

**SEMINAR KASUS KELOMPOK ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN. A DENGAN
MASALAH KEPERAWATAN HALUSINASI PENDENGARAN DENGAN DIAGNOSA MEDIS
UNDIFFERENTIATED SCHIZOPHRENIA DI RUANG GELATIK**

RUMAH SAKIT JIWA MENUR SURABAYA



Nama Anggota Kelompok :

KELOMPOK 1 RUANG GELATIK

KELOMPOK 2 RUANG GELATIK

PRODI DII KEPERAWATAN

FAKULTAS KEPERAWATAN DAN KEBIDANAN

UNIVERESITAS NAHDLATUL ULAMA SURABAYA

2025

**HALAMAN PENGESAHAN SEMINAR KASUS KELOMPOK ASUHAN KEPERAWATAN PADA
PASIEN TN. A DENGAN MASALAH KEPERAWATAN HALUSINASI PENDENGARAN
DENGAN DIAGNOSA MEDIS UNDIFFERENTIATED SCHIZOPHRENIA DI RUANG
GELATIK RUMAH SAKIT JIWA MENUR SURABAYA**

Nama Kelompok :

- Sofia Amanda
- Nasiyah
- Elly Sakinatin
- Winda Oktania
- Siti Wulandari Nurrohmah
- Intan Nur Isnaeni
- Fira Tsania Al Ifadah
- Diaz Ramadhan Herlambang
- Zahratun Nadiyah
- Dewi Ratna Sari
- Dian Saputri Devi
- Nafis Az-Zahro
- Meylinda Dwi Saputri
- Habibah Istiqomah Muntas
- 15. Mohammad Kamaludin

Mengetahui

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur marilah kita panjatkan ke hadirat Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan hidayah Nya sehingga kami mampu menyelesaikan tugas pembuatan dan penyusunan makalah seminar kasus yang berjudul "Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa Keperawatan Halusinasi Di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya untuk memenuhi tugas Praktik D-III Keperawatan pada stase Keperawatan Jiwa Bersama dengan ini kami juga mengucapkan terima kasih kepada pihak-pihak yang telah terlibat berpartisipasi dan juga membantu kami dalam pembuatan dan penyusunan laporan seminar kasus ini. Semoga laporan seminar kasus ini dapat banyak membantu dan bagi kita semua.

Tugas pembuatan dan penyusunan laporan seminar kasus kami ini tentu saja masih jauh dari kata sempurna. Oleh karena itu, segala kritik dan saran kami terima dengan lapang dada demi perbaikan dan penyempurnaan tugas pembuatan dan penyusunan laporan seminar kasus ini. Hal ini bertujuan untuk menjadi sebuah laporan kasus yang jauh lebih baik dan juga untuk pembelajaran bagi kami dalam menyelesaikan tugas-tugas laporan kasus lain di kemudian hari.

Surabaya, 27 Desember 2025

Kelompok Ruang Gelatik

Kelompok

DAFTAR ISI

Cover

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI.....	ii
BAB 1	4
PENDAHULUAN.....	4
1.1 Latar Belakang	4
1.2 Rumusan Masalah	6
1.3 Tujuan	6
1.4 Manfaat	7
BAB 2	8
TINJAUAN TEORI	8
2.1 Konsep Skizofrenia	8
2.2 Konsep Halusinasi.....	15
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan	19
BAB 3	25
ASUHAN KEPERAWATAN.....	25
FORMULIR & PENGKAJIAN KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA RS MENUR SURABAYA.....	25
PENGKAJIAN	25
I. IDENTITAS KLIEN	25
II. ALASAN MASUK.....	25
III. FAKTOR PREDISPOSISI	25
IV. FISIK.....	26
V. PSIKOSOSIAL.....	26
VI. STATUS MENTAL	27
VII. MEKANISME KOPING.....	30
VIII. MASALAH PSIKOSOSIAL DAN LINGKUNGAN	30
IX. PENGETAHUAN KURANG TENTANG	31
X. DATA LAIN-LAIN.....	31

XI. ASPEK MEDIK	32
XII. DAFTAR MASALAH KEPERAWATAN	32
XIII. DASAR DIAGNOSIS KEPERAWATAN.....	32
ANALISIS DATA SINTESA	33
POHON MASALAH.....	34
Resiko mencederai diri sendiri,orang lain dan lingkungan	34
.....	34
Resiko prilaku kekerasan.....	34
IMPLEMENTASI KEPERAWATAN	40
BAB 4	51
PEMBAHASAN	51
4.1 Pengkajian Keperawatan	51
4.2 Diagnosa Keperawatan	52
4.3 Rencana Tindakan Keperawatan	52
4.4 Implementasi Keperawatan	54
4.5 Implementasi Keperawatan	54
4.6 Evaluasi Keperawatan	56
BAB 5	57
PENUTUP.....	57
5.1 Kesimpulan.....	57
5.2 Saran.....	57
LAMPIRAN.....	i
TELAAH JURNAL I.....	i
TELAAH JURNAL 2.....	i
Kelebihan dan Kekurangan	i
Pembahasan keterkaitan jurnal	i

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Skizofrenia merupakan gangguan jiwa berat yang ditandai distorsi realitas, perubahan proses pikir, dan gangguan kontrol emosi (Videbeck, 2020). Pada kondisi ini, gejala positif seperti halusinasi dan delusi sering menjadi pencetus munculnya perilaku kekerasan pada pasien (Stuart, 2016).

Menurut Organisasi Kesehatan Dunia WHO prevalensi gangguan jiwa di seluruh dunia pada tahun 2016 mencapai 516 juta orang. Menurut Michard dan Chaaterina dalam jurnal kesehatan menyebutkan bahwa persoalan kesehatan jiwa akan menjadi The Global Burden of Disease. (Hafizuddin 2021). Laporan Nasional tentang Riset Kesehatan Dasar Riskesda 2013, menunjukkan prevalensi gangguan jiwa yang parah (psikosis / Skizofrenia) masyarakat Indonesia mencapai 1,7 mil (Istichomah & R 2019). Di Jawa Timur halusinasi yang paling umum adalah halusinasi pendengaran sekitar 70%, halusinasi visual 20%, dan halusinasi rasa, sentuhan dan penciuman 10%. (Abdurkhman & Maulana 2022). Berdasarkan data RSJ Menur Dalam Angka Tahun 2021–2024, pelayanan medik di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya pada tahun 2024 menunjukkan aktivitas pelayanan yang cukup tinggi, baik pada pelayanan rawat inap, rawat jalan, maupun Instalasi Gawat Darurat (IGD). Tingkat pemanfaatan tempat tidur rumah sakit atau Bed Occupancy Rate (BOR) pada tahun 2024 tercatat sebesar 79,91%. Angka ini menunjukkan bahwa tingkat hunian tempat tidur di RSJ Menur tergolong tinggi dan mencerminkan optimalnya pemanfaatan fasilitas rawat inap yang tersedia. BOR tersebut juga mengindikasikan tingginya kebutuhan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan jiwa di RSJ Menur. Jumlah pasien rawat inap pada tahun 2024 tercatat sebanyak 6.624 jiwa. Data ini menggambarkan bahwa pelayanan perawatan intensif bagi pasien dengan gangguan kesehatan jiwa masih menjadi salah satu layanan utama di RSJ Menur. Selain pelayanan rawat inap, RSJ Menur juga memberikan pelayanan kegawatdaruratan melalui Instalasi Gawat Darurat (IGD). Pada tahun 2024, jumlah pasien yang

dilayani di IGD mencapai 7.578 jiwa. berdasarkan data Kesekretariatan Rumah Sakit Jiwa Menur Kota Surabaya Provinsi Jawa Timur hasil angka kejadian kasus di Rumah Sakit Jiwa Menur Kota Surabaya Provinsi Jawa Timur selama bulan Januari sampai April 2021 didapatkan jumlah pasien rawat inap sebanyak 1299 pasien dengan rincian kasus halusinasi mencapai 47,5%, perilaku kekerasan 22,02%, isolasi sosial: menarik diri 12,62%, harga diri rendah 8,31%, defisit perawatan diri 4,06%, gangguan citra tubuh 2,5%, waham 2,23%, dan resiko bunuh diri 0,76%.

Pasien dengan halusinasi biasanya diawali dengan mengalami kejadian yang membuat dirinya trauma akan kejadian tersebut, hal tersebut mengakibatkan dirinya merasa tidak berguna atau tidak berdaya dan mengakibatkan dirinya menarik diri, menyendiri dan asik dengan dirinya sendiri. Hal tersebut yang menyebabkan seseorang mudah merasa ada suara-suara atau melihat sesuatu yang menyuruhnya untuk berbuat sesuatu, dari suara-suara atau penglihatan itulah seseorang biasanya merespon dengan melakukan apa yang diperintahkan. Hal yang paling bahaya yaitu pasien bisa melakukan kekerasan pada diri sendiri, lingkungan dan orang lain. Dampak halusinasi jika tidak segera dikenali dan diobati, pasien akan muncul dengan keluhan kelemahan, histeria, ketidakmampuan mencapai tujuan, pikiran buruk, ketakutan berlebihan, dan tindakan kekerasan. (Abdurkhman & Maulana 2022).

