

**LAPORAN KASUS ASUHAN KEPERAWATAN JIWA
DENGAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI
PENDENGARAN DI WISMA KENARI PANTI SOSIAL BINA
LARAS HARAPAN SENTOSA 1 TAHUN 2023**



Disusun Oleh:

NURHASANAH SUKARNO, S.Kep

NPM. 221560311069

PROGRAM STUDI PROFESI NERS

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MEDISTRA INDONESIA

BEKASI

2023

**LAPORAN KASUS ASUHAN KEPERAWATAN JIWA
DENGAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI
PENDENGARAN DI WISMA KENARI PANTI SOSIAL BINA
LARAS HARAPAN SENTOSA 1 TAHUN 2023**

KARYA ILMIAH AKHIR Ners

**DIAJUKAN SEBAGAI SALAH SATU SYARAT MEMPEROLEH GELAR
PROFESI NERS**



Disusun Oleh:

NURHASANAH SUKARNO, S.Kep

NPM. 221560311069

PROGRAM STUDI PROFESI NERS

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MEDISTRA INDONESIA

BEKASI

2023

LEMBAR PERNYATAAN

Dengan bertandatangan dibawah ini :

Nama : Nurhasanah Sukarno

NPM : 221560311069

Program Studi : Profesi Ners

Dengan ini menyatakan bahwa Tugas Akhir dengan judul “ Laporan Kasus Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran Di Wisma Kenari Panti Sosial Bina Laras Harapan Sentosa 1 Tahun 2023” adalah benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan jiplakan maupun mengcopy sebagian dari hasil karya orang lain.

Apabila ada dikemudian hari ternyata ditemukan ketidaksesuaian dengan pernyataan ini, maka saya bersedia mempertanggungjawabkan dan menerima sanksi, sesuai dengan ketentuan yang dibuat oleh STIKes Medistra Indonesia.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sesungguhnya di Bekasi pada tanggal 02 Maret 2023.

Yang Menyatakan



Nurhasanah Sukarno, S.Kep

LEMBAR PERSETUJUAN

**Karya Ilmiah Akhir Ini Telah Diperiksa Oleh Preseptor Satu dan Preseptor
Dua dan Disetujui Untuk Melaksanakan Seminar Hasil**

Bekasi, 02 Maret 2023

Menyetujui,
Penguji I



Ns. Roulita, S.Kep.,M.Kep
NIDN. 0310087002

Penguji II



Ns. Riris Ocktryna Silitonga, M.Kep., Sp.Kep.J.
NIDN. 0326107203

Mengetahui,
Kepala Program Studi Ilmu Keperawatan (S1)
Dan Pendidikan Profesi Ners



Kiki Deniati, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIDN. 0316028302

LEMBAR PENGESAHAN KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : Nurhasanah Sukarno, S.Kep
NPM : 221560311069
Program Studi : Profesi Ners
Judul Karya Ilmiah Akhir : **Laporan Kasus Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran Di Wisma Kenari Panti Sosial Bina Laras Harapan Sentosa 1 Tahun 2023**

Telah diperiksa, dikaji dan diujikan dalam seminar hasil pada Tanggal 02 Maret 2023

Bekasi, 02 Maret 2023

Penguji I

Ns. Roulita, S.Kep., M.Kep
NIDN. 0310087002

Penguji II

Ns. Riris Ocktryna Silitonga, M.Kep., Sp.Kep.J
NIDN. 0326107203

Wakil Ketua I Bidang Akademik

Puri Kresnawati, SST., M.KM
NIDN. 0309049001

Kepala Program Studi Ilmu (S1) dan
Pendidikan Profesi Ners

Kiki Deniati S.Kep., Ns., M.Kep
NIDN. 0316028302

Disahkan,
Ketua STIKes Medistra Indonesia

Dr. Lenny Irmawati Sirait, SST., M.Kes
NIDN. 0319017902

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, yang telah melimpahkan rahmat dan anugerah-Nya kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan Karra Ilmiah Akhir Ners dengan judul “Laporan kasus Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran Di Wisma Kenari Panti Sosial Bina Laras Harapan Sentosa 1 Tahun 2023”. Tugas ini merupakan syarat untuk memperoleh gelar Ners Program Studi Profesi Ners STIKes Medistra Indonesia. Penulis menyadari banyak memiliki keterbatasan dalam hal maupun pengalaman, namun berkat arahan dan bantuan dari berbagai pihak sehingga karya ilmiah akhir ners ini dapat terselesaikan. Untuk itu dengan segala hormat dan kerendahan hati penulis menyampaikan terima kasih kepada:

1. Usman Ompusunggu, SE., selaku Pembina Yayasan Medistra Indonesia
2. Saver Mangandar Ompusunggu, SE selaku Ketua Yayasan Medistra Indonesia
3. Dr. Lenny Irmawati S, SST., M. Kes., selaku Ketua STIKes Medistra Indonesia
4. Puri Kresnawati, SST., MKM., selaku Wakil Ketua I Bidang Akademik STIKes Medistra Indonesia
5. Sinda Ompusunggu, S. H., selaku Wakil Ketua II Bidang Administrasi dan Kepegawaian STIKes Medistra Indonesia
6. Hainnun Nisa, SST., M. Kes., selaku Wakil Ketua III Bidang Kemahasiswaan STIKes Medistra Indonesia.
7. Kiki Deniati, S. Kep., Ns., M. Kep., selaku Kepala Program Studi Keperawatan (S1) dan Pendidikan Profesi Ners STIKes Medistra Indonesia

8. Nurti Y. K. Gea, S. Kep., Ns., M. Kep., S. Kep.A., selaku Koordinator Profesi Ners
9. Riris Ocktyna, S. Kep., Ns., M. Kep., Sp. KepJ selaku dosen pembimbing Karya Ilmiah Akhir Ners
10. Roulita, S. Kep., Ns., M. Kep., selaku dosen Penguji Karya Ilmiah Akhir Ners
11. Dinda Nur Fajri Hidayati Bunga, S. Kep., Ns., M. Kep., selaku dosen pembimbing akademik
12. Seluruh Dosen dan Staff STIKes Medistra Indonesia yang turut membantu memberikan banyak ilmu, masukan dan arahan selama proses pendidikan.
13. Kedua Orang Tua dan Kakak – Kakak terkasih yang telah memberikan banyak bantuan dan support dalam bentuk moril maupun materi yang selalu menyertai penulis dalam proses penyusunan karya ilmiah akhir ners.
14. Rekan – rekan seperjuangan mahasiswa/i profesi Ners angkatan XI STIKes Medistra Indonesia yang telah memberikan dukungan, pengalaman serta motivasi sehingga dapat terselesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners ini.

Penulis menyadari bahwa Karya Ilmiah Akhir Ners ini masih jauh dari kesempurnaan, untuk itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun dari para pembaca. Akhir kata, penulis berharap semoga Karya Ilmiah Akhir Ners ini dapat diterima dan bermanfaat.

Bekasi, 02 Maret 2023



Nurhasanah Sukarno, S.Kep

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI.....	iii
DAFTAR TABEL.....	v
DAFTAR SKEMA.....	vi
DAFTAR LAMPIRAN.....	vii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan.....	5
BAB II LANDASAN TEORI	7
A. Konsep Dasar Halusinasi	7
B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Halusinasi.....	16
BAB III GAMBARAN KASUS	26
A. Pengkajian Keperawatan Kesehatan Jiwa Klien 1 (Tn. M).....	26
B. Pengkajian Keperawatan Kesehatan Jiwa Klien 2 (Tn. S)	42
C. Analisa Data.....	59
D. Pohon Masalah.....	61
E. Daftar Diagnosa Keperawatan	62
F. Nursing Care Planning (NCP)	63
G. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan	76
BAB IV PEMBAHASAN.....	96
A. Pengkajian Keperawatan.....	96

B. Diagnosa Keperawatan	102
C. Rencana Keperawatan.....	106
D. Implementasi Keperawatan.....	110
E. Evaluasi Keperawatan.....	115
BAB V PENUTUP.....	122
A. Kesimpulan	122
B. Saran	124
DAFTAR PUSTAKA	126

DAFTAR TABEL

Tabel 3. 1 Analisa Data.....	59
Tabel 3. 2 Diagnosa Keperawatam	62
Tabel 3. 3 Nursing Care Planning (NCP)	63
Tabel 3. 4 Implementasi Dan Evaluasi Keperawatan	76

DAFTAR SKEMA

Skema 2. 1 Rentang Respon Halusinasi.....	10
Skema 2. 2 Pohon Masalah Halusinasi	21
Skema 3. 1 Pohon Masalah Klien 1 (Tn. M).....	61
Skema 3. 2 Pohon Masalah Klien 2 (Tn. S).....	62

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Strategi Pelaksanaan	130
Lampiran 2 Kegiatan Bimbingan Karya Ilmiah Akhir Ners	144
Lampiran 3 Dokumentasi Sidang Karya Ilmiah Akhir Ners.....	147
Lampiran 4 Daftar Riwayat Hidup.....	148

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Gangguan jiwa umumnya ditandai adanya penyimpangan yang fundamental, karakteristik dari pikiran dan persepsi, adanya afek yang tidak wajar atau tumpul (Yusuf et al., 2015). Gangguan jiwa adalah keadaan seseorang yang merasa bahwa dirinya tidak diterima lingkungan, gagal dalam berusaha, tidak mampu mengontrol emosi, merasa terganggu atau terancam, serta berubahnya perilaku seseorang ditandai adanya halusinasi, ilusi, waham, gangguan proses pikir, kemampuan berpikir serta tingkah laku yang abnormal (Livana et al., 2020).

Klasifikasi gangguan jiwa menurut hasil Riset Kesehatan Dasar tahun 2013 dibagi menjadi dua bagian, yaitu gangguan jiwa ringan meliputi semua gangguan mental emosional yang berupa kecemasan, panik, gangguan alam perasaan, dan gangguan jiwa berat/kelompok psikosis yaitu skizofrenia (Sulahyuningsih, 2016). Gejala skizofrenia pada seseorang dapat mengalami perubahan semakin membaik atau semakin memburuk dalam kurun waktu tertentu, hal tersebut berdampak dengan hubungan pasien dengan dirinya sendiri serta orang yang dekat dengan penderita (Pardede dalam Wijoyo & Mutikasari, 2020)

Kesehatan jiwa telah menjadi issue global, data dari WHO (2022) dalam (Yunita Anggraini & Sukihananto, 2022) menyebutkan bahwa prevalensi gangguan jiwa di seluruh dunia hampir mencapai satu miliar

orang. Angka ini dikatakan sebagai menyumbang 10% dari beban penyakit global. Hampir 1 dari 300 orang (0.32%) di seluruh dunia mengalami gangguan jiwa, termasuk 24 juta orang yang mengalami skizofrenia. Terdapat sekitar 35 juta orang terkena depresi, 60 juta orang terkena bipolar, 21 juta terkena skizofrenia, serta 47,5 juta terkena demensia. Di Indonesia, menurut WHO 2017 dalam Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI, 2019 menyatakan perkiraan jumlah penderita gangguan jiwa di dunia adalah sekitar 450 juta jiwa termasuk skizofrenia (Maulana et al., 2019). Dinas Kesehatan DKI Jakarta menyebutkan dari total jumlah penduduk di Ibu Kota yang mencapai sekitar 10,6 juta jiwa, terdapat ODGJ berat mencapai sekitar 17.000 kasus atau sekitar 0,16 persen pada saat ini (Dinkes DKI Jakarta, 2021).

Panti Sosial Bina Laras Harapan Sentosa 1 merupakan panti sosial bagi penyandang disabilitas mental psikotik terlantar dan skizofrenia, klaster 1. Menurut Dinas Sosial Provinsi DKI Jakarta tahun 2022 data jumlah WBS (Warga Binaan Sosial) di Panti Sosial Bina Laras Harapan Sentosa 1 pada bulan Januari tahun 2023 berjumlah 816 WBS, terbagi dalam 6 wisma yaitu wisma Kenari 140 WBS, wisma Elang 156 WBS, wisma Cendrawasih 129 WBS, wisma Merak 136 WBS, wisma Melati 127 WBS, dan wisma Mawar 128 WBS. Wisma Kenari merupakan wisma yang dihuni oleh WBS laki – laki dengan pasien gangguan jiwa yang salah satu gejalanya adalah mengalami Gangguan Persepsi Sensori : halusinasi Pendengaran sebanyak 20% WBS (Warga Binaan Sosial) (Dinsos DKI Jakarta, 2022).

Halusinasi merupakan salah satu gejala pertama yang muncul pada penderita skizofrenia, lebih dari 90% pasien diperkirakan mengalami halusinasi. Ada beberapa jenis halusinasi pada pasien gangguan jiwa sekitar 70% adalah halusinasi dengar, 20% halusinasi pengelihatan, dan 10% adalah halusinasi penghidu, pengecapan, dan perabaan (Famela et al., 2022). Berdasarkan pengkajian pada beberapa WBS (Warga Binaan Sosial) di wisma Kenari Panti Sosial Bina Laras harapan Sentosa 1 dari 140 WBS terdapat 10% WBS mengalami gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran.

Halusinasi merupakan gangguan persepsi sensori dari suatu obyek tanpa adanya rangsangan dari luar, gangguan persepsi sensori ini meliputi seluruh pancaindra. Halusinasi merupakan salah satu gejala gangguan jiwa yang pasien mengalami perubahan sensori persepsi, serta merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan perabaan, atau penciuman. Pasien merasakan stimulus yang sebetulnya tidak ada (Yusuf et al., 2015).

Halusinasi disebabkan oleh banyak faktor, meliputi faktor predisposisi dan faktor presipitasi. Faktor predisposisi adalah faktor risiko yang mempengaruhi jenis dan jumlah sumber yang dapat dibangkitkan oleh individu untuk dapat mengatasi stress. Beberapa faktor yang termasuk dalam faktor predisposisi yaitu faktor genetik, faktor perkembangan, faktor neurobiology, study neurotransmitter, faktor biokimia. faktor presipitasi adalah stimulus yang dipersepsikan oleh individu sebagai tantangan,

ancaman tuntutan yang memerlukan energi ekstra untuk coping (Yusuf et al., 2015)

Dampak yang ditimbulkan dari kejadian gangguan persepsi sensori : halusinasi adalah kehilangan Social diri, yang mana dalam situasi ini dapat beresiko perilaku kekerasan seperti melukai diri, melukai orang lain, bahkan merusak lingkungan. Untuk meminimalisir dampak yang ditimbulkan pada klien dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi dibutuhkan penanganan yang tepat. Dengan banyaknya klien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi, semakin jelas bahwa peran perawat sangat dibutuhkan dalam kasus ini agar klien dapat mengontrol halusinasinya (Putri et al., 2021)

Penanganan halusinasi dapat dilakukan dengan beberapa terapi keperawatan seperti strategi pelaksanaan untuk pasien dengan halusinasi yaitu dengan mengajarkan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, selanjutnya mengajarkan cara mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain, mengajarkan cara mengontrol halusinasi dengan melakukan aktifitas terjadwal dan mengajarkan cara mengontrol halusinasi dengan meminum obat (Livana et al., 2020).

Berdasarkan latar belakang yang telah dijabarkan, maka penulis tertarik untuk melakukan pengelolaan kasus asuhan keperawatan jiwa yang dituangkan dalam Karya Ilmiah Akhir Ners Keperawatan Jiwa yang berjudul : “Asuhan Keperawatan Jiwa dengan Gangguan Perspsi Sensori : Halusinasi Pendengaran di Wisma Kenari Panti Sosial Bina Laras Harapan Sentosa I.”

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Memberikan Asuhan Keperawatan Jiwa dengan Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Pendengaran di Wisma Kenari Panti Sosial Bina Laras Harapan Sentosa I.

2. Tujuan Khusus

- a. Memahami tentang Konsep dasar Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran
- b. Mampu melakukan pengkajian pada klien dengan Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Pendengaran di Wisma Kenari Panti Sosial Bina Laras Harapan Sentosa 1.
- c. Mampu menentukan masalah keperawatan pada klien dengan Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Pendengaran di Wisma Kenari Panti Sosial Bina Laras Harapan Sentosa 1.
- d. Mampu merencanakan tindakan keperawatan pada klien dengan Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Pendengaran di Wisma Kenari Panti Sosial Bina Laras Harapan Sentosa 1.
- e. Mampu mengimplementasikan rencana tindakan pada klien pada klien dengan Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Pendengaran di Wisma Kenari Panti Sosial Bina Laras Harapan Sentosa 1.

- f. Mampu melaksanakan evaluasi pada klien pada klien dengan Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Pendengaran di Wisma Kenari Panti Sosial Bina Laras Harapan Sentosa 1.

BAB II

LANDASAN TEORI

A. Konsep Dasar Halusinasi

1. Definisi

Halusinasi adalah distorsi persepsi tidak nyata yang terjadi pada respon neurobiologist maladaptive, penderita sebenarnya mengalami distorsi sensori sebagai hal yang menurutnya nyata dan meresponnya. Halusinasi adalah suatu gejala gangguan jiwa. Pasien mengalami perubahan sensori persepsi merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan atau penghiduan. Pasien merasakan stimulus yang sebetulnya tidak ada. (Putri et al., 2021)

Halusinasi adalah persepsi klien terhadap lingkungan tanpa stimulus yang nyata, artinya klien menginterpretasikan sesuatu yang tidak nyata stimulus/rangsangan dari luar. Halusinasi merupakan persepsi yang diterima oleh panca indera tanpa adanya stimulus eksternal. Klien dengan halusinasi sering merasakan keadaan/kondisi yang hanya dapat dirasakan olehnya namun tidak dapat dirasakan oleh orang lain (Harkomah,2019) dalam (Putri et al., 2021)

Halusinasi merupakan gangguan jiwa dimana klien mengalami perubahan persepsi sensori, merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, rasa, sentuhan, atau penciuman (Abdurkhan & Maulana, 2022) berdasarkan beberapa definisi diatas halusinasi merupakan gangguan persepsi panca indera dengan adanya stimulus eksternal yang

dianggapnya nyata sehingga dapat merasakan sensasi paslu dan meresponnya.

2. Proses Terjadinya Halusinasi

Tahapan halusinasi antara lain (Yusuf et al., 2015)

a. Tahap pertama (non-psikotik)

Pada tahap ini, halusinasi dapat membuat klien merasa nyaman dan orientasi sedang. Secara umum pada tahap ini merupakan hal yang menyenangkan bagi klien : Mengalami kecemasan, kesepian, batin dan ketakutan, Cobalah untuk social pada pikiran yang dapat menghilangkan kecemasan, pikiran dan pengalaman indrawi masih di bawah kendali sadar. Perilaku yang muncul:

- 1) Tersenyumlah atau tertawakan diri Anda sendiri
- 2) Gerakkan bibir Anda dengan tenang
- 3) Gerakan mata yang cepat
- 4) Sebarkan respons verbal, diam dan konsentrasi

b. Tahap kedua (pasien non-psikiatri)

Pada tahap ini, pelanggan biasanya menyalahkan diri sendiri dan merasakan kecemasan yang serius. Biasanya rasa haus yang ada social menyebabkan rasa jijik. klien: Pengalaman sensorik yang menakutkan atau terganggu oleh pengalaman, mulai merasa lepas kendali dan keluar dari orang lain Perilaku yang muncul:

- 1) Meningkatnya detak jantung, pernapasan, dan tekanan darah
- 2) Mengurangi kepedulian terhadap lingkungan

- 3) Fokus pada pengurangan pengalaman sensorik
- 4) Hilangnya kemampuan untuk membedakan antara ilusi dan kenyataan

c. Tahap ketiga (Penyakit Mental)

Klien biasanya tidak dapat mengontrol diri mereka sendiri, kecemasan mereka parah, dan halusinasi sangat menakutkan klien : Pasien menyerah dan menerima pengalaman sensorik, isi ilusi menjadi menakutkan dan ketika pengalaman selesai pasien menjadi kesepian.

Perilaku yang muncul:

- 1) Pasien mematuhi instruksi halusinasi
- 2) Kesulitan berhubungan dengan orang lain
- 3) Sedikit atau perhatian sementara terhadap lingkungan
- 4) Tidak dapat mengikuti perintah sebenarnya
- 5) Pasien terlihat panik dan berkeringat

d. Tahap keempat (penyakit mental klien mudah dikendalikan oleh halusinasi, dan mereka biasanya panik).

Perilaku yang muncul:

- 1) Resiko cedera tinggi
- 2) Pengadukan
- 3) Ketidakmampuan merespon rangsangan yang ada

3. Rentang respon

Halusinasi merupakan gangguan dari persepsi sensori, waham merupakan gangguan pada isi pikiran. Keduanya merupakan gangguan

dari respons neurobiologi. Oleh karenanya secara keseluruhan, rentang respons halusinasi mengikuti kaidah rentang respons neurobiologi.

Rentang respons neurobiologi yang paling adaptif adalah adanya pikiran logis dan terciptanya hubungan sosial yang harmonis. Rentang respons yang paling maladaptif adalah adanya waham, halusinasi, termasuk isolasi sosial menarik diri. Berikut adalah gambaran rentang respons neurobiologi (Yusuf et al., 2015).



Sumber : (Yusuf et al., 2015)

a. Respon adaptif berdasarkan rentang respon halusinasi menurut (Yusuf et al., 2015), meliputi :

- 1) Pikiran logis berupa mendapat atau pertimbangan yang dapat di terima akal.

- 2) Persepsi akurat berupa pandangan dari seseorang tentang sesuatu peristiwa secara cermat dan tepat sesuai perhitungan.
 - 3) Emosi konsisten dengan pengalaman berupa ke mantapan perasaan jiwa yang timbul sesuai dengan peristiwa yang penuh di alami.
 - 4) Perilaku sesuai dengan kegiatan individu atau sesuatu yang berkaitan dengan individu tersebut di wujudkan dalam bentuk gerak atau ucapan yang bertentangan dengan moral.
 - 5) Hubungan social dapat di ketahui melalui hubungan seseorang dengan orang lain dalam pergaulan di tengah masyarakat.
- b. Respon maladaptive Respon maladaptive berdasarkan rentang respon halusinasi menurut (Yusuf, A.H & ,R & Nihayati, 2015) meliputi :
- 1) Kelainan pikiran adalah keyakinan yang secara kokoh di pertahankan walaupun tidak di yakini oleh orang lain dan bertentangan dengan kenyataan social.
 - 2) Halusinasi merupakan gangguan yang timbul berupa persepsi yang salah terhadap rangsangan.
 - 3) Tidak mampu mengontrol emosi berupa ketidak mampuan atau menurunnya kemampuan untuk mengalami kesenangan kebahagiaan, keakraban, dan kedekatan.
 - 4) Ketidakteraturan perilaku berupa ketidakselarasan antara perilaku dan gerakan yang di timbulkan.
 - 5) Isolasi social adalah kondisi kesendirian yang di alami oleh individu karna orang lain menyatakan sikap yang di alami oleh individu.

4. Klasifikasi

Klasifikasi halusinasi (Yusuf et al., 2015):

a. Halusinasi dengar/ suara

1) Data subjektif:

- Mendengar suara-suara atau kegaduhan.
- Mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap.
- Mendengar suara menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya

2) Data Objektif

- Bicara atau tertawa sendiri
- Marah-marah tanpa sebab
- Mengarahkan telinga ke arah tertentu
- Menutup telinga.

b. Halusinasi Penglihatan

1) Data Subjektif

- Melihat bayangan, sinar, bentuk geometris, bentuk kartun, melihat hantu, atau monster.

2) Data Objektif

- Menunjuk-nunjuk ke arah tertentu.
- Ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas

c. Halusinasi Penciuman

1) Data Subjektif

- Membau bau-bauan seperti bau darah, urine, feses, dan kadang- kadang bau itu menyenangkan.
- 2) Data Objektif
- Mencium seperti sedang membaui bau-bauan tertentu.
 - Menutup hidung
- d. Halusinasi pengecapan
- 1) Data Subjektif
- Merasakan rasa seperti darah, urine, atau feses
- 2) Data Objektif
- Sering meludah
 - Pengecapan
 - Muntah
- e. Halusinasi Perabaan
- 1) Data Subjektif
- Mengatakan ada serangga di permukaan kulit.
 - Merasa seperti tersengat listrik.
- 2) Data Objektif
- Menggaruk – garuk permukaan kulit
5. Penatalaksanaan Medis

Halusinasi merupakan salah satu gejala yang paling sering terjadi pada gangguan Skizofrenia. Dimana Skizofrenia merupakan jenis psikosis, adapun tindakan penatalaksanaan dilakukan dengan berbagai terapi yaitu dengan (Putri et al., 2021):

a. Psikofarmakologis

Menurut Pardede, Keliat, dan Wardani tahun 2013 Obat sangat penting dalam pengobatan skizofrenia, karena obat dapat membantu pasien skizofrenia untuk meminimalkan gejala perilaku kekerasan, halusinasi, dan harga diri rendah. Sehingga pasien skizofrenia harus patuh minum obat secara teratur dan mau mengikuti perawatan:

1) Haloperidol (HLD)

Obat yang dianggap sangat efektif dalam pengelolaan hiperaktivitas, gelisah, agresif, waham, dan halusinasi.

2) Chlorpromazine (CPZ)

Obat yang digunakan untuk gangguan psikosis yang terkait skizofrenia dan gangguan perilaku yang tidak terkontrol

3) Trihexilpenidyl (THP)

a) Dosis

- Haloperidol 3x5 mg (tiap 8 jam) intra muscular.
- Clorpromazin 25-50 mg diberikan intra muscular setiap 6-8 jam sampai keadaan akut teratasi.

b) Dalam keadaan agitasi dan hiperaktif diberikan tablet:

- Haloperidol 2x1,5 – 2,5 mg per hari
- Klorpromazin 2x100 mg per hari
- Triheksifenidil 2x2 mg per hari

c) Dalam keadaan fase kronis diberikan tablet:

- Haloperidol 2x0,5 – 1 mg perhari b. Klorpromazin 1x50 mg sehari (malam)
- Triheksifenidil 1-2x2 mg sehari
- Psikosomatik

b. Terapi kejang Listrik (Electro Compulsive Thrapy)

Terapi kejang listrik (Electro Compulsive Therapy), yaitu suatu terapi fisik atau suatu pengobatan untuk menimbulkan kejang grand mal secara artifisial dengan melewatkan aliran listrik melalui elektroda yang dipasang pada satu atau dua temples pada pelipis. Jumlah tindakan yang dilakukan merupakan rangkaian yang bervariasi pada setiap pasien tergantung pada masalah pasien dan respon terapeutik sesuai hasil pengkajian selama tindakan. Pada pasien Skizofrenia biasanya diberikan 30 kali. ECT biasanya diberikan 3 kali seminggu walaupun biasanya diberikan jarang atau lebih sering. Indikasi penggunaan obat: penyakit depresi berat yang tidak berespon terhadap obat, gangguan bipolar di mana pasien sudah tidak berespon lagi terhadap obat dan pasien dengan bunuh diri akut yang sudah lama tidak mendapatkan pertolongan

c. Psikoterapi

Membantu waktu yang relatif lama, juga merupakan bagian penting dalam proses terapeutik. Upaya dalam psikoterapi ini meliputi : memberikan rasa aman dan tenang, menciptakan lingkungan

terapeutik, memotivasi klien untuk dapat mengungkapkan perasaan secara verbal, bersikap ramah, sopan dan jujur terhadap klien.

B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Halusinasi

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan pengumpulan data subjektif dan objektif secara sistematis dengan tujuan membuat penentuan tindakan keperawatan bagi individu, keluarga dan komunitas Menurut Damayanti (2014) dalam (Santri, 2019) Pada tahap ini ada beberapa yang perlu dieksplorasi baik pada klien yang berkenaan dengan kasus halusinasi yang meliputi :

a. Identitas klien

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

b. Keluhan Utama

Keluhan utama Biasanya berupa bicara sendiri, tertawa sendiri, senyum sendiri, menggerakkan bibir tanpa suara, 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.

c. Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi adalah faktor resiko yang mempengaruhi jenis dan jumlah sumber yang dapat dibangkitkan oleh individu untuk mengatasi stres. Diperoleh baik dari klien maupun keluarganya, mengenai faktor perkembangan sosial kultural, biokimia psikologis dan genetik yaitu faktor resiko yang mempengaruhi jenis dan jumlah sumber yang dapat dibangkitkan oleh individu untuk mengatasi stres.

- 1) Faktor perkembangan; biasanya tugas perkembangan mengalami hambatan dan hubungan interpersonal terganggu maka individu akan mengalami stres dan kecemasan.
- 2) Faktor sosiokultural; berbagai faktor di masyarakat dapat menyebabkan seseorang merasa disingkirkan oleh kesepian terhadap lingkungan tempat klien dibesarkan.
- 3) Faktor biokimia; adanya stres yang berlebihan dialami seseorang maka di dalam tubuh akan dihasilkan suatu zat yang dapat bersifat halusinogenik neuro kimia.
- 4) Faktor psikologis; hubungan interpersonal yang tidak harmonis, adanya peran ganda yang bertentangan dan tidak diterima oleh anak akan mengakibatkan stres dan kecemasan yang tinggi dan berakhir dengan gangguan orientasi realitas seperti halusinasi.
- 5) Faktor genetik; Apa yang berpengaruh dalam skizoprenia. Belum diketahui, tetapi Hasil studi menunjukkan bahwa faktor keluarga menunjukkan hubungan yang sangat berpengaruh pada penyakit ini.

d. Faktor Presipitasi

Adanya rangsangan lingkungan yang sering yaitu seperti partisipasi klien dalam kelompok, terlalu lama diajak komunikasi objek yang ada di lingkungan juga suasana sepi / isolasi adalah sering sebagai pencetus terjadinya halusinasi karena hal tersebut dapat meningkatkan stres dan kecemasan yang merangsang tubuh mengeluarkan zat halusinogenik.

e. 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.

f. Aspek Psikososial

Genogram yang menggambarkan tiga generasi.

g. Konsep Diri

1) Citra Tubuh

Menolak melihat dan menyentuh bagian tubuh yang berubah/ tidak menerima perubahan tubuh yang terjadi / yang akan terjadi. Menolak penjelasan perubahan tubuh, persepsi negatif tentang tubuh. Preokupasi dengan bagian tubuh yang hilang, mengungkapkan keputusasaan, mengungkapkan ketakutan.

2) Identitas diri

Ketidakpastian memandang diri, sukar menetapkan keinginan dan tidak mampu mengambil keputusan.

3) Peran

Berubah / berhenti fungsi peran yang disebabkan penyakit, proses menua putus sekolah dan PHK.

4) Ideal Diri

Mengungkapkan keputusasaan karena penyakitnya dan mengungkapkan keinginan yang terlalu tinggi

5) Harga diri

Perasaan malu terhadap diri sendiri, rasa bersalah terhadap diri sendiri, gangguan hubungan sosial, merendahkan martabat, mencederai diri dan kurang percaya diri.

h. Status Mental

Pada pengkajian status mental pasien halusinasi ditemukan data berupa bicara sendiri, senyum sendiri, tertawa sendiri, menggerakkan bibir tanpa suara, pergerakan mata yang cepat, respon verbal yang lambat, menarik diri dari orang lain berusaha untuk menghindari orang lain, tidak dapat membedakan yang nyata dan tidak nyata, terjadi peningkatan denyut jantung pernapasan dan tekanan darah, perhatian dengan lingkungan yang kurang / hanya beberapa detik com berkonsentrasi dengan pengalaman sensori, sulit berhubungan dengan orang lain, ekspresi muka tegang, mudah tersinggung, jengkel dan marah tidak mampu mengikuti perintah dari perawat, tampak tremor dan berkeringat, perilaku panik, agitasi dan kataton curiga dan bermusuhan, bertindak merusak diri orang lain dan lingkungan,

ketakutan, tidak dapat mengurus diri, biasa terdapat disorientasi waktu tempat dan orang.

i. Mekanisme Koping

Apabila mendapat masalah, pasien takut / 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:

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

j. Aspek Medik

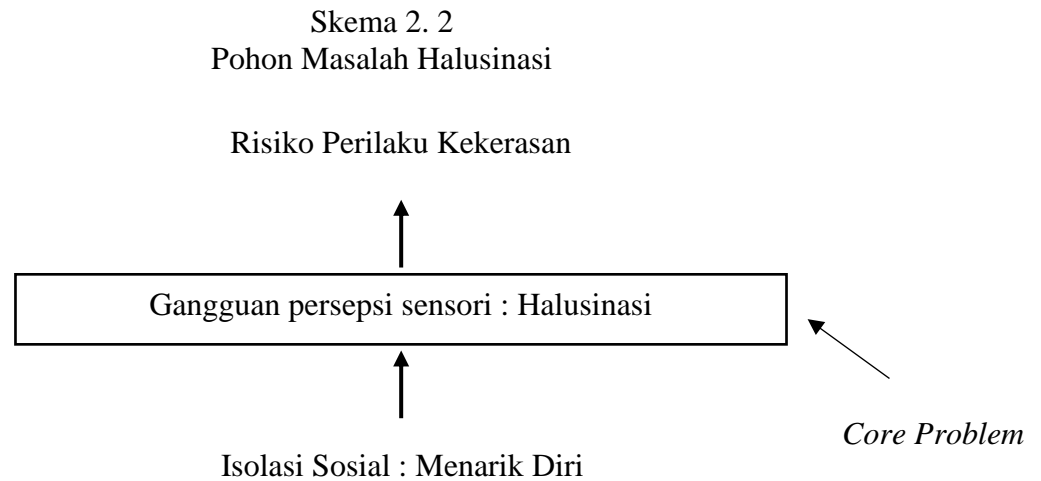
Terapi yang diterima klien bisa berupa terapi farmakologi psikomotor terapi okupasional, TAK dan rehabilitas.

2. Diagnosa Keperawatan

Masalah keperawatan yang terdapat pada klien dengan gangguan persepsi sensori halusinasi adalah sebagai berikut (Yusuf et al., 2015):

- a. Risiko perilaku kekerasan berhubungan dengan halusinasi.
- b. Perubahan persepsi sensor: halusinasi berhubungan dengan menarik diri.
- c. Isolasi sosial : menarik diri

3. Pohon Masalah



Sumber: (Yusuf, A.H & ,R & Nihayati, 2015)

4. Intervensi

Rencana tindakan keperawatan jiwa pada klien Gangguan Persepsi Sensori terbagi menjadi 2 yaitu (Yusuf et al., 2015) tindakan keperawatan untuk pasien dan tindakan keperawatan untuk keluarga:

a. Tindakan keperawatan untuk pasien

1) Tujuan tindakan untuk pasien meliputi:

- a) Pasien mengenali halusinasi yang dialaminya.
- b) Pasien dapat mengontrol halusinasinya.
- c) Pasien mengikuti program pengobatan secara optimal.

2) Tindakan Keperawatan

- a) Membantu pasien mengenali halusinasi dengan cara berdiskusi dengan pasien tentang isi halusinasi (apa yang didengar/dilihat), waktu terjadi halusinasi, frekuensi terjadinya

halusinasi, situasi yang menyebabkan halusinasi muncul, dan respons pasien saat halusinasi muncul.

- b) Melatih pasien mengontrol halusinasi. Untuk membantu pasien agar mampu mengontrol halusinasi, Anda dapat melatih pasien empat cara yang sudah terbukti dapat mengendalikan halusinasi, yaitu sebagai berikut.

SP 1 Menghardik halusinasi

Meghardik merupakan upaya untuk mengendalikan diri terhadap halusinasi dengan cara menolak halusinasi itu muncul. Pasien akan dilatih untuk mengatakan bahwa halusinasinya tidak nyata. Ketika pasien mampu melakukan penolakan pada halusinasinya dan mampu mengendalikan diri, mungkin halusinasinya akan tetap ada tetapi pasien tidak terlalu larut pada halusinasinya.

SP 2 Bercakap-cakap dengan orang lain.

Berkomunikasi merupakan metode distraksi / pengalihan dengan cara berinteraksi dengan klien. Ketika klien berkomunikasi dengan orang lain maka akan terjadi distraksi, kemudian pasien akan lebih fokus pada topik percakapan dan akan mengabaikan halusinasinya

SP 3 Melakukan aktivitas yang terjadwal.

Aktivitas terjadwal merupakan kegiatan yang dilakukan klien secara individu atau kelompok yang dilakukan disebuah

tempat dirumah atau di rumah sakit. Untuk mengurangi resiko halusinasinya muncul lagi klien diminta untuk menyibukkan diri dengan aktivitas yang terjadwal. Jadi pasien tidak memiliki waktu luang untuk sendiri yang bisa menyebabkan halusinasi itu muncul kembali.

SP 4 Menggunakan obat secara teratur.

Untuk mengontrol halusinasi itu muncul kembali, klien juga harus dilatih mengonsumsi obat secara teratur sesuai dengan program dengan prinsip 6 benar (benar obat, benar pasien, benar cara, benar waktu, dan benar dosis, benar dokumentasi).

b. Tindakan keperawatan untuk keluarga

1) Tujuan

- a. Keluarga dapat terlibat dalam perawatan pasien baik di rumah sakit maupun di rumah.
- b. Keluarga dapat menjadi sistem pendukung yang efektif untuk pasien.

2) Tindakan Keperawatan

- a. Diskusikan masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat pasien.
- b. Berikan pendidikan kesehatan tentang pengertian halusinasi, jenis halusinasi yang dialami pasien, tanda dan gejala

halusinasi, proses terjadinya halusinasi, serta cara merawat pasien halusinasi.

- c. Berikan kesempatan kepada keluarga untuk memperagakan cara merawat pasien dengan halusinasi langsung di hadapan pasien.
- d. Buat perencanaan pulang dengan keluarga.

5. Implementasi

Implementasi disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Pada situasi nyata sering pelaksanaan jauh berbeda dengan rencana. Sebelum melaksanakan tindakan keperawatan yang sudah direncanakan, perawat perlu memvalidasi dengan singkat apakah rencana tindakan masih sesuai dan dibutuhkan klien sesuai dengan kondisinya (*here and now*). Perawat juga menilai diri sendiri, apakah kemampuan interpersonal, intelektual, teknikal sesuai dengan tindakan yang akan dilaksanakan (Andri et al., 2019).

Implementasi disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Adapun pelaksanaan tindakan keperawatan jiwa dilakukan berdasarkan Strategi Pelaksanaan (SP) yang sesuai dengan masing-masing masalah utama. Pada saat akan dilaksanakan tindakan keperawatan maka kontrak dengan klien dilaksanakan dengan menjelaskan apa yang akan dikerjakan dan peran serta klien yang diharapkan, dokumentasikan semua tindakan yang telah dilaksanakan serta respon klien (Lase & Pardede, 2022).

6. Evaluasi

Evaluasi adalah proses hasil atau sumatif dilakukan dengan membandingkan respon klien pada tujuan umum dan tujuan khusus yang telah ditentukan. Halusinasi pendengaran tidak terjadi perilaku kekerasan, klien dapat membina hubungan saling percaya, klien dapat mengenal halusinasinya, klien dapat mengontrol halusinasi dengar dari jangka waktu 4x24 jam didapatkan data subjektif keluarga menyatakan senang karena sudah diajarkan teknik mengontrol halusinasi, keluarga menyatakan pasien mampu melakukan beberapa teknik mengontrol halusinasi. Data objektif pasien tampak berbicara sendiri saat halusinasi itu datang, pasien dapat berbincang-bincang dengan orang lain, pasien mampu melakukan aktivitas terjadwal, dan minum obat secara teratur (Lase & Pardede, 2022)

BAB III
GAMBARAN KASUS

A. Pengkajian Keperawatan Kesehatan Jiwa Klien 1 (Tn. M)

Ruangan : Wisma Kenari

Tanggal Pengkajian : 16 Januari 2023

I. Identitas Klien

Inisial : Tn. M

Tanggal pengkajian : 16 januari 2023

Umur : 24 tahun

Informan : Klien dan petugas panti

Tanggal dirawat : 22 April 2022

Ruangan rawat : Wisma Kenari

II. Alasan Masuk

Sebelum Klien dirawat di Panti Sosial Bina Laras 1, klien diantar oleh Oleh ibunya pada tahun 2017 ke di Panti sosial Bina Insani Bangun Daya 1 kedoya. Klien mengatakan alasan diantar ke panti karena selalu menyendiri dan tidak mau keluar rumah setelah ditinggalkan ayahnya.

III. Faktor Predisposisi

1) Pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu?

Ya

Tidak

2) Pengobatan sebelumnya

Berhasil

Kurang berhasil

Tidak berhasil

	3) Pelaku/usia	Korban/usia	Saksi/usia
Aniaya fisik	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Aniaya seksual	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Penolakan	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Kekerasan kriminal	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Jelaskan No. 1, 2, 3: Klien mengatakan mengatakan sebelum diantar ke panti oleh ibunya klien pernah mengkonsumsi obat namun klien lupa obat apa yang klien konsumsi yang didapat dari puskesmas selama 3 tahun karena berbicara sendiri dan tidak mau bersosialisasi, klien mengatakan pernah putus obat karena masalah ekonomi. Klien mengatakan tidak pernah mengalami aniaya fisik maupun aniaya seksual.

4) Adakah anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa

Ya

Tidak

Klien mengatakan keluarga tidak pernah ada yang mengalami gangguan jiwa

5) Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan

Klien merasa terpuruk saat ditinggalkan ayahnya (bercerai) dan merasa gagal menjadi seorang anak karena belum menikah dan sulit mencari pekerjaan di usianya 15 tahun saat itu, klien merasa menjadi beban ibunya.

Masalah keperawatan : **Respon Pasca Trauma**

IV. FISIK

1) Tanda vital

TD : 120/70 mmHg

N : 80 x/menit

S : 36,0°C

RR: 20x/menit

2) Ukur:

TB : 165 cm

BB : 50 kg

3) Keluhan fisik :

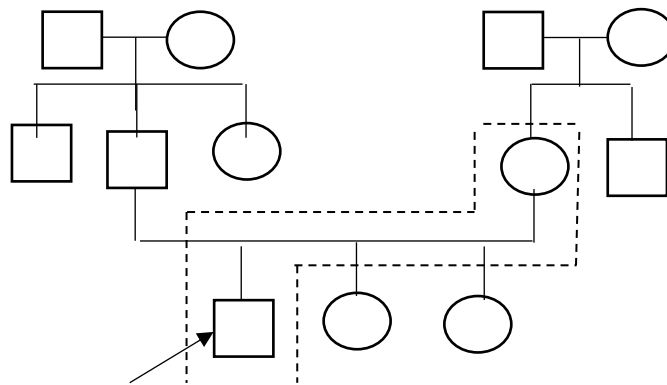
Ya

Tidak


Saat pengkajian klien mengatakan tidak ada keluhan penyakit fisik


V. PSIKOSOSIAL

1) Genogram

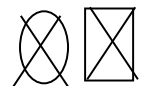



Keterangan :


 = Perempuan


 = Laki-laki

 = Cerai / putus hubungan

 = Meninggal

 = orang yang tinggal serumah

 = orang yang terdekat

 = Klien

Jelaskan: Klien mengatakan anak ke ke 1 dari 3 bersaudara, ayah klien menikah lagi, klien hanya tinggal bersama ibunya dan adiknya dibawa oleh ayahnya. Semenjak ayahnya pergi klien lebih senang menyendiri dan memikirkan adiknya. klien mengatakan sudah lama tidak bertemu ayah dan adik – adiknya.

Masalah keperawatan : **Koping keluarga tidak efektif**

- 2) Konsep diri
 - a. Gambaran diri : Klien menyukai semua bagian tubuhnya terutama alisnya karena tebal.
 - b. Identitas diri : Klien mengatakan bahwa dirinya adalah seorang laki – laki berusia 24 tahun, Pasien mangatakan tidak

puas dengan peran nya sebagai seorang anak karena tidak belum bekerja dan hanya menyusahkan ibunya.

- c. Peran diri : Klien merasa dirinya menjadi beban ibunya saat dirumah karena belum bekerja, klien merasa gagal menjadi seorang anak.
- d. Ideal diri : klien mengatakan tidak ada lagi tujuan hidupnya dan merasa bingung dengan kedepannya mau bagaimana.
- e. Harga diri : Klien mengatakan merasa gagal belum bisa membahagiakan ibunya karena belum bekerja.

Masalah keperawatan : **Harga diri rendah**

4) Hubungan sosial

- a. Orang yang berarti : Klien mengatakan orang yang berarti adalah ibunya
- b. Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat : Klien mengatakan tidak mengikuti kegiatan kelompok dan kegiatan masyarakat, klien lebih nyaman sendiri
- c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain : klien mengatakan tidak nyaman saat berada di luar rumah, klien lebih senang sendiri di dalam kamar.

Masalah keperawatan : **Isolasi Sosial**

5) Spiritual

- a. Nilai dan keyakinan : Klien mengatakan dirinya beragama islam

- b. Kegiatan ibadah : Klien mengatakan ketika di rumah selalu beribadah dan selama di panti klien tidak melakukan ibadah

Masalah keperawatan : **Tidak terdapat masalah keperawatan**, karena klien dapat menjalankan ibadah sesuai dengan kepercayaannya

VI. Status Mental

1) Penampilan

Tidak rapih

Penggunaan pakaian

Cara

Berpakaian

tidak sesuai

seperti biasanya

Jelaskan:

klien berpakaian kurang rapi, baju klien tampak kedodoran dan bolong – bolong, klien tidak menggunakan sandal, rambut klien tampak pendek dan menggaruk-garuk kepala karena ketombe, gigi klien tampak kuning, klien mengatakan hanya mandi 1x/hari itupun jika diminta oleh petugas.

Masalah keperawatan : **Defisit Perawatan Diri**

2) Pembicaraan

Cepat

Keras

Gagap

Inkoheren

Apatis Lambat Membisu Tidak mampu

Memulai pembicaraan

Jelaskan: klien menjawab seperlunya, klien berbicara saat diajak mengobrol, klien tidak mampu memulai pembicaraan, kontak mata klien kurang, klien kooperatif saat diwawancarai, klien banyak melamun, terkadang klien terlihat berbicara sendiri.

Masalah keperawatan: **Isolasi Sosial, Gangguan Perspsi Sensori : halusinasi Pendengaran**

3) Aktivitas motorik

Lesu Tegang Gelisah Agitasi
 Tik Grimaseng Tremor Kompulsif

Jelaskan : saat berinteraksi klien terlihat menyendiri dan banyak melamun, terkadang klien meminta cepat pulang dan bertemu ibunya

Masalah keperawatan : **Isolasi Sosial**

4) Alam perasaan

Sedih Ketakutan Putus asa Khawatir
 Gembira berlebihan

Jelaskan: klien mengatakan merasa sedih sejak ditinggal ayah dan adik – adiknya, klien merasa putus asa karena menjadi beban ibunya.

Klien mengatakan sering mendengar suara bisikan yang mengajaknya mengobrol, terkadang klien terlihat berbicara sendiri

Masalah keperawatan : **Gangguan Persepsi Sensori : halusinasi pendengaran, Harga diri rendah**

5) Afek

Datar

Tumpul

Labil

Tidak,sesuai

Jelaskan : afek datar, saat interaksi klien banyak diam, tidak mampu memulai pembicaraan, ekspresi wajah kurang berseri, klien hanya menjawab seperlunya

Masalah keperawatan : **Isolasi Sosial**

6) Interaksi selama wawancara

Bermusuhan

Tidak kooperatif

Mudah tersinggung

Kontak mata (-)

Defensif

Curiga

Jelaskan : Selama interaksi kontak mata klien (-), terkadang menunduk, klien banyak diam, klien kurang fokus saat berinteraksi

Masalah keperawatan : **Isolasi Sosial**

7) Persepsi

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pendengaran	Penglihatan	Perabaan
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pengecapan	Penghiduan	

Jelaskan : Klien mengatakan sebelumnya mendengar suara – suara bisikan untuk yang mengajaknya mengobrol dan terkadang klien hanya diam mendengarkannya, ketika pengkajian klien tampak bicara sendiri

Masalah keperawatan : **Gangguan Perspsi Sensori : Halusinasi Pendengaran**

8) Proses pikir

Klien mengakui penyakit yang dideritanya dan akan mengikuti segala peraturan dan perawatan yang akan diberikan kepadanya.

9) Isi pikir

Klien mengatakan ingin cepat sembuh dari penyakitnya dan segera pulang untuk bertemu ibunya

Waham

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agama	Somatik	Kebesaran	Curiga

Nihilistic

Sisip pikir

Siar pikir

Kontrol pikir

Jelaskan : klien tidak menunjukkan ada nya tanda – tanda waham

Masalah keperawatan : **Tidak ada masalah keperawatan**

10) Tingkat kesadaran

Bingung

Sedasi

Stupor

Disorientasi

Waktu

Tempat

Orang

Jelaskan: Klien memiliki kesadaran penuh klien mampu mengingat waktu dan tempat klien berada sekarang

Masalah keperawatan : **Tidak ada masalah keperawatan**

11) Memori

Gangguan daya ingat
jangka panjang

Gangguan daya ingat
jangka pendek

Gangguan daya ingat
saat ini

Konfabulasi

Jelaskan: Klien mampu mengingat semua kejadian dimasa lalu, tidak ada yang terganggu dari memori klien

Masalah keperawatan : **Tidak Ada masalah keperawatan**

12) Tingkat konsentrasi dan berhitung

Jelaskan: Klien mampu berhitung secara sederhana dan k lien mampu berkonsentrasi saat berhitung dari 1-10.

Masalah keperawatan: **Tidak ada masalah keperawatan**

13) Kemampuan penilaian

Gangguan ringan Gangguan bermakna

Jelaskan: Klien mampu mengambil keputusan sederhana secara mandiri tanpa bantuan orang lain, seperti memilih memilih mandi dulu sebelum makan atau makan dulu sebelum mandi.

Masalah keperawatan: **Tidak ada masalah keperawatan** klien dapat mengambil keputusan secara sederhana secara mandiri.

14) Daya tilik diri

klien menerima dan mengakui penyakitnya dan tidak menyalahhkan siapapun atas penyakit yang dideritanya.

Masalah keperawatan : **Tidak Ada Masalah Keperawatan**

VII. Kebutuhan Persiapan Pulang

1) Makan

Bantuan minimal Bantuan total

Klien mengatakan ketika makan sendiri namun perlu dibantu dalam menyiapkan makanan oleh petugas

Masalah keperawatan : **Tidak Ada Masalah Keperawatan**

2) BAB/BAK

Bantuan minimal Bantuan total

Klien tidak membutuhkan bantuan ketika BAB/BAK, Klien mampu membersihkan diri maupun membersihkan WC setelah BAB/BAK

Masalah keperawatan : **tidak ada masalah keperawatan**

3) Mandi

Bantuan minimal Bantuan total

Jelaskan: klien mengatakan selalu mandi 2x sehari itupun jika dibantu oleh petugas dan klien mengatakan jarang sikat gigi

Masalah keperawatan : **Defisit Perawatan Diri**

4) Berpakaian / berhias

Bantuan minimal Bantuan total

Jelaskan: klien mengatakan ganti baju sehari pada pagi hari, klien mengatakan jarang menyisir rambut karena rambutnya pendek

Masalah keperawatan : **Defisit Perawatan Diri**

5) Istirahat dan tidur

Tidur siang lama : tidak pernah

Tidur malam lama : 21:00 s/d 04:30

Kegiatan sebelum / sesudah tidur : tidak ada

Jelaskan: klien mengatakan tidak pernah tidur siang, dan klien tidur malam dengan nyenyak

Masalah keperawatan: **Tidak ada masalah keperawatan**

6) Penggunaan obat

Bantuan minimal Bantuan total

Klien mengatakan minum obat harus selalu diingatkan dan disediakan oleh petugas

7) Pemeliharaan kesehatan

Perawatan lanjutan Ya Tidak

Perawatan pendukung Ya Tidak

Saat ini secara fisik klien tidak ada masalah kesehatan fisik, Klien harus mendapatkan perawatan lanjutan seperti klien hanya perlu perawatan dan minum obat secara teratur di panti sosial bina laras harapan sentosa 1 yang telah ditanggung oleh pemerintah.

8) Kegiatan di dalam rumah

Mempersiapkan makanan Ya Tidak

Menjaga kerapian rumah Ya Tidak

Mencuci pakaian Ya Tidak

Pengaturan ruangan Ya Tidak

Jelaskan: Klien mengatakan saat dirumah masih mampu membantu ibunya mempersiapkan makan, menjaga kerapian rumah. Klien mengatakan masih mampu mencuci pakaian dan mengatur ruangan.

Masalah keperawatan: **Tidak ada masalah keperawatan**

9) Kegiatan di luar rumah

Belanja Ya Tidak

Transportasi Ya Tidak

Lain-lain Ya Tidak

Klien mengatakan kegiatan diluar ruangan apabila diminta oleh petugas untuk olah raga kaliling lapangan pagi hari.

VIII. Mekanisme Koping

Adaptif

Bicara dengan orang lain

Mampu menyelesaikan masalah

Teknik relaksasi

Aktifitas konstruktif

Olah raga

Lainnya

Maladaptif

Minum alkohol

Reaksi

lambat/berlebih

Bekerja berlebihan

Menghindar

Mencederai diri

Menghindar.....

Klien mengatakan saat dirumah klien lebih banyak diam, tidak mau bersosialisasi dengan orang lain semenjak di tinggalkan ayah dan adik – adiknya dan klien mengatakan lebih nyaman sendiri tidak mau bersosialisasi karena takut dimarahin petugas

Masalah keperawatan: **Isolasi Sosisial**

IX. Masalah Psikososial Dan Lingkungan

Masalah dengan dukungan kelompok, spesifik .

Klien mengatakan kegiatan sehari – hari hanya makan dan tidur, serta mengikuti kegiatan yang ada di panti

Masalah berhubungan dengan lingkungan, spesifik .

Klien mengatakan lebih nyaman sendiri, dan jarang berinteraksi dengan orang lain. Klien mengatatakan takut dimarahi petugas apabila beinteraksi dan mengajak teman berbicara.

Masalah dengan pendidikan, spesifik :

Klien mengatakan hanya lulusan SD, klien tidak melanjutkan sekolah karena tidak ada biaya

Masalah dengan pekerjaan, spesifik : Klien mengatakan belum pernah bekerja, karena sulit mencari kerja

Masalah dengan perumahan, spesifik : Klien mengatakan saat ini tinggal di panti sosial

Masalah ekonomi, spesifik : Klien mengatakan ibunya hanya bekerja sebagai kuli cuci dan setrika, klien mengatakan tidak melanjutkan sekolah karena biaya, klien merasa menjadi beban

ibunya karena belum bisa membantu perekonomian keluarga

Masalah dengan pelayanan kesehatan, spesifik : Klien mengatakan tidak ada masalah dengan pelayanan kesehatan, karena klien menggunakan BPJS untuk biaya jaminan kesehatannya.

Masalah lainnya, spesifik

Masalah keperawatan : **Isolasi Sosial**

X. Pengetahuan Kurang Tentang

Penyakit jiwa Sistem pendukung

Faktor predisposisi Penyakit fisik

Koping Obat-obatan

Masalah keperawatan : **Tidak Ada Masalah Keperawatan**

XI. Aspek Medik

1) Diagnosa Medik : Skizofrenia

2) Terapi Medik

a. Risperidone 2 x 1 mg

b. Clorilex clozapine 1 x 25mg

XII. Daftar Masalah Keperawatan

1) Gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran

- 2) Isolasi sosial
- 3) Harga diri rendah
- 4) Defisit perawatan diri

B. Pengkajian Keperawatan Kesehatan Jiwa Klien 2 (Tn. S)

I. Identitas Klien

Inisial : Tn. S

Tanggal pengkajian : 21 januari 2023

Umur : 41 tahun

Informan : Klien dan petugas panti

Tanggal dirawat : 7 Desember 2022

Ruangan rawat : Wisma Kenari

II. Alasan Masuk

Klien mengatakan masuk PSBL HS 1 karena terjaring penertiban petugas P3S dijalan saat sedang berkumpul pesta dengan teman – temannya di jakarta utara. Sebelumnya dibawa ke Panti Sosial Bina Insani Bangun Daya 2 dicipayung dan baru masuk Panti Sosial Bina Laras Harapan Sentosa 1 tanggal 22 Desember 2022.

III. Faktor Predisposisi

1) Pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu?

Ya

Tidak

2) Pengobatan sebelumnya

Berhasil

Kurang berhasil

Tidak berhasil

Klien mengatakan sebelumnya tidak pernah mengalami gangguan jiwa.

	3) Pelaku/usia	Korban/usia	Saksi/usia
Aniaya fisik	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 10	<input type="text"/> <input type="text"/>
Aniaya seksual	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Penolakan	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Kekerasan kriminal	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

Jelaskan No. 1, 2, 3: klien mengatakan mengatakan belum pernah mengalami gangguan jiwa sebelumnya, klien mengatakan baru mengkonsumsi obat risperidone 2mg dan clozapine 25 mg setelah masuk panti sosial. Klien mengatakan pernah mengalami aniaya fisik oleh ayahnya, saat masih sekolah sering dimarahi padahal sudah membantu perekonomian sekolah sambil bekerja jualan es setelah pulang sekolah.

4) Adakah anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa

Ya Tidak

Klien mengatakan keluarga tidak pernah ada yang mengalami gangguan jiwa

5) Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan

Klien mengatakan masa lalu yang tidak menyenangkan ketika putus sekolah MTS dan klien mengatakan pernah mengalami aniaya fisik oleh ayahnya.

Masalah keperawatan : **Resiko Perilaku Kekerasan**

IV. FISIK

1) Tanda vital

TD : 120/80 mmHg

N : 86 x/menit

S : 36,0°C

RR: 20x/menit

2) Ukur:

TB : 170 cm

BB : 60 kg

3) Keluhan fisik :



Ya

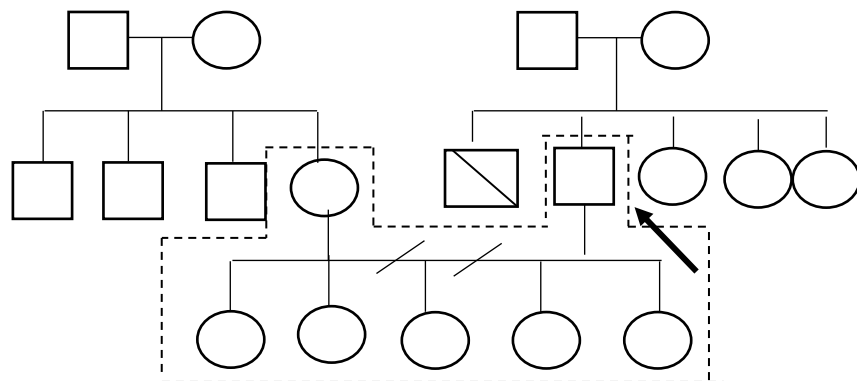


Tidak


Saat pengkajian klien mengatakan tidak ada keluhan penyakit fisik


V. PSIKOSOSIAL

1) Genogram






Keterangan :


 = Perempuan


 = Laki-laki

 = Cerai / putus hubungan

  = Meninggal

 = orang yang tinggal serumah

 = orang yang terdekat

 = Klien

Jelaskan: Klien merupakan ayah dari 5 orang anak, klien mengatakan sebelum bercerai tinggal bersama istri dan anaknya. klien memilih meninggalkan keluarga karena merasa kurang mampu menghidupi istri dan ke lima anaknya.

Masalah keperawatan : **Koping Keluarga Tidak Efektif**

2) Konsep diri

- a. Gambaran diri : Klien menyukai semua bagian tubuhnya dan bersyukur atas semua yang di ciptakan tuhan untuknya.
- b. Identitas diri : Klien mengatakan bahwa dirinya adalah seorang laki – laki berusia 41 tahun, Pasien mangatakan seorang ayah dan mempunyai lima orang anak.
- c. Peran diri : Klien mengatakan ia tidak memiliki pekerjaan tetap

- d. Ideal diri : klien mengatakan tidak ada lagi tujuan hidupnya
- e. Harga diri : Klien mengatakan bahwa menjadi seorang ayah dari 5 anak tidak muda, dan klien mengatakan belum bisa membahagiakan keluarganya.

Masalah keperawatan : **Harga diri rendah**

3) Hubungan sosial

- a. Orang yang berarti : Klien mengatakan orang yang berarti adalah istri dan anaknya
- b. Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat : Klien selalu mengikuti kegiatan kelompok/masyarakat karena sebagai warga yang baik harus bersosialisasi dengan lingkungan masyarakat , awal masuk panti klien mengatakan tidak mau bersosialisasi karena takut dengan petugas
- c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain : Klien mengatakan selalu berinteraksi dengan orang lain, dan mengikuti kegiatan yang diadakan di lingkungan masyarakat, klien mengatakan belum mempunyai teman di wisma baru

Masalah keperawatan : **Isolasi Sosial**

4) Spiritual

- a. Nilai dan keyakinan : Klien mengatakan dirinya beragama islam
- b. Kegiatan ibadah : Klien mengatakan ketika di rumah selalu beribadah dan selama di panti klien tidak melakukan ibadah

Masalah keperawatan : **Tidak terdapat masalah keperawatan,**
karena klien dapat menjalankan ibadah sesuai dengan
kepercayaannya

VI. Status Mental

1) Penampilan

Tidak rapih

Berpakaian

Penggunaan pakaian

tidak sesuai

Cara

seperti biasanya

Jelaskan: Klien berpakaian kurang rapi, baju klien tampak kedodoran dan bolong – bolong, klien tidak menggunakan sandal, rambut klien tampak pendek, gigi klien tampak kuning, klien mengatakan hanya mandi 1x/hari itupun jika diminta oleh petugas.

Masalah keperawatan : **Defisit Perawatan Diri**

2) Pembicaraan

Cepat

Apatis

Keras

Lambat

Gagap

Membisu

Inkoheren

Tidak mampu

Memulai pembicaraan

Jelaskan: Pada saat interaksi klien mampu menjawab yang diajukan, terkadang pembicaraan inkoheren dengan pertanyaan yang diajukan, klien terkadang tidak kooperatif, klien tampak berbicara keras dan klien mengatakan tidak suka jika ada yang berbicara dengan nada tinggi klien mengatakan dimasa lalu klien mendengar ayahnya sering marah – marah dirumah karena masalah ekonomi keluarga.

Masalah keperawatan: **Resiko Perilaku Kekerasan**

3) Aktivitas motorik

Lesu Tegang Gelisah Agitasi
 Tik Grimaseng Tremor Kompulsif

Jelaskan : saat diajak berinteraksi klien terlihat gelisah saat mendengar suara bicara dengan nada tinggi

Masalah keperawatan : **Resiko Perilaku Kekerasan**

4) Alam perasaan

Sedih Ketakutan Putus asa Khawatir
 Gembira berlebihan

Jelaskan : klien mengatakan gelisah saat mendengar suara yang mengajaknya pergi, dan mendengar suara bicara dengan nada tinggi

Masalah keperawatan : **Resiko Perilaku Kekerasan**

5) Afek

Datar

Tumpul

Labil

Tidak,sesuai

Jelaskan : Klien mengatakan kadang kesal saat mengingat ayahnya dan istrinya, wajah klien langsung berubah berbicara dengan nada emosi dan mengerutkan muka.

Masalah keperawatan : **Resiko perilaku kekerasan**

6) Interaksi selama wawancara

Bermusuhan

Tidak kooperatif

Mudah tersinggung

Kontak mata (-)

Defensi

Curiga

Jelaskan : Selama proses interaksi kontak mata kurang, Klien saat ditanya kenapa terlihat kesal, wajah klien langsung berubah berbicara dengan nada emosi

Masalah keperawatan : **Resiko Perilaku Kekerasan**

7) Persepsi

Pendengaran

Penglihatan

Perabaan

Pengecapan

Penghiduan

Jelaskan : Klien mengatakan sering mendengar suara – suara bisikan untuk yang mengajaknya pergi dan terkadang klien mengikutinya, ketika pengkajian klien tampak bicara sendiri

Masalah keperawatan : **Gangguan Perspsi Sensori : Halusinasi Pendengaran**

8) Proses pikir

Klien mengakui penyakit yang dideritanya dan akan mengikuti segala peraturan dan perawatan yang akan diberikan kepadanya.

Masalah keperawatan : **Tidak ada masalah Keperawatan**

9) Isi pikir

Klien mengatakan ingin cepat sembuh dari penyakitnya dan segera pulang untuk bertemu istri dan anaknya

Masalah keperawatan : **Tidak Ada Masalah Keperawatan**

Waham

Agama

Somatik

Kebesaran

Curiga

Nihilistic

Sisip pikir

Siar pikir

Kontrol pikir

Jelaskan : klien tidak menunjukkan ada nya tanda – tanda waham

Masalah keperawatan : **Tidak ada masalah keperawatan**

10) Tingkat kesadaran

Bingung

Sedasi

Stupor

Disorientasi

Waktu

Tempat

Orang

Jelaskan: Klien memiliki kesadaran penuh, klien mengetahui waktu dan tempat klien berada sekarang

Masalah keperawatan : **Tidak ada masalah keperawatan**

11) Memori

Gangguan daya ingat
jangka panjang

Gangguan daya ingat
jangka pendek

Gangguan daya ingat
saat ini

Konfabulasi

Jelaskan: Klien mampu mengingat semua kejadian dimasa lalu, tidak ada yang terganggu dari memori klien

Masalah keperawatan : **Tidak ada masalah keperawatan**, karena klien dapat mengingat dalam jangka pendek maupun jangka panjang.

12) Tingkat konsentrasi dan berhitung

Jelaskan: Klien mampu berhitung secara sederhana dan k lien mampu berkonsentrasi saat berhitung dari 1-10.

Masalah keperawatan : **Tidak ada masalah keperawatan**, klien mampu berhitung dan berkonsentrasi secara sederhana

13) Kemampuan penilaian

Gangguan ringan Gangguan bermakna

Jelaskan : Klien mampu mengambil keputusan sederhana secara mandiri tanpa bantuan orang lain, seperti memilih memilih mandi dulu sebelum makan atau makan dulu sebelum mandi.

Masalah keperawatan: tidak ada masalah klien dapat mengambil keputusan secara sederhana secara mandiri.

14) Daya tilik diri

klien menerima dan mengakui penyakitnya dan tidak menyalahhkan siapapun atas penyakit yang dideritanya.

VII. Kebutuhan Persiapan Pulang

1) Makan

Bantuan minimal Bantuan total

Klien mengatakan ketika makan sendiri namun perlu dibantu dalam menyiapkan makanan oleh petugas

2) BAB/BAK

Bantuan minimal Bantuan total

Klien tidak membutuhkan bantuan ketika BAB/BAK, Klien mampu membersihkan diri maupun membersihkan WC setelah BAB/BAK

Masalah keperawatan: **Tidak Ada Masalah Keperawatan**

3) Mandi

Bantuan minimal Bantuan total

Jelaskan: klien mengatakan selalu mandi 2x sehari itupun jika dibantu oleh petugas dan klien mengatakan jarang sikat gigi

Masalah keperawatan : **Defisit Perawatan Diri**

4) Berpakaian / berhias

Bantuan minimal Bantuan total

Jelaskan: klien mengatakann mengganti baju hanya sehari satu kali pada pagi hari

Masalah keperawatan : **Defisit Perawatan Diri**

5) Istirahat dan tidur

Tidur siang lama : tidak pernah

Tidur malam lama : 22:00 s/d 04:30

Kegiatan sebelum / sesudah tidur : tidak ada

Jelaskan: Klien mengatakan tidak pernah tidur siang, dan klien tidur malam dengan nyenyak

Masalah keperawatan: **Tidak ada masalah keperawatan**

6) Penggunaan obat

Bantuan minimal Bantuan total

Klien mengatakan minum obat harus slalu diingatkan dan disediakan oleh petugas

Masalah keperawatan: **Tidak Ada Masalah Keperawatan**

7) Pemeliharaan kesehatan

Perawatan lanjutan Ya Tidak

Perawatan pendukung Ya Tidak

Jelaskan: Saat ini secara fisik klien tidak ada masalah kesehata, namun Klien harus mendapatkan perawatan lanjutan seperti klien hanya perlu perawatan dan minum obat secara teratur di panti sosial bina laras harapan sentosa 1 yang telah ditanggung oleh pemerintah.

8) Kegiatan di dalam rumah

Mempersiapkan makanan Ya Tidak

Menjaga kerapian rumah Ya Tidak

Mencuci pakaian Ya Tidak

Pengaturan ruangan Ya Tidak

Jelaskan: Klien mengatakan ketika dirumah klien jarang membantu pekerjaan rumah karena ada anak – anaknya yang membantu istrinya

dan klien mampu menata ruangan. Saat pulang kerja klien hanya tidur untuk istirahat.

Masalah keperawatan: **Defisit perawatan diri**

9) Kegiatan di luar rumah

Belanja	<input type="checkbox"/>	Ya	<input checked="" type="checkbox"/>	Tidak
Transportasi	<input type="checkbox"/>	Ya	<input checked="" type="checkbox"/>	Tidak
Lain-lain	<input checked="" type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak

Jelaskan: Klien mengatakan kegiatan diluar ruangan apabila diminta oleh petugas untuk berjemur dan kaliling lapangan pagi hari.

Masalah keperawatan : **Tidak Ada Masalah Keperawatan**

VIII. Mekanisme Koping

Adaptif	Maladaptif
<input checked="" type="checkbox"/> Bicara dengan orang lain	<input checked="" type="checkbox"/> Minum alkohol
<input type="checkbox"/> Mampu menyelesaikan masalah	<input type="checkbox"/> Reaksi lambat/berlebih
<input type="checkbox"/> Teknik relaksasi	<input type="checkbox"/> Bekerja berlebihan
<input type="checkbox"/> Aktifitas konstruktif	<input type="checkbox"/> Menghindar
<input checked="" type="checkbox"/> Olah raga	<input type="checkbox"/> Mencederai diri
<input type="checkbox"/> Lainnya	<input type="checkbox"/> Menghindar.....

Jelaskan: Klien dapat berbicara dengan orang lain, klien mengatakan suka berolahraga dan Klien mengatakan tidak dapat melampiaskan marahnya dan hanya diam, klien pernah minum alkohol setelah meninggalkan anak dan istrinya dan banyak maslaah

Masalah keperawatan: **Resiko perilaku kekerasan**

IX. Masalah Psikososial Dan Lingkungan

Masalah dengan dukungan kelompok, spesifik .

Klien mengatakan merasa kurang dihargai oleh lingkungan sekitarnya, klien menarik diri

Masalah berhubungan dengan lingkungan, spesifik .

Klien mengatakan lebih asik sendiri, dan belum mempunyai teman di wisma kenari karena baru dipindahkan. Klien takut dimarahi oleh petugas apabila berinteraksi dan mengajak temannya berbicara.

Masalah dengan pendidikan, spesifik :

Klien mengatakan putus sekolah di bangku MTS klien mengatakan karena biaya, walaupun klien sudah bekerja sambil sekolah namun belum bisa mencukupi kebutuhan sekolahnya.

Masalah dengan pekerjaan, spesifik : Klien mengatakan hanya bekerja sebagai kuli dan knek, klien mengatakan penghasilannya tidak mampu menutupi kebutuhan sehari – hari anak dan istrinya

Masalah dengan perumahan, spesifik : Klien mengatakan sudah berpisah dengan istrinya karena tidak mampu mencukupi kebutuhan istri dan anak-anaknya dan terkadang pulang kerumah orang tuanya.

Masalah ekonomi, spesifik : Klien mengatakan istrinya marah ketika kebutuhannya tidak tercukupi dan klien terkadang kesal usahanya tidak dihargai.

Masalah dengan pelayanan kesehatan, spesifik : Klien mengatakan tidak ada masalah dengan pelayanan kesehatan, karena klien menggunakan BPJS untuk biaya jaminan kesehatannya.

Masalah lainnya, spesifik

Masalah keperawatan : **Isolasi Sosial**

X. Pengetahuan Kurang Tentang

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Penyakit jiwa | <input type="checkbox"/> Sistem pendukung |
| <input type="checkbox"/> Faktor predisposisi | <input type="checkbox"/> Penyakit fisik |
| <input type="checkbox"/> Koping | <input checked="" type="checkbox"/> Obat-obatan |

Jelaskan: Klien mengatakan tidak mengetahui mengenai obat-obatan yang di konsumsinya, klien tidak mengetahui manfaat dan efek samping obat yang diminum nya.

Masalah keperawatan : **Defisit Pengetahuan** tentang obat yang dikonsumsi

XI. Aspek Medik

- 1) Diagnosa Medik : tidak diketahui
- 2) Terapi medik:
 - a. Risperidone 2 x 1mg
 - b. Clorilex clozapine 1 x 25 mg

XII. Daftar masalah Keperawatan

- 1) Gangguan Perspsi Sensori : halusinasi Pendengaran
- 2) Isolasi Sosial
- 3) Harga Diri Rendah
- 4) Defisit perawatan diri
- 5) Defisit Pengetahuan
- 6) Resiko Perilaku Kekerasan

C. Analisa Data

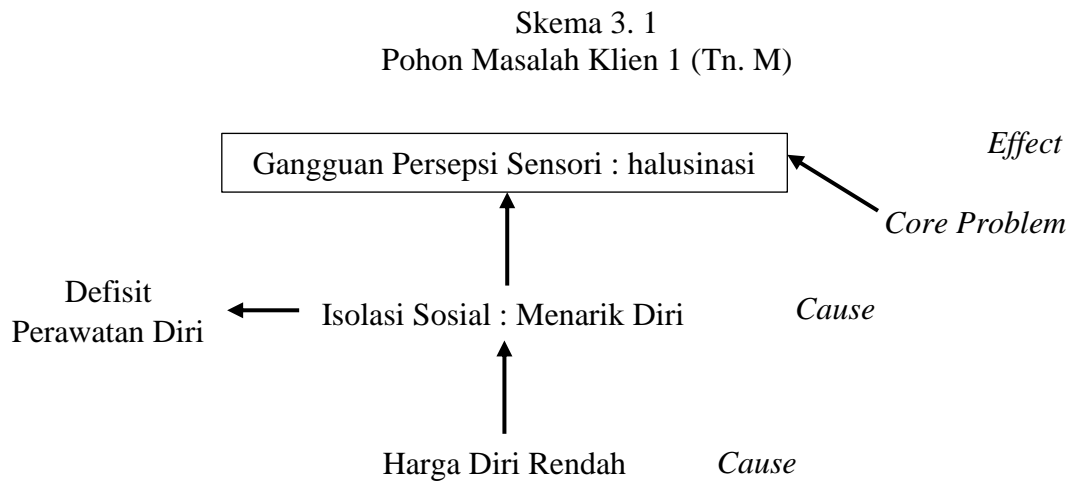
Tabel 3. 1
Analisa Data

Data Fokus	Masalah Keperawatan
Klien 1	
DS: 1. Klien mengatakan sering mendengar suara – suara yang mengajaknya mengobrol 2. Klien mengatakan suara itu muncul saat sendiri 3. Klien mengatakan saat suara itu muncul klien hanya diam 4. Klien mengatakan sudah mengkonsumsi obat sejak 3 tahun yang lalu DO: 1. Klien tampak berbicara sendiri 2. Klien tampak tertawa sendiri 3. Klien banyak melamun	Gangguan Perspsi Sensori : Halusinasi Pendengaran (SDKI, D. 0085)
DS: 1. Klien mengatakan lebih nyaman sendiri semenjak ditinggalkan ayah dan adik – adiknya 2. Klien mengatakan tidak mau bersosialisasi dengan orang lain karena takut dimarahi petugas DO: 1. Klien menjawab pertanyaan seperlunya 2. Klien tidak mampu memulai pembicaraan 3. Klien terlihat menyendiri 4. Kontak mata kurang 5. Klien banyak diam	Isolasi Sosial (SDKI, 0121)
DS: 1. Klien sangat terpukul dengan kepergian ayahnya 2. Klien mengatakan trauma menyaksikan perceraian kedua orang tuanya 3. Klien mengatakan hanya lulusan SD 4. Klien mengatakan malu karena tidak bisa lanjut sekolah 5. Klien mengatakan merasa tidak berguna bagi ibunya DO: 1. Klien tampak sedih saat menceritakan keluarganya 2. Klien tampak menunduk 3. Klien tampak lesu dan kurang bergairah	Harga diri rendah (SDKI, D.0086)
DS: 1. Klien mengatakan mandi hanya 1x/hari 2. Klien mengatakan jarang gosok gigi	Defisit Perawatan Diri (SDKI, D.0109)

<p>3. Klien mengatakan hanya menggunakan baju seadanya yang disediakan di panti</p> <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak kusam 2. Penampilan klien kurang rapi 3. Klien tidak menggunakan sandal 4. Klien menggaruk – garuk kepala karena ketombe 	
Klien 2	
<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengatakan mendengar bisikan perempuan yang mengajaknya pergi 2. Klien mengatakan suara datang saat sedang sendiri dan tidak ada kegiatan <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien banyak melamun 2. Klien tampak berbicara sendiri 3. Klien tampak mondar – mandir di lapangan 	<p>Gangguan Perspsi Sensori : Halusinasi Pendengaran (SDKI, D. 0085)</p>
<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan saat pertama masuk PSBL HS 1 tidak mau berinteraksi dengan orang lain 2. Klien mengatakan tidak mempunyai teman di wisma kenari 3. Klien mengatakan takut dimarahi petugas saat itu <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Selama proses wawancara klien tampak menunduk 2. Kontak mata kurang 3. Klien tampak menunjukkan sikap menolak 	<p>Isolasi Sosial (SDKI, D.0121)</p>
<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan tidak mempunyai pekerjaan tetap 2. Klien mengatakan bahwa menjadi seorang ayah dari 5 anak tidak mudah 3. Klien mengatakan belum bisa membahagian keluarganya <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kontak mata kurang 2. Klien tidak mampu membuat keputusan 	<p>Harga Diri Rendah (SDKI, D. 0087)</p>
<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan pernah menjadi korban aniaya fisik oleh ayahnya karena kesal dengan masalah perekonomian keluarga 2. Klien mengatakan terkadang kesal mendengar suara bernada tinggi, namun klien bingung melampiaskannya 	<p>Resiko Perilaku Kekerasan (SDKI, D.0146)</p>

<p>3. Klien mengatakan tidak lagi tujuan hidup</p> <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien berbicara dengan nada tinggi 2. Emosi klien berubah – ubah 3. Klien tampak menunjukkan sikap menolak dan permusuhan 	
<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan kadang mandi sehari 2x itu pun jika diminta oleh petugas 2. Klien mengatakan tidak pernah gosok gigi 3. Klien mengatakan kegiatannya hanya makan dan tidur <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien berpakaian kurang rapi, baju klien tampak kedodoran dan bolong – bolong dan tidak memakai sandal 2. Gigi klien tampak kuning 3. Klien tampak menggaruk – garuk tubuhnya 	Defisit Perawatan Diri (SDKI, D.0109)

D. Pohon Masalah



Skema 3. 2
Pohon Masalah Klien 2 (Tn. S)



E. Daftar Diagnosa Keperawatan

Tabel 3. 2
Diagnosa Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	
Klien 1	Klien 2
1. Gangguan Perspsi Sensori : Halusinasi Pendengaran(SDKI, D.0085)	1. Gangguan Perspsi Sensori : Halusinasi Pendengaran (SDKI, D.0085)
2. Isolasi Sosial (SDKI, D.0121)	2. Isolasi Sosial (SDKI, D.0121)
3. Harga Diri Rendah (SDKI, D.0087)	3. Harga Diri Rendah (SDKI, D.0087)
4. Defisit Perawatan Diri (SDKI, D.0109)	4. Resiko Perilaku Kekerasan (SDKI, D.0121)
	5. Defisit Perawatan Diri (SDKI, D.0109)

F. Nursing Care Planning (NCP)

Tabel 3. 3
Nursing Care Planning (NCP)

Diagnosa Keperawatan	Rencana Tindakan Keperawatan			Rasional
	Tujuan	Kriteria Evaluasi	Tindakan Keperawatan	
Gangguan Perspsi Sensori : Halusinasi Pendengaran (SDKI, D.0085) Defisit)	TUM: Klien dapat membedakan antara halusinasi dengan realita TUK 1: Klien dapat membina hubungan saling percaya	Setelah 1x interaksi klien menunjukkan tanda – tanda percaya kepada perawat. 1. Ekspresi wajah bersahabat 2. Menunjukkan rasa senang 3. Ada kontak mata 4. Mau berjabat tangan 5. Mau menyebutkan nama 6. Mau duduk berdampingan dengan perawat 7. Bersedia mengungkapkan masalah yang dihadapi	Bina Hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip terapeutik 1. Sapa klien dengan ramah baik verbal maupun non verbal 2. Tanyakan nama lengkap dan nama panggilan yang disukai klien 3. Buat kontrak yang jelas 4. Tunjukkan sikap jujur dan menepati janji setiap kali interaksi 5. Tunjukkan sikap empati dan menerima apa adanya 6. Beri perhatian pada klien dan perhatikan kebutuhan dasar klien 7. Tanya perasaan klien dan masalah yang dihadapi klien 8. Dengarkan dengan penuh perhatian ekspresi perasaan klien	Bila sudah terbina hubungan saling percaya diharapkan klien dapat kooperatif, sehingga pelaksanaan asuhan keperawatan dapat berjalan dengan baik
	TUK 2: Klien dapat mengenal halusinasinya	Setelah 2x interaksi klien dapat menyebutkan: isi, waktu, frekuensi, situasi dan kondisi yang menimbulkan halusinasi	1. Adakan kontak sering dan singkat secara bertahap 2. Observasi tingkah laku klien terkait dengan halusinasinya, jika klien sedang berhalusinasi: a. Tanyakan apakah klien mengalami sesuatu (halusinasi dengar/lihat/penghidu/raba/kecap) b. Jika klien jawab ya, tanyakan apa yang sedang dialaminya	Untuk mengetahui munculnya halusinasi dan memudahkan tindakan keperawatan yang akan dilakukan perawat sehingga klien dapat

			<ul style="list-style-type: none"> c. Katakan bahwa perawat percaya klien mengalami hal tersebut, namun perawat sendiri tidak mengalaminya (dengan nada bersahabat tanpa menuduh atau menghakimi) d. Katakan bahwa ada klien lain yang mengalami hal yang sama e. Katakan bahwa perawat akan membantu kli 	meminimalisir halusinasinya
TUK 3: Klien dapat mengontrol halusinasinya	dapat	Setelah 1x interaksi klien dapat menyebutkan <ul style="list-style-type: none"> 1. Tindakan yang biasanya dilakukan untuk mengendalikan halusinasinya 2. Klien dapat menyebtkan cara baru untuk mengontrol halusinasinya 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi bersama klien cara atau tindakan yang dilakukan jika terjadi halusinasi (tidur, marah, menyembunyikan diri, dll) 2. Diskusikan cara yang digunakan <ul style="list-style-type: none"> a. Jika cara yang digunakan adaptif berikan pujian b. Jika cara yang digunakan maladaptif diskusikan kerugian cara tersebut 3. Diskusikan cara baru untuk memutus/mengontrol timbulnya halusinasi : <ul style="list-style-type: none"> a. Katakan pada diri sendiri bahwa ini tidak nyata (“saya tidak mau dengar/lihat/penghidu/peraba/kecap”) pada saat halusinasi terjadi b. Menemui orang lain (perawat/teman/keuarga) untuk menceritakan halusinasinya c. Membuat dan melaksanakan jadwal kegiatan sehari – hari yang telah disusun 	Memudahkan klien untuk mengendalikan halusinasinya dengan teknik yang telah dipilih
TUK 4: Klien dapat mengkonsumsi obat untuk mengendalikan halusinasinya	dapat	Seelah 1x interaksi klien dapat menyebutkan: <ul style="list-style-type: none"> 1. Manfaat dan kerugian tidak minum obat 2. Nama, warna, dosis, dan efeksamping obat 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan dengan klien tentang obat yang akan di konsumsi untuk mengendalikan halusinasinya 2. Bantu klien untuk minum obat karena sudah sesuai dengan anjuran dokter 3. Observasi tanda dan gejala akibat efek samping obat 	Meningkatkan klien akan pentingnya obat untuk kesembuhan klien

				4. Bantu klien menggunakan obat sesuai 5 prinsip (benar obat, benar dosis, benar klien, benar pemberian, dan benar waktu)	
	TUK 5: Klien dapat dukungan dari keluarga dalam mengontrol halusinasinya	Setelah 1x interaksi dengan keluarga, klien dapat dukungan dari keluarga untuk mengendalikan halusinasinya		1. Bina hubungan saling percaya dengan keluarga 2. Diskusikan dengan keluarga (pada saat pertemuan keluarga/kunjungan rumah) a. Pengertian halusinasi b. Tanda dan gejala halusinasi. c. Cara yang dapat dilakukan klien dan keluarga untuk memutushalusinasi. d. Obat-obatan halusinasi. e. Cara merawat anggota keluarga yang halusinasi di rumah (beri kegiatan, jangan biarkan sendiri, makan bersama, bepergian bersama, memantau obat-obatan dan cara pemberiannya untuk mengatasi halusinasi). f. Beri informasi waktu kontrol ke rumah sakit dan bagaimana cara mencari bantuan jika halusinasi tidak dapat diatasi di rumah.	Keluarga dapat membantu klien mengendalikan halusinasi jika terjadi
Isolasi Sosial (SDKI, D.0121)	TUM: Klien dapat meningkatkan hubungan sosial TUK 1: Membina hubungan saling percaya	Setelah 1x interaksi klien dapat menunjukkan : 1. Ekspresi wajah bersahabat 2. Menunjukkan rasa senang 3. Ada kontak mata 4. Mau berjabat tangan 5. Mau menyebutkan nama klien 6. Mau menjawab salam, klien 7. Mau duduk berdampingan dengan perawat	Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik: 1. Sapa klien dengan ramah baik verbal maupun non verbal 2. Tanyakan nama lengkap dan nama panggilan yang disukai klien 3. Jelaskan tujuan pertemuan 4. Tunjukkan sikap jujur dan menepati janji setiap kali interaksi 5. Tunjukkan sikap empati dan menerima apa adanya 6. Beri perhatian pada klien dan perhatikan kebutuhan dasar klien	Kepercayaan dari pasien merupakan hal yang akan memudahkan perawat dalam melakukan pendekatan keperawatan atau intervensi selanjutnya pada klien	

	Mau mengutarakan masalah yang dihadapi	7. Tanya perasaan klien dan masalah yang dihadapi klien Dengarkan dengan penuh perhatian ekspresi perasaan klien	
TUK 2: Klien mampu menyebutkan penyebab menarik diri	Setelah 1x interaksi, klien dapat menyebutkan minimal 1 penyebab menarik diri dari: 1. Diri sendiri 2. Orang lain lingkungan	1. Tanyakan pada klien tentang: a. Orang yang tinggal serumah/sekamar dengan klien b. Orang yang paling dekat dengan klien dirumah/ di ruang perawatan c. Apa yang membuat klien dekat dengan orang tersebut d. Orang yang tidak dengan klien di rumah/diruang perawatan e. Apa yang membuat klien tidak dekat dengan orang tersebut f. Upaya yang sudah dilakukan agar dekatdngan orang lain 2. Diskusikan dengan klien penyebab dan akibat menarik diri Berikan pujian terhadap kemampuan klien mengungkapkan perasaanya	Mengetahui penyebab klien menarik diri
TUK 3: Klien ammpu menyebutkan keuntungan hubungan sosial dan kerugian menarik diri	Setelah 1x interaksi klien dapat menyebutkan keuntungan berhubungan sosial: banyak teman, tidak eksepian, bisa diskusi, saling manolong. Dan kerugian menarik diri: sendiri, kesepian, tidak bisa diskusi	1. Tanyakan pada klien tentang manfaat hubungan sosial dan kerugian menarik diri 2. Diskusikan bersama klien tentang manfaat berhubungan sosial dan kerugian menarik diri Beri pujian terhadap kemampuan klien mengungkapkan perasaannya	Mengarahkan klien untuk berhubungan dengan orang lain. Mengidentifikasi kemampuan yang dimiliki klien dan untuk meningkatkan harga diri dan percayadiri klien Reinforcement positif akan menambah rasa percaya diri klien.

TUK 4: Klien dapat melakukan hubungan sosial secara bertahap	Setelah 1x interaksi interaksi klien dapat melaksanakan hubungan sosial secara bertahap dengan : perawat, perawat lain, klien lain, dan kelompok	1. Beri motivasi dan Bantu klien untuk berkenalan dengan : perawat lain, klien lain,dan kelompok. 2. Tingkatkan interaksi klien secara bertahap dengan perawat lain, klien lain, dan kelompok Libatkan klien dalam terapi aktivitas kelompok sosialisasi	Melakukan hubungan secara bertahap mengurangi kecemasan klien dalam berhubungan dengan orang lain dan meminimalkan kekecewaan dan meningkatkan percaya diri dalam berhubungan dengan orang lain
TUK 5: Klien mampu menjelaskan perasaannya setelah berhubungan sosial	Setelah 1 x interaksi klien dapat menjelaskan perasaannya setelah berhubungan sosial dengan : orang lain,dan kelompok.	1. Diskusikan dengan klien tentang perasaannya setelah berhubungan sosial dengan orang lain dan kelompok Beri pujian terhadap kemampuan klien mengungkapkan perasannya	Dengan mengetahui perasaan klien dapat memudahkan perawat melakukan intervensi selanjutnya dan menilai kepuasan klien serta hambatan dalam berhubungan dengan orang lain
TUK 6: Klien mendapat dukungan dari keluarga dalam memperluas hubungan sosial	Setelah 1x interaksi keluarga dapat menjelaskan tentang: 1. Pengertian menarik diri 2. Tanda dan gejala menarik diri 3. Penyebab dan akibat menarik diri Cara merawat klien menarik diri	1. Diskusikan pentingnya peran serta keluarga sebagai pendukung untuk mengatasi prilaku menarik diri 2. Diskusikan potensi keluarga untuk membantu klien mengatasi prilaku menarik diri 3. Jelaskan pada keluarga tentang : Pengertian menarik diri, Tanda dan gejala menarik diri, Penyebab dan akibat menarik diri 4. Latih keluarga cara merawat klien menarik diri 5. Tanyakan perasaan keluarga setelah mencoba cara yang telah dilatih Beri motivasi keluarga agar membantu klien untuk bersosialisasi	Untuk memotivasi keluarga agar membantu klien dalam berhubungan dengan orang lain

Harga Rendah (SDKI, D.0087)	Diri TUM	Klien dapat meningkatkan harga dirinya TUK 1: Klien dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat	Setelah 1x interaksi klien dapat menunjukkan : 1. Ekspresi wajah bersahabat 2. Menunjukkan rasa senang 3. Ada kontak mata 4. Mau berjabat tangan 5. Mau menyebutkan nama 6. Mau menjawab salam, klien 7. Mau duduk berdampingan dengan perawat 8. Mau mengutarakan masalah yang dihadapi	Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik: 1. Sapa klien dengan ramah baik verbal maupun non verbal 2. Tanyakan nama lengkap dan nama panggilan yang disukai klien 3. Jelaskan tujuan pertemuan 4. Tunjukkan sikap jujur dan menepati janji setiap kali interaksi 5. Tunjukkan sikap empati dan menerima apa adanya 6. Beri perhatian pada klien dan perhatikan kebutuhan dasar klien 7. Tanya perasaan klien dan masalah yang dihadapi klien 8. Dengarkan dengan penuh perhatian ekspresi perasaan klien	Hubungan saling percaya merupakan dasar untuk kelancaran interaksi selanjutnya
		TUK 2: Klien dapat mengidentifikasi aspek positif dan kemampuan yang dimiliki	Setelah 2x interaksi klien dapat menyebutkan: 1. Aspek positif dan kemampuan yang dimiliki klien 2. Aspek positif keluarga 3. Aspek positif lingkungan	1. Diskusikan dengan klien tentang : a. Aspek positif yang dimiliki klien, keluarga, dan lingkungan b. Kemampuan yang dimiliki klien 2. Bersama klien membuat daftar tentang aspek positif yang dimiliki klien, seperti kegiatan klien di rumah, adanya keluarga, dan lingkungan terdekat klien 3. Hindari pemberian penilaian negatif 4. Berikan pujian yang realistis atas kemampuan klien	Penguatan (reinforcement) positif akan meningkatkan harga diri klien. Pujian yang realistis tidak menyebabkan klien melakukan kegiatan hanya karena ingin mendapatkan pujian.
		TUK 3: Klien dapat menilai kemampuan yang dimiliki untuk dilaksanakan	Setelah 2x interaksi, klien dapat menyebutkan kemampuan yang dimiliki yang dapat dilaksanakan	1. Diskusikan dengan klien kemampuan yang dapat dilaksanakan sesuai dengan kemampuan klien 2. Diskusikan kemampuan yang dapat dilanjutkan pelaksanaannya	Penilaian klien terhadap aspek positif yang dimiliki bisa membantu meningkatkan aktualisasi diri klien

	TUK 4: Membantu klien memilih kegiatan yang akan dilatih sesuai dengan kemampuannya	Setelah 1x interaksi, klien dapat merencanakan kegiatan yang sesuai dengan kemampuan yang dimiliki	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rencanakan bersama klien aktivitas yang dapat dilakukan setiap hari sesuai dengan kemampuan klien 2. Tingkatkan kegiatan sesuai kondisi klien 3. Beri contoh cara pelaksanaan kegiatan yang dapat klien lakukan 	Perencanaan yang baik dapat membantu klien memilih potensi mana yang ingin dikembangkan dan melatih klien untuk melaksanakan kegiatan yang dapat kita lakukan
	TUK 5: Melatih klien sesuai dengan kegiatan yang dipilih berdasarkan rencana yang dibuat.	Setelah 1x interaksi, klien dapat melakukan kegiatan sesuai jadwal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan klien untuk melaksanakan kegiatan yang telah direncanakan 2. Pantau kegiatan yang dilaksanakan klien 3. Beri pujian atas usaha yang dilakukan klien. 4. Diskusikan kemungkinan pelaksanaan kegiatan setelah pulang 	Implementasi dapat membuat klien semakin yakin dengan aspek positif yang dimilikinya Pemberian pujian dapat meningkatkan harga dirinya
	TUK 6: Klien dapat memanfaatkan sistem pendukung yang ada	Setelah 4x interaksi, klien memanfaatkan sistem pendukung keluarga yang ada	<ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan pendidikan kesehatan pada keluarga tentang cara merawat klien dengan harga diri rendah 2. Bantu keluarga memberikan dukungan selama klien dirawat 3. Membantu keluarga menyiapkan lingkungan di rumah 	Dukungan yang terbaik bagi klien adalah orang sekitarnya terutama keluarga Dukungan keluarga dapat membantu meningkatkan harga diri klien
Resiko Perilaku Kekerasan (SDKI, D.0121)	TUM: Klien dapat mengontrol perilaku kekerasan TUK 1: Membina hubungan saling percaya	Setelah 1x interaksi klien dapat menunjukkan : <ol style="list-style-type: none"> 1. Ekspresi wajah bersahabat 2. Menunjukkan rasa senang 3. Ada kontak mata 4. Mau berjabat tangan 5. Mau menyebutkan nama 	Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik: <ol style="list-style-type: none"> 1. Sapa klien dengan ramah baik verbal maupun non verbal 2. Tanyakan nama lengkap dan nama panggilan yang disukai klien 3. Jelaskan tujuan pertemuan 	Kepercayaan dari pasien merupakan hal yang akan memudahkan perawat dalam melakukan pendekatan keperawatan atau

	6. Mau menjawab salam, klien 7. Mau duduk berdampingan dengan perawat 8. Mau mengutarakan masalah yang dihadapi	4. Tunjukkan sikap jujur dan menepati janji setiap kali interaksi 5. Tunjukkan sikap empati dan menerima apa adanya 6. Beri perhatian pada klien dan perhatikan kebutuhan dasar klien 7. Tanya perasaan klien dan masalah yang dihadapi klien 8. Dengarkan dengan penuh perhatian ekspresi perasaan klien	intervensi selanjutnya pada klien
TUK 2: Klien dapat mengidentifikasi penyebab kekerasan	Setelah 1x interaksi klien dapat menyebutkan perilaku kekerasan: diejek diremehkan diganggu merasa terganggu.	1. Bantu klien mengungkapkan perasaannya 2. bantu klien mengungkapkan penyebab timbulnya marah (orang lain, situasi, atau diri sendiri)	Mengetahui kondisi klien saat itu dan mengurangi teanan yang menyebabkan klien marah
TUK 3: Klien dapat mengidentifikasi tanda – tanda perilaku kekerasan	Setelah satu kali interaksi klien dapat mengungkapkan tanda – tanda perilaku kekerasan : ingin memukul, ingin memaku, mengamuk dan mengancam	1. anjurkan klien mengungkapkan hal yang dialami dan dirasakan saat jengkel dan marah 2. observasi tanda perilaku kekerasan 3. diskusikan dengan klien tanda – tanda perilaku kekerasan	Deteksi dini dapat mencegah tindakan yang bisa membahayakan pasien dan lingkungans sekitar
TUK 4: Klien dapat mengidentifitasi perilaku kekerasan yang biasa dilakukan	Setelah satu kali interaksi klien dapat mengungkapkan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan: memaki, mengancam, merusak barang.	1. Anjurkan klien mengungkapkan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan 2. Bantu klien untuk bermain peran dengan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan 3. Diskusikan bersama klien apakah denga cara klien lakukan dapat menyelesaikan masalah 4. Bicarajan akibat/kerugian dari cara yang digunakan klien	Melihat mekanisme koping pasien dalam menyelesaikan masalah yang dihadapinya
TUK 5: Klien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan	Setelah 1x interaksi klien dapat mengidentifikasi dan mengungkapkan akibat perilaku kekerasan yang biasa dilakukan : dimusuhi, dimarah	1. Diskusikan dengan klien akibat cara yang dilakukan 2. Tanyakan pada klien apakah klien ingin belajar cara baru dan sehat	Membantu klien mencari cara terbaik

		– marahi, dikurung dan dikurung dirumah		
TUK 6: Klien dapat mengidentifikasi cara yang konstruktif dalam merespon kemarahan	Setelah 1x interaksi klien dapat mengidentifikasi cara yang konstruktif dalam merespon kemarahan klien	1. Tanyakan kepada klien apakah klien tau cara lain yang lebih sehat 2. Beri reinforcement positif jika klien mengetahui cara lain yang lebih sehat 3. Diskusikan dengan klien cara yang sehat a. Secara fisik : tarik nafas dalam jika sedang kesal atau memukul bantal/kasur atau melakukan pekerjaan yang membutuhkan tenaga b. Secara verbal: katakan bahwa klie sedang kesal/tersinggung/jengkel : “saya marah karena ibu tidak emenuhi kebutuhan saya” c. Secara sosial: latihan dalam kelompok – kelompok cara marah yang sehat latihan asertif, latihan memenejemen perilaku kekrasan d. Secara spiritual: sembahyang, berdoa, atau ibadah lain: memonta tuhan agar memberikan kesabaran dan mengadu kepada-Nya bila sednag/jengkel.		Membangkitkan motivasi / minat klien dalam mengontrol perilaku kekerasan
TUK 7: Klien dapat mendemonstrasikan perilaku yang terkontrol	Setelah 1x interaksi klien dapat mendemonstrasikan perilaku yang terkontrol: menampilkan cara	1. Bantu klien memilih cara yang disukai oleh klien 2. Anjurkan klien menggunakan cara yang telah dipelajari pada klien saat klien jengkel/kesal 3. Diskusikan dengan klien manfaat cara yang telah digunakan 4. Berikan pujian atas keberhasilan klien		Menurunkan perilaku yang berpotensi mencederai pasien dan lingkungan sekitar
TUK 8: Kliwn dapat dukungan dari keluarga dalam mengontrol perilaku kekerasan	Setelah 1x interaksi, keluarga dapat memberikan dukunagn kepada klien dalam mengontrol perilaku: 1. Terlibat dalam perawatan	1. Membuat kontrak dengan keluarga pada saat membawa klien ke RS 2. Bantu keluarga mengidentifikasi kemampuan yang dimiliki klien		Membiasakan keluarga agar terlatih dalam merawat klien dirumah

		2. Bersedia mengontrol penatalaksanaan pengobatan dirumah	3. Jelaskan cara merawat klien pada keluarga seperti cara marah yang sehat melalu latihan fisik, verbal, sosial dan spiritual	
		3. Mampu menjelaskan kembali 2 cara dari 4 cara marah yang sehat	4. Latih keluarga cara merawat klien dirumah dengan terapi pengobatan	
	TUK 9: Klien dapat menggunakan obat dalam mengontrol perilaku kekerasan	Setelah 1x interaksi, klien dapat menggunakan obat sesuai aturan dan menyebutkan: 1. Manfaat dan kerugian tidak minum obat 2. Nama, warna, dosis, dan efek samping obat	1. Jelaskan obat yang harus di minum klien pada klien dan keluarga. 2. Diskusikan manfaat minum obat dan kerugian minum obat tanpa izin dokter. 3. Jelaskan prinsip 5 benar obat : baca nama yang tertera di label obat, waktu, cara dan kenali warna obatnya. 4. Anjurkan klien minum obat dan minum obat tepat pada waktunya. 5. Anjurkan klien melapor pada perawat atau dokter jika merasakan efek yang tidak menyenangkan. 6. Beri pujian jika klien minum obat.	Membantu penyembuhan pasien mengontrol kegiatan pasien minum obat dan mencegah pasien putus obat
Perawatan Diri (SDKI, D.0109)	TUM: Klien dapat melakukan TUK 1: Klien dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat	Setelah 1x interaksi klien dapat menunjukkan : 1. Ekspresi wajah bersahabat 2. Menunjukkan rasa senang 3. Ada kontak mata 4. Mau berjabat tangan 5. Mau menyebutkan nama klien 6. Mau menjawab salam, klien 7. Mau duduk berdampingan dengan perawat 8. Mau mengutarakan masalah yang dihadapi	Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik: 1. Sapa klien dengan ramah baik verbal maupun non verbal 2. Tanyakan nama lengkap dan nama panggilan yang disukai klien 3. Jelaskan tujuan pertemuan 4. Tunjukkan sikap jujur dan menepati janji setiap kali interaksi 5. Tunjukkan sikap empati dan menerima apa adanya 6. Beri perhatian pada klien dan perhatikan kebutuhan dasar klien 7. Tanya perasaan klien dan masalah yang dihadapi klien	Kepercayaan dari pasien merupakan hal yang akan memudahkan perawat dalam melakukan pendekatan keperawatan atau intervensi selanjutnya pada klien

		Dengarkan dengan penuh perhatian ekspresi perasaan klien	
TUK 2: Klien mampu melakukan kebersihan diri secara mandiri	Setelah 1x interaksi klien dengan aman melakukan (kemampuan maksimum) aktivitas perawatan secara mandiri.	Melatih klien cara – cara perawatan diri dengan cara: 1. Menjelaskan pentingnya kebersihan diri 2. Menjelaskan lat-alat untuk menjaga kebersihan diri 3. Menjelaskan cara cara melakukan kebersihan diri 4. Melatih pasien mempraktekan cara menjaga kebersihan diri	Meningkatkan motivasi klien tentang pentingnya perawatan diri dan menyiapkan peningkatan perawatan diri secara mandiri
TUK 3: Klien mampu melakukan kebersihan diri secara mandiri	Klien dengan aman melakukan (kemampuan maksimum) atau mempertahankan aktivitas perawatan diri berupa berhias dan berdandan. Pasien berusaha untuk emmelihara kebersihan diri, seperti mandi pakai sabundan disiram dengan air samapai bersih, mengganti pakaian bersih seharihari, dan merapikan penampi	1. Melatih pasien berdandan dengan rincian: a. Untuk pasien laki-laki: berpakaian, menyikat rambut, bercukur b. Untuk pasien perempuan: berpakaian, menyisir rambut, berhias 2. Memantau kemampuan pasien dalam berpakaian dan berhias 3. Memonitor atau mengidentifikasi adanya kemunduran sensori, kognitif, dan psikomotor yang menyebabkan pasien mempunyai kesulitan dalam berpakaian dan berhias. 4. Diskusikan dengan pasien kemungkinan adanya hambatan dalam berpakaian dan berhias 5. Menggunakan komunikasi/instruksi yang mudah dimengerti pasien untuk mengakomodasi keterbatasan kognitif pasien. 6. Sediakan baju bersih dan sisir, jika mungkin bedak, parfum, dsb 7. Dorong pasien untuk mengenakan baju sendiri dan memasang kancing dengan benar 8. Memberikan bantuan kepada pasien jika perlu 9. Evaluasi perasaan pasien setelah mampu berpakaian	Membiasakan klien melakukan perawatan secara mandiri dengan bimbingan perawat akan mempermudah klien dalam melakukan perawatan diri

		dan berhias	
		10. Berikan reinforcement atau pujian atas keberhasilan pasien berpakaian dan berhias.	
TUK 4: Klien mampu melakukan kegiatan makan dengan baik	Kebutuhan personal hygiene pasien terpenuhi. Klien mampu melakukan kegiatan makan secara mandiri dan tepat dengan mengungkapkan kepuasan makan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memantau kemampuan pasien makan 2. Identifikasi bersama pasien faktor penyebab pasien tidak mau makan 3. Identifikasi adanya hambatan makan <ol style="list-style-type: none"> a. Fisik; kelemahan, isolasi, keterbatasan ekstermitas, dll b. Emosi: depresi, manik, penurunan nafsu makan c. Intelektual: curiga d. Sosial: curiga e. Spiritual: adanya waham 4. Diskusikan dengan pasien akibat kurang/tidak mau makan 5. Diskusikan dengan pasien fungsi makanan bagi kesehatan 6. Menjelaskan cara mempersiapkan makan kepada pasien 7. Menjelaskan tentang personal hygiene tentang pola makan 8. Menjelaskan cara makan yang tertib. 9. Menjelaskan cara merapikan peralatan makan setelah makan 10. Praktik makan disesuaikan dengan tahapan makan yang baik 11. Evaluasi perasaan pasien setelah makan. Berikan penguatan (reinforcement) terhadap kemajuan pasien (misalnya: peningkatan porsi makan) 	Mengidentifikasi mengenai penyebab klien tidak mau makan dan menentukan intervensi perawat selanjutnya serta meningkatkan motivasi klien dalam melakukan perawatan diri dengan baik

TUK 5: Mampu melakukan BAB/BAK secara mandiri.	Pasien dapat melaksanakan perawatan diri secara mandiri dalam hal BAB/BAK, seperti:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkaji budaya pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri 2. Bantu pasien ke toilet 3. Berikan pengetahuan tentang personal hygiene dalam kaitannya dengan toileting 4. Menjelaskan tempat BAB/BAK yang sesuai 5. Menjelaskan cara membersihkan diri setelah BAB/BAK 6. Menjelaskan cara membersihkan tempat BAB dan BAK 	Mengetahui kebiasaan klien dalam toileting dapat membantu perawat melakukan intervensi selanjutnya
Tuk 6: Keluarga mampu merawat anggota keluarganya yang mengalami masalah kurang perawatan diri	Keluarga dapat mengetahui defisit perawatan diri pasien dan cara memberikan dukungan dalam memberikan dukungan pada pasien dalam melakukan perawatan diri	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan dengan keluarga tentang fasilitas kebersihan diri yang dibutuhkan oleh pasien untuk menjaga perawatan diri 2. Anjurkan keluarga untuk terlibat dalam merawat diri pasien dan membantu mengingatkan pasien dalam merawat diri (sesuai dengan yang telah disepakati) 3. Anjurkan keluarga untuk memberikan pujian atas keberhasilan pasien dalam merawat diri. 	Memberikan kesempatan pada keluarga untuk membantu klien dan memberikan motivasi dalam perawatan diri klien

G. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Nama Mahasiswa : Nurhasanah Sukarno

Tanggal Pelaksanaan:


NPM : 221560311069


Klien 1 (Tn. M) : 16 - 19 Januari 2023


Ruangan : Wisma Kenari


Klien 2 (Tn. S) : 21 - 24 Januari 2023


Tabel 3. 4
Implementasi Dan Evaluasi Keperawatan


Implementasi Keperawatan	Evaluasi		Paraf
	Klien 1 (Tn. M)	Klien 2 (Tn. S)	
<p>Pertemuan ke 1 Diagnosa keperawatan: Gangguan Persepsi Sensori : halusinasi Pendengaran (SDKI, D.0085)</p> <p>Tindakan Keperawatan: Strategi Pelaksanaan (SP) 1 pasien: 1. Membina hubungan saling percaya dengan klien 2. Mengidentifikasi jenis halusinasi 3. Mengidentifikasi isi halusinasi 4. Mengidentifikasi waktu halusinasi 5. Mengidentifikasi situasi yang menimbulkan halusinasi 6. Mengidentifikasi respon klien terhadap halusinasi 7. Mengajarkan klien cara menghardik halusinasi 8. menganjurkan klien memasukkan cara menghardik kedalam jadwal kegiatan</p> <p>RTL:</p>	<p>Hari/ Tanggal: Senin, 16 Januari 2023</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> klien mengatakan mendengar bisikan yang mengajaknya mengobrol klien mengatakan bisikan itu muncul saat klien sendiri klien mengatakan mendengar bisikan tidak menentu klien mengatakan sudah mengetahui cara menghardik <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> klien mampu menyebutkan apa yang dialaminya klien tampak berbicara sendiri klien dapat melakukan cara menghardik 	<p>Hari/ Tanggal: Sabtu, 21 Januari 2023</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> klien mengatakan mendengar bisikan perempuan yang mengajaknya pergi klien mengatakan bisikan itu datang saat sedang sendiri klien mengatakan mendengar bisikan terakhir tadi pagi klien mengatakan akan melakukan cara menghardik saat halusinasinya datang <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> klien mampu menyebutkan apa yang dialaminya klien tampak senyum – senyum sendiri klien dapat melakukan cara menghardik 	<p> Nurhasanah S</p>


<p>Evaluasi/ Validasi kegiatan harian klien, lanjutkan intervensi gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran dengan melatih klien mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap – cakap dengan orang lain</p>	<p>A: SP 1 Gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran tercapai klien mampu melakukan cara mengontrol halusinasi dengan menghardik P: Perawat: Optimalkan SP 1 selanjutnya, mengontrol halusinasi dengan cara bercakap – cakap Klien : Memotivasi klien melakukan cara menghardik saat halusinasi datang dan anjurkan memasukan kedalam jadwal kegiatan harian klien</p>	<p>A: SP 1 Gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran tercapai klien mampu melakukan cara mengontrol halusinasi dengan menghardik P: Perawat: Optimalkan Sp 1 Lanjutkan SP selanjutnya, mengontrol halusinasi dengan cara bercakap – cakap Klien : Memotivasi klien melakukan cara menghardik saat halusinasi datang dan anjurkan memasukan kedalam jadwal kegiatan harian klien</p>	
<p>Pertemuan ke 2 Diagnosa keperawatan: Gangguan Persepsi Sensori : halusinasi Pendengaran (SDKI, D.0085)</p> <p>Tindakan Keperawatan: Strategi Pelaksanaan (SP) 3 pasien:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membina hubungan saling percaya dengan klien 2. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien 3. Melatih klien mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap – cakap dengan orang lain 4. Menganjurkan klien memasukkan cara mengendalikan halusinasi dengan bercakap – cakap dengan orang lain kedalam jadwal kegiatan <p>RTL:</p>	<p style="text-align: center;">Klien 1 (Tn. M)</p> <p style="text-align: center;">Hari/Tanggal: Selasa 17 Januari 2023</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • klien mengatakan senang melakukan kegiatan bercakap – cakap saat halusinasi datang • klien mengatakan sudah jarang mendengar bisikan • klien mengatakan mendengar bisikan malam tadi • klien mengatakan sudah melakukan cara menghardik saat halusinasinya datang • klien mengatakan akan melakukan cara kedua bercakap – cakap saat halusinasinya datang <p>O:</p>	<p style="text-align: center;">Klien 2 (Tn. S)</p> <p style="text-align: center;">Hari/ Tanggal: Senin, 23 Januari 2023</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan senang telah mengikuti TAK • Klien mengatakan senang melakukan kegiatan bercakap – cakap saat halusinasi datang • klien mengatakan jarang mendengar bisikan • klien mengatakan sudah melakukan cara menghardik saat halusinasinya datang • klien mengatakan akan melakukan cara kedua bercakap – cakap saat halusinasinya datang <p>O:</p>	<p style="text-align: center;"> Nurhasanah S</p>


<p>Evaluasi/ Validasi kegiatan harian klien, lanjutkan intervensi gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran dengan melatih klien mengendalikan halusinasi dengan cara melakukan kegiatan</p>	<ul style="list-style-type: none"> • klien tampak berbicara sendiri • klien dapat melakukan cara menghardik • klien dapat melakukan cara kedua bercakap – cakap saat halusinasinya datang <p>A: SP 2 Gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran tercapai klien mampu melakukan cara mengontrol dengan cara bercakap – cakap dengan orang lain</p> <p>P: Perawat: Evaluasi SP 1-2 , lanjutkan intervensi SP selanjutnya, mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan</p> <p>Klien : Memotivasi klien melakukan cara menghardik dan bercakap – cakap saat halusinasi datang dan anjurkan memasukan kedalam jadwal kegiatan harian klien</p>	<ul style="list-style-type: none"> • klien tampak senyum – senyum sendiri • klien dapat melakukan cara menghardik • klien dapat melakukan cara kedua bercakap – cakap saat halusinasinya datang <p>A: SP 2 Gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran tercapai klien mampu melakukan cara mengontrol dengan cara bercakap – cakap dengan orang lain</p> <p>P: Perawat: Evaluasi SP 1-2 , lanjutkan intervensi SP selanjutnya, mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan</p> <p>Klien : Memotivasi klien melakukan cara menghardik dan bercakap – cakap saat halusinasi datang dan anjurkan memasukan kedalam jadwal kegiatan harian klien</p>	
<p>Pertemuan ke 3 Diagnosa Keperawatan: Gangguan Persepsi Sensori : halusinasi Pendengaran (SDKI, D.0085)</p> <p>Tindakan Keperawatan: Strategi Pelaksanaan (SP 4) Pasien: 1. Membina hubungan saling percaya dengan klien 2. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien</p>	<p style="text-align: center;">Klien 1 (Tn. M)</p> <p style="text-align: center;">Hari/ Tanggal: Rabu, 18 Januari 2023</p> <p>S: <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan sudah jarang mendengar suara yang mengajaknya mengobrol • Klien mengatakan senang telah mengikuti TAK </p>	<p style="text-align: center;">Klien 2 (Tn. S)</p> <p style="text-align: center;">Hari/ Tanggal: Selasa, 24 Januari 2023</p> <p>S: <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan masih mendengar suara perempuan yang mengajaknya pergi • Klien mengatakan suara datang saat klien tidak melakukan aktivitas </p>	 Nurhasanah S


<p>3. Melatih klien mengendalikan halusinasi dengan kegiatan</p> <p>4. Memberikan pendidikan tentang penggunaan obat secara teratur</p> <p>5. Menganjurkan klien memasukkan kedalam jadwal kegiatan mengendalikan halusinasi dengan kegiatan</p> <p>RTL: Evaluasi/ Validasi kegiatan harian klien, lanjutkan intervensi gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran dengan melatih klien mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap – cakap dengan orang lain</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan sudah mengikuti kegiatan menyanyi bersama dan keliling lapangan tadi pagi <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak senang • Klien melakukan aktivitas harian secara mandiri <p>A:</p> <p>SP 3 Gangguan persepsi sensori : Halusinasi tercapai klien dapat mengontrol halusinasinya dengan melakukan kegiatan diluar ruangan</p> <p>P:</p> <p>Perawat: Evaluasi SP lanjutkan intervensi SP mengontrol halusinasi dengan minum obat dan evaluasi kegiatan harian klien Klien: motivasi klien melakukan kegiatan harian yang telah dijadwalkan</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan sudah melakukan cara mengontrol halusinasi menghardik dan bercakap – cakap dengan orang lain • klien mengatakan senang melakukan aktivitas menggambar <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • klien tampak lebih tenang • klien tampak mengikuti kegiatan yang diberikan menggambar • klien dapat mengingat cara mengontrol halusinasi menghardik dan bercakap – cakap <p>A:</p> <p>SP 3 Gangguan perspsi sensori : halusinasi pendengaran tercapau klien dapat mengontrol halusinasi dengan melakukan aktivitas menggambar</p> <p>P:</p> <p>Perawat : Evaluasi SP lanjutkan intervensi SP mengontrol halusinasi dengan minum obat dan evaluasi kegiatan harian klien Klien: Motivasi klien melakukan kegiatan harian yang telah dijadwalkan</p>	
<p>Pertemuan ke 4: Diagnosa Keperawatan: Gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran (SDKI, D.0085)</p> <p>Tindakan Keperawatan: Strategi Pelaksanaan (SP 2) Pasien:</p>	<p style="text-align: center;">Klien 1 (Tn. M)</p> <p style="text-align: center;">Hari/ Tanggal: Kamis, 19 Januari 2023</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan jarang mendengar suara yang mengajaknya mengobrol 	<p style="text-align: center;">Klien 2 (Tn. S)</p> <p style="text-align: center;">Hari/ Tanggal: Rabu, 25 Januari 2023</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan jarang mendengar suara yang mengajaknya pergi 	<p style="text-align: right;"> Nurhasanah S</p>


<p>1. Membina hubungan saling percaya dengan klien 2. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien 3. Memberikan pendidikan tentang penggunaan obat secara teratur 4. Menganjurkan klien memasukkan kedalam jadwal kegiatan mengendalikan halusinasi menggunakan obat secara baik dan benar</p> <p>RTL: Evaluasi/ Validasi kegiatan harian klien.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan sudah melakukan cara mengontrol halusinasi dengan menghardik, bercakap cakap, dan melakukan kegiatan menonton tv • Klien mengatakan sudah mengetahui obat yang dikonsumsinya • Klien mengatakan mampu mengatakan kerugian jika tidak minum obat <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak tenang • Klien mampu menyebutkan nama obat yang dikonsumsinya • Klien mengetahui mantaaf minum obat dan kerugian jika tidak minum obat <p>A: Gangguan perspsi sensori : halusinasi teratasi</p> <p>P: Perawat: evaluasi kegiatan harian klien</p> <p>Klien: Motivasi klien melakukan kegiatan sesuai jadwal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan tidak mengetahui nama obat yang klien minum • Klien mengatakan sudah melakukan cara mengontrol halusinasi menghardik dan bercakap – cakap dengan orang lai <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien masih mengingat cara mengontrol halusinasi • Klien tampak berbicara dan tertawa sendiri <p>A: Gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran teratasi</p> <p>P: Perawat: evaluasi kegiatan harian klien</p> <p>Klien : motivasi klien melakukan kegiatan sesuai jadwal</p>	
<p>Pertemuan ke 1 Diagnosa Keperawatan Isolasi Sosial (SDKI, D. 0121)</p> <p>Tindakan Keperawatan: 1. Membina hubungan saling percaya</p>	<p style="text-align: center;">Klien 1 (Tn. M)</p> <p style="text-align: center;">Hari/ Tanggal: Senin, 16 Januari 2023</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan senang melakukan cara berkenalan 	<p style="text-align: center;">Klien 2 (Tn. S)</p> <p style="text-align: center;">Hari/Tanggal Sabtu, 21 Januari 2023</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan awal masuk panti tidak mau bersosialisasi dengan orang lain 	 Nurhasanah S

<p>2. Membantu klien mengenal penyebab isolasi sosial</p> <p>3. Membantu klien mengenal keuntungan berhubungan dengan orang lain</p> <p>4. Membantu klien mengenal kerugian tidak berhubungan dengan orang lain</p> <p>5. Membantu klien melatih cara berkenalan</p> <p>6. Membantu menyusun jadwal pelaksanaan kemampuan yang dilatih</p> <p>RTL: Evaluasi/Validasi jadwal kegiatan klien lanjutkan intervensi Isolasi sosial dengan mengajarkan pasien berinteraksi secara bertahap : berkenalan dengan orang lain (seorang perawat)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan senang berkenalan dengan perawat • Klien mengatakan senang karena ada yang mengajaknya mengobrol <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien terlihat senang diajarkan cara berkenalan dengan perawat • Klien dapat mengikuti cara berkenalan yang diajarkan klien • Klien tampak menunjukkan mau bersosialisasi dengan orang lain <p>A: SP 1 Isolasi sosial teratasi klien mampu mengikuti cara berkenalan yang diajarkan</p> <p>P: Evaluasi SP lanjutkan intervensi anjurkan klien untuk melakukan kegiatan berkenalan secara bertahap dengan perawat lain dan memasukan kegiatan berkenalan kedalam jadwal kegiatan harian</p> <p>Klien: Motivasi klien melakukan kegiatan yang telah dijadwalkan</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan belum mempunyai teman di wisma kenari • Klien mengatakan sudah bisa cara berkenalan dengan orang lain dengan menanyakan nama, hobi dan alamatnya <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak sudah bisa cara berkenalan • Klien bisa mempraktekkan cara berkenalan <p>A: SP 1 isolasi sosial teratasi klien mampu menunjukan cara berkenalan dengan orang lain</p> <p>P: Perawat: Evaluasi/Validasi SP , lanjutkan intervensi melakukan kegiatan berkenalan secara bertahap dengan perawat lain dan masukkan kedalam jadwal kegiatan.</p> <p>Klien: Motivasi klien melakukan kegiatan yang telah dijadwalkan</p>	
<p>Pertemuan ke 2 Diagnosa Keperawatan Isolasi Sosial (SDKI, D. 0121)</p> <p>Tindakan Keperawatan: Strategi Pelaksanaan (SP 2) Pasien:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membina hubungan saling percaya 2. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien 	<p style="text-align: center;">Klien 1 (Tn. M)</p> <p style="text-align: center;">Hari/ Tanggal: Selasa, 17 Januari 2023</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan sudah melakukan berkenalan dengan wbs lain 	<p style="text-align: center;">Klien 2 (Tn. S)</p> <p style="text-align: center;">Hari/Tanggal: Senin, 23 Januari 2023</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan sudah mempunyai teman Tn. M dan Tn. U • Klien mengatakan mau berkenalan dengan perawat P 	 Nurhasanah S


<p>3. Mengajarkan klien berinteraksi secara bertahap (berkenalan dengan orang pertama seorang perawat)</p> <p>4. Mengajarkan klien memasukkan berkenalan secara bertahap ke dalam jadwal kegiatan</p> <p>RTL Evaluasi/Validasi jadwal kegiatan klien lanjutkan intervensi Isolasi sosial dengan mengajarkan pasien berinteraksi secara bertahap : berkenalan dengan orang lain (seorang teman/klien lain)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan senang berkenalan dengan perawat R <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien terlihat senang mengikuti cara berkenalan • Klien terlihat sudah berkenalan dan mengetahui beberapa wbs • Klien dapat mengikuti kegiatan berkenalan dengan perawat <p>A: SP 2 Isolasi sosial tercapai klien mampu mengikuti kegiatan berkenalan dengan perawat lain</p> <p>P: Evaluasi SP, lanjutkan intervensi anjurkan klien untuk bisa berkenalan dengan wbs lain dan masukkan kedalam jadwal kegiatan harian</p> <p>Klien: Motivasi klien melakukan kegiatan yang telah dijadwalkan</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan senang sudah berkenalan dengan perawat P <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak mempunyai teman baru • Klien mampu melakukan cara berkenalan dengan perawat P <p>A: SP 2 Isolasi Sosial teratasi klien mampu berkenalan secara bertahap dengan wbs dan perawat</p> <p>P: Perawat: Evaluasi/Validasi SP, Lanjutkan intervensi ajarkan klien berkenalan dengan wbs lain</p> <p>Klien: Motivasi klien melakukan cara berkenalan secara bertahap</p>	
<p>Pertemuan ke 3 Diagnosa Keperawatan Isolasi Sosial (SDKI, D. 0121)</p> <p>Tindakan Keperawatan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membina hubungan saling percaya 2. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien 3. Mengajarkan klien berinteraksi secara bertahap (berkenalan dengan orang kedua (teman/klien lain) 4. Mengajarkan klien memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian <p>RTL</p>	<p style="text-align: center;">Klien 1 (Tn. M)</p> <p style="text-align: center;">Hari/ Tanggal: Rabu, 18 Januari 2023</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan sudah melakukan cara berkenalan dengan wbs lain • Klien mengatakan senang bisa berkenalan dengan wbs lain <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien terlihat senang mengikuti cara berkenalan dengan wbs lain 	<p style="text-align: center;">Klien 2 (Tn. S)</p> <p style="text-align: center;">Hari/Tanggal: Selasa, 24 Januari 2023</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan sudah mempunyai teman Tn. A, Tn. U dan Tn. M • Klien mengatakan senang sudah mempunyai teman <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak terlihat senang dan menunjukkan teman – temannya <p>A:</p>	<p style="text-align: center;"> Nurhasanah S</p>


<p>Evaluasi/Validasi jadwal kegiatan klien lanjutkan intervensi Isolasi sosial dengan berbincang – bincang sambil melakukan aktivitas</p>	<ul style="list-style-type: none"> Klien dapat mengikuti kegiatan cara berkenalan dengan wbs lain <p>A: SP 3 Isolasi sosial tercapai klien dapat mengikuti kegiatan berkenalan dengan wbs lain</p> <p>P: Evaluasi SP lanjutkan intervensi anjurkan klien untuk melakukan berbincang – bincang sambil melakukan kegiatan sehari – hari</p>	<p>SP 3 Isolasi sosial teratasi klien sudah mempunyai teman dan paham cara berkenalan</p> <p>P: Perawat: Evaluasi/Validasi SP lanjutkan intervensi</p>	
<p>Pertemuan ke 4 Diagnosa Keperawatan Isolasi Soaial (SDKI, D. 0121)</p> <p>Tindakan Keperawatan: Strategi Pelaksanaan (SP 4) Pasien:</p> <ol style="list-style-type: none"> Membina hubungan saling percaya Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien Melatih klien berbincang – bincang sambil melakukan aktivitas sehari – hari Menganjurkan klien memasukan berbincang – bincang sambil melakukan kegiatan kedalam jadwal harian klien <p>RTL Evaluasi/Validasi jadwal kegiatan klien lanjutkan intervensi.</p>	<p style="text-align: center;">Klien 1 (Tn. M)</p> <p style="text-align: center;">Hari/ Tanggal: Kamis, 19 Januari 2023</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien mengatakan sudah memiliki teman baru Tn. S dan Tn. C Klien mengatakan senang bisa mengobrol sambil menonton tv <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien terlihat senang saat berbincang – bincang sambil melakukan aktivitas menonton tv Klien tampak memiliki teman baru Tn. S dan Tn. C <p>A: SP 4 Isolasi sosial teratasi</p> <p>P: Perawat: Evaluasi kegiatan harian klien Anjurkan klien</p> <p>Klien :</p>	<p style="text-align: center;">Klien 2 (Tn. S)</p> <p style="text-align: center;">Hari/ Tanggal: Rabu, 25 Januari 2023</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien mengatakan sudah memiliki teman di wisma kenari Klien mengatakan senang memiliki teman baru Klien mengatakan sudah berbincang dengan teman baru Klien mengatakan mau berbincang sambil melakukan kegiatan menggambar <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien menunjukkan teman barunya Tn. M dan Tn. U Klien tampak melakukan dan berbincang – bincang dengan perawat <p>A:</p>	 <p style="text-align: center;">Nurhasanah S</p>

	Anjurkan klien untuk berbincang – bincang sambil melakukan aktivitas sehari – hari dan masukan kedalam jadwal kegiatan harian	SP 4 isolasi sosial teratasi klien mampu melakukan berbincang bincang dengan kegiatan menggambar P: Perawat: Evaluasi kegiatan harian klien Anjurkan klien Klien : Anjurkan klien untuk berbincang – bincang sambil melakukan aktivitas sehari – hari dan masukan kedalam jadwal kegiatan harian	
Pertemuan ke 1 Diagnosa Keperawatan: Harga Diri Rendah Kronis (SDKI, D. 0087) Tindakan Keperawatan Strategi Pelaksanaan (SP 1) Pasien: 1. Mengidentifikasi aspek positif yang dimiliki 2. Membantu pasien menilai kegiatan yang dapat dilakukan saat ini (pilih dari daftar kegiatan mana kegiatan yang dapat dilaksanakan) 3. Membantu pasien memilih salah satu kegiatan yang dapat dilakukan saat ini untuk dilatih 4. Melatih kegiatan yang dipilih (alat dan cara melakukannya) 5. Menganjurkan klien memasukan kegiatan yang telah dilatih dalam jadwal harian RTL:	Klien 1 (Tn. M)	Klien 2 (Tn. S)	 Nurhasanah S
	Hari/ Tanggal: Senin, 16 Januari 2023	Hari/ Tanggal Sabtu, 21 Januari 2023	
	S: <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan malu karena tidak bisa lanjut sekolah • Klien mengatakan tidak berguna bagi ibunya karena belum bekerja • Klien mengatakan bisa melakukan kegiatan seperti mencuci baju, menyapu, mengepel dan membersihkan rumah • Klien mengatakan senang telah melakukan kegiatan menyapu O: <ul style="list-style-type: none"> • Kontak mata kurang • Klien tampak dapat menyebutkan aspek positif yang dilakukan • Klien tampak senang telah melakukan kegiatan pertama yang dipilih menyapu 	S: <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan tidak memiliki pekerjaan tetap • Klien mengatakan menjadi ayah dari 5 orang anak tidak mudah • Klien mengatakan tidak bisa membahagiakan keluarganya • Klien mengatakan dapat melakukan pekerjaan rumah • Klien mengatakan senang setelah melakukan kegiatan menyapu halaman O: <ul style="list-style-type: none"> • Kontak mata kurang • Klien tampak menyebutkan aspek positif yang dapat dilakukan 	


<p>Evaluasi/ Validasi kegiatan harian klien, lanjutkan intervensi harga diri rendah dengan melatih kegiatan kedua yang telah dipilih klien</p>	<p>A: SP 1 harga diri rendah tercapai Klien melakukan kegiatan pertama menyapu ruangan P: Perawat: Evaluasi/Validasi kegiatan harian klien dan lanjutkan intervensi melakukan kegiatan yang kedua Klien: motovasi klien memasukan kegiatan yang telah dilakukan kedalam jadwal kegiatan harian klien</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak senang setelah melakukan kegiatan pertama menyapu halaman <p>A: SP 1 harga diri rendah tercapai Klien melakukan kegiatan pertama menyapu halaman P: Perawat: Evaluasi/Validasi kegiatan harian klien dan lanjutkan intervensi melakukan kegiatan yang kedua Klien: motovasi klien memasukan kegiatan yang telah dilakukan kedalam jadwal kegiatan harian klien</p>	
<p>Pertemuan ke 2 Diagnosa Keperawatan: Harga Diri Rendah (SDKI, D. 0087)</p> <p>Tindakan Keperawatan Strategi Pelaksanaan (SP 2) Pasien:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memvalidasi kemampuan pasien melakukan kegiatan pertama yang telah dilatih dan berikan pujian 2. Mengevaluasi manfaat melakukan kegiatan pertama 3. Membantu pasien memilih kegiatan kedua yang akan dilatih 4. Melatih kegiatan kedua (alat dan cara) 5. Menganjurkan klien memasukan kegiatan pertama dan kedua yang telah dilatih dalam jadwal harian 	<p>Klien 1 (Tn. M) Hari/ Tanggal: Selasa, 17 Januari 2023</p>	<p>Klien 2 (Tn. S) Hari/ Tanggal Senin, 23 Januari 2023</p>	 Nurhasanah S
	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan sudah melakukan kegiatan menyapu • Klien mengatakan mau latihan mencuci piring • Klien mengatakan senang telah melakukan kegiatan mencuci piring <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mampu menyebutkan alat yang digunakan untuk mencuci piring • Klien tampak melakukan kegiatan mencuci piring 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan melakukan kegiatan menyapu halaman • Klien mengatakan mengetahui manfaat melakukan kegiatan pertama • Klien mengatakan mau latihan mengepel ruangan • Klien mengatakan senang telah melakukan kegiatan mencuci piring <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mampu menyebutkan alat yang digunakan untuk mencuci piring 	


<p>RTL: Evaluasi/ Validasi kegiatan harian klien, lanjutkan intervensi harga diri rendah dengan melatih kegiatan ketiga yang telah dipilih klien</p>	<p>A: SP 2 harga diri rendah tercapai klien melakukan kegiatan kedua yang dipilih secara mandiri yaitu mencuci piring P: Perawat : Evaluasi/validasi kegiatan harian klien dan lanjutkan intervensi melakukan kegiatan ketiga Klien: Motivasi klien masukan kegiatan yang telah dilakukan kedalam jadwal kegiatan harian klien</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak melakukan kegiatan seperti dirumah selain menyapu yaitu mengepel ruangan <p>A: SP 2 harga diri rendah tercapai klien melakukan kegiatan kedua yang dipilih secara mandiri yaitu mengepel ruangan P: Perawat : Evaluasi/validasi kegiatan harian klien dan lanjutkan intervensi melakukan kegiatan ketiga Klien: Motivasi klien masukan kegiatan yang telah dilakukan kedalam jadwal kegiatan harian klien</p>	
<p>Pertemuan ke 3 Diagnosa Keperawatan: Harga Diri Rendah (SDKI, D. 0087)</p> <p>Tindakan Keperawatan Strategi Pelaksanaan (SP 3) Pasien:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mevalidasi kemampuan melakukan kegiatan pertama, dan kedua yang telah dilatih dan berikan pujian 2. Membantu pasien melih kegiatan ketiga yang akan dilatih 3. Melatih kegiatan ketiga (alat dan cara) 4. Menganjurkan klien memasukan berkenalan secara bertahap ke dalam jadwal kegiatan harian 5. Menganjurkan klien memasukan kegiatan pertama, kedua dan ketiga yang telah dilatih 	<p style="text-align: center;">Klien 1 (Tn. M)</p> <p style="text-align: center;">Hari/ Tanggal: Rabu, 18 Januari 2023</p> <p>S: <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan senang telah mengikuti TAK • Klien mengatakan sudah mengikuti kegiatan menyanyi bersama dan keliling lapangan tadi pagi </p> <p>O: <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak senang • Klien mengikuti kegiatan di pantai secara mandiri bernyanyi dan olahraga keliling lapangan </p> <p>A: SP 3 harga diri rendah teratasi klien melakukan kegiatan ketiga secara</p>	<p style="text-align: center;">Klien 2 (Tn. S)</p> <p style="text-align: center;">Hari/ Tanggal Selasa, 24 Januari 2023</p> <p>S: <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan saat ini sudah bisa beraktivitas seperti dirumah • Klien mengatakan sudah mengetahui manfaat kegiatan kedua • Klien mengatakan klien mengatakan senang melakukan aktivitas menggambar </p> <p>O: <ul style="list-style-type: none"> • Kontak mata baik • klien tampak mengikuti kegiatan yang diberikan menggambar dengan baik </p> <p>A:</p>	 Nurhasanah S


<p>dalam jadwal harian</p> <p>RTL: Evaluasi/validasi sesuai dengan rencana kegiatan yang dibuat</p>	<p>mandiri yaitu bernyanyi dan olahraga keliling lapangan</p> <p>P: Perawat: Evaluasi kegiatan harian klien dan lanjutkan intervensi melakukan kegiatan yang dipilih</p> <p>Klien: Motivasi klien melakukan kegiatan harian yang telah dijadwalkan</p>	<p>SP 3 harga diri rendah teratasi klien melakukan kegiatan ketiga secara mandiri yaitu menggambar</p> <p>P: Perawat: Evaluasi kegiatan harian klien dan lanjutkan intervensi melakukan kegiatan yang dipilih</p> <p>Klien: Motivasi klien melakukan kegiatan harian yang telah dijadwalkan</p>	
<p>Pertemuan ke 1 Diagnosa Keperawatan: Resiko perilaku Kekerasan (SDKI, D.0146)</p> <p>Tindakan Keperawatan: Strategi Pelaksanaan (SP) 1 pasien:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membina hubungan saling percaya dengan klien 2. Mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan 3. Mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku keekrasan 4. Mengidentifikasi perilaku kekerasan yang dilakukan 5. Mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan 6. Melatih tarik nafas dalam 7. Melatih klien pukul bantal atau kasur 8. Mengajarkan klien memasukkan latihan yang diajarkan kedalam jadwal kegiatan <p>RTL: Evaluasi/validasi jadwal kegiatan harian klien, lanjutkan intervensi SP 2 mengajarkan klien meminta dan menolak dengan baik (cara verbal)</p>	<p>Tidak ada masalah keperawatan Resiko Perilaku Kekeraasan pada Klien 1 (Tn. M)</p>	<p>Klien 2 (Tn. S)</p> <p>Hari/ Tanggal: Sabtu, 21 Januari 2023</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan penyebab kesalnya karena mendengar nada bicara yang tinggi • Klien mengatakan tidak tahu tanda dan gejala perilaku kekerasan • Klien mengatakan akibat perilaku kekerasan dapat merugikan lingkungan • Klien mengatakan sudah bisa melakukan teknik nafas dalam • Klien mengatakan akan melakukan latihan fisik kedua jika kesal akan memukul bantan/kasur <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien dapat menjelaskan penyebab dan akibat perilaku kekerasan • Klien dapat mempraktekkan teknik nafas dalam dan akan melakukan 	 <p>Nurhasanah S</p>


		<p>latihan fisik memukul bantal/kasur saat kesal</p> <p>A: SP 1 Resiko perilaku kekerasan tercapai klien mampu mempraktekkan latihan fisik tarik nafas dalam dan akan melakukan latihan fiisk memukul bantal/kasur saat kesal</p> <p>P: Perawat: Evaluasi perasaan klien setelah melakukan kegiatan latihan fisik lanjutkan intervensi</p> <p>Klien: Motivasi klien untuk melakukan kegiatan latihan fisik dan anjurkan memasukan kegiatan latihan fisik kedalam jadwal kegiatan harian klien</p>	
<p>Pertemuan ke 2 Diagnosa Keperawatan: Resiko perilaku Kekerasan (SDKI, D.0146)</p> <p>Tindakan Keperawatan: Strategi Pelaksanaan (SP) 2 pasien:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membina hubungan saling percaya dengan klien 2. Mengevaluasi kegiatan harian klien 3. Mengajarkan meminta dan menolak dengan baik 4. Menganjurkan klien memasukkan latihan yang diajarkan kedalam jadwal kegiatan <p>RTL:</p>	<p>Tidak ada masalah keperawatan Resiko Perilaku Kekeraasan pada Klien 1 (Tn. M)</p>	<p>Klien 2 (Tn. S)</p>	 <p>Nurhasanah S</p>
		<p>Hari/ Tanggal: Senin, 23 Januari 2023</p>	
		<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan sudah bisa melakukan latihan fisik pertama (tarik nafas dalam) • Klien mengatakan lebih tenang setelah melakukan latihan fisik pertama • Klien mengatakan sudah melakukan latihan fisik kedua jika kesal akan memukul bantan/kasur 	


<p>Evaluasi/validasi jadwal kegiatan harian klien, lanjutkan intervensi SP 2 mengajarkan mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan akan melakukan cara ketiga meminta dan menolak dengan bahasa yang baik <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien dapat mempraktekkan teknik nafas dalam dan sudah melakukan latihan fisik memukul bantal/kasur saat kesal • Klien kooperatif saat diajak berbicara • Klien terlihat dapat mendemonstrasikan cara sebelumnya dengan baik • Klien dapat mendemonstrasikan cara verbal meminta dan menolak dengan baik <p>A:</p> <p>SP 2 resiko perilaku kekerasan tercapai klien mampu mempraktekkan latihan fisik tarik nafas dalam dan melakukan latihan fisik memukul bantal/kasur saat kesal dan cara verbal</p> <p>P:</p> <p>Perawat: Evaluasi perasaan klien setelah melakukan kegiatan latihan fisik , dan cara verbal lanjutkan intervensi cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual</p> <p>Klien: Motivasi klien untuk melakukan kegiatan latihan fisik dan anjurkan memasukan kegiatan latihan fisik kedalam jadwal kegiatan harian klien</p>
--	--	--


<p>Petemuan ke 3 Diagnosa Keperawatan: Resiko perilaku Kekerasan (SDKI, D.0146)</p> <p>Tindakan Keperawatan: Strategi Pelaksanaan (SP) 3 pasien:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membina hubungan saling percaya dengan klien 2. Mengevaluasi kegiatan harian klien 3. Mengajarkan mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual 4. Menganjurkan minum obat secara teratur 5. Menganjurkan klien memasukkan latihan yang diajarkan kedalam jadwal kegiatan <p>RTL: Evaluasi/validasi jadwal kegiatan harian klien, lanjutkan intervensi mengontrol perilaku kekerasan dengan cara minum obat dengan baik dan benar</p>	<p>Tidak ada masalah keperawatan Resiko Perilaku Kekerasan pada Klien 1 (Tn. M)</p>	<p>Klien 2 (Tn. S)</p>	 <p>Nurhasanah S</p>
		<p>Hari/ Tanggal: Selasa, 24 Januari 2023</p>	

		<p>cara verbal dan spiritual ;anjutkan intervensi mengontrol perilaku kekerasan dengan minum obat</p> <p>Klien: Motivasi klien untuk melakukan kegiatan latihan fisik dan anjurkan memasukan kegiatan latihan fisik kedalam jadwal kegiatan harian klien</p>	
<p>Petemuan ke 4 Diagnosa Keperawatan: Resiko perilaku Kekerasan (SDKI, D.0146)</p> <p>Tindakan Keperawatan: Strategi Pelaksanaan (SP 4) Pasien:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membina hubungan saling percaya dengan klien 2. Mengevaluasi kegiatan harian klien 3. Menganjurkan minum obat secara teratur 4. Menganjurkan klien memasukkan latihan yang diajarkan kedalam jadwal kegiatan <p>RTL: Evaluasi/validasi jadwal kegiatan harian klien, lanjutkan intervensi.</p>	<p>Tidak ada masalah keperawatan Resiko Perilaku Kekeraasan pada Klien 1 (Tn. M)</p>	<p>Klien 2 (Tn. S)</p> <p>Hari/ Tanggal: Rabu, 25 Januari 2023</p>	 <p>Nurhasanah S</p>
		<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan sudah melakukan kegiatan fisik, mengontrol perilaku kekrasan dengan cara verbal dan spiritual • Klien mengatakan lebih tenang • Klien mengatakan tidak mengetahui nama obat yang klien minum • Klien mengatakan sudah 	
		<p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien masih mengingat cara mengontrol perilaku kekerasan • Klien tampak kooperatif mendengar penjelasan tentang obat yang di konsumsi klien <p>A: SP 4 resiko perilaku kekerasan teratasi klien mampu melakukan kegiatan yang telah dijadwalkan, melakukan kegiatan</p>	

		fisik, mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal, spiritual dan minum obat secara teratur P: Perawat: Evaluasi kegiatan harian klien Klien : motivasi klien melakukan kegiatan sesuai jadwal	
Diagnosa Keprawatan: Defisit Perawatan Diri (SDKI, D. 0109) Tindakan Keperawatan: Strategi Pelaksanaan (SP) 1 pasien: 1. Membina hubungan saling percaya 2. Menjelaskan pentingnya perawatan diri 3. Menjelaskan cara – cara dan alat perawatan diri 4. Melatih klien mempraktikkan cara menjaga kebersihan diri: mandi, ganti pakaian, sikat gigi, cuci rambut dan potong kuku RTL: Evaluasi/ Validasi kegiatan harian klien, lanjutkan intervensi defisit perawatan diri dengan melatih klien berdandan	Klien 1 (Tn. M) Hari/ Tanggal: Senin, 16 Januari 2023	Klien 2 (Tn. S) Hari/ Tanggal: Sabtu, 21 Januari 2023	 Nurhasanah S
	S: <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan mengerti pentingnya kebersihan diri • Klien mengatakan cara – cara kebersihan diri seperti mandi 2x sehari, sikat gigi setiap mandi, keramas, dan potong kuku • Klien mengatakan akan melakukan kebersihan diri seperti mandi, ganti baju, setiap hari 	S: <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan mengerti pentingnya kebersihan diri • Klien merasa senang telah diingatkan cara – cara membersihkan diri • Klien mengatakan akan melakukan kebersihan diri seperti mandi, ganti baju, sikat gigi dan mencuci rambut setiap hari • Klien mengatakan ingin potong kuku karena sudah panjang 	
	O: <ul style="list-style-type: none"> • Klien dapat menyebutkan alat – alat kebersihan diri • Klien tampak mengerti pentingnya kebersihan diri • Rambut klien tampak pendek • Kuku klien tampak pendek 	O: <ul style="list-style-type: none"> • Klien dapat menyebutkan alat – alat kebersihan diri • Klien tampak mengerti pentingnya kebersihan diri • Rambut klien tampak pendek karena telah dicukur oleh petugas • Kuku klien tampak panjang 	
	A:		

	<p>SP 1 defisit perawatan diri tercapai klien paham pentingnya membersihkan diri</p> <p>P: Perawat: Evaluasi/validasi SP melatih cara perawatan diri secara mandiri lanjutkan intervensi SP melatih cara berdandan</p> <p>Klien: Motivasi klien melakukan perawatan diri secara mandiri</p>	<ul style="list-style-type: none"> Klien memotong kuku secara mandiri didampingi perawat <p>A: SP 1 defisit perawatan diri tercapai klien paham pentingnya membersihkan diri</p> <p>P: Perawat: Evaluasi/validasi SP melatih cara perawatan diri secara mandiri lanjutkan intervensi SP melatih cara berdandan</p> <p>Klien: Motivasi klien melakukan perawatan diri secara mandiri</p>	
<p>Diagnosa Keperawatan: Defisit Perawatan Diri (SDKI, D. 0109)</p> <p>Tindakan Keperawatan: Strategi Pelaksanaan (SP) 2 pasien:</p> <ol style="list-style-type: none"> Membina hubungan saling percaya Mengevaluasi kebersiahn diri klien Melatih klien melakukan perawatan berdandan untuk laki laki <ol style="list-style-type: none"> Berkaian rapi Menyisir rambut bercukur menganjurkan klien untuk melakukan kegiatan berdandan dimasukan kedalam jadwal kegiatan harian <p>RTL: Evaluasi/ Validasi kegiatan harian klien, lanjutkan intervensi defisit perawatan diri dengan melatih makan dan minum yang baik</p>	<p>Klien 2 (Tn. M)</p> <p>Hari/ Tanggal: Selasa, 17 Januari 2023</p>	<p>Klien 2 (Tn. S)</p> <p>Hari/ Tanggal: Senin, 23 Januari 2023</p>	 <p>Nurhasanah S</p>
	<p>S: • klien mengatakan mampu berdandan secara mandiri seperti merapikan baju</p> <p>O: • klien mampu mempraktikkan cara merapikan pakaian yang digunakannya</p> <p>A: SP 2 perawatan diri tercapai klien dapat melakukan cara berdandan dengan baik</p> <p>P: Perawat: Evaluasi/validasi SP 1 dan SP 2, lanjutkan intervensi SP 3 melatih klien makan dan minum yang baik</p> <p>Klien:</p>	<p>S: • klien mengatakan mampu berdandan secara mandiri seperti merpikan baju</p> <ul style="list-style-type: none"> klien mengatakan sudah dicukur oleh petugas hari minggu <p>O: • klien mampu mempraktikkan cara merapikan pakaian yang digunakannya</p> <ul style="list-style-type: none"> klien rambut klien tampak lebih pendek (botak) <p>A: SP 2 perawatan diri tercapai klien dapat melakukan cara berdandan dengan baik</p> <p>P: Perawat:</p>	

	Motivasi klien melakukan perawatan diri seperti mandi dan berpakaian dengan baik	Evaluasi/validasi SP 1 dan SP 2, lanjutkan intervensi SP 3 melatih klien makan dan minum yang baik Klien: Motivasi klien melakukan perawatan diri seperti mandi dan berpakaian dengan baik	
Diagnosa Keperawatan: Defisit Perawatan Diri (SDKI, D. 0109) Tindakan Keperawatan: Strategi Pelaksanaan (SP) 3 pasien: 1. Membina hubungan saling percaya 2. Mengevaluasi kebersiahn diri dan berdandan 3. Melatih klien makan secara mandiri 4. Mempraktikkan makan sesuai tahapan yang baik RTL: Evaluasi/ Validasi kegiatan harian klien, lanjutkan intervensi defisit perawatan diri dengan melatih BAB/BAK secara mandiri	Klien 1 (Tn. M)	Klien 2 (Tn. S)	 Nurhasanah S
	Hari/ Tanggal: Rabu, 18 Januari 2023	Hari/ Tanggal: Selasa, 24 Januari 2023	
	S: <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan sudah perawatan diri mandi san menggosok gigi, dan ganti baju pagi jam 05.00 • Klien mengatakan sudah mengetahui tahapan makan yang baik • Klien mengatakan mencuci tangan sebelum dan sesudah makan • Klien mengatakan alat makan dibersihkan oleh WBS pekerja 	S: <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan sudah mandi 2x pada jam 05.00 dan jam 14.00 • Klien mengatakan sudah mengetahui tahapan makan yang baik • Klien mengatakan mencuci tangan sebelum dan sesudah makan • Klien mengatakan alat makan dibersihkan oleh WBS pekerja 	
	O: <ul style="list-style-type: none"> • Klien terlihat mencuci tangan sebelum dan sesudah makan • Klien terlihat makan dengan baik menggunakan sendok dan duduk di meja makan 	O: <ul style="list-style-type: none"> • Klien terlihat mencuci tangan sebelum dan sesudah makan • Klien terlihat makan dengan baik 	
A: SP 3 defisit perawatan diri tercapai	A: SP 3 defisit perawatan diri tercapai	A: SP 3 defisit perawatan diri tercapai	
P:	P:	P: Evaluasi/validasi SP lanjutkan intervensi SP melatih klien BAB/BAK secara mandiri	

	Evaluasi/validasi SP lanjutkan intervensi SP melatih klien BAB/BAK secara mandiri		
<p>Diagnosa Keperawatan: Defisit Perawatan Diri (SDKI, D. 0109)</p> <p>Tindakan Keperawatan: Strategi Pelaksanaan (SP) 4 Pasien:</p> <ol style="list-style-type: none"> Membina hubungan saling percaya Mengevaluasi kebersihan diri dan berdandan, dan cara makan yang baik Menganjurkan klien melakukan BAB/BAK secara mandiri Melatih klien untuk BAB dan BAK secara mandiri <p>RTL: Evaluasi/ Validasi kegiatan harian klien.</p>	Klien 1 (Tn. M)	Klien 2 (Tn. S)	 Nurhasanah S
	Hari/ Tanggal: Kamis, 19 Januari 2023	Hari/ Tanggal: Rabu, 25 Januari 2023	
	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien mengatakan melakukan perawatan diri, mandi, berdandan dan makan 2x dengan baik Klien mengatakan BAB/BAK secara mandiri di toilet dan membersihkannya setelah selesai <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien mampu menjelaskan cara BAB/BAK yang baik <p>A: SP 4 Defisit perawatan diri tercapai</p> <p>P: Perawat: Evaluasi/validasi kemampuan klien melakukan perawatan diri secara mandiri Klien: Motivasi klien untuk melakukan perawatan diri secara mandiri dengan baik seperti yang sudah diajarkan</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien mengatakan melakukan perawatan diri, mandi, berdandan dan makan 2x dengan baik Klien mengatakan BAB/BAK secara mandiri di toilet dan membersihkannya setelah selesai <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien mampu menjelaskan cara BAB/BAK yang baik <p>A: SP 4 Defisit perawatan diri tercapai</p> <p>P: Perawat: Evaluasi/validasi kemampuan klien melakukan perawatan diri secara mandiri Klien: Motivasi klien untuk melakukan perawatan diri secara mandiri dengan baik seperti yang sudah diajarkan</p>	

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada BAB ini, penulis akan membahas Asuhan Keperawatan yang dilaksanakan berdasarkan teori pada masalah keperawatan jiwa dengan pengelolaan kasus pada dua klien dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran dari tahap pengkajian hingga evaluasi pada bagian akhir dari penulisan karya ilmiah akhir ners ini, dan penulis akan memberikan kesimpulan serta saran yang diharapkan bermanfaat dalam meningkatkan asuhan keperawatan jiwa pada klien khususnya klien gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran. Adapun uraian sebagai berikut:

A. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan tahap awal atau dasar dari proses keperawatan. Pengkajian awal dilakukan berdasarkan keluhan pasien. Setelah ditemukan tanda – tanda yang menonjol dan mendukung adanya gangguan jiwa, pengkajian dilanjutkan dengan menggunakan format pengkajian kesehatan jiwa. Data yang dikumpulkan mencakup keluhan utama, riwayat kesehatan jiwa, pengkajian psikososial, dan pengkajian status mental (keliat B.A, 2011)

Penulis melakukan pengkajian pada klien dengan gangguan persepsi sensori : Halusinasi pendengaran dan didapatkan hasil klien 1 (Tn. M) masuk ke Panti Sosial Bina Laras Harapan Sentosa 1 pada tanggal 22 April 2022 diantar ibunya, saat pengkajian klien tampak diam beberapa menit dan berbicara sendiri, setelah terus dilakukan kontak klien mengatakan ada yang

mengajaknya mengobrol, terkadang klien hanya diam saat suara datang. Sedangkan Klien 2 (Tn. S) masuk ke Panti Sosial Bina Laras Harapan Sentosa pada tanggal 22 Desember 2022 di klaster dari Panti Sosial Bina Insani Bangun Daya 1, saat wawancara klien terkadang berbicara sendiri, setelah terus kontak singkat klien mengatakan ada perempuan yang mengajaknya pergi, klien terkadang mengikuti ajakan tersebut dan mondar – mandir dilapangan.

Halusinasi merupakan gangguan persepsi dimana klien mempersepsikan sesuatu yang banyak terjadi. Suatu penerapan panca indra tanpa ada rangsangan dari luar. Suatu penghayatan yang dialami seperti suatu persepsi melalui panca indra tanpa stimulus eksternal ; persepsi palsu. Berbeda dengan ilusi dimana klien mengalami persepsi pada halusinasi yang terjadi tanpa adanya stimulus yang terjadi. Stimulus internal dipersepsikan sebagai suatu yang nyata ada oleh klien (Santri, 2019).

Menurut Direja dalam (Zelika & Dermawan, 2015): Faktor Predisposisi: genetika, neuro- biologi, neurotransmitter, abnormal perkembangan syarat, psikologis. Serta Faktor presipitasi: proses pengolahan informasi yang berlebihan, mekanisme penghantaran listrik yang abnormal, adanya gejala pemicu.

Faktor predisposisi yang dialami Klien 1 (Tn. M) adalah faktor psikologis yang sangat berkaitan dimana hubungan interpersonal yang tidak harmonis pada saat perceraian kedua orang tuanya dan ayahnya pergi meninggalkan Tn. M membawa adiknya sehingga klien sangat sedih dan kehilangan yang sangat mendalam. Sedangkan Klien 2 (Tn. S) dalam (Yusuf et al., 2015), faktor

psikologis yaitu Tn. S merasa hubungan interpersonalnya tidak harmonis dengan keluarga yaitu perceraian dengan istri dan memilih meninggalkan keluarganya, Tn. S merasa dirinya kurang mampu mencukupi kebutuhan keluarganya.

Faktor presipitasi yang dialami klien 1 (Tn. M) stressor psikologis yaitu intensitas kecemasan yang ekstrem dan memanjang disertai terbatasnya kemampuan mengatasi masalah memungkinkan berkembangnya gangguan orientasi realitas. Pasien mengembangkan koping untuk menghindari kenyataan yang tidak menyenangkan dengan perceraian ibu dan ayahnya yang menyebabkan Tn. M mengalami kecemasan yang ekstrim setelah ditinggal oleh ayah dan adik – adiknya sehingga klien mengalami halusinasi. Sedangkan Klien 2 (Tn. S) dalam (Yusuf et al., 2015) yaitu stressor sosial budaya dimana stres dan kecemasan akan meningkat bila terjadi penurunan stabilitas keluarga, perpisahan dengan orang yang penting, atau diasingkan dari kelompok dapat menimbulkan halusinasi. Dalam hal ini Tn. S merasakan kesedihan akibat perpisahan dengan istri dan anak – anaknya sebagai orang terpenting dihidupnya yaitu perceraian dengan istri dan berpisah dengan anak - anaknya.

Pada klien gangguan persepsi sensori pada pemeriksaan fisik terdapat pengkajian psikososial yang meliputi: genogram untuk mengetahui kemungkinan adanya riwayat genetik yang menyebabkan/ menurunkan gangguan jiwa, konsep diri yaitu pada citra tubuh, bagaimana persepsi klien terhadap tubuhnya yang paling/ tidak disukai, identitas diri bagaimana persepsi tentang status dan posisi klien, kepuasan klien terhadap suatu posisi tersebut,

kepuasan klien sebagai laki-laki atau perempuan, peran bagaimana harapan klien terhadap tubuhnya, posisi, status, tugas/ peran yang diharapkan dalam keluarga, kelompok, masyarakat, dan bagaimana kemampuan klien dalam melaksanakan tugas/ peran tersebut. Ideal diri bagaimana harapan klien terhadap tubuhnya, posisi, status, tugas/ peran dan harapan klien terhadap lingkungan. Harga diri bagaimana persepsi klien terhadap dirinya dalam hubungan dengan orang lain sesuai dengan kondisi dan bagaimana penilaian/ penghargaan orang lain terhadap diri dan lingkungan klien (Devy, 2017).

Pemeriksaan fisik didapatkan perbedaan antara Klien 1 (Tn. M) dan Klien 2 (Tn. S). Pada Klien 1 (Tn. M) didapatkan hasil, klien sering menyendiri tanpa sebab, klien tampak bingung, dan klien sering mendengar suara yang mengajaknya mengobrol tapi tidak jelas. Tekanan darah 120/70mmHg, nadi 80x/menit, suhu 36,6⁰C, RR 20x/menit, berat badan 48 kg dan tinggi badan 165cm. Sedangkan Klien 1 (Tn. S) didapatkan data klien sering mondar – mandir di lapangan, klien berbicara sendiri, tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 86x/menit, pernafasan 20x/menit, suhu 36,0⁰C, tinggi 165cm, dan berat badan 58kg, klien mengatakan tidak ada keluhan fisik.

Observasi penampilan umum klien yaitu penampilan usia, cara berpakaian, kebersihan, sikap tubuh, cara berjalan, ekspresi wajah, kontak mata, bagaimana pembicaraan yang didapatkan pada klien, apakah cepat, keras, gagap, inkhoheren, apatis, lambat, membisu seperti aktivitas motorik berkenaan dengan gerakan titik perlu dicatat dalam hal tingkat aktivitas (latergik, tegang, gelisah, agitasi), jenis (TIK, tremor) dan isyarat tubuh yang tidak wajar.

Merupakan nada perasaan yang menyenangkan atau tidak menyenangkan yang menyertai suatu pikiran dan langsung relatif lama dengan sedikit komponen fisiologis/ fisik serta bangga, kecewa. Emosi merupakan manifestasi afek yang ditampilkan/ diekspresikan keluar, disertai banyak komponen fisiologis dan berlangsung relatif lebih singkat/ spontan seperti sedih, ketakutan, putus asa, kuatir atau gembira berlebihan.

Klien 1 (Tn. M) usia 24 tahun klien merupakan anak pertama dari 3 bersaudara, klien tinggal bersama ibunya. Klien merasa terpukul dengan perpisahan orang tuanya yang meninggalkan klien hanya dengan ibunya. Dari hasil observasi, cara berpakaian klien kurang rapi, klien tidak menggunakan sandal, dan menggaruk – garuk rambutnya terdapat ketombe. Saat berinteraksi klien banyak diam, dengan suara pelan dan klien tidak mampu memulai pembicaraan. Klien mengalami persepsi pendengaran berupa isi: suara yang mengajaknya mengobrol, frekuensi : kadang – kadang, waktu : tiba – tiba. Proses pikir baik saat berinteraksi tidak berbelit – belit dan langsung ke topik dan tujuan yang dibicarakan perawat. Klien mengatakan sudah minum obat selama dirumah 3 tahun sebelum diantar ibunya ke panti.

Sedangkan Klien 2 (Tn. S) usia 41 tahun merupakan anak kedua dari 5 bersaudara, klien tinggal bersama istri dan anak – anaknya, Saat berinteraksi klien tampak menunduk dan kurang kontak mata, terkadang suara klien keras. Klien mengalami persepsi pendengaran berupa isi: mendengar suara perempuan yang mengajaknya pergi, klien kadang – kadang berbicara sendiri, frekuensi : saat sendiri tidak ada aktifitas, waktu: secara tiba – tiba.

Pembicaraan klien terkadang inkoheren tetapi dapat kembali ke topik yang ditanyakan perawat. Klien mengatakan tidak mempunyai teman di wisma kenari dan klien tidak mau berinteraksi karena takut dimarahi petugas.

Rentang respon neurobiologis yang dialami kedua klien yaitu halusinasi, dimana halusinasi yang timbul berupa persepsi yang salah terhadap rangsangan, klien mengalami perubahan sensori persepsi, serta merasakan sensasi palsu berupa suara, klien merasakan stimulus yang sebetulnya tidak ada (Yusuf et al., 2015).

Mekanisme koping yang digunakan kedua klien sama yaitu menarik diri reaksi psikologis. Klien 1 (Tn. M) menunjukkan sikap mengisolasi diri Sedangkan klien 2 (Tn. S) menunjukkan sikap apatis kesulitan menangani tanggung jawab di kehidupan sehari-hari. Hal ini sesuai dengan konsep teori yang menyatakan bahwa mekanisme koping adalah perilaku yang mewakili upaya untuk melindungi diri sendiri dari pengalaman yang menakutkan berhubungan dengan respon neurobiologi salah satunya menarik diri (Fitria, 2019).

Pohon masalah tidak sesuai dengan teori, terdapat diagnosa tambahan yang muncul pada kasus klien, dimana menurut (Yusuf et al., 2015) masalah utama kedua klien yaitu gangguan persepsi sensori : halusinasi, sebagai penyebab utama adalah isolasi sosial dan akibatnya yaitu resiko perilaku kekerasan. Masalah yang ditemukan pada Klien 1 (Tn. M) yaitu gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran sebagai masalah utama, penyebabnya yakni isolasi sosial, dan akibatnya harga diri rendah adalah defisit perawatan diri.

Sedangkan klien 2 (Tn. S) yaitu Gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran sebagai masalah utama, penyebabnya Isolasi Sosial, dan sebagai akibatnya adalah harga diri rendah, resiko perilaku kekerasan, dan defisit perawatan diri.

Faktor penghambat yang dialami penulis saat pengkajian yaitu Klien 1 (Tn. M) saat diajak komunikasi lebih banyak diam sedangkan Klien 2 (Tn. S) saat diajak komunikasi terkadang pembicaraan inkoheren sedangkan. Faktor pendukung saat pengkajian penulis membawa format yang telah diberikan pembimbing akademik sehingga poin – point penting untuk mendukung masalah klien dapat dikaji.

B. Diagnosa Keperawatan

Menurut (Yusuf et al., 2015) pohon masalah pada klien dengan gangguan perspsi sensori : halusinasi pendengaran yaitu dari isolasi sosial : menarik diri sebagai *cause*, gangguan perspsi sensori : halusinasi pendengaran sebagai *core problem*, dan menimbulkan *affect*: melukai diri sendiri, orang lain dan lingkungan, serta kebersihan diri.

Menurut penulis masalah utama kedua klien yaitu gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran. Penulis menemukan 4 diagnosa keperawatan yang muncul saat pengkajian yaitu pada Klien 1 (Tn. M) yaitu gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran sebagai masalah utama penulis menemukan beberapa masalah yang muncul saat pengkajian yaitu, isolasi sosial, harga diri rendah, dan defisit perawatan diri Sedangkan pada klien 2 (Tn. S) yaitu Gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran sebagai

masalah utama, penyebabnya isolasi sosial, sebagai akibatnya adalah harga diri rendah, resiko perilaku kekerasan dan defisit perawatan diri.

Gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran (SDKI, D.0085) (PPNI, 2017) ditegakkan pada kedua klien sesuai dengan hasil pengkajian yang ditemukan pada klien 1 (Tn. M) ditemukan data subjektif klien mengatakan sering mendengar suara yang mengajaknya mengobrol klien mengatakan suara itu muncul saat sedang sendiri, klien mengatakan saat suara datang klien hanya diam, klien sudah mengkonsumsi obat sejak dirumah selama 3 tahun. Data objektif yang ditemukan pada klien 1 (Tn.M) klien tampak berbicara dan tertawa sendiri, klien banyak diam dan menyendiri. Berdasarkan data diatas disimpulkan bahwa kedua responden sama-sama mengalami gangguan persepsi sensori halusinasi. Sedangkan klien 2 (Tn. S) data subjektif klien mendengar suara bisikan perempuan yang mengajaknya pergi, suara datang saat klien tidak melakukan aktivitas, Dari hasil pengkajian data objektif klien 2 (Tn. S) klien tampak banyak melamun, klien tampak berbicara dan tertawa sendiri, klien tampak mondar – mandir di lapangan. Halusinasi adalah perubahan sensori dimana pasien merasakan sensasi yang tidak ada berupa suara, penglihatan, pengecapan, dan perabaan (Danu, 2021).

Diagnosa isolasi sosial : menarik diri (SDKI, D.0121) ditegakkan sesuai dengan hasil pengkajian pada klien 1 (Tn. M) hasil pengkajian ditemukan data klien mengatakan lebih nyaman sendiri semenjak ditinggal ayah dan adik – adiknya, klien mengatakan tidak mau bersosialisasi dengan orng lain karena takut dimarahi petugas, sedangkan didapatkan klien menjawab pertanyaan

seperlunya, klien tidak mampu memulai pembicaraan, klien terlihat menyendiri, kontak mata kurang. Sedangkan hasil pengkajian Klien 2 (Tn. S) mengatakan tidak mau bersosialisasi dengan orang lain saat pertama masuk panti karena takut dimarahi petugas, data objektif klien tampak menunduk, kontak mata kurang dan menunjukkan sikap menolak dan permusuhan.

Diagnosa Harga diri rendah (SDKI, D.0087) ditegakkan pada kedua klien dengan hasil pengkajian yang ditemukan. Klien 1 (Tn. M) sesuai dengan data subjektif klien mengatakan terpukul dengan kepergian ayahnya, klien mengatakan trauma dengan peristiwa yang menimpa keluarganya yaitu perceraian kedua orang tuanya, klien mengatakan hanya lulusan SD, klien mengatakan malu karena tidak bisa melanjutkan sekolah, klien mengatakan tidak berguna bagi ibunya karena belum bekerja, data objektif klien tampak sedih menceritakan keluarganya, klien tampak menunduk, klien tampak lesu dan kurang bergairah, klien tampak putus asa dan pesimis. Diagnosa Harga diri kronis diangkat akibat dari perceraian orang tua Tn. M, dimana Tn. M menjadi sulit untuk menerima diri dan sulit mengembangkan harga dirinya. Hal ini sejalan dengan Teori Tika Pratiwi Andani (2018) tidak menerima diri terhadap perceraian orang tua akan membuat remaja memiliki harga diri yang rendah, maka pemikiran terhadap dirinya akan lebih negatif. Klien 2 (Tn. S) data subjektif klien mengatakan tidak memiliki pekerjaan tetap, klien merasa dirinya tidak bisa membahagiakan keluarganya, dengan data objektif kontak mata kurang, klien tidak mampu membuat keputusan.

Terdapat perbedaan pada klien 2 (Tn. S) yaitu diagnosa resiko perilaku kekerasan (SDKI, D. 0146) ditegakkan sesuai dengan hasil pengkajian yang ditemukan data subjektif klien mengatakan korban aniaya fisik oleh ayahnya karena kesal dengan masalah perekonomian keluarga, klien mengatakan terkadang kesal saat mendengar suara bernada tinggi, klien mengatakan tidak ada lagi tujuan hidup, sedangkan untuk data objektif terkadang klien berbicara dengan nada tinggi, emosi klien berubah – ubah, klien tampak menunjukkan sikap menolak dan permusuhan. Bentuk kekerasan yang dilakukan oleh orang tua terhadap anak akan memberikan dampak, baik itu dampak secara fisik maupun secara psikologis dan yang nantinya akan mempengaruhi pada perkembangan perilaku sosial, salah satunya dalam keterampilan sosial anak di lingkungan sekitar. Perilaku sosial merupakan aktifitas fisik dan psikis seseorang terhadap orang lain atau sebaliknya dalam rangka memenuhi diri atau orang lain yang sesuai dengan tuntutan sosial menurut Hurlock dalam (Ardhani, 2019).

Perumusan diagnosa defisit perawatan diri yang terdapat pada klien 1 (Tn. S) dan klien 2 (Tn. M) dari hasil pengkajian ditemukan data subjektif klien hanya mandi 1x sehari itupun jika diminta oleh petugas panti, klien mengatakan jarang gosok gigi, sedangkan data objektif didapatkan kedua klien berpenampilan kurang rapi, gigi kuning, tidak memakai sandal dan menggaruk – garuk tubuhnya. Defisit perawatan diri merupakan suatu keadaan dimana seseorang mengalami hambatan ataupun gangguan dalam kemampuan untuk

melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri, seperti mandi, berpakaian, makan, dan eliminasi untuk dirinya sendiri (Ndaha, 2021).

Terdapat kesenjangan antara tinjauan teori dengan kasus, dalam teori terdapat 3 diagnosa keperawatan yang muncul dengan masalah gangguan persepsi sensori : halusinasi yaitu isolasi sosial, dan resiko perilaku kekerasan. Pada kasus penulis menemukan perbedaan dalam pengambilan diagnosa keperawatan sesuai dengan masalah keperawatan yang muncul saat pengkajian yaitu pada Klien 1 (Tn. M) gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran, isolasi sosial, harga diri rendah dan defisit perawatan diri sebagai diagnosa tambahan . Sedangkan pada klien 2 (Tn. S) yaitu Gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran, isolasi sosial, harga diri rendah, resiko perilaku kekerasan dan defisit perawatan diri sebagai diagnosa tambahan.

C. Rencana Keperawatan

Rencana keperawatan yang diberikan pada kedua klien dengan masalah utama gangguan persepsi : halusinasi pendengaran, tujuan umum diagnosa keperawatan perubahan persepsi sensori : halusinasi pendengaran yaitu klien dapat mengenali, mengontrol, memutuskan halusinasinya. Tujuan khususnya yaitu klien dapat membina hubungan saling percaya, klien mampu mengenal halusinasinya, klien dapat mengendalikan halusinasinya dan dapat menggunakan obat dengan baik dan benar. Tindakan keperawatan yang diberikan pada kedua klien yaitu membantu klien mengenali halusinasi, melatih klien mengontrol halusinasi dengan strategi pelaksanaan 1 latihan cara menghardik halusinasi, strategi pelaksanaan 2 minum obat secara teratur ,

strategi pelaksanaan 3 latihan bercakap-cakap dengan orang lain, strategi pelaksanaan 4 melakukan aktivitas sehari-hari.

Rencana keperawatan yang diberikan pada kedua klien untuk masalah isolasi sosial, tujuan umum diagnosa keperawatan isolasi sosial ini adalah agar klien dapat berinteraksi dengan orang lain baik itu individu, keluarga maupun kelompok. Tujuan khususnya yaitu klien dapat membina hubungan saling percaya, klien mampu menyebutkan penyebab isolasi sosial, klien mampu menyebutkan keuntungan berhubungan sosial dan kerugian dari isolasi sosial, klien dapat melaksanakan hubungan sosial secara bertahap, klien mampu menjelaskan perasaannya setelah berhubungan sosial, klien mendapat dukungan sosial dalam memperluas hubungan sosial, dan klien dapat memanfaatkan obat dengan baik. Tindakan keperawatan yang diberikan strategi pelaksanaan 1 membina hubungan saling percaya, bantu klien mengenal penyebab isolasi sosial, bantu klien mengenal keuntungan berhubungan dengan orang lain dan kerugian tidak berhubungan dengan orang lain, dan mengajarkan klien berkenalan dengan orang lain, strategi pelaksanaan 2 ajarkan klien berinteraksi secara bertahap (dengan orang pertama seorang perawat), strategi pelaksanaan 3 latih klien berinteraksi secara bertahap (berkenalan dengan orang kedua seorang pasien), strategi pelaksanaan 4 latih klien bercakap – cakap dengan melakukan aktivitas sehari – hari.

Intervensi yang diberikan pada Klien kedua klien untuk diagnosa harga diri rendah tujuan umum diagnosa keperawatan harga diri rendah adalah agar klien mampu mengatasi harga diri rendah yang dialami klien. Tujuan khususnya yaitu

klein dapat membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang masih dimiliki klien, klien dapat menilai kemampuan yang dimiliki untuk dilaksanakan, membantu klien memilih kegiatan yang akan dilatih sesuai dengan kemampuannya, melatih klien sesuai dengan kegiatan yang sudah dipilih berdasarkan rencana yang dibuat bersama dengan klien. Tindakan keperawatan yang diberikan pada klien yaitu strategi pelaksanaan 1 mengidentifikasi aspek positif dan kemampuan yang dimiliki klien, strategi pelaksanaan 2 menilai kemampuan yang dapat digunakan dan memilih kemampuan pertama untuk dilatih, strategi pelaksanaan 3 melatih kemampuan kedua yang telah dipilih.

Intervensi keperawatan yang diberikan pada klien 2 (Tn. S) untuk masalah resiko perilaku kekerasan, tujuan umum diagnosa resiko perilaku kekerasan adalah agar klien dapat mengontrol perilaku kekerasan baik menderai diri, orang lain maupun lingkungan. Tujuan khususnya yaitu klien dapat membina hubungan saling percaya, klien mampu mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan, klien dapat mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan, klien dapat mengidentifikasi cara yang konstruktif dalam merespon kemarahan, mendemonstrasikan perilaku yang terkontrol, klien dapat menggunakan obat yang baik dan benar dalam mengontrol perilaku kekerasan. Tindakan yang diberikan pada klien 1 yaitu strategi pelaksanaan 1 membina hubungan saling percaya pada klien, identifikasi penyebab, tanda dan gejala perilaku kekerasan, akibat perilaku kekerasan dan mengontrol rasa marah dengan latihan fisik tarik napas dalam dan pukul bantal, strategi pelaksanaan 2 mengontrol

perilaku kekerasan dengan cara minum obat secara teratur, strategi pelaksanaan 3 mengontrol perilaku kekerasan dengan cara latihan verbal (mengungkapkan, meminta dan menolak dengan cara yang baik), dan strategi pelaksanaan 4 mengontrol perilaku kekerasan dengan cara latihan cara spiritual

Intervensi keperawatan yang diberikan pada kedua klien untuk masalah keperawatan defisit perawatan diri, tujuan umum diagnosa keperawatan defisit perawatan diri adalah agar klien dapat memelihara atau merawat kebersihan sendiri secara mandiri. Tujuan khususnya yaitu klien dapat membina hubungan saling percaya, klien mampu melakukan kebersihan diri secara mandiri, klien mampu melakukan tindakan perawatan berupa, berhias atau berdandan secara baik, klien mampu melakukan kegiatan makan dengan baik, mampu melakukan BAB/BAK secara mandiri, dan petugas mampu merawat anggota WBS nya yang mengalami masalah kurang perawatan diri. Tindakan yang diberikan pada klien yaitu melakukan strategi pelaksanaan 1 dengan melatih klien cara menjaga kebersihan diri (mandi, cuci rambut, gosok gigi, dan potong kuku), strategi pelaksanaan 2 melatih cara berdandan, strategi pelaksanaan 3 melatih cara makan dan minum yang baik, serta strategi pelaksanaan 4 melatih cara BAB/BAK yang baik.

Intervensi keperawatan disusun sesuai dengan diagnosa keperawatan yang ditemukan pada masing – masing klien sehingga terdapat perbedaan rencana keperawatan pada klien 2 (Tn. S) diberikan strategi pelaksanaan resiko perilaku kekerasan.

D. Implementasi Keperawatan

Setelah beberapa kali interaksi pada klien 1 (Tn. M) mulai dari tanggal 16 Januari 2023 sampai dengan 19 Januari 2023 telah dilakukan tindakan keperawatan sesuai dengan empat diagnosa klien 1 (Tn. M) yaitu gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran, isolasi sosial, harga diri rendah, dan defisit perawatan diri serta empat diagnosa pada klien 2 (Tn. S) yaitu gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran, isolasi sosial, resiko perilaku kekerasan dan defisit perawatan diri.

Implementasi dilakukan pada klien 1 (Tn.M) dan klien 2 (Tn. S) dengan diagnosa gangguan perspsi sensori : halusinasi pendengaran dilakukan sesuai dengan intervensi yang telah dibuat berdasarkan kondisi dan kebutuhan klien. Hari pertama latihan cara menghardik halusinasi dimulai dengan membina hubungan saling percayaa, membantu klien mengenal jenis halusinasi, isi halusinasi, waktu, situasi yang menimbulkan halusinasi, , mengidentifikasi respon klien terhadap halusinasi, menjelaskan cara mengontrol halusinasi dengan menghardik dan melatih klien mengontrol halusinasi dengan cara menghardik serta memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian, namun terdapat respon yang berbeda pada kedua klien. Klien 1 (Tn. M) sudah mengetahui cara menghardik dan mampu mempraktikkan cara menghardik, sedangkan Klien 2 (Tn. S) belum mengetahui cara menghardik, namun dapat kooperatif meniru cara menghardik yang telah diajarkan . Hari kedua mengevaluasi jadwal harian klien mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, melatih cara mengontrol halusinasi dengan bercakap - cakap dengan orang lain dan memasukkan

kedalam jadwal harian. Respon kedua klien dapat kooperatif dan mampu mempraktikkan cara mengontrol halusinasi bercakap – cakap dengan sesama WBS wisma kenari. Hari ketiga mengevaluasi kegiatan harian klien, melatih klien mengontrol halusinasi dengan cara melakukan kegiatan klien 1 (Tn. M) diberikan kegiatan menyanyi, sedangkan klien 2 (Tn. S) dilakukan kegiatan menggambar untuk mengontrol halusinasinya.

Implementasi tindakan keperawatan yang dilakukan pada klien 1 (Tn. M) dan klien 2 (Tn. S) dengan diagnosa keperawatan isolasi sosial dilakukan berdasarkan kondisi dan keluhan klien. Implementasi yang dilakukan pada hari pertama membantu klien mengenal penyebab isolasi sosial, membantu klien mengenal kerugian dan keuntungan berhubungan dengan orang lain, melatih klien cara berkenalan dan memasukkan kedalam jadwal kegiatan. Respon kedua klien dapat kooperatif menyebutkan penyebab isolasi dan mampu mempraktekkan cara berkenalan. Hari kedua mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien berinteraksi dengan orang lain secara bertahap (berkenalan dengan orang pertama : perawat), dan menganjurkan klien memasukkan berkenalan secara bertahap kedalam jadwal kegiatan klien. Respon klien 1 (Tn. M) mampu berkenalan dengan perawat R dan mengatakan senang bisa berkenalan dengan perawat R, Klien 2 (Tn. S) mampu berkenalan dengan Perawat P serta WBS lain Tn. M dan Tn. U dan mengatakan senang mempunyai teman baru. Hari ketiga mengevaluasi jadwal kegiatan klien, mengajarkan klien berinteraksi secara bertahap (berinteraksi dengan orang kedua : seorang teman/klien lain), menganjurkan klien memasukan berinteraksi secara bertahap kedalam jadwal

kegiatan klien. Respon kedua klien mampu melakukan cara berkenalan dengan WBS wisma kenari dan menunjukkan beberapa teman barunya.

Implementasi keperawatan pada klien 1 (Tn. M) dan Klien 2 (Tn. S) dengan diagnosa keperawatan harga diri rendah dilakukan sesuai dengan kondisi dan kebutuhan klien. Implementasi yang sudah dilakukan mengidentifikasi aspek positif dan kemampuan yang dimiliki, membantu klien menilai dan merencanakan kemampuan yang dapat dilaksanakan saat ini (memilih kegiatan dari daftar kegiatan untuk dilaksanakan), membantu klien memilih salah satu kegiatan yang dapat dilakukan saat ini dan untuk dilatih, serta menganjurkan klien memasukkan kedalam jadwal kegiatan. Respon kedua klien mampu menyebutkan aspek positif yang dimilikinya seperti membersihkan rumah dan memilih menyapu sebagai kegiatan pertama yang dilatih,. Hari kedua mengevaluasi kegiatan pertama pada klien 1 (Tn. M) menyapu ruangan, pada klien 2 (Tn. S) menyapu halaman yang telah dilakukan dan berikan pujian, mengevaluasi manfaat kegiatan pertama, membantu klien memilih kegiatan kedua yang akan dilatih, melatih kegiatan kedua (cara dan alat), menganjurkan klien memasukkan kedalam jadwal kegiatan. Klien 1 (Tn. M) memilih kegiatan kedua mencuci piring sedangkan Klien 2 (Tn. M) memilih kegiatan kedua mengepel ruanga. Kedua klien mampu menyebutkan cara serta alat yang digunakan untuk melakukan kegiatan kedua. Hari ketiga mengevaluasi kemampuan melakukan kegiatan pertama, dan kegiatan kedua yang telah dilatih dan berikan pujian, membantu klien memilih kegiatan ketiga yang akan dilatih, melatih kegiatan ketiga, dan menganjurkan klien memasukkan kegiatan yang

telah dilatih kedalam jadwal kegiatan. Klien 1 (Tn. M) mengatakan senang mengikuti kegiatan TAK dan telah mengikuti kegiatan rutin menyanyi di lapangan setiap pagi. Klien 2 (Tn. S) mengatakan senang telah melakukan kegiatan seperti dirumah dan melakukan kegiatan ketiga menggambar.

Implementasi keperawatan pada klien 2 (Tn. S) dengan diagnosa keperawaan resiko perilaku kekerasan dilakukan berdasarkan dengan kondisi dan kebutuhan klien. Implementasi yang sudah dilakukan dengan menggunakan pada hari pertama membatu klien mengenal penyebab, tanda dan gejala, serta akibat perilaku kekerasan, melatih klien melakukan latihan fisik, melatih mengontrol perilaku kekerasan dengan cara tarik nafas dalam, melatih klien melakukan latihan fisik memukul bantal dan kasur untuk mengontrol perilaku kekerasan serta menganjurkan kegiatan latihan fisik yang telah dilatih kedalam jadwal kegiatan. Respon klien 2 (Tn. S) mampu kooperatif menyebutkan penyebab marah dan mengikuti latihan fisik tarik nafas dalam dan memukul bantal dan kasur. Hari kedua mengevaluasi kegiatan latihan fisik yang telah dilatih, mengajarkan klien cara kedua mengontrol perilaku kekerasan dengan verbal yaitu meminta dan menolak dengan baik, serta menganjurkan klien memasukkan kegiatan yang telah diajarkan untuk dimasukan kedalam jadwal kegiatan klien. Setelah dilatih Klien 2 (Tn. S) mampu mempraktekkan menolak dan meminta dengan baik. Hari ketiga mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien, melatih mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual serta menganjurkan klien memasukan kedalam jadwal kegiatan harian klien. Klien 2

(Tn. S) mengatakan mau melakukan kegiatan spiritual seperti mengaji surat pendek Alfatihah dan berzikir.

Implementasi keperawatan pada klien 1 (Tn. M) dan klien 2 (Tn. S) dengan diagnosa defisit perawatan diri dilakukan sesuai kondisi dan kebutuhan klien. Implementasi yang sudah dilakukan pada kedua klien menggunakan strategi pelaksanaan. Hari pertama mengidentifikasi masalah perawatan diri: Kebersihan diri, berhias, makan/minum, BAB/BAK, menjelaskan pentingnya perawatan diri, cara cara dan alat melakukan perawatan diri, melatih klien mempraktikkan cara menjaga kebersihan diri : mandi, ganti pakaian, sikat gigi, cuci rambut dan potong kukus serta memotivasi dalam melakukan kebersihan diri. Hari kedua mengevaluasi kegiatan menjaga kebersihan diri, melatih cara berdandan dengan merapikan baju yang digunakan, menyisir rambut, memotivasi klien melakukan kebersihan diri. Hari ketiga mengevaluasi kebersihan diri klien, menjelaskan cara makan dan minum yang baik, melatih klien cara makan dan minum yang baik, serta masukan kedalam jadwal kegiatan harian. Hari keempat mengevaluasi kegiatan kebersihan diri, menjelaskan cara BAB dan BAK yang benar, melatih klien BAB dan BAK secara mandiri, memotivasi klien melakukan kegiatan kebersihan diri dan menganjurkan klien memasukan kedalam kegiatan harian. Kedua klien dapat merespon dengan baik dan kooperatif saat dilatih kegiatan seperti menjaga kebersihan diri, berdandan, makan dan minum dengan baik serta melatih klien BAB dan BAK secara mandiri dit toilet yang telah disediakan.

E. Evaluasi Keperawatan

1. Diagnosa Keperawatan : Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi pendengaran (SDKI, D. 0085)

Evaluasi pada klien 1 (Tn. M) setelah beberapa kali interaksi mulai dari tanggal 16 – 19 janurari 2023 dilakukan tindakan menggunakan strategi pelaksanaan (SP) 1 sampai dengan strategi pelaksanaan (SP) 4 respon subjektif klien mengatakan sudah jarang mendengar suara yang mengajaknya mengobrol respon klien hanya diam, klien mengatakan sudah melakukan cara mengontrol halusinasi dengan menghardik, latihan bercakap – cakap dan melakukan kegiatan menonton tv dan klien mengatakan mengetahui kerugian jika tidak minum obat. Data objektif klien tampak menjelaskan jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi dan respon dari halusinasinya, klien dapat melakukan menghardik, bercakap – cakap serta melakukan aktivitas terjadwal agar tidak terjadi halusinasi kembali.

Sedangkan klien 2 (Tn. S) dilakukan tindakan keperawatan mulai tanggal 21 – 25 januari 2023 respon subjektif klien mengatakan jarang mendengar suara yang mengajaknya pergi setelah beberapa hari dilakukan implementasi, klien mengatakan tidak mengetahui nama obat yang klien minum, klien mengatakan sudah melakukan cara mengontrol halusinasi dengan menghardik, dan bercakap – cakap dengan orang lain, dan melakukan kegiatan menggambar untuk mengontrol halusinasinya. Data objektif klien mampu menyebutkan apa yang dialaminya, klien dapat

melakukan cara menghardik dan bercakap – cakap serta melakukan kegiatan menggambar.

Rencana tindak lanjut evaluasi/validasi jadwal kegiatan harian klien, evaluasi perkembangan kegiatan dan motivasi klien untuk mengontrol halusinasi dengan cara yang telah diberikan.

Pada diagnosa gangguan perspsi sensori : halusinasi pendengaran penulis tidak memiliki hambatan karena kedua klien dapat kooperatif berlatih cara mengontrol halusinasi dengan baik, dan hanya perlu memotivasi klien untuk tetap konsisten melakukan latihan mengontrol halusinasi agar tidak terjadi lagi.

2. Diagnosa Keperawatan : Isolasi Sosial (SDKI, D. 0121)

Klien 1 (Tn. M) setelah beberapa kali interaksi mulai dari tanggal 16 – 18 janurari 2023 menunjukkan adanya masalah keperawatan isolasi sosial sehingga dilakukan tindakan menggunakan strategi pelaksanaan (SP) 1 sampai dengan strategi pelaksanaan (SP) 4 isolasi sosial respon subjektif klien mengatakan nama lengkap dan asal klien, klien mengatakan mau berbincang dengan perawatm klien mengatakan lebih nyaman sendiri setelah ditinggal ayah dan adik – adiknya, klien mengatakan keuntungan berkenalan dengan orang lain adalah punya banyak teman, klien mengatakan kerugian tidak berkenalan dengan orang lain adalah tidak punya teman dan selalu sendirian, setelah dilakukan strategi pelaksanaan klien mengatakan dapat berkenalan dengan perawat R dan pasien S dan pasien S, klien mengatakan mau berkenalan dengan WBS lain. Data

objektif klien mampu menyebutkan nama lengkap dan asal, klien tampak mulai ada kontak mata, klien mampu menyebutkan kerugian tidak berhubungan dengan orang lain, mampu mempraktikkan cara berkenalan, berkenalan dengan Perawat R, klien tampak mempunyai teman. Sedangkan pada klien 2 (Tn. S) respon subjektif, klien mengatakan awal masuk panti tidak mau bersosialisasi dengan orang lain, setelah dilakukan strategi pelaksanaan klien mengatakan sudah mempunyai teman, klien mengatakan sudah mengetahui cara berkenalan, klien mengatakan mau berbincang dengan perawat klien mengatakan dapat berkenalan dengan perawat P dan pasien A dan pasien U dan pasien M, klien mengatakan mau berkenalan dengan WBS lain. Data objektif klien mampu menyebutkan cara berkenalan mampu mempraktikkan cara berkenalan, berkenalan dengan Perawat P, klien tampak mempunyai teman.

Rencana tindak lanjut evaluasi/validasi jadwal kegiatan harian klien, evaluasi perkembangan kegiatan klien dan motivasi klien untuk memperluas hubungan sosial dengan berkenalan dengan orang lain.

3. Diagnosa Keperawatan : Harga Diri rendah (SDKI, D. 0086)

Evaluasi pada klien 1 (Tn. M) setelah beberapa kali interaksi mulai dari tanggal 16 – 19 janurari 2023 dilakukan tindakan menggunakan strategi pelaksanaan (SP) 1 sampai dengan strategi pelaksanaan (SP) 4 respon subjektif klien mengatakan sudah melakukan kegiatan pertama yaitu menyapu ruangan, klien mengatakan sudah melakukan kegiatan kedua yaitu mencuci piring, dan klien mengatakan kegiatan ketiga bernyanyi.

Data objektif klien saat dilakukan tindakan klien tampak antusias dalam melakukan kegiatan yang telah dipilih, klien mampu melakukan kegiatan menyapu ruangan, klien tampak menunjukkan cara mencuci piring, klien tampak bernyanyi bersama perawat.

Evaluasi pada klien 2 (Tn. S) setelah beberapa kali interaksi mulai dari tanggal 21 – 24 Januari 2023 dilakukan tindakan menggunakan strategi pelaksanaan (SP) 1 sampai dengan strategi pelaksanaan (SP) 4 respon subjektif klien mengatakan sudah melakukan kegiatan pertama yaitu menyapu halaman, klien mengatakan sudah melakukan kegiatan kedua yaitu mengepel ruangan, dan klien mengatakan kegiatan ketiga menggambar. Data objektif klien saat dilakukan tindakan klien tampak antusias dalam melakukan kegiatan yang telah dipilih, klien mampu menunjukkan sikap yang signifikan melakukan kegiatan menyapu halaman, klien tampak menunjukkan cara mengepel ruangan, klien tampak menggambar bersama perawat.

Rencana tindak lanjut evaluasi/validasi jadwal kegiatan harian klien, evaluasi perkembangan kegiatan klien dan motivasi klien untuk berpikir positif dengan melakukan kegiatan yang sudah dilatih.

Pada diagnosa harga diri rendah kedua klien dapat kooperatif berlatih melakukan kegiatan sesuai kegiatan yang telah dipilih namun masih perlu motivasi klien untuk tetap konsisten melakukan kegiatan positif sesuai dengan kemampuan yang sudah dilatih

4. Diagnosa Keperawatan : Resiko Perilaku Kekerasan (SDKI, D. 0146)

Klien 1 (Tn. M) tidak ada masalah dalam perilaku kekerasan yang ditunjukkan setelah dilakukan beberapa kali interaksi. Sedangkan pada klien 2 (Tn. S) setelah beberapa kali interaksi mulai dari tanggal 21 – 25 janurari 2023 menunjukkan adanya masalah keperawatan resiko perilaku kekerasan sehingga dilakukan tindakan menggunakan strategi pelaksanaan (SP) 1 sampai dengan strategi pelaksanaan (SP) 4 Resiko perilaku kekerasan respon subjektif klien kesal jika mendengar nada bicara tinggi, klien sudah melakukan latihan fisik 1 tarik nafas dalam latihan fisik 2 memukul bantal/ kasur, klien mengatakan sudah melakukan cara kedua meminta dan menolak dengan baik, klien mengatakan ingin mencoba cara ketiga dengan membaca surat pendek dan berdzikir. Data objektif klien menjelaskan akibat perilaku kekerasan, klien dapat mempraktekkan latihan fisik tarik nafas dalam, memukul bantal/ kasur saat kesal, klien mampu melakukan cara verbal (cara meminta dan menolak) dengan baik serta cara spiritual dengan membaca surat alfatihah dan berdzikir.

Rencana tindak lanjut evaluasi/validasi jadwal kegiatan harian klien, evaluasi perkembangan kegiatan klien dan motivasi klien untuk mengontrol perilaku kekerasan dengan cara yang telah dilatih.

Pada diagnosa resiko perilaku kekerasan klien dapat kooperatif berlatih melakukan kegiatan sesuai kegiatan yang telah diajarkan dan masih perlu motivasi klien untuk tetap konsisten melakukan kegiatan yang sudah dilatih.

5. Diagnosa Keperawatam : Defisit Perawatan Diri (SDKI, D. 0109)

Evaluasi pada klien 1 (Tn. M) setelah beberapa kali interaksi mulai dari tanggal 16 – 19 janurari 2023 dilakukan tindakan menggunakan strategi pelaksanaan (SP) 1 sampai dengan strategi pelaksanaan (SP) 4 respon subjektif klien mengatakan mengerti pentingnya kebersihan diri, klien mengatakan cara kebersihan diri (mandi, keramas, sikat gigi, dan potong kuku. Data objektif klien dapat menyebutkan alat dan cara mandi, klien dapat menyebutkan alat dan cara berhias pada laki – laki, klien dapat mempraktikan cara menyisir rambut dengan benar, klien dapat menyebutkan alat dan cara makan dengan benar, klien makan menggunakan piring dan sendok dengan tangan kanan, klien tampak makan dengan benar, klien dapat menyebutkan alat dan cara eliminasi yang benar.

Sedangkan klien 2 (Tn. S) dilakukan tindakan keperawatan mulai tanggal 21 – 25 januari 2023 respon subjektif klien mengatakan mengetahui pentingnya kebersihan diri, klien mengatakan akan melakukan kebersihan diri seperti mandi 2x sehari, menggosok gigi, klien mengatakan ingin memotong kuku karena sudah panjang. Data objektif dapat menyebutkan alat – alat kebersihan diri, klien mampu mempraktikan cara berhias seperti merapikan pakaian dan merapikan rambut, klien terlihat mencuci tangan sebelum dan sesudah makan, klien terlihat makan dengan baik, klien dapat menyebutkan alat dan cara eleminasi.

Rencana tindak lanjut evaluasi evaluasi/validasi jadwal kegiatan harian klien, evaluasi perkembangan kegiatan perawatan diri kliwn, motivasi klien untuk menjaga kebersihan diri.

Pada diagnosa defisit perawatan diri penulis tidak memiliki hambatan karena kedua klien dapat kooperatif dan dan memahami cara melakukan perawatan diri dengan baik.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan pembahasan yang sudah diuraikan pada BAB sebelumnya bahwa hasil asuhan keperawatan jiwa tentang “Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran Di Wisma Kenari Panti Sosial Bina Laras Harapan Sentosa 1 Tahun 2023”. Maka diperoleh kesimpulan sebagai berikut:

1. Faktor predisposisi yang dialami Klien 1 (Tn. M) dan Tn. S adalah faktor psikologis yang sangat berkaitan dimana hubungan interpersonal yang tidak harmonis. Pada klien 1 Tn. M saat perceraian kedua orang tuanya dan ayahnya pergi meninggalkan Tn. M membawa adiknya sehingga klien sangat sedih dan kehilangan yang sangat mendalam. Sedangkan Klien 2 Tn. S saat perceraian dengan istri dan memilih meninggalkan keluarganya, Tn. S merasa dirinya kurang mampu mencukupi kebutuhan keluarganya. Faktor presipitasi yang dialami klien 1 (Tn. M) stressor psikologis yaitu intensitas kecemasan yang ekstrem dan memanjang disertai terbatasnya kemampuan mengatasi masalah memungkinkan berkembangnya gangguan orientasi realitas. Pasien mengembangkan koping untuk menghindari kenyataan yang tidak menyenangkan dengan perceraian ibu dan ayahnya yang menyebabkan Tn. M mengalami kecemasan yang ekstrim setelah ditinggal oleh ayah dan adik – adiknya sehingga klien mengalami halusinasi. Sedangkan Klien 2 (Tn. S) dalam (Yusuf et al.,

2015) yaitu stressor sosial budaya dimana stres dan kecemasan akan meningkat bila terjadi penurunan stabilitas keluarga, perpisahan dengan orang yang penting, atau diasingkan dari kelompok dapat menimbulkan halusinasi. Dalam hal ini Tn. S merasakan kesedihan akibat perpisahan dengan istri dan anak – anaknya sebagai orang terpenting dihidupnya yaitu perceraian dengan istri dan berpisah dengan anak - anaknya.

2. Penulis menemukan 4 diagnosa keperawatan yang muncul saat pengkajian yaitu pada Klien 1 (Tn. M) yaitu gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran, isolasi sosial, harga diri rendah, dan defisit perawatan diri. Sedangkan pada klien 2 (Tn. S) yaitu Gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran, isolasi sosial, harga diri rendah, resiko perilaku kekerasan dan defisit perawatan diri. Terdapat kesenjangan antara teori dengan kasus, yaitu diagnosa yang muncul pada teori dengan masalah gangguan persepsi sensori : halusinasi terdapat 3 yaitu isolasi sosial, gangguan persepsi sensori halusinasi dan isolasi sosial.
3. Rencana keperawatan sesuai dengan konsep asuhan keperawatan diagnosa masing – masing klien.
4. Implementasi keperawatan yang dilakukan kepada kedua klien sesuai dengan strategi pelaksanaan yang telah disusun selama 3 hari yang dibuat berdasarkan diagnosa masing – masing klien.
5. Evaluasi pada klien 1 (Tn. M) dan klien 2 (Tn. S) dengan masalah gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran tujuan umum dan tujuan khusus tercapai namun masih perlu memotivasi klien untuk

mengontrol halusinasi agar tidak terjadi lagi, masalah keperawatan pada kedua klien dengan isolasi sosial tujuan umum dan tujuan khusus tercapai, masalah keperawatan harga diri rendah pada kedua klien tujuan umum dan tujuan khusus tercapai, pada klien 2 (Tn. S) masalah keperawatan resiko perilaku kekerasan tujuan umum dan tujuan khusus tercapai. Serta masalah defisit perawatan diri pada kedua klien tujuan umum dan tujuan khusus tercapai.

B. Saran

1. Bagi institusi

Diharapkan memberikan bimbingan yang lebih maksimal sebagai fasilitas mahasiswa dalam mengembangkan ilmu pengetahuan dan keterampilan, sehingga mahasiswa mendapat gambaran dan wawasan yang lebih baik dalam melakukan asuhan keperawatan jiwa.

2. Bagi Lahan Praktik

Lahan praktik perlu meningkatkan komunikasi terapeutik dalam melaksanakan strategi pelaksanaan 1 sampai 4 pada klien dengan masalah gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran sehingga dapat meningkatkan kualitas dan kuantitas dalam pemberian asuhan keperawatan. Salah satu cara guna mempercepat proses pemulihan klien dengan memfollow up yang telah diajarkan untuk mengontrol halusinasi begitu pula dengan masalah – masalah keperawatan yang lain.

3. Bagi Mahasiswa

Diharapkan dapat menambah ilmu pengetahuan dan mencari tahu tentang bagaimana menerapkan asuhan keperawatan jiwa pada klien dengan diagnosa keperawatan Gangguan persepsi sensori : Halusinasi Pendengaran sehingga dapat memberikan asuhan keperawatan jiwa dengan komunikasi terapeutik yang lebih baik pada pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdurkhan, R. N., & Maulana, M. A. (2022). Psikoreligius Terhadap Perubahan Persepsi Sensorik Pada Pasien Halusinasi Pendengaran Di Rsud Arjawinangun Kabupaten Cirebon. *Jurnal Education And Development*, 10(1), 251–253.
- Andri, J., Febriawati, H., Panzilion, P., Sari, S. N., & Utama, D. A. (2019). Implementasi Keperawatan Dengan Pengendalian Diri Klien Halusinasi Pada Pasien Skizofrenia. *Jurnal Kesmas Asclepius*, 1(2), 146–155. <https://doi.org/10.31539/Jka.V1i2.922>
- Ardhani, (Pembayun Wresti Woro. (2019). Dampak Kekerasan Orang Tua Terhadap Perilaku Sosial Anak. *Dampak Kekerasan Orang Tua Terhadap Perilaku Sosial Anak*, 5(8), 603–615.
- Danu, A. (2021). Literature Review Gambaran Asuhan Keperawatan Pada Pasien Gangguan Persepsi Sensori ; Halusinasi Pendengaran Dengan Menggunakan Terapi Kognitif Sehat Yaitu Kesatuan Antara Diupayakan Secara Maksimal Pada Kesalahpahaman Sesi Ii : Menyatakan Alasan Sesi Iv. *Sentani Nursing Journal*, 22, 32–45. <https://openknowledgemaps.org/Map/91bba05549e6fe08aba3d806edf0a1b4?Area=3&Paper=Df378810f081b09dc8100df368bde854ed8df97130af9028322051ed97c9f7a9>
- Devy, A. E. A. (2017). *Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Klien Skizofrenia Paranoid Dengan Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Penglihatan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya*. 1–14.
- Famela, F., Kusumawaty, I., Martini, S., & Yunike, Y. (2022). Implementasi Keperawatan Teknik Bercakap-Cakap Pada Pasien Halusinasi Pendengaran. *Jurnal 'Aisyiyah Medika*, 7(2), 205–214. <https://doi.org/10.36729/Jam.V7i2.869>
- Fitria, A. (2019). *Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Klien Halusinasi Pendengaran Terintegrasi Dengan Keluarga Di Wilayah Kerja Puskesmas Lempake Samarinda*. 8(5), 55.
- Lase, A. A. N., & Pardede, J. A. (2022). *Penerapan Terapi Generalis (Sp 1-4)*

Pada Penderita Skizofrenia Dengan Masalah Halusinasi Di Ruang Sibual-Buali : Studi Kasus. March, 1–38.

- Livana, Rihadini, Kandar, Suerni, T., Sujarwo, Maya, A., & Nugroho, A. (2020). Peningkatan Kemampuan Mengontrol Halusinasi Melalui Terapi Generalis Halusinasi. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Jiwa*, 2(1), 1–8.
- Maulana, I., S, S., Sriati, A., Sutini, T., Widianti, E., Rafiah, I., Hidayati, N. O., Hernawati, T., Yosep, I., H, H., Amira D.A, I., & Senjaya, S. (2019). Penyuluhan Kesehatan Jiwa Untuk Meningkatkan Pengetahuan Masyarakat Tentang Masalah Kesehatan Jiwa Di Lingkungan Sekitarnya. *Media Karya Kesehatan*, 2(2), 218–225. <https://doi.org/10.24198/Mkk.V2i2.22175>
- Ndaha, S. (2021). *Manajemen Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny J Dengan Masalah Defisit Perawatan Diri Di Kota Dumai - Riau. 2019, 1–32.* <http://dx.doi.org/10.31219/osf.io/zeyp9>
- Ppni. (2017). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia: Defisini Dan Indokator Diagnostik* (Edisi 1). Dpp Ppni.
- Putri, N. N., Lissa, N., Nainggolan, O., Vandea, S., & Saragih, M. (2021). Studi Kasus : Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pada Penderita Skizofrenia. *Jurnal* <https://journal.akpersawerigading.ac.id/index.php/lontara/article/view/31%0ahttps://journal.akpersawerigading.ac.id/index.php/lontara/article/download/31/23>
- Santri, T. W. (2019). Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Masalah Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran Pada Ny.S. *Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Masalah Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran Pada Ny.S*, 1–42.
- Sulahyuningsih, E. (2016). *Pengalaman Perawat Dalam Mengimplementasikan Strategi Pelaksanaan (Sp) Tindakan Keperawatan Pada Pasien Halusinasi Di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta. 1–17.*
- Tika Pratiwi Andani. (2018). *Hubungan Penerimaan Diri Dan Harga Diri Pada Remaja Dengan Orang Tua Bercerai.*
- Wijoyo, E. B., & Mutikasari. (2020). Asuhan Keperawatan Pada Klien Skizofrenia

- (Waham) Dalam Manajemen Pelayanan Rumah Sakit: Studi Kasus. *Jurnal Ilmiah Keperawatan Indonesia*, 4(1), 63–72.
[Http://Jurnal.Umt.Ac.Id/Index.Php/Jik/Article/Viewfile/2881/1897](http://Jurnal.Umt.Ac.Id/Index.Php/Jik/Article/Viewfile/2881/1897)
- Yunita Anggraini & Sukihananto. (2022). *Penggunaan Teknologi Telenursing Pada Klien Skizofrenia Dalam Pelayanan Keperawatan Jiwa : A Literature Review*.
- Yusuf, A.H, F., & R & Nihayati, H. . (2015). Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa. *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*, 1–366. <https://doi.org/10.978-XXX-XXX-XX-X>
- Yusuf, A. ., Fitriyasaki, R., & Endang Nihayati, H. (2015). Keperawatan Kesehatan Jiwa. *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*, 1–366.
- Zelika, A. A., & Dermawan, D. (2015). Kajian Asuhan Keperawatan Jiwa Halusinasi Pendengaran Pada Sdr . D Di Ruang Nakula Rsjd Surakarta. *Profesi*, 12(2), 8–15.

LAMPIRAN

Lampiran 1 Strategi Pelaksanaan

STRATEGI PELAKSANAAN I
HALUSINASI

Pertemuan : ke 1
 Hari / Tanggal : 16 Januari 2023 (Klien 1), 21 Januari 2023 (Klien 2)
 Ruangan : Wisma Kenari

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Klien

a. Klien 1 (Tn. M)

Subjektif:

- klien mengatakan mendengar bisikan yang mengajaknya mengobrol
- klien mengatakan bisikan itu muncul saat klien sendiri
- klien mengatakan mendengar bisikan tidak menentu
- klien mengatakan sudah mengetahui cara menghardik

Objektif:

- klien mampu menyebutkan apa yang dialaminya
- klien tampak berbicara sendiri
- klien dapat melakukan cara menghardik

b. Klien 2 (Tn. S)

Subjektif:

- klien mengatakan mendengar bisikan perempuan yang mengajaknya pergi
- klien mengatakan bisikan itu datang saat sedang sendiri
- klien mengatakan mendengar bisikan terakhir tadi pagi
- klien mengatakan akan melakukan cara menghardik saat halusinasinya datang

Objektif:

- klien mampu menyebutkan apa yang dialaminya
- klien tampak senyum – senyum sendiri
- klien dapat melakukan cara menghardik

2. Diagnosa Keperawatan

Gangguan sensori persepsi : halusinasi pendengaran

3. Tujuan

- a. Klien tampak mengenal halusinasi

b. Klien dapat menghardik halusinasi

4. Tindakan Keperawatan

- a. Mengidentifikasi jenis halusinasi
- b. Mengidentifikasi isi halusinasi pasien
- c. Mengidentifikasi waktu halusinasi pasien
- d. Mengidentifikasi frekuensi halusinasi pasien
- e. Mengidentifikasi situasi yang menimbulkan halusinasi
- f. Mengidentifikasi respon pasien terhadap halusinasi
- g. Mengajarkan pasien menghardik halusinasi
- h. Mengajarkan pasien memasukkan cara menghardik halusinasi dalam jadwal kegiatan harian

B. Strategi Pelaksanaan Halusinasi

1. Orientasi

a. Salam Terapeutik

”Selamat pagi pak, Saya perawat yang akan merawat bapak. Perkenalkan nama saya Nurhasanah Sukarno, biasa di panggil Nur, saya dari Stikes medistra indonesia saya mulai praktik disini dari pukul 07.00 – 12.00. Kalau boleh tahu namanya siapa? Senang dipanggil apa?”

b. Evaluasi Validasi

“Bagaimana perasaan Bapak hari ini? Ada keluhan yang Bapak rasakan hari ini? Bagaimana tidurnya semalam? Masih mendengar suara suara bisikan tidak hari ini.?”

c. Kontrak

Topik : “Baiklah. Bagaimana kalau kita bercakap-cakap tentang suara suara yang mengganggu Bapak tersebut?”

Waktu : “Berapa lama? Bagaimana kalau 20 menit. Baiklah, bagaimana kalau sekarang kita berbincang-bincang mengenai jenis halusinasi, respon terhadap halusinasi, dan kita akan belajar menghardik halusinasi, dan kita masukkan ke dalam jadwal kegiatan sehari-hari pasien.

Tempat : “Dimana kita bisa bercakap-cakap ? Disini, di depan ?”

2. Fase Kerja

“Sudah berapa lama Bapak disini? Dengan siapa Bapak kesini? Memangnyanya ada kejadian apa dirumah sampai Bapak dibawa kesini? Oh begitu, kalau boleh saya tahu memangnya suara apa yang Bapak dengar ? Apa yang Bapak rasakan saat Bapak mendengar suara itu? Lalu apakah suara – suara itu terus menerus terdengar? Biasanya kapan Bapak mendengar suara itu? Berapa kali sehari ? suara itu muncul pada saat Bapak sedang apa? Lalu apa yang Bapak lakukan saat mendengar suara itu pak? saya punya beberapa cara untuk mencegah suara - suara itu muncul. Pertama, dengan menghardik suara tersebut. Kedua dengan minum obat yang teratur. Ketiga dengan bercakap-cakap dengan orang lain. Dan yang keempat melakukan aktivitas yang sudah terjadwal. Bagaimana kalau kita belajar cara yang pertama dulu, yaitu dengan menghardik. Mau tidak pak? Baiklah, Caranya begini : saat suara itu muncul, Bapak tutup telinga Bapak lalu langsung bilang ,”Pergi...!! Pergi...!! Saya tidak mau dengar ! Kamu suara palsu.” Begitu di ulang-ulang terus sampai suara itu tidak terdengar lagi. Mengerti pak? Coba Bapak peragakan. Nah begitu, bagus. Coba lagi. Ya bagus, Bapak sudah bisa.”

3. Fase Terminasi

a. Evaluasi subyektif

“Bagaimana perasaan Bapak setelah latihan menghardik tadi?”

b. Evaluasi obyektif

“Kalau suara itu muncul lagi, coba latihan yang tadi di terapkan. Coba Bapak jelaskan jenis halusinasi, isi halusinasi, waktu berhalusinasi, frekuensi, situasi yang menimbulkan halusinasi, respon cara menghardik halusinasi, Apakah Bapak masih ingat?”

4. Rencana Tindak Lanjut

“Jika hal tersebut (mendengar,melihat,mencium,merasa,mengecap) itu muncul? tolong Bapak praktekan cara yang sudah saya ajarkan, dan masukkan dalam jadwal harian Bapak.”

5. Kontrak

Topik : “Baiklah pak nanti kita akan bercakap-cakap lagi, kita akan diskusikan dan latihan mengontrol halusinasi dengan cara minum obat teratur.”

Waktu : “Mau jam berapa pak? Ya baiklah jam 10.00 saja.”

Tempat : “Tempatnya disini saja lagi ya pak. Sampai ketemu nanti pak. Selamat pagi”

STRATEGI PELAKSANAAN II

HALUSINASI

(Minum Obat Secara Teratur)

Pertemuan : ke 4
Hari / Tanggal : 19 Januari 2023 (Klien 1), 25 Januari 2023 (Klien 2)
Ruangan : Wisma Kenari

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Klien

a. Klien 1

Subjektif:

- Klien mengatakan jarang mendengar suara yang mengajaknya mengobrol
- Klien mengatakan sudah melakukan cara mengontrol halusinasi dengan menghardik, bercakap cakap, dan melakukan kegiatan menonton tv
- Klien mengatakan sudah mengetahui obat yang dikonsumsinya
- Klien mengatakan mampu mengatakan kerugian jika tidak minum obat

Objektif:

- Klien tampak tenang
- Klien mampu menyebutkan nama obat yang dikonsumsinya
- Klien mengetahui mantaaf minum obat dan kerugian jika tidak minum obat

b. Klien 2

Subjektif:

- Klien mengatakan jarang mendengar suara yang mengajaknya pergi
- Klien mengatakan tidak mengetahui nama obat yang klien minum
- Klien mengatakan sudah melakukan cara mengontrol halusinasi menghardik dan bercakap – cakap dengan orang lain

Objektif:

- Klien masih mengingat cara mengontrol halusinasi
- Klien tampak berbicara dan tertawa sendiri

2. Diagnosa keperawatan

Gangguan sensori persepsi : halusinasi pendengaran

3. Tujuan

- a. Klien dapat membina hubungan saling percaya
- b. Klien dapat mengenal halusinasinya
- c. Klien dapat dukungan dari keluarga dalam mengontrol halusinasinya
- d. Klien dapat mengontrol halusinasinya
- e. Klien dapat memanfaatkan obat dengan baik

4. Tindakan Keperawatan

- a. Melatih pasien menggunakan obat secara teratur
- b. Jelaskan pentingnya menggunakan obat secara teratur
- c. Jelaskan akibat bila obat tidak digunakan sesuai program
- d. Jelaskan bila putus obat
- e. Jelaskan cara mendapatkan obat
- f. Jelaskan cara menggunakan obat dengan prinsip 5 benar (benar obat, benar pasien, benar cara, benar dosis, benar waktu)

B. Strategi Komunikasi

1. Fase Orientasi

a. Salam Teraupeutik

“Selamat pagi Bapak. Bertemu lagi dengan saya suster nurhasanah, Sesuai dengan janji saya kemarin, saya datang lagi bertemu dengan bapak ini.”

b. Evaluasi / Validasi

“Bagaimana perasaan bapa hari ini? Apa bapak masih ingat cara nya menghardik yang sudah saya latih kemarin, cara untuk mengontrol suara – suara? Apakah cara tersebut sudah dimasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian bapak?”

c. Kontrak

Topik : hari ini kita akan mendiskusikan tentang obat - obatan yang bapak minum dan kita akan memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian bapak,?

Waktu : Mau berapa lama kita bercakap-cakap? Bagaimana kalau 10 menit.?

Tempat : Bapak mau nya dimana untuk kira ngobrol? Ya baiklah disini saja.

Tujuan : Dari diskusi ini agar bapak minum obat dengan prinsip 5 benar /agar Bapak mematuhi cara minum obat.

2. Fase Kerja

“Bapak adakah perbedaan setelah minum obat secara teratur? Apakah suaranya masih terdengar atau sudah hilang? Begini pak, obat ini berguna untuk mengurangi atau menghilangkan suara - suara yang selama ini Bapak dengar. Berapa macam yang Bapak minum? (*perawat menyiapkan obat pasien*). Ini yang berwarna orange (CPZ) diminum 3 kali sehari ya, jam 7 pagi, jam 1 siang dan 7 malam yaa gunanya untuk menghilangkan suara yang Bapak dengar. (*Pasien mengangguk-ngangguk*). Ini yang putih (THP) diminum 3 kali sehari juga, gunanya agar bapak rileks dan tidak kaku. Kalau suaranya sudah hilang, minum obatnya tidak boleh dihentikan yaa, harus diminum sampai benar-benar habis, biar suara – suara nya tidak muncul lagi. Kalau obatnya habis bisa minta ke petugas lagi. Bisa juga dikonsultasikan kalau berhenti minum obat, apa akibatnya pada Bapak. Begitu yaa.. Pastikan juga kalau obat yang diminum benar punya Bapak, jangan sampai keliru dengan orang lain. Bapak juga harus banyak minum air yaa..”

3. Fase Terminasi

a. Evaluasi Subjektif :

“Bagaimana perasaan Bapak setelah berbincang-bincang tentang obat tadi”

b. Evaluasi Objektif

“Sudah berapa cara yang kita latih untuk mencegah suara itu muncul? Coba Bapak sebutkan kembali?” iyaa bagus...

4. Rencana Tindak Lanjut

“Nanti Bapak jangan lupa minum obat agar suara – suara itu tidak muncul lagi, kemudian Bapak bisa memasukkannya ke dalam jadwal kegiatan harian Bapak.”

5. Kontrak

Topik : Baiklah pak pertemuan kita cukup sampai disini, besok saya datang lagi untuk memastikan Bapak masih mendengar suara suara bisikan atau tidak kita akan berdiskusi tentang latihan mengendalikan halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain.”

Waktu : “Mau jam berapa Bapak? Ya sudah baiklah jam 10.00 saja.”

Tempat : “Tempatnya disini saja lagi ya pak. Sampai ketemu nanti pak. Selamat pagi”.

STRATEGI PELAKSANAAN III
HALUSINASI
 (Bercakap – Cakap Dengan Orang lain)

Pertemuan : ke 2
 Hari / Tanggal : 17 Januari 2023 (Klien 1), 23 Januari 2023 (Klien 2)
 Ruangan : Wisma Kenari

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Klien

a. klien 1

Subjektif:

- klien mengatakan senang melakukan kegiatan bercakap – cakap saat halusinasi datang
- klien mengatakan sudah jarang mendengar bisikan
- klien mengatakan mendengar bisikan malam tadi
- klien mengatakan sudah melakukan cara menghardik saat halusinasinya datang
- klien mengatakan akan melakukan cara kedua bercakap – cakap saat halusinasinya datang

Objektif:

- klien tampak berbicara sendiri
- klien dapat melakukan cara menghardik
- klien dapat melakukan cara kedua bercakap – cakap saat halusinasinya datang

b. Klien 2

Subjektif:

- Klien mengatakan senang telah mengikuti TAK
- Klien mengatakan senang melakukan kegiatan bercakap – cakap saat halusinasi datang
- klien mengatakan jarang mendengar bisikan
- klien mengatakan sudah melakukan cara menghardik saat halusinasinya datang
- klien mengatakan akan melakukan cara kedua bercakap – cakap saat halusinasinya datang

Objektif:

- klien tampak senyum – senyum sendiri

- klien dapat melakukan cara menghardik
 - klien dapat melakukan cara kedua bercakap – cakap saat halusinasinya datang
2. Diagnosa keperawatan:
Gangguan sensori persepsi: Halusinasi pendengaran
 3. Tujuan
 - a. Mengevaluasi jadwal harian pasien
 - b. Melatih pasien mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain.
 - c. Menganjurkan pasien memasukkan ke dalam kegiatan harian.
 4. Tindakan keperawatan
 - a. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien.
 - b. Melatih pasien mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain.
 - c. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.

B. Strategi Pelaksanaan Halusinasi

1. Orientasi
 - a. Salam Terapeutik
“Selamat pagi pak? Bertemu lagi dengan saya suster nurhasanah”.
 - b. Evaluasi/validasi
“bagaimana perasaan bapak hari ini? Apakah bapak masih mendengar suara – suara?”
 - c. Kontrak
Topik : “seperti janji saya kemarin, hari ini kita akan berdiskusi tentang bagaimana cara mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain dan kita masuk dalam jadwal kegiatan”.
Waktu : “bagaimana kalau waktunya 15 menit? baiklah”
Tempat : “Tempatnya disini saja ya pak?”
2. Fase Kerja
“Sekarang Bapak kita akan belajar cara kedua untuk mencegah halusinasi yang lain dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain jadi kalau Bapak mulai mendengar suara - suara langsung saja cari teman untuk ngobrol

dengan Bapak. Contohnya begini pak : “tolong saya mulai mendengar suara itu !” Atau kalau ada teman sekamar dengan Bapak, Bapak katakan : “ayo ngobrol dengan saya, saya mendengar suara itu”, coba Bapak lakukan seperti saya tadi lakukan . Ya begitu bagus! Nah, sekarang kita masukan ke dalam jadwal harian Bapak ya?”

3. Fase terminasi

a. Evaluasi Subyektif :

“Bagaimana perasaan bapak setelah latihan ini?”.

b. Evaluasi obyektif :

“Jadi sudah ada berapa cara yang Bapak pelajari untuk mencegah suara – suara itu muncul ? ya bagus sekali”.

4. Rencana tindak lanjut

“Nah, kalau halusinasi itu datang lagi Bapak bisa coba kedua cara itu ya bu!”

5. Kontrak

Topik : “Baiklah pak, besok saya akan datang lagi kita akan bahas cara mengendalikan halusinasi dengan melakukan kegiatan atau aktivitas terjadwal”

Waktu : “Mau jam berapa kita ketemu pak? Ya baiklah jam 09.00 saja”.

Tempat : “Tempatnya mau dimana pak? Di sini saja pak? Ya baiklah sampai ketemu besok lagi ya pak!”.

STRATEGI PELAKSANAAN IV

HALUSINASI

(Aktivitas Terjadwal)

Pertemuan : ke 3
 Hari / Tanggal : 18 Januari 2023 (Klien 1), 24 Januari 2023 (Klien 2)
 Ruangan : Wisma Kenari

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Klien

a. Klien 1

Subjektif:

- Klien mengatakan sudah jarang mendengar suara yang mengajaknya mengobrol
- Klien mengatakan senang telah mengikuti TAK
- Klien mengatakan sudah mengikuti kegiatan menyanyi bersama dan keliling lapangan tadi pagi

Objektif:

- Klien tampak senang
- Klien melakukan aktivitas harian secara mandiri

b. Klien 2

Subjektif:

- Klien mengatakan masih mendengar suara perempuan yang mengajaknya pergi
- Klien mengatakan suara datang saat klien tidak melakukan aktivitas
- klien mengatakan sudah melakukan cara mengontrol halusinasi menghardik dan bercakap – cakap dengan orang lain
- klien mengatakan senang melakukan aktivitas menggambar

Objektif:

- klien tampak lebih tenang
- klien tampak mengikuti kegiatan yang diberikan menggambar
- klien dapat mengingat cara mengontrol halusinasi menghardik dan bercakap – cakap

2. Diagnosa Keperawatan

Gangguan sensori persepsi : Halusinasi pendengarann

3. Tujuan

- a. Klien dapat membina hubungan saling percaya
 - b. Klien dapat mengenal halusinasinya
 - c. Klien dapat mengontrol halusinasinya
 - d. Klien dapat dukungan dari keluarga dalam mengontrol halusinasinya
 - e. Klien dapat memanfaatkan obat dengan baik
4. Tindakan Keperawatan
- a. Melatih tindakan pasien beraktifitas secara terjadwal
 - b. Menjelaskan aktifitas yang teratur untuk mengatasi halusinasinya
 - c. Mendiskusikan aktifitas yang biasa dilakukan oleh pasien
 - d. Melatih pasien melakukan aktifitas.
 - e. Menyusun jadwal aktifitas sehari-hari sesuai dengan aktifitas yang telah dilatih
 - f. Memantau pelaksanaan jadwal : memberikan kegiatan terhadap perilaku pasien yang positif

B. Strategi Komunikasi

1. Fase Orientasi

a. Salam Terapeutik

“Selamat pagi pak, kita bertemu lagi ya saya suster nurhasanah”.

b. Evaluasi / Validasi

“Bagaimana perasaan bapak hari ini? Apakah suara/bisikan itu masih muncul lagi? Apakah sudah dipakai 2 cara yang telah kita latih kemarin? Bagaimana hasilnya?”

c. Kontrak

Topik : Sesuai janji saya kemarin, hari ini kita akan berdiskusi tentang cara mengendalikan halusinasi dengan melakukan kegiatan dan kita masukan kedalam kegiatan harian.

Waktu : mau berapa lama kita berbincang-bincang? Apa 15 menit cukup?

Tempat : Tempatnya mau dimana pak? Baiklah disini saja.

Tujuan : agar bapak dapat mengontrol halusinasi dengan cara melakukan kegiatan.

2. Fase Kerja

“Kegiatan apa saja yang masih Bapak bisa lakukan? Pagi-pagi apa kegiatan Bapak? Terus jam berikutnya apa kegiatannya Bapak? Banyak sekali kegiatan Bapak setiap harinya. Mari kita latih 2 kegiatan hari ini. Bagus sekali Bapak bisa melakukannya. Kegiatan ini dapat Bapak lakukan untuk mencegah suara tersebut muncul. Kegiatan yang lain akan kita latih agar dari pagi sampai sore Bapak ada kegiatan. Bapak, bagaimana kalau kegiatan yang tadi kita latih dimasukkan kedalam jadwal kegiatan harian pak?”

3. Fase Terminasi

a. Evaluasi Subyektif

“Bagaimana perasaan Bapak setelah kita latihan tadi?”

b. Evaluasi Obyektif

“Coba Bapak sebutkan kembali 3 cara yang telah saya latih apabila halusinasi itu datang? Ya bagus sekali.”

4. Rencana Tindak Lanjut




“Nanti Bapak lakukan latihan secara mandiri sesuai jadwal yang kita buat agar suara itu tidak muncul lagi.”




5. Kontrak




Topik : Baiklah pak pertemuan kita cukup sampai disini, besok saya datang lagi untuk memastikan Bapak masih mendengar suara suara itu atau tidak kita akan berdiskusi tentang jadwal kegiatan harian Bapak.

Lampiran 2

KEGIATAN BIMBINGAN KARYA ILMIAH AKHIR NERS

TANGGAL BIMBINGAN	KEGIATAN	PARAF PEMBIMBING	KETERANGAN
Sabtu, 23 Januari 2023	Persiapan KIAN		<ul style="list-style-type: none"> • Mempersiapkan format pengkajian kian • Diskusi mengenai pasien KIAN dan Diagnosa masing masing
Sabtu, 28 Januari 2023	Pengajuan judul KIAN		ACC judul KIAN
Senin, 30 Januari 2023	Konsul BAB I – BAB III		Revisi: BAB I: <ul style="list-style-type: none"> • Perbaiki penulisan dan pemilihan bahasa • Cari referensi dan data terbaru untuk jumlah WBS di panti BAB II: <ul style="list-style-type: none"> • Perhatikan penulisan sumber • Perhatikan pemilihan sumber teori • Dalam teori asuhan keperawatan masukan faktor predisposisi, faktor presifitasi, sumber koping, mekanisme koping, masalah keperawatan, pohon masalah, diagnosa keperawatan dan intervensi keperawatan BAB III <ul style="list-style-type: none"> • Lengkapi pengkajian pasien • Tentukan masalah keperawatan berdasarkan data yang ada baik resiko maupun actual

			<ul style="list-style-type: none"> • Data untuk mengangkat masalah keperawatan belum kuat • Data fokus langsung dikelompokkan untuk meneggakan masalah keperawatan
Sabtu, 4 Februari 2023	Konsul BAB I – BAB V		<p>ACC BAB I dan BAB II</p> <p>Revisi:</p> <p>BAB III:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pada analisa data, terdapat data yang tidak muncul di pengkajian • Perbaiki pohon masalah pada kedua pasien
Selasa, 7 Februari 2023	Konsul BAB III – BAB V		ACC Sidang
Jumat, 15 Juni 2023	Konsul Post Sidang BAB I – BAB V		<p>Revisi:</p> <p>BAB I:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perbaiki kesalahan penulisan <p>BAB III:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Masukan masalah keperawatan ke tabel analisa data • Perbaiki pohon masalah sesuai masalah keperawatan yang diangkat <p>BAB IV:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan apakah ada perbedaan signifikan pada intervensi dan implementasi yang diberikan pada masing masing pasien <p>BAB V</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pada kesimpulan masukan faktor predisposisi dan faktor presipitasi masing masing pasien dan diagnosa ada saja yang

			diangkat <ul style="list-style-type: none"> • Pada bagian saran tambahkan saran bagi lahan praktik
Jumat, 16 Juni 2023	Konsul Post Sidang BAB I – BAB V		ACC HC Penguji I
Selasa, 18 Juli 2023	Konsul post sidang BAB I – BAB V		Revisi: BAB I <ul style="list-style-type: none"> • Perbaiki penulisan pada tinjauan teori BAB III <ul style="list-style-type: none"> • Perbaiki pasien 2 tambahkan masalah keperawatan Harga Diri Rendah pada pohon masalah, diagnosa dan pembahasan • Perhatikan penulisan daftar pustaka
Jumