan Johor .

- b. Merumuskan Diagnosa keperawatan pada klien *Skizofrenia* dengan masalah *Gangguan Persepsi Sensori “Halusinasi Pendengaran”* di Gg Eka Rosa 5 Medan Johor
- c. Menyusun Rencana Keperawatan pada klien *Skizofrenia* dengan masalah *Gangguan Persepsi Sensori “Halusinasi Pendengaran Di Gg Eka Rosa 5 Medan Johor*
- d. Melakukan Implementasikan pada klien *Skizofrenia* dengan masalah *Gangguan Persepsi Sensori “Halusinasi Pendengaran”* di Gg eka Rosa 5 Medan

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

2.1 Konsep *Skizofrenia*

2.1.1 Defenisi

Skizofrenia sebagai penyakit neurologis yang mempengaruhi persepsi klien, cara berfikir, bahasa, emosi, dan perilaku sosialnya (Melinda Hermann, 2008). *Skizofrenia* adalah suatu bentuk psikosa fungsional dengan gangguan utama pada proses pikir serta *disharmoni* (keretakan, perpecahan) antara proses pikir, afek/emosi, kemauan dan psikomotor disertai distorsi kenyataan, terutama karena waham dan halusinasi; asosiasi terbagi-bagi sehingga timbul inkoherensi. *Skizofrenia* merupakan bentuk psikosa yang banyak dijumpai dimana- mana namun faktor penyebabnya belum dapat di dentifikasi dengan jelas.

2.1.2 Jenis *Skizofrenia*

- a. *Skizofrenia simplex*: dengan gejala utama kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan.

- b. *Skizofrenia hebefrenik*, gejala utama gangguan proses pikir gangguan kemauan dan depersonalisasi. Banyak terdapat waham dan halusinasi.
- c. *Skizofrenia katatonik*, dengan gejala utama pada psikomotor seperti stupor maupun gaduh gelisah katatonik.
- d. *Skizofrenia paranoid*, dengan gejala utama kecurigaan yang ekstrim disertai waham kejar atau kebesaran.

2.1.3 Gejala Skizofrenia

1. Gejala primer.

- a) Gangguan proses pikir (bentuk, langkah dan isi pikiran). Yang paling menonjol adalah gangguan asosiasi dan terjadi inkoherensi.
- b) Gangguan afek emosi.
- c) Terjadi kedangkalan afek emosi.
- d) Paramimi dan paratimi (*incongruity of affect*/inadekuat).

2. Gejala Psikomotor

- a) Stupor atau hiperkinesia, longorea dan neologisme
- b) Stereotipi
- c) Katelepsi: mempertahankan posisi tubuh dalam waktu yang lama
- d) Echolalia dan echopraxia
- e) Autisme

3. Gejala Sekunder

- a) Waham
- b) Halusinas

2.2 Konsep Gangguan Persepsi Sensorik: Halusinasi Pendengaran

2.2.1 Defenisi

Halusinasi adalah suatu keadaan hilangnya kemampuan individu dalam membedakan antara rangsangan internal (pikiran) dan

rangsangan eksternal (dunia luar). Klien memberi persepsi atau pendapat tentang lingkungan tanpa objek atau rangsangan yang nyata. Sebagai contoh klien mendengarkan suara – suara tetapi pada kenyataannya tidak ada orang yang berbicara (Abdul muhith, 2015).

Halusinasi adalah suatu gangguan persepsi panca indera tanpa disertai dengan adanya rangsangan dari luar yang dapat terjadi pada sistem penginderaan dimana pada saat kesadaran individu itu penuh dan baik (Abdul muhith, 2015). Halusinasi adalah salah satu gejala gangguan jiwa dimana klien mengalami perubahan persepsi sensori: merasakan sensori palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan atau penghiduan (Abdul muhith, 2015).

Berdasarkan beberapa pengertian diatas, dapat disimpulkan bahwa halusinasi adalah suatu gangguan persepsi sensori tentang suatu objek atau gambaran dan pikiran yang sering terjadi tanpa adanya rangsangan dari luar yang dapat meliputi semua sistem penginderaan (Abdul muhith, 2015).

2.2.2 Jenis-Jenis Halusinasi

Menurut Stuart dan Laraia (2005) membagi halusinas menjadi 7 jenis halusinasi yang meliputi : halusinasi pendengaran (*auditory*), halusinasi penglihatan (*visual*), halusinasi pengecapan (*gustatory*), halusinasi perabaan (*tactile*), halusinasi *kinestetik*, halusinasi *cenesthetics*, halusinasi penghidu (*olfactory*).

Halusinasi yang paling banyak diderita adalah halusinasi pendengaran yang mencapai kurang lebih 70%, sedangkan halusinasi penglihatan mencapai urutan kedua dengan rata – rata 20%, sementara jenis halusinasi yang lain yaitu halusinasi pengecapan, penghidu, perabaan, *kinestetik* dan *cenesthetics* hanya meliputi 10%.

Tabel di bawah ini menjelaskan karakteristik tiap – tiap halusinasi.