Untuk meningkatkan kemampuan pasien dan keluarga adalah dengan cara melakukan asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran dengan melakukan tindakan Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan (SPTK) yang terdiri dari SP 1 sampai 4 dan SP Keluarga dengan cara komunikasi efektif dan komunikasi terapeutik untuk meningkatkan kesadaran diri pasien dan keluarga untuk tujuan kesembuhan pasien. Upaya yang dilakukan untuk mengatasi halusinasi selama ini salah satunya dengan menggunakan menghardik halusinasi. Mengatasi halusinasi yang sudah dilakukan bahwa intensitas halusinasi sudah berkurang ditandai dengan pasien mengontrol rasa takut saat halusinasi muncul setelah belajar pengontrol halusinasi dan halusinasi sudah tidak muncul ketika dimalam

hari dengan melakukan ketiga SP (Strategi Pelaksanaan) yaitu, SP 1 menghardik halusinasi, SP 2 bercakap-cakap dengan orang lain, SP 3 Melakukan kegiatan, SP 4 mengkonsumsi obat secara teratur. (Pratiwi & Setiawan 2018) Terapi spiritual adalah kegiatan ritual keagamaan seperti berdoa, berdzikir, memuji Tuhan, ceramah agama, studi kitab suci. Selanjutnya, dzikir dalam perspektif psikologis memiliki efek spiritual yang besar, yaitu sebagai peningkatan rasa keimanan, ketaqwaan, kejujuran, ketabahan dan kedewasaan dalam hidup. dzikir dalam perspektif psikologis memiliki pengaruh spiritual yang besar, yaitu sebagai peningkatan rasa keimanan, ketaqwaan, kejujuran, untuk membentuk dan membina kepribadian yang utuh dari segi kesehatan jiwa. (Abdurkhman & Maulana 2022).

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana asuhan keperawatan jiwa pada TN. A dengan masalah keperawatan halusinasi pendengaran di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Mampu menjelaskan pengkajian asuhan keperawatan jiwa pada TN. A dengan masalah keperawatan keperawatan halusinasi pendengaran di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mampu melakukan pengkajian keperawatan pada Tn. A dengan masalah keperawatan keperawatan halusinasi pendengaran di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.
2. Mampu merumuskan dan menetapkan diagnosa keperawatan pada Tn. A dengan masalah keperawatan keperawatan halusinasi pendengaran di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.
3. Mampu menyusun rencana keperawatan pada Tn. A dengan masalah keperawatan keperawatan halusinasi pendengaran di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.
4. Mampu melaksanakan implementasi keperawatan pada Tn. A dengan masalah keperawatan keperawatan halusinasi pendengaran di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur

Surabaya.

5. Mampu melakukan evaluasi keperawatan pada Tn. A dengan masalah keperawatan keperawatan halusinasi pendengaran di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Bermanfaat untuk mengembangkan ilmu keperawatan jiwa yang preventif, kuratif, rehabilitatif dan kolaborasi di bidang keperawatan jiwa dalam perawatan pasien dengan masalah keperawatan halusinasi pendengaran.

1.4.2 Manfaat Praktis

- a. Bagi Perawat Meningkatkan kinerja perawat dalam mengatasi masalah keperawatan jiwa dengan masalah keperawatan halusinasi pendengaran
- b. Bagi Rumah Sakit Jiwa Dapat meningkatkan kualitas maupun soft skill perawat dalam mengatasi pasien dengan masalah keperawatan halusinasi pendengaran
- c. Bagi Instansi Pendidikan Menghasilkan lulusan perawat yang vokasional dan profesional yang mampu memberikan asuhan kepada pasien dengan gangguan jiwa terutama pada pasien dengan masalah keperawatan halusinasi pendengaran.
- d. Bagi Mahasiswa Menambah pengetahuan dan softskill mahasiswa dalam mengkaji, merumuskan diagnosa, merencanakan intervensi, melakukan implementasi dan melakukan evaluasi pada pasien dengan masalah keperawatan halusinasi pendengaran.
- e. Bagi Pasien Melalui edukasi dan perawatan kesehatan serta laporan seminar kasus ini dapat menambah pengetahuan pada pasien dan keluarga mengenai masalah Kesehatan

BAB 2

TINJAUAN TEORI

2.1 Konsep Skizofrenia

2.1.1 Definisi Skizofrenia

Skizofrenia merupakan suatu sindrom klinis yang ditandai oleh gangguan psikopatologi berat dan kompleks, yang meliputi aspek kognitif, emosional, persepsi, serta perilaku, dengan gangguan proses berpikir sebagai gejala utama (Lesmana, C.B.J., 2020). Skizofrenia juga didefinisikan sebagai gangguan psikiatri yang ditandai oleh munculnya gejala psikotik, baik gejala positif maupun negatif, yang disertai dengan penurunan fungsi kognitif (Hany et al., 2024).

Gangguan ini menyebabkan distorsi pada proses berpikir, persepsi, emosi, dan perilaku individu sehingga menyimpang dari realitas. Seperti halnya kanker, skizofrenia dipandang sebagai suatu sindrom atau proses penyakit yang memiliki variasi manifestasi dan gejala yang beragam (Videbeck, 2020).

2.1.2 Etiologi Skizofrenia

Penyebab pasti terjadinya skizofrenia hingga saat ini belum dapat dipastikan. Namun, beberapa teori atau hipotesis telah dikemukakan terkait faktor penyebab terjadinya gangguan ini (Kemenkes RI, 2021), antara lain sebagai berikut:

a. Faktor Genetik

Individu yang memiliki anggota keluarga dengan riwayat skizofrenia memiliki risiko lebih tinggi untuk mengalami gangguan yang sama. Anak dengan salah satu orang tua penderita skizofrenia memiliki risiko sekitar 5%. Risiko meningkat menjadi 10% pada individu yang memiliki saudara kandung atau kembar dizigot penderita skizofrenia, dan mencapai sekitar 40% pada kembar monozigot.

b. Gangguan Neurotransmitter

Hipotesis dopamin menyebutkan adanya hiperaktivitas dopamin di sistem saraf pusat. Peningkatan aktivitas dopamin di sistem limbik dikaitkan dengan munculnya gejala positif skizofrenia. Obat antipsikotik yang bekerja sebagai antagonis reseptor dopamin D2 terbukti efektif dalam mengurangi gejala positif. Selain itu, hipotesis serotonin menyatakan bahwa kelebihan serotonin dapat memicu munculnya gejala positif maupun negatif.

Neurotransmitter lain yang diduga berperan dalam patofisiologi skizofrenia antara lain asetilkolin, glutamat, norepinefrin, dan gamma-aminobutyric acid (GABA).

c. Gangguan Morfologi dan Fungsi Otak

Pada penderita skizofrenia sering ditemukan kelainan struktur dan fungsi otak, seperti pelebaran ventrikel lateral dan ventrikel ketiga, atrofi lobus temporal dan medial, serta gangguan pada hipokampus, parahipokampus, dan amigdala. Namun demikian, tidak terdapat kelainan struktur otak yang secara spesifik hanya ditemukan pada penderita skizofrenia. Videbeck (2020) mengemukakan bahwa skizofrenia dipengaruhi oleh dua faktor utama, yaitu faktor predisposisi dan faktor presipitasi.

a. Faktor Predisposisi

1) Faktor Biologis

a) Faktor Genetik

Faktor genetik merupakan salah satu faktor utama dalam terjadinya skizofrenia. Anak yang memiliki orang tua biologis penderita skizofrenia tetap memiliki risiko genetik meskipun diadopsi oleh keluarga tanpa riwayat gangguan tersebut. Penelitian menunjukkan bahwa anak dengan satu orang tua penderita skizofrenia memiliki risiko sekitar 15%, dan risiko meningkat hingga 35% apabila kedua orang tua biologis menderita skizofrenia.

b) Faktor Neuroanatomi

Hasil penelitian menunjukkan bahwa individu dengan skizofrenia memiliki volume jaringan otak yang relatif lebih sedikit, yang mengindikasikan adanya

gangguan perkembangan atau kehilangan jaringan otak. Pemeriksaan CT-scan memperlihatkan adanya pembesaran ventrikel dan atrofi korteks otak, sedangkan pemeriksaan PET-scan menunjukkan penurunan metabolisme glukosa dan penggunaan oksigen di korteks frontal. Penurunan volume dan fungsi abnormal juga konsisten ditemukan pada area frontal dan temporal otak penderita skizofrenia.

c) Faktor Neurokimia

Penelitian neurokimia menunjukkan adanya gangguan pada sistem neurotransmitter di otak penderita skizofrenia, yang menyebabkan proses penghantaran sinyal antar sel saraf tidak berjalan secara optimal.

2) Faktor Psikologis

Skizofrenia dapat muncul akibat kegagalan individu dalam menyelesaikan tahap perkembangan psikososial awal. Ketidakmampuan membentuk hubungan saling percaya sejak masa kanak-kanak dapat menimbulkan konflik intrapsikis yang berlangsung sepanjang hidup. Gangguan ini juga ditandai oleh ketidakmampuan mengatasi masalah, gangguan identitas, serta kurangnya kontrol diri.

3) Faktor Sosiokultural dan lingkungan

Faktor sosial dan lingkungan menunjukkan bahwa prevalensi skizofrenia lebih tinggi pada individu dengan status sosial ekonomi rendah. Kondisi ini berkaitan dengan kemiskinan, kepadatan hunian, nutrisi yang tidak adekuat, kurangnya perawatan prenatal, keterbatasan sumber daya dalam menghadapi stres, serta perasaan putus asa.

b. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi merupakan faktor pemicu yang dapat mempercepat munculnya gejala skizofrenia, antara lain:

1) Biologis

Stresor biologis berhubungan dengan respons neurobiologis maladaptif, seperti gangguan pada sistem komunikasi dan mekanisme umpan balik otak yang berperan dalam pengolahan informasi, serta abnormalitas mekanisme penyaringan stimulus.

