

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN GANGGUAN PERSEPSI
SENSORI HALUSINASI PENDENGARAN DI RSJD
ATMA HUSADA MAHAKAM SAMARINDA



OLEH
RITA AMALIA ZAFIRI
P07220121037

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN JURUSAN
KEPERAWATAN PRODI D-III KEPERAWATAN SAMARINDA

2024

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN GANGGUAN PERSEPSI
SENSORI HALUSINASI PENDENGARAN DI RSJD
ATMA HUSADA MAHAKAM SAMARINDA

Untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan (Amd.Kep)

Pada jurusan Keperawatan

Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur



OLEH

RITA AMALIA ZAFIRI

P07220121037

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN JURUSAN
KEPERAWATAN PRODI D-III KEPERAWATAN SAMARINDA

2024

PERNYATAAN KEASLIAN

Saya menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah ini adalah hasil karya sendiri dan bukan merupakan jiplakan atau tiruan dari karya tulis ilmiah orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di perguruan tinggi manapun baik sebagian maupun keseluruhan. Jika terbukti bersalah, saya bersedia menerima sanksi sesuai ketentuan yang berlaku.

Samarinda, 28 Mei 2024

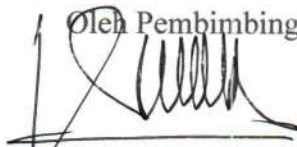
Yang menyatakan



Rita Amalia Zafiri
NIM. P07220121037

LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH INI TELAH DISETUJUI UNTUK
DIUJIKAN
TANGGAL 28 MEI 2024

Oleh Pembimbing



H. Rasmun, S.Kp., M.Kes

NIDN:4026066001

Pembimbing Pendamping



Ns. Abd Kadir, S.Kep., M.Kep

NIDN:1110119601

Mengetahui,
Ketua Program Studi D III Keperawatan
Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur



Dr. Ns. Tini, S.Kep., M.Kep

NIP. 198107012006042004

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah Asuhan keperawatan pada klien Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran di rsjd atma husada mahakam samarinda
Telah Diuji
Pada tanggal **28 Mei 2024**

PANITIA PENGUJI

Ketua Penguji :

Dr.M. H. Edi Sukamto,S.Kp.,M.Kep
NIDN.4021046802



(.....)

Penguji Anggota :

H. Rasmun, S.Kp., M.Kes
NIDN. 4026066001



(.....)

Ns. Abd Kadir, S.Kep., M.Kep
NIDN. 1110119601



(.....)

Mengetahui :

Ketua Jurusan Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur

Ketua Program Studi D III Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur



Ns. Andi Lis Arming Gandini, M.Kep
NIP.19810712006042004



Dr. Ns. Tini.,S.Kep.,M.Kep
NIP.19810712006042004

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Data Diri

Nama : Rita Amalia Zafiri
Tempat Tanggal Lahir : Samarinda, 10 Mei 2003
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Alamat : Jl. Batu Cermin Rt.03

B. Riwayat Pendidikan

1. Tahun 2008-2009 : Tk Bina Insan Mandiri
2. Tahun 2009-2014 : SDN 008 Samarinda
3. Tahun 2015-2017 : SMPN 27 Samarinda
4. Tahun 2018-2021 : SMK Kesehatan Samarinda
5. Tahun 2021- sekarang : Mahasiswa Poltekkes Kemenkes Kaltim

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur bagi Allah SWT yang telah memberikan berkah, rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan keperawatan pada klien Halusinasi Pendengaran dengan masalah keperawatan Gangguan Persepsi Sensori di RSJD Atma Husada Samarinda” Karya tulis ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan program pendidikan ahli madya di program D-III Keperawatan poltekkes kemenkes Kalimantan timur.

Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, penulis mendapatkan banyak bimbingan, arahan, dan saran yang bermanfaat dari berbagai pihak secara langsung maupun tidak langsung, sehingga penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan sesuai dengan yang direncanakan. Bersama ini perkenankan saya mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada :

1. Allah SWT yang telah memberikan akal dan pikiran yang jernih serta kesabaran dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
2. Dr.M.H. Supriadi B, S.Kp.,M.Kep selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
3. Ns. Andi Lis AG., S.Kep.,M.Kep Selaku ketua jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
4. Ns. Tini., S.Kep., M.Kep selaku ketua Program Studi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.

5. H. Rasmun, S.Kp., M.Kes sebagai dosen pembimbing utama yang telah memberikan bimbingan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah saya hingga selesai.
6. Ns. Abd Kadir, S.Kep., M.Kep sebagai dosen pembimbing pendamping telah memberikan bimbingan dan pengarahan pada saya dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah hingga selesai.
7. Dr.M.H. Edi Sukamto, S.Kp., M.Kep selaku penguji utama yang telah memberi masukan dan bimbingan Karya Tulis Ilmiah
8. Seluruh dosen dan staf Program Studi D-III Keperawatan Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kaltim.
9. Kepada kedua Orang Tua saya, Bapak Misno dan Ibu Yeni utari, saudara saya Rio, Riko dan Natalun saya yang selalu mendoakan saya dan memberikan dukungan kepada saya selama belajar di Poltekkes Kemenkes Kaltim.
10. Kepada teman seperjuangan saya, Dewi Thalia Vanessa dan Nor Oktaviani yang selalu memberikan dukungan dan semangat selama belajar di Poltekkes Kemenkes Kaltim.
11. Kepada teman se pembimbingan saya, Lisa Amalia, Kharina Maharani, dan Evi Novitasari yang menyemangati dan mendukung dalam mengerjakan Karya Tulis Ilmiah.
12. Terakhir, terima kasih untuk diri sendiri, Rita Amalia Zafiri karena telah mampu berusaha keras dan berjuang sejauh ini untuk menyelesaikan kewajiban sebagai seorang Mahasiswa.

Semoga Tuhan yang Maha Kuasa membalas semua kebaikan Bapak dan Ibu serta semua pihak yang telah mendukung terselesainya Karya Tulis Ilmiah ini

Samarinda, Mei 2024

penulis

ABSTRAK

“ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI HALUSINASI PENDENGARAN DI RSJD ATMA HUSADA MAHAKAM SAMARINDA”

Rita Amalia Zafiri ¹⁾, Rasmun ²⁾, Abd Kadir ³⁾

¹⁾Mahasiswa Program Studi D-III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kaltim

²⁾³⁾Dosen Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kaltim

Pendahuluan : Gangguan jiwa seperti skizofrenia dan Halusinasi merupakan masalah kesehatan yang besar. Prevalensi Gangguan Jiwa di Indonesia meningkat, dengan banyak kasus yang belum tertangani secara optimal. Pasien memerlukan perawatan yang komprehensif, termasuk terapi non-farmakologis dan intervensi strategis. **Metode :** Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini menggunakan metode rancangan penelitian dalam bentuk studi kasus dengan subyek satu orang pasien Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran. Metode pendekatan yang digunakan adalah pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosis asuhan keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi. **Hasil :** Evaluasi Pelaksanaan asuhan Keperawatan dengan intervensi manajemen Halusinasi yang dikolaborasi dengan strategi pelaksanaan (SP) terhadap asuhan keperawatan yang telah dilaksanakan dikatakan berhasil dengan indikator luaran keperawatan yang dicapai cukup menurun. **Kesimpulan :** Asuhan keperawatan bermanfaat untuk mengontrol gejala halusinasi pasien dan mendukung pemulihan pasien. Strategi pelaksanaan dapat membantu pasien mengontrol gejala halusinasi dan meningkatkan kesehatan jiwa. Diperlukan dukungan keluarga dan komitmen pasien dalam pengobatan.

Kata kunci : Halusinasi Pendengaran, , Asuhan Keperawatan, Rumah Sakit Jiwa.

ABSTRACT

“NURSING CARE FOR CLIENTS WITH PERCEPTIONAL DISORDERS SENSORY HEARING HALLUCINATIONS IN RSJD ATMA HUSADA MAHAKAM SAMARINDA”

Rita Amalia Zafiri ¹⁾, Rasmun ²⁾, Abd Kadir ³⁾

¹⁾Students of D-III Nursing Study Program of Poltekkes Kemenkes Kaltim

²⁾³⁾Lecturer in Nursing Department of Poltekkes Kemenkes Kaltim

Introduction : Mental disorders such as schizophrenia and hallucinations are a major health problem. The prevalence of mental disorders in Indonesia is increasing, with many cases that have not been treated optimally. Patients require comprehensive treatment, including non-pharmacological therapies and strategic interventions. **Method :** The writing of this scientific paper uses a research design method in the form of a case study with the subject of one patient with Auditory Hallucination Sensory Perception Disorder. The approach method used is a nursing care approach which includes assessment, nursing care diagnosis, planning, implementation and evaluation. **Results:** Evaluation of the implementation of nursing care with hallucination management interventions collaborated with the implementation strategy (SP) of nursing care that has been carried out is said to be successful with indicators of nursing outcomes achieved quite decreased. **Conclusions :** Nursing care is useful to control the patient's hallucination symptoms and support the patient's recovery. Implementation strategies can help patients control hallucination symptoms and improve mental health. Family support and patient commitment in treatment are needed.

Keywords : Auditory Hallucinations, Nursing Care, Psychiatric Hospital.

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	v
KATA PENGANTAR	vi
ABSTRAK	viii
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah	4
1.3. Tujuan Penelitian	4
1.3.1. Tujuan Umum Penelitian	4
1.3.2. Tujuan Khusus Penelitian.....	5
1.4. Manfaat Penelitian.....	5
1.4.1. Bagi Peneliti	5
1.4.2. Bagi Tempat Penelitian	6
1.4.3. Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan.....	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	7

2.1. Konsep Dasar Halusinasi	7
2.1.1. Definisi.....	7
2.1.2. Etiologi Halusinasi.....	8
2.1.3. Tanda Dan Gejala Halusinasi	11
2.1.4. Rentang Respon Halusinasi.....	12
2.1.5. Jenis-Jenis Halusinasi	15
2.1.6. Penatalaksanaan Halusinasi.....	16
2.2. Konsep Prosedur Tindakan	18
2.2.1. Definisi.....	18
2.2.2. Tujuan	22
2.2.3. Indikasi.....	23
2.2.4. Standar Operasional Prosedur	24
2.2.5. Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan.....	26
2.3. Konsep Prosedur Tindakan	30
2.3.1. Pengkajian.....	30
2.3.2. Pohon Masalah	35
2.3.3. Diagnosis.....	35
2.3.4. Intervensi.....	36
2.3.5. Implementasi	39
2.3.6. Evaluasi.....	41
BAB 3 METODE PENELITIAN	42
3.1. Rancangan Studi Kasus	42
3.2. Subyektif Studi Kasus.....	42

3.3. Fokus Studi	42
3.4. Definisi Operasional Dari Fokus Studi.....	43
3.5. Instrumen Studi Kasus	43
3.6. Metode Pengumpulan data.....	43
3.7. Langkah pelaksanaan studi kasus.....	44
3.8. Lokasi dan waktu studi kasus.....	45
3.8.1. Lokasi	45
3.8.2. Waktu.....	45
3.9. Analisis dan Penyajian data	45
BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN	46
4.1 Hasil.....	46
4.1.1 Gambaran Lokasi Studi Kasus.....	46
4.1.2 Data Asuhan Keperawatan.....	46
4.2 Pembahasan.....	66
BAB 5 PENUTUP	72
5.1 Kesimpulan	72
5.2 Saran.....	73
DAFTAR PUSTAKA	75
LAMPIRAN	79

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Rentang Respon	12
Tabel 2.2 Standar Operasional Prosedur.....	24
Tabel 2.4 Intervensi Keperawatan.....	36
Tabel 4.1 Pengkajian Tn.W.....	46
Tabel 4.2 Analisa Data Keperawatan Tn.W.....	49
Tabel 4.3 Intervensi Keperawatan Tn.W.....	49
Tabel 4.4 Implementasi Keperawatan Tn.W.....	50
Tabel 4.5 Evaluasi Tindakan Keperawatan Tn.W.....	57
Tabel 4.6 Evaluasi Kegiatan Asuhan Keperawatan.....	64

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.3. Pohon Masalah.....	35
--------------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Format Pengkajian

Lampiran 2 SOP Art Therapy

Lampiran 3 Dokumentasi Kegiatan

Lampiran 4 Lembar Verifikasi Judul

Lampiran 5 Lembar Pernyataan Kesiapan Membimbing

Lampiran 6 Lembar Konsultasi

Lampiran 7 Lembar ADL

Lampiran 8 Surat permohonan studi pendahuluan

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar belakang

Gangguan Jiwa merupakan masalah kesehatan yang besar karena jumlah penyakit, termasuk penyakit kronis seperti Skizofrenia, yang mempengaruhi proses berfikir penderitanya terus meningkat. Akibatnya penderita Skizofrenia mengalami kesulitan berfikir jernih, kesulitan mengendalikan emosi, dan kesulitan berinteraksi dengan orang lain. Skizofrenia adalah penyakit yang menyerang otak dan menimbulkan pikiran, perasaan, persepsi, gerakan dan perilaku aneh. (Faturrahman, 2021)

Skizofrenia merupakan gangguan yang menyebabkan pikiran, persepsi, emosi dan perilaku individu menjadi menyimpang, seperti jenis kanker, skizofrenia dianggap sebagai sindrom atau proses penyakit dengan variasi dan gejala yang berbeda (Videbeck, 2020). Gejala positif pada pasien Skizofrenia diantaranya ada Waham (keyakinan yang salah), Halusinasi (gangguan penerima panca indera tanpa ada stimulus eksternal), perubahan arus pikir dan perubahan perilaku, sedangkan untuk gejala negatif pada pasien Skizofrenia pasien menjadi hiperaktif, agitas dan iribilitas. Prevelensi gangguan jiwa sebanyak 300 juta orang seluruh dunia yang mengalami gangguan jiwa diantaranya mengalami 35 juta orang mengalami depresi, 60 juta orang

mengalami Bipolar, serta 47,5 juta orang mengalami demensia, termasuk 24 juta orang yang mengalami skizofrenia (Videbeck, 2020).

