

MAKALAH

ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA PASIEN DENGAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI: HALUSINASI PENDENGARAN

Disusun Untuk Memenuhi Tugas Mata Kuliah Keperawatan Psikiatri

Dosen Pengampu : Ns. Suyamto, SST.,MPH



**Disusun Oleh :
Kelompok 3**

Adelia Rossiana	SKA32024191
Alika Nur Fadhilah	SKA32024198
Alya	SKA32024200
Amarilla Artika Sari	SKA32024201
Desti Setyaweni	SKA32024208
Hanum Salsabila	SKA32024216
Ichafinanda	SKA32024218
Khalisa Dwi Sulistya	SKA32024219
Laila Dina Arifah	SKA32024220
Maulidina Akmalia	SKA32024228
Rindi Artika W	SKA32024240
Salsa Hasna Kusuma	SKA32024243
Salsabila Farah N.	SKA32024244
Selvy Aulia Ma'rufah	SKA32024247

**PROGRAM STUDI ILMU PENDIDIKAN PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN NOTOKUSUMO YOGYAKARTA
2025/2026**

KATA PENGANTAR

Puji syukur ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa karena atas rahmat dan karunia-Nya makalah yang berjudul **“Asuhan Keperawatan Jiwa pada Pasien dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran”** ini dapat diselesaikan dengan baik. Makalah ini disusun untuk memenuhi tugas tutorial keperawatan jiwa sekaligus sebagai sarana untuk menambah pengetahuan dan pemahaman mengenai konsep, proses, serta asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan persepsi sensori berupa halusinasi pendengaran.

Halusinasi pendengaran merupakan salah satu gejala yang sering ditemukan pada pasien dengan gangguan jiwa, khususnya skizofrenia. Kondisi ini dapat memengaruhi kemampuan individu dalam berpikir, berinteraksi sosial, serta menjalankan aktivitas sehari-hari. Oleh karena itu, diperlukan pemahaman yang komprehensif mengenai pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan agar pasien memperoleh penanganan yang optimal. Melalui penyusunan makalah ini, penulis berupaya menguraikan konsep teoritis serta penerapan asuhan keperawatan pada kasus pasien dengan halusinasi pendengaran secara sistematis dan sesuai dengan standar keperawatan yang berlaku.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan makalah ini masih terdapat berbagai kekurangan baik dari segi isi maupun penyajian. Oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun dari berbagai pihak demi penyempurnaan makalah ini di masa yang akan datang.

Akhir kata, penulis mengucapkan terima kasih kepada dosen pembimbing, teman-teman kelompok, serta semua pihak yang telah memberikan dukungan dan bantuan dalam penyusunan makalah ini. Semoga makalah ini dapat memberikan manfaat dan menambah wawasan bagi pembaca, khususnya dalam bidang keperawatan jiwa.

Yogyakarta, 23 Juni 2026

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	2
DAFTAR ISI	3
A. Pengertian Halusinasi	1
B. Etiologi	2
C. Peran Perawat dalam Mengatasi Halusinasi	3
D. Penatalaksanaan Farmakologis dan Non Farmakologis Halusinasi	4
E. Jenis-Jenis Halusinasi	6
F. Waktu kekambuhan atau durasi halusinasi.....	8
G. Manifestasi Klinis Halusinasi.....	10
H. Cara Menghardik Halusinasi	10
I. Jadwal kegiatan atau SP untuk pasien	12
J. Edukasi cara minum obat, atau interaksi antara obat, serta efek samping obat, Kepatuhan minum obat.....	13
K. Pohon Masalah	18
L. Asuhan Keperawatan.....	19
1. Kasus	19
2. Pengkajian	19
3. Data Fokus	22
4. Analisa Data	23
5. Pohon masalah	25
6. Diagnosa Keperawatan.....	25
7. Nursing Care Plan.....	26
M. Kesimpulan	35
DAFTAR PUSTAKA	36

A. Pengertian Halusinasi

Halusinasi adalah distorsi persepsi palsu akibat respons neurobiologis maladaptif, di mana pasien merasakan stimulus yang sebenarnya tidak ada dan meresponsnya seolah nyata. Pengalaman traumatis dapat membuat pasien merasa tidak berdaya, menarik diri, dan menyendiri. Halusinasi pendengaran, seperti suara yang menyuruh melakukan sesuatu, berisiko mendorong pasien melakukan kekerasan terhadap diri sendiri, lingkungan, maupun orang lain (Hulu & Pardede, 2021).

Halusinasi merupakan salah satu gejala yang sering ditemukan pada gangguan jiwa, terutama skizofrenia dan gangguan psikotik lainnya. Secara neurobiologis, halusinasi terjadi akibat respons maladaptif pada sistem saraf yang menyebabkan individu tidak mampu membedakan antara pengalaman internal dan realitas eksternal. Akibatnya, pasien memberikan respons terhadap stimulus yang sebenarnya tidak ada seolah-olah stimulus tersebut nyata. Pengalaman traumatis, stres berkepanjangan, isolasi sosial, serta ketidakmampuan individu dalam mengatasi masalah dapat meningkatkan risiko terjadinya halusinasi. Pada kondisi tertentu, halusinasi dapat menyebabkan pasien menarik diri dari lingkungan sosial, merasa tidak berdaya, mengalami kecemasan, bahkan berisiko melakukan tindakan yang membahayakan diri sendiri maupun orang lain, terutama apabila isi halusinasi berupa perintah atau ancaman.

Halusinasi dapat melibatkan seluruh pancaindra dan sensasi tubuh. Halusinasi pendengaran (auditorik) merupakan jenis yang paling sering ditemukan, yaitu kondisi ketika pasien mendengar suara, bisikan, percakapan, atau perintah yang sebenarnya tidak ada. Pada halusinasi pendengaran, pasien sering mendengar suara yang mengomentari dirinya, membicarakan dirinya,

atau memerintahkannya melakukan suatu tindakan tertentu. Selain itu, terdapat halusinasi penglihatan (visual), yaitu pengalaman melihat bayangan, orang, benda, cahaya, atau gambaran tertentu yang tidak dapat dilihat oleh orang lain. Halusinasi penciuman (olfaktori) ditandai dengan persepsi terhadap bau-bauan tertentu, seperti bau busuk, asap, darah, atau aroma lainnya tanpa adanya sumber bau yang nyata. Selain ketiga jenis tersebut, halusinasi juga dapat berupa halusinasi pengecapan (gustatorik), perabaan (taktil), kinestetik, maupun visceral yang melibatkan sensasi pada organ tubuh.

Karakteristik pasien yang mengalami halusinasi dapat diamati melalui berbagai tanda dan gejala, seperti berbicara sendiri, tertawa sendiri tanpa alasan yang jelas, menoleh atau memandang ke arah tertentu tanpa adanya stimulus nyata, tampak mendengarkan sesuatu yang tidak didengar orang lain, sulit berkonsentrasi, serta menunjukkan respons emosional yang tidak sesuai dengan situasi sekitar. Gejala-gejala tersebut menunjukkan adanya gangguan persepsi yang memerlukan penanganan secara komprehensif melalui pendekatan medis, keperawatan, dan psikososial agar pasien mampu mengenali, mengontrol, dan mengurangi dampak halusinasi terhadap kehidupannya sehari-hari.

B. Etiologi

Menurut Budiarto, Rahayu, dan Fitriani (2022), etiologi halusinasi dibagi menjadi dua faktor, yaitu faktor predisposisi dan faktor presipitasi.

1. Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi merupakan faktor yang meningkatkan kerentanan seseorang mengalami halusinasi, meliputi faktor biologis (riwayat skizofrenia, gangguan neurotransmitter, dan faktor genetik), faktor psikologis (koping tidak efektif, pengalaman traumatis, dan konsep diri negatif), serta faktor sosial seperti kurangnya dukungan keluarga dan isolasi sosial.

2. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi merupakan faktor pencetus yang menyebabkan halusinasi muncul atau kambuh, seperti ketidakpatuhan minum obat, stres

psikososial (misalnya kehilangan pekerjaan), konflik keluarga, isolasi sosial, serta kurang tidur atau kelelahan.

C. Peran Perawat dalam Mengatasi Halusinasi

Peran perawat dalam penatalaksanaan pasien dengan halusinasi sangat penting, baik sebagai pemberi asuhan keperawatan, edukator, konselor, maupun fasilitator dukungan keluarga. Intervensi diawali dengan membina hubungan saling percaya melalui sikap empati, komunikasi terapeutik, dan konsistensi perilaku perawat agar pasien merasa aman dan bersedia mengungkapkan pengalaman halusinasinya. Selanjutnya, perawat melakukan pengkajian secara komprehensif meliputi isi halusinasi, frekuensi kemunculan, waktu dan situasi pencetus, respons emosional pasien, serta perilaku yang menyertainya. Berdasarkan hasil pengkajian tersebut, perawat membantu pasien mengenali bahwa pengalaman yang dialaminya merupakan halusinasi dan bukan kenyataan, sehingga pasien dapat mulai membedakan antara stimulus internal dan eksternal. Perawat kemudian melatih pasien mengontrol halusinasi melalui berbagai strategi, seperti teknik menghardik, bercakap-cakap dengan orang lain, melakukan aktivitas terjadwal, dan mematuhi pengobatan secara teratur. Menurut Dewi dan Pratiwi (2022), teknik menghardik yang diajarkan oleh perawat terbukti membantu menurunkan tanda dan gejala halusinasi, sehingga pasien menjadi lebih tenang dan mampu mengendalikan halusinasi yang dialaminya. Selain itu, perawat berperan dalam menciptakan lingkungan yang aman dan terapeutik dengan mengurangi faktor-faktor yang dapat memicu kecemasan serta mencegah risiko cedera pada pasien. Peran perawat juga mencakup pemberdayaan keluarga melalui pendidikan kesehatan mengenai cara merawat pasien dengan halusinasi di rumah, mengenali tanda-tanda kekambuhan, serta pentingnya dukungan dan pengawasan minum obat. Hal ini didukung oleh penelitian Nugroho dkk. yang menunjukkan bahwa edukasi yang diberikan perawat kepada keluarga meningkatkan kemampuan keluarga dalam merawat pasien secara signifikan ($p < 0,05$), sehingga mampu menurunkan angka kekambuhan pasien di masyarakat. Selain itu, perawat melakukan kolaborasi dengan dokter, psikiater, dan tenaga kesehatan lainnya dalam pelaksanaan terapi farmakologis

maupun psikoterapi, serta melakukan evaluasi secara berkelanjutan terhadap kemampuan pasien dalam mengenali dan mengontrol halusinasi secara mandiri. Dengan demikian, peran perawat yang komprehensif dan melibatkan keluarga sebagai sistem pendukung menjadi faktor penting dalam keberhasilan pengelolaan halusinasi dan pencegahan kekambuhan pasien.

D. Penatalaksanaan Farmakologis dan Non Farmakologis Halusinasi

1. Penatalaksanaan Farmakologis

a. Antipsikotik Tipikal (Generasi Pertama)

Antipsikotik tipikal merupakan obat yang bekerja dengan memblokir reseptor dopamin D2 sehingga dapat mengurangi gejala psikotik, termasuk halusinasi. Contoh obat yang termasuk antipsikotik tipikal adalah Haloperidol, Chlorpromazine (CPZ), dan Trifluoperazine. Penggunaan obat-obatan tersebut dapat menimbulkan efek samping berupa gejala ekstrapiramidal (EPS), seperti tremor, kekakuan otot, distonia akut, dan tardive dyskinesia.

b. Antipsikotik atipikal (generasi kedua)

Antipsikotik atipikal (generasi kedua) lebih banyak digunakan karena memiliki risiko efek samping ekstrapiramidal (EPS) yang lebih rendah dibandingkan antipsikotik tipikal. Contoh obat dalam kelompok ini yaitu Risperidone, Olanzapine, Quetiapine, Clozapine, dan Aripiprazole. Clozapine umumnya diberikan pada pasien yang tidak memberikan respons terhadap antipsikotik lain, namun penggunaannya memerlukan pemantauan ketat karena berisiko menyebabkan agranulositosis.

c. Terapi Obat Tambahan

Selain antipsikotik, dapat diberikan terapi tambahan sesuai kondisi pasien, meliputi:

- 1) Antikolinergik (misalnya Trihexyphenidyl) untuk mengatasi efek samping EPS.
- 2) Obat anticemas (ansiolitik) atau sedatif untuk pasien yang mengalami agitasi atau kecemasan berat.

d. Electroconvulsive Therapy (ECT)

Electroconvulsive Therapy (ECT) merupakan terapi yang dipertimbangkan pada kondisi tertentu, seperti:

- 1) Halusinasi yang tidak membaik dengan terapi obat (resisten).
- 2) Pasien dengan kondisi khusus, seperti katatonia.

2. Penatalaksanaan Non-Farmakologis

a. Intervensi Keperawatan

1) Membantu pasien mengenali halusinasi

Perawat membantu pasien mengenali halusinasi dengan mengidentifikasi isi, frekuensi, waktu terjadinya, situasi pencetus, serta respons pasien terhadap halusinasi yang dialami.

2) Strategi Pelaksanaan (SP)

Strategi Pelaksanaan (SP) merupakan tindakan keperawatan yang bertujuan membantu pasien mengendalikan halusinasi. SP 1 dilakukan dengan melatih pasien menghardik halusinasi, yaitu menolak atau mengabaikan halusinasi dengan mengatakan bahwa halusinasi tersebut tidak nyata. SP 2 dilakukan dengan mengajak pasien bercakap-cakap dengan orang lain agar perhatian pasien teralihkan dari halusinasi. SP 3 dilakukan dengan membantu pasien menyusun aktivitas harian yang terjadwal agar tetap aktif dan mengurangi munculnya halusinasi. SP 4 dilakukan dengan melatih pasien untuk patuh minum obat sesuai prinsip benar pasien, benar obat, benar dosis, benar waktu, benar cara, dan benar dokumentasi.

b. Terapi Psikososial

Terapi psikososial meliputi Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) stimulasi persepsi, Cognitive Behavioral Therapy (CBT), terapi relaksasi, terapi seni, terapi sosial, terapi okupasi, Social Skills Training (SST), serta rehabilitasi psikiatri untuk melatih kemampuan melakukan Activity of Daily Living (ADL).

c. Edukasi dan Dukungan Keluarga

Perawat memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga mengenai pengertian halusinasi, jenis-jenis halusinasi, tanda dan gejala, proses

terjadinya halusinasi, serta cara merawat pasien di rumah. Selain itu, keluarga dilatih mempraktikkan teknik perawatan pasien dan diberikan bimbingan dalam mendampingi serta mengawasi pasien selama menjalani pengobatan.

E. Jenis-Jenis Halusinasi

1. Halusinasi Pendengaran (Auditorik)

Halusinasi pendengaran adalah kondisi ketika pasien mendengarkan suara, bisikan, percakapan, atau perintah yang sebenarnya tidak ada. Jenis ini, merupakan halusinasi yang paling sering ditemukan, terutama pada pasien skizofrenia.