2) Lingkungan

Ambang toleransi stres yang ditentukan secara biologis akan berinteraksi dengan stresor lingkungan sehingga mempengaruhi terjadinya gangguan proses berpikir.

3) Pemicu Gejala

Pemicu merupakan rangsangan atau kondisi yang sering menyebabkan kekambuhan atau munculnya episode baru gangguan, yang berkaitan dengan kondisi kesehatan, lingkungan, sikap, dan perilaku individu.

2.1.3 Tanda dan Gejala Skizofrenia

Menurut Rizal (2021), gejala skizofrenia dibagi menjadi dua kelompok, yaitu:

a. Gejala Primer

1) Gangguan Proses Pikir

Gangguan meliputi bentuk, alur, dan isi pikiran, dengan gangguan asosiasi dan inkoherensi sebagai manifestasi utama.

2) Gangguan Afek Emosi

Ditandai dengan kedangkalan emosi, paramimia dan paratimia, ketidaksesuaian antara emosi dan ekspresi, emosi yang berlebihan, serta penurunan kemampuan menjalin hubungan interpersonal.

3) Gangguan Keinginan

Meliputi lemahnya dorongan kemauan, perilaku negatif terhadap perintah, serta perasaan bahwa pikiran dikendalikan oleh pihak lain.

4) Gangguan Psikomotor

Berupa stupor atau hiperkinesia, perilaku stereotip, katalepsi, dan echolalia.

b. Gejala Sekunder

Istilah ini menggambarkan persepsi sensori palsu yang dapat mempengaruhi panca indera. Halusinasi pendengaran dan visual adalah yang paling umum, sementara halusinasi penciuman, taktil, dan pengecapian juga dapat terjadi.

Kriteria diagnosis skizofrenia yang dipaparkan dalam ICD-10 adalah sebagai berikut (WHO, 2004) dalam (Putri, Ike Asana et al., 2022) :

1. Adanya pikiran yang bergema (though echo), penarikan pikiran atau penyisipan (though insertion atau withdrawal) dan penyiaran pikiran (broadcasting) pada penderita.
2. Waham dikendalikan (delusion of control), waham dipengaruhi (delusion of being influenced) atau kepasifan, yang jelas merujuk pada pergerakan tubuh, anggota gerak, atau pikiran, perbuatan dan perasaan dari penderita.
3. Halusinasi berupa suara yang berkomentar tentang perilaku penderita atau sekelompok orang yang sedang mendiskusikan atau bentuk halusinasi suara lainnya yang datang dari beberapa bagian tubuh.
4. Waham-waham yang menetap atau jenis-jenis lain yang menurut budayanya dianggap tidak wajar serta sama sekali atau mustahil, seperti misalnya mengenai identitas keagamaan atau politik, atau kekuatan dan kemampuan “manusia super” (tidak sesuai dengan budaya dan sangat tidak mungkin atau tidak masuk akal, misalnya mampu berkomunikasi dengan makhluk asing yang datang dari planet lain).
5. Halusinasi yang menetap pada berbagai modalitas disertai dengan waham yang mengambang maupun yang berbentuk tanpa kandungan afektif yang jelas, ataupun ide-ide yang berlebihan yang menetap terjadi setiap hari atau berminggu-minggu bahkan berbulan-bulan secara terus menerus.
6. Arus pikiran yang terputus yang berakibat pembicaraan tidak relevan atau neologisme.
7. Perilaku katatonik, seperti keadaan gaduh gelisah (excitement), sikap tubuh tertentu (posturing), negativisme, mutisme, dan stupor.
8. Gejala-gejala negatif, seperti sikap masa bodoh (apatis), respon emosional yang menumpul atau tidak wajar, biasanya yang mengakibatkan penarikan diri dari pergaulan

sosial dan menurunnya kinerja sosial, tetapi harus jelas bahwa semua hal tersebut tidak disebabkan oleh depresi atau medikasi neuroleptika.

9. Perubahan yang signifikan dan konsisten dalam beberapa aspek perilaku pribadi, bermanifestasi sebagai hilangnya minat, tanpa tujuan, malas-malasan dan sikap mementingkan diri sendiri.

Stuart (2013) dalam (Mashudi, Sugeng. 2021) menggambarkan respon neurobiologis skizofrenia sebagai berikut :



Respon Adaptif		Respon Maladaptif
- Pikiran logis	- Pikiran kadang menyimpang	- Gangguan pikiran (Waham)
- Persepsi akurat	- Ilusi	- Halusinasi
- Emosi konsisten dengan pengalaman	- Reaksi emosional berlebihan atau kurang	- Kesulitan memproses emosi
- Perilaku sesuai	- Perilaku aneh atau tak lazim	- Isolasi sosial
- Hubungan sosial	- Menarik diri	

2.1.4 Klasifikasi Skizofrenia

Menurut Nashirah (2022), skizofrenia dibagi menjadi beberapa tipe, yaitu:

- a. Skizofrenia Paranoid (F20.0)

Ditandai oleh dominasi gejala positif seperti waham dan halusinasi pendengaran, terutama kecurigaan berlebihan terhadap orang lain. Gejala lain seperti gangguan bicara dan afek datar relatif lebih ringan.

- b. Skizofrenia Hebefrenik (F20.1)

Ditandai oleh gangguan perilaku dan pembicaraan yang tidak teratur, afek datar, serta ketidakmampuan mengekspresikan emosi secara tepat.

c. Skizofrenia Katatonik (F20.2)

Ciri utama berupa gangguan motorik seperti kekakuan, stupor, atau kegembiraan katatonik, disertai mutisme, echolalia, echopraxia, dan gerakan stereotip.

d. Skizofrenia Tak Terinci (F20.3)

Merupakan kategori bagi individu yang tidak memenuhi kriteria ketiga tipe sebelumnya, dengan gejala berupa waham, halusinasi, disorganisasi pikiran, perilaku katatonik, dan afek datar.

2.1.5 Penatalaksanaan Skizofrenia

Penatalaksanaan skizofrenia meliputi terapi farmakologis, psikoterapi, dan rehabilitasi.

a. Terapi psikofarmakologi

Pengobatan utama skizofrenia adalah penggunaan antipsikotik yang bertujuan mengendalikan gejala psikotik. Obat antipsikotik terdiri dari golongan tipikal dan atipikal. Antipsikotik tipikal efektif dalam mengurangi gejala positif, sedangkan antipsikotik atipikal selain mengurangi gejala positif juga berperan dalam menurunkan gejala negatif (Amir, 2015).

b. Psikoterapi dan terapi psikososial

Psikoterapi meliputi Cognitive Behavioral Therapy (CBT) untuk membantu pasien mengelola halusinasi dan waham, serta Cognitive Enhancement Therapy (CET) untuk meningkatkan fungsi kognitif. Terapi psikososial mencakup terapi individu, kelompok, keluarga, rehabilitasi psikiatri, pelatihan keterampilan sosial, dan manajemen kasus, dengan tujuan meningkatkan kemandirian dan kemampuan adaptasi sosial pasien. Terapi ini dilakukan bersamaan dengan pemberian obat psikofarmaka.

2.2 Konsep Halusinasi

2.2.1 Definisi Halusinasi

Halusinasi adalah persepsi salah yang diterima pancaindera dan berasal dari stimulus eksternal yang biasanya tidak dipresentasikan ke dalam pengalaman. Halusinasi dapat terjadi pada indera apapun, pada dasarnya halusinasi tidak berarti penyakit kejiwaan. Sebagai contoh, halusinasi singkat yang biasanya terjadi setelah peristiwa kematian. (orang yang mengalami halusinasi seolah melihat atau mendengar seseorang yang meninggal). Halusinasi sangat invasif, sering muncul dan menyerang hampir semua fungsi normal (Brockert, 2021).

Halusinasi adalah hilangnya kemampuan manusia dalam membedakan rangsangan internal (pikiran) dan rangsangan eksternal (dunia luar). Pasien memberi persepsi atau pendapat tentang lingkungan tanpa ada objek atau rangsangan yang nyata. sebagai contoh pasien mengatakan mendengar suara padahal tidak ada orang yang berbicara. (Kusumawati & Hartono 2010).

2.2.2 Etiologi Halusinasi

1. Faktor Predisposisi

a. Faktor Pengembangan

Perkembangan klien yang terganggu misalnya kurangnya mengontrol emosi dan keharmonisan keluarga menyebabkan klien tidak mampu mandiri sejak kecil, mudah frustrasi hilang percaya diri.

b. Faktor Sosiokultural

Seseorang yang merasa tidak diterima di lingkungan sejak bayi akan membekas di ingatannya sampai dewasa dan ia akan merasa disingkirkan, kesepian dan tidak percaya pada lingkungannya.

c. Faktor Biokimia

Adanya stres yang berlebihan yang dialami oleh seseorang maka di dalam tubuhnya akan dihasilkan suatu zat yang dapat bersifat halusinogenik neurokimia dan metytranferase sehingga terjadi ketidakseimbangan asetil kolin dan dopamin.

d. Faktor Psikologis

Tipe kepribadian yang lemah tidak bertanggung jawab akan mudah terjerumus pada penyelahgunaan zat adaptif. Klien lebih memilih kesenangan sesaat dan lari dari alam nyata menuju alam khayal.

e. Faktor Genetik

Hasil studi menunjukan bahwa faktor keluarga menunjukan hubungan yang sangat berpengaruh pada penyakit ini.

2. Faktor Presipitasi

Faktor Presipitasi

Penyebab halusinasi dapat dilihat dari lima dimensi menurut (Rawlins, 1993 dalam Yosep, 2011).

1) Dimensi fisik

Halusinasi dapat ditimbulkan oleh beberapa kondisi fisik seperti kelelahan yang luar biasa, penggunaan obat-obatan, demam hingga delirium, intoksikasi alkohol dan kesulitan untuk tidur dalam waktu yang lama.

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 sehingga dengan kondisi tersebut klien berbuat sesuatu terhadap ketakutan tersebut.

3) Dimensi Intelektual

Dalam dimensi intelektual ini merangsang bahwa individu dengan halusinasi akan memperlihatkan adanya penurunan fungsi ego. Pada awalnya halusinasi merupakan usaha dari ego sendiri untuk melawan impuls yang menekan, namun merupakan suatu hal yang menimbulkan kewaspadaan yang dapat mengambil seluruh perhatian klien dan tidak jarang akan mengobrol semua perilaku klien.

4) Dimensi sosial

Klien menganggap bahwa hidup bersosialisasi di alam nyata sangat membahayakan, klien asik dengan halusinasinya, seolah-olah ia merupakan tempat untuk memenuhi kebutuhan akan interaksi sosial, kontrol diri dan harga diri yang tidak didapatkan dalam dunia nyata. Isi halusinasi dijadikan sistem kontrol oleh individu tersebut, sehingga jika perintah halusinasi berupa ancaman, dirinya ataupun orang lain individu cenderung untuk itu. Oleh karena itu, aspek penting dalam melaksanakan intervensi keperawatan klien dengan menupayakan suatu proses interaksi yang menimbulkan pengalaman interpersonal yang memuaskan, serta menguasai klien tidak menyediri sehingga klien selalu berinteraksi

dengan lingkungan dan halusinasi tidak langsung.

5) Dimensi spiritual

Klien mulai dengan kemampuan hidup, rutinitas tidak bermakna, hilangnya aktivitas ibadah dan jarang berupanya secara spiritual untuk menyucikan diri. Ia sering memaki takdir tetapi lemah dalam upaya menjemput rejeki, memyalahkan lingkungan dan orang lain yang menyebabkan takdirnya memburuk.

4. Proses Terjadinya Halusinasi (menurut Damaiyanti & Iskandar, 2012)

Beberapa orang mengatakan bahwa situasi keamanan di 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 patologis, 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 tingkat kekuatan keinginan sebelumnya diproyeksikan keluar dalam bentuk stimulus eksternal.

2.2.3 Manifestasi Halusinasi

Menurut Azizah et al (2016) dalam (Masdiana, 2023) tanda dan gejala halusinasi berdasarkan jenis halusinasinya adalah:

- a. Halusinasi pendengaran tanda dan gejala halusinasi pendengaran anatar laun berbicara sendiri atau tertawa, marah tanpa sebab, menutup telinga. atau memuat telinga ke arah tertentu.
- b. Halusinasi penglihatan orang yang mengalami halusinasi visual biasanya melihat bayangan menakutkan yang menunjuk ke arah tertentu dan merasa takut terhadap sesuatu yang tidak jelas atau tidak ada.
- c. Halusinasi pengecapan orang yang menderita halusinasi pengecapan sering meludah, muntah, dan merasakan hal-hal seperti darah, urin, dan kotoran
- d. Halusinasi perabaan seseorang yang menderita halusinasi perabaan mengatakan mereka merasa seperti tersengat listrik, ada serangga di permukaan kulit, dan sering menggaruk kulit.

2.2.4 Klasifikasi

Halusinasi dapat dibagi menjadi beberapa jenis yaitu halusinasi pendengarann, halusinasi penciuman, halusinasi penglihatan, halusinasi pengecapan dan halusinasi perabaan (Masdiana, 2023). Halusinasi terbagi

menjadi 7 jenis yaitu sebagai berikut:

1. Halusinasi pendengaran (Auditory halucinatyions)

[06.53, 30/12/2025] Nadia D3 Kep: Halusinasi pendengaran adalah halusinasi dimana seseorang mendengar

suara, atau kata-kata untuk melakukan sesuatu yang terkadang membahayakan dirinya sendiri, orang lain, atau lingkungan.

2. Halusinasi Penglihatan (Visual)

Dalam halusinasi visual, seseorang melihat hal-hal seperti kilatan cahaya, gambar geometris, gambar kartun, dan bayangan kompleks.

Selain itu, klien yang mengalami halusinasi visual biasanya melihat gambar yang mengancam atau menakutkan, seperti monster.

3. Halusinasi Penghidu (Alfactory)

Halusinasi yang berhubungan dengan klien mencium suatu bau tertentu, biasanya disertai dengan bau yang tidak sedap, seperti bau darah, urin, atau feses.

4. Halusinasi Pengecapan (Gustatory)

Orang yang menderita halusinasi sensasi rasa biasanya merasa seperti sedang makan atau merasakan sesuatu yang tidak enak atau bahkan menjijikkan, seperti darah, urin, feses.

5. Halusinasi Perabaan (Tactile)

Orang yang mengalami halusinasi taktil merasakan sesuatu yang menyakitkan atau tidak menyenangkan meskipun tidak ada rangsangan yang jelas, seperti sengatan listrik atau benda mati yang menyebar ke seluruh tubuhnya.

6. Halusinasi Cenesthetic

Halusinasi cenesthetic biasanya, pada halusinasi ini klien merasakan fungsi tubuh seperti aliran darah vena dan arteri, serta pencernaan makanan.

7. Halusinasi Kinesthetic

Halusinasi Kinesthetic biasanya, pada halusinasi ini klien merasakan fungsi tubuh seperti aliran darah vena dan arteri, serta pencernaan makanan.

2.2.5 Rentang Respon

1. Respon Adaptif

Respon adaptif merupakan respon seseorang terhadap suatu permasalahan yang diterima oleh norma sosial budaya yang berlaku.

Individu merespons masalah yang dihadapinya dengan bertindak dalam rentang perilaku normalnya. Adapun respon adaptifnya adalah:

a. Pikiran logis

Ini adalah pandangan yang mengarah pada kenyataan yang dapat diterima akal.

b. Persepsi akurat

Ini adalah pandangan seseorang yang diperhitungkan secara cermat dan tepat mengenai suatu peristiwa.

c. Emosi yang konsisten dengan pengalaman

Inilah perasaan jiwa yang timbul sesuai dengan peristiwa yang dialami.

d. Perilaku sosial

Suatu perbuatan seseorang atau sesuatu yang berkaitan dengan orang itu, yang diungkapkan dengan lambang atau bahasa yang tidak

bertentangan dengan kesusilaan.

e. Hubungan sosial

Ini adalah proses berinteraksi dengan orang lain dalam masyarakat dan lingkungan.

2. Respon Psikososial

a. Pikiran Anda mungkin mengembara, tidak mampu mengabstraksi dan menarik kesimpulan.

b. Ilusi adalah suatu gagasan atau evaluasi yang salah terhadap penggunaan sebenarnya (objek nyata) berdasarkan rangsangan panca indera.

c. Emosi hiperbolik dan kurangnya pengalaman berupa reaksi emosional yang diekspresikan dalam perilaku yang tidak pantas.

d. Perilaku abnormal adalah perilaku yang melebihi batas normal.

e. menarik diri bertujuan untuk menghindari hubungan dengan orang lain, baik dalam komunikasi maupun interaksi sosial dengan orang disekitarnya.

3. Respon Maladaptif

Reaksi maladaptif merupakan respon individu yang menyimpang dari norma sosial budaya dan lingkungan ketika menyelesaikan masalah. Respon maladafti berupa:

a. Gangguan pikiran (waham) merupakan agama yg dianut saat orang lain nir mempercayainya & bertentangan menggunakan agama masyarakat.

b. Halusinasi merupakan gangguan yg muncul lantaran kesalahan persepsi terhadap suatu rangsangan.

c. Gangguan perosesan emosi adalah ketidakmampuan

mengendalikan emosi, termasuk berkurangnya kemampuan untuk

mengalami kegembiraan, kebahagiaan, dan keintiman

Perilaku tidak terorganisir (disorganized) merupakan gangguan perilaku yang bermanifestasi sebagai ketidakseimbangan dalam

perilaku dan gerakan yang ditunjukkan.

e. Isolasi sosial merupakan suatu kondisi dimana seseorang merasa kesepian dan tidak ingin berinteraksi dengan orang lain atau

lingkungannya (Wenny, 2023).

2.2.6 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pada pasien halusinasi menurut (Emilyani, 2020) dalam (Yudhantara et al, 2018), yaitu:

1. Manajemen keperawatan

Manajemen keperawatan pada pasien halusinasi sebagai berikut:

a. Bina hubungan interpersonal dan saling percaya.

13

b. Kaji gejala halusinasi, termasuk lama, intensitas, dan frekuensi.

c. Fokuskan pada gejala dan minta pasien untuk menjelaskan apa yang sedang terjadi.

d. Kaji penggunaan obat dan alkohol

e. Jika perawat ditanya oleh pasien, katakan secara singkat bahwa perawat tidak mengalami stimulus yang sama.

f. Sarankan dan kuatkan penggunaan BHSP merupakan suatu Teknik pelaksanaan untuk mengkaji pasien

g. Bantu pasien menjelaskan dan membandingkan halusinasi saat ini dan halusinasi masa lalu.

