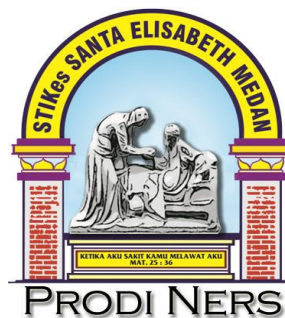


**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA DENGAN GANGGUAN
SKIZOFRENIA : HALUSINASI PENDENGARAN
PADA NY. I (53 tahun) RSJ. PROF. M. ILDREM
MEDAN TAHUN 2025**

KARYA ILMIAH AKHIR



OLEH :

ROMITA L GAOL

052024036

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH
MEDAN
2025**



**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA DENGAN GANGGUAN
SKIZOFRENIA : HALUSINASI PENDENGARAN
PADA NY. IRSJ. PROF. M. ILDREM
MEDAN TAHUN 2025**

KARYA ILMIAH AKHIR



Disusun sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidikan Profesi Ners
Program Studi Profesi Ners
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan

OLEH :

ROMITA L GAOL

052024036

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH
MEDAN
2025**



LEMBAR PENGESAHAN



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA ILMIAH AKHIR INI TELAH DISETUJUI UNTUK
DIPERTAHANKAN
PADA UJIAN SIDANG KARYA ILMIAH AKHIR
TANGGAL 10 MEI 2025

MENGESAHKAN

Ketua Program Studi Profesi Ners



(Lindawati F. Tampubolon, S.Kep., Ns., M.Kep)

Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan



(Mestiana Br. Karo, M.Kep., DNSc)



LEMBAR PENETAPAN TIM PENGUJI



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan

LEMBAR PENETAPAN TIM PENGUJI

KARYA ILMIAH AKHIR INI TELAH DIPERTAHANKAN DI DEPAN TIM
PENGUJI UJIAN SIDANG KARYA ILMIAH AKHIR
PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH MEDAN
PADA TANGGAL 10 MEI 2025

TIM PENGUJI

TANDA TANGAN

Ketua : Helinida Saragih, S.Kep., Ns., M.Kep

Anggota : Linda F. Tampubolon, S.Kep., Ns., M.Kep

Friska Sri Handayani Ginting, S.Kep., Ns., M.Kep



STIKES SANTA ELISABETH MEDAN



LEMBAR PERSETUJUAN



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan

LEMBAR PERSETUJUAN

Diajukan sebagai salah satu syarat guna memperoleh gelar
Ners (Ns)

Oleh:

Romita L Gaol
052024036

Medan, 10 Mei 2025

Menyetujui,
Ketua Penguji

(Helinida Saragih, S.Kep., Ns., M.Kep)

Anggota

(Linda F. Tampubolon, S.Kep., Ns., M.Kep)

(Friska Sri Handayani Ginting, S.Kep.,Ns.,M.Kep)



KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa karena rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyusun karya tulis ilmiah akhir ini yang berjudul “Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny. I (52 tahun) Dengan Masalah Masalah Utama Halusinasi Pendengaran di Ruang Anggrek Rumah Sakit Jiwa Profesor. M. Ildrem Provinsi Sumatera tahun 2025”. Karya ilmiah ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan jenjang Profesi Ilmu Keperawatan program Studi Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKes) Santa Elisabeth Medan. Pada penyusunan karya ilmiah ini penulis menyadari bahwa semuanya ini tidak semata-mata hasil kerja pengkaji sendiri, melainkan juga berkat bimbingan dan dorongan dari pihak-pihak yang telah membantu baik secara materi maupun non materi. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis mengucapkan terimakasih kepada :

1. Mestiana Br. Karo, M.Kep., DNSc selaku ketua STIKes Santa Elisabeth Medan, yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas untuk mengikuti pendidikan di STIKes Santa Elisabeth Medan.
2. Dr. Ismail Drg. selaku direktur Rumah sakit jiwa Prof. Muhammad Ildrem
3. Lindawati F. Tampubolon, S.kep., Ns., M. Kep selaku Ketua Program Studi Profesi Ners yang telah memberikan semangat.
4. Helinida Saragih, S. Kep., Ns., M. Kep selaku Dosen Pembimbing yang selalu membantu, membimbing serta mengarahkan pengkaji dengan penuh kesabaran dan memberikan ilmu yang bermanfaat dalam penyusunan karya ilmiah ini.



5. Lindawati F. Tampubolon, S.Kep., Ns., M.Kep selaku dosen penguji II yang telah membantu dan membimbing dengan sangat baik dan sabar dalam penyusunan karya ilmiah ini.
6. Friska Sri Handayani Ginting, S.Kep., Ns., M.Kep selaku dosen penguji III yang telah membantu dan membimbing dengan sabar dan sangat baik dalam penyusunan karya ilmiah ini.
7. Seluruh dosen dan Tenaga Kependidikan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan yang telah membimbing, mendidik, dan memotivasi dan membantu dalam menjalani pendidikan.
8. Teristimewa kepada orang tua saya Alm. Jonni Firma Lumban Gaol dan ibu Perangi Br Panjaitan yang telah memberi saya semangat, memfasilitasi saya dalam segala hal dan untuk abang saya Fransiskus untuk motivasi selama saya menempuh pendidikan.
9. Seluruh teman-teman mahasiswa/i Program Studi Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan stambuk 2024 yang telah berjuang bersama-sama dan saling memberikan dukungan.

Dengan rendah hati penulis mengucapkan terimakasih kepada semua pihak yang telah berpartisipasi dalam penyusunan karya ilmiah ini, akhir kata penulis mengucapkan banyak terimakasih semoga karya ilmiah ini dapat bermanfaat bagi kita semua dalam pengembangan ilmu pengetahuan khususnya ilmu keperawatan.

Medan, 10 Mei 2025
Penulis



(Romita L Gaol)

DAFTAR ISI

SAMPUL DEPAN	i
PERSYARATAN GELAR	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
LEMBAR PENETAPAN TIM PENGUJI	iv
LEMBAR PERSETUJUAN	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI.....	viii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1.Latar Belakang	1
1.2.Rumusan Masalah	3
1.3.Tujuan Penyusunan	3
1.3.1. Tujuan umum.....	3
1.3.2. Tujuan khusus	3
BAB 2 TINJAUAN TEORITIS	4
2.1. Konsep Dasar Skizofrenia.....	4
2.1.1. Definisi Skizofrenia.....	4
2.1.2. Etiologi Skizofrenia.....	4
2.1.3. Manifestasi Skizofrenia.....	7
2.1.4. Rentang respon neurologis.....	8
2.2. Konsep Halusinasi	8
2.2.1. Pengertian Halusinasi	8
2.2.2. Tanda dan Gejala.....	9
2.2.3. Proses Terjadinya Halusinasi	10
2.2.4. Penataklaksanaan Halusinasi.....	14
2.3. Konsep Asuhan Keperawatan	15
2.3.1. Pengkajian keperawatan.....	15
2.3.2. Analisa Data Keperawatan	27
2.3.3. Daftar Masalah Keperawatan	28
2.3.4. Rencana Tindakan Keperawatan.....	28
2.3.5. Implementasi Keperawatan	33
2.3.6. Evaluasi Keperawatan	34
BAB 3 ASUHAN KEPERAWATAN.....	35
3.1. Pengkajian Keperawatan.....	35
3.2. Analisa Data	43
3.3. Diagnosa keperawatan	45
3.4. Rencana Keperawatan.....	46
3.5. Implementasi Keperawatan	53
3.6. Analisis Proses Interaksi	57



BAB 4 PEMBAHASAN	65
4.1. Pengkajian Keperawatan	65
4.2. Diagnosa keperawatan	65
4.3. Intervensi Keperawatan	67
4.4. Implementasi Keperawatan	68
4.5. Evaluasi Keperawatan	68
BAB 5 SIMPULAN DAN SARAN	70
5.1. Simpulan	70
5.2. Saran	71
DAFTAR PUSTAKA	72



BAB 1 PENDAHULUAN

1.1.Latar Belakang

Kesehatan jiwa adalah kondisi seseorang yang dapat berkembang secara fisik, mental, spritual, dan sosial sampai pada titik dimana individu tersebut menyadari kemampuannya untuk mengatasi stres, bekerja secara produktif, dan berkontribusi. Gangguan mental merupakan suatu kumpulan gejala atau tingkah laku kognitif yang mempengaruhi seseorang dan berhubungan dengan stress atau gangguan, serta kemungkinan yang lebih tinggi untuk mengalami kematian yang menyiksa, rasa sakit, kecacatan. Gangguan mental adalah masalah kesehatan mental yang parah yang menyebabkan hambatan kognitif, afektif, dan fungsi sosial, sehingga menghalangi orang untuk menjalani kehidupan sehari-hari. Menurut organisasi kesehatan dunia (WHO) gangguan jiwa meliputi skizofrenia, depresi, gangguan bipolar, demensia, dan gangguan perkembangan seperti autisme dan psikosis lainnya (Keperawatan et al., 2024)

Secara internasional skizofrenia merupakan satu diantara 15 pencetus utama gangguan mental yang berdampak pada 20 juta orang (Utami et al., 2019). Menurut data 33 rumah sakit jiwa (RSJ) di seluruh Indonesia sekitar 2,5 juta orang menderita gangguan jiwa yang serius.

Skizofrenia adalah penyakit parah pada proses berpikir yang tidak selaras, asal mula skizofrenia biasanya disebabkan oleh penyebab biologis, genetik dan psikososial. Skizofrenia adalah kondisi mental yang mengganggu kemampuan seseorang untuk berpikir berkomunikasi, merasakan, memahami, dan

mengekspresikan emosi (Asuhan et al., 2023). Ketidakmampuan klien mengatasi stress, mengidentifikasi, dan mengatur halusinasi adalah penyebab utama halusinasi (Keperawatan et al., 2024). Halusinasi memiliki simptom diantaranya berbicara sendiri, tertawa dan tersenyum sendiri, isolasi sosial serta kehilangan kemampuan untuk membedakan nyata dan palsu (Gasril et al., 2020). Hasil yang tidak diinginkan seperti pikiran untuk bunuh diri, pikiran untuk melakukan kekerasan, menyakiti orang lain, hal ini dapat muncul dari halusinasi yang tidak terobati. Respon emosional mereka sering kali tidak menentu, kuat, dan tidak dapat diprediksi ketika mereka bersama orang lain. Halusinasi dapat membuat seseorang kesulitan dalam melakukan komunikasi dan mengidentifikasi apa yang nyata, sehingga menyulitkan mereka melakukan aktifitas rutin secara normal (Keperawatan et al., 2024).

Ada dua pendekatan untuk menangani halusinasi yaitu farmakologis (menggunakan obat) dan non farmakologis (terapi modalitas). Terapi modalitas merupakan pendekatan utama pada keperawatan jiwa. Terapi modalitas berfokus pada pengembangan pola tingkah laku dilakukan secara perlahan-lahan salah satu jenis terapi modalitas yaitu terapi psikoreligius. Terapi psikoreligius tidak hanya mencegah gangguan mental tetapi juga melindungi kesehatan jiwa, meningkatkan proses adaptasi dan penyembuhan (Febrita Puteri Utomo et al., 2021). Salah satu contoh terapi psikoreligius adalah terapi quranic healing. Terapi quranic healing adalah metode penyembuhan yang menawarkan solusi untuk masalah fisik, spritual, dan sosial. Terapi quranic healing berperan penting untuk mengurangi simptom

yang muncul pada klien yang mengalami gangguan persepsi sensorik khususnya halusinasi pendengaran (Rohim et al., 2023).

1.2 Rumusan masalah

Berdasarkan latar belakang masalah tersebut maka dapat dirumuskan masalah bagaimana penerapan asuhan keperawatan jiwa pada ny.i dengan masalah gangguan persepsi sensorik halusinasi pendengaran di RSJ Prof. Ildrem Medan.

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan umum

Memberikan asuhan keperawatan jiwa kepada NY.I dengan masalah gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran di RSJ..M. Prof. ildrem medan.

