

KARYA TULIS ILMIAH

**PENERAPAN KEPATUHAN MINUM OBAT UNTUK MENGONTROL
HALUSINASI PENDENGARAN PADA PASIEN SKIZOFRENIA
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS MALAIMSIMA
KOTA SORONG**



DI SUSUN OLEH:

GEBY PUNDOKO

NIM: 31440122024

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

DIREKTORAT JENDRAL SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN

POLITEKNIK KESEHATAN SORONG JURUSAN KEPERAWATAN

PROGRAM STUDI D.III KEPERAWATAN

TAHUN 2026

**PENERAPAN KEPATUHAN MINUM OBAT UNTUK MENGONTROL
HALUSINASI PENDENGARAN PADA PASIEN SKIZOFRENIA
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS MALAIMSIMSA
KOTA SORONG**

*Karya tulis ini disusun sebagai salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar
Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi D.III Keperawatan*



DI SUSUN OLEH:

GEBY PUNDOKO

NIM: 31440122024

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDRAL SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN SORONG JURUSAN KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI D.III KEPERAWATAN
TAHUN 2026**

LEMBAR PERSERTUJUAN

Karya Tulis Ilmiah ini disusun Oleh Geby Pundoko NIM:31440122024 dari Prodi Diploma III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Sorong dengan Judul "Penerapan Kepatuhan Minum Obat untuk Mengontrol Halusinasi Pendengaran Pada Pasien Skizofrenia Di Wilayah Kerja Puskesmas Malainsimsa Kota Sorong"

Pembimbing I



Oktovina Mobalen, S.Kep.,Ns,M.Kep
NIP.197910052001122001

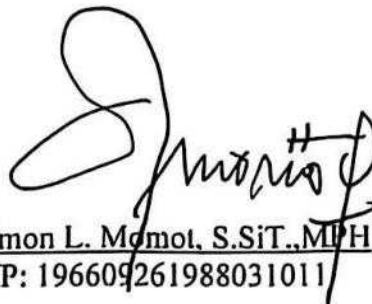
Pembimbing II



Yogik Setia Anggrejini, M.MedEd
NIP:198901282019022001

Mengetahui:

Ketua Jurusan Keperawatan



Simon L. Momol, S.SiT.,MPH
NIP: 196609261988031011

LEMBAR PENGESAHAN

Yang bertanda tangan di bawah ini saya :

Nama : Geby Pundoko

NIM : 31440122024

Program Studi : D-III Keperawatan

Judul : Penerapan Kepatuhan Minum Obat untuk Mengontrol Halusinasi Pendengaran Pada Pasien Skizofrenia Di Wilayah Kerja Puskesmas Malainsimsa Kota Sorong.

Mengetahui Dewan:

Ketua Penguji



Elisabeth Samaran, S.ST.,M.Kes
NIP: 196603091987032008

Penguji I



Oktovina Mobalen, S.Kep.,Ns,M.Kep
NIP:197910052001122001

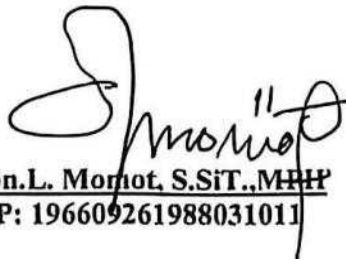
Penguji II



Yogik Setia Anggreini, M.MedEd
NIP:198901282019022001

Mengetahui:

Ketua Jurusan Keperawatan



Simon.L. Moriot, S.SiT.,MPH
NIP: 196609261988031011

LEMBAR PERNYATAAN PLAGIASI

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Geby Pundoko

NIM : 31440122024

Prodi : D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan
Sorong

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa hasil karya tulis ilmiah yang saya buat ini adalah benar-benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan pengambilan alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian ditemukan bukti atau dapat dibuktikan karya tulis ilmiah ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Sorong, 26 Mei 2026

Pembimbing I

Oktovina Mobalen, S.Kep.,Ns,M.Kep
NIP.197910052001122001

Pembimbing II

Yogik Setia Anggereini, M.MedEd
NIP:198901282019022001

Pembuat Pernyataan

Geby Pundoko

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. IDENTITAS

1. Nama : Geby Pundoko
2. Jenis Kelamin : Perempuan
3. Tempat Tanggal Lahir : Manado, 28 Februari 2003
4. Agama : Kristen Protestan
5. Alamat : Jl. Rumberpon

B. PENDIDIKAN

1. SD : SD Negeri 2 Kota Sorong
2. SMP : SMP Advent Kota Sorong
3. SMA : SMA Advent Kota Sorong
4. Sementara mengikuti pendidikan Diploma III Keperawatan di Poltekkes Kemenkes Sorong

MOTTO HIDUP

"Orang miskin yang menindas orang-orang yang lemah adalah seperti hujan deras yang menghanyutkan makanan."

(Amsal 28 : 3)

"Liberty, Equality, Fraternity"

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena atas rahmat dan karunia-Nya, penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah (KTI) yang berjudul: “penerapan kepatuhan minum obat untuk mengontrol halusinasi pendengaran pada pasien skizofrenia di wilayah kerja puskesmas malaimsimsa”.

KTI ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan program pendidikan DII Keperawatan di Poltekkes Kemenkes Sorong Penulis menyadari bahwa keberhasilan penyusunan KTI ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada:

1. Ibu Butet Agustarika, M.Kep., selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Sorong, yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menempuh pendidikan di Program Studi Diploma III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Sorong.
2. Ibu Yogik Setia Anggreini, M.MedEd., selaku Wakil Direktur I Poltekkes Kemenkes Sorong sekaligus Pembimbing II, yang telah memberikan arahan, bimbingan, dan masukan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
3. Ibu Oktovina Mobalen, S.Kep.Ns., M.Kep., selaku Wakil Direktur III Poltekkes Kemenkes Sorong sekaligus Pembimbing I, yang telah dengan

sabar memberikan arahan, bimbingan, dan masukan kepada penulis dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.

4. Bapak Simon L. Momot, S.SiT., MPH., selaku Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Sorong, yang telah meluangkan ilmu yang sangat berarti bagi penulis.
5. Bapak I Made Raka, S.ST.M.Kes., selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Sorong, yang telah banyak membimbing penulis selama mengikuti pendidikan
6. Ibu Elisabeth Samaran, S.ST., M.Kes., selaku Ketua Penguji, yang telah memberikan saran, dan masukan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
7. Kepala Puskesmas Malaimsimsa dan staf yang sudah memberikan perijinan selama pengambilan data.
8. keluarga besar ***Pundoko, Thesia, dan Duaramury*** atas segala doa, kasih sayang, dan dukungan finansial yang luar biasa selama masa studi saya.

Dalam penulisan karya tulis ilmiah ini penulis menyadari sepenuhnya keterbatasan yang ada, oleh karena itu penulis menerima saran. Semoga penelitian ini dapat memberikan manfaat bagi pembaca. Dengan segala kerendahan hati penulis mengucapkan terima kasih

Sorong, 16 Maret 2026

Penulis

DAFTAR ISI

SAMPUL DEPAN	1
SAMPUL DALAM.....	2
LEMBAR PERSETUJUAN	3
LEMBAR PENGESAHAN.....	4
LEMBAR PERNYATAAN BEBAS PLAGIASI	5
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	6
MOTTO.....	7
KATA PENGANTAR	9
DAFTAR ISI	10
ABSTRAK	12
BAB I PENDAHULUAN	14
A. Latar Belakang	14
B. Rumusan Masalah	15
C. Tujuan Karya Tulis Ilmiah	15
D. Manfaat Karya Tulis Ilmiah	16
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	18
A. Konsep Medis Skizofrenia	18
B. Konsep Kepatuhan Minum Obat	32
C. Konsep Asuhan Keperawatan.....	38
BAB III METODE PENELITIAN	47
A. Desain Penelitian	47
B. Definisi Operasional.....	49
C. Lokasi dan Waktu Penelitian.....	50
D. Prosedur Penelitian	51
E. Metode dan Instrumen Penelitian	52
F. Keabsahan Data	53

G. Prinsip Etika Penelitian	53
H. Analisa Data	54
BAB IV PEMBAHASAN.....	57
A. Hasil Laporan Kasus	57
B. Pengkajian Keperawatan Jiwa	60
C. Pembahasan	102
D. Keterbatasan Pelaksanaan Studi Kasus	108
BAB V PENUTUP	110
A. Kesimpulan.....	110
B. Saran.....	112
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

ABSTRAK

PENERAPAN KEPATUHAN MINUM OBAT UNTUK MENGONTROL HALUSINASI PENDENGARAN PADA PASIEN SKIZOFRENIA DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS MALAIMSIMSA KOTA SORONG

Geby Pundoko¹, Oktovina Mobalen², Yogik Setia Anggreini³

¹Mahasiswa Program Studi D.III Keperawatan, Poltekkes Kemenkes Sorong

²Pembimbing I, Program Studi D.III Keperawatan, Poltekkes Kemenkes Sorong

³Pembimbing II, Program Studi D.III Keperawatan, Poltekkes Kemenkes Sorong

Koresponden : geby28manado@gmail.com

Latar Belakang: Skizofrenia merupakan gangguan jiwa kronis yang sering kali ditandai dengan manifestasi halusinasi pendengaran. Ketidakpatuhan atau putus obat menjadi faktor presipitasi utama yang memicu kekambuhan gejala psikotik, penurunan interaksi sosial, hingga defisit perawatan diri.

Tujuan: Penelitian ini bertujuan untuk menggambarkan penerapan kepatuhan minum obat (prinsip 6 Benar) menggunakan media edukasi poster dan lembar *checklist* minum obat untuk mengontrol halusinasi pendengaran pada pasien skizofrenia di wilayah kerja Puskesmas Malaimsimsa Kota Sorong.

Metode: Penelitian deskriptif dengan pendekatan studi kasus asuhan keperawatan jiwa komprehensif pada Tn. R (50 tahun) yang dilaksanakan selama 12 hari kunjungan (11–29 Juni 2026). Intervensi yang diberikan meliputi Strategi Pelaksanaan (SP 1–4) halusinasi, isolasi sosial, dan defisit perawatan diri yang diintegrasikan dengan edukasi poster serta penggunaan Lembar Checklist Minum Obat (KMO) bersama keluarga sebagai Pengawas Minum Obat (PMO).

Hasil: Sebelum dilakukan intervensi, pasien mengalami halusinasi pendengaran akibat riwayat putus obat, bicara dan tersenyum sendiri, menarik diri, serta penampilan tidak rapi. Setelah dilakukan intervensi keperawatan dan pendampingan keluarga, kepatuhan minum obat pasien meningkat signifikan (lembar KMO terisi 100%), pasien mampu mendemonstrasikan teknik menghardik, bercakap-cakap, dan aktivitas harian, serta tanda gejala halusinasi hilang sepenuhnya.

Kesimpulan: Penerapan kepatuhan minum obat melalui edukasi visual dan penggunaan lembar *checklist* yang didukung penuh oleh keluarga efektif mengontrol halusinasi pendengaran, meningkatkan interaksi sosial, serta memulihkan kemandirian perawatan diri pasien skizofrenia.

Kata Kunci: Skizofrenia, Halusinasi Pendengaran, Kepatuhan Minum Obat, Checklist Minum Obat, Keperawatan Jiwa.

ABSTRACT

APPLICATION OF MEDICATION ADHERENCE TO CONTROL AUDITORY HALLUCINATIONS IN SCHIZOPHRENIA PATIENTS IN THE WORKING AREA OF MALAIMSIMSA HEALTH CENTER, SORONG CITY

Geby Pundoko¹, Oktovina Mobalen², Yogik Setia Anggreini³

¹Student of D.III Nursing Study Program, Health Polytechnic of Sorong ²Advisor I, D.III Nursing Study Program, Health Polytechnic of Sorong ³Advisor II, D.III Nursing Study Program, Health Polytechnic of Sorong

Correspondence : geby28manado@gmail.com

Background: Schizophrenia is a chronic mental disorder often characterized by auditory hallucinations. Non-adherence or medication dropout is a primary precipitating factor triggering the relapse of psychotic symptoms, reduced social interaction, and self-care deficits.

Objective: This study aimed to describe the application of medication adherence (6 Rights principles) using educational posters and a medication checklist to control auditory hallucinations in schizophrenia patients within the working area of Malaimsimsa Health Center, Sorong City.

Methods: A descriptive study with a comprehensive psychiatric nursing care case study approach conducted on Mr. R (50 years old) over 12 visit days (June 11–29, 2026). Interventions included Implementation Strategies (SP 1–4) for hallucinations, social isolation, and self-care deficits, integrated with poster education and the use of a Medication Checklist (KMO) involving the family as Medication Supervisors (PMO).

Results: Prior to intervention, the patient experienced auditory hallucinations due to a history of medication dropout, talked and smiled to himself, withdrew socially, and exhibited poor personal hygiene. Following the nursing interventions and family support, the patient's medication adherence significantly improved (100% KMO completion), the patient demonstrated techniques to control hallucinations, and auditory hallucination symptoms were fully controlled.

Conclusion: The application of medication adherence through visual education and checklist monitoring supported by active family participation effectively controls auditory hallucinations, improves social interaction, and restores self-care independence in schizophrenia patients.

Keywords: Schizophrenia, Auditory Hallucinations, Medication Adherence, Medication Checklist, Psychiatric Nursing.

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Skizofrenia merupakan suatu kondisi psikotik yang mempengaruhi area fungsi tertentu seperti berpikir, berkomunikasi, menerima, menafsirkan realitas, merasakan dan menunjukkan emosi serta penyakit kronis yang ditandai dengan pikiran tidak teratur, delusi, halusinasi, dan perilaku aneh, adalah salah satu gangguan mental. (Feri Agustriyani, 2024)

Skizofrenia menyerang kurang lebih 23 juta orang atau sekitar 1 dari 345 orang (0,29%) di seluruh dunia. Prevalensinya di antara orang dewasa 1 dari 233 orang (0,43%).(World Health Organization (WHO), 2025)

Berdasarkan Survei Kesehatan Indonesia (SKI) tahun 2023, prevalensi gangguan jiwa berat di Indonesia mencapai 7 per 1.000 penduduk, meningkat dibandingkan hasil Riskesdas 2018 yang sebesar 6,1 per 1.000 penduduk (Kementerian Kesehatan RI, 2023). Peningkatan ini menunjukkan bahwa gangguan jiwa, khususnya skizofrenia, masih menjadi beban kesehatan masyarakat yang signifikan.(Ilmiah et al., 2026)

Pada tingkat pelayanan kesehatan seperti di Puskesmas Malaimsimsa Sorong, kasus skizofrenia dengan halusinasi pendengaran menjadi salah satu masalah yang sering ditemukan di lapangan. Berdasarkan data awal yang diperoleh peneliti di wilayah kerja Puskesmas Malaimsimsa, terdapat 30 orang yang terdiagnosa skizofrenia. Penanganan biasanya melibatkan

pengkajian, observasi, serta intervensi keperawatan secara bertahap. Hal ini menggambarkan bahwa pelayanan primer memiliki peran penting dalam penanganan awal gangguan ini. (Rifka Alkhilyatul Ma'rifat, I Made Suraharta, 2024).

Secara kronologis, skizofrenia biasanya dimulai dari fase awal seperti perubahan perilaku, menarik diri, lalu berkembang menjadi gejala psikotik seperti halusinasi. Untuk mengatasi halusinasi pendengaran, intervensi yang dapat dilakukan meliputi terapi farmakologis (obat antipsikotik) dan non-farmakologis seperti teknik menghardik, distraksi, terapi menggambar, serta dukungan keluarga. Penelitian terbaru menunjukkan bahwa intervensi tersebut efektif menurunkan intensitas halusinasi dan membantu pasien lebih mampu mengontrol dirinya. (Wahyudi & Fibriana, 2016)

Maka berdasarkan uraian latar belakang di atas sehingga penulis ingin menerapkan Kepatuhan Minum Obat Untuk Mengontrol Halusinasi Pendengaran Pada Pasien Skizofrenia.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan Uraian latar belakang diatas, maka dapat disusun rumusan masalah sebagai berikut : “Bagaimana Penerapan Kepatuhan Minum Obat Untuk Mengontrol Halusinasi Pendengaran Pada Pasien Skizofrenia

C. Tujuan Karya Tulis Ilmiah

1. Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini untuk melihat apakah penerapan kepatuhan minum obat yang diberikan kepada pasien skizofrenia akan mempengaruhi beban yang dirasakan oleh pasien.

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu melakukan pengkajian keperawatan jiwa pada pasien Halusinasi Pendengaran Di Wilayah Kerja Puskesmas Malaimsimsa Kota Sorong
- b. Mampu menentukan Diagnosa Keperawatan Jiwa pada pasien Halusinasi Pendengaran Di Wilayah Kerja Puskesmas Malaimsimsa Kota Sorong
- c. Mampu Melakukan Intervensi Strategi Pelaksanaan Halusinasi Pendengaran pada Pasien Halusinasi Pendengaran pada Pasien serta Penerapan Kepatuhan Minum Obat Untuk mengontrol Halusinasi Pendengaran Pada Pasien Skizofrenia Di Wilayah Kerja Puskemas Malaimsimsa Kota Sorong.
- d. Mampu melakukan implementasi Strategi Pelaksanaan Halusinasi Pendengaran pada Pasien serta Penerapan Kepatuhan Minum Obat Untuk mengontrol Halusinasi Pendengaran Pada Pasien Skizofrenia Di Wilayah Kerja Puskemas Malaimsimsa Kota Sorong.
- e. Mampu melakukan evaluasi Strategi Pelaksanaan Halusinasi Pendengaran pada Pasien dan Strategi Pelaksanaan Halusinasi Pendengaran pada Pasien serta Penerapan Kepatuhan Minum Obat

Untuk mengontrol Halusinasi Pendengaran Pada Pasien Skizofrenia
Di Wilayah Kerja Puskesmas Malaimsimsa Kota Sorong.

- f. Mampu melakukan dokumentasi Strategi Pelaksanaan Halusinasi Pendengaran pada Pasien dan serta Penerapan Kepatuhan Minum Obat Untuk mengontrol Halusinasi Pendengaran Pada Pasien Skizofrenia Di Wilayah Kerja Puskesmas Malaimsimsa Kota Sorong.

D. Manfaat Karya Tulis Ilmiah

1. Bagi Penulis

Penulis mampu memahami penerapan kepatuhan minum obat untuk mengontrol halusinasi pendengaran pada pasien skizofrenia.

2. Bagi Pasien

Pasien diharapkan dapat meningkatkan kepatuhan dalam mengonsumsi obat dan membantu mengontrol halusinasi pendengaran.

3. Bagi Keluarga

Keluarga mampu merawat anggota keluarganya yang menderita gangguan halusinasi pendengaran.

4. Bagi Intitusi Pendidikan

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai referensi bagi studi kepustakaan dan dapat diharapkan menjadi suatu masukan yang berarti dan bermanfaat yang dapat digunakan sebagai acuan bagi peneliti selanjutnya.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Medis Skizofrenia

1. Definisi Skizofrenia

Skizofrenia adalah gangguan mental serius yang memengaruhi cara seseorang berpikir, merasakan, dan berperilaku. Orang dengan skizofrenia sering mengalami kesulitan membedakan antara kenyataan dan hal yang tidak nyata, misalnya munculnya halusinasi atau keyakinan yang salah (delusi). Gangguan ini bukan hanya tentang “gangguan jiwa biasa”, tetapi merupakan kondisi kompleks yang melibatkan perubahan fungsi otak, sehingga memengaruhi cara individu memahami dunia di sekitarnya. (Tiyani et al., 2021)

Selain itu, skizofrenia juga dapat dipahami sebagai gangguan yang memengaruhi cara seseorang memaknai realitas hidupnya. Penderita sering mengalami perubahan persepsi, emosi, dan hubungan sosial, sehingga kehidupan sehari-hari menjadi terganggu. Kondisi ini biasanya berlangsung dalam jangka panjang dan membutuhkan penanganan berkelanjutan, baik melalui terapi obat maupun dukungan psikososial. Oleh karena itu, skizofrenia dianggap sebagai gangguan mental kronis yang memiliki dampak besar terhadap kualitas hidup penderitanya. (Dewi et al., 2025)

2. Anatomi dan Fisiologi

Menurut (Ramadhani & Widyaningrum, 2022) Sistem saraf merupakan salah satu sistem pengatur dan pengendali utama tubuh manusia yang berfungsi menerima, mengolah, dan meneruskan informasi dari lingkungan internal maupun eksternal. Sistem ini bekerja secara terintegrasi dengan sistem tubuh lainnya untuk mempertahankan keseimbangan tubuh (homeostasis), mengatur aktivitas motorik, proses berpikir, emosi, perilaku, memori, dan fungsi sensorik.

Secara umum, sistem saraf dibagi menjadi dua bagian, yaitu sistem saraf pusat dan sistem saraf perifer. Sistem saraf pusat terdiri atas otak dan medula spinalis yang berperan sebagai pusat pengolahan informasi, sedangkan sistem saraf perifer berfungsi menghubungkan sistem saraf pusat dengan seluruh organ tubuh melalui jaringan saraf yang tersebar di berbagai bagian tubuh. Sistem saraf bekerja menggunakan impuls listrik dan neurotransmitter yang memungkinkan komunikasi berlangsung secara cepat dan terkoordinasi antarsel saraf.

a. Otak

Otak merupakan organ utama sistem saraf pusat yang terletak di dalam rongga tengkorak dan dilindungi oleh tulang kranium, selaput meninges, serta cairan serebrospinal. Pada orang dewasa, berat otak berkisar antara 1.200–1.400 gram dan tersusun atas miliaran neuron yang saling berhubungan melalui sinapsis.

Otak berfungsi sebagai pusat pengendali seluruh aktivitas tubuh, baik aktivitas sadar maupun tidak sadar. Selain itu, otak berperan

dalam mengatur kemampuan kognitif, emosi, perilaku, memori, bahasa, persepsi sensorik, dan koordinasi gerakan tubuh. Berdasarkan struktur anatominya, otak terdiri atas beberapa bagian utama yaitu otak besar (cerebrum), diensefalon, batang otak, dan otak kecil (cerebellum).

b. Otak Besar

Cerebrum merupakan bagian terbesar dari otak yang menempati sekitar 80% dari keseluruhan massa otak. Struktur ini terdiri atas dua hemisfer, yaitu hemisfer kanan dan hemisfer kiri, yang dihubungkan oleh corpus callosum.

Permukaan cerebrum memiliki banyak lipatan yang disebut girus dan celah yang disebut sulkus. Lipatan tersebut berfungsi memperluas permukaan korteks sehingga meningkatkan kapasitas pemrosesan informasi.

