

**ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA TN. H
DENGAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI: HALUSINASI
PENDENGARAN MENGGUNAKAN TERAPI MUSIK KLASIK
DI WILAYAH KERJA UPT PUSKESMAS KARANGPAWITAN**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS (KIA-N)

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar Ners Pada Program
Studi Profesi Ners Institut Kesehatan Karsa Husada Garut

**Muhammad Zidan Arrasyid, S.Kep
KHGD25025**



**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN DAN KEBIDANAN
INSTITUT KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT TAHUN 2026**

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

**JUDUL : ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA TN. H
DENGAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI: HALUSINASI
PENDENGARAN MENGGUNAKAN TERAPI MUSIK KLASIK
DI WILAYAH KERJA UPT PUSKESMAS KARANGPAWITAN**

NAMA : MUHAMMAD ZIDAN ARRASYID, S.KEP

NIM : KHGD25025

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Menyatakan Bahwa Mahasiswa Akhir Diatas Layak Untuk
Melaksanakan Sidang Karya Ilmiah Akhir Ners.

Garut, Juni 2026

Menyetujui,

Pembimbing

Wahyudin, M.Kes

LEMBAR PERSETUJUAN

PERBAIKAN SEMINAR SIDANG KARYA ILMIAH AKHIR NERS

**JUDUL : ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA TN. H
DENGAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI: HALUSINASI
PENDENGARAN MENGGUNAKAN TERAPI MUSIK KLASIK
DI WILAYAH KERJA UPT PUSKESMAS KARANGPAWITAN**
NAMA : MUHAMMAD ZIDAN ARRASYID, S.KEP
NIM : KHGD25025

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Menyatakan bahwa mahasiswa diatas telah melaksanakan sidang dan perbaikan seminar
Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN)

Garut, Agustus 2026

Menyetujui,

Penguji I

Penguji II

Sri Yekti Widadi, S. Kp., M.Kep

Tantri Puspita, S.Kep., Ns., MNS

Mengetahui,

Ketua Program Studi Profesi Ners
Institut Kesehatan Karsa Husada Garut

Pembimbing

Sri Yekti Widadi, S. Kp., M.Kep

Wahyudin, M.Kes

LEMBAR PENGESAHAN

ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA TN. H DENGAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI: HALUSINASI PENDENGARAN MENGUNAKAN TERAPI MUSIK KLASIK DI WILAYAH KERJA UPT PUSKESMAS KARANGPAWITAN

Disusun oleh :
MUHAMMAD ZIDAN ARRASYID, S.Kep
KHGD25025

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Karya Ilmiah Akhir Ners ini telah disidangkan dihadapan Tim Penguji
Program Studi Profesi Ners Fakultas Ilmu Keperawatan dan Kebidanan
Institut Kesehatan Karsa Husada Garut

Garut, Agustus 2026

Menyetujui,
Pembimbing

Wahyudin, M.Kes

Tugas Akhir ini telah diterima dan disahkan sebagai salah satu persyaratan untuk
memperoleh gelar Ners

Mengesahkan,
Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan
dan Kesehatan

Mengetahui,
Ketua Program Studi Profesi Ners

Sulastini, S.Kep.,Ns.,M.Kep

Sri Yekti Widadi, S.Kp., M.Kep

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa:

1. Karya Ilmiah Akhir ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik Ners, baik dari Institut Kesehatan Karsa Husada Garut maupun perguruan lain.
2. Karya Ilmiah Akhir ini adalah murni gagasan, rumusan dan penelitian saya sendiri, tanpa bantuan pihak lain kecuali arahan Tim Pembimbing.
3. Dalam Karya Ilmiah Akhir ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah pengarang dan dicantumkan dalam daftar pustaka.
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang telah diperoleh karena karya ini, serta sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di Institut Kesehatan Karsa Husada Garut.

Garut, 30 Agustus 2026

Yang membuat pernyataan,

Muhammad Zidan Arrasyid
KHGD25025

ABSTRAK

ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA TN. H DENGAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI: HALUSINASI PENDENGARAN MENGGUNAKAN TERAPI MUSIK KLASIK DI WILAYAH KERJA UPT PUSKESMAS KARANGPAWITAN

Muhammad Zidan Arrasyid
Program Studi Profesi Ners
Institut Kesehatan Karsa Husada Garut

IV Bab + 113 Halaman + 6 Bagan + 8 Tabel

Gangguan persepsi sensori berupa halusinasi pendengaran merupakan kondisi perubahan persepsi terhadap rangsangan tanpa adanya stimulus nyata yang jika tidak segera ditangani dapat memicu risiko perilaku kekerasan. Karya Ilmiah Akhir Ners ini bertujuan menganalisis asuhan keperawatan jiwa pada Tn. H dengan gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran melalui penerapan terapi musik klasik di wilayah kerja UPT Puskesmas Karangpawitan Kabupaten Garut. Metode yang digunakan adalah deskriptif dengan pendekatan studi kasus mulai dari pengkajian hingga evaluasi. Intervensi utama untuk menangani halusinasi pendengaran adalah terapi musik klasik sebagai tindakan mandiri nonfarmakologis yang dikolaborasikan dengan strategi pelaksanaan generalis dan terapi farmakologis. Pengukuran tingkat halusinasi dilakukan menggunakan instrumen *Auditory Hallucination Rating Scale* (AHRS) sebelum intervensi untuk mengetahui data dasar klien dan diukur kembali sesudah intervensi untuk menilai efektivitas terapi secara objektif. Hasil studi menunjukkan adanya penurunan gejala yang signifikan. Sebelum intervensi, klien memperoleh skor AHRS 12 (kategori ringan) pada saat pengkajian, dan menurun progresif menjadi skor 5 (gejala minimal) pada hari kelima setelah lima hari terapi musik klasik diberikan. Diagnosis penyerta berupa risiko perilaku kekerasan turut membaik secara bertahap dan teratasi melalui kombinasi latihan fisik, verbal, spiritual, serta kepatuhan minum obat. Disimpulkan bahwa terapi musik klasik terbukti efektif mempercepat penurunan gejala halusinasi pendengaran. Teknik ini sangat direkomendasikan sebagai asuhan keperawatan berbasis bukti (EBP) untuk mengoptimalkan pemulihan klien di layanan kesehatan primer.

Kata Kunci : halusinasi pendengaran, terapi musik klasik

ABSTRACT

ANALYSIS OF PSYCHIATRIC NURSING CARE FOR MR. H WITH SENSORY PERCEPTION DISTURBANCE: AUDITORY HALLUCINATION USING CLASSICAL MUSIC THERAPY IN THE WORKING AREA OF UPT KARANGPAWITAN COMMUNITY HEALTH CENTER

Muhammad Zidan Arrasyid
Nursing Profession Study Program
Karsa Husada Garut Institute of Health

IV Chapters + 113 Pages + 6 Charts + 8 Tables

Sensory perception disturbance in the form of auditory hallucinations is a condition of altered perception of stimuli without any real external source, which if left untreated may trigger a risk of violent behavior. This Final Scientific Paper aims to analyze psychiatric nursing care for Mr. H with sensory perception disturbance: auditory hallucination through the application of classical music therapy in the working area of UPT Karangpawitan Community Health Center, Garut Regency. The method used was descriptive with a case study approach, from assessment to evaluation. The main intervention for managing auditory hallucination was classical music therapy as an independent nonpharmacological action collaborated with generalist nursing strategies and pharmacological therapy. The level of hallucinations was measured using the Auditory Hallucination Rating Scale (AHRS) instrument before the intervention to establish the client's baseline data and measured again after the intervention to assess the therapy's effectiveness objectively. The results showed a significant reduction in symptoms. Before the intervention, the client obtained an AHRS score of 12 (mild category) at the initial assessment, and it progressively decreased to a score of 5 (minimal symptoms) on the fifth day after five days of classical music therapy was given. The accompanying diagnosis of risk for violence also improved gradually and was resolved through a combination of physical, verbal, and spiritual exercises along with medication adherence. It is concluded that classical music therapy is effective in accelerating the reduction of auditory hallucination symptoms. This technique is highly recommended as an evidence-based nursing practice (EBP) to optimize client recovery in primary health care settings..

Keywords: auditory hallucination, classical music therapy

KATA PENGANTAR

Puji serta syukur kehadirat Allah SWT atas limpahan rahmat dan karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini. Tidak lupa selawat serta salam semoga tercurah limpahkan kepada baginda Rasulullah SAW, kepada keluarganya, sahabat, serta pengikutnya dan kita semua hingga akhir zaman.

Pembuatan Karya Ilmiah Akhir ini dilaksanakan untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan Program Studi Profesi Ners di Institut Kesehatan Karsa Husada Garut. Adapun judul yang diangkat adalah " Analisis Asuhan keperawatan Jiwa pada Tn. H dengan Gangguan persepsi Sensori: Halusinasi pendengaran Menggunakan Terapi Musik Klasik di Wilayah Kerja UPT Puskesmas Karangpawitan ".

Dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini, penulis banyak mendapatkan bantuan, pengarahan, dan bimbingan dari berbagai pihak, baik dalam bentuk moril maupun materil. Pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Bapak Dr. H. Hadiat, MA, selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak H. Suryadi, SE., M.Si, selaku Ketua Umum Pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. Bapak Dr. Iwan Wahyudi, S.Kep., M.Kep, selaku Rektor Institut Kesehatan Karsa Husada Garut.
4. Ibu Sulastini, M.Kep., selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan dan Kebidanan Institut Kesehatan Karsa Husada Garut.

5. Ibu Sri Yekti Widadi, S.Kp., M.Kep, selaku Ketua Program Studi Profesi Ners Institut Kesehatan Karsa Husada Garut.
6. Bapak Wahyudin, M.Kes, selaku pembimbing yang telah banyak meluangkan waktu untuk membimbing, mengarahkan, memberikan masukan, dan berbagi ilmu yang luar biasa kepada penulis selama penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
7. Staf dan dosen Program Studi Profesi Ners Institut Kesehatan Karsa Husada Garut.
8. Kedua orang tua yang menjadi sumber kekuatan dan inspirasi dalam hidup penulis. Terima kasih atas segala cinta, pengorbanan, kesabaran, dan doa yang tiada henti. Semoga Allah senantiasa memberikan Mamah dan Bapak kesehatan, usia yang panjang, dan kebahagiaan. Penulis berharap semoga setiap langkah yang ditempuh dapat menjadi kebanggaan bagi Mamah dan Bapak. Akhir kata, semoga Allah SWT senantiasa meridai setiap langkah dan perbuatan baik mereka, serta membalas semua amal baiknya dengan sesuatu yang baik pula.

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan Karya Ilmiah Akhir ini masih jauh dari kata sempurna. Karena itu, penulis memohon saran dan kritik yang sifatnya membangun demi kesempurnaan, dan semoga bermanfaat bagi kita semua. Aamiin Allahumma Aamiin.

Garut, 14 Juli 2026

Penulis

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
PERBAIKAN SEMINAR SIDANG KARYA ILMIAH AKHIR NERS	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
PERNYATAAN.....	iv
ABSTRAK	v
ABSTRACT	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR BAGAN.....	x
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB I.....	1
PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	6
1.3 Tujuan Penulisan	7
1.3.1 Tujuan Umum	7
1.3.2 Tujuan Khusus	7
1.4 Manfaat.....	8
1.5 Sistematika Penulisan.....	9
BAB II	10
TINJAUAN PUSTAKA	10
2.1 Konsep Halusinasi	10
2.1.1 Definisi	10
2.1.2 Jenis - Jenis Halusinasi	10
2.1.3 Etiologi.....	12
2.1.4 Rentang Respon	13
2.1.5 Fase Halusinasi	15
2.1.6 Tanda dan Gejala.....	16
2.1.7 Komplikasi	17
2.1.8 Penatalaksanaan	18
2.1.9 Pohon Masalah	20
2.2 Konsep Risiko Perilaku Kekerasan	22
2.2.1 Definisi	22
2.2.2 Etiologi.....	23
2.2.3 Rentang Respon	24
2.2.4 Tanda dan Gejala.....	25
2.2.5 Penatalaksanaan	26
2.2.6 Pohon Masalah	27
2.3 Konsep <i>Evidence Based Practice</i> (EBP) Terapi Musik Klasik.....	28
2.3.1 Definisi Terapi Musik Klasik.....	28

2.3.2	Tujuan Terapi Musik Klasik	29
2.3.3	Indikasi Terapi Musik Klasik.....	30
2.3.4	Kontraindikasi Terapi Musik Klasik.....	30
2.3.5	Prosedur Terapi Musik Klasik	31
2.3.6	Hasil Analisis Jurnal	33
2.3.7	Analisis Literature Review.....	36
2.4	Konsep Asuhan Keperawatan	38
2.4.1	Pengkajian Keperawatan.....	38
2.4.2	Analisa Data	51
2.4.3	Diagnosa Keperawatan.....	52
2.4.4	Intervensi Keperawatan.....	53
2.4.5	Implementasi Keperawatan.....	58
2.4.6	Evaluasi Keperawatan.....	59
BAB III		61
TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN		61
3.1	Tinjauan Kasus	61
3.1.1	Pengkajian.....	61
3.1.2	Analisa Data	71
3.1.3	Pohon Masalah.....	72
3.1.4	Diagnosa Keperawatan.....	73
3.1.5	Intervensi Keperawatan.....	75
3.1.6	Implementasi dan Evaluasi Keperawatan	80
3.1.7	Catatan Perkembangan.....	82
3.2	Pembahasan	91
3.2.1	Pengkajian.....	91
3.2.2	Diagnosis.....	93
3.2.3	Intervensi.....	94
3.2.4	Implementasi	96
3.2.5	Evaluasi	97
3.2.6	Analisis <i>Evidence Based Practice</i> (EBP) Terapi Musik Klasik	98
BAB IV		101
KESIMPULAN DAN SARAN		101
4.1	Kesimpulan.....	101
4.2	Saran	103
DAFTAR PUSTAKA		105

DAFTAR BAGAN

Bagan 2. 1 Rentang Respon Halusinasi	14
Bagan 2. 2 Pohon Masalah Halusinasi	20
Bagan 2. 3 Rentang Respon RPK	24
Bagan 2. 4 Pohon Masalah Risiko Perilaku Kekerasan	27
Bagan 3. 1 Genogram.....	64
Bagan 3. 2 Pohon Masalah.....	72

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Hasil Analisis Jurnal	33
Tabel 2. 2 Analisa Data.....	51
Tabel 2. 3 Intervensi Keperawatan.....	53
Tabel 3. 1 Terapi Medis.....	70
Tabel 3. 2 Analisa Data.....	71
Tabel 3. 3 Intervensi Keperawatan.....	75
Tabel 3. 4 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan	80
Tabel 3. 5 Catatan Perkembangan.....	82

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I Lembar Persetujuan

Lampiran II Satuan Operasional Prosedur (SOP)

Lampiran III Surat Perizinan

Lampiran IV Dokumentasi

Lampiran V Lembar Bimbingan

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Gangguan jiwa berat merupakan kondisi kronis dan kompleks yang memengaruhi berbagai aspek fungsi kehidupan seseorang, mulai dari pola pikir, komunikasi, persepsi, hingga cara individu menilai realitas di sekitarnya. Salah satu manifestasi klinis yang paling sering muncul pada kondisi ini adalah gangguan persepsi sensori, di mana individu mempersepsikan adanya stimulus tanpa sumber nyata di lingkungan sekitarnya (Faizal, 2025). Data organisasi kesehatan dunia mencatat bahwa hingga tahun 2022, sekitar 24 juta orang di seluruh dunia hidup dengan gangguan jiwa berat, dan sebagian besar dari mereka mengalami kesulitan berinteraksi sosial serta kerap menghadapi stigma di tengah masyarakat (World Health Organization, 2022). Di tingkat nasional, prevalensi gangguan jiwa berat di Indonesia mencapai angka 7 per 1.000 rumah tangga (Kementerian Kesehatan RI, 2018). Di Provinsi Jawa Barat, sekitar 3,7% anggota rumah tangga telah didiagnosis mengalami gangguan jiwa berat oleh tenaga medis (Faizal, 2025).

Gangguan persepsi sensori didefinisikan sebagai perubahan persepsi terhadap stimulus, baik berupa peningkatan, penurunan, penyimpangan, maupun distorsi respons terhadap rangsangan internal atau eksternal, yang disertai dengan respons yang berkurang, berlebihan, atau menyimpang dari kondisi normal (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Pada pasien dengan gangguan ini, klien merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan, atau penciuman

yang sebenarnya tidak memiliki sumber stimulus nyata yang pada akhirnya sangat mengganggu fungsi kehidupan sehari-hari (Sutejo, 2017; Videbeck, 2020).

Munculnya halusinasi pada pasien dengan gangguan jiwa umumnya dipengaruhi oleh dua kelompok faktor, yaitu faktor predisposisi dan faktor presipitasi (Yosep & Sutini, 2016). Faktor predisposisi mencakup faktor perkembangan, seperti rendahnya kontrol dan kehangatan keluarga sejak kecil yang membuat individu kurang mandiri dan mudah frustrasi; faktor sosiokultural berupa penolakan lingkungan yang menimbulkan rasa terasing dan kesepian; faktor biokimia akibat stres berkepanjangan yang memicu pelepasan zat neurokimia bersifat halusinogenik dalam tubuh; serta faktor genetik. Sementara itu, faktor presipitasi dapat ditinjau dari lima dimensi yang saling berkaitan, yaitu dimensi fisik, emosional, intelektual, sosial, dan spiritual, yang secara bersama-sama mendorong individu jatuh ke dalam kondisi berhalusinasi ketika menghadapi stresor tertentu (Yosep & Sutini, 2016).

Berdasarkan jenis stimulus yang dipersepsikan, halusinasi diklasifikasikan menjadi enam jenis, yaitu halusinasi pendengaran (auditorik), halusinasi penglihatan (visual), halusinasi penghidu (olfaktori), halusinasi peraba (taktil), halusinasi pengecap (gustatorik), dan halusinasi sinestetik (Sutejo, 2017). Dari keenam jenis tersebut, halusinasi pendengaran tercatat sebagai jenis yang paling sering dialami oleh pasien dibandingkan dengan jenis halusinasi lainnya, sehingga menjadi fokus utama dalam berbagai penelitian dan praktik asuhan keperawatan jiwa (Videbeck, 2020).

Halusinasi pendengaran merupakan kondisi ketika seseorang mempersepsikan adanya suara-suara tertentu tanpa disertai stimulus eksternal atau sumber suara yang nyata di sekitarnya. Suara yang didengar pasien dapat bervariasi, mulai dari suara yang sekadar memberikan komentar, mengancam, hingga memberikan perintah tertentu kepada pasien, yang kondisinya dapat memicu kecemasan ekstrem apabila tidak ditangani dengan intervensi keperawatan yang adekuat (Videbeck, 2020). Secara operasional, Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia menyebutkan bahwa tanda dan gejala utama pada pasien dengan halusinasi pendengaran meliputi keluhan subjektif berupa mendengar suara bisikan, serta tanda objektif berupa respons yang tidak sesuai dan sikap seolah-olah sedang mendengarkan sesuatu (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Penanganan pasien dengan halusinasi pendengaran pada dasarnya dilakukan melalui dua pendekatan utama, yaitu terapi farmakologis dan nonfarmakologis (Faizal, 2025). Pendekatan farmakologis umumnya melibatkan pemberian obat antipsikotik seperti haloperidol, trifluoperazine, chlorpromazine, risperidone, dan clozapine, sedangkan pendekatan nonfarmakologis dilakukan melalui penerapan strategi pelaksanaan (SP) 1 hingga 4 yang meliputi latihan menghardik halusinasi, latihan bercakap-cakap dengan orang lain, penyusunan jadwal kegiatan harian, serta edukasi kepatuhan minum obat (Afdalia & Sundari, 2025). Selain itu, berbagai intervensi nonfarmakologis lain seperti terapi aktivitas kelompok, terapi psikoreligius, terapi thought stopping, dan terapi musik juga telah banyak diterapkan sebagai pelengkap asuhan keperawatan jiwa, dengan terapi musik dinilai

sebagai salah satu intervensi yang relatif sederhana, terjangkau, dan dapat diterapkan secara mandiri oleh pasien maupun keluarga di rumah (Faizal, 2025).

Terapi musik merupakan pendekatan sistematis yang memanfaatkan elemen-elemen musik seperti irama, melodi, dan harmoni sebagai media intervensi klinis untuk mengalihkan fokus perhatian pasien dari suara-suara palsu yang didengarnya, sehingga mampu memberikan efek relaksasi serta memperbaiki kondisi emosional dan psikologis pasien. Musik klasik secara khusus banyak dipilih dalam berbagai penelitian karena karakteristiknya yang tenang, harmonis, dan memiliki struktur nada yang teratur, sehingga mampu menstimulasi gelombang otak alfa yang berasosiasi dengan kondisi relaksasi dan ketenangan (Piola & Firmawati, 2022). Melalui mekanisme tersebut, musik klasik dapat membantu menstabilkan detak jantung dan tekanan darah, menstimulasi kinerja otak dalam memproses informasi, serta turut memengaruhi produksi hormon yang berkontribusi terhadap perbaikan imunitas tubuh dan suasana hati pasien (Ngoerah, 2025).

Efektivitas terapi musik, khususnya musik klasik, terhadap penurunan gejala halusinasi pendengaran telah dibuktikan melalui berbagai penelitian. Sebuah Penelitian di RSJD Dr. Arif Zainudin Surakarta menunjukkan penurunan skor Auditory Hallucination Rating Scale (AHRs) yang cukup besar setelah pasien diberikan terapi mendengarkan musik klasik selama tiga hari berturut-turut menggunakan headset (Sanada dkk., 2025). Hasil serupa juga diperoleh pada penelitian di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. M. Ildrem Medan, yang menunjukkan penurunan tingkat halusinasi pendengaran yang bermakna secara statistik setelah

pemberian terapi musik klasik (Yanti dkk., 2020), serta penelitian di wilayah kerja Puskesmas Kota Tengah, Kota Gorontalo, yang menunjukkan penurunan gejala pada pasien dengan gangguan sensori persepsi halusinasi pendengaran setelah diberikan terapi musik klasik secara rutin (Piola & Firmawati, 2022). Penelitian lain di Jawa Tengah turut memperkuat bukti ini dengan menunjukkan efektivitas terapi musik dalam mengurangi gejala halusinasi pendengaran pada pasien rawat jalan (Faozi dkk., 2024). Rangkaian bukti ilmiah ini secara konsisten menunjukkan bahwa terapi musik klasik layak dipertimbangkan sebagai salah satu intervensi keperawatan berbasis bukti dalam asuhan keperawatan jiwa pada pasien dengan gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran.

Halusinasi pendengaran yang tidak ditangani dengan tepat, berpotensi menimbulkan berbagai komplikasi yang membahayakan, baik bagi pasien sendiri maupun bagi orang di sekitarnya. Hilangnya kontrol diri akibat halusinasi yang tidak terkendali dapat membuat pasien mengalami kepanikan, bertindak merusak lingkungan, mencederai orang lain, bahkan berujung pada risiko bunuh diri (Faizal, 2025). Hal ini sejalan dengan data klinis yang menunjukkan bahwa risiko perilaku kekerasan dan risiko bunuh diri merupakan dua di antara sekian banyak diagnosis keperawatan jiwa yang kerap menyertai pasien dengan gangguan persepsi sensori halusinasi di rumah sakit jiwa, sehingga memerlukan penanganan yang komprehensif dan berkesinambungan agar tidak berkembang menjadi kondisi yang lebih berat (Wulandari dkk., 2024).

Berdasarkan uraian di atas, tingginya angka kejadian gangguan jiwa berat dengan halusinasi pendengaran, serta besarnya risiko komplikasi apabila kondisi tersebut tidak ditangani secara tepat, menjadikan peran perawat jiwa sebagai pemberi asuhan (care provider) sekaligus pendidik kesehatan (health educator) menjadi sangat penting. Perawat dituntut mampu memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif dan holistik untuk membantu pasien mengontrol halusinasi pendengaran yang dialaminya, salah satunya melalui penerapan terapi musik klasik yang telah terbukti efektif, mudah dilaksanakan, minim biaya, dan dapat diajarkan secara mandiri kepada pasien maupun keluarga. Oleh karena itu, penulis tertarik untuk menyusun karya tulis ilmiah dengan judul “Analisis Asuhan Keperawatan Jiwa pada Tn. H Dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran Menggunakan Terapi Musik Klasik Di Wilayah Kerja UPT Puskesmas Karangpawitan”, dengan harapan dapat memberikan kontribusi nyata bagi peningkatan mutu pelayanan keperawatan jiwa, khususnya dalam penanganan pasien dengan gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran..

