BAB III

TINJAUAN KASUS

A. PENGKAJIAN

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

1. 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 (SpO_2): 99% pada udara bebas
- **Dimensi Antropometri:**
    - Tinggi Badan: 165 cm

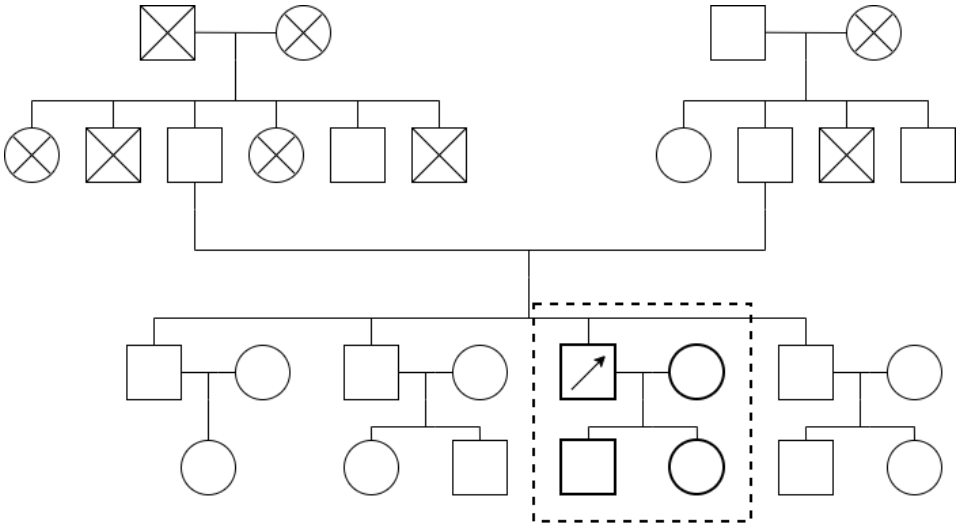
- Berat Badan: 60 kg

- **Status Keluhan Somatik:**

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

1. Psikososial

a. 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.

B. ANALISA DATA

Nama	:Tn.F	Ruangan	:Nakula
Umur	:35 Tahun	No.Rm	:03xxxx
Dx.Medik	:F20.3 halusinasi pendengaran		