1.3.2 Tujuan khusus

- 1) Mampu melakukan pengkajian pada NY.I dengan gangguan persepsi: halusinasi pendengaran
- 2) Mampu menegakkan diagnosa dengan masalah keperawatan jiwa pada NY.I dengan gangguan persepsi halusinasi pendengaran
- 3) Mampu menetapkan intervensi keperawatan secara menyeluruh pada NY.I dengan gangguan halusinasi pendengaran
- 4) Mampu mengevaluasi sebagai tolak ukur guna menerapkan asuhan keperawatan pada NY.I dengan gangguan halusinasi pendengaran



BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Skizofrenia

2.1.1 Defisini Skizofrenia

Skizofrenia berasal dari dua kata yaitu "Skizo" artinya retak atau pecah dan "Frenia" artinya jiwa. Oleh karena itu orang yang menderita gangguan jiwa skizofrenia adalah seseorang yang mengalami keretakan jiwa atau kepribadian (*splitting of personality*). Skizofrenia adalah istilah untuk sekelompok psikosis dengan berbagai gangguan kepribadian disertai adanya perubahan yang khas dari cara berpikir, perasaan, dan hubungannya dengan lingkungan (farmakologi dan toksikologi). Skizofrenia merupakan sekelompok reaksi psikotik yang mempengaruhi individu, termasuk cara berpikir, berkomunikasi, merasakan dan menunjukkan emosi, gangguan otak yang ditandai dengan pikiran kacau, waham, halusinasi dan perilaku aneh (Putri & Maharani, 2022)

2.1.2 Etiologi Skizofrenia

(Mashudi, 2021) menyatakan bahwa skizofrenia dapat disebabkan oleh 2 faktor yaitu;

1. Faktor Prediposis

a. Faktor biologis

1. faktor genetik

Faktor genetik adalah utama pencetus dari skizofrenia. Anak yang memiliki satu orang tua biologis penderita skizofrenia tetapi diadopsi

pada saat lahir oleh keluarga tanpa riwayat skizofrenia masih memiliki resiko genetik dari orang tua biologis mereka.

2. Faktor Neuratonomi

Bahwa individu penderita skizofrenia memiliki jaringan otak yang relatif lebih sedikit. Otak pada penderita skizofrenia terlihat sedikit berbeda dengan orang normal, beberapa area terjadi peningkatan maupun penurunan aktivitas metabolik.

3. Neurokimia

Neurokimia secara konsisten memperlihatkan adanya perubahan sistem *neurotransmitters* otak pada individu. Penderita skizofrenia pada orang normal sinyal sinyal persepsi yang datang dikirim kembali dengan sempurna tanpa ada gangguan sehingga menghasilkan perasaan, pemikiran, dan akhirnya melakukan tindakan sesuai kebutuhan saat itu. Pada otak penderita skizofrenia simyal-sinyal yang dikirim mengalami gangguan sehingga tidak berhasil mencapai sambungan sel yang dituju.

b. Faktor psikologis

Skizofrenia terjadi karena kegagalan dalam menyelesaikan perkembangan awal psikososial. Skizofrenia yang parah terlihat pada ketidakmampuan mengatasi masalah yang ada .

c. Faktor sosiokultural dan lingkungan

Faktor sosio kultural dan lingkungan menunjukkan bahwa jumlah individu dari sosial ekonomi kelas rendah mengalami skizofrenia lebih besar dibandingkan dengan individu dari sosial ekonomi yang lebih

tinggi. Kejadian ini berhubungan dengan kemiskinan, akomodasi, perumahan padat, nutrisi tidak memadai, tidak ada perawatan prenatal, dan perasaan putus asa.

2. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi dari skizofrenia antara lain

a. Biologis

Struktur biologis yang berhubungan dengan respons neurobiologis maladaptif meliputi gangguan dalam komunikasi dan putaran umpan balik otak yang mengatur proses balik informasi, abnormalitas pada mekanisme pintu masuk dalam otak yang mengakibatkan ketidakmampuan untuk secara selektif menanggapi stimulus .

b. Lingkungan

Ambang toleransi terhadap stress yang ditentukan secara biologis berinteraksi dengan stressor lingkungan untuk menentukan terjadinya gangguan pikiran.

c. Pemicu gejala

Pemicu yang biasanya terdapat pada respon neurobiologis maladaptif yang berhubungan dengan kesehatan, lingkungan, sikap dan perilaku individu.

2.1.3 Manifestasi skizofrenia

Gejala-gejala skizofrenia menurut (Mashudi, 2021) sebagai berikut:

1. Gejala positif

- a. Waham : keyakinan yang salah tidak sesuai dengan kenyataan, dipertahankan dan disampaikan berulang-ulang (waham kejar, waham curiga dan waham kebesaran).
- b. Halusinasi: gangguan penerimaan panca indra tanpa ada stimulus eksternal (halusinasi pendengaran, penglihatan, pengecapan, pembau, dan perabaan).
- c. Perubahan arus pikir:
 - 1) Arus pikir terputus: dalam pembicaraan tiba-tiba tidak dapat melanjutkan isi pembicaraan.
 - 2) Inkohoren: berbicara tidak selaras dengan lawan bicara (bicara kacau).
 - 3) Neologisme: menggunakan kata-kata yang hanya dimengerti oleh orang lain.

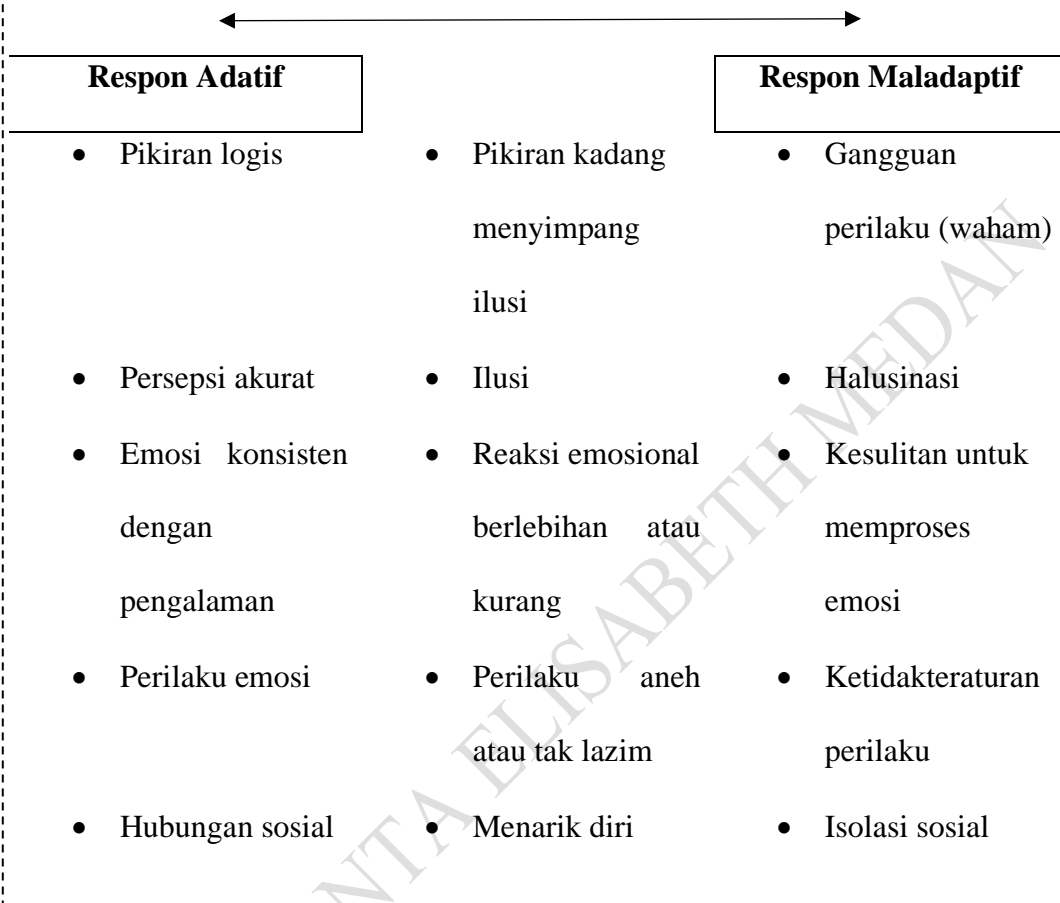
d. Perubahan perilaku

Gejala negatif

- a. Hiperaktif
- b. Agitasi
- c. Iritabilitas

2.1.4 Rentang respon neurologis

Respon neurobiologis skizofrenia (Mashudi, 2021) sebagai berikut;



2.2 Konsep Halusinasi

2.2.1 Pengertian Halusinasi

Halusinasi merupakan salah satu gejala yang ditemukan pada klien dengan gangguan jiwa. Halusinasi identik dengan skizofrenia. Seluruh klien skizofrenia diantaranya mengalami halusinasi. Halusinasi merupakan gangguan persepsi dimana klien mempersepsikan sesuatu yang banyak terjadi. Suatu penerapan panca indra tanpa ada rangsangan dari luar. Suatu penghayatan yang dialami seperti suatu persepsi melalui panca indra tanpa stimulus eksternal. Berbeda dengan ilusi dimana

klien mengalami persepsi pada halusinasi yang terjadi tanpa adanya stimulus yang terjadi. Stimulus internal dipersepsikan sebagai suatu yang nyata oleh klien (Abdul Muhith, 2020). Halusiansi adalah suatu keadaan dimana klien mengalami perubahan sensori persepsi yang disebabkan stimulus yang sebenarnya itu tidak ada (Herawati & Afconneri, 2020)

2.2.2 Tanda dan Gejala

Tanda dan gejaala halusinasi adalah sebagai berikut (Oktiviani, 2020)

Data objektif

1. Berbicara atau tertawa sendiri
2. Marah-marah tanpa sebab
3. Memalingkan muka ke arah telinga seperti mendengar sesuatu
4. Menutup telinga
5. Menunjuk-nunjuk ke arah tertentu
6. Katakutan pada sesuatu yang tidak jelas
7. Mencium sesuatu seperti sedang membaui bau-bauan tertentu
8. Menutup hidung
9. Sering meludah
10. Muntah
11. Menggaruk permukaan kulit

Data objektif

1. Mendengar suara-suara atau kegaduhan
2. Mendengar suara- suara yang mengajak bercakap-cakap
3. Mendengarkan suara menyuruh melakukan sesuatu yang bahaya

4. Melihat bayangan sinar, bentuk kartun, melihat hantu atau monster
5. Mencium bau-bauan seperti bau darah, urin, feses dan kadang-kadang bau itu menyenangkan.
6. Merasakan rasa seperti darah, urin, atau feses
7. Sering mengikuti perintah halusinasinya

2.2.3 Proses Terjadinya Halusinasi

1. Faktor Prediposisi

Faktor prediposisi sebagai faktor resiko yang menjadi sumber terjadinya stress yang mempengaruhi tipe dan sumber dari individu untuk menghadapi stress baik yang biologis, psikososial dan sosial kultural . membedakan stressor prediposisi ini kejadiannya telah berlalu (Yusuf, A.H & , R & Nihayati, 2019)

1) Biologis

Faktor biologis terkait dengan adanya neuropatologi dan ketidakseimbangan dari neurotransmiternya. Dampak yang dinilai sebagai manifestasi adanya gangguan adalah perilaku maladaptif klien (Oktiviani, 2020)

2) Faktor genetic

Genetik juga dapat memicu terjadi halusinasi pada seseorang individu. Faktor genetik dapat berperan dalam respon maladaptif. Terjadinya penyakit jiwa pada individu juga dipengaruhi oleh keluarganya dibanding dengan individu yang tidak mempunyai penyakit terkait (Pratiwi & Setiawan, 2020)

3) Psikologis

Meliputi konsep diri, intelektualitas, kepribadian, moralitas, pengalaman, masa lalu, koping, ketrampilan dan komunikasi secara verbal. Peran merupakan bagian terpenting dari konsep diri secara utuh. Peran yang terlalu banyak dapat menjadi beban bagi kehidupan seseorang. Hal ini akan berpengaruh terhadap diri dan dapat menimbulkan depresi yang berat. Ideal diri adalah harapan, cita-cita serta tujuan yang ingin diwujudkan atau dicapai dalam hidup secara realistis. Identitas diri terkait dengan kemampuan seseorang dalam mengenal siapa dirinya, dengan segala keunikannya. Harga diri merupakan kemampuan seseorang untuk menghargai diri serta memberi penghargaan terhadap kemampuan orang lain (Azizah et al., 2020)

4) Faktor sosial

Ekonomi tersebut meliputi kemiskinan, tidak memadainya sarana dan prasarana, tidak adekuatnya pemenuhan nutrisi, rendahnya pemenuhan kebutuhan perawatan untuk anggota keluarga dan perasaan tidak berdaya. Kultur atau budaya, kepercayaan kebudayaan klien dan nilai pribadi mempengaruhi masalah klien dengan halusinasi. Berdasarkan beberapa pernyataan tersebut dapat disimpulkan bahwa status sosial, ekonomi, pendidikan yang rendah, kurangnya pengetahuan, motivasi yang kurang dan kondisi fisik yang lemah dapat mempengaruhi klien dalam mempertahankan aktifitas klien yang mengalami halusinasi (Oktiviani, 2020)

2. Faktor Presipitasi

Secara umum klien dengan gangguan halusinasi timbul gangguan setelah adanya hubungan yang bermusuhan, tekanan, isolasi, perasaan tidak berguna, putus asa dan tidak berdaya. Faktor presipitasi sebagai suatu stimulus yang dipersepsikan oleh individu apakah dipersepsikan sebagai suatu kesempatan, tantangan, ancaman, atau tuntutan. Stresor presipitasi bisa berupa stimulus internal maupun eksternal yang mengancam individu. Stressor internal atau yang berasal dari sendiri seperti persepsi individu yang tidak baik tentang dirinya, orang lain dan lingkungannya, merasa tidak mampu. Stressor eksternal berasal dari luar diri seperti kurangnya dukungan keluarga, dukungan masyarakat, dukungan kelompok/teman sebaya dan lain-lain (Stuart 2013).

3. **Karakteristik Halusinasi** (Yusuf, A.H & , R & Nihayati, 2019)

Jenis halusinasi	Karakteristik
Pendengaran	Mendengarkan 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-bauan tertentu seperti bau darah, bau urin, atau bau fases, umumnya bau-bauan yang tidak menyenangkan. Halusinasi penghidu sering akibat dari stroke, tumor, kejang, atau dimensia.
Pengecapan	Merasa mengecap rasa sesuatu seperti darah, urine , fases
Perabaan	Mengalami nyeri atau ketidaknyamanan tanpa stimulus yang jelas. Rasa seperti tersetrum listrik yang datang dari tanah, benda mati, atau orang lain
<i>Cenesthetics</i>	Merasakan fungsi tubuh seperti aliran darah divena atau arteri, pencernaan makanan atau pembentukan urin
<i>Kinesthetics</i>	Merasakan pergerakan saat berdiri tanpa bergerak

4. Rentang Respon Halusinasi

Halusinasi merupakan salah satu respon maladaptif individu yang berada dalam rentang respon neurobiologis. Jika klien sehat maka persepsi akurat, mampu mengidentifikasi dan meninterprestasikan stimulus berdasarkan informasi yang diterima melalui pancaindra, pendengaran, penglihatan, pengecapan, dan perabaan). Klien dengan halusinasi mempersepsikan stimulus panca indra walaupun sebenarnya stimulus tersebut tidak ada. Respon individu yang

mengalami kelainan persepsi yaitu salah mempersepsikan stimulus yang diterimanya yang disebut dengan ilusi. Klien mengalami ilusi jika interpretasi yang dilakukan terhadap stimulus panca indra tidak akurat sesuai dengan stimulus yang diterima (Oktiviani, 2020).

2.2.4 Penataklaksanaan Halusinasi

a. Penataklaksanaan medis

Penataklaksanaan klien skizofrenia yang mengalami halusinasi adalah dengan pemberian obat-obatan dan tindakan (Azizah et al., 2020)

1) Psikofarmologi obat yang lazim digunakan pada gejala halusinasi pendengaran yang merupakan gejala psikosis pada klien skizofrenia adalah obat anti psikosis. Adapun kelompok yang umum digunakan adalah fenotiazine asetofenazin (tindal), klorpromazin (thorazine), flufenazin (prolixine/ permitil), mesoridazin (serentil), perfenazin (trilafon), prokloperazin (compazin), promazin (sparine), tioridazin (mellari), trifluoperazine (stelazine), trifluopromazin (vesprin), tioksanten klorproiksen (taractan), tioksen (navane)

2) Terapi kejang listrik / *electro convulsive therapy* (ECT)

ECT adalah pengobatan untuk menimbulkan kejang grandmall secara artifical dengan melawan aliran listrik melalui electrode yang dipasang pada satu atau dua temple, terapi kejang listrik diberikan pada skizofrenia yang tidak mempan dengan terapi neuroleptika oral atau injeksi, dosis terapi kejang listrik 4-5 joule/ detik .

b. Penatalaksanaan keperawatan

1) Terapi aktifitas kelompok (TAK)

Penatalaksanaan pada sesi 2 sampai 5 terapi aktifitas kelompok stimulus persepsi dilakukan untuk menghardik halusinasi, stimulus mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan, stimulus mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap, dan stimulus persepsi mengontrol dengan patuh minum obat (Soedirman & Journal, 2019)

2) Mengajarkan SP kepada pasien halusinasi (Ngapiyem & Kurniawan, 2019):

- a) Strategi pelaksanaan 1 : mengenal masalah halusinasi dan melatih mengontrol halusinasi dengan cara menghardik.
- b) Strategi pelaksanaan 2 : melatih halusinasi bercakap-cakap dengan orang lain
- c) Strategi pelaksanaan 3 : melatih halusinasi patuh minum obat
- d) Strategi pelaksanaan 4 : melatih halusinasi kegiatan terjadwal

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan

2.3.1 Pengkajian keperawatan

Pengkajian merupakan tahap awal dalam proses keperawatan yang salah satu dilakukan dalam tahap pengkajian keperawatan ini adalah pengumpulan data. Pengumpulan data yang dikumpulkan meliputi data pasien secara *holistik*, yakni meliputi aspek biologis, psikologis, sosial, dan spritual. Seseorang diharapkan memiliki kesadaran atau kemampuan titik diri (*self awareness*), kemampuan mengobservasi dengan akurat, berkomunikasi secara teraupetik dan kemampuan berespons secara efektif (Mashudi, 2021)

Aspek yang harus dikaji selama proses pengkajian meliputi faktor: prediposisi., faktor presipitasi, penilaian terhadap stressor, sumber koping, dan kemampuan koping yang dimiliki klien (Mashudi, 2021) Secara lebih struktural proses pengkajian keperawatan jiwa adalah sebagai berikut:

a. Identitas klien

1. Perawat yang merawat klien melakukan perkenalan dan kontrak dengan klien tentang: nama perawat, nama klien tujuan yang akan dilakukan, waktu tempat pertemuan serta topik yang akan datang.
2. Usia dan no rekam medis
3. Agama
4. Alamat
5. Informasi keluarga yang bisa dihubungi.

b. Keluhan utama/ alasan masuk

tanyakan pada keluarga klien alasan klien dibawa kerumah sakit jiwa, apa yang sudah dilakukan keluarga terhadap klien sebelum dibawa kerumah sakit jiwa serta hasilnya. Pada umumnya klien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran di bawa ke rumah sakit jiwa karena keluarga merasa tidak mampu merawat klien, keluarga merasa terganggu karena perilaku klien dengan gejala yang tidak normal yang dilakukan klien seperti mengarahkan telnga pada sumber tertentu, berbicara atau tertawa sendiri, marah-marah tanpa sebab dan klien biasanya sering menutup telinganya sehingga keluarga berinisiatif membawa klien kerumah sakit jiwa.

c. Faktor Predisposisi

Tanyakan pada klien/keluarga :

1. Apakah pernah mengalami gangguan jiwa pada masa lalu, karena pada umumnya apabila klien dengan gangguan persepsi sensoris : halusinasi pendengaran walaupun sebelumnya pernah mendapat perawatan di rumah sakit jiwa, tetapi pengobatan yang dilakukan masih meninggalkan gejala sisa, sehingga klien kurang dapat beradaptasi dengan lingkungannya. Gejala sisa ini disebabkan akibat trauma yang dialami klien, gejala ini cenderung timbul apabila klien mengalami penolakan didalam keluarga atau lingkungan sekitarnya.
2. Apakah pernah melakukan atau mengalami penganiayaan fisik.
3. Apakah pernah mengalami penolakan dari keluarga dan lingkungan.
4. Apakah pernah mengalami kejadian/trauma yang tidak menyenangkan pada masa lalu.

d. Pemeriksaan fisik

Klien dengan gangguan persepsi sensoris : halusinasi pendengaran pada umumnya yang dikaji meliputi TTV (Tekanan Darah, Nadi, Pernafasan dan suhu), Tinggi badan, serta keluhan fisik lainnya.

e. Psikososial

1) Genogram

Genogram pada umumnya dibuat dalam 3 generasi yakni menggambarkan garis keturunan keluarga klien, apakah anggota keluarga ada yang mengalami gangguan jiwa seperti yang dialami oleh klien, pola komunikasi klien, pola asuh serta siapa pengambilan keputusan dalam keluarga.

1) Konsep diri Konsep diri meliputi sebagai berikut :

a) Citra tubuh

Tanyakan persepsi klien terhadap tubuhnya, bagian tubuh yang disukai dan tidak disukai. Pada umumnya klien dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran tidak ada keluhan mengenai persepsi klien terhadap tubuhnya, seperti bagian tubuh yang tidak disukai.

b) Identitas diri

Tanyakan kepuasan klien dengan jenis kelaminnya, kepuasan klien dengan statusnya didalam keluarga dan masyarakat. Pada umumnya klien dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran merupakan anggota dari suatu masyarakat dan keluarga. tetapi karena klien mengalami gangguan jiwa dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran maka interaksi klien dengan keluarga maupun masyarakat tidak efektif sehingga klien merasa tidak puas akan status ataupun posisi klien sebagai anggota keluarga dan masyarakat.

c) Peran diri

Tanyakan pada klien tentang tugas/peran yang dilakukannya dalam keluarga di lingkungan masyarakat. Pada umumnya klien dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran kurang dapat melakukan peran dan tugasnya dengan baik sebagai anggota keluarga dalam masyarakat.

d) Ideal diri

Tanyakan pada klien harapan terhadap penyakitnya. Pada umumnya klien dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran ingin cepat pulang serta diperlakukan dengan baik oleh keluarga ataupun masyarakat saat pulang nanti sehingga klien dapat melakukan perannya sebagai anggota keluarga atau anggota masyarakat dengan baik.

e) Harga diri

Pada umumnya klien dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran memiliki hubungan yang kurang baik dengan orang lain sehingga klien merasa dikucilkan di lingkungan sekitar.

3) Hubungan sosial

Tanyakan kepada klien siapa orang terdekat dalam kehidupannya, tempat mengadu, dan tempat bicara, serta tanyakan kepada klien kelompok apa saja yang diikutinya dalam masyarakat. pada umumnya klien dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran cenderung dekat dengan kedua orang tuanya, terutama dengan ibunya. Karena klien sering marah-marah , bicara kasar, melempar atau memukul orang lain, sehingga klien tidak pernah berkunjung kerumah tetangga dan klien tidak pernah mengikuti kegiatan yang ada dilingkungan masyarakat.

2) Spiritual

I. Nilai keyakinan

Tanyakan pada klien tentang pandangan serta keyakinan klien terhadap gangguan jiwa sesuai dengan norma budaya dan agama yang dianut klien. Pada umumnya klien dengan gangguan persepsi sensorial : halusinasi pendengaran tampak menyakini agama yang dianutnya dengan dibuktikan melakukan ibadah sesuai dengan keyakinannya.

II. Kegiatan ibadah

Tanyakan pada klien tentang kegiatan ibadah yang dilakukannya di rumah, baik secara individu maupun secara kelompok. Pada umumnya klien dengan gangguan persepsi sensorial : halusinasi pendengaran tampak kurang (jarang) melakukan ibadah sesuai dengan keyakinannya.

f. Status mental

1) Penampilan

Mengamati/mengobservasi penampilan klien dari ujung rambut sampai ujung kaki seperti : rambut acak acakkan, kancing baju tidak tepat, resleting tidak dikunci, baju terbalik, baju tidak diganti-ganti serta penggunaan pakaian yang tidak sesuai. Pada umumnya klien dengan gangguan persepsi sensorial : halusinasi pendengaran tampak berpenampilan kurang rapi, rambut acakacakan, mulut dan gigi kotor, serta bau badan.

2) Pembicaraan

Mengamati/mengobservasi pembicaraan klien apakah cepat, keras, gagap, membisu, apatis, lambat serta pembicaraan yang berpindahpindah dari satu kalimat

ke kalimat lain. Pada umumnya klien dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi, pendengaran berbicara lambat dan tidak mampu memulai pembicaraan.

3) Aktivitas Motorik

Mengamati/mengobservasi kondisi fisik klien. Pada umumnya klien terlihat gelisah, berjalan mondar-mandir dengan gerakan mulut yang seakan-akan sedang berbicara.

4) Alam perasaan

Mengamati/mengobservasi kondisi perasaan klien. Pada umumnya klien merasakan sedih, putus asa, gembira yang berlebihan, serta marah tanpa sebab.

5) Afek Mengamati/mengobservasi kondisi emosi klien.

Pada umumnya klien mempunyai emosi labil tanpa ada sebab. Tiba tiba klien menangis dan tampak sedih lalu diam menundukkan kepala.

6) Interaksi selama wawancara

Mengamati/mengobservasi kondisi klien selama wawancara. Pada umumnya klien memperlihatkan perilaku yang tidak kooperatif, lebih banyak diam diri, pandangan mata melihat kearah lain ketika diajak bicara.

7) Persepsi

Mengamati/mengobservasi jenis halusinasi yang terjadi pada klien. Pada umumnya klien cenderung mendengar, melihat, meraba, mengecap sesuatu yang tidak nyata dengan waktu yang tidak diketahui dan tidak nyata.

8) Proses pikir

Mengamati/mengobservasi proses pikir klien selama wawancara. Pada umumnya klien cenderung apabila akan menjawab pertanyaan terdiam dulu, seolah

olah sedang merenung lalu mulai menjawab, kemudian jawaban belum selesai diutarakan, klien diam lagi kemudian meneruskan jawabannya dengan singkat.

9) Isi pikir

Mengamati/mengobservasi isi pikiran klien selama wawancara. Pada umumnya klien dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran merasa lebih senang menyendiri daripada berkumpul dengan orang lain. Saat diajak untuk duduk-duduk dan berbincang bincang dengan klien yang lain, klien menolak dengan menggelengkan kepala.

10) Tingkat kesadaran

Mengamati/mengobservasi tingkat kesadaran klien. Pada umumnya klien dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran tingkat kesadarannya yaitu stupor dengan gangguan motorik seperti kekakuan, gerakan yang diulang-ulang, anggota tubuh klien dengan sikap yang canggung serta klien terlihat kacau.

11) Memori

Mengamati/mengobservasi gangguan daya ingat klien. Pada umumnya klien dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran memiliki memori yang konfabulasi. Memori konfabulasi merupakan pembicaraan yang tidak sesuai dengan kenyataan (memasukkan cerita yang tidak benar yang bertujuan untuk menutupi gangguan yang dialaminya).

12) Tingkat konsentrasi dan berhitung

Mengamati/mengobservasi tingkat konsentrasi dan kemampuan berhitung klien selama wawancara. Pada umumnya klien dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran cenderung tidak mampu berkonsentrasi, klien tidak dapat

menjelaskan kembali pembicaraannya dengan dibuktikan selalu meminta agar pernyataan yang diucapkan oleh seseorang untuk diulangkan kembali.

13) Kemampuan penilaian

Mengamati gangguan kemampuan penilaian klien, apakah gangguan kemampuan penilaian ringan yakni dapat mengambil keputusan yang sederhana dengan bantuan orang lain seperti : berikan kesempatan kepada klien untuk memilih mandi dahulu sebelum makan atau makan dahulu sebelum mandi yang sebelumnya diberi penjelasan terlebih dahulu dan klien dapat mengambil keputusan. Mengamati gangguan kemampuan penilaian bermakna yakni tidak mampu mengambil keputusan walaupun dibantu oleh orang lain seperti : berikan kesempatan kepada klien untuk memilih mandi dahulu sebelum makan atau makan dahulu sebelum mandi yang sebelumnya diberi penjelasan terlebih dahulu dan klien tetap tidak dapat mengambil keputusan. Biasanya klien dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran cenderung memiliki kemampuan penilaian yang baik, seperti jika disuruh untuk memilih mana yang dilakukan dahulu antara berwudhu dengan sholat, maka klien akan menjawab berwudhu terlebih dahulu.

14) Daya tilik diri

Mengamati/mengobservasi klien tentang penyakit yang di deritanya. Pada umumnya klien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran menyadari bahwa ia berada dalam masa pengobatan untuk mengendalikan emosinya yang labil.

g. Kebutuhan persiapan pulang

1) Makan

Tanyakan dan mengobservasi tentang porsi, frekuensinya, variasinya, dan jenis makanan pantangan klien dalam makan, serta kemampuan klien dalam menyiapkan dan membersihkan alat makan. Klien dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran makan 3 x sehari dengan porsi (lauk pauk, nasi, sayur, serta buah).

2) BAB/BAK

Mengamati/mengobservasi kemampuan klien untuk defekasi dan berkemih, seperti pergi ke wc, membersihkan diri.

3) Mandi

Tanyakan dan mengobservasi tentang frekuensi, cara mandi, menyikat gigi, cuci rambut, gunting kuku, dan bercukur serta observasi kebersihan tubuh dan bau badan klien. Klien dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran mandi 2 x sehari dan membersihkan rambut 1 – 2 x/hari kecuali ketika emosi labil.

4) Berpakaian

Mengamati/mengobservasi kemampuan klien untuk mengambil, memilih, dan mengenakan pakaian serta alas kaki klien serta observasi penampilan dan dandanan klien. Klien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran mengganti pakaiannya setiap selesai mandi dengan menggunakan pakaian yang bersih.

5) Istirahat dan tidur

Tanyakan dan observasi lama waktu tidur siang/malam klien, apa aktivitas yang dilakukan sebelum tidur serta aktivitas yang dilakukan setelah tidur.

6) Penggunaan obat

Tanyakan dan observasi pada klien dan keluarga tentang penggunaan obat yang dikonsumsi serta reaksi yang ditimbulkannya. Klien dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran minum obat 3 x sehari dengan obat oral serta reaksi obat dapat tenang dan tidur (sesuai advis dokter).

7) Pemeliharaan kesehatan

Tanyakan pada klien dan keluarga tentang apa, bagaimana, kapan dan tempat perawatan lanjutan serta siapa saja sistem pendukung yang dimiliki (keluarga, teman, dan lembaga pelayanan kesehatan) serta cara penggunaannya.

8) Kegiatan di dalam rumah

Tanyakan kemampuan klien dalam merencanakan, mengolah dan menyajikan makanan, merapikan rumah (kamar tidur, dapur, menyapu dan mengepel), mencuci pakaian sendiri serta mengatur kebutuhan biaya sehari-hari.

9) Kegiatan di luar rumah

Tanyakan kemampuan klien dalam belanja untuk keperluan sehari hari, (melakukan perjalanan mandiri yaitu dengan berjalan kaki, menggunakan kendaraan pribadi, dan kendaraan umum), serta aktivitas lain yang dilakukan diluar rumah (bayar listrik/telepon/air/ke kantor pos/dan ke bank).

h. Mekanisme koping

Mekanisme koping pada klien dengan masalah gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran dalam mengatasi masalah yang dihadapinya, antara lain:

1) Regresi

Klien dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran cenderung akan menghindari masalah yang di hadapinya.

2) Proyeksi

Klien dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran cenderung menjelaskan perubahan suatu persepsi dengan berusaha untuk mengalihkan tanggung jawab kepada orang lain.

3) Menarik diri

Klien dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran cenderung sulit mempercayai orang lain dan asyik dengan stimulus internal yang dirasakannya.

i. Masalah psikososial dan lingkungan

Pada umumnya klien dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran memiliki masalah dengan psikososial dan lingkungannya, seperti pasien yang tidak dapat berinteraksi dengan keluarga atau masyarakat karena perilaku pasien yang membuat orang disekitarnya merasa ketakutan.

j. Pengetahuan

Klien dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran biasanya memiliki pengetahuan yang baik dimana dia bisa menerima keadaan penyakitnya dan mengalami perawatan.

k. Aspek Medis

Klien dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran biasanya mendapatkan pengobatan seperti : Chlorpromazine (CPZ) 2 x 10 mg, Trihexyphenidyl (THZ) 2 x 2 mg, dan Risperidone 2 x 2 mg.

2.3.2 Analisa Data Keperawatan

Masalah keperawatan	Data yang perlu dikaji
Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran	Subjektif <ol style="list-style-type: none">1. Klien mengatakan mendengar suara atau kegaduhan2. Klien mengatakan mendengar suara yang mengajaknya untuk bercakap-cakap3. Klien mengatakan mendengar suara yang menyuruhnya untuk melakukan sesuatu yang berbahaya4. Klien mengatakan mendengar suara yang mengancam dirinya atau orang lain Objektif <ol style="list-style-type: none">1. Klien tampak bicara sendiri

	<ol style="list-style-type: none">2. Klien tampak tertawa sendiri3. Klien tampak marah-marah tanpa sebab4. Klien tampak mengarahkan telinga ke arah tertentu5. Klien tampak menutup telinga6. Klien tampak menunjuk-nunjuk ke arah tertentu
--	---

2.3.3 Daftar Masalah Keperawatan

- a. Resiko perilaku kekerasan
- b. Gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran.
- d. Gangguan proses pikir : Waham
- e. Isolasi sosial
- f. Harga diri rendah
- g. Defisit Perawatan Diri
- h. Resiko Bunuh Diri

2.3.4 Rencana Tindakan Keperawatan

Tindakan keperawatan adalah tahap ketika perawat mengaplikasikan rencana asuhan keperawatan guna membantu klien mencapai tujuan yang telah ditetapkan (Mashudi, 2021) Sebelum tindakan keperawatan diimplementasikan, perawat perlu memvalidasi apakah rencana tindakan yang ditetapkan masih sesuai dengan kondisi pasien saat ini (*here and now*) Terdapat 3 fase dalam dalam komunikasi terapeutik, dimana fase pertama yaitu fase orientasi yang



menggambarkan situasi pelaksanaan tindakan yang akan dilakukan, kontrak waktu, dan tujuan pertemuan yang diharapkan. Fase kerja berisi beberapa pertanyaan yang akan diajukan untuk pengkajian lanjut, pengkajian tambahan, penemuan masalah bersama dan/atau penyelesaian tindakan. Fase terminasi merupakan saat untuk mengevaluasi tindakan yang telah dilakukan, menilai keberhasilan atau kegagalan dan merencanakan untuk kontrak waktu pertemuan selanjutnya. (Mashudi, 2021)

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	SLKI	SIKI
1	Gangguan persepsi sensorik/ halusinasi pendengaran (D.0085) b/d distrorsi sensorik, bersikap seolah mendengar sesuatu, menyendiri, berbicara sendiri, melamun, melihat ke suatu arah, dan mondar mandir . Halaman SDKI: 190	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan persepsi sensorik membaik (L.09083) 1. Verbalisasi mendengar bisikan menurun 2. Perilaku halusinasi menurun 3. Bicara sendiri menurun 4. Mondar mandir menurun	Manajemen keperawatan (I.09288) Observasi : 1. Monitor perilaku yang mengindikasi halusinasi 2. Monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulus lingkungan 3. Monitor isi halusinasi (mis. Kekerasan atau membahayakan diri sendiri) Teraupetik :



		<p>5. Tertawa sendiri menurun</p> <p>6. Mencari sumber suara menurun</p>	<p>1. Pertahankan lingkungan aman</p> <p>2. Lakukan tindakan keselamatan ketika tidak dapat mengontrol perilaku</p> <p>3. Diskusikan perasaan dan respon terhadap halusinasi</p> <p>4. Hindari perdebatan tentang validitas halusinasi</p> <p>Edukasi :</p> <p>1. Anjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi</p> <p>2. Anjurkan bicara pada orang yang dipercayai untuk memberi dukungan dan umpan balik trehadap halusinasi</p>
--	--	--	--



			<p>3. Anjurkan melakukan distraksi (misalnya mendengarkan musik dan teknik relaksasi).</p> <p>4. Ajarkan pasien dan keluarga untuk mengontrol halusinasinya.</p> <p>Halaman : SIKI 178</p>
2	<p>Harga diri rendah kronis (D.0086) b/d perasaan negatif dengan dirinya sendiri ditandai dengan NY.I mengatakan klien merasa tidak berguna atas penyakitnya</p> <p>Halaman SDKI : 192</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan harga diri meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Penilaian diri positif meningkat2. Perasaan memiliki kelebihan positif meningkat3. Kontak mata meningkat4. Perasaan malu menurun	<p>Manajemen perilaku (I.12463)</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none">• Identifikasi harapan untuk mendendalikan perilaku <p>Teraupetik :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Diskusikan tanggung jawab terhadap perilaku2. Jadwalkan kegiatan terstruktur