Halusinasi merupakan distorsi persepsi palsu yang terjadi pada respon neurobiologis maladaptif, penderita sebenarnya mengalami distorsi sensori Sebagian hal yang nyata dan meresponya (Telaumbanua & Pardede, 2020). Halusinasi merupakan penyakit Gangguan Jiwa yang dimana klien mengalami Gangguan Persepsi Sensori, munculnya sensasi palsu berupa suara, rasa, sentuhan, penglihatan, atau penciuman (Abdurkhman & Maulana, 2022)

Pasien dengan permasalahan Halusinasi memerlukan perawatan yang memiliki dasar pengetahuan, kecakapan, dan tentunya rasa sabar dalam jangka waktu tidak singkat. Penatalaksanaan dengan gangguan ini dirumah sakit melakukan standar asuhan keperawatan, terapi aktivitas kelompok dan melatih keluarga untuk merawat pasien dengan terapi non farmakologis dengan cara mendengarkan musik, strategi pelaksanaan pasien Halusinasi meliputi kegiatan, mengenal Halusinasi, mengajarkan cara mengontrol Halusinasi, berinteraksi dengan orang lain saat Halusinasi terjadi, memberikan aktivitas terjadwal untuk mencegah Halusinasi terjadi, minum obat yang diresepkan secara teratur. (Hafizudiin., 2021)

Prevelensi Gangguan Jiwa di Indonesia berdasarkan KEMENKES 2019 penderita Gangguan Jiwa meningkat menjadi 29% penduduk dengan 10 provinsi tertinggi di Indonesia, di urutan pertama provinsi Bali (11,1%), nomor kedua provinsi DI Yogyakarta (10,6%), ketiga provinsi Nusa Tenggara

Barat (9,6%), keempat provinsi Sumatera Barat (9,1%), kelima provinsi Sulawesi Selatan (8,8%), keenam provinsi Aceh (8,7%), ketujuh provinsi Jawa Tengah (8,7%), kedelapan provinsi Sulawesi Tengah (8,2%), kesembilan Sumatera Selatan (8%), kesepuluh provinsi Kalimantan barat (7,9%). (Kemenkes Ri., 2019)

Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar 2018 mengatakan bahwa pada 2018 terdapat (7%) permil di Indonesia mengalami gangguan jiwa. Tercatat kasus gangguan jiwa diIndonesia terdapat (31,5%) yang dipasung , sedangkan di perdesaan terdapat (17,7%) gangguan jiwa yang dipasung, selain itu diperkotaan terdapat (10,7%) yang dipasung. Dan menurut hasil Riskesdas 2022 didapatkan hasil pravalensi risiko masalah kejiwaan provinsi Kalimantan Timur mencapai (8,6%) per mil. Sementara itu dilihat dari hasil Riskesdas kaltim 2018 maka didapatkan kasus gangguan skizofrenia disamarinda mencapai angka (12,9%) per mil. (Riskesda, 2018)

Halusinasi harus segera diatasi dengan benar, jika tidak gejala dapat semakin memburuk dan dapat menyebabkan risiko terhadap keamanan penderita, orang lain, dan juga lingkungan sekitar. Adapun intervensi untuk meminimalkan dampak dari halusinasi dengan strategi pelaksanaan, Strategi pelaksanaan (SP) Halusinasi merupakan standar model pendekatan asuhan keperawatan untuk klien dengan Gangguan Jiwa yang salah satunya adalah pasien yang mengalami masalah utama Halusinasi meliputi isi, waktu terjadi Halusinasi, frekuensi, situasi pencetus, dan perasaan saat terjadi Halusinasi ,

kaji respon klien terhadap Halusinasi, dan mengajarkan cara mengontrol Halusinasi dengan teknik strategi pelaksanaan (SP) kepada pasien Halusinasi (Budi et al., 2019).

Berdasarkan dari fenomena yang telah di uraikan oleh penulis pada latar belakang di atas penulis ingin menggambarkan dengan melakukan asuhan keperawatan pasien dengan Halusinasi Pendengaran Di rumah sakit jiwa daerah atma husada mahakam samarinda.

1.2 Rumusan masalah

Berdasarkan uraian latar belakang yang telah dipaparkan, maka rumusan masalah dalam Karya Tulis Ilmiah adalah sebagai berikut bagaimanakah “Asuhan keperawatan pada klien Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran di rumah sakit jiwa daerah Mahakam samarinda pada tahun 2024 ”

1.3 Tujuan studi kasus

4.1 Tujuan umum penelitian

Untuk mengetahui dan memahami Asuhan keperawatan pada klien Asuhan keperawatan pada klien Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran di rumah sakit jiwa daerah Mahakam samarinda pada tahun 2024.

4.2 Tujuan khusus penelitian

1. Melakukan pengkajian pada pasien dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran Dirumah sakit jiwa daerah atma husada Mahakam samarinda pada tahun 2024.
2. Menegakan diagnosis keperawatan pada pasien dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran Dirumah sakit jiwa daerah atma husada Mahakam samarinda pada tahun 2024.
3. Menyusun perencanaan keperawatan pada pasien dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran Dirumah sakit jiwa daerah atma husada Mahakam samarinda pada tahun 2024.
4. Melaksanakan implementasi keperawatan pada pasien dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran Dirumah sakit jiwa daerah atma husada Mahakam samarinda pada tahun 2024.
5. Mengevaluasi keperawatan pada pasien dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran Dirumah sakit jiwa daerah atma husada Mahakam samarinda pada tahun 2024.

1.4 Manfaat studi kasus

1. Bagi peneliti

Menambah pengetahuan dan wawasan bagi peneliti dalam studi kasus serta mengaplikasikan asuhan keperawatan pada klien Halusinasi Pendengaran dengan masalah keperawatan Gangguan Persepsi Sensori di rumah sakit jiwa daerah Atma Husada Mahakam samarinda.

2. Bagi tempat penelitian

Hasil studi ini diharapkan dapat dijadikan sebagai sumber informasi maupun referensi terutama dalam penelitian Halusinasi pendengaran yang akan dilakukan di rumah sakit jiwa daerah atma husada Mahakam samarinda.

3. Bagi perkembangan ilmu keperawatan

Hasil studi diharapkan dapat menambah wawasan, menambah referensi maupun memberi masukan dalam ilmu keperawatan dalam Menyusun strategi pelaksanaan asuhan keperawatan dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi pendengaran.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 KONSEP PENYAKIT

2.1.1. Definisi

Gejala Gangguan Jiwa yang dikenal sebagai Halusinasi adalah pasien mengalami perubahan pada sensasi persepsi mereka, seperti suara, penglihatan pengecapan, perabaan, dan penghiduan. Pasien mengalami stimulus yang sebenarnya tidak ada. Persepsi klien terhadap lingkungannya disebut Halusinasi, yang berarti klien menginterpretasikan stimulus atau rangsangan dari luar yang tidak nyata (Manulang, 2021).

Halusinasi merupakan Gangguan Jiwa dimana klien mengalami perubahan persepsi sensori, merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, rasa, sentuhan, atau penciuman (Abdurkhaman & Maulana, 2022). Halusinasi merupakan persepsi yang diterima oleh panca indera tanpa adanya stimulus eksternal. Klien dengan Halusinasi sering merasakan keadaan/kondisi yang hanya dapat dirasakan olehnya namun tidak dapat dirasakan oleh orang lain (Harkomah, 2019) . Halusinasi pendengaran adalah ketika klien mendengar suara-suara jelas maupun tidak jelas dimana suara tersebut biasa mengajak klien berbicara atau melakukan sesuatu tetapi tidak

berhubungan dengan hal nyata yang orang lain tidak mendengarnya. Pasien yang mengalami Halusinasi pendengaran yaitu pasien tampak berbicara atau tertawa-tawa sendiri (Meylani & Pardede, 2022).

Berdasarkan beberapa definisi diatas dapat disimpulkan bahwa Halusinasi merupakan Gangguan Persepsi panca indera, adanya stimulus eksternal yang merasakan sensasi palsu seperti pendengaran, penglihatan, perabaan, pengecapan dan penghidu namun tidak dapat dirasakan oleh orang lain.

2.1.2. Etiologi Halusinasi

Menurut (Sianturi, 2022) etiologi halusinasi sebagai berikut :

2.1.2.1. Faktor predisposisi

a. Faktor perkembangan

Hambatan perkembangan akan mengganggu hubungan interpersonal yang dapat meningkatkan stress dan ansietas yang dapat berakhir dengan gangguan persepsi. Pasien mungkin menekan persaannya sehingga pematangan fungsi intelektual dan emosi tidak efektif maupun stabil.

b. Faktor sosial budaya

Berbagai faktor di masyarakat yang membuat seseorang merasa disingkirkan atau kesepian, selanjutnya tidak dapat diatasi sehingga timbul gangguan Delusi dan Halusinasi.

c. Faktor psikologis

Hubungan interpersonal seseorang yang tidak harmonis, serta peran ganda atau peran yang bertentangan terhadap kenyataan, sehingga terjadi Halusinasi.

d. Faktor biologis

Struktur otak abnormal ditemukan pada pasien gangguan orientasi realitas, serta dapat ditemukan atropik otak, perubahan besar, serta bentuk sel kortikal dan limbic.

e. Faktor sosiokultural

Seseorang yang merasa tidak diterima di lingkungannya akan merasa kesepian, tidak dipercaya, dan disingkirkan.

2.1.2.2. Faktor presipitasi

Faktor presipitasi merupakan stimulus yang dianggap oleh seseorang sebagai tantangan, ancaman, atau kebutuhan yang memerlukan dukungan sosial tambahan untuk menghadapinya. Halusinasi dapat dipicu oleh rangsangan lingkungan, seperti partisipasi seseorang dalam kelompok, objek yang ada di lingkungan, dan suasana yang terisolasi. Hal ini dapat menyebabkan peningkatan sosial dan kecemasan, yang pada akhirnya dapat menyebabkan tubuh mengeluarkan zat Halusinogenik. Penyebab Halusinasi dapat dilihat dari 5 dimensi berikut :

a. Dimensi fisik

Halusinasi dapat ditimbulkan oleh beberapa kondisi fisik seperti kelelahan yang luar biasa, penggunaan obat – obatan, demam hingga derilium, intoksikasi alcohol dan kesulitan untuk tidur dalam waktu yang lama atau insomnia.

b. Dimensi emosional

Halusinasi disebabkan oleh kecemasan yang berlebihan karena masalah yang tidak dapat diselesaikan. Halusinasi adalah perintah yang memaksa dan menakutkan. Pasien menjadi ketakutan karena dia tidak bisa menentang perintah lagi.

c. Dimensi intelektual

Seseorang yang mengalami Halusinasi akan menunjukkan penurunan fungsi ego. Meskipun Halusinasi pada awalnya merupakan upaya ego sendiri untuk melawan implus yang menekan, halusinasi juga dapat menjadi suatu hal yang membuat pasien waspada sehingga dapat mengambil seluruh perhatian pasien dan seringkali mengontrol semua perilakunya.

d. Dimensi sosial

Interaksi sosial dalam fase awal Halusinasi dan *comforting*. Klien menganggap berinteraksi sosial dengan alam

nyata sangat membahayakan. Klien menganggap seolah-olah Halusinasinya merupakan tempat untuk memenuhi kebutuhan akan interaksi sosial, kontrol diri, dan harga diri yang tidak ia dapatkan di dunia nyata.

e. Dimensi spiritual

Secara spiritual klien dengan Halusinasi diawali dengan mengalami hidup, rutinitas tidak bermakna, hilangnya aktivitas ibadah dan jarang berupaya secara spiritual untuk menyucikan diri. Saat bangun tidur klien merasa hidupnya hampa dan merasa tidak jelas tujuan hidupnya. Klien memaki takdir tetapi lemah dalam upaya menjemput rezeki, klien lebih sering menyalahkan lingkungan, orang lain dan juga situasi yang menyebabkan takdirnya memburuk.

2.1.3. Tanda dan gejala Halusinasi


Tanda dan gejala Halusinasi menurut (Pradana & Riyana, 2022) adalah terdiri dari :

- a. Menarik diri dari orang lain, dan berusaha menghindar diri dari orang lain.
- b. Tersenyum sendiri
- c. Tertawa sendiri
- d. Duduk terpaku (berkhayal)
- e. Bicara sendiri

- f. Memandang satu arah, menggerakkan bibir tanpa suara, pergerakan mata yang cepat, dan respon verbal yang lambat
- g. Menyerang, sulit berhubungan dengan orang lain
- h. Tiba-tiba marah, curiga, bermusuhan, merusak (diri sendiri, orang lain dan lingkungan) takut
- i. Gelisah, ekspresi muka tegang, mudah tersinggung, jengkel
- j. Terjadi peningkatan denyut jantung, pernapasan dan tekanan darah

2.1.4. Rentang respon Halusinasi

Gambar 2.1 Rentang respons Halusinasi

Respon Adaptif		Respon Maladaptif
1. Pikiran logis 2. Persepsi akurat 3. Emosi konsisten dengan pengalaman 4. Perilaku sesuai 5. Hubungan social harmonis	1. Kadang-kadang proses pikir terganggu 2. Ilusi 3. Menarik diri 4. Emosi berlebihan/berkurang 5. Perilaku tidak biasa	1. Gangguan proses pikir: Waham 2. Halusinasi 3. Kerusakan proses emosi 4. Perilaku disorganisasi 5. Isolasi sosial

Sumber : (Pardede, 2021)

a. Respons Adaptif

Respons adaptif adalah respons yang sesuai dengan norma-norma sosial budaya yang berlaku atau

berada dalam batas normal jika menghadapi suatu masalah maka individu dapat memecahkan masalah tersebut.

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

b. Respons psikososial

Respons psikososial meliputi:

1. Proses pikir terganggu atau proses pikir yang menimbulkan gangguan.
2. Ilusi adalah interpretasi atau penilaian yang salah tentang penerapan yang benar-benar terjadi (objek nyata) karena rangsangan stimulus.
3. Emosi berlebihan atau berkurang

4. Perilaku tidak biasa adalah sikap dan tingkah laku yang melebihi batas kewajaran.
5. Menarik diri adalah tindakan menghindari interaksi dengan orang lain.

c. Respons maladaptif

Respons maladaptif adalah respons seseorang dalam menyelesaikan masalah yang menyimpang dari norma-norma social budaya dan lingkungan, adapun respons maladaptif meliputi:

1. Kelainan pikiran adalah keyakinan yang secara kokoh dipertahankan walaupun tidak diyakini oleh orang lain dan bertentangan dengan kenyataan social.
2. Halusinasi merupakan gangguan persepsi sensori yang salah atau persepsi eksternal yang tidak nyata atau tidak ada.
3. Kerusakan proses emosi adalah perubahan sesuatu yang timbul dari hati.
4. Perilaku tidak terorganisir merupakan suatu yang tidak teratur.
5. Isolasi sosial adalah kondisi kesendirian yang dialami oleh individu dan diterima sebagai

ketentuan oleh orang lain dan sebagai suatu kecelakaan yang negativ mengancam. Ini merupakan repons persepsi paling maladaptif.

2.1.5. Jenis – jenis Halusinasi

Menurut (Pardede, 2021) Jenis Halusinasi antara lain:

1. Halusinasi pendengaran (*Auditorik*)

karakteristik mendengar suara, terutama suara seseorang. Pasien biasanya mendengar suara seseorang yang berbicara tentang pikiran mereka dan memberinya perintah untuk melakukan sesuatu.