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas maka rumusan masalah dalam penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini adalah: "Bagaimanakah Asuhan Keperawatan Jiwa dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran menggunakan Terapi Musik Klasik di Wilayah Kerja UPT Puskesmas Karangpawitan?"

1.3 Tujuan Penulisan

1.3.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu melaksanakan dan menganalisis Asuhan Keperawatan Jiwa dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran menggunakan Terapi Musik Klasik di Wilayah Kerja UPT Puskesmas Karangpawitan..

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mampu melakukan pengkajian keperawatan jiwa secara holistik pada Tn. H dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran.
2. Mampu menegakkan diagnosis keperawatan jiwa secara presisi pada Tn. H dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran.
3. Mampu menyusun intervensi keperawatan jiwa yang relevan pada Tn. H, khususnya memasukkan *evidence-based practice* terapi musik klasik, guna mengurangi gejala halusinasi pendengaran.
4. Mampu melaksanakan implementasi tindakan keperawatan pada Tn. H dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran melalui penerapan terapi musik klasik secara terstruktur.
5. Mampu melaksanakan evaluasi berkelanjutan terhadap hasil implementasi asuhan keperawatan jiwa dan pemberian terapi musik klasik pada Tn. H.
6. Mampu menganalisis efektivitas penerapan *evidence-based practice* terapi musik klasik dalam membantu mengontrol gejala pada Tn. H dengan halusinasi pendengaran.

7. Mampu mendokumentasikan seluruh rangkaian asuhan keperawatan jiwa yang telah diberikan pada Tn. H secara sistematis dan sesuai standar keperawatan.

1.4 Manfaat

1. Manfaat Bagi Puskesmas Karangpawitan

Hasil penulisan KIAN ini diharapkan dapat menjadi bahan evaluasi dan masukan yang bernilai bagi pelayanan kesehatan jiwa di tingkat fasilitas kesehatan primer, khususnya untuk mendorong pemanfaatan intervensi nonfarmakologis seperti terapi musik klasik sebagai bagian dari program penanganan pasien dengan halusinasi pendengaran di wilayah kerjanya.

2. Manfaat Bagi Institusi Pendidikan

Karya ilmiah ini diharapkan mampu memperkaya literatur kepustakaan akademik di bidang keperawatan jiwa, serta memotivasi mahasiswa keperawatan lainnya untuk terus mengembangkan kompetensi mereka dalam menerapkan asuhan keperawatan berbasis bukti ilmiah (*evidence-based practice*), terutama dalam mengeksplorasi efektivitas terapi musik klasik terhadap penurunan tanda dan gejala halusinasi.

3. Manfaat Bagi Penulis

Proses penyusunan karya ilmiah ini menjadi wadah strategis bagi penulis untuk mengaplikasikan ilmu keperawatan jiwa secara langsung di lapangan, sekaligus mengasah kepekaan, pemikiran kritis, serta

keterampilan klinis dalam merawat pasien dan menganalisis keberhasilan intervensi terapi musik klasik.

1.5 Sistematika Penulisan

Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini disusun secara runut dan sistematis agar alur pembahasannya logis dan mudah dipahami oleh pembaca. Sistematika ini diawali dengan Bab I: Pendahuluan, yang memaparkan latar belakang masalah, perumusan masalah yang dikaji, tujuan dan manfaat penulisan, serta gambaran sistematika dokumen secara keseluruhan. Selanjutnya, Bab II: Tinjauan Teori, menguraikan landasan konseptual yang meliputi teori medis terkait halusinasi pendengaran, konsep dasar asuhan keperawatan jiwa, serta kajian literatur terkait penerapan *evidence-based practice* berupa terapi musik klasik. Pada Bab III: Tinjauan Kasus dan Pembahasan, penulis menyajikan secara rinci tahapan asuhan keperawatan dari pengkajian hingga evaluasi yang dilakukan di Puskesmas Limbangan, dilanjutkan dengan analisis mendalam mengenai kesesuaian antara teori klinis, jurnal rujukan, dan realitas hasil pemberian terapi di lapangan. Terakhir, Bab IV: Kesimpulan dan Saran, menutup karya tulis dengan merangkum temuan-temuan kunci dari asuhan yang telah dilakukan serta memberikan rekomendasi praktis bagi institusi kesehatan, pendidikan, maupun penelitian keperawatan selanjutnya.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Halusinasi

2.1.1 Definisi

Menurut AH Yusuf (2016) halusinasi merupakan salah satu gejala gangguan jiwa yang muncul dalam bentuk perubahan persepsi sensori, yaitu klien merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan, atau penciuman, padahal stimulus tersebut sebenarnya tidak ada.

Sementara itu, Keliat (2022) mendefinisikan halusinasi sebagai gejala gangguan jiwa berupa respons panca indra yang meliputi penglihatan, pendengaran, penciuman, perabaan, dan pengecapan terhadap sumber yang sebenarnya tidak nyata.

Berdasarkan kedua definisi tersebut, penulis menyimpulkan bahwa halusinasi adalah gangguan persepsi sensori yang menyebabkan seseorang merasakan atau mengalami sensasi tanpa adanya rangsangan yang nyata, dapat melibatkan seluruh pancaindra, dan umum dijumpai pada individu dengan gangguan jiwa berat, termasuk yang bermanifestasi sebagai gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran yang menjadi fokus asuhan keperawatan dalam karya ilmiah ini.

2.1.2 Jenis - Jenis Halusinasi

Menurut Lalla dkk. (2022) menjelaskan bahwa halusinasi terbagi menjadi tujuh jenis berdasarkan indra yang dipersepsikan secara keliru oleh klien, yaitu sebagai berikut.

1. Halusinasi pendengaran (*auditory*), yaitu individu mendengar suara-suara atau kebisingan tanpa adanya stimulus eksternal, yang terkadang berbentuk perintah untuk melakukan sesuatu yang dapat membahayakan diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan sekitar.
2. Halusinasi penglihatan (*visual*), yaitu individu melihat sesuatu yang tidak nyata, mulai dari kilatan cahaya dan bentuk geometris hingga bayangan kompleks yang menyenangkan maupun menakutkan seperti sosok atau makhluk tertentu.
3. Halusinasi penciuman (*olfactory*), yaitu individu mencium bau-bauan yang sebenarnya tidak ada, umumnya berupa bau yang tidak menyenangkan seperti bau darah, urine, atau feses.
4. Halusinasi pengecapan (*gustatory*), yaitu individu merasakan rasa tertentu di mulut tanpa adanya makanan atau minuman, yang umumnya bersifat tidak menyenangkan atau menjijikkan.
5. Halusinasi perabaan (*tactile*), yaitu individu merasakan sensasi fisik pada kulit tanpa adanya stimulus nyata, seperti sensasi tersengat listrik atau adanya sesuatu yang merayap pada tubuhnya.
6. Halusinasi cenesthetic, yaitu individu merasakan fungsi internal tubuhnya bekerja secara tidak wajar, misalnya merasakan aliran darah dalam pembuluh darah atau proses pencernaan makanan, meskipun tidak ada rangsangan fisiologis yang mendasarinya.

7. Halusinasi kinesthetic, yaitu individu merasakan pergerakan atau posisi tubuh yang tidak nyata, seperti merasa melayang atau bergerak padahal tubuhnya dalam keadaan diam.

Dari ketujuh jenis tersebut, halusinasi pendengaran tercatat sebagai jenis yang paling sering dialami oleh pasien dengan gangguan jiwa berat, sehingga menjadi fokus utama dalam penulisan karya ilmiah ini (Lalla dkk., 2022).

2.1.3 Etiologi

Menurut Wenny (2023) halusinasi disebabkan oleh dua kelompok faktor, yaitu faktor predisposisi dan faktor presipitasi. Faktor predisposisi terdiri atas beberapa aspek yang saling berkaitan. Pada aspek perkembangan, hambatan dalam mengontrol emosi serta kurangnya keharmonisan keluarga sejak usia dini dapat menimbulkan frustrasi, rendahnya kepercayaan diri, dan kerentanan terhadap gangguan kejiwaan. Pada aspek sosiokultural, pengalaman merasa tidak diterima lingkungan sejak kecil dapat berlanjut hingga dewasa dan menimbulkan perasaan terasing, kesepian, serta kecurigaan terhadap orang lain, yang berisiko berkembang menjadi isolasi sosial. Pada aspek biokimia, stres yang berlebihan dapat memicu produksi zat halusinogenik neurokimia dan enzim tertentu yang mengganggu keseimbangan neurotransmitter seperti asetilkolin dan dopamin. Pada aspek psikologis, kepribadian yang lemah dan kecenderungan menghindari realitas melalui fantasi atau kecanduan zat tertentu turut memperbesar risiko gangguan persepsi, sementara faktor genetik yang disertai pola asuh tidak suportif atau tidak konsisten turut memperkuat predisposisi terhadap gangguan mental (Wenny, 2023).

Faktor presipitasi merupakan pemicu munculnya halusinasi yang dapat ditinjau dari lima dimensi. Dimensi fisik berkaitan dengan kondisi fisik yang terganggu, seperti kelelahan ekstrem, penggunaan zat adiktif, demam tinggi, atau gangguan tidur berkepanjangan. Dimensi emosional berkaitan dengan kecemasan berlebihan akibat masalah yang tidak terselesaikan, sehingga klien kerap tidak mampu menolak perintah dari halusinasinya. Dimensi intelektual berkaitan dengan penurunan fungsi ego yang membuat individu sulit membedakan realitas dan fantasi, sehingga halusinasi dapat menguasai perhatian dan proses berpikir logisnya. Dimensi sosial berkaitan dengan penolakan atau isolasi dalam kehidupan nyata yang mendorong individu mencari pelarian melalui halusinasi sebagai sarana pemenuhan kebutuhan interaksi sosial. Dimensi spiritual berkaitan dengan terganggunya kehidupan spiritual, seperti hilangnya rutinitas ibadah dan kehilangan makna hidup, yang dapat memicu keputusan dan memperberat gejala halusinasi (Wenny, 2023).

2.1.4 Rentang Respon

Menurut AH Yusuf (2016), halusinasi merupakan gangguan persepsi sensori sedangkan waham merupakan gangguan pikiran, dan keduanya tergolong sebagai gangguan respons neurobiologi. Oleh karena itu, rentang respons halusinasi secara umum mengikuti kaidah rentang respons neurobiologi, dengan respons paling adaptif berupa pikiran logis dan hubungan sosial yang harmonis, sedangkan respons paling maladaptif berupa waham, halusinasi, hingga isolasi sosial menarik diri, sebagaimana tergambar pada bagan berikut.

Bagan 2. 1 Rentang Respon Halusinasi

Respon Adaptif	Respon Psikososial	Respon Maladaptif
		
Respon Adaptif	Respon Psikososial	Respon Maladaptif
1. Pikiran logis 2. Persepsi akurat 3. Emosi konsisten dengan pengalaman 4. Perilaku sesuai (cocok) 5. Hubungan sosial harmonis	1. Kadang proses pikir terganggu 2. Ilusi 3. Emosi tidak stabil 4. Perilaku tidak biasa 5. Menarik diri	1. Gangguan proses berpikir (waham) 2. Halusinasi 3. Kesukaran proses emosi 4. Perilaku tidak terorganisasi 5. Isolasi sosial

(AH Yusuf, 2016)

Respons adaptif merupakan respons individu terhadap suatu masalah yang masih dapat diterima oleh norma sosial budaya yang berlaku, meliputi pikiran logis yang mengarah pada realitas yang dapat diterima akal, persepsi akurat berupa penilaian yang cermat dan tepat terhadap suatu peristiwa, emosi yang konsisten dengan pengalaman yang dialami, perilaku yang sesuai dengan norma yang berlaku, serta hubungan sosial yang harmonis dengan lingkungan sekitar (Wenny, 2023).

Menurut Muzakki (2019), respons psikososial merupakan respons yang berkaitan dengan segala sesuatu mengenai kehidupan bermasyarakat, seperti pikiran yang kadang mengembara akibat kesulitan mengabstraksi dan mengambil kesimpulan, ilusi berupa penilaian yang keliru terhadap objek nyata berdasarkan rangsangan pancaindra, emosi yang berlebihan dan kurang sesuai dengan konteks pengalaman, perilaku yang melebihi batas normal, serta kecenderungan menarik diri guna menghindari hubungan dan interaksi sosial dengan orang di sekitarnya.

Adapun respons maladaptif merupakan respons individu dalam memecahkan masalah yang menyimpang dari norma sosial budaya dan lingkungan, berupa gangguan pikiran (waham) yang bertentangan dengan kepercayaan masyarakat, halusinasi yang timbul akibat kesalahan persepsi terhadap suatu rangsangan, gangguan pemrosesan emosional berupa ketidakmampuan mengendalikan emosi, perilaku yang tidak terorganisasi, hingga isolasi sosial di mana individu merasa kesepian dan enggan berinteraksi dengan orang lain maupun lingkungannya (Wenny, 2023).

2.1.5 Fase Halusinasi

Menurut Wenny (2023) fase halusinasi terbagi menjadi empat tahap yang berlangsung secara progresif apabila tidak segera mendapatkan penanganan. Tahap pertama atau *comforting* ditandai dengan halusinasi yang justru memberi rasa nyaman bagi klien, meskipun disertai kesepian, ansietas tingkat sedang, ketakutan, dan rasa bersalah. Klien akan mencoba fokus pada pikiran yang dapat menghilangkan ansietasnya, sehingga pikiran dan pengalamannya masih berada dalam kontrol kesadaran. Perilaku yang tampak pada tahap ini antara lain tertawa atau tersenyum sendiri tanpa sebab, menggerakkan bibir tanpa mengeluarkan suara, respons verbal yang lambat, gerakan bola mata yang cepat, serta kecenderungan diam dan tampak berkonsentrasi. Tahap kedua atau *condemning* ditandai dengan pengalaman sensori yang mulai terasa menakutkan sehingga klien merasa dilecehkan oleh pengalaman tersebut. Pada tahap ini klien mulai kehilangan kontrol diri, menarik diri dari orang lain, cenderung menyalahkan, dan mengalami tingkat kecemasan yang berat. Tanda yang tampak meliputi peningkatan denyut jantung,

tekanan darah, dan pernapasan, berkurangnya perhatian terhadap lingkungan, serta mulai hilangnya kemampuan membedakan halusinasi dengan realita. Tahap ketiga atau *controlling* ditandai dengan klien yang mulai menyerah dan menerima pengalaman halusinasinya, meskipun tingkat kecemasannya tergolong berat dan sulit menolak pengalaman tersebut. Isi halusinasi menjadi terasa menarik bagi klien, bahkan klien dapat merasa kesepian apabila pengalaman sensori tersebut berakhir. Perilaku yang tampak antara lain klien mentaati perintah dari halusinasinya, perhatian terhadap lingkungan berkurang, sulit menjalin hubungan sosial, tidak mampu mengikuti perintah tenaga medis, tangan gemetar, dan berkeringat. Tahap keempat atau *conquering* merupakan tahap ketika klien sepenuhnya dikuasai oleh halusinasinya dan tampak panik. Klien mendengar suara atau ide yang mengancam dirinya apabila tidak dituruti, dan apabila tidak segera ditangani kondisi ini dapat berlangsung selama beberapa jam hingga beberapa hari. Perilaku yang tampak meliputi kepanikan, risiko tinggi mencederai diri sendiri maupun orang lain, katatonia atau agitasi, serta ketidakmampuan merespons perintah kompleks dari lingkungan sekitarnya (Wenny, 2023).

2.1.6 Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala halusinasi bervariasi sesuai dengan jenis halusinasi yang dialami klien, namun pada karya ilmiah ini pembahasan difokuskan pada halusinasi pendengaran sebagai manifestasi klinis yang menjadi fokus asuhan keperawatan (Wenny, 2023).

Secara subjektif, klien dengan halusinasi pendengaran mengeluhkan mendengar suara-suara atau kegaduhan, ajakan untuk berbincang-bincang, perintah

untuk melakukan tindakan yang berbahaya, maupun ancaman terhadap dirinya atau orang lain. Secara objektif, klien tampak berbicara atau tertawa sendiri, marah-marah tanpa sebab yang jelas, mengarahkan telinganya ke arah tertentu atau justru menutup telinganya, menunjuk-nunjuk ke arah tertentu, serta mulutnya komat-kamit seolah sedang berbicara dengan seseorang (Wenny, 2023).

Selain jenis pendengaran, jenis halusinasi lain seperti penglihatan, penciuman, perabaan, pengecap, cenesthetic, dan kinesthetic juga memiliki tanda dan gejala subjektif maupun objektif yang khas, sesuai dengan jenis indra yang dipersepsikan secara keliru oleh klien (Wenny, 2023).

2.1.7 Komplikasi

Halusinasi pendengaran dapat menjadi salah satu faktor yang mendorong pasien melakukan perilaku kekerasan, karena suara-suara yang muncul dalam pikirannya sering kali memberi perintah atau dorongan untuk bertindak agresif maupun membahayakan diri sendiri dan orang lain, sehingga persepsi realitas pasien menjadi terganggu dan memicu respons yang tidak adaptif (Wulandari dkk., 2023).

Pada pasien dengan halusinasi, perilaku kekerasan umumnya diawali oleh perasaan tidak berharga, ketakutan, serta pengalaman ditolak oleh lingkungan sekitarnya, sehingga pasien cenderung menarik diri dari hubungan interpersonal dan memilih mengisolasi dirinya, yang pada akhirnya dapat memperburuk kondisi mental dan emosionalnya. Beberapa komplikasi yang umum terjadi pada pasien dengan gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran meliputi risiko perilaku kekerasan, harga diri rendah, dan isolasi sosial, sebagaimana tergambar dalam

pohon masalah yang menempatkan gangguan persepsi sensori halusinasi sebagai masalah utama (core problem), dengan risiko perilaku kekerasan sebagai akibat (effect) dan isolasi sosial sebagai penyebab (causa) (Wulandari dkk., 2023).

2.1.8 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan halusinasi dilakukan melalui pendekatan farmakologis dan nonfarmakologis yang saling melengkapi dalam mendukung pemulihan pasien (Wenny, 2023). Secara farmakologis, beberapa obat yang lazim digunakan antara lain Haloperidol (HLD) yang tergolong antipsikotik dan efektif dalam mengatasi hiperaktivitas, agitasi, waham, serta halusinasi, dengan dosis 3x5 mg setiap 8 jam secara intramuskular pada kondisi akut; Chlorpromazine (CPZ) yang bekerja dengan menghambat reseptor dopamin D2 pascasinaps guna mengendalikan gejala psikosis dan gangguan perilaku, dengan dosis 25-50 mg intramuskular setiap 6-8 jam hingga kondisi akut teratasi; serta Trihexilpenidyl (THP) sebagai antiparkinson yang diberikan untuk mengoreksi ketidakseimbangan dopamin dan asetilkolin akibat efek samping obat antipsikotik. Ketiga obat tersebut memiliki efek samping yang perlu dipantau perawat, seperti mengantuk, mulut kering, pusing, hingga tremor (Wenny, 2023).

Selain farmakoterapi, penatalaksanaan psikososial turut diberikan melalui terapi modalitas yang melibatkan seluruh sumber daya rumah sakit dalam mendukung pemulihan pasien melalui komunikasi terapeutik, serta terapi kelompok yang dilakukan secara terarah oleh tenaga terlatih guna membantu pasien saling berbagi pengalaman dan menguatkan kemampuannya dalam mengontrol halusinasi (Wenny, 2023; Ida Ayu P Widianingsih, 2023).

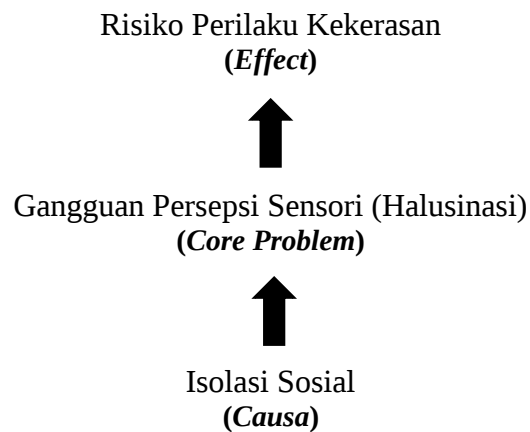
Pada kondisi tertentu yang memerlukan penanganan lebih intensif, dapat pula dilakukan terapi psikosomatik seperti pengikatan untuk melindungi pasien dari bahaya fisik bagi dirinya maupun orang lain, terapi kejang listrik (elektrokonvulsif) yang dilakukan melalui aliran listrik berkekuatan rendah pada area pelipis pasien, isolasi guna mengontrol perilaku serta melindungi pasien dan lingkungannya, maupun terapi deprivasi tidur yang sesuai diterapkan pada pasien dengan gejala depresi (Wenny, 2023).

Selain penatalaksanaan tersebut, berbagai penelitian turut mengembangkan terapi musik klasik sebagai terapi tambahan (*adjunctive therapy*) bagi pasien dengan gangguan persepsi sensorial halusinasi pendengaran, sebagaimana telah diuraikan pada sub-bab sebelumnya mengenai penatalaksanaannya (Jeyan dkk., 2022; Faozi dkk., 2024).

2.1.9 Pohon Masalah

Bagan 2. 2 Pohon Masalah Halusinasi

Menurut Wulandari *et.al*, (2023)



2.1.10 Instrumen Ukur Halusinasi

Penilaian tingkat keparahan halusinasi memerlukan alat ukur yang terstandarisasi agar perawat dapat mengevaluasi kondisi klien secara objektif, baik sebelum maupun sesudah diberikan intervensi keperawatan. Salah satu instrumen yang banyak digunakan dalam praktik maupun penelitian keperawatan jiwa, khususnya untuk mengukur halusinasi pendengaran, adalah *Auditory Hallucination Rating Scale* (AHRS) yang dikembangkan oleh Hoffman dkk. (Chatti dkk., 2016).

AHRS merupakan instrumen penilaian klinis yang dirancang untuk mengukur karakteristik dan keparahan halusinasi pendengaran berdasarkan pengalaman klien selama periode waktu tertentu, umumnya satu minggu terakhir. Instrumen ini bersifat semi-terstruktur, artinya penilaian dilakukan oleh perawat atau tenaga kesehatan melalui wawancara terarah dengan klien, sehingga hasil pengukurannya lebih objektif dibandingkan observasi tunggal (Chatti dkk., 2016).

Dalam penerapannya pada karya ilmiah keperawatan jiwa di Indonesia, AHRS umumnya digunakan dalam bentuk yang telah diadaptasi dengan sebelas aspek penilaian, yaitu frekuensi, durasi, lokasi asal suara, kekuatan suara, keyakinan klien terhadap asal suara, jumlah isi suara negatif, intensitas isi suara negatif, jumlah suara yang menekan, intensitas suara yang menekan, gangguan akibat suara terhadap kehidupan klien, serta kontrol klien terhadap suara yang didengar, ditambah satu item terpisah mengenai jumlah suara yang berbeda yang didengar klien dalam satu minggu terakhir (Akihary, 2025).

Setiap aspek dinilai dengan rentang skor 0 hingga 4, di mana skor 0 menunjukkan gejala tidak ada atau paling ringan dan skor 4 menunjukkan gejala paling berat, sehingga semakin tinggi skor total yang diperoleh, semakin berat pula tingkat keparahan halusinasi pendengaran yang dialami klien (Akihary, 2025). Instrumen ini lazim diaplikasikan dalam desain pretest-posttest pada karya ilmiah akhir ners maupun karya tulis ilmiah untuk mengukur efektivitas suatu intervensi keperawatan, termasuk terapi nonfarmakologis seperti terapi musik klasik, dengan cara membandingkan skor AHRS klien sebelum dan sesudah pemberian intervensi (Akihary, 2025).

Penggunaan AHRS dalam karya ilmiah ini menjadi relevan karena memungkinkan penulis untuk mendokumentasikan perubahan tingkat keparahan halusinasi pendengaran pada Tn. H secara terukur dan sistematis sepanjang proses asuhan keperawatan, sekaligus memberikan bukti kuantitatif atas efektivitas penerapan terapi musik klasik sebagai *evidence-based practice* yang diterapkan dalam karya ilmiah ini.

