

**ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. A DENGAN
GANGGUAN PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI PENDENGARAN
DENGAN INTERVENSI TERAPI DZIKIR DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS KARANGPAWITAN GARUT**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

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

Disusun Oleh:

SITI MARIAM FADILAH, S.Kep

KHGD25103



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

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

**JUDUL : ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. A
DENGAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI :
HALUSINASI PENDENGARAN DENGAN INTERVENSI
TERAPI DZIKIR DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS
KARANGPAWITAN GARUT**

NAMA : SITI MARIAM FADILAH, S.KEP

NIM : KHGD25103

Garut, Juli 2026

Menyetujui,
Pembimbing

(Sri Yekti Widadi, M.Kep)

**LEMBAR PESETUJUAN
PERBAIKAN KIAN**

**JUDUL : ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. A
DENGAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI :
HALUSINASI PENDENGARAN DENGAN INTERVENSI
TERAPI DZIKIR DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS
KARANGPAWITAN GARUT**

MANA : SITI MARIAM FADILAH, S.Kep

NIM : KHGD25103

Menyatakan bahwa mahasiswa tersebut sudah melaksanakan
sidang dan perbaikan Karya Ilmiah Akhir Ners

Garut, Agustus 2026

Menyetujui,

Penelaah I

Penelaah II

(Tanti Suryawantie, S.Kep.,Ns.,M.H.Kes)

(EV. Rilla, Ns.,M.Kep)

Mengetahui,

Ketua Program Studi Profesi Ners

Pembimbing

(Sri Yekti Widadi, M.Kep)

(Sri Yekti Widadi, M.Kep)

LEMBAR PENGESAHAN

ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. A DENGAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI PENDENGARAN DENGAN INTERVENSI TERAPI DZIKIR DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS KARANGPAWITAN GARUT

Disusun Oleh
SITI MARIAM FADILAH, S.Kep
KHGD25103

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

Menyetujui,
Pembimbing

(Sri Yekti Widadi, M.Kep)

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

Mengesahkan,
Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan dan
Kebidanan

Mengetahui,
Ketua Program Studi Profesi Ners

(Sulastini, S.Kep.,Ners.,M.Kep)

(Sri Yekti Widadi, M.Kep)

ABSTRAK

ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. A DENGAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI PENDENGARAN DENGAN INTERVENSI TERAPI DZIKIR DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS KARANGPAWITAN GARUT

Siti Mariam Fadilah, S.Kep¹, Sri Yekti Widadi, M.Kep²

Gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran merupakan masalah keperawatan jiwa yang sering terjadi pada pasien skizofrenia dan dapat mengganggu kemampuan pasien dalam mengenali realitas, berinteraksi sosial, serta mengontrol pikirannya. Salah satu intervensi keperawatan yang dapat diberikan adalah manajemen halusinasi, yang dalam implementasinya dapat dipadukan dengan terapi dzikir sebagai terapi psikoreligius untuk membantu mengurangi halusinasi. Karya ilmiah ini bertujuan menganalisis asuhan keperawatan pada Ny. A dengan gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran melalui intervensi manajemen halusinasi dengan penerapan terapi dzikir di wilayah kerja Puskesmas Karangpawitan Garut. Metode yang digunakan adalah studi kasus dengan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi. Hasil asuhan keperawatan menunjukkan bahwa setelah diberikan intervensi manajemen halusinasi melalui terapi dzikir secara teratur, pasien tampak lebih tenang, mampu mengenali munculnya halusinasi, dan menunjukkan peningkatan kemampuan dalam mengontrol halusinasi pendengaran. Dengan demikian, manajemen halusinasi melalui terapi dzikir dapat menjadi salah satu intervensi keperawatan yang bermanfaat dalam membantu pasien dengan gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran.

Kata kunci: Asuhan keperawatan jiwa, Halusinasi pendengaran, Skizofrenia, Terapi dzikir.

ABSTRACT

ANALYSIS OF NURSING CARE FOR MRS. A WITH SENSORY PERCEPTION DISORDER: AUDITORY HALLUCINATIONS, USING DZIKIR THERAPY AS AN INTERVENTION IN THE SERVICE AREA OF THE KARANGPAWITAN COMMUNITY HEALTH CENTER, GARUT

Siti Mariam Fadilah, S.Kep¹, Sri Yekti Widadi, M.Kep²

Auditory hallucinations, a type of sensory perception disorder, are a common mental health nursing issue among patients with schizophrenia and can interfere with their ability to recognize reality, interact socially, and control their thoughts. One nursing intervention that can be provided is hallucination management, which can be integrated with dzikir therapy as a psychoreligious therapy to help reduce hallucinations. This research aims to analyze the nursing care provided to Mrs. A, who has auditory hallucinations, through hallucination management interventions incorporating dzikir therapy in the service area of the Karangpawitan Community Health Center in Garut. The method used was a case study employing the nursing process approach, which includes assessment, nursing diagnosis, intervention, implementation, and evaluation. The results of the nursing care showed that after receiving the hallucination management intervention through regular dzikir therapy, the patient appeared calmer, was able to recognize the onset of hallucinations, and demonstrated improved ability to control auditory hallucinations. Thus, hallucination management through dzikir therapy can be a beneficial nursing intervention in helping patients with auditory hallucinations caused by sensory perception disorders.

Keywords: , psychiatric nursing care, auditory hallucinations, schizophrenia, dhikr therapy.

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, karena berkat rahmat dan karunia-Nyalah penulis dapat menyelesaikan penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners ini yang berjudul **“Analisis Asuhan Keperawatan Pada Ny. A Dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran Dengan Intervensi Terapi Dzikir Di Wilayah Kerja Puskesmas Karangpawitan Garut”**. Sholawat serta salam semoga selalu tercurahkan kepada Rasulullah SAW, beserta keluarganya, sahabatnya, dan para pengikutnya hingga akhir zaman, aamiin.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners ini, penulis banyak dibantu oleh berbagai pihak, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners ini tepat waktu. Semoga Allah SWT., senantiasa mencatatnya sebagai amal sholeh dan memberi balasan yang melimpah. Pada kesempatan kali ini penulis mengucapkan terimakasih kepada :

1. Bapak Dr. H. Hadiat, MA, selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak H Suryadi, S.E., M.Si selaku Ketua Pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. Bapak Dr.Iwan Wahyudi, M.Kep selaku Ketua Institut Kesehatan Karsa Husada Garut.
4. Ibu Sri Yekti Widadi, M.Kep selaku Ketua Prodi Profesi Ners Institut Kesehatan Karsa Husada Garut dan selaku pembimbing yang telah banyak meluangkan waktu untuk membimbing, memberi motivasi, arahan dan

membagi ilmu yang luar biasa kepada penulis.

5. Seluruh staff dosen dan karyawan Institut Karsa Husada Garut.
6. Teristimewa untuk kedua orangtua saya, Ayahanda Ade Solihin dan Ibunda Patimah yang dengan ketulusan, kesabaran, dan kasih sayang tak terhitung telah membimbing penulis sejak masa kecil hingga mencapai bangku perguruan tinggi. Terimakasih atas setiap doa yang dipanjatkan, setiap nasihat yang diberikan, dan setiap pengorbanan yang mengiringi langkah penulis hingga mampu menyelesaikan KIAN. Terimakasih atas semua cintanya yang tidak pernah berkurang dan dukungan yang tidak pernah berhenti menguatkan penulis sepanjang perjalanan pendidikan ini. Semoga Allah SWT membalas kebaikan dan ketulusan dengan keberkahan dan kesehatan sepanjang usia. Sehat selalu cintaku sayangku duniaku. Aamiiin.
7. Saudara saya kepada kakak-kakak tercinta, Lia Siti Aliyah, S.Hum terima kasih untuk doa, perhatian serta dukungan yang tidak pernah terhenti untuk adik bungsunya ini.
8. Dan rasa terima kasih yang tak terhingga kepada *support system* terbaik saya, Mochamad Hazel Kadhafi, S.Kep. Terima kasih karena selalu sabar menemani setiap proses yang saya lalui, selalu hadir memberikan dukungan, masukan, dan semangat ketika saya mulai lelah. Terimakasih karena tidak pernah keberatan direpotkan, baik disaat saya sibuk, sakit maupun ketika saya membutuhkan bantuan lain termakasih karena selalu mengusahakan. Ribuan terimakasih dan ribuan maaf saya ucapkan atas segala waktu, tenaga, serta kesabaran yang telah diberikan. Semoga segala kebaikan yang telah diberikan dapat terbalaskan dengan kebahagiaan dan kesuksesan di masa depan aamii.
9. Teman-teman yang saya tidak bisa sebutkan satu persatu terimakasih setiap dukungan, selalu mendengarkan setiap keluhan penulis, selalu

menyakinkan bahwa penulis bisa melewati semuanya. Terimakasih banyak selalau menghibur penulis dengan segala tingkah lucu dan manisnya.

10. Terakhir, penulis ingin menyampaikan terimakasih yang mendalam kepada diri sendiri, Siti Mariam Fadilah. Terimakasih telah bertahan sejauh ini. Untuk setiap malam yang dihabiskan dalam kelelahan, setiap pagi yang disambut dengan rasa keraguan, namun tetap dijalani dengan keberanian. Terimakasih kepada hati yang tetap ikhlas, meski semua hal tidak sesuai dengan harapan. Terimakasih kepada jiwa yang tetap kuat meski lelah, namun tak terlihat, penulis bangga kepada diri sendiri yang telah mampu melewati banyak fase dalam kehidupan ini. Terimakasih atas perjuangannya dari S1 sampe Profesi Ners ini. Semoga kedepannya raga ini tetap kuat, ikhlas, hati tetap tegar dan jiwa tetap lapang dalam menghadapi setiap proses. Mari tetap bekerja sama untuk tumbuh dan berkembang menjadi pribadi yang lebih baik dari hari ke hari.

Semoga Allah SWT senantiasa memberkahi serta membalas atas semua kebaikan yang telah diberikan. Penulis menyadari dalam pembuatan Karya Ilmiah Akhir Ners ini masih jauh dari sempurna. Hal ini tidak terlepas dari keterbatasan, pengalaman, serta pengetahuan yang penulis miliki. Namun meskipun demikian, penulis mengharapakan penelitian ini dapat bermanfaat bagi semua pihak.

Garut, Juli 2026

Siti Mariam Fadilah,S.Kep
KHGD25103

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG	ii
LEMBAR PESETUJUAN PERBAIKAN KIAN.....	iii
LEMBAR PENGESAHAN.....	iv
ABSTRAK.....	v
<i>ABSTRACT</i>.....	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR BAGAN.....	xiii
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	6
1.3 Tujuan Penelitian.....	7
1.3.1 Tujuan Umum.....	7
1.3.2 Tujuan Khusus.....	7
1.4 Manfaat Penelitian.....	8
1.4.1 Bagi Klien.....	8
1.4.2 Bagi Institusi Rumah Sakit.....	8
1.4.3 Bagi Institusi Pendidikan.....	8
1.5 Sistematika Penulisan.....	9
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	10
2.1 Konsep Skizofrenia.....	10
2.1.1 Definisi Skizofrenia	10
2.1.2 Etiologi Skizofrenia	11
2.1.3 Tanda Dan Gejala Skizofrenia.....	12
2.1.4 Klasifikasi Skizofrenia	14
2.1.5 Penatalaksanaan	16
2.2 Konsep Dasar Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran	18
2.2.1 Definisi Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi.....	18

2.2.2	Rentang Respon Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi.....	19
2.2.3	Etiologi Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi.....	21
2.2.4	Tanda Dan Gejala Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi	24
2.2.5	Jenis Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi.....	24
2.2.6	Fase Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi	26
2.2.7	Penatalaksanaan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi	28
2.2.8	Instumen Kuesioner/Skala AHRS (<i>Auditory Hallucinations rating Scale</i>)	29
2.2.9	Terapi Psikoreligius	36
2.2.10	Penatalaksanaan Terapi Psikoreligius Dzikir	38
2.2.11	Proses Terjadinya Masalah.....	40
2.3	Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi	41
2.3.1	Pengkajian	41
2.3.2	Pohon Masalah	45
2.3.3	Diagnosis Keperawatan	45
2.3.4	Rencana Tindakan Keperawatan	46
2.3.5	Implementasi Keperawatan	53
2.3.6	Evaluasi	53
2.4	<i>Evidence Base Practise (EBP)</i>	53
BAB III	TINJAUAN KASUS	62
3.1	Tinjauan Kasus	62
3.1.1	Pengkajian	62
3.1.2	Pohon Masalah	77
3.1.3	Diagnosis Keperawatan	78
3.1.4	Rencana Tindakan Keperawatan	80
3.1.4	Implementasi Keperawatan	83
3.1.5	Catatan Perkembangan	95
3.2	Pembahasan	98
3.2.1	Pengkajian Data dan Analisa Data	99
3.2.2	Tahap Diagnosis Keperawatan	102
3.2.3	Intervensi Keperawatan	107

3.2.4 Implementasi Keperawatan dan Evaluasi Keperawatan	114
3.2.5 Evaluasi Keperawatan	121
3.2.6 Analisis Pembahasan <i>Evidence Based Practice (EBP)</i>	126
BAB IV PENUTUP	129
4.1 Kesimpulan	129
4.2 Saran	130
4.2.1 Bagi Pelayanan	130
4.2.2 Bagi Perawat	130
DAFTAR PUSTAKA	131
LAMPIRAN	133

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Obat Psikofarmakologis	28
Tabel 2. 2 Pengkajian	44
Tabel 2. 3 Rencana Tindakan Keperawatan	48
Tabel 2. 4 Evidence Base Practise (EBP).....	56
Tabel 2. 5 Standar Operasional Prosedur Dzikir	61
Tabel 3. 1 terapi Medis.....	71
Tabel 3. 2 Rencana Tindakan Keperawatan	80
Tabel 3. 3 Implementasi Keperawatan	83
Tabel 3. 4 Catatan Perkembangan	95

DAFTAR BAGAN

Bagan 2. 1 Rentang Respon Skizofrenia	19
Bagan 2. 2 Pohon masalah gangguan sensori/persepsi : Halusinasi Pendengaran	45
Bagan 3. 1 Genogram.....	65

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kesehatan merupakan sesuatu yang tak ternilai didalam kehidupan. Dimana kesehatan itu sendiri memiliki arti yang sangat luas. Sehat adalah suatu keadaan yang sejahtera yang meliputi fisik, mental, dan sosial yang tidak hanya bebas dari penyakit atau kecacatan (Who, 2024).

Masalah mental merupakan salah satu penyakit masyarakat yang utama dikarenakan peningkatan terus menerus pada skala penyakit seperti terpengaruhinya proses berpikir individu yang disebabkan oleh halusinasi. Oleh sebab itu, penderita halusinasi memiliki kesulitan dalam berpikir jernih, mengendalikan emosi dan berinteraksi dengan sesama manusia (Yusriani, 2023). Halusinasi merupakan gangguan persepsi sensori yang ditandai dengan munculnya persepsi terhadap suatu stimulus tanpa adanya rangsangan nyata dari lingkungan, sehingga individu menganggap pengalaman tersebut sebagai sesuatu yang benar-benar terjadi (Famela, 2022).

Kesehatan jiwa menjadi salah satu prioritas global karena berpengaruh langsung pada kualitas hidup, produktivitas, dan kesejahteraan masyarakat. Menurut WHO, lebih dari 1,1 miliar orang di seluruh dunia mengalami gangguan kesehatan mental signifikan atau sekitar 12,5% dari total populasi mengalami gangguan kesehatan mental yang signifikan. Pada tahun 2023 sampai 2024 jumlah penderita skizofrenia di dunia mencapai sekitar 23 juta jiwa, kemudian meningkat menjadi 24 juta jiwa pada tahun 2025 atau sekitar 0,29% dari populasi global. WHO

juga mencatat sekitar 70% pasien skizofrenia mengalami halusinasi pendengaran, yaitu persepsi mendengar suara tanpa adanya rangsangan nyata dari lingkungan (Savitri, 2025).

Secara umum, klasifikasi gangguan jiwa menurut hasil Riskesdas tahun 2023 dibagi menjadi dua bagian yaitu: gangguan jiwa berat atau kelompok psikosa dan gangguan jiwa ringan meliputi semua gangguan alam perasaan, dan sebagainya. Untuk skizofrenia masuk dalam kelompok gangguan jiwa berat.

Skizofrenia merupakan gangguan jiwa berat yang ditandai dengan gangguan persepsi, pikiran, dan emosi yang menyebabkan penderita kehilangan kemampuan membedakan antara realitas internal dan eksternal. Orang yang mengidap skizofrenia sering mengalami halusinasi pendengaran, yaitu mendengar suara-suara tanda adanya stimulus nyata dari luar yang menyebabkan gangguan komunikasi dan penurunan kualitas hidup (Savitri, 2025).

Permasalahan gangguan jiwa masih menjadi tantangan kesehatan di Indonesia, khususnya di Provinsi Jawa Barat. Berdasarkan data Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat tahun 2023, jumlah Orang dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) mencapai 60,14% dari total penduduk Jawa Barat sebanyak 49.405.810 jiwa. Di Kabupaten Garut, berdasarkan Laporan Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan Tahun 2025, terdapat 3,77% dari total ODGJ di Provinsi Jawa Barat yang menjadi sasaran pelayanan kesehatan jiwa. Di antara seluruh wilayah kerja puskesmas di Kabupaten Garut, Puskesmas Karangpawitan memiliki jumlah ODGJ tertinggi, yaitu 106 jiwa dari seluruh ODGJ berat di Kabupaten Garut. Tingginya jumlah kasus tersebut menunjukkan bahwa gangguan jiwa masih menjadi masalah

kesehatan yang memerlukan upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif secara berkesinambungan untuk meningkatkan derajat kesehatan jiwa masyarakat.

Berdasarkan data Puskesmas Karangpawitan tahun 2025-2026, dari 106 ODGJ sebanyak 96,23% merupakan pasien skizofrenia, sedangkan 3,77% mengalami gangguan anxiety. Dari seluruh pasien skizofrenia tersebut, masalah keperawatan yang paling banyak ditemukan adalah halusinasi, khususnya halusinasi pendengaran. Kondisi ini sejalan dengan data Rumah Sakit Jiwa Provinsi Jawa Barat tahun 2023 yang menunjukkan bahwa skizofrenia merupakan diagnosis gangguan jiwa terbanyak, yaitu 1.409 pasien. Jika dibandingkan dengan total ODGJ di Jawa Barat, jumlah tersebut setara dengan sekitar 2,03%. Lebih dari 90% pasien skizofrenia mengalami halusinasi, dan sekitar 70% di antaranya berupa halusinasi pendengaran. Selain itu, di Ruang Kenari RSJ Provinsi Jawa Barat, halusinasi menempati urutan pertama masalah keperawatan dengan jumlah 3.646 kasus selama tahun 2023 (Yulianti, 2023).

Penanganan halusinasi pada pasien skizofrenia pada dasarnya dilakukan melalui dua pendekatan, yaitu terapi farmakologis dan nonfarmakologis. Terapi farmakologis berupa pemberian obat antipsikotik yang bertujuan untuk mengendalikan gejala positif seperti halusinasi dan waham. Selain terapi farmakologis, manajemen halusinasi juga dilakukan melalui pendekatan nonfarmakologis berupa terapi generalis yang terdiri atas empat strategi pelaksanaan (SP), yaitu menghardik halusinasi, bercakap-cakap dengan orang lain, melakukan aktivitas terjadwal, serta patuh dalam mengonsumsi obat secara teratur. Keempat strategi tersebut bertujuan untuk melatih pasien agar mampu mengenali

dan mengontrol halusinasi yang dialaminya secara mandiri (Sari & Ramadhan, 2023).

Selain terapi generalis tersebut, berbagai penelitian juga mengembangkan terapi spesialis sebagai pendekatan tambahan dalam manajemen halusinasi, salah satunya adalah terapi psikoreligius. Pendekatan ini dipilih karena mempertimbangkan aspek spiritual dan budaya pasien, sehingga dapat menjadi pelengkap terapi generalis dalam upaya menurunkan frekuensi dan intensitas halusinasi pendengaran (Handayani, 2022).

Terapi psikoreligius merupakan intervensi berbasis nilai spiritual dan religius yang digunakan sebagai pendekatan nonfarmakologi dalam penanganan gangguan jiwa. Secara Islami, Terapi Psikoreligius (keagamaan) yaitu suatu perlakuan dan pengobatan yang ditujukan kepada penyembuhan suatu penyakit mental kepada setiap individu, dengan kekuatan batin atau ruhani, yang berupa ritual keagamaan bukan pengobatan dengan obat-obatan, dengan tujuan untuk memperkuat iman seseorang agar ia dapat mengembangkan potensi diri dan fitrah beragama yang dimilikinya secara optimal, dengan cara mensosialkan nilai-nilai yang terkandung di dalam al-Quran dan as-Sunnah ke dalam diri. Sehingga ia dapat hidup selaras, seimbang dan sesuai dengan ajaran agama. Dzikir sebagai salah satu bentuk terapi psikoreligius membantu pasien mengontrol persepsi sensorik dan mengurangi gejala halusinasi. Strategi psikoreligius terapi dzikir efektif digunakan pada pasien skizofrenia dengan masalah halusinasi pendengaran dalam mencegah kekambuhan. Dzikir tidak hanya sebagai ibadah tetapi juga sebagai terapi

yang aman, murah, dan sesuai dengan nilai budaya serta kepercayaan masyarakat (Rezi Wahyuda, 2023).

Terapi dzikir merupakan salah satu terapi nonfarmakologis berupa terapi psikoreligius yang dilakukan dengan mengingat dan menyebut nama Allah SWT secara berulang untuk meningkatkan ketenangan jiwa. Terapi ini dapat membantu pasien dengan gangguan persepsi sensori halusinasi mengalihkan perhatian dari stimulus internal berupa halusinasi ke stimulus yang nyata sehingga kemampuan mengontrol halusinasi menjadi lebih baik. Penelitian menunjukkan bahwa terapi dzikir efektif dalam menurunkan frekuensi halusinasi dan meningkatkan ketenangan pada pasien skizofrenia (Asmaya, 2025).

Halusinasi pendengaran merupakan masalah keperawatan yang paling sering ditemukan pada pasien skizofrenia dan dapat menyebabkan gangguan dalam mengenali realitas, berinteraksi sosial, serta meningkatkan risiko perilaku yang membahayakan orang lain. Salah satu intervensi keperawatan yang membantu pasien mengenali, mengontrol, dan mengurangi frekuensi halusinasi, bercakap-cakap dengan orang lain, melakukan aktivitas terjadwal, dan patuh minum obat.

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa terapi dzikir sebagai salah satu bentuk terapi psikoreligius yang telah banyak dikembangkan sebagai terapi nonfarmakologis pendukung. Penelitian (Gasril & Sasmita, 2023), menunjukkan bahwa terapi psikoreligius memberikan pengaruh yang signifikan terhadap peningkatan kemampuan pasien skizofrenia dalam mengontrol halusinasi pendengaran. Hasil tersebut diperkuat oleh (Ardianti dan Hidayati, 2024), yang membuktikan bahwa penerapan terapi dzikir secara rutin mampu menurunkan

frekuensi dan intensitas halusinasi pendengaran serta meningkatkan ketenangan pasien. Temuan tersebut menunjukkan bahwa terapi dapat diterapkan sebagai bagian dari intervensi keperawatan berbasis bukti dalam manajemen halusinasi pada pasien skizofrenia.

Peran perawat jiwa dalam menjalankan perannya adalah memberikan asuhan keperawatan yang profesional, holistik, dan berkesinambungan kepada pasien dengan gangguan jiwa sesuai standar pelayanan yang berlaku. Pada pasien dengan gangguan persepsi sensori (Halusinasi), perawat memberikan terapi nonfarmakologis seperti dzikir untuk membantu menurunkan frekuensi halusinasi. Selain itu, perawat juga berperan dalam mendukung proses pemulihan, mencegah kekambuhan, dan meningkatkan kemampuan pasien dalam beradaptasi dengan lingkungannya. Pelaksanaan asuhan keperawatan dilakukan berdasarkan EBP dan SOP serta mengacu pada SDKI, SLKI dan SIKI (Dyah, 2025).

Sedangkan, salah satu tanda dan gejala yang sering terjadi pada klien dengan skizofrenia paranoid adalah halusinasi pendengaran dalam bentuk suara, bunyi barang-barang atau siulan. Dengan demikian, maka daripada itulah maka penulis tertarik untuk melakukan Pemberian Terapi Dzikir Dalam Asuhan Keperawatan Pada Ny.A Dengan Masalah Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran Di Puskesmas Karangpawitan Garut.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian yang terdapat pada latar belakang diatas maka rumusan masalah dalam Karya Ilmiah Ners ini adalah “Analisis Asuhan Keperawatan Pada

Ny. A Dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran Dengan Intervensi Terapi Dzikir Di Puskesmas Karangpawitan Garut”.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Penulis mampu memberikan dan menganalisis asuhan keperawatan secara langsung pada klien dengan skizofrenia yang meliputi aspek biologi, psikologi, sosial dan spiritual dengan pendekatan proses keperawatan.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mampu melakukan pengkajian pada Ny.A gangguan persepsi sensori: Halusinasi Pendengaran di wilayah kerja Puskesmas Karangpawitan.
- b. Mampu menegakkan diagnosis keperawatan pada Ny.A persepsi sensori: Halusinasi Pendengaran di wilayah kerja Puskesmas Karangpawitan.
- c. Mampu menyusun intervensi keperawatan pada Ny.A persepsi sensori: Halusinasi Pendengaran di wilayah kerja Puskesmas Karangpawitan.
- d. Mampu melaksanakan implementasi dengan judul asuhan keperawatan pada Ny. A dengan Gangguan Persepsi Sensori (Halusinasi) di Puskesmas Karangpawitan.
- e. Mampu melakukan evaluasi dengan judul analisis asuhan keperawatan dengan gangguan persepsi sensori (halusinasi) pada Ny. A di Puskesmas Karangpawitan.
- f. Mampu menganalisis antara teori dan praktik keperawatan pada Ny.A dengan *Evidence Based Practice* (EBP) Terapi Dzikir Pada Pasien Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi.

- g. Mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan gangguan persepsi sensori (Halusinasi) pada Ny.A di Puskesmas Karangpawitan.

1.4 Manfaat Penelitian

Karya ilmiah ini diharapkan bermanfaat sebagai bahan referensi dalam pengembangan ilmu dan menambah pengetahuan dibidang keperawatan jiwa khususnya dalam pelaksanaan asuhan keperawatan jiwa Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran.

1.4.1 Bagi Klien

Diharapkan memberikan pengetahuan serta masukan kepada klien tentang cara menangani, merawat, dan mencegah kekambuhan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran.

1.4.2 Bagi Institusi Rumah Sakit

Dari hasil karya tulis ini bisa digunakan sebagai informasi bagi institusi sehingga dapat dijadikan sebagai salah satu referensi dalam melakukan Pemberian Terapi Religious Dzikir Dalam Asuhan Keperawatan Pada Ny. A Dengan Masalah Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Di Puskesmas Karang Pawitan.

1.4.3 Bagi Institusi Pendidikan

Data dan hasil karya ilmiah tulis yang diperoleh dapat menjadi bahan informasi dan masukan dalam wahana pembelajaran keperawatan jiwa, sehingga informasi ini dapat dikembangkan dalam praktek belajar lapangan, dan hasil penelitian ini juga dapat dijadikan sebagai bahan referensi untuk penelitian selanjutnya.

1.5 Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan yang digunakan oleh penulis dalam membuat karya tulis ilmiah yang terdiri dari 4 BAB, yaitu Bab I yang berisi latar belakang, tujuan, penulisan, manfaat serta sistematika penulisan. Bab II tentang Tujuan Teoritis berisi konsep dasar penyakit dan konsep dasar Asuhan Keperawatan, Bab III berisi tentang Tinjauan Kasus dan pembahasan yang di temukan di lapangan adalah kesenjangan antara teori dan fakta yang ada serta dicari pencahayaannya dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan dan yang terakhir Bab IV yang merupakan penutup yang berisi tentang pembahasan yang ditemukan di lapangan adalah kesenjangan antara teori dan fakta yang ada serta dicari pemecahan dengan menggunakan proses keperawatan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Skizofrenia

2.1.1 Definisi Skizofrenia

Skizofrenia adalah gangguan mental berat yang ditandai dengan adanya gangguan pada proses berpikir, persepsi, emosi, dan perilaku seseorang. Individu yang mengalami skizofrenia sering kali mengalami kesulitan membedakan antara kenyataan dan khayalan, sehingga dapat memengaruhi kemampuan mereka dalam menjalani aktivitas sehari-hari serta berinteraksi dengan lingkungan sosial. Gangguan ini bersifat kronis dan umumnya memerlukan penanganan jangka panjang (Permatasari & Gamayanti, 2020).