Secara fungsional, cerebrum terbagi menjadi empat lobus, yaitu:

a) Lobus frontal

berperan dalam fungsi eksekutif, pengambilan keputusan, perencanaan, pengendalian emosi, kepribadian, kemampuan berbicara, dan gerakan motorik sadar.

b) Lobus parietal

berfungsi menerima dan menginterpretasikan rangsangan sensorik seperti sentuhan, suhu, tekanan, nyeri, dan persepsi posisi tubuh.

c) Lobus temporal

berperan dalam pendengaran, memori, pemahaman bahasa, serta pengolahan emosi.

d) Lobus oksipital

merupakan pusat pengolahan visual yang berfungsi menerima dan menginterpretasikan informasi yang berasal dari mata.

- e) Pada pasien skizofrenia, gangguan fungsi cerebrum, khususnya pada lobus frontal dan lobus temporal, diketahui berkaitan dengan munculnya gejala gangguan berpikir, gangguan persepsi, serta halusinasi pendengaran.

c. Otak Tengah

Otak tengah merupakan bagian dari batang otak yang terletak di antara pons dan diensefalon. Struktur ini berfungsi sebagai jalur penghubung antara otak depan dan otak belakang.

Mesensefalon berperan dalam mengatur refleks penglihatan, refleks pendengaran, pergerakan bola mata, serta koordinasi gerakan tubuh. Selain itu, struktur ini juga mengandung substansia nigra yang berfungsi menghasilkan dopamin.

Dopamin merupakan neurotransmitter yang memiliki peran penting dalam regulasi gerakan, motivasi, penghargaan, emosi, dan proses kognitif. Ketidakseimbangan dopamin diketahui menjadi salah satu mekanisme yang berhubungan dengan timbulnya gejala positif pada skizofrenia, termasuk halusinasi pendengaran.

d. Otak Kecil

Cerebellum terletak di bagian posterior otak, tepat di bawah lobus oksipital dan di belakang batang otak. Organ ini terdiri atas dua hemisfer yang dihubungkan oleh struktur yang disebut vermis.

Fungsi utama cerebellum adalah mengoordinasikan gerakan tubuh, menjaga keseimbangan, mengatur tonus otot, mempertahankan postur tubuh, dan membantu ketepatan gerakan.

Selain fungsi motorik, penelitian terkini menunjukkan bahwa cerebellum juga berkontribusi dalam proses kognitif, perhatian, bahasa, serta regulasi emosi. Gangguan pada cerebellum dapat menyebabkan koordinasi gerakan menjadi tidak teratur, tremor, gangguan keseimbangan, dan kesulitan mempertahankan postur tubuh.

3. Etiologi

Key Facts (2025) Menyatakan bahwa skizofrenia merupakan gangguan mental yang bersifat kompleks dan multifaktorial yang dipengaruhi oleh interaksi berbagai faktor biologis, psikologis, sosial, dan lingkungan sebagai berikut :

a. Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi merupakan faktor yang telah ada sebelum seseorang mengalami gangguan skizofrenia dan berperan dalam meningkatkan risiko terjadinya penyakit tersebut.

1) Genetik: Faktor genetik merupakan salah satu faktor yang paling berpengaruh terhadap terjadinya skizofrenia. Individu yang memiliki anggota keluarga dengan riwayat skizofrenia mempunyai

risiko lebih tinggi dibandingkan individu yang tidak memiliki riwayat keluarga. Risiko akan semakin meningkat apabila anggota keluarga yang menderita skizofrenia memiliki hubungan kekerabatan yang dekat, seperti orang tua atau saudara kandung.

2) Biologis: Faktor biologis berhubungan dengan gangguan struktur, fungsi, dan aktivitas biokimia otak. Salah satu teori yang paling banyak digunakan adalah teori dopamin yang menyatakan bahwa terjadi peningkatan aktivitas dopamin pada beberapa area otak yang menyebabkan munculnya gejala positif skizofrenia, seperti halusinasi dan waham. Selain dopamin, neurotransmitter lain seperti glutamat, serotonin, dan gamma aminobutyric acid (GABA) juga diketahui berperan dalam patofisiologi skizofrenia. Gangguan pada sistem neurotransmitter tersebut dapat memengaruhi kemampuan berpikir, konsentrasi, regulasi emosi, serta persepsi seseorang terhadap lingkungan.

3) Psikologis : Faktor Psikologi dapat meningkatkan kerentanan seseorang terhadap skizofrenia, terutama pada individu yang mengalami gangguan perkembangan emosi sejak masa kanak-kanak. Pengalaman traumatis, pola asuh yang kurang mendukung, kehilangan orang yang dicintai, serta kesulitan mengelola stres dapat memengaruhi kesehatan mental seseorang.

b. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi merupakan faktor pencetus yang memicu munculnya gejala skizofrenia pada individu yang sebelumnya telah memiliki kerentanan biologis, genetik, maupun psikologis.

1) Stresor psikososial

Stres berat merupakan salah satu faktor yang sering memicu kekambuhan maupun munculnya gejala skizofrenia. Berbagai kondisi yang dapat menjadi stresor antara lain masalah keluarga, konflik interpersonal, kehilangan pekerjaan, tekanan ekonomi, perceraian, kehilangan anggota keluarga, maupun pengalaman traumatis.

2) Faktor lingkungan social

Lingkungan sosial yang kurang mendukung juga berperan dalam memicu timbulnya gejala skizofrenia. Isolasi sosial, diskriminasi, stigma masyarakat, kurangnya dukungan keluarga, dan rendahnya interaksi sosial dapat meningkatkan risiko kekambuhan pada pasien skizofrenia..

3) Faktor penggunaan zat

Penggunaan zat psikoaktif seperti ganja, amfetamin, metamfetamin, alkohol, dan narkotika lainnya dapat meningkatkan risiko timbulnya gejala psikotik. Penggunaan zat dalam jangka panjang dapat mengganggu keseimbangan neurotransmitter di otak dan memperburuk kondisi pasien yang telah memiliki kerentanan terhadap skizofrenia.

4. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis skizofrenia merupakan kumpulan tanda dan gejala yang muncul akibat gangguan pada proses berpikir, persepsi, emosi, perilaku, dan fungsi sosial seseorang. Gejala yang dialami setiap pasien dapat berbeda-beda, baik dari segi jenis, tingkat keparahan, maupun lama timbulnya gejala. Secara umum, manifestasi klinis skizofrenia dikelompokkan menjadi gejala positif, gejala negatif, gejala kognitif, dan gejala afektif.

a. Gejala Positif (Positive Symptoms)

Gejala positif merupakan gejala yang ditandai dengan munculnya perilaku atau pengalaman yang sebelumnya tidak dimiliki oleh individu normal.

1) Halusinasi

Halusinasi merupakan persepsi sensorik yang muncul tanpa adanya rangsangan nyata dari lingkungan. Halusinasi pendengaran merupakan jenis halusinasi yang paling sering ditemukan pada pasien skizofrenia.

2) Waham (Delusi)

Waham adalah keyakinan yang salah, menetap, dan dipertahankan kuat oleh pasien meskipun telah diberikan bukti yang bertentangan.

Beberapa bentuk waham yang sering ditemukan meliputi:

- a) Waham kebesaran
- b) Waham curiga (persekusi)

- c) Waham kejar
 - d) Waham agama
 - e) Waham somatik
 - f) Waham rujukan
- 3) Gangguan proses pikir

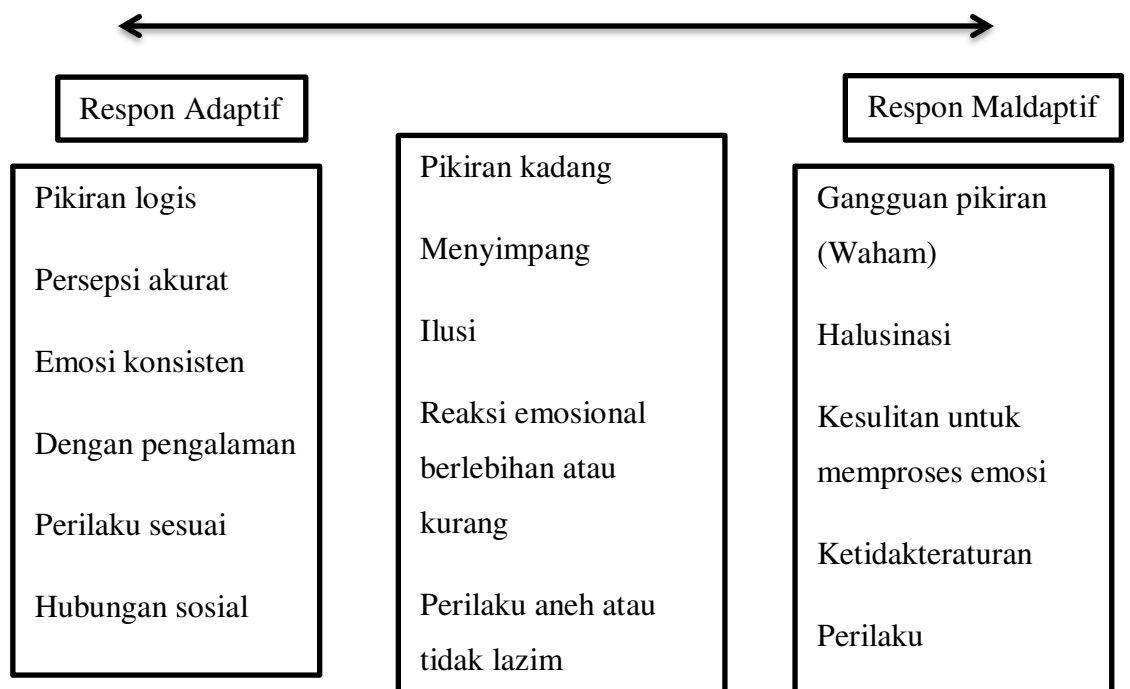
Gangguan proses pikir ditandai dengan ketidakmampuan pasien mengorganisasikan pola pikir secara logis dan terarah. Manifestasi yang dapat ditemukan antara lain:

- a) Pembicaraan tidak teratur
 - b) Perpindahan topik secara cepat
 - c) Jawaban yang tidak sesuai dengan pertanyaan
 - d) Sulit berkonsentrasi
 - e) Kehilangan alur pembicaraan
- a. Gejala Negatif (Negative Symptoms)
- 1) Afek datar (flat affect)
 - 2) Alogia
 - 3) Avolisi
 - 4) Anhedonia
 - 5) Asosialitas

6)

b. Rentang Respon Neurologis

Menurut (Stuart dalam Putra., 2020) menggambarkan respon neurobiologis skizofrenia sebagai berikut:



Gambar 2.1 Rentang Respon Neuro Biologis (Stuart dalam Putra., 2020)

5. Psikopatologi

Psikopatologi skizofrenia merupakan proses terjadinya gangguan pada fungsi otak yang menyebabkan perubahan pada cara berpikir, persepsi, emosi, perilaku, dan kemampuan bersosialisasi seseorang. Skizofrenia terjadi akibat interaksi berbagai faktor, seperti faktor genetik, biologis, dan lingkungan yang memengaruhi kerja neurotransmitter di otak, terutama dopamin dan glutamate (World Health Organization (WHO), 2025b). Gangguan tersebut menyebabkan individu mengalami kesulitan dalam membedakan antara kenyataan dan pikirannya sendiri.

Ketidakseimbangan neurotransmitter dapat mengganggu proses penghantaran informasi antarsel saraf sehingga memunculkan gejala skizofrenia, seperti halusinasi, waham, gangguan konsentrasi, afek datar, dan menarik diri dari lingkungan sosial. Pada pasien yang mengalami halusinasi pendengaran, otak menafsirkan pikiran internal sebagai suara yang berasal dari luar diri pasien, sehingga pasien dapat mendengar suara tanpa adanya sumber rangsangan yang nyata (Howes & Kapur, 2009).

6. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang pada skizofrenia dilakukan untuk membantu menegaskan diagnosis secara komprehensif, terutama dalam menyingkirkan kemungkinan adanya gangguan organik atau penyakit neurologis lain yang dapat menimbulkan gejala psikotik serupa. Meskipun diagnosis skizofrenia pada dasarnya ditegakkan melalui anamnesis dan pemeriksaan status mental, pemeriksaan penunjang tetap

memiliki peran penting dalam menilai kondisi otak, fungsi kognitif, serta kemungkinan adanya kelainan struktural atau fungsional yang mendasari munculnya gejala seperti halusinasi, waham, gangguan berpikir, serta penurunan fungsi sosial.

Menurut Dabiri, (2022) Pemeriksaan penunjang yang bias di lakukan untuk pasien skizofrenia yaitu:

a. Pemeriksaan Neuropsikologik

Pemeriksaan neuropsikologik merupakan evaluasi yang bertujuan untuk menilai fungsi kognitif pasien secara menyeluruh, meliputi perhatian, memori, fungsi eksekutif, kemampuan berbahasa, serta kemampuan pemecahan masalah.

b. CT-Scan atau MRI Otak

Pemeriksaan pencitraan seperti CT-Scan dan MRI otak dilakukan untuk menyingkirkan adanya kelainan struktural otak yang dapat menyebabkan gejala psikotik, seperti tumor, perdarahan, infark, atau kelainan perkembangan otak.

c. Elektroensefalografi (EEG)

EEG digunakan untuk menilai aktivitas listrik otak dan membantu menyingkirkan gangguan neurologis seperti epilepsi lobus temporalis yang dapat menimbulkan gejala halusinasi auditorik. Pada pasien skizofrenia, hasil EEG umumnya normal atau hanya menunjukkan kelainan non-spesifik. Meskipun demikian, pemeriksaan ini tetap

penting untuk memastikan bahwa gejala psikotik tidak disebabkan oleh aktivitas epileptiform yang tersembunyi.

7. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan skizofrenia merupakan serangkaian upaya yang dilakukan secara komprehensif untuk mengendalikan gejala psikotik, mempertahankan fungsi sosial pasien, mencegah kekambuhan, serta meningkatkan kualitas hidup pasien. Karena skizofrenia merupakan gangguan kronis, maka penatalaksanaan dilakukan dalam jangka panjang dengan melibatkan terapi farmakologis, psikososial, serta dukungan keluarga dan layanan kesehatan primer.

a. Terapi Farmakologis

Terapi farmakologis merupakan penanganan utama pada pasien skizofrenia dengan menggunakan obat antipsikotik. Obat ini bekerja dengan menyeimbangkan neurotransmitter dopamin di otak sehingga dapat mengurangi gejala positif seperti halusinasi, waham, dan gangguan pikir. Antipsikotik dibagi menjadi dua kelompok, yaitu antipsikotik generasi pertama (tipikal) seperti haloperidol dan chlorpromazine, serta antipsikotik generasi kedua (atipikal) seperti risperidone dan olanzapine. Penggunaan obat harus dilakukan secara teratur dan jangka panjang dengan pemantauan efek samping seperti sedasi, peningkatan berat badan, dan gejala ekstrapiramidal.

b. Terapi Psikososial

Terapi psikososial bertujuan membantu pasien dalam meningkatkan kemampuan berpikir, mengelola emosi, serta beradaptasi dalam kehidupan sosial. Bentuk terapi ini meliputi terapi kognitif perilaku (*Cognitive Behavioral Therapy/ CBT*) untuk membantu pasien mengenali dan mengendalikan pikiran tidak realistis, serta rehabilitasi sosial untuk melatih kemampuan komunikasi, kemandirian, dan interaksi sosial. Selain itu, pelatihan keterampilan hidup sehari-hari (*life skills training*) juga penting untuk meningkatkan kemampuan pasien dalam menjalani aktivitas mandiri.

c. Psikoedukasi Keluarga

Psikoedukasi keluarga merupakan bagian penting dalam penatalaksanaan skizofrenia. Keluarga diberikan pemahaman mengenai penyakit, gejala, pengobatan, serta cara merawat pasien di rumah. Dukungan keluarga yang baik dapat meningkatkan kepatuhan minum obat, mengurangi stigma, serta membantu mencegah kekambuhan. Keluarga juga dilatih untuk mengenali tanda-tanda awal kekambuhan agar pasien dapat segera mendapatkan penanganan.

d. Perawatan di Puskesmas

Perawatan pada tingkat pelayanan primer seperti puskesmas memiliki peran penting dalam keberlanjutan pengobatan pasien skizofrenia di masyarakat. Puskesmas berfungsi sebagai fasilitas

kesehatan yang melakukan pemantauan rutin kondisi pasien, memastikan kepatuhan minum obat, serta memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga. Selain itu, petugas kesehatan di puskesmas juga berperan dalam deteksi dini kekambuhan, melakukan kunjungan rumah (*home visit*), serta melakukan rujukan ke fasilitas kesehatan lanjutan apabila diperlukan. Dengan adanya perawatan di puskesmas, pasien skizofrenia dapat tetap terkontrol dalam lingkungan sosialnya dan mengurangi risiko kekambuhan (Diagnostic et al., 2026)

B. Konsep Kepatuhan Minum Obat

1. Pengertian Kepatuhan Minum Obat

Kepatuhan minum obat (*medication adherence*) merupakan perilaku pasien dalam mengonsumsi obat sesuai dengan anjuran tenaga kesehatan yang meliputi ketepatan jenis obat, dosis, waktu, frekuensi, dan lamanya pengobatan yang telah ditetapkan. Kepatuhan minum obat tidak hanya berarti pasien mengonsumsi obat secara rutin, tetapi juga menunjukkan keterlibatan pasien dalam mengikuti seluruh program terapi yang bertujuan untuk mencapai hasil pengobatan yang optimal. (Dabiri, 2022).

2. Tujuan Kepatuhan Minum Obat

- a. Tujuan penerapan kepatuhan minum obat pada pasien skizofrenia adalah:
 - 1) Mengontrol dan mengurangi gejala skizofrenia, terutama halusinasi pendengaran.

- 2) Mencegah terjadinya kekambuhan penyakit.
- 3) Mempertahankan kestabilan kondisi mental pasien.
- 4) Meningkatkan kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari.
- 5) Mengurangi angka rawat ulang dan komplikasi akibat ketidakpatuhan pengobatan.
- 6) Meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarga.

3. Prinsip-Prinsip Kepatuhan Minum Obat

a. Dalam penerapan kepatuhan minum obat terdapat beberapa prinsip yang perlu diperhatikan, yaitu:

- 1) Benar pasien, yaitu memastikan obat diberikan kepada pasien yang tepat.
- 2) Benar obat, yaitu obat yang dikonsumsi sesuai dengan resep tenaga kesehatan.
- 3) Benar dosis, yaitu jumlah obat yang diminum sesuai anjuran.
- 4) Benar waktu, yaitu obat diminum sesuai jadwal yang telah ditentukan.
- 5) Benar cara pemberian, yaitu mengikuti petunjuk penggunaan obat.
- 6) Benar lama pengobatan, yaitu tetap melanjutkan pengobatan sesuai instruksi meskipun gejala sudah berkurang.

4. Tahapan Pelaksanaan Terapi Kepatuhan Minum Obat

Pelaksanaan terapi kepatuhan minum obat merupakan intervensi yang dilakukan secara bertahap agar pasien mampu membentuk kebiasaan

mengonsumsi obat secara mandiri dan berkelanjutan. Tahapan ini dapat diterapkan di wilayah kerja puskesmas dan melibatkan keluarga sebagai pendamping utama pasien.

a. Tahap Pengkajian

Pada tahap ini tenaga kesehatan melakukan identifikasi terhadap kondisi pasien yang meliputi riwayat pengobatan, tingkat kepatuhan, pengetahuan pasien mengenai obat yang dikonsumsi, hambatan yang dialami, efek samping obat, serta dukungan keluarga yang dimiliki pasien.

Hal-hal yang dikaji meliputi:

- 1) Jenis dan jadwal obat yang dikonsumsi.
- 2) Riwayat lupa minum obat.
- 3) Alasan pasien menghentikan pengobatan.
- 4) Efek samping yang dirasakan.
- 5) Dukungan keluarga.
- 6) Frekuensi kontrol ke fasilitas kesehatan.

b. Tahap Edukasi

Tahap edukasi bertujuan meningkatkan pemahaman pasien dan keluarga mengenai pentingnya pengobatan jangka panjang.

Materi edukasi meliputi:

- 1) Pengertian skizofrenia.
- 2) Manfaat minum obat secara teratur.
- 3) Risiko apabila menghentikan obat tanpa anjuran tenaga kesehatan.

- 4) Cara mengatasi efek samping ringan.
- c. Pentingnya kontrol rutin ke fasilitas kesehatan.
- d. Tahap Pelaksanaan Terapi Kepatuhan Minum Obat

Pelaksanaan terapi dilakukan dengan melatih pasien agar terbiasa meminum obat sesuai jadwal yang telah ditetapkan.

Langkah-langkah pelaksanaan terapi meliputi:

- 1) Menjelaskan nama, manfaat, dosis, dan jadwal obat kepada pasien.
 - 2) Menyusun jadwal minum obat yang mudah dipahami pasien.
 - 3) Mengajarkan penggunaan alat bantu pengingat, seperti kalender, tabel ceklis, alarm telepon genggam, atau kotak obat.
 - 4) Melibatkan keluarga untuk mengingatkan, mendampingi, dan mengawasi pasien saat minum obat.
 - 5) Mendorong pasien untuk melaporkan apabila muncul efek samping obat.
 - 6) Mengingatkan pasien agar tidak menghentikan penggunaan obat tanpa berkonsultasi dengan dokter atau tenaga kesehatan.
- e. Tahap Monitoring dan Evaluasi

Tahap evaluasi dilakukan untuk mengetahui keberhasilan terapi kepatuhan minum obat.

Aspek yang dievaluasi meliputi:

- 1) Keteraturan pasien minum obat.
- 2) Kepatuhan terhadap jadwal kontrol.
- 3) Penurunan frekuensi kekambuhan.

- 4) Kemampuan pasien mengenali manfaat pengobatan.
- 5) Keterlibatan keluarga dalam pendampingan.

f. Indikator Keberhasilan Kepatuhan Minum Obat

Indikator keberhasilan kepatuhan minum obat antara lain:

- 1) Pasien mampu menyebutkan nama dan jadwal obat yang dikonsumsi.
- 2) Pasien meminum obat sesuai dosis dan waktu yang telah ditentukan.
- 3) Pasien melakukan kontrol rutin ke fasilitas pelayanan kesehatan.
- 4) Frekuensi kekambuhan menurun.
- 5) Gejala halusinasi berkurang atau terkontrol.
- 6) Keluarga berpartisipasi aktif dalam pengawasan pengobatan.

g. Peran Keluarga dalam Meningkatkan Kepatuhan Minum Obat

Keluarga memiliki peran penting dalam keberhasilan terapi pengobatan pasien skizofrenia. Bentuk dukungan keluarga dapat berupa dukungan emosional, pengawasan minum obat, pengingat jadwal kontrol, pemberian motivasi, serta membantu pasien mengatasi hambatan selama menjalani pengobatan.

Keterlibatan keluarga secara aktif dapat meningkatkan kepatuhan pasien dalam menjalani terapi sehingga risiko kekambuhan dapat diminimalkan dan kualitas hidup pasien menjadi lebih baik.