2. Halusinasi penglihatan (*Visual*)

karakteristik dengan adanya stimulus. penglihatan dalam bentuk pancaran cahaya, gambar geometrik, gambar kartun, atau panorama yang luas dan kompleks. Penglihatan dapat menjadi menyenangkan atau mengerikan.

3. Halusinasi penghidu (*Olfactory*)

Karakteristik ditandai dengan adanya bau busuk, amis dan bau yang menjijikan seperti: darah, *urine* atau feses. Kadang-kadang tercium bau harum.

4. Halusinasi perabaan (*Tactile*).

Adanya rasa sakit atau tidak enak tanpa stimulus yang terlihat adalah tanda karakteristik. Contohnya: merasakan adanya listrik dari tanah, benda mati, atau benda lain.

5. Halusinasi pengecapan (*Gustatory*)

Karakteristik ditandai dengan merasakan sesuatu yang busuk, bau amis dan menjijikan, merasa mengecap rasa seperti rasa darah, *urin* atau feses.

2.1.6. Penatalaksanaan halusinasi

Menurut (Akbar & Rahayu, 2021) Penatalaksanaan medis pasien Halusinasi pendengaran dibagi menjadi 2 yaitu :

1. Terapi Farmakologi

a. Haloperidol (warna : putih besar)

Klasifikasi : Antipsikotik, neuroleptik, butorifenon

Indikasi : penatalaksanaan psikosis kronik dan akut, pengendalian hiperaktivitas dan masalah perilaku berat.

Cara pemberian : dosis oral untuk dewasa 1-6 mg sehari yang terbagi menjadi 6-15 mg untuk keadaan berat. Dosis parenteral untuk dewasa 2-5 mg intramuskuler setiap 1-8 jam, tergantung kebutuhan.

Mekanisme kerja :Tampaknya mekanisme anti psikotik yang tepat belum terpenuhi sepenuhnya, menekan struktur saraf

pusat pada subkortikal formasi *reticular* otak, mesencefalon, dan batang otak.

Kontraindikasi : Pasien dengan sistem saraf pusat dan sumsum tulang belakang, kerusakan otak subkortikal, penyakit parkinson, dan anak di bawah tiga tahun dapat mengalami hipersensitivitas terhadap obat ini.

Efek samping : sedasi, sakit kepala, kejang, insomnia, pusing, mulut kering dan anoreksia .

b. Trihexyphenidil (THP) warna : putih kecil.

Klasifikasi : antiparkinson

Indikasi : segala penyakit Parkinson, gejala ekstra berkaitan dengan obat antiparkinson

Cara pemberian : dosis dan cara pemberian untuk dosis awal sebaiknya 12,5 mg diberikan tiap 2 minggu . bila efek samping ringan, dosis ditingkatkan 25 mg dan interval pemberian diperpanjang 3-6 mg setiap kali suntikan, tergantung dari respons klien. Bila pemberian melebihi 50 mg sekali suntikan sebaiknya peningkatan perlahan-lahan.

Mekanisme kerja : Sinaps menyekat asetilkolin dalam korpus striatum untuk mengurangi efek koligenik yang berlebihan dan mengimbangi ketidakseimbangan antara defisiensi *dopamine* dan kelebihan asetilkolin.

Kontra indikasi : mengantuk, pusing, disorientasi, hipotensi, mulut kering, mual dan muntah

2. Penatalaksanaan keperawatan

Mengajarkan cara mengontrol Halusinasi dengan teknik strategi pelaksanaan (SP) kepada pasien Halusinasi (Sianturi, 2022)

- a) Strategi pelaksanaan 1 : mengontrol Halusinasi pasien dengan cara menghardik Halusinasi.
- b) Strategi pelaksanaan 2 : melatih pasien mengontrol Halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain.
- c) Strategi pelaksanaan 3 : melatih pasien mengontrol Halusinasi dengan melakukan aktivitas terjadwal.
- d) Strategi pelaksanaan 4 : melatih pasien mengontrol Halusinasi dengan lima cara benar minum obat.

2.2 KONSEP PROSEDUR TINDAKAN

2.2.1. Definisi

1. Strategi pelaksanaan (SP) Halusinasi merupakan standar model pendekatan asuhan keperawatan untuk klien dengan Gangguan Jiwa yang salah satunya adalah pasien yang mengalami masalah utama Halusinasi meliputi isi, waktu terjadi Halusinasi, frekuensi, situasi pencetus, dan perasaan saat terjadi Halusinasi , kaji respon klien terhadap Halusinasi, dan mengajarkan cara mengontrol

Halusinasi dengan teknik strategi pelaksanaan (SP) kepada pasien Halusinasi (Budi et al., 2019)

- a. Strategi pelaksanaan 1 : menghardik Halusinasi adalah cara mengendalikan diri terhadap Halusinasi dengan cara menolak Halusinasi yang muncul. Pasien dilatih untuk mengatakan tidak terhadap Halusinasi yang muncul atau tidak memedulikan Halusinasinya jika dapat dilakukan, pasien akan mampu mengendalikan diri dan tidak mengikuti Halusinasi yang muncul. Mungkin Halusinasi tetap ada, tetapi dengan kemampuan ini, pasien tidak akan larut untuk menuruti Halusinasinya. Berikut ini tahapan intervensi yang dilakukan perawat dalam mengajarkan pasien.
 - 1) Menjelaskan cara menghardik Halusinasi
 - 2) Memperagakan cara menghardik
 - 3) Meminta pasien memperagakan ulang
 - 4) Memantau penerapan cara, menguatkan perilaku pasien
- b. Strategi pelaksanaan 2 : bercakap-cakap dengan orang lain dapat membantu mengontrol Halusinasi. Ketika pasien bercakap-cakap dengan orang lain, terjadi distraksi; focus perhatian pasien akan beralih dari Halusinasi ke percakapan yang dilakukan dengan orang lain.

c. Strategi pelaksanaan 3 : melakukan aktivitas yang terjadwal, untuk mengurangi risiko Halusinasi muncul lagi adalah dengan menyibukan diri melakukan aktivitas yang teratur. Dengan beraktivitas secara terjadwal, pasien tidak akan mengalami banyak waktu luang sendiri yang sering kali mencetuskan Halusinasi. Oleh karena itu, Halusinasi dapat dikontrol dengan cara beraktivitas secara teratur dari bangun pagi sampai tidur malam. Tahapan intervensi perawat dalam memberikan aktivitas yang terjadwal, yaitu:

- 1) Menjelaskan pentingnya aktivitas yang teratur untuk mengatasi Halusinasi.
- 2) Mendiskusikan aktivitas yang biasa dilakukan pasien.
- 3) Melatih pasien melakukan aktivitas .
- 4) Menyusun jadwal aktivitas sehari-hari sesuai dengan aktivitas yang telah dilatih. Upayakan pasien mempunyai aktivitas mulai dari bangun pagi sampai malam tidur.
- 5) Memantau pelaksanaan jadwal kegiatan; memberikan penguatan terhadap perilaku pasien yang positif

d. Strategi pelaksanaan 4 : minum obat secara teratur dapat mengontrol Halusinasi. Pasien juga harus dilatih untuk minum obat secara teratur sesuai dengan program terapi dokter. Pasien Gangguan Jiwa yang dirawat dirumah sering

mengalami putus obat sehingga pasien mengalami kekambuhan. Jika kekambuhan terjadi, untuk mencapai kondisi seperti semula akan membutuhkan waktu. Oleh karena itu, pasien harus dilatih minum obat sesuai program dan berkelanjutan. Berikut ini intervensi yang dapat dilakukan perawat agar pasien patuh minum obat.

- 1) Jelaskan kegunaan obat.
- 2) Jelaskan akibat jika putus obat.
- 3) Jelaskan cara mendapatkan obat/berobat.
- 4) Jelaskan cara minum obat dengan 5 prinsip benar (benar obat, benar pasien, benar cara, benar waktu dan benar dosis)

2. Terapi okupasi

Terapi okupasi adalah terapi yang mengarah pada pengobatan alami yang membantu individu yang mengalami gangguan fisik dan mental dengan mengenalkan individu terhadap lingkungan sehingga mampu mencapai peningkatan, perbaikan dan pemeliharaan kualitas hidup. Pasien akan dilatih untuk mandiri melalui latihan-latihan terarah sehingga manfaat terapi terwujud (Jatinandya, & purwito, 2020)

Terapi okupasi menggambar, merupakan cara untuk menyalurkan segala sesuatu yang bersifat kejiwaan seperti

perasaan emosi, sedih, atau bahagia. Pada saat melakukan aktivitas menggambar didefinisikan sebagai perasaan yang ditumpuk baik bisa berupa memori atau emosi yang dapat disampaikan. Hal ini bertujuan agar pasien dengan Halusinasi tidak berlarut dalam kondisi dimana dirinya terjebak antara realistis dan imajener yang diciptakan oleh diri mereka sendiri. Berdasarkan hal tersebut, maka tindakan yang akan dilakukan yaitu melakukan aktivitas terapi menggambar sebagai media menyalurkan emosi dan pikiran pada pasien jiwa (Siti et al., 2022)

Terapi okupasi dianjurkan kepada orang-orang dengan kebutuhan khusus untuk memungkinkan mereka kembali ke aktivitas normal. pengidap terapi disarankan agar mendapat saran dari dokter dan anggota keluarga sebelum memutuskan untuk melakukan terapi okupasi. Sebab, dokter tetap melakukan identifikasi terlebih dahulu untuk mengetahui sejauh mana pasien mengalami kesulitan dalam melakukan kegiatan sehari-hari (Savitrie, 2022)

2.2.2. Tujuan

Tujuan diberikannya terapi okupasi *Art Thrapy* yaitu untuk membantu individu yang mengalami gangguan dalam fungsi motorik, sensorik, kognitif juga fungsi social yang menyebabkan individu

tersebut mengalami hambatan dalam melakukan aktivitas produktivitas dalam aktivitas untuk mengisi waktu luang (Aiyuda, 2019)

1. Menstimulus partisipasi yang aktif
2. Meningkatkan motivasi
3. Pengembangan diri
4. Meningkatkan kemandirian dan arah diri
5. Meningkatkan kesadaran diri dan memperkuat memori
6. Dapat meningkatkan konsep diri dapat terjadi karena tumbuhnya percaya diri dalam bersosialisasi, sehingga memudahkan mereka untuk memandang dirinya lebih positif.
7. Mengksplorasi perasaan klien
8. Mengembangkan keterampilan social
9. Mengurangi kecemasan

2.2.3. Indikasi

Terapi okupasi dapat dilakukan dengan cara individu maupun kelompok sesuai dengan keadaan pasien dan tujuan terapi (Iwasil, 2019)

1. Metode terapi individual

Metode terapi individual yaitu, dapat dilakukan ialah konsultasi dengan psikiater. Metode terapi individual dilakukan untuk :

- a) Pasien baru agar dapat lebih banyak informasi dan juga sebagai bahan evaluasi pasien.

- b) Pasien yang belum dapat berinteraksi dengan baik dalam sebuah kelompok
- c) Pasien yang sedang menjalani latihan kerja dengan tujuan agar terapis dapat mengevaluasi pasien lebih efektif

2. Metode kelompok

- a) Pasien yang dipilih berdasarkan masalah yang sama
- b) Beberapa pasien yang sekaligus dalam melakukan suatu aktivitas untuk mencapai satu tujuan

2.2.4. Standar operasional prosedur (SOP)

Tabel 2.2 standar operasional prosedur (SOP)

No	Prosedur <i>Art Therapy</i>
Pengkajian	
1.	Perawat memilih pasien untuk melakukan terapi okupasi (menggambar) berdasarkan kriteria inklusi.
2.	Perawat menjelaskan tujuan kepada pasien untuk melakukan terapi okupasi (menggambar)
3.	Perawat memberikan <i>informed consent</i> kepada pasien dan meminta persetujuan untuk menandatangani <i>informed consent</i>
Fase orientasi	
Salam terapeutik	
4.	Mengucapkan salam dan memperkenalkan nama
5.	Menanyakan nama dan panggilan pasien
Evaluasi / validasi	
6.	Menanyakan bagaimana perasaan pasien saat ini?
7.	Menanyakan apakah pasien masih mendengar suara-suara yang tidak nyata?
8.	perawat melakukan observasi dan wawancara tanda dan gejala Halusinasi
Fase kerja	
9.	Menjelaskan tentang proses pelaksanaan terapi okupasi menggambar yang dilakukan selama 30menit sampai 45 menit

No	Prosedur Art Therapy
10.	Menjelaskan peraturan dalam terapi okupasi menggambar yaitu pasien diharapkan berpartisipasi dan kerjasamanya dalam mengikuti kegiatan dari awal sampai selesai.
11.	Perawat menjelaskan tema gambar, yaitu menggambar sesuatu yang disukai atau perasaan saat ini
12.	Perawat membagikan krayon dan kertas kosong kepada pasien
13.	Setelah selesai melakukan terapi menggambar perawat meminta kepada pasien untuk menjelaskan tentang gambar dan makna gambar yang telah dibuat.
14.	Perawat memberikan pujian kepada pasien setelah selesai menjelaskan tentang gambar dan makna nya.
Fase terminasi	
Evaluasi	
15.	Perawat menanyakan perasaan pasien setelah melakukan tindakan
16.	Perawat mengavaluasi emosi dan halusinasi yang dialami pasien setelah melakukan tindakan terapi okupasi (menggambar)
17.	Menganjurkan pasien untuk memasukan terapi ke dalam jadwal harian.
Rencana tindak lanjut	
18.	Menyepakati topik pertemuan selanjutnya yaitu mengontrol halusinasi dengan cara : <ul style="list-style-type: none"> - Menghardik halusinasi - Bercakap – cakap dengan orang lain. - Melakukan aktivitas terjadwal - Mematuhi anjuran minum obat
Kontrak	
19.	Menyepakati waktu dan tempat untuk pertemuan selanjutnya
20.	Merapikan alat
21.	Mencuci tangan
Dokumentasi : Tahap evaluasi merupakan tahap dimana keberhasilan terapi menggambar dievaluasi agar perhatian pasien tidak terfokus pada halusinasi. Mengamati dan menilai gambar pasien, serta memuji hasil dari gambar pasien. Pasien juga ditanya bagaimana perasaannya setelah melakukan tehnik terapi okupasi (menggambar). Setelah diberikan terapi evaluasi pasien yang ditandai dengan pasien dapat mengalami peningkatan kemampuan mengontrol halusinasi ditandai dengan	

No	Prosedur <i>Art Therapy</i>
penurunan tanda dan gejala halusinasi.	