		5. Perasaan bersalah menurun	3. Ciptakan dan lingkungan dan kegiatan 4. Tingkatkan aktifitas fisik sesuai kemampuan 5. Bicara dengan nada yang tenang Halaman SIKI: 211
3	Defisit perawatan diri (D.0109) b/d gangguan psikotik ditandai dengan NY.I mengatakan mandi 1x sehari dan NY.I mengatakan capek jika mandi terus . Klien tampak kotor tidak mengganti pakaiannya, dan aroma badan berbau khas.	Setelah dilakukan keperawatan diharapkan defisit perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil: 1. Kemampuan mandi meningkat 2. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat	Dukungan perawatan diri (I.11348) Observasi : 1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri 2. Memonitor tingkat kemandirian 3. Identifikasi alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan Teraupetik :

	Halaman SDKI: 240	3. Minat melakukan perawatan diri meningkat.	1. Sediakan lingkungan yang terapeutik 2. Siapkan keperluan pribadi (sikap gigi dan sabun mandi) 3. Dampingi dalam perawatan diri sampai mandiri 4. Fasilitas untuk menerima keadaan ketergantungan 5. Jadwalkan rutinitas perawatan diri Halaman SIKI: 36
--	--	--	--

2.3.5 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan tindakan yang disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan yang telah disusun sebelumnya berdasarkan prioritas yang telah dibuat dimana tindakan yang diberikan mencakup tindakan mandiri maupun *kolaboratif*. Sebelum melaksanakan tindakan keperawatan yang sudah direncanakan perawat perlu memvalidasi apakah rencana tindakan keperawatan

masih dibutuhkan dan sesuai dengan kondisi klien pada saat ini (*here and now*) dan sebelumnya harus dilakukan kontrak dengan klien.

2.3.6 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tahap kelima atau terakhir dalam proses keperawatan. Penilaian terakhir pada proses keperawatan yang ditetapkan, penetapan keberhasilan asuhan keperawatan didasarkan pada perubahan perilaku dari kriteria hasil yang sudah ditetapkan, yaitu terjadi adaptasi pada individu. Menurut Keliati (2014), evaluasi terhadap masalah keperawatan halusinasi meliputi kemampuan pasien dan keluarganya serta kemampuan keluarga dalam merawat pasien halusinasi. Beberapa hal yang harus dievaluasi adalah sebagai berikut (Trimelia, 2011):

- (1) Apakah klien dapat mengenal halusinasinya, yaitu isi halusinasi, situasi, waktu, dan frekuensi munculnya halusinasi.
- (2) Apakah klien dapat mengungkapkan perasaannya ketika halusinasi muncul.
- (3) Apakah klien dapat mengontrol halusinasi dengan menggunakan empat cara baru, yaitu menghardik, menemui orang lain dan bercakap-cakap, melaksanakan aktivitas terjadwal dan patuh minum obat.
- (4) Apakah keluarga dapat mengetahui pengertian halusinasi, jenis halusinasi yang dialami pasien, tanda dan gejala halusinasi, dan caracara merawat pasien halusinasi.
- (5) Apakah keluarga dapat merawat pasien langsung dihadapan pasien.
- (6) Apakah keluarga dapat membuat perencanaan *follow up* dan rujukan pasien



BAB 3
ASUHAN KEPERAWATAN

RUANGAN RAWAT : ANGGREK

TANGGAL DIRAWAT : 24 Maret 2025

I. IDENTITAS KLIEN

Inisial : Ny. I (P)
Tanggal pengkajian : 26 maret 2025
Umur : 53 tahun
RM No : 04-66-59
Informan : klien dan rekam medik

II. ALASAN MASUK

Klien marah-marah , bicara sendiri, susah tidur, dan tidak mau minum obat.

III. FAKTOR PREDISPOSISI

1. Pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu?

Ya 2020 Tidak

2. Pengobatan sebelumnya.

Berhasil Kurang Berhasil Tidak Berhasil

1.	Pelaku/Usia	Korban/Usia	Saksi/Usia
Ananiaya fisik	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ananiaya seksual	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Penolakan	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kekekerasan dalam keluarga	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tindakan kriminal	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Jelaskan no.1.2.3. : pada pengobatan sebelumnya klien sudah bisa pulang / berhasil pengobatan tetapi kembali lagi ke rumah sakit dan klien tidak teratur minum obat dan berbicara sendiri.

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

2. Adakah anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa

Ya

Tidak

Hubungan keluarga : Gejala Riwayat pengobatan/perawat Baik (tampak berbicara sendiri tidak rutin minum obat, tanpa sebab)

Masalah keperawatan : Gangguan persepsi sensori (halusinasi pendengaran)

3. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan: Tidak ada

Masalah keperawatan : tidak ada masalah (TAK)

IV. FISIK

1. Tanda vital : TD : 137/ 83 N : 86 S : 36,5 P: 20

2. Ukur : TB : 156 cm BB : 52 kg

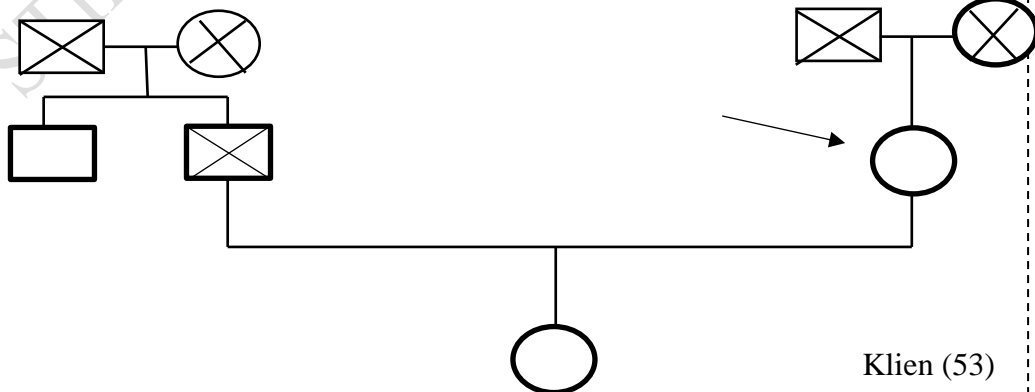
3. Keluhan fisik : Ya Tidak

Jelaskan : tidak ada

Masalah keperawatan : tidak ada masalah (TAK)

V. PSIKOSOSIAL

1. Genogram



Jelaskan : klien tinggal bersama anaknya, alm. Suaminya sudah meninggal di tahun 2020 (sakit) orang tua dari dua pihak sudah tidak ada (tidak dapat dikaji); klien mempunyai 1 anak perempuan dari keluarga tidak ada faktor genetik

Masalah keperawatan : tidak ada masalah (TAK)

2. Konsep diri

a. Gambaran diri : klien menyukai anggota tubuhnya

b. Identitas : klien dapat menyebutkan nama, alamat dan tempat/tanggal lahir

c. Peran : klien dapat berperan sebagai ibu

d. Ideal diri : klien mengatakan ingin cepat sembuh dari sakitnya

e. Harga diri : klien merasa tidak berguna karena penyakitnya

Jelaskan : -

Masalah keperawatan : Harga diri rendah

3. Hubungan sosial

a. Orang yang berarti : keluarga (anak)

b. Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat : tidak ada peran

c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain : penyakitnya

Masalah keperawatan : Isolasi sosial

4. Spiritual

a. Nilai dan keyakinan : Klien beragama islam dan menyakini keyakinannya

b. Kegiatan ibadah : Klien rutin sholat 5 waktu

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah (TAK)

VI. STATUS MENTAL

1. Penampilan

Tidak rapih

Penggunaan pakaian tidak sesuai

Cara berpakaian seperti biasanya

Jelaskan : klien berpakaian tidak sesuai dan tidak rapi

Masalah keperawatan : Defisit Perawatan diri terkait dengan mandi hanya 1x sehari



2. Pembicaraan

Cepat Keras Gagap Inkoheren

Apatis Lambat Membisu Tidak mampu memulai pembicaraan

Jelaskan : klien berbicara jelas

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah (TAK)

3. Aktivitas motorik :

Lesu Tegang Gelisah Agitasi
 Tik Grimasen Tremor Kompulsif

Jelaskan : klien dapat melakukan aktivitas motorik

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah (TAK)

4. Alam perasaan

Sedih Ketakutan Putus asa Khawatir Gembira berlebihan

Jelaskan : klien merasa sedih dikarenakan dirawat di Rsj. Prof I
Ildrem

Masalah keperawatan : Gangguan suasana perasaan

5. Afek

Datar Tumpul Labil Tidak sesuai

Jelaskan : afek sesuai saat diwawancarai

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah (TAK)

6. Interaksi selama wawancara

Bermusuhan Tidak kooperatif Mudah tersinggung
 Kontak mata Defensive curiga

Jelaskan : klien ada kontak mata saat diwawancarai

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah (TAK)

7. Persepsi

Pendengar Penglihatan Perabaan
 Pengecapan Penghidu

Jelaskan : klien mengatakan mendengar suara bisikan-bisikan

Masalah keperawatan : Gangguan persepsi sensori/ halusinasi pendengaran

8. Proses pikir

- Sirkumtansial Tangensial Kehilangan asosiasi
 Flight of idea *Blocking* Pengulangan pembicaraan/
persevarasi

Jelaskan : klien tidak mengalami gangguan proses pikir

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah (TAK)

9. Isi pikir

- Obsesi Fobia Hipokondri
 Depersonalisasi Ide yang terkait Pikiran magis

Waham

- Agama Somatic Kebesaran Curiga
 Nihilistic Sisip pikir Siar pikir Kontrol pikir

Jelaskan : -

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah (TAK)

10. Tingkat kesadaran

- Bingung Sedasi Stupor
Disorientasi
 Waktu Tempat Orang

Jelaskan : klien tampak bingung saat di wawancara

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan (TAK)

11. Memori

- Gangguan daya ingat jangka panjang Gangguan daya ingat
jangka pendek
 Gangguan daya ingat saat ini Konfabulasi

Jelaskan : klien dapat menyebut nama, waktu, tempat, orang

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah (TAK)

12. Tingkat konsentrasi dan berhitung

- Mudah beralih Tidak mampu konsentrasi Tidak mampu berhitung
sederhana

Jelaskan : klien dapat konsentrasi selama berhitung

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah (TAK)

13. Kemampuan penilaian

- Gangguan ringan Gangguan bermakna



Jelaskan : klien mampu membedakan yang baik dan buruk

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah (TAK)

14. Daya tilik diri

Mengingkari penyakit yang diderita

Menyalahkan hal-hal diluar dirinya

Jelaskan : klien mengingkari penyakit yang diderita

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah (TAK)

VII. KEBUTUHAN PERSIAPAN PULANG

1. Makan

Bantuan minimal

Bantuan total

2. BAB/BAK

Bantuan minimal

Bantuan total

Jelaskan : klien dapat menyediakan makanan dan pakaian

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah (TAK)

3. Mandi

Bantuan minimal

Bantuan total

4. Berpakaian/berhias

Bantuan minimal

Bantuan total

5. Istirahat dan tidur

Tidur siang lama : 14.00 s/d 16.00

Bantuan minimal :

s/d _____

Bantuan minimal/sesudah tidur

6. Penggunaan obat

Bantuan minimal

Bantuan total

7. Pemeliharaan kesehatan

Perawatan lanjutan

Ya

Tidak

Perawatan pendukung

Ya

Tidak

Jelaskan :-

Masalah keperawatan :-

8. Kegiatan didalam rumah



- Mempersiapkan makanan Ya Tidak
- Menjaga kerapian rumah Ya Tidak
- Mencuci pakaian Ya Tidak
- Pengaturan keuangan Ya Tidak

Jelaskan : -

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah (TAK)

9. Kegiatan diluar rumah

- Belanja Ya Tidak
- Transportasi Ya Tidak
- Lain-lain Ya Tidak

Jelaskan :-

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah (TAK)