5. SOP (Standar Operasional Prosedur) Kepatuhan Minum Obat

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)

KEPATUHAN MINUM OBAT UNTUK MENGONTROL

HALUSINASI PENDENGARAN

Komponen	Uraian Prosedur
Pengertian	Suatu tatalaksana sistematis untuk memastikan pasien skizofrenia mengonsumsi obat antipsikotik secara mandiri, tepat, dan teratur sesuai dosis dan jadwal guna mengontrol gejala halusinasi pendengaran.
Tujuan	1. Mengontrol, menurunkan, dan menghilangkan intensitas gejala halusinasi pendengaran. 2. Mencegah terjadinya kekambuhan (<i>relaps</i>) pada pasien skizofrenia. 3. Meningkatkan pemahaman pasien dan keluarga mengenai pentingnya prinsip 6 Benar pemberian obat. 4. Membangun kemandirian pasien dalam manajemen terapi psikofarmaka.
Kebijakan	Menjadi acuan bagi perawat dalam melaksanakan intervensi keperawatan jiwa, khususnya dalam pemenuhan kebutuhan kepatuhan minum obat pada pasien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran.
Petugas	Perawat Jiwa / Perawat Pelaksana.
Peralatan	1. Obat antipsikotik sesuai resep dokter (misal: Haloperidol, Chlorpromazine, Trhexyphenydl). 2. Logbook / Lembar kontrol minum obat (KMO). 3. Media edukasi (brosur/leaflet obat jika diperlukan). 4. Air minum secukupnya.
Prosedur Pelaksanaan	A. Tahap Pra-Interaksi 1. Cek catatan keperawatan/rekam medis terkait instruksi terapi obat pasien. 2. Siapkan obat sesuai dengan dosis yang dijadwalkan. 3. Siapkan lembar kontrol minum obat. B. Tahap Orientasi 1. Berikan salam terapeutik dan panggil pasien dengan nama kesukaannya. 2. Validasi kondisi pasien hari ini (tanyakan apakah

	suara-suara halusinasi masih terdengar). 3. Jelaskan tujuan pertemuan, yaitu untuk membantu pasien minum obat guna mengontrol suara-suara tersebut. 4. Buat kontrak waktu dan tempat. C. Tahap Kerja 1. Diskusikan dengan pasien manfaat minum obat dan kerugian jika tidak patuh minum obat. 2. Latih pasien menerapkan prinsip 6 Benar pemberian obat: Benar Pasien, Benar Obat, Benar Dosis, Benar Rute/Cara, Benar Waktu, dan Benar Dokumentasi. 3. Edukasi pasien mengenai jenis obat, warna obat, fungsi obat, serta efek samping yang mungkin timbul (seperti mulut kering, mengantuk, kaku otot) dan cara mengatasinya. 4. Bantu pasien minum obat dan pastikan obat benar-benar ditelan (periksa rongga mulut jika diperlukan) 5. Berikan pujian positif atas kerja sama pasien dalam minum obat. 6. Masukkan jadwal minum obat ke dalam jadwal kegiatan harian pasien. D. Tahap Terminasi 1. Evaluasi subjektif: Tanyakan perasaan pasien setelah minum obat dan berdiskusi. 2. Evaluasi objektif: Minta pasien menyebutkan kembali waktu/jadwal minum obatnya. 3. Rencana tindak lanjut: Anjurkan pasien untuk meminta obat kepada petugas/keluarga jika waktu minum obat telah tiba. 4. Lakukan dokumentasi tindakan (pemberian obat, dosis, respon pasien, dan tingkat kepatuhan).
--	---

C. Konsep asuhan keperawatan halusinasi

1. Pengkajian

Pengkajian adalah proses untuk tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan terdiri dari pengumpulan data dan perumusan kebutuhan atau masalah pasien. Data yang dikumpulkan melalui data

biologis, psikologis, sosial dan spiritual. Kemudian data yang di peroleh dapat dikelompokkan menjadi dua macam yaitu:

- a. Data objektif adalah data yang di temukan secara nyata. Data ini didapatkan melalui observasi atau pemeriksaan langsung oleh perawat.
- b. Data subjektif adalah data yang disampaikan secara lisan oleh klien dan keluarga. Data ini di peroleh melalui wawancara perawat kepada klien dan keluarga. Data langsung didapat oleh perawat disebut data primer, dan data yang di ambil dari hasil catatan lain sebagai data sekunder.

Pengelompokan data pengkajian kesehatan jiwa, dapat berupa faktor presipitasi, penilaian terhadap stressor, sumber koping dan kemampuan dimiliki (Purba,2020)

Adapun isi dari pengkajian tersebut adalah:

1) Identitas Klien

Meliputi nama klien, umur, jenis kelamin, status perkawinan, Agama, tanggal MRS, informan, tanggal pengkajian, dan alamat klien.

2) Keluhan Utama

Keluhan utama biasanya berupa bicara sendiri, tertawa sendiri, senyum sendiri, menarik diri dari orang lain, tidak dapat membedakan yang nyata dan tidak nyata, ekspresi muka tegang mudah tersinggung, jengkel dan marah ketakutan biasa terdapat

disorientasi waktu tempat dan orang, tidak dapat mengurus diri dan tidak melakukan kegiatan sehari-hari.

3) Aspek Fisik

Hasil pengukuran tanda vital (TD, nadi, suhu, pernapasan, TB, BB) dan keluhan fisik yang dialami oleh klien. Terjadi peningkatan denyut jantung pernapasan dan tekanan darah.

4) Psikososial

a) Genogram: Dapat tergambar apakah ada anggota keluarga yang sebelumnya mempunyai riwayat gangguan jiwa, pola komunikasi pasien apakah terganggu.

b) Konsep diri: Gambaran diri pasien terkadang mengeluh dengan keadaan tubuhnya, apakah ada bagian yang disukai atau tidak disukai.

c) Hubungan social: Apakah pasien kurang dihargai di lingkungan sekitar dan keluarga nya.

d) Spiritual: Kegiatan ibadah pasien pada saat sakit apakah terganggu atau sangat berlebihan.

5) Status Mental

a) Penampilan : Terkadang penampilan pasien terlihat tidak rapih dan tidak serasi.

b) Pembicaraan: Dalam pembicaraan biasanya pasien terlihat berbicara terbelit-belit.

- c) Aktivitas motoric: Meningkat atau menurun, terlihat beberapa gerakan pasien yang tidak normal.
 - d) Alam perasaan: Emosi yang berkelanjutan misalnya sedih, dan putus asa.
 - e) Afek: Afek yang terlihat pada pasien ialah tumpul, datar, tidak sesuai.
 - f) Interaksi selama wawancara: Selama berkomunikasi dengan pasien terlihat sikap pasien tampak komat kamit, tertawa sendiri, tidak nyambung dengan pembicaraan.
 - g) Persepsi: Halusinasi pada pasien. Data yang muncul adalah berbicara atau tertawa dengan sendiri, dan menghindari dari orang sekitar, pasien tidak bisa membedakan nyata atau tidak, curiga, bermusuhan, takut, muka terlihat tegang.
 - h) Proses pikir: Pasien seringkali tidak bisa menyusun pembicaraan yang benar.
 - i) Isi pikir: Pendapat pasien tidak sesuai dengan pengetahuan dan latar belakang budaya pasien.
 - j) Tingkat kesadaran: Seringkali pasien mengalami bingung oleh orang, tempat, waktu
- 6) Memori Pasien mengalami gangguan daya ingat seperti mudah lupa, tidak gampang tertarik. Pasien seringkali menanyakan waktu, menanyakan tugasnya apakah sudah dikerjakan dengan baik.

7) Daya tilik diri: Pasien tidak bisa mengambil keputusan, merasa kehidupan nya sangat sulit, situasi inilah mempengaruhi motivasinya.

8) Mekanisme Koping

Apabila mendapat masalah, pasien takut atau tidak mau menceritakan kepada orang lain (koping menarik diri). Mekanisme koping yang digunakan pasien sebagai usaha mengatasi kecemasan yang merupakan suatu kesepian nyata yang mengancam dirinya. Mekanisme koping yang sering digunakan pada halusinasi adalah:

- a) Regresi : menjadi malas beraktivitas sehari-hari.
- b) Proyeksi: menjelaskan perubahan suatu persepsi dengan berusaha untuk mengalihkan tanggung jawab kepada orang lain.
- c) Menarik diri: sulit mempercayai orang lain dan asyik dengan stimulus internal.

9) Aspek Medis

Terapi yang diterima klien bisa berupa terapi farmakologi psikomotor terapi okupasional, dan rehabilitas.

2. Diagnosa Keperawatan

Menurut (PPNI, 2017) diagnosa keperawatan adalah suatu penilaian klinis mengenai respons pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung actual maupun

potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons pasien individu, keluarga, dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan.

Diagnosa keperawatan yang biasanya muncul pada pasien dengan Halusinasi adalah Gangguan Persepsi Sensori:

Halusinasi Pendengaran (D.0085) b.d Mendengar Suara Bisikan

3. Intervensi Keperawatan

Menurut PPNI (2019), intervensi keperawatan adalah segala bentuk terapi yang dikerjakan oleh perawat berdasarkan pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai tujuan yang diharapkan. Intervensi utama yang digunakan untuk mengatasi masalah gangguan persepsi sensori adalah Manajemen Halusinasi (I.09288) yang diintegrasikan dengan langkah-langkah Strategi Pelaksanaan (SP 1-4) sebagai berikut:

- a. Diagnosa: Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran (D.0085)
- b. Luaran Utama (SLKI): Persepsi Sensori Membaik (L.09083) Setelah dilakukan asuhan keperawatan, diharapkan persepsi sensori membaik dengan kriteria hasil:
 - 1) Verbalisasi mendengar bisikan menurun.
 - 2) Perilaku halusinasi menurun.
 - 3) Melamun menurun.
 - 4) Orientasi realita membaik (pasien mampu fokus pada aktivitas nyata).

- c. Intervensi Utama (SIKI): Manajemen Halusinasi (I.09288) Tindakan yang dilakukan mencakup penerapan Strategi Pelaksanaan (SP 1-4):

SP 1: Mengenal Halusinasi dan Latihan Menghardik

- 1) Membantu pasien mengenali halusinasi (isi, waktu, frekuensi, situasi pencetus, dan perasaan).
- 2) Melatih pasien cara mengontrol halusinasi dengan teknik menghardik.
- 3) Memasukkan latihan ke dalam jadwal kegiatan harian.

SP 2: Penggunaan Obat Secara Teratur

- 1) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien.
- 2) Melatih pasien prinsip 6 benar minum obat (Jenis, Dosis, Waktu, Cara, Pasien, Dokumentasi).
- 3) Memasukkan kegiatan minum obat ke dalam jadwal harian.

SP 3: Bercakap-cakap dengan Orang Lain

- 1) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien.
- 2) Melatih pasien mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain saat suara muncul untuk mengalihkan fokus.
- 3) Memasukkan kegiatan bercakap-cakap ke dalam jadwal harian.

SP 4: Penerapan Aktivitas Terjadwal

- 1) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien.
- 2) Menjelaskan manfaat aktivitas terjadwal untuk mencegah munculnya halusinasi akibat waktu kosong.

- 3) Melatih pasien menyusun jadwal aktivitas harian secara mandiri dari bangun pagi hingga tidur malam.
- 4) Memasukkan aktivitas terjadwal ke dalam jadwal harian secara konsisten.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan dilakukan sesuai dengan rencana tindakan keperawatan. Perawat harus dengan cepat menentukan apakah rencana tindakan tersebut masih diperlukan dan sesuai untuk pasien pada saat ini sebelum melanjutkan dengan aktivitas yang dijadwalkan. Setiap tindakan yang telah dilakukan dan reaksi pasien dicatat.

Menurut Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), luaran utama untuk diagnosa halusinasi adalah Persepsi Sensori (L.09083).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan apakah pasien telah memenuhi hasil yang diharapkan. Kriteria hasil yang telah ditentukan dalam perencanaan dan menjadikan standar untuk menilai apakah masalah keperawatan sudah teratasi atau belum (Fitriani, 2021). Evaluasi didasarkan pada pendekatan SOAP, sebagai berikut :

S (Subjektif): Respon subjektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan dapat diukur dengan menanyakan langsung kepada pasien.

O (Objektif): Respon objektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan dapat diukur dengan mengobservasi perilaku pasien pada saat tindakan dilakukan.

A (Analisis): Analisa ulang atas data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap atau muncul masalah baru atau ada data yang kontraindikasi dengan masalah yang ada.

P (Planning): Jika pasien mencapai target, pertahankan kondisinya jika tidak, lakukan intervensi sampai pasien mencapai target.

Lanjutkan intervensi SP 4 (Pantau kepatuhan pasien dalam menjalankan jadwal aktivitas harian yang telah disusun)

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode penelitian deskriptif dengan pendekatan studi kasus. Penelitian ini memfokuskan pada individu dengan diagnosa skizofrenia yang mengalami halusinasi pendengaran guna dipelajari secara mendalam dan rinci, khususnya terkait kepatuhan minum obat. Peneliti akan menganalisis berbagai aspek yang terkait dengan unit tersebut, termasuk faktor-faktor yang mempengaruhinya, kejadian yang berhubungan, serta respons pasien terhadap intervensi kepatuhan minum obat yang diberikan di wilayah kerja Puskesmas Malaimsimsa.

Pendekatan yang digunakan dalam studi kasus ini adalah proses asuhan keperawatan yang meliputi lima tahapan sistematis:

- Pengkajian: Mengumpulkan data riwayat kesehatan, pola minum obat, dan kondisi terkini pasien.
- Perumusan Diagnosis Keperawatan: Menetapkan masalah berdasarkan gejala halusinasi dan tingkat kepatuhan obat yang ditemukan.
- Penyusunan Rencana Intervensi: Menyusun strategi edukasi dan pemantauan patuh obat (prinsip benar obat).
- Pelaksanaan Implementasi: Melaksanakan tindakan edukasi, motivasi, dan pendampingan minum obat sesuai rencana.

- Evaluasi: Menilai efektivitas kepatuhan minum obat dalam mengontrol halusinasi pendengaran pasien.

A. Subjek Penelitian

Subjek yang digunakan dalam studi kasus ini adalah individu yang mengalami masalah keperawatan yang jiwa yang akan diteliti secara rinci dan mendalam, yaitu pasien skizofrenia dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran yang memerlukan intervensi kepatuhan minum obat di wilayah kerja Puskesmas Malaimsimsa.

Penentuan subjek studi kasus didasarkan pada kriteria sebagai berikut:

1. Kriteria Inklusi

- Pasien yang telah terdiagnosa medis skizofrenia oleh dokter.
- Pasien yang mengalami masalah keperawatan utama gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran.
- Pasien yang mendapatkan terapi obat antipsikotik rutin dari Puskesmas Malaimsimsa.
- Pasien dalam kondisi stabil, kooperatif, dan mampu berkomunikasi dua arah.
- Pasien dan keluarga (sebagai PMO/Pengawas Minum Obat) yang bersedar menjadi subjek penelitian dan menandatangani informed consent.
- Pasien yang berdomisili di wilayah kerja Puskesmas Malaimsimsa.

2. Kriteria Eksklusi

- Pasien skizofrenia dengan gangguan fisik berat atau komorbiditas yang menghambat proses komunikasi dan edukasi obat.
- Pasien yang mengalami gangguan pendengaran berat sehingga tidak dapat merespons intervensi verbal.
- Pasien yang mengalami perubahan terapi obat secara drastis oleh dokter selama periode penelitian berlangsung.
- Pasien atau keluarga yang memutuskan untuk mengundurkan diri atau pindah alamat ke luar wilayah kerja Puskesmas Malaimsimsa selama periode asuhan keperawatan dilakukan.

B. Definisi Operasional

Definisi operasional dalam penelitian ini disusun untuk menjelaskan fokus studi secara operasional dalam konteks studi kasus:

1. Skizofrenia: Merupakan gangguan jiwa berat yang seringkali meliputi gangguan proses pikir, emosi, dan perilaku, di mana perasaan pasien dirusak oleh hal-hal yang tidak sesuai dengan kenyataan.
2. Halusinasi Pendengaran: Salah satu tanda dan gejala pada pasien skizofrenia berupa persepsi sensori mendengar suara atau bisikan tanpa adanya rangsangan eksternal yang nyata. Penurunan frekuensi dan intensitas suara ini menjadi indikator keberhasilan intervensi.

3. Kepatuhan Minum Obat: Intervensi keperawatan berupa edukasi, latihan, dan pemantauan penggunaan obat antipsikotik secara disiplin menggunakan prinsip "Benar Obat" (benar pasien, benar obat, benar dosis, benar rute, benar waktu, benar dokumentasi, dan benar kontinuitas) guna mencegah kekambuhan dan mengontrol gejala halusinasi.

C. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian studi kasus ini akan dilaksanakan di wilayah kerja Puskesmas Malaimsimsa, Kota Sorong. Adapun pelaksanaannya dilaksanakan selama 12 hari. Dalam rentang waktu tersebut, peneliti akan melakukan kunjungan rutin kepada subjek untuk melaksanakan tahapan proses keperawatan, mulai dari pengkajian hingga evaluasi hasil penerapan kepatuhan minum obat.

D. Prosedur Penelitian

Prosedur penelitian ini dilakukan secara sistematis melalui tahapan sebagai berikut:

1. Tahap Persiapan

- Perizinan: Mengurus surat izin penelitian dari institusi Politeknik Kesehatan Kemenkes Sorong, yang kemudian diajukan ke Kepala Puskesmas Malaimsimsa.
- Koordinasi: Melakukan pertemuan dengan pemegang program kesehatan jiwa di Puskesmas Malaimsimsa untuk mengidentifikasi calon subjek yang memenuhi kriteria inklusi.

- Persiapan Instrumen: Menyiapkan alat pengumpulan data seperti format pengkajian jiwa, lembar observasi halusinasi, dan *pills count* / lembar monitoring minum obat.
- Identifikasi dan Validasi Pasien: Melakukan skrining dan pengkajian awal pada pasien untuk memastikan kondisi halusinasi pendengaran dan masalah kepatuhan obatnya.
- Kontrak Pertemuan: Menyiapkan jadwal pertemuan sebanyak 12 hari (2 minggu) dengan fokus utama pada edukasi dan kepatuhan obat (SP 2).

2. Tahapan Pelaksanaan

Pelaksanaan intervensi dilakukan selama 2 minggu dengan rincian kunjungan sebagai berikut:

- Hari Ke-1 (MHSP): Membina Hubungan Saling Percaya (MHSP) dengan pasien dan keluarga, menjelaskan tujuan penelitian, serta meminta persetujuan tertulis (informed consent).
- Hari Ke-2 s/d Ke-3 (Pengkajian): Melakukan wawancara dan observasi mendalam mengenai karakteristik halusinasi (jenis, isi, waktu, frekuensi) serta riwayat dan pola konsumsi obat pasien sebelumnya.
- Hari Ke-4 (SP 1): Melatih cara mengontrol halusinasi pertama yaitu teknik menghardik sebagai modalitas awal.
- Hari Ke-5 (SP 2 - Intervensi Utama): Mengevaluasi kemampuan menghardik, memberikan edukasi mendalam mengenai pentingnya

obat, dosis, waktu, manfaat, serta akibat jika putus obat (Prinsip Benar Obat), dan menyusun jadwal minum obat bersama PMO (keluarga).

- Hari Ke-6 (SP 3): Mengevaluasi kepatuhan minum obat dan melatih cara ketiga mengontrol halusinasi yaitu bercakap-cakap dengan orang lain.
- Hari Ke-7 (SP 4): Mengevaluasi SP 1 - SP 3 serta melatih cara mengontrol halusinasi dengan aktivitas terjadwal untuk mendukung rutinitas harian pasien.
- Hari Ke-8 s/d Ke-11 (Pemantauan): Memantau konsumsi obat secara berkala melalui lembar monitoring obat (kotak obat/log book) dan mengevaluasi dampaknya terhadap intensitas halusinasi.

3. Tahap Akhir (Evaluasi Akhir)

- Hari Ke-12: Peneliti melakukan penilaian akhir terhadap penurunan tanda gejala halusinasi, menganalisis tingkat kepatuhan minum obat pasien melalui rekapitulasi lembar monitoring, memberikan penguatan (reinforcement) positif, serta melakukan terminasi akhir (berpamitan) kepada pasien dan keluarga.

E. Metode dan Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen penelitian yang digunakan dalam studi kasus ini terdiri dari:

1. Format Pengkajian Keperawatan Jiwa: Digunakan untuk mengumpulkan data identitas, keluhan utama, faktor predisposisi, status mental, hingga mekanisme coping pasien.

2. Lembar Kuesioner
3. Alat Tulis dan Media Edukasi: Peneliti menyiapkan pulpen, kotak obat (pill box), atau media lembar balik/poster mengenai 6 prinsip benar minum obat.

F. Keabsahan Data

Peneliti menggunakan teknik Triangulasi untuk menjamin validitas dan keabsahan data dalam studi kasus ini:

- Triangulasi Sumber: Pengumpulan data dilakukan dari pasien skizofrenia (data primer), keluarga sebagai Pengawas Minum Obat (PMO), serta petugas pemegang program jiwa di Puskesmas Malaimsimsa mengenai riwayat kepatuhan obat dan rekam medis pasien.
- Triangulasi Teknik: Menggunakan kombinasi wawancara, observasi langsung perilaku pasien saat halusinasi muncul, serta studi dokumentasi catatan pengambilan obat di Puskesmas Malaimsimsa.
- Triangulasi Waktu: Melakukan pengamatan secara berulang dalam kurun waktu 2 minggu kunjungan untuk melihat konsistensi kepatuhan obat dan stabilitas penurunan gejala halusinasi dari hari ke hari.

G. Prinsip Etika Penelitian

Peneliti menerapkan prinsip-prinsip etika keperawatan menurut PPNI (2022) sebagai berikut:

1. Autonomy (Otonomi): Menghargai hak pasien dan keluarga dengan memberikan kebebasan memilih melalui Informed Consent setelah menjelaskan tujuan dan manfaat program patuh obat.
2. Beneficence (Berbuat Baik): Memastikan intervensi edukasi obat memberikan manfaat optimal dalam mengontrol halusinasi dan mencegah kekambuhan pasien.
3. Non-Maleficence (Tidak Merugikan): Menjamin edukasi dan pemantauan obat tidak memberikan tekanan psikologis. Jika pasien menolak atau mengalami efek samping obat, peneliti berkoordinasi dengan Puskesmas tanpa memaksa secara kasar.
4. Confidentiality (Kerahasiaan): Menjaga kerahasiaan seluruh rekam medis, riwayat pengobatan, dan hasil observasi hanya untuk kepentingan ilmiah/KTI.
5. Anonymity (Tanpa Nama): Menyamarkan identitas asli pasien dengan menggunakan kode atau inisial (misalnya: Tn. A / Ny. B) pada laporan penelitian.
6. Veracity (Kejujuran): Menyampaikan informasi yang jujur mengenai efek samping obat yang mungkin timbul serta pentingnya kepatuhan jangka panjang kepada pasien dan keluarga.