Jenis Halusinasi.	Karakteristik
Pendengaran	Mendengar suara – suara atau kebisingan, paling sering suara orang, suara berbentuk kebisingan yang kurang keras sampai kata – kata yang jelas berbicara tentang klien, bahkan sampai percakapan lengkap antara dua orang atau lebih. Pikiran yang didengar klien dimana klien disuruh untuk melakukan sesuatu yang kadang – kadang membahayakan.
Penglihatan	Stimulus visual dalam bentuk kelihatan cahaya, gambaran geometris, gambaran kartun, bayangan yang rumit dan kompleks. Bayangan bisa menyenangkan atau menakutkan seperti melihat monster.
Penghidu	Menghirup bau – bau tertentu seperti bau darah, bau urin, atau bau feses, umumnya bau – bau yang tidak menyenangkan. Halusinasi penghidu sering akibat dari stroke, tumor, kejang atau demensia.
Pengecapan	Merasa mengecap rasa sesuatu seperti darah, urin atau feses.
Perabaan	Mengalami nyeri atau ketidaknyamanan tanpa stimulus yang jelas. Rasa tersetrum listrik yang datang dari tanah, benda mati atau orang lain.
<i>Cenesthetics</i>	Merasakan fungsi tubuh seperti aliran darah di vena atau arteri, pencernaan makanan atau pembentukan urin.
<i>Kinesthetics</i>	Merasakan pergerakan saat berdiri tanpa bergerak

2.2.3 Fase – Fase Halusinasi.

Halusinasi yang dialami klien bisa berbeda intensitas dan tingkat keparahannya. Menurut Stuart dan Laraia, (2005) membagi fase – fase halusnasi dalam 4 fase berdasarkan tingkat ansietas atau kecemasan yang dialami dan kemampuan klien mengendalikan dirinya. Semakin

berat mengalami ansietas atau kecemasan dan makin dikendalikan oleh halusinasinya.

Fase Halusinasi	Karakteristik	Perilaku Klien
Fase I : <i>Comforting</i>. Ansietas sedang. Halusinasi menyenangkan.	Klien mengalami perasaan yang mendalam seperti ansietas, kesepian, rasa bersalah, takut sehingga mencoba untuk berfokus pada pikiran menyenangkan untuk meredakan ansietasnya. Individu dapat mengenali bahwa pikiran – pikiran dan pengalaman sensori berada dalam kendali kesadaran jika ansietas dapat dikendalikan.	Tersenyum atau tertawa yang tidak sesuai. Menggerakkan bibir tanpa suara. Pergerakan mata yang cepat. Respon verbal yang lambat jika sedang asyik. Diam dan asyik sendiri.
Fase II : Condemning Ansietas berat. Halusinasi menjadi menjijikan.	Pengalaman sensori yang menjijikan dan menakutkan. Klien mulai lepas kendali dan mungkin mencoba untuk mengambil jarak dirinya dengan sumber yang di persepsikan. Klien mungkin mengalami dipermalukan oleh pengalaman sensori dan menarik diri dari orang lain. Mulai merasa kehilangan kontrol. Tingkat kecemasan berat, secara umum halusinasi menyebabkan perasaan	Meningkatnya tanda – tanda sistem syaraf otonom akibat ansietas seperti peningkatan denyut jantung, pernafasan dan tekanan darah. Rentang perhatian menyempit. Asyik dengan pengalaman sensori dan kehilangan kemampuan membedakan antara halusinasi dengan realita. Menyalahkan. Menarik diri dari orang lain. Konsentrasi terhadap pengalaman sensori kerja.

	antipati.	
Fase III : Controlling Ansietas berat. Pengalaman sensori menjadi berkuasa.	Klien berhenti melakukan perlawanan terhadap halusinasi dan menyerah pada halusinasi tersebut. Isi halusinasi menjadi menarik. Klien mungkin mengalami pengalaman kesepian jika sensori halusinasi berhenti.	Kemauan yang dikendalikan halusinasi akan lebih diikuti. Kesukaran berhubungan dengan orang lain. Rentang perhatian hanya beberapa detik atau menit. Adanya tanda – tanda fisik ansietas berat : berkeringat, tremor atau gemetar, dan tidak mampu mematuhi perintah. Isi halusinasi menjadi atraktif. Perintah halusinasi ditaati. Tidak mampu mengikuti perintah dari perawat.
Fase IV : Conquering. Panik. Umumnya menjadi Melebur dalam halusinasinya.	Pengalaman sensori menjadi mengancam jika klien mengikuti perintah halusinasinya. Halusinasinya berakhir dari beberapa jam atau hari jika tidak ada intervensi therapeutic.	Perilaku eror akibat panik. Potensi kuat suicide atau homicide. Aktivitas fisik merefleksikan isi halusinasi seperti perilaku kekerasan , agitasi, menarik diri, atau katatonik. Tidak mampu merespon perintah yang kompleks. Tidak mampu merespon lebih dari satu orang. Agitasi atau katatonik.

2.2.4 Dimensi Halusinasi.

Respon klien terhadap halusinasi dapat berupa kecurigaan, ketakutan, perasaan tidak aman, gelisah, dan bingung, perilaku merusak diri, kurang perhatian, tidak mampu mengambil keputusan serta tidak dapat membedakan antara keadaan nyata dan tidak nyata. Masalah halusinasi berlandaskan pada hakikat keberadaan seseorang individu sebagai makhluk yang dibangun atas dasar unsur – unsur bio-psiko-sosio-spiritual sehingga halusinasi dapat dilihat dari lima dimensi (Stuart dan Laraia, 2005) yaitu :

a. Dimensi Fisik

Manusia dibangun oleh sistem indera untuk menanggapi rangsangan eksternal yang diberikan oleh lingkungannya. Halusinasi dapat ditimbulkan oleh beberapa kondisi fisik seperti kelelahan yang luar biasa, penggunaan obat – obatan, demam hingga *delirium*, intoksikasi alkohol, dan kesulitan untuk tidur dalam waktu yang lama.

b. Dimensi Emosional

Perasaan cemas yang berlebihan atas dasar problem yang tidak dapat diatasi merupakan penyebab halusinasi itu terjadi. Isi dari halusinasi dapat berupa perintah memaksa dan menakutkan. Klien tidak sanggup lagi menentang perintah tersebut sehingga dengan kondisi tersebut klien berbuat sesuatu terhadap ketakutan tersebut.