VIII. MEKANISME KOPING

Adaptif

- Bicara dengan orang lain
- Mampu menyelesaikan masalah
- Teknik relaksasi
- Aktivitas konstruktif
- Olahraga
- Lainnya _____

Maladaptif

- Minum alkohol
- Reaksi lambat / berlebih
- Bekerja berlebihan
- Menghindar
- Mencederai diri
- Lainnya _____

Masalah keperawatan :

IX. MASALAH PSIKOSOSIAL DAN LINGKUNGAN

- Masalah dengan dukungan kelompok spesifik _____
- Masalah berhubungan dengan lingkungan spesifik _____
- Masalah dengan pendidikan. spesifik _____
- Masalah dengan pekerjaan. spesifik _____



- Masalah dengan perumahan.
spesifik _____
- Masalah ekonomi
.spesifik _____
- Masalah dengan pelayanan kesehatan.
spesifik _____
- Masalah lainnya.
spesifik _____

Masalah keperawatan :

X. PENGETAHUAN KURANG TENTANG

- Penyakit jiwa
- Faktor presipitasi
- Koping
- Lainnya _____
- Sistem pendukung
- Penyakit fisik
- Obat-obatan

Masalah keperawatan:

XI. ASPEK MEDIK

Diagnosis Medik : Gangguan persepsi sensorik / Halusinasi Pendengaran

Terapi medik : -

Nama Obat	Dosis	Efek terapi	Efek samping
Resperidone 2 mg	2x1	Kejang, dan gelisah	Mengantuk, sakit kepala
Trinexyphenidyl 2 mg /THP	2x1	Mengatasi kekakuan pada otot	Mual, muntah, pusing, dan penglihatan kabur dan sakit kepala
Depacote er 500 mg (p)	1x1	Anti epilepsi	Mual dan sembelit
Clozapin 25 mg (m)	1x1	Skizofrenia	Rasa kantuk, sakit kepala, dan gemetar atau tremor

Glimeperide 2 mg (p)	1x1	Anti diabetis	Gula darah rendah
Melformin 500 mg	2x1	Gula	Ngantuk

XII. DAFTAR MASALAH KEPERAWATAN

Gangguan persepsi sensorik / Halusinasi pendengaran

Defisit perawatan diri

Harga diri rendah

XIII. DAFTAR DIAGNOSIS KEPERAWATAN

Gangguan persepsi sensorik / Halusinasi pendengaran

Analisis Data

Data		Masalah
Data Subjektif: <ul style="list-style-type: none">- klien mengatakan sering mendengar suara-suara yang menyuruhnya 'pergi pergi''- Klien mengatakan suara-suara tersebut muncul 2x/hari , muncul pada saat pagi setelah bangun tidur dan malam sebelum tidur bahkan saat pasien merasa sendiri- Ny. I mengatakan suara muncul 3 menitan	Data Objektif: <ul style="list-style-type: none">- Klien tampak bolak mandir- Klien tampak gelisah- Klien tampak senyum sendiri- Klien bicara ngawur	Persepsi sensorik/ halusinasi pendengaran



<p>Data subjektif</p> <ul style="list-style-type: none">- Klien mengatakan mandi hanya 1x sehari- Klien mengatakan capek mandi terus'an	<p>Data objektif</p> <ul style="list-style-type: none">- Klien tampak tidak rapi- Klien tampak kotor- Kuku tampak kotor- Klien tampak bau aroma khas	<p>Defisit perawatan diri</p>
<p>Data subjektif</p> <ul style="list-style-type: none">- Klien mengatakan ingin cepat sembuh- Klien mengatakan klien merasa tidak berguna karena penyakitnya.	<p>Data objektif</p> <ul style="list-style-type: none">- Klien tampak menunduk ketika menjawab pertanyaan- Klien tampak diam- Klien tampak kontak mata berkurang (-)	<p>Harga diri rendah</p>

Diagnosa Keperawatan

No	Diagnosa keperawatan
1	(D.0085) gangguan persepsi sensorik: halusinasi pendengaran ditandai dengan Ny,. I mendengarkan bisikan yang mengatakan “ dirinya pergi’. Ny . I mengatakan susah tidur, suara muncul saat pagi dan malam haru bahkan saat pasien sedang melamun atau sendiri. Ny. I mengatakan suara muncul 3 menitan, tampak sesekali mendekatkan telinga ke arah dinding , tampak mondar mandir, tampak gelisah dan tampak tersenyum sendiri.
2	(D.0109) Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan psikotik ditandai dengan klien mengatakan mandi hanya 1x sehari, Ny. I mengatakan capek mandi terusan, Ny. I tampak tidak rapi , Ny. I tampak kotor, Ny. I tampak kuku kotor, Ny. I tampak berbau aroma khas
3	(D.0086) Harga diri rendah berhubungan dengan perasaan negatif dengan dirinya sendiri ditandai Ny. I mengatakan ingin sembuh , Ny.I mengatakan klien merasa tidak berguna karena penyakitnya, Ny. I tampak tampak menunduk ketika menjawab pertanyaan , Ny.I tampak diam, Ny. I tampak kontak mata berkurang (-)

Rencana Tindakan Keperawatan

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	Tujuan keperawatan	Intervensi keperawatan
1	<p>Gangguan persepsi sensorik/ halusinasi pendengaran (D.0085) b/d distrorsi sensorik, bersikap seolah mendengar sesuatu, menyendiri, berbicara sendiri, melamun, melihat ke suatu arah, dan mondar mandir .</p> <p>Halaman SDKI: 190</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan persepsi sensorik membaik (L.09083)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi mendengar bisikan menurun 2. Perilaku halusinasi menurun 3. Bicara sendiri menurun 4. Mondar mandir menurun 5. Tertawa sendiri menurun 6. Mencari sumber suara menurun 	<p>Manajemen keperawatan: (I.09288)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor perilaku yang mengindikasi halusinasi 2. Monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulus lingkungan 3. Monitor isi halusinasi (mis. Kekerasan atau membahayakan diri sendiri) <p>Teraupetik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan lingkungan aman 2. Lakukan tindakan keselamatan ketika tidak dapat mengontrol perilaku 3. Diskusikan perasaan dan respon terhadap halusinasi



			<p>4. Hindari perdebatan tentang validitas halusinasi</p> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Anjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi2. Anjurkan bicara pada orang yang dipercayai untuk memberi dukungan dan umpan balik terhadap halusinasi3. Anjurkan melakukan distraksi (misalnya mendengarkan musik dan teknik relaksasi).4. Ajarkan pasien dan keluarga untuk mengontrol halusinasinya. <p>Halaman : SIKI 178</p>
2	Harga diri rendah kronis (D.0086) b/d perasaan negatif dengan dirinya sendiri ditandai dengan NY.I mengatakan klien merasa tidak	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan harga diri meningkat dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none">1. Penilaian diri positif meningkat	Manajemen perilaku (L.12463) Observasi: <ul style="list-style-type: none">• Identifikasi harapan untuk mendendalikan perilaku Teraupetik :



	berguna atas penyakitnya Halaman SDKI : 192	<ol style="list-style-type: none">2. Perasaan memiliki kelebihan positif meningkat3. Kontak mata meningkat4. Perasaan malu menurun5. Perasaan bersalah menurun	<ol style="list-style-type: none">1. Diskusikan tanggung jawab terhadap perilaku2. Jadwalkan kegiatan terstruktur3. Ciptakan dan lingkungan dan kegiatan4. Tingkatkan aktifitas fisik sesuai kemampuan5. Bicara dengan nada yang tenang Halaman SIKI: 211
3	Defisit perawatan diri (D.0109) b/d gangguan psikotik ditandai dengan NY.I mengatakan mandi 1x sehari dan NY.I mengatakan capek jika mandi terus . Klien tampak kotor tidak mengganti pakaiannya, dan aroma badan berbau khas. Halaman SDKI: 240	Setelah dilakukan keperawatan diharapkan defisit perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none">1. Kemampuan mandi meningkat2. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat3. Minat melakukan perawatan diri meningkat.	Dukungan perawatan diri (I.11348) Observasi : <ol style="list-style-type: none">1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri2. Memonitor tingkat kemandirian3. Identifikasi alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan Teraupetik : <ol style="list-style-type: none">4. Sediakan lingkungan yang teraupetik



- | | | | |
|--|--|--|--|
| | | | <ol style="list-style-type: none">5. Siapkan keperluan pribadi (sikap gigi dan sabun mandi)6. Dampingi dalam perawatan diri sampai mandiri7. Fasilitas untuk menerima keadaan ketergantungan8. Jadwalkan rutinitas perawatan diri |
|--|--|--|--|

Halaman SIKI: 36



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan

INISIAL KLIEN : NY.I

RUANGAN: ANGGREK

RM NO : 04-66-59

Diagnosa keperawatan	Rencana Tindakan Keperawatan		
	Tujuan	Kriteria Evaluasi	Tindakan keperawatan
Halusinasi pendengaran	Klien mampu mengontrol halusinasinya dengan cara menghardik, bercakap-cakap, minum obat dan melakukan aktivitas terjadwal	Klien mampu: ✓ NY.I mampu mengontrol halusinasi dengan cara menghardik.	Sp 1: ✓ Mengidentifikasi isi frekuensi, waktu, situasi percentus, dan respon klien. ✓ Mengontrol halusinasi dengan cara menghardik Sp 2: ✓ Mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain Sp 3: ✓ Melngontrol halusinasi dengan minum obat Sp 4: ✓ Mengontrol halusinasi dengan kegiatan terjadwal.



--	--	--	--

STIKES SANTA ELISABETH MEDAN



**LAPORAN PENDAHULUAN STRATEGI PELAKSANAAN
TINDAKAN KEPERAWATAN SETIAP HARI**

Proses keperawatan

Kondisi klien :

Klien mengatakan sudah mulai jarang mendengarkan suara-suara bisikam

Diagnosa keperawatan : persepsi sensorik : halusinasi pendengaran

Tujuan khusus : membina hubungan saling percaya dan klien dapat mengontrol halusinasi nya

Tindakan keperawatan :

1. Sp1 mengevaluasi halusinasi dengan cara menghardik
2. Sp2 memotivasi untuk bercakap-cakap
3. Sp3 mengontrol halusinasi dengan cara minum obat
4. Sp4 mengontrol halusinasi dengan cara melakukan aktifitas terjadwal

Proses pelaksanaan tindakan

ORIENTASI

1. Salam terapeutik : Selamat pagi ibu, bagaimana kabarnya hari ini?
2. Evaluasi/validasi : klien lebih tenang dan kooperatif
3. Kontrak : Topik : mengevaluasi sp1-sp4
4. Waktu :
5. Tempat : anggrek

KERJA (langkah-langkah tindakan keperawatan)

1. membina hubungan saling percaya



2. menanyakan perasaan klien

3. mengevaluasi sp1-sp4

TERMINASI

1.1 Evaluasi respons klien terhadap tindakan keperawatan

Evaluasi klien (subyektif) :

Evaluasi perawat (obyektif setelah reinforcement) :

klien mampu melakukan strategi pelaksanaan/SP 1-SP4

1.2 Tindakan lanjut klien (apa yang perlu dilatih oleh klien sesuai hasil tindakan yang telah dilakukan) : Mengevaluasi sp1-sp4

1.3 Kontrak yang akan datang :

Topik : sp1-sp4

Waktu : 10.00

Tempat : anggrek



**IMPLEMENTASI DAN EVALUASI TINDAKAN KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA
DI UNIT RAWAT INAP RUMAH SAKIT JIWA**

Inisial Klien : NY.I

Ruangan : ANGGREK Lama Rawat Inap:

RM No : 04-66-59

Data	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
<p>DS: klien mengatakan mendengar suara bisikan yang mengganguinya tanpa wujud</p> <p>DO: Klien bingung mencari sumber-sumber suara</p> <p>Kemampuan: Klien mampu berkomunikasi dengan perawat (kooperatif)</p>	<p>Gangguan persepsi sensorik : Halusinasi pendengaran</p>	<p>Tindakan: Sp 1:</p> <ul style="list-style-type: none">• Mengidentifikasi isi, frekunensi, waktu terjadi, situasi, perasaan dan respon halusinasi dengan menghardik <p>RTL: -</p>	<p>S: Klien mengatakan mampu menghardik jika halusinasi datang</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none">• Klien tampak koperatif• klien mempraktekan cara menghardik <p>A: persepsi sensorik/ halusinasi pendengaran</p> <p>P: Klien: Evaluasi Sp 1 latih Sp. 2</p>