2.2 Konsep Risiko Perilaku Kekerasan

2.2.1 Definisi

Menurut Anipah (2024) mendefinisikan perilaku kekerasan sebagai tindakan agresif yang dilakukan terhadap diri sendiri, orang lain, dan lingkungan, baik secara verbal maupun nonverbal, sebagai hasil dari kegagalan seseorang dalam menerima stimulus yang diungkapkan melalui tindakan yang tidak konstruktif dan dapat menimbulkan dampak bahaya baik secara langsung maupun tidak langsung.

Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (2019) menjelaskan bahwa risiko perilaku kekerasan merupakan kondisi yang dapat membahayakan secara fisik, emosi, maupun seksual bagi diri sendiri ataupun orang lain, yang terbagi menjadi risiko perilaku kekerasan pada diri sendiri (*risk for self-directed*) dan pada orang lain (*risk for other-directed*).

Sementara itu, Keliat (2015) dalam Pujiningsih (2021) dalam Pratama (2022) menjelaskan bahwa perilaku kekerasan merupakan salah satu respons terhadap stresor yang dihadapi seseorang, yang ditunjukkan melalui tindakan kekerasan pada diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan secara verbal atau nonverbal, seperti mengamuk dan bermusuhan yang berpotensi melukai atau merusak baik secara fisik maupun melalui kata-kata.

Berdasarkan ketiga definisi tersebut, penulis menyimpulkan bahwa risiko perilaku kekerasan adalah respons maladaptif terhadap stresor internal maupun eksternal yang diwujudkan melalui tindakan agresif verbal maupun nonverbal terhadap diri sendiri, orang lain, atau lingkungan. Manifestasinya bersifat destruktif

seperti mengamuk, bermusuhan, dan mengancam, serta berpotensi menimbulkan bahaya fisik, emosional, maupun seksual, yang secara kategoris terbagi menjadi *self-directed violence* (bunuh diri/melukai diri sendiri) dan *other-directed violence* (agresi terhadap orang lain atau lingkungan).

2.2.2 Etiologi

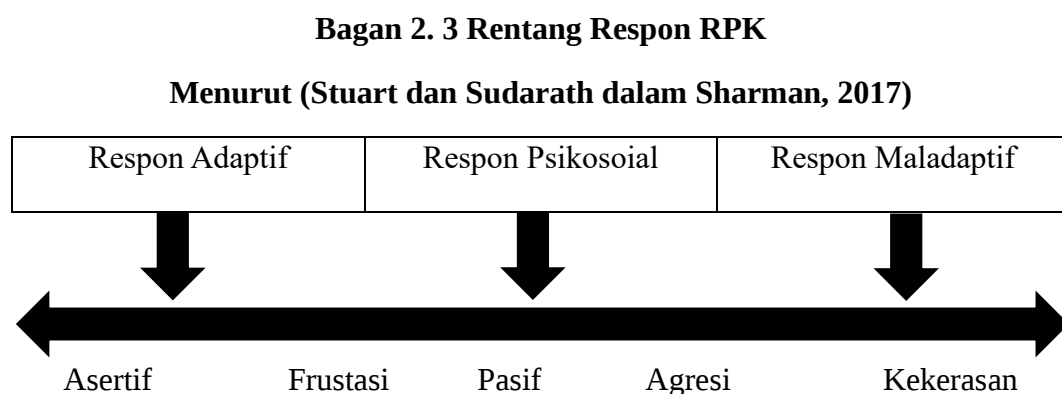
Menurut Pujiningsih (2021) terdapat faktor predisposisi dan faktor presipitasi yang berperan dalam terjadinya perilaku kekerasan. Faktor predisposisi meliputi aspek psikoanalisis yang memandang perilaku agresif sebagai hasil dari dorongan insting, aspek psikologis yang berdasarkan teori frustrasi-agresif menjelaskan bahwa agresivitas timbul akibat peningkatan frustrasi karena tujuan yang tidak tercapai, serta aspek biologis yang melibatkan sistem limbik sebagai pengatur dorongan dasar dan ekspresi emosi, lobus temporal sebagai penyimpan memori dan interpretasi pendengaran, lobus frontal sebagai pusat pemikiran logis dan pengelolaan emosi, serta neurotransmitter seperti serotonin, dopamin, norepinefrin, asetilkolin, dan GABA yang turut berdampak pada tingkat agresivitas seseorang.

Selain itu, faktor perilaku turut berperan, seperti kerusakan organ otak, retardasi mental, dan gangguan belajar yang menyebabkan kegagalan merespons frustrasi secara positif, penekanan emosi berlebihan pada masa kanak-kanak yang memengaruhi kepercayaan diri, serta pengalaman menjadi korban atau saksi kekerasan dalam keluarga yang memengaruhi penggunaan kekerasan sebagai mekanisme koping. Faktor sosiokultural turut berkontribusi melalui norma masyarakat yang mendefinisikan bentuk perilaku kekerasan yang dapat diterima

maupun tidak, serta budaya asertif yang membantu individu merespons kemarahan secara sehat. Faktor presipitasi dapat berasal dari kondisi internal klien berupa kelemahan fisik, keputusasaan, ketidakberdayaan, dan rendahnya rasa percaya diri, maupun dari kondisi eksternal seperti lingkungan yang bising dan padat, kritik yang bersifat merendahkan, kehilangan orang tercinta atau pekerjaan, serta pengalaman kekerasan sebelumnya (Vancampfort dkk., 2019 dalam Pratama, 2022).

2.2.3 Rentang Respon

Menurut Sharman (2017), rentang respons perilaku kekerasan bergerak dari respons adaptif hingga respons maladaptif, sebagaimana tergambar pada bagan berikut.



Keterangan:

- a. Asertif adalah respon marah tanpa menyakiti, melukai perasaan orang lain, atau tanpa merendahkan harga diri orang lain.

- b. Frustasi adalah respons yang timbul akibat gagal mencapai tujuan atau keinginan. Frustasi dapat dialami sebagai suatu ancaman dan kecemasan. Akibat dari ancaman tersebut dapat menimbulkan kemarahan.
- c. Pasif adalah respons di mana individu tidak mampu mengungkapkan perasaan yang dialami.
- d. Agresif merupakan perilaku yang menyertai marah, namun masih dapat dikontrol oleh individu. Orang agresif biasanya tidak mau mengetahui hak orang lain. Dia berpendapat bahwa setiap orang harus bertarung untuk mendapatkan kepentingan sendiri dan mengharapkan perlakuan yang sama dari orang lain.
- e. Kekerasan adalah rasa marah dan bermusuhan yang kuat disertai kehilangan kontrol diri. Pada keadaan ini, individu dapat merusak dirinya sendiri atau terhadap orang lain

2.3.4 Tanda dan Gejala

Secara subjektif, klien dengan risiko perilaku kekerasan dapat mengungkapkan kebencian atau kekesalan terhadap orang lain, menyatakan keinginan untuk memukul orang lain, mengaku tidak mampu mengendalikan perilaku kekerasannya, serta menyampaikan niat untuk menyakiti diri sendiri, orang lain, maupun merusak lingkungan sekitarnya (Deviana Indriyanti dkk., 2024).

Secara objektif, tanda yang tampak meliputi mata melotot dan pandangan tajam, tangan mengepal, rahang mengatup, gelisah dan mondar-mandir,

peningkatan tekanan darah, nadi, dan pernapasan, mudah tersinggung, berbicara dengan nada tinggi dan kasar, mendominasi pembicaraan, menggunakan sarkasme, hingga merusak lingkungan atau memukul orang lain (Deviana Indriyanti dkk., 2024).

2.3.5 Penatalaksanaan

Kumar (2020) menjelaskan bahwa penatalaksanaan pada pasien dengan perilaku kekerasan dapat dilakukan melalui beberapa pendekatan berikut.

Terapi farmakologi diberikan melalui obat neuroleptika dosis efektif tinggi seperti Chlorpromazine HCl untuk mengendalikan aktivitas psikomotor pasien. Apabila obat tersebut tidak tersedia, alternatifnya adalah neuroleptika dosis efektif rendah seperti Trifluoperazine atau Estelazine, dan bila kedua jenis neuroleptika tersebut tidak tersedia, tranquilizer dapat digunakan sebagai pilihan meskipun bukan tergolong antipsikotik, karena baik neuroleptika maupun tranquilizer memiliki efek antitegang, anticemas, dan antiagitasi (Kumar, 2020).

Terapi okupasi merupakan intervensi yang menggunakan berbagai bentuk kegiatan sebagai media rehabilitasi untuk meningkatkan kemampuan komunikasi dan fungsi sosial pasien. Terapi ini tidak terbatas pada aktivitas kerja, melainkan mencakup kegiatan sederhana seperti membaca koran atau bermain catur, yang dilakukan setelah proses seleksi dan penentuan program aktivitas sesuai dengan kondisi pasien (Kumar, 2020).

Peran serta keluarga menjadi sistem pendukung utama dalam perawatan pasien, karena keluarga yang mampu mengelola stres dan menyelesaikan masalah akan lebih efektif dalam mencegah, menangani, dan memulihkan perilaku

maladaptif pasien menjadi perilaku yang adaptif, sehingga berperan penting dalam meningkatkan derajat kesehatan pasien secara optimal (Kumar, 2020).

Terapi somatik merupakan bentuk terapi yang ditujukan untuk mengubah perilaku maladaptif menjadi perilaku adaptif melalui tindakan yang berfokus pada kondisi fisik pasien, dengan pendekatan berupa stimulasi fisik tertentu yang disesuaikan dengan kondisi pasien meskipun target utamanya tetap berupa perubahan perilaku (Imelisa, 2021).

Terapi kejang listrik atau electroconvulsive therapy (ECT) merupakan prosedur medis yang dilakukan dengan mengalirkan arus listrik ke otak melalui elektroda yang ditempatkan pada pelipis pasien untuk menimbulkan kejang terkendali. Terapi ini awalnya digunakan pada pasien dan biasanya dilakukan sebanyak 20-30 sesi dengan frekuensi 2-3 kali per minggu (Pratama Agus Ari, 2022).

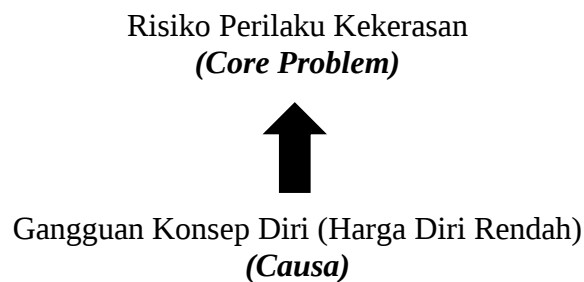
Pada pohon masalah risiko perilaku kekerasan, risiko mencederai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan ditempatkan sebagai akibat (*effect*), risiko perilaku kekerasan sebagai masalah utama (*core problem*), dan gangguan konsep diri berupa harga diri rendah sebagai penyebab (*causa*) dari permasalahan tersebut (Pratama Agus Ari, 2022).

2.3.6 Pohon Masalah

Bagan 2. 4 Pohon Masalah Risiko Perilaku Kekerasan Menurut (Pratama Agus Ari, 2022)

Risiko Mencederai (diri sendiri, orang lain dan lingkungan)
(*Effect*)





2.3 Konsep *Evidence Based Practice* (EBP) Terapi Musik Klasik

2.3.1 Definisi Terapi Musik Klasik

Piola dan Firmawati (2022) menjelaskan bahwa terapi musik klasik merupakan salah satu bentuk terapi nonfarmakologi yang terbukti efektif dalam menurunkan gejala pada pasien dengan gangguan sensori persepsi halusinasi pendengaran, mengingat halusinasi pendengaran sendiri tercatat sebagai jenis halusinasi yang paling banyak dijumpai, yakni mencapai sekitar 70% dari keseluruhan kasus halusinasi.

Sejalan dengan hal tersebut, Muliya, Kusumawaty, Martini, dan Yunike (2022) mendefinisikan terapi musik sebagai salah satu bentuk terapi modalitas yang memanfaatkan musik sebagai media untuk membantu pasien memulihkan kemampuan hubungan sosial, kepercayaan diri, konsentrasi, serta harga dirinya, sekaligus menurunkan frekuensi halusinasi yang dialaminya.

Sementara itu, dalam konteks penelitian berbasis bukti, Jeyan, Indu, Sivaprakash, dan Banipreet (2022) mendeskripsikan pemberian musik sebagai *adjunctive music listening*, yaitu mendengarkan musik yang diberikan sebagai terapi tambahan yang menyertai pengobatan farmakologis utama pada pasien, bukan sebagai pengganti terapi medis yang sudah berjalan.

Berdasarkan beberapa pandangan tersebut, dapat disimpulkan bahwa terapi musik klasik adalah bentuk intervensi keperawatan nonfarmakologis yang memanfaatkan karakteristik musik klasik, seperti tempo yang tenang dan struktur nada yang teratur, sebagai media relaksasi dan pengalihan perhatian pasien dari stimulus halusinasi yang dialaminya, sehingga dapat digunakan sebagai pendamping terapi farmakologis dalam asuhan keperawatan jiwa.

2.3.2 Tujuan Terapi Musik Klasik

Muliya dkk. (2022) menjelaskan bahwa tujuan utama pemberian terapi musik pada pasien dengan halusinasi pendengaran adalah membantu pasien membangun kembali mekanisme pengendalian dirinya, sekaligus memulihkan kemampuan hubungan sosial, kepercayaan diri, konsentrasi, dan harga diri yang sebelumnya terganggu akibat gejala yang dialaminya.

Dari sisi fisiologis, Ngoerah (2025) menjelaskan bahwa musik klasik dapat membantu menstabilkan detak jantung dan tekanan darah, menstimulasi kinerja otak dalam memproses informasi, serta memengaruhi produksi hormon yang berkontribusi terhadap perbaikan imunitas tubuh dan suasana hati pasien, sehingga efeknya tidak hanya menyentuh aspek psikologis tetapi juga kondisi fisik pasien secara keseluruhan.

Pedersen *et.al* (2021) melalui penelitian uji coba terkontrol acak turut menemukan bahwa terapi musik memberikan manfaat terhadap perbaikan gejala negatif pada pasien, yang berarti tujuan terapi musik klasik tidak terbatas pada penurunan gejala positif seperti halusinasi, tetapi juga dapat menyentuh aspek motivasi, afek datar, dan penarikan diri yang kerap menyertai perjalanan penyakit.

Dengan demikian, secara garis besar tujuan pemberian terapi musik klasik dalam asuhan keperawatan jiwa adalah untuk memberikan efek relaksasi, mengalihkan fokus pasien dari stimulus halusinasi, menurunkan frekuensi dan intensitas gejala, memperbaiki kondisi fisiologis pasien, serta membantu pemulihan fungsi sosial dan psikologisnya secara menyeluruh.

2.3.3 Indikasi Terapi Musik Klasik

Pinar dan Tel (2019) melalui penelitian uji coba terkontrol acak menunjukkan bahwa terapi musik memberikan pengaruh terhadap penurunan halusinasi pendengaran serta peningkatan kualitas hidup pasien, sehingga terapi ini secara khusus diindikasikan bagi pasien dengan gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran yang kondisinya relatif kooperatif dan mampu mengikuti instruksi sederhana selama sesi terapi berlangsung.

Yanti *et.al* (2020) turut menegaskan bahwa terapi musik klasik efektif diterapkan pada pasien dengan tingkat halusinasi ringan hingga sedang, yaitu pasien yang masih mampu duduk tenang, memusatkan perhatian pada musik yang diperdengarkan, dan belum menunjukkan tanda-tanda agitasi berat yang dapat mengganggu jalannya sesi terapi.

Selain itu, Piola dan Firmawati (2022) menjelaskan bahwa terapi ini sesuai diberikan kepada pasien rawat jalan maupun rawat inap yang berada dalam kondisi stabil secara fisik, tidak sedang mengalami gangguan pendengaran, serta bersedia dan kooperatif untuk mengikuti proses terapi hingga selesai, sehingga hasil yang diperoleh dapat optimal.

2.3.4 Kontraindikasi Terapi Musik Klasik

Meskipun tergolong terapi yang aman dan minim risiko, Sutejo (2017) mengingatkan bahwa setiap terapi modalitas, termasuk terapi musik, tetap perlu mempertimbangkan kondisi klinis pasien secara individual sebelum diterapkan, mengingat tidak semua pasien berada pada kondisi yang memungkinkan untuk menerima stimulus tambahan berupa suara.

Wenny (2023) menjelaskan bahwa intervensi yang melibatkan stimulasi lingkungan maupun sensori sebaiknya tidak diberikan kepada pasien yang sedang berada dalam kondisi gelisah berat atau mengalami gangguan pengaturan suhu tubuh akibat efek samping obat, karena stimulus tambahan pada kondisi tersebut berpotensi memperberat respons agitasi pasien alih-alih menenangkannya.

Berdasarkan uraian tersebut, terapi musik klasik sebaiknya tidak diberikan kepada pasien dengan gangguan pendengaran yang tidak memungkinkan penerimaan stimulus suara, pasien dalam kondisi agitasi atau katatonik berat yang belum kooperatif, maupun pasien yang secara tegas menolak untuk mengikuti terapi, sehingga keputusan pemberian terapi tetap perlu didahului dengan penilaian kondisi klinis pasien secara menyeluruh oleh perawat (Sutejo, 2017; Wenny, 2023).

2.3.5 Prosedur Terapi Musik Klasik

Secara umum, pelaksanaan terapi musik klasik diawali dengan tahap persiapan, yaitu memastikan kondisi pasien memungkinkan untuk mengikuti terapi, menyiapkan alat pemutar musik beserta headset atau earphone, serta memilih ruangan yang tenang agar pasien dapat berkonsentrasi mendengarkan musik tanpa gangguan dari lingkungan sekitar (Piola & Firmawati, 2022).

Pada tahap pelaksanaan, perawat terlebih dahulu menjelaskan tujuan dan prosedur terapi kepada pasien, kemudian memperdengarkan musik klasik melalui headset selama 20 Menit. Sanada, Margatot, dan Suyatno (2025) menerapkan terapi ini selama tiga hari berturut-turut. Sebelum dan sesudah pemberian terapi, perawat perlu melakukan pengukuran tingkat halusinasi pasien, misalnya menggunakan *Auditory Hallucination Rating Scale* (AHRS), guna menilai ada tidaknya perubahan gejala setelah terapi diberikan (Sanada dkk., 2025).

Setelah sesi mendengarkan musik selesai, pasien diberi kesempatan untuk mengungkapkan perasaannya, sementara perawat mengamati respons yang muncul serta mendokumentasikan hasil pelaksanaan terapi dalam catatan asuhan keperawatan, termasuk durasi terapi, jenis musik yang diperdengarkan, dan respons pasien selama maupun setelah terapi berlangsung, agar dapat menjadi bahan evaluasi keperawatan selanjutnya (Muliya dkk., 2022; Piola & Firmawati, 2022).

2.3.6 Hasil Analisis Jurnal

Tabel 2. 1 Hasil Analisis Jurnal

No.	Nama Penulis, Tahun	Judul Penelitian	Intervensi	SPO (Standar Operasional Prosedur)	Outcome (Hasil)
1.	Hani Fransiska Purba, Riska Amalya Nasution, Indah Mawarti, Yuliana, 2024	Penerapan Terapi Musik Klasik Pada Pasien Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran Di Ruang Yudistira Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Jambi	Terapi musik klasik sebagai intervensi non-farmakologi	Pasien diperdengarkan musik klasik selama 15 menit setiap hari selama 5 hari berturut-turut.	Terjadi penurunan tanda gejala halusinasi dari skor 10 menjadi skor 2, dan pasien mampu mengontrol halusinasinya.
2.	Desi Maharani, Nuri Luthfiyatil F, Uswatun H, 2022	Penerapan Terapi Musik Klasik Terhadap Tanda Dan Gejala Pada Pasien Halusinasi Pendengaran	Terapi musik klasik	Penerapan dilakukan selama 10-15 menit dengan frekuensi 2 kali sehari (pagi dan sore) selama 5 hari.	Terdapat penurunan persentase tanda gejala halusinasi pendengaran setelah penerapan terapi musik klasik.
3.	Afif Mutaqin, Desi Ariyana Rahayu, Arief Yanto, 2023	Efektivitas Terapi Musik Klasik Pada Pasien Halusinasi Pendengaran	Terapi musik klasik	Pasien diposisikan nyaman lalu diperdengarkan musik klasik menggunakan HP atau headset selama 10-15 menit per hari selama 5 hari berturut-turut.	Terjadi penurunan frekuensi halusinasi pendengaran yang ditandai dengan berkurangnya skor frekuensi halusinasi pasien.

4.	Dian Anggri Yanti, Abdi Lestari Sitepu, Kuat Sitepu, Pitriani, Wina Novita Br. Purba, 2020	Efektivitas Terapi Musik Terhadap Penurunan Tingkat Halusinasi Pendengaran Pada Pasien Gangguan Jiwa Di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr.M. Ildrem	Terapi musik	Terapi musik diberikan setiap pagi dan sore hari selama 7 hari.	Terdapat efektivitas dalam pemberian terapi musik terhadap penurunan tingkat halusinasi pendengaran pada pasien gangguan jiwa dengan nilai $p=0,000$.
5.	Geretsegger M, Mössler KA, Bieleninik Ł, Chen XJ, Heldal TO, Gold C, 2017	<i>Music Therapy For People With Schizophrenia And Schizophrenia-Like Disorders (Review)</i>	Terapi musik (aktif, reseptif, atau keduanya) ditambahkan pada standar perawatan pasien	Pemberian sesi terapi bervariasi dari 7 hingga 240 sesi, berjangka pendek hingga panjang (mencapai 6 bulan), meliputi kegiatan mendengarkan musik, improvisasi, serta diskusi/refleksi verbal.	Terapi musik sebagai tambahan standar perawatan memperbaiki status global, status mental (gejala negatif dan umum), fungsi sosial, serta kualitas hidup penderita skizofrenia.
6.	Melis Cobandag, Natasha Sigala, 2025	<i>The Effectiveness Of Non-Pharmacological Treatments For Auditory Verbal Hallucinations In Schizophrenia Spectrum Disorders: A Systematic Review And Meta-Analysis</i>	Perawatan non-farmakologis, termasuk Terapi Musik	Evaluasi sistematis terhadap berbagai Uji Coba Terkontrol Acak (RCT) mengenai intervensi non-farmakologis, yang salah satunya menggunakan terapi musik saat di rumah sakit.	Terdapat perbaikan hasil pada halusinasi pendengaran selama periode tindak lanjut (follow-up) setelah menerima terapi musik, menunjukkan pentingnya RCT jangka panjang.
7.	Fiki Muhammad Ridho, 2023	<i>Effectiveness Of Classical Music Therapy On</i>	Terapi musik klasik	Pasien mendengarkan musik klasik selama 10-	Terapi musik klasik secara efektif

		<i>Decreasing The Level Of Auditory Hallucinations In Schizophrenia Patients: A Literature Review</i>		15 menit di ruangan yang tenang agar pasien merasa rileks dan dapat merangsang gelombang otak alfa.	menurunkan intensitas halusinasi pendengaran, meredakan kecemasan, serta meningkatkan ketenangan pasien.
8.	Sintha Amelia Sanada, Didik Imam Margatot, Suyatno, 2025	Pengaruh Penerapan Terapi Mendengarkan Musik Klasik Terhadap Perubahan Tingkat Gejala Halusinasi Pada Pasien Halusinasi Di Rsjd Dr. Arif Zainudin Surakarta	Terapi mendengarkan musik klasik	Mendengarkan musik klasik menggunakan headset selama 20 menit, diberikan 3 kali sehari dalam rentang 3 hari berturut-turut.	Skor AHRS (Auditory Hallucination Rating Scale) menurun signifikan, yang berarti terjadi penurunan gejala halusinasi pendengaran dari kategori berat menjadi ringan dan sedang.
9.	Gita Ayu Imantaningsih, Yuni Sandra Pratiwi, 2022	Literature Review: Pengaruh Terapi Musik Klasik Pada Pasien Halusinasi Pendengaran	Terapi musik klasik	Terapi musik klasik diberikan sebagai teknik relaksasi untuk memunculkan gelombang alfa agar memberikan rasa tenang serta membantu memori pasien.	Terdapat pengaruh signifikan dari pemberian terapi musik klasik terhadap penurunan tingkat halusinasi pada pasien halusinasi pendengaran (p-value <0,005).