Skizofrenia adalah gangguan jiwa berat yang bersifat kronis dan ditandai oleh gangguan dalam proses pikir, persepsi, emosi, serta perilaku. Penderita skizofrenia umumnya mengalami kesulitan dalam menilai realitas yang ditandai dengan munculnya gejala seperti waham (delusi), halusinasi, gangguan berpikir, dan perubahan perilaku yang dapat mengganggu fungsi sosial maupun pekerjaan. Gangguan ini memengaruhi kemampuan individu untuk berhubungan dengan orang lain, mengelola emosi, dan menjalankan aktivitas sehari-hari secara efektif (Irwan et al., 2021).

Skizofrenia merupakan sindrom klinis yang kompleks dengan penyebab multifaktorial yang melibatkan faktor biologis, genetik, psikologis, dan lingkungan. Penyakit ini biasanya muncul pada akhir masa remaja atau awal dewasa dan memerlukan penatalaksanaan jangka panjang yang meliputi terapi farmakologis,

psikoterapi, serta dukungan keluarga dan lingkungan untuk membantu meningkatkan kualitas hidup penderita (Irwan et al., 2021).

Jadi dapat disimpulkan bahwa skizofrenia adalah gangguan jiwa berat dengan ciri-ciri yang khusus, yang menunjukkan suatu reaksi psikotik yang tidak bisa diterima individu secara social, dengan tanda kelainan persepsi, pikiran, dan perilaku seseorang.

2.1.2 Etiologi Skizofrenia

Ada beberapa faktor penyebab Skizofrenia dalam (Malikussaleh, 2024) yakni:

a. Faktor Genetik

Faktor keturunan merupakan salah satu penyebab utama skizofrenia. Risiko seseorang mengalami skizofrenia lebih tinggi apabila memiliki anggota keluarga, seperti orang tua atau saudara kandung, yang menderita gangguan tersebut. Semakin dekat hubungan kekerabatan dengan penderita, semakin besar risiko terjadinya skizofrenia.

b. Faktor Biologis

Faktor biologis berkaitan dengan adanya gangguan pada struktur dan fungsi otak serta ketidakseimbangan neurotransmitter, terutama dopamin, serotonin, dan glutamat. Ketidakseimbangan zat kimia tersebut dapat memengaruhi proses berpikir, emosi, dan perilaku seseorang.

c. Faktor Psikologis

Pengalaman hidup yang penuh tekanan, trauma masa kanak-kanak, kehilangan orang yang dicintai, konflik keluarga, atau stres berkepanjangan

dapat meningkatkan kerentanan seseorang terhadap skizofrenia, terutama pada individu yang memiliki predisposisi genetik.

d. Faktor Lingkungan

Lingkungan yang tidak mendukung, isolasi sosial, urbanisasi, kemiskinan, serta paparan stres sosial yang berat dapat berperan dalam munculnya gejala skizofrenia. Faktor lingkungan sering kali bertindak sebagai pemicu pada individu yang sudah memiliki kerentanan sebelumnya.

e. Faktor Prenatal dan Perinatal

Gangguan selama masa kehamilan dan persalinan, seperti infeksi pada ibu hamil, kekurangan nutrisi selama kehamilan, hipoksia (kekurangan oksigen saat lahir), atau komplikasi persalinan, dapat meningkatkan risiko terjadinya skizofrenia di kemudian hari.

f. Faktor Penyalahgunaan Zat

Penggunaan zat psikoaktif, seperti ganja, amfetamin, kokain, dan narkotika lainnya, terutama pada usia remaja, dapat meningkatkan risiko munculnya skizofrenia atau memperburuk gejala pada individu yang rentan.

2.1.3 Tanda Dan Gejala Skizofrenia

Terdapat tanda dan gejala yang ditentukan pada penderita skizofrenia menurut (Makhruzah et al., 2021):

- a. Gangguan Pikiran : Gangguan pikiran ditandai dengan proses berpikir yang tidak logis, pembicaraan yang tidak terarah, sulit berkonsentrasi, serta adanya hubungan yang tidak jelas antara satu ide dengan ide lainnya.

- b. Halusinasi : Halusinasi merupakan persepsi yang muncul tanpa adanya rangsangan nyata. Penderita dapat mendengar suara, melihat sesuatu, atau merasakan sensasi tertentu yang sebenarnya tidak ada.
- c. Waham (delusi): Waham adalah keyakinan yang salah dan tidak sesuai dengan kenyataan, namun tetap dipercaya kuat oleh penderita meskipun telah diberikan bukti yang benar.
- d. Gangguan Afek atau Emosi : Gangguan afek ditandai dengan ekspresi emosi yang datar, kurangnya respons emosional, atau emosi yang tidak sesuai dengan situasi yang sedang dihadapi.
- e. Perilaku Aneh atau Tidak Teratur : Penderita dapat menunjukkan perilaku yang tidak sesuai dengan norma sosial, bertindak tidak terduga, atau mengalami kesulitan dalam melakukan aktivitas sehari-hari secara teratur.
- f. Menarik Diri dari Lingkungan Sosial : Penderita cenderung menghindari interaksi sosial, lebih suka menyendiri, dan kehilangan minat untuk berhubungan dengan orang lain.
- g. Kurangnya Motivasi (Avolisi) : Ditandai dengan menurunnya semangat untuk melakukan kegiatan sehari-hari, bekerja, belajar, maupun merawat diri sendiri.
- h. Gangguan Konsentrasi : Penderita mengalami kesulitan memusatkan perhatian, mengingat informasi, dan menyelesaikan tugas yang membutuhkan fokus.
- i. Autisme : Penderita lebih banyak hidup dalam dunia pikirannya sendiri dan cenderung mengabaikan realitas atau lingkungan di sekitarnya.

- j. Ambivilensi : Penderita memiliki dua perasaan atau pikiran yang saling bertentangan terhadap suatu objek atau situasi pada waktu yang bersamaan.
- k. Alogia : Gejala ini ditandai dengan minimnya pembicaraan, biasanya penderita memberi jawaban singkat, tidak tertarik bicara, lebih banyak berdiam, kata-kata tidak sesuai formulasi pikiran dan ketidakadekuatan komunikasi.

2.1.4 Klasifikasi Skizofrenia

Pembagian Skizofrenia menurut (Kurniawaty et al., 2022):

- a. Skizofrenia Simpleks : Skizofrenia simpleks ditandai dengan perkembangan gejala negatif yang berlangsung secara perlahan tanpa disertai gejala psikotik yang menonjol. Penderita biasanya mengalami penurunan minat, menarik diri dari lingkungan sosial, berkurangnya motivasi, serta menurunnya kemampuan dalam menjalankan aktivitas sehari-hari.
- b. Skizofrenia Hebefrenik : Skizofrenia hebefrenik ditandai dengan gangguan proses pikir, emosi yang tidak sesuai, perilaku kekanak-kanakan, serta pembicaraan yang tidak teratur. Tipe ini umumnya muncul pada usia remaja atau dewasa muda.
- c. Skizofrenia Katatonik : Skizofrenia katatonik ditandai oleh gangguan aktivitas motorik yang mencolok, seperti diam dalam waktu lama, mempertahankan posisi tubuh tertentu, tidak merespons lingkungan, atau sebaliknya menunjukkan aktivitas berlebihan tanpa tujuan yang jelas. Pertama kali muncul usia 15-30 tahun, dan biasanya akut serta sering

didahului oleh stress. Ada beberapa tipe skizofrenia pada gambaran klinisnya didominasi sebagai berikut:

1) Stupor Katatonik

Pasien tidak akan merespon terhadap lingkungan sekitar atau orang yang menunjukkan pengurangan hebat dalam beraktivitas terhadap lingkungan atau pengurangan dari pergerakan. Walaupun penampilan klinisnya demikian, pasien akan sering menyadari hal-hal yang sedang berlangsung disekitarnya.

2) Kekakuan (rigiditas) katatonik

Mempertahankan sikap kaku terhadap semua upaya yang menggerakkan dirinya.

3) Kegaduhan katatonik

Kegaduhan aktivitas motorik yang tidak bertujuan dan juga tidak dipengaruhi oleh rangsangan eksternal.

4) Sikap tubuh katatonik

Secara sadar mengambil sikap wajar atau aneh.

d. Skizofrenia Paranoid : Skizofrenia paranoid ditandai oleh adanya waham dan halusinasi yang dominan. Penderita sering merasa dicurigai, dikejar, diawasi, atau menjadi korban suatu ancaman meskipun tidak terdapat bukti yang nyata.

e. Skizofrenia Akut : Skizofrenia akut merupakan kondisi yang ditandai dengan munculnya gejala psikotik secara mendadak, seperti halusinasi,

waham, gangguan perilaku, dan gangguan berpikir yang berlangsung dalam waktu relatif singkat namun memerlukan penanganan segera.

Terdapat beberapa bentuk lain skizofrenia yang dibedakan berdasarkan perjalanan penyakit dan kombinasi gejala yang muncul, yaitu skizofrenia residual dan skizoafektif.

- a. Skizofrenia Residual : Skizofrenia residual adalah kondisi ketika gejala positif seperti halusinasi dan waham telah berkurang atau menghilang, tetapi gejala negatif masih menetap, seperti afek datar, menarik diri dari lingkungan sosial, dan kurangnya motivasi.
- b. Skizofrenia Skizo Afektif : Skizo afektif merupakan gangguan yang menunjukkan kombinasi gejala skizofrenia dan gangguan suasana perasaan (*mood*), seperti depresi atau mania. Penderita dapat mengalami halusinasi atau waham yang disertai perubahan suasana hati yang signifikan.

2.1.5 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pada klien skizofrenia adalah sebagai berikut:

- a. Farmakologi

- 1) Anti psikotik

Obat antipsikotik memiliki dua kelompok, yaitu antipsikotik generasi pertama (*tipikal*) dan generasi kedua (*atipikal*). Untuk tipikal mempunyai fungsi dalam menurunkan gejala positif seperti waham atau halusinasi tetapi lebih cepat mengalami kekambuhan. Contohnya seperti *haloperidol*, *trifluoperazine*, *chlorpromazine* (CPZ) dan *loxapine*. Pada antipsikotik atipikal berfungsi untuk mengatasi gejala

negatif seperti *clozapine*, *risperidone*, *olanzapine*, *quetiapine*, *ziprasidone* dan *aripipazole*.

2) Obat pencegahan efek ekstrapiramidal

Untuk mencegah sindrom ekstrapiramidal dan parkinsonisme adalah *trihexyphenidyl* (THP), *beripidin*, *diphenhydramine* dan *hydrochloride*.

3) Anti Maniak

Pada pasien dengan gejala akut perilaku kekerasan dapat diberikan obat anti maniak seperti lithium. Lithium ini membantu menekan episode kekerasan pada pasien skizofrenia. Bisa juga digunakan untuk gangguan bipolar.

b. Non Farmakologi

1) Terapi Dzikir

Terapi ini lebih mengarah pada pengobatan alami dengan pendekatan batin dan bukan menggunakan obat-obatan kimia. Salah satu manfaat umum dari dzikir adalah untuk membantu individu dengan kelainan atau gangguan fisik, mental, mengenalkan individu terhadap lingkungan sehingga mampu mencapai peningkatan, perbaikan, dan pemeliharaan kualitas hidup. Salah satu terapi okupasi tersebut adalah terapi menggambar yang merupakan salah satu bentuk psikoterapi yang menggunakan media seni untuk berkomunikasi. Terapi dzikir juga merupakan terapi yang mendorong seseorang mengekspresikan, memahami emosi melalui ekspresi artistic, dan melalui proses kreatif sehingga dapat memperbaiki fungsi kognitif, afektif dan psikomotorik.

2) Terapi aktivitas kelompok

Terapi aktivitas kelompok adalah suatu terapi yang bertujuan untuk meningkatkan kemampuan sosialisasi dan juga dapat mengurangi halusinasi bagi penderitanya.

2.2 Konsep Dasar Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran

2.2.1 Definisi Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi

Halusinasi merupakan suatu keadaan hilangnya kemampuan individu dalam membedakan antara rangsangan (pikiran) dan juga rangsangan eksternal (dunia luar). Pasien memberi persepsi/ pendapat tentang lingkungan tanpa adanya objek atau rangsangan yang nyata. Contohnya pasien halusinasi mendengarkan suara-suara tetapi pada kenyataannya tidak ada orang yang berbicara

Halusinasi adalah gangguan persepsi sensori di mana seseorang merasakan, mendengar, melihat, mencium, atau merasakan sesuatu yang sebenarnya tidak ada rangsangan nyata dari luar. Kondisi ini membuat individu seolah-olah mengalami pengalaman yang tampak nyata, meskipun tidak didukung oleh stimulus eksternal yang sesuai (Handayani et al., 2021).

Halusinasi dapat terjadi pada berbagai indera, namun yang paling sering adalah halusinasi pendengaran, seperti mendengar suara-suara yang tidak dapat didengar oleh orang lain. Gangguan ini umumnya ditemukan pada gangguan psikotik seperti skizofrenia, serta dapat dipengaruhi oleh faktor biologis, psikologis, maupun penggunaan zat tertentu (Handayani et al., 2021).

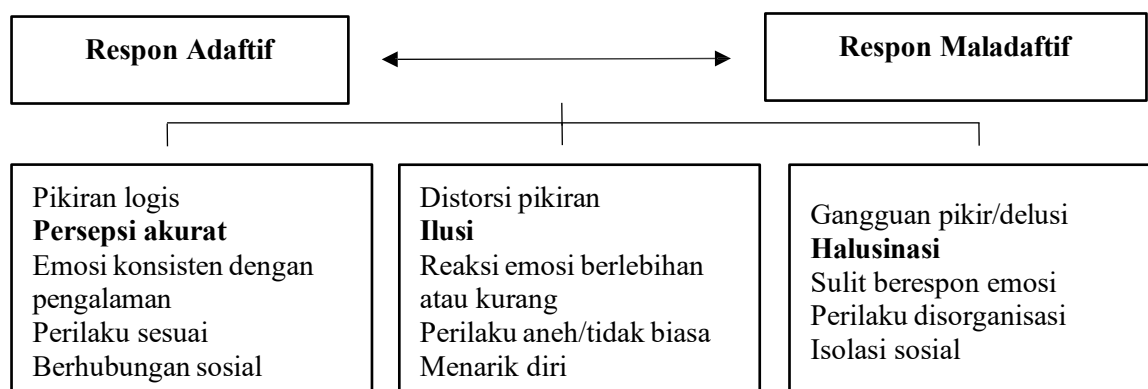
Halusinasi pendengaran adalah gangguan stimulus dimana pasien mendengar suara-suara terutama suara-suara orang, biasanya pasien mendengar

suara orang yang sedang membicarakan apa yang dipikirkannya dan memerintahkan untuk melakukan sesuatu. Perilaku yang muncul adalah mengarahkan telinga pada sumber suara, bicara atau tertawa sendiri, marah-marah tanpa sebab, menutup telinga, mulut komat-kamit, dan ada gerakan tangan.

Berdasarkan beberapa pengertian diatas, maka dapat disimpulkan bahwa halusinasi adalah suatu persepsi individu (klien) terhadap stimulus dari luar tanpa adanya obyek yang nyata. Sedangkan halusinasi pendengaran adalah dimana individu (klien) mendengarkan suara, kebanyak suara orang yang biasanya memerintah untuk melakukan suatu hal yang bisa saja direalisasikan oleh individu dan biasanya membahayakan diri individu atau orang lain.

2.2.2 Rentang Respon Gangguan Pesepsi Sensori: Halusinasi

Bagan 2. 1 Rentang Respon Skizofrenia



Sumber : (Puspitasari & Astuti, 2024; (Handayani et al., 2021)

1. Respon adaptif: Respon yang dapat diterima norma-norma sosial budaya yang berlaku. Dengan kata lain individu tersebut dalam batas normal jika menghadapi suatu masalah akan dapat memecahkan masalah tersebut, respon adaptif sebagai berikut:
 - a. Pikiran logis adalah pandangan yang mengarah pada kenyataan

- b. Persepsi akurat adalah pandangan yang tepat pada kenyataan
- c. Emosi konsisten dengan pengalaman yaitu perasaan yang timbul dari pengalaman
- d. Hubungan sosial adalah proses suatu interaksi dengan orang lain dan lingkungan

2. Respon psikososial:

- a. Proses pikir terganggu adalah proses pikir yang menimbulkan gangguan
- b. Ilusi adalah misinterpretasi atau penialain yang salah tentang penerapan yang benar-benar terjadi (objek nyata) karena rangsangan panca indera
- c. Emosi berlebihan atau berkurang
- d. Perilaku tidak biasa adalah sikap dan tingkah laku yang melebihi batas kewajaran
- e. Menarik diri adalah percobaan untuk menghindari interaksi dengan orang lain

3. Respon maladaptif: Respon individu dalam menyelesaikan masalah yang menyimpang dari norma-norma sosial budaya dan lingkungan, adapun respon maladaptif meliputi:

- a. Kelainan pikiran adalah keyakinan yang secara kokoh dipertahankan walaupun tidak diyakini oleh orang lain dan bertentangan dengan kenyataan sosial

- b. Halusinasi merupakan persepsi sensorial yang salah atau persepsi yang tidak realita
- c. Kerusakan proses emosi adalah perubahan sesuatu yang timbul dan hati
- d. Perilaku tidak terorganisir merupakan suatu yang tidak teratur
- e. Isolasi sosial adalah kondisi kesendirian oleh orang lain dan sebagai suatu kecelakaan yang negatif mengancam

2.2.3 Etiologi Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi

Terdapat 2 faktor penyebab halusinasi menurut (Puspitasari & Astuti, 2024) yaitu:

1. Faktor predisposisi
 - a. Faktor perkembangan: Tugas perkembangan klien terganggu misalnya rendahnya kontrol dan kehangatan keluarga menyebabkan klien tidak mampu mandiri sejak kecil, mudah frustrasi, hilang percaya diri dan lebih rentan terhadap stres.
 - b. Sosiokultural: Seseorang yang merasa tidak diterima dilingkungannya sejak bayi akan merasa disingkirkan, kesepian, dan tidak percaya pada lingkungannya.
 - c. Faktor biologis: Mempunyai pengaruh terhadap terjadinya gangguan jiwa. Adanya stres yang berlebihan dialami seseorang maka di dalam tubuh akan dihasilkan suatu zat yang dapat bersifat halusinogenik neurokimia. Akibat stres berkepanjangan menyebabkan teraktivitasnya neurotransmitter otak.

- d. Faktor psikologis: Tipe kepribadian lemah dan tidak bertanggung jawab mudah terjerumus pada penyalahgunaan zat adiktif. Hal ini berpengaruh pada ketidakmampuan klien dalam mengambil keputusan yang tepat demi masa depannya. Klien lebih memilih kesenangan sesaat dan lari dari alam nyata menuju alam hayal.
 - e. Faktor keturunan: Penelitian menunjukkan bahwa anak sehat yang diasuh oleh orang tua skizofrenia cenderung mengalami skizofrenia. Hasil studi menunjukkan hubungan yang sangat berpengaruh pada penyakit ini.
2. Faktor presipitasi

- a. Perilaku: Respon klien terhadap halusinasi dapat berupa curiga, ketakutan, perasaan tidak aman, gelisah, bingung, perilaku menarik diri, kurang perhatian, tidak mampu mengambil keputusan serta tidak dapat membedakan keadaan yang nyata dan tidak nyata.

Adapun etiologi menurut (Fajrullah et al., 2021) dapat dilihat dari 5 dimensi yaitu:

- 1) Dimensi fisik: Halusinasi dapat ditimbulkan oleh beberapa kondisi fisik seperti kelelahan yang luar biasa, penggunaan obat-obatan, demam hingga derilium, intoksikasi alkohol dan kesulitan alkohol dan kesulitan untuk tidur dalam waktu yang sama.
- 2) Dimensi emosional: Perasaan cemas yang berlebihan atas dasar problem yang tidak dapat diatasi merupakan penyebab halusinasi itu terjadi, isi dari halusinasi dapat berupa perintah memaksa dan

menakutkan. Klien tidak sanggup lagi menentang perintah tersebut hingga dengan kondisi tersebut klien berbuat sesuatu terhadap kekuatan tersebut.

- 3) Dimensi intelektual: Dalam dimensi intelektual ini menerangkan bahwa individu dengan halusinasi merupakan usaha dari ego sendiri untuk melawan implus yang menekan, namun merupakan satu hal yang menimbulkan kewaspadaan yang dapat mengambil seluruh perhatian klien dan jarang akan mengontrol semua perilaku klien.
- 4) Dimensi sosial: Klien mengalami gangguan interaksi sosial dari fase awal dan comforting klien menganggap bahwa hidup bersosialisasi dialam nyata sangat membahayakan. Klien asyik dengan halusinasinya, seolah-olah ia merupakan tempat untuk memenuhi kebutuhan akan interaksi sosial.
- 5) Dimensi spiritual: Secara spiritual klien halusinasi mulai dengan kehampaan hidup, rutinitas, tidak bermakna, hilangnya aktivitas ibadah dan jarang berupaya secara spiritual untuk menyucikan diri, irama sirkardiannya terganggu, karena ia sering tidur larut malam dan bangun sangat siang. Saat terbangun terasa hampa dan tidak jelas tujuan hidupnya. Ia sering memaki takdir tetapi lemah dalam upaya menjemput rezeki, menyalahkan lingkungan dan orang lain yang menyebabkan takdirnya memburuk.

2.2.4 Tanda Dan Gejala Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi

Menurut tanda dan gejala perlu diketahui agar dapat menetapkan masalah halusinasi, antara lain:

1. Berbicara, tertawa, dan tersenyum sendiri
2. Bersikap seperti mendengarkan sesuatu
3. Berhenti berbicara sesaat ditengah-tengah kalimat untuk mendengarkan sesuatu
4. Disorientasi
5. Tidak mampu atau kurang konsentrasi
6. Cepat berubah pikiran
7. Alur pikiran kacau
8. Respon yang tidak sesuai
9. Menarik diri
10. Sering melamun

2.2.5 Jenis Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi

Menurut jenis-jenis halusinasi dibedakan menjadi 7 yaitu Halusinasi pendengaran, penglihatan, penciuman, pengecapan, perabaan, senestetik, dan kinestetik. Adapun penjelasan yang lebih detail adalah sebagai berikut:

1. Halusinasi Pendengaran

Karakteristik: Mendengar suara atau bunyi, biasanya orang. Suara dapat berkisar dari suara yang sederhana sampai suara orang bicara mengenai klien. Jenis lain termasuk pikiran yang dapat didengar yaitu pasien mendengar suara orang yang sedang membicarakan apa yang sedang

dipikirkan oleh klien dan memerintahkan untuk melakukan sesuatu yang kadang-kadang berbahaya.

2. Halusinasi Penglihatan

Karakteristik: Stimulus penglihatan dalam kilatan cahaya, gambar geometris, gambar karton, atau panorama yang luas dan kompleks. Penglihatan dapat berupa sesuatu yang menyenangkan atau yang menakutkan seperti monster.

3. Halusinasi Penciuman

Karakteristik: Mencium bau-bau seperti darah, urine, feses, umumnya bau-bau yang tidak menyenangkan. Halusinasi penciuman biasanya berhubungan dengan stroke, tumor, kejang, dan demensia.

4. Halusinasi Pengecapan

Karakteristik: Merasakan sesuatu yang busuk, amis, dan menjijikan seperti darah, urine, dan feses.

5. Halusinasi Perabaan

Karakteristik mengalami nyeri atau ketidaknyamanan tanpa stimulus yang jelas, rasa tersetrum listrik yang datang dari tanah, benda mati atau orang lain.

6. Halusinasi Senestetik

Karakteristik: Merasakan fungsi tubuh seperti darah mengalir melalui vena dan arteri, makanan dicerna atau pembentukan urine.

7. Halusinasi Kinestetik

Karakteristik: Merasa pergerakan sementara bergerak tanpa berdiri.

2.2.6 Fase Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi

Terjadi halusinasi dimulai dari beberapa fase, hal ini dipengaruhi oleh intensitas keparahan dan respon individu dalam menanggapi adanya rangsangan dari luar. Halunasi berkembang melalui empat fase yaitu *fase comforting*, *fase condemning*, *fase controlling*, dan *fase conquering*.

Adapun penjelasan yang lebih detail dari keempat fase tersebut adalah sebagai berikut:

1. Fase I *Comforting* (Halusinasi Menyenangkan)

Pasien mengalami perasaan yang mendalam seperti ansietas, kesepian, rasa bersalah, takut sehingga mencoba untuk berfokus pada pikiran menyenangkan untuk meredakan ansietas. Individu menganali bahwa pikiran-pikiran dan pengalaman sensori berada dalam kendali kesadaran jika ansietas dapat ditangani. Gejala yang dapat terlihat seperti tersenyum atau tertawa yang tidak sesuai, menggerakkan bibir tanpa suara, pergerakan mata cepat, respon verbal lambat jika sedang asyik dan diam serta asyik sendiri (non psikotik).

2. Fase II *Condemning* (Halusinasi menjadi menjijikan)

Pengalaman sensori yang menjijikan, pasien mulai lepas kendali dan mungkin mencoba mengambil jarak dirinya dengan sumber yang dipersepsikan, menarik diri dari orang lain, merasa kehilangan kontrol, tingkat kecemasan berat. Gejala yang dapat terlihat seperti meningkatnya tanda-tanda sistem saraf otonom akibat ansietas, rentang perhatian menyempit, asyik dengan pengalaman sensori dan kehilangan kemampuan

membedakan halusinasi dan realita, menyalahkan, menarik diri dengan orang lain dan konsentrasi terhadap pengalaman sensori kerja (non psikotik).

3. Fase III *Controlling* (Pengalaman Sensori jadi berkuasa)

Pasien berhenti melakukan perlawanan terhadap halusinasi dan menyerah pada halusinasi tersebut, isi halusinasi menjadi menarik, pasien mungkin mengalami pengalaman kesepian jika sensori halusinasi berhenti. Gejala yang dapat terlihat seperti kemauan yang dikendalikan halusinasi akan diikuti, kesukaran berhubungan dengan orang lain, rentang perhatian hanya beberapa detik atau menit, adanya tanda-tanda fisik ansietas berat: berkeringat, tremor dan tidak mampu mematuhi perintah, dan isi halusinasi menjadi atraktif (psikotik).

4. Fase IV *Conquering* (umunya menjadi melebur dalam halusinasinya)

Pengalaman sensori menjadi mengancam jika pasien mengikuti perintah halusinasinya, halusinasi berakhir dari beberapa jam atau hari jika tidak ada intervensi terapeutik. Gejala yang dapat terlihat seperti perilaku error akibat panik, potensi kuat suicide atau homicide aktivitas fisik merefleksikan isi halusinasi seperti perilaku kekerasan, agitasi, menarik diri, atau katatonik, dan tidak mampu merespon lebih dari satu orang (psikotik).

2.2.7 Penatalaksanaan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi

Halusinasi merupakan salah satu gejala yang paling sering terjadi pada gangguan Skizofrenia, adapun tindakan penatalaksanaan dilakukan dengan berbagai terapi.

1. Psikofarmakologis: Obat sangat penting dalam pengobatan skizofrenia, karena obat dapat membantu pasien skizofrenia untuk meminimalkan gejala perilaku kekerasan, halusinasi, dan harga diri rendah. Sehingga pasien skizofrenia harus patuh minum obat secara teratur dan mau mengikuti perawatan.

Tabel 2. 1 Obat Psikofarmakologis

Kelas Kimia	Nama Generik (Dagang)	Dosis Harian
Fenotiazin	Asetofenazin (Tidal)	60-120 mg
	Klopromazin (Thorazine)	30-800 mg
	(Prolixine, Permit)	1-40 mg
	Mesoridazin (Serentil)	30-400 mg
	Perfenazin (Trialon)	12-64 mg
	Prokloperazin	15-150 mg
	(Compazine)	40-1200 mg
	Promazine (Sparine)	150-800 mg
	Tiodazin (Mellani)	2-40 mg
	Trifluopromazine (Stelazine)	
	Trifliopromazine (Vesprin)	60-150 mg

2. Terapi kejang listrik (Electro Compulsive Therapy), yaitu suatu terapi fisik atau suatu pengobatan untuk menimbulkan kejang grand mal secara artifisial dengan melewati aliran listrik melalui elektroda yang dipasang pada satu atau dua temples pada pelipis. Jumlah tindakan yang dilakukan merupakan rangkaian yang bervariasi pada setiap pasien tergantung pada masalah pasien dan respon terapeutik sesuai hasil pengkajian selama tindakan. Pada pasien skizofrenia biasanya diberikan jarang atau lebih sering.

3. Terapi kelompok: Terapi kelompok adalah terapi psikologi yang dilakukan secara kelompok untuk memberikan stimulasi bagi pasien dengan gangguan interpersonal. Terapi aktivitas kelompok adalah salah satu upaya untuk memfasilitasi psikoterapi terhadap sejumlah pasien pada waktu yang sama untuk memantau dan meningkatkan hubungan antar anggota.
4. Terapi okupasi: terapi ini bukan pemberian pekerjaan melainkan kegiatan itu sebagai media untuk melakukan kegiatan dan mengembalikan kemampuan berkomunikasi. Oleh karena itu, dalam terapi ini tidak harus diberikan pekerjaan tetapi segala bentuk kegiatan seperti membaca koran, main catur, berdialog, berdiskusi tentang pengalaman dan arti kegiatan bagi dirinya

2.2.8 Instrumen Kuesioner/Skala AHRS (*Auditory Hallucinations rating Scale*)

Instrumen kuesioner/skala AHRS (*Auditory Hallucination Rating Scale*) merupakan alat ukur yang digunakan untuk menilai tingkat keparahan halusinasi pendengaran pada individu dengan gangguan psikotik, terutama pada pasien skizofrenia. Skala ini dirancang untuk menggambarkan pengalaman halusinasi secara lebih terstruktur melalui beberapa aspek utama, seperti frekuensi munculnya suara, intensitas atau kekuatan suara yang didengar, durasi kemunculan, serta sejauh mana halusinasi tersebut memengaruhi aktivitas sehari-hari responden. Dengan demikian, AHRS membantu peneliti atau tenaga kesehatan memperoleh gambaran yang lebih objektif mengenai karakteristik halusinasi pendengaran yang dialami pasien.

Dalam penelitian, AHRS banyak digunakan karena memiliki format yang sederhana, mudah dipahami, dan dapat membantu mengkuantifikasi pengalaman subjektif menjadi data yang lebih terukur. Skala ini juga bermanfaat untuk memantau perubahan kondisi pasien dari waktu ke waktu, baik sebelum maupun sesudah intervensi. Penggunaan AHRS dalam kuesioner penelitian perlu disesuaikan dengan tujuan studi, termasuk memperhatikan validitas, reliabilitas, dan kesesuaian bahasa agar hasil pengukuran lebih akurat dan dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah.

Berikut Kuesioner/Skala AHRS (Auditory Hallucinations Rating Scale)

Berikan tanda (✓) pada kolom yang telah disediakan sesuai dengan kondisi pasien yang Anda temukan.

1. Seberapa sering Anda mendengar suara-suara?
 - ☐ Suara tidak muncul, atau suara muncul kurang dari satu kali seminggu
 - ☐ Suara muncul sekali seminggu
 - ☐ Suara muncul sekali sehari
 - ☐ Suara muncul sekali dalam satu jam
 - ☐ Suara muncul setiap saat atau terus menerus
2. Ketika Anda mendengar suara-suara tersebut, seberapa lama suara-suara tersebut bertahan atau ada?
 - ☐ Suara tidak muncul
 - ☐ Suara berlangsung selama beberapa detik atau hanya sekilas
 - ☐ Suara berlangsung selama beberapa menit
 - ☐ Suara berlangsung setidaknya satu jam

- ☐ Suara berlangsung selama berjam-jam pada satu waktu
3. Ketika Anda mendengar suara tersebut dari mana suara itu terdengar, dari dalam kepala atau dari luar kepala Anda
- ☐ Tidak ada suara yang muncul
 - ☐ Suara berasal dari kepala saja
 - ☐ Suara di luar kepala tetapi dekat dengan telinga atau kepala
 - ☐ Suara berasal di dalam atau dekat telinga dan di luar kepala jauh dari telinga
 - ☐ Suara berasal dari ruang angkasa luar dan jauh dari kepala
4. Seberapa keras suara yang Anda dengar tersebut. Apakah suara tersebut lebih jelas dari suara Anda, sama dengan suara Anda atau lebih tenang/lemah atau hanya bisikan saja?
- ☐ Suara tidak muncul
 - ☐ Suara lebih lembut atau lemah dari suara sendiri berupa bisikan
 - ☐ Suara terdengar nyaring/kenyaringan sama dengan suara dirinya
 - ☐ Sumber suara lebih keras dari suara sendiri
 - ☐ Sangat keras seperti berteriak
5. Menurut Anda apa yang menyebabkan suara tersebut muncul, apakah Anda berpikir muncul karena diri sendiri (internal) atau karena orang lain dan lingkungan (eksternal). Jika karena faktor eksternal seberapa yakin Anda berpikir suara tersebut berasal dari orang lain/lingkungan?
- ☐ Suara tidak muncul

- ☐ Pasien kurang yakin suara muncul atau terjadi semata-mata dari dirinya (internal) dan berhubungan dengan dirinya
 - ☐ Pasien 50% yakin bahwa suara berasal dari penyebab eksternal (orang lain dan lingkungan)
 - ☐ Pasien dari 50% yakin tetapi kurang dari 100% suara-suara berasal dari penyebab eksternal (orang lain dan lingkungan)
 - ☐ Pasien yakin 100% suara-suara yang muncul berasal dari eksternal (orang lain dan lingkungan)
6. Apakah suara yang Anda dengar mengatakan hal-hal yang negatif atau tidak menyenangkan, bisa diceritakan suara-suara tersebut. Berapa banyak suara yang mengatakan hal yang tidak menyenangkan?
- ☐ Tidak ada konten yang tidak menyenangkan
 - ☐ Konten menyenangkan sesekali/ kadang-kadang
 - ☐ Minoritas konten suara tidak menyenangkan atau negatif (kurang dari 50%)
 - ☐ Mayoritas konten suara tidak menyenangkan atau negatif (lebih dari 50%)
 - ☐ Semua konten suara tidak menyenangkan atau negatif
7. Jika suara tersebut hal yang tidak menyenangkan, minta pasien untuk memberikan nilai atau skala secara detail?
- ☐ Tidak menyenangkan atau negatif
 - ☐ Seberapa sering isi negatif, tetapi tidak ada komentar pribadi yang berkaitan dengan dirinya dan keluarga (misalnya sumpah serapah,

katakata kasar, atau komentar yang tidak diarahkan pada dirinya) misalnya “orang itu jahat”.

- ☐ Pelecehan verbal terhadap Anda, mengomentari perilaku Anda, misalnya “Seharusnya melakukan itu, atau mengatakan bahwa...”
 - ☐ Pelecehan verbal terhadap Anda yang berkaitan dengan konsep diri, misalnya “kau malas, kau jelek, kau gila, kau sesat”
 - ☐ Ancaman terhadap Anda (misal mengancam Anda untuk menyakiti diri atau keluarga, perintah atau petunjuk yang ekstrim untuk menyakiti diri sendiri atau orang lain, dan pelecehan diri secara verbal.
8. Apakah suara yang Anda dengarkan menyedihkan, berapa lama suara itu menyedihkan?
- ☐ Suara tidak menyusahkan sama sekali
 - ☐ Suara sesekali menyusahkan dan mayoritas tidak menyusahkan
 - ☐ Suara antara menyusahkan dan tidak menyusahkan sama
 - ☐ Mayoritas suara menyusahkan, minoritas tidak menyusahkan
 - ☐ Suara selalu menyedihkan atau menyusahkan
9. Ketika suara yang menyedihkan muncul, bagaimana sampai menyedihkan Anda, apakah suara tersebut muncul baru saat ini atau sudah pernah?
- ☐ Suara tidak menyusahkan atau mengganggu
 - ☐ Suara sedikit menyedihkan atau mengganggu
 - ☐ Suara menyedihkan atau mengganggu pada tingkat sedang
 - ☐ Suara sangat menyedihkan atau mengganggu dan pasien bisa merasa kondisinya lebih buruk

- ☐ Suara sangat menyedihkan atau mengganggu, merasa kondisinya sangat buruk

10. Apakah suara tersebut sampai mengganggu hidup Anda atau mengganggu pelaksanaan pekerjaan dan harian aktivitas harian Anda, apakah mengganggu hubungan dengan teman dan keluarga? apakah mengganggu Anda dalam pelaksanaan tugas perawatan diri Anda

- ☐ Tidak ada gangguan dalam kehidupan, mampu mempertahankan hidup mandiri tanpa masalah dalam ketrampilan hidup sehari-hari. Mampu mempertahankan hubungan sosial dan keluarga (jika ada)
- ☐ Suara yang didengar menyebabkan gangguan dengan jumlah yang minimal dalam kehidupan: mengganggu konsentrasi walaupun mampu melakukan aktivitas siang hari dan mampu berhubungan sosial serta dapat mempertahankan hidup secara mandiri tanpa dukungan
- ☐ Suara yang didengar menyebabkan gangguan dengan jumlah yang sedang dalam kehidupan: menyebabkan gangguan diri melakukan aktivitas siang hari dan hubungan sosial serta dapat mempertahankan hidup dengan bantuan dan dukungan dari orang sekitar
- ☐ Suara menyebabkan gangguan parah pada kehidupan sehingga rawat inap biasanya diperlukan. Pasien mampu mempertahankan beberapa kegiatan sehari-hari, perawatan diri. Pasien mengalami gangguan yang berat dalam pelaksanaan ketrampilan hidup sehari-hari dan dalam hubungan sosial

- ☐ Suara menyebabkan gangguan hidup yang lengkap membutuhkan rawat inap. Pasien tidak mampu melakukan kegiatan sehari-hari dan hubungan sosial, serta perawatan diri terganggu

11. Apakah Anda berpikir memiliki kontrol ketika suara itu muncul, apakah Anda mampu mengusir atau menghalau suara tersebut

- ☐ Pasien percaya dapat memiliki kontrol atas suara-suara dan selalu bisa menghentikan suara sesuka hati
- ☐ Pasien percaya dapat memiliki kontrol atas suara-suara di sebagian besar kesempatan
- ☐ Pasien percaya dapat memiliki kontrol atas suara-suara di beberapa kesempatan
- ☐ Pasien percaya dapat memiliki kontrol suara-suara dan hanya mampu membantu menghilangkan suara-suara hanya sesekali saja. Sebagian besar tidak sanggup mengatasi atau mengendalikan
- ☐ Pasien tidak memiliki cara kontrol ketika suara terjadi dan tidak mampu mengusir suara-suara tersebut sama sekali

Skor Total:

Interpretasi :

- a. 0 : Tidak ada halusinasi (normal)
- b. 1 – 11 : Halusinasi Ringan
- c. 12-22 : Halusinasi Sedang
- d. 23 - 33 : Halusinasi Berat
- e. 34 – 44 : Halusinasi Sangat Berat

2.2.9 Terapi Psikoreligius

Terapi adalah usaha untuk memulihkan kesehatan orang yang sedang sakit, perawatan penyakit dan pengobatan penyakit. Menurut kamus lengkap psikologi, terapi adalah suatu pengobatan yang ditujukan kepada penyembuhan suatu kondisi patologis. Terapi juga dapat diartikan sebagai suatu jenis pengobatan kekuatan batin atau penyakit dengan rohani, bukan pengobatan dengan obat-obatan. Sedangkan psikoreligius berasal dari dua kata, yaitu psiko dan religius. Psiko berasal dari kata *Psyche* (Inggris) dan *Psuche* (Yunani) artinya: nafas, kehidupan, hidup, jiwa, roh, sukma dan semangat. Jiwa Yaitu sesuatu yang menyangkut batin dan watak manusia, yang bukan bersifat badan/tenaga, bukan hanya pembangunan fisik yang diperhatikan, melainkan juga pembangunan psikis.

Disini mental dihubungkan dengan akal, pikiran, dan ingatan, maka akal haruslah dijaga dan dipelihara olah karena itu dibutuhkan mental yang sehat agar tambah sehat. Sesungguhnya ketenangan hidup, ketenteraman jiwa dan kebahagiaan hidup tidak hanya tergantung pada faktor luar saja, seperti ekonomi, jabatan, status sosial dimasyarakat, kekayaan dan lain-lain, melainkan lebih bergantung pada sikap dan cara menghadapi faktor-faktor tersebut. Jadi yang menentukan ketenangan dan kebahagiaan hidup adalah kesehatan mental/jiwa, kesehatan mental dan kemampuan menyesuaikan diri (Bahkri, 2019).

Sedangkan religius merupakan kata sifat dari kata benda religi, yang berarti berhubungan dengan agama atau keagamaan. Kata religie sendiri berasal dari bahasa belanda. Pendapat lain mengatakan, religi berasal dari kata "relegere" yang berarti mengumpulkan dan membaca. Jadi religi, mengandung pengertian

mengumpulkan cara-cara mengabdikan kepada Tuhan, dan ini terkumpul dalam kitab suci yang harus dibaca. Ada juga yang mengatakan, religi berasal dari kata "religare" yang berarti mengikat. Ini karena ajaran-ajaran agama (religi) memang mempunyai sifat mengikat bagi manusia (pemeluknya), dalam agama terdapat pula ikatan antara diri (hamba) dengan Tuhannya. 10 Religi yang artinya agama, berasal dari akar kata Sanskerta gam yang artinya pergi, kemudian setelah mendapat awalan a dan akhiran a (agam- a) artinya menjadi jalan. Jadi, agama adalah suatu jalan yang harus diikuti, supaya orang dapat sampai ke suatu tujuan yang mulia dan suci. Pengertian yang lebih populer adalah agama berasal dari A yang artinya tidak, dan gama yang berarti kacau, jadi agama ialah (yang membuat sesuatu) tidak kacau.

Berdasarkan pengertian terapi dan psikoreligius di atas, maka dapat disimpulkan bahwa terapi psikoreligius (keagamaan) secara Islami, yaitu suatu perlakuan dan pengobatan yang ditujukan kepada penyembuhan suatu penyakit mental, kepada setiap individu, dengan kekuatan batin atau ruhani, yang berupa ritual keagamaan bukan pengobatan dengan obat-obatan, dengan tujuan untuk memperkuat iman seseorang agar ia dapat mengembangkan potensi diri dan fitrah beragama yang dimilikinya secara optimal, dengan cara mensosialkan nilai-nilai yang terkandung di dalam al-Quran dan as-Sunnah ke dalam diri. Sehingga ia dapat hidup selaras, seimbang dan sesuai dengan ajaran agama.

Terapi religius zikir bisa dikatakan efektif bila meningkatkan kemampuan mengontrol halusinasi pendengaran dengan hasil sudah dibuktikan bahwa banyak responden mengalami peningkatan dalam kemampuan mengontrol halusinasi,

tetapi banyaknya stimulus suara lain yang datang dari banyak sumber akan sedikit menyulitkan satu responden dalam proses terapi zikir (Hidayati, 2020).

Terapi psikoreligius Dzikir menurut bahasa berasal dari kata "dzakar" yang berarti ingat. Jika berdzikir kepada Allah artinya menjaga ingatan agar selalu ingat kepada Alla ta'ala, Dzikir menurut syara' adalah ingat kepada Allah dengan etika tertentu yang sudah ditentukan hati dan mengagungkan Allah. Menurut Ibnu Abbas ra. Dzikir adalah wadah, sarana, agar manusia tetap terbiasa dzikir (ingat) kepada-Nya ketika berada diluar shalat. Tujuan dzikir adalah mengagungkan Allah, mensucikan hati dan jiwa, menggunakan Allah selaku hamba yang bersyukur, dapat mengobati penyakit dengan metode ruqiah dzikir dapat menyehatkan tubuh, mencegah manusia dari bahaya nafsu.

2.2.10 Penatalaksanaan Terapi Psikoreligius Dzikir

Dzikir, secara etimologi berasal dari kata: dzakara, yadzкуру, dzikran, yang berarti menyebut dan mengingat. Sedangkan secara terminologis, definisi dzikir banyak sekali. Ensiklopedi Nasional Indonesia menjelaskan, dzikir adalah ingat kepada Allah dengan menghayati kehadiran-Nya, ke-Maha suci-Nya ke-Maha terpuji-Nya dan ke-Maha besaran-Nya.

Menurut Dadang Hawari, dzikir adalah suatu amalan dalam bentuk yang diucapkan secara lisan ataupun dalam hati yang berisikan permohonan kepada Allah SWT dengan mengingat nama-Nya. Sedangkan Sa'id Ibnu Jubair RA Menjelaskan, yang dimaksud dengan dzikir adalah suatu ketaatan yang diniatkan kepada Allah SWT. Hal itu berarti tidak terbatas masalah tasbeih, tahmid, ta' takbir,

tapi dzikir adalah semua aktifitas manusia yang diniatkan kepada SWT. Ibnu Atha'allah As-Sakandi membagi dzikir menjadi tiga bagian, yaitu:

1. Dzikir jali (nyata, jelas)

Suatu perbuatan mengingat Allah SWT dalam bentuk ucapan lisan yang mengandung arti pujian, rasa syukur dan doa kepada Allah SWT.

2. Dzikir Khafi

Dzikir yang dilakukan secara khusyu' oleh ingatan hati, baik disertai lisan ataupun tidak.

3. Dzikir Haqiqi

Tingkat dzikir yang paling tinggi, yang dilakukan oleh seluruh raga, lahiriyah dan bathiniyah, kapan dan dimana saja. Sama halnya dengan doa, dzikir juga mengandung unsur kerohanian/keagamaan yang dapat membangkitkan rasa percaya diri (self confidence) dan keimanan (faith) pada diri orang yang sedang sakit, sehingga kekebalan tubuh meningkat, sehingga mempercepat proses penyembuhan. M. Amin Syukur mengatakan, ada beberapa manfaat yang dapat dipetik melalui berdzikir, yaitu memantapkan iman, memperkuat energy akhlak, terhindar dari bahaya dan terapi jiwa, serta yang paling penting adalah terapi fisik. Hal ini sesuai dengan konsep yang dikemukakan oleh Hendra tentang penelitian dzikir (Laa ilaaha illallah dan Astaghfirullah) yang diberikan oleh dr. Arman Yurisaldi Saleh yang mengungkapkan fenomena dzikir ini melalui pendekatan ilmiah neuro science. Beliau adalah seorang spesialis syaraf

sekaligus seorang klinisi yang sering menangani dan menerima konsultasi penyakit-penyakit syaraf.

Hasilnya adalah bahwa udara yang keluar dari paru-paru melalui mulut akan lebih banyak dibandingkan dengan bacaan pada kalimat dzikir yang lain, seperti Subhanallah (dua huruf jahr), Allahu akbar (tiga huruf jahr) dan Alhamdulillah (dua huruf jahr). Ditinjau secara medis-klinis, jika kita melafalkan kalimat dzikir Laa ilaaha illallah dan Astaghfirullah secara benar sesuai ilmu tajwid berarti kita sedang mengeluarkan karbondioksida lebih banyak saat udara dihembuskan keluar mulut, dibandingkan dengan jika kita membaca kalimat zikir yang mengandung lebih sedikit huruf jahr. Kalimat dzikir yang lain seperti dzikir Asmaul husna, shalawat Nariyah dan sebagainya, tetap bermanfaat memberikan dampak ketenangan.

Dampak sehatnya adalah ketika seseorang melakukan dzikir secara intens dan khusyuk seraya memahami dan menghayati artinya, pembuluh darah di otak akan membuat aliran karbondioksida yang keluar dari pernafasan menjadi lebih banyak. Kadar karbondioksida di otak pun akan menurun dengan teratur. Sehingga tubuh pun akan segera menampilkan kemampuan refle/kompensasi rileks. Rangkaian proses pengeluaran karbondioksida yang merupakan oksidan/gas buangan metabolit dan proses neurosis tersebut ternyata mempunyai efek positif bagi pembaca dzikir (Bahkri, 2019)

2.2.11 Proses Terjadinya Masalah

Psikopatologi dari halusinasi yang belum diketahui. Banyak teori yang diajukan yang menekankan pentingnya faktor-faktor psikologis, fisiologik, dan lain-lain. Beberapa orang mengatakan bahwa situasi keamanan otak normal

dibombardir oleh aliran stimulus yang berasal dari tubuh atau dari luar tubuh. jika masukan akan terganggu atau tidak ada sama sekali saat bertemu dalam keadaan normal atau psikologis, materi berada dalam prasadar dapat unconscious atau dilepaskan dalam bentuk halusinasi. Pendapat lain mengatakan bahwa halusinasi dimulai dengan keinginan yang direpresi ke unconscious dan kemudian karena kepribadian rusak dan kerusakan pada realitas tingkast kekuatan keinginan sebelumnya diproyeksikan keluar dalam bentuk stimulus eksternal.

2.3 Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan, Menurut (Yusuf, 2019) pengkajian pada pasien dengan halusinasi terdiri dari:

1. Faktor Predisposisi
 - a. Faktor perkembangan: Hambatan perkembangan akan mengganggu hubungan interpersonal yang dapat meningkatkan stres dan ansietas yang dapat berakhir dengan gangguan persepsi. Pasien mungkin menekan perasaannya sehingga gangguan persepsi pematangan fungsi intelektual dan emosi tidak efektif.
 - b. Faktor sosial budaya: Berbagai faktor di masyarakat yang membuat seseorang merasa disingkirkan atau kesepian, selanjutnya tidak dapat diatasi sehingga muncul akibat berat seperti delusi dan halusinasi.
 - c. Faktor psikologis: Hubungan interpersonal yang tidak harmonis, serta peran ganda atau peran yang bertentangan dapat menimbulkan ansietas

berat berakhir dengan pengingkaran terhadap kenyataan, sehingga terjadi halusinasi.

- d. Faktor biologis: Struktur otak yang abnormal ditemukan pada pasien gangguan orientasi realitas, serta dapat ditemukan atropik otak, pembesaran ventikel, perubahan besar, serta bentuk sel kortikal dan limbik.
- e. Faktor keturunan: Gangguan orientasi realitas termasuk halusinasi umumnya ditemukan pada pasien skizofrenia. Skizofrenia ditemukan cukup tinggi pada keluarga yang salah satu anggota keluarganya mengalami skizofrenia.

2. Faktor Presipitasi

- a. Stresor sosial budaya: Stres dan kecemasan akan meningkat bila terjadi penurunan stabilitas keluarga, perpisahan dengan orang yang penting atau diasingkan dari kelompok dapat menimbulkan halusinasi.
- b. Faktor biokimia: Berbagai penelitian tentang dopamin, norepineprin, indolamin, serta zat halusigenik diduga berkaitan dengan gangguan orientasi realitas termasuk halusinasi.
- c. Faktor psikologis: Intensitas kecemasan yang ekstrem dan memanjang disertai terbatasnya kemampuan mengatasi masalah memungkinkan berkembangnya gangguan orientasi realitas. Pasien mengembangkan koping untuk menghindari kenyataan yang tidak menyenangkan.
- d. Perilaku: Perilaku yang perlu dikaji pada pasien dengan gangguan orientasi realistik berkaitan dengan perubahan proses pikir, afektif

persepsi, motorik, dan sosial. Batasan karakteristik halusinasi yaitu bicara tertawa sendiri, bersikap seperti mendengar sesuatu, berhenti bicara ditengah-tengah kalimat untuk mendengar sesuatu, disorientasi, pembicaraan kacau dan merusak diri sendiri, orang lain serta lingkungan.

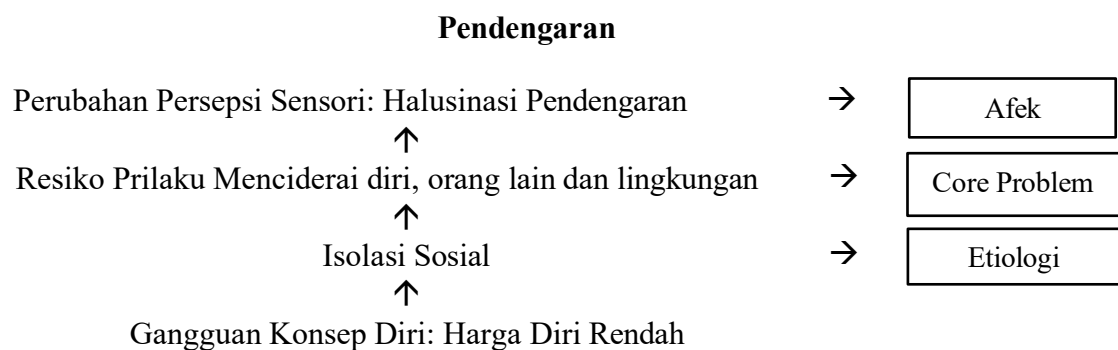
Tabel 2. 2 Pengkajian

Jenis halusinasi	Data objektif	Data subjektif
Halusinasi dengar	- Marah-marah tanpa sebab - Menyelengkan telinga ke arah tertentu - Menutup telinga Bicara atau tertawa sendiri	- Mendengar suara yang bercakap-cakap - Mendengar suara menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya - Mendengar suara atau kegaduhan
Halusinasi penglihatan	- Melihat sesuatu yang tidak ada wujudnya - Menunjuk sesuatu ke arah yang klien lihat - Ketakutan sesuatu yang tidak jelas oleh pasien	- Melihat geometris, bentuk kartoon, melihat hantu atau monster, bayangan, sinar, bentuk.
Halusinasi penghidu	- Menghidu seperti sedang membaui bau-bauan tertentu - Menutup hidung	- Membau bau-bauan seperti bau darah, urin, feces, kadang-kadang bau itu menyenangkan
Halusinasi pengecapan	- Sering meludah - Muntah	- Merasakan rasa seperti darah, urin atau feces
Halusinasi perabaan	- Menggaruk-garuk permukaan kulit	- Mengatakan ada serangga dipermukaan kulit - Merasa seperti tersengat listrik
Gangguan persepsi sensori	- Mendengar suara bisikan atau melihat bayangan - Merasakan sesuatu melalui indra peraba, penciuman atau pengecap - Menyatakan kesal	- Distorsi sensori - Respon tidak sesuai - Bersikap seolah melihat, mendengar, atau mencium sesuatu - Menyendiri - Melamun - Disorientasi waktu, tempat, orang atau situasi - Curiga - Melihat ke satu arah - Mondar mandir - Bicara sendiri
Prilaku kekerasan	- Mengancam - Mengumpat dengan kata kasar - Suara keras - Bicara ketus	- Menyerang orang lain - Melukai diri sendiri - Merusak lingkungan - Perilaku agresif - Mata melotot atau pandangan tajam - Tangan mengepal - Wajah memerah
Isolasi sosial	1. Merasa ingin sendiri 2. Merasa tidak aman di tempat umum 3. Merasa beda dengan orang lain 4. Merasa asyik dengan pikiran sendiri 5. Merasa tidak mempunyai tujuan yang jelas	6. Menarik diri 7. Tidak berminat atau menolak berinteraksi dengan orang lain 8. Afek datar 9. Afek sedih 10. Menunjukkan permusuhan 11. Tidak ada kontak mata 12. Tidak bergairah atau lesu

2.3.2 Pohon Masalah

Pasien biasanya memiliki lebih dari satu masalah keperawatan. Sejumlah masalah pasien akan saling berhubungan dan dapat digambarkan sebagai pohon masalah. Untuk membuat pohon masalah, minimal harus ada tiga masalah yang berkedudukan sebagai penyebab (causa), masalah utama (core problem), dan akibat (effect). Menurut (Zelika & Dermawan, 2019) pohon masalah halusinasi adalah sebagai berikut:

Bagan 2. 2 Pohon masalah gangguan sensori/persepsi : Halusinasi



Sumber : (Keliat, 2019)

2.3.3 Diagnosis Keperawatan

Rumusan diagnosis keperawatan jiwa mengacu pada pohon masalah yang sudah dibuat. Menurut (Dalami, 2021), diagnosa keperawatan klien dengan halusinasi pendengaran adalah sebagai berikut:

1. Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran
2. Isolasi Sosial
3. Risiko Perilaku Kekerasan

2.3.4 Rencana Tindakan Keperawatan

Hasil Penelitian (Deden Dermawan, 2019) dalam bukunya, rencana tindakan dapat dilakukan:

1. Tindakan keperawatan pasien halusinasi
 - a. Tujuan dan kriteria hasil
 - 1) Pasien mengenali halusinasi yang dialaminya
 - 2) Pasien dapat mengontrol halusinasinya
 - 3) Pasien mengikuti program pengobatan secara optimal
 - b. Tindakan keperawatan
 - 1) Membantu pasien mengenali halusinasi: berdiskusi tentang isi halusinasi, frekuensi terjadinya halusinasi, situasi yang menyebabkan halusinasi muncul, dan respon pasien saat halusinasi muncul.
 - 2) Melatih pasien mengontrol halusinasi: menghardik, bercakap-cakap, melakukan aktivitas yang terjadwal, dan menggunakan obat secara teratur.
2. Tindakan keperawatan untuk keluarga
 - a. Tujuan
 - 1) Keluarga dapat terlibat dalam perawatan pasien baik di rumah sakit maupun di rumah
 - 2) Keluarga dapat menjadi pendukung yang efektif untuk pasien

b. Tindakan keperawatan

- 1) Diskusikan masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat pasien.
- 2) Berikan Pendidikan Kesehatan tentang pengertian halusinasi, jenis halusinasi, proses terjadinya halusinasi, tanda dan gejala halusinasi, dan cara merawat pasien halusinasi.
- 3) Berikan kesempatan kepada keluarga untuk memperagakan cara merawat pasien dengan halusinasi langsung dihadapannya.
- 4) Buat perencanaan pulang dengan keluarga.

