BAB III

TINJAUAN KASUS

PENGKAJIAN

Pengkajian ini dilakukan pada hari jumat,27 maret 2026 di ruang nakula,rumah sakit Dr.Arief Zainuddin Surakarta

Identitas

Identitas klien

Nama : Tn.F

Umur :35thn

Jenis kelamin :Laki-laki

Tgl. masuk : senin,23 Maret 2026

Tgl.pengkajian :27 maret 2026

Alamat : seragen,gag citarum RT08 RW16

No.RM :03xxxx

Dx.medik : halusinasi pendengaran (F20.3)

Informan :keluarga

Identitas penanggung jawab

Nama :Ny.s

Umur :60 thn

Pekerjaan : ibu rumah tangga

Alamat : seragen,gag citarum RT08 RW16

Hub.dngn klien :ibu/orangtua

1. Alasan Masuk

Berdasarkan hasil asesmen klinis pada 27 Maret pukul 14.10 WIB, terhimpun data bahwa subjek didera rasa takut mendalam akibat teror suara bisikan gaib. Gejala auditorik ini diakui telah mengusik sejak empat bulan silam, memuat narasi intimidasi pembunuhan terhadap dirinya serta ancaman kehancuran keutuhan keluarganya. Resonansi bisikan berkarakter vokal maskulin (suara laki-laki) tersebut kian intensif menyergap kala malam tiba. Hingga pengkajian berlangsung, intruksi suara fana itu masih membayangi tanpa pola waktu yang pasti (muncul mendadak) dengan rentang durasi berkisar 2 menit tiap episode. Tatkala teror bisikan datang menerpa, afek klien seketika diliputi kecemasan akut, agitasi gelisah, penarikan diri ke ruang sunyi, hingga melancarkan tindakan agresivitas mencederai raga sendiri (self-harm).

2. Faktor Predisposisi

Riwayat Gangguan Jiwa di Masa Lalu: Klien menuturkan belum pernah menjalani hospitalisasi psikiatrik di rumah sakit jiwa sebelumnya, kendati distorsi auditorik telah mulai dirasakan sejak empat bulan ke belakang.

Pengalaman Terapeutik Sebelumnya: Klien mengonfirmasi belum pernah mengakses layanan medis psikiatri maupun mengonsumsi obat-obatan antipsikotik sebelumnya.

Riwayat Trauma Fisik, Penolakan, dan Kekerasan Domestik: Klien mengungkap residu friksi keluarga sekitar satu tahun silam, di mana dirinya terlibat pertikaian verbal dan relasional yang intens dengan sang ayah akibat himpitan krisis finansial.

Riwayat Herediter Gangguan Jiwa: Klien menyatakan tidak memiliki garis keturunan maupun sanak keluarga dengan manifestasi patologi kejiwaan serupa.

Residu Pengalaman Traumatis Masa Lampau: Memori paling menyakitkan yang membekas pada diri subjek bermula dari eskalasi konflik berkepanjangan dengan sosok ayah setahun lalu perihal kemelut ekonomi rumah tangga.

3. Pemeriksaan Fisik

Parameter Tanda-Tanda Vital:

Tekanan Darah: 120/80 mmHg (normotensif)

Frekuensi Nadi: 80 kali/menit (irama reguler)

Suhu Tubuh: 36°C (afebris)

Frekuensi Pernapasan: 22 kali/menit

Saturasi Oksigen (): 99% pada udara bebas

Dimensi Antropometri:

Tinggi Badan: 165 cm

Berat Badan: 60 kg

Status Keluhan Somatik:

Subjek tidak mengeluhkan disfungsi fisiologis ataupun manifestasi nyeri somatik pada raganya (dalam batas normal).