2.3.7 Analisis Literature Review

Halusinasi pendengaran merupakan gejala dominan yang dialami oleh sebagian besar pasien skizofrenia yang memicu distorsi persepsi dan penderitaan emosional (Purba et al., 2024). Meskipun terapi psikofarmaka adalah tata laksana utama, intervensi non-farmakologis sangat esensial karena memanfaatkan proses fisiologis tubuh secara alami dan tidak menimbulkan efek samping medis (Mutaqin et al., 2023). Menurut Yanti et al. (2020) dan Ridho (2023), terapi musik klasik terbukti menjadi salah satu intervensi keperawatan komplementer yang efektif dan sangat aplikatif untuk menurunkan tingkat halusinasi pendengaran di tatanan klinis. Penggunaan terapi non-farmakologis seperti terapi musik juga didukung oleh evaluasi literatur berskala besar yang menekankan pentingnya intervensi terapeutik untuk melihat perbaikan gejala secara terukur (Cobandag & Sigala, 2025; Geretsegger et al., 2017).

Secara neurobiologis, terapi musik klasik bekerja dengan cara menstimulasi gelombang otak alfa yang berada pada rentang 8 hingga 13 Hertz (Imantaningsih & Pratiwi, 2022; Maharani et al., 2022; Purba et al., 2024; Ridho, 2023). Menurut Maharani et al. (2022) dan Ridho (2023), gelombang alfa ini memfasilitasi penurunan aktivitas otak yang berlebihan, sehingga membantu pasien menciptakan kondisi kesadaran yang lebih rileks, damai, dan terpusat pada realita. Stimulus musik yang ditangkap oleh telinga dan saraf pendengaran kemudian diteruskan menuju sistem limbik di otak yang berfungsi memproses emosi (Mutaqin et al., 2023; Ridho, 2023). Rangsangan musikal

ini memicu pelepasan neuromodulator esensial seperti dopamin dan endorfin yang secara efektif mampu menekan neurotransmitter pemicu stres dan kecemasan, sehingga gejala halusinasi dapat tereduksi (Imantaningsih & Pratiwi, 2022; Ridho, 2023).

Standar pemberian terapi musik klasik memerlukan parameter waktu yang tepat untuk mencapai efektivitas terapeutik. Penerapan terapi musik klasik selama 15 menit terbukti secara optimal menjadi batas waktu yang adekuat untuk merangsang relaksasi kognitif dan menurunkan frekuensi halusinasi pendengaran (Maharani et al., 2022; Mutaqin et al., 2023; Purba et al., 2024). Pemilihan durasi waktu selama 5 hari berturut-turut merupakan rentang yang sangat ideal, karena secara konsisten terbukti di berbagai literatur mampu memberikan efek penurunan tanda dan gejala halusinasi yang signifikan (Maharani et al., 2022; Mutaqin et al., 2023; Purba et al., 2024). Untuk mengoptimalkan implementasi intervensi ini, penggunaan media seperti *headphone* atau *headset* sangat dianjurkan untuk memblokir kebisingan lingkungan, sehingga pasien tidak terdistraksi dan dapat terfokus sepenuhnya pada irama musik selama sesi 15 menit tersebut berlangsung (Mutaqin et al., 2023; Sanada et al., 2025).

Penerapan terapi musik klasik dengan parameter waktu 15 menit selama 5 hari terbukti secara empiris memberikan perbaikan klinis yang nyata. Pengukuran objektif dalam penelitian Purba et al. (2024) menunjukkan penurunan drastis pada skor observasi, seperti penurunan intensitas gejala dari skor 10 menjadi 2. Hal ini sejalan dengan temuan Maharani et al. (2022) dan

Mutaqin et al. (2023) yang mencatat bahwa persentase rata-rata skor frekuensi halusinasi berkurang secara signifikan pasca-intervensi. Evaluasi menggunakan instrumen spesifik seperti *Auditory Hallucination Rating Scale* (AHRS) juga memperlihatkan pergeseran status kondisi pasien dari kategori halusinasi berat menjadi ringan hingga sedang pasca-intervensi (Sanada et al., 2025). Secara keseluruhan, terapi musik klasik terbukti memiliki efektivitas tinggi tidak hanya dalam menurunkan kemunculan suara-suara palsu, tetapi juga memperbaiki status mental, fungsi sosial, menurunkan tingkat kebingungan, dan meningkatkan kualitas hidup pasien skizofrenia (Geretsegger et al., 2017; Imantaningsih & Pratiwi, 2022; Ridho, 2023; Yanti et al., 2020).

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan

2.4.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan langkah awal dan dasar dari proses keperawatan, dan mempengaruhi langkah proses selanjutnya serta merupakan suatu proses yang sistematis dalam mengumpulkan data dari berbagai sumber untuk mengidentifikasi status kesehatan pasien. Data yang dikumpulkan saat pengkajian dalam keperawatan jiwa merupakan data yang holistik meliputi data biologis, psikologis, sosial dan spiritual (Anipah, 2024).

a. Identitas

Meliputi informasi tentang identitas pasien, seperti nama, usia, jenis kelamin, status pernikahan, keyakinan keagamaan, tanggal

kedatangan pasien, orang yang memberikan informasi, tanggal pengkajian, dan alamat.

b. Keluhan Utama

Menanyakan kepada anggota keluarga pasien mengapa pasien dibawa ke rumah sakit jiwa, langkah-langkah yang telah diambil oleh keluarga sebelum pasien dibawa ke rumah sakit jiwa, dan hasilnya. Biasanya, ini terjadi karena keluarga merasa terganggu oleh perilaku dan gejala tidak normal yang ditunjukkan oleh pasien, seperti berbicara atau tertawa sendiri, marah tanpa alasan yang jelas, dan sebagainya, sehingga keluarga mengambil inisiatif untuk membawa pasien ke rumah sakit jiwa.

c. Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi mencakup kondisi sosiokultural, biokimia, psikologis, dan genetis yang membentuk ambang toleransi stres serta ragam sumber daya koping pada individu. Melalui wawancara terstruktur dengan pasien dan keluarga, perawat mengumpulkan data tentang nilai dan norma sosial, profil neurotransmitter, pola kognitif-afektif, dan riwayat keluarga. Semua elemen yang bersama-sama menentukan kemampuan klien dalam menilai, memilih, dan mengimplementasikan strategi koping adaptif.

1) Faktor perkembangan

Hambatan dalam menyelesaikan tugas perkembangan seperti ketidakmampuan menyesuaikan diri dengan tuntutan usia

remaja dapat memicu stres dan kecemasan yang berlebihan. Remaja yang gagal menyelesaikan tugas emosional dan sosialnya cenderung mengalami penurunan kesejahteraan psikologis dan kesulitan membangun identitas diri.

2) Faktor sosial-kultural

Norma, nilai, dan struktur sosial yang tidak kondusif seperti stigma mental atau tekanan ekspektasi keluarga dapat menimbulkan perasaan terasing dan kesepian. Isolasi ini melemahkan dukungan sosial, yang sejatinya menjadi salah satu sumber koping utama individu.

3) Faktor biokimia

Respons stres kronis memicu perubahan kadar neurotransmitter termasuk dopamin dan glutamate yang berpotensi menimbulkan efek halusinogenik. Ketidakseimbangan ini merusak integrasi sensorik dan kognitif, sehingga mempermudah munculnya halusinasi.

4) Faktor psikologis

Konflik interpersonal yang berkepanjangan, penolakan emosional, atau trauma masa lalu meningkatkan level stres dan kecemasan. Kondisi ini dapat memicu distorsi persepsi, di mana pengalaman halusinasi muncul sebagai mekanisme pelarian kognitif dari tekanan psikologis.

5) Faktor genetik

Penelitian di Rumah Sakit Jiwa menunjukkan bahwa adanya riwayat keluarga khususnya orang tua atau saudara kandung dengan skizofrenia meningkatkan risiko gangguan psikosis hingga dua belas kali lipat. Predisposisi genetik ini bekerja bersama faktor lingkungan untuk menentukan ambang munculnya gejala.

d. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi adalah rangsangan lingkungan yang langsung memicu timbulnya halusinasi, meliputi gangguan pola tidur, kondisi kecemasan pikiran yang tak menentu, minimnya dukungan sosial, dan rendahnya dukungan spiritual. Keempat tema ini diidentifikasi melalui analisis fenomenologis pada 15 pasien halusinasi pendengaran di RSJ Menur Provinsi Jawa Timur, yang menunjukkan bahwa konteks lingkungan dan psikososial berperan sebagai pemicu utama episode halusinasi (Reliani, 2020). Selain itu, faktor stresor akut seperti interaksi berkepanjangan dengan objek tak nyata atau isolasi sosial dapat meningkatkan produksi neurotransmitter halusinogenik, memperburuk gejala sensoris (Eka, 2017).

e. Penilaian Terhadap Stressor

Penilaian terhadap stressor pada klien jiwa adalah proses evaluasi menyeluruh atas bagaimana individu memaknai dan

merespons sumber stres dalam kehidupannya. Instrumen penilaian umumnya mencakup lima aspek utama:

1) Aspek Kognitif

Menilai cara berpikir klien termasuk logika, alur pikiran, memori, orientasi, dan kemampuan pengambilan keputusan. Gangguan pada elemen-elemen ini mencerminkan appraisal stresor yang maladaptif dan melemahkan kapasitas klien untuk menilai situasi secara akurat.

2) Aspek Afektif

Mengukur respons emosional seperti kecemasan berlebihan, kesedihan mendalam, kegembiraan yang tak terkendali, atau kecurigaan hiperaktif. Intensitas dan durasi reaksi afektif ini menunjukkan seberapa besar stresor memengaruhi stabilitas emosional klien.

3) Aspek Fisiologis

Mencatat gejala somatik pusing, kelelahan, peningkatan denyut jantung, keringat dingin, gangguan tidur serta perubahan neurokimia (imbalance dopamin/serotonin) sebagai manifestasi aktivasi respons "*fight-or-flight*".

4) Aspek Perilaku

Mengamati perilaku yang terhubung dengan stressor misalnya berbicara atau tertawa sendiri, negativisme, kaku

motorik, agresivitas, atau penurunan perawatan diri untuk menilai sejauh mana kontrol diri klien terganggu.

5) Aspek Sosial

Menilai fungsi interpersonal: kemampuan berkomunikasi, keinginan berinteraksi, kebersihan diri, dan partisipasi dalam aktivitas sosial. Penurunan di bidang ini mengindikasikan dampak stresor pada jaringan dukungan dan adaptasi sosial klien.

f. Pemeriksaan Fisik

Dalam asuhan keperawatan jiwa pada pasien Skizofrenia, pemeriksaan fisik menyeluruh merupakan langkah krusial untuk mendeteksi komorbiditas metabolik dan efek samping terapi psikotropika. Perawat harus rutin mengukur tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, laju pernapasan, dan suhu tubuh) serta melakukan penilaian antropometri (tinggi badan, berat badan, dan indeks massa tubuh) untuk memantau risiko obesitas, hipertensi, dan diabetes mellitus. Selain itu, inspeksi dan palpasi kulit, pemeriksaan tremor, edema, postur, serta mobilitas memberikan gambaran awal gangguan neurologis atau kardiovaskular yang mungkin timbul akibat litium, antipsikotik, atau stabilisator mood. Keluhan fisik yang dilaporkan pasien seperti kelelahan, pusing, nyeri dada, atau gangguan tidur juga harus dicatat secara sistematis untuk merancang intervensi keperawatan spesifik.

g. Psikososial

1) Genogram

Menyusun pohon keluarga hingga tiga generasi untuk memetakan riwayat gangguan jiwa, pola komunikasi, gaya asuh, dan struktur pengambilan keputusan keluarga. Data ini berguna mengidentifikasi faktor risiko psikososial yang dapat memengaruhi kondisi klien.

2) Konsep Diri

Konsep diri meliputi aspek berikut:

a) Citra Tubuh

Tanyakan bagaimana klien memandang tubuhnya dan bagian yang dirasa nyaman atau tidak nyaman.

b) Identitas Diri

Gali kepuasan klien terhadap jenis kelamin, peran dalam keluarga, dan status sosialnya.

c) Peran Diri

Identifikasi kesulitan klien menjalankan tugas sosial atau perannya dalam keluarga/masyarakat.

d) Ideal Diri

Tanyakan harapan klien terhadap proses penyembuhan dan perannya pasca perawatan.

e) Harga Diri

Nilai rasa percaya diri klien dalam berinteraksi, perasaan diasingkan oleh lingkungan sering menurunkan harga diri.

3) Hubungan Sosial

Mintalah klien menyebutkan anggota keluarga atau teman terdekat serta kelompok sosial yang diikutinya. Perhatikan pola interaksi misalnya kedekatan dengan orang tua atau isolasi dari tetangga untuk menilai dukungan sosial dan potensi stres interpersonal.

4) Spiritual

a) Nilai Keyakinan

Ajukan pertanyaan kepada klien mengenai pandangan dan keyakinannya terhadap gangguan jiwa yang sesuai dengan norma budaya dan agama yang dianutnya.

b) Kegiatan Ibadah

Tanyakan kepada klien mengenai kegiatan ibadah yang dilakukan di rumah, baik secara individu maupun secara bersama-sama dengan kelompok.

h. Status Mental

Menurut Fendro *et.,al* (2021) dalam pengkajian status mental ada beberapa aspek yang perlu diperhatikan, sebagai berikut:

1) Penampilan

Melakukan pengamatan terhadap penampilan klien dari ujung rambut hingga ujung kaki, termasuk aspek seperti rambut yang berantakan, kancing baju yang tidak terpasang dengan benar, pakaian yang terbalik, dan pilihan pakaian yang tidak sesuai.

2) Pembicaraan

Mengamati pola bicara klien, apakah itu cepat, keras, gagap, membisu, apatis, lambat, atau berpindah-pindah dari satu topik ke topik lain.

3) Aktivitas Motorik

Amati tanda agitasi (*pacing*, *gelisah*), katatonia (*immobilitas*), tremor, atau gerakan mulut meniru bicara, sebagai indikasi kecemasan ekstrem atau disfungsi neuromotor

4) Alam Perasaan

Gali kondisi emosional mendasar seperti depresi, kecemasan, atau *euphoria* termasuk lamanya dan intensitasnya untuk mengidentifikasi gangguan afektif

5) Afek

Lihat kesesuaian ekspresi wajah dengan suasana hati; afek yang datar (*flat*), tidak sesuai (*incongruent*), atau labil menunjukkan disfungsi regulasi emosional.

6) Interaksi Selama Wawancara

Nilai kemampuan kontak mata, sikap kooperatif, dan inisiatif berbicara. Penarikan diri, defensif, atau agresif mengganggu proses pengkajian dan perlu strategi pendekatan khusus dalam melakukan pengkajian.

7) Presepsi

Identifikasi halusinasi (*auditori, visual, taktil, gustatori*) atau ilusi, termasuk frekuensi, durasi, dan dampaknya pada fungsi sehari-hari

8) Proses Pikir

Mengamati proses berpikir klien selama wawancara, apakah itu terhenti atau terputus.

9) Isi Pikir

Amati adanya delusi (paranoid, referensial), obsesi, atau pikiran bunuh diri. Konten pikiran yang menyimpang menandakan gangguan realitas serius

10) Tingkat Kesadaran

Mengamati tingkat kesadaran klien, terutama bagi klien yang mengalami gangguan persepsi sensorik seperti halusinasi pendengaran. Klien mungkin mengalami keadaan stupor atau kebingungan, serta gangguan gerakan yang tidak teratur.

11) Memori

Periksa memori jangka pendek (mis. mengulang tiga kata) dan jangka panjang (riwayat pribadi) untuk mendeteksi amnesia atau konfabulasi.

12) Tingkat Konsentrasi dan Berhitung

Tes sederhana seperti menghitung mundur dari 20 atau *serial sevens* untuk menilai atensi dan fungsi eksekutif

13) Kemampuan Penilaian

Mengamati kemampuan klien dalam membuat keputusan. Pada umumnya, klien dengan gangguan persepsi sensorik seperti halusinasi pendengaran memiliki kemampuan penilaian yang baik dalam situasi tertentu.

14) Daya Titik Diri

Mengamati pemahaman klien tentang penyakit yang dideritanya, terutama bagi klien dengan gangguan persepsi sensorik seperti halusinasi pendengaran.

i. Kebutuhan Persiapan Pulang

1) Makan

Ajukan pertanyaan dan perhatikan tentang jumlah, frekuensi, variasi, dan jenis makanan yang dikonsumsi klien, serta kemampuan klien dalam menyiapkan dan membersihkan peralatan makan.

2) BAB/BAK

Amati kemampuan klien untuk buang air besar dan buang air kecil, seperti pergi ke toilet dan membersihkan diri.

3) Mandi

Tanyakan dan amati seberapa sering klien mandi, metode mandi, menyikat gigi, mencuci rambut, gunting kuku, dan bercukur, serta perhatikan tingkat kebersihan tubuh dan bau badan klien.

4) Berpakaian

Amati kemampuan klien dalam mengenakan pakaian dan alas kaki, serta perhatikan penampilan dan gaya berpakaian klien.

5) Istirahat dan Tidur

Tanyakan dan perhatikan durasi tidur siang/malam klien, aktivitas sebelum tidur, dan aktivitas setelah bangun tidur.

6) Penggunaan Obat

Tanyakan dan amati penggunaan obat oleh klien dan keluarga, serta reaksi yang ditimbulkannya.

7) Pemeliharaan Kesehatan

Tanyakan kepada klien dan keluarga mengenai jenis, cara, waktu, dan tempat perawatan lanjutan, serta sistem pendukung yang dimiliki (keluarga, teman, dan lembaga pelayanan kesehatan) dan cara penggunaannya.

8) Kegiatan Dalam Rumah

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

9) Kegiatan di Luar Rumah

Tanyakan kemampuan klien dalam berbelanja untuk keperluan sehari-hari, serta aktivitas lain di luar rumah (pembayaran tagihan listrik/telepon/air, kunjungan ke kantor pos, dan ke bank).

j. Status Mental

Informasi diperoleh melalui sesi wawancara dengan klien atau anggota keluarganya meliputi penampilan klien, aktivitas motorik, alam perasaan, afek, interaksi selama wawancara, persepsi: halusinasi, isi pikir, arus pikir, tingkat kesadaran, memori, tingkat konsentrasi dan berhitung, kemampuan penilaian, dan daya tilik diri

k. Pengetahuan

Umumnya, klien memiliki pemahaman yang memadai tentang kondisinya, memungkinkan dia untuk menerima keadaan penyakitnya dan merespons perawatan yang diberikan.

1. Aspek Medis

Pengobatan yang diterima oleh pasien dapat meliputi pengobatan obat, terapi psikomotor, terapi okupasional, layanan TAK, dan program rehabilitasi.

2.4.2 Analisa Data

Analisa data adalah kemampuan untuk mengaitkan informasi dan menghubungkannya dengan prinsip-prinsip teori yang relevan, sehingga memungkinkan pembuatan kesimpulan yang memandu dalam identifikasi masalah yang ada.

Tabel 2. 2 Analisa Data

Data	Masalah
DS: - Verbalisasi mendengar suara bisikan DO: - Distorsi sensori - Respons tidak sesuai - Bersikap seolah mendengar sesuatu - Kurang kontak mata. - Tampak melamun. - Tampak menyendiri.	Gangguan Persepsi Sensori
DS - Verbalisasi keinginan marah DO - Kontak mata kurang. - Sorot mata tajam	Risiko Perilaku Kekerasan

- Tampak mata memerah - Tampak Gelisah.	
--	--

(Sumber; PPNI SDKI 2017)

2.4.3 Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merujuk pada penilaian klinis mengenai tanggapan aktual atau potensial individu, keluarga, atau masyarakat terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan. Rumusan diagnosis terdiri dari permasalahan yang terkait dengan etiologi, dengan hubungan sebab-akibat yang didasarkan pada ilmu pengetahuan. Rumusan diagnosis keperawatan jiwa mengacu pada kerangka pemikiran yang telah ditetapkan, seperti pohon masalah. Diagnosa keperawatan yang muncul antara lain (PPNI, 2017).

- a. Gangguan Persepsi Sensori b.d gangguan pendengaran d.d Halusinasi
[SDKI D.0085]
- b. Risiko Perilaku Kekerasan d.d Riwayat atau ancaman kekerasan terhadap diri sendiri atau orang lain atau destruksi properti orang lain
[SDKI D.0146].

2.4.4 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah tindakan perawatan yang diberikan oleh perawat berdasarkan evaluasi klinis dan kemampuan perawat untuk meningkatkan outcome klien. Outcome yang dimaksud adalah tujuan yang berpusat pada klien dengan hasil yang diperkirakan dapat dicapai oleh klien. Tahap intervensi inilah yang nantinya digunakan sebagai panduan perawat dalam melakukan tindakan keperawatan (Ifadah Erlin, 2024).

Tabel 2. 3 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi
1.	Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran	1) Klien dapat mengontrol halusinasi dengan cara menghardik 2) Klien dapat mengontrol halusinasi dengan cara bercakap – cakap 3) Klien dapat mengontrol halusinasi dengan memasukan jadwal	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan halusinasi berkurang dengan kriteria hasil: 1) Klien mampu melakukan cara menghardik halusinasi 2) Klien mampu mengontrol halusinasi dengan cara bercakap – cakap 3) Klien mampu memasukan kegiatan	SP I 1) Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik 2) Identifikasi jenis, isi, waktu, frekuensi dan situasi halusinasi klien 3) Anjurkan kepada klien cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik 4) Anjurkan klien memasukan cara menghardik ke dalam jadwal kegiatan harian SP II

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi
		kegiatan harian sehari – hari 4) Klien dapat mengontrol halusinasinya dengan meminum obat secara teratur	harian yang sudah dilakukan 4) Klien mampu melaksanakan Memakan obat secara teratur	1) Evaluasi jadwal kegiatan harian klien 2) Latih klien mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap – cakap dengan orang lain 3) Anjurkan klien memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian SP III 1) Evaluasi jadwal kegiatan harian klien 2) Latih klien mengendalikan halusinasi dengan cara melakukan kegiatan 3) Anjurkan klien memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian SP IV 1) Evaluasi jadwal kegiatan harian klien 2) Berikan penkes tentang cara penggunaan obat secara teratur

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi
				3) Anjurkan klien memasukan kedalam jadwal kegiatan harian klien
2.	Risiko Perilaku Kekerasan (diri sendiri, orang lain, lingkungan dan verbal)	1) Klien mampu mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik I: Tarik nafas dalam 2) Klien mampu mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik II: pukul bantal dan kasur 3) Klien mampu mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal/sosial 4) Klien mampu mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual 5) Klien mampu mengontrol perilaku kekerasan dengan minum obat	1) Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan perilaku kekerasan menurun dengan kriteria hasil: 2) Klien mampu mempraktika latihan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara tarik nafas dalam 3) Klien mampu mempraktikan latihan cara II dengan pukul bantal dan Kasur 4) Klien dapat mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal/sosial 5) Klien dapat mengontrol perilaku kekerasan denganspiritual dengan mendekatkan diri kepada Allah Swt	SP I 1) Indentifikasi penyebab perilaku kekerasan 2) Identifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan 3) Identfikasi perilaku kekerasan yang dilakukan 4) Identifikasi akibat dari perilaku kekerasan 5) Bantu klien mempraktikan latihan cara mengontrol perilaku kekerasan secara fisik (latihan nafas dalam) 6) Anjurkan klien memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian klien SP II 1) Evaluasi jadwal kegiatan harian klien 2) Latih klien cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik II: pukul kasur dan bantal

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi
			6) Klien mengetahui manfaat minum obat secara teratur	3) Anjurkan klien memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian SP III 1) Evaluasi jadwal kegiatan harian klien 2) Latih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal/sosial 3) Anjurkan klien memasukan kedalam kegiatan harian SP IV 1) Evaluasi jadwal kegiatan harian klien 2) Latih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual 3) Anjurkan klien ke dalam jadwal kegiatan harian klien SP V 1) Evaluasi jadwal kegiatan harian klien 2) Latih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan meminum obat secara

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi
				3) Anjurkan klien memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian

(Sumber: PPNI SLKI & SIKI 2018)

2.4.5 Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan tindakan keperawatan merupakan tahapan operasional dari rencana asuhan keperawatan yang telah disusun secara sistematis berdasarkan hasil pengkajian dan penetapan diagnosis keperawatan. Intervensi yang dilakukan mengacu pada *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia* (SIKI) yang dikeluarkan oleh Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI, 2018), dengan mempertimbangkan relevansi intervensi terhadap permasalahan keperawatan yang diidentifikasi.