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI TINDAKAN KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA DI UNIT RAWAT INAP RUMAH SAKIT JIWA

Inisial Klien :NY. I

Ruangan : ANGGREK

Lama Rawat Inap: -

RM No : 04-66-59

Data	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
<p>DS: klien mengatakan suara itu muncul saat dia melamun dan menyendiri</p> <p>DO: Klien tampak gelisah</p> <p>Kemampuan: Klien mampu berkomunikasi dengan perawat (kooperatif)</p>	Halusinasi pendengaran	<p>Tindakan:</p> <p>Sp 2:</p> <ul style="list-style-type: none">Mengontrol halusinasi dengan becakap-cakap dengan orang lain <p>RTL: -</p>	<p>S: Klien mengatakan senang berbincang-bincang dengan perawat</p> <p>O: Kontak mata mulai meningkat</p> <ul style="list-style-type: none">Klien mampu mengenali halusinasinya dengan mandiri <p>A: persepsi sensorik : Halusinasi pendengaran</p> <p>P: Klien: Evaluasi Sp 2 latih Sp. 3</p>



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI TINDAKAN KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA DI UNIT RAWAT INAP RUMAH SAKIT JIWA

Inisial Klien :NY. I

Ruangan : ANGGREK

Lama Rawat Inap: -

RM No : 04-66-59

Data	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
<p>DS: klien mengatakan masih mendengar suara-suara tersbeut namun sudah bisa mengendalikan suara tersebut dengan cara menghardik</p> <p>DO: Klien tampak berbicara sendiri</p> <p>Kemampuan: Klien mampu berkomunikasi dengan perawat (kooperatif)</p>	Halusinasi pendengaran	<p>Tindakan: Sp 3:</p> <ul style="list-style-type: none">Mengontrol halusinasi dengan minum obat <p>RTL: -</p>	<p>S: Klien mengatakan senang berteman dengan perawat</p> <p>O: klien mampu mengontrol halusinasi dnegan menutup telinga</p> <ul style="list-style-type: none">- Klien- Klien mampu menyebutkan obat yang dia minum <p>A: persepsi sensorik : Halusinasi pendengaran</p> <p>P: Klien: Evaluasi Sp 3 latih Sp. 4</p>



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI TINDAKAN KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA DI UNIT RAWAT INAP RUMAH SAKIT JIWA

Inisial Klien :NY. I

Ruangan : ANGGREK

Lama Rawat Inap: -

RM No : 04-66-59

Data	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
<p>DS: klien mengatakan masih mendengar suara-suara tersebut namun sudah bisa mengendalikan suara tersebut dengan cara menghardik</p> <p>DO: Klien tampak berbicara sendiri</p> <p>Kemampuan: Klien mampu berkomunikasi dengan perawat (kooperatif)</p>	Halusinasi pendengaran	<p>Tindakan:</p> <p>Sp 4:</p> <ul style="list-style-type: none">Mengontrol halusinasi dengan melakukan aktivitas terjadwal <p>RTL: -</p>	<p>S: Klien mengatakan senang berteman dengan perawat</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none">Klien sudah mampu mengontrol halusinasinya dengan menutup telingaKlien mampu menyebutkan obat yang dikonsumsinyaKlien mampu berkomunikasi dengan lingkungan sekitarnyaKlien mampu melakukan aktivitas terjadwal misalnya (menyapu, merapikan tempat tidur dan mencuci piring) <p>A: persepsi sensorik : Halusinasi pendengaran</p> <p>P: Klien: Evaluasi Sp 1-4</p>



ANALISIS PROSES INTERAKSI

Inisial Klien : NY.I

Ruangan : ANGGREK

Lama Rawat Inap: -

RM No : 04-66-59

Komunikasi verbal	Komunikasi nonverbal	Analisis berpusat pada perawat	Analisis berpusat pada klien	Rasional
<p>P: selamat pagi ibu</p> <p>K: selamat pagi suster</p> <p>P: perkenalkan saya romita bisa dipanggil mita</p> <p>K: hallo suster romita, perkenalkan saya ibu Imawati</p> <p>P: sering dipanggil apa namanya ibu?</p> <p>K: ibu wati , adek mahasiswa dari mana?</p> <p>P: baik ibu , saya mahasiwa dari stikes santa elisabeth medan disini saya yang bertugas pada pagi hari ini di ruangan ini.</p> <p>K: baik suster romita</p> <p>P: apakah ibu tau ini kita dimana?</p>	<p>Membina hubungan saling percaya</p>	<p>Bertanya dengan ramah</p>	<p>Pasien sudah lebih kooperatif</p>	<p>R</p> <p>O</p> <p>M</p> <p>I</p> <p>T</p> <p>A</p> <p>L</p> <p>G</p> <p>A</p> <p>O</p> <p>L</p>



<p>K: saya tau suster ini rumah sakit jiwa kan suster?</p> <p>P: ia rumah sakit jiwa, kalau boleh tau ibu masuk kesini karena apa?</p> <p>K: ia suster saya masuk sini karena saya depresi karna saya kehilangan suami saya ditahun 2020 dan saya sering mendengar suara- suara begitu suster dan menyuruh saya ‘’ pergi pergii’</p> <p>P: terus ibu?</p> <p>K: ia suster saya dulu masuk rsj di tahun 2022 dan saya 2x masuk rsj dan inilah yang kedua kalinya suster saya masuk</p> <p>P: ibu masuk 2x nya ibu karna apa kalau suster boleh tau?</p> <p>K: saya marah-marah dan saya tidak minum obat suster dan saya sering mendengar suara-suara yang membisikan saya suster</p>				<p>R</p> <p>O</p> <p>M</p> <p>I</p> <p>T</p> <p>A</p>
--	--	--	--	---



<p>P: itulah ibu jadi lain kali ibu harus rutin minum obat biar ibu sembuh</p> <p>K: iya suster saya sudah rutin minum obat kok suster</p> <p>P : baiklah ibu ,kalau boleh tau ibu sering tidak berbincang seperti ini sama orang yang disekitar ibu?</p> <p>K: sering suster, saya sangar senang bisa berkenalan dengan sekitar</p> <p>P: syukurlah ibu tingkatkan ia ibu</p> <p>K: baik suster</p> <p>P: ya sudah ibu saya pamit dulu ya ibu, soalnya masih ada yang mau saya kerjakan ibu</p> <p>K: baik suster, terimakasih ya suster dan salam kenal suster</p> <p>P: sama- ibu salam kenal kembali</p>				<p>R</p> <p>O</p> <p>M</p> <p>I</p> <p>T</p> <p>A</p>
--	--	--	--	---



ANALISIS PROSES INTERAKSI

Inisial Klien : NY.I

Ruangan : ANGGREK

Lama Rawat Inap: -

RM No : 04-66-59

Komunikasi verbal	Komunikasi nonverbal	Analisis berpusat pada perawat	Analisis berpusat pada klien	Rasional
<p>P: selamat pagi ibu K: selamat pagi suster P: bagaimana perasaannya? K: insyaallah baik dek P: puji tuhan ibu, bagaimana istirahatnya? K: begitulah suster, saya tadi malam gelisah karena saya mendengar suara'' menyerupai alm.suami saya P: terus pas ibu mendengar suara tersebut, bagaimana tanggapan ibu? K: ia suster saya langsung tutup telinga saya bilang pergi pergi pergi kamu bukan suara alm. Suami saya... P: baiklah ibu jadi apabila ibu mendengar suara tersebut ibu bisa melakukan</p>	<p>Membina hubungan saling percaya</p>	<p>Merasa senang merasa pasien lebih terbuka komunikasi</p>	<p>Pasien sudah lebih kooperatif</p>	<p>R O M I T A</p>



<p>strategi pelaksanaan, apakah ibu pernah mendengar strategi pelaksanaan/ SP?</p> <p>K: saya pernah mendengar itu dan saya selalu diajarkan sama mahasiswa yang praktek di rs ini.</p> <p>P: berarti ibu sudah tidak asing mendengarkan sp?</p> <p>K: tidak suster, bahkan saya sudah tau SP1-SP4</p> <p>P: terus apakah SP1-SP4 ibu?</p> <p>K:</p> <p>SP1 dengan cara tutup mata dan telinga terus bilang pergi pergi kamu suara palsu kamu tidak nyata.</p> <p>SP2 dengan cara bercakap-cakap dengan teman atau lingkungan sekitar.</p> <p>SP3 dengan cara minum obat dengan teratur</p>				<p>R</p> <p>O</p> <p>M</p> <p>I</p> <p>T</p> <p>A</p>
---	--	--	--	---



<p>SP4 dengan cara melakukan aktifitas terjadwal (menyapu, merapikan tempat tidur, dan mencuci ping)</p> <p>P: wahhh bagus ibu sudah tau cara menghardik. Jadi kalau ibu mendengar suara aneh ibu bisa melakukan SP1-SP4</p> <p>K: baik suster</p>				
--	--	--	--	--

STIKES SANTA ELISABETH MEDAN



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan

ANALISIS PROSES INTERAKSI

Inisial Klien : NY.I

Ruangan : ANGGREK

Lama Rawat Inap: -

RM No : 04-66-59

Komunikasi verbal	Komunikasi nonverbal	Analisis berpusat pada perawat	Analisis berpusat pada klien	Rasional
<p>P: selamat pagi ibu</p> <p>K: selamat pagi suster</p> <p>P: bagaimana perasaannya?</p> <p>K: insyaallah baik dek</p> <p>P: puji tuhan ibu, jadi begini ibu apakah ibu mengingat siapa saya?</p> <p>K: perawat romita mahasiswa elisabeth kan?</p> <p>P: iya benar sekali ibu, apakah ibu sudah mandi?</p> <p>K: sudah suster</p> <p>P: apakah ibu sudah makan pagi ini?</p> <p>K: sudah suster, suster gimana sudah makan belum?</p> <p>P: sudah ibu, oh iya ibu apakah obatnya rutin ibu minum?</p>	<p>Membina hubungan saling percaya</p>	<p>Merasa senang merasa pasien lebih terbuka komunikasi</p>	<p>Pasien sudah lebih kooperatif</p>	<p>R</p> <p>O</p> <p>M</p> <p>I</p> <p>T</p> <p>A</p>



<p>K: Rutin ibu seperti obat saya resperidon 2x1, clozapin 1x1 dan ada beberapa obat saya lupa suster</p> <p>P: baik lah ibu obat yang harus ibu konsumsi 2 obat tersebut ditambah obat THP 2x1 obat kekauan pada otot ibu dan depakote 1x1 untuk anti kejang ibu</p> <p>K: baik suster saya dapat memahaminya</p> <p>P: baik ibu, sedikit bertanya kegiatan ibu sehari- hari ngapain semenjak di rsj ini?</p> <p>K: ia kegiatan saya biasalah suster membereskan tempat tidur terkadang saya juga yang mencuci piring setelah makan suster</p> <p>P: wahhh ibu</p>				<p>R</p> <p>O</p> <p>M</p> <p>I</p> <p>T</p> <p>A</p>
---	--	--	--	---

BAB 4 PEMBAHASAN

4.1 Pengkajian

Pada pengkajian, pengumpulan data dilakukan dengan format pengkajian yang telah ditetapkan. Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara dengan klien, observasi, dan hasil rekam medis pasien. Dan hasil pengkajian data keperawatan tidak ditemukan kesenjangan data dengan kasus di lapangan seperti klien tampak ngomong sendiri, pandangan fokus ke satu arah, menempelkan telinga pada dinding atau arah suara, melamun dan mondar mandir. Dari kasus yang saya dapat mengatakan bahwasanya Ny.I juga mengalami tanda dan gejala yang menunjukkan bahwa ia halusinasi pendengaran seperti Ny.I berbicara sendiri, terkadang menempelkan telinga ke dinding, sering melamun, pasien mendengar bahwa ia adalah anak yang tidak berguna.