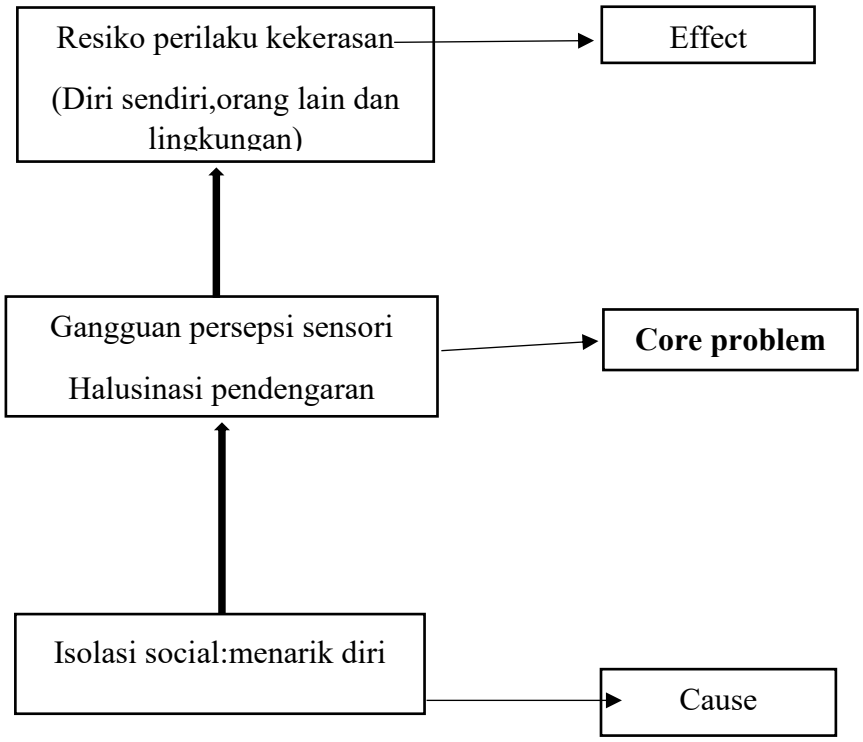
Tabel 3.1:Analisa Data

No	Hari/Tanggal	Data Fokus (Analisis Data)	Masalah Keperawatan
1	Jumat, 27 Maret 2026	DS (Data Subjektif): • Klien mengungkapkan rasa takut mendalam akibat teror bisikan suara sejak 4 bulan silam. • Klien menuturkan muatan suara berisi intimidasi pembunuhan terhadap dirinya serta ancaman keretakan keluarganya. • Klien menyebutkan sumber bisikan menyerupai suara laki-laki yang kerap muncul pada malam hari. • Klien menyatakan suara datang mendadak tanpa pola waktu pasti dengan durasi sekira 2 menit.	Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran

		• Klien mengaku merasa cemas, gelisah, terdorong menyendiri, hingga melukai diri sendiri saat bisikan menerpa. DO (Data Objektif): • Klien menunjukkan gestur menyimak suara gaib. • Pandangan mata tampak hampa/kosong. • Sering menolehkan kepala ke arah kanan dan kiri tanpa objek nyata. • Teramati bermonolog (bicara sendiri). • Mondar-mandir tanpa tujuan terarah.	
2	Jumat, 27 Maret 2026	DS (Data Subjektif): • Klien membeberkan adanya bisikan ancaman pembunuhan dan kekacauan keluarga yang dialami sejak 4 bulan lalu. • Klien mengonfirmasi respons kepanikan, kecemasan akut, dorongan mengisolasi diri, serta dorongan melukai raga sendiri saat suara menyergap. DO (Data Objektif): • Teridentifikasi lesi fisik berupa bekas luka pada ekstremitas atas kiri (tangan kiri).	Risiko Perilaku Kekerasan (Diri Sendiri / *Self-Harm*)

		• Terlihat jaringan parut bekas jahitan pada area dagu. • Klien tampak gelisah, tegang, dan menunjukkan resistensi/sulit diarahkan.	
3	Jumat, 27 Maret 2026	DS (Data Subjektif): • Klien mengeluhkan kecemasan, kegelisahan, dan dorongan menarik diri dari lingkungan setiap kali halusinasi muncul. • Klien mengekspresikan rasa rendah diri (malu) terhadap kondisi sakitnya saat ini. • Klien menyatakan takut dan enggan berpartisipasi dalam interaksi atau aktivitas sosial. DO (Data Objektif): • Klien gemar menyendiri dan membatasi diri di sudut ruangan. • Menampakkan ekspresi wajah malu dan ragu. • Menunjukkan keengganan/penolakan sewaktu diajak berdialog. • Jarang menginisiasi percakapan dengan rekan sekamar/bangsal. • Kontak mata minim dan sering memutus tatapan.	Isolasi Sosial: Menarik Diri

C. POHON MASALAH



Gambar3.2:Pohon masalah

D. DIAGNOSA MASALAH

1. Perubahan persepsi sensori:halusinasi pendengaran
2. Resiko perilaku kekerasan
3. Isolasi sosial:menarik diri

E. INTERVENSI KEPERAWATAN

Tabel 3.2 Rencana Intervensi Keperawatan

No	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Luaran & Kriteria Hasil (SLKI)	Rencana Intervensi (SIKI)
1	Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi (D.0085) Definisi: Deviasi pemaknaan terhadap stimulus internal maupun eksternal yang disertai responsivitas yang berkurang, berlebihan, atau terdistorsi. Faktor Risiko: 1. Anomali aparatus penglihatan 2. Gangguan fungsi pendengaran 3. Disfungsi olfaktori (penghidu) 4. Defisit sensibilitas taktil (perabaan) 5. Hipoksia serebral 6. Adiksi/penyalahgunaan zat psikoaktif	Persepsi Sensori Membaik (L.13124) *Ekspektasi:* Setelah rangkaian asuhan keperawatan selama 4× perjumpaan, keutuhan persepsi sensori pasien teregulasi dengan baik. Kriteria Hasil: 1. Keluhan mendengar bisikan suara menurun 2. Pengakuan melihat visualisasi bayangan berkurang	Manajemen Halusinasi (I.09288) Observasi: 1. Skrining manifestasi konduite yang mengindikasikan intruksi halusinasi 2. Evaluasi serta harmonisasikan densitas stimulasi ruangan dengan ritme kegiatan klien 3. Telusuri muatan isi halusinasi (terutama potensi agresi atau dorongan mencelakai raga) Terapeutik: 1. Ciptakan dan pelihara stabilitas lingkungan bangsal yang kondusif dan aman