Gambaran klinis:

- a. Mendengar suara yang memanggil nama
- b. Mendengar bisikan atau percakapan orang lain
- c. Mendengarkan suara yang memberi perintah atau mengancam

2. Halusinasi Penglihatan (Visual)

Halusinasi visual adalah persepsi melihat objek, orang, bayangan, cahaya, atau gambaran tertentu tanpa adanya rangsangan nyata.

Gambaran klinis :

- a. Melihat bayangan orang tidak ada
- b. Melihat benda yang sebenarnya tidak ada
- c. Menunjuk atau menghindari sesuatu yang tidak terlihat orang lain

3. Halusinasi Penciuman (Olfaktori)

Halusinasi olfaktori adalah persepsi mencium bau tertentu tanpa adanya sumber bau yang nyata.

Gambaran klinis:

- a. Mencium bau busuk, darah, asap, atau bahan kimia
- b. Menutup hidung karena merasa ada bau menyengat
- c. Mengeluh mencium bau yang tidak dirasakan orang lain

4. Halusinasi Pengecapan (Gustatorik)

Halusinasi gustatorik adalah persepsi merasakan rasa tertentu di mulut tanpa adanya makanan atau minuman.

Gambaran klinis:

- a. Merasakan rasa pahit, asam, asin atau logam di mulut.
- b. Menolak makan karena merasa makanan beracun atau memiliki rasa yang aneh
- c. Mengeluh rasa tidak enak yang terus menerus di mulut

5. Halusinasi Perabaan (Taktil)

Halusinasi taktil adalah persepsi adanya sensasi sentuhan pada tubuh tanpa adanya rangsangan fisik.

Gambaran klinis:

- a. Merasa ada serangga yang merayap di kulit.
- b. Merasa digigit atau disentuh seseorang.
- c. Menggaruk atau menepuk-nepuk kulit tanpa penyebab yang nyata.

6. Halusinasi Somatik atau Kinestetik

Halusinasi somatik atau kinestetik adalah persepsi adanya perubahan atau pergerakan pada bagian tubuh yang sebenarnya tidak terjadi.

Gambaran klinis:

- a. Merasa organ tubuh berpindah atau berubah bentuk
- b. Merasa ada sesuatu yang bergerak di dalam tubuh
- c. Mengeluh tubuh mengalami perubahan meskipun hasil pemeriksaan normal

7. Halusinasi Vestibular

Halusinasi adalah persepsi seolah-olah tubuh bergerak atau berubah posisi padahal sebenarnya diam.

Gambaran klinis:

- a. Merasa melayang
- b. Merasa berputar atau jatuh

8. Halusinasi Sinestetik

Halusinasi sinestetik adalah persepsi berlebihan terhadap proses fisiologis tubuh yang sebenarnya tidak dirasakan secara normal.

Gambaran klinis:

- a. Merasakan aliran darah di pembuluh darah
- b. Merasakan proses pencernaan makanan secara berlebihan

F. Waktu kekambuhan atau durasi halusinasi

Waktu kemunculan dan durasi halusinasi merupakan aspek penting yang perlu dikaji dalam penatalaksanaan pasien dengan gangguan persepsi sensori. Halusinasi umumnya muncul pada kondisi tertentu, terutama ketika pasien sedang sendirian, melamun, tidak memiliki aktivitas, mengalami kecemasan, atau menjelang tidur malam saat lingkungan menjadi lebih sepi. Pada beberapa pasien, halusinasi dapat muncul sesekali (intermiten), yaitu hanya pada waktu-waktu tertentu dan biasanya dipicu oleh faktor stres, kecemasan, atau kondisi lingkungan yang kurang mendukung. Namun, pada kondisi yang lebih berat, halusinasi dapat muncul berulang kali dalam sehari dengan frekuensi yang semakin meningkat, bahkan dapat terjadi secara terus-menerus atau menetap (persisten) sehingga mengganggu kemampuan berpikir, berinteraksi sosial, dan melakukan aktivitas sehari-hari.

Berdasarkan durasinya, halusinasi dapat diklasifikasikan menjadi halusinasi akut, subakut, dan kronik. Halusinasi akut terjadi secara tiba-tiba dan berlangsung dalam hitungan menit hingga jam, yang sering berkaitan dengan kondisi seperti delirium, intoksikasi zat, atau stres akut. Halusinasi subakut berlangsung selama beberapa hari hingga beberapa minggu, sedangkan halusinasi kronik berlangsung lebih dari satu bulan dan sering ditemukan pada pasien dengan skizofrenia atau gangguan psikotik menetap. Durasi halusinasi juga bervariasi pada setiap individu, mulai dari beberapa menit hingga berjam-jam, dan dapat berulang setiap hari apabila tidak mendapatkan penanganan yang adekuat.

Proses terjadinya halusinasi berkembang melalui beberapa fase sesuai dengan tingkat keparahan gangguan. Setiap fase menunjukkan perubahan

kondisi psikologis dan perilaku pasien yang semakin meningkat apabila tidak segera mendapatkan penanganan.

1. Fase Sleep Disorder

Fase ini merupakan tahap awal, ketika individu mengalami stres berkepanjangan akibat berbagai masalah sehingga mengalami gangguan tidur. Pada tahap ini, individu mulai berkhayal atau berfantasi sebagai cara untuk mengurangi stres dan mencari kenyamanan.

2. Fase Comforting

Pada fase ini, individu mulai mengalami perasaan cemas, takut, kesepian, atau bersalah. Halusinasi mulai muncul dan justru memberikan rasa nyaman sehingga individu mulai menerima pengalaman sensorinya sebagai sesuatu yang menyenangkan.

3. Fase Condemning

Halusinasi muncul semakin sering dan mulai mengganggu aktivitas sehari-hari. Individu mulai kehilangan kemampuan mengendalikan halusinasi serta cenderung menarik diri dari lingkungan sosial.

4. Fase Controlling Severe Level of Anxiety

Pada fase ini, individu berusaha melawan suara atau sensasi yang muncul, tetapi halusinasi semakin sulit dikendalikan. Gejala psikotik mulai berkembang dan tingkat kecemasan menjadi semakin berat.

5. Fase Conquering Panic Level of Anxiety

Fase ini merupakan tahap paling berat. Individu merasa terancam oleh halusinasi yang dialaminya dan dapat mengalami gangguan psikotik berat. Halusinasi dapat berlangsung selama minimal empat jam hingga sepanjang hari apabila tidak segera diberikan komunikasi terapeutik dan intervensi yang tepat.

Kekambuhan halusinasi umumnya dipengaruhi oleh beberapa faktor risiko, seperti ketidakpatuhan dalam mengonsumsi obat, stres psikologis yang berat, kurang tidur, tidak melakukan kontrol kesehatan secara rutin, serta kurangnya dukungan keluarga dan lingkungan. Faktor-faktor tersebut dapat meningkatkan frekuensi dan intensitas halusinasi sehingga memperburuk kondisi pasien. Oleh karena itu, pemantauan waktu kemunculan, durasi, frekuensi, serta faktor pencetus halusinasi sangat penting untuk menentukan

intervensi yang tepat dan mencegah terjadinya kekambuhan.