Sebelum pelaksanaan tindakan, perawat akan melakukan kontrak terapeutik dengan pasien yang mencakup pemberian informasi mengenai prosedur keperawatan yang akan dilakukan, tujuan tindakan, serta peran yang diharapkan dari pasien selama proses implementasi berlangsung. Validasi terhadap rencana tindakan dilakukan untuk memastikan bahwa implementasi yang akan dilaksanakan tetap sesuai dengan kebutuhan dan kondisi aktual pasien. Selain itu, perawat juga melakukan evaluasi terhadap kompetensi personal, baik dari aspek keterampilan interpersonal, intelektual, maupun teknis, serta memastikan keamanan tindakan bagi pasien. Apabila seluruh aspek tersebut telah dipastikan tidak menjadi hambatan, maka tindakan keperawatan dapat dilaksanakan secara sistematis dan sesuai dengan standar prosedur operasional.

Setiap tindakan keperawatan dan respons pasien terhadap implementasi didokumentasikan secara lengkap, akurat, dan berkesinambungan sebagai bagian dari tanggung jawab profesional dan legal praktik keperawatan.

2.4.6 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahapan akhir dalam proses asuhan keperawatan yang bertujuan untuk menilai keberhasilan pencapaian tujuan yang telah dirumuskan sebelumnya. Evaluasi dilakukan dengan membandingkan respons pasien terhadap intervensi yang telah diberikan, guna mengetahui sejauh mana keberhasilan tindakan keperawatan dalam mengatasi masalah yang ada. Pada pasien dengan gangguan persepsi sensori (halusinasi pendengaran) evaluasi menunjukkan bahwa secara umum pasien tidak menunjukkan perilaku kekerasan selama menjalani perawatan. Selain itu, pasien mampu membangun hubungan saling percaya dengan perawat, mengenali kemunculan halusinasi, serta menunjukkan kemampuan dalam mengendalikan halusinasi pendengaran dalam rentang waktu enam hari perawatan.

Data subjektif memperlihatkan bahwa pasien menyatakan telah mengenali gejala halusinasi dan mampu menerapkan beberapa teknik pengendalian halusinasi seperti dengan cara menghardik, mengalihkan perhatian dan berbicara dengan orang lain dan menjadwalkan aktivitas sehari-hari. Sementara itu, data objektif menunjukkan bahwa meskipun pasien masih terlihat berbicara sendiri pada beberapa waktu, ia telah mampu berinteraksi dengan lingkungan sosial, menjalani aktivitas harian yang telah dijadwalkan, serta mematuhi jadwal minum obat secara konsisten (Pardede, 2020).

Evaluasi ini dapat dianalisis menggunakan pendekatan SOAP, yaitu kerangka berpikir sistematis dalam pencatatan evaluasi keperawatan (Sianturi, 2022), yang terdiri dari:

1. S (*Subjective*): Tanggapan subjektif pasien terhadap intervensi keperawatan yang diberikan, termasuk persepsi dan perasaan pasien atas hasil tindakan.
2. O (*Objective*): Data objektif yang diperoleh dari hasil observasi atau pemeriksaan yang menggambarkan respons nyata pasien terhadap intervensi.
3. A (*Assessment*): Analisis terhadap data subjektif dan objektif untuk menentukan keberhasilan intervensi, mengidentifikasi masalah baru, atau mengevaluasi adanya perkembangan atau kemunduran kondisi pasien.
4. P (*Planing*): Perencanaan tindak lanjut yang disusun berdasarkan hasil evaluasi, baik melanjutkan rencana sebelumnya, merevisi intervensi, atau menyusun strategi baru yang lebih sesuai dengan kondisi pasien terkini.

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1 Tinjauan Kasus

3.1.1 Pengkajian

a. Identitas

1) Identitas Klien

Nama	: Tn. H
Umur	: 44 Tahun
Jenis kelamin	: Laki-Laki
Pendidikan	: SLTA
Agama	: Islam
Status pernikahan	: Tidak Menikah
Alamat	: Kp Awi Carang Kec. Karangpawitan Kab. Garut
Tanggal Pengkajian	: 16 Juni 2026

2) Identitas Penanggung Jawab

Nama	: Tn. A
Umur	: 47 Tahun
Jenis Kelamin	: Laki - Laki
Agama	: Islam
Hubungan dg klien	: Saudara Kandung Klien

b. Alasan Masuk

Klien mengatakan melakukan rawat jalan ke Puskesmas

Karangpwitan karena sering mendengar suara suara yang menyuruhnya untuk melukai orang lain dan dirinya sendiri. Suara tersebut berisikan “Siksa si itu, sok siksa diri maneh”. Kemudian keluarganya menambahkan kalau klien sering tiba tiba mengamuk dan memukul dirinya sendiri.

c. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada saat dikaji tanggal 16 Juni 2026 di Rumah saudara klien. Klien mengatakan ada suara yang selalu menyuruh klien untuk melukasi dirinya sendiri dan orang lain ketika klien sendirian. Bisikannya berisi,”Siksa si itu, sok siksa diri maneh” sehingga mengganggu klien. Bisikan itu kadang muncul ketika malam hari pada saat sebelum tidur jam 21.30 WIB dan ketika klien sendiri namun kebanyakan tidak tentu waktunya. 3 hari sebelumnya klien mengamuk pada malam hari dan mengatakan bahwa suasana hatinya sedang kurang baik karena merasa terganggu dengan bisikannya dan mengikuti bisikan tersebut.

d. Faktor Predisposisi

1) Riwayat Gangguan Jiwa Dahulu

Klien mengatakan sudah pernah mengalami gangguan jiwa pada saat kelas 3 SLTA dan berobat jalan.

2) Riwayat Pengobatan Sebelumnya

Pengobatan klien sebelumnya menjalani pengobatan 2010 dan sempat sembuh, namun beberapa tahun setelahnya klien kambuh lagi karena jarang minum obat dengan alasan obat memberikan efek buruk

bagi ginjal kemudian klien menjalani program rawat jalan di PKM Karangpawitan.

3) Riwayat Anggota Keluarga Yang Mengalami Gangguan Jiwa

Klien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa seperti yang dialami klien saat ini.

4) Pengalaman Masa Lalu Yang Tidak Menyenangkan

Pada saat dikaji klien mengatakan di masa lalunya klien adalah seorang yang sering menjadi korban bullying waktu SMP.

5) Riwayat Aniaya Fisik, Seksual, dalam Keluarga dan Tindakan Kriminal

Klien mengatakan waktu SMA dirinya sering ikut tawuran hingga sering terkena benturan di bagian kepala dan mabuk serta konsumsi obat terlarang.

e. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum : Baik

2) Tanda-Tanda Vital

Tekanan darah : 130/90 mmHg

Nadi : 90 x/menit,

Suhu : 36,5 °C

Frekuensi Pernafasan :21 x/menit

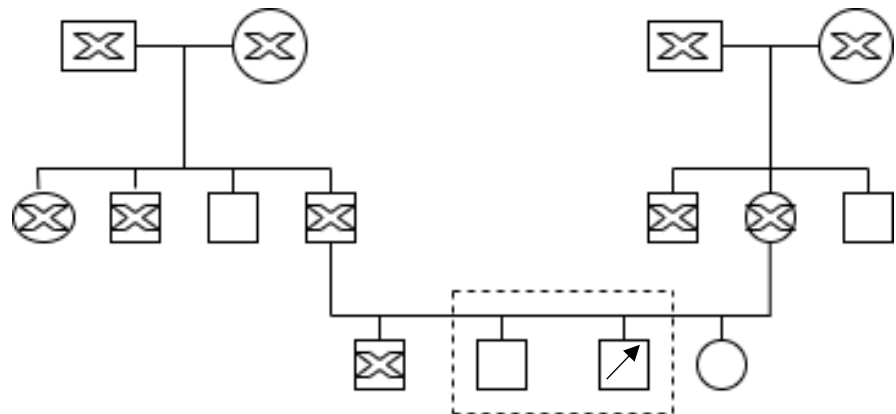
3) Antropometri

Tinggi Badan : 165 cm

Berat Badan : 57 kg

f. Psikososial

1) Genogram

Bagan 3. 1 Genogram

Keterangan:

□	Laki-Laki
○	Perempuan
⊠	Laki-Laki Meninggal
⊙	Perempuan Meninggal
├	Garis Keturunan
—	Garis Pernikahan
----	Tinggal Serumah
↗	Klien

Klien merupakan seorang laki – laki berusia 44 Tahun belum menikah dan memiliki 3 saudara, saat ini klien tinggal bersama kakanya yang ke 2.

2) Konsep Diri

a) Gambaran Diri

Klien mengatakan menyukai semua bagian tubuhnya dan bersyukur memiliki anggota tubuh yang lengkap namun klien paling suka dengan hati karena bisa merasakan dan berdoa.

b) Identitas Diri

Klien mengatakan status dirinya adalah seorang laki laki yang sudah tua dan hanya menghabiskan waktu untuk buruh serabutan.

c) Peran Diri

Klien mengatakan tugasnya di keluarga adalah sebagai seorang pencari nafkah membantu kakaknya untuk mencari uang guna memenuhi kebutuhan sehari hari.

d) Ideal Diri

Klien mengatakan harapannya ingin cepat sembuh dari gangguan dan bisa bekerja normal.

e) Harga diri

Klien mengatakan tidak malu dengan keadaan sekarang yang dialaminya, klien mengatakan dirinya akan pulih dan sehat kembali seperti dahulu.

3) Hubungan Sosial

a) Orang Terdekat

Klien mengatakan orang yang berarti dalam hidupnya adalah kakanya yang ke 2.

b) Peran Serta dalam Kegiatan Kelompok

Klien selalu ikut dan aktif berinteraksi dengan masyarakat meskipun sangat dibatasi oleh keluarganya.

4) Spiritual

a) Nilai dan Keyakinan

Klien mengatakan bahwa klien beragama islam dan memiliki keyakinan banyak beribadah dan berdo'a akan mempercepat proses penyembuhannya.

b) Kegiatan Ibadah

Klien mengatakan jika ingat selalu melaksanakan sholat 5 waktu setiap harinya. Klien juga mengatakan selalu berdo'a kepada Allah Swt untuk segera di sembuhkan dari penyakitnya.

g. Status Mental

1) Penampilan

Klien berpenampilan rapih , penggunaan baju sesuai dengan, tetapi klien mengatakan malas mandi dan menggosok gigi jika tidak disuruh, kebersihan mulut baik serta kuku tampak panjang dan bersih.

2) Pembicaraan

Klien berbicara dengan normal tidak berbelit - belit, namun ketika memulai komunikasi harus di mulai duluan dari orang lain. Nada pembicaraan tenang.

3) Aktivitas Motorik

Klien tampak tenang pada saat pertama kali di mulai pengkajian dan kedua tangan klien selalu tremor.

4) Alam Perasaan

Klien mengatakan merasa kesal dan gelisah.

5) Afek

Pada saat di kaji tampak ekspresi tumpul, kontak mata klien ada, saat dilakukan wawancara klien tampak kooperatif menjawab saat di beri pertanyaan.

6) Interaksi Selama Wawancara

Klien sangat kooperatif setiap ditanya selalu menjawab, kontak mata klien ada, sorot mata sedikit tajam, mata memerah.

7) Persepsi

Klien mengatakan ada suara yang selalu menyuruhnya untuk melukai dirinya dan orang lain. Bisikan itu muncul berisi,” Siksa si itu, sok siksa diri maneh” sehingga mengganggu klien. Bisikan itu kadang muncul ketika malam hari pada saat sebelum tidur jam 21.30 WIB dan ketika klien sendiri namun kebanyakan tidak tentu waktunya.

Masalah keperawatan: Gangguan persepsi Sensori: Halusinasi pendengaran

8) Proses Pikir

Klien pada saat pengkajian mengungkapkan seluruh isi hatinya, terbuka atas masalah hidupnya, pembicaraan klien tidak berbelit – belit ketika di beri pertanyaan klien langsung menjawab dengan baik dan langsung ke intinya.

9) Isi Pikir

Tidak ada gangguan isi pikir.

10) Tingkat Kesadaran

Tingkat Kesadaran klien Baik, klien menyadari dirinya sedang berada di rumah kakaknya. Klien juga menyadari bahwa klien sedang mengalami gangguan jiwa dengan selalu mendengar bisikan – bisikan dan sulit mengontrol emosinya.

11) Memori

Jangka pendek : Klien dapat mengingat dengan baik dan mengingat obrolan 5 menit yang lalu

Jangka Panjang : Klien dapat mengingat nama SMP dan SMA waktu klien sekolah.

12) Tingkat Konsentrasi dan Berhitung

Klien dapat berhitung dan berkonsentrasi dengan baik setelah diberikan pertanyaan.

13) Kemampuan Penilaian

Klien dapat memberikan keputusan saat diberi pertanyaan''Bapak upami dipiwarang milih, Bapak bade milih makan hela atanapi minum hela?''Kemudian klien dapat memutuskan sendiri''abi mah Jang minum hela nembe makan''.

14) Daya Tilik Diri

Klien mampu menyadari bahwa saat ini klien sedang dalam keadaan sakit dan harus menjalani pengobatan di Puskesmas

Karangpawitan.

h. Mekanisme Koping

Adaptif :Klien bisa berbicara dengan orang di sekitar klien ketika klien sedang dalam keadaan tenang.

Maladaptif :Ketika ada masalah klien suka menyendiri, Minum alkohol dan mencederai diri

i. Masalah Psikososial dan Lingkungan

1) Masalah dengan Dukungan Kelompok

Pada saat pengkajian klien mengatakan bahwa dirinya suka bergaul dengan orang di sekitarnya.

2) Masalah Berhubungan dengan Lingkungan

Klien mengatakan suka berinteraksi dengan orang disekitarnya akan tetapi lingkungan di sekitar rumah cenderung menghindari untuk kontak langsung dengan klien.

3) Masalah dengan Pendidikan

Klien mengatakan pendidikan klien hanya sampai SLTA. Klien mengatakan waktu SMP dirinya sempat menjadi korban bullying dan ketika SMA dirinya justru masuk geng motor dan sering terlibat tawuran.

4) Masalah dengan Pekerjaan

Klien mengatakan tidak ada masalah dengan pekerjaannya namun klien mudah tersinggung sehingga kadang terjadi kesalahpahaman dengan rekan kerjanya di lapangan.

5) Masalah dengan Perumahan

Klien mengatakan tinggal bersama kakaknya yang kedua dan selalu di dukung oleh keluarganya.

6) Masalah dengan Ekonomi

Klien mengatakan tidak ada masalah dengan ekonomi.

7) Masalah dengan Pelayanan Kesehatan

Klien mengatakan tidak ada masalah dengan pelayanan kesehatan, jika ada keluarganya yang sakit maka akan di bawa atau di periksa ke puskesmas terdekat dari rumah klien

8) Pengetahuan Kurang Tentang

Pada saat dikaji klien mengatakan tahu tentang penyakit yang dialaminya ini, dan klien juga mengetahui merek dagang serta warna obat yang di makannya setiap hari.

j. Aspek Penunjang

Diagnosa medis: Skizofrenia

Terapi medis:

Tabel 3. 1 Terapi Medis

No	Nama dan Sediaan obat	Dosis	waktu	Cara pemberian	kegunaan	Efek samping
1.	Haloperidol	5 mg	1-1-1	Oral	Memperbaiki suasana hati, mengatasi halusinasi, gelisah, agresi	Pusing, Kantuk, sulit buang air kecil, gangguan tidur

2.	Stelosi	5 mg	1-1-1	Oral	Mengatasi halusinasi, stress	Pusing, mulut kering dan sembelit
3	Merlofam	2 mg	0-0-1	Oral	Menghasilkan efek tenang dan mengantuk	Pusing, tremor, nyeri kepala, kelelahan

k. Daftar Masalah Keperawatan

- 1) Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran
- 2) Risiko Perilaku Kekerasan

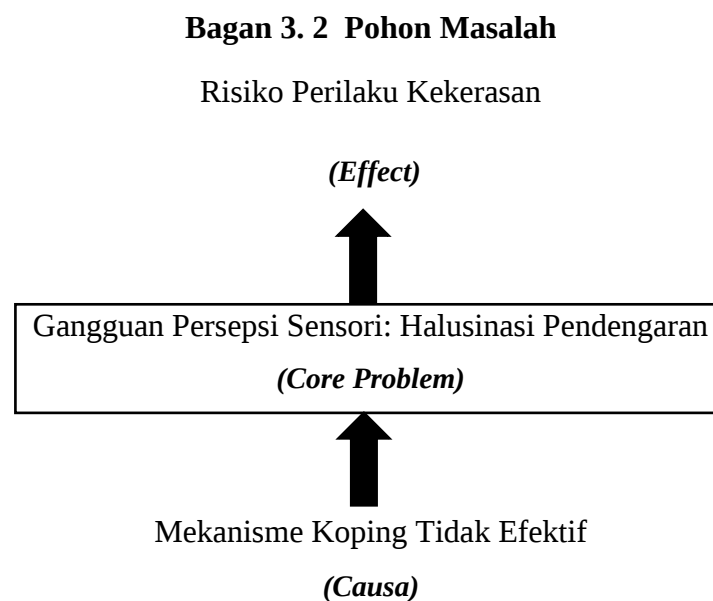
3.1.2 Analisa Data

Tabel 3. 2 Analisa Data

No	Data	Masalah
1.	DS: 1. Klien mengatakan ada suara yang selalu menyuruhnya untuk melukai diri sendiri dan orang lain 2. Bisikan itu muncul berisi,”Siksa si itu, sok siksa diri maneh” sehingga mengganggu klien. 3. Bisikan itu kadang muncul ketika malam hari pada saat sebelum tidur dan ketika klien sendiri namun kebanyakan tidak tentu waktunya. 4. Klien mengatakan pada saat bisikan itu muncul terkadang tubuh klien tidak bisa terkontrol sehingga klien terganggu dan ada kalanya di biarkan saja. DO: 1. Tampak melamun 2. Tampak menyendiri.	Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran

	3. Skor AHRS 12 (ringan)	
2.	DS: 1. Klien mengatakan ada suara yang selalu menyuruhnya untuk melukai diri sendiri dan orang lain 2. Klien merasa terganggu dengan bisikan itu dan membuat klien marah 3. 3 hari sebelumnya klien mengamuk pada malam hari dan mengatakan bahwa suasana hatinya sedang kurang baik karena merasa terganggu dan mengikuti perintah bisikan tersebut. 4. Klien mengatakan pada saat bisikan itu muncul terkadang tubuh klien tidak bisa terkontrol sehingga klien mengamuk dan ada kalanya di biarkan saja. DO: 1. Tampak Gelisah. 2. Mata memerah 3. Sorot mata tampak tajam	Risiko Perilaku Kekerasan

3.1.3 Pohon Masalah



3.1.4 Diagnosa Keperawatan

A. Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran ditandai dengan:

DS:

1. Klien mengatakan ada suara yang selalu menyuruhnya untuk melukai diri sendiri dan orang lain
2. Bisikan itu muncul berisi, "Siksa si itu, sok siksa diri maneh" sehingga mengganggu klien.
3. Bisikan itu kadang muncul ketika malam hari pada saat sebelum tidur dan ketika klien sendiri namun kebanyakan tidak tentu waktunya.
4. Klien mengatakan pada saat bisikan itu muncul terkadang tubuh klien tidak bisa terkontrol sehingga klien terganggu dan ada kalanya di biarkan saja.

DO:

1. Tampak melamun
2. Tampak menyendiri.

B. Risiko Perilaku Kekerasan (diri sendiri, orang lain, lingkungan dan verbal) ditandai dengan:

DS:

1. Klien mengatakan ada suara yang selalu menyuruhnya untuk melukai diri sendiri dan orang lain
2. Klien merasa terganggu dengan bisikan itu dan membuat klien marah

3. 3 hari sebelumnya klien mengamuk pada malam hari dan mengatakan bahwa suasana hatinya sedang kurang baik karena merasa terganggu dan mengikuti perintah bisikan tersebut.
4. Klien mengatakan pada saat bisikan itu muncul terkadang tubuh klien tidak bisa terkontrol sehingga klien mengamuk dan ada kalanya di biarkan saja.