. Bantu pasien mengidentifikasi kebutuhan yang berguna untuk merefleksikan isi halusinas

i. Temukan pengaruh gejala pasien terhadap aktivitas sehari-hari.

2. Manajemen farmakologi

skizofrenia menurut

1.) Obat Injeksi

a. Olanzapine, dosis 10 mg/injeksi, intramuskulus, dapat

diulang setiap 2 jam, dosis maksimum 30mg/hari.

b. Aripiprazol, dosis 9,75 mg/injeksi (dosis maksimal 29,25 mg/hari), intramuskulus.

c. Haloperidol, dosis 5mg/injeksi, intramuskulus, dapat diulang setiap setengah jam, dosis maksimum 20mg/hari.

d. Diazepam, dosis 10mg/injeksi,

intravena/intramuskulus,

dosis maksimum 30mg/hari.

TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian

1. Identitas Pasien

Nama : Tn. A

Umur: 25 thn

Informan : pasien dan rekam medis

Tanggal pengkajian : 24 Desember 2025

NO RM : 080xxx

2. Alasan Masuk

Px mengatakan mendengar suara lagu dangdut sebelum makan pagi

3. Faktor Predisposisi

1. Riwayat Gangguan Jiwa di masa lalu

Pasien mengatajkan pernah mengalami gangguan jiwa sudah 5x MRS dan sering kambuh karena tidak rutin minum obat

Masalah Keperawatan : Resiko kambuh

2. Pengalaman masa lalu berkaitan dengan perilaku kekerasan

Pasien mengatakan bahwa pasien stres ketika melihat orang tua nya KDRT

Masalah Keperawatan : Respon pasca trauma distress masalalu

3. Riwayat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa

Saat ditanya “apakah sebelumnya ada anggota keluarga yang mempunyai penyakit yang sama dengan TN.A?” lalu pasien menjawab “tidak ada”

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

4. Riwayat masa lalu yang tidak menyenangkan

Pasien mengatakan bahwa pasien stres ketika melihat orang tua nya KDRT

Masalah Keperawatan : Distress Pasca Trauma

4. Pemeriksaan Fisik

1. Tanda Vital :

TD : 98/63 mmHg

N : 117 x/menit

S : 36,1°C

RR : 19 x/menit

2. Ukur :

TB : 161 cm

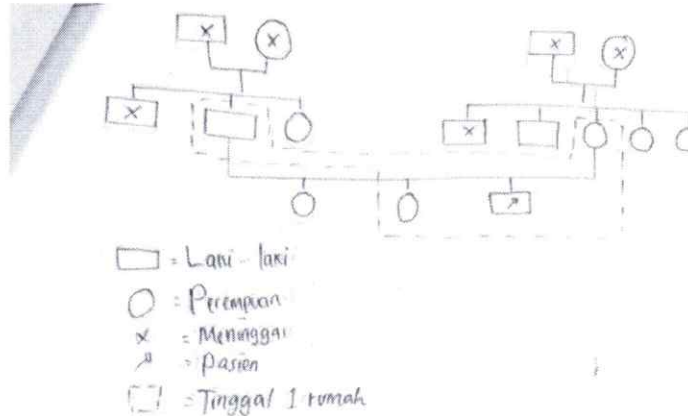
BB : 57,3 kg

3. Keluhan Fisik : Pasien mengatakan tidak ada keluhan fisik

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

5. Psikososial

1. Genogram



: Laki-laki



: Perempuan



: Pasien



: Meninggal



: Tinggal serumah

Data diatas didapatkan dari pasien, pasien bisa menyebutkan silsilah keluarganya sampai tiga generasi.

2. Konsep diri

a. Gambaran diri : pasien mengatakan bersyukur dan tidak menghina anggota tubuh

b. Identitas pasien : Pada saat dikaji pasien dapat menyebutkan jenis

kelaminnya laki laki dan berumur 25 tahun

- c. Peran : pasien mengatakan dirinya sebagai anak terakhir dan adik dari kedua kakanya
- d. Ideal diri : pasien mengatakan ingin segera pulang
- e. Harga diri : Pasien mengatakan bahwa dia tidak malu dengan dirinya sekarang

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

3. Hubungan sosial

- a. Orang yang berarti : pasien mengatakan dekat dengan kak kedua
- b. Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat : pasien mengatakan jarang mengikuti kegiatan kemasyarakatan
- c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain : pasien mengatakan jika berbicara seperlunya saja

Masalah Keperawatan : Isolasi Sosial

4. Spiritual

- a. Nilai dan keyakinan : pasien mengatakan gangguan jiwa yang di alami sekarang karena keh
- b. Kegiatan ibadah: saat di rumah sakit pasien terlihat sholat ketika di suruh sholat.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

6. Status Mental

1. Penampilan

Pasien berpenampilan rapi sesuai arahan, terlihat segar

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

2. Pembicaraan

Saat pengkajian pasien berbicaranya lambat

Masalah Keperawatan : hambatan komunikasi verbal

3. Aktivitas motorik

Pasien masih mampu untuk daily living dengan arahan

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

4. Alam perasaan

Pasien terlihat biasa saja.

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

5. Afek

Pada saat di kaji pasien sesuai dengan stimulus yang di berikan.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

6. Interaksi sosial wawancara

Pasien terlihat jika di ajak bicara lebih sering menunduk.

Masalah Keperawatan : Isolasi sosial

7. Persepsi halusinasi

Pasienm mengatakan mendengar suara lagu dangdut 1x sehari hilang timbul, saat muncul suara itu pasien merasa takut

Masalah Keperawatan : Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran

8. Proses pikir

Pasien bisa di ajak bicara tetapi masih ngelantur

Masalah Keperawatan : Gangguan Proses Pikir

9. Isi pikir

Pasien tidak ada obsesi dan waham.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

10. Tingkat kesadaran

Pasien dapat menyebutkan waktu, tempat, dan orang

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

11. Memori

Pasien mampu mengingat kejadian masalalu

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

12. Tingkat konsentrasi dan berhitung

Pasien saat dikaji diberi Pertanyaan berhitung px mampu menjawab dengan benar

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

13. Kemampuan penilaian

pasien menganggap hausinasi itu mengganggu rehidupannya

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

14. Daya tilik

Pasien tampak menyalahkan hal hal di luar dirinya

Masalah Keperawatan : koping individu tidak efektif

7. Kebutuhan Persiapan Pulang

1. Makan

Pasien mampu mengetahui dan memenuhi kebutuhan Makan tanpa di bantu

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

2. Mandi

Pasien dapat melakukan kegiatan mandi secara mandiri di kamar mandi.

Pasien menggosok gigi dan mencuci rambut secara mandiri.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3. BAK/BAB

Pasien dapat melakukan BAK dan BAB secara mandiri. Pasien mengatakan selalu menyiram menggunakan air apabila selesai BAK/BAB.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

4. Berpakaian atau berhias

Pasien dapat berpakaian secara mandiri serta rapi.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

5. Istirahat dan tidur

Pasien mengatakan tidur 2x sehari yaitu , siang dan malam pasien mengatakan bahwa pasien akan tertidur setelah minum obat. Pasien mengatakan tidurnya selalu nyenyak.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

8. Mekanisme Koping

Mekanisme koping adaptif berupa pasien mampu mengenali masalahnya namun tidak dapat menemukan pemecahan masalahnya, mau berbicara dengan orang lain dan kooperatif menjawab setiap pertanyaan. Pasien tidak dapat mengatasi masalah dan berakibat mencederai orang lain.

Masalah Keperawatan : Ketidakefektifan Koping Individu

9. Masalah Psikososial dan Lingkungan

1. Masalah dengan dukungan kelompok, spesifik

Pasien mengikuti kegiatan Bersama teman nya meskipun jarang berkomunikasi

2. Masalah berhubungan dengan lingkungan, spesifik

Pasien mengatakan biasa saja saat berada di dalam ruangan

3. Masalah dengan pendidikan, spesifik

Pasien mengatakan Pendidikan terakhirnya SMP.

4. Masalah dengan pekerjaan, spesifik

Pasien mengatakan bahwa dia belum bekerja

dan mendapatkan penghasilan namun pasien dikeluarkan tanpa sebab.

5. Masalah dengan perumahan, spesifik

Pasien mengatakan tinggal Bersama ibu ayah dan kakak nya.

6. Masalah ekonomi, spesifik

Pasien mngatakn bukan dari keluarga yang berada

7. Masalah dengan pelayanan kesehatan, spesifik

Pasien mengatakan tidak ada masalah dengan layanan kesehatan

8. Masalah lainnya, spesifik

Tidak terkaji

9. Masalah keperawatan

Tidak ada masalah keperawatan

10. Pengetahuan kurang tentang

Pada saat dikaji pasien mengatakan tidak mengetahui tentang penyakit jiwa yang dialaminya dan manfaat obat yang diminumnya.

Masalah Keperawatan : Defisit Pengetahuan

11. Aspek Medis

Diagnosa Medis : F.20.3 Skizofrenia Tak Terinci Terapi Medik :

Tabel 3.1 *Daftar Medikasi*

NO	NAMA OBAT	DOSIS	WAKTU	INDIKASI	EFEK
1.					
2.					