Psikososial

Genogram

Gambar3.1 genogram

Keterangan:

: Laki-laki : Klien

: Perempuan : Tinggal satu rumah

: Meninggal

a. Konsep Diri Subjek mengidentifikasi dirinya sebagai Tn. F, seorang pria berusia 35 tahun. Klien mengekspresikan kepuasan personal atas perannya sebagai penopang nafkah utama keluarga yang mampu mencukupi kebutuhan domestik. Terkait citra raga (body image), subjek menerima keadaan fisiknya secara utuh tanpa ada bagian tubuh yang disangkal, serta bersyukur seluruh organnya berfungsi optimal. Namun, pada aspek ideal diri dan pemahaman status sakit, klien menyatakan keyakinan bahwa dirinya telah pulih seutuhnya.

b. Dinamika Hubungan Sosial Subjek menempatkan keluarga inti sebagai figur paling krusial dalam eksistensi hidupnya. Kendati demikian, kapasitas relasional klien terhadap lingkungan

komunal mengalami hambatan; timbul perasaan rendah diri, malu atas kondisinya saat ini, serta kecemasan untuk berpartisipasi dalam aktivitas sosial di masyarakat.

c. Dimensi Spiritual Klien memeluk agama Islam dan meyakini bahwa penderitaan yang dialaminya merupakan bentuk ujian dari Allah SWT yang memiliki peluang kesembuhan. Praktik peribadatan fardhu dan permohonan doa diakui masih bersifat sporadis atau sekadar dijalankan tatkala teringat saja.

1. Status Mental

Penampilan: Klien berpakaian rapi dan pantas, mengenakan busana secara tertib, serta menjaga higiene personal dengan mandi dua kali sehari (pagi dan sore).

Pola Komunikasi (Pembicaraan): Artikulasi tutur kata lugas, koheren, dan mudah dipahami; klien merespons identitas diri secara tepat saat ditanya namanya sebagai Tn. F.

Aktivitas Motorik: Klien cenderung menjaga jarak sosial dan minim berinteraksi dengan sesama rekan rawat, namun tetap kooperatif mengikuti rutinitas bangsal seperti mandi pagi, senam kesegaran jasmani, sarapan, serta agenda terjadwal lainnya.

Alam Perasaan (Mood): Diselimuti ketidaktenangan batin dan kecemasan antisipatif akan potensi kembalinya intrusi suara halusinasi.

Afek: Respons afektif tergolong adekuat dan selaras dengan topik interaksi—tampak cemas saat membedah pengalaman halusinasinya, namun mampu relaks dan tenang tatkala diselingi humor santai.

Interaksi Selama Wawancara: Sikap kooperatif terjalin baik, respons verbal mengalir relevan, kendati intensitas kontak mata masih tampak kurang fokus pada lawan bicara.

Persepsi Sensori: Teridentifikasi distorsi halusinasi auditorik. Subjek dicekam rasa takut akibat bisikan anonim bersuara laki-laki sejak empat bulan silam, yang mengancam keselamatan jiwanya serta meramalkan kehancuran keluarganya. Teror suara tersebut kerap menyergap mendadak di malam hari dengan durasi sekira 2 menit per episode, memicu reaksi panik, kegelisahan motorik, penarikan diri ke ruang sepi, hingga impulsivitas mencederai diri (self-harm).

Proses Pikir: Alur asosiasi gagasan terstruktur logis, koheren, konsisten, serta tidak melantur.

Isi Pikir: Bebas dari manifestasi fobia irasional maupun gagasan obsesif yang mengikat.

Tingkat Kesadaran: Status kesadaran komposmentis tanpa deviasi neurologis; kemandirian mobilitas, pola makan-minum, komunikasi, hingga perawatan diri berlangsung mandiri.

Daya Ingat (Memori): Fungsi retensi memori jangka pendek, panjang, dan saat ini terjaga baik; konsistensi rekognisi data personal terbukti dari ketepatan menyatakan nama dirinya di setiap pengujian.

Konsentrasi dan Berhitung: Atensi terfokus dengan baik, mampu menyelesaikan tugas sekuensial berhitung angka 1 hingga 10 secara teratur.

Kemampuan Penilaian: Fungsi tilikan nalar praktis terpelihara utuh tanpa disorientasi fungsional; klien dengan tepat memaparkan kegunaan sikat gigi untuk membersihkan gigi.