Hal ini sejalan dengan (Pratama, 2024) di temukan pada kasus Ny.Y, Pasien mendengar suara-suara yang mengganggu nya sehingga Ny.Y terlihat sering berbicara sendiri dan marah sendiri yang membuat Ny.Y gelisah. pada Ny. Y yang mengeluhkan gelisah ketika mendengar suara yang didengarnya ketikasaat mau tidur, dan keluhan yang disampaikan oleh Ny. Y

4.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan pengkajian dan telah dianalisis sesuai dengan teori didapatkan bahwa diagnosa ada :

1. Gangguan persepsi sensori: halusinasi
2. Gangguan proses pikir: waham

3. Resiko bunuh diri
4. Resiko kekerasan
5. Isolasi sosial
6. Harga diri rendah
7. Defisit perawatan diri

Disini penulis sesuai dengan hasil pengkajian mengangkat diagnosa ada 3 yaitu:

- Halusinasi pendengaran
- Harga diri rendah
- Defisit perawatan diri

Dari hasil pengkajian yang dilakukan bahwasannya relevan diagnosa yang ada didalam teori yang ditemukan, yaitu pada kasus Ny. I tidak ditemukan diagnosa resiko perilaku kekerasan, resiko bunuh diri, dan waham. Penulis berasumsi hal ini karena klien tidak memiliki riwayat melakukan kekerasan atau ingin bunuh diri, dan juga tidak tampak data objektif dan subjektif yang menunjukkan terhadap 3 diagnosa tersebut.

Hal ini sejalan dengan (oktaviani, 2022) Setelah melakukan pemeriksaan pada Ny. S, kesulitan keperawatan yang teridentifikasi antara lain gangguan persepsi sensori (khususnya halusinasi), isolasi sosial, menarik diri, dan defisit perawatan diri, Ny. S mengalami halusinasi pendengaran akibat skizofrenia paranoid. Kondisi ini menyebabkan teridentifikasinya tiga kesulitan keperawatan. Gangguan persepsi sensori ditandai dengan halusinasi pendengaran, yang dapat menyebabkan isolasi sosial karena menarik diri dari orang lain. Selain itu, individu

dengan penyakit ini mungkin berisiko menunjukkan perilaku agresif dan mungkin mengalami kesulitan dalam perawatan diri.

Hal ini tidak sejalan dengan (oktaviani, 2022) apabila halusinasi tidak ditangani secara baik dapat menimbulkan risiko terhadap keamanan diri pasien sendiri, orang lain dan juga lingkungan sekitar. Hal ini dikarenakan halusinasi dengar pasien sering berisi ejekan, ancaman dan perintah untuk melukai dirinya sendiri maupun orang lain.

4.3 Intervensi Keperawatan

Sesuai dengan teori tidak didapatkan kesenjangan antara teori dan hasil pengkajian. Sesuai dengan hasil pengkajian pada pasien bahwasannya Intervensi yang dilakukan pada klien dengan halusinasi pendengaran ada strategi pelaksanaan, kolaborasi antara dokter spesialis jiwa dan perawat diharapkan mampu meningkatkan keberhasilan intervensi yang telah dilakukan.

Tindakan keperawatan yang direncanakan untuk pasien halusinasi yaitu:

1. Tujuan: klien mampu mengontrol dan mengatasi halusinasi pendengaran dengan latihan cara menghardik, bercakap-cakap, melakukan kegiatan teratur, dan minum obat secara teratur.
2. Kriteria Evaluasi: setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan
 - a. klien mampu melakukan cara menghardik “ pergi-pergi kamu tidak nyata, kamu suara palsu”
 - b. klien mampu bercakap-cakap dengan orang lain
 - c. klien mampu melakukan kegiatan teratur
 - d. klien mampu minum obat secara teratur

4. 4 Implementasi Keperawatan

Pada tahap ini penulis telah memberikan tindakan keperawatan sesuai intervensi yang telah disusun pada setiap diagnosa. Penulis telah melakukan penerapan strategi pelaksanaan dengan melakukan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, bercakap-cakap dengan teman, melakukan kegiatan terjadwal, dan meminum obat secara teratur.

Hal ini sejalan dengan (Indrawan, 2024) implementasi hari pertama memberikan Teknik nonfarmakologi menghardik, mengajarkan cara menangani masalah halusinasi menggunakan terapi menghardik dengan cara memejamkan mata dan menutup telinga dengan kedua tangan dan mengatakan “pergi,kamu suara palsu,tidak nyata”, dengan respon pasien mengatakan mampu melakukan cara yang diajarkan. Implementasi hari kedua yaitu dengan memberikan Teknik nonfarmakologi dengan mengontrol halusinasi dengan cara berbincang dengan orang lain, dengan respon Ny.i mengatakan kadang-kadang masih mendengar suara bisikan yang mengajaknya bercerita. Implementasi pada hari ke tiga yaitu dengan memberikan Teknik nonfarmakologi mengontrol halusinasi dengan cara melibatkan dalam kegiatan terapi aktivitas kelompok (TAK), dengan respon pasien mengatakan sudah jarang mendengar bisikan suara yang mengajaknya bercerita.

4.5 Evaluasi Keperawatan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama empat kali pertemuan dilakukan penilaian untuk melihat keberhasilan intervensi keperawatan untuk mengetahui perkembangan klien. Dalam pelaksanaan asuhan keperawatan, klien

dapat mempercayai perawat sehingga dapat dikaji dengan baik setelah dilakukan komunikasi terapeutik untuk membina hubungan saling percaya. Klien juga mampu melakukan melatih untuk mengontrol, mengenal halusinasi dengan cara yang pertama yaitu menghardik “ pergi-pergi kamu suara palsu, kamu tidak nyata”, kedua bercakap-cakap dengan teman, ketiga melakukan kegiatan terjadwal seperti menyapu, bersihkan tempat tidur, dan mengepel dan terakhir minum obat secara teratur. Walaupun pasien sudah melatih diri untuk mengontrol halusinasi tetapi masalah keperawatan masih belum teratasi sepenuhnya.

Hal ini sejalan dengan (Pratama, 2024) terdapat 1 pasien lama yang tidak bisa pulang. Setelah di observasi mulai dari TUK 1 dan TUK 2 pasien sudah mampu mengenal halusinasinya dan mengontrol halusinasinya yang ditandai dengan ketika pasien mendengar suara dia sudah bisa menghardik suara yang di dengarnya. Ketika di suruh bersosialisasi dengan orang lain pasien masih belum bisa melakukannya yang ditandai dengan ketika disuruh untuk mengenalkan diri atau bertanya ke pasien lain belum mau melakukannya.

BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

1. Pengkajian dilakukan secara langsung pada klien dan 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.I diperoleh bahwa klien mengalami gejala-gejala halusinasi seperti mendengar suara-suara, gelisah, sulit tidur, mondar-mandir, sedih, malu, mudah marah dan lain-lain. Faktor prediposisi pada NY.I yaitu pernah mengalami gangguan jiwa sebelumnya.
2. Diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus NY.I halusinasi pendengaran, defisit perawatan diri, dan harga diri rendah, fokus pada masalah utama yaitu halusinasi pendengaran
3. Intervensi yang dilakukan pada NY.I yaitu sesuai dengan strategi pelaksanaan.

Sp 1 : mengontrol halusinasi dengan cara menghardik
Sp2 : mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap
Sp3 : mengontrol halusinasi dengan minum obat
Sp4 : mengontrol halusinasi dengan kegiatan terjadwal
4. Implementasi keperawatan disesuaikan dengan strategi pertemuan pada pasien Ny. I halusinasi pendengaran.

5. Evaluasi pada NY.I mampu melakukan kegiatan yang sudah diajarkan, adanya peningkatan kemampuan klien dalam mengendalikan halusinasi, yang awalnya pasien mengendalikan dengan menutup telinga saja, sekarang mampu mengendalikan dengan cara menghardik

5.2 Saran

1. Bagi mahasiswa

Diharapkan mahasiswa mampu melakukan asuhan keperawatan jiwa yang sesuai dengan SOP yang tepat yang diperoleh dari pendidikan maupun lapangan praktik.

2. Bagi pasien dan keluarga

Pasien tetap melakukan SP yang sudah diajarkan dan diharapkan keluarga tetap mendampingi pasien untuk pengobatan secara teratur pasien diperbolehkan pulang.

3. Bagi perawat di Rumah Sakit Jiwa Prof.Dr. M. Ildrem Medan

Diharapkan agar melanjutkan dalam pemberian asuhan keperawatan jiwa pada NY.I sehingga tercapai tujuan yang optimal dan tetap melaksanakan tindakan keperawatan berdasarkan SOAP yang ada.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdul Muhith. (2020). *Wffi Ryr T*. 447.
- Asuhan, P., Jiwa, K., & Masalah, D. (2023). *Pengkajian Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Masalah Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran pada Ny. E di Ruang Larasati Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta* (Vol. 8, Issue 3).
- Azizah, L. M., Zinuri, I., & Akbar, A. (2020). Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa Teori dan Aplikasi Praktik Klinik by Lilik Ma'rifatul Azizah, Imam Zainuri, Amar Akbar (z-lib.org).pdf. *Z-Lib.Org*, 657.
- Febrita Puteri Utomo, S., Aisyah, P. S., & Andika, G. T. (2021). Efektifitas Terapi Qur'Anic Healing Terhadap Halusinasi Pendengaran Pada Skizofrenia. *Jurnal Keperawatan 'Aisyiyah*, 8(1), 77–85. <https://doi.org/10.33867/jka.v8i1.250>
- Gasril, P., Suryani, S., & Sasmita, H. (2020). Pengaruh Terapi Psikoreligious: Dzikir dalam Mengontrol Halusinasi Pendengaran Pada Pasien Skizofrenia yang Muslim di Rumah Sakit Jiwa Tampan Provinsi Riau. *Jurnal Ilmiah Universitas Batanghari Jambi*, 20(3), 821. <https://doi.org/10.33087/jiubj.v20i3.1063>
- Herawati, N., & Afconneri, Y. (2020). Perawatan Diri Pasien Skizofrenia dengan Halusinasi. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 8(1), 9. <https://doi.org/10.26714/jkj.8.1.2020.9-20>
- Keperawatan, P. S., Kesehatan, F., & Bangsa, U. H. (2024). *HALUSINASI PENDENGARAN APPLICATION OF DHIKR THERAPY ON PATIENT SDR. S TO*. 1679–1692.
- Mashudi, S. (2021). Asuhan Keperawatan Skizofrenia. *CV. Global Aksara Pres, Juni*, 1–23.
- Ngapiyem, R., & Kurniawan, E. A. P. B. (2019). HUBUNGAN ANTARA DUKUNGAN KELUARGA DENGAN KEMAMPUAN KLIEN MENGONTROL HALUSINASI PENDENGARAN DI POLI JIWA RSJD Dr. RM SOEDJARWADI PROVINSI JAWA TENGAH TAHUN 2018. *Jurnal Kesehatan*, 6(2), 108–119. <https://doi.org/10.35913/jk.v6i2.121>
- Oktiviani, D. (2020). Konsep Dasar Halusinasi. *Poltekkes Kemenkes Riau*, 1–31.
- Pratiwi, M., & Setiawan, H. (2020). Tindakan Menghardik Untuk Mengatasi Halusinasi Pendengaran Pada Klien Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa. *Jurnal Kesehatan*, 7(1), 7. <https://doi.org/10.46815/jkanwvol8.v7i1.76>



- Putri, I. A., & Maharani, B. F. (2022). Skizofrenia : Suatu Studi Literatur. *Journal of Public Health and Medical Studies*, 1(1), 1–12.
- Rohim, A., Haqi, P. A., & Aini, K. (2023). Pengaruh terapi Qur'anic terhadap halusinasi pendengaran pada pasien dengan skizofrenia di Kecamatan Darma Kabupaten Kuningan tahun 2023. *Jurnal Ilmu Kesehatan Bhakti Husada: Health Sciences Journal*, 14(02), 204–214. <https://doi.org/10.34305/jikbh.v14i02.935>
- Soedirman, J. K., & Journal, T. S. (2019). Jurnal Keperawatan Soedirman (The Soedirman Journal of Nursing), Volume 2, No.1, Maret 2007. *Prevention*, 2(1), 17–23. <http://jks.fikes.unsoed.ac.id/index.php/jks/article/view/185/86gmbbran>
- Utami, R., Rahayu, P. P., Studi, P., & Keperawatan, I. (2019). *THE CORRELATION BETWEEN INPATIENT DURATION, AND SIGNS*, (Vol. 6, Issue 6).
- Yusuf, A.H, F., & , R & Nihayati, H. . (2019). Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa. *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*, 1–366. <https://doi.org/ISBN 978-xxx-xxx-xx-x>

BAB 6**DOKUMENTASI**