c. Dimensi Intelektual

Dalam dimensi intelektual ini menerangkan bahwa individu dengan halusinasi akan memperlihatkan adanya penurunan fungsi ego. Pada awalnya, halusinasi merupakan usaha dari ego sendiri untuk melawan impuls yang menekan, namun merupakan suatu hal yang menimbulkan kewaspadaan yang dapat mengambil seluruh perhatian klien dan tak jarang akan mengontrol semua perilaku klien.

d. Dimensi Sosial

Dimensi sosial pada individu dengan halusinasi menunjukkan adanya kecenderungan untuk menyendiri. Individu asyik dengan halusinasinya, seolah – olah ia merupakan tempat untuk memenuhi kebutuhan akan interaksi sosial, kontrol diri, dan harga diri yang tidak didapatkan dalam dunia nyata. Isi halusinasi dijadikan sistem kontrol oleh individu tersebut sehingga jika perintah halusinasi berupa ancaman, maka individu tersebut bisa membahayakan orang lain. Oleh karena itu, aspek penting dalam melakukan atau melaksanakan intervensi keperawatan klien dengan mengupayakan suatu proses interaksi yang menimbulkan pengalaman interpersonal yang memuaskan, serta mengusahakan klien tidak menyendiri sehingga klien selalu berinteraksi dengan lingkungannya dan halusinasi tidak berlangsung.

e. Dimensi Spritual

Manusia diciptakan oleh Tuhan sebagai makhluk sosial sehingga interaksi dengan manusia lainnya merupakan kebutuhan yang mendasar. Individu yang mengalami halusinasi cenderung menyendiri hingga proses diatas tidak terjadi, individu tidak sadar dengan keberadaannya sehingga halusinasi menjadi sistem kontrol dalam individu tersebut. Saat halusinasi menguasai dirinya, individu kehilangan kontrol kehidupan dirinya (Stuart dan Laraia, 2005).

2.2.5 Rentang Respon

Rentang Respon neurobiologis.

<ul style="list-style-type: none"> a. Pikiran logis b. Persepsi akurat c. Emosi konsisten dengan pengalaman d. Hubungan sosial harmonis 	<ul style="list-style-type: none"> a. Kadang proses pikir terganggu b. Ilusi c. Emosi berlebihan/kurang d. Perilaku tidak biasa e. Menarik diri 	<ul style="list-style-type: none"> a. Gangguan proses pikir (waham) b. Halusinasi c. Kerusakan proses emosi d. Perilaku tidak terorganisir e. Isolasi sosial
---	--	---

Halusinasi merupakan salah satu respon maladaptif individu yang berada dalam rentang respon neurobiologis (Stuart dan Laraia, 2005). Ini merupakan respon persepsi paling mal adaptif. Jika klien sehat maka persepsinya akurat, mampu mengidentifikasi dan menginterorestasikan stimulus berdasarkan informasi yang diterima melalui pancaindra (pendengaran, penglihatan, penghidu, pengecap, dan perabaan), klien dengan halusinasi mempersepsikan suatu stimulus pancaindra walaupun sebenarnya stimulus tersebut tidak ada. Respon individu (yang karena suatu hal mengalami kelainan persepsi) yaitu salah mempersepsikan stimulus yang diterimanya yang disebut dengan ilusi. Klien mengalami ilusi jika interpretasi yang dilakukan terhadap stimulus pancaindera tidak akurat sesuai dengan stimulus yang diterima. Respon tersebut digambarkan seperti gambar diatas.

2.2.6 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Terjadinya Halusinasi

Halusinasi merupakan salah satu gejala dalam menentukan diagnosis klien yang mengalami *psikotik*. Khususnya *skizofrenia*. Halusinasi dipengaruhi oleh faktor (Stuart dan Laraia, 2005), dibawah ini antara lain :

a.Faktor Predisposisi

Adalah faktor resiko yang mempengaruhi jenis dan jumlah sumber yang dapat di bangkitkan oleh individu untuk mengatasi stress. Diperoleh baik dari klien maupun keluarganya, mengenai faktor perkembangan sosial

kultural, biokimia, psikologis, dan genetik. Beberapa faktor predisposisi yang berkontribusi pada munculnya respon *neurobiology* seperti pada halusinasi antara lain :

1. Faktor Genetik

Telah diketahui bahwa secara genetik *skizofrenia* diturunkan melalui kromosom kromosom tertentu. Namun demikian, kromosom yang keberapa yang menjadi faktor penentu gangguan ini sampai sekarang masih dalam tahap penelitian. Anak kembar identik memiliki kemungkinan mengalami *skizofrenia* sebesar 50

% jika salah satunya mengalami *skizofrenia*, sementara *dizygote* peluangnya sebesar 15%. Seorang anak yang salah satunya orang tuanya mengalami *skizofrenia* berpeluang 15% mengalami *skizofrenia*, sementara bila kedua orang tuanya *skizofrenia* maka peluangnya menjadi 35%.

2. Faktor Perkembangan

Jika tugas perkembangan mengalami hambatan dan hubungan interpersonal terganggu, maka individu akan mengalami stress dan kecemasan.

Faktor Presipitasi

Yaitu suatu stimulus yang dipersepsikan oleh individu sebagai tantangan ancaman/tuntutan yang memerlukan energi ekstra untuk coping. Adanya rangsang lingkungan yang sering yaitu seperti partisipasi klien dalam kelompok, terlalu lama diajak komunikasi dan suasana sepi/isolasi sering sebagai pencetus terjadinya halusinasi karena hal

tersebut dapat meningkatkan stress dan kecemasan yang merangsang tubuh mengeluarkan zat halusinogenik.