H. Analisis Data

Proses analisis data dilakukan sejak di lapangan hingga asuhan keperawatan selesai melalui langkah-langkah:

1. Pengumpulan Data (Data Collection): Mengumpulkan data primer dan sekunder dari wawancara, observasi gejala halusinasi, dan catatan lembar kendali minum obat selama 2 minggu.
2. Reduksi Data (Data Reduction): Memilah data relevan yang fokus pada tanda gejala halusinasi pendengaran dan perilaku kepatuhan/ketidakpatuhan obat, lalu mengelompokkannya sesuai Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI).
3. Penyajian Data (Data Display): Menyajikan data secara deskriptif kronologis dalam bentuk narasi asuhan keperawatan disertai tabel perkembangan kepatuhan obat dan grafik/tabel penurunan intensitas halusinasi.
4. Penarikan Kesimpulan (Conclusion Drawing): Membandingkan kondisi kontrol halusinasi sebelum dan setelah intervensi kepatuhan minum obat berdasarkan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) untuk menilai efektivitas penerapan kepatuhan obat di Puskesmas Malaimsimsa

BAB IV

PEMBAHASAN

A. Hasil Laporan Kasus

1. Gambaran Lokasi penelitian

a) Profil Puskesmas Malaimsimsa Kota Sorong

Puskesmas Malaimsimsa secara resmi berdiri pada tahun 2018 dan terletak di Jalan Tanjung Dofior, Kelurahan Klabulu, Kecamatan Malaimsimsa, Kota Sorong, Provinsi Papua Barat Daya, di bawah pimpinan dr. Kartini W. O. Polii. Secara geografis, wilayah kerja puskesmas ini memiliki batas-batas wilayah yang meliputi Distrik Maladom di sebelah utara, Distrik Sorong di sebelah timur, Distrik Manoi di sebelah selatan, serta Distrik Sorong Utara di sebelah barat. Selain memiliki batas wilayah yang strategis tersebut, wilayah kerja Puskesmas Malaimsimsa secara administratif mencakup empat kelurahan binaan, yaitu Kelurahan Klabulu, Kelurahan Klagete, Kelurahan Malangkedi, dan Kelurahan Malamso.

2. Pelayanan yang berada di Puskesmas Malaimsimsa Kota Sorong

a) Pelayanan dalam gedung Puskesmas Malaimsimsa

- 1) Pelayanan Pemeriksaan Umum
- 2) Pelayanan Pemeriksaan Lansia
- 3) Pelayanan Pemeriksaan Gigi dan Mulut

- 4) Pelayanan Konsultasi Gizi
 - 5) Pelayanan Konseling Terpadu
 - 6) Pelayanan Klinik Sanitasi
 - 7) Pelayanan Program Pengelolaan Penyakit Kronis (Prolanis)
 - 8) Pelayanan KIA, KB dan Imunisasi
 - 9) Pelayanan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit (P2P)
 - 10) Pelayanan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS)
 - 11) Pelayanan Ruang Farmasi (Apotek)
 - 12) Pelayanan Laboratorium Klinis
 - 13) Pelayanan Ruang Tindak Gawat Darurat
- b) Pelayanan luar gedung Puskesmas Malaimsimsa
- 1) Pelayanan Pos Lansia
 - 2) Pelayanan Posyandu Balita (Gizi, Imunisasi, KIA)
 - 3) Pelayanan Posbindu dan Penyakit Tidak Menular (PTM)
 - 4) Pelayanan Skrining Lapangan *Mobile* Infeksi Menular Seksual (IMS)
 - 5) Pelayanan Monitoring Faktor Risiko Penyakit Tidak Menular (PTM)
 - 6) Pelayanan Pemberian Obat Pencegahan Massal Kaki Gajah (Filariasis)
 - 7) Pelayanan Promosi Kesehatan dan Kesehatan Lingkungan
 - 8) Pelayanan Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) dan Usaha Kesehatan Gigi Sekolah (UKGS)

**FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN JIWA PROGRAM STUDI
DIPLOMA III KEPERAWATAN SORONG**

Nama Mahasiswa : Geby Pundoko

NIM: 31440123013

A. PENGKAJIAN

Tanggal Pengkajian : 11 Juni 2026
Nomor Register : 02032902
Ruangan Rawat : Puskesmas Malaimsimsa
Tanggal Dirawat PKM : Januari 2020
Diagnosa Medik : Halusinasi Pendengaran

1. IDENTITAS PASIEN

Inisial : Tn. R
Umur : 50 Tahun
Jenis Kelamin : Laki-laki
Status Perkawinan : Menikah
Agama : Islam
Suku Bangsa : Buton
Pendidikan : SMA
Alamat : Jl. Pendidikan KM 8
Sumber Informasi : Klien

2. ALASAN MASUK

Keluarga klien mengatakan awalnya saat menginjak usia 1 tahun 6 bulan Tn.R terjatuh dari tangga rumah kemudian di periksa dan sempat melakukan rontgen dan dokter yang menangani menyampaikan bahwa ada tulang yang sedikit menonjol masuk ke dalam, Saat itu tahun 1978, keluarga mengatakan bahwa mengira anaknya hanya sakit biasa tetapi saat klien menginjak umur ke 22 tahun klien mulai mengalami perubahan perilaku yang tidak biasanya. Klien nampak selalu tersenyum sendiri, tertawa sendiri bahkan berbicara sendiri. Dan itu berlangsung sudah sejak tahun 2001 hingga saat ini.

3. FAKTOR PREDISPOSISI

a. Pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu?

(✓) Ya () Tidak

b. Pengobatan sebelumnya?

() Berhasil (✓) Kurang Berhasil () Tidak Berhasil ()

c. Pelaku/Usia Korban/Usia Saksi/Usia

Trauma	Pelaku/Usia	Korban/Usia	Saksi/Usia
Aniaya fisik	(✓) (50)	(✓) (15)	(-) (-)
Aniaya seksual	(-) (-)	(-) (-)	(-) (-)
Penolakan	(-) (-)	(-) (-)	(-) (-)
Kekeraasan dlm kel	(✓) (50)	(✓) (15)	(-) (-)
Tindakan criminal	(-) (-)	(-) (-)	(-) (-)

Jelaskan a, b, dan c :

informasi dari anak klien bahwa Tn. S sebagai ayahnya pernah melakukan aniaya fisik dan juga tindakan kekerasan dalam keluarga.

Masalah Keperawatan : Resiko Perilaku Kekerasan

- d. Adakah anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa (✓) Tidak

Masalah Keperawatan : Halusinasi Pendengaran

Hubungan keluarga	Gejala	Riwayat pengobatan/perawatan
Anak dari Klien sendiri (Anak Perempuan Klien)	Gejala yang di alami anak klien juga sama persis yaitu sering mendengarkan suara-suara bisikan	Ada riwayat pengobatan waktu dia masih di kampung halamannya jawa.

- e. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan:

Klien mengatakan waktu bekerja di toko emas di dekat rumahnya tiba-tiba di berhentikan oleh pemilik toko emas tanpa alasan yang jelas. Sehingga membuat klien pikiran akan hal tersebut.

Masalah Keperawatan : Harga Diri Rendah

4. FAKTOR PRESIPITASI

Jelaskan peristiwa/kejadian pencetus klien mengalami perubahan perilaku/kambuh :

- a. Keluarga klien mengatakan klien mulai mengalami perubahan saat dia sudah tiba di sorong. Berjalannya waktu dia obatnya habis dan dia tidak pernah mengambil obat atau membelinya akhirnya keluarga membawa klien untuk berobat di Puskesmas malaimsima.

- b. Keluarga mengatakan sesekali klien masih tersenyum bahkan menyendiri dan berbicara sendiri di waktu-waktu tertentu

Masalah Keperawatan : Halusinasi Pendengaran

5. PEMERIKSAAN FISIK

- a. Tanda vital

TD : 130/70 mmhg

S : 36,7°

- b. Ukur :

TB : 170

BB : 71 kg

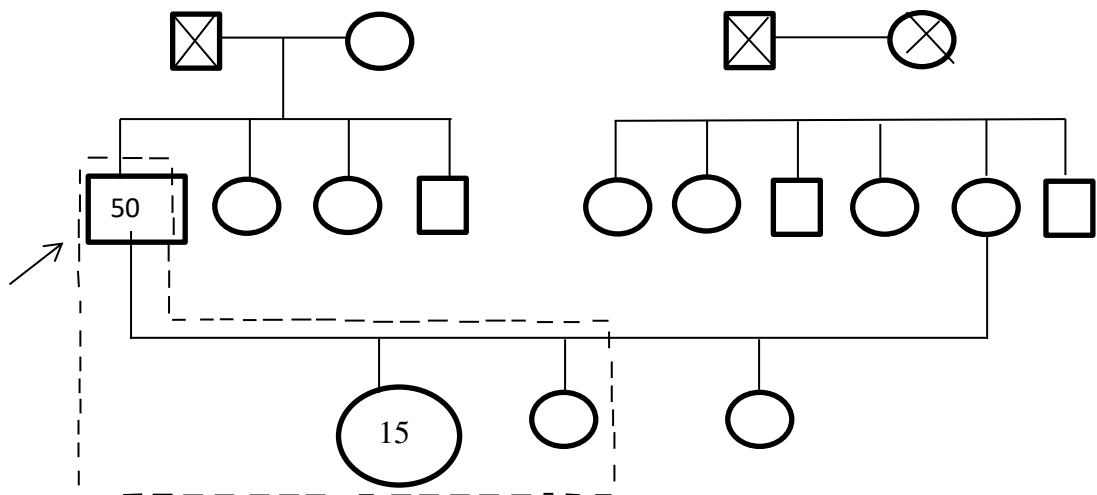
- c. Keluhan Fisik : (-) Ya (✓) Tidak

Jelaskan : Klien mengatakan tidak memiliki keluhan sakit pada area fisiknya.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

6. PSIKOSOSIAL

Genogram :



Keterangan:



: Laki-laki



: Perempuan



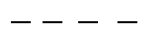
: Meninggal



: Klien



: Garis keturunan



: Orang yang tinggal serumah

Jelaskan:

Klien mengatakan dalam keluarga klien, Ayah klien sudah meninggal namun ibu masih hidup .Sementara itu Ayah dan ibu dari isteri keduanya sudah meninggal dunia. Isteri klien merupakan anak pertama dari 4

bersaudara. Isteri klien merupakan anak ke-5 dari 6 bersaudara, anak klien sendiri merupakan anak pertama dari 3 bersaudara perempuan dimana anak klien juga mengalami penyakit yang sama dengan klien. Saat ini anggota keluarga yang tinggal serumah hanya klien, Ibu klien, anak perempuan klien dan juga isterinya.

Masalah Keperawatan: Halusinasi Pendengaran

7. KONSEP DIRI

a. Gambaran diri :

Klien mengatakan tidak ada bagian tubuh yang tidak disukai dan menerima kondisi fisiknya saat ini.

b. Identitas:

Klien adalah seorang laki-laki berusia 50 tahun, beragama Islam, sudah menikah, dan memiliki tiga orang anak.

c. Peran:

Klien mengatakan sebelumnya berperan sebagai kepala keluarga dan pencari nafkah, namun saat ini aktivitasnya berkurang karena kondisi kesehatan yang dialami.

d. Ideal Diri:

Klien berharap dapat sembuh, dapat beraktivitas seperti biasa, dan tidak lagi mendengar suara-suara bisikan.

e. Harga Diri :

Klien mengatakan merasa sedih dan kecewa karena pernah diberhentikan dari pekerjaannya tanpa alasan yang jelas.

Masalah Keperawatan : Harga Diri Rendah

8. HUBUNGAN SOSIAL

a. Orang yang berarti :

Ibu dan keluarga merupakan orang yang paling berarti bagi klien.

b. Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat :

Klien jarang mengikuti kegiatan masyarakat karena lebih sering berada di rumah.

c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain :

Klien cenderung menyendiri dan kurang berinteraksi dengan lingkungan sekitar paling hanya sesekali ke rumah tetangga sekitar rumah untuk kerja sebagai tukang pijit jika klien ingin menambah penghasilan.

Masalah Keperawatan : Isolasi Sosial

9. SPIRITUAL

a. Nilai dan keyakinan :

Klien beragama Islam dan meyakini bahwa kesembuhan berasal dari Allah SWT.

b. Kegiatan ibadah:

Klien masih berusaha melaksanakan ibadah salat meskipun terkadang tidak teratur.

10. STATUS MENTAL

a. Penampilan

(✓) Tidak rapi

(-) Penggunaan pakaian tidak sesuai

(✓) cara berpakaian tidak seperti biasanya

Jelaskan: Tampak klien memakai banyak aksesoris berupa gelang dan kalung yang lebih dari 1, serta pakaian yang tidak rapi.

Masalah Keperawatan: Defisit Perawatan Diri

b. Pembicaraan

(✓) Cepat

(-) Keras

(-) Gagap

(-) Inkoheren

(-) Apatis

(-) Lambat

(-) Membisu

(-) Tidak mampu memulai pembicaraan

Jelaskan:

Tampak klien dalam berbicara sangatlah cepat, seperti contoh saat saya belum selesai hendak menyampaikan pertanyaan, klien sudah lebih dulu menjawab dengan cepat.

Masalah Keperawatan: Gangguan Persepsi Sensori:
Halusinasi Pendengaran.

c. Aktivitas Motorik

(-) Lesu (✓) Tegang (-) Gelisah (-) Agitasi

(-) Tik (-) Grimasen (-) Tremor (-) Kompulsif

Jelaskan:

Klien tampak tegang saat dilakukan wawancara, posisi duduk tampak kaku dan sesekali terlihat menggenggam kedua tangannya.

Masalah Keperawatan : Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran.

d. Alam Perasaan

☒ Sedih

☐ Ketakutan

☐ Putus asa

☐ Khawatir

☐ Gembira berlebihan

Jelaskan:

Klien mengatakan merasa khawatir apabila suara-suara bisikan muncul kembali dan berharap kondisinya segera membaik.

Masalah Keperawatan : Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran.

e. Afek

☐ Datar

☒ Tumpul

☐ Labil

☐ Tidak sesuai

Jelaskan:

Afek klien tampak tumpul, ekspresi wajah kurang bervariasi

namun masih sesuai dengan topik pembicaraan.

Masalah Keperawatan : Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran.

f. Interaksi selama wawancara

(-) Bermusuhan

(-) Tidak kooperatif

(-) Mudah tersinggung

(✓) Kontak mata kurang

(-) Defensif

(-) Curiga

Jelaskan:

Klien cukup kooperatif menjawab pertanyaan, namun kontak mata kurang, sesekali menunduk dan tampak kurang fokus saat diwawancarai.

Masalah Keperawatan : Isolasi Sosial

g. Persepsi Halusinasi

(✓) Pendengaran (-) Penglihatan (-) Perabaan

(-) Pengecapan (-) Penciuman

Jelaskan: Klien mengatakan masih sesekali mendengar suara-suara bisikan tanpa ada sumber suara yang nyata. Bisikan muncul terutama ketika klien sedang sendiri atau melamun.

Masalah Keperawatan : Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran.

h. Proses Pikir

- (-) Sirkumtansi
- (-) Tangensial Kehilangan Asosiasi
- (-) Flight of ideas
- (-) Blocking
- (-) Pengulangan pembicaraan/persevarasi

Jelaskan:

Proses pikir klien masih logis, alur pikir cukup terarah dan mampu menjawab pertanyaan sesuai dengan yang diajukan.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

i. Isi Pikir

- (-) Obsesi (-) Fobia (-) Hipokondria
- (-)Depersonalisasi (-) Ide yang terkait (-) Pikiran magis

Waham :

- (-) Agama (-) Somatik (-) Kebesaran (-) Curiga
- ()Nihilisti (-) Sisip (-) Siar Pikir (-) Kontrol

Jelaskan :

Selama pengkajian tidak ditemukan adanya waham, obsesi maupun gangguan isi pikir lainnya. Klien lebih banyak mengeluhkan adanya suara-suara bisikan.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

j. Tingkat Kesadaran

(-) Bingung

(-) Sedasi

(-) Stupor

Disorientasi :

(-) Waktu

(-) Tempat

(-) Orang

Jelaskan :

Klien dalam keadaan compos mentis, mampu mengenali waktu, tempat, dan orang dengan baik.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

k. Memori

(-) Gangguan daya ingat jangka panjang

(-) Gangguan daya ingat jangka pendek

(-) Gangguan daya ingat saat ini

(-) Konfabulasi

Jelaskan:

Klien mampu mengingat identitas diri, riwayat penyakit, serta kejadian yang dialami sebelumnya. Klien juga dapat mengingat informasi yang baru diberikan dan tidak ditemukan adanya konfabulasi maupun gangguan daya ingat.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

- l. Tingkat konsentrasi dan menghitung
 - (-) Mudah beralih
 - (-) Tidak mampu berkonsentrasi
 - (-) Tidak mampu berhitung sederhana

Jelaskan:

Klien mampu mempertahankan konsentrasi selama wawancara dan dapat mengikuti alur pembicaraan dengan baik. Klien juga mampu melakukan perhitungan sederhana.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

- m. Kemampuan Penilaian
 - (✓) Gangguan ringan (-) Gangguan bermakna

Jelaskan:

Klien masih mampu membedakan perilaku yang baik dan buruk, namun kemampuan mengambil keputusan kadang dipengaruhi oleh munculnya halusinasi sehingga penilaiannya sedikit terganggu.

Masalah Keperawatan : Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran.

- n. Daya tilik diri
 - (-) Mengingkari penyakit yang diderita
 - (-) Menyalahkan hal – hal di luar dirinya

Jelaskan:

Klien mengetahui bahwa dirinya sedang menjalani pengobatan di

Puskesmas karena mengalami gangguan yang menyebabkan munculnya suara-suara bisikan. Klien berharap dapat sembuh dan bersedia mengikuti pengobatan.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

11. KEBUTUHAN PERSIAPAN MANDIRI PASIEN

a. Makan

(✓) Bantuan minimal (-) Bantuan total

Jelaskan:

Klien mampu makan secara mandiri, nafsu makan baik, namun keluarga tetap mengingatkan waktu makan agar teratur.

b. BAB/BAK

(✓) Bantuan minimal (-) Bantuan total

Jelaskan:

Klien mampu BAB dan BAK secara mandiri, tidak mengalami inkontinensia maupun kesulitan eliminasi. Keluarga hanya melakukan pengawasan.

c. Mandi

(✓) Bantuan minimal

(-) Bantuan total

Jelaskan :

Klien mampu mandi sendiri, namun terkadang perlu diingatkan oleh keluarga agar menjaga kebersihan diri secara teratur.

d. Berpakain/berhias

(✓) Bantuan minimal (-) Bantuan total

Jelaskan:

Klien mampu memilih dan memakai pakaian sendiri, namun penampilan terkadang kurang rapi sehingga perlu diingatkan oleh keluarga.

e. Istirahat dan tidur

(✓) Tidur siang lama:

14.00 s/d 15.00 WIT

(✓) Tidur malam lama:

23.00 s/d 05.00

(✓) Kegiatan

sebelum/sesudah tidur:

Berdoa dan berbaring di tempat tidur s/d Bangun tidur, mencuci muka kemudian sarapan.

f. Penggunaan obat

(✓) Bantuan minimal () Bantuan total

Jelaskan:

Klien mampu meminum obat sendiri, namun masih memerlukan pengawasan dan pengingat dari keluarga agar minum obat sesuai jadwal karena sebelumnya pernah putus obat.

g. Pemeliharaan kesehatan	Ya	Tidak
---------------------------	----	-------

Perawatan lanjutan Sistem pendukung	(✓)	(-)
-------------------------------------	-----	-------

h. Kegiatan di dalam rumah	Ya	Tidak
Mempersiapkan makanan	(-)	(-)
Mencuci pakaian	(✓)	(-)
Pengaturan keuangan	(-)	(✓)
Kegiatan di luar rumah	Ya	Tidak
Belanja	(✓)	(-)
Transportasi	(✓)	(-)
Lain – lain	(✓)	(-)

Jelaskan:

Klien masih mampu melakukan sebagian besar aktivitas sehari-hari secara mandiri. Namun, dalam penggunaan obat, pengaturan keuangan, dan kontrol ke fasilitas kesehatan klien masih memerlukan bantuan serta pengawasan dari keluarga.

Masalah Keperawatan :

12. MEKANISME KOPING

Adaptif	Maladaptif
(✓) Bicara dengan orang lain	(-) Minum Alkohol
(✓) Mampu menyelesaikan masalah	
(-) Reaksi lambat / berlebih	(-) Teknik relaksasi
(-) Bekerja berlebihan	(✓) Aktivitas konstruktif

(-) Menghindar

(✓) Olahraga

(-) Mencederai diri

(-) Lainnya.:

(-) Lainnya :

Jelaskan:

Klien mengatasi masalah dengan berbicara kepada keluarga, berdoa, dan sesekali melakukan aktivitas seperti bekerja sebagai tukang pijat. Namun, ketika halusinasi muncul klien cenderung menyendiri atau menghindari interaksi dengan orang lain sehingga mekanisme koping yang digunakan belum sepenuhnya efektif.

Masalah Keperawatan : Koping Individu Tidak Efektif

13. MASALAH PSIKOSOSIAL DAN LINGKUNGAN

(✓) Masalah dengan dukungan kelompok

Spesifik: klien jarang mengikuti kegiatan masyarakat dan lebih sering menyendiri di rumah.

(✓) Masalah dengan pendidikan

Spesifik: Tidak ditemukan masalah yang berhubungan dengan pendidikan. Tingkat pendidikan klien tidak menjadi hambatan dalam proses komunikasi maupun pemberian edukasi kesehatan.

(✓) Masalah dengan pekerjaan

Spesifik: Klien pernah kehilangan pekerjaan sehingga saat ini tidak bekerja tetap dan hanya sesekali bekerja sebagai tukang pijat.

(✓) Masalah dengan perumahan

Spesifik: Interaksi klien dengan lingkungan sekitar masih terbatas karena klien cenderung menyendiri.

(✓) Masalah ekonomi

Spesifik: Klien tidak memiliki pekerjaan tetap sehingga penghasilan tidak menentu. Kebutuhan sehari-hari sebagian dibantu oleh keluarga.

(✓) Masalah dengan pelayanan kesehatan

Spesifik: Klien memiliki riwayat tidak patuh dalam menjalani pengobatan dan pernah putus obat sehingga mengalami kekambuhan. Klien memerlukan pendampingan keluarga untuk kontrol rutin ke Puskesmas.

(✓) Masalah lainnya

Spesifik: Tidak ditemukan masalah psikososial lain yang bermakna selama pengkajian.

