



---

**PENERAPAN STRATEGI PELAKSANAAN: TERAPI MENGHARDIK PADA PASIEN SKIZOFRENIA DENGAN MASALAH HALUSINASI PENGLIHATAN**

**Maya Sulistiawati Sri Mulyani\*, Ita Apriliyani**

Program Studi Sarjana Keperawatan, Fakultas Kesehatan, Universitas Harapan Bangsa, Jl. Raden Patah No 100

Ledug, Purwokerto 53182, Indonesia

\*[sulistiawatimaya24@gmail.com](mailto:sulistiawatimaya24@gmail.com)

**ABSTRAK**

Skizofrenia merupakan gangguan kejiwaan kronis ketika pengidapnya mengalami halusinasi, delusi, kekacauan dalam berfikir, dan perubahan sikap. Halusinasi adalah gangguan persepsi yang menyebabkan seorang melihat, mendengar, atau mencium sesuatu yang sebenarnya tidak ada. Penerapan implementasi dalam keperawatan jiwa dengan teknik menghardik dapat menghilangkan halusinasi. Tujuan penulisan karya ilmiah ini adalah untuk mendeskripsikan tentang pengelolaan gangguan persepsi sensori : halusinasi penglihatan dengan teknik menghardik untuk menghilangkan halusinasi pada pasien skizofrenia. Metode : metode penelitian yang digunakan adalah studi kasus. Penelitian ini dilakukan pada bulan Mei 2024 dengan data yang di peroleh dari wawancara, observasi, studi dokumentasi rekam medik dan proses asuhan keperawatan 3X24 jam Instrumen yang digunakan adalah format pengkajian keperawatan Jiwa dan menggunakan alat pemeriksaan fisik beserta dokumentasi rekam medik. Analisis dilakukan secara deskriptif. Hasil: hasil penelitian menunjukkan implementasi dengan teknik menghardik halusinasi yang dilakukan selama 3X24 jam menunjukkan pasien dapat mengenal halusinasi dan menerapkan cara menghardik. Kesimpulan : Strategi menghardik halusinasi efektif digunakan pada pasien skizofrenia dengan masalah halusinasi.

Kata kunci: asuhan keperawatan; halusinasi; menghardik; skizofrenia

**APPLICATION OF IMPLEMENTATION STRATEGIES: REBUKING THERAPY IN SCHIZOPHRENIC PATIENTS WITH VISUAL HALLUCINATION PROBLEMS**

**ABSTRACT**

*Schizophrenia is a chronic psychiatric disorder when the sufferer experiences hallucinations, delusions, chaos in thinking, and changes in attitude. Hallucinations are impaired perceptions that cause a person to see, hear, or smell something that is not actually there. The application of implementation in mental nursing with rebuking techniques can eliminate hallucinations. The purpose of writing this scientific paper is to describe the management of sensory perception disorders: visual hallucinations with rebuking techniques to eliminate hallucinations in schizophrenic patients. Method: the research method used is a case study. This study was conducted in May 2024 with data obtained from interviews, observations, medical record documentation studies and the 3X24 hour nursing care process The instruments used are the format of psychiatric nursing assessment and use physical examination tools along with medical record documentation. The analysis is carried out descriptively. Results: the results showed that the implementation of hallucinatory rebuke techniques carried out for 3X24 hours showed that patients could recognize hallucinations and apply rebuking methods. Conclusion: Hallucinatory rebuking strategies are effective in schizophrenic patients with hallucinatory problems.*

*Keywords: hallucinations; nursing care; rebuke; schizophrenia*

**PENDAHULUAN**

Kesehatan jiwa merupakan pertumbuhan kondisi jiwa yang mengharuskan sehat fisik, psikis, dan emosional serta kemampuan seseorang dimana apabila suatu individu tersebut mampu mengetahui semua kemampuan yang dimilikinya baik kekurangan maupun kelebihan yang

nantinya individu tersebut mampu mengatasi semua masalah-masalah yang dihadapinya sebanding dengan yang dimiliki oleh orang lain. (Fitri,2019). Skizofrenia merupakan gangguan kejiwaan kronis ketika pengidapnya mengalami halusinasi, delusi, kekacauan dalam berfikir, dan perubahan sikap. Halusinasi adalah suatu keadaan dimana klien mengalami perubahan sensori persepsi yang disebabkan stimulus yang sebenarnya itu tidak ada (Sutejo, 2018). Halusinasi adalah gangguan persepsi yang menyebabkan seorang melihat, mendengar, atau mencium sesuatu yang sebenarnya tidak ada. Halusinasi bisa disebabkan oleh gangguan mental penyakit tertentu atau efek samping obat. (Hare, S. 2021).

Halusinasi dapat dilihat dari gejala-gejala yang ditimbulkan seperti tak bisa diam, selalu bergerak, berjalan-jalan, terlalu sibuk dengan pikirannya, dan lainnya. Banyak hal yang menjadi penyebab halusinasi, mulai dari pengaruh obat-obatan, alkohol, kurang tidur, mengidap penyakit berat, depresi, Jika dibiarkan terus menerus, tentu saja halusinasi menjadi hal yang membahayakan bagi orang yang mengalaminya. (Nafiatun, 2020). Pada gangguan jiwa skizofrenia, halusinasi merupakan hal yang paling sering terjadi, dapat berupa suara-suara bising atau kata-kata yang dapat mempengaruhi tingkah laku, sehingga dapat menimbulkan respon tertentu seperti bicara sendiri, marah, atau berespon lain yang membahayakan diri sendiri, orang lain, dan lingkungan. (Iyus, 2018). Seseorang yang mengalami halusinasi biasanya muncul tanda dan gejala seperti bicara tertawa sendiri, marah-marah tanpa ada stimulus yang nyata, kadang pasien menutup telinga sambil menengengkan kepala bahkan ada yang menengok ke kanan-kiri seperti sedang melihat sesuatu. Selain itu mengatakan mendengar suara-suara yang tidak jelas, dimana isi percakapannya tidak jelas terkadang mendengar suara orang marah, kadang melihat bayang-bayang yang orang lain tidak melihat (Direja 2014). Perilaku yang sering muncul dari seseorang yang sering mengalami halusinasi tergantung pada jenis dan fase halusinasi yang dialami, semakin berat fase halusinasinya semakin berat tingkat ansietasnya. Perilakunya. semakin dikendalikan oleh halusinasinya. Perilaku ini sering menimbulkan dampak yang dapat membahayakan diri sendiri maupun lingkungannya, selain itu klien akan menarik diri dari lingkungannya (Stuart, 2007).

Perilaku serta tanda dan gejala yang sering muncul pada klien halusinasi bisa dikendalikan dengan beberapa teknik, salah satunya dengan Teknik menghardik. teknik ini dapat digunakan sebagai salah satu upaya untuk mengendalikan halusinasi dengan menolak halusinasi yang muncul, klien dilatih untuk mengatakan tidak berharap halusinasi yang muncul atau tidak memperdulikan halusinasinya, hal ini sesuai pertanyaan dimana seseorang yang mengalami halusinasi bisa dikendalikan dengan Teknik menghardik untuk menolak halusinasi yang sedang dialaminya dengan tepat dan terjadwal (Siti Nafiatun, 2020). Adapun Strategi Pelaksanaan (SP) yaitu melalui SP 1 membina hubungan saling percaya dan menghardik halusinasi, SP 2 bercakap-cakap dengan orang lain, SP 3 mengkonsumsi obat secara teratur (Murni Pratiwi, 2018). Menurut Keliat dan Akemat (2014) dalam strategi pelaksanaan keperawatan halusinasi menawarkan teknik-teknik mengendalikan halusinasi yaitu teknik menghardik, melakukan kegiatan bercakap-cakap dengan orang lain, melakukan aktifitas yang terjadwal dan yang terakhir adalah minum obat secara teratur. Penelitian Yuliani (2016) menyatakan bahwa terjadi peningkatan kemampuan mengendalikan halusinasi sebesar 14%-29% pada klien setelah dilakukan asuhan keperawatan teknik menghardik. Penelitian Is Susilaningsih, Nisa, A. A., & Astia, N. K. (2019) Teknik menghardik yang dilakukan pada pasien skizofrenia dengan masalah Halusinasi efektif menghilangkan masalah halusinasi dimana pasien akan lebih terkontrol dalam mengendalikan halusinasinya.

## **METODE**

Penyusunan karya tulis ilmiah ini menggunakan pendekatan studi kasus dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, menentukan diagnosis keperawatan, melakukan perencanaan keperawatan, melaksanakan tindakan keperawatan dan melakukan evaluasi keperawatan. Data di peroleh melalui wawancara, observasi, studi dokumentasi rekam medik dan asuhan keperawatan. Penelitian di lakukan bulan Mei 2024 di Soerojo Hospital Magelang dengan menggunakan satu sampel penelitian skizofrenia dengan halusinasi selama 3 x 24 jam. Proses pengumpulan data menggunakan, Format pengkajian serta alat pemeriksaan fisik berupa stetoskop, tensi dan termometer. Hasil penelitian dianalisis secara deskriptif dan di sajikan secara naratif untuk menggambarkan pelaksanaan implementasi menggunakan strategi pelaksanaan menghardik pada pasien skizofrenia dengan masalah halusinasi.

## **HASIL**

### **Pengkajian**

#### **Riwayat Keperawatan**

Pengkajian pada klien di mulai tanggal 10 Mei 2024 pukul 08.00 WIB di Soerojo Hospital Magelang dengan metode autoanamnesa dan alloanamnesa. Pada pengkajian identitas klien didapatkan berjenis kelamin perempuan berusia 60 tahun, klien beragama kristen, alamat tinggalnya di Jatibening Pondok Gede Bekasi, pendidikan terakhir S1, status saat ini belum menikah dan pensiunan. Klien masuk di Soerojo Hospital Magelang pada tanggal 04 Mei 2024 dengan alasan klien sering marah-marah ketika disuruh mandi dan makan, berteriak-teriak, sering menyendiri, menolak minum obat dan mondar mandir. Klien juga tampak bahagia, sering bernyanyi dan sulit tidur di malam hari. Klien mengatakan melihat sosok berwarna abu terkadang berwarna hijau yang menyerupai pasukan berbaris tanpa kepala secara tiba-tiba. Faktor predisposisi klien yang membuat halusinasi karena klien menolak meminum obat karena merasa dirinya sembuh tidak sakit.

#### **Pemeriksaan Fisik**

Hasil pemeriksaan fisik Ny. D yang telah dilakukan penulis diperoleh data TD: 155/93 mmHg S: 36,2 °C HR: 81x/menit RR: 20x/menit SPO2: 98%.

#### **Psikososial**

##### **1. Konsep Diri**

Ny. D berumur 60 tahun, bertempat tinggal di Jatibening Pondok Gede Bekasi, belum menikah. Ny. D mengatakan memiliki riwayat dirawat di Rumah Sakit dan merasa dirinya tidak sakit sehingga tidak mengkonsumsi obat dengan rutin. Ny. D mensyukuri semua bagian tubuhnya dan menganggap tubuhnya sebagai anugerah dari tuhan.

##### **2. Identitas Diri**

Klien mengetahui bahwa klien bernama Ny. D, klien tinggal bersama keluarganya. Klien memiliki latar belakang pendidikan S1. Klien pernah dirawat di Rumah Sakit Jiwa dan tinggal di Panti Rehabilitasi Bethesda Purbalingga.

##### **3. Peran Diri**

Sebagai perempuan, klien mengatakan belum pernah menikah dan tidak bisa merasakan menjadi seorang ibu.

##### **4. Ideal Diri**

Klien mengatakan ingin cepet sembuh dan pulang supaya bertemu dengan adiknya.

##### **5. Harga Diri**

Klien mengatakan bahwa dirinya malu karena merasa terasingkan, merasa berbeda karena hidup sendirian.

#### 6. Hubungan Sosial

Ny. D mengatakan selalu dirumahnya, jarang berkumpul dengan temannya. Ny. D juga malu dan minder berhubungan dengan orang lain karena memiliki riwayat di rawat Rumah Sakit Jiwa. Ny. D mengatakan orang yang paling berarti adalah adiknya.

#### 7. Spiritual

Ny. D mengatakan bahwa keadaan saat ini adalah cobaan dari Tuhan dan yakin bahwa dia pasti sembuh. Klien mengatakan klien beragama kristen.

#### Status Mental

Berdasarkan observasi selama pengkajian didapatkan data bahwa penampilan Ny. D terlihat cukup rapi dan pemakaian baju tidak terbalik. Klien mengatakan senang berbicara dengan orang yang sudah dikenal dari pada dengan orang yang baru dikenal. Aktivitas motorik klien lebih banyak berdiam diri dan tidur di kamarnya. Alam perasaan ekspresi klien tampak tenang dan melamun. Selama wawancara Ny. D kooperatif klien bisa menjawab pertanyaan dari perawat. Persepsi klien mengatakan sering melihat bayangan abu dan hijau seperti tentara tanpa kepala yang muncul secara tiba-tiba. Berdasarkan proses pengkajian, klien tidak mengalami gangguan dalam isi pikirannya. Tingkat kesadaran Ny. D baik, mampu menyebutkan nama keluarganya, hari dan tanggal serta tempat saat ini dia berada. Konsentrasi klien mudah beralih dari satu topik ke topik yang lain. Ny. D dapat mengambil keputusan sederhana dengan bantuan orang lain dan klien ingin segera sembuh.

#### Mekanisme koping

Ny. D mengatakan apabila ada masalah lebih banyak dipendam sendiri dan berusaha menyelesaikan masalahnya sendiri namun apabila sudah marah mudah untuk mengamuk.

##### 1. Masalah Psikososial

Klien jarang berinteraksi dengan orang lain atau lingkungan rumahnya dikarenakan klien lebih senang di rumah. Klien mengatakan tidak memiliki masalah dengan pendidikan yang telah dijalani.

##### 2. Aspek Medis

Terapi yang diberikan Clozapine 25 mg/24 jam 2x1, Diazepam 10mg/12 jam inj 1x1, THP/Trihexphenidil 2mg/12 jam 2x1, Risperidon 2 (RPD 2) Guardian/dexa/12 jam 2x1, Sulfas Atropin inj 1x1 (Telah diberikan tgl 04-05-2024).

##### a. Perumusan Masalah

Berdasarkan data yang diperoleh dari hasil pengkajian maka masalah utama keperawatan yang ditetapkan yaitu Gangguan sensori persepsi : halusinasi penglihatan dengan didukung data subjektif, Klien mengatakan melihat sosok berwarna abu terkadang berwarna hijau yang menyerupai pasukan berbaris tanpa kepala secara tiba-tiba. Data obyektif yaitu Klien tampak Klien tampak seolah melihat sesuatu, klien tampak menyendiri, klien tampak melamun dan klien tampak berbicara sendiri.

#### Perencanaan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan klien dapat: klien dapat membina hubungan saling percaya, klien dapat mengenal halusinasi, klien dapat mengontrol halusinasi. SP1 mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, SP2 dengan cara bercakap-cakap, SP3 dengan cara minum obat secara rutin.

#### Evaluasi

Evaluasi Setelah dilakukan implementasi, Klien mengatakan halusinasinya sudah berkurang, klien mengatakan waktu datangnya tidak pasti dan tiba-tiba saja, Data objektif dari klien, klien dapat menghardik halusinasi dengan difokuskan. Planning Optimalkan SP I-IV Halusinasi,

rencanakan SP keluarga misalnya datangkan keluarga untuk kunjungan dan anjurkan klien memasukkan dalam jadwal kegiatan hari.

## **PEMBAHASAN**

### **Pengkajian**

Pengkajian pada klien di mulai tanggal 10 Mei 2024 pukul 08.00 WIB di Soerojo Hospital Magelang. Penulis mengumpulkan data dengan wawancara kepada klien mengobservasi secara langsung, status klien dan dari pemeriksaan fisik. Klien mengatakan melihat sosok berwarna abu terkadang berwarna hijau yang menyerupai pasukan berbaris tanpa kepala secara tiba-tiba. Keluarga klien mengatakan bahwa sejak 1 minggu sebelum masuk rumah sakit klien sering marah-marah ketika disuruh mandi dan makan, berteriak-teriak, menolak minum obat dan mondar mandir. Klien juga tampak bahagia, sering bernyanyi dan sulit tidur di malam hari.

### **Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan yang ditetapkan berdasarkan data subjektif dan objektif pada Ny. D yaitu gangguan sensori persepsi halusinasi Penglihatan. Menurut (Aji, 2019) halusinasi merupakan gangguan atau perubahan persepsi dimana pasien mempersepsikan sesuatu yang sebenarnya tidak terjadi. Suatu penerapan panca indera tanda ada rangsangan dari luar. Suatu penghayatan yang dialami suatu persepsi melalui panca indra tanpa stimulus eksteren: persepsi palsu.

### **Intervensi**

Perencanaan keperawatan meliputi penerapan prioritas masalah, tujuan, dan rencana tindakan keperawatan. Penulis menyusun rencana tindakan pada gangguan sensori persepsi halusinasi penglihatan, Strategi Pelaksanaan (SP) yang tujuannya adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan selama proses keperawatan diharapkan gangguan sensori persepsi halusinasi penglihatan dapat teratasi. Penulis juga melakukan edukasi cara yang tepat untuk menangani klien dengan halusinasi dengan melibatkan berbagai aspek sebagai care giver.

### **Implementasi**

Implementasi yang dilakukan mengacu pada rencana keperawatan sesuai dengan rencana tindakan yang sudah disusun yaitu penulis melaksanakan tindakan selama 3 x 8 jam. Pada hari pertama penulis membantu klien untuk melakukan latihan SP 1 yaitu mengontrol halusinasi dengan cara menghardik dilaksanakan satu kali kunjungan, hari kedua latihan SP 2 yaitu mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap, hari ketiga melakukan latihan SP 3 yaitu mengontrol halusinasi dengan cara minum obat yang rutin/ 5 benar obat. Menurut Afnuhazi (2015) implementasi adalah pelaksanaan keperawatan oleh partisipan. Hal yang harus diperhatikan ketika melakukan implementasi adalah tindakan keperawatan yang akan dilakukan implementasi pada pasien dengan halusinasi dilakukan secara interaksi dalam melaksanakan tindakan keperawatan, perawat harus lebih dulu melakukan membina hubungan saling percaya, identifikasi waktu, frekuensi, situasi, respon pasien terhadap halusinasi, melatih pasien mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, melatih pasien mengontrol halusinasi dengan cara patuh minum obat, melatih pasien mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap, melatih pasien mengontrol halusinasi dengan cara melaksanakan kegiatan terjadwal. Selama pelaksanaan berlangsung, klien selalu kooperatif dengan tindakan yang sudah direncanakan bersama. klien mulai berani menatap lawan bicaranya dan jarang menundukkan kepala. Kendala yang muncul pada saat pelaksanaan tindakan berupa kurangnya keterlibatan keluarga dalam mendampingi berlatih kemampuan yang dimiliki klien. Perawat memotivasi klien dalam melakukan kemampuan-kemampuan yang telah dilatih di rumah sakit

## **Evaluasi**

Setelah melakukan implementasi, kemudian dilakukan evaluasi dengan gangguan persepsi sensori halusinasi. Evaluasi dilakukan untuk mengukur tujuan dan kriteria hasil yang sudah tercapai dan yang belum tercapai sehingga dapat menentukan intervensi lebih lanjut. Pada evaluasi keperawatan yang diterapkan pada kasus Ny. D didapati bahwa diagnosa halusinasi penglihatan telah sepenuhnya teratasi. Hasil evaluasi klien dapat mengenal halusinasinya (jenis halusinasi, isi halusinasi, waktu halusinasi, frekuensi halusinasi, situasi halusinasi, dan respon halusinasi), klien dapat mengendalikan halusinasinya (dengan cara menghardik, bercakap-cakap dengan orang lain, melakukan kegiatan, dan minum obat secara teratur).

## **SIMPULAN**

Hasil dari pengkajian data didapatkan klien mengatakan melihat sosok berwarna abu terkadang berwarna hijau yang menyerupai pasukan berbaris tanpa kepala secara tiba-tiba. Data obyektif yaitu Klien tampak seolah melihat sesuatu, klien tampak menyendiri, klien tampak melamun dan klien tampak berbicara sendiri. Dari hasil analisis data didapatkan masalah keperawatan gangguan persepsi sensori: halusinasi penglihatan. Pada Intervensi keperawatan proses terapi yang digunakan yaitu SP1 kontrol halusinasi dengan cara mengidentifikasi jenis halusinasi klien, mengidentifikasi frekwensi halusinasi klien, mengidentifikasi situasi halusinasi klien, mengidentifikasi respon halusinasi klien dan mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, SP 2 kontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap, SP3 mengontrol halusinasi dengan 5 benar minum obat. Pada Implementasi tindakan yang dilakukan yaitu menggunakan proses terapi SP. Pada hari pertama dilakukan bina hubungan saling percaya, mengidentifikasi halusinasi klien dan mengontrol halusinasi dengan cara menghardik. Pada implementasi hari kedua dilakukan mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap, Implementasi hari ketiga dilakukan mengontrol halusinasi dengan cara 5 benar minum obat. Pada Evaluasi yang dilakukan selama 3 hari implementasi yang dilakukan kepada klien teratasi sebagian dan klien sudah dapat mengontrol halusinasinya serta setelah dilakukan tindakan keperawatan halusinasi klien dapat terkontrol atau mengalami perubahan yang lebih baik.

## **DAFTAR PUSTAKA**

- Ade Herman Surya Direja, 2014, Buku Ajar Asuhan Keperawatan Jiwa, Yogyakarta: Nuha Medika
- Afnuhazi, R. (2015). Komunikasi Terapeutik Dalam Keperawatan Jiwa. In Marni (Ed.), Yogyakarta : Gosyen Publishing.
- Aji, W. M. H. (2019). asuhan keperawatan orang dengan gangguan jiwa sKlien Skizofrenia. In Jurnal Keperawatan 'Aisyiah (Vol. 7, Nomor 1, hal. 25–29).
- Dian Fitri O. 2019. Asuhan Keperawatan pada Pasien Skizofrenia dengan Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah di Puskesmas Sukosari Kabupaten Ponorogo. Karya Tulis Ilmiah. Tidak Diterbitkan. Jurusan Keperawatan, Prodi D-III Keperawatan, Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang, Ponorogo.
- Fitri, Lailatul. (2019). Strategi pendampingan pekerja sosial pada pasien skizofrenia di rumah sakit jiwa ghrasia. Jurnal Keperawatan Malang Volume 4
- Hare, S. 2021. "Hallucinations: A Functional Network Model of Ow SensoryRepresentations Become Selected for Consious Awarness in Schizophrenia." *Frontiers in Neuroscience* 15: 1–15

- Is Susilaningsih, Nisa, A. A., & Astia, N. K. (2019). Penerapan Strategi Pelaksanaan: Teknik Menghardik Pada Ny. T Dengan Masalah Halusinasi Pendengaran. *Jurnal Keperawatan*,
- Iyus Y, (2018). Asuhan keperawatan pada pasien skizofrenia dengan masalah keperawatan halusinasi penglihatan
- Keliat, Budi Anna. 2014. *Keperawatan Jiwa Terapi Aktivitas Kelompok Edisi 2*. Jakarta: EGC
- Siti Nafiatun (2020). Penerapan Teknik Menghardik dengan masalah halusinasi, *Jurnal Keperawatan Karya Bhakti Jurnal Keperawatan Karya Bhakti volume 6*, nomor 1: 2716-0785 Hal 15-24
- Stuart G. *Buku Saku Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC. 2007
- Sutejo. (2018). *Keperawatan Jiwa Konsep Dan Praktik Asuhan Keperawatan jiwa Dan Psikososial* Yogyakarta Pustaka Baru Press.