2.1 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengkajian Keperawatan

Menurut Keliat (2014). Bahwa faktor-faktor terjadinya halusinasi meliputi:

1 Faktor predisposisi

Faktor predisposisi atau faktor yang mendukung terjadinya halusinasi menurut Keliat (2014) adalah :

a.Faktor biologis

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

Faktor psikologis

Hubungan interpersonal yang tidak harmonis akan mengakibatkan stress dan kecemasan yang berakhir dengan gangguan orientasi realita.

Faktor sosial budaya

Stress yang menumpuk awitan schizophrenia dan gangguan psikotik lain, tetapi tidak diyakini sebagai penyebab utama gangguan.

2.Faktor presipitasi

Faktor presipitasi atau faktor pencetus halusinasi menurut Keliat (2014) adalah:

a Stressor biologis yang berhubungan dengan respon neurobiologis maladaptif adalah gangguan dalam komunikasi dan putaran umpan balik

otak dan abnormalitas pada mekanisme pintu masuk dalam otak, yang mengakibatkan ketidakmampuan untuk secara selektif menanggapi stimulus.

b. Lingkungan

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

c. Stres sosial / budaya

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

d. Faktor psikologik

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

e. Mekanisme koping

Menurut Keliat (2014) perilaku yang mewakili upaya untuk melindungi pasien dari pengalaman yang menakutkan berhubungan dengan respons neurobiologis maladaptif meliputi : *regresi*, berhubungan dengan masalah proses informasi dan upaya untuk mengatasi ansietas, yang menyisakan sedikit energi untuk aktivitas sehari-hari. *Proyeksi*, sebagai upaya untuk menjejalkan kerancuan persepsi dan menarik diri

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Menurut NANDA (2009-2011) diagnosa keperawatan utama pada klien dengan perilaku halusinasi adalah Gangguan sensori persepsi: Halusinasi

(pendengaran, penglihatan, pengecapan, perabaan dan penciuman). Sedangkan diagnosa keperawatan terkait lainnya adalah Isolasi social dan Resiko menciderai diri sendiri, lingkungan dan orang lain

2.2.3 Tindakan Keperawatan

Tindakan keperawatan yang diberikan pada klien tidak hanya berfokus pada masalah halusinasi sebagai diagnose penyerta lain. Hal ini dikarenakan tindakan yang dilakukan saling berkontribusi terhadap tujuan akhir yang akan dicapai. Rencana tindakan keperawatan pada klien dengan diagnose gangguan persepsi.

2.2.4 Pelaksanaan Keperawatan

Implementasi disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Pada situasi nyata sering pelaksanaan jauh berbeda dengan rencana, hal ini terjadi karena perawat belum terbiasa menggunakan rencana tertulis dalam melaksanakan tindakan keperawatan. Sebelum melaksanakan tindakan keperawatan yang sudah direncanakan, perawat perlu memvalidasi dengan singkat apakah rencana tindakan masih sesuai dan dibutuhkan klien sesuai dengan kondisinya (*here and now*). Perawat juga menilai diri sendiri, apakah kemampuan interpersonal, intelektual, tekhnikal sesuai dengan tindakan yang akan dilaksanakan, dinilai kembali apakah aman bagi klien. Setelah semuanya tidak ada hambatan maka tindakan keperawatan boleh dilaksanakan. Adapun pelaksanaan tindakan keperawatan jiwa dilakukan berdasarkan Strategi Pelaksanaan (SP) yang sesuai dengan masing-masing masalah utama. Pada masalah gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran, terdapat 2 jenis SP, yaitu SP Klien dan SP Keluarga.

SP klien terbagi menjadi SP 1 (membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi halusinasi “jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi, perasaan dan respon halusinasi”, mengajarkan cara menghardik,

memasukan cara menghardik ke dalam jadwal; SP 2 (mengevaluasi SP 1, mengajarkan cara minum obat secara teratur, memasukan ke dalam jadwal); SP 3 (mengevaluasi SP 1 dan SP 2, menganjurkan klien untuk mencari teman bicara); SP 4 (mengevaluasi SP 1, SP 2, dan SP 3, melakukan kegiatan terjadwal).

SP keluarga terbagi menjadi SP 1 (membina hubungan saling percaya, mendiskusikan masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat pasien, menjelaskan pengertian, tanda dan gejala halusinasi, jenis halusinasi yang dialami klien beserta proses terjadinya, menjelaskan cara merawat pasien halusinasi); SP 2 (melatih keluarga mempraktekan cara merawat pasien dengan halusinasi, melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada pasien halusinasi); SP 3 (membantu keluarga membuat jadwal aktivitas di rumah termasuk minum obat (discharge planing), menjelaskan follow up pasien setelah pulang).

Pada saat akan dilaksanakan tindakan keperawatan maka kontrak dengan klien dilaksanakan dengan menjelaskan apa yang akan dikerjakan dan peran serta klien yang diharapkan, dokumentasikan semua tindakan yang telah dilaksanakan serta respon klien.

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada klien (Dalami, 2009). Evaluasi dilakukan terus menerus pada respon klien terhadap tindakan yang telah dilaksanakan, evaluasi dapat dibagi dua jenis yaitu: evaluasi proses atau formatif dilakukan selesai melaksanakan tindakan. Evaluasi hasil atau sumatif dilakukan dengan membandingkan respon klien pada tujuan umum dan tujuan khusus yang telah ditentukan.