DO:

1. Tampak Gelisah.
2. Mata memerah dan Sorot mata tampak tajam.

3.1.5 Intervensi Keperawatan

Tabel 3. 3 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi
1.	Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran	1) Klien dapat mengontrol halusinasi dengan cara mengahardik 2) Klien dapat mengontrol halusinasi dengan cara bercakap – cakap 3) Klien dapat mengontrol halusinasi dengan memasukan jadwal kegiatan harian sehari – hari 4) Klien dapat mengontrol halusinasinya dengan meminum obat secara teratur.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan halusinasi berkurang dengan kriteria hasil: 1) Klien mampu melakukan cara menghardik halusinasi 2) Klien mampu mengontrol halusinasi dengan cara bercakap – cakap 3) Klien mampu memasukan kegiatan harian yang sudah dilakukan 4) Klien mampu melaksanakan Memakan obat secara teratur	SP I 1) Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik 2) Identifikasi jenis, isi, waktu, frekuensi dan situasi halusinasi klien 3) Anjurkan kepada klien cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik 4) Anjurkan klien memasukan cara menghardik ke dalam jadwal kegiatan harian 5) Berikan terapi musik klasik selama 15 Menit. SP II 1) Evaluasi jadwal kegiatan harian klien 2) Latih klien mengendalikan halusinasi dengan cara

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi
				bercakap – cakap dengan orang lain 3) Anjurkan klien memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian 4) Berikan terapi musik klasik selama 15 Menit. SP III 1) Evaluasi jadwal kegiatan harian klien 2) Latih klien mengendalikan halusinasi dengan cara melakukan kegiatan 3) Anjurkan klien memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian 4) Berikan terapi musik klasik selama 15 Menit. SP IV 1) Evaluasi jadwal kegiatan harian klien 2) Berikan penkes tentang cara penggunaan obat secara teratur

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi
				3) Anjurkan klien memasukan kedalam jadwal kegiatan harian klien 4) Berikan terapi musik klasik selama 15 Menit.
2.	Risiko Perilaku Kekerasan (diri sendiri, orang lain, lingkungan dan verbal)	1) Klien mampu mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik I: Tarik nafas dalam 2) Klien mampu mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik II: pukul bantal dan kasur 3) Klien mampu mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal/sosial 4) Klien mampu mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan perilaku kekerasan menurun dengan kriteria hasil: 1) Klien mampu mempraktika latihan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara tarik nafas dalam 2) Klien mampu mempraktikan latihan cara II dengan pukul bantal dan kasur 3) Klien dapat mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal/sosial 4) Klien dapat mengontrol perilaku kekerasan denganspiritual dengan	SP I 1) Indentifikasi penyebab perilaku kekerasan 2) Identifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan 3) Identfikasi perilaku kekerasan yang dilakukan 4) Identifikasi akibat dari perilaku kekerasan 5) Bantu klien mempraktikan latihan cara mengontrol perilaku kekerasan secara fisik (latihan nafas dalam) 6) Anjurkan klien memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian klien SP II 1) Evaluasi jadwal kegiatan harian klien

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi
		5) Klien mampu mengontrol perilaku kekerasan dengan minum obat	mendekati diri kepada Allah Swt 5) Klien mengetahui manfaat minum obat secara teratur	2) Latih klien cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik II: pukul kasur dan bantal 3) Anjurkan klien memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian SP III 1) Evaluasi jadwal kegiatan harian klien 2) Latih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal/sosial 3) Anjurkan klien memasukan kedalam kegiatan harian SP IV 1) Evaluasi jadwal kegiatan harian klien 2) Latih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual 3) Anjurkan klien ke dalam jadwal kegiatan harian klien SP V

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi
				1) Evaluasi jadwal kegiatan harian klien 2) Latih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan meminumobat secara 3) Anjurkan klien memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian

3.1.6 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Tabel 3. 4 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

No	Diagnosis Kep	Hari/Tanggal Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1.	Gangguan persepsi sensori: Halusinasi Pendengaran	17 Juni 2026 Jam 11.00 WIB s.d 11.40 WIB	- Membina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip terapeutik R: Klien tampak kooperatif - Mengidentifikasi jenis, isi, frekuensi dan situasi halusinasi yang dialami R: Klien mengatakan ada suara yang selalu menyuruhnya untuk melukai diri sendiri dan orang lain. Bisikan itu muncul berisi, "Siksa si itu, sok siksa diri maneh" sehingga mengganggu klien. Bisikan itu kadang muncul ketika malam hari pada saat sebelum tidur jam 21.30 WIB dan ketika klien sendiri namun kebanyakan tidak tentu waktunya - Mengajarkan klien cara mengontrol halusinasi dengan mengahardik R : Klien mampu menutup kedua telinga dan mengucapkan, kamu suara palsu saya tidak percaya	17 Juni 2026 Jam 11.50 WIB S: 1. Klien mengatakan ada suara yang selalu menyuruhnya untuk melukai diri sendiri dan orang lain 2. Bisikan itu muncul berisi, "Siksa si itu, sok siksa diri maneh" sehingga mengganggu klien 3. Bisikan itu kadang muncul ketika malam hari pada saat sebelum tidur jam 21.30 WIB dan ketika klien sendiri namun kebanyakan tidak tentu waktunya 4. Klien mengatakan pada saat bisikan itu muncul terkadang tubuh klien tidak bisa terkontrol sehingga klien terganggu dan ada kalanya dibiarkan saja 5. Klien mengatakan merasa sedikit lebih tenang setelah mendengarkan musik klasik	Zidan

			seraya menutup mata. Klien tampak melakukannya berulang kali. - Memberikan terapi musik klasik selama 15 Menit R : Klien mendengarkan musik klasik menggunakan earphone dengan tenang dan kooperatif. - Menganjurkan klien memasukan cara menghardik ke dalam jadwal kegiatan harian klien. R: Klien memasukan teknik menghardik ke dalam jadwal harian	O: 1. Klien mampu menyebutkan apa yang dialaminya 2. Kontak mata ada 3. Kooperatif 4. Klien dapat melakukan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik 5. Klien kooperatif mengikuti terapi musik klasik selama 15 menit 6. Skor AHRS klien 12 (Ringan) A: Gangguan persepsi sensori: Halusinasi pendengaran P: Evaluasi SP I lanjut SP II dengan cara bercakap-cakap dengan orang di sekitarnya, serta lanjutkan terapi musik klasik hari ke-2.	
2.	Risiko perilaku kekerasan	17 Juni 2026 Jam 12.00 WIB s.d 12.20 WIB	- Mengidentifikasi tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan R: Klien mengatakan ada suara yang menyuruhnya untuk melukai orang lain dan dirinya sendiri sehingga membuatnya marah dan kadang tidak terkontrol. - Melatih fisik I: Tarik nafas dalam	17 Juni 2026 Jam 12.30 WIB S: - Klien mengatakan ada suara yang menyuruhnya untuk melukai orang lain dan dirinya sendiri sehingga membuatnya marah dan kadang tidak terkontrol.	Zidan

			R: Klien mampu melakukan tarik nafas dalam dengan baik - Memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian R: Klien memasukan teknik tarik nafas dalam ke dalam jadwal harian	- Klien mengatakan mau latihan kalau marah mau melakukan tarik nafas dalam O: - Klien mampu melakukan latihan tarik nafas dalam - Kontak mata ada - Sorot mata sedikit tajam - Mata memerah A: Risiko Perilaku Kekerasan P: Evaluasi SP I lanjut SP II dengan melatih cara fisik II: pukul bantal dan kasur	
--	--	--	---	---	--

3.1.7 Catatan Perkembangan

Tabel 3. 5 Catatan Perkembangan

Hari dan tanggal	No Diagnosa	Catatan Perkembangan	Paraf
18 Juni 2026	1	S: 1. Klien mengatakan masih ingat dengan SPI dan SP II, yaitu dengan cara menghardik dan bercakap-cakap 2. Klien mengatakan kondisi perasaannya saat ini merasa lebih tenang 3. Klien mengatakan lebih tenang tidak gelisah saat bercakap-cakap dengan orang lain 4. Klien mengatakan tadi pagi mengobrol dengan orang di sekitarnya 5. Klien mengatakan mengikuti permainan tebak gaya 6. Klien mengatakan merasa nyaman setelah mendengarkan musik klasik hari ke-2	Zidan

Hari dan tanggal	No Diagnosa	Catatan Perkembangan	Paraf
		O: 1. Klien mampu menyebutkan kegiatan hariannya 2. Klien kooperatif 3. Klien dapat melakukan cara mengontrol halusinasi dengan menghardik dan bercakap-cakap 4. Kontak mata ada 5. Klien kooperatif mengikuti terapi musik klasik selama 15 menit 6. Skor AHRS 10 A: Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran P: 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien 2. Melatih klien mengontrol halusinasi dengan cara melakukan kegiatan 3. Menganjurkan klien memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian 4. Memberikan terapi musik klasik selama 15 menit (hari ke-2) I: 1. Evaluasi SP II lanjut SP III 2. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien 3. Melatih klien mengontrol halusinasi dengan cara melakukan kegiatan 5. Menganjurkan klien memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian 6. Melaksanakan terapi musik klasik hari ke-2 selama 15 menit E: 1. SP I dan SP II teratasi, klien tampak lebih tenang setelah terapi musik klasik R:	

Hari dan tanggal	No Diagnosa	Catatan Perkembangan	Paraf
		1. Lanjut SP III melatih klien mengontrol halusinasi dengan cara melakukan kegiatan, serta lanjutkan terapi musik klasik hari ke-3	
18 Juni 2026	2	S: 1. Klien mengatakan tahu cara mengontrol marah dengan memukul kasur / bantal 2. Klien mengatakan masih ingat dengan SP I dan SP II yaitu dengan tarik nafas dalam, memukul bantal/kasur. O: 1. Klien mampu melakukan SP I dan SP II yaitu tarik nafas dalam dan memukul kasur /bantal 2. Klien tampak kooperatif saat melakukannya 3. Sorot mata tajam berkurang 4. Mata tidak tampak memerah A: Risiko Perilaku Kekerasan P: 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien 2. Melatih klien mengontrol perilaku marah dengan cara verbal dan spiritual 3. Menganjurkan klien memasukan kedalam jadwal kegiatan harian I: 1. Evaluasi SP I dan SP II 2. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien 3. Melatih klien mengontrol perilaku marah dengan cara verbal dan spiritual 4. Menganjurkan klien memasukan kedalam jadwal kegiatan harian 5. Melaksanakan terapi musik dan game E:	Zidan

Hari dan tanggal	No Diagnosa	Catatan Perkembangan	Paraf
		SP I dan SP II teratasi R: 1. Lanjut SP III dan IV melatih klien mengontrol Risiko Perilaku Kekerasan dengan cara verbal dan spiritual	
19 Juni 2026	1	S: 1. Klien mengatakan kegiatannya dari pagi yaitu sholat subuh, mandi, sarapan pagi, makan obat, senam, nonton tv dan main game 2. Klien mengatakan bisikan "Siksa si itu, sok siksa diri maneh" sudah jarang muncul 3. Klien mengatakan bahwa bisikan itu bohong dan hanya halusinasi saja 4. Klien mengatakan bisa mengontrol halusinasinya 5. Klien mengatakan lebih tenang setelah mendengarkan musik klasik hari ke-3 O: 1. Klien mampu menyebutkan kegiatan hariannya 2. Klien kooperatif 3. Ada kontak mata 4. Klien kooperatif mengikuti terapi musik klasik selama 15 menit 5. Frekuensi klien tampak berbicara atau tertawa sendiri berkurang 6. Skor AHRS 10 A: 1. Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran P: 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien 2. Memberikan pendidikan tentang penggunaan obat secara teratur 3. Menganjurkan klien memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian	Zidan

Hari dan tanggal	No Diagnosa	Catatan Perkembangan	Paraf
		4. Memberikan terapi musik klasik selama 15 menit (hari ke-3) dan mengukur AHRS sebelum dan sesudah terapi I: 1. Evaluasi SP I, SP II dan SP III 2. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien 3. Memberikan pendidikan tentang penggunaan obat secara teratur 4. Menganjurkan klien memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian 5. Melaksanakan terapi musik klasik hari ke-3 selama 15 menit E: 1. SP I, SP II dan SP III teratasi, frekuensi halusinasi klien tampak menurun R: 1. Lanjut SP IV dengan menjelaskan tentang cara penggunaan obat secara teratur, serta lanjutkan terapi musik klasik hari ke-4	
19 Juni 2026	2.	S: 1. Klien mengatakan kegiatannya dari pagi yaitu solat subuh, mandi, sarapan pagi, makan obat, senam, nonton tv dan main game 2. Klien mengatakan kalau ingin marah klien selalu membaca istigfar dan sabar 3. Klien mengatakan mampu meminta sesuatu dengan baik 4. Klien mengatakan selalu menjalankan solat yang 5 waktu O: 1. Kontak mata baik 2. Klien kooperatif A: Risiko Perilaku Kekerasan	Zidan

Hari dan tanggal	No Diagnosa	Catatan Perkembangan	Paraf
		P: 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien 2. Melatih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan minum obat 3. Menganjurkan klien memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian I: 1. Evaluasi SP I, SP II, SP III dan SP IV 2. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien 3. Melatih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan minum obat 4. Menganjurkan klien memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian E: SP III dan SP IV teratasi R: 1. Lanjut SP V dengan mengontrol perilaku kekerasan dengan minum obat	
20 Juni 2026	1	S: 1. Klien mengatakan minum obat 3x sehari yaitu pagi, siang dan malam 2. Klien mengatakan tahu keuntungan dan kerugian minum obat 3. Klien mengatakan mengetahui obat-obatan yang diminumnya, yaitu Haloperidol, Stelosi, dan Merlopam 4. Klien mengatakan obat Haloperidol dan Stelosi diminum 3x sehari (pagi-siang-malam), sedangkan Merlopam diminum 1x pada malam hari saja 5. Klien mengatakan mengetahui SP I, SP II, SP III dan SP IV untuk mengontrol halusinasi 6. Klien mengatakan mengikuti terapi aktivitas kelompok stimulasi persepsi 7. Klien mengatakan bisikan sudah sangat jarang muncul dan merasa lebih tenang setelah mendengarkan musik klasik hari ke-4	Zidan

Hari dan tanggal	No Diagnosa	Catatan Perkembangan	Paraf
		O: 1. Kontak mata ada 2. Klien mampu menunjukan dan menyebutkan jenis obat 3. Klien kooperatif 4. Klien minum obat secara teratur 5. Klien kooperatif mengikuti terapi musik klasik selama 15 menit 6. Skor AHRS 8 A: 1. Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran, SP I sampai SP IV teratasi P: 1. Pertahankan intervensi dan lanjutkan terapi musik klasik hari ke-5 (hari terakhir)	
20 Juni 2026	2	S: 1. Klien mengatakan bisikan yang menyuruhnya untuk melukasi diri sendiri dan orang lain sudah jarang muncul 2. Klien mengatakan merasa tenang 3. Klien mengatakan minum obat 3x sehari yaitu pagi, siang dan malam 4. Klien mengatakan tahu keuntungan dan kerugian minum obat 5. Klien mengatakan mengetahui obat obat yang diminumnya. 6. Klien mengatakan obat Haloperidol dan stelosi diminumnya 3x (pagi-siang-malam) kalau Merlopam 1x pada sore hari saja 7. Klien mangatakan mengetahui SP I, SP II, SP III, SP IV dan SP V untuk mengontrol Risiko Perilaku Kekerasannya. O: 1. Kontak mata ada	Zidan

Hari dan tanggal	No Diagnosa	Catatan Perkembangan	Paraf
		2. Klien kooperatif 3. Klien minum obat secara teratur A: Risiko Perilaku Kekerasan P: Pertahankan Intervensi	
21 Juni 2026	1	S: 1. Klien mengatakan bisikan "Siksa si itu, sok siksa diri maneh" sudah tidak muncul lagi sejak satu hari terakhir 2. Klien mengatakan sudah terbiasa mengontrol halusinasi dengan menghardik, bercakap-cakap, melakukan kegiatan, dan minum obat secara teratur 3. Klien mengatakan senang karena sudah menyelesaikan sesi mendengarkan musik klasik selama lima hari berturut-turut dan merasa lebih rileks O: 1. Klien tampak tenang dan kooperatif 2. Kontak mata baik 3. Tidak tampak tanda-tanda berbicara atau tertawa sendiri 4. Klien kooperatif mengikuti sesi terakhir terapi musik klasik (hari ke-5) selama 15 menit 5. Skor AHRS 5 (Gejala Minimal) 6. Skor AHRS pada hari ke-5 tampak menurun secara konsisten dibandingkan hari ke-1 sebelum terapi musik diberikan A: 1. Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran, kondisi membaik dan terapi musik klasik 5 hari telah selesai dilaksanakan	Zidan

Hari dan tanggal	No Diagnosa	Catatan Perkembangan	Paraf
		P: 1. Pertahankan intervensi, anjurkan klien dan keluarga melanjutkan latihan mengontrol halusinasi secara mandiri di rumah I: 1. Mengevaluasi kemampuan klien mengontrol halusinasi secara keseluruhan (SP I-IV) 2. Melaksanakan sesi terakhir terapi musik klasik hari ke-5 selama 15 menit dan mengukur AHRS pasca-terapi 3. Memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga tentang cara mendampingi klien mengontrol halusinasi di rumah E: 1. Gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran teratasi dengan baik, terapi musik klasik 5 hari selesai dilaksanakan dengan hasil penurunan skor AHRS R: 1. Pertahankan kemampuan klien mengontrol halusinasi dan anjurkan kontrol rutin ke Puskesmas Karangpawitan	

3.2 Pembahasan

Bagian ini membahas hasil asuhan keperawatan jiwa yang telah diberikan kepada Tn. H dengan diagnosis Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran dan Risiko Perilaku Kekerasan di wilayah kerja Puskesmas Karangpawitan, dengan menganalisis kesesuaian maupun kesenjangan antara temuan di lapangan dengan teori yang telah diuraikan pada BAB II, mulai dari tahap pengkajian hingga evaluasi, termasuk analisis penerapan Evidence Based Practice (EBP) terapi musik klasik sebagai intervensi tambahan.

3.2.1 Pengkajian

Hasil pengkajian pada Tn. H menunjukkan kesesuaian yang cukup kuat dengan teori etiologi skizofrenia yang diuraikan pada BAB II. Yosep dan Sutini (2016) menjelaskan bahwa faktor predisposisi munculnya gangguan jiwa berat mencakup aspek perkembangan, sosiokultural, biokimia, dan genetik. Pada kasus Tn. H, aspek perkembangan tergambar dari riwayat menjadi korban bullying pada masa SMP, sejalan dengan pandangan Mashudi (2021) bahwa kegagalan individu menyelesaikan tugas perkembangan psikososial pada masa awal kehidupan, khususnya dalam membentuk hubungan saling percaya dengan lingkungan sosialnya, dapat memicu konflik intrapsikis berkepanjangan dan menjadi salah satu predisposisi gangguan jiwa. Namun demikian, ditemukan kesenjangan pada aspek genetik, karena klien mengatakan tidak terdapat anggota keluarga lain yang mengalami gangguan jiwa serupa, berbeda dengan teori Mashudi (2021) yang menyebutkan risiko genetik dapat mencapai 15-35% apabila salah satu atau kedua orang tua biologis menderita skizofrenia. Kondisi ini menunjukkan bahwa

munculnya skizofrenia pada Tn. H lebih didominasi oleh faktor psikososial dan lingkungan dibandingkan faktor herediter.

Faktor presipitasi turut tergambar jelas pada riwayat pengobatan Tn. H yang sempat terhenti karena kekhawatiran subjektif klien terhadap efek samping obat bagi fungsi ginjalnya, sehingga klien mengalami kekambuhan setelah sebelumnya sempat membaik. Temuan ini konsisten dengan Mashudi (2021) yang menegaskan bahwa ketidakpatuhan terhadap pengobatan dan minimnya dukungan untuk mempertahankan terapi merupakan salah satu penyebab utama tingginya angka kekambuhan pada pasien. Selain itu, riwayat tawuran dan penggunaan zat terlarang pada masa remaja turut memperkuat kerentanan biologis klien, sejalan dengan faktor biokimia yang dikemukakan Yosep dan Sutini (2016), yaitu bahwa stres berkepanjangan dan zat psikoaktif dapat memicu ketidakseimbangan neurotransmitter yang mendasari munculnya gejala psikotik seperti halusinasi.

Isi halusinasi yang dialami Tn. H, yaitu bisikan yang menyuruhnya melukai diri sendiri dan orang lain, sesuai dengan klasifikasi halusinasi pendengaran menurut Sutejo (2017) yang menjelaskan bahwa suara-suara yang didengar klien terkadang berupa perintah untuk melakukan tindakan yang dapat membahayakan diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan sekitar. Kemunculan bisikan yang didominasi pada malam hari sebelum tidur dan saat klien sendirian juga sejalan dengan dimensi sosial faktor presipitasi menurut Yosep dan Sutini (2016), yakni penolakan atau kesendirian dalam kehidupan nyata yang mendorong individu lebih rentan mengalami gangguan persepsi. Pengukuran awal menggunakan Auditory Hallucination Rating Scale (AHRs) memperoleh skor 12 yang tergolong kategori

ringan, sehingga secara objektif memperkuat data subjektif dari wawancara dan menjadi baseline penting untuk mengevaluasi keberhasilan intervensi yang akan diberikan, termasuk terapi musik klasik.

Meskipun sebagian besar data pengkajian sejalan dengan teori, masih terdapat sedikit kesenjangan, yaitu dimensi spiritual sebagai bagian dari faktor presipitasi menurut Yosep dan Sutini (2016) belum digali secara eksplisit kaitannya dengan episode kekambuhan klien, meskipun data mengenai nilai, keyakinan, dan kegiatan ibadah klien telah dikumpulkan secara terpisah pada aspek psikososial. Pengkajian akan lebih komprehensif apabila keterkaitan antara aktivitas spiritual klien dengan episode munculnya halusinasi turut digali secara langsung, mengingat dimensi ini turut berperan dalam kerangka faktor presipitasi gangguan jiwa.

3.2.2 Diagnosis

Diagnosis keperawatan yang diangkat pada kasus Tn. H, yaitu Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran sebagai masalah utama (core problem) dan Risiko Perilaku Kekerasan sebagai akibat (effect), sejalan dengan pohon masalah yang telah diuraikan pada BAB II, di mana Wulandari dkk. (2024) menjelaskan bahwa gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran yang tidak segera ditangani berpotensi mendorong pasien pada perilaku kekerasan karena suara yang didengar sering kali berisi perintah untuk bertindak agresif. Data yang ditemukan pada Tn. H, yaitu klien mengamuk setelah mengikuti perintah bisikannya, memperkuat justifikasi hubungan sebab-akibat tersebut.

Penegakan kedua diagnosis ini juga telah sesuai dengan kriteria diagnostik pada Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (Tim Pokja SDKI DPP PPNI,

2017), yang menetapkan bahwa diagnosis Gangguan Persepsi Sensori ditegakkan berdasarkan data subjektif berupa keluhan mendengar suara atau bisikan disertai data objektif berupa respons yang tidak sesuai kenyataan, sedangkan Risiko Perilaku Kekerasan ditegakkan berdasarkan adanya potensi bahaya fisik maupun emosional, baik terhadap diri sendiri maupun orang lain. Kedua kriteria ini terpenuhi pada data subjektif dan objektif yang diperoleh dari Tn. H, seperti sorot mata tajam, mata memerah, dan riwayat mengamuk pada malam hari.

Adapun penetapan Mekanisme Koping Tidak Efektif sebagai penyebab (causa) sejalan dengan data pengkajian yang menunjukkan bahwa klien cenderung menyendiri dan memilih membiarkan bisikan tersebut ketika menghadapi masalah, alih-alih menggunakan strategi koping yang adaptif. Hal ini konsisten dengan konsep rentang respons neurobiologis menurut Stuart, Keliat, dan Pasaribu (2016), di mana perilaku menarik diri dan ketidakmampuan mengelola stresor secara konstruktif tergolong sebagai respons psikososial yang berada pada rentang menuju maladaptif, sehingga apabila tidak diintervensi dapat berkembang menjadi gangguan yang lebih berat seperti yang dialami Tn. H saat ini.

3.2.3 Intervensi

Intervensi keperawatan yang disusun untuk diagnosis Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran, yaitu Strategi Pelaksanaan (SP) I hingga IV berupa latihan menghardik, bercakap-cakap, melakukan kegiatan terjadwal, dan patuh minum obat, telah sesuai dengan intervensi generalis manajemen halusinasi pada Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (PPNI, 2018). Keempat strategi ini secara berjenjang membekali klien dengan kemampuan mengontrol halusinasi

secara mandiri, mulai dari kemampuan kognitif sederhana (menghardik) hingga kemampuan yang melibatkan dukungan farmakologis dan interpersonal.

Sebagai bentuk penerapan Evidence Based Practice, intervensi ini turut dilengkapi dengan pemberian terapi musik klasik selama 15 menit yang diintegrasikan pada SP I dan SP II. Penambahan intervensi ini didasarkan pada temuan Jeyan dkk. (2022) dan Faozi dkk. (2024) yang menjelaskan bahwa musik dapat diberikan sebagai adjunctive therapy yang menyertai terapi farmakologis utama tanpa menggantikan perannya, sehingga intervensi keperawatan pada kasus ini tidak hanya bersifat generalis, namun juga berbasis bukti ilmiah terkini.

Untuk diagnosis Risiko Perilaku Kekerasan, intervensi SP I hingga V berupa latihan fisik (tarik nafas dalam dan pukul bantal/kasur), verbal/sosial, spiritual, serta kepatuhan minum obat, telah sesuai dengan penatalaksanaan risiko perilaku kekerasan menurut Wenny (2023) serta Pratama dan Senja (2022), yang menekankan pentingnya kombinasi pendekatan fisik, verbal, spiritual, dan farmakologis secara bertahap agar klien mampu menyalurkan kemarahannya secara konstruktif tanpa membahayakan diri sendiri, orang lain, atau lingkungan sekitarnya.

Secara keseluruhan, tidak ditemukan kesenjangan yang signifikan antara intervensi yang direncanakan dengan teori pada BAB II, karena seluruh strategi pelaksanaan untuk kedua diagnosis telah merujuk pada standar baku keperawatan jiwa yang berlaku secara nasional, dengan tambahan penerapan EBP terapi musik klasik sebagai bentuk pengayaan intervensi berbasis bukti ilmiah terkini.

3.2.4 Implementasi

Implementasi keperawatan dilaksanakan secara berkesinambungan selama lima hari berturut-turut, mulai tanggal 17 hingga 21 Juni 2026, dengan setiap Strategi Pelaksanaan dilatihkan secara bertahap sesuai kemampuan klien pada hari tersebut. Pelaksanaan yang bertahap ini sejalan dengan prinsip implementasi keperawatan jiwa yang menekankan pentingnya penyesuaian intervensi dengan kesiapan dan kemampuan klien, bukan sekadar mengikuti urutan SP secara kaku (PPNI, 2018).

Penerapan terapi musik klasik dilaksanakan setiap hari selama 15 menit menggunakan headset di ruangan yang tenang, dengan pengukuran AHRs sebelum dan sesudah terapi pada setiap sesi. Prosedur ini konsisten dengan parameter waktu yang direkomendasikan pada tinjauan literatur BAB II, di mana durasi 15 menit selama 5 hari berturut-turut terbukti secara konsisten memberikan efek penurunan tanda dan gejala halusinasi yang signifikan (Maharani dkk., 2022; Mutaqin dkk., 2023; Purba dkk., 2024), serta penggunaan headset yang direkomendasikan untuk memblokir kebisingan lingkungan sehingga klien dapat terfokus sepenuhnya pada irama musik (Mutaqin dkk., 2023; Sanada dkk., 2025).