3. Terapi Aktivitas Kelompok (TAK)

a) TAK orientasi realitas

- 1) Sesi 1: pengenalan orang
- 2) Sesi 2: pengenalan tempat
- 3) Sesi 3: pengenalan waktu

b) TAK stimulasi persepsi

- 1) Sesi 1: mengenal halusinasi
- 2) Sesi 2: mengontrol halusinasi dengan menghardik
- 3) Sesi 3: mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan
- 4) Sesi 4: mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap
- 5) Sesi 5: mengontrol halusinasi dengan patuh minum obat teratur

Tabel 2. 3 Rencana Tindakan Keperawatan

No.	Diagnosis	Tujuan	Intervensi
1.	Gangguan persepsi sensori (D.0085) b.d gangguan pendengaran ditantai dengan: Ds: 1. Mendengar suara bisikan atau melihat bayangan 2. Merasakan sesuatu melalui indera perabaan, penciuman, perabaan atau pengecap, meraba, atau mencium sesuatu 3. Menyatakan kesal Do: 4. Distorsi sensori 5. Respon tidak sesuai 6. Bersikap seolah melihat, mendengar, mengecap 7. Perilaku halusinasi menurun 8. Respon sesuai stimulus membaik	Persepsi Sensori (L.09083) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama x pertemuan diharapkan persepsi realistis terhadap stimulus baik internal maupun eksternal membaik teratasi dengan kriteria sebagai berikut: 1. Verbalisasi mendengar bisikan menurun 2. Verbalisasi melihat bayangan menurun 3. Verbalisasi merasakan indra peraba menurun 4. Verbalisasi merasakan sesuatu indra penciuman menurun 5. Verbalisasi merasakan sesuatu indra pengecapan menurun 6. Distorsi menurun 7. Perilaku halusinasi menurun 8. Respon sesuai stimulus membaik	Manajemen Halusinasi (I.09288) Observasi: 1. Monitor perilaku yang mengindikasi halusinasi 2. Monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulus lingkungan 3. Monitor isi halusinasi (mis: kekerasan atau membahayakan diri) Terapeutik: 4. Pertahankan lingkungan yang aman 5. Lakukan tindakan keselamatan ketika tidak dapat mengontrol perilaku (mis: limit setting, pembatasan wilayah, pengkekangan fisik, seklusi) Diskusikan perdebatan tentang validitas halusinasi 6. Anjurkan melakukan distraksi (mis: mendengarkan musik, melakukan aktivitas dan teknik relaksasi, terapi dzikir) Edukasi: 7. Anjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi 8. Anjurkan bicara pada orang yang dipercaya untuk memberi dukungan dan umpan balik korektif terhadap halusinasi 9. Ajarkan pasien dan keluarga cara mengontrol halusinasi Kolaborasi: 10. Kolaborasi pemberian obat antipsikotik dan antiansietas, jika perlu Dukungan Kepatuhan Program Pengobatan (I.12361) Observasi : 1. Identifikasi kepatuhan menjalani program pengobatan

No.	Diagnosis	Tujuan	Intervensi
			Terapeutik : 2. Buat komitmen menjalani program pengobatan dengan baik 3. Buat jadwal pendampingan keluarga untuk bergantian menemani pasien selama menjalani program pengobatan, Jika perlu 4. Libatkan keluarga untuk mendukung program pengobatan yang dijalani Edukasi : 5. Informasikan manfaat yang akan diperoleh jika teratur menjalani program pengobatan 6. Anjurkan keluarga untuk mendampingi dan merawat pasien selama menjalani program pengobatan Anjurkan pasien dan keluarga melakukan konsultasi ke pelayanan kesehatan terdekat, Jika perlu
2.	Risiko Perilaku kekerasan (D.0146) berhubungan dengan ketidakmampuan untuk mengontrol marah Ds: 1. Mengancam 2. Mengumpat dengan kata-kata kasar 3. Suara keras 4. Bicara ketus Do: 5. Menyerang orang lain 6. Melukai diri sendiri/orang lain 7. Merusak lingkungan 8. Perilaku agresif/amuk	Kontrol Diri (L.09075) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x pertemuan diharapkan kemampuan untuk mengendalikan atau mengatur emosi, pikiran, dan perilaku dalam menghadapi masalah meningkat dengan kriteria sebagai berikut: 1. Verbalisasi ancaman kepada orang lain menurun 2. Verbalisasi umpatan menurun 3. Perilaku menyerang menurun 4. Perilaku melukai diri sendiri/orang lain menurun 5. Perilaku merusak lingkungan sekitar menurun 6. Perilaku agresif/amuk menurun 7. Suara keras menurun 8. Bicara keras menurun	Manajemen Keselamatan Lingkungan Observasi: 1. Identifikasi kebutuhan keselamatan (mis, kondisi fisik, dungsu kognitif, dan riwayat perilaku) 2. Monitor perubahan status keselamatan lingkungan Terapeutik: 3. Hilangkan bahaya keselamatan lingkungan (mis: fisik, biologi, dan kimia), jika memungkinkan 4. Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bahaya dan risiko 5. Sediakan alat bantu keamanan lingkungan (mis: comode chair dan pegangan tangan) 6. Gunakan perangkat pelindung (mis: pengekangan fisik, rak samping, pintu terkunci, pagar) 7. Hubungi pihak berwenang sesuai masalah komunitas (mis: puskesmas, polisi, damkar) 8. Fasilitasi relokasi ke lingkungan yang aman

No.	Diagnosis	Tujuan	Intervensi
	9. Mata melotot atau pandangan tajam 10. Tangan mengepal 11. Rahang mengatup 12. Wajah memerah 13. Postur tubuh kaku		9. Lakukan program skrining bahaya lingkungan (mis: timbal) Edukasi: 10. Ajarkan individu, keluarga dan kelompok risiko tinggi tentang bahaya lingkungan
3.	Isolasi sosial (D.0121) berhubungan dengan perubahan status mental Ds: 1. Merasa ingin sendirian 2. menarik diri 3. merasa tidak aman di tempat umum 4. merasa berbeda dengan orang lain 5. merasa asyik dengan pikiran sendiri 6. merasa tidak mempunyai tujuan yang jelas Do: 7. Afek datar 8. Afek sedih 9. Riwayat ditolak 10. Menunjukkan permusuhan 11. Tidak mampu memenuhi harapan orang lain 12. Kondisi difabel 13. Tindakan tidak berarti 14. Tidak ada kontak mata 15. Perkembangan terlambat 16. Tidak bergairah/lesu	Keterlibatan Sosial (L.13116) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama x pertemuan diharapkan kemampuan untuk membina hubungan yang erat, hangat, terbuka, dan independent dengan orang lain meningkat dengan kriteria sebagai berikut: 1. Minat interaksi sosial meningkat 2. Minat terhadap aktivitas meningkat 3. Verbalisasi isolasi sosial menurun 4. Verbalisasi ketidaksesuaian di tempat umum menurun 5. Perilaku menarik diri menurun 6. Afek murung/sedih menurun 7. Perilaku bermusuhan menurun 8. Kontak mata membaik	Promosi Sosialisasi (L.13498) Observasi: 1. Identifikasi kemampuan melakukan interaksi dengan orang lain 2. Identifikasi hambatan melakukan interaksi dengan orang lain Terapeutik: 3. Motivasi meningkatkan keterlibatan dalam suatu hubungan 4. Motivasi kesabaran dalam mengembangkan suatu hubungan 5. Motivasi berpartisipasi dalam aktivitas baru dan keinginan kelompok 6. Motivasi berinteraksi di luar lingkungan (misal jalan-jalan ke toko buku) 7. Diskusikan kekuatan dan keterbatasan dalam berkomunikasi dengan orang lain 8. Diskusikan perencanaan kegiatan dimasa depan 9. Berikan umpan balik positif dalam perawatan diri 10. Berikan umpan balik positif dalam perawatan diri Edukasi: 11. Motivasi meningkatkan keterlibatan dalam suatu hubungan 12. Motivasi kesabaran dalam mengembangkan suatu hubungan 13. Motivasi berpartisipasi dalam aktivitas baru dan keinginan kelompok

No.	Diagnosis	Tujuan	Intervensi
			14. Motivasi berinteraksi di luar lingkungan (mis: jalan-jalan ke toko buku)
4.	Defisit perawatan diri (D.0109) berhubungan dengan Gangguan Psikologis dan Psikotik Ds: 1. Menolak melakukan perawatan diri Do: 2. Tidak mampu mandi, mengenakan pakaian, makan, ke toilet, berhias secara mandiri 3. Minat melakukan perawatan diri kurang	Perawatan Diri (L.11103) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama x pertemuan diharapkan kemampuan melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri dapat teratasi dengan kriteria hasil sebagai berikut: 1. Kemampuan mandi meningkat 2. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat 3. Kemampuan makan meningkat 4. Kemampuan ke toilet 5. Verbalisasi keinginan untuk melakukan perawatan diri meningkat 6. Minat melakukan perawatan diri meningkat 7. Mempertahankan kebersihan diri meningkat	Dukungan Perawatan Diri (L.11348) Observasi: 1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2. Monitor tingkat kemandirian 3. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan 4. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan Terapeutik: 5. Siapkan lingkungan yang terapeutik (misal suasana hangat, rileks, provasi) 6. Siapkan keperluan pribadi (mis: parfum, sikat gigi dan sabun mandi) 7. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 8. Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan 9. Jadwalkan ritinitas perawatan Edukasi: 10. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan
5	Harga diri rendah situasional (D.0087) berhubungan dengan Psikiatri Ds: 1. Menilai diri negatif (mis: tidak berguna, tidak tertolong) 2. Merasa malu/bersalah 3. Merasa tidak mampu melakukan apapun	Harga Diri (L.09069) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama..... x pertemuan diharapkan harga diri meningkat dengan kriteria sebagai berikut: 1. Penilaian diri positif meningkat 2. Perasaan malu menurun 3. Penerimaan penilaian positif terhadap diri sendiri meningkat 4. Percaya diri berbicara meningkat 5. Kontak mata meningkat	Manajemen Perilaku (I.12463) Observasi: 1. Identifikasi harapan untuk mengendalikan perilaku Terapeutik: 2. Diskusikan tanggung jawab terhadap perilaku 3. Jadwalkan kegiatan terstruktur 4. Ciptakan dan pertahankan lingkungan dan kegiatan perawatan konsisten setiap dinas 5. Tingkatkan aktivitas fisik sesuai kemampuan 6. Batasi jumlah pengunjung

No.	Diagnosis	Tujuan	Intervensi
	4. Meremehkan kemampuan mengatasi masalah 5. Merasa tidak memiliki kelebihan atau kemampuan positif 6. Melebih-lebihkan penilaian Do: 7. Enggan mencoba hal baru 8. Berjalan menunduk 9. Postur tubuh menunduk 10. Kontak mata kurang 11. Lesu dan tidak bergairah 12. Berbicara pelan dan lirih 13. Pasif 14. Perilaku tidak asertif 15. Mencari penguatan secara berlebihan	6. Gairan aktivitas meningkat 7. Berjalan menampakkan wajah meningkat 8. Postur tubuh menampakkan wajah meningkat	7. Bicara dengan nada rendah dan tenang 8. Lakukan kegiatan pengalihan terhadap sumber agitasi 9. Cegah perilaku pasif dan agresif 10. Beri penguatan positif terhadap keberhasilan mengendalikan perilaku 11. Lakukan pengekangan fisik sesuai indikasi 12. Hindari bersikap menyudutkan dan menghentikan pembicaraan 13. Hindari sikap mengancam atau berdebat 14. Hindari berdebat atau menawar batas perilaku yang telah ditetapkan Edukasi: 15. Informasikan keluarga bahwa keluarga sebagai dasar pembentukan kognitif

2.3.5 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Ukuran intervensi keperawatan yang diberikan kepada klien terkait dengan dukungan, pengobatan, tindakan untuk memperbaiki kondisi, pendidikan untuk klien-keluarga, atau tindakan untuk mencegah masalah kesehatan yang muncul dikemudian hari (Potter & Perry, 2019).

2.3.6 Evaluasi

Komponen kelima dari proses keperawatan ini adalah evaluasi. Evaluasi didasarkan pada bagaimana efektifnya tindakan keperawatan yang dilakukan oleh keluarga, perawat, dan yang lain. Evaluasi merupakan merupakan proses berkesinambungan yang terjadi setiap kali seorang perawat memperbaharui rencana asuhan keperawatan (Friedman, 2019).

2.4 *Evidence Base Practise (EBP)*

Evidence Based Practice adalah pendekatan sistematis untuk meningkatkan kualitas praktik keperawatan dengan mengumpulkan bukti terbaik, Almaskari (2017). Evidence adalah kumpulan fakta yang diyakini kebenarannya. Ada dua bukti yang dihasilkan oleh evidence yaitu bukti eksternal dan internal. Evidence Based Practice in Nursing adalah penggunaan bukti eksternal dan bukti internal (clinical expertise), serta manfaat dan keinginan pasien untuk mendukung pengambilan keputusan di pelayanan

kesehatan (Chang, Jones & Russell, 2013). Hal ini menuntut perawat untuk dapat menerapkan asuhan keperawatan yang berbasis bukti empiris atau dikenal dengan Evidence Based Nursing Practice (EBNP).

Evidence Based Practice adalah suatu strategi dalam memperoleh pengetahuan dan keterampilan untuk dapat meningkatkan tingkah laku yang positif dengan menggabungkan bukti penelitian terbaik sehingga evidence based practice dapat diterapkan ke dalam praktik keperawatan dan membuat suatu keputusan perawatan kesehatan yang lebih baik (Bostwick, 2013. Bloom et al., 2009. Azmoude, Elham et al., 2017).

Evidence based practice adalah kerangka kerja untuk menguji, mengevaluasi dan menerapkan temuan penelitian dengan tujuan meningkatkan pelayanan keperawatan yang akan diberikan kepada pasien (Melnyk, Fineout-Overholt et al., 2012). Pelayanan kesehatan yang bersifat evidence based practice secara internasional telah diakui sebagai pendekatan yang bersifat dapat menyelesaikan permasalahan serta menekankan pada penerapan penelitian yang terbaik untuk membantu perawat profesional dan calon perawat profesional mendapatkan ilmu yang terbaru (Stokke et al., 2014 dan Chang & Crowe, 2011).

a. Tujuan *Evidence Based Practice*

Menurut Hapsari (2011) tujuan *evidence based practice* ialah memberikan data pada perawat praktisi berdasarkan bukti ilmiah agar dapat memberikan perawatan secara efektif dengan menggunakan hasil penelitian yang terbaik, menyelesaikan masalah yang ada pada pemberian pelayanan

kepada pasien, mencapai kesempurnaan dalam pemberian asuhan keperawatan, jaminan standar kualitas dan memicu inovasi.

Evidence based practice bertujuan untuk mencapai suatu peningkatan pada perawatan pasien, konsistensi perawatan pasien, hasil perawatan pasien dan pengendalian biaya. Penerapan *evidence based practice* sangat penting bagi perawat dalam berkomunikasi secara efektif dengan pasien dan tim kesehatan dalam pengambilan keputusan dan rencana perawatan yang akan diberikan, menerapkan *evidence-based practice* dipelayanan kesehatan dapat menurunkan angka kematian, angka kesakitan dan kesalahan medis (Melnyk, et al., 2012).

b. Komponen Kunci *Evidence Based Practice*

Menurut Drisko (2017) mengembangkan *evidence based practice* model kontemporer dan menyatakan bahwa *evidence based practice* memiliki 4 komponen, yaitu pertama, keadaan klinis klien saat ini; kedua, bukti penelitian terbaik yang relevan; ketiga; nilai dan preferensi klien; keempat, keahlian klinis dari praktis.

Tabel 2. 4 Evidence Base Practise (EBP)

No	Peneliti	Judul	Latar Belakang	Tujuan	Metode	Kesimpulan
1	Gasril, Pratiwi, Suryani Suryani, and Heppi Sasmita. (2021)	Pengaruh Terapi Psikoreligious: Dzikir Dalam Mengontrol Halusinasi Pendengaran Pada Pasien Skizofrenia Yang Muslim Di Rumah Sakit Jiwa Tampan Provinsi Riau	Pasien skizofrenia yang mengalami halusinasi tidak cukup hanya diobati saja, mereka membutuhkan cara – cara lain untuk mengatasinya. Tindakan keperawatan yang dilakukan pada pasien halusinasi di rumah sakit tampan adalah asuhan keperawatan generalis yang sesuai dengan standar asuhan keperawatan pada pasien halusinasi dengan tujuan meningkatkan kemampuan pasien dalam mengontrol halusinasi seperti menghardik, bercakap-cakap, melakukan aktivitas terjadwal dan meminum obat secara teratur. Selain melakukan terapi individu, pasien halusinasi juga diikut sertakan dalam terapi aktifitas kelompok yang ada diruangan. Hasil wawancara peneliti pada bulan maret 2015 dengan pasien didapatkan bahwa pasien yang mengalami halusinasi sudah melakukan strategi pelaksanaan yang ada, namun menurut pasien dalam menggunakan strategi pelaksanaan tidak memberikan perubahan yang berarti, bahkan jika dilaksanakan berulang-ulang membuat pasien menjadi bosan. Sedangkan untuk terapi	Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh terapi Psikoreligious: dzikir dalam mengontrol halusinasi pada pasien Skizofrenia	Metode penelitian ini adalah kuantitatif dengan pendekatan <i>Quasy expriemental</i> yang dilakukan terhadap 20 responden di Rumah Sakit Jiwa Tampan Provinsi Riau. Peneliti menggunakan modul dan lembar evaluasi Auditory Hallucinations Rating Scale (AHRS) sebelum dan sesudah intervensi	Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat pengaruh terapi psikoreligious: dzikir dalam mengontrol halusinasi pada pasien skizofrenia (<i>p value</i> = 0,000), Hasil penelitian ini dapat dijadikan terapi tambahan dalam mengontrol halusinasi pada pasien dengan halusinasi pendengaran.

No	Peneliti	Judul	Latar Belakang	Tujuan	Metode	Kesimpulan
			psikoreligius: dzikir belum pernah mereka lakukan, untuk itu peneliti tertarik melakukan penelitian dengan melihat pengaruh terapi psikoreligius: dzikir dalam mengontrol halusinasi pada pasien skizofrenia. Terapi psikoreligius: dzikir ini dilakukan pada responden yang beragama islam karena mayoritas penduduk Riau beragama islam			
2.	Mann, Barbara, and Kenneth I. Pakenham. (2022)	Development of a Measure to Assess Coping for Auditory Hallucinations	Pengembangan instrumen untuk menilai strategi koping untuk halusinasi pendengaran. Inventaris Inventarisasi strategi penanggulangan diperoleh dengan melakukan wawancara semi-terstruktur dengan 17 peserta pria. Inventaris ini kemudian digunakan untuk mengembangkan kuesioner 27 item, Responses to Auditory Hallucinations Questionnaire (RAHQ).	Penelitian ini memiliki empat tujuan, yaitu (a) untuk mengembangkan instrumen untuk menilai tanggapan koping untuk halusinasi pendengaran, (b) untuk menyelidiki sifat subskala yang diturunkan secara empiris, (c) untuk memeriksa sifat psikometri dari subskala, dan (d) untuk menilai validitas konstruk subskala.	Metode yang digunakan yaitu Responses to Auditory Hallucinations Questionnaire (RAHQ)	RAHQ diberikan kepada 125 responden. Ukuran keparahan gejala, penilaian, kecemasan, depresi dan ketidakpuasan koping juga diberikan. Analisis Faktor RAHQ menghasilkan tiga subskala koping, koping aktif, koping pasif dan penekan koping. Untuk subkelompok kecil peserta, dua dari tiga subskala menunjukkan tes yang memuaskan - menguji ulang keandalan. Validitas konstruk dinilai dalam kerangka stres dan koping. kala terbukti berbeda secara empiris dan memiliki keandalan

No	Peneliti	Judul	Latar Belakang	Tujuan	Metode	Kesimpulan
						internal yang memuaskan. RAHQ akan memfasilitasi penyelidikan kemandirian strategi penanggulangan untuk pengelolaan halusinasi pendengaran.
3.	Devi liana puspita, Nury Luthfiyatil Fitri, Uswatun Hasanah. (2021)	Penerapan Terapi Spiritual : Dzikir Terhadap Tanda Gejala Halusinasi Pendengaran Application of Spiritual Therapy	Terapi psikoreligius (dzikir dan doa) merupakan terapi psikiatri setingkat lebih tinggi daripada psikoterapi biasa, hal ini dikarenakan doa dan dzikir mengandung unsur spiritual yang dapat membangkitkan harapan (<i>hope</i>) dan rasa percaya diri (<i>self confidence</i>) pada diri seseorang yang sedang sakit sehingga kekebalan tubuh serta proses penyembuhan dapat meningkat. Suara tersebut dapat dirasakan berasal dari jauh atau dekat bahkan dzikir apabila dilafalkan secara baik dan benar dapat membuat hati menjadi tenang dan rileks. Terapi dzikir dapat diterapkan pada pasien halusinasi karena ketika pasien melakukan terapi zikir dengan tekun dan memusatkan perhatian yang sempurna (khusus) dapat memberikan dampak saat halusinasinya muncul dimana pasien bisa menghilangkan suara-suara yang tidak nyata dan lebih dapat	Adapun Tujuan dari penerapan ini adalah untuk mengetahui manfaat terapi spiritual: dzikir terhadap tanda gejala halusinasi pendengaran	Desain karya tulis ilmiah ini menggunakan desain studi kasus (<i>case study</i>), Instrument Yang di gunakan dalam pengumpulan data yaitu lembar observasi yang berisikan tanda gejala halusinasi pendengaran. Pengisian lembar observasi di lakukan dengan memberikan tanda ceklist (☐)	Hasil penerapan menunjukan bahwa setelah diberikan penerapan terapi spiritual: dzikir terjadi penurunan tanda gejala halusinasi pendengaran.

No	Peneliti	Judul	Latar Belakang	Tujuan	Metode	Kesimpulan
			menyibukkan diri dengan melakukan terapi zikir			
4.	Mintz, Sanford, and Murray Alpert. (2019)	Imagery Vividness, Reality Testing, and Schizophrenic Hallucinations.” <i>Journal of Abnormal Psychology</i> 79	Kelompok penderita skizofrenia dengan dan tanpa halusinasi pendengaran dan kontrol nonpsikotik diberikan tes kejelasan citra pendengaran, berpartisipasi dalam tugas mendengarkan. dan diukur pada kemampuan mereka untuk menilai keakuratan persepsi pendengaran mereka. Sesuai dengan hipotesis, halusinator cenderung memiliki tinggi, dan nonhallucinators rendah kejelasan citra pendengaran	Penelitian ini memiliki tujuan diberikan tes kejelasan citra pendengaran, berpartisipasi dalam tugas mendengarkan. dan diukur pada kemampuan mereka untuk menilai keakuratan persepsi pendengaran mereka	tes kejelasan citra pendengaran, berpartisipasi dalam tugas mendengarkan. dan diukur pada kemampuan mereka untuk menilai keakuratan persepsi pendengaran.	Ketiga kelompok berbeda secara signifikan dalam kemampuan mereka untuk menilai keakuratan persepsi pendengaran mereka, dengan para halusinator menunjukkan ketidakmampuan terbesar sementara kontrol paling mampu menilai kebenaran persepsi pendengaran mereka.
5.	Hidayati, Wahyu Catur, Dwi Heppy Rochmawati, Targunawan.(2019)	Pengaruh Terapi Religius Zikir Terhadap Peningkatan Kemampuan Mengontrol Halusinasi Pendengaran Pada Pasien Halusinasi Di RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang	Terapi spiritual atau terapi religius yang antara lain zikir, apabila dilafalkan secara baik dan benar dapat membuat hati menjadi tenang dan rileks. Terapi zikir juga dapat diterapkan pada pasien halusinasi, karena ketika pasien melakukan terapi zikir dengan tekun dan memusatkan perhatian yang sempurna (khusus) dapat memberikan dampak saat halusinasinya muncul pasien bisa menghilangkan suara-suara yang tidak nyata dan lebih dapat menyibukkan diri dengan melakukan terapi zikir.	Bertujuan untuk mengetahui Pengaruh terapi religius zikir terhadap peningkatan kemampuan mengontrol halusinasi pendengaran pada pasien halusinasi di RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang.	Desain penelitian ini adalah <i>Quasy Experimental Design</i> dengan pendekatan <i>one group pre and posttest</i> , jumlah sampel 75 pasien halusinasi pendengaran dengan teknik <i>purposive sampling</i>	Hasil analisis bivariat dengan uji <i>wilcoxon</i> menunjukkan ada pengaruh terapi religius zikir terhadap peningkatan kemampuan mengontrol halusinasi pendengaran diperoleh nilai p-value = 0,000, karena nilai $p < \alpha$ (0,05) sehingga dapat disimpulkan terapi religius zikir berpengaruh terhadap peningkatan kemampuan mengontrol halusinasi pendengaran pada pasien halusinasi di

No	Peneliti	Judul	Latar Belakang	Tujuan	Metode	Kesimpulan
			Pelaksanaan terapi zikir di RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang yang disampaikan oleh ketua ruang rehabilitasi hanya dilakukan atas dasar inisiatif perawat dan tidak ada jadwal yang pasti untuk melakukan kegiatan tersebut, sehingga pada pasien gangguan jiwa salah satunya halusinasi jarang atau tidak pernah mendapatkan kegiatan keagamaan yang seharusnya penting bagi kesehatan jiwanya, dan kegiatan untuk mengontrol halusinasi lebih cenderung ditekankan pada terapi aktifitas kelompok (TAK). Penatalaksanaan terapi zikir belum diterapkan secara optimal oleh pihak RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang.			RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang.

Tabel 2. 5 Standar Operasional Prosedur Dzikir

	Dzikir
PENGERTIAN	Terapi yang menggunakan media dzikir mengingat Allah yang bertujuan untuk memfokuskan pikiran. Dengan bacaan do'a dan dzikir yang akan menyerahkan segala permasalahan kepada Allah, sehingga beban stress yang dihipitnya mengalami penurunan.
TUJUAN	1. Dapat mengusir, menundukkan dan membakar setan, karena dzikir bagaikan benteng yang sangat kokoh yang mampu melindungi seorang hamba-Nya 2. Dapat menghilangkan kesedihan, kegundahan, dan depresi, dan dapat mendatangkan ketenangan, kebahagiaan dan kelapangan hati 3. Dzikir dapat menghidupkan hati 4. Dapat menghapus dosa dan menyelamatkan dari adzab Allah, karena dengan berdzikir dosa akan menjadi satu kebaikan yang besar, sedangkan kebaikan dapat menghapus dan menghilangkan dosa
KEBIJAKAN	Dzikir dapat membuat hati tenang dan menghilangkan kesedihan
PETUGAS	Peneliti
BAHAN DAN ALAT	Tempat dan lingkungan yang nyaman
PROSEDUR PELAKSANAAN	A. Tahap Pra Interaksi 1. Melihat data dzikir sebelumnya 2. Mengkaji terapi yang telah diprogramkan oleh dokter B. Tahap Orientasi 1. Memberikan salam terapeutik dan menanyakan identitas pasien 2. Memperkenalkan diri 3. Mengkaji tanda dan gejala halusinasi 4. Menanyakan cara yang sudah dilakukan untuk menurunkan halusinasi 5. Menjelaskan tujuan dan prosedur 6. Menanyakan persetujuan dan kesiapan pasien dengan menandatangani lembar <i>informed consent</i> C. Tahap Kerja 1. Mengatur lingkungan yang aman dan nyaman 2. Duduk dengan santai atau bisa berbaring 3. Niat dalam hati dan membaca tasmiyah 4. Membaca (Astagfirullahalazim) sebanyak 3 kali kemudian dilanjutkan dengan tasbih (Subhanallah) 33 kali, Tahmid (Alhamdulillah) sebanyak 33 kali, dan yang terakhir Takbir (Allahuakbar) sebanyak 33 kali 5. Bila ada pikiran yang mengganggu, kembalilah dan fokuskan pikiran 6. Waktu dzikir selama 10-20 menit pada shalat maupun saat mendengar suara-suara bisikan D. Tahap Terminasi 1. Melakukan evaluasi tindakan dan mengkaji halusinasi 2. Menganjurkan untuk melakukan kembali disaat halusinasinya mulai muncul 3. Membaca tahmid dan berpamitan E. Dokumentasi Sertakan dokumentasi berupa foto ataupun tulisan

BAB III

TINJAUAN KASUS

3.1 Tinjauan Kasus

3.1.1 Pengkajian

1. Identitas Klien

Nama : Ny. A

Umur : 56 tahun

Tgl Pengkajian : 03 Maret 2026

Jenis Kelamin : Perempuan

Alamat : Karangpawitan

2. Alasan Masuk

a. Keluhan Dahulu

Klien mengatakan sering mengamuk karena pernah dibully pada masa kecilnya, lalu merasa tidak nyaman dengan sikap tetangganya yang merasa membicarakan pasien ketika acara pengajian dan merasa dikucilkan.

b. Keluhan Utama

Klien mengatakan kadang-kadang masih suka mendengar suara yang mengobrol dan pernah ada suara yang menyuruh untuk membunuh keluarganya, suara itu muncul pada saat klien sendiri dan secara tiba-tiba, klien kadang merasa gelisah pada saat mendengar suara tersebut.

3. Faktor Predisposisi

- a. Pernah mengalami gangguan jiwa di masalalu : Tidak
- b. Pengobatan sebelumnya : Belum berhasil
- c. Adakah anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa : Tidak
- d. Riwayat pengobatan: klien mengatakan pernah dirawat di RSJ Provinsi Jawa Barat pada tahun 2022 dan sekarang masih menjadi pengobatan di Puskesmas Karangpawitan.
- e. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan
Klien mengatakan dimasa lalu Ny. A pernah dibully pada masa kecilnya, dan merasa dikucilkan oleh tetangganya

4. Pemeriksaan Fisik

a. Tanda-tanda Vital

Tekanan darah : 112/86 mmHg

Nadi : 87x/menit

Suhu badan : 36,6°C

Respirasi : 21x/menit

b. Antropometri

Tinggi Badan : 157 cm

Berat badan : 59 kg

c. Kondisi Fisik

1) Keluhan fisik:

a) Kepala

Rambut klien berwarna hitam dan ada uban, klien kadang menggaruk kepalanya ketika diberikan pertanyaan, bentuk kepala normal, kulit kepala agak kotor, tidak ada lesi.

b) Mata

Selama berinteraksi tatapan mata klien agak tajam.

c) Hidung

Tidak ada lesi, hidung terlihat bersih, klien bisa mencium aroma parfum.

d) Telinga

Klien sering mendengar bisikan-bisikan suara yang mengobrol. Simetris kiri dan kanan, tidak ada lesi, tidak ada pembengkakan.

e) Mulut

Warna bibir klien hitam pucat, tidak ada lesi, mukosa bibir kering, gigi tampak kuning, reflek mengunyah dan menelan baik

f) Leher

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid getah bening.

g) Dada

Tidak ada tarikan dinding dada, pernapasan klien 21x/menit

h) Abdomen

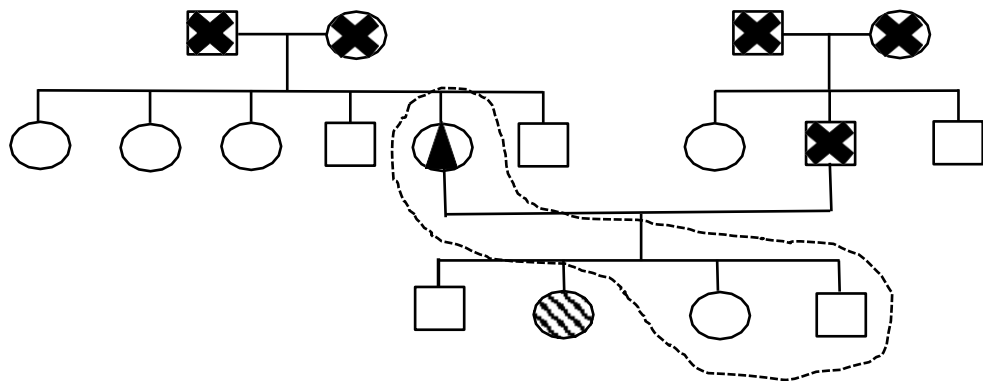
Tidak ada pembesaran di abdomen, tidak kembang

i) Genetalia

Tidak terkaji

5. Genogram

Bagan 3. 1 Genogram



Keterangan :



: Laki-laki



: Perempuan



: Pasien



: Penyakit Serupa



: Garis Keturunan



: Garis Pernikahan



: Tinggal Serumah



: Meninggal

a. Konsep diri

1) Citra tubuh

Klien mengatakan mempunyai semua anggota tubuhnya dan menerima apa adanya.

2) Identitas diri

Klien perempuan anak ke lima dari tujuh saudara, dan seorang ibu.

3) Ideal diri

Klien mengatakan ingin sembuh.

4) Harga diri

Klien mengatakan dirinya tidak berguna dan merasa malu dengan keluarga dan tetangga karena keadaan ekonominya.

5) Peran

Klien berperan sebagai seorang ibu rumah tangga, setiap harinya klien hanya menghabiskan waktu di rumah.

b. Hubungan sosial

1) Orang yang terdekat

Klien mengatakan dekat dengan suaminya

2) Peran serta dalam kegiatan kelompok atau masyarakat

Klien mengatakan jarang berkumpul dengan masyarakat karena malu.

c. Spiritual

1) Nilai dan keyakinan

Klien mengatakan beragama islam dan klien mengatakan dirinya adalah seorang muslim.

2) Kegiatan ibadah

Klien mengatakan beribadah seperti mengerjakan sholat 5 waktu.

6. Status Mental

a. Penampilan

1) Klien tampak tidak rapi, rambutnya jarang disisir, kulit kusam.

2) Cara berpakaian rapi, baju dan celana tidak terbalik.

3) Klien mandi 1 kali dalam sehari.

b. Pembicaraan

Pada saat diwawancara klien berbicara lancar

c. Aktifitas Motorik

Klien terlihat cukup tenang dan mau diajak ngobrol namun sering menunduk.

d. Interaksi selama wawancara

Selama wawancara klien terlihat sedikit gelisah, tatapan agak sedikit tajam, kontak mata menatap tidak menunduk.

e. Persepsi

Klien selalu mengatakan kadang-kadang mendengar bisikan suara mengobrol ketika klien sedang sendiri.

f. Isi pikir

Klien tidak mengalami gangguan isi pikir.

g. Tingkat Kesadaran

Kesadaran klien baik, klien mengetahui waktu, tempat dan orang lain.

h. Memori

Klien masih mengingat kejadian masa lalu

i. Tingkat Konsentrasi Berhitung

Klien mampu berinteraksi dan membaca seperti saat berkenalan klien mampu membaca nama di *name tag*. Klien juga mampu berhitung sederhana.

j. Kemampuan Penilaian

Klien mengatakan dirinya tidak berguna karena tidak bekerja.

k. Daya Tarik Diri

Klien menyadari bahwa dirinya sakit dan bersedia minum obat.

7. Activity Daily Living (ADL)

a. Makan

Klien mampu makan dengan mandiri dengan cara yang baik seperti biasanya, klien makan 2x sehari, minum 6-7 gelas sehari.

b. BAB/BAK

Klien BAB 1x sehari, BAK 5x sehari dan mampu melakukan eliminasi dengan baik, menjaga kebersihan setelah BAB dan BAK dengan baik.

c. Mandi

Klien mengatakan mandi 1x sehari, menyikat gigi saat mandi, kebersihan tubuh baik.

d. Berpakaian

Klien mengatakan ganti pakaian 1x sehari dengan pakaian yang baik

e. Pola Istirahat Tidur

Klien selama ini tidak mengalami gangguan tidur karena klien dapat tidur dengan kuantitas 8 jam perhari.

f. Penggunaan Obat

Klien mengatakan masih mengkonsumsi obat Skizonat dari puskesmas

g. Aktivitas di dalam rumah

Klien bisa membantu pekerjaan rumah seperti mencuci, menyapu, dll.

h. Aktivitas diluar rumah

Klien selalu mengikuti kegiatan kelompok seperti pengajian disekitar rumah.

8. Mekanisme Koping

a. Koping adaptif

Klien selalu menceritakan ketika ada masalah pada suaminya

b. Koping maladaptif

Klien mengatakan sering ada suara yang mengobrol

9. Masalah Psikososial dan Lingkungan

a. Masalah dengan dukungan kelompok

Klien mengatakan keluarga dan saudaranya mendukung untuk kesembuhan klien

b. Masalah berhubungan dengan lingkungan

Klien mampu berkomunikasi dengan orang lain

c. Masalah dengan pendidikan

Klien mengatakan pendidikan terakhir hanya sampai SD klien tidak melanjutkan karena sekolah karena alasan ekonomi keluarga

d. Masalah dengan pekerjaan

Klien mengatakan bekerja sebagai ibu rumah tangga

e. Masalah dengan perumahan

Klien mengatakan tinggal dengan anak-anaknya dan suaminya

f. Masalah dengan pelayanan kesehatan

Klien mengatakan tidak pernah memiliki masalah dengan pelayanan kesehatan sebelumnya

g. Masalah ekonomi

Klien mengatakan merasa minder kepada tetangga dan keluarganya karena keadaan ekonominya sulit karena dia tidak bekerja dan suaminya hanya seorang buruh bangunan

h. Masalah dengan pelayanan kesehatan

Klien mengatakan tidak pernah memiliki masalah dengan pelayanan kesehatan sebelumnya

10. Aspek Penunjang

- a. Diagnosa Medis : Skizofrenia
- b. Terapi Medis :

Tabel 3. 1 terapi Medis

No.	Nama dan sediaan obat	Dosis	Cara pemberian	Waktu
1	Haloperidol	5 mg	PO	2x sehari
2	Zyprexa	10 mg	PO	1x sehari
3	Chlorpromazine	25mg	PO	2x sehari

c. Laboratorium :

Tidak Terkaji

11. Pemeriksaan AHRS

Berikan tanda (✓) pada kolom yang telah disediakan sesuai dengan kondisi pasien yang Anda temukan.

a. Seberapa sering Anda mendengar suara-suara?

- ☐ Suara tidak muncul, atau suara muncul kurang dari satu kali seminggu
- ☐ Suara muncul sekali seminggu
- ☒ **Suara muncul sekali sehari**
- ☐ Suara muncul sekali dalam satu jam
- ☐ Suara muncul setiap saat atau terus menerus

- b. Ketika Anda mendengar suara-suara tersebut, seberapa lama suara-suara tersebut bertahan atau ada?
- ☐ Suara tidak muncul
 - ☐ Suara berlangsung selama beberapa detik atau hanya sekilas
 - ☒ **Suara berlangsung selama beberapa menit**
 - ☐ Suara berlangsung setidaknya satu jam
 - ☐ Suara berlangsung selama berjam-jam pada satu waktu
- c. Ketika Anda mendengar suara tersebut dari mana suara itu terdengar, dari dalam kepala atau dari luar kepala Anda
- ☐ Tidak ada suara yang muncul
 - ☐ Suara berasal dari kepala saja
 - ☒ **Suara di luar kepala tetapi dekat dengan telinga atau kepala**
 - ☐ Suara berasal di dalam atau dekat telinga dan di luar kepala jauh dari telinga
 - ☐ Suara berasal dari ruang angkasa luar dan jauh dari kepala
- d. Seberapa keras suara yang Anda dengar tersebut. Apakah suara tersebut lebih jelas dari suara Anda, sama dengan suara Anda atau lebih tenang/lemah atau hanya bisikan saja?
- ☐ Suara tidak muncul
 - ☒ **Suara lebih lembut atau lemah dari suara sendiri berupa bisikan**
 - ☐ Suara terdengar nyaring kenyaringan sama dengan suara dirinya
 - ☐ Sumber suara lebih keras dari suara sendiri

☐ Sangat keras seperti berteriak

- e. Menurut Anda apa yang menyebabkan suara tersebut muncul, apakah Anda berpikir muncul karena diri sendiri (internal) atau karena orang lain dan lingkungan (eksternal). Jika karena faktor eksternal seberapa yakin Anda berpikir suara tersebut berasal dari orang lain/lingkungan?

☐ Suara tidak muncul

✓ **Pasien kurang yakin suara muncul atau terjadi semata-mata dari dirinya (internal) dan berhubungan dengan dirinya**

☐ Pasien 50% yakin bahwa suara berasal dari penyebab eksternal (orang lain dan lingkungan)

☐ Pasien dari 50% yakin tetapi kurang dari 100% suara-suara berasal dari penyebab eksternal (orang lain dan lingkungan)

☐ Pasien yakin 100% suara-suara yang muncul berasal dari eksternal (orang lain dan lingkungan)

- f. Apakah suara yang Anda dengar mengatakan hal-hal yang negatif atau tidak menyenangkan, bisa diceritakan suara-suara tersebut. Berapa banyak suara yang mengatakan hal yang tidak menyenangkan?

☐ Tidak ada konten yang tidak menyenangkan

☐ Konten menyenangkan sesekali/ kadang-kadang

✓ **Minoritas konten suara tidak menyenangkan atau negatif (kurang dari 50%)**

- ☐ Mayoritas konten suara tidak menyenangkan atau negatif (lebih dari 50%)
- ☐ Semua konten suara tidak menyenangkan atau negatif
- g. Jika suara tersebut hal yang tidak menyenangkan, minta pasien untuk memberikan nilai atau skala secara detail?
 - ☐ Tidak menyenangkan atau negatif
 - ☐ Seberapa sering isi negatif, tetapi tidak ada komentar pribadi yang berkaitan dengan dirinya dan keluarga (misalnya sumpah serapah, katakata kasar, atau komentar yang tidak diarahkan pada dirinya) misalnya “orang itu jahat”.
 - ☐ Pelecehan verbal terhadap Anda, mengomentari perilaku Anda, misalnya “Seharusnya melakukan itu, atau mengatakan bahwa...”
 - ☐ Pelecehan verbal terhadap Anda yang berkaitan dengan konsep diri, misalnya “kau malas, kau jelek, kau gila, kau sesat”
 - ✓ **Ancaman terhadap Anda (misal mengancam Anda untuk menyakiti diri atau keluarga, perintah atau petunjuk yang ekstrim untuk menyakiti diri sendiri atau orang lain, dan pelecehan diri secara verbal.**
- h. Apakah suara yang Anda dengarkan menyedihkan, berapa lama suara itu menyedihkan?
 - ☐ Suara tidak menyusahkan sama sekali
 - ✓ **Suara sesekali menyusahkan dan mayoritas tidak menyusahkan**

- ☐ Suara antara menyusahkan dan tidak menyusahkan sama
 - ☐ Mayoritas suara menyusahkan, minoritas tidak menyusahkan
 - ☐ Suara selalu menyedihkan atau menyusahkan
- i. Ketika suara yang menyedihkan muncul, bagaimana sampai menyedihkan Anda, apakah suara tersebut muncul baru saat ini atau sudah pernah?
- ☐ Suara tidak menyusahkan atau mengganggu
 - ✓ **Suara sedikit menyedihkan atau mengganggu**
 - ☐ Suara menyedihkan atau mengganggu pada tingkat sedang
 - ☐ Suara sangat menyedihkan atau mengganggu dan pasien bisa merasa kondisinya lebih buruk
 - ☐ Suara sangat menyedihkan atau mengganggu, merasa kondisinya sangat buruk
- j. Apakah suara tersebut sampai mengganggu hidup Anda atau mengganggu pelaksanaan pekerjaan dan harian aktivitas harian Anda, apakah mengganggu hubungan dengan teman dan keluarga? apakah mengganggu Anda dalam pelaksanaan tugas perawatan diri Anda
- ☐ Tidak ada gangguan dalam kehidupan, mampu mempertahankan hidup mandiri tanpa masalah dalam ketrampilan hidup sehari-hari. Mampu mempertahankan hubungan sosial dan keluarga (jika ada)
 - ✓ **Suara yang didengar menyebabkan gangguan dengan jumlah yang minimal dalam kehidupan: mengganggu konsentrasi walaupun mampu melakukan aktivitas siang hari dan mampu berhubungan**

sosial serta dapat mempertahankan hidup secara mandiri tanpa dukungan

- ☐ Suara yang didengar menyebabkan gangguan dengan jumlah yang sedang dalam kehidupan: menyebabkan gangguan diri melakukan aktivitas siang hari dan hubungan sosial serta dapat mempertahankan hidup dengan bantuan dan dukungan dari orang sekitar
 - ☐ Suara menyebabkan gangguan parah pada kehidupan sehingga rawat inap biasanya diperlukan. Pasien mampu mempertahankan beberapa kegiatan sehari-hari, perawatan diri. Pasien mengalami gangguan yang berat dalam pelaksanaan ketrampilan hidup sehari-hari dan dalam hubungan sosial
 - ☐ Suara menyebabkan gangguan hidup yang lengkap membutuhkan rawat inap. Pasien tidak mampu melakukan kegiatan sehari-hari dan hubungan sosial, serta perawatan diri terganggu
- k. Apakah Anda berpikir memiliki kontrol ketika suara itu muncul, apakah Anda mampu mengusir atau menghalau suara tersebut
- ☐ Pasien percaya dapat memiliki kontrol atas suara-suara dan selalu bisa menghentikan suara sesuka hati
 - ☐ Pasien percaya dapat memiliki kontrol atas suara-suara di sebagian besar kesempatan
 - ✓ **Pasien percaya dapat memiliki kontrol atas suara-suara di beberapa kesempatan**

- ☐ Pasien percaya dapat memiliki kontrol suara-suara dan hanya mampu membantu menghilangkan suara-suara hanya sesekali saja. Sebagian besar tidak sanggup mengatasi atau mengendalikan
- ☐ Pasien tidak memiliki cara kontrol ketika suara terjadi dan tidak mampu mengusir suara-suara tersebut sama sekali

Skor Total: **21 (Halusinasi Sedang)**

- a. 0 : Tidak ada halusinasi (normal)
- b. 1 – 11 : Halusinasi Ringan
- c. **12-22 : Halusinasi Sedang**
- d. 23 - 33 : Halusinasi Berat
- e. 34 – 44 : Halusinasi Sangat Berat

3.1.2 Pohon Masalah



3.1.3 Diagnosis Keperawatan

1. Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi b.d Gangguan Pendengaran

Ds:

- Klien mengatakan suka mendengar suara-suara yang mengobrol suara itu muncul saat klien sendiri dan muncul secara tiba-tiba
- Klien mengatakan mendengar suara itu merasa gelisah

Do:

- Klien tampak gelisah
- Klien tampak cemas
- Klien kadang mudah beralih pembicaraan
- Hasil AHRS 21 (Halusinasi Sedang)

2. Risiko Perilaku Kekerasan b.d ketidak mampuan mengendalikan dorongan marah

Ds:

- Klien mengatakan sering marah-marah
- Klien mengatakan sering merusak barang

Do:

- Tatapan tajam
- Postur tubuh tampak kaku
- Tangan mengepal

3. Harga Diri Rendah b.d kurangnya pengakuan dari orang lain

Ds:

- Klien mengatakan malu karena keadaan ekonominya
- Klien mengatakan dirinya tidak berguna karena tidak bekerja

Do:

- Tampak menunduk
- Menghindari kontak mata langsung

3.1.4 Rencana Tindakan Keperawatan

Tabel 3. 2 Rencana Tindakan Keperawatan

No	DIAGNOSA	TUJUAN	INTERVENSI
1.	Gangguan persepsi sensori (D.0085) b.d gangguan pendengaran ditandai dengan: DS: 1. klien mengatakan suka mendengar suara-suara yang mengobrol suara itu muncul saat klien sendiri dan muncul secara tiba-tiba 2. klien mengatakan mendengar suara itu merasa gelisah DO: 1. Klien tampak gelisah 2. Klien tampak cemas 3. Klien kadang mudah beralih pembicaraan 4. Hasil AHRS 21 (Halusinasi Sedang)	Persepsi Sensori (L.09083) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 x pertemuan diharapkan masalah dapat teratasi dengan kriteria sebagai berikut: 1. Verbalisasi mendengar bisikan menurun 2. Verbalisasi melihat bayangan menurun 3. Verbalisasi merasakan indra peraba menurun 4. Verbalisasi merasakan sesuatu indra penciuman menurun 5. Verbalisasi merasakan sesuatu indra pengecapan menurun 6. Distorsi sensori menurun 7. Perilaku halusinasi menurun 8. Respon sesuai stimulus membaik	Dukungan Perawatan Manajemen Halusinasi (I.09288) Observasi: 1. Monitor perilaku yang mengindikasi halusinasi 2. Monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulus lingkungan 3. Monitor isi halusinasi (mis: kekerasan atau membahayakan diri) Terapeutik: 4. Pertahankan lingkungan yang aman 5. Lakukan tindakan keselamatan ketika tidak dapat mengontrol perilaku (mis: limit seting, pembatasan wilayah, pengeangan fisik, seklusi) 6. Diskusikan perdebatan tentang validitas halusinasi 7. Anjurkan melakukan distraksi (mendengarkan musik, melakukan aktivitas dan teknik relaksasi, terapi dzikir) Edukasi: 8. Anjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi 9. Anjurkan bicara pada orang yang dipercaya untuk memberi dukungan dan umpan balik korektif terhadap halusinasi 10. Ajarkan pasien dan keluarga cara mengontrol halusinasi Kolaborasi: 11. Kolaborasi pemberian obat antipsikotik dan antiansietas, jika perlu Dukungan Kepatuhan Program Pengobatan (I.12361) Observasi : 7. Identifikasi kepatuhan menjalani program pengobatan

No	DIAGNOSA	TUJUAN	INTERVENSI
			Terapeutik : 8. Buat komitmen menjalani program pengobatan dengan baik 9. Buat jadwal pendampingan keluarga untuk bergantian menemani pasien selama menjalani program pengobatan, Jika perlu 10. Libatkan keluarga untuk mendukung program pengobatan yang dijalani Edukasi : 11. Informasikan manfaat yang akan diperoleh jika teratur menjalani program pengobatan 12. Anjurkan keluarga untuk mendampingi dan merawat pasien selama menjalani program pengobatan 13. Anjurkan pasien dan keluarga melakukan konsultasi ke pelayanan kesehatan terdekat, Jika perlu
2.	Risiko Perilaku Kekerasan (D.0146) b.d ketidakmampuan untuk mengontrol marah DS: 1. Klien mengatakan sering marah-marrah 2. Klien mengatakan sering merusak barang DO: 1. Tatapan tajam 2. Postur tubuh tampak kaku 3. Tangan mengepal	Kontrol Diri (L.09075) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 x pertemuan diharapkan kemampuan untuk mengendalikan atau mengatur emosi, pikiran, dan perilaku dalam menghadapi masalah meningkat dengan kriteria sebagai berikut: 1. Verbalisasi ancaman kepada orang lain menurun 2. Verbalisasi umpatan menurun 3. Perilaku menyerang menurun 4. Perilaku melukai diri sendiri/orang lain menurun 5. Perilaku merusak lingkungan sekitar menurun 6. Perilaku agresif/amuk menurun 7. Suara keras menurun 8. Bicara keras menurun	Manajemen Keselamatan Lingkungan Observasi: 1. Identifikasi kebutuhan keselamatan (mis, kondisi fisik, dungsu kognitif, dan riwayat perilaku) 2. Monitor perubahan status keselamatan lingkungan Terapeutik: 3. Hilangkan bahaya keselamatan lingkungan (mis: fisik, biologi, dan kimia), jika memungkinkan 4. Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bahaya dan risiko 5. Sediakan alat bantu keamanan lingkungan (mis: comode chair dan pegangan tangan) 6. Gunakan perangkat pelindung (mis: pengekangan fisik, rak samping, pintu terkunci, pagar) 7. Hubungi pihak berwenang sesuai masalah komunitas (mis: puskesmas, polisi, damkar) 8. Fasilitasi relokasi ke lingkungan yang aman 9. Lakukan program skrining bahaya lingkungan (mis: timbal)

No	DIAGNOSA	TUJUAN	INTERVENSI
			Edukasi: 10. Ajarkan individu, keluarga dan kelompok risiko tinggi tentang bahaya lingkungan
5.	Harga diri rendah situasional (D.0087) berhubungan dengan Psikiatri DS: 1. Klien mengatakan malu karena keadaan ekonominya 2. Klien mengatakan dirinya tidak berguna karena tidak bekerja DO: 1. Tampak menunduk 2. Menghindari kontak mata langsung	Harga Diri (L.09069) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 x pertemuan diharapkan harga diri meningkat dengan kriteria sebagai berikut: 1. Penilaian diri positif meningkat 2. Perasaan malu menurun 3. Penerimaan penilaian positif terhadap diri sendiri meningkat 4. Percaya diri berbicara meningkat 5. Kontak mata meningkat 6. Gairan aktivitas meningkat 7. Berjalan menampakkan wajah meningkat 8. Postur tubuh menampakkan wajah meningkat	Manajemen Perilaku (I.12463) Observasi: 1. Identifikasi harapan untuk mengendalikan perilaku Terapeutik: 2. Diskusikan tanggung jawab terhadap perilaku 3. Jadwalkan kegiatan terstruktur 4. Ciptakan dan pertahankan lingkungan dan kegiatan perawatan konsisten setiap dinas 5. Tingkatkan aktivitas fisik sesuai kemampuan 6. Batasi jumlah pengunjung 7. Bicara dengan nada rendah dan tenang 8. Lakukan kegiatan pengalihan terhadap sumber agitasi 9. Cegah perilaku pasif dan agresif 10. Beri penguatan positif terhadap keberhasilan mengendalikan perilaku 11. Lakukan pengekanan fisik sesuai indikasi 12. Hindari bersikap menyudutkan dan menghentikan pembicaraan 13. Hindari sikap mengancam atau berdebat 14. Hindari berdebat atau menawar batas perilaku yang telah ditetapkan Edukasi: 15. Informasikan keluarga bahwa keluarga sebagai dasar pembentukan kognitif

1.1.4 Implementasi Keperawatan

Tabel 3. 3 Implementasi Keperawatan

Hari/Tanggal/Jam	NO DX	Implementasi	Evaluasi	Paraf
Hari Pertama 03 Maret 2026	1	Manajemen Halusinasi	S:	 Siti MF
10.00		1. Memonitor perilaku yang mengindikasi halusinasi R: Klien mengatakan suka mendengar suara-suara mengobrol	1. Klien mengatakan suka mendengar suara mengobrol	
10.05		2. Memonitor dan menyesuaikan tingkat aktivitas dan stimulus lingkungan R: Klien mengatakan mendengar suara itu saat malam hari dan waktu sendiri	2. Klien mengatakan mendengar suara itu saat malam hari dan waktu sendiri	
10.10		3. Memonitor isi halusinasi (mis: kekerasan atau membahayakan diri) R: Klien mendengar suara mengobrol, klien tampak cemas, kontak mata kurang, tampak gelisah	3. Klien mengatakan ingin mencoba terapi dzikir untuk mendistraksi dari suara-suara yang memanggil namanya	
10.15		4. Melakukan skrining AHRS R : didapatkan hasil 21 yang artinya Halusinasi Sedang	4. Klien mengatakan akan mencoba menghardik ketika suara itu muncul kembali	
10.25		5. Menganjurkan melakukan distraksi (mendengarkan musik, melakukan aktivitas, dan teknik relaksasi terapi dzikir) R: menjelaskan tentang terapi dzikir, mengajarkan terapi distraksi dzikir, mengajarkan cara menutup mata, menutup telinga bahwa itu bohong	5. Klien mengatakan bersedia berkomitmen minum obat Haloperidol, Zyprexa, dan Chlorpromazine secara teratur	
10.30		6. Menganjurkan bicara pada orang yang dipercaya untuk memberi dukungan dan umpan balik korektif terhadap halusinasi R: klien mampu bercakap cakap namun tatapan mata kurang, tampak gelisah	O: 1. Kontak mata kurang 2. Nampak gelisah 3. Nampak cemas 4. Klien tampak kooperatif saat diberikan obat dan diajak berdiskusi mengenai pengobatan A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi	
10.35		7. Menganjurkan melakukan distraksi (mendengarkan musik, melakukan aktivitas dan teknik relaksasi terapi dzikir) R: Menjelaskan manfaat dzikir, tampak gelisah		

Hari/Tanggal/Jam	NO DX	Implementasi	Evaluasi	Paraf
10.38		8. Mengajarkan pasien dan keluarga cara mengontrol halusinasi R: klien memahami cara mengontrol halusinasi		
10.40		Dukungan Kepatuhan Program Pengobatan 9. Mengidentifikasi kepatuhan menjalani program pengobatan R : Klien mengatakan minum obat (Haloperidol, Zyprexa, Chlorpromazine) secara rutin namun kadang lupa apabila tidak diingatkan keluarga		
10.42		10. Membuat komitmen menjalani program pengobatan dengan baik R: Klien bersedia berkomitmen untuk minum obat secara teratur sesuai jadwal dan dosis yang dianjurkan		
03 Maret 2026	2	Manajemen Keselamatan Lingkungan 1. Mengidentifikasi kebutuhan keselamatan (mis, kondisi fisik, dungsu kognitif, dan riwayat perilaku) R: Klien selalu tersinggung ketika ada orang yang menyebut saya “gila”, gelisah, tatapan tajam, postur tubuh tampak kaku, tangan, mengepal 2. Memonitor perubahan status keselamatan lingkungan R: menghindarkan dari barang-barang yang beresiko mencederai 3. Menghilangkan bahaya keselamatan lingkungan (mis: fisik, biologi, dan kimia) R: menghindarkan dari barang-barang yang berisiko mencederai 4. Memodifikasi lingkungan untuk meminimalkan bahaya dan risiko R: Menghindarkan dari barang-barang yang beresiko mencederai	S: 1. Klien mudah tersinggung dengan perkataan orang lain 2. Klien sering berkata kasar kepada keluarganya jika sedang kambuh O: 1. Klien tampak gelisah 2. Tatapan mata kurang 3. Wajah klien terlihat tegang A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi	 Siti MF
10.45				
10.50				
10.55				
11.00				

Hari/Tanggal/Jam	NO DX	Implementasi	Evaluasi	Paraf
11.05		5. Mengajarkan individu, keluarga dan kelompok risiko tinggi tentang bahaya lingkungan R: Menghindarkan dari barang-barang yang berisiko mencederai		
11.10	3	Manajemen Perilaku 1. Mengidentifikasi harapan untuk mengendalikan perilaku R: Klien mampu mengungkapkan harapannya untuk dapat lebih percaya diri, mengurangi rasa malu, dan dapat berinteraksi dengan orang lain.	S: 1. Klien mengatakan malu karena keadaan ekonominya 2. Klien mengatakan dirinya tidak berguna karena tidak bekerja O: 1. Klien tampak menunduk 2. Klien tampak menghindari kontak mata secara langsung 3. Klien tampak minder dengan keadaannya sekarang A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi	 Siti MF
11.15		2. Mendiskusikan tanggung jawab terhadap perilaku R: Klien bersedia mendengarkan penjelasan dan mulai memahami bahwa ia memiliki peran dalam mengendalikan pikiran serta perilaku negatif yang muncul.		
11.20		3. Menjadwalkan kegiatan terstruktur R: Klien bersedia mengikuti jadwal kegiatan harian yang telah disusun bersama perawat sesuai kemampuan.		
11.25		4. Berbicara dengan nada rendah dan tenang R: Klien tampak lebih tenang selama berkomunikasi dan mampu merespons pembicaraan dengan baik.		
11.30		5. Mencegah perilaku pasif dan agresif R: Klien tidak menunjukkan perilaku agresif dan mulai berpartisipasi dalam komunikasi meskipun masih tampak pasif.		
11.35		6. Menghindari sikap menyudutkan dan menghentikan R: Klien tampak lebih nyaman selama proses interaksi dan bersedia mengungkapkan perasaannya.		
11.40		7. Menghindari sikap mengancam dan berdebat		

Hari/Tanggal/Jam	NO DX	Implementasi	Evaluasi	Paraf
11.45		R: Klien tetap kooperatif selama tindakan keperawatan dan tidak menunjukkan penolakan. 8. Menghindari berdebat atau menawar batas perilaku yang telah ditetapkan R: Klien menerima batas perilaku yang telah disepakati dan mengikuti arahan perawat.		
11.50		9. Menginformasikan keluarga bahwa keluarga sebagai dasar pembentukan kognitif R: Keluarga memahami pentingnya memberikan dukungan emosional, motivasi, dan komunikasi positif kepada klien untuk meningkatkan rasa percaya diri.		
HARI KE 2 04 Maret 2026 10.10	1	Manajemen Halusinasi 1. Memonitor perilaku yang mengindikasi halusinasi R: Klien mengatakan masih suka mendengar suara-suara mengobrol 2. Memonitor dan menyesuaikan tingkat aktivitas dan stimulus lingkungan R: Klien mengatakan mendengar suara itu saat malam hari dan waktu sendiri 3. Memonitor isi halusinasi (mis: kekerasan atau membahayakan diri) R: Klien mendengar suara mengobrol, klien tampak cemas, kontak mata kurang, tampak gelisah 4. Menganjurkan melakukan distraksi (mendengarkan musik, melakukan aktivitas, dan teknik relaksasi terapi dzikir). R: Mengajarkan terapi distraksi dzikir, mengajarkan cara menutup mata, menutup telinga bahwa itu bohong, Melatih klien melakukan terapi psikoreligius dzikir selama ±10–15 menit	S: 1. Klien mengatakan suara masih ada tetapi mulai berkurang 2. Klien mengatakan terapi dzikir membuat dirinya lebih tenang 3. Klien mengatakan akan minum obat sesuai 4. Klien mengatakan akan melakukan terapi dzikir ketika suara mulai muncul 5. Klien mengatakan keluarganya sudah membantu mengingatkan jadwal minum obat O: 1. Klien tampak lebih tenang dibandingkan sebelumnya 2. Klien mampu mempraktikkan terapi dzikir sesuai yang dianjurkan 3. Klien mampu mengungkapkan cara mengontrol halusinasi dengan terapi dzikir 4. Klien tampak kooperatif selama tindakan keperawatan 5. Kontak mata mulai membaik dan klien mampu	 Siti MF
10.13				
10.16				
10.20				

Hari/Tanggal/Jam	NO DX	Implementasi	Evaluasi	Paraf
10.25		setelah shalat dengan membaca istighfar 3 kali, tasbih 33 kali, tahmid 33 kali, dan takbir 33 kali sebagai teknik distraksi terhadap halusinasi 5. Mengajukan bicara pada orang yang dipercaya untuk memberi dukungan dan umpan balik korektif terhadap halusinasi R: : klien mampu bercakap cakap namun tatapan mata kurang, tampak gelisah	berkomunikasi dengan baik 6. Klien tampak patuh minum Haloperidol, Zyprexa, dan Chlorpromazine sesuai jadwal saat diingatkan keluarga A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi	
10.28		6. Mengajukan melakukan distraksi (mendengarkan musik, melakukan aktivitas dan teknik relaksasi terapi dzikir) R: Menjelaskan manfaat dzikir, tampak gelisah		
10.33		Dukungan Kepatuhan Program Pengobatan 7. Membuat jadwal pendampingan keluarga untuk bergantian menemani pasien selama menjalani program pengobatan R : Keluarga bersedia menyusun jadwal bergantian untuk mengawasi dan mengingatkan waktu minum obat		
13.40		8. Melibatkan keluarga untuk mendukung program pengobatan yang dijalani R: Keluarga kooperatif dan menyatakan siap mendukung kepatuhan minum obat klien sesuai dosis dan waktu yang ditentukan		
04 Maret 2026 10.50	2	Manajemen Keselamatan Lingkungan 1. Mengidentifikasi kebutuhan keselamatan (mis, kondisi fisik, fungsi kognitif, dan riwayat perilaku) R: Klien mengatakan masih mudah tersinggung apabila ada orang yang mengejek atau memanggilnya "gila", namun klien mulai mampu	S: 1. Klien mengatakan masih mudah tersinggung apabila diejek oleh orang lain. 2. Klien mengatakan akan berusaha mengendalikan emosinya. 3. Klien mengatakan merasa lebih tenang berada di lingkungan yang tidak ramai.	 Siti MF

Hari/Tanggal/Jam	NO DX	Implementasi	Evaluasi	Paraf
10.55		mengendalikan emosinya setelah diingatkan 2. Memonitor perubahan status keselamatan lingkungan. R: Lingkungan sekitar klien dalam keadaan aman, tidak terdapat benda-benda yang berisiko digunakan untuk mencederai diri sendiri maupun orang lain.	O: 1. Klien tampak lebih tenang dibandingkan hari sebelumnya. 2. Tatapan mata mulai berkurang tajam. 3. Klien kooperatif selama tindakan. 4. Lingkungan sekitar klien tampak aman dan bebas dari benda-benda berbahaya. A: Masalah teratasi sebagian. P: Lanjutkan intervensi.	
11.00		3. Menghilangkan bahaya keselamatan lingkungan (mis: fisik, biologi, dan kimia). R: Barang-barang yang berpotensi membahayakan tetap dijauhkan dari jangkauan klien dan kondisi lingkungan tetap aman.		
11.05		4. Memodifikasi lingkungan untuk meminimalkan bahaya dan risiko. R: Klien ditempatkan pada lingkungan yang tenang dengan pengawasan perawat untuk mengurangi rangsangan yang dapat memicu kemarahan.		
11.10		5. Mengajarkan individu, keluarga dan kelompok risiko tinggi tentang bahaya lingkungan. R: Klien dan keluarga diberikan edukasi untuk menjaga lingkungan tetap aman serta menghindari benda-benda berbahaya ketika klien mulai tampak gelisah atau marah.		
04 Maret 2026 11.15	3	Manajemen Perilaku 1. Mengidentifikasi harapan untuk mengendalikan perilaku. R: Klien mengatakan ingin lebih tenang dan tidak mudah marah ketika menghadapi perkataan orang lain.	S: 1. Klien mengatakan masih merasa malu karena keadaan ekonominya. 2. Klien mengatakan dirinya belum dapat bekerja sehingga merasa kurang berguna. 3. Klien mengatakan ingin belajar mengendalikan emosinya.	 Siti MF
11.20		2. Mendiskusikan tanggung jawab terhadap perilaku. R: Klien mengatakan menyadari bahwa perilaku marah dapat membuat hubungan dengan keluarga menjadi kurang baik.	O: 1. Klien masih tampak menunduk saat berbicara.	
11.25				

Hari/Tanggal/Jam	NO DX	Implementasi	Evaluasi	Paraf
11.30		3. Menjadwalkan kegiatan terstruktur. R: Klien bersedia mengikuti jadwal kegiatan di ruangan seperti membersihkan tempat tidur dan mengikuti aktivitas bersama.	2. Kontak mata mulai membaik walaupun masih sesekali menghindar.	
11.35		4. Berbicara dengan nada rendah dan tenang. R: Klien tampak lebih kooperatif ketika diajak berbicara dengan suara yang tenang.	3. Klien tampak lebih kooperatif selama berinteraksi dengan perawat. 4. Klien mengikuti kegiatan yang telah dijadwalkan. A: Masalah belum teratasi. P: Lanjutkan intervensi.	
11.40		5. Mencegah perilaku pasif dan agresif. R: Klien mampu mengendalikan emosi selama berinteraksi dengan perawat dan tidak menunjukkan perilaku agresif		
11.45		6. Menghindari sikap menyudutkan dan menghentikan. R: Klien tampak lebih nyaman saat diberikan kesempatan untuk mengungkapkan perasaannya tanpa dihakimi.		
11.50		7. Menghindari sikap mengancam dan berdebat. R: Klien menerima arahan dari perawat dengan baik dan tidak menunjukkan penolakan.		
11.55		8. Menghindari berdebat atau menawar batas perilaku yang telah ditetapkan R: Klien bersedia mengikuti aturan yang telah disepakati		
		9. Menginformasikan keluarga bahwa keluarga sebagai dasar pembentukan kognitif. R: Keluarga diberikan edukasi untuk memberikan dukungan, menghindari perkataan yang dapat menyinggung perasaan klien, serta berkomunikasi dengan tenang.		
HARI KE 3 05 Maret 2026 14.50	1	Manajemen Halusinasi 1. Memonitor perilaku yang mengindikasikan halusinasi.	S: 1. Klien mengatakan suara masih muncul tetapi sudah jarang terdengar	 Siti MF

Hari/Tanggal/Jam	NO DX	Implementasi	Evaluasi	Paraf
14.53		R: Klien mengatakan suara mengobrol masih muncul sesekali, tetapi sudah mulai berkurang dibandingkan sebelumnya. 2. Memonitor dan menyesuaikan tingkat aktivitas dan stimulus lingkungan R: Klien mengatakan suara muncul ketika sedang sendiri dan berkurang saat mengikuti aktivitas di ruangan.	2. Klien mengatakan merasa lebih tenang setelah berbicara dengan orang sekitar/keluarganya 3. Klien mengatakan akan berbicara dengan orang lain apabila suara muncul kembali. 4. Klien mengatakan masih melakukan terapi dzikir dan menghardik ketika halusinasi muncul. 5. Klien mengatakan memahami manfaat minum obat teratur bagi kondisinya	
14.56		3. Memonitor isi halusinasi (mis: kekerasan atau membahayakan diri). R: Klien mengatakan suara hanya mengobrol dan tidak memerintahkan untuk mencederai diri sendiri maupun orang lain.	O: 1. Klien tampak lebih tenang. 2. Kontak mata mulai membaik. 3. Klien kooperatif selama tindakan.	
15.00		4. Mengajukan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi R: Klien mampu menyebutkan bahwa halusinasi muncul ketika sedang sendiri dan merasa melamun.	4. Klien mampu mempraktikkan cara bercakap-cakap sebagai salah satu cara mengontrol halusinasi.	
15.05		5. Mengajukan melakukan distraksi (mendengarkan musik, melakukan aktivitas, dan teknik relaksasi terapi dzikir). R: Melatih klien melakukan terapi psikoreligius dzikir selama $\pm 10-15$ menit dengan membaca istighfar 3 kali, tasbeih 33 kali, tahmid 33 kali, dan takbir 33 kali sebagai teknik distraksi terhadap halusinasi	A: Masalah teratasi sebagian. P: Lanjutkan intervensi.	
15.10		6. Mengajarkan pasien dan keluarga cara mengontrol halusinasi. R: Klien mampu menjelaskan kembali cara mengontrol halusinasi dengan menghardik, minum obat teratur, terapi dzikir, dan bercakap-cakap dengan orang rumah Dukungan Kepatuhan Program Pengobatan		

Hari/Tanggal/Jam	NO DX	Implementasi	Evaluasi	Paraf
10.15 15.25		7. Menginformasikan manfaat yang akan diperoleh jika teratur menjalani program pengobatan R: Klien dan keluarga memahami penjelasan mengenai manfaat obat antipsikotik (Haloperidol, Zyprexa, Chlorpromazine) dalam mengurangi halusinasi dan menstabilkan emosi 8. Menganjurkan keluarga untuk mendampingi dan merawat pasien selama menjalani program pengobatan R: Keluarga bersedia terus mendampingi klien minum obat sesuai dosis di rumah		
05 Maret 2026 15.30 15.35 15.40 15.45	2	Manajemen Keselamatan Lingkungan 1. Mengidentifikasi kebutuhan keselamatan (mis, kondisi fisik, fungsi kognitif, dan riwayat perilaku). R: Klien mengatakan sudah mulai dapat mengendalikan emosi 2. Memonitor perubahan status keselamatan lingkungan. R: Lingkungan rumah tampak aman, tidak terdapat benda tajam atau benda berbahaya yang mudah dijangkau klien. 3. Memodifikasi lingkungan untuk meminimalkan bahaya dan risiko R: 4. Mengajarkan individu, keluarga dan kelompok risiko tinggi tentang bahaya lingkungan R: Klien dan keluarga memahami pentingnya menjaga lingkungan tetap aman serta segera melapor kepada perawat apabila klien mulai tampak gelisah atau marah.	S: 1. Klien mengatakan merasa lebih nyaman berada di rumah bersama keluarganya. 2. Klien mengatakan akan berusaha mengendalikan emosi ketika merasa tersinggung. O: 1. Klien tampak lebih tenang saat bersama keluarga. 2. Lingkungan rumah tampak aman dan rapi. 3. Keluarga kooperatif serta memahami penjelasan yang diberikan. A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi	 Siti MF
05 Maret 2026 15.50	3	Manajemen Perilaku 1. Mengidentifikasi harapan untuk mengendalikan perilaku R: Klien mengatakan ingin lebih percaya diri dan tidak	S: 1. Klien mengatakan mulai percaya diri untuk membantu pekerjaan di rumah.	 Siti MF

Hari/Tanggal/Jam	NO DX	Implementasi	Evaluasi	Paraf
15.55		mudah tersinggung ketika berinteraksi dengan keluarga maupun tetangga	2. Klien mengatakan akan berusaha mengendalikan emosinya saat merasa tersinggung.	
16.00		2. Mendiskusikan tanggung jawab terhadap perilaku R: Klien mengatakan memahami bahwa mengendalikan perilaku dan emosi merupakan tanggung jawab dirinya agar hubungan dengan keluarga atau orang sekitar tetap baik	O: 1. Klien tampak lebih rileks saat berinteraksi dengan keluarga. 2. Klien mulai berani melakukan kontak mata. 3. Klien mengikuti kegiatan yang telah disusun bersama keluarga. A: Masalah teratasi sebagian. P: Lanjutkan intervensi.	
16.05		3. Menjadwalkan kegiatan terstruktur R: Klien bersama keluarga menyusun kegiatan sederhana di rumah seperti membersihkan halaman, membantu pekerjaan rumah, beribadah, dan beristirahat sesuai jadwal. 4. Menginformasikan keluarga bahwa keluarga sebagai dasar pembentukan kognitif R: Keluarga memahami pentingnya memberikan dukungan, mengajak klien beraktivitas, memberikan pujian atas kemajuan klien, serta menghindari perkataan yang dapat membuat klien merasa rendah diri.		
HARI KE 4 06 Maret 2026 10.00	1	Manajemen Halusinasi 1. Memonitor perilaku yang mengindikasi halusinasi R: Klien mengatakan suara mengobrol sudah jarang muncul dan mampu mengendalikan halusinasi dengan cara menghardik, berdzikir, serta berbicara dengan anggota keluarga	S: 1. Klien mengatakan suara sudah jarang muncul 2. Klien mengatakan merasa lebih tenang ketika melakukan aktivitas di rumah 3. Klien mengatakan akan mengikuti jadwal kegiatan yang telah disusun bersama keluarga 4. Klien mengatakan akan rutin kontrol ke puskesmas dan melanjutkan obat sesuai jadwal O: 1. Klien tampak lebih aktif melakukan kegiatan di rumah 2. Klien mampu menjelaskan jadwal aktivitas hariannya	 Siti MF
10.03		2. Memonitor dan menyesuaikan tingkat aktivitas dan stimulus lingkungan R: Klien mengatakan suara jarang muncul ketika melakukan aktivitas		
10.06		3. Menganjurkan melakukan distraksi (mendengarkan musik, melakukan aktivitas dan teknik relaksasi terapi dzikir)		

Hari/Tanggal/Jam	NO DX	Implementasi	Evaluasi	Paraf
10.10		R: Klien melakukan terapi psikoreligius dzikir secara mandiri ketika mulai mendengar suara. Klien mengatakan merasa lebih tenang, suara yang didengar mulai berkurang, dan mampu mengendalikan halusinasi setelah melakukan dzikir. 4. Mengajarkan pasien dan keluarga cara mengontrol halusinasi	3. Klien tampak tenang dan kooperatif selama dilakukan kunjungan 4. Klien tampak memahami pentingnya kontrol rutin dan kepatuhan minum obat antipsikotik A: Masalah teratasi sebagian P: Pertahankan intervensi	
10.15		R: Keluarga mampu menjelaskan kembali cara membantu klien mengontrol halusinasi serta mengingatkan klien untuk minum obat dan melakukan terapi dzikir Dukungan Kepatuhan Program Pengobatan 5. Mengajarkan pasien dan keluarga melakukan konsultasi ke pelayanan kesehatan terdekat, jika perlu R: Klien dan keluarga memahami dan bersedia melakukan kontrol rutin ke puskesmas untuk evaluasi terapi Haloperidol, Zyprexa, dan Chlorpromazine		
06 Maret 2026	2	Manajemen Keselamatan Lingkungan 1. Memonitor perubahan status keselamatan lingkungan R: Lingkungan rumah tampak aman, bersih, dan tidak terdapat benda tajam atau benda berbahaya yang mudah dijangkau klien 2. Memodifikasi lingkungan untuk meminimalkan bahaya dan risiko R: Keluarga tetap menyimpan benda-benda berbahaya di tempat yang aman serta menciptakan suasana rumah yang tenang agar tidak memicu emosi klien 3. Mengajarkan individu, keluarga dan kelompok risiko tinggi tentang bahaya lingkungan	S: 1. Klien mengatakan merasa nyaman berada di rumah 2. Keluarga mengatakan akan terus menjaga keamanan lingkungan O: 1. Lingkungan rumah tampak aman dan rapi 2. Keluarga kooperatif selama diberikan edukasi 3. Klien tampak tenang dan tidak menunjukkan perilaku agresif A: Masalah teratasi sebagian P: Pertahankan intervensi	 Siti MF
10.20				
10.25				
10.30				

Hari/Tanggal/Jam	NO DX	Implementasi	Evaluasi	Paraf
		R: Keluarga mampu menjelaskan kembali pentingnya menjaga keamanan lingkungan, mengawasi klien, serta segera mengalihkan perhatian klien apabila mulai tampak gelisah atau marah		
06 Maret 2026 10.35	3	Manajemen Perilaku 1. Mendiskusikan tanggung jawab terhadap perilaku R: Klien mengatakan akan berusaha mengendalikan emosi dan berperilaku lebih baik terhadap anggota keluarga 2. Menjadwalkan kegiatan terstruktur R: Klien mengikuti jadwal kegiatan yang telah disusun bersama keluarga seperti membantu pekerjaan rumah, beribadah, dan beristirahat sesuai jadwal 3. Menginformasikan keluarga bahwa keluarga sebagai dasar pembentukan kognitif. R: Keluarga memahami pentingnya memberikan dukungan, motivasi, serta pujian kepada klien atas setiap kemajuan yang dicapai.	S: 1. Klien mengatakan mulai percaya diri membantu pekerjaan di rumah 2. Klien mengatakan senang mendapat dukungan dari keluarganya O: 1. Klien tampak lebih percaya diri 2. Klien mulai berinteraksi dengan anggota keluarga 3. Klien mengikuti aktivitas yang telah dijadwalkan A: Masalah teratasi sebagian P: Pertahankan intervensi	 Siti MF
10.40				
10.45				

3.1.5 Catatan Perkembangan

Tabel 3. 4 Catatan Perkembangan

Tanggal/Jam	Diagnosis Keperawatan	SOAPIE	Paraf
Hari Ke 5 07 Maret 2026 11.00	Halusinasi Pendengaran	S : - Klien mengatakan mampu melakukan terapi psikoreligius dzikir secara mandiri setiap hari. Klien mengatakan suara yang didengarnya sudah jarang muncul dan merasa lebih tenang setelah melakukan dzikir. - Klien mengatakan selalu minum obat (Haloperidol, Zyprexa, Chlorpromazine) tepat waktu dengan bantuan pengingat dari keluarga O : - Klien mampu melakukan terapi psikoreligius dzikir secara mandiri - Klien melakukan terapi dzikir dengan membaca (Astaghfirullah'al'adzim) sebanyak 3 kali, kemudian dilanjutkan membaca tasbih (Subhanallah) 33 kali, tahmid (Alhamdulillah) 33 kali, dan takbir (Allahu Akbar) 33 kali. - Klien tampak tenang selama melakukan terapi dzikir. - Klien mampu melakukan terapi dzikir ketika selesai shalat maupun saat halusinasi mulai muncul - Klien mampu menghardik halusinasi apabila suara muncul kembali - Klien patuh minum obat sesuai anjuran - Klien mengikuti aktivitas harian bersama keluarga - Klien tampak patuh menjalani program pengobatan sesuai dosis dan jadwal dengan dukungan keluarga A : Halusinasi Pendengaran P : Lakukan manajemen halusinasi I : - Melatih dan mendampingi klien melakukan terapi psikoreligius dzikir	 Siti MF

		2. Menganjurkan klien melakukan terapi dzikir secara rutin setiap selesai shalat dan saat halusinasi muncul 3. Mengingatkan klien untuk tetap mengontrol halusinasi dengan cara menghardik apabila suara muncul 4. Menganjurkan klien tetap minum obat secara teratur 5. Memotivasi klien mempertahankan aktivitas harian bersama keluarga 6. Mengevaluasi kepatuhan klien dalam menjalani program pengobatan 7. Melibatkan keluarga untuk terus mendampingi dan mengingatkan klien minum obat secara teratur 8. Menganjurkan klien dan keluarga melakukan kontrol rutin ke pelayanan kesehatan terdekat E : 1. Verbalisasi mendengar suara menurun. 2. Verbalisasi merasakan gangguan pendengaran menurun. 3. Distorsi sensori menurun. 4. Klien mampu melakukan terapi dzikir secara mandiri. 5. Klien tampak lebih tenang dan kooperatif. 6. Kepatuhan menjalani program pengobatan meningkat	
07 Maret 2026 11.20	Risiko Perilaku Kekerasan	S: 1. Klien mengatakan sudah mampu mengontrol marah dengan cara tarik nafas dalam, memukul bantal meminta dengan baik menolak dengan baik, dan menjadwalkan aktivitas 2. Klien mengatakan senang diajarkan cara mengontrol marah dengan baik dan benar O: 1. Klien tampak tenang 2. Tatapan mata tidak tajam 3. Klien sudah mengetahui cara mengontrol marah A: Perilaku kekerasan P: Lakukan manajemen pengendalian marah, manajemen mood, dan manajemen perilaku I: 1. Mendukung penerapan strategi	 Siti MF

		2. Pengendalian marah dan ekspresi marah 3. Adaptif (memotivasi melakukan relaksasi napas dalam) 4. Mengajarkan metode untuk memodulasi 5. Pengalaman emosi yang kuat (mis, latihan 6. Asertif, teknik relaksasi, jurnal, aktivitas 7. Penyaluran energi) (mengajarkan relaksasi nafas dalam) 8. Berbicara dengan nada rendah dan tenang 9. (berbicara dengan santai dan tidak teriak) 10. Memberi penguatan positif terhadap 11. Keberhasilan mengendalikan perilaku 12. (memberikan pujian kepada klien) 13. Menghindari bersikap menyudutkan dan menghentikan pembicaraan 14. Tidak menyalahkan klien atas kesalahannya 15. Berbicara ketika klien sudah berhenti berbicara 16. Menghindari sikap mengancam dan berdebat 17. Tidak melakukan pemaksaan E : 1. Verbalisasi ancaman kepada orang lain menurun 2. Verbalisasi umpatan menurun 3. Perilaku agresi/amuk menurun 4. Suara keras menurun 5. Bicara keras menurun	
07 Maret 2026 11.30	Harga Diri Rendah	S: Klien mengatakan bisa lebih memandang positif dirinya O: 1. Klien masih tampak menunduk 2. Kontak mata mulai baik 3. Klien berbicara lancar kooperatif A: Harga Diri Rendah P: Lakukan Manajemen Perilaku 1. Mengidentifikasi harapan untuk mengendalikan perilaku 2. Mendiskusikan tanggung jawab terhadap perilaku 3. Menjadwalkan kegiatan terstruktur	 Siti MF

		4. Menciptakan dan pertahankan lingkungan dan kegiatan perawatan konsisten setiap dinas 5. Meningkatkan aktivitas fisik sesuai kemampuan 6. Berbicara dengan nada rendah dan tenang 7. Mencegah perilaku pasif dan agresif 8. Memberi penguatan positif terhadap kebersihan 9. Mengendalikan perilaku 10. Menghindari sikap menyudutkan dan menghentikan pembicaraan 11. Menghindari sikap menyudutkan dan menghentikan pembicaraan 12. Menghindari sikap mengancam dan berdebat 13. Menghindari berdebat atau menawar batas perilaku yang telah ditetapkan E: 1. Penilaian diri positif meningkat 2. Perasaan memiliki kemampuan positif meningkat 3. Kontak mata meningkat 4. Gairah aktivitas meningkat 5. Percaya diri berbicara meningkat 6. Perilaku asertif meningkat	
--	--	---	--

3.2 Pembahasan

Pembahasan ini bertujuan untuk menganalisis pelaksanaan asuhan keperawatan pada Ny. A dengan masalah Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran di wilayah kerja Puskesmas Karangpawitan Garut. Analisis dilakukan dengan membandingkan antara konsep teori yang terdapat dalam tinjauan pustaka dengan kondisi nyata yang ditemukan selama proses pemberian asuhan keperawatan. Pembahasan disusun berdasarkan tahapan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, penetapan diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi, evaluasi, serta analisis penerapan *Evidence Based Practice* (EBP) berupa terapi psikoreligius dzikir. Dengan demikian, dapat diketahui kesesuaian

maupun kesenjangan antara teori dan praktik sebagai dasar dalam meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan.

3.2.1 Pengkajian Data dan Analisa Data

Pengkajian merupakan tahap awal dalam proses keperawatan yang bertujuan mengumpulkan informasi secara menyeluruh mengenai kondisi biologis, psikologis, sosial, spiritual, serta lingkungan klien. Data yang diperoleh menjadi dasar dalam menentukan masalah keperawatan sehingga intervensi yang diberikan sesuai dengan kebutuhan klien. Pengkajian dilakukan melalui wawancara dengan klien dan keluarga, observasi, pemeriksaan fisik, serta studi dokumentasi.

Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan pada Ny. A pada tanggal 03 Maret 2026 dengan menggunakan metode wawancara, observasi, dan pemeriksaan fisik secara langsung. Data yang diperoleh, klien berusia 56 tahun dengan diagnosa medis Skizofrenia dan memiliki riwayat rawat inap di RSJ Provinsi Jawa Barat pada tahun 2022, serta saat ini masih menjalani pengobatan rawat jalan di Puskesmas Karangpawitan. Hal ini sejalan dengan teori yang menyatakan bahwa skizofrenia merupakan gangguan jiwa kronis yang bersifat episodik, sehingga klien memerlukan pengobatan dan pemantauan jangka panjang untuk mencegah kekambuhan. Pada saat pengkajian, klien mengeluhkan masih kadang-kadang mendengar suara yang mengobrol dan pernah mendengar suara yang memerintahkan untuk membunuh anggota keluarganya. Halusinasi tersebut muncul secara tiba-tiba terutama ketika klien sedang sendiri dan menyebabkan klien merasa gelisah, Terapi medis Haloperidol 5 mg 2x sehari, Zyprexa 10 mg 1x sehari, Chlorpromazine 25 mg 2x sehari, per oral. Berdasarkan data tersebut, masalah

keperawatan utama yang ditemukan adalah Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran.

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), gangguan persepsi sensori merupakan kondisi ketika seseorang mengalami perubahan jumlah atau pola stimulus yang diterima sehingga muncul persepsi yang tidak nyata. Halusinasi pendengaran merupakan jenis halusinasi yang paling sering ditemukan pada klien skizofrenia dan ditandai dengan mendengar suara tanpa adanya rangsangan eksternal. Manifestasi yang ditemukan pada Ny. A sesuai dengan karakteristik mayor SDKI, yaitu klien mengatakan mendengar suara yang mengobrol serta suara yang memerintah (*command hallucination*), sehingga diagnosis gangguan persepsi sensori dapat ditegakkan.

Pada faktor predisposisi, ditemukan riwayat pengalaman tidak menyenangkan berupa bullying pada masa kecil dan perasaan dikucilkan oleh lingkungan tetangga. Teori stres-adaptasi (*Stuart*) menjelaskan bahwa pengalaman traumatik atau penolakan sosial pada masa lalu dapat menjadi faktor predisposisi psikologis yang meningkatkan kerentanan seseorang terhadap gangguan jiwa, termasuk munculnya halusinasi sebagai mekanisme pelarian dari kenyataan yang tidak menyenangkan. Data ini menunjukkan kesesuaian antara teori dan kasus, di mana riwayat bullying dan rasa dikucilkan pada Ny. A berkontribusi terhadap harga diri rendah yang kemudian berkembang menjadi gangguan persepsi sensori.

Pada pengkajian status mental, klien mengungkapkan mendengar bisikan suara mengobrol dan pernah mendengar suara yang menyuruhnya untuk membunuh keluarganya, muncul terutama saat klien sendirian. Karakteristik ini sesuai dengan

teori halusinasi pendengaran (*auditory hallucination*), yaitu persepsi sensoris palsu tanpa adanya stimulus eksternal yang nyata, dan umumnya muncul lebih sering ketika klien dalam kondisi sendiri, kurang aktivitas, atau kurang stimulasi lingkungan. Isi suara yang bersifat perintah (*command hallucination*) untuk menyakiti orang lain merupakan kondisi yang perlu diwaspadai karena berisiko tinggi berkembang menjadi perilaku kekerasan apabila klien tidak mampu mengontrol halusinasinya.

Kuesioner/skala AHRS (*Auditory Hallucination Rating Scale*) merupakan alat ukur yang digunakan untuk menilai tingkat keparahan halusinasi pendengaran pada individu dengan gangguan psikotik, terutama pada pasien skizofrenia. Skala ini dirancang untuk menggambarkan pengalaman halusinasi secara lebih terstruktur melalui beberapa aspek utama, seperti frekuensi munculnya suara, intensitas atau kekuatan suara yang didengar, durasi kemunculan, serta sejauh mana halusinasi tersebut memengaruhi aktivitas sehari-hari responden. Pada saat pengkajian Instrumen kuesioner/skala AHRS (*Auditory Hallucination Rating Scale*) didapatkan hasil pemeriksaan dengan total 21 yang artinya halusinasi pendengaran dalam kategori sedang.

Aspek harga diri rendah juga tampak jelas pada pernyataan klien yang merasa dirinya tidak berguna dan malu terhadap keluarga maupun tetangga karena kondisi ekonominya. Hal ini sesuai dengan teori bahwa harga diri rendah kronis sering menjadi *core problem* yang mendasari munculnya halusinasi maupun risiko perilaku kekerasan pada klien dengan skizofrenia, sehingga ketiga masalah tersebut saling berkaitan dalam satu pohon masalah (*causa, core problem, dan effect*).

Secara umum tidak ditemukan kesenjangan yang berarti antara teori dan kasus pada tahap pengkajian ini, kecuali pada pemeriksaan penunjang laboratorium yang tidak dapat dikaji karena keterbatasan sarana saat kunjungan, sehingga data yang digunakan lebih bersifat data subjektif dan objektif hasil observasi serta wawancara langsung.

3.2.2 Tahap Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis terhadap respons individu, keluarga, atau masyarakat terhadap masalah kesehatan yang dialami, baik yang bersifat aktual maupun berisiko. Penetapan diagnosis keperawatan dilakukan berdasarkan data hasil pengkajian yang telah dianalisis dan mengacu pada Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) sehingga diagnosis yang ditegakkan sesuai dengan kondisi klien.

Dalam keperawatan jiwa, penetapan masalah klien dapat mengacu pada pendekatan Strategi Pelaksanaan (SP) maupun Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI). Pada pendekatan SP, masalah keperawatan yang muncul merupakan masalah yang umumnya ditemukan pada pasien dengan gangguan jiwa dan menjadi dasar dalam penyusunan strategi pelaksanaan tindakan keperawatan. Sementara itu, SDKI merupakan standar diagnosis keperawatan nasional yang menetapkan diagnosis berdasarkan indikator diagnostik berupa data mayor dan data minor hasil pengkajian, sehingga diagnosis yang ditegakkan lebih sistematis, spesifik, dan sesuai dengan kondisi aktual klien. Oleh karena itu, pada karya ilmiah ini penulis menggunakan SDKI sebagai dasar penetapan diagnosis keperawatan agar diagnosis yang ditegakkan memiliki dasar klinis yang lebih kuat. Berdasarkan

hasil pengkajian, penulis menetapkan tiga diagnosis keperawatan, yaitu Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran, Risiko Perilaku Kekerasan, dan Harga Diri Rendah. Sementara itu, diagnosis yang sering dijumpai dalam pendekatan SP seperti isolasi sosial dan defisit perawatan diri tidak ditegakkan karena tidak didukung oleh data hasil pengkajian pada Ny. A.

Berdasarkan hasil pengkajian pada Ny. A, penulis menetapkan tiga diagnosis keperawatan yaitu Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran, Risiko Perilaku Kekerasan, dan Harga Diri Rendah.

1. Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi berhubungan dengan Gangguan Pendengaran

Berdasarkan hasil pengkajian, diagnosis keperawatan utama pada Ny. A adalah Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran. Diagnosis ini ditegakkan berdasarkan data subjektif, yaitu klien mengatakan sering mendengar suara-suara yang mengobrol tanpa adanya sumber suara nyata. Klien juga mengungkapkan bahwa suara tersebut muncul secara tiba-tiba terutama ketika sedang sendiri dan menyebabkan dirinya merasa gelisah. Sementara itu, data objektif menunjukkan klien tampak gelisah, cemas, dan terkadang mudah beralih pembicaraan saat wawancara berlangsung, pemeriksaan AHRS dengan skoring 21 yang artinya halusinasi sedang. Data tersebut telah memenuhi karakteristik mayor diagnosis gangguan persepsi sensori menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), yaitu adanya persepsi sensori tanpa adanya rangsangan eksternal yang nyata.

Halusinasi pendengaran merupakan gejala positif yang paling sering dijumpai pada klien dengan skizofrenia. Halusinasi terjadi akibat gangguan dalam memproses stimulus sehingga individu mempersepsikan suara yang sebenarnya tidak ada. Pada Ny. A, munculnya halusinasi ketika sedang sendiri menunjukkan bahwa minimnya stimulus lingkungan dapat meningkatkan fokus klien terhadap stimulus internal. Selain itu, pengalaman masa lalu berupa perundungan serta perasaan dikucilkan oleh lingkungan menjadi faktor yang dapat memperberat munculnya halusinasi. Kondisi tersebut sesuai dengan teori Stuart yang menjelaskan bahwa faktor biologis, psikologis, dan sosial saling berkontribusi terhadap munculnya gangguan persepsi sensori pada klien dengan skizofrenia.

Berdasarkan data tersebut, penulis menetapkan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran sebagai diagnosis prioritas karena masalah ini secara langsung memengaruhi kemampuan klien dalam membedakan realitas serta berpotensi menimbulkan masalah lain, seperti risiko perilaku kekerasan apabila isi halusinasi berupa perintah untuk mencederai diri sendiri maupun orang lain.

2. Risiko Perilaku Kekerasan berhubungan dengan ketidakmampuan mengendalikan dorongan marah

Diagnosis kedua yang ditemukan pada Ny. A adalah Risiko Perilaku Kekerasan. Penetapan diagnosis ini didasarkan pada data subjektif bahwa klien mengaku sering marah-marah dan pernah merusak barang ketika emosinya tidak terkendali. Selain itu, pada pengkajian ditemukan data

objektif berupa tatapan mata tajam, postur tubuh tampak kaku, dan tangan mengepal. Tanda-tanda tersebut merupakan indikator adanya peningkatan ketegangan emosional yang dapat berkembang menjadi perilaku agresif apabila tidak segera dikendalikan.

Menurut SDKI, risiko perilaku kekerasan merupakan kondisi ketika individu berisiko mencederai diri sendiri, orang lain, atau lingkungan akibat ketidakmampuan mengontrol respons marah. Pada kasus Ny. A, risiko tersebut semakin diperkuat oleh riwayat halusinasi pendengaran yang pernah berisi suara yang memerintahkan untuk membunuh anggota keluarganya. Halusinasi dengan isi perintah (*command hallucination*) diketahui memiliki potensi lebih tinggi untuk memicu tindakan agresif dibandingkan halusinasi yang tidak bersifat memerintah. Oleh karena itu, meskipun pada saat pengkajian klien belum menunjukkan perilaku kekerasan secara langsung, kondisi tersebut tetap memerlukan perhatian khusus sebagai upaya pencegahan.

Selain faktor halusinasi, pengalaman traumatis akibat perundungan dan perasaan dikucilkan juga diduga memengaruhi kemampuan klien dalam mengelola emosi. Akumulasi stres psikologis yang tidak terselesaikan dapat meningkatkan kemarahan dan menurunkan kontrol impuls sehingga memperbesar risiko munculnya perilaku kekerasan. Dengan demikian, intervensi keperawatan diarahkan untuk membantu klien mengenali tanda-tanda marah, mengendalikan emosi, serta mengontrol halusinasi yang menjadi salah satu faktor pencetus.

3. Harga Diri Rendah berhubungan dengan kurangnya pengakuan dari orang lain

Diagnosis keperawatan ketiga yang ditemukan pada Ny. A adalah Harga Diri Rendah. Diagnosis ini ditegakkan berdasarkan data subjektif bahwa klien merasa malu karena kondisi ekonomi keluarganya serta menganggap dirinya tidak berguna karena tidak bekerja. Data objektif yang mendukung yaitu klien tampak sering menunduk dan menghindari kontak mata langsung selama proses wawancara. Kondisi tersebut menunjukkan adanya penilaian negatif terhadap diri sendiri yang merupakan karakteristik utama harga diri rendah menurut SDKI.

Perasaan tidak berharga yang dialami Ny. A dipengaruhi oleh beberapa faktor, di antaranya pengalaman masa lalu berupa perundungan, kondisi ekonomi keluarga yang kurang baik, serta statusnya sebagai penyandang gangguan jiwa. Klien juga mengatakan jarang berinteraksi dengan masyarakat karena merasa malu terhadap tetangga. Menurut teori konsep diri, harga diri terbentuk melalui penilaian individu terhadap dirinya sendiri dan dipengaruhi oleh penerimaan dari lingkungan sekitar. Kurangnya penghargaan dan pengalaman penolakan sosial dapat menyebabkan individu mengembangkan konsep diri yang negatif.

Meskipun demikian, pada kasus Ny. A masih ditemukan faktor pendukung yang dapat membantu meningkatkan harga dirinya, yaitu adanya dukungan dari suami dan keluarga serta keinginan klien untuk

sembuh. Dukungan keluarga merupakan salah satu faktor protektif yang dapat meningkatkan rasa percaya diri dan motivasi klien selama menjalani proses pemulihan. Oleh karena itu, intervensi keperawatan tidak hanya berfokus pada peningkatan kemampuan klien mengenali kelebihan dirinya, tetapi juga melibatkan keluarga sebagai sistem pendukung dalam meningkatkan harga diri klien.

Ketiga diagnosa ini membentuk satu pohon masalah yang saling berkaitan, di mana Harga Diri Rendah berperan sebagai penyebab (*causa*), Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi sebagai masalah utama (*core problem*), dan Risiko Perilaku Kekerasan sebagai akibat (*effect*). Kesesuaian ini menegaskan bahwa intervensi keperawatan perlu difokuskan secara berjenjang, dimulai dari penguatan harga diri klien sebagai upaya pencegahan jangka panjang terhadap kekambuhan halusinasi dan risiko perilaku kekerasan.

3.2.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan merupakan tahap penyusunan rencana tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah keperawatan berdasarkan tujuan dan luaran yang telah ditetapkan. Penyusunan intervensi pada studi kasus ini mengacu pada Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) serta disesuaikan dengan kondisi klien selama dilakukan kunjungan rumah.

Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan terhadap Ny. A, penulis menetapkan tiga diagnosa keperawatan utama, yaitu:

1. Gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran

Diagnosa gangguan persepsi sensori ditegakkan pada klien berdasarkan data yang diperoleh, yaitu klien mengatakan sering mendengar suara-suara yang mengobrol, muncul secara tiba-tiba saat klien dalam keadaan sendiri, dan disertai perasaan gelisah setiap kali suara tersebut muncul. Kondisi ini diperkuat dengan data objektif berupa klien tampak gelisah, tampak cemas, dan kadang mudah beralih perhatian ketika sedang diajak berbicara. Rangkaian data tersebut menggambarkan adanya perubahan pada proses penerimaan dan interpretasi stimulus sensorik yang tidak sesuai dengan kenyataan, sehingga secara teori dapat dikategorikan sebagai halusinasi pendengaran sesuai dengan batasan karakteristik yang ditetapkan dalam SDKI.

Berdasarkan kondisi tersebut, luaran keperawatan yang ditetapkan adalah Persepsi Sensori (L.09083), dengan harapan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama tiga kali pertemuan, verbalisasi klien terkait mendengar bisikan dapat menurun, distorsi sensori berkurang, dan respon klien terhadap stimulus yang nyata menjadi lebih baik. Penetapan luaran ini dipandang tepat karena secara langsung mengukur perbaikan pada masalah utama yang dialami klien, yaitu gangguan dalam mempersepsikan stimulus secara akurat.

Untuk mencapai luaran tersebut, intervensi utama yang diberikan adalah Dukungan Perawatan Manajemen Halusinasi (I.09288). Pada tahap observasi, perawat perlu memantau perilaku yang mengindikasikan

munculnya halusinasi serta memantau isi halusinasi, mengingat isi halusinasi yang bersifat memerintah untuk menyakiti diri atau orang lain berpotensi membahayakan keselamatan klien maupun lingkungan sekitarnya. Pada tahap terapeutik, upaya mempertahankan lingkungan yang aman dan melakukan tindakan keselamatan apabila klien tidak mampu mengontrol perilakunya menjadi penting untuk mencegah terjadinya cedera selama episode halusinasi berlangsung. Sementara itu, pada tahap edukasi, klien dianjurkan untuk melakukan distraksi melalui mendengarkan musik, melakukan aktivitas, teknik relaksasi, maupun terapi dzikir. Pendekatan melalui dzikir ini sejalan dengan konteks budaya dan spiritualitas masyarakat Indonesia, di mana dzikir dapat berfungsi ganda sebagai teknik relaksasi sekaligus penguatan koping spiritual bagi klien.

Selain manajemen halusinasi, intervensi kolaborasi pemberian obat antipsikotik dan antiansietas turut diberikan berupa Haloperidol 5 mg per oral dua kali sehari, Zyprexa (olanzapine) 10 mg per oral satu kali sehari, dan Chlorpromazine 25 mg per oral dua kali sehari. Pemberian kombinasi antipsikotik tipikal dan atipikal ini menunjukkan bahwa intervensi keperawatan yang diberikan bersifat saling melengkapi dengan terapi farmakologis, bukan berdiri sendiri sebagai satu-satunya bentuk penanganan, sehingga efek terapeutik dalam menurunkan gejala positif halusinasi dan menstabilkan kondisi klien dapat dicapai secara optimal.

Guna mendukung efektivitas terapi farmakologis tersebut, intervensi Dukungan Kepatuhan Program Pengobatan (I.12361) turut diterapkan

mengingat kepatuhan minum obat merupakan faktor penentu keberhasilan pengobatan pada klien dengan gangguan jiwa. Pada tahap observasi, perawat mengidentifikasi kepatuhan klien dalam menjalani program pengobatan, di mana ditemukan bahwa klien terkadang lupa minum obat apabila tidak diingatkan oleh keluarga. Pada tahap terapeutik, dibuat komitmen bersama klien untuk menjalani pengobatan secara teratur serta disusun jadwal pendampingan keluarga secara bergantian agar klien senantiasa terpantau dalam mengonsumsi obat sesuai dosis dan waktu yang telah ditentukan. Pelibatan keluarga ini penting mengingat dukungan sistem keluarga menjadi salah satu faktor protektif utama dalam mencegah kekambuhan pada klien dengan gangguan jiwa. Pada tahap edukasi, klien dan keluarga diberikan informasi mengenai manfaat kepatuhan pengobatan terhadap stabilitas kondisi klien, serta dianjurkan untuk melakukan konsultasi rutin ke pelayanan kesehatan terdekat guna evaluasi terapi secara berkelanjutan. Melalui kombinasi antara manajemen halusinasi, terapi psikoreligius dzikir, terapi farmakologis, dan dukungan kepatuhan pengobatan, klien menunjukkan perkembangan yang positif, ditandai dengan berkurangnya frekuensi munculnya suara-suara yang didengar serta meningkatnya kemampuan klien dalam mengontrol halusinasi secara mandiri.

2. Risiko perilaku kekerasan

Diagnosa risiko perilaku kekerasan ditegakkan berdasarkan pernyataan klien yang mengatakan sering marah-marah dan sering merusak

barang, yang kemudian diperkuat oleh data objektif berupa tatapan klien yang tajam, postur tubuh yang tampak kaku, serta tangan yang mengepal. Rangkaian tanda tersebut secara teori merupakan gejala prodromal yang biasanya muncul sebelum terjadinya perilaku kekerasan secara aktual, sehingga penegakan diagnosa ini bersifat antisipatif dengan tujuan mencegah agar potensi kekerasan tersebut tidak benar-benar terjadi.

Luaran yang ditetapkan untuk diagnosa ini adalah Kontrol Diri (L.09075), dengan harapan kemampuan klien dalam mengendalikan emosi, pikiran, dan perilaku ketika menghadapi masalah dapat meningkat, ditandai dengan menurunnya verbalisasi ancaman, umpatan, serta perilaku agresif maupun amuk. Pemilihan luaran ini dinilai sesuai karena secara khusus mengukur kapasitas pengendalian diri klien, sejalan dengan sifat "risiko" pada diagnosa ini yang berfokus pada pencegahan, bukan pada penanganan kekerasan yang sudah terjadi.

Intervensi yang diberikan adalah Manajemen Keselamatan Lingkungan. Melalui tahap observasi, perawat perlu mengidentifikasi kebutuhan keselamatan klien serta memantau perubahan status keselamatan lingkungan sekitar, sebagai upaya deteksi dini sebelum risiko meningkat menjadi kejadian nyata. Pada tahap terapeutik, dilakukan modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bahaya, penyediaan alat bantu keamanan, hingga penggunaan perangkat pelindung seperti pengkekangan fisik maupun pintu terkunci apabila benar-benar diperlukan. Penggunaan tindakan pengkekangan ini tetap mengacu pada prinsip keperawatan jiwa yang

mengutamakan pendekatan paling tidak restriktif terlebih dahulu, sehingga tindakan yang lebih membatasi hanya digunakan bila cara yang lebih ringan tidak lagi efektif. Kolaborasi dengan pihak berwenang seperti puskesmas maupun kepolisian juga menjadi relevan apabila risiko yang dihadapi berpotensi meluas hingga ke lingkungan komunitas di sekitar klien.

3. Harga diri rendah kronis.

Diagnosa harga diri rendah situasional ditegakkan berdasarkan pernyataan klien yang merasa malu karena keadaan ekonominya serta merasa dirinya tidak berguna karena tidak bekerja, yang diperkuat dengan data objektif berupa klien tampak menunduk dan menghindari kontak mata secara langsung. Rangkaian data tersebut menggambarkan adanya penilaian negatif terhadap diri sendiri yang muncul akibat situasi tertentu, dalam hal ini kehilangan peran sebagai pencari nafkah, sehingga sesuai dengan batasan karakteristik SDKI untuk harga diri rendah yang bersifat situasional dan berpotensi membaik apabila situasi pemicunya ditangani dengan tepat.

Luaran yang ditetapkan adalah Harga Diri (L.09069), dengan harapan setelah dilakukan tindakan keperawatan, penilaian diri klien terhadap dirinya sendiri menjadi lebih positif, perasaan malu menurun, kontak mata meningkat, serta rasa percaya diri klien ketika berbicara turut membaik. Penetapan luaran ini telah sesuai dengan permasalahan utama klien, karena berfokus langsung pada perbaikan cara pandang klien terhadap dirinya sendiri.

Intervensi yang diberikan adalah Manajemen Perilaku (I.12463). Pada tahap observasi, perawat perlu mengidentifikasi harapan klien terkait pengendalian perilakunya sendiri, sebagai dasar untuk memahami sudut pandang klien sebelum menentukan pendekatan lebih lanjut. Pada tahap terapeutik, penjadwalan kegiatan yang terstruktur, peningkatan aktivitas fisik sesuai kemampuan, serta pemberian penguatan positif atas keberhasilan klien dalam mengendalikan perilakunya diharapkan dapat membentuk kebiasaan dan pola pikir yang lebih adaptif. Pencapaian-pencapaian kecil yang dirasakan berhasil oleh klien secara tidak langsung turut berkontribusi terhadap peningkatan harga diri klien.

Selain itu, pendekatan komunikasi terapeutik seperti berbicara dengan nada rendah dan tenang, serta menghindari sikap menyudutkan, mengancam, atau berdebat dengan klien, penting dilakukan untuk menjaga hubungan saling percaya sekaligus mencegah klien semakin menarik diri akibat perasaan malu yang dialaminya. Edukasi kepada keluarga bahwa keluarga merupakan dasar pembentukan kognitif juga menegaskan pentingnya dukungan sistem keluarga dalam mendukung proses pemulihan harga diri klien, mengingat harga diri rendah situasional pada klien ini erat kaitannya dengan persepsi terhadap peran sosial dan ekonominya di lingkungan keluarga.

Menurut pendapat penulis, intervensi yang disusun telah sesuai dengan kebutuhan klien karena tidak hanya berfokus pada penurunan gejala halusinasi, tetapi juga memperhatikan aspek psikologis, sosial, dan dukungan keluarga

sehingga diharapkan dapat meningkatkan kemampuan klien dalam mengontrol masalah yang dialaminya.

3.2.4 Implementasi Keperawatan dan Evaluasi Keperawatan

Implementasi keperawatan dilaksanakan selama empat hari berturut-turut, dari tanggal 3 hingga 6 Maret 2026, terhadap tiga diagnosis keperawatan yang telah ditetapkan sebelumnya. Pelaksanaan implementasi ini merupakan realisasi dari rencana tindakan yang telah disusun, dengan tetap memperhatikan respons klien pada setiap harinya sebagai dasar untuk melanjutkan atau menyesuaikan intervensi pada hari berikutnya. Mengingat waktu pelaksanaan implementasi dalam penelitian ini terbatas, intervensi yang diberikan difokuskan pada pencapaian perkembangan kondisi klien sesuai luaran keperawatan yang diharapkan.

1. Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran (D.0085)

Pada hari pertama pelaksanaan implementasi, perawat memulai dengan memonitor perilaku dan isi halusinasi klien. Klien mengungkapkan bahwa dirinya masih sering mendengar suara-suara yang mengobrol, terutama saat malam hari dan ketika berada dalam keadaan sendiri. Kondisi ini disertai dengan tanda objektif berupa kontak mata yang kurang, tampak gelisah, dan tampak cemas. Pada tahap awal ini, perawat mengenalkan konsep halusinasi kepada klien dari segi isi, frekuensi, waktu, situasi pencetus, serta perasaan dan respons klien terhadap halusinasi tersebut, dan dilakukan pemeriksaan skrining AHRS untuk mengetahui tingkat keparahan halusinasi dan didapatkan hasil 21 yang artinya Halusinasi Sedang. Kemudian melatih klien mengontrol halusinasi melalui teknik

menghardik sebagai langkah dasar sebelum diperkenalkan pada terapi dzikir. Selain itu, perawat juga mulai mengidentifikasi kepatuhan klien dalam menjalani program pengobatan berupa Haloperidol 5 mg dua kali sehari, Zyprexa 10 mg satu kali sehari, dan Chlorpromazine 25 mg dua kali sehari secara per oral, serta membangun komitmen awal bersama klien untuk menjalani pengobatan secara teratur. Meskipun klien menunjukkan kesediaan untuk mencoba teknik distraksi dzikir, evaluasi pada hari pertama menunjukkan bahwa masalah belum teratasi, karena tanda gelisah dan cemas masih tampak jelas serta kontak mata belum membaik.

Memasuki hari kedua, perawat mulai melatih klien mempraktikkan terapi psikoreligius dzikir secara lebih terstruktur, yaitu membaca istighfar tiga kali, tasbih tiga puluh tiga kali, tahmid tiga puluh tiga kali, dan takbir tiga puluh tiga kali selama kurang lebih sepuluh hingga lima belas menit setelah salat. Pemilihan waktu setelah salat ini dipertimbangkan karena kondisi klien relatif lebih tenang dan reseptif terhadap sugesti positif setelah beribadah, sehingga terapi dzikir dapat dilakukan secara lebih fokus dan bermakna. Penerapan terapi ini menunjukkan hasil yang positif sejak awal, ditandai dengan pengakuan klien bahwa suara yang didengar mulai berkurang dan dirinya merasa lebih tenang setelah melakukan dzikir. Selain melatih terapi dzikir, perawat juga tetap memberikan edukasi mengenai pentingnya kepatuhan minum obat, mengingat klien mulai menunjukkan tanda kejenuhan terhadap terapi farmakologis. Untuk mengatasi hal ini, perawat bersama keluarga menyusun jadwal pendampingan secara

bergantian agar keluarga dapat mengingatkan waktu minum Haloperidol, Zyprexa, dan Chlorpromazine sesuai dosis yang ditentukan, sehingga kedua pendekatan yaitu terapi dzikir dan kepatuhan farmakologis dapat berjalan beriringan agar hasil yang dicapai lebih optimal.