Daya Tilik Diri (Insight): Derajat tilik diri berada pada taraf 1 (penyangkalan mutlak); klien mengingkari adanya deviasi patologis mental pada dirinya dan tidak menyadari bahwa ia tengah mengalami gangguan jiwa.

2. Kebutuhan Persiapan Pulang

Nutrisi: Pola asupan makan teratur 3 kali sehari menghabiskan porsi rumah sakit, hidrasi cairan memadai sekira 10 gelas per hari, serta mengonsumsi kudapan ekstra bubur kacang hijau pada pukul 10.00 WIB.

Eliminasi: Ekskresi fekal (BAB) berkisar 1–2 kali per hari dan miksi (BAK) tertib 5–6 kali sehari secara mandiri di toilet.

Kebersihan Diri: Higiene tubuh terjaga prima melalui rutinitas mandi 2 kali sehari pada pagi dan sore hari.

Berbusana: Keterampilan berdandan mandiri; pakaian dikenakan rapi dan serasi serta rambut tersisir teratur.

Kepatuhan Medikasi: Klien disiplin mengonsumsi terapi farmakologi oral dari perawat dengan frekuensi dua kali sehari (pagi dan sore).

Istirahat dan Tidur: Alokasi istirahat siang berkisar 1 jam (bersifat sporadis), sementara durasi tidur malam tercukupi dengan baik sekira 9 jam.

Pemeliharaan Kesehatan: Klien memiliki kebiasaan memanfaatkan fasilitas kesehatan primer (Puskesmas) secara proaktif tanpa kendala aksesibilitas.

Aktivitas Domestik: Rutinitas di dalam kediaman diisi dengan mengasuh anak serta merawat burung peliharaan.

Aktivitas Eksternal: Muncul hambatan emosional berupa rasa minder dan enggan saat harus berinteraksi atau melangkah ke luar rumah.

3. Masalah Psikososial dan Lingkungan Subjek melaporkan tidak memiliki kendala struktural yang berarti pada ranah relasi tetangga, strata pendidikan, pekerjaan, sarana hunian, stabilitas ekonomi, maupun penerimaan layanan medis.

4. Defisit Pengetahuan Subjek dan keluarga mengalami defisit pemahaman mengenai hakikat patofisiologi gangguan psikiatri, memicu kebingungan kognitif atas perubahan status mental yang dialaminya saat ini.

5. Aspek Medikasi dan Tata Laksana

Diagnosis Medis: Skizofrenia Tak Terinci / Halusinasi Pendengaran (ICD-10: F20.3)

Regimen Farmakoterapi:

Cetirizine 50 mg (2×1): Antihistamin generasi kedua untuk meredakan reaksi hipersensitivitas alergi.

Itraconazole 100 mg (2×1): Agen antijamur sistemik untuk menuntaskan infeksi mikotik.

Cefadroxil 50 mg (2×1): Antibiotik golongan sefalosporin generasi pertama guna mengeliminasi kolonisasi bakteri patogen.

Carbamazepine 100 mg (1×1): Agen antikonvulsan yang difungsikan sebagai penstabil suasana hati (mood stabilizer).

Chlorpromazine 100 mg (1×1): Antipsikotik tipikal (FGA) dengan efek sedatif untuk mereduksi manifestasi psikotik berat.

Trihexyphenidyl 3 mg (2×1): Antikolinergik penunjang guna memitigasi efek samping ekstrapiramidal (EPS) seperti rigiditas otot dan tremor.

Haloperidol 5 mg (3×1): Antipsikotik tipikal potensi tinggi (high-potency) untuk menekan gejala positif halusinasi auditorik secara intensif.

ANALISA DATA

Tabel 3.1:Analisa Data

POHON MASALAH

Gambar3.2:Pohon masalah

DIAGNOSA MASALAH

Perubahan persepsi sensori:halusinasi pendengaran

Resiko perilaku kekerasan

Isolasi sosial:menarik diri

INTERVENSI KEPERAWATAN

Tabel 3.2 Rencana Intervensi Keperawatan

IMPLEMENTASI KEPRAWATAN

Tabel 3.3 Catatan Perkembangan dan Implementasi Keperawatan