Evaluasi keperawatan yang diharapkan pada pasien dengan gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran adalah: tidak terjadi perilaku kekerasan, klien dapat membina hubungan saling percaya, klien dapat mengenal halusinasinya, klien dapat mengontrol halusinasinya, klien mendapatkan dukungan dari keluarga dalam mengontrol halusinasinya, klien dapat menggunakan obat dengan baik dan benar.

BAB III

TINJAUAN KASUS

1.1. IDENTITAS KLIEN

Inisial	: Ny A
Tanggal Pengkajian	: Februari 2021
Umur	: 33 Tahun
Agama	: Islam
Status	: Belum Menikah

1.2 ALASAN MASUK RUMAH SAKIT :

Klien sering mendengar suara menyuruhnya minum, marah-marah sendiri menumpahkan air, dan barang-barang dan tidak suka bersosialisasi dengan orang lain.

1.3 FAKTOR PREDISPOSISI

Klien sebelumnya pernah mengalami gangguan jiwa sudah 25 Tahun,umur 5 Tahun Klien mengalami Sering Step pas sakit,pada umur 8 Tahun kelas 2 SD, klien Tidak mau Sekolah,. Klien awal melempar barang-barang karena kesal, suka menyendiri, melamun, sering bicara sendiri, mondar mandir, mendengar suara-suara tanpa wujud, tertawa sendiri.

Masalah Keperawatan : Halusinasi Pendengaran
Resiko Perilaku kekerasan

1.4 FISIK

Tanda vital

TD : 110/90 mmHg, N : 96 x/L, S : 37 °C, P : 20 x/i

TB : 150 cm, BB : 55 Kg

Klien tidak memiliki keluhan fisik.

1.5 Psikososial

1.5.1 Genogram

Penjelasan : Klien merupakan anak ke 1 dari 2 bersaudara, klien memiliki 1 adik laki-laki

Keterangan :

: Laki-laki

: Perempuan

: Klien

: Meninggal

1.5.2 Konsep diri

- a. Gambaran diri : Klien menyukai keseluruhan bagian tubuhnya
 - b. Identitas Diri: Klien memiliki latar belakang pendidikan terakhir SD , sebelum dirawat di RSJ
 - c. Peran Diri : Klien sebagai sebagai anak, klien merasa tidak berguna karena tidak dapat membantu keluarga.
 - d. Ideal diri : Klien mengatakan malu
 - e. Harga diri : klien merasa tidak berguna
- Masalah keperawatan : Gangguan Konsep Diri : Harga diri rendah

3.5.3 Hubungan social

Klien menganggap bahwa keluarganya adalah orang yang sangat berarti dalam hidupnya, terutama orangtuanya. Klien tidak mengikuti kegiatan di kelompok/masyarakat. Klien mengatakan mempunyai hambatan dalam berhubungan dengan orang lain karena klien sulit bergaul dan selalu ingin menyendiri.

3.5.4 Spiritual

- a. Nilai dan Keyakinan: Klien beragama Budha dan yakin dengan agamanya.

b. Kegiatan Ibadah : Klien ikut melakukan ibadah selama dirawat.

3.5.5 Status Mental

1. Penampilan

Penjelasan : Klien tampak rapi dalam berpakaian

2. Pembicaraan

Penjelasan : Klien masih mampu menjawab pertanyaan perawat dengan lambat namun dapat dipahami

3. Aktivitas Motorik

Penjelasan : tidak ada masalah

4. Suasana Perasaan

Penjelasan : Klien sedih karena tinggal di yayasan

5. Afek

Penjelasan : afek wajah sesuai dengan topic pembicaraan

6. Interaksi selama wawancara

Penjelasan : Klien kooperatif saat wawancara

7. Persepsi

Penjelasan : Klien mengatakan bahwa ia mendengar ada suara-suara

3.5.6 KEBUTUHAN PERSIAPAN

1. Klien mampu melakukan kegiatan makan dengan bantuan minimal, klien makan 3x dalam sehari.
2. Klien mandi 2x sehari secara mandiri
3. Klien memiliki pola tidur siang dimulai dari jam 15 00- 16.00 WIB dan pada malam hari klien memiliki pola tidur jam 21.00-07 00 WIB. Kualitas tidur klien terganggu karena klien sering terbangun pada malam hari karena mimpi buruk. Klien kadang-kadang berdoa sebelum dan sesudah tidur.

3.6 Mekanisme Koping

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

3.7. MASALAH PSIKOSOSIAL DAN LINGKUNGAN

Klien mengatakan sulit berteman dengan orang lain karena klien selalu ingin menyendiri.

3.7. ASPEK MEDIK

Diagnosa Medik : Skizofrenia Paranoid

Terapi Medik : Risperidon 2 mg (2 x 1)

3.8 ANALISA DATA

Data	Masalah Keperawatan
------	---------------------

<ul style="list-style-type: none"> - Mendengar suara-suara yang menyuruhnya minum air dan tidak bisa tidur. Timbul pada saat sendiri atau melamun dan marah tidak menentu, timbul pada sore hari. - Gelisah bila mendengar suara-suara tersebut - Bicara sendiri, Mondar-mandir, Tampak tegang, Tidak mampu mempertahankan kontak mata dan sering menumpahkan air 	Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi pendengaran
<ul style="list-style-type: none"> - Mudah marah dan emosi, gelisah, ketakutan dengan bayangan halusinasi 	Resiko Perilaku Kekerasan

Masalah Keperawatan

1. Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi pendengaran
2. Resiko perilaku kekerasan (RPK)