G. Manifestasi Klinis Halusinasi

Menurut (Lalla & Yunita, 2022) tanda dan gejala halusinasi di antaranya sebagai berikut:

1. Menarik diri dari interaksi sosial dan berusaha menghindari dirinya orang lain.
2. Berbicara dan tersenyum sendiri serta tertawa sendiri
3. Duduk dalam keadaan terpukau atau berkhayal.
4. Menatap ke satu arah, menggerakkan bibir tanpa suara, gerakan mata yang cepat dan respon verbal yang lambat.
5. Kesulitan dalam mempertahankan konsentrasi.
6. Pikiran yang cepat berubah
7. Sifat menyerang dan kesulitan dalam menjalin hubungan dengan orang lain.
8. Tiba-tiba menunjukkan kemarahan, kecurigaan, sikap bermusuhan, serta perilaku merusak baik terhadap diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan sekitar.
9. Merasakan kegelisahan, ekspresi wajah yang tegang, jengkel, dan mudah tersinggung.

H. Cara Menghardik Halusinasi

Langkah-Langkah Menghardik Halusinasi

1. Identifikasi Halusinasi

Perawat membantu pasien mengenali:

- a. Isi halusinasi.
- b. Frekuensi munculnya halusinasi.
- c. Waktu munculnya halusinasi.
- d. Situasi yang memicu halusinasi.
- e. Perasaan pasien saat halusinasi muncul.

Contoh komunikasi:

Perawat:

"Pak W, suara seperti apa yang sering Bapak dengar?"

Pasien:

"Saya mendengar suara laki-laki yang menyuruh mencelakai keluarga saya."

Perawat:

"Kapan biasanya suara itu muncul?"

Pasien:

"Saat saya sendirian."

2. Menjelaskan Cara Menghardik

Perawat:

"Pak W, jika suara itu muncul lagi, Bapak bisa melawannya dengan cara menghardik. Menghardik artinya menolak suara tersebut dengan tegas karena suara itu tidak nyata."

3. Demonstrasi oleh Perawat

Perawat memperagakan:

(Menatap lurus ke depan dengan sikap tegas)

"Pergi! Saya tidak mau mendengarmu!"

"Kamu tidak nyata!"

"Saya tidak akan mengikuti perintahmu!"

"Pergi! Jangan ganggu saya lagi!"

4. Latihan Menghardik oleh Pasien

Perawat:

"Sekarang coba Bapak praktikkan seperti yang saya contohkan."

Pasien:

"Pergi! Saya tidak mau mendengarmu!"

"Kamu tidak nyata!"

"Saya tidak akan mengikuti perintahmu!"

Perawat:

"Bagus Pak, lakukan dengan suara tegas setiap kali suara itu muncul."

I. Jadwal kegiatan atau SP untuk pasien

Jadwal aktivitas terstruktur merupakan salah satu strategi yang digunakan untuk membantu pasien mengontrol halusinasi melalui pengisian waktu dengan kegiatan yang bermanfaat dan terarah. Aktivitas yang terjadwal dapat mengurangi waktu luang yang berlebihan, mencegah pasien menyendiri, serta mengalihkan perhatian dari halusinasi yang muncul. Selain itu, jadwal kegiatan juga membantu meningkatkan kemampuan pasien dalam menjalankan aktivitas sehari-hari, berinteraksi sosial, dan mempertahankan kepatuhan terhadap pengobatan.

Tabel Jadwal Aktivitas Berdasarkan Strategi Pelaksanaan (SP) Halusinasi

Waktu	Kegiatan	SP	Keterangan tindakan
05.00-06.00	Bangun tidur, ibadah, mandi	SP 1	Jika halusinasi muncul, pasien menghardik halusinasi dengan mengatakan “Pergi! Kamu tidak nyata. Saya tidak mau mendengarmu!”
06.00-07.00	Sarapan dan minum obat	SP 4	Pasien minum obat sesuai prinsip 5 benar.
07.00-09.00	Senam atau olahraga ringan	SP 3	Pasien melakukan aktivitas fisik sesuai jadwal untuk mengalihkan perhatian dari halusinasi.
09.00-10.00	Bercakap-cakap dengan teman/perawat	SP 2	Pasien diajak komunikasi agar fokus mengalihkan halusinasi
10.00-12.00	Terapi aktivitas	SP 3	Pasien mengikuti

	kelompok, menggambar, mewarnai/kegiatan produktif		kegiatan kegiatan yang telah dijadwalkan
12.00-13.00	Makan siang dan minum obat	SP 4	Pasien minum obat sesuai prinsip 5 benar.
13.00-15.00	Istirahat / tidur siang	-	-
15.00-17.00	Membersihkan kamar, merapikan tempat tidur / aktivitas mandiri	SP 3	Pasien melakukan aktivitas sehari-hari sesuai jadwal yang telah disusun.
17.00-19.00	Ibadah, makan malam dan minum obat	SP 4	Pasien tetap memenuhi jadwal minum obat dan menjalankan aktivitas.
19.00-21.00	Bercakap-cakap dengan perawat/teman dan evaluasi kegiatan	SP 2	Pasien tetap dilatih berkomunikasi. Jika halusinasi muncul pasien kembali menerapkan SP 1 dengan menghardik.

J. Edukasi cara minum obat, atau interaksi antara obat, serta efek samping obat, Kepatuhan minum obat

Kepatuhan minum obat merupakan salah satu komponen penting dalam penatalaksanaan pasien dengan halusinasi dan gangguan jiwa lainnya. Kepatuhan minum obat adalah perilaku pasien dalam mengonsumsi obat sesuai dengan program terapi yang telah ditetapkan oleh tenaga kesehatan, meliputi jenis obat, dosis, waktu pemberian, frekuensi, cara penggunaan, dan lama pengobatan. Kepatuhan yang baik berperan dalam mengendalikan gejala, mencegah kekambuhan, mengurangi risiko rawat ulang, serta meningkatkan

kualitas hidup pasien. Sebaliknya, ketidakpatuhan minum obat menjadi salah satu penyebab utama terjadinya kekambuhan pada pasien gangguan jiwa, terutama skizofrenia dengan halusinasi.

Dalam pemberian obat, pasien dan keluarga perlu memahami prinsip keselamatan yang dikenal sebagai prinsip 6 benar, yaitu benar pasien, benar obat, benar dosis, benar rute atau cara pemberian, benar waktu, dan benar dokumentasi. Benar pasien dilakukan dengan memastikan identitas pasien sebelum obat diberikan. Benar obat dilakukan dengan memeriksa nama obat, bentuk sediaan, dan tanggal kedaluwarsa. Benar dosis memastikan jumlah obat yang diberikan sesuai dengan resep dokter. Benar rute berkaitan dengan cara pemberian obat, misalnya diminum, disuntikkan, atau diberikan melalui cara lain sesuai instruksi. Benar waktu dilakukan dengan mematuhi jadwal pemberian obat secara konsisten, sedangkan benar dokumentasi dilakukan dengan mencatat obat yang telah diberikan serta respons pasien setelah mengonsumsi obat tersebut. Selain itu, pasien juga perlu memahami prinsip 5 benar yang meliputi benar pasien, benar obat, benar dosis, benar waktu, dan benar cara pemberian sebagai dasar kepatuhan dalam terapi sehari-hari.

Obat yang sering digunakan pada pasien dengan halusinasi adalah obat antipsikotik seperti Haloperidol dan Chlorpromazine (CPZ). Haloperidol merupakan antipsikotik golongan butirofenon yang digunakan untuk mengatasi berbagai gangguan psikotik, sedangkan Chlorpromazine merupakan antipsikotik golongan fenotiazin yang efektif untuk mengurangi gejala seperti agitasi, kecemasan, insomnia, waham, dan halusinasi. Kedua obat tersebut bekerja dengan memengaruhi neurotransmitter di otak sehingga mampu menurunkan gejala psikotik. Selain itu, Trihexyphenidyl (THP) sering diberikan sebagai terapi tambahan untuk mengurangi gejala ekstrapiramidal yang muncul akibat penggunaan antipsikotik.