(✓) Masalah dengan dukungan lingkungan :

Spesifik: Klien cenderung menarik diri dan jarang berinteraksi dengan masyarakat sekitar. Dukungan dari lingkungan masih kurang sehingga interaksi sosial klien terbatas.

14. PENGETAHUAN KURANG TENTANG

(✓) Penyakit jiwa

(-) Sistem pendukung

(✓) Faktor presipitasi

(-) Penyakit fisik

(-) Koping

(✓) Obat-obatan

(-) Lainnya

Jelaskan :

Klien belum memahami secara optimal mengenai penyakit skizofrenia dan halusinasi pendengaran, faktor-faktor yang dapat memicu kekambuhan (misalnya stres dan ketidakpatuhan minum obat), serta pentingnya mengonsumsi obat secara teratur sesuai anjuran tenaga kesehatan. Hal ini dibuktikan dengan riwayat klien yang pernah menghentikan pengobatan sehingga mengalami kekambuhan.

Masalah Keperawatan :

Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi tentang penyakit, faktor pencetus kekambuhan, dan terapi pengobatan.

15. ASPEK MEDIK

Diagnosa medik : Skizofrenia

Terapi medik : Obat-obatan

a. Trihexyphenidyl HCl (2mg)

b. Haloperidol (5mg)

c. Chlorpromazine HCl (100mg)

ANALISA DATA

Initial Nama : Tn. R

Puskesmas : Malaimsimsa

No. RM:02032902

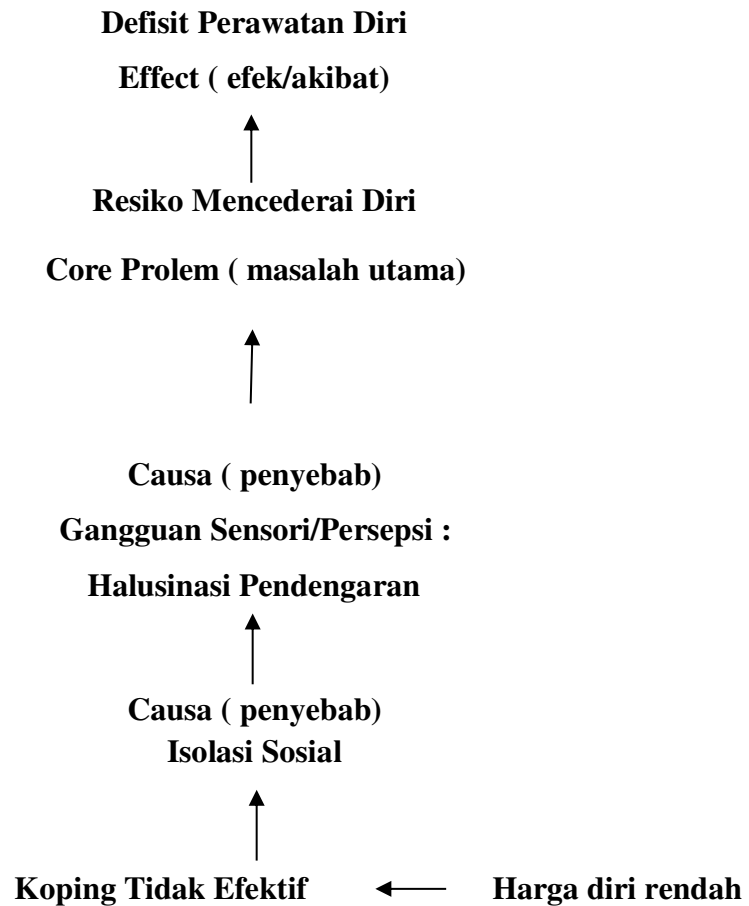
TANGGAL / JAM	DATA FOKUS	MASALAH KEPERAWATAN
11 Juni 2026 09.00 WIT	DS : 1. Keluarga klien mengatakan awalnya saat menginjak usia 1 tahun 6 bulan Tn.R terjatuh dari tangga rumah kemudian di periksa dan sempat melakukan rontgen dan dokter yang menangani menyampaikan bahwa ada tulang yang sedikit menonjol masuk ke dalam, Saat itu tahun 1978, keluarga mengatakan bahwa mengira anaknya hanya sakit biasa tetapi saat klien menginjak umur ke 22 tahun klien mulai mengalami perubahan perilaku yang tidak biasanya. Klien nampak selalu	Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran

12 Juni 2026 10.00 WIT	tersenyum sendiri,tertawa sendiri bahkan berbicara sendiri. Dan itu berlangsung sudah sejak tahun 2001 hingga saat ini. 2. keluarga mengatakan klien masih tersenyum dan berbicara sendiri di waktu-waktu tertentu. DO : 1. Klien tampak tersenyum sendiri 2. Klien tampak berbicara sendiri 3. Respon verbal cepat DS : 1. Klien mengatakan jarang mengikuti kegiatan masyarakat karena lebih sering berada di rumah. 2. Klien mengatakan cenderung menyendiri dan kurang berinteraksi dengan lingkungan sekitar. DO: 1. Kontak mata klien kurang dan sesekali menunduk.	Isolasi Sosial (D.0121)
--	--	---

13 Juni 2026 10.00 WIT	2. Afek klien tampak tumpul. 3. Klien tampak kurang fokus saat diwawancarai. DS : - Keluarga mengatakan klien terkadang harus diingatkan untuk menjaga kebersihan diri dan merapikan pakaian. DO : - Cara berpakaian klien tidak seperti biasanya, kurang rapi - Tampak memakai aksesoris berlebihan (gelang dan kalung lebih dari 1).	Defisit Perawatan Diri (D.0109)
--	---	---

16.

POHON MASALAH



DAFTAR DIAGNOSA KEPERAWATAN

A. Gangguan Jiwa

- 1) Harga Diri Rendah
- 2) Isolasi Sosial
- 3) Koping Individu Tidak Efektif
- 4) Defisit Perawatan Diri
- 5) Gangguan sensori/persepsi : Halusinasi Pendengaran

PERENCANAAN KEPERAWATAN

NAMA : Tn.R
NO. NIK : 9271021202760004

UMUR : 50thn
Rumah/Puskesmas : Rumah klien

NO.	TANGGAL DITEMUKAN	DIAGNOSA KEPERAWATAN (SDKI)	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL (SLKI)	INTERVENSI KEPERAWATAN (SIKI)		
				Manajemen Halusinasi (I.09288)	SP Pasien (1-4)	SP Keluarga (1-4)
1.	11 Juni 2026	Gangguan Persepsi Sensori: (D.0085) Gangguan persepsi sensori merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai perubahan persepsi terhadap stimulasi baik internal maupun eksternal yang	Persepsi Sensori (L.09083) Tujuan: Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 8 hari kunjungan, maka persepsi sensori membaik. Kriteria Hasil: 1. Verbalisasi mendengar bisikan	Observasi: 1. Monitor perilaku yang mengindikasikan halusinasi 2. Monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulasi lingkungan 3. Monitor isi halusinasi (mis: kekerasan atau membahayakan	1. SP 1: Mengidentifikasi halusinasi & melatih cara menghardik. 2. SP 2: Melatih penggunaan obat secara teratur (6 Benar). 3. SP 3: Melatih cara bercakap-cakap dengan orang lain. 4. SP 4: Melatih melakukan aktivitas terjadwal.	1. SP 1 K: Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien. Menjelaskan pengertian, tanda gejala, proses terjadinya halusinasi, serta cara merawat pasien halusinasi. 2. SP 2 K: Melatih keluarga cara merawat

		disertai dengan respon yang berkurang, berlebihan, atau terdistorsi. Data Fokus: DS: 1. Keluarga mengatakan klien mulai mengalami perubahan perilaku sejak tahun 2001, sering tersenyum, tertawa, dan berbicara sendiri di waktu tertentu. 2. Klien	menurun. 2. Perilaku halusinasi (tersenyum/bicara sendiri) menurun. 3. Respons sesuai stimulus membaik. 4. Kontak mata membaik.	diri) Terapeutik: 1. Pertahankan lingkungan yang aman bagi klien. 2. Lakukan Tindakan keselamatan Ketika tidak dapat mengontrol perilaku (mis: limit setting, pembatasan wilayah, pengekangan fisik, seklusi) 3. Diskusikan perasaan dan respons terhadap halusinasi 4. Hindari perdebatan tentang validitas halusinasi Edukasi 1. Anjurkan		pasien secara langsung (membimbing menghardik) & memantau obat 6 Benar. 3. SP 3 K: Melatih keluarga membuat jadwal kegiatan harian untuk pasien dan menciptakan suasana yang mencegah pasien melamun. 4. SP 4 K: Menjelaskan cara rujukan / follow up pasien ke Puskesmas Malaimsimsa, serta tanda kekambuhan
--	--	---	--	---	--	---

		mengatakan masih sesekali mendengar suara bisikan ketika sedang sendiri atau melamun. DO: 3. Klien nampak sering tersenyum dan berbicara sendiri. 4. Respon verbal saat berbicara sangat cepat. 5. Klien tampak tegang, posisi duduk kaku, dan kontak mata kurang.		Memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi 2. Anjurkan bicara pada orang yang di percaya untuk memberi dukungan dan umpan balik korektif terhadap halusinasi 3. Anjurkan melakukan distraksi (mis: mendengarkan music, melakukan aktivitas dan Teknik relaksasi) 4. Ajarkan pasien dan keluarga cara mengontrol halusinasi Kolaborasi 5. Kolaborasi		yang perlu diwaspadai.
--	--	--	--	---	--	-------------------------------

2.	11 Juni 2026	Isolasi Sosial (D.0121)	Keterlibatan Sosial Meningkat (L.13115) Setelah dilakukan tindakan keperawatan, diharapkan: 1. Minat berinteraksi meningkat. 2. Perilaku menarik diri menurun. 3. Kontak mata membaik.	pemberian obat antipsikotik dan antiansietas, jika perlu. Promosi Sosialisasi (I.13498) 1. Identifikasi hambatan melakukan interaksi. 2. Motivasi berinteraksi di luar lingkungan. 3. Latih bermain peran untuk	SP Pasien (1-4) 1. SP 1: Identifikasi penyebab isos, untung/rugi bergaul, latih berkenalan 1 orang. 2. SP 2: Latih berkenalan dengan 2 orang/lebih. 4. SP 3: Latih berinteraksi dalam kelompok. 5. SP 4: Latih	SP Keluarga: 1. SP 1: Kenalkan masalah isolasi sosial. 2. SP 2: Latih keluarga cara merawat pasien isos. 3. SP 3: Latih keluarga mempraktekkan interaksi. 4. SP 4: Jelaskan follow-up
----	--------------	----------------------------	---	--	---	--

3.	11 Juni 2026	Defisit Perawatan Diri (D.0109)	4. Afek tumpul menurun. Perawatan Diri Meningkat (L.11103) Setelah dilakukan tindakan keperawatan, diharapkan: 1. Kemampuan mandi meningkat. 2. Kemampuan mengenakan pakaian rapi meningkat. 3. Minat melakukan perawatan diri	meningkatkan keterampilan komunikasi. Dukungan Perawatan Diri (I.11348) 1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri. 2. Sediakan lingkungan yang aman dan nyaman. 3. Jelaskan pentingnya perawatan diri. 4. Latih cara	interaksi sosial (belanja/keluar rumah). SP Pasien: 1. SP 1: Jelaskan pentingnya kebersihan, latihan mandi & berdandan. 2. SP 2: Latih cara makan & minum yang baik. 3. SP 3: Latih cara BAB/BAK yang benar. 4. SP 4:	ke Puskesmas. SP Keluarga: 1. SP 1: Kenalkan masalah defisit perawatan diri. 2. SP 2: Latih keluarga membimbing perawatan diri. 3. SP 3: Latih praktek keluarga dalam perawatan diri. 4. SP 4:
----	--------------	---------------------------------	--	---	---	--

			meningkat.	melakukan perawatan diri.	Evaluasi jadwal perawatan diri.	Jelaskan follow-up ke Puskesmas.
--	--	--	------------	---------------------------	---------------------------------	----------------------------------

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

TANGGAL BULAN HARI/JAM	NO.DX	TINDAKAN KEPERAWATAN		EVALUASI	NAMA / PARAF
11 Juni 2026 10.00 WIT	Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran (D.0085).	SP 1 Pasien Halusinasi 1. Mengidentifikasi jenis, isi, waktu, frekuensi halusinasi. 2. Melatih cara menghardik halusinasi.	SP Keluarga Halusinasi 1. Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga. 2. Menjelaskan pengertian, tanda, gejala halusinasi.	S: ➤ Klien mengatakan mendengar suara bisikan saat sendiri. Keluarga bingung melihat klien senyum sendiri. O: ➤ Klien mampu mempraktekkan cara menghardik. Keluarga memperhatikan.	
12 Juni 2026 09.30 WIT	Halusinasi Pendengaran	1. Evaluasi cara menghardik.	1. Latih keluarga membimbing minum obat	A: ➤ SP 1 Pasien & Keluarga tercapai	

12 Juni 2026 11.00 WIT	Isolasi Sosial	2. Melatih minum obat teratur (6 benar). 1. Identifikasi penyebab isolasi sosial. 2. Latih berkenalan dengan 1 orang (perawat).	(PMO). 1. Jelaskan masalah isolasi sosial pada keluarga.	sebagian. P: ➤ Lanjutkan SP 2 Halusinasi. S: ➤ Klien mengatakan obatnya diminum 3x sehari. O: ➤ Klien mampu menyebutkan warna obat. A: ➤ SP 2 Halusinasi tercapai. P: ➤ Lanjutkan SP 3 Halusinasi.	
13 Juni 2026 09.00 WIT	Halusinasi	1. Latih bercakap-cakap dengan orang lain	2. Latih keluarga menciptakan suasana	S: ➤ Klien menyebutkan untung	

13 Juni 2026 10.15 WIT	Isolasi Sosial	saat suara muncul. 1. Latih berkenalan dengan 2 orang atau lebih (keluarga/teman).	agar klien tidak melamun. 1. Latih keluarga memotivasi klien bergaul.	punya teman. O: ➤ Klien mau bersalaman. A: ➤ SP 1 Isolasi Sosial tercapai. P: ➤ Lanjutkan SP 2 Isolasi Sosial. S: ➤ Klien mulai berani menyapa saudaranya. O: ➤ Klien berinteraksi singkat dengan ibu. A: ➤ SP 3 Halusinasi tercapai.	
---	------------------------------	--	---	--	--

13 Juni 2026 11.30	Defisit Perawatan Diri	1. Jelaskan pentingnya kebersihan diri. 2. Latih cara mandi dan berpakaian rapi.	1. Jelaskan masalah defisit perawatan diri pada keluarga.	P: ➤ Lanjutkan SP 4 Halusinasi. S: ➤ Klien mulai berani menyapa orang sekitar. O: ➤ Kontak mata mulai ada peningkatan. A: ➤ SP 2 Isolasi Sosial tercapai. P: ➤ Lanjutkan SP 3 Isolasi Sosial.	
---	--------------------------------------	---	---	---	--

15 Juni 2026 09.30 WIT	Halusinasi Pendengaran	1. Latih melakukan aktivitas harian terjadwal untuk mencegah halusinasi.	1. Jelaskan follow-up ke Puskesmas Malaimsimsa bila obat habis.	S: ➤ Klien merasa lebih segar setelah mandi. O: ➤ Pakaian terlihat lebih rapi dari sebelumnya. A: ➤ SP 1 Defisit Perawatan Diri tercapai. P: ➤ Lanjutkan SP 2 DPD.	
15 Juni 2026 11.00 WIT	Isolasi Sosial	1. Latih berinteraksi dalam kelompok kecil di rumah.	1. Latih keluarga melibatkan klien dalam obrolan ruang tamu.	S: ➤ Klien menyetujui jadwal harian menyapu.	

15 Juni 2026 13.30	Defisit Perawatan Diri	1. Latih cara makan dan minum yang baik secara mandiri.	2. Latih keluarga menyiapkan dan memantau cara makan klien.	O: ➤ Logbook jadwal harian terisi. A: ➤ SP 4 Halusinasi tercapai. P: ➤ Pertahankan kontrol halusinasi. S: ➤ Klien mau ikut duduk di ruang tengah. O: ➤ Klien mendengarkan obrolan keluarga. A: ➤ SP 3 Isolasi Sosial tercapai. P:	
-------------------------------------	---	---	---	---	--

18 Juni 2026 09.00 WIT	Isolasi Sosial	1. Latih interaksi sosial langsung (berbelanja ke warung dekat rumah).	1. Jelaskan follow-up terkait interaksi sosial ke Puskesmas.	➤ Lanjutkan SP 4 Isolasi Sosial. S: ➤ Klien mengatakan makan tepat waktu. O: ➤ Klien makan di meja makan bersama keluarga. A: ➤ SP 2 Defisit Perawatan Diri tercapai. P: ➤ Lanjutkan SP 3 DPD.	
18 Juni 2026 10.30 WIT	Defisit Perawatan Diri	1. Latih toileting (cara BAB dan BAK yang benar).	1. Latih keluarga mengawasi kebersihan toilet klien.	S: ➤ Klien mengatakan tadi beli sabun di warung sendiri. O:	

19 Juni 2026 10.30 WIT	Defisit Perawatan Diri	1. Evaluasi jadwal harian perawatan diri (mandi, makan, toileting).	1. Jelaskan jadwal follow-up ke Puskesmas terkait kebersihan diri.	➤ Klien tampak percaya diri berinteraksi di luar. A: ➤ SP 4 Isolasi Sosial tercapai. P: ➤ Pertahankan interaksi sosial. S: ➤ Klien mengerti cara membersihkan diri setelah BAB/BAK. O: ➤ Toilet terjaga kebersihannya. A: ➤ SP 3 Defisit Perawatan Diri tercapai. P: ➤ Lanjutkan SP 4 DPD.	
---	--------------------------------------	--	---	---	--

20 Juni 2026 09.00	Halusinasi Pendengaran, Isolasi Sosial, Dan Defisit Perawatan Diri	Pemantauan Mandiri SP Pasien: Mengevaluasi latihan menghardik, minum obat, sosialisasi, dan kebersihan.	Pemantauan Mandiri SP Keluarga: Mengevaluasi komitmen keluarga mengawasi obat & aktivitas.	S: ➤ Klien mengatakan sudah bisa merapikan diri tanpa disuruh. O: ➤ Penampilan rapi, kuku bersih. A: ➤ SP 4 Defisit Perawatan Diri tercapai. P: ➤ Pertahankan kebersihan mandiri.	
22 Juni 2026 11.00 WIT	Halusinasi Pendengaran, Isolasi Sosial, Dan Defisit Perawatan Diri	Pemantauan Interaksi & Obat: Evaluasi komunikasi dan ketepatan waktu minum obat.	Pemantauan Dukungan Keluarga: Evaluasi keterlibatan ngobrol keluarga.	S: ➤ Klien merasa senang ada jadwal. O: ➤ Lembar KMO terisi 100%. A: ➤ Masalah teratasi sebagian. P:	

23 Juni 2026 10.00 WIT	Isolasi Sosial	Pemantauan Sosialisasi: Memantau kemampuan klien berbaur dengan tetangga.	Pemantauan Keluarga: Edukasi ulang tentang bahaya putus obat.	S: ➤ Lanjutkan pemantauan. O: ➤ Klien mengatakan minum obat rutin siang ini. A: ➤ Obat diminum tepat waktu. P: ➤ Masalah teratasi sebagian.	
25 Juni 2026 14.00	Defisit Perawatan Diri	Pemantauan Kebersihan Diri: Memeriksa kerapian dan kebersihan fisik klien.	Pemantauan Keluarga: Keluarga memberi pujian pada klien.	S: ➤ Klien berkata sempat mengobrol dengan tetangga saat menyapu. O:	

26 Juni 2026 10.00 WIT	Halusinasi Pendengaran	Pemantauan Halusinasi Spontan: Evaluasi respons saat waktu luang.	Pemantauan Keluarga: Cek persediaan sisa obat dari Puskesmas.	➤ Kontak mata baik, suara jelas. A: ➤ Isolasi Sosial teratasi. P: ➤ Pertahankan interaksi sosial. S: ➤ Klien merasa bangga dipuji keluarga karena sudah rapi. O: ➤ Penampilan bersih, tidak bau. A: ➤ Defisit Perawatan Diri teratasi. P: ➤ Pertahankan kebersihan diri mandiri.	
---	---	--	---	---	--

27 Juni 2026 10.00	Halusinasi Pendengaran, Isolasi Sosial, Dan Defisit Perawatan Diri	Evaluasi Komprehensif Pasien: Menyatukan evaluasi akhir kemampuan mandiri SP1-SP4.	Evaluasi Komprehensif Keluarga: Kesiapan keluarga merawat mandiri secara permanen.	S: ➤ Klien berkata sudah tidak ada suara bisikan lagi minggu ini. O: ➤ Klien aktif, tidak ada perilaku bicara sendiri. A: ➤ Halusinasi terkontrol penuh. P: ➤ Pertahankan jadwal obat.	
29 Juni 2026 11.00 WIT	Halusinasi Pendengaran, Isolasi Sosial, Dan Defisit Perawatan Diri	Terminasi Akhir: Memberikan reinforcement positif dan terminasi asuhan keperawatan.	Terminasi Keluarga: Penyerahan program kontrol rawat jalan ke keluarga & Puskesmas.	S: ➤ Klien merasa sehat dan bersemangat mencari kegiatan. O: ➤ Klien kooperatif, sadar realita penuh.	

				A: ➤ Seluruh masalah keperawatan teratasi. P: ➤ Persiapan terminasi akhir. S: ➤ Klien dan keluarga berterima kasih dan siap kontrol ke Puskesmas. O: ➤ Suasana hangat, kooperatif. A: ➤ Intervensi berhasil paripurna. P: ➤ Intervensi dihentikan, dilanjutkan rawat jalan.	
--	--	--	--	---	--

B. PEMBAHASAN

1. Pengkajian

Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan mulai pada tanggal 11 Juni 2026, ditemukan data subjektif bahwa Tn. R mengalami distorsi persepsi berupa halusinasi pendengaran, menarik diri dari lingkungan sosial (isolasi sosial), serta penurunan motivasi dalam merawat diri. Data objektif di lapangan menunjukkan adanya tanda-tanda klinis yang khas pada pasien dengan skizofrenia, seperti hilangnya konsentrasi saat berinteraksi, kecenderungan melamun, kontak mata kurang, afek tumpul, serta penampilan dan kebersihan diri yang kurang rapi. Ditinjau dari faktor presipitasi atau pencetus utama timbulnya kekambuhan pada Tn. R, hal ini berkaitan erat dengan ketidakpatuhan atau putus obat, yang mengakibatkan kembalinya gejala-gejala psikotik secara progresif.