	7. Fase penuaan (geriatri) 8. Paparan polutan toksik lingkungan Gejala & Tanda Mayor: *Subjektif:* 1. Mengaku mendengar bisikan suara atau menangkap ilusi visual 2. Merasakan sensasi fana via indra peraba, penghidu, atau pengecap *Objektif:* 1. Terbukti mengalami distorsi sensori 2. Menampakkan responsivitas yang tidak harmonis/inapropriat 3. Bersikap seolah merespons stimulus indrawi yang sejatinya tiada Gejala & Tanda Minor: *Subjektif:* Mengeluhkan rasa dongkol/kesal *Objektif:* Menyendiri, hanyut melamun, atensi konsentrasi ambruk, disorientasi menyeluruh (waktu, ruang, orang, situasi), sikap curiga, tatapan terpaku	3. Sensasi rabaan semu pada kulit mereda 4. Perilaku konduite halusinasi berkurang drastis 5. Kecenderungan melamun menyusut 6. Sikap curiga berlebih terkikis 7. Frekuensi mondar-mandir tanpa arah terminimalisasi	2. Eksekusi protokol keselamatan saat kendali diri runtuh (*limit setting*, isolasi area, pembatasan ruang, seklusi, hingga restriksi fisik bila perlu) 3. Fasilitasi diskusi terapeutik mengenai respons emosional terhadap bisikan 4. Hindari konfrontasi maupun perdebatan atas keabsahan suara fana tersebut Edukasi: 1. Pandu klien mengenali dan memetakan momentum pemicu halusinasi secara mandiri 2. Anjurkan berdialog dengan figur tepercaya guna memperoleh validasi realitas 3. Latih teknik distraksi terpadu (mengaksentuasikan terapi psikoreligius zikir, mobilisasi

	searah, mondar-mandir tanpa haluan, serta berbicara sendiri. Kondisi Klinis Terkait: Glaukoma, katarak, anomali refraksi mata, lesi okuler, lesi saraf kranialis (II, III, IV, VI), presbikusis, kerusakan peranti dengar, delirium, demensia, amnesia organik, kondisi penyakit terminal, serta episode psikotik.		aktivitas terarah, serta latihan napas relaksasi) 4. Edukasi klien dan keluarga mengenai metode mandiri menundukkan dominasi suara Kolaborasi: Konsultasikan pemberian medikasi antipsikotik dan anksiolitik sesuai indikasi klinis.
2	Risiko Perilaku Kekerasan (D.0146) Definisi: Kerentanan melancarkan agresi fisik, emosional, dan/atau seksual yang membahayakan integritas diri sendiri maupun lingkungan sekitar. Faktor Risiko: 1. Fiksasi waham/delusi paranoia 2. Kecurigaan mendalam pada orang lain 3. Halusinasi imperatif/komando 4. Intensi atau rancangan bunuh diri 5. Disfungsi sistem hubungan keluarga	Kontrol Diri Membaik (L.09076) *Ekspektasi:* Setelah rangkaian asuhan keperawatan selama 4× perjumpaan, kapasitas subjek dalam meregulasi emosi, alur pikir, dan konduite saat tertekan meningkat stabil. Kriteria Hasil: 1. Pernyataan intimidasi/ancaman kepada orang lain menurun	Pencegahan Perilaku Kekerasan (I.14544) Observasi: 1. Sterilkan area rawat dari peranti yang berpotensi membahayakan (benda runcing/tajam, tali, kaca) 2. Periksa barang bawaan pembesuk demi memelihara keselamatan bangsal