Sumber: (Fekaristi et al., 2021)

2.2.5. Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

1. Orientasi

a. Salam

“Selamat pagi Mas, perkenalkan saya Rita amalia, biasa dipanggil Rita, saya mahasiswa dari Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur. Nama mas siapa? Senang dipanggil apa? Oh baik, kalau begitu saya memanggilnya dengan klien Rian ya. Tanggal lahirnya?”

b. Evaluasi

“Apa yang Rian rasakan? oh Rian mendengar suara-suara yang tidak ada wujudnya ya. Sudah berapa lama mengalami hal tersebut?”

c. Validasi

“Apa yang telah Rian lakukan untuk mengatasi suara-suara yang tidak ada wujudnya itu?”

“Bagaimana hasilnya? Apa manfaat yang Rian rasakan?”

d. Kontrak

1) Tindakan dan tujuan

“Baik Rian, bagaimana kalau saya periksa dulu tentang suara-suara yang Rian dengar dan belajar cara mengatasinya? Tujuannya supaya Rian merasa lebih tenang, dan suara-suara tersebut berkurang”

2) Waktu

“Baik, kita akan diskusi selama 20 menit yaa Rian”

3) Tempat

“Mari kita duduk diruang tamu.”

2. Kerja

a. Pengkajian

- 1) Jenis : “Apakah Rian mendengar suara tanpa ada orangnya?”
- 2) Isi : “Apa yang dikatakan suara itu?”
- 3) Waktu : “Kapan/jam berapa saja yang paling sering muncul?”
- 4) Frekuensi : “Berapa sering suara itu muncul?”
- 5) Situasi : “ Pada situasi apa yang paling sering muncul? Saat sendiri? Atau malam hari?”
- 6) Respons : “apa yang Rian rasakan saat suara itu muncul?”
- 7) Upaya : “Apa yang Rian lakukan untuk menghilangkannya? Apakah berhasil?”

8) Jika ada halusinasi katakanlah Anda percaya, tetapi anda sendiri tidak mendengar / melihat / menghidu/ merasakannya.

3. Diagnosa

“Baiklah, berarti Rian mendengar suara tanpa ada orang yang bicara dan Rian merasa terganggu. Ini yang disebut dengan Halusinasi. Bagaimana kalau kita latihan untuk mengendalikannya?”

“Ada beberapa cara untuk mengendalikan suara itu, bagaimana kalau saat ini kita latih?”

4. Tindakan

a. Sp 1 menghardik halusinasi

“Caranya adalah jika suara-suara itu muncul, langsung Rian bilang, pergi saya tidak mau dengar ... saya tidak mau dengar! Kamu itu suara palsu! Begitu diulang-ulang sampai suara itu tidak terdengar lagi. Coba Rian peragakan! Nah begitu,.. bagus! Coba lagi! Ya bagus, Rian sudah bisa.”

b. Sp 2 bercakap – cakap dengan bersama orang lain

“ Cara kedua untuk mencegah/mengontrol halusinasi adalah dengan bercakap-cakap dengan orang lain. Jadi kalau Rian mulai mendengar suara-suara, langsung saja cari teman untuk diajak ngobrol. Minta temen untuk ngobrol dengan

bapak. Contohnya begini “*tolong, saya mulai dengar suara-suara. Ayo ngobrol dengan saya!*” atau kalau ada orang dirumah, misal kakak, katakan, “*kak, ayok ngobrol dengan saya. Saya sedang dengar suara-suara .*” begitu Rian. Coba Rian lakukan seperti saya lakukan tadi. Ya, begitu. Bagus! Coba sekali lagi! Bagus! Nah, latih terus yaa Rian! “ Disini, Rian dapat mengajak perawat atau pasien lain untuk bercakap-cakap”

c. Sp 3 mengontrol halusinasi dengan aktivitas terjadwal

“Apa saja yang biasa Rian lakukan? Pagi-pagi apa kegiatannya, terus jam berikutnya apa?” (terus kaji hingga didapatkan kegiatannya sampai malam.)

“Wah banyak sekali kegiatannya! Mari kita latih dua kegiatan hari ini (latih kegiatan tersebut)! bagus sekali Rian bisa lakukan!”

“Kegiatan ini Rian lakukan untuk mencegah suara tersebut muncul. Kegiatan yang lain akan kita latih agar dari pagi sampai malam ada kegiatan.”

5. Terminasi

a. Evaluasi subjektif

“Bagaimana perasaan Rian setelah latihan tadi?”

b. Evaluasi objektif

“Apa saja latihan kita tadi? benar sekali” (bantu jika belum ingat).

c. Rencana tindak lanjut

“bagaimana kalau Rian latihan secara teratur? Baik, untuk menghardik berapa kali sehari? Untuk bercakap-cakap berapa kali? Untuk aktivitas terjadwal, berapa kali (sambil mengisi jadwal kegiatan). Selain latihan secara teratur lakukan jika suara terdengar.”

2.3 KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN

2.3.1. Pengkajian

Pengkajian merupakan pengumpulan data subjektif dan objektif secara sistematis dengan tujuan membuat penentuan tindakan keperawatan bagi individu, keluarga dan komunitas. Pengelompokan data pada pengkajian kesehatan dan keperawatan jiwa berupa faktor presipitasi, penilaian *stressor*, sumber coping yang dimiliki pasien, isi pengkajian meliputi (Danu, 2021)

a. Identitas

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, status perkawinan, agama, tanggal MRS, informan, tanggal pengkajian dan alamat.

b. Keluhan utama

Berbicara sendiri, tertawa sendiri, senyum sendiri, menggerakkan bibir tanpa suara, menarik diri dari orang lain,

tidak dapat membedakan yang nyata dan tidak nyata, ekspresi muka tegang, mudah tersinggung, jengkel, dan marah, dan ketidakmampuan untuk mengurus diri dan melakukan kegiatan sehari-hari adalah beberapa contoh keluhan utama.

c. Faktor predisposisi

Faktor predisposisi adalah faktor resiko yang mempengaruhi jenis dan jumlah sumber yang dapat dibangkitkan oleh individu untuk mengatasi stress, ini diperoleh dari pasien dan keluarganya, dan mencakup faktor perkembangan sosial kultural, biokimia, psikologis, dan genetik. Yaitu faktor resiko yang mempengaruhi jenis dan jumlah sumber yang dapat dibangkitkan oleh individu untuk mengatasi stress.

- 1) Faktor perkembangan: Individu biasanya mengalami stres dan kecemasan karena tugas perkembangan dan gangguan hubungan interpersonal.
- 2) Faktor sosial *cultural*: Rasa kesepian di lingkungan pasien dapat disebabkan oleh berbagai faktor sosial.
- 3) Faktor biokimia: Jika seseorang mengalami stress yang berlebihan, tubuh mereka akan menghasilkan zat yang dapat menyebabkan penyakit Halusinogenik.

- 4) Faktor psikologis: Jika hubungan Anda dengan orang lain tidak harmonis, konflik Anda yang tidak diterima oleh anak, dan stres dan kecemasan yang tinggi akan menyebabkan halusinasi dan gangguan orientasi realitas.
- 5) Faktor genetik: Apa yang berpengaruh pada Skizofrenia belum diketahui, tetapi temuan penelitian menunjukkan bahwa faktor keluarga memiliki dampak yang signifikan pada penyakit ini.

d. Faktor presipitasi

Rangsangan lingkungan yang sering, seperti partisipasi pasien dalam kelompok, terlalu lama di ajak komunikasi objek, dan suasana sepi atau isolasi, sering menyebabkan Halusinasi karena dapat meningkatkan stres dan kecemasan, mendorong tubuh untuk mengeluarkan zat Halusinogenik.

e. Aspek fisik

Hasil dari pengukuran tanda-tanda vital pasien (tekanan darah, nadi, suhu, dan pernapasan) serta keluhan fisik pasien. Denyut jantung, pernapasan, dan tekanan darah meningkat.

f. Aspek psikososial

Genogram yang menggambarkan tiga generasi.

g. Konsep diri

Konsep diri terdiri dari:

- 1) Citra tubuh, menolak untuk melihat atau menyentuh bagian tubuh yang mengalami perubahan atau tidak menerima perubahan yang terjadi pada tubuh menolak untuk memberikan penjelasan tentang sifat tubuh dan mempertahankan pandangan buruk tentang tubuh. Bagian tubuh yang hilang menunjukkan keputusaan atau ketakutan.
- 2) Identitas diri, ketidakpastian memandang diri, sukar menerapkan keinginan dan tidak mampu mengambil keputusan
- 3) Peran, berubah atau berhentinya fungsi peran yang disebabkan penyakit, proses menua, putus sekolah dan PHK.
- 4) Harga diri, perasaan malu, rasa bersalah, gangguan hubungan sosial, merendahkan martabat, mencederai, dan kurang percaya diri.

h. Status mental

Berbicara sendiri, senyum sendiri, tertawa sendiri, menggerakkan bibir tanpa suara, pergerakan mata yang cepat, respons verbal yang lambat, menarik diri dari orang lain, ketidakmampuan untuk membedakan antara yang nyata dan tidak nyata, peningkatan denyut jantung dan tekanan darah, perhatian yang kurang atau hanya beberapa detik terkonsentrasi dengan sensasi, kesulitan berhubungan dengan orang lain, dan

ketidakmampuan untuk membedakan antara yang nyata dan tidak nyata. Biasa terdapat disorientasi waktu, tempat dan orang.

i. Mekanisme koping

Pasien takut atau tidak mau menceritakan masalahnya kepada orang lain (koping menarik diri). Pasien menggunakan mekanisme koping untuk mengatasi kecemasan, yang sebenarnya adalah kesepian yang mengancam dirinya. Dalam kasus Halusinasi, mekanisme koping berikut yang sering digunakan:

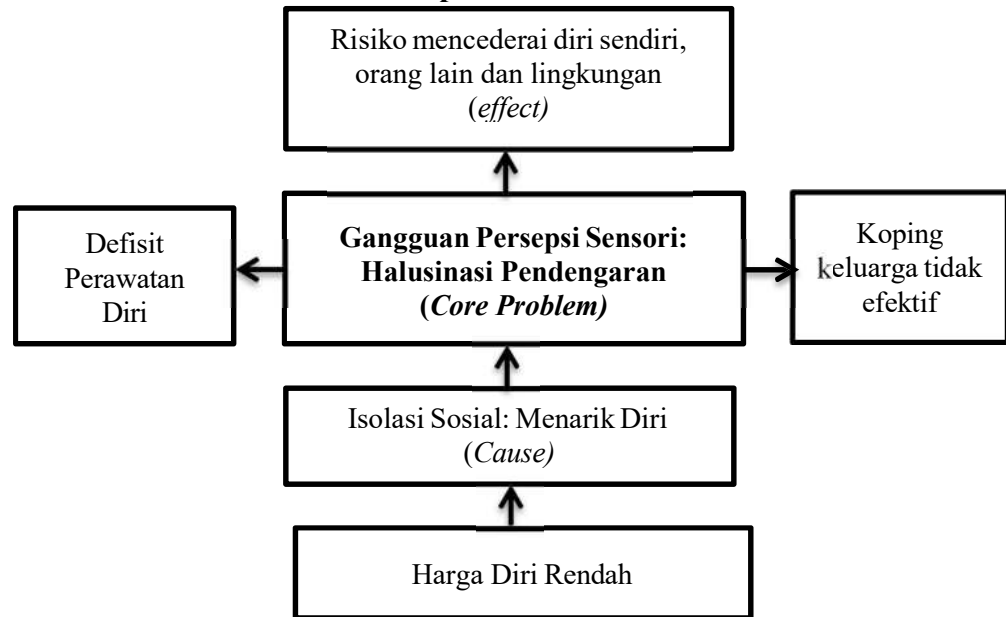
- 1) Regresi, menjadi malas beraktivitas sehari-hari.
- 2) Proyeksi, menjelaskan perubahan suatu persepsi dengan berusaha untuk mengalihkan tanggung jawab kepada orang lain.
- 3) Menarik diri, sulit mempercayai orang lain dan asik dengan stimulus internal.

j. Aspek medik

Terapi yang diterima pasien bisa berupa terapi farmakologi psikomotor terapi okupasional, TAK dan rehabilitas.

2.3.2. Pohon masalah

Gambar 2.3 pohon masalah halusinasi



Sumber : (Sianturi,2022)

2.3.3. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah penilaian tentang respons actual atau potensial dari individu, keluarga, atau masyarakat terhadap masalah kesehatan/proses kehidupan. Rumusan diagnosis yaitu Permasalahan (P) berhubungan dengan Etiologi (E) dan keduanya ada hubungan sebab akibat secara ilmiah. Rumusan keperawatan jiwa mengacu pada pohon masalah yang sudah dibuat, Diagnosa Keperawatan pasien dengan halusinasi pendengaran adalah sebagai berikut (PPNI, 2017) :

- a. Gangguan Persepsi Sensori (D.0085) b.d Gangguan Pendengaran d.d merasakan sesuatu melalui indera perabaan, penciuman, pendengaran, pengecapan atau penglihatan.
- b. Isolasi Sosial (D.0121) b.d perubahan status mental d.d tidak berminat/menolak berinteraksi dengan orang lain atau lingkungan.
- c. Resiko perilaku kekerasan (D.0146) d.d Halusinasi.