Pohon Masalah

harga diri rendah

3.8 DAFTAR DIAGNOSA KEPERAWATAN

Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi pendengaran

Implementasi Keperawatan

Hari/Tgl	Implementasi	Evaluasi
	<p>Data :</p> <ul style="list-style-type: none">- Klien melamun dan marah tidak menentu, timbul sore hari. Gelisah bila mendengar halusinasi tersebut, Bicara sendiri, sulit tidur, muka tegang, tidak mampu mempertahankan kontak mata. <p>Dx. Keperawatan :</p> <p>Halusinasi pendengaran</p> <p>Tindakan Keperawatan :</p> <p>Sp 1 Halusinasi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Mengidentifikasi isi, waktu, frekuensi, faktor pencetus dan	<p>S : Senang</p> <p>O : Klien mampu mengidentifikasi halusinasi dengan bantuan</p> <ul style="list-style-type: none">- Klien mampu melakukan latihan menghardik dengan bantuan <p>A : Halusinasi pendengaran (+)</p> <p>P : Latihan Mengidentifikasi halusinasi pendengaran 2 x 1 hari</p> <ul style="list-style-type: none">- Latihan menghardik 3 x 1 hari <p>S : Senang</p> <p>O : Klien mengerti cara minum obat teratur dengan bantuan</p>

	<p>respon klien terhadap halusinasi</p> <p>2. Melatih cara menghardik halusinasi : “tutup mata, pergi-pergi kamu palsu, kamu tidak nyata”</p> <p>Sp 2 Halusinasi:Mengontrol halusinasi dengan cara minum obat teratur .</p> <p>Data :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mendengar suara-suara timbul pada saat sendiri atau melamun dan tidak menentu, timbul 3kali/hari. Gelisah bila mendengar halusinasi tersebut, Bicara sendiri, sulit tidur, muka tegang, mondar-mandiri. <p>Dx. Keperawatan :</p> <p>Halsinasi pendengaran</p> <p>Tindakan Keperawatan :</p> <p>(Pukul 10.30)</p> <p>SP 2 Halusinasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi kemampuan klien tentang cara mengidentifikasi dan menghardik halusinasi, jika pasien mengerti maka lanjutkan Sp selanjutnya 2. Memberikan informasi tentang penggunaan obat yang teratur meliputi benar orang, benar cara, benar dosis, benar obat dan benar waktu. <ol style="list-style-type: none"> a. Risperidon 2 mg (2 x 1) b. Clozapine 25 mg (1x1) 	<p>A :Halusinasi pendengaran (+)</p> <p>P : Latihan Mengidentifikasi halusinasi pendengaran 1 x 1 hari</p> <ul style="list-style-type: none"> - Latihan menghardik 2 x 1 hari
--	---	--

	RTL : SP 3 Halusinasi : mengendalikan halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain	
18 Februari 2020, jam 10.00 WIB	Data : - Mendengar suara-suara timbul pada saat sendiri atau melamun dan marah tidak menentu, timbul 3kali/hari. Gelisah bila melihat bayangan halusinasi tersebut, Bicara sendiri, sulit tidur, mondar-mandiri. - Dx. Keperawatan : Halusinasi pendengaran Tindakan Keperawatan : (Pukul 10.00) SP 3 : 1. Mengevaluasi kemampuan klien tentang cara mengidentifikasi halusinasi, menghardik halusinasi dan cara minum obat teratur, jika pasien mengerti maka lanjutkan Sp selanjutnya 2. melatih klien untuk bercakap-cakap dengan orang lain. Data :	S: Senang O : Klien mampu melakukan latihan bercakap-cakap dengan orang lain dengan bantuan A : Halusinasi pendengaran (+) P : Latihan Mengidentifikasi halusinasi pendengaran 1 x 1 hari - Latihan menghardik 2 x 1 hari - Latihan minum obat 2x 1 hari - Latihan bercakap-cakap dengan orang lain 2x1 S : Senang O : Klien berpartisipasi dan sangat kooperatif dalam kegiatan menyusun jadwal harian A : Halusinasi pendengaran (+) P : Latihan Mengidentifikasi halusinasi pendengaran 1 x 1 hari - Latihan menghardik 2 x 1 hari - Latihan minum obat 2x 1 hari - Latihan bercakap-cakap dengan orang lain 2x1 - Latihan mengikuti jadwal kegiatan yang telah dibuat 2x1

	<p>- Mendengar suara-suara timbul pada saat sendiri atau melamun, timbul 2 kali/hari. Gelisah bila mendengar halusinasi tersebut, Bicara sendiri, sulit tidur, mondar-mandir</p> <p>Tindakan keperawatan :</p> <p>(Pukul 11.00 WIB)</p> <p>SP 4 Halusinasi</p> <p>1. Mengevaluasi kemampuan klien untuk mengidentifikasi, mengharddik halusinasi , minum obat secara teratur dan bercakap-cakap dengan orang lain jika pasien mengerti maka lanjutkan SP selanjutnya.</p> <p>Melatih klien untuk melaksanakan kegiatan sesuai jadwal yang sudah diatur</p>	
--	--	--

BAB 4

PEMBAHASAN

Setelah penulis melaksanakan asuhan keperawat kepada Ny.A dengan gangguan sensori persepsi: halusinasi pendegaran Di Gg Eka Rosa 5 Kecamatan Medan johor maka penulis pada BAB ini akan membahas kesenjangan antara teoritis dengan tinjauan kasus.

Pembahasan dimulai melalui tahapan proses keperawatan yaitu pengkajian, diagnosa keparawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

4.1 Pengkajian

Pada pembahasan ini diuraikan tentang hasil pelaksanaa tindakankeperawatan dengan pemberian terapi generalis pada klien halusinasi pendengaran. Pembahasan menyangkut analisis hasil penerapan terapi generalis terhadap masalah keperawatan halusinasi pendengaran. Tindakan keperawatan didasarkan pada pengkajian dan

diagnosis keperawatan yang terdiri dari tindakan generalis yang dijabarkan sebagai berikut.