3.					
4.					

12. Daftar Masalah Keperawatan

1. Isolasi sosial
2. Hambatan komunikasi verbal
3. Gangguan proses berpikir
4. Koping individu tidak efektif

13. Daftar Diagnosa Keperawatan

Pada kesempatan ini penulis hanya mengambil diagnosa Gangguan Persepsi Sensori :
Halusinasi Pendengaran

14. Pohon Masalah

Resiko Perilaku Kekerasan

Perubahan proses sensorik
Halusinasi pendengar

Isolasi sosial

15. Analisa Data

Tanggal	DATA	Etiologi	Masalah
24-12-2025	<p>Ds. px mengatakan mendengar lagu dangdut -persepsi halusinasi Jenis. pendengaran Isi Suara lagu dangdut Naktu: Ix sehari Fituasi Pagi hari Ketika Mau Makan pagi Respon px Mengatakan saat mendengar ia meraça fakul</p>	<p>Resiko Perilaku Kekerasan</p> <p>Perubahan proses sensorik Halusinasi pendengar</p> <p>Isolasi sosial</p>	<p>Perubahan proses sensorik Halusinasi pendengar</p>

16. Implementasi Dan Evaluasi

Tanggal	DXKEP	Implementasi	Evaluasi
24-12-2025	Perubahan proses sensorik Halusinasi pendengar	1.Mengidentifikasi Jenis halusinasi pasien	S:PX Mangatakan Mendengar suara lagu dangdut
		2.Mengidentifikasi halusinasi pasien	-px mengatahan suara datang 1x sehari disaat pagi
		3.Mengidentifikasi waktu halusinasi pasien	hari sebelum makan pagi
		4.Mengidentifikasi frekuensi halusinasi pasien	-PX mengatakan suara tersebut langsung takut
		5.Mengidentifikasi sitrasi yang menimbulkan halusinasi	DO: Px gelisah -halusinasi Pendengaran
		6.Mengidentifikasi raspon pasiun terhadap halusinasi	-kontak mata , px mampu mengenal halusinasi
		7.Mengajarkan pasien menghardik halusinasi	Px Mampu mengontrol halusinasi dengan cara menghardik
		8.Menganjurkan	A:Masalah

		pasien	teratasi P:Lanjutkan sp2
24-12-2025	Perubahan proses sensorik Halusinasi pendengar	SP2 1.Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien: 2.memberikan pendidikan kesehatan tentang penggunaan obat secara teratur 3. Menganjurkan pasien memasukkan jadwal kegiatan harian	SP 2: 1.Px mengatakan sudah memahami jadwal harian yang di buat bersama dan bersedia menjalankan, 2.px mengatakan mengetahui pentingaya meminum obat obat agar tidak terdengar suara itu lagi A:Masalah belum teratasi P::Lanjuttan SP2
26-12-2025	Perubahan proses sensorik Halusinasi pendengar	SP 2 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien 2. Memberikan pendidikan kesehatan tentang	S:Px Mengatakan bersedia memasukkan jadwal minum Obat kedalam kegiatan harian 0 px Kooperatif - px Mampu

		<p>penggunaan onat secara teratur</p> <p>3.Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian</p>	<p>Menjelaskan dan menunjukkan Jadwal kegiatan harian yang telah di susun</p> <p>A:</p> <p>Masalah teratasi</p> <p>P.Lanjutkan SP 3</p>
27-12-2025	<p>Perubahan proses sensorik</p> <p>Halusinasi pendengar</p>	<p>SP 3</p> <p>1.Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien</p> <p>2. Melatih pasien mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap - cakap dengan orang lain</p> <p>3. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan hari an</p>	<p>S: Px mengatakan ingin mencoba berbincang-bincang dengan teman ketika suara itu datang</p> <p>O: Px mampu mempraktikkan berbincang-bincang perawat sebagai cara pengendalian halusinasi</p> <p>A: masalah belum teratasi</p> <p>P: lanjutkan SP3</p>
28-12-2025	<p>Perubahan proses sensorik</p> <p>Halusinasi pendengar</p>	<p>SP3</p> <p>1. mengevaluasi Jadwal kegiatan</p>	<p>S:Px mengatakan sudah menconca berbicara dengan teman nya</p>

		<p>harian pasien</p> <p>2. Melatih pasien mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap - cakap dengan orang lain</p> <p>3. Menganjurkan pasien Memasukkan dalam jadwal kegiatan harian</p>	<p>O: Px melanjutkan jadwal harian yang telah fi tambahkan aktifitas bercakap-cakap</p> <p>A: Masalah Teratasi</p> <p>P: Lanjut SP4</p>
29-12-2025	<p>Perubahan proses sensorik</p> <p>Halusinasi pendengar</p>	<p>SP4</p> <p>1. Mengevaluasi jadwal kegiatan Marian pasien</p> <p>2. Melatih pasien mengendalikan halusinasi dengan melakukan Kegiatan (kegiatan yang biasa dilakukan pasien)</p> <p>3. Menganjurkan pasien Memasukkan dalam jadwal</p>	<p>S:px Mengatakan suara yang didengar berkurang atau hilang saat pasien melakukan kegiatan (Merapikan tempat tidur,</p> <p>O: Px mampu Melakukan aktivitas Secara Mandiri sebagai cara Mengendalikan halusinasi</p>

		Kegiatan harian	A-Masalah teratasi P: dihentikan
--	--	-----------------	-------------------------------------

17. Intervensi Keperawatan

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
24-12-2025	Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran	Tujuan : Diharapkan px mampu : 1) Membina hubungan saling percaya 2) Dapat mengenali jenis halusinasi 3) Mengontrol halusinasi 4) Mengikuti pengobatan secara teratur	Tindakan Keperawatan: SP 1 1) Identifikasi jenis halusinasi 2) Identifikasi isi halusinasi 3) Identifikasi waktu halusinasi 4) Identifikasi situasi halusinasi 5) Identifikasi Respon halusinasi 6) Identifikasi frekuensi halusinasi 7) Ajarkan klien	SP 1 1. Px diharapkan mengenak halusinasinya bahwa yang di dengar adalah tidak nyata dan mengarahkan ke hal yang lebih nyata 2. Px diharapkan memiliki cara untuk mengontrol halusinasinya 3. Memasukkan jadwal untuk mengurangi

			<p>menghardik</p> <p>8) Ajarkan memasukkan cara hardik dalam kegiatan harian</p> <p>SP 2</p> <p>1. Evaluasi jadwal kegiatan</p> <p>2. Latih px dengan bercakap-cakap dengan orang lain</p> <p>3. Anjurkan memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian</p> <p>SP 3</p> <p>1. Evaluasi jadwal kegiatan</p> <p>2. Latih dengan melakukan kegiatan yang</p>	<p>halusinasinya</p> <p>SP 2</p> <p>1. Mengevaluasi jadwal SP 1 apakah px sudah dapat mengontrol halusinasinya</p> <p>2. Px dapat bersosialisasi dan halusinasi dapat teralihkan</p> <p>3. Memasukkan jadwal px dapat mengingat</p> <p>SP 3</p> <p>1. Mengenal jadwal apakah px tetap mengingat semua kegiatannya</p> <p>2. Px dapat memahami penggunaan obat secara</p>
--	--	--	--	--

			biasa dilakukan 3. Anjurkan memasukkan jadwal kegiatan harian SP 4 1. Evaluasi jadwal harian 2. Berikan pendidikan penggunaan obat secara teratur 3. Anjurkan jadwal kegiatan harian	teratur 3. Memasukkan jadwal dengan harapan px dapat minum obat dengan benar SP 4 1. Mengevaluasi jadwal apakah px tetap mengingat semua kegiatan 2. Px dapat memahami penggunaan obat dengan teratur 3. Memasukkan jadwal dengan harapan px dapat meminum obat dengan benar
--	--	--	--	--

BAB 4

PEMBAHASAN

Pada bab sebelumnya telah dibahas tentang “Asuhan Keperawatan pada TN.A dengan Masalah Keperawatan Halusinasi dengan Diagnosa Medis *Hebephrenic Schizophrenia* di Ruang Gelatik Rumah Sakit Menur Surabaya”. Kasus TN. A dikelola secara urut dan sistematis selama 14 hari. Asuhan keperawatan yang sistematis diberikan secara urut mulai dari pengkajian terhadap pasien dengan cara wawancara dan observasi, menentukan masalah keperawatan yang muncul dari hasil pengkajian, menyusun rencana intervensi untuk masalah keperawatan, melakukan tindakan keperawatan sesuai rencana intervensi, dan melakukan evaluasi terhadap perkembangan pasien setelah dilakukan tindakan keperawatan.

4.1 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi tahap bina hubungan saling percaya (BHSP) dilakukan selama dua hari pertama perawatan. Pada fase awal, pasien tampak tidak kooperatif, menunjukkan ekspresi marah, sering diam ketika diajak berkomunikasi, serta sensitif terhadap lingkungan sekitar. Pasien juga menunjukkan perilaku gelisah dengan mondar-mandir dan mengeplakkan tangan. Namun, seiring berjalannya waktu, pasien mulai menunjukkan perubahan positif dengan bersedia menjawab pertanyaan meskipun masih singkat dan terkadang tidak relevan. Secara umum, hubungan saling percaya mulai terbentuk meskipun belum optimal. Setelah dua hari, tahap BHSP dinilai tercapai sehingga intervensi dilanjutkan ke Strategi Pelaksanaan (SP) 1.

Evaluasi SP 1 berlangsung kurang lebih selama tiga hari dan difokuskan pada kemampuan pasien mengenali tanda, gejala, serta jenis perilaku kekerasan. Pada tahap awal, pasien hanya mampu menyebutkan sebagian tanda perilaku kekerasan dan masih menunjukkan perilaku impulsif seperti mengeplakkan tangan dan berjalan mondar-mandir. Pasien juga beberapa kali memberikan jawaban yang tidak relevan dan tampak sulit berkonsentrasi. Namun, pada akhir evaluasi SP 1, pasien sudah mampu menyebutkan kembali tanda dan gejala perilaku kekerasan serta menjelaskan sebagian akibatnya, meskipun masih belum konsisten. Pasien juga mulai mampu mengikuti teknik napas dalam dengan arahan perawat. Perkembangan ini menunjukkan bahwa SP 1 telah tercapai sehingga intervensi dilanjutkan ke SP 2.

Evaluasi SP 2 dilaksanakan selama tiga hari berikutnya dengan fokus pada pembelajaran teknik penyaluran kemarahan melalui aktivitas memukul bantal dan latihan napas dalam. Pada tahap ini, pasien mampu mengingat kembali latihan sebelumnya dan mempraktikkan teknik memukul bantal serta napas dalam saat diarahkan. Pasien masih menunjukkan reaksi emosional seperti mudah marah dan tersinggung ketika aktivitasnya dibatasi, namun secara umum terlihat adanya penurunan intensitas perilaku agresif. Pasien mengungkapkan bahwa teknik memukul bantal membantunya meredakan amarah dan menyatakan kesediaan untuk memasukkan teknik

tersebut ke dalam kegiatan sehari-hari. Pada akhir evaluasi, pasien tampak lebih tenang, kooperatif, dan tidak menunjukkan perilaku agresif fisik selama sesi berlangsung, sehingga intervensi dilanjutkan ke SP 3.

BAB 5

PENUTUP

1.1 Kesimpulan

Skizofrenia merupakan gangguan jiwa berat yang sering disertai distorsi realitas, gangguan proses pikir, dan ketidakmampuan mengendalikan emosi. Pada pasien seperti Tn.A, gejala positif yang tidak terkontrol seperti halusinasi, kecurigaan, dan impulsivitas menjadi pemicu utama munculnya perilaku kekerasan. Kondisi ini tidak hanya mengancam keselamatan pasien tetapi juga keluarga, tenaga kesehatan, serta menciptakan lingkungan terapeutik yang tidak stabil di ruang perawatan jiwa.

Data prevalensi menunjukkan bahwa perilaku kekerasan merupakan masalah yang sering dijumpai pada pasien skizofrenia, termasuk di Ruang Flamboyan RSJ Menur Surabaya. Hal ini menegaskan bahwa kemampuan mengenali risiko, mengendalikan emosi, serta memahami gejala menjadi fokus penting dalam pelaksanaan asuhan keperawatan. Pada kasus Tn.A, ketegangan emosional, gejala psikotik yang meningkat, dan kemungkinan ketidakpatuhan obat memperburuk kondisi sehingga memerlukan intervensi cepat dan terarah.

1.2 Saran

Sebagai tenaga kesehatan, khususnya perawat, diperlukan upaya berkelanjutan untuk meningkatkan kualitas penanganan pasien dengan risiko perilaku kekerasan. Perawat diharapkan mampu melakukan pengkajian yang cepat, akurat, dan komprehensif terhadap gejala psikotik yang muncul, sehingga tanda-tanda awal agitasi dapat dikenali sejak dini. Selama proses asuhan, penting bagi perawat untuk menerapkan komunikasi terapeutik yang empatik dan tidak mengancam, serta konsisten memberikan intervensi pengendalian diri

DAFTAR PUSTAKA

- Amir, N. (2015). Buku Ajar Psikiatri: Skizofrenia Edisi ke-3. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia
- Hany, M., Rehman, B., Azhar, Y., & Chapman, J. (2024). Schizophrenia. Stat Pearls. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539864/>
- Harliyanti, N. A., & Adriani, P. (2022). Nursing care for the risk of violent behavior in schizophrenia.
- Keliat, B. A., & Akemat. (2019). *Keperawatan Jiwa: Terapi Modalitas*. Keliat, B. A., et al. (2020). *Manajemen Asuhan Keperawatan Jiwa*.
- Keliat, B. A. (2006). *Proses keperawatan kesehatan jiwa* (Edisi ke-2). EGC.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2021). Pedomian Pelayanan Kefarmasian pada Pasien Gangguan Jiwa. Jakarta: KemenKes RI.
- Lesmana, C.B.J. (2020). Buku Panduan Belajar Dokter Muda : Ilmu Kedokteran Jiwa. Lontar Mediatama : Yogyakarta
- Mistler, L. A., & Friedman, M. J. (2022). Instruments for measuring violence on acute inpatient psychiatric units: Review and recommendations. *Psychiatric Services*, 73(6), 650–657. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.202000297>
- Mashudi, Sugeng. (2021). Buku Ajar Asuhan Keperawatan Skizofrenia. Global Aksara Press : Surabaya.
- Nasir, A., & Muhith, A. (2021). *Dasar-Dasar Keperawatan Jiwa*.
- Nashirah, A. A. (2022). Tindakan Keperawatan Pada Pasien Skizofrenia Dengan Masalah Halusinasi Pendengaran: Suatu studi kasus. Vol. (1). JIM Fkep
- Nurhalimah. (2016). Modul Bahan Ajar Cetak Keperawatan: Keperawatan Jiwa. Jakarta: Kemenkes
- Putri, I.A., Amnan., Maharani, B.F. (2022). SKIZOFRENIA: SUATU STUDI LITERATUR. *Journal of Public Health and Medical Studies*. Vol 1 (1). page 6.
- Rizal, F. M. (2021). Skizofrenia Paranoid di Unit Rawat Jalan. Tidak diterbitkan Stuart, G. W. (2016). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*.
- Sugiyono. (2021). *Metode Penelitian Kualitatif, Kuantitatif, dan R&D*.
- Videbeck, S. (2020). *Psychiatric Mental Health Nursing* (Leo Gray (ed.8th edition). Wolters

LAMPIRAN

TELAAH JURNAL I

Mistler, L. A., & Friedman, M. J. (2022). Instruments for measuring violence on acute inpatient psychiatric units: Review and recommendations. *Psychiatric Services*, 73(6), 650–657. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.202000297>

Judul	“Instruments for Measuring Violence on Acute Inpatient Psychiatric Units: Review and Recommendations”
Nama Jurnal/Dipublikasi	Psychiatric Services, volume 73, tahun 2022.
Tujuan Peneliti	Untuk meninjau instrumen yang digunakan dalam mengukur kekerasan pada unit psikiatri akut, menilai validitas dan reliabilitasnya, serta memberikan rekomendasi instrumen yang paling praktis dan efektif digunakan dalam praktik klinis.
Metode	Metode yang digunakan adalah systematic review
Hasil Penelitian	instrumen yang paling banyak digunakan untuk mengukur kekerasan pada unit psikiatri akut adalah varian dari Overt Aggression Scale (OAS), seperti MOAS, ROAS, SOAS/SOAS-R, dan AOS, yang digunakan dalam 74% dari total 74 studi yang ditinjau. Instrumen-instrumen ini dinilai lebih valid dan reliabel dibandingkan penggunaan catatan klinis tidak terstruktur yang masih digunakan pada 26% studi. Namun, penelitian juga menemukan bahwa instrumen yang panjang dan kompleks seperti SOAS-R sering tidak terisi karena membebani staf dan tidak sesuai dengan alur kerja, sehingga berkontribusi pada tingginya angka underreporting insiden kekerasan. Selain itu, belum ada satu pun instrumen yang dianggap sebagai gold standard dalam pengukuran kekerasan di unit psikiatri. Berdasarkan temuan tersebut, peneliti merekomendasikan penggunaan MOAS

	<p>yang dimodifikasi menjadi versi real-time karena lebih singkat, mudah digunakan, dapat diintegrasikan ke dalam dokumentasi elektronik, dan dinilai paling praktis untuk meningkatkan akurasi dan konsistensi pelaporan kekerasan.</p>
Kelebihan	<p>Instrumen pengukuran agresi seperti OAS, termasuk MOAS, ROAS, dan AOS, banyak digunakan karena memiliki definisi perilaku agresi yang jelas serta terbukti valid dan reliabel. Di antara instrumen tersebut, MOAS dianggap paling praktis untuk digunakan sehari-hari karena lebih singkat, mudah diisi, dan mencakup kekerasan verbal bentuk kekerasan yang paling sering muncul di unit psikiatri. Sebaliknya, SOAS/SOAS-R memberikan informasi yang jauh lebih detail mengenai pemicu, jenis tindakan kekerasan, sasaran, dan konsekuensinya, tetapi kelemahannya adalah terlalu panjang sehingga membebani staf dan menurunkan konsistensi pelaporan. Instrumen sederhana seperti AOS memang cepat dan mudah diisi setiap shift, namun kurang mampu menggambarkan tingkat keparahan secara mendalam. Secara keseluruhan, meskipun SOAS-R menawarkan informasi yang lebih lengkap, instrumen yang lebih ringkas seperti MOAS lebih efektif digunakan secara rutin karena lebih praktis, lebih mudah diisi secara konsisten, dan meningkatkan akurasi pelaporan kekerasan di lapangan.</p>

TELAAH JURNAL 2

Agnecia, D. P., Hasanah, U., & Dewi, N. R. (2021). Penerapan terapi musik klasik terhadap penurunan tanda dan gejala pasien risiko perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung. *Jurnal Cendikia Muda*, 1(4). ISSN 2807-3649.

Judul	Penerapan Terapi Musik Klasik terhadap Penurunan Tanda dan Gejala Pasien Resiko Perilaku Kekerasan di Rumah sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung
Nama Jurnal/Dipublikasi	Jurnal Wacana Kesehatan
Tujuan Peneliti	Untuk mengetahui pengaruh penerapan terapi musik klasik terhadap penurunan tanda dan gejala pasien dengan risiko perilaku kekerasan di RSJ Daerah Provinsi Lampung
Metode	Studi kasus pada satu orang pasien dengan risiko perilaku kekerasan
Hasil Penelitian	<p>Penelitian ini dilakukan pada seorang pasien laki-laki berusia 28 tahun yang dirawat dengan diagnosis risiko perilaku kekerasan. Sebelum diberikan intervensi, pasien menunjukkan berbagai tanda dan gejala yang menggambarkan potensi munculnya perilaku agresif, seperti pandangan tajam, nada suara keras, postur tubuh tegang, perilaku mengancam, serta beberapa indikator lain. Dari total 12 indikator risiko perilaku kekerasan, sekitar 66,7% tampak pada pasien sebelum terapi diberikan.</p> <p>Selama tiga hari, pasien menjalani terapi musik klasik sebanyak dua kali sehari pada pagi dan siang hari, masing-masing dengan durasi sekitar 30 menit. Musik klasik yang diputar disesuaikan dengan preferensi pasien sehingga menciptakan suasana yang tenang dan nyaman bagi pasien selama intervensi berlangsung. Proses ini dilakukan di</p>

	<p>lingkungan yang kondusif sehingga pasien dapat menerima terapi secara optimal.</p> <p>Setelah tiga hari pelaksanaan terapi musik, terjadi penurunan yang signifikan pada tampilan tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan. Berdasarkan hasil observasi, hanya 8,3% dari indikator perilaku yang masih tampak setelah terapi. Dengan demikian, terapi musik klasik memberikan penurunan sebesar 58,4% terhadap tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan pada pasien tersebut.</p>
Kelebihan	<p>Penelitian ini memiliki beberapa kelebihan yang membuatnya bermanfaat dalam praktik keperawatan jiwa. Intervensi yang digunakan, yaitu terapi musik klasik, merupakan metode yang sederhana, aman, dan tidak membutuhkan peralatan kompleks sehingga mudah diterapkan di berbagai ruang perawatan. Peneliti juga menjelaskan langkah pemberian terapi secara rinci, mulai dari durasi hingga frekuensi pemberian, sehingga memudahkan perawat lain untuk melakukan intervensi serupa.</p> <p>Selain itu, penelitian ini menunjukkan hasil yang cukup jelas dan signifikan, yaitu adanya penurunan tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan setelah tiga hari terapi. Hal ini memberikan gambaran bahwa musik klasik dapat membantu menenangkan pasien dan menurunkan ketegangan emosional. Dengan demikian, penelitian ini memberikan kontribusi positif sebagai bukti awal bahwa terapi musik dapat dijadikan intervensi nonfarmakologis yang mendukung pengelolaan pasien dengan risiko perilaku kekerasan.</p>

Fatmawaty, F., Abdullah, R., Harun, B., & Mahmud, Y. (2024). Mengendalikan Perilaku Kekerasan Dengan Mengimplementasikan Teknik Nafas Dalam Dan Pukul Bantal Pada Pasien Risiko Perilaku Kekerasan. *Jurnal Madising Na Maupe*, 2(1), 115-120.

No	P	I	C	O	T
3	<p>Pasien dengan risiko perilaku kekerasan yang dirawat di RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jumlah responden : 2 pasien • Usia: 30–65 tahun • Kondisi: pasien gangguan jiwa dengan risiko perilaku kekerasan 	<p>Pada penelitian ini menggunakan intervensi Pemberian teknik non-farmakologis:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Teknik napas dalam (deep breathing) 2. Teknik pukul bantal / memukul guling <p>Intervensi diberikan selama 3 hari berturut-turut dan dimasukkan ke dalam jadwal harian pasien (SP1 & SP2)</p>	<p>Penelitian ini tidak menggunakan kelompok kontrol.</p>	<p>Hasil yang ditemukan:</p> <p>Pasien I:</p> <ul style="list-style-type: none"> • mampu mengendalikan amarah setelah teknik napas dalam & pukul bantal • mampu menyalurkan marah ke bantal • mampu mengikuti jadwal latihan <p>Pasien II:</p> <ul style="list-style-type: none"> • masih belum dapat mengontrol risiko perilaku kekerasan • masih bingung saat diajarkan teknik • belum kooperatif dalam intervensi 	<p>intervensi dilakukan selama 3 hari; penelitian berjalan 1 minggu di ruangan kenanga di mulai pada tanggal 10 – 15 juli 2023.</p>

Kelebihan dan Kekurangan

Jurnal "*Mengendalikan Perilaku Kekerasan dengan Mengimplementasikan Teknik Nafas Dalam dan Pukul Bantal pada Pasien Risiko Perilaku Kekerasan*" memiliki beberapa **kelebihan**. Intervensi yang digunakan—yaitu teknik napas dalam dan teknik pukul bantal—disajikan dengan jelas dan aplikatif, sehingga mudah diterapkan oleh perawat dalam praktik klinik. Pendekatan studi kasus pada dua pasien memberikan gambaran nyata mengenai kondisi pasien dengan risiko perilaku kekerasan dan menunjukkan variasi respons intervensi, sehingga relevan digunakan sebagai rujukan dalam pendidikan dan praktik keperawatan jiwa. Penelitian ini juga menampilkan perubahan kondisi sebelum dan sesudah intervensi, serta dilaksanakan langsung pada setting klinik nyata di RSKD Dadi Sulawesi Selatan, sehingga meningkatkan relevansi praktis temuan penelitian.

Namun demikian, jurnal ini memiliki beberapa **kekurangan** yang perlu diperhatikan. Jumlah sampel yang sangat kecil, yaitu hanya dua pasien, menyebabkan hasil penelitian tidak dapat digeneralisasi ke populasi yang lebih luas. Selain itu, penelitian tidak menggunakan kelompok kontrol sehingga perubahan perilaku setelah intervensi belum dapat dipastikan semata-mata dipengaruhi oleh teknik napas dalam dan pukul bantal, karena bisa saja terkait faktor lain seperti obat, lingkungan, atau kondisi psikologis pasien. Metode penelitian juga kurang rinci, terutama mengenai kriteria inklusi, durasi setiap sesi intervensi, serta instrumen pengukuran perilaku kekerasan. Tidak adanya analisis statistik membuat penelitian ini hanya bersifat deskriptif dengan tingkat evidensi yang rendah. Perbedaan hasil antara pasien pertama dan kedua juga menunjukkan bahwa efektivitas intervensi masih bersifat individual dan belum konsisten.

Pembahasan keterkaitan jurnal

Asuhan keperawatan pada Ny. H dengan masalah perilaku kekerasan menunjukkan kesesuaian yang kuat dengan temuan ilmiah pada jurnal Fatmawaty et al. (2024) mengenai efektivitas teknik napas dalam dan pukul bantal pada pasien risiko perilaku kekerasan. Pada pengkajian awal, Ny. H tampak menunjukkan tanda klinis seperti bicara keras, tatapan melotot, tangan mengepal, marah tanpa sebab, serta perilaku merusak barang, yang menggambarkan risiko kekerasan tinggi sesuai teori perilaku kekerasan dalam literatur keperawatan jiwa. Kondisi ini sejalan dengan jurnal yang menyebutkan bahwa pasien dengan risiko kekerasan biasanya mengalami peningkatan ketegangan emosi, impulsivitas, dan kesulitan mengendalikan dorongan agresif. Intervensi yang diberikan pada Ny. H melalui Strategi Pelaksanaan (SP) juga sangat konsisten dengan rekomendasi jurnal. SP1 mengajarkan teknik napas dalam untuk menurunkan ketegangan fisiologis, sedangkan SP2 melatih pasien memukul bantal sebagai metode penyaluran energi agresif secara aman. Jurnal menegaskan bahwa kedua teknik ini mampu membantu pasien mengontrol kemarahan dengan mengalihkan emosi negatif ke aktivitas fisik yang tidak membahayakan.

Hasil implementasi pada Ny. H menunjukkan pola yang mirip dengan responden dalam jurnal, yaitu pasien tidak langsung memahami teknik pada hari pertama, tampak tegang, bingung, dan kurang kooperatif; namun secara bertahap mulai mampu melakukan

latihan, meskipun belum konsisten. Hal ini sesuai dengan hasil jurnal yang menemukan bahwa beberapa pasien memerlukan pengulangan SP1 dan SP2 karena tidak langsung mampu mengontrol emosi setelah satu kali sesi. Dengan demikian, baik kasus maupun jurnal menunjukkan bahwa latihan napas dalam dan pukul bantal merupakan intervensi efektif, namun membutuhkan proses bertahap, komunikasi terapeutik yang baik, dan penguatan positif agar pasien dapat menerapkannya secara mandiri.

Lampiran Analisa Proses Interaksi I