2.3.4. Intervensi Keperawatan

No	Diagnosis keperawatan	Luaran keperawatan	Intervensi keperawatan
1.	Gangguan Persepsi Sensori (D.0085) b.d Gangguan pendengaran d.d merasakan sesuatu melalui indera perabaan, penciuman, pendengaran, pengecapan atau penglihatan	setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 6 kali pertemuan maka persepsi sensori (L.09083) membaik dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi mendengar bisikan (5) 2. Distorsi sensori (5) 3. Perilaku halusinasi (5) 4. Menarik diri (5) 5. Melamun (5) 6. Curiga (5) 7. Mondar – mandir (5) 8. Respons sesuai stimulus (5) 9. Konsentrasi (5) 10. Orientasi (5) 	Manajemen Halusinasi (I.09288) Observasi <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Monitor perilaku yang mengindikasi Halusinasi 1.2 Monitor dan sesuai tingkat aktivitas dan stimulasi lingkungan 1.3 Monitor isi Halusinasi Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> 1.4 Pertahankan lingkungan yang aman 1.5 Lakukan tindakan keselamatan jika tidak dapat mengontrol perilaku 1.6 Diskusikan perasaan dan respons terhadap Halusinasi 1.7 Hindari perdebatan tentang validasi Halusinasi Edukasi <ol style="list-style-type: none"> 1.8 Anjurkan memonitor sendiri situasi terjadi Halusinasi 1.9 Anjurkan bicara pada

No	Diagnosis keperawatan	Luaran keperawatan	Intervensi keperawatan
			<p>orang yang dipercayai untuk memberi dukungan dan umpan balik korektif terhadap halusinasi</p> <p>1.10 Anjurkan melakukan distraksi</p> <p>1.11 Ajarkan pasien dan keluarga cara mengontrol Halusinasi</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1.12 Kolaborasi pemberian obat antipsikotik dan antiansietas, <i>jika perlu</i></p>
2.	Isolasi sosial (D.0121) b.d perubahan status mental d.d tidak berminat/menolak berinteraksi dengan orang lain atau lingkungan.	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 6 hari pertemuan maka keterlibatan social (L,13115) meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Minat interaksi (5) 2. Minat terhadap aktivitas (5) 3. Perilaku menarik diri (5) 4. Afek murung/sedih (5) 5. Perilaku bermusuhan (5) 6. Perilaku sesuai dengan harapan orang lain (5) 7. Kontak mata (5) 8. Tugas 	<p>Terapi aktivitas (I.05186)</p> <p>Observasi</p> <p>2.1 Identifikasi defisit aktivitas</p> <p>2.2 Identifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu</p> <p>2.3 Identifikasi strategi meningkatkan partisipasi dalam aktivitas</p> <p>2.4 Monitor respons emosional, fisik, social dan spiritual terhadap aktivitas</p> <p>Terapeutik</p> <p>2.5 Fasilitasi fokus pada kemampuan, bukan defisit yang dialami</p> <p>2.6 Sepakati komitmen untuk meningkatkan frekuensi dan rentang aktivitas</p> <p>2.7 Fasilitasi memilih aktivitas dan tetapkan tujuan aktivitas yang konsisten sesuai kemampuan fisik, psikologis dan social.</p> <p>2.8 Koordinasikan pemilihan</p>

No	Diagnosis keperawatan	Luaran keperawatan	Intervensi keperawatan
		perkembangan sesuai usia (5)	<p>aktivitas sesuai usia</p> <p>2.9 Fasilitasi makna aktivitas yang dipilih</p> <p>2.10 Libatkan dalam permainan kelompok yang tidak kompetitif, terstruktur, dan aktif</p> <p>2.11 Tingkatkan keterlibatan dalam aktivitas rekreasi dan diversifikasikan untuk menurunkan kecemasan</p> <p>2.12 Fasilitas mengembangkan motivasi penguatan diri jadwalkan aktivitas dalam rutinitas sehari-hari</p> <p>2.13 Berikan penguatan positif atas partisipasi dalam aktivitas</p> <p>Edukasi</p> <p>2.14 Jelaskan metode fisik sehari-hari</p> <p>2.15 Anjurkan melakukan aktivitas fisik, social, spiritual, dan kognitif dalam menjaga fungsi kesehatan</p> <p>2.16 Anjurkan terlibat dalam aktivitas kelompok atau terapi</p> <p>Kolaborasi</p> <p>2.17 Kolaborasi dengan fisioterapi dalam mengembangkan dan melaksanakan program latihan</p>
3.	Resiko Perilaku Kekerasan (D.0146) d.d Halusinasi	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 6 kali pertemuan makan Kontrol diri (L.09076) meningkat dengan kriteria hasil:	<p>Pencegahan perilaku kekerasan (I.14544)</p> <p>Observasi</p> <p>3.1 Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan</p> <p>3.2 Monitor keamanan barang</p>

No	Diagnosis keperawatan	Luaran keperawatan	Intervensi keperawatan
		1. Verbalisasi ancaman (5) 2. Verbalisasi umpatan (5) 3. Perilaku menyerang (5) 4. Perilaku melukai diri sendiri/orang lain (5) 5. Perilaku merusak lingkungan sekitar (5) 6. Perilaku agresif/amuk (5) 7. Suara keras (5) 8. Bicara ketus (5)	yang dibawa oleh pengunjung 3.3 Monitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan Terapeutik 3.4 Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin 3.5 Libatkan keluarga dalam perawatan Edukasi 3.6 Anjurkan pengunjung dan keluarga untuk mendukung perawatan pasien 3.7 Latih cara mengungkapkan perasaan asertif 3.8 Latih mengurangi kemarahan secara verbal dan non verbal

Sumber (PPNI, 2019)

2.3.5. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah kategori dari perilaku keperawatan, dimana perawat melakukan tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan.

Tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan (PPNI, 2018)

Pada masalah Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi pendengaran di rumah sakit, terdapat intervensi keperawatan yang dilakukan, yaitu: Manajemen Halusinasi (I.09288) dimana dalam pengimplementasiannya dikolaborasikan dengan strategi pelaksanaan (SP) yang terbagi menjadi:

- a. Strategi pelaksanaan (SP) 1, membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi Halusinasi (jenis, isi, waktu, frekuensi; situasi, perasaan dan respons halusinasi) dan mengajarkan cara menghardik
- b. Strategi pelaksanaan (SP) 2, mengevaluasi strategi pelaksanaan (SP) 1, melatih bercakap-cakap
- c. Strategi pelaksanaan (SP) 3, mengevaluasi strategi pelaksanaan (SP) 1 dan strategi pelaksanaan (SP) 2, melakukan kegiatan terjadwal
- d. Strategi pelaksanaan (SP) 4, mengevaluasi strategi pelaksanaan (SP) 1, strategi pelaksanaan (SP) 2, dan strategi pelaksanaan (SP) 3, minum obat dengan teratur.

Pada saat akan dilaksanakan tindakan keperawatan maka kontrak dengan pasien dilaksanakan dengan menjelaskan apa yang akan

dikerjakan dan peran serta pasien yang diharapkan, dokumentasikan semua tindakan yang telah dilaksanakan serta respons pasien (Gaol, 2022)

2.3.6. Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap dimana proses keperawatan menyangkut pengumpulan data obyektif dan subyektif yang dapat menunjukkan masalah apa yang terselesaikan, apa yang perlu dikaji dan direncanakan, dilaksanakan dan dinilai apakah tujuan keperawatan telah tercapai atau belum, sebagian tercapai atau timbul masalah baru. (Oktiviani, 2020)

Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP sebagai pola pikir, dimana masing-masing huruf tersebut diuraikan sebagai berikut (Sianturi, 2022) :

S: respons subjektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

O: respons objektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

A: analisa ulang terhadap data subjektif untuk menyimpulkan apakah masalah baru atau ada yang kontraindikasi dengan masalah yang ada.

P: perencanaan atau tidak lanjut berdasar hasil analisa pada respons pasien.

BAB 3

METODE PENELITIAN

1.1 Rancangan Studi Kasus

Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini menggunakan metode penelitian mencakup rancangan penelitian yang direncanakan untuk melakukan studi kasus mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan jiwa pada pasien dengan masalah utama gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran di rumah sakit Atma Husada Mahakam Samarinda. Metode pendekatan yang digunakan adalah pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosis asuhan keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

1.2 Subyek Studi Kasus

Subjek studi kasus yang digunakan dalam penelitian Karya tulis ilmiah ini adalah pasien dengan gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran di Rumah sakit Atma husada samarinda yang dikelola secara terperinci dan mendalam. Dengan responden berjumlah 1 klien dengan diagnosis keperawatan, gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran.

1.3 Fokus Studi

Studi kasus ini berfokus pada pengelolaan asuhan keperawatan pada 1 pasien/klien dengan menekankan pada prosedur intervensi Manajemen Halusinasi (I.092880) dalam mengatasi masalah keperawatan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran.

1.4 Definisi Operasional Dari Fokus Studi

Halusinasi pendengaran adalah ketika klien mendengar suara-suara jelas maupun tidak jelas dimana suara tersebut biasa mengajak klien berbicara atau melakukan sesuatu tetapi tidak berhubungan dengan hal nyata yang orang lain tidak mendengarnya. Pasien yang mengalami halusinasi pendengaran yaitu pasien tampak berbicara atau tertawa-tawa sendiri. (Meylani & Pardede, 2022)

1.5 Instrumen Studi Kasus

Instrument pengumpulan data adalah alat-alat yang digunakan untuk pengumpulan data. Alat atau instrument pengumpulan data dalam penelitian menggunakan lembar format pengkajian asuhan keperawatan jiwa poltekkes kemenkes kaltim yang terdiri dari pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

1.6 Metode Pengumpulan Data

a. Wawancara

Wawancara merupakan metode pengumpulan data dengan cara bertanya langsung (berkomunikasi langsung) dengan responden untuk mendapatkan data subjektif dan obyektif. (Adam, A. et al., 2022)

b. Observasi

Observasi adalah teknik pengumpulan data yang dilakukan melalui pengamatan, dengan disertai pencatatan-pencatatan terhadap keadaan atau perilaku obyek sasaran (Adam, A. et al., 2022)

c. Implementasi tindakan

Asuhan keperawatan pada klien Halusinasi pendengaran dengan masalah keperawatan Gangguan persepsi sensori di RSJD Atma husada mahkam samarinda pada tahun 2024

d. Dokumentasi

Dokumentasi dilakukan setiap hari setelah melakukan asuhan keperawatan jiwa pada klien dan dilakukan dengan menggunakan format asuhan keperawatan jiwa.

1.7 Langkah Pelaksanaan Studi Kasus

Prosedur studi kasus pada penulisan ini adalah sebagai berikut:

- a. Meminta izin penelitian melalui surat izin penulis kepada pihak Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda.
- b. Mencari 1 pasien dengan masalah Halusinasi pendengaran di ruangan yang akan diteliti
- c. Melakukan bina hubungan saling percaya kepada pasien.
- d. Melakukan pengkajian pada pasien halusinasi pendengaran.
- e. Merumuskan diagnosis pada pasien halusinasi pendengaran.
- f. Merumuskan intervensi keperawatan *art therapy*.
- g. Melakukan implementasi sesuai dengan intervensi yang dirumuskan kepada pasien halusinasi pendengaran dengan *art therapy*.
- h. Melakukan evaluasi tindakan kepada pasien halusinasi pendengaran *art therapy*.

- i. Melakukan dokumentasi kegiatan yang telah dilakukan selama perawatan.
- j. Menyajikan hasil pengelolaan data atau hasil penulisan kasus setelah diberikan perawatan.

1.8 Lokasi dan waktu studi kasus

a. Lokasi

Studi kasus dilakukan di Ruang Elang Rumah sakit jiwa daerah Atma Husada Mahakam Samarinda.

- b. Prosedur studi kasus pada karya tulis ilmiah ± selama 3 sampai 6 hari.

1.9 Analisis dan penyajian data

Dilakukan analisis data sejak penelitian dilapangan dengan cara mengemukakan fakta, selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada dan dituangkan dalam opini pembahasan. Teknik analisis data yang digunakan yaitu wawancara dengan menanyakan kepada pasien mengenai masalah yang dialami sesuai diagnosis keperawatan yang ditegakkan dan teknik analisis data juga menggunakan cara observasi oleh peneliti dan studi dokumentasi yang menghasilkan data untuk selanjutnya di interpretasikan oleh peneliti.

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil

4.1.1 Gambaran Lokasi Studi Kasus

Studi Kasus ini dilakukan di Ruang Elang wilayah kerja Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda yang beralamat di Jl. Kakap No.23 Samarinda, Kalimantan Timur, dengan total pasien sebanyak 33 pasien selama 6 hari perawatan dimulai tanggal 29 april – 4 mei 2024. Ruang Elang merupakan Ruang Kelas 3 perawatan laki-laki, Kasus yang terdapat di Ruang Elang terdiri dari Halusinasi, Resiko Prilaku Kekerasan, Harga Diri Rendah, Defisit Perawatan Diri, Isolasi Sosial dan Waham. Bangunan Ruang Elang terdiri dari 1 ruang kepala ruangan, 1 ruang Nurse Station, 1 ruang WC perawat, 1 ruang tindakan, 5 ruang perawatan rawat inap dan masing-masing WC didalamnya, 1 ruang isolasi dan WC didalamnya, 1 ruang makan.

4.1.2 Data Asuhan Keperawatan

A. Pengkajian

Tabel 4.1 pengkajian Tn.W

Data anamnesis	Data Klien
Identitas klien	Pasien bernama Tn.W, berjenis kelamin laki-laki, berusia 47 tahun, pasien berpendidikan terakhir SMP, beragama Islam, pasien bersuku Bugis, pasien tidak bekerja, masuk ruang perawatan 26 April 2024 (hari perawatan ke-3)
Tanggal pengkajian	Senin, 29 April 2024
Riwayat penyakit	Keluhan bingung, mondar-mandir, bicara sendiri, sering mendengar suara-suara yang mengajaknya berbicara (tidak jelas) dan suara perempuan menangis ketika dia melamun dengan frekuensi mendengar 3x dalam sehari. Tn.W rujukan dari yayasan JAMS ke RSJD Atma Husada Mahakam dengan keluhan adanya perubahan perilaku, mendengar suara serta terlihat bingung. Sebelumnya, pasien sudah pernah dirawat di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda pada tahun 2021, kemudian kembali lagi pada tanggal 23 Mei 2023, kemudian kembali lagi pada tanggal 28 Maret 2024 dan kembali lagi pada tanggal 26 April 2024. Sekarang pasien dirawat di Ruang Elang, keadaan pasien tampak gelisah, mondar-mandir, berbicara sendiri, tertawa sendiri, berpenampilan rapi dan mampu memenuhi kebutuhan ADL secara mandiri.
Faktor predisposisi	Pasien mengalami Gangguan Jiwa dari tahun 2021 dengan pengobatan sebelumnya kurang berhasil, pasien mengatakan tidak pernah mengalami aniaya fisik, aniaya seksual, penolakan, kekerasan dalam keluarga, dan juga tindakan kriminal. Di keluarga pasien tidak terdapat anggota keluarga yang mengalami Gangguan Jiwa. Pengalaman yang kurang menyenangkan ketika Istri pasien meninggal dunia, pasien merasa sedih dan menjauh dari keramaian.
Fisik	TD: 125/106 mmHg, N: 89 x/menit, S: 36,1°C, RR: 22 x/menit, SPO2: 100%, TB: 155cm, BB: 60 kg.