6. Kerusakan kapasitas kognitif 7. Status disorientasi atau konfusi akut 8. Ketidakmampuan regulasi impulsivitas 9. Distorsi persepsi terhadap lingkungan 10. Afek murung/depresi mendalam 11. Riwayat agresi terhadap binatang 12. Kelainan patologi neurologis Kondisi Klinis Terkait: Trauma kekerasan fisik/psikoseksual, sindrom otak organik (*Alzheimer*), gangguan perilaku, *oppositional defiant disorder*, depresi, krisis panik, sindrom Tourette, delirium-demensia, sindrom amnestik, halusinasi, percobaan bunuh diri, disregulasi neurotransmiter serebral, lingkungan kaotik, penelantaran anak, riwayat intimidasi/destruksi properti, impulsivitas tinggi, serta ilusi perseptual.	2. Artikulasi umpatan dan makian mereda 3. Kecenderungan melancarkan serangan fisik terkikis 4. Dorongan mencederai raga sendiri atau orang lain menurun drastis 5. Tindakan destruktif pada perabot sekitar tereliminasi 6. Perilaku agresif dan episode amuk menyusut 7. Intonasi nada bicara keras melunak 8. Cara bicara ketus berkurang 9. Isyarat dan wacana bunuh diri menghilang total 10. Kecenderungan perencanaan mencederai diri terminimalisasi	3. Pantau ketat pemanfaatan perabot tajam berisiko (alat cukur, perkakas makan) Terapeutik: 1. Rawat dan pertahankan ekosistem ruang rawat tetap bebas bahaya secara berkala 2. Libatkan keluarga sebagai sistem pendukung utama dalam proses asuhan Edukasi: 1. Tekankan kepatuhan aturan keselamatan bangsal kepada kerabat dan pengunjung 2. Latih artikulasi ekspresi gejolak emosi secara verbal-asertif tanpa konfrontasi fisik 3. Bimbing teknik de-eskalasi amarah lahiriah dan batiniah (relaksasi napas dalam, distraksi spiritual dzikir, serta keterbukaan dialog)

	11. Ledakan euforia maupun kabut depresi kembali seimbang

F. IMPLEMENTASI KEPRAWATAN

Identitas Pasien	Keterangan
Nama Pasien	Tn. F
Usia	35 Tahun
Nomor RM	03xxxx
Ruang Rawat	Nakula

Tabel 3.3 Catatan Perkembangan dan Implementasi Keperawatan

No	Hari, Tanggal, Jam	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Perkembangan (SOAP)
1	**Jumat, 27 Maret 2026** *Pukul 10.00 WIB*	**Data Fokus:** • *DS:* Klien menyatakan dihantui rasa takut akibat teror bisikan suara maskulin sejak empat bulan silam yang mengancam keselamatan nyawanya dan meramalkan kehancuran keluarganya; suara menyergap tak menentu (terutama malam hari) berdurasi ~2 menit, memicu rasa panik, dorongan menyendiri, hingga impuls melukai raga. • *DO:* Klien menampakkan gestur menyimak suara gaib, tatapan mata kosong, menoleh ke kanan-kiri tanpa stimulus, meracau sendiri, serta mondar-mandir.	**S:** Klien mengonfirmasi masih dibayangi rasa takut akibat bisikan ancaman pembunuhan dan kehancuran rumah tangga yang dominan mengusik kala malam tiba. **O:** Klien masih menampakkan postur menyimak bisikan gaib, pandangan hampa, sering menolehkan kepala ke berbagai arah, bermonolog, serta berjalan mondar-mandir tanpa haluan.