Pada hari ketiga, terapi dzikir kembali diterapkan secara konsisten, dan klien mulai menunjukkan kemampuan untuk mengenali sendiri situasi yang memicu munculnya halusinasi, yaitu ketika sedang sendiri dan merasa melamun. Di samping penguatan terapi dzikir, klien juga dilatih untuk mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap bersama orang lain ketika suara tersebut muncul, dan klien mampu mempraktikkan cara ini selama kurang lebih sepuluh menit sambil melaporkan bahwa suara yang didengarnya berkurang setelah berinteraksi dengan keluarga di sekitarnya. Pada hari ini pula, perawat memberikan edukasi kepada klien dan keluarga mengenai manfaat kepatuhan menjalani program pengobatan terhadap stabilitas kondisi klien, serta menganjurkan keluarga untuk terus mendampingi klien dalam mengonsumsi obat antipsikotik yang diresepkan. Evaluasi pada hari ketiga menunjukkan bahwa masalah mulai teratasi sebagian, ditandai dengan kontak mata klien yang mulai membaik, klien tampak lebih tenang dan kooperatif selama tindakan berlangsung, serta klien mulai patuh minum obat dengan pengawasan keluarga.

Puncak perkembangan positif terlihat pada hari keempat, ketika klien mulai mampu melakukan terapi dzikir secara mandiri setiap kali mulai mendengar suara, tanpa perlu banyak diarahkan oleh perawat. Terapi dzikir

yang telah dilatih sejak hari kedua kini terintegrasi ke dalam jadwal aktivitas harian klien, mencakup kegiatan bangun pagi, mandi, salat, berdzikir, membantu pekerjaan rumah, beristirahat, hingga jadwal minum obat, sehingga dzikir tidak lagi menjadi tindakan darurat semata ketika halusinasi muncul, melainkan telah menjadi bagian dari rutinitas harian klien. Pada hari ini pula, klien dan keluarga dianjurkan untuk melakukan konsultasi rutin ke pelayanan kesehatan terdekat guna evaluasi berkelanjutan terhadap terapi Haloperidol, Zyprexa, dan Chlorpromazine yang dijalani. Keluarga turut berperan aktif dalam mengingatkan klien untuk melaksanakan terapi dzikir maupun mengonsumsi obat sesuai jadwal dan dosis yang telah ditentukan. Perkembangan ini menunjukkan bahwa penerapan terapi psikoreligius dzikir secara bertahap dan konsisten, yang dipadukan dengan dukungan kepatuhan program pengobatan farmakologis, mulai dari pengenalan, pelatihan terstruktur, penguatan mandiri, hingga integrasi ke dalam rutinitas harian, efektif membantu klien mengelola halusinasi pendengaran yang dialaminya, meskipun pada evaluasi akhir masalah dinyatakan teratasi sebagian dan intervensi tetap perlu dipertahankan untuk mencegah kekambuhan.

2. Risiko Perilaku Kekerasan (D.0146)

Implementasi pada diagnosa risiko perilaku kekerasan dimulai pada hari pertama dengan mengidentifikasi kebutuhan keselamatan klien. Ditemukan bahwa klien sangat mudah tersinggung apabila ada pihak yang menyebutnya dengan sebutan yang merendahkan, disertai tanda gelisah,

tatapan tajam, postur tubuh kaku, dan tangan mengepal. Perawat kemudian melakukan upaya menghilangkan dan memodifikasi lingkungan dari benda-benda yang berisiko digunakan untuk mencederai diri sendiri maupun orang lain. Pada evaluasi hari pertama, klien masih menunjukkan kecenderungan mudah tersinggung dan sesekali berkata kasar kepada keluarga ketika kondisinya kambuh, sehingga masalah dinyatakan belum teratasi.

Pada hari kedua, perawat kembali mengidentifikasi kebutuhan keselamatan klien dan menemukan adanya perkembangan positif, yaitu klien mulai mampu mengendalikan emosinya setelah diingatkan oleh perawat maupun keluarga. Lingkungan sekitar klien juga dipastikan dalam kondisi aman dan bebas dari benda berbahaya. Modifikasi lingkungan dilakukan dengan menempatkan klien pada suasana yang tenang disertai pengawasan untuk mengurangi rangsangan yang berpotensi memicu kemarahan. Evaluasi pada hari kedua menunjukkan masalah mulai teratasi sebagian, ditandai dengan klien yang tampak lebih tenang, tatapan mata yang mulai tidak setajam sebelumnya, serta sikap kooperatif selama tindakan berlangsung.

Perkembangan tersebut terus berlanjut pada hari ketiga, di mana klien mengungkapkan bahwa dirinya sudah mulai dapat mengendalikan emosi, dan lingkungan rumah dipastikan tetap aman tanpa adanya benda tajam atau benda berbahaya yang mudah dijangkau. Keluarga turut diberikan edukasi mengenai pentingnya segera melapor kepada perawat apabila klien mulai menunjukkan tanda-tanda gelisah atau marah. Hasil evaluasi

memperlihatkan bahwa klien merasa lebih nyaman berada bersama keluarga di rumah dan bersedia berusaha mengendalikan emosinya, sehingga masalah dinyatakan teratasi sebagian.

Pada hari keempat, fokus implementasi lebih diarahkan pada pemeliharaan kondisi lingkungan yang aman serta penguatan pemahaman keluarga dalam menjaga keamanan dan mengalihkan perhatian klien apabila mulai tampak gelisah. Klien menunjukkan kondisi yang stabil, tampak tenang, dan tidak menunjukkan perilaku agresif, sehingga perawat memutuskan untuk mempertahankan intervensi yang telah diberikan. Perkembangan ini menggambarkan bahwa pendekatan manajemen keselamatan lingkungan yang dikombinasikan dengan keterlibatan aktif keluarga cukup efektif dalam menurunkan risiko perilaku kekerasan pada klien, meskipun kemampuan pengendalian diri klien perlu terus dipantau agar tidak kembali memburuk.

3. Harga Diri Rendah Situasional (D.0087)

Pelaksanaan implementasi terhadap diagnosa harga diri rendah situasional pada hari pertama belum menyertakan respons (R) yang terisi lengkap pada sebagian besar poin tindakan, namun evaluasi tetap dilakukan dan menunjukkan bahwa klien merasa malu terhadap keadaan ekonominya serta menganggap dirinya tidak berguna karena tidak memiliki pekerjaan. Data objektif berupa klien tampak menunduk, menghindari kontak mata, serta tampak minder dengan keadaannya saat ini memperkuat bahwa

masalah harga diri rendah pada klien masih dirasakan cukup berat pada tahap awal implementasi.

Pada hari kedua, perawat mulai melaksanakan tindakan secara lebih terarah, dimulai dari mengidentifikasi harapan klien untuk dapat lebih tenang dan tidak mudah marah ketika menghadapi perkataan orang lain, dilanjutkan dengan mendiskusikan tanggung jawab klien terhadap perilakunya sendiri. Klien menunjukkan kesadaran bahwa perilaku marah yang selama ini ditunjukkan dapat berdampak pada hubungannya dengan keluarga. Penjadwalan kegiatan terstruktur seperti membersihkan tempat tidur dan mengikuti aktivitas bersama mulai diterapkan, dan klien menunjukkan sikap kooperatif ketika diajak berbicara dengan nada yang tenang. Meski demikian, klien masih mengungkapkan perasaan malu terhadap kondisi ekonominya dan belum sepenuhnya mampu bekerja, sehingga pada evaluasi hari kedua masalah dinyatakan belum teratasi, walaupun kontak mata klien mulai menunjukkan sedikit perbaikan.

Pada hari ketiga, pendekatan implementasi mulai melibatkan keluarga secara lebih aktif dalam penyusunan kegiatan sederhana di rumah, seperti membersihkan halaman, membantu pekerjaan rumah, beribadah, dan beristirahat sesuai jadwal. Klien menyampaikan keinginan untuk lebih percaya diri dan tidak mudah tersinggung ketika berinteraksi dengan keluarga maupun tetangga. Edukasi kepada keluarga mengenai peran keluarga sebagai dasar pembentukan kognitif turut diberikan, dengan penekanan pada pentingnya memberikan pujian atas kemajuan klien dan

menghindari perkataan yang dapat menurunkan rasa percaya diri klien. Hasil evaluasi menunjukkan peningkatan yang bermakna, yaitu klien mulai berani melakukan kontak mata dan tampak lebih rileks saat berinteraksi dengan keluarga, sehingga masalah dinyatakan teratasi sebagian.

Perkembangan positif ini terus berlanjut hingga hari keempat, di mana klien mengikuti jadwal kegiatan yang telah disusun bersama keluarga dan mulai menunjukkan rasa percaya diri untuk membantu pekerjaan rumah. Keluarga turut memberikan dukungan, motivasi, dan pujian atas setiap kemajuan yang dicapai klien. Klien tampak lebih percaya diri dan mulai aktif berinteraksi dengan anggota keluarganya, sehingga perawat memutuskan untuk mempertahankan intervensi yang telah dilaksanakan. Perkembangan ini menunjukkan bahwa keterlibatan keluarga secara konsisten, disertai penjadwalan kegiatan yang terstruktur dan pemberian penguatan positif, berperan penting dalam membantu klien membangun kembali penilaian positif terhadap dirinya, meskipun proses peningkatan harga diri klien membutuhkan waktu yang lebih panjang dibandingkan perbaikan pada dua diagnosa lainnya.

3.2.5 Evaluasi Keperawatan

Catatan perkembangan pada hari kelima, tanggal 7 Maret 2026, disusun dalam format SOAPIE untuk menggambarkan sejauh mana perkembangan kondisi klien setelah rangkaian implementasi dilaksanakan selama empat hari sebelumnya. Evaluasi ini penting dilakukan untuk menilai efektivitas intervensi yang telah

diberikan sekaligus menentukan apakah rencana tindakan perlu dilanjutkan, dimodifikasi, atau dihentikan.

1. Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran (D.0085)

Pada hari kelima, klien menunjukkan perkembangan yang cukup mengembirakan, ditandai dengan kemampuannya melakukan terapi psikoreligius dzikir secara mandiri setiap hari tanpa perlu banyak diarahkan oleh perawat. Klien mengungkapkan bahwa suara-suara yang sebelumnya sering didengar kini sudah jarang muncul, dan dirinya merasa lebih tenang setelah melaksanakan dzikir. Secara objektif, klien mampu mempraktikkan tahapan dzikir secara lengkap dan runtut, yaitu membaca istighfar sebanyak tiga kali, dilanjutkan tasbih, tahmid, dan takbir masing-masing tiga puluh tiga kali, yang dilakukan baik setelah salat maupun ketika halusinasi mulai dirasakan muncul kembali. Selain itu, klien juga tetap mampu menerapkan teknik menghardik sebagai cadangan apabila suara kembali terdengar, tetap patuh terhadap jadwal minum obat Haloperidol 5 mg dua kali sehari, Zyprexa 10 mg satu kali sehari, dan Chlorpromazine 25 mg dua kali sehari secara per oral, serta turut serta dalam aktivitas harian bersama keluarga.

Kepatuhan klien dalam menjalani program pengobatan tersebut tidak terlepas dari intervensi Dukungan Kepatuhan Program Pengobatan (I.12361) yang diberikan secara berkesinambungan sejak hari pertama, di mana keluarga dilibatkan secara aktif melalui jadwal pendampingan bergantian untuk mengingatkan waktu dan dosis minum obat. Keterlibatan keluarga ini terbukti efektif dalam meningkatkan kepatuhan klien, sehingga

pada hari kelima klien mampu menjalani terapi farmakologis secara teratur tanpa perlu pengawasan ketat, serta memahami pentingnya kontrol rutin ke pelayanan kesehatan terdekat guna evaluasi terapi lebih lanjut.

Kemajuan ini menunjukkan bahwa pendekatan bertahap melalui empat strategi pelaksanaan yang telah diterapkan sejak hari pertama, dipadukan dengan terapi dzikir sebagai teknik distraksi berbasis spiritual serta dukungan kepatuhan pengobatan farmakologis, berhasil membentuk kemandirian klien dalam mengelola halusinasinya. Meskipun demikian, karena diagnosa halusinasi pendengaran belum sepenuhnya teratasi secara tuntas dan masih memerlukan pemantauan berkelanjutan, perencanaan tindak lanjut tetap diarahkan pada manajemen halusinasi, dengan penekanan pada mempertahankan kebiasaan dzikir, kepatuhan minum obat antipsikotik sesuai dosis dan jadwal, serta keterlibatan klien dalam aktivitas harian bersama keluarga sebagai upaya pencegahan kekambuhan.

2. Risiko Perilaku Kekerasan (D.0146)

Perkembangan pada diagnosa risiko perilaku kekerasan juga menunjukkan hasil yang positif. Klien mengungkapkan bahwa dirinya telah mampu mengontrol rasa marah melalui beberapa cara, yaitu menarik napas dalam, memukul bantal sebagai sarana penyaluran energi, meminta maupun menolak sesuatu dengan cara yang baik, serta menyusun jadwal aktivitas untuk mengalihkan perhatian dari pemicu amarah. Klien juga menyampaikan perasaan senang karena telah diajarkan cara-cara mengendalikan marah secara tepat. Data objektif turut mendukung

perkembangan ini, ditunjukkan dengan klien yang tampak tenang, tatapan mata yang tidak lagi tajam seperti pada hari-hari sebelumnya, serta pemahaman klien yang baik mengenai teknik pengendalian marah yang telah diajarkan.

Perkembangan ini menggambarkan keberhasilan pendekatan manajemen keselamatan lingkungan yang dilaksanakan sejak awal, yang kemudian pada tahap ini mulai diperluas ke arah manajemen pengendalian marah, manajemen mood, dan manajemen perilaku secara lebih spesifik. Perencanaan lanjutan yang mencakup dukungan terhadap penerapan strategi pengendalian dan ekspresi marah yang adaptif, latihan relaksasi napas dalam, teknik asertif, hingga pemberian penguatan positif atas keberhasilan klien mengendalikan diri, menunjukkan pergeseran fokus dari pencegahan bahaya lingkungan menuju penguatan kemampuan koping klien secara mandiri. Pendekatan komunikasi yang menghindari sikap menyudutkan, menyalahkan, mengancam, atau memaksa klien turut menjadi kunci penting dalam menjaga hubungan saling percaya sekaligus mendukung keberhasilan pengendalian perilaku klien ke depannya.

3. Harga Diri Rendah Situasional (D.0087)

Pada diagnosa harga diri rendah, perkembangan klien menunjukkan hasil yang mulai membaik meskipun belum sepenuhnya optimal. Klien menyampaikan bahwa dirinya kini mampu memandang dirinya secara lebih positif dibandingkan sebelumnya. Namun, secara objektif, klien masih tampak menunduk saat berinteraksi, meskipun kontak mata mulai

menunjukkan perbaikan dan klien sudah mampu berbicara secara lancar dan kooperatif selama proses evaluasi berlangsung.

Kondisi ini menggambarkan bahwa proses peningkatan harga diri pada klien berjalan lebih bertahap dibandingkan dua diagnosa lainnya, sejalan dengan sifat masalah harga diri rendah situasional yang berkaitan erat dengan penerimaan diri terhadap situasi ekonomi dan peran sosial yang dialami klien, sehingga membutuhkan waktu yang lebih panjang untuk pulih sepenuhnya. Perencanaan lanjutan tetap difokuskan pada manajemen perilaku, mencakup penjadwalan kegiatan terstruktur, peningkatan aktivitas fisik sesuai kemampuan, penciptaan lingkungan perawatan yang konsisten, serta pemberian penguatan positif atas setiap pencapaian klien. Pendekatan komunikasi yang tenang dan tidak menyudutkan tetap dipertahankan untuk mencegah klien kembali menarik diri akibat perasaan rendah diri yang masih dirasakannya. Dengan kriteria hasil yang diharapkan, seperti peningkatan penilaian diri positif, peningkatan kontak mata, serta peningkatan perilaku asertif, evaluasi pada tahap berikutnya diharapkan dapat menunjukkan perbaikan yang lebih menyeluruh pada aspek harga diri klien.

Secara keseluruhan, catatan perkembangan pada hari kelima ini menunjukkan bahwa ketiga diagnosa keperawatan mengalami kemajuan yang selaras satu sama lain, di mana perbaikan kemampuan klien mengontrol halusinasi dan mengendalikan amarah turut berkontribusi terhadap peningkatan rasa percaya

diri klien, sekalipun proses pemulihan harga diri membutuhkan waktu pemantauan yang lebih panjang untuk mencapai hasil yang optimal.

3.2.6 Analisis Pembahasan Evidence Based Practice (EBP)

Evidence Based Practice (EBP) yang diterapkan pada studi kasus ini adalah terapi psikoreligius dzikir sebagai terapi nonfarmakologis untuk membantu mengontrol halusinasi pendengaran. Pemilihan terapi ini didasarkan pada hasil penelitian yang menunjukkan bahwa dzikir dapat memberikan efek relaksasi, meningkatkan ketenangan batin, serta membantu mengalihkan perhatian klien dari stimulus internal berupa halusinasi.

Terapi psikoreligius dzikir dipilih karena memiliki efek menenangkan secara psikologis maupun spiritual. Dzikir membantu klien memusatkan perhatian, menenangkan hati, serta menurunkan tingkat kecemasan dan kegelisahan yang sering menyertai pengalaman halusinasi pendengaran. Dengan kondisi mental yang lebih tenang, klien menjadi lebih mampu mengendalikan persepsi sensorik internalnya, sehingga frekuensi maupun intensitas suara halusinasi dapat berkurang. Dzikir sebagai bentuk pengingatan kepada Allah memberikan ketenangan batin yang secara tidak langsung memperbaiki kestabilan emosi dan meningkatkan kemampuan kontrol diri klien (Dermawan, 2021).

Pada pelaksanaannya, terapi dzikir dilakukan dengan membaca istighfar, tasbih, tahmid, dan takbir secara berulang dan penuh penghayatan. Terapi ini diberikan secara bertahap dan dilakukan secara rutin setelah salat maupun ketika klien mulai mendengar suara. Keluarga turut dilibatkan untuk mengingatkan dan mendampingi klien selama proses terapi, sehingga pelaksanaannya dapat

berlangsung secara berkesinambungan meskipun dilakukan di rumah tanpa pengawasan langsung dari perawat.

Selama proses pemberian terapi, klien menunjukkan respons yang baik. Klien tampak lebih rileks, lebih fokus, serta mampu mengikuti setiap tahapan terapi dengan baik. Setelah beberapa kali pelaksanaan, klien mengatakan suara yang didengarnya sudah mulai jarang muncul dan merasa lebih tenang setelah melakukan dzikir. Klien juga mulai terbiasa melakukan terapi secara mandiri tanpa harus selalu diingatkan oleh perawat, yang menunjukkan adanya proses internalisasi keterampilan coping baru.

Hasil yang diperoleh pada Ny. A ini sejalan dengan penelitian yang digunakan sebagai dasar EBP, yang menyatakan bahwa terapi psikoreligius dzikir terbukti mampu menurunkan intensitas halusinasi pendengaran, meningkatkan kemampuan klien dalam mengontrol halusinasi, memperbaiki konsentrasi, serta memberikan rasa tenang pada pasien dengan skizofrenia. Kesesuaian antara hasil penelitian dan temuan pada kasus ini memperkuat bahwa terapi dzikir dapat diterapkan secara efektif tidak hanya dalam konteks penelitian, tetapi juga dalam praktik asuhan keperawatan langsung di lapangan.

Menurut pendapat penulis, keberhasilan terapi psikoreligius dzikir pada Ny. A tidak hanya dipengaruhi oleh pelaksanaan terapi itu sendiri, tetapi juga oleh dukungan keluarga yang aktif mengingatkan klien untuk tetap berdzikir, minum obat secara teratur, serta mengikuti aktivitas sehari-hari. Penerapan EBP ini dinilai sangat sesuai diberikan pada klien dengan halusinasi pendengaran karena mudah dilakukan, tidak memerlukan biaya besar, serta dapat diterapkan secara mandiri di

rumah sebagai terapi pendamping di luar pengobatan farmakologis. Dengan demikian, terapi psikoreligius dzikir dapat dijadikan salah satu intervensi keperawatan yang efektif dalam membantu klien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran.

BAB IV

PENUTUP

4.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil studi kasus yang dilakukan pada pasien dengan diagnosis medis skizofrenia dan masalah keperawatan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran di wilayah kerja Puskesmas Karangpawitan Kabupaten Garut, serta penerapan terapi psikoreligius dzikir sebagai *Evidence Based Practice* (EBP), maka dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Penulis mampu melakukan pengkajian keperawatan pada pasien dengan gangguan persepsi sensori: Halusinasi Pendengaran di wilayah kerja Puskesmas Karangpawitan.
2. Penulis mampu menegakkan diagnosis keperawatan yang tepat berdasarkan prioritas masalah yang muncul pada pasien persepsi sensori: Halusinasi Pendengaran di wilayah kerja Puskesmas Karangpawitan.
3. Penulis mampu menyusun intervensi keperawatan berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) yang disesuaikan dengan kondisi dan kebutuhan klien dengan persepsi sensori: Halusinasi Pendengaran di wilayah kerja Puskesmas Karangpawitan.
4. Penulis mampu melaksanakan implementasi keperawatan sesuai rencana tindakan yang telah di susun pada pasien dengan Gangguan Persepsi Sensori (Halusinasi) di Puskesmas Karangpawitan.

5. Penulis mampu melakukan evaluasi terhadap tindakan keperawatan yang telah diberikan pada pasien dengan gangguan persepsi sensori (halusinasi) pada Ny. A di Puskesmas Karangpawitan.
6. Penulis mampu menganalisis antara teori dan praktik keperawatan pada Ny. A dengan *Evidence Based Practice* (EBP) Terapi Dzikir dengan Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi.
7. Penulis mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan gangguan persepsi sensori (Halusinasi) dengan Penerapan terapi psikoreligius dzikir pada Ny.A di Puskesmas Karangpawitan.

4.2 Saran

4.2.1 Bagi Pelayanan

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai bahan referensi dan tambahan ilmu pengetahuan untuk melakukan penelitian selanjutnya yang berkaitan dengan perawatan gangguan persepsi sensori : halusinasi dengan cara pemberian terapi religious dzikir.

4.2.2 Bagi Perawat

Perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan diharapkan penelitian ini dapat dijadikan sebagai salah satu penatalaksanaan asuhan keperawatan untuk menurunkan gangguan persepsi sensori : halusinasi.

DAFTAR PUSTAKA

- Ardianti, A. A., Amira, I., & Hidayati, N. O. (2024). Terapi dzikir untuk mengontrol halusinasi pendengaran pada pasien skizofrenia: Case report. *SENTRI: Jurnal Riset Ilmiah*, 3(4), 1972–1980. <https://doi.org/10.55681/sentri.v3i4.2569>
- Asmaya, S. (2025). *Pengaruh Terapi Zikir terhadap Pasien Skizofrenia dengan Halusinasi Pendengaran di Rumah Sakit Jiwa Aceh*. (September). *Vitalitas Medis: Jurnal Kesehatan dan Kedokteran*, 2(4), 334–344. <https://doi.org/10.62383/vimed.v2i4.2414>
- Dyah, A. (2025). *ASJN (Aisyiyah Surakarta Journal of Nursing)*. 6, 90–100.
- Fajrullah, S., Aldam, S., Wardani, I. Y., Keperawatan, F. I., & Indonesia, U. (2021). *Effectiveness Of The Implementation Of Standards For Nursing Generalis Nursing At Skizofrenia Patients In Reducing Halusination Symptoms. 1*, 165–172.
- Famela, I. kusniawati. (2022). *PENDAHULUAN Menurut World Health penghidu , (Fekaristi pengecapan , al ., perabaan Halusinasi Organization (2019) prevalensi gangguan jiwa di seluruh dunia menurut data terdapat 264 juta orang mengalami depresi , 45 juta orang menderita gangguan bipola. 7*, 205–214.
- Gasril, P., Suryani, S., & Sasmita, H. (2020). Pengaruh terapi psikoreligious: Dzikir dalam mengontrol halusinasi pendengaran pada pasien skizofrenia yang muslim di Rumah Sakit Jiwa Tampan Provinsi Riau. *Jurnal Ilmiah Universitas Batanghari Jambi*, 20(3), 821–826. <https://doi.org/10.33087/jiubj.v20i3.1063>
- Handayani, D., Sriati, A., & Widiyanti, E. (2021). *Tingkat Kemandirian Pasien Mengontrol Halusinasi setelah Terapi Aktivitas Kelompok The Independency Level of Patients in Controlling Hallucination After Perceptual Stimulation Therapeutic Group Activity. 1*(April 2013).
- Irwan, M., Ked, S., Fajriansyah, A., Ked, S., Sinuhadji, B., Ked, S., Indrayana, M. T., & Ked, S. (2021). *SKIZOFRENIA*.
- Kurniawaty, D., Cholissodin, I., & Adikara, P. P. (2022). *Klasifikasi Gangguan Jiwa Skizofrenia Menggunakan Algoritme Support Vector Machine (SVM). 2*(5), 1866–1873.
- Makhruzah, S., Putri, V. S., & Yanti, R. D. (2021). *Pengaruh Penerapan Strategi Pelaksanaan Perilaku Kekerasan terhadap Tanda Gejala Klien Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Jambi. 10*(1), 39–46. <https://doi.org/10.36565/jab.v10i1.268>
- Malikussaleh, U. (2024). *Tinjauan Skizofrenia Secara Psikoneuroimunologi. 2*(3).

- Permatasari, V., & Gamayanti, W. (2020). *Gambaran Penerimaan Diri (Self-Acceptance) pada Orang yang Mengalami Skizofrenia*. (105), 139–152.
- Puspitasari, L., & Astuti, A. P. (2024). *Jurnal Keperawatan Berbudaya Sehat Pengelolaan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran pada Fase Condemning melalui Penerapan Strategi Pelaksanaan Halusinasi*. 2(1).
- Rezi Wahyuda, E. G. (2023). *SENTRI : Jurnal Riset Ilmiah*. 2(10), 4003–4010.
- Savitri, J. (2025). *Skizofrenia, gangguan persepsi sensori*. (2023).
- Wahyuda, R., Gustina, E., & Pratama, M. Y. (2023). Penerapan teknik psikoreligius: Terapi zikir pada pasien gangguan halusinasi pendengaran di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. M. Ildrem Medan. *SENTRI: Jurnal Riset Ilmiah*, 2(10), 4003–4010.
- Yulianti, Y. (2023). *Jurnal ARSI (Administrasi Rumah Sakit Indonesia) Cetak Biru Pelayanan Pasien di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Jawa Barat Tahun 2023 Cetak Biru Pelayanan Pasien di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Jawa Barat*. 1(2). <https://doi.org/10.7454/arsi.v1i2.2174>
- Yusriani. (2023). *halusinasi pendengaran*. 1–16.
- Ardianti dan Hidayati. (2024). Terapi Dzikir Untuk Mengontrol Halusinasi Pendengaran Pada Pasien Skizofrenia : Case Report. *SENTRI: Jurnal Riset Ilmiah, Vol. 3 No. 4 (2024): SENTRI : Jurnal Riset Ilmiah, April 2024*, 1972–1980.
<https://ejournal.nusantaraglobal.ac.id/index.php/sentri/article/view/2569/2613>
- Gasril, P., & Sasmita, H. (2023). *Pengaruh Terapi Psikoreligious: Dzikir dalam Mengontrol Halusinasi Pendengaran Pada Pasien Skizofrenia yang Muslim di Rumah Sakit Jiwa Tampan Provinsi Riau*. 20(3), 821–826.
<https://doi.org/10.33087/jiubj.v20i3.1063>
- Puspitasari, L., & Astuti, A. P. (2024). *Jurnal Keperawatan Terapi Dzikir Pengelolaan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran pada Fase Condemning melalui Penerapan Strategi Pelaksanaan Halusinasi*. 2(1).

RIWAYAT HIDUP



- **Identitas Diri**

Nama Lengkap	: Siti Mariam Fadilah, S.Kep
NIM	: KHGD25103
Tempat, Tanggal Lahir	: Garut, 15 September 2003
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Islam
Alamat	: Kp. Salamnunggal RT/RW 002/006, Desa Salamnunggal
No Telepon	: 087833596703
Alamat e-mail	: sitimariamfadilah0@gmail.com

- **Riwayat Pendidikan**

2007-2009	: TK Tunas Bangsa
2009-2015	: SDN Salamnunggal 02
2015-2018	: SMPN 1 Negeri Leles
2015-2021	: SMAN 2 Garut
2021-2025	: STIKes Karsa Husada Garut

- **Riwayat Penelitian**

1. Gambaran Sikap dan Status Emosional Pada Mahasiswa Keperawatan Tentang Judi *Online*
2. Analisis Asuhan Keperawatan Pada Ny. A dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran Dengan Intervensi Terapi Dzikir Di Wilayah Kerja Puskesmas KarangPawitan Garut