Data anamnesis	Data Klien
	Pasien mengatakan tidak ada keluhan fisik
psikososial	<p>Tn.W merupakan anak pertama dari 2 bersaudara, kedua orang tua dan istri pasien telah meninggal dunia, pasien memiliki 1 adik laki-laki. Pasien tinggal di yayasan JAMS sejak tahun 2021.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gambaran diri : pasien menyukai seluruh tubuhnya saat ini. 2. Identitas : pasien sebagai seorang laki-laki. 3. Peran: pasien seorang anak dan kakak laki-laki dalam keluarganya. 4. Ideal diri: pasien ingin cepat sembuh dan pulang. 5. Harga diri: pasien mengatakan dirinya biasa saja.
Status mental	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien berpenampilan rapi 2. Pembicaraan lambat 3. Tampak lesu 4. Alam perasaan sedih 5. Afek datar 6. Kontak mata kurang 7. Sering mondar-mandir 8. Sering berbicara sendiri 9. Tertawa sendiri 10. Melamun 11. Sering menyendiri 12. Pasien mengatakan mendengar suara yang mengajakannya bercerita (suara tidak jelas) dan suara perempuan menangis 13. Kemampuan penialain mengalami gangguan ringan
Kebutuhan persiapan pulang	Bantuan minimal untuk makan dan BAB/BAK, mandi, berpakaian, penggunaan obat, pasien tidur siang dari pukul 10.00 s/d 12.00, tidur malam lama jam 22.00 s/d 05.00, pasien membutuhkan perawatan lanjutan, pasien mengeluh sering terbangun, pasien dapat melakukan kegiatan dengan baik didalam maupun diluar ruangan.
Mekanisme koping	Koping Adaptif yaitu pasien dapat berbicara dengan orang lain, mampu menyelesaikan masalah
Terapi medik	<ol style="list-style-type: none"> 1. Haloperidol (1,5 mg) 2 x 1 2. Olanzapin (10 mg) 2 x 1 3. Caviplex 1 x 1

B. Analisa Data

Tabel 4.2 Analisa Data Tn.W

No.	Data	Diagnosis Keperawatan (SDKI)
1.	<p>Ds :</p> <p>Pasien mendengar suara-suara yang mengajaknya berbicara (tidak jelas) dan perempuan menangis ketika dia melamun dengan frekuensi mendengar 3x dalam sehari.</p> <p>Do :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak bingung. 2. Pasien sering mondar-mandir 3. Pasien tampak berbicara sendiri. 4. Pasien sering menyendiri. 5. Pasien sering melamun. 	<p>Gangguan persepsi sensori (D.0085) b.d Gangguan Pendengaran d.d mendengar suara bisikan</p>

C. Intervensi Keperawatan

Tabel 4.3 Intervensi Keperawatan Tn.W

No.	Diagnosis keperawatan	Luaran keperawatan	Intervensi keperawatan
1.	<p>Gangguan Persepsi Sensori (D.0085) b.d Gangguan pendengaran d.d mendengarkan suara bisikan</p>	<p>setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 6 kali pertemuan maka persepsi sensori (L.09083) membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi mendengar bisikan (5) 2. Perilaku Halusinasi (5) 3. Menarik diri (5) 	<p>Manajemen Halusinasi (I.09288)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Monitor perilaku yang mengindikasi Halusinasi 1.2 Monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulasi lingkungan 1.3 Monitor isi Halusinasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.4 Pertahankan lingkungan yang aman 1.5 Lakukan tindakan keselamatan jika tidak dapat mengontrol perilaku 1.6 Diskusikan perasaan dan

		<p>4. Melamun (5) 5. Mondar-mandir (5)</p> <p>Keterangan: 1: Meningkat 2: Cukup 3: Sedang 4: Cukup Menurun 5: Menurun</p>	<p>respons terhadap Halusinasi</p> <p>1.7 Hindari perdebatan tentang validasi Halusinasi</p> <p>Edukasi</p> <p>1.8 Anjurkan memonitor sendiri situasi terjadi Halusinasi</p> <p>1.9 Anjurkan bicara pada orang yang dipercaya untuk memberi dukungan dan umpan balik korektif terhadap halusinasi</p> <p>1.10 Anjurkan melakukan distraksi</p> <p>1.11 Ajarkan pasien dan keluarga cara mengontrol Halusinasi</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1.12 Kolaborasi pemberian obat antipsikotik dan antiansietas.</p>
--	--	---	--

D. Implementasi Keperawatan

Tabel 4.4 Implementasi Keperawatan Tn. W

Waktu	Tindakan Keperawatan	Evaluasi
<p>Hari ke-1 Senin, 29 April 2024</p> <p>07.00</p>	<p>1.12 Kolaborasi pemberian obat antipsikotik dan antiansietas</p>	<p>Ds: pasien mengatakan telah meminum obatnya</p> <p>Do: pasien meminum obat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Haloperidol (1,5 mg) 2 x 1 2. Olanzapin (10 mg) 2 x 1 3. Caviplex 1 x 1
<p>09.00</p>	<p>1.1 Memonitor perilaku yang mengidikasi Halusinasi (berbicara sendiri, melamun, mondar-mandir, menyendiri, tertawa sendiri, gelisah)</p>	<p>Ds: pasien mengatakan mendengar suara-suara yang mengajaknya berbicara (tidak jelas).</p> <p>Do: pasien tampak berbicara sendiri, sering menyendiri, mondar-mandir, melamun, sesekali tampak menutup telinga.</p>
	<p>1.3 Memonitor isi Halusinasi (isi, frekuensi, waktu dan penyebab)</p>	<p>Ds: pasien mengatakan mendengar suara-suara yang mengajaknya berbicara (tidak jelas). Suara bisikan terdengar 3x dalam sehari, sering terjadi saat siang, malam hari dan</p>

Waktu	Tindakan Keperawatan	Evaluasi
		<p>saat ingin tidur. Suara bisikan muncul ketika pasien melamun.</p> <p>Do: pasien berpenampilan rapi, kooperatif, bicara lambat, afek datar, melamun, kontak mata kurang</p>
	<p>1.4 Mempertahankan lingkungan yang aman</p>	<p>Ds: pasien mengatakan senang saja dengan Ruang elang</p> <p>Do: lingkungan Ruang elang tampak tenang serta terfasilitasi dengan baik. Pasien tampak mondar-mandir dan melamun.</p>
<p>11.00</p>	<p>1.6 Mendiskusikan perasaan dan respons terhadap Halusinasi (bagaimana respons pasien saat terjadi Halusinasi)</p> <p>1.8 Mengajukan memonitor sendiri situasi terjadi Halusinasi</p>	<p>Ds: pasien mengatakan merasa takut saat suara bisikan muncul, saat suara bisikan muncul pasien hanya berdiam diri dan tak menghiraukan suara bisikan sampai bisikan hilang sendiri.</p> <p>Do: pasien berpenampilan rapi, kooperatif, bicara lambat, afek datar, melamun</p>
	<p>1.10 Mengajukan melakukan distraksi (melakukan terapi aktivitas seperti menggambar, menyanyi dan relaksasi)</p>	<p>Ds: pasien mengatakan selalu mengikuti senam pagi dan kegiatan bernyanyi.</p> <p>Do: pasien melakukan kegiatan bernyanyi bersama-sama dengan teman-temannya ketika bernyanyi diruangan.</p>
<p>13.30</p>	<p>1.11 Mengajarkan pasien cara mengontrol Halusinasi (menghardik Halusinasi)</p>	<p>Ds: pasien mengatakan telah mengetahui dan paham bagaimana mengontrol Halusinasi dengan cara menghardik. Tetapi jika suara-suara bisikan muncul pasien hanya berdiam diri dan tak menghiraukan suara bisikan sampai hilang sendiri.</p> <p>Do: pasien dapat melakukan teknik “menghardik Halusinasi” dengan benar, pasien berpenampilan rapi, kooperatif, bicara lambat, afek datar,</p>

Waktu	Tindakan Keperawatan	Evaluasi
		melamun
Hari ke-2 Selasa, 30 April 2024	1.12 Kolaborasi pemberian obat antipsikotik dan antiansietas	Ds: pasien mengatakan sudah meminum obat nya Do: pasien sudah meminum obatnya 1. Haloperidol (1,5 gr) 2x1 2. Lanzapine (10 gr) 2x1 3. Caviplex 1x1
07.00		
09.30	1.1 Memonitor perilaku yang menidikasi Halusinasi (berbicara sendiri, melamun, mondar-mandir, menyendiri, tertawa sendiri, gelisah	Ds: pasien mengatakan mendengar suara suara (tidak jelas) mengajaknya untuk bermain bersama. Do: pasien tampak berhalusinasi, mondar-mandir, menyendiri, berbicara dan tertawa sendiri
	1.3 Memonitor isi Halusinasi (isi, frekuensi, waktu dan penyebab)	Ds: pasien mengatakan mendengar suara perempuan yang menangis tadi malam, suara tedengar sebanyak 2 kali dan pagi tadi pasien mendengar suara yang mengajaknya untuk bermain bersama. Do: pasien berpenampilan rapi, kooperatif, bicara lambat, afek datar, melamun.
11.30	1.6 Mendiskusikan perasaan dan respons terhadap Halusinasi (bagaimana respons pasien saat terjadi Halusinasi)	Ds: pasien mengatakan merasa takut saat suara bisikan muncul, saat suara bisikan muncul pasien menutup telinga dan mengatakan “pergi, pergi,pergi, kamu tidak nyata, saya tidak mau dengar” sampai suara bisikan hilang Do: pasien dapat melakukan teknik “menghardik Halusinasi” dengan benar
	1.10 Menganjurkan melakukan distraksi (menghardik Halusinasi)	Ds: pasien mengatakan mengetahui cara menghardik dan saat suara bisikan muncul pasien akan menghardik suara tersebut.

Waktu	Tindakan Keperawatan	Evaluasi
		Do: pasien berpenampilan rapi, kooperatif, bicara lambat, ekspresi sedih, melamun. Dan pasien dapat melakukan teknik “menghardik Halusinasi” dengan benar
	1.11 Mengajarkan pasien cara mengontrol Halusinasi (membuat jadwal kegiatan)	Ds: pasien mengatakan senang melakukan kegiatan pada pagi hari senam dan bernyanyi. Pasien biasa bangun tidur pukul 05.00 dan tidur malam pukul 22.00 Do: pasien dapat mendiskusikan kegiatan yang biasa dan dapat dilakukan mulai bangun tidur sampai tidur dimalam hari
Hari ke-3 Rabu, 1 Mei 2024 07.00	1.12 Kolaborasi pemberian obat antipsikotik dan antiansietas	Ds: pasien mengatakan sudah meminum obatnya Do: pasien tampak sudah meminum obatnya 1. Haloperidol (1,5 gr) 2x1 2. Olanzapine (10mg) 2x1 3. Caviplex 1x1
09.00	1.1 Memonitor perilaku yang mengindikasi Halusinasi (berbicara sendiri, melamun, mondar-mandir, menyendiri, tertawa sendiri, gelisah)	Ds: pasien mengatakan masih mendengar suara-suara orang bercerita (tidak jelas) Do: pasien tampak melamun.
	1.3 Memonitor isi Halusinasi (isi, frekuensi, waktu dan penyebab terjadinya Halusinasi)	Ds: pasien mengatakan suara terdengar pada malam hari saat pasien ingin tidur. Do: pasien berpenampilan rapi, kooperatif, bicara lambat, afek datar, melamun, kontak mata meningkat
13.30	1.6 Mendiskusikan perasaan dan respons terhadap Halusinasi (bagaimana respons pasien saat terjadi Halusinasi)	Ds: pasien mengatakan saat mendengar suara-suara yang mengajaknya berbicara, pasien merasa takut, pasien menghardik suara tersebut sampai hilang.

Waktu	Tindakan Keperawatan	Evaluasi
		<p>Do: pasien berpenampilan rapi, kooperatif, bicara lambat, afek datar, melamun, kontak mata meningkat.</p>
	<p>1.10 Menganjurkan melakukan distraksi (menghardik halusinasi dan melakukan kegiatan terapi menggambar)</p>	<p>Ds: pasien mengatakan mengetahui cara menghardik dan saat suara bisikan muncul pasien akan menghardik Halusinasinya dan pasien mengatakan senang saja mengikuti kegiatan menggambar. Pasien mengatakan “saya memiliki kebun dikampung dan sering beladang dan masak menggunakan belanga bersama keluarga”</p> <p>Do: pasien mampu menceritakan tentang perasaannya terhadap gambarnya, Pasien berpenampilan rapi, kooperatif, bicara lambat, afek datar, melamun, kontak mata meningkat.</p>
<p>13.30</p>	<p>1.11 Mengajarkan pasien cara mengontrol Halusinasi (bercakap-cakap)</p>	<p>Ds: pasien mengatakan paham mengontrol Halusinasi dengan cara bercakap-cakap tetapi pasien mengatakan jarang berbincang dengan orang lain atau sekamarnya dan pasien mengatakan hanya memiliki teman akrab di yayasan.</p> <p>Do: pasien dapat memulai sedikit pembicaraan dengan teman sekamar, Pasien berpenampilan rapi, kooperatif, bicara lambat, afek datar, melamun, kontak mata meningkat.</p>
<p>Hari ke-4 kamis, 2 Mei 2024</p> <p>07.00</p>	<p>1.12 Kolaborasi pemberian obat antipsikotik dan antiansietas</p>	<p>Ds: pasien mengatakan sudah minum obatnya secara rutin</p> <p>Do: pasien minum obat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Haloperidol (1,5 mg) 2x1 2. Olanzapine (10 mg) 2x1 3. Caviplex 1x1

Waktu	Tindakan Keperawatan	Evaluasi
08.00	1.1 Memonitor perilaku yang mengindikasi Halusinasi (berbicara sendiri, melamun, mondar-mandir, menyendiri, tertawa sendiri, gelisah)	Ds: pasien mengatakan mendengar suara perempuan yang menangis. Do: Pasien berpenampilan rapi, mondar-mandir,
	1.3 Memonitor isi Halusinasi (isi, frekuensi, waktu dan penyebab terjadinya Halusinasi)	Ds: pasien mengatakan mendengar suara perempuan yang menangis tadi malam, saat pasien ingin tidur dan pasien menghardik sampai suara tersebut hilang. Do: Pasien berpenampilan rapi, kooperatif, bicara lambat, afek datar, melamun, kontak mata meningkat
11.30	1.10 Menganjurkan melakukan distraksi (menghardik Halusinasi, melakukan kegiatan terapi menggambar)	Ds: pasien mengatakan mengetahui cara menghardik dan saat suara bisikan muncul pasien akan menghardik Halusinasinya dan pasien mengatakan senang saja mengikuti kegiatan menggambar. Pasien mengatakan “rumah saya dikampung ada pohon mangganya setiap pagi saya lihat apakah ada tanda-tanda untuk pekerjaan mengambil buahnya” Do: pasien mampu menceritakan tentang perasaannya terhadap gambarannya, Pasien berpenampilan rapi, kooperatif, bicara lambat, afek datar, melamun, kontak mata meningkat.
	1.11 Mengajarkan pasien cara mengontrol Halusinasi (minum obat teratur)	Ds: pasien mengatakan akan meminum obat secara teratur dan mengikuti anjuran dokter serta perawat selama berada di Rumah sakit. Do: pasien minum obat secara teratur