		Diagnosis Keperawatan: Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran (D.0085) **Tindakan Keperawatan:** 1. Mengobservasi manifestasi konduite dan isyarat motorik yang mengindikasikan intrusi persepsi halusinasi. 2. Mengedukasi dan membimbing mekanisme distraksi terpadu melalui aksentuasi terapi psikoreligius zikir, mobilisasi aktivitas terarah, serta latihan napas dalam. **Rencana Tindak Lanjut (RTL):** Memantau serta menyelaraskan densitas aktivitas harian dengan tingkat stimulasi lingkungan bangsal.	**A:** Gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran belum teratasi. **P:** Lanjutkan intervensi terapeutik: 1. Pantau konsistensi konduite halusinasi. 2. Dampingi latihan distraksi spiritual zikir secara terstruktur dan relaksasi napas dalam.
2	**Jumat, 27 Maret 2026** *Pukul 13.00 WIB*	**Data Fokus:** • *DS:* Klien mengeluhkan letupan rasa marah dan jengkel yang tak terbendung tiap kali bisikan fana menerpa. • *DO:* Klien menunjukkan kegelisahan psikomotorik nyata dengan gestur mengepalkan kedua telapak tangan secara kaku. **Diagnosis Keperawatan:** Risiko Perilaku Kekerasan (D.0146)	**S:** Klien mengakui gejolak amarahnya masih mudah terpicu saat mendengar resonansi bisikan perintah. **O:** Ketegangan motorik masih terlihat, afek tampak gelisah, dan tangan sesekali mengepal erat. **A:** Masalah risiko perilaku kekerasan belum teratasi.

		Tindakan Keperawatan: 1. Melakukan inspeksi dan mitigasi peranti berisiko mencederai (benda tajam, tali, kaca) di sekitar lingkungan klien. 2. Membimbing teknik de-eskalasi amarah secara nonverbal (latihan relaksasi otot dan napas dalam) serta penyaluran emosi verbal melalui komunikasi terbuka. **Rencana Tindak Lanjut (RTL):** 1. Memeriksa keamanan barang bawaan keluarga/pengunjung bangsal. 2. Melibatkan keluarga dan pendamping untuk mengawal keselamatan klien.	**P:** Lanjutkan intervensi pencegahan: 1. Latih regulasi kemarahan adaptif (napas relaksasi dan pengalihan fokus). 2. Pertahankan protokol pengawasan area dari perkakas berbahaya. 3. Edukasi pengunjung demi menjaga lingkungan bebas risiko.
3	**Sabtu, 28 Maret 2026** *Pukul 10.00 WIB*	**Data Fokus:** • *DS:* Klien menuturkan suara bisikan ancaman pembunuhan masih hadir menyergap di kala hening malam hari. • *DO:* Klien tampak cemas, tatapan melamun, menoleh ke kanan-kiri, komat-kamit mandiri, serta mondar-mandir di koridor. **Diagnosis Keperawatan:** Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran (D.0085) **Tindakan Keperawatan:**	**S:** Klien menyatakan bisikan ancaman pembunuhan masih terdengar di waktu malam, namun kesadaran akan ilusi suara mulai terbangun. **O:** Frekuensi menoleh tanpa objek dan bicara sendiri mulai menurun, kendati kegelisahan ringan dan gestur mondar-mandir masih teramati. **A:** Gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran teratasi sebagian.

		1. Mengondisikan atmosfer ruang rawat yang tenang dan menata jadwal rutinitas guna meminimalkan distorsi sensori berlebih. 2. Memotivasi klien untuk segera berinteraksi dengan perawat atau rekan rawat tepercaya demi menguji realitas (*reality testing*) saat suara muncul. **Rencana Tindak Lanjut (RTL):** 1. Optimalkan latihan distraksi zikir khusyuk dan teknik relaksasi batiniah. 2. Pandu klien mengidentifikasi situasi rawan yang mengundang datangnya suara.	**P:** Lanjutkan intervensi: 1. Bimbing kemampuan mengenali pemicu halusinasi secara mandiri. 2. Pertahankan kebiasaan bercakap-cakap dengan figur tepercaya dan amalkan wirid pengalihan fokus.
4	**Sabtu, 28 Maret 2026** *Pukul 13.00 WIB*	**Data Fokus:** • *DS:* Klien mengungkapkan rasa kesal masih timbul saat suara fana mengusik di malam hari menjelang tidur ketika suasana sunyi. • *DO:* Klien memperlihatkan ekspresi bersungut-sungut, postur tegang, dan mengepalkan tangan. **Diagnosis Keperawatan:** Risiko Perilaku Kekerasan (D.0146) **Tindakan Keperawatan:** 1. Memantau ketat penggunaan instrumen personal yang rentan membahayakan (seperti pisau cukur dan alat makan).	**S:** Klien menuturkan amarahnya mulai lebih tertata saat suara tiba pada waktu sunyi menjelang lelap. **O:** Ketegangan raut muka mereda, kepalan tangan melonggar, dan klien mampu diajak berkomunikasi asertif. **A:** Masalah risiko perilaku kekerasan teratasi sebagian. **P:** Lanjutkan intervensi:

		2. Melatih keterampilan komunikasi asertif guna mengekspresikan ketidaknyamanan batin tanpa agresi fisik. **Rencana Tindak Lanjut (RTL):** 1. Menjaga sterilitas bangsal dari potensi bahaya mekanik secara konsisten. 2. Mengulang penguatan teknik de-eskalasi emosi verbal dan relaksasi fisik.	1. Perkuat pembiasaan pelepasan rasa kesal via teknik napas dalam dan bercerita. 2. Rawat lingkungan bangsal tetap aman dan terkontrol. 3. Pertahankan supervisi ketat terhadap benda berisiko.
5	**Minggu, 29 Maret 2026** *Pukul 10.00 WIB*	**Data Fokus:** • *DS:* Klien menyatakan intensitas dan kemunculan bisikan suara fana menurun secara drastis. • *DO:* Klien tampak rileks, pandangan mata fokus, perilaku monolog dan gerakan mondar-mandir menghilang. **Diagnosis Keperawatan:** Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran (D.0085) **Tindakan Keperawatan:** 1. Mengapresiasi keaktifan klien dalam berdialog dengan lingkungan guna menampik persepsi semu.	**S:** Klien menuturkan pikiran terasa tenang, bisikan intimidatif sudah tidak terdengar, dan kenyamanan istirahat pulih. **O:** Klien bersikap tenang, kontak mata terjalin adekuat, afek stabil, dan tidak teramati tanda-tanda merespons halusinasi. **A:** Gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran teratasi. **P:** Hentikan intervensi klinis tatap muka langsung, delegasikan pemeliharaan koping mandiri:

		2. Memvalidasi kemahiran klien dan keluarga dalam mengeksekusi strategi kendali halusinasi secara berdikari. **Rencana Tindak Lanjut (RTL):** 1. Siagakan prosedur protektif bila kontrol diri kembali menurun. 2. Pertahankan sikap nirkonfrontatif terhadap riwayat distorsi auditorik klien.	1. Anjurkan klien mempertahankan amaliah zikir teratur sebagai distraksi spiritual harian. 2. Motivasi keterlibatan dalam kegiatan terjadwal di ruang rawat.
6	**Minggu, 29 Maret 2026** *Pukul 13.00 WIB*	**Data Fokus:** • *DS:* Klien menyatakan gejolak emosi amarah telah reda dan merasa damai. • *DO:* Raut wajah tampak teduh, otot tubuh relaks, tidak ada tanda ketegangan fisik maupun kepalan tangan. **Diagnosis Keperawatan:** Risiko Perilaku Kekerasan (D.0146) **Tindakan Keperawatan:** 1. Memantapkan latihan de-eskalasi emosi melalui pembiasaan relaksasi napas dalam serta percakapan asertif. 2. Mengawasi utilisasi perkakas personal guna menjamin kepatuhan keselamatan bangsal. **Rencana Tindak Lanjut (RTL):**	**S:** Klien mengungkapkan rasa lapang, amarah terkendali penuh, dan tidak ada dorongan mencederai diri maupun lingkungan. **O:** Ekspresi muka tenang, intonasi bicara bersahabat, postur tubuh rileks, dan sikap kooperatif terbina optimal. **A:** Masalah risiko perilaku kekerasan teratasi. **P:** Hentikan intervensi formal, alihkan ke pemeliharaan koping protektif mandiri:

	1. Edukasi keluarga untuk memelihara suasana suportif tanpa intimidasi 2. Pertahankan respons adaptif klien dalam mengomunikasikan rasa ketidaknyamanan.	1. Dorong penerapan relaksasi napas dalam dan komunikasi asertif bila menemui pemicu stres. 2. Libatkan keluarga sebagai sistem pendukung utama dalam pengawasan pasca-perawatan.