Secara teoritis, penghentian konsumsi obat antipsikotik tanpa pengawasan medis memicu instabilitas kadar neurotransmitter di otak, yang memanifestasikan kembali stimulus internal berupa bisikan-bisikan palsu, memicu perilaku menarik diri dari interaksi sosial, serta mengabaikan perawatan diri sehari-hari. Oleh karena itu, pengkajian pada kasus Tn. R menekankan pentingnya mengidentifikasi pola kepatuhan terapi farmakologis, kemampuan

interaksi sosial, status perawatan diri, serta keterlibatan sistem pendukung terdekat sebagai langkah awal intervensi keperawatan yang komprehensif.

2. Diagnosa Keperawatan

Sesuai dengan hasil analisa data yang dikelompokkan berdasarkan kriteria Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), maka diagnosa keperawatan prioritas yang ditegakkan pada kasus Tn. R meliputi: gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran (D.0085) sebagai core problem, yang kemudian memicu atau berkaitan erat dengan isolasi sosial (D.0121) serta defisit perawatan diri (D.0109). Penetapan ketiga diagnosa ini didasarkan pada keselarasan antara data subjektif keluhan pasien serta data objektif yang tampak nyata di lapangan. Berdasarkan analisis pohon masalah, jika masalah utama (*core problem*) halusinasi ini tidak segera ditangani secara adaptif, maka akan berdampak pada timbulnya respons maladaptif lanjutan berupa menarik diri dari lingkungan (isolasi sosial) dan ketidakmampuan merawat diri, yang pada akhirnya dapat mengganggu proses pemulihan klinis pasien, memperberat beban keluarga, serta meningkatkan risiko kekambuhan jangka panjang akibat kegagalan regimen pengobatan.

3. Intervensi Keperawatan

Perencanaan keperawatan disusun dengan mengacu pada Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) untuk ketiga diagnosa prioritas yang dialami Tn. R, yaitu Manajemen Halusinasi (I.09288) dengan luaran Persepsi Sensori Membaik (L.09083), Promosi Sosialisasi (I.13498) dengan luaran Keterlibatan Sosial Meningkat (L.13115), serta Dukungan Perawatan Diri (I.11348) dengan luaran Perawatan Diri Meningkat (L.11103). Perencanaan ini diintegrasikan secara komprehensif melalui langkah-langkah Strategi Pelaksanaan (SP 1-4) baik untuk pasien maupun keluarga.

Rencana tindakan dirancang secara bertahap meliputi latihan mengontrol halusinasi (menghardik, minum obat teratur, bercakap-cakap, dan menyusun jadwal aktivitas harian terstruktur), latihan berinteraksi sosial secara bertahap, serta bimbingan melakukan perawatan diri dan kebersihan harian. Sebagai pembeda dan inovasi utama pada kasus Tn. R, perawat berfokus pada optimalisasi pemeliharaan kepatuhan terapi obat melalui edukasi dan penyediaan media instruksional yang konkret, yaitu:

- **Poster Edukasi:** Media visual untuk memberikan pemahaman komprehensif mengenai penyakit skizofrenia serta tanda-gejala gangguan jiwa yang dialami pasien.
- **Lembar *Checklist* Minum Obat:** Media pemantauan mandiri yang disesuaikan dengan program terapi psikofarmaka dari Puskesmas Malaimsimsa (Haloperidol, Trihexyphenidyl, dan Chlorpromazine) guna meminimalkan risiko putus obat di rumah.

1. Implementasi

Implementasi keperawatan dilaksanakan melalui kunjungan rutin secara bertahap selama periode perawatan sesuai jadwal yang telah ditentukan. Perawat memberikan asuhan keperawatan jiwa yang holistik untuk ketiga diagnosa prioritas Tn. R, mulai dari melatih kemampuan pasien dalam mengontrol halusinasi (menghardik, minum obat teratur, bercakap-cakap, dan menyusun jadwal aktivitas harian terstruktur), melatih kemampuan berinteraksi sosial secara bertahap (dari berkenalan dengan 1 orang, kelompok kecil, hingga berinteraksi di luar rumah), serta melatih kemampuan perawatan diri mandiri (mandi, berdandan, makan/minum, hingga toileting). Seluruh rangkaian tindakan ini diintegrasikan dengan penerapan Strategi Pelaksanaan (SP 1–4) baik pada pasien maupun keluarga.

Sebagai intervensi utama, perawat mengimplementasikan edukasi kesehatan menggunakan poster edukasi tentang skizofrenia, tanda-gejala gangguan jiwa, serta cara perawatannya kepada pasien dan keluarga. Perawat menjelaskan secara perlahan mengenai karakteristik penyakit dan pentingnya kontinuitas terapi farmakologis. Selanjutnya, perawat memperkenalkan dan menerapkan penggunaan lembar checklist minum obat yang berisi jadwal konsumsi obat harian untuk obat psikofarmaka (Haloperidol, Trihexyphenidyl, dan Chlorpromazine). Perawat mengajarkan keluarga cara memantau dan memberikan tanda centang setiap kali Tn. R meminum obatnya secara benar, sehingga peran keluarga sebagai pengawas minum obat (PMO) dapat berjalan secara optimal dan mencegah terjadinya risiko putus obat di kemudian hari.

2. Evaluasi

Evaluasi formatif dan sumatif dilakukan menggunakan pendekatan catatan perkembangan SOAP. Hasil evaluasi akhir menunjukkan hasil yang positif dan signifikan terhadap seluruh masalah keperawatan yang dialami Tn. R, meliputi teratasinya gangguan persepsi sensorik (halusinasi terkontrol), meningkatnya kemampuan interaksi sosial, serta pulihnya kemandirian dalam merawat diri. Dari komponen subjektif dan objektif, klien dapat memahami dengan baik seluruh materi edukasi yang

disampaikan, mampu mengenali dan mengontrol tanda-tanda halusinasi, berani bersosialisasi dengan lingkungan sekitar, serta memahami cara pengisian lembar checklist obat tersebut.

Keberhasilan implementasi ini didukung penuh oleh faktor lingkungan klinis di mana keluarga klien bersikap sangat kooperatif selama seluruh rangkaian intervensi dilakukan terhadap Tn. R. Keluarga menunjukkan komitmen yang tinggi untuk terlibat aktif dalam mendampingi pasien, mengawasi kepatuhan minum obat menggunakan lembar checklist secara konsisten, membimbing kebersihan diri serta interaksi sosial, dan menjaga keteraturan kontrol ke Puskesmas Malaimsimsa. Dengan demikian, analisis evaluasi menyimpulkan bahwa seluruh masalah keperawatan pada Tn. R dapat teratasi dengan baik melalui kolaborasi yang efektif antara perawat, pasien, dan keluarga.

3. Keterbatasan Pelaksanaan Laporan Kasus

Dalam pelaksanaan asuhan keperawatan dan penyusunan laporan kasus pada Tn. R ini, penulis menyadari adanya beberapa keterbatasan yang dapat memengaruhi ruang lingkup dan kedalaman hasil perawatan, antara lain:

- **Waktu Pengamatan yang Terbatas:** Pelaksanaan intervensi dan pemantauan asuhan keperawatan jiwa dilakukan dalam rentang waktu tertentu, sehingga evaluasi terhadap perubahan perilaku jangka panjang pasien dan keluarga belum dapat diamati secara paripurna setelah seluruh strategi pelaksanaan (SP 1–4) selesai diimplementasikan.
- **Ketergantungan pada Kejujuran Pelaporan (Self-Report):** Penilaian terhadap kepatuhan minum obat di luar jam kunjungan perawat sangat bergantung pada keaktifan dan objektivitas keluarga dalam mengisi lembar *checklist* minum obat (KMO) serta laporan verbal dari pasien dan keluarga.
- **Faktor Lingkungan dan Dukungan Eksternal:** Kondisi psikologis pasien skizofrenia sangat dipengaruhi oleh dinamika lingkungan rumah dan respons sosial masyarakat sekitar, di mana penulis memiliki kontrol yang terbatas dalam memodifikasi faktor lingkungan

eksternal tersebut secara menyeluruh di luar jadwal kunjungan puskesmas.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Setelah penulis melakukan penelitian dan asuhan keperawatan pada Tn. R mulai tanggal 11 Juni 2026 sampai dengan tanggal 29 Juni 2026, maka dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Pengkajian: Berdasarkan hasil pengkajian pada Tn. R, ditemukan data subjektif dan objektif yang menunjukkan adanya gangguan persepsi sensori berupa halusinasi pendengaran, menarik diri dari lingkungan (isolasi sosial), serta penurunan motivasi dalam merawat diri (defisit perawatan diri). Faktor pencetus utama kekambuhan berkaitan erat dengan ketidakpatuhan atau putus obat psikofarmaka.
2. Diagnosa Keperawatan: Berdasarkan analisis data menggunakan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), diagnosa keperawatan prioritas yang ditegakkan meliputi Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran (D.0085) sebagai *core problem*, serta diagnosa sekunder/lanjutan yaitu Isolasi Sosial (D.0121) dan Defisit Perawatan Diri (D.0109).

3. Perencanaan: Intervensi yang direncanakan mengacu pada SIKI dan SLKI melalui penerapan Strategi Pelaksanaan (SP 1–4) untuk pasien dan keluarga, Manajemen Halusinasi, Promosi Sosialisasi, Dukungan Perawatan Diri, serta penggunaan media inovatif berupa Poster Edukasi dan Lembar Checklist Minum Obat (KMO) untuk mencegah putus obat.
4. Implementasi: Tindakan keperawatan yang diberikan meliputi pelatihan mengontrol halusinasi (menghardik, minum obat teratur, bercakap-cakap, aktivitas terjadwal), pelatihan interaksi sosial bertahap, pelatihan perawatan diri mandiri, serta psikoedukasi kepada keluarga agar mampu berfungsi optimal sebagai Pengawas Minum Obat (PMO).
5. Evaluasi: Evaluasi akhir menggunakan pendekatan SOAP menunjukkan hasil yang positif dan signifikan. Pasien mampu mengenali dan mengontrol halusinasinya, kembali berinteraksi dengan lingkungan sosial, mandiri dalam merawat diri, serta keluarga menunjukkan komitmen tinggi dalam mengawasi regimen terapi dan kontrol rutin ke Puskesmas Malaimsimsa, sehingga seluruh masalah keperawatan teratasi dengan baik.

B. Saran

Adapun saran dari Penulis untuk berbagai Pihak dalam Penelitian tentang Penerapan Psikoedukasi Keluarga Terhadap Beban Caregiver Pada Pasien Halusinasi Pendengaran:

1. Bagi Pasien

Diharapkan pasien menjalankan strategi pelaksanaan yang sudah diajarkan untuk mencegah komplikasi lebih lanjut serta diharapkan lebih teratur melakukan kontrol kesehatan dan menjalankan pengobatan dengan rajin sehingga meminimalisirkan kemungkinan komplikasi yang terjadi.

2. Bagi Keluarga

Peran keluarga sangat penting dalam meningkatkan derajat kesehatan Pasien, seperti berperan dalam memantau aktifitas, mengontrol kegiatan harian pasien baik dalam mengkonsumsi obat, mengajak pasien untuk bercerita dan tidak meninggalkan pasien sendirian serta rutin memeriksakan Kesehatan ke fasilitas pelayanan yang tersedia.

3. Bagi Peneliti

Hasil dari Karya Tulis Ilmiah ini diharapkan bisa menjadi gambaran dalam Upaya memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan Halusinasi Pendengaran dengan tepat.

4. **Bagi Puskesmas**

Diharapkan agar puskesmas lebih memperhatikan kembali setiap pasiennya terutama dalam pengobatan medis agar bisa melakukan kunjungan ke rumah setiap pasiennya juga untuk melihat perkembangan dari kesehatan setiap pasien yang ada.

DAFTAR PUSTAKA

- Dabiri, M. (2022). Neuroimaging in schizophrenia: A review article. *Frontiers in Neuroscience*, 16. <https://doi.org/10.3389/fnins.2022.1042814>
- Dewi, J. P., Fani, G., Pradani, A. W., Amala, Q., Rejeki, D. S. S., & Wijayanti, S. P. M. (2025). Systematic Review: Faktor-Faktor Risiko Yang Memengaruhi Kualitas Hidup Penderita Skizofrenia. *Jurnal Kesehatan Tambusai*, 6(2), 8835–8846. <https://doi.org/10.31004/jkt.v6i2.45409>
- Diagnostic, T., Edition, F., & Revision, T. (2026). *View and Comment on Recently Proposed Changes to DSM-5-TR Changes to Text , Criteria and ICD-10-CM Codes for DSM-5-TR Diagnoses Updates to DSM Criteria , Text , & ICD-10 Codes Submit Proposals for Making Changes to DSM-5-TR View & Comment on Proposed Chan.* (September 2025).
- Feri Agustriyani, D. (2024). Terapi Non Farmakologi pada pasien Skizofrenia. *Pt Nasya Expanding*, 1(FEBRUARI 2024), 1–20.
- Howes, O. D., & Kapur, S. (2009). The dopamine hypothesis of schizophrenia: Version III - The final common pathway. *Schizophrenia Bulletin*, 35(3), 549–562. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbp006>
- Ilmiah, J., Sekolah, K., Ilmu, T., & Majapahit, K. (2026). 3 1,2,3. 18(1), 75–83.
- Key facts.* (2025). (October).
- Putra., I. G. (2020). *ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA KLIEN Tn.Km DENGAN MASALAH KEPERAWATAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI: HALUSINASI DI WILAYAH KERJA UPTD PUSKESMAS I DENPASAR SELATAN Diajukan.* 21(1), 1–9.
- Ramadhani, K., & Widyaningrum, R. (2022). Unit Fungsional dan Organ dalam Sistem Urinaria. In *Buku Ajar Dasar-dasar Anatomi dan Fisiologi Tubuh Manusia*.

- Rifka Alkhilyatul Ma'rifat, I Made Suraharta, I. I. J. (2024). (Vol. 2).
- Tiyani, E. A., Prastiwi, D., & Sugiarto, A. (2021). Proses Dokumentasi Keperawatan: Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran pada Skizofrenia. *Jendela Nursing Journal*, 5(2), 100–105.
<https://doi.org/10.31983/jnj.v5i2.7572>
- Wahyudi, A., & Fibriana, A. I. (2016). FAKTOR RESIKO TERJADINYA SKIZOFRENIA (Studi Kasus di Wilayah Abstrak. *Publix Health Perspective Journal*, 1(1), 1–12.
- World Health Organization (WHO). (2025a). *Skizofrenia*. 1–5.
- World Health Organization (WHO). (2025b). *Skizofrenia*. (October).

Lampiran 1. Surat Ijin Penelitian dan Pengambilan Data Awal



Kementerian Kesehatan
Direktorat Jenderal
Sumber Daya Manusia Kesehatan
Politeknik Kesehatan Sorong
Jalan Basuki Rahmat KM.11,
Sorong, Papua Barat 98418
(0951) 324309
<https://poltekkesorong.ac.id>

Nomor : PP 06.02/F.XLV/1852/2025

2 Desember 2025

Lampiran : 1 (satu) berkas

Hal : Permohonan Pengambilan Data Awal

Yth. Kepala Puskesmas Malaimsimsa Kota Sorong
Jl. Tanjung Dofior Kelurahan Klabulu Kota Sorong

Sehubungan dengan proses penyusunan Karya Tulis Ilmiah (KTI) bagi mahasiswa Program Studi D.III Keperawatan Semester V (Lima) Politeknik Kesehatan Sorong, kami mengajukan permohonan kepada Ibu untuk mengizinkan mahasiswa kami melakukan pengambilan data awal dan penelitian yang dibutuhkan guna penyelesaian KTI yang telah disetujui. Adapun daftar nama mahasiswa terlampir

Demikian surat permohonan ini kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Direktur Politeknik Kesehatan Sorong



Butet Agustarika, M,Kep

Kementerian Kesehatan tidak menerima suap dan/atau gratifikasi dalam bentuk apapun. Jika terdapat potensi suap atau gratifikasi silahkan laporkan melalui HALO KEMENKES 1500567 dan <https://wbs.kemkes.go.id>. Untuk Verifikasi keaslian tanda tangan elektronik. Silahkan unggah dokumen pada laman <https://tte.kominfo.go.id/verifyPDF>



Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang diterbitkan oleh Balai Besar Sertifikasi Elektronik (BSrE), Badan Siber dan Sandi Negara (BSSN).

Lampiran 2. Lembar Persetujuan (*informed consent*)

**SURAT PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN
(INFORMED CONSENT)**

Kepada Yth.
Bapak/ibu
Di –
Tempat
Salam sejahtera

Dengan hormat saya yang bertandatangan di bawah ini, Mahasiswa Poltekkes Kesehatan
Kemenkes Sorong Program studi D-III Keperawatan :

Nama : Geby Pundoko
NIM : 31440122024

Saya bermaksud melakukan penelitian Karya Tulis Ilmiah (KTI) dengan judul “Kepatuhan
Minum Obat Untuk Mengontrol Halusinasi Pendengaran Pada Pasien Skizofrenia Di Wilayah
Kerja Puskesmas Malaimsimsa.” Untuk itu saya mohon kesediaan Bapak/Ibu menjadi
responden dalam penelitian ini. Penelitian yang dilakukan tidak akan menimbulkan dampak
yang berbahaya bagi Bapak/Ibu, saya berjanji akan menjaga kerahasiaan dan hanya
digunakan untuk kepentingan penelitian.

Atas bantuan dan Kerjasama Bapak/Ibu untuk menjadi responden saya ucapkan terimakasih

Sorong, 12 Juni 2026

Hormat saya
Peneliti


(Geby Pundoko)

Responden


(Th. Reza.....)

Lampiran 3. Surat Keterangan Etika Klinis

KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN
HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE
POLTEKKES KEMENKES SORONG
POLTEKKES KEMENKES SORONG

KETERANGAN LAYAK ETIK
DESCRIPTION OF ETHICAL EXEMPTION
"ETHICAL EXEMPTION"

Nomor: DP.04.03/F.LIII.13.a./577/2026

Protokol penelitian yang diusulkan oleh :
The research protocol proposed by

Peneliti utama : Gebby Pundoko
Principal In Investigator

Nama Institusi : Poltekkes Kemenkes Sorong
Name of the Institution

Dengan judul :
Title

**" PENERAPAN KEPATUHAN MINUM OBAT UNTUK MENGONTROL
HALUSINASI PENDENGARAN PADA PASIEN SKIZOFRENIA DI WILAYAH
KERJA PUSKESMAS MALAIMSIMSA "**

**"IMPLEMENTATION OF MEDICATION ADHERENCE TO CONTROL AUDITORY
HALLUCINATIONS IN SCHIZOPHRENIA PATIENTS IN THE MALAIMSIMSA
COMMUNITY HEALTH CENTER WORKING AREA "**

Dinyatakan layak etik sesuai 7 (tujuh) Standar WHO 2011, yaitu 1) Nilai Sosial, 2) Nilai Ilmiah, 3) Pemerataan Beban dan Manfaat, 4) Risiko, 5) Bujukan/Eksploitasi, 6) Kerahasiaan dan Privacy, dan 7) Persetujuan Setelah Penjelasan, yang merujuk pada Pedoman CIOMS 2016. Hal ini seperti yang ditunjukkan oleh terpenuhinya indikator setiap standar.

Declared to be ethically appropriate in accordance to 7 (seven) WHO 2011 Standards, namely 1) Social Values, 2) Scientific Values, 3) Equitable Assessment and Benefits, 4) Risks, 5) Persuasion/Exploitation, 6) Confidentiality and Privacy, and 7) Informed Consent, referring to the 2016 CIOMS Guidelines. This is as indicated by the fulfillment of the indicators of each standard.

Pernyataan Layak Etik ini berlaku selama kurun waktu tanggal 20 Juli 2026 sampai dengan tanggal 20 Juli 2027.

This declaration of ethics applies during the period July 20, 2026 until July 20, 2027.

July 20, 2026
Chairperson,

Cory C. Situmorang, M.Keb

Lampiran. 4 Surat Selesai Penelitian



PEMERINTAH KOTA SORONG
PUSKESMAS MALAIMSIMSA
Alamat : Jl.Tanjung Dofior, Klabulu, Distrik Malaimsimsa
Papua Barat Daya 98417
Telp : (0951) 3123210 Wa : 0851-8667-7547
Laman Puskemasmalaimsimsa17@gmail.com



SURAT KETERANGAN

NO: 445 / PKM-MLS /970/ VII / 2026

Yang bertanda tangan dibawah ini, menerangkan :

N a m a : GEBY PUNDOKO
N I M : 31440123024

Bahwa yang bersangkutan telah melakukan pengambilan data di Puskesmas Malaimsimsa untuk rencana penelitian "*Penerapan Kepatuhan Minum Obat Untuk Mengontrol Halusinasi Pendengaran Pada Pasien Skizofrenia Di Wilayah Kerja Puskesmas Malaimsimsa*" pada tanggal 19 Mei 2026.

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dapat dipergunakan semestinya,
Terima kasih.

Sorong, 17 Juli 2025

An. Kepala Puskesmas Malaimsimsa



00909 2 001

BERITA ACARA PERBAIKAN KARYA TULIS ILMIAH

Nama : Geby Pundoko

NIM : 31440122024

Judul : Penerapan kepatuhan minum obat untuk mengontrol halusinasi pendengaran pada pasien skizofrenia di wilayah kerja puskesmas malainsimsa

Nama Penguji/Pembimbing	Usulan Perbaikan/Saran	Tanda tangan
Elisabeth_Samaran, S.ST.,M.Kes	1. Perbaiki posisi judul karya tulis ilmiah menjadi piramida terbalik 2. Tambahkan foto asli di riwayat hidup 3. Perbaiki referensi data dari prevalensi dunia dan tahunnya pada bab 1 latar belakang 4. Ganti hasil data riskesdas 2018 ke yang terbaru 5. Perbaiki kembali spasi menjadi 2.0 6. Perbaiki kembali abstrak	
Yogik. S. Anggreini. M.MedEd	1. Perbaiki bagian intervensi 2. Diagnosa askep perlu di sesuaikan dengan menambahkan 2 diagnosa lagi 3. Perbaikan penulisan	
Oktovina Mobalen, S.Kep.,Ns,M.kep	1. Tambahkan lokasi kota penelitian pada judul 2. Penambahan diagnosa di pohon masalah	

Lampiran 5. STRATEGI PELAKSANAAN (SP) HALUSINASI
PENDENGARAN (SP 1-4 PASIEN & SP 1-3 KELUARGA)

SP 1 Pasien: Membantu pasien mengenal halusinasi, menjelaskan pilihan mengontrol halusinasi dengan cara pertama: menghardik

Orientasi:

"Shalom, selamat pagi/siang/sore/malam. Bagaimana perasaannya hari ini? Apakah suara-suaranya masih muncul? Apakah sudah dipakai cara yang telah kita latih?"

"Bagaimana kalau kita belajar cara-cara untuk mencegah suara-suara itu hilang?"

"Jadi Kak, ada 4 cara untuk mencegah suara-suara itu muncul!"