Waktu	Tindakan Keperawatan	Evaluasi
		dan mau mengikuti anjuran,
Hari ke-5 Jumat, 3 Mei 2024 07.00	1.12 Kolaborasi pemberian obat antipsikotik dan antiansietas	Ds: pasien mengatakan telah meminum obatnya Do: pasien meminum obat 1. Haloperidol (1,5 mg) 2x1 2. Olanzapine (10 mg) 2x1 3. Caviplex 1x1
08.30	1.1 Memonitor perilaku yang mengindikasi Halusinasi (berbicara sendiri, melamun, mondar-mandir, menyendiri, tertawa sendiri, gelisah)	Ds: pasien mengatakan tidak mendengar suara bisikan. Do: pasien tampak berpenampilan rapi, kooperatif, mondar-mandir berkurang, berbicara dengan teman diruangan
	1.3 Memonitor isi Halusinasi (isi, frekuensi, waktu dan penyebab terjadinya Halusinasi)	Ds: pasien mengatakan tidak mendengar suara bisikan Do: Pasien berpenampilan rapi, kooperatif, bicara lambat, afek datar, kontak mata meningkat.
	1.9 Menganjurkan bicara dengan orang yang dipercayai untuk memberi dukungan	Ds: pasien menganggu paham Do: Pasien berpenampilan rapi, kooperatif, bicara lambat, afek datar, kontak mata meningkat.
13.30	1.10 Menganjurkan melakukan distraksi (menghardik Halusinasi, melakukan kegiatan terapi menggambar, bercakap-cakap)	Ds: pasien mengatakan mengetahui cara menghardik dan saat suara bisikan muncul pasien akan menghardik Halusinasinya. Pasien telah mengikuti kegiatan aktivitas terjadwal, pasien mengatakan “saya kangen keluarga dikampung yang sering memasak beramai-ramai” dan bercakap-cakap dengan teman ruangan. Do: pasien mampu menceritakan tentang perasaannya terhadap gambarannya, Pasien berpenampilan rapi, kooperatif, bicara lambat, afek

Waktu	Tindakan Keperawatan	Evaluasi
		datar, kontak mata meningkat.
Hari ke-6 Sabtu, 4 mei 2024 07.00	1.12 Kolaborasi pemberian obat antipsikotik dan antriansietas	Ds: pasien mengatakan telah meminum obatnya Do: pasien meminum obat 1. Haloperidol (1,5 mg) 2x1 2. Olanzapine (10 mg) 2x1 3. Caviplex 1x1
09.00	1.8 Mengajukan memonitor sendiri situasi terjadi Halusinasi 1.10 Mengajukan melakukan distraksi (menghardik Halusinasi, melakukan kegiatan, bercakap-cakap)	Ds: pasien mengatakan tidak mendengarkan suara bisikan. Pasien mengatakan mengetahui cara menghardik dan saat suara bisikan muncul pasien akan menghardik halusinasinya. Pasien juga telah melakukan jadwal kegiatan yang dibuat, pasien senang bercakap-cakap dengan teman di ruangan Do: pasien tampak bercakap-cakap dengan teman sekamunya, pasien berpenampilan rapi, kooperatif, bicara lambat,afek datar, kontak mata meningkat.

E. Evaluasi Keperawatan

Tabel Evaluasi Tindakan Keperawatan Tn.W

Hari	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi keperawatan
Ke-1	Gangguan Persepsi Sensori (D.0085)	S: pasien mengatakan mendengar suara-suara yang mengajaknya berbicara (tidak jelas). Pasien mengatakan Suara bisikan terdengar 3x dalam sehari, sering terjadi saat siang, malam hari dan saat ingin tidur. Suara bisikan muncul ketika pasien melamun. Pasien mengatakan merasa takut saat suara bisikan muncul, saat suara bisikan muncul pasien hanya berdiam diri dan tak menghiraukan suara bisikan sampai bisikan hilang sendiri.

Hari	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi keperawatan
		<p>pasien mengatakan sudah meminum obat nya yang diberikan perawat.</p> <p>O:</p> <p>pasien tampak berbicara sendiri, sering menyendiri, melamun, sering mondar-mandir, pasien berpenampilan rapi, kooperatif, bicara lambat, afek datar, kontak mata kurang, pasien tampak mengikuti kegiatan senam dan karaoke dipagi hari diruangan TAK, pasien mampu menceritakan apa yang ia alami, pasien dapat melakukan teknik menghardik dengan benar, pasien mengonsumsi Haloperidol 2x1 (1,5mg), olanzapine 2x1 (10mg), caviplex 1x1 TTV: TD 125/106 MmHg, N 89x/mnt, S 36,1°C, RR 21x/mnt, SPO2 100%</p> <p>A:</p> <p>Gangguan Persepsi Sensori belum teratasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi mendengar bisikan (3) 2. Perilaku Halusinasi (2) 3. Menarik diri (3) 4. Melamun (3) 5. Mondar-mandir (2) <p>P:</p> <p>Lanjutkan Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Monitor perilaku yang mengindikasi Halusinasi 1.2 Monitor isi Halusinasi 1.6 Diskusikan perasaan dan respons terhadap Halusinasi 1.10 Anjurkan melakukan distraksi 1.11 Mengajarkan pasien cara mengontrol Halusinasi 1.12 Kolaborasi pemberian obat antipsikotik dan antiansietas
Ke-2	Gangguan Persepsi Sensori (D.0085)	<p>S:</p> <p>pasien mengatakan mendengar suara suara (tidak jelas) mengajaknya untuk bermain Bersama serta suara perempuan yang menangis tadi malam, suara tedengar sebanyak 2 kali. pasien mengatakan merasa</p>

Hari	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi keperawatan
		<p>takut saat suara bisikan muncul, saat suara bisikan muncul pasien menutup telinga dan mengatakan “pergi, pergi,pergi, kamu tidak nyata, saya tidak mau dengar” sampai suara bisikan hilang. pasien mengatakan senang melakukan kegiatan pada pagi hari senam dan bernyanyi. Pasien biasa bangun tidur pukul 05.00 dan tidur malam pukul 22.00. pasien mengatakan telah meminum obat yang diberikan perawat</p> <p>O:</p> <p>pasien tampak berbicara sendiri, sering menyendiri, melamun, sering mondar-mandir, pasien berpenampilan rapi, kooperatif, bicara lambat, afek datar, kontak mata kurang, pasien tampak mengikuti kegiatan senam dan karaoke dipagi hari diruangan TAK, pasien mampu menceritakan apa yang ia alami, pasien dapat melakukan teknik menghardik dengan benar, pasien dapat mengikuti jadwal kegiatan yang telah dibuat, pasien mengonsumsi Haloperidol 2x1 (1,5mg), olanzapine 2x1 (10mg), caviplex 1x1 TTV: TD 120/80 MmHg, N 93x/mnt, S 36,3°C, RR 21x/mnt, SPO2 99%</p> <p>A:</p> <p>Gangguan Persepsi Sensori belum teratasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi mendengar bisikan (3) 2. Perilaku Halusinasi (2) 3. Menarik diri (3) 4. Melamun (3) 5. Mondar-mandir (2) <p>P:</p> <p>Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Monitor perilaku yang mengindikasi Halusinasi 1.3 Monitor isi Halusinasi 1.6 Diskusikan perasaan dan respons terhadap Halusinasi 1.10 Anjurkan melakukan distraksi

Hari	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi keperawatan
		1.11 Ajarkan pasien cara mengontrol Halusinasi 1.12 Kolaborasi pemberian obat antipsikotik dan antiansietas
Ke-3	Gangguan Persepsi Sensori (D.0085)	<p>S:</p> <p>Pasien mengatakan masih mendengar suara-suara orang bercerita (tidak jelas) suara terdengar pada malam hari saat pasien ingin tidur. pasien mengatakan saat mendengar suara-suara yang mengajaknya berbicara, pasien merasa takut, pasien menghardik suara tersebut sampai hilang. pasien mengatakan senang saja mengikuti kegiatan menggambar. Pasien mengatakan “saya memiliki kebun dikampung dan sering beladang dan masak menggunakan belanga bersama keluarga” pasien mengatakan telah meminum obat secara teratur.</p> <p>O:</p> <p>Pasien mampu menceritakan tentang perasaanya terhadap gambarannya, pasien tampak mondar-mandir, pasien berpenampilan rapi, kooperatif, bicara lambat, afek datar, melamun, kontak mata meningkat, pasien dapat memulai pembicaraan dan megikuti jadwal kegiatan yang telah dibuat dan terapi menggambar. pasien mengonsumsi Haloperidol 2x1 (1,5mg), olanzapine 2x1 (10mg), caviplex 1x1 TTV: TD 125/85 MmHg, N 79x/mnt, S 36,1°C, RR 23x/mnt, SPO2 99%</p> <p>A:</p> <p>Gangguan persepsi sensori belum teratasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi mendengar bisikan (3) 2. Perilaku Halusinasi (3) 3. Menarik diri (4) 4. Melamun (3) 5. Mondar-mandir (3) <p>P:</p> <p>Lanjutkan intervensi</p>

Hari	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi keperawatan
		1.1 Monitor perilaku yang mengindikasi Halusinasi 1.3 Monitor isi Halusinasi 1.10 Anjurkan melakukan distraksi 1.11 Ajarkan pasien cara mengontrol Halusinasi 1.12 Kolaborasi pemberian obat antipsikotik dan antiansietas.
Ke-4	Gangguan persepsi sensori (D.0085)	<p>S:</p> <p>Pasien mengatakan mendengar suara perempuan menangis tadi malam sebanyak 1x saat pasien ingin tidur dan pasien menghardik sampai suara tersebut hilang. Pasien mengatakan senang untuk mengikuti kegiatan menggambar, pasien mengatakan “rumah saya dikampung ada pohon mangganya setiap pagi saya lihat apakah ada tanda-tanda untuk pekerjaan mengambil buahnya” pasien mengatakan akan meminum obat secara teratur dan mengikuti anjuran dokter serta perawat selama berada di Rumah sakit.</p> <p>O:</p> <p>Pasien tampak mondar-mandir, berbicara dengan teman diruangan, Pasien berpenampilan rapi, kooperatif, bicara lambat, afek datar, melamun, kontak mata meningkat. TTV: TD 100/62 Mmhg, N 88x/mnt, S 36,5°C, RR 23x/mnt, SPO2 100%</p> <p>A:</p> <p>Gangguan persepsi sensori sebagian teratasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi mendengar bisikan (4) 2. Perilaku Halusinasi (3) 3. Menarik diri (4) 4. Melamun (3) 5. Mondar-mandir (3) <p>P:</p> <p>Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Monitor perilaku yang mengindikasi Halusinasi 1.3 Monitor isi Halusinasi

Hari	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi keperawatan
		1.9 Anjurkan bicara pada orang yang dipercayai untuk memberi dukungan 1.10 Anjurkan melakukan distraksi 1.12 Kolaborasi pemberian obat antipsikotik dan antiansietas.
Ke-5.	Gangguan persepsi sensori (D.0085)	S: Pasien tidak mendengarkan suara bisikan, pasien mengikuti kegiatan aktivitas terjadwal, pasien mengatakan “saya kangen keluarga dikampung yang sering memasak beramai-ramai” dan bercakap-cakap dengan teman ruangan. O: Pasien tampak berbicara dengan teman diruangan, pasien mampu menceritakan tentang perasaannya terhadap gambarannya, pasien berpenampilan rapi, kooperatif, bicara lambat, afek datar, kontak mata meningkat. TTV: TD 120/80 MmHg, N 93x/mnt, S 36,2°C, RR 19x/mnt, SPO2 99% A: Gangguan persepsi sensori teratasi sebagian <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi mendengar bisikan (5) 2. Perilaku Halusinasi (4) 3. Menarik diri (5) 4. Melamun (4) 5. Mondar-mandir (3) P: Lanjutkan intervensi <ol style="list-style-type: none"> 1.8 Anjurkan memonitor sendiri situasi terjadi Halusinasi 1.10 Anjuran melakukan distraksi 1.12 Kolaborasi pemberian obat antipsikotik dan antiansietas
Ke-6.	Gangguan persepsi sensori (D.0085)	S: pasien mengatakan tidak mendengarkan suara bisikan. Pasien mengatakan mengetahui cara menghardik dan saat suara bisikan muncul pasien akan menghardik halusinasinya. Pasien

Hari	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi keperawatan
		<p>juga telah melakukan jadwal kegiatan yang dibuat, pasien senang bercakap-cakap dengan teman di ruangan dan pasien mengatakan akan meminum obat secara teratur.</p> <p>O:</p> <p>pasien tampak bercakap-cakap dengan teman sekamarnya, pasien berpenampilan rapi, kooperatif, bicara lambat, afek datar, kontak mata meningkat. TTV: TD 125/85 Mmhg, N 79x/mnt, S 36,1^oc, RR 23x/mnt, SPO2 99%</p> <p>A:</p> <p>Gangguan persepsi sensori teratasi sebagian</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi mendengar bisikan (5) 2. Perilaku Halusinasi (4) 3. Menarik diri (5) 4. Melamun (4) 5. Mondar-mandir (4) <p>P:</p> <p>Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Monitor perilaku yang mengindikasi Halusinasi 1.3 Monitor isi Halusinasi 1.10 Anjurkan melakukan distraksi 1.11 Ajarkan pasien cara mengontrol Halusinasi 1.12 Kolaborasi pemberian obat antipsikotik dan antiansietas.