Implementasi untuk diagnosis Risiko Perilaku Kekerasan turut dilaksanakan secara paralel, dimulai dari latihan fisik pada hari pertama hingga kepatuhan minum obat pada hari keempat, yang menunjukkan bahwa kedua diagnosis ditangani secara terintegrasi mengingat keduanya memiliki keterkaitan sebab-akibat sebagaimana telah diuraikan pada pohon masalah.

Respons klien selama implementasi menunjukkan penerimaan yang baik terhadap seluruh intervensi, ditandai dengan sikap kooperatif, kemampuan klien mempraktikkan setiap strategi yang diajarkan, serta keikutsertaan klien pada terapi aktivitas kelompok stimulasi persepsi di lingkungan tempat tinggalnya. Hal ini menunjukkan bahwa implementasi yang diberikan telah sesuai dengan prinsip pemberdayaan klien (client empowerment) dalam keperawatan jiwa, sebagaimana ditekankan Wenny (2023), yaitu klien difasilitasi untuk aktif berperan dalam proses pemulihannya sendiri, bukan hanya menjadi objek pasif dari tindakan keperawatan.

3.2.5 Evaluasi

Evaluasi keperawatan pada Tn. H menunjukkan hasil yang positif untuk kedua diagnosis. *Skor Auditory Hallucination Rating Scale (AHRS)* klien mengalami penurunan yang konsisten, dari skor 12 (kategori ringan) dan terus menurun hingga mencapai skor 5 (kategori gejala minimal) pada hari kelima setelah rangkaian terapi musik klasik selesai dilaksanakan. Penurunan ini secara empiris sejalan dengan temuan Purba dkk. (2024) yang mencatat penurunan skor observasi halusinasi dari 10 menjadi 2 setelah lima hari penerapan terapi musik klasik, serta Sanada dkk. (2025) yang melaporkan pergeseran kategori halusinasi dari berat menjadi ringan hingga sedang pasca-intervensi.

Pada akhir masa asuhan, diagnosis Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran dinyatakan teratasi dengan seluruh SP I sampai IV tercapai, ditandai dengan klien mampu menghardik, bercakap-cakap, melakukan kegiatan terjadwal, serta patuh minum obat secara mandiri. Demikian pula diagnosis Risiko Perilaku Kekerasan menunjukkan perbaikan progresif hingga SP V, ditandai dengan

hilangnya tanda gelisah, mata memerah, dan sorot mata tajam yang sebelumnya ditemukan pada pengkajian awal.

Perbaikan kondisi klien ini dapat dimaknai sebagai pergeseran posisi klien pada rentang respons neurobiologis, dari respons maladaptif menuju respons yang lebih adaptif, sebagaimana kerangka yang dikemukakan Stuart, Keliat, dan Pasaribu (2016). Kondisi ini juga memperkuat pandangan Geretsegger dkk. (2017) bahwa manfaat terapi musik tidak hanya terbatas pada penurunan gejala psikotik semata, tetapi turut berkontribusi terhadap perbaikan fungsi sosial dan status mental klien secara keseluruhan, sebagaimana tergambar dari peningkatan interaksi sosial Tn. H selama masa asuhan.

Rencana tindak lanjut berupa anjuran kontrol rutin ke Puskesmas Karangpawitan serta edukasi kepada keluarga untuk mendampingi klien mempertahankan kemampuan yang telah dicapai turut sejalan dengan pandangan Mashudi (2021), yang menekankan bahwa keberlanjutan dukungan keluarga dan layanan kesehatan primer merupakan kunci utama mencegah kekambuhan pada pasca-pemulangan atau pasca-episode akut.

3.2.6 Analisis *Evidence Based Practice* (EBP) Terapi Musik Klasik

Penerapan terapi musik klasik pada kasus Tn. H dilaksanakan selama 15 menit per hari dalam rentang lima hari berturut-turut menggunakan media headset di ruangan yang tenang. Parameter ini secara spesifik konsisten dengan protokol yang digunakan Purba dkk. (2024), yang juga menerapkan terapi musik klasik selama 15 menit setiap hari selama 5 hari berturut-turut pada pasien dengan gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran, serta selaras dengan durasi yang

digunakan Maharani dkk. (2022) dan Mutaqin dkk. (2023) yaitu 10-15 menit selama 5 hari.

Pada kasus Tn. H, terapi musik klasik diberikan satu kali sehari selama lima hari, menunjukkan hasil penurunan skor AHRS yang signifikan, sebanding dengan penelitian Purba dkk. (2024) yang mencatat penurunan dari skor 10 menjadi 2 (penurunan 80%), mengingat skor AHRS Tn. H menurun dari 12 menjadi 5. Hal ini mengindikasikan bahwa frekuensi satu kali sehari dengan durasi 15 menit adekuat untuk memberikan efek terapeutik yang bermakna, khususnya apabila dikombinasikan dengan intervensi generalis lain seperti menghardik dan bercakap-cakap.

Secara teoritis, penurunan gejala halusinasi pada Tn. H dapat dijelaskan melalui mekanisme neurobiologis yang diuraikan pada BAB II, yaitu bahwa musik klasik menstimulasi gelombang otak alfa pada rentang 8-13 Hertz yang memfasilitasi penurunan aktivitas otak berlebihan (Imantaningsih & Pratiwi, 2022; Maharani dkk., 2022; Purba dkk., 2024; Ridho, 2023). Stimulus musik yang diterima melalui sistem pendengaran diteruskan ke sistem limbik yang berperan dalam pemrosesan emosi, sehingga memicu pelepasan dopamin dan endorfin yang menekan neurotransmitter pemicu stres dan kecemasan (Mutaqin dkk., 2023; Ridho, 2023). Respons klien yang tampak lebih tenang dan rileks setiap selesai sesi terapi musik selama masa asuhan turut memperkuat kesesuaian antara temuan empiris pada kasus ini dengan mekanisme teoritis tersebut.

Secara keseluruhan, hasil penerapan terapi musik klasik pada Tn. H memperkuat bukti ilmiah bahwa intervensi ini efektif digunakan sebagai terapi

tambahan (adjunctive therapy) dalam manajemen gejala halusinasi pendengaran, sejalan dengan berbagai temuan penelitian terkini yang telah diuraikan pada tinjauan literatur BAB II (Geretsegger dkk., 2017; Imantaningsih & Pratiwi, 2022; Ridho, 2023; Yanti dkk., 2020), sekaligus memberikan gambaran nyata bahwa penerapan Evidence Based Practice dapat dilakukan secara adaptif sesuai dengan konteks dan sumber daya yang tersedia di lapangan.

BAB IV

KESIMPULAN DAN SARAN

4.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil asuhan keperawatan jiwa yang telah dilaksanakan pada Tn. H di wilayah kerja Puskesmas Karangpawitan Kabupaten Garut, dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Hasil pengkajian menunjukkan Tn. H mengalami gangguan persepsi sensori berupa halusinasi pendengaran, dengan isi bisikan yang menyuruhnya melukai diri sendiri dan orang lain, muncul terutama pada malam hari sebelum tidur dan saat klien sendirian. Skor awal *Auditory Hallucination Rating Scale* (AHRS) sebesar 12 (kategori Ringan) memperkuat data subjektif yang diperoleh. Faktor predisposisi yang ditemukan meliputi riwayat menjadi korban bullying pada masa SMP dan riwayat tawuran disertai penggunaan zat terlarang pada masa remaja, sementara faktor presipitasi utama adalah ketidakpatuhan minum obat akibat kekhawatiran subjektif terhadap efek samping obat, yang menyebabkan klien mengalami kekambuhan.
2. Diagnosis keperawatan yang ditegakkan adalah Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran sebagai masalah utama (*core problem*), dengan Risiko Perilaku Kekerasan sebagai akibat (*effect*) dan Mekanisme Koping Tidak Efektif sebagai penyebab (*causa*), sesuai dengan pohon masalah dan kriteria diagnostik pada Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia

3. Intervensi disusun dalam bentuk Strategi Pelaksanaan (SP) I sampai IV untuk diagnosis halusinasi pendengaran (menghardik, bercakap-cakap, melakukan kegiatan terjadwal, dan patuh minum obat) serta SP I sampai V untuk diagnosis risiko perilaku kekerasan (tarik nafas dalam, memukul bantal/kasur, verbal/sosial, spiritual, dan patuh minum obat), dengan tambahan penerapan *Evidence Based Practice* berupa terapi musik klasik selama 15 menit per hari sebagai terapi pendamping (*adjunctive therapy*).
4. Implementasi dilaksanakan secara berkesinambungan selama lima hari berturut-turut (17-21 Juni 2026), meliputi seluruh SP untuk kedua diagnosis serta pemberian terapi musik klasik setiap hari menggunakan headset di lingkungan yang tenang, disertai pengukuran AHRS sebelum dan sesudah setiap sesi terapi.
5. Hasil evaluasi menunjukkan perbaikan kondisi klien yang signifikan. Skor AHRS menurun secara konsisten dari 12 (ringan) pada pengkajian awal menjadi 5 (gejala minimal) pada hari kelima. Diagnosis Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran teratasi dengan SP I-IV tercapai, dan diagnosis Risiko Perilaku Kekerasan menunjukkan perbaikan hingga SP V, ditandai hilangnya tanda gelisah, mata memerah, dan sorot mata tajam.
6. Penerapan terapi musik klasik selama 15 menit per hari selama 5 hari terbukti efektif menurunkan gejala halusinasi pendengaran pada Tn. H, dengan hasil yang sejalan dan bahkan sebanding dengan berbagai penelitian sejenis. Keberhasilan penerapannya di tatanan layanan kesehatan primer

(Puskesmas) turut menunjukkan bahwa intervensi berbasis bukti ini aplikatif digunakan di luar tatanan rumah sakit jiwa.

4.2 Saran

1. Bagi Institusi Pendidikan

Institut Kesehatan Karsa Husada Garut diharapkan dapat menjadikan hasil karya ilmiah ini sebagai bahan referensi tambahan dalam pengajaran mata kuliah keperawatan jiwa, khususnya terkait penerapan terapi musik klasik sebagai intervensi berbasis bukti pada pasien dengan gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran.

2. Bagi Puskesmas Karangpawitan

Pihak Puskesmas diharapkan dapat mempertimbangkan terapi musik klasik sebagai salah satu intervensi keperawatan komplementer yang rutin diterapkan dalam program kunjungan rumah (home visit) pasien dengan gangguan jiwa di wilayah kerjanya, mengingat prosedurnya yang sederhana, murah, dan tidak memerlukan peralatan khusus.

3. Bagi Perawat

Perawat, khususnya yang bertugas di layanan kesehatan jiwa komunitas, diharapkan dapat menerapkan kombinasi Strategi Pelaksanaan generalis dengan terapi musik klasik secara konsisten, serta melakukan pengukuran objektif seperti AHRS secara berkala untuk memantau perkembangan kondisi pasien secara terukur.

4. Bagi Klien dan Keluarga

Keluarga diharapkan dapat berperan aktif dalam mengawasi kepatuhan minum obat klien dan mendampingi klien mempraktikkan cara-cara mengontrol halusinasi maupun perilaku kekerasan yang telah dilatihkan, agar kemampuan yang telah dicapai dapat dipertahankan secara mandiri di rumah.

5. Bagi Peneliti Selanjutnya

Peneliti selanjutnya disarankan untuk mengembangkan penerapan terapi musik klasik dengan jumlah responden yang lebih banyak, durasi pengamatan yang lebih panjang, serta desain penelitian yang lebih kuat (misalnya quasy experiment dengan kelompok kontrol), agar efektivitas terapi musik klasik dapat diukur secara lebih objektif dan hasilnya dapat digeneralisasikan lebih luas.

DAFTAR PUSTAKA

- Afdalia, F., & Sundari, R. I. (2025). Penerapan teknik menghardik untuk mengontrol halusinasi pendengaran pada pasien skizofrenia. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 7(3). <https://jurnal.globalhealthsciencegroup.com/index.php/JPPP/article/view/4228>
- AH Yusuf, R. F. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: Salemba Medika.
- Akihary, F. W. (2025). *Penerapan terapi okupasi menggambar dalam asuhan keperawatan jiwa pada pasien skizofrenia dengan halusinasi pendengaran di wilayah kerja Puskesmas Limbangan Kabupaten Garut* https://repository.bku.ac.id/1345/16/Lampiran_%20Frisilia%20Windi%20Akihary.pdf
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition, text revision (DSM-5-TR)*. American Psychiatric Association Publishing. Tautan: <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Anipah, N. K. (2024). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Jiwa*. Jambi: PT Sonpedia Publishing Indonesia.
- Azizah, L. M., Zainuri, I., & Akbar, A. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa: Teori dan Aplikasi Praktik Klinik*. Yogyakarta: Indomedia Pustaka. Tersedia di: <https://opac.perpusnas.go.id/DetailOpac.aspx?id=1054919>
- Chatti, S., Ben Mansour, W., Brunelin, J., Mrad, A., Saoud, M., Gassab, L., Poulet, E., & Mechri, A. (2016). Persistent auditory hallucinations in out-patients with schizophrenia. *La Tunisie Médicale*, 94(5), 390–396. <https://latunisiemedicale.com/index.php/tunismed/article/view/3045>
- Cobandag, M., & Sigala, N. (2025). The effectiveness of non-pharmacological treatments for auditory verbal hallucinations in schizophrenia spectrum disorders: A systematic review and meta-analysis. *European Psychiatry*, 68(1), e155, 1-18.
- Deviana Indriyanti et.al. (2024). Masalah Risiko Perilaku Kekerasan Pada Pasien Skizofrenia di RSJ cisarua: Laporan Kasus. *SENTRI: Jurnal Riset Ilmiah*, Vol.3, No.6.
- Faizal, F. A. (2025). Penerapan terapi musik dangdut dalam asuhan keperawatan kesehatan jiwa pada pasien skizofrenia dengan gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran di wilayah kerja Puskesmas Limbangan Kabupaten

- Garut tahun 2025 (Karya Tulis Ilmiah). Universitas Bhakti Kencana. https://repository.bku.ac.id/id/eprint/1725/10/BabI_Fadhilah%20Ahmad%20Faizal.pdf
- Faozi, T. H., Pujiyanto, U., Wijayanti, W. I., & Apriliyani, I. (2024). Efektivitas Terapi Musik untuk Mengurangi Halusinasi Pendengaran pada Pasien Halusinasi Pendengaran. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 7(1), 281–286. <https://doi.org/10.37287/jppp.v7i1.3641>
- Fendro A. T., S. I. (2021). *Pengkajian Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: CV Bintang Semesta Media.
- Geretsegger, M., Mössler, K. A., Bieleninik, Ł., Chen, X. J., Heldal, T. O., & Gold, C. (2017). Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (5).
- Ida Ayu P. Widianingsih, I. G. (2023). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Jambi: PT Sonpedia Publishing Indonesia.
- Ifadah Erlin, W. W. (2024). *Asuhan keperawatan medikal Bedah*. Jakarta: PT. Green Pustaka Indonesia.
- Imantaningsih, G. A., & Pratiwi, Y. S. (2022). Literature Review: Pengaruh Terapi Musik Klasik Pada Pasien Halusinasi Pendengaran. *The 16th University Research Colloquium*, 706-712.
- Jeyan, A., Nair, I. V., Sivaprakash, B., & Banipreet, K. (2022). Effect of Adjunctive Music Listening in Schizophrenia – A Randomized Controlled Trial. *Kerala Journal of Psychiatry*, 35(1), 47–53. <https://kjponline.com/index.php/kjp/article/download/316/327/2088>
- Keliat Budi Anna, H. A. (2022). *Asuhan keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC.
- Kementerian Kesehatan RI, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. (2018). Laporan nasional Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018. <https://repository.badankebijakan.kemkes.go.id/id/eprint/3514/>
- Maharani, D., Luthfiyatil F., N., & Uswatun H. (2022). Penerapan terapi musik klasik terhadap tanda dan gejala pada pasien halusinasi pendengaran. *Jurnal Cendikia Muda*, 2(1), 24-31.
- Mashudi, S. (2021). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Skizofrenia*. Surabaya: Global Aksara Pres. https://eprints.umpo.ac.id/8404/1/Buku%20AskepSkizo_sugengM.pdf
- McGrath, J. J., & Whiteford, H. A. (2018). Global Epidemiology and Burden of Schizophrenia: Findings from The Global Burden of Disease Study 2016.

Schizophrenia Bulletin, 44(6), 1195–1203.
<https://doi.org/10.1093/schbul/sby058>

- Mutaqin, A., Rahayu, D. A., & Yanto, A. (2023). Efektivitas Terapi Musik Klasik pada Pasien Halusinasi Pendengaran. *Holistic Nursing Care Approach*, 3(1), 1-5.
- Pedersen, I. N., Bonde, L. O., Hannibal, N. J., Nielsen, J., Aagaard, J., Gold, C., Bertelsen, L. R., Jensen, S. B., & Nielsen, R. E. (2021). Music therapy vs. music listening for negative symptoms in schizophrenia: Randomized, controlled, assessor- and patient-blinded trial. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 738810. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.738810>
- Pinar, S. E., & Tel, H. (2019). The effect of music on auditory hallucination and quality of life in schizophrenic patients: A randomised controlled trial. *Issues in Mental Health Nursing*, 40(1), 50–57. <https://doi.org/10.1080/01612840.2018.1463324>
- Piola, W., & Firmawati, F. (2022). Pengaruh terapi musik klasik terhadap penurunan gejala pada pasien dengan gangguan sensori persepsi halusinasi pendengaran di wilayah kerja Puskesmas Kota Tengah Kota Gorontalo. *Zaitun (Jurnal Ilmu Kesehatan)*, 10(1), 1093–1100. <https://doi.org/10.31314/zijk.v10i1.1670>
- PPNI. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan (Edisi 1). Jakarta: DPP PPNI. Tersedia di: <https://id.scribd.com/document/549745700/BUKU-SIKI>
- Pratama Agus Ari, S. A. (2022). *Keperawatan Jiwa*. Jakarta Timur: Bumi Medika.
- Purba, H. F., Nasution, R. A., Mawarti, I., & Yuliana. (2024). Penerapan Terapi Musik Klasik Pada Pasien Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran Di Ruang Yudistira Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Jambi. *Jurnal Kesehatan Indra Husada*, 12(1), 13-19.
- Ridho, F. M. (2023). Effectiveness of Classical Music Therapy on Decreasing the Level of Auditory Hallucinations in Schizophrenia Patients: A Literature Review. *Jurnal Psikiatri Surabaya*, 12(2), 107-113.
- RSUP Prof. dr. I.G.N.G. Ngoerah. (2025, Desember 6). Manfaat terapi musik sebagai keseimbangan mental. <https://profngoerahhospitalbali.com/home/2025/12/06/manfaat-terapi-musik-sebagai-keseimbangan-mental/>
- Sanada, S. A., Margatot, D. I., & Suyatno, S. (2025). Pengaruh penerapan terapi mendengarkan musik klasik terhadap perubahan tingkat gejala halusinasi pada pasien halusinasi di RSJD Dr. Arif Zainudin Surakarta. *Jurnal Ilmiah*

- Kesehatan Mandira Cendikia, 4(9), 39–48.
<https://journal.mandiracendikia.com/index.php/JIK-MC/article/view/1887>
- Stuart, G. W., Keliat, B. A., & Pasaribu, J. (2016). *Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa Stuart*. Singapura: Elsevier. Tersedia di:
https://books.google.com/books/about/Prinsip_dan_Praktik_Keperawatan_Kesehata.html?id=WamJEAAAQBAJ
- Sutejo. (2017). *Keperawatan kesehatan jiwa: Prinsip dan praktik asuhan keperawatan jiwa*. Pustaka Baru Press.
<https://balaiyanpus.jogjaprovo.go.id/opac/detail-opac?id=305391>
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar diagnosis keperawatan Indonesia: Definisi dan indikator diagnostik (1st ed.)*. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia. <https://ppni-inna.org>
- Townsend, M. C., & Morgan, K. I. (2017). *Psychiatric mental health nursing: Concepts of care in evidence-based practice (9th ed.)*. F. A. Davis Company.
https://books.google.co.id/books?id=hHE_DgAAQBAJ
- Townsend, M. C., & Morgan, K. I. (2017). *Psychiatric mental health nursing: Concepts of care in evidence-based practice (9th ed.)*. F. A. Davis Company. Tautan: <https://www.fadavis.com/product/nursing-psychiatric-mental-health-townsend-morgan-9>
- Videbeck, S. L. (2020). *Psychiatric-mental health nursing (8th ed.)*. Wolters Kluwer. <https://books.google.co.id/books?id=8PzJDwAAQBAJ>
- Videbeck, S. L. (2020). *Psychiatric-mental health nursing (8th ed.)*. Wolters Kluwer. Tautan: <https://shop.lww.com/Psychiatric-Mental-Health-Nursing/p/9781975116378>
- Wenny P. Bunga. (2023). *Asuhan Keperawatan Jiwa Klien Dengan Halusinasi, Waham dan Perilaku Kekerasan*. Bantul: CV. Mitra Edukasi Negeri.
- World Health Organization. (2022, Januari 10). Schizophrenia. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- Wulandari, D., dkk. (2024). Penerapan terapi okupasi menggambar terhadap penurunan tanda dan gejala halusinasi pendengaran pada pasien skizofrenia. *Indonesian Journal of Occupational Health*, 4(1).
<https://jurnal.academiacenter.org/index.php/IJOH/article/download/768/813/1600>
- Yanti, D. A., Sitepu, A. L., Sitepu, K., & Purba, W. N. B. (2020). Efektivitas terapi musik klasik terhadap penurunan tingkat halusinasi pada pasien halusinasi pendengaran di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. M. Ildrem Medan tahun 2020.

Jurnal Keperawatan dan Fisioterapi (JKF), 3(1), 125–131.
<https://doi.org/10.35451/jkf.v3i1.527>

Yosep, I., & Sutini, T. (2016). Buku ajar keperawatan jiwa dan advance mental health nursing. Refika Aditama. <https://www.bibli.com/p/buku-ajar-keperawatan-jiwa-h-iyus-yosep-s-kp-m-si-m-sc-titin-sutini-s-kep-ners-m-kep-refika-aditama-aj-ktr/ps--ARJ-60040-02103>

Lampiran I Lembar Persetujuan

LEMBAR PERSETUJUAN***(Informed Consent)***

Setelah saya mendapatkan penjelasan mengenai tujuan dan manfaat penelitian yang dilakukan oleh mahasiswa Program Studi Profesi Ners Institut Kesehatan Karsa Husada Garut, maka saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Umur :

Jenis Kelamin :

Dengan ini saya menyatakan bersedia dan setuju menjadi responden dalam pelaksanaan penelitian mahasiswa Program Studi Profesi Ners Institut Kesehatan Karsa Husada Garut dengan judul "Analisis Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran Akibat Skizofrenia Pada Tn. H Menggunakan Terapi Musik Klasik di Wilayah Kerja UPT Puskesmas Karangpawitan".

Demikian persetujuan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dan tidak ada unsur paksaan dari pihak manapun, semoga dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Garut, Juli 2026

(.....)

Lampiran II Satuan Operasional Prosedur

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) TERAPI MUSIK KLASIK

A. Pengertian

Pemberian intervensi non-farmakologis menggunakan alunan musik klasik yang bertujuan untuk menstimulasi gelombang otak alfa, memberikan efek relaksasi, serta mengalihkan fokus perhatian pasien dari stimulus suara-suara palsu yang didengarnya.

B. Tujuan

1. Menurunkan frekuensi dan intensitas tanda gejala halusinasi pendengaran.
2. Memberikan rasa tenang, damai, dan rileks pada pasien.
3. Membantu pasien mengontrol emosi, kecemasan, dan stres yang diakibatkan oleh halusinasi.

C. Indikasi Pasien skizofrenia dengan masalah keperawatan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran yang berada dalam kondisi kooperatif dan bersedia mengikuti instruksi.

D. Persiapan Alat

1. Gawai (*Smartphone*) atau alat pemutar MP3.
2. *Headphone* atau *headset* agar pasien tidak terdistraksi oleh kebisingan lingkungan luar.
3. Lembar kuesioner observasi atau instrumen *Auditory Hallucination Rating Scale* (AHRs).
4. Alat tulis.

E. Persiapan Pasien dan Lingkungan

1. Ucapkan salam terapeutik dan bina hubungan saling percaya dengan pasien.
2. Jelaskan tujuan, prosedur, dan durasi tindakan (15 menit) kepada pasien.
3. Pastikan pasien setuju dan menandatangani lembar *informed consent* (jika diperlukan).
4. Siapkan lingkungan fisik yang kondusif, yaitu ruangan yang terang, tenang, dan minim distraksi.

F. Fase Kerja

1. Cuci tangan sebelum memulai tindakan.
2. Lakukan pengkajian awal (*pre-test*) tingkat halusinasi pendengaran menggunakan lembar observasi atau instrumen AHRS.
3. Posisikan pasien senyaman mungkin, baik dalam posisi duduk santai maupun berbaring.
4. Pasangkan *headphone* atau *headset* ke telinga pasien secara perlahan.
5. Putar musik klasik dengan volume yang pas (tidak terlalu keras namun cukup jelas untuk menutupi suara dari luar).
6. Biarkan pasien mendengarkan musik klasik tersebut selama 15 menit.
7. Selama terapi berlangsung, observasi respons non-verbal pasien (apakah pasien tampak rileks, gelisah, atau memejamkan mata).
8. Setelah 15 menit, matikan musik dan lepaskan *headphone* atau *headset* dari telinga pasien dengan lembut.

G. Fase Terminasi

1. Tanyakan perasaan pasien setelah mendengarkan musik klasik ("*Bagaimana perasaannya setelah mendengarkan musik tadi, Pak/Bu?*").
2. Lakukan evaluasi akhir (*post-test*) tingkat halusinasi pendengaran untuk mengukur perubahan skor gejala.
3. Berikan *positive reinforcement* (pujian) atas kerja sama pasien.
4. Buat kontrak waktu untuk pertemuan selanjutnya (karena terapi ini akan dilakukan berturut-turut selama 5 hari).
5. Berpamitan dan cuci tangan.

H. Dokumentasi

1. Catat hari, tanggal, dan waktu pelaksanaan terapi di lembar catatan perkembangan (SOAP) keperawatan.
2. Catat respons subjektif dan objektif pasien selama dan setelah terapi diberikan.
3. Dokumentasikan skor tingkat halusinasi *pre-test* dan *post-test* pasien secara akurat.

KUESIONER AUDITORY HALLUCINATION RATING SCALE (AHRS)

Petunjuk: Lingkari atau beri tanda centang (✓) pada angka yang paling sesuai dengan kondisi yang dialami pasien selama 1 minggu terakhir.

1. Frekuensi (Seberapa sering suara-suara itu muncul?)

- 0 = Suara tidak muncul sama sekali.
- 1 = Terjadi kurang dari sekali seminggu.
- 2 = Terjadi setidaknya sekali seminggu.
- 3 = Terjadi setidaknya sekali sehari.
- 4 = Terjadi setiap jam atau terus-menerus.

2. Durasi (Berapa lama suara-suara itu berlangsung setiap kali muncul?)

- 0 = Suara tidak muncul.
- 1 = Berlangsung beberapa detik atau sebentar saja.
- 2 = Berlangsung beberapa menit.
- 3 = Berlangsung setidaknya 1 jam.
- 4 = Berlangsung berjam-jam atau hampir sepanjang hari.

3. Lokasi (Dari mana suara-suara itu berasal?)

- 0 = Tidak ada suara.
- 1 = Terdengar hanya di dalam kepala.
- 2 = Terdengar dari luar telinga/kepala, tapi dekat.
- 3 = Terdengar dari luar, dari tempat yang jauh.
- 4 = Terdengar dari berbagai tempat (baik dari dalam maupun luar kepala).

4. Kenyaringan (Seberapa keras suara yang terdengar?)

- 0 = Tidak ada suara.
- 1 = Lebih pelan dari suara normal / seperti bisikan.
- 2 = Sama kerasnya dengan suara orang berbicara normal.
- 3 = Lebih keras dari suara normal.
- 4 = Sangat keras / berteriak.

5. Keyakinan tentang Asal Suara (Apakah pasien yakin suara itu nyata?)

- 0 = Yakin bahwa suara itu berasal dari pikirannya sendiri (halusinasi).
- 1 = Sebagian besar yakin suara itu dari pikirannya, tapi kadang ragu.
- 2 = Ragu-ragu (50% menganggap nyata, 50% menganggap dari pikirannya).

- 3 = Yakin suara itu nyata/dari luar, tapi kadang masih bisa ragu.
- 4 = Sangat yakin 100% bahwa suara itu nyata dan berasal dari orang/makhluk lain.

6. Jumlah Konten Negatif (Seberapa banyak suara itu mengucapkan hal-hal buruk?)

- 0 = Tidak ada suara negatif sama sekali.
- 1 = Kadang-kadang mengatakan hal negatif (kurang dari 10%).
- 2 = Sekitar 50% isi suaranya adalah hal negatif.
- 3 = Sebagian besar suaranya berisi hal negatif.
- 4 = Semua isi suaranya adalah hal negatif/buruk.

7. Tingkat Konten Negatif (Seberapa buruk/kasar suara yang terdengar?)

- 0 = Tidak ada konten negatif.
- 1 = Sedikit mengganggu (misalnya: komentar biasa namun tidak menyenangkan).
- 2 = Cukup mengganggu (misalnya: umpatan, ejekan kasar).
- 3 = Sangat mengganggu (misalnya: ancaman secara verbal, menyuruh berbuat buruk).
- 4 = Sangat ekstrem (misalnya: ancaman pembunuhan, menyuruh menyakiti diri sendiri/orang lain).

8. Tingkat Distres/Kecemasan (Seberapa sering suara itu membuat merasa tertekan/cemas?)

- 0 = Tidak merasa tertekan/cemas sama sekali.
- 1 = Kadang-kadang cemas (kurang dari separuh waktu saat suara muncul).
- 2 = Cemas sekitar 50% dari waktu saat suara muncul.
- 3 = Sebagian besar waktu merasa sangat cemas/tertekan.
- 4 = Selalu merasa sangat cemas/tertekan setiap kali suara muncul.

9. Intensitas Distres (Seberapa kuat rasa cemas/tertekan tersebut?)

- 0 = Tidak ada distres.
- 1 = Ringan (masih bisa diabaikan).
- 2 = Sedang (terasa tidak nyaman tapi masih tertahankan).
- 3 = Berat (sangat mengganggu emosi).
- 4 = Sangat ekstrem / memicu kepanikan luar biasa.

10. Gangguan pada Kehidupan Sehari-hari (Apakah suara mengganggu aktivitas?)

- 0 = Tidak mengganggu kehidupan sehari-hari.
- 1 = Sedikit mengganggu, tapi masih bisa bekerja/bersosialisasi secara normal.
- 2 = Cukup mengganggu, menurunkan beberapa fungsi sosial/perawatan diri.
- 3 = Sangat mengganggu, menyebabkan sebagian besar aktivitas terbengkalai.
- 4 = Menghancurkan seluruh fungsi sehari-hari (tidak bisa beraktivitas sama sekali).

11. Kemampuan Mengontrol Suara (Seberapa mampu pasien menghentikan suara itu?)

- 0 = Sangat mampu mengontrol/menghentikan suara (misal dengan menghardik).
- 1 = Sebagian besar waktu mampu mengontrolnya.
- 2 = Kadang-kadang mampu mengontrolnya (sekitar 50% keberhasilan).
- 3 = Sebagian besar waktu sulit/tidak mampu mengontrol suara.
- 4 = Sama sekali tidak memiliki kendali atas suara tersebut (suara tidak bisa dihentikan).

Cara Skoring dan Interpretasi:

Total skor diperoleh dengan menjumlahkan seluruh nilai dari 11 item di atas.

Rentang skor yang mungkin didapat adalah 0 hingga 44.

- Skor 0 - 11 : Halusinasi ringan (Gejala minimal, kontrol baik)
- Skor 12 - 22 : Halusinasi sedang (Gejala cukup mengganggu, kontrol fluktuatif)
- Skor 23 - 33 : Halusinasi berat (Gejala sangat mengganggu, fungsi menurun)
- Skor 34 - 44 : Halusinasi sangat ekstrem (Gejala mendominasi, kehilangan kontrol diri)

Lampiran III Surat Perizinan



YAYASAN DHARMA HUSADA INSANI GARUT
Institut Kesehatan Karsa Husada Garut

SK Menteri Pendidikan Tinggi, Sains, dan Teknologi No. : 25/B/O/2026
 Kampus I : Jl. Sudiyadinata No. 07 Garut – Jawa Barat Kampus II : Jl. Nusa Indah No.24 Garut – Jawa Barat
 Kampus III : Jl. Proklamasi No. 33 Garut – Jawa Barat

Nomor : 043298/IKKHG/AK/V/2026
 Lampiran : -
 Perihal : Permohonan Izin Studi Penelitian

Kepada Yth,
Ka. Bunkesbangpol
Kabupaten Garut
 Di
 Tempat

Assalamu'alaikum Wr. Wb

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya Tugas Akhir Ilmiah/Skripsi mahasiswa Program Studi Profesi Ners Institut Kesehatan Karsa Husada Garut, maka dengan ini kami bermaksud mengajukan permohonan izin studi penelitian dan pengumpulan data di instansi yang Bapak/Ibu Pimpin. Adapun mahasiswa yang akan melaksanakan studi penelitian dan pengumpulan data adalah sebagai berikut:

- | | |
|-------------------------|---|
| 1. Nama Mahasiswa | : Muhammad Zidan Arrasyid |
| 2. NIM | : KHGC25025 |
| 3. Topik/Judul | : Analisis Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Skizoprenia dengan Halusinasi Pendengaran Melalui Pendengaran Terapi Musik |
| 4. Data Yang Dibutuhkan | : Data Penderita Skizoprenia di Garut, Data Penderita Halusinasi di PKM Karangpawitan |

Demikianlah permohonan ini kami sampaikan. Atas perhatian dan Kerjasama yang baik kami ucapkan terima kasih.

Wassalamu'alaikum Wr. Wb

Garut, 18 Mei 2026

Hormat kami,
 Rektor

Institut Kesehatan Karsa Husada Garut


Dr. Iwan Wahyudi, S. Kep., Ns., M. Kep
 NIP. 043298.1003.027



YAYASAN DHARMA HUSADA INSANI GARUT
Institut Kesehatan Karsa Husada Garut

SK Menteri Pendidikan Tinggi, Sains, dan Teknologi No. : 25/B/O/2026
 Kampus I : Jl. Subyadinata No. 07 Garut – Jawa Barat Kampus II : Jl. Nusa Indah No.24 Garut – Jawa Barat
 Kampus III : Jl. Proklamasi No. 33 Garut – Jawa Barat

Nomor : 0413 /IKKHG/AK/V/2026
 Lampiran : -
 Perihal : Permohonan Penelitian

Kepada Yth.
 Kepala Puskesmas Karangpawitan
 Kabupaten Garut
 Di

Tempat

Assalamuadikun Wr. Wb

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya Tugas Akhir/Skripsi mahasiswa Program Studi Profesi Ners Institut Kesehatan Karsa Husada Garut, maka dengan ini kami bermaksud mengajukan permohonan izin penelitian di Instansi yang Bapak/Ibu Pimpin. Adapun mahasiswa yang akan melaksanakan penelitian adalah sebagai berikut:

1. Nama Mahasiswa : Muhammad Zidan Arrasyid
2. NIM : KHGC25025
3. Topik/Judul : Analisis Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Skizoprenia dengan Halusinasi Pendengaran Melalui Pendengaran Terapi Musik
4. Data Yang Dibutuhkan : Data Penderita Skizoprenia di Garut, Data Penderita Halusinasi di PKM Karangpawitan
5. Waktu Penyelesaian : Hari

Demikianlah permohonan ini kami sampaikan. Atas perhatian dan Kerjasama yang baik kami ucapkan terima kasih,

Garut, 18 Mei 2026

Hormat kami,
Rektor
Institut Kesehatan Karsa Husada Garut



Dr. Iwan Wahyudi, S. Kep., Ns., M. Kep
 NIP. 043298.1003.027



YAYASAN DHARMA HUSADA INSANI GARUT
Institut Kesehatan Karsa Husada Garut

SK Menteri Pendidikan Tinggi, Sains, dan Teknologi No. : 25/B/O/2026
 Kampus I : Jl. Subyadinata No. 07 Garut – Jawa Barat Kampus II : Jl. Nusa Indah No. 34 Garut – Jawa Barat
 Kampus III : Jl. Proklamasi No. 33 Garut – Jawa Barat

Nomor : 0417/KKHG/AK/V/2026
 Lampiran : -
 Perihal : Permohonan Izin Studi Penelitian

Kepada Yth,
Ka. Bankesbangpol
Kabupaten Garut
 Di
 Tempat

Assalamuallikum Wr. Wb

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya Tugas Akhir Ilmiah/Skripsi mahasiswa Program Studi Profesi Ners Institut Kesehatan Karsa Husada Garut, maka dengan ini kami bermaksud mengajukan permohonan izin studi penelitian dan pengumpulan data di instansi yang Bapak/Ibu Pimpin. Adapun mahasiswa yang akan melaksanakan studi penelitian dan pengumpulan data adalah sebagai berikut:

- | | |
|-------------------------|---|
| 1. Nama Mahasiswa | : Muhammad Zidan Arrasyid |
| 2. NIM | : KHGC25025 |
| 3. Topik/Judul | : Analisis Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Skizoprenia dengan Halusinasi Pendengaran Melalui Pendengaran Terapi Musik |
| 4. Data Yang Dibutuhkan | : Data Penderita Skizoprenia di Garut, Data Penderita Halusinasi di PKM Kartagawitun |

Demikianlah permohonan ini kami sampaikan. Atas perhatian dan Kerjasama yang baik kami ucapkan terima kasih.

Wassalamuallikum Wr. Wb

Garut, 18 Mei 2026

Hormat kami,
 Rektor

Institut Kesehatan Karsa Husada Garut


Dr. Iwan Wahyudi, S. Kep., Ns., M. Kep
 NIP. 043298.1003.027



PEMERINTAH KABUPATEN GARUT DINAS KESEHATAN

jl. proklamasi no.7, jayaraga, kec. tarogong kidul, kabupaten garut, jawa barat
44151 web : <https://dinkes.garutkab.go.id> E-mail dinkesgarut1@gmail.com

Nomor : 800.1.11.8/9716/Dinkes
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Hal : Pengumpulan Data

Garut, 2 Juni 2026

Kepada Yth,
Kepala Puskesmas Karangpawitan Kab.Garut
di
Tempat

Menindaklanjuti Surat Dari Mahasiswa/I Kesehatan Karsa Husada Garut
Nomor 072/1442-Bakesbangpol/V/2026 Perihal Penelitian Pada Prinsipnya kami
Tidak Keberatan dan Memberikan Izin kepada :

Nama : MUHAMMAD ZIDAN ARRASYID
NPM/NIM/NIDN : KHGC25025
Tujuan : Pengumpulan Data
Lokasi/Tempat : Puskesmas Karangpawitan Kab.Garut
Tanggal/Observasi : 29 Mei 2026 s/d 29 Juni 2026
Bidang/Judul : Analisis Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Skizofrenia
dengan Halusinasi Pendengaran Melalui Pendengaran Terapi
Musik

Untuk Melaksanakan Penelitian/ Di Puskesmas Karangpawitan Kab.Garut Demikian
Agar Menjadi Maklum.

An.Kepala Dinas Kesehatan
Sekretaris
u.b.

Kepala Sub Bagian Umum Dan
Kepegawaian



Engkus Kusman, S.IP MSI
Penata Tingkat I
NIP.19710620 199103 1 002



PEMERINTAH KABUPATEN GARUT
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
 Jl. Patriot No.10A, Telp. (0262) 2247473 Garut, Jawa Barat 44151

Nomor : 072/1442-Bakesbangpol/V/2026
 Sifat : -
 Lampiran : 1 Lembar
 Hal : Pengumpulan Data

Garut, 26 Mei 2026

Kepada Yth,
 Kepala Puskesmas Karangpawitan Kabupaten
 Garut
 di
 Tempat

Dalam rangka membantu Mahasiswa/i Institut Kesehatan Karsa Husada Garut bersama ini terlampir Keterangan Pengumpulan Data Nomor : **072/1442-Bakesbangpol/V/2026** Tanggal 26 Mei 2026, Atas Nama **MUHAMMAD ZIDAN ARRASYID / KHGC25025** yang akan melaksanakan Pengumpulan Data dengan mengambil lokasi di Puskesmas Karangpawitan Kabupaten Garut. Demi kelancaran Pengumpulan Data dimaksud, mohon bantuan dan kerjasamanya untuk membantu Kegiatan tersebut.

Demikian atas perhatiannya, kami ucapkan terima kasih.

Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik



Drs. H. NURRODHIN, M.Si.
 Pembina Utama Muda, IV/c
 NIP. 19661019 199203 1 005

Tembusan, disampaikan kepada:

1. Yth. Kepala Bappeda Kabupaten Garut;
2. Yth. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Garut;
3. Yth. Rektor Institut Kesehatan Karsa Husada Garut;
4. Arsip.



PEMERINTAH KABUPATEN GARUT
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
 Jl. Patriot No.10A, Telp. (0262) 2247473 Garut, Jawa Barat 44151

SURAT KETERANGAN PENGUMPULAN DATA

Nomor : 072/1442-Bakesbangpol/V/2026

- a. Dasar : 1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 41 Tahun 2010 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Dalam Negeri (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2010 Nomor 316), sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 14 Tahun 2011 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 41 Tahun 2010 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Dalam Negeri (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 168)
2. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 3 Tahun 2018 tentang Penerbitan Surat Keterangan Penelitian.
- b. Memperhatikan : Surat dari Institut Kesehatan Karsa Husada Garut, Nomor 0427/IKKHG/AK/V/2026 Tanggal 18 Mei 2026

KEPALA BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK, memberikan Surat Keterangan Penelitian kepada:

1. Nama / NPM / NIM/ NIDN : MUHAMMAD ZIDAN ARRASYID/ KHGC25025
2. Alamat : Kp. Tipar RT/RW 001/002, Ds. Wanajaya, Kec. Wanaraja, Kab. Garut
3. Tujuan : Pengumpulan Data
4. Lokasi/ Tempat : Puskesmas Karangpawitan Kabupaten Garut
5. Tanggal Pengumpulan Data / Lama Pengumpulan Data : 29 Mei 2026 s/d 29 Juni 2026
6. Bidang/ Status/ Judul Pengumpulan Data : Analisis Asuhan Keperawatan Jiwa pada Pasien Skizofrenia dengan Halusinasi Pendengaran Melalui Pendengaran Terapi Musik
7. Penanggung Jawab : Dr. Iwan Wahyudi, S.Kep., Ns., M.Kep
8. Anggota : -

Yang bersangkutan berkewajiban melaporkan hasil Pengumpulan Data ke Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Garut. Menjaga dan menjunjung tinggi norma atau adat istiadat dan Kebersihan, Ketertiban, Keindahan (K3) masyarakat setempat dilokasi Pengumpulan Data. Serta Tidak melakukan hal-hal yang bertentangan dengan hukum.

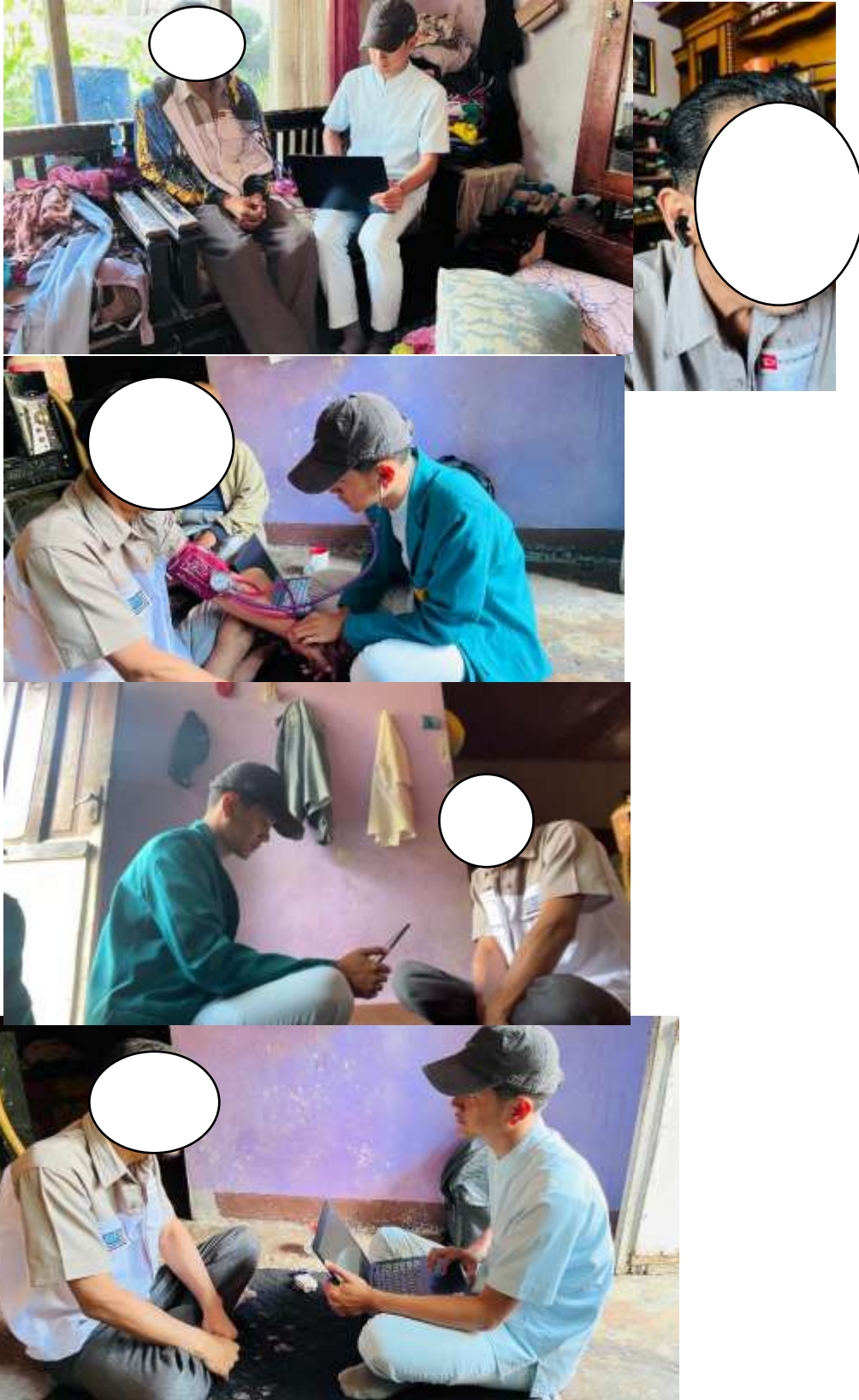
Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik

Tembusan, disampaikan kepada:
 1. Yth. Kepala Bappeda Kabupaten Garut;
 2. Yth. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Garut;
 3. Yth. Rektor Institut Kesehatan Karsa Husada Garut;
 4. Ansq.



Drs. H. NURRODHIN, M.Si.
 Pembina Utama Muda, IV/c
 NIP. 19661019 199203 1 005

Lampiran IV Dokumentasi



Lampiran V Lembar Bimbingan

LEMBAR BIMBINGAN KARYA ILMIAH AKHIR NERS
 PROGRAM STUDI PROFESI NERS 2025/2026
 INSTITUT KESEHATAN KARSASUSADA GARUT

NAMA : Muhammad Zidan Arrasyid
 NIM : 4150 21025
 PEMBIMBING : Dr. Wahyudin M. Kos
 JUDUL :

No	Tanggal		Materi Yang Di Konsultasikan	Saran Pembimbing	Paraf Pembimbing
	Masuk	Keluar			
1	18 Mei 2026 Senin		Konsul + ESR Judul Acc	Acc	W
2	19 Mei 2026 Selasa		Bab I	Bab I Revisi	W
3	21 Mei 2026 Kamis		Bab I	Acc	W
4	02 Juni 2026 Selasa		Bab II	Revisi	W

5	05 Juni 2026 Jum'at		Bah II	Acc	W
6	05 Juni 2026 Sabtu		Bah III	Revisi Askep	W
7	22 Juni 2026 Jum'at		Bah III	Acc	W
8	15 Juli 2026 Rabu			brat jidat.	W
9					