"Pertama dengan cara menghardik suara itu, kedua dengan cara minum obat secara teratur, ketiga dengan melakukan kegiatan-kegiatan yang sudah terjadwal dan yang keempat dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain."

Kerja:

"Bagaimana kalau kita belajar yang pertama dulu atau satu cara dulu yaitu menghardik halusinasi. Caranya sebagai berikut: saat Kakak tidak mau dengar suara yang muncul itu langsung bilang, *Pergi saya tidak mau dengar, saya tidak mau dengar. Kamu suara palsu*. Begitu diulang-ulang

sampai tidak terdengar suara lagi. Coba Kakak peragakan. Nah begitu... bagus! Coba! Lagi! Nah bagus Kakak sudah bisa."

Terminasi:

"Bagaimana perasaan Kakak, setelah latihan tadi? Kalau suara itu muncul lagi, silahkan lakukan cara yang tadi."

"Bagaimana kalau kita buat jadwal latihannya. Mau jam berapa saja latihannya?"

"Besok saya akan kesini lagi untuk melatih cara yang kedua yaitu minum obat secara teratur. Kakak mau latihan jam berapa? Bagaimana kalau jam 8 lagi. Mau dimana? Bagaimana kalau disini saja. Baiklah, sampai jumpa besok. Shalom."

SP 2 Pasien: Melatih pasien menggunakan obat secara teratur

Orientasi:

"Shalom, bagaimana perasaannya hari ini? Apakah suara-suaranya masih muncul? Apakah sudah dipakai cara yang telah kita latih kemarin? Apakah jadwal kegiatannya sudah dilaksanakan?"

"Apakah hari ini obatnya sudah diminum? Baik. Siang ini kita akan diskusikan selama 15 menit sambil kakak menunggu makan siang. Disini saja ya kak?"

Kerja:

"Adakah bedanya setelah minum obat secara teratur? Apakah suara-suara masih terdengar? Minum obat sangat penting, supaya suara-suara yang

mengganggu kakak selama ini tidak muncul lagi. Berapa kali obat yang harus kakak minum? (perawat menyiapkan obat pasien)"

"Ini yang warna orange (CPZ) 3 kali sehari jam 7 pagi, jam 1 siang, dan jam 7 malam gunanya untuk menghilangkan suara-suara itu. Ini yang putih (THP) 3 kali sehari jam 7 pagi, jam 1 siang, dan jam 7 malam gunanya untuk rileks dan tidak kaku. Sedangkan yang merah jambu (HP) 3 kali sehari jam 7 pagi, jam 1 siang, dan jam 7 malam gunanya untuk pikiran tenang."

"Kalau suara-suara itu sudah hilang, obatnya tidak boleh diberhentikan, nanti konsultasikan dengan dokter, sebab kalau putus obat, kakak akan kambuh dan sulit untuk mengembalikan ke keadaan semula. Kalau obat habis kakak minta ke dokter untuk mendapatkan obat lagi. Kakak juga harus teliti saat menggunakan obat-obatan ini. Pastikan obatnya benar, artinya kakak harus memastikan bahwa obat ini benar-benar punya kakak. Jangan keliru dengan milik orang lain. Baca nama kemasannya. Pastikan obat diminum pada waktunya. Kakak juga harus perhatikan beberapa jumlah obat sekali minum dan harus cukup minum 10 gelas sehari."

Terminasi:

"Bagaimana perasaannya setelah kita bercakap-cakap tentang obat? Sudah berapa cara yang kita latih untuk mencegah suara-suara itu? Coba sebutkan. Bagus! (Jika jawaban benar)"

"Mari kita masukkan jadwal minum obatnya pada jadwal kegiatan harian. Jangan lupa teratur minum obatnya ya kak. Besok kita bicarakan lagi cara untuk melakukan aktivitas terjadwal."

SP 3 Pasien: Melatih pasien mengontrol halusinasi dengan cara ketiga: melaksanakan aktivitas terjadwal

Orientasi:

"Shalom, bagaimana perasaannya hari ini? Apakah suara-suaranya masih muncul? Apakah sudah dipakai dua cara yang telah kita latih? Bagaimana hasilnya? Sesuai janji kita yang kemarin, hari ini kita akan belajar cara yang ketiga untuk mencegah halusinasi yaitu melakukan kegiatan terjadwal. Mau dimana kita bicara? Baik kita duduk di ruang tamu ya. Berapa lama kita bicara? Bagaimana kalau 15 menit? Baiklah."

Kerja:

"Apa saja yang bisa kakak lakukan? Pagi-pagi apa kegiatannya? Setelah itu kakak melakukan kegiatan-kegiatan apa? Wah banyak sekali kegiatannya. Mari kita latih dua kegiatan hari ini (latih kegiatan tersebut). Bagus sekali kak bisa lakukan. Kegiatan ini dapat kakak lakukan untuk mencegah suara itu muncul agar dari pagi sampai malam kakak ada kegiatan."

Terminasi:

"Bagaimana perasaannya setelah kita melakukan kegiatan tadi? Bagus sekali! Coba sebutkan tiga cara yang telah kita latih untuk mencegah

suara-suara itu muncul? Mari kita masukan dalam jadwal kegiatan harian kakak. Coba lakukan sesuai jadwal."

"Besok kita akan melatih cara keempat yaitu bercakap-cakap dengan orang lain. Mau jam berapa? Bagaimana kalau jam 10.00 di sini ya. Sampai jumpa. Shalom."

SP 4 Pasien: Melatih pasien mengontrol halusinasi dengan cara keempat: bercakap-cakap dengan orang lain

Orientasi:

"Shalom, selamat pagi/siang/sore/malam. Bagaimana perasaannya hari ini? Apakah suara-suaranya masih muncul? Sesuai janji kita yang kemarin saya akan melatih cara keempat untuk mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain."

"Kita akan latihan selama 20 menit. Mau di mana? Bagaimana kalau di sini saja?"

Kerja:

"Cara yang keempat untuk mencegah/mengontrol halusinasi adalah dengan bercakap-cakap dengan orang lain. Jadi kalau kakak mendengar suara-suara, langsung saja cari teman untuk diajak ngobrol, minta teman untuk ngobrol dengan kakak. Contohnya begini: *Tolong saya mulai mendengar suara-suara. Ayo ngobrol dengan saya!* Atau kalau ada orang di rumah, misalnya katakan: *Ayo ngobrol dengan saya, saya sedang dengar suara-suara.* Begitu ya kak. Coba ulangi seperti yang saya tadi lakukan. Ya begitu bagus! Coba sekali lagi! Nah latihan terus ya kak."

Terminasi:

"Bagaimana perasaan kakak, setelah latihan ini? Jadi sudah ada berapa cara yang kakak pelajari untuk mencegah suara-suara itu? Bagus, cobalah ke-empat cara ini kalau kakak mengalami halusinasi lagi."

"Bagaimana kalau kita masukan dalam jadwal kegiatan harian kakak. Lakukan secara teratur ya kak. Sampai jumpa di pertemuan keluarga berikutnya. Shalom."

SP 1 Keluarga (Halusinasi): Pendidikan kesehatan tentang pengertian, jenis, tanda/gejala, dan cara mencegah halusinasi

Orientasi:

"Shalom bapak/ibu, nama saya Geby. Saya mahasiswa yang membantu anak bapak/ibu. Bagaimana perasaan bapak/ibu hari ini? Apa pendapat bapak/ibu tentang anak bapak/ibu?"

"Hari ini kita akan berdiskusi tentang apa masalah yang anak bapak/ibu alami dan bantuan apa yang bapak/ibu bisa berikan."

Kerja:

"Apa yang bapak/ibu rasakan menjadi masalah dalam merawat Tn. R? Apa yang bapak/ibu lakukan? Ya, gejala yang dialami oleh anak bapak/ibu itu dinamakan halusinasi, yaitu mendengar atau melihat sesuatu yang sebetulnya tidak ada bendanya. Tanda-tandanya bicara dan tertawa sendiri, atau marah-marah tanpa sebab."

"Jadi kalau anak bapak/ibu mengatakan mendengar suara-suara, sebenarnya suara itu tidak ada. Untuk itu kita diharapkan dapat membantunya dengan mengingatkan cara menghardik yang sudah diajarkan."

Terminasi:

"Bagaimana perasaan bapak/ibu setelah kita berdiskusi tentang masalah yang dialami Tn. R? Coba bapak/ibu sebutkan kembali tanda dan gejala kalau anak bapak/ibu sedang mengalami halusinasi? Bagus sekali bapak/ibu sudah paham."

"Besok saya akan kembali lagi ke sini untuk mendiskusikan dan melatih cara kedua membantu Tn. R, yaitu cara merawat dan memantau kepatuhan minum obatnya secara teratur. Bapak/ibu bersedia jam berapa? Di sini lagi ya. Terima kasih."

SP 2 Keluarga (Halusinasi): Melatih keluarga merawat pasien dengan cara membimbing minum obat (PMO)

Orientasi:

"Shalom bapak/ibu, bagaimana perasaannya hari ini? Apakah jadwal menghardik Tn. R sudah diingatkan di rumah?"

"Sesuai janji kita, hari ini kita akan berdiskusi dan berlatih cara membimbing Tn. R agar teratur minum obat. Waktunya sekitar 15-20 menit di sini ya."

- **Kerja:**

"Bapak/ibu, minum obat sangat penting bagi Tn. R agar tidak kambuh. Obatnya ada tiga jenis: Chlorpromazine (CPZ) warna oranye, Trihexyphenidyl (THP) warna putih, dan Haloperidol (HP) warna merah jambu, yang diminum 3 kali sehari."

"Peran bapak/ibu sebagai PMO (Pengawas Minum Obat) adalah memastikan prinsip 6 benar: benar nama pasien, benar obat, benar dosis, benar cara, benar waktu, dan benar dokumentasi pada lembar *checklist* minum obat (KMO) yang saya berikan. Jangan hentikan obat tanpa konsultasi dokter ya bu/pak."

Terminasi:

"Bagaimana perasaan bapak/ibu setelah latihan tadi? Coba jelaskan kembali cara mengingatkan minum obat pada Tn. R. Bagus sekali."

"Besok kita akan belajar cara ketiga yaitu menciptakan lingkungan yang kondusif dan melatih percakapan agar Tn. R tidak melamun. Sampai jumpa besok!"

SP 3 Keluarga (Halusinasi): Melatih keluarga menciptakan suasana kondusif dan membimbing aktivitas / sosialisasi pasien

Orientasi:

"Shalom bapak/ibu, bagaimana perkembangan Tn. R dalam minum obat dan menghardik minggu ini?"

"Hari ini kita akan belajar cara ketiga dan keempat dalam merawat Tn. R, yaitu menciptakan suasana rumah yang tenang dan mendukung aktivitasnya."

Kerja:

"Bapak/ibu bisa membantu Tn. R dengan tidak membiarkannya terlalu lama sendiri atau melamun. Ajak ia mengobrol ringan dan libatkan dalam kegiatan rumah tangga yang ringan serta awasi jadwal harian yang sudah dibuat."

"Jika ia mulai tampak gelisah atau mendengar suara, ingatkan untuk bercakap-cakap dengan anggota keluarga."

Terminasi:

"Bagaimana perasaan bapak/ibu setelah kita berdiskusi lengkap hari ini? Dengan ini, bapak/ibu sudah paham cara merawat Tn. R di rumah."

"Kita juga perlu rutin kontrol ke Puskesmas Malaimsimsa setiap bulan atau jika obat hampir habis. Terima kasih atas kerja samanya selama ini. Shalom."

**STRATEGI PELAKSANAAN (SP) ISOLASI SOSIAL (SP 1-4 PASIEN &
SP 1-3 KELUARGA)**

SP 1 Pasien: Mengidentifikasi penyebab isolasi sosial, keuntungan dan kerugian berinteraksi, serta melatih berkenalan dengan 1 orang

Orientasi:

"Shalom Kak! Bagaimana perasaannya hari ini? Masih merasa ingin sendiri terus atau sudah ada keinginan ngobrol?"

"Hari ini kita akan ngobrol selama 15 menit tentang pentingnya punya teman dan cara berkenalan dengan orang lain ya."

Kerja:

"Coba ceritakan, apa yang membuat Kakak lebih suka menyendiri dan jarang ngobrol dengan orang lain?"

"Kalau Kakak terus menyendiri, ruginya apa ya? Tidak punya teman, kalau ada perlu susah. Sebaliknya, kalau Kakak mau bergaul, untungnya apa? Bisa punya teman, bisa ngobrol, dan tidak bosan."

"Nah, mari kita belajar cara berkenalan dengan satu orang dulu (misalnya dengan saya atau perawat lain). Caranya: sebutkan nama, nama panggilan, asal, dan hobi. Contoh: *Halo, nama saya R, panggil saja R, asal dari Sorong, hobi menyapu*. Coba Kakak praktekan!"

Terminasi:

"Bagaimana perasaan Kakak setelah latihan berkenalan tadi? Bagus sekali, Kakak sudah hebat."

"Mari kita masukkan kegiatan berkenalan ini ke jadwal harian ya. Besok kita latihan berkenalan dengan 2 orang atau lebih. Mau jam berapa? Di sini ya. Shalom."

SP 2 Pasien: Melatih pasien berinteraksi sosial dengan 2 orang atau lebih (keluarga / tetangga dekat)

Orientasi:

"Shalom Kak! Bagaimana perasaan hari ini? Apakah latihan berkenalan kemarin sudah dicoba dengan anggota keluarga di rumah?"

"Sesuai janji kita, hari ini kita akan latihan berkenalan dengan dua orang atau lebih ya."

Kerja:

"Bagus sekali kemarin sudah kenalan dengan 1 orang. Sekarang kita tingkatkan latihan berkenalan dengan dua orang sekaligus, misalnya dengan saya dan anggota keluarga di rumah."

"Caranya sama, hampiri mereka, ucapkan salam, sebutkan nama, lalu tanyakan nama mereka juga. Mari kita praktekan bersama keluarga."

Terminasi:

"Bagaimana rasanya berkenalan dengan dua orang sekaligus? Hebat sekali Kakak bisa melakukannya."

"Mari masukkan dalam jadwal harian. Besok kita latihan berinteraksi dalam kelompok kecil atau mengobrol saat kumpul keluarga. Sampai jumpa!"

SP 3 Pasien: Melatih pasien berinteraksi dalam kelompok kecil (berkumpul / mengobrol bersama keluarga di ruang tengah)

Orientasi:

"Shalom Kak! Bagaimana perasaannya hari ini? Apakah jadwal berinteraksinya lancar?"

"Hari ini kita akan latihan cara berinteraksi dalam kelompok kecil, misalnya ikut nimbrung ngobrol di ruang tamu bersama keluarga."

Kerja:

"Kalau sedang berkumpul di ruang keluarga, jangan hanya diam atau menunduk ya Kak. Coba dengarkan pembicaraan mereka, lalu berikan tanggapan kecil atau tanyakan sesuatu jika ada yang dibahas. Mari kita praktekan langsung duduk bersama keluarga di ruang tengah sekarang."

Terminasi:

"Bagaimana perasaannya setelah ikut mengobrol bersama keluarga tadi? Suasana jadi lebih hangat bukan?"

"Besok kita akan latihan interaksi sosial keluar rumah, seperti berbelanja ke warung terdekat. Mau ya? Sampai jumpa."

SP 4 Pasien: Melatih pasien melakukan interaksi sosial di luar rumah (berbelanja ke warung terdekat)

Orientasi:

"Shalom Kak! Bagaimana perasaannya hari ini? Hari ini adalah latihan terakhir untuk mengatasi rasa sendiri/isolasi sosial, yaitu berinteraksi langsung di luar rumah seperti ke warung."

Kerja:

"Mari kita berjalan keluar sebentar menuju warung terdekat. Nanti Kakak coba sendiri berinteraksi dengan penjaga warung, misalnya menyapa, lalu membeli barang kecil seperti sabun atau air mineral dengan sopan."
(Perawat mendampingi dari dekat).

Terminasi:

"Luar biasa! Kakak berhasil belanja ke warung dan menyapa penjualnya dengan baik."
"Pertahankan terus kemampuan bergaul ini setiap hari sesuai jadwal ya Kak. Pertemuan kita untuk latihan sosialisasi sudah selesai, tetap semangat berinteraksi dengan orang lain. Shalom."

SP 1 Keluarga (Isolasi Sosial): Menjelaskan masalah isolasi sosial dan tanda-tandanya pada pasien

Orientasi:

"Shalom bapak/ibu, hari ini kita akan berdiskusi khusus mengenai perilaku anak bapak/ibu yang sering menyendiri atau menarik diri dari pergaulan (isolasi sosial)."

Kerja:

"Bapak/ibu, perilaku menarik diri atau tidak mau bergaul dengan tetangga disebut isolasi sosial. Tanda-tanda umumnya kontak mata kurang, sering menunduk, afek tumpul, dan tidak mau ikut kegiatan sosial."

"Kondisi ini butuh dukungan kita agar Tn. R tidak semakin tenggelam dalam dunianya sendiri."

Terminasi:

"Bagaimana bapak/ibu, apakah penjelasannya bisa dipahami? Besok kita akan latihan cara keluarga membimbing Tn. R agar mau berinteraksi dengan orang lain."

SP 2 Keluarga (Isolasi Sosial): Melatih keluarga cara membimbing dan memotivasi pasien berinteraksi

Orientasi:

"Shalom bapak/ibu, sesuai jadwal hari ini kita akan mempraktikkan bagaimana cara keluarga memotivasi Tn. R agar mau bergaul."

Kerja:

"Caranya adalah dengan tidak membiarkan Tn. R mengurung diri di kamar. Ajak ia keluar kamar, libatkan dalam percakapan keluarga di ruang tamu, dan berikan pujian (*reinforcement*) setiap kali ia mau menyapa atau mengobrol dengan orang lain."

Terminasi:

"Bagus sekali bapak/ibu sudah mengerti. Mari kita terapkan di rumah setiap hari. Besok kita lanjutkan cara mengevaluasi interaksi sosialnya."

SP 3 Keluarga (Isolasi Sosial): Evaluasi dukungan keluarga dan edukasi rujukan / follow-up Puskesmas

Orientasi:

"Shalom bapak/ibu, hari ini kita mengevaluasi perkembangan sosialisasi Tn. R yang sudah mulai mau berinteraksi dengan tetangga."

Kerja:

"Pertahankan dukungan bapak/ibu di rumah. Jika ada kegiatan kemasyarakatan atau kunjungan kerabat, libatkan Tn. R secara perlahan. Jangan lupa jika ada kendala perilaku menarik diri yang kambuh, segera konsultasikan ke Puskesmas Malaimsimsa."

Terminasi:

"Terima kasih atas peran aktif bapak/ibu dalam mendampingi Tn. R mengatasi isolasi sosialnya. Semoga pemulihannya semakin optimal."

**STRATEGI PELAKSANAAN (SP) DEFISIT PERAWATAN DIRI (SP 1-4
PASIEN & SP 1-3 KELUARGA)**

SP 1 Pasien: Menjelaskan pentingnya kebersihan diri, melatih cara mandi dan berdandan/berpakaian rapi

Orientasi:

"Shalom Kak! Bagaimana perasaannya hari ini? Apakah tidurnya nyenyak? Hari ini kita akan belajar tentang pentingnya merawat diri agar badan segar dan penampilan rapi."

Kerja:

"Mengapa kita harus mandi? Supaya badan bersih, wangi, terhindar dari kuman, dan badan terasa segar. Mandi yang baik minimal 2 kali sehari pakai sabun, sikat gigi, dan keramas."

"Selain itu, cara berpakaian juga harus rapi dan wangi, ganti baju setiap hari, serta hindari memakai aksesoris berlebihan yang tidak perlu. Coba Kakak sebutkan alat-alat mandi apa saja yang disiapkan!"

Terminasi:

"Bagaimana perasaan Kakak setelah kita ngobrol tentang kebersihan diri? Mari kita masukkan kegiatan mandi dan berpakaian rapi ke dalam jadwal harian ya."

"Besok kita belajar cara makan dan minum yang baik. Sampai jumpa!"

SP 2 Pasien: Melatih pasien cara makan dan minum yang baik secara mandiri

Orientasi:

"Shalom Kak! Bagaimana, hari ini sudah mandi dan berpakaian rapi sesuai jadwal? Bagus sekali."

"Sekarang kita akan belajar tata cara makan dan minum yang baik dan benar."

Kerja:

"Sebelum makan kita harus cuci tangan terlebih dahulu dengan sabun. Saat makan, gunakan alat makan yang bersih, duduk yang sopan di meja makan bersama keluarga, ambil makanan secukupnya, berdoa sebelum dan sesudah makan, serta minum air putih yang cukup (minimal 8-10 gelas sehari)."

"Mari kita praktikkan cara mencuci tangan dan menyiapkan makan siang."

Terminasi:

"Hebat sekali Kakak bisa mempraktikkannya dengan baik. Masukkan jadwal makan dan minum yang teratur ini ke logbook harian ya."

"Besok kita akan belajar cara toileting (BAB dan BAK yang benar).
Sampai jumpa!"

SP 3 Pasien: Melatih pasien cara toileting (BAB dan BAK yang benar dan bersih)

Orientasi:

"Shalom Kak! Bagaimana kabarnya hari ini? Hari ini kita akan latihan cara buang air besar (BAB) dan buang air kecil (BAK) yang benar di toilet."

Kerja:

"Kalau Kakak mau BAB atau BAK, harus di dalam toilet/wc, jangan sembarangan ya. Setelah selesai, siram toilet sampai bersih menggunakan air yang cukup. Jangan lupa membersihkan diri (cebok) dengan air dan sabun, lalu cuci tangan pakai sabun sebelum keluar dari toilet agar kuman mati."

"Mari kita tinjau kebersihan toilet di rumah."

Terminasi:

"Bagaimana penjelasannya? Sangat mudah kan Kak? Selalu ingat untuk menjaga kebersihan toilet setelah dipakai ya."

"Besok kita evaluasi seluruh jadwal perawatan diri harian. Sampai jumpa besok!"

SP 4 Pasien: Evaluasi jadwal harian perawatan diri secara mandiri (mandi, berdandan, makan, toileting)

Orientasi:

"Shalom Kak! Hari ini adalah evaluasi akhir untuk melihat kemandirian Kakak dalam melakukan seluruh perawatan diri dari mandi, berpakaian, makan, sampai toileting."

Kerja:

"Coba tunjukkan pada saya bagaimana Kakak menjaga penampilan tetap rapi hari ini. Wah, bajunya rapi, rambut tersisir rapi, kuku bersih, dan badan wangi! Pertahankan terus semua kebiasaan baik ini secara mandiri setiap hari ya Kak."

Terminasi:

"Kakak hebat sekali sudah bisa merawat diri sendiri dengan sangat baik. Jadikan ini kebiasaan sehari-hari tanpa harus disuruh lagi. Tetap jaga kesehatan ya Kak. Shalom!"