Tahap pengkajian pada klien halusinasi dilakukan interaksi perawat-klien melalui komunikasi terapeutik untuk mengumpulkan data dan informasi tentang status kesehatan klien. Pada tahap ini terjadi proses interaksi manusia, komunikasi, transaksi dengan peran yang ada pada perawat sebagaimana konsep Peplau tentang manusia yang bisa dipengaruhi dengan adanya proses interpersonal. Maka penulis melakukan pendekatan kepada pasien melalui komunikasi terapeutik yang lebih terbuka membantu pasien untuk memecahkan perasaannya dan juga melakukan observasi kepada pasien. Melakukan pendekatan dan membina hubungan saling percaya diri pada klien agar klien lebih terbuka dan lebih percaya dengan menggunakan perasaan. Mengadakan pengkajian klien dengan wawancara

Dalam pengkajian ini, penulis tidak menemukan kesenjangan karena ditemukan hal sama seperti pada tinjauan teoritis. Pada kasus Ny.A mendengar suara-suara yang tidak jelas yang menggunya sehingga meresahkan orang lain, timbul pada saat sendiri atau melamun dan tidak menentu, timbul 3 kali/hari, gelisah bila melihat halusinasi tersebut, menumpahkan air, Bicara sendiri, sulit tidur, muka tegang. Gejala gejala tersebut merupakan manifestasi klinis dari halusinasi (Keliat, dkk.2014). Selain itu terdapat faktor predisposisi maupun presipitasi yang menyebabkan kekambuhan penyakit yang dialami oleh Ny.A

Tindakan keperawatan terapi generalis yang dilakukan pada Ny.A adalah strategi pertemuan pertama sampai pertemuan ketiga. Strategi pertemuan pertama meliputi mengidentifikasi isi, frekuensi, jenis, dan respon klien terhadap halusinasi serta melatih cara menghardik halusinasani dan melatih pasien untuk minum obat secara teratur. Strategi pertemuan

kedua yang dilakukan pada Ny.A meliputi melatih cara mengendalikan dengan bercakap-cakap kepada orang lain, menyusun jadwal kegiatan bersama-sama dengan klien.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Pada Teori Halusinasi (NANDA, 2009-2011), diagnosa keperawatan yang muncul sebanyak 4 diagnosa keperawatan yang meliputi:

- 1.Harga diri rendah
- 2.Isolasi social
- 3.Halusinasi

Sedangkan pada kasus Ny.A Ditemukan empat diagnosa keperawatan yang muncul yang meliputi: harga diri rendah, isolasi sosial, halusinasi, resiko perilaku kekerasan.

Dari hal tersebut di atas dapat dilihat terjadi kesenjangan antara teori dan kasus. Dimana semua diagnosa pada teori muncul pada kasus Ny.A

4.3 Implementasi

Pada tahap implementasi, penulis hanya mengatasi 1 masalah keperawatan yakni: diagnosa keperawatan halusinasi pendengaran.

Pada diagnosa keperawatan gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran dilakukan strategi pertemuan yaitu mengidentifikasi isi, frekuensi, waktu terjadi, perasaan, respon halusinasi. Kemudian strategi pertemuan yang dilakukan yaitu latihan mengontrol halusinasi dengan cara menghardik dan anjurkan minum obat secara teratur, strategi pertemuan yang ke dua yaitu latihan dengan cara bercakap-cakap pada saat aktivitas dan melatih klien melakukan semua jadwal kegiatan.

4.4 Evaluasi

Pada tinjauan teoritis evaluasi yang diharapkan adalah: Pasien mempercayai perawat sebagai terapis, pasien menyadari bahwa yang dialaminya tidak ada objeknya, dapat mengidentifikasi halusinasi, dapat

mengendalikan halusinasi melalui mengahrdik, latihan bercakap-cakap, melakukan aktivitas serta menggunakan obat secara teratur.

Pada tinjauan kasus evaluasi yang didapatkan adalah: Klien mampu mengontrol dan mengidentifikasi halusinasi, Klien mampu melakukan latihan bercakap-cakap dengan orang lain, Klien mampu melaksanakan jadwal yang telah dibuat bersama, S. Selain itu, dapat dilihat dari setiap evaluasi yang dilakukan pada asuhan keperawatan, dimana terjadi penurunan gejala yang dialami oleh Ny.A dari hari kehari selama proses interaksi.

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan uraian pada pembahasan di atas, maka penulis dapat disimpulkan bahwa:

1. Pengkajian dilakukan secara langsung pada klien dan juga dengan menjadikan status klien sebagai sumber informasi yang dapat mendukung data-data pengkajian. Selama proses pengkajian, perawat menggunakan komunikasi terapeutik serta membina hubungan saling percaya antara perawat-klien. Pada kasus Ny.A diperoleh bahwa klien mengalami gejala-gejala halusinasi seperti Mendengar suara-suara menyuruh dia minum, timbul pada saat sendiri atau melamun dan tidak menentu, timbul 3kali/hari. Gelisah bila halusinasi tersebut datang,, sulit tidur, muka tegang,tidak mampu mempertahankan kontak mata.Faktor predisposisi pada Ny A yaitu pernah mengalami gangguan jiwa sebelumnya.

2. Diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus Ny.A sebanyak: Halusinasi pendengaran, isolasi sosial, harga diri rendah dan perilaku kekerasan. Tetapi pada pelaksanaannya, penulis fokus pada masalah utama yaitu halusinasi pendengaran.
3. Perencanaan dan implementasi keperawatan disesuaikan dengan strategi pertemuan pada pasien halusinasi pendengaran.
4. Evaluasi diperoleh bahwa terjadi peningkatan kemampuan klien dalam mengendalikan halusinasi yang dialami serta dampak pada penurunan gejala halusinasi pendengaran yang dialami.

5.2 Saran

1. Bagi perawat

Diharapkan dapat meenrapkan komunikasi terapeutik dalam pelaksanaan strategi pertemuan 1-4 pada klien dengan halusinasi sehingga dapat mempercepat proses pemulihan klien.
2. Bagi Institusi Pendidikan

Dapat meningkatkan bimbingan klinik kepada mahasiswa profesi ners sehingga mahasiswa semakin ampu dalam elakukan asuhan keperawatan pada pasien-pasien yang mengalami halusinasi pendengaran
3. Bagi Rumah Sakit

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

DAFTAR PUSTAKA

1. Pardede, J. A., & Siregar, R. A. (2016). Pendidikan Kesehatan Kepatuhan Minum Obat Terhadap Perubahan Gejala Halusinasi Pada Klienskizofrenia. *Mental Health*, 3(1).
2. Stuart, G. W. 2013. Buku Saku Keperawatan Jiwa . Edisi 5. Jakarta. EGC.
3. Nyumirah S (2013). Peningkatan kemampuan interaksi sosial kognitif, efektif, dan perilaku melalui penerapan terapi perilaku kognitif Di RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang, Jurnal keperawatan jiwa. (1)2, November 2013. <https://doi.org/10.26714/jkj.1.2.2013.%25>
4. Pardede, J. A., Keliat, B. A., & Wardani, I.Y. (2013). Pengaruh Acceptance And Commitment Therapy Dan Pendidikan Kesehatan Kepatuhan Minum Obat Terhadap Gejala, Kemampuan Berkomitmen Pada Pengobatan Dan Kepatuhan Pasien Skizofrenia. FIK UI. Depok
5. Pardede, J. A., & Siregar, R. A. (2016). Pendidikan Kesehatan Kepatuhan Minum Obat Terhadap Perubahan Gejala Halusinasi Pada Klienskizofrenia. *Mental Health*, 3(1). <https://doi.org/10.26714/jkj.1.2.2013.%25>
6. 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>
7. Hernandi, B. (2020). Penerapan Aktivitas Terjadwal Pada Klien Dengan Gangguan Halusinasi Di Wilayah Kerja Puskesmas Godean

1(Skrpsidissertation, Poltekkes Kemenkes Yogyakarta).<http://eprints.poltekkesjogja.ac.id/id/eprint/2581>

8. UU Kesehatan Jiwa, (2014).
<https://ipkindonesia.or.id/media/2017/12/uu-no-18-th-2014-ttg-kesehatan-jiwa.pdf>
9. Yusuf, A. (2015). Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa.
10. Mubarta, AF, dkk. 2011. Gambaran Distribusi Penderita Gangguan Jiwa di Wilayah Banjarmasin dan Banjarbaru. Tesis.
11. Townsend, M. C, (2014) ,Psychiatric Mental Healt Nursing : Concepts of Care in Evidence- BasedPractice(6th ed.), Philadelphia : F.A. Davis.
12. Yosep I. (2011). Keperawatan Jiwa (Edisi Revisi). Bandung: Refika Aditama
13. Kemenkes RI. (2018). Riset Kesehatan Dasar; RISKESDAS. Jakarta: Kemenkes
[RIhttps://databoks.katadata.co.id/datapublish/2019/10/08/persebaran-prevalensi-skizofreniapsikosis-di-indonesia](https://databoks.katadata.co.id/datapublish/2019/10/08/persebaran-prevalensi-skizofreniapsikosis-di-indonesia)
14. Mubin, M. F & P. H. Livana. (2019). Hubungan Kepatuhan Minum Obat Dengan Kekambuhan Pasien Skizofrenia Paranoid." Jurnal Farmasetis (8).1 <https://doi.org/10.32583/farmasetis.v8i1.493>
15. Keliat, B. A. (2011). Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas. EGC, Jakarta
16. 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>
17. Pardede, J. A., Irwan, F., Hulu, E. P., Manalu, L. W., Sitanggang, R., & Waruwu, J. F. A. P. (2021). Asuhan keperawatan Jiwa Dengan Masalah Halusinasi. [10.31219/osf.io/fdqzn](https://doi.org/10.31219/osf.io/fdqzn)
18. 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>

19. Aji, W. M. H. (2019). Asuhan Keperawatan Orang Dengan Gangguan Jiwa Halusinasi Dengar Dalam Mengontrol Halusinasi. <https://doi.org/10.31219/osf.io/n9dgs>
20. Husein, A. N., & Arifin, S. (2011) . Gambaran Distribusi Penderita Gangguan Jiwa Di Wilayah Banjarmasin Dan Banjarbaru. Berkala Kedokteran, 9(2), 199-209. <http://dx.doi.org/10.20527/jbk.v9i2.950>
21. Keliat, B.A & Akemat. (2014). Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa. Jakarta. EGC
22. Pardede, J. A., Keliat, B. A., & Yulia, I. (2015). Kepatuhan dan Komitmen Klien Skizofrenia Meningkat Setelah Diberikan Acceptance And Commitment Therapy dan Pendidikan Kesehatan Kepatuhan Minum Obat. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 18(3), 157-166. <https://doi.org/10.7454/jki.v18i3.419>
23. Pardede, J. A. (2020). Family Burden Related to Coping when Treating Hallucination Patients. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 3(4), 453-460. <https://doi.org/10.32584/jiki.v3i4.671>