Tabel 4.6 Evaluasi kegiatan Asuhan Keperawatan

No	tanggal	Kegiatan	Tujuan	Pertemuan					
				1	2	3	4	5	6
1.	29 April 2024	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pengkajian 2. BHSP 3. Menghardik Halusinasi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui jenis halusinasi klien 2. Mengetahui isi Halusinasi klien 3. Mengetahui waktu Halusinasi 4. Mengetahui frekuensi Halusinasi 5. Mengetahui situasi yang menimbulkan 						

No	tanggal	Kegiatan	Tujuan	Pertemuan						
				1	2	3	4	5	6	
			Halusinasi 6. Mampu menghardik jika Halusinasi terjadi.							
2.	30 April 2024	1. Pengkajian 2. Evaluasi Menghardik Halusinasi 3. Membuat jadwal kegiatan	1. Mengetahui isi Halusinasi 2. Mengetahui waktu Halusinasi 3. Mengetahui frekuensi Halusinasi 4. Mampu menghardik jika Halusinasi terjadi 5. Mampu melaksanakan kegiatan sesuai jadwal							
3.	1 Mei 2024	1. Evaluasi kegiatan 2. Melakukan aktivitas terjadwal (terapi mewarnai dan bernyanyi) 3. Bercakap cakap jika terjadi Halusinasi	1. Mampu menghardik jika terjadi Halusinasi 2. Mampu meningkatkan motivasi 3. Meningkatkan pengembangan diri 4. Mengembangkan keterampilan sosial							
4.	2 Mei 2024	1. Evaluasi kegiatan 2. Melakukan aktivitas terjadwal (terapi mewarnai dan bernyanyi) 3. Bercakap-cakap dengan teman 4. Minum obat secara teratur	1. Mampu meningkatkan motivasi 2. Meningkatkan pengembangan diri 3. Mengembangkan keterampilan sosial 4. Mampu mengontrol terjadinya Halusinasi 5. Mengurangi risiko terjadinya Halusinasi							

No	tanggal	Kegiatan	Tujuan	Pertemuan					
				1	2	3	4	5	6
5.	3 Mei 2024	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan 2. Melakukan aktivitas terjadwal (terapi mewarnai dan bernyanyi) 3. Bercakap-cakap dengan teman 4. Minum obat secara teratur 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mampu meningkatkan motivasi 2. Meningkatkan pengembangan diri 3. Mengembangkan keterampilan sosial 4. Mampu mengontrol terjadinya Halusinasi 5. Mengurangi risiko terjadinya Halusinasi 						
6.	4 Mei 2024	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan 2. Bercakap-cakap dengan teman 3. Minum obat secara teratur 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mampu mengontrol terjadinya Halusinasi 2. Mengurangi risiko terjadinya Halusinasi 						

4.2 Pembahasan

Tn.W ber usia 47 tahun berjenis kelamin Laki-Laki merupakan pasien lama atau berulang dengan riwayat 7-8 kali masuk rumah sakit dengan keluhan yang sama yaitu Halusinasi Pendengaran, permasalahan yang sering terjadi yaitu pasien gelisah, pasien mendengar suara bisikan, riwayat putus obat, tidak menerapkan cara mengontrol Halusinasi (menghardik Halusinasi) yang baik dan benar, kurangnya dukungan keluarga (sebatang kara), kurangnya pengetahuan atau kurang dalam berpendidikan, faktor ekonomi

lemah sehingga mengakibatkan pasien putus obat dan mempengaruhi proses pemulihan.

klien masuk Rumah sakit kembali pada tanggal 26 April 2024 disebabkan klien mendengar suara-suara yang mengajaknya berbicara (tidak jelas) dan suara perempuan menangis ketika dia melamun dengan frekuensi mendengar 3x dalam sehari. Saat dilakukan pengkajian ditemukan kondisi status mental pasien berpenampilan rapi, pembicaraan lambat, pasien tampak lesu, pasien tampak berbicara sendiri, tertawa sendiri, kontak mata kurang, mondar-mandiri, afek datar, dan melamun, selain itu Tn.W juga memiliki pengalaman yang tidak menyenangkan yaitu kematian Istrinya pasien merasa sedih dan menjauh dari keramaian. Hal ini sesuai dengan teori (Kandar & Isnawati, 2019) yang menyatakan bahwa pengalaman yang tidak menyenangkan yang dialami akan menjadi faktor pemicu Gangguan Jiwa, apabila klien tidak mampu untuk beradaptasi dengan kondisi Traumatik sehingga lama kelamaan klien akan berisiko tinggi mengalami frustrasi dan jika tidak ditangani dengan cepat akan mengalami Gangguan Jiwa. Hal ini juga berbanding lurus dengan hasil penelitian (Fatturahman, 2021) yang menyatakan bahwa pasien yang putus obat mempunyai kecenderungan untuk mengalami kekambuhan, maka diperlukan dukungan keluarga karena memiliki kesempatan untuk meningkatkan kepatuhan pasien untuk minum obat.

Intervensi yang diberikan untuk Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi selama 6 hari merupakan tindakan ulangan atau tindakan rutin yang telah diajarkan oleh perawat ruangan. Dalam asuhan keperawatan yaitu generalis penatalaksanaan Halusinasi mengajarkan pasien 4 cara mengontrol Halusinasi dengan Teknik distraksi menghardik, pasien dilatih untuk mengatakan tidak terhadap Halusinasi yang muncul. selanjutnya bercakap-cakap dan patuh minum obat secara teratur serta melakukan aktifitas terjadwal. (Budi et al., 2019).

Hasil asuhan keperawatan pada pasien Tn.W termasuk berhasil dengan karakteristik, yaitu: verbalisasi mendengar bisikan menurun (5), perilaku Halusinasi cukup menurun (4), menarik diri menurun (5), melamun cukup menurun (4), mondar-mandir cukup menurun (4) atau dapat dikatakan bahwa persepsi sensori pasien cukup membaik.

Hasil asuhan keperawatan ini sesuai dengan teori menurut (Sianturi, 2022) yang menyatakan penatalaksanaan halusinasi dapat menggunakan strategi penatalaksanaan yang terdiri dari empat Teknik mengontrol halusinasi dari sp 1-4.

Hasil asuhan keperawatan ini juga sesuai dengan hasil penelitian (Mislika, 2020) yang menyatakan bahwa setelah diberi intervensi keperawatan diperoleh bahwa terjadi peningkatan kemampuan klien dalam mengendalikan

Halusinasi yang dialami dan kondisi pasien menjadi lebih baik dengan hasil evaluasi luaran keperawatan cukup menurun. Sependapat dengan penelitian (puspitasari, 2022) juga menyatakan bahwa setelah diberi intervensi keperawatan kemampuan mengontrol Halusinasi pasien sebagian besar mengalami peningkatan dan berada pada klasifikasi cukup dan baik. Tingkat kemandirian meningkat setelah diberi intervensi pelaksanaan teknik mengontrol Halusinasi yang dapat menstimulus mekanisme koping.

Dari uraian diatas penulis berasumsi bahwa keberhasilan asuhan keperawatan pada Tn.W saat dikelola selama 6 hari penelitian mungkin disebabkan oleh keinginan Tn.W untuk sembuh sehingga Tn.W mengikuti apa yang telah diajarkan selama perawatan, pasien mengikuti semua prosedur tindakan medik, serta kondisi dimana pasien pernah diajarkan tentang cara mengontrol Halusinasi sebelumnya, keberhasilan ini juga bisa didukung dengan pasien yang kooperatif selama perawatan dan keinginan pasien untuk sembuh dengan dukungan adanya dari lingkungan yaitu perawat.

Keterbatasan penulisan Karya Tulis Ilmiah adalah penulis tidak bisa melakukan observasi selama 24 jam sehingga Implementasi yang dilakukan kurang optimal. Penulis juga kesulitan dalam mendapatkan data pengkajian karena terbatasnya informasi pasien sehingga penulis juga tidak maksimal dalam memperoleh data pasien.

BAB 5

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Dari penelitian karya tulis ilmiah terkait pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran di Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda Ruang Elang dapat disimpulkan

- A. Hasil pengkajian asuhan keperawatan didapatkan data pada pasien Tn.W data subjektif dimana pasien mengatakan mendengar suara-suara yang mengajaknya berbicara (tidak jelas) dan suara perempuan menangis. Suara bisikan terdengar 3x dalam sehari, sering terjadi saat siang, malam hari dan saat ingin tidur. Suara bisikan muncul ketika pasien melamun.
- B. Dari hasil pengkajian pasien memiliki masalah keperawatan berupa Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran, maka ditegakkan diagnosis berdasarkan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) yaitu Gangguan Persepsi Sensori (D.0085) b.d gangguan Pendengaran d.d mendengar suara bisikan.
- C. Berdasarkan diagnosis yang ditegakan maka disusun suatu intervensi keperawatan sesuai dengan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) yaitu manajemen Halusinasi (I.09288)

- D. Implementasi keperawatan dilaksanakan berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dan strategi pelaksanaan (SP) pasien Halusinasi yang dilakukan selama 6 hari perawatan.
- E. Evaluasi dilaksanakan setiap hari 6 hari perawatan dimana hasil evaluasi asuhan keperawatan yang didapat bertahap mulai cukup menurun sampai dengan menurun.
- F. Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 6 hari perawatan maka seluruh tindakan dan hasil yang didapat lalu didokumentasikan setiap hari berdasarkan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) , Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI).

5.2 Saran

1. Bagi Mahasiswa

Menambah wawasan dan pengalaman dalam melakukan asuhan keperawatan dalam bidang ilmu keperawatan khususnya pada pasien dengan masalah Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran dengan mengaplikasikan teori yang telah diperoleh selama perkuliahan.

2. Bagi perawat

Diharapkan tetap melanjutkan intervensi keperawatan pada pasien dengan masalah Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran secara berkesinambungan agar tingkat Halusinasi pada pasien lebih membaik dan optimal.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai bahan bacaan dan referensi untuk menambah ilmu pengetahuan tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran di Poltekkes Kemenkes Kaltim.

4. Bagi Rumah Sakit

Gambaran pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran

DAFTAR PUSTAKA

- Abdurkhaman, R. N., & Maulana, M. A. (2022). Psikoreligius Terhadap Perubahan Persepsi Sensorik Pada Pasien Halusinasi Pendengaran Di Rsud Arjawinangun Kabupaten Cirebon. *Jurnal Education and Development*, 10(1), 251–253.
- Adam, A., Umar, Z. A., & Niode, I. Y. (2022). Analisis Strategi Bersaing Dan Strategi Bertahan Pada Umkm Di Kota Gorontalo Pada Masa Pandemi Covid-19 (Studi Kasus Umkm Zoellen Sagela). *Jurnal Ilmiah Manajemen Dan Bisnis*, 5(2), 557–567.
- Aiyuda. (2019). *Art Therapy.Nathiqiyah*, 2(1). <https://ojs.diniyah.ac.id/index.php/Nathiqiyah/article/view/56>. (Diakses pada tanggal 15 Desember 2023)
- Akbar, A., & Rahayu, D. A. (2021). Terapi Psikoreligius: Dzikir Pada Pasien Halusinasi Pendengaran. *Ners Muda*, 2(2), 66.
- Annelis Iwasil. (2019). *Perancangan Interior Pusat Terapi Okupasi Bagi Penderita Skizofrenia Di Malang.*, 7(2), 342–352.
- Budi, et al. (2019). *model praktek keperawatan profesional jiwa*.
- Danu, A. (2021). Literature Review Gambaran Asuhan Keperawatan Pada Pasien Gangguan Persepsi Sensori; Halusinasi Pendengaran Dengan Menggunakan Terapi Kognitif. *Sentani Nursing Journal*, 22,32-45.
- Faturrahman, W. (2021). Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Tingkat Kepatuhan Minum Obat Pada Pasien Gangguan Jiwa Skizofrenia: Literature Review. *Tanjungpura Journal Of Nursing Practice And Education*, 3(2).

- Fekaristi et al. (2021). Art Therapy Melukis Bebas Terhadap Perubahan Halusinasi Pada Pasien Skizofrenia. *Jurnal Cendekia Muda*, 1(2).
- Gaol, H. L. (2022). *Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny. I Dengan Masalah Halusinasi Pendengaran*.
- Hafizudiin. (2021). “*Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn.a Dengan Masalah Halusinasi Pendengaran*”.
- Harkomah, I. (2019). Analisis Pengalaman Keluarga Merawat Pasien Skizofrenia dengan Masalah Halusinasi Pendengaran Pasca Hospitalisasi. *Endurance: Kajian Ilmiah Problema Kesehatan*, 4(2), 282–292.
- Iwasil. (2019). *Perancangan Interior Pusat Terapi Okupasi Bagi Penderita Skizofrenia Di Malang.*, 7(2), 342–352.
- Jatinandya, M. P. A., & purwito, D. (2020). Terapi Okupasi Pada Pasien Dengan Halusinasi Di Rumah Sakit Umum Daerah Banyu-mas. *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah*, 295–301.
- Kandar, K., & Isnawati, D. I. (2019). Faktor Predisposisi Dan Presipitasi Pasien Resiko Perilaku Kekerasan. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 2(3), 149.
[HTTPS://Doi.Org/10.32584/Jikj.V2i3.226](https://doi.org/10.32584/jikj.v2i3.226)
- Kemenkes Ri. (2019). *Riset Kesehatan Dasar, Riskesdas*.
- Manulang. (2021). *Manajemen Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Masalah Halusinasi Melalui Terapi Generalis SP 1-4 : Studi Kasus*. 1–42.
- Meylani, M., & Pardede, J. A. (2022). *Penerapan Strategi Pelaksanaan (SP) 1-4 Dengan Masalah Halusinasi Pada Penderita Skizofrenia: Studi Kasus*.

<https://doi.org/10.22216/jen.vzb>

- Mislika, M. (2020). *Penerapan Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny. N Dengan Halusinasi Pendengaran.*
- Oktiviani, D. (2020). Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn.K Dengan Masalah Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran di Ruang Rokan Rumah Sakit Jiwa Tampan. Diploma Thesis, Poltekkes Kemenkes Riau. *Nuevos Sistemas de Comunicación e Información*, 2013–2015.
- Pardede, J. A. (2021). Self-Efficacy Dan Peran Keluarga Berhubungan Dengan Frekuensi Kekambuhan Pasien Skizofrenia. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 4(1), 57–66.
- Puspitasari, E. (2022). Faktor Yang Mempengaruhi Kekambuhan Orang Dengan Gangguan Jiwa. *Jurnal Perawat Indonesia*, 1(2), 58.
<https://doi.org/10.32584/jpi.v1i2.47>
- PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia : Definisi dan Indikator Diagnostik (Edisi 1).*
- PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia : Definisi dan Tindakan Keperawatan (Edisi 1).*
- PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia : Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan (Edisi 1).*
- Pradana, & Riyana, A. (2022). *Penerapan Terapi Musik Klasik Terhadap Penurunan Tanda Dan Gejala Pada Pasien Dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran Di Puskesmas Cikoneng.*

- Riskesda. (2018). *Badan Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan*.
- savitrie. (2022). *Direktorat Jendral Pelayanan Kesehatan*.
- Sianturi, Y. M. (2022). *Studi Kasus: Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny.M Dengan Halusinasi Pendengaran*.
- Siti, Et Al. (2022). Pemberian Terapi Okupasi Aktivitas Menggambar sebagai Media Ekspresi bagi Pasien RSKD Dadi Makassar. *Jurnal Lepa-Lepa Open*, 2(1).
<https://ojs.ums.ac.id/JLLO/index>
- Telaumbanua, B. S., & Pardede, J. A. (2020). Halusinasi; Asuhan Keperawatan Psikiatri; Skizofernia. *Halusinasi; Asuhan Keperawatan Psikiatri; Skizofernia*, 1–8.
- Videbeck, S. (2020). *Psyciatric Mental Health Nursing (Leo Gray. Wolters K*.