SP 1 Keluarga (Defisit Perawatan Diri): Menjelaskan masalah defisit perawatan diri dan pentingnya bantuan keluarga

Orientasi:

"Shalom bapak/ibu, hari ini kita berdiskusi tentang cara membantu Tn. R dalam menjaga kebersihan dan perawatan dirinya sehari-hari."

Kerja:

"Keluarga perlu tahu bahwa terkadang pasien gangguan jiwa mengalami penurunan minat merawat diri (seperti malas mandi, berpakaian kurang rapi, atau makan berantakan). Untuk itu, keluarga berperan mengingatkan dan menyediakan fasilitas alat mandinya."

Terminasi:

"Apakah bapak/ibu bisa memahami penjelasan ini? Besok kita akan latihan cara keluarga membimbing perawatan diri pasien secara langsung."

SP 2 Keluarga (Defisit Perawatan Diri): Melatih keluarga cara membimbing dan menyediakan fasilitas perawatan diri pasien

Orientasi:

"Shalom bapak/ibu, hari ini kita mempraktikkan cara keluarga menyiapkan alat mandi dan membimbing Tn. R menjaga kebersihan diri serta makannya."

Kerja:

"Sediakan perlengkapan mandi khusus di kamar mandi rumah. Ingatkan Tn. R dengan lembut setiap jadwal mandi tiba (pagi dan sore). Berikan pujian jika ia selesai mandi dan berpakaian rapi, serta dampingi saat jam makan keluarga."

Terminasi:

"Bagus sekali bapak/ibu sudah paham dan mau mempraktikkannya. Mari kita jaga konsistensi dukungan ini setiap hari."

SP 3 Keluarga (Defisit Perawatan Diri): Evaluasi dukungan keluarga dan koordinasi pemeliharaan kebersihan jangka panjang ke Puskesmas

Orientasi:

"Shalom bapak/ibu, hari ini kita mengevaluasi kemandirian Tn. R dalam merawat diri yang kini sudah tampak jauh lebih rapi dan bersih."

Kerja:

"Pertahankan pengawasan dan bimbingan bapak/ibu di rumah. Jadikan daftar kegiatan harian sebagai panduan rutin. Jika ada kendala kesehatan atau kebersihan, fasilitas Puskesmas Malaimsimsa siap membantu."

Terminasi:

"Terima kasih atas dedikasi dan kerja sama bapak/ibu selama proses perawatan Tn. R. Semoga keluarga selalu sehat. Shalom!"

Lampiran 6. Lembar kuesioner pre dan post

Lembar Kuesioner Pre **Instrumen PHQ-2 (Patient Health Questionnaire-2) dan** **GAD-2 (Generalized Anxiety Disorder-2)**

Persetujuan Skrining Kesehatan Jiwa

Saya dengan sadar dan atas keinginan sendiri bersedia menerima pelayanan skrining kesehatan jiwa dan di skrining. Data yang saya isi merupakan data yang sebenarnya.

NIK	:
Nama	:
Tanggal Lahir	:
Jenis Kelamin	:
Alamat Domisili	:
Provinsi	:
Kota/Kab	:
Kecamatan	:
Desa/Kelurahan	:
Alamat Lengkap	:
No HP/WA	:
Status Pernikahan	:

Petunjuk Pengisian Kuesioner:

Pilih salah satu jawaban sesuai perasaan Anda dalam 2 minggu terakhir. Berikan tanda centang (✓) pada pilihan jawaban.

No.	Pertanyaan	Tidak sama sekali	Kurang dari 1 minggu	Lebih dari 1 minggu	Hampir setiap hari	Total Skor
1	Dalam 2 minggu terakhir, seberapa sering Anda kurang/tidak bersemangat melakukan kegiatan sehari-hari?					
2	Dalam 2 minggu terakhir, seberapa sering Anda merasa murung, sedih, atau putus asa?					
3	Dalam 2 minggu terakhir, seberapa sering Anda merasa gugup, cemas, atau gelisah?					
4	Dalam 2 minggu terakhir, seberapa sering Anda sulit mengendalikan rasa khawatir?					

Keterangan: Total skor diisi oleh petugas.

Lembar Kuesioner Post
Instrumen PHQ-2 (Patient Health Questionnaire-2) dan
GAD-2 (Generalized Anxiety Disorder-2)

NIK :

Nama :

Tanggal Lahir :

Jenis Kelamin :

Alamat Domisili :

Provinsi :

Kota/Kab :

Kecamatan :

Desa/Kelurahan :

Alamat Lengkap :

No HP/WA :

Status Pernikahan :

No	Pertanyaan	Tidak sama sekali	Kurang dari 1 minggu	Lebih dari 1 minggu	Hampir setiap hari	Total
1	Dalam 2 minggu terakhir, seberapa sering Anda kurang/tidak bersemangat melakukan kegiatan sehari-hari?					
2	Dalam 2 minggu terakhir, seberapa					

	sering Anda merasa murung, sedih, atau putus asa?					
3	Dalam 2 minggu terakhir, seberapa sering Anda merasa gugup, cemas, atau gelisah?					
4	Dalam 2 minggu terakhir, seberapa sering Anda sulit mengendalikan rasa khawatir?					

Lampiran 7. Lembar jawaban kuesioner pre dan post

Lembar Kuesioner Pre
Instrumen PHQ-2 (Patient Health Questionnaire-2) dan
GAD-2 (Generalized Anxiety Disorder-2)

Persetujuan Skrining Kesehatan Jiwa
Saya dengan sadar dan atas keinginan sendiri bersedia menerima pelayanan skrining kesehatan jiwa dan di skrining. Data yang saya isi merupakan data yang sebenarnya.

NIK	: 927102402400009
Nama	: Pera Salati La Sidi
Tanggal Lahir	: 12 - 02 - 1976
Jenis Kelamin	: laki - laki
Alamat Domisili	: Jl Pendidikan kilometer 8
Provinsi	: Papua Barat Daya
Kota/Kab	: Sorong
Kecamatan	: Malampuna
Desa/Kelurahan	: Malakidati
Alamat Lengkap	: Jl Pendidikan kilometer 8 NO. 26
No HP/WA	: 0858 - 4552 - 8924
Status Pernikahan	: kawin

Petunjuk Pengisian Kuesioner:

Pilih salah satu jawaban sesuai perasaan Anda dalam 2 minggu terakhir. Berikan tanda centang (✓) pada pilihan jawaban.

No.	Pertanyaan	Tidak sama sekali	Kurang dari 1 minggu	Lebih dari 1 minggu	Hampir setiap hari	Total Skor
1	Dalam 2 minggu terakhir, seberapa sering Anda kurang/tidak bersemangat melakukan kegiatan sehari-hari?		✓			1
2	Dalam 2 minggu terakhir, seberapa sering Anda merasa murung, sedih, atau putus asa?	✓				0
3	Dalam 2 minggu terakhir, seberapa sering Anda merasa gugup, cemas, atau gelisah?			✓		2
4	Dalam 2 minggu terakhir, seberapa sering Anda sulit mengendalikan rasa khawatir?		✓			1

Keterangan: Total skor diisi oleh petugas.

Lembar Kuesioner Post
**Instrumen PHQ-2 (Patient Health Questionnaire-2) dan
GAD-2 (Generalized Anxiety Disorder-2)**

NIK	927102102760004
Nama	Reza Saldi La Saldi
Tanggal Lahir	12-02-1976
Jenis Kelamin	laki-laki
Alamat Domisili	Jl. Pendidikan km.8
Provinsi	Papua barat daya
Kota/Kab	Sorong
Kecamatan	Makinsinsa
Desa/Kelurahan	Malaingledi
Alamat Lengkap	Jl. Pendidikan km. 8.No-26
No HP/WA	0858-9552-8929
Status Pernikahan	kawin

No	Pertanyaan	Tidak sama sekali	Kurang dari 1 minggu	Lebih dari 1 minggu	Hampir setiap hari	Total
1	Dalam 2 minggu terakhir, seberapa sering Anda kurang/tidak bersemangat melakukan kegiatan sehari-hari?	✓				0
2	Dalam 2 minggu terakhir, seberapa sering Anda merasa murung, sedih, atau putus asa?	✓				0
3	Dalam 2 minggu terakhir, seberapa sering Anda merasa gugup, cemas, atau gelisah?		✓			1
4	Dalam 2 minggu terakhir, seberapa sering Anda sulit mengendalikan rasa khawatir?		✓			1

Lampiran 8. Lembar Aktivitas Harian Pasien

No. : _____ Date : _____

Pagi ini saya bangun sekitar jam 05:00 Setelah itu saya mendengar suara orang berbicara. suaranya seperti laki-laki, tapi saya tidak melihat orang.

Siang ini saya makan dan tidur siang

~~##~~ Klien
[Signature]
N.R

KIKY

No. :

Date. :

malam saya sudah selesai
mandi dan makan malam
dan sekarang saya
mau tidur, dan saya
juga tdk lupa minum
obat.

saya bekerja sebagai tukang
pigit

KIKY

Lampiran 9. Lembar Monitoring Kepatuhan Minum Obat

CEKLIST MINUM OBAT

DISIPLIN MINUM OBAT,
LANGKAH KECIL UNTUK HIDUP LEBIH BAIK

Kesehatan jiwa adalah harta yang berharga, rawat dengan cinta, hidup lebih bermakna.

Kemenkes
Poltekkes Sorong

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES SORONG

Mahasiswa
Geby Pundoko
NIM: 31440122024

NO.	NAMA OBAT	PAGI 07.00	MALAM 19.00
1	chlorpromazine, Trithexyphenidyl, Haloperidol	☒	☒
2	chlorpromazine, Trithexyphenidyl, Haloperidol	☒	☒
3	chlorpromazine, Trithexyphenidyl, Haloperidol	☒	☒
4	chlorpromazine, Trithexyphenidyl, Haloperidol	☒	☒
5	chlorpromazine, Trithexyphenidyl, Haloperidol	☒	☒
6	chlorpromazine, Trithexyphenidyl, Haloperidol	☒	☒
7	chlorpromazine, Trithexyphenidyl, Haloperidol	☒	☒
8	chlorpromazine, Trithexyphenidyl, Haloperidol	☒	☒
9	chlorpromazine, Trithexyphenidyl, Haloperidol	☒	☒
10	chlorpromazine, Trithexyphenidyl, Haloperidol	☒	☒
11	chlorpromazine, Trithexyphenidyl, Haloperidol	☒	☒
12	chlorpromazine, Trithexyphenidyl, Haloperidol	☒	☒

CARA PENGISIAN:

Berikan tanda centang (✓) pada kolom yang tersedia:

- Isi NAMA OBAT pada kolom yang tersedia
- Centang pada kolom PAGI (07.00) setelah minum obat pagi
- Centang pada kolom MALAM (19.00) setelah minum obat malam
- Lakukan setiap hari agar pengobatan lebih teratur dan efektif

Tenangkan Pikiran
Rawat Perasaan

Anda Tidak Sendiri
Kami Ada untuk Anda

Minum Obat Teratur
Pulih Lebih Cepat

Hari Ini Lebih Baik
dari Kemarin

Jaga Kesehatan Jiwa
Jaga Masa Depan

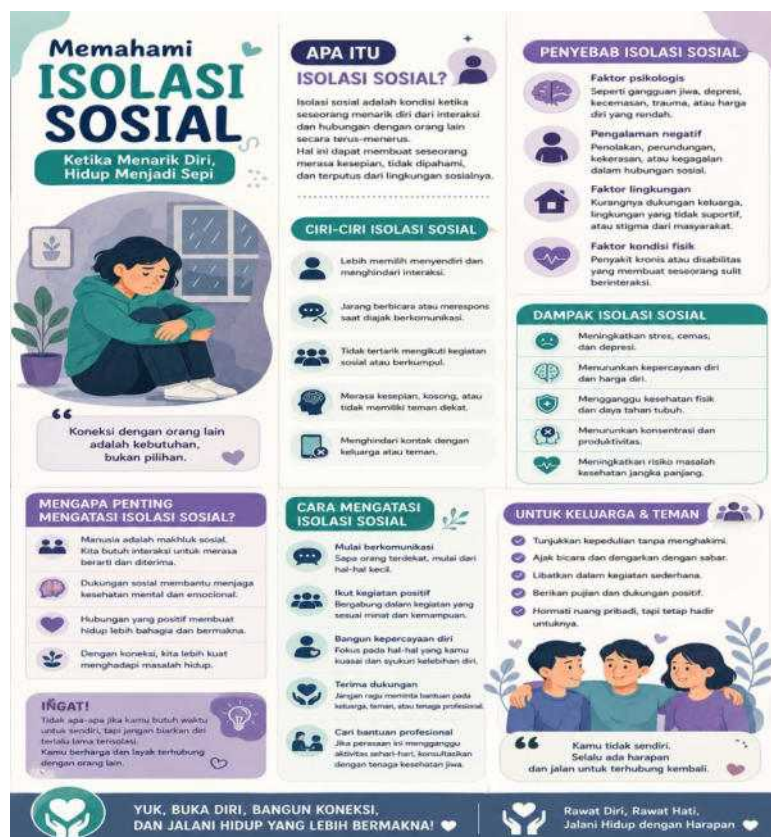
KONSISTENSI HARI INI, KESEHATAN JIWA UNTUK ESOK YANG LEBIH BAIK

Lampiran 10. STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)
KEPATUHAN MINUM OBAT UNTUK MENGONTROL
HALUSINASI PENDENGARAN

Komponen	Uraian Prosedur
Pengertian	Suatu tatalaksana sistematis untuk memastikan pasien skizofrenia mengonsumsi obat antipsikotik secara mandiri, tepat, dan teratur sesuai dosis dan jadwal guna mengontrol gejala halusinasi pendengaran.
Tujuan	1. Mengontrol, menurunkan, dan menghilangkan intensitas gejala halusinasi pendengaran. 2. Mencegah terjadinya kekambuhan (<i>relaps</i>) pada pasien skizofrenia. 3. Meningkatkan pemahaman pasien dan keluarga mengenai pentingnya prinsip 6 Benar pemberian obat. 4. Membangun kemandirian pasien dalam manajemen terapi psikofarmaka.
Kebijakan	Menjadi acuan bagi perawat dalam melaksanakan intervensi keperawatan jiwa, khususnya dalam pemenuhan kebutuhan kepatuhan minum obat pada pasien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran.
Petugas	Perawat Jiwa / Perawat Pelaksana.
Peralatan	1. Obat antipsikotik sesuai resep dokter (misal: Haloperidol, Chlorpromazine, Trhexyphenydl). 2. Logbook / Lembar kontrol minum obat (KMO). 3. Media edukasi (brosur/leaflet obat jika diperlukan). 4. Air minum secukupnya.
Prosedur Pelaksanaan	A. Tahap Pra-Interaksi 1. Cek catatan keperawatan/rekam medis terkait instruksi terapi obat pasien. 2. Siapkan obat sesuai dengan dosis yang dijadwalkan. 3. Siapkan lembar kontrol minum obat. B. Tahap Orientasi 1. Berikan salam terapeutik dan panggil pasien dengan nama kesukaannya. 2. Validasi kondisi pasien hari ini (tanyakan apakah suara-suara halusinasi masih terdengar). 3. Jelaskan tujuan pertemuan, yaitu untuk membantu pasien minum obat guna mengontrol suara-suara tersebut.

	4. Buat kontrak waktu dan tempat. C. Tahap Kerja 1. Diskusikan dengan pasien manfaat minum obat dan kerugian jika tidak patuh minum obat. 2. Latih pasien menerapkan prinsip 6 Benar pemberian obat: Benar Pasien, Benar Obat, Benar Dosis, Benar Rute/Cara, Benar Waktu, dan Benar Dokumentasi. 3. Edukasi pasien mengenai jenis obat, warna obat, fungsi obat, serta efek samping yang mungkin timbul (seperti mulut kering, mengantuk, kaku otot) dan cara mengatasinya. 4. Bantu pasien minum obat dan pastikan obat benar-benar ditelan (periksa rongga mulut jika diperlukan). 5. Berikan pujian positif atas kerja sama pasien dalam minum obat. 6. Masukkan jadwal minum obat ke dalam jadwal kegiatan harian pasien. D. Tahap Terminasi 1. Evaluasi subjektif: Tanyakan perasaan pasien setelah minum obat dan berdiskusi. 2. Evaluasi objektif: Minta pasien menyebutkan kembali waktu/jadwal minum obatnya. 3. Rencana tindak lanjut: Anjurkan pasien untuk meminta obat kepada petugas/keluarga jika waktu minum obat telah tiba. 4. Lakukan dokumentasi tindakan (pemberian obat, dosis, respon pasien, dan tingkat kepatuhan).
--	---

Lampiran 12. Poster dan Leaflet



MEMAHAMI DEFISIT PERAWATAN DIRI

Merawat diri adalah wujud cinta pada diri sendiri

Defisit perawatan diri adalah ketidakmampuan seseorang untuk merawat diri sendiri dalam memenuhi kebutuhan kebersihan, penampilan, makan, minum, dan aktivitas sehari-hari sehingga mempengaruhi kesehatan dan kualitas hidupnya.

INGAT!
Merawat diri bukan berarti sempurna, tapi tentang usaha kecil setiap hari yang berarti besar untuk hidup yang lebih sehat dan bermakna.

APA ITU DEFISIT PERAWATAN DIRI?

Kondisi ketika seseorang tidak mampu atau tidak mau merawat dirinya sendiri secara memadai, baik secara fisik maupun mental, yang dapat berdampak pada kesehatan, kebersihan, dan fungsi sosialnya.

CIRI-CIRI DEFISIT PERAWATAN DIRI

- Tidak menjaga kebersihan diri (mandi jarang, rambut kotor, bau badan).
- Pakaian kotor, tidak rapi, atau memakai pakaian yang tidak sesuai.
- Pola makan tidak teratur atau tidak nafsu makan.
- Tidak merapikan tempat tidur atau lingkungan sekitar.
- Jarang menyikat gigi atau merawat kebersihan mulut.
- Kurang motivasi/energi untuk merawat diri.
- Tidak melakukan aktivitas sehari-hari secara teratur.

PENYEBAB DEFISIT PERAWATAN DIRI

- Faktor Psikologis**
Gangguan jiwa, depresi, harga diri rendah, kehilangan motivasi.
- Faktor Biologis**
Ketidakseimbangan zat kimia di otak, efek samping obat.
- Faktor Lingkungan**
Dukungan keluarga kurang, lingkungan tidak mendukung, isolasi sosial.
- Faktor Stres**
Masalah ekonomi, konflik, atau beban hidup yang berat.

DAMPAK DEFISIT PERAWATAN DIRI

- Risiko infeksi dan penyakit meningkat.
- Penampilan tidak rapi dapat mempengaruhi hubungan sosial.
- Menurunkan rasa percaya diri dan harga diri.
- Kualitas hidup menurun.
- Dapat memperburuk kondisi kesehatan fisik dan mental.

Langkah kecil merawat diri hari ini, adalah investasi besar untuk masa depan yang lebih baik.

BAGAIMANA CARA MEMULAI MERAWAT DIRI?

- Mulai dari hal kecil.
Mandi, sikat gigi, dan berpakaian setiap hari.
- Buat rutinitas harian.
Jadwalkan aktivitas perawatan diri secara teratur.
- Beri pujian untuk diri sendiri.
Hargai setiap usaha yang kamu lakukan.
- Minta dukungan.
Berbicara dengan keluarga, teman, atau tenaga kesehatan.
- Fokus pada hal positif.
Berpikirlah positif dan tetap semangat.
- Jaga lingkungan.
Lingkungan bersih dan rapi membantu semangat merawat diri.

Kamu berharga dan layak untuk dirawat dengan baik.

TIPS MERAWAT DIRI SETIAP HARI

- Mandi minimal 1 kali sehari.
- Gunakan pakaian bersih dan rapi.
- Sikat gigi 2 kali sehari.
- Makan makanan bergizi 3 kali sehari.
- Minum air putih yang cukup (6-8 gelas/hari).
- Lakukan aktivitas fisik ringan seperti jalan kaki atau peregangan.
- Tidur cukup dan berkualitas (6-8 jam/hari).
- Rapikan kamar dan buang sampah setiap hari.

Konsistensi adalah kunci hidup sehat dan bahagia.

KAPAN HARUS MINTA BANTUAN?

Segera cari bantuan jika kamu atau orang terdekat mengalami hal berikut:

- Tidak mampu merawat diri selama beberapa hari.
- Kehilangan minat untuk melakukan aktivitas sehari-hari.
- Merasa sangat sedih, putus asa, atau tidak berdaya.
- Kondisi memburuk dan mempengaruhi kesehatan atau aktivitas sehari-hari.

Kamu tidak sendiri. Bantuan ada dan pemulihan itu mungkin!

RAWAT DIRI, SAYANGI DIRI, HIDUP LEBIH BERKUALITAS

Setiap usaha kecil hari ini adalah langkah besar menuju hidup yang lebih baik.

Lampiran 13. Dokumentasi



LEMBAR KONSULTASI

NAMA : Geby Pundoko

NIM : 31440122024

PRODI : D-III keperawatan

DOSEN PEMBIMBING 1 : Oktoviana Mobalen, S.Kep.,Ns,M.Kep

 JUDUL KTI : **PENERAPAN KEPATUHAN MINUM OBAT UNTUK
 MENGONTROL HALUSINASI PENDENGARAN PADA PASIEN SKIZOFRENIA
 DI PUSKESMAS MALAIMSIMA**

No	Hari&tgl	Materi	Catatan/saran dosen pembimbing	Paraf dosen
1.		BAB I	- BAB I tambahkan Data Awal pt Skizofrenia penulisan di Paps'kan.	
2		BAB I- BAB III	- perbaiki sesuai koreksi Teori sp pt dan keluarga	
3		Strategi Pelaksanaan (SP) 1-4	- Buat SP yg di implementasi - lanjutkan pengumpulan data	

4			Perbaikan Sesi (corek)	
5			Aec siap ujian Buat PPT	
6				

LEMBAR KONSULTASI

Nama : Geby Pundoko

Nim: 31440122024

Dosen pembimbing 1 : Oktovina Mobalen S.Kep.Ns., M.Kep

Dosen pembimbing 2 : Yogik S. Anggraini M.MedEd

NO	Hari/ Tanggal	Materi yang dikonsultasi	Saran Pembimbing	TTD 1	TTD 2
1.		Penerapan kepatuhan minum obat untuk mengontrol halusinasi pendengaran pada pasien skizofrenia dipuskesmas malaimsimsa	Ada jurnal - Cari data awal Di Skizofrenia dng Halusinasi		
2.		Pengaruh pendampingan kepatuhan minum obat terhadap penurunan frekuensi halusinasi pendengaran pada pasien gangguan jiwa dipuskesmas malaimsimsa	- Perbaiki sesuai dengan Memastikan Jarak - Paparkan		
3.		Pengaruh edukasi kepatuhan minum obat terhadap frekuensi halusinasi pendengaran pada pasien gangguan jiwa dipuskesmas malaimsimsa			