Penggunaan obat antipsikotik dapat menimbulkan berbagai efek samping yang perlu dikenali oleh pasien dan keluarga. Efek samping yang sering terjadi meliputi gejala ekstrapiramidal (EPS) seperti tremor, kekakuan otot, distonia, pseudoparkinsonisme, dan akathisia atau rasa gelisah yang menyebabkan pasien sulit diam. Efek samping lain yang umum ditemukan adalah mengantuk atau sedasi, hipotensi ortostatik, mulut kering, konstipasi,

hipersalivasi, peningkatan berat badan, peningkatan kadar gula darah, serta gangguan konsentrasi. Penanganan efek samping dapat dilakukan sesuai gejala yang muncul, misalnya pemberian Trihexyphenidyl untuk mengatasi gejala ekstrapiramidal, menganjurkan pasien banyak minum air putih untuk mengurangi mulut kering, menyediakan lingkungan yang tenang bagi pasien yang mengalami akathisia, serta menganjurkan pola makan sehat dan olahraga teratur untuk mencegah peningkatan berat badan dan gangguan metabolik.

Selain memahami efek samping, pasien perlu mengetahui berbagai interaksi obat yang dapat memengaruhi efektivitas terapi maupun meningkatkan risiko komplikasi. Selama menjalani terapi antipsikotik, pasien dianjurkan untuk menghindari konsumsi alkohol karena dapat meningkatkan depresi sistem saraf pusat dan memperberat efek sedasi. Penggunaan bersama obat penenang atau sedatif juga perlu diawasi karena dapat meningkatkan rasa kantuk dan menurunkan kesadaran. Beberapa kombinasi obat tertentu, seperti Clozapine dengan Ciprofloxacin, dapat meningkatkan kadar obat dalam darah sehingga berisiko menimbulkan toksisitas. Selain itu, penggunaan antipsikotik bersamaan dengan obat antiaritmia dapat meningkatkan risiko perpanjangan interval QT yang berpotensi menyebabkan gangguan irama jantung. Oleh karena itu, pasien tidak dianjurkan mengubah dosis obat sendiri, baik menambah maupun mengurangi dosis, tanpa persetujuan dokter, serta perlu berkonsultasi sebelum mengonsumsi obat herbal atau suplemen tambahan.

Peran perawat dalam meningkatkan kepatuhan minum obat sangat penting melalui kegiatan edukasi dan pemantauan secara berkelanjutan. Perawat memberikan informasi mengenai nama obat, dosis, manfaat, jadwal minum obat, efek samping yang mungkin muncul, serta risiko yang dapat terjadi apabila pasien tidak patuh terhadap pengobatan. Selain itu, perawat dapat mengingatkan jadwal minum obat, mengobservasi pasien saat mengonsumsi obat, memberikan motivasi, serta mengevaluasi kepatuhan pasien setiap hari. Keluarga juga perlu diberikan edukasi mengenai pentingnya kepatuhan minum obat, jadwal kontrol rutin, cara memperoleh obat, serta tanda-tanda kekambuhan yang harus diwaspadai. Dukungan keluarga sangat berpengaruh terhadap keberhasilan terapi karena keluarga dapat berperan sebagai Pengawas Minum Obat (PMO) yang membantu mengingatkan dan

memantau pasien dalam menjalani pengobatan.

Beberapa strategi yang dapat dilakukan untuk meningkatkan kepatuhan minum obat antara lain memberikan psikoedukasi secara berkelanjutan kepada pasien dan keluarga, melibatkan keluarga sebagai pengawas minum obat, membuat kartu atau checklist harian untuk memantau konsumsi obat, melakukan kunjungan rumah (home visit), mendorong pasien melakukan kontrol rutin ke fasilitas kesehatan, serta memberikan reinforcement positif ketika pasien menunjukkan kepatuhan yang baik. Indikator keberhasilan kepatuhan minum obat meliputi pasien mampu menjelaskan fungsi dan manfaat obat yang dikonsumsi, meminum obat sesuai jadwal yang ditentukan, tidak menyembunyikan atau membuang obat, datang kontrol sesuai jadwal, melaporkan efek samping yang dirasakan kepada tenaga kesehatan, serta menunjukkan penurunan frekuensi dan intensitas gejala halusinasi. Dengan kepatuhan minum obat yang optimal, pasien memiliki peluang lebih besar untuk mencapai stabilitas kondisi, meningkatkan fungsi sosial, dan mencegah terjadinya kekambuhan di masa mendatang.

Jenis- Jenis Obat

1. Haloperidol (Haldol, Serenace) Warna: Putih Besar

- a. Klasifikasi: Antipsikotik, neuroleptic, butirofenon
- b. Indikasi: Yaitu manifestasi dari gangguan psikotik, sindroma anak-anak.
- c. Cara pemberian: gillies de la tourette pada anak-anak dan dewasa maupun pada gangguan perilaku yang berat pada Dosis oral untuk dewasa 1–6 mg sehari yang terbagi menjadi 6–15 mg untuk keadaan berat. Dosis parenteral untuk dewasa 2-5 mg intramuskuler setiap 1–8 jam, tergantung kebutuhan.
- d. Kontra indikasi: Depresi sistem syaraf pusat atau keadaan koma, penyakit haloperidol. parkinson, hipersensitif terhadap
- e. Efek samping: Efek samping yang sering terasa adalah mengantuk, kaku, tremor, ekstrapiramidal lesu, atau letih, gelisah, pseudoparkinson. gejala Efek samping yang jarang adalah nausea, diare, konstipasi, hipersalivasi, hipotensi, gejala gangguan otonomik. Efek samping yang sangat jarang yaitu alergi, reaksi hematologis.

Intoksikasinya adalah bila klien memakai dalam dosis melebihi dosis terapeutik dapat timbul kelemahan otot atau kekakuan, tremor, hipotensi, sedasi, koma, depresi pernapasan.

2. Chlorpromazine (CPZ, Largactil), Warna: Orange

- a. Klasifikasi: Antipsikotik, antiemetic.
- b. Indikasi: Untuk mensupresi gejala-gejala psikosa : agitasi, ansietas, ketegangan, kebingungan, insomnia, halusinasi, waham, dan gejala-gejala lain yang biasanya terdapat pada penderita skizofrenia, manik depresi, gangguan personalitas, psikosa involusion, psikosa masa kecil.
- c. Cara pemberian: Untuk kasus psikosa dapat diberikan per oral atau suntikan intramuskuler. Dosis permulaan adalah 25 100 mg dan diikuti peningkatan dosis hingga mencapai 300 mg perhari. Dosis ini dipertahankan selama satu minggu. Pemberian dapat dilakukan satu kali pada malam hari atau dapat diberikan tiga kali sehari. Bila gejala psikosa belum hilang, dosis dapat dinaikkan secara perlahan-lahan sampai 600–900 mg perhari.
- d. Kontra indikasi: Sebaiknya tidak diberikan kepada klien dengan keadaan koma, keracunan alkohol, barbiturat, atau narkotika, dan penderita yang hipersensitif terhadap derivat fenothiazine.
- e. Efek samping: Yang sering terjadi misalnya lesu dan mengantuk, hipotensi orthostatik, mulut kering, hidung tersumbat, konstipasi, amenore pada wanita, hiperpireksia atau hipopireksia, gejala ekstrapiramida. Intoksikasinya untuk penderita non psikosa dengan dosis yang tinggi menyebabkan gejala penurunan kesadaran karena depresi susunan syaraf pusat, hipotensi, ekstrapiramidal, agitasi, konvulsi, dan perubahan gambaran irama EKG. Pada penderita psikosa jarang sekali menimbulkan intoksikasi.

3. Trihexilpenidyl (THP, Artane, Tremin), Warna: Putih Kecil

- a. Klasifikasi: Antiparkinson
- b. Indikasi: Untuk penatalaksanaan khususnya gejala skizofrenia.
- c. Cara pemberian: manifestasi psikosa Dosis dan cara pemberian untuk dosis awal sebaiknya rendah (12,5 mg) diberikan tiap 2 minggu. Bila efek samping ringan, dosis ditingkatkan 25 mg dan interval pemberian

diperpanjang 3–6 mg setiap kali suntikan, tergantung dari respons klien. Bila pemberian melebihi 50 mg sekali suntikan sebaiknya peningkatan perlahan–lahan.

- d. Kontra indikasi: Pada depresi susunan syaraf pusat yang hebat, hipersensitif terhadap fluphenazine atau ada riwayat sensitif terhadap phenotiazine. Intoksikasi biasanya terjadi gejala-gejala sesuai dengan efek samping yang hebat.

K. Pohon Masalah



L. Asuhan Keperawatan

1. Kasus

Tn. W, usia 35 tahun, dirawat di ruang perawatan jiwa RSJ sejak 5 hari yang lalu. Menurut keluarga, pasien sering berbicara sendiri, tertawa tanpa sebab, dan marah-marah, serta tidak mau mengikuti kegiatan di lingkungan rumah semenjak di PHK 1 tahun yang lalu, sehingga pasien sering menyendiri. Pasien memiliki riwayat putus obat selama 5 bulan. Saat dilakukan pengkajian, pasien tampak sering menoleh ke kanan dan kiri, sesekali menutup telinga dengan kedua tangannya. Pasien mengatakan: "Saya sering mendengar suara laki-laki yang menyuruh saya mencelakai keluarga saya". Pasien mengatakan suara tersebut muncul sekitar 5–6 kali sehari terutama saat sendirian. Saat halusinasi tersebut muncul pasien mengatakan marah dan kesal. Pasien tampak sulit berkonsentrasi saat diajak berbicara dan lebih sering menyendiri di kamar.

Hasil pemeriksaan:

- a. Kontak mata kurang
- b. Afek datar
- c. Pembicaraan lambat
- d. Tidak ada gangguan orientasi
- e. Tanda vital dalam batas normal
- f. Riwayat sebelumnya menunjukkan pasien pernah dirawat di rumah sakit jiwa sebanyak dua kali dengan diagnosis skizofrenia.
- g. Penampilan kurang rapi, yang terlihat rambut panjang, dan terlihat garuk-daruk badan.

2. Pengkajian

Metode Pengkajian :

- Wawancara dengan pasien dan keluarga
- Observasi perilaku pasien
- Pemeriksaan status mental
- Rekam medis

Sumber data :

- Data primer : Pasien (Tn. W)
- Data sekunder : keluarga pasien dan rekam medis

a. Identitas Klien

- Nama: Tn. W
- Usia: 35 tahun
- Jenis Kelamin: Laki-laki
- Ruang Perawatan: Ruang Perawatan Jiwa RSJ
- Lama Perawatan: 5 hari

b. Keluhan Utama

Pasien mengatakan sering mendengar suara laki-laki yang menyuruhnya mencelakai keluarganya. Pasien mengatakan suara tersebut muncul sekitar 5–6 kali sehari terutama saat sendirian.

c. Riwayat Penyakit Sekarang

Menurut keluarga, sejak di-PHK 1 tahun yang lalu pasien sering berbicara sendiri, tertawa tanpa sebab, marah-marah, tidak mau mengikuti kegiatan di lingkungan rumah, dan lebih sering menyendiri. Pasien memiliki riwayat putus obat selama 5 bulan. Saat ini pasien mengaku sering mendengar suara laki-laki yang menyuruhnya mencelakai keluarga. Suara muncul sekitar 5–6 kali sehari terutama saat sendirian. Saat mendengar suara tersebut pasien merasa marah dan kesal.

d. Riwayat Penyakit Dahulu

- Pernah dirawat di RSJ sebanyak 2 kali.
- Diagnosis medis: Skizofrenia.
- Riwayat ketidakpatuhan minum obat (putus obat 5 bulan)

e. Faktor Predisposisi

- Riwayat gangguan jiwa (skizofrenia).
- Riwayat perawatan di RSJ berulang.
- Putus obat selama 5 bulan.
- Stresor psikososial berupa PHK sejak 1 tahun yang lalu.

f. Pemeriksaan Status Mental

1) Penampilan

- Penampilan kurang rapi.
 - Rambut panjang dan tidak terawat.
 - Tampak sering menggaruk-garuk badan.
- 2) Pembicaraan
- Pembicaraan lambat.
- 3) Aktivitas Motorik
- Sering menoleh ke kanan dan kiri.
 - Seseekali menutup telinga dengan kedua tangan.
- 4) Alam Perasaan (Mood)
- Pasien mengatakan merasa marah dan kesal saat mendengar suara.
- 5) Afek
- Ekspresi wajah pasien tampak datar dan tidak menunjukkan emosi.
- 6) Interaksi Selama Wawancara
- Kontak mata kurang.
 - Sulit berkonsentrasi saat diajak berbicara.
- 7) Persepsi
- Mengalami halusinasi pendengaran.
 - Isi halusinasi: suara laki-laki yang menyuruh mencelakai keluarga.
 - Frekuensi: 5–6 kali sehari.
 - Waktu muncul: terutama saat sendirian.
- 8) Proses Pikir
- Sulit berkonsentrasi saat wawancara.
- 9) Orientasi
- Tidak ada gangguan orientasi (baik terhadap waktu, tempat, dan orang).
- 10) Hubungan Sosial
- Menarik diri.
 - Lebih sering menyendiri di kamar.
 - Tidak mau mengikuti kegiatan di lingkungan rumah.

3. Data Fokus

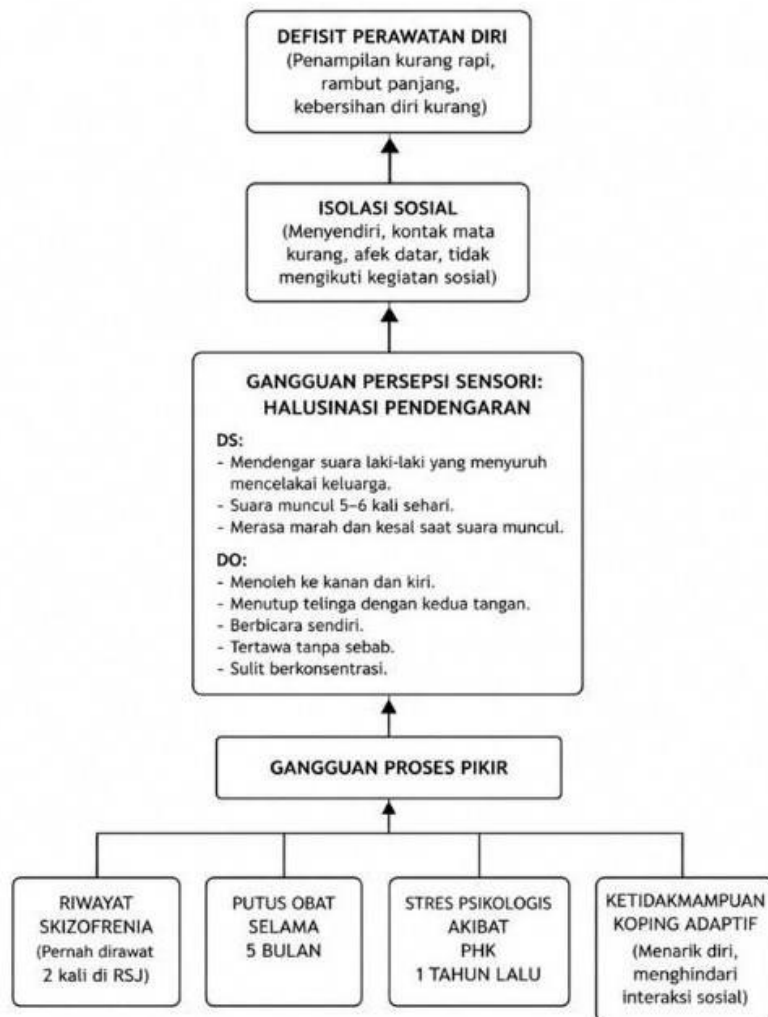
Data Subjektif	Data Objektif
- Pasien mengatakan “Saya sering mendengar suara laki-laki yang menyuruh saya mencelakai keluarga saya.” - Keluarga mengatakan pasien tidak mau mengikuti kegiatan di lingkungan rumah sejak di-PHK 1 tahun yang lalu. - Pasien mengatakan malas mandi dan merawat diri.	- Pasien tampak menoleh ke kanan dan kiri. - Pasien menutup telinga dengan kedua tangan. - Pasien tampak lebih sering menyendiri di kamar. - Pasien kurang berinteraksi dengan orang lain. - Pasien tampak sulit memulai percakapan. - Pasien tampak dengan pakaian kurang rapi. - Rambut tampak kusut. - Kebersihan badan kurang terjaga.

4. Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1.	DS: - Pasien mengatakan “Saya sering mendengar suara laki-laki yang menyuruh saya mencelakai keluarga saya.” DO: - Pasien tampak menoleh ke kanan dan kiri. - Pasien menutup telinga dengan kedua tangan.	Gangguan Proses Pikir	Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran (D.0085)
2.	DS: - Keluarga mengatakan pasien tidak mau mengikuti kegiatan di lingkungan rumah sejak di-PHK 1 tahun yang lalu. DO: - Pasien tampak lebih sering menyendiri di kamar. - Pasien kurang berinteraksi dengan orang lain. - Pasien tampak sulit	Perubahan Status Mental	Isolasi Sosial (D.0121)

	memulai percakapan.		
3.	DS: - Pasien mengatakan malas mandi dan merawat diri. DO: - Pasien tampak dengan pakaian kurang rapi. - Rambut tampak kusut. Kebersihan badan kurang terjaga.	Gangguan proses pikir dan penurunan motivasi.	Defisit Perawatan Diri (D.0109)

5. Pohon masalah



6. Diagnosa Keperawatan

- i. Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran berhubungan dengan gangguan proses pikir (D.0085).
- ii. Isolasi Sosial berhubungan dengan Perubahan Status Mental (D.0121).
- iii. Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan gangguan proses pikir dan penurunan motivasi (D.010)

7. Nursing Care Plan

Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan & Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan	Implementasi	Evaluasi
Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran (D.0085) Berhubungan dengan gangguan proses pikir. DS: - Pasien mengatakan “Saya sering mendengar suara laki-laki yang menyuruh saya mencelakai keluarga saya.”	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3×24 jam dengan durasi 20-30 menit setiap sesi, diharapkan Persepsi Sensori (L.09083) membaik dengan kriteria hasil: 1. Verbalisasi mendengar bisikan menurun (5). 2. Distorsi sensori menurun (5). 3. Perilaku halusinasi menurun (5).	Manajemen Halusinasi (I.09288) Observasi: 1. Monitor perilaku yang mengindikasikan halusinasi. 2. Monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulasi lingkungan. 3. Monitor isi halusinasi (misalnya	Tanggal 22 Juni 2026, pukul 08.00 WIB 1. Memonitor perilaku yang mengindikasikan halusinasi 2. Memonitor isi halusinasi (mis. kekerasan atau membahayakan diri) 3. Berikan lingkungan yang	Tanggal 22 Juni 2026, pukul 08.30 WIB S: 1. Pasien mengatakan bisa mengetahui isi dan waktu muncul halusinasi. O: 1. Pasien mampu menjelaskan halusinasi yang dialami.

DO: - Pasien tampak menoleh ke kanan dan kiri. - Pasien menutup telinga dengan kedua tangan.		kekerasan atau membahayakan diri). Terapeutik: 1. Pertahankan lingkungan yang aman. 2. Diskusikan perasaan dan respons terhadap halusinasi. 3. Hindari perdebatan tentang validitas halusinasi. Edukasi: 1. Anjurkan pasien berbicara pada orang yang dipercaya untuk	aman dan nyaman 4. Mendiskusikan perasaan dan respons terhadap halusinasi 5. Mengajarkan pasien dan keluarga mengontrol halusinasi <i>TTD</i> <i>Nama Terang</i>	<i>TTD</i> <i>Nama Terang</i> Pukul 14.30 WIB S: 1. Pasien mengatakan dapat menghardik suara yang muncul dan mencoba berbicara dengan orang lain. O: 1. Pasien mampu memperagakan cara menghardik dan melakukan interaksi sederhana.
--	--	--	--	---

		mendapatkan dukungan. 2. Anjurkan melakukan distraksi (aktivitas, relaksasi, berbicara dengan orang lain). 3. Ajarkan pasien dan keluarga cara mengontrol halusinasi. Kolaborasi: 1. Kolaborasi pemberian obat antipsikotik dan antiansietas jika diperlukan.		<i>TTD</i> <i>Nama Terang</i> Pukul 20.00 WIB S: Pasien mengatakan suara mulai berkurang dan akan rutin minum obat. O: Pasien tampak lebih tenang, tidak menutup telinga, dan mampu berkonsentrasi saat berbicara. A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi
--	--	---	--	--

Isolasi Sosial (D.0121) Berhubungan dengan perubahan status mental dan harga diri rendah akibat kehilangan pekerjaan. DS: - Keluarga mengatakan pasien tidak mau mengikuti kegiatan di lingkungan rumah sejak di-PHK 1 tahun yang lalu. DO: - Pasien tampak lebih sering menyendiri di kamar.	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1×24 jam dengan durasi 20-30 menit setiap sesi, diharapkan Interaksi Sosial (L.13111) meningkat dengan kriteria hasil: 1. Minat melakukan interaksi meningkat (5). 2. Kontak mata meningkat (5). 3. Kemampuan memulai percakapan meningkat (5). 4. Partisipasi dalam kegiatan kelompok meningkat (5).	Promosi Sosialisasi (I.13492) Observasi: 1. Identifikasi penyebab isolasi sosial. 2. Identifikasi tingkat kemampuan melakukan interaksi dengan orang lain. Terapeutik: 1. Motivasi peningkatan keterlibatan dalam suatu hubungan. 2. Motivasi berpartisipasi dalam aktivitas baru dan kegiatan kelompok.	Tanggal 23 Juni 2026, pukul 08.00 WIB 1. Mengidentifikasi penyebab isolasi sosial 2. Mengidentifikasi tingkat kemampuan melakukan interaksi dengan orang lain. 3. Memotivasi peningkatan keterlibatan dalam suatu hubungan. 4. Mengajukan berinteraksi dengan orang	Tanggal 23 Juni 2026, pukul 08.30 WIB S: 1. Pasien mengatakan memahami manfaat berinteraksi dengan orang lain. O: 1. Pasien tampak mendengarkan penjelasan dan mulai melakukan kontak mata dengan perawat. <i>TTD</i> <i>Nama Terang</i>
--	--	--	---	---

- Pasien kurang berinteraksi dengan orang lain. - Pasien tampak sulit memulai percakapan.		3. Diskusikan kekuatan dan keterbatasan dalam berkomunikasi dengan orang lain. Edukasi: 1. Anjurkan berinteraksi dengan orang lain secara bertahap.	lain secara bertahap.	Pukul 14.30 WIB S: 1. Pasien mengatakan bersedia mencoba berbicara dengan orang lain. O: 1. Pasien mampu memperkenalkan diri dan melakukan percakapan singkat. <i>TTD</i> <i>Nama Terang</i> Pukul 20.00 WIB
--	--	--	-----------------------	--

				S: Pasien mengatakan merasa lebih nyaman saat berbicara dengan orang lain. O: Pasien tampak mengikuti kegiatan kelompok dan berinteraksi dengan pasien lain. A: Masalah teratasi P: Intervensi dihentikan
Defisit Perawatan Diri (D.0109) Berhubungan dengan gangguan proses pikir dan penurunan motivasi.	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1×24 jam dengan durasi 20-30 menit setiap sesi, diharapkan Perawatan Diri (L.11103) meningkat	Dukungan Perawatan Diri (I.11348) Observasi: 1. Identifikasi kemampuan pasien melakukan	Tanggal 24 Juni 2026, Pukul 08.00 WIB 1. Mengidentifikasi kemampuan Pasien melakukan perawatan diri	Tanggal 24 Juni 2026, Pukul 08.30 WIB S: 1. Pasien Mengatakan bersedia melakukan

DS: - Pasien mengatakan malas mandi dan merawat diri. DO: - Pasien tampak dengan pakaian kurang rapi. - Rambut tampak kusut. - Kebersihan badan kurang terjaga.	dengan kriteria hasil: 1. Kemampuan mandi meningkat (5). 2. Kemampuan berpakaian meningkat (5). 3. Kebersihan tubuh meningkat (5). 4. Kerapihan penampilan meningkat (5).	perawatan diri. 2. Identifikasi hambatan dalam melakukan kebersihan diri. Terapeutik: 1. Sediakan alat mandi dan alat kebersihan diri. 2. Dampingi pasien melakukan perawatan diri sesuai kebutuhan. Edukasi: 1. Ajarkan 2. Anjurkan melakukan perawatan diri secara rutin dan mandiri	2. Mengidentifikasi hambatan dalam melakukan kebersihan diri 3. Menyediakan alat mandi dan alat kebersihan diri 4. Mendampingi pasien melakukan perawatan diri sesuai kebutuhan. 5. Mengajarkan cara menjaga Kebersihan tubuh, rambut, gigi, dan pakaian.	perawatan diri. O: 1. Pasien mau menerima alat kebersihan diri dan memahami penjelasan perawat. <i>TTD</i> <i>Nama Terang</i> Pukul 14.30 WIB: S: 1. Pasien mengatakan sanggup melakukan
---	---	---	--	--

DS: - Pasien mengatakan malas mandi dan merawat diri. DO: - Pasien tampak dengan pakaian kurang rapi. - Rambut tampak kusut. - Kebersihan badan kurang terjaga.			melakukan perawatan diri	bersedia melakukan perawatan diri. O: 2. Pasien mau menerima alat kebersihan diri dan memahami penjelasan perawat. <i>TTD</i> <i>Nama Terang</i> Pukul 14.30 WIB: S: 1. Pasien mengatakan sanggup melakukan perawatan diri mandi dan mengganti
---	--	--	---------------------------------	--

				pakaian. O: 1. Pasien nampak bersih, wangi dan rapi <i>TTD</i> <i>Nama Terang</i> Pukul 20.30 WIB: S: Pasien mengatakan sanggup menjaga kebersihan diri secara rutin. O: Pasien mampu melakukan perawatan diri secara mandiri. A: Masalah teratasi P: Intervensi dihentikan
--	--	--	--	--

M. Kesimpulan

Asuhan keperawatan pada Tn. W dengan diagnosis medis skizofrenia dilaksanakan melalui proses keperawatan yang sistematis, meliputi pengkajian, penetapan diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi dengan mengacu pada SDKI, SLKI, dan SIKI.

Hasil pengkajian menunjukkan bahwa pasien mengalami gangguan persepsi sensori berupa halusinasi pendengaran yang dipengaruhi oleh riwayat skizofrenia, putus obat, serta stres akibat kehilangan pekerjaan. Berdasarkan data tersebut, ditegakkan tiga diagnosis keperawatan, yaitu Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran, Isolasi Sosial, dan Defisit Perawatan Diri.

Intervensi keperawatan yang diberikan meliputi manajemen halusinasi, promosi sosialisasi, dan dukungan perawatan diri melalui tindakan observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi. Implementasi dilakukan secara bertahap sesuai dengan kondisi pasien untuk membantu mengontrol halusinasi, meningkatkan kemampuan berinteraksi sosial, serta meningkatkan kemandirian dalam perawatan diri.

Hasil evaluasi menunjukkan bahwa masalah Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran teratasi sebagian sehingga memerlukan intervensi lanjutan, sedangkan masalah Isolasi Sosial dan Defisit Perawatan Diri telah teratasi sesuai dengan tujuan yang ditetapkan. Dengan demikian, penerapan proses keperawatan yang komprehensif dan berkesinambungan berperan penting dalam mendukung pemulihan pasien serta meningkatkan kualitas hidup pasien dengan skizofrenia.

DAFTAR PUSTAKA

- Atmojo, J. T. (2024). *Manajemen keperawatan pasien dengan halusinasi*. Jurnal Keperawatan Jiwa, 12(1), 45–53.
- Dewi, R., & Pratiwi, S. (2022). Penerapan teknik menghardik terhadap penurunan gejala halusinasi pendengaran pada pasien skizofrenia. *Jurnal Keperawatan Jiwa Indonesia*, 10(2), 85–92.
- Dermawan, D. (2018). *Keperawatan kesehatan jiwa: Konsep dan kerangka kerja Asuhan keperawatan jiwa*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Fristy, M., & Miswarti. (2024). Gambaran karakteristik pasien dengan gangguan persepsi sensori halusinasi. *Jurnal Keperawatan Profesional*, 8(1), 25–33.
- Hulu, F., & Pardede, J. A. (2021). Asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan persepsi sensori: Halusinasi pendengaran. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 9(4), 765–772.
- Nugroho, H. A., dkk. (2023). Perawatan halusinasi, dukungan keluarga dan kemampuan pasien mengontrol halusinasi: Literature review. *Jurnal Keperawatan dan Kesehatan Masyarakat Cendekia Utama*, 12(2), 123–131.
- Pratama, A., & Ningsih, S. (2024). Karakteristik halusinasi pada pasien skizofrenia di rumah sakit jiwa. *Jurnal Kesehatan Mental Indonesia*, 5(1), 15–24.
- Sutri, D., & Utami, R. (2023). Frekuensi kemunculan halusinasi dan faktor yang memengaruhinya pada pasien skizofrenia. *Jurnal Ilmu Keperawatan*, 11(2), 101–108.
- Wulandari, D., & Pardede, J. A. (2020). Fase perkembangan halusinasi pada pasien skizofrenia. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 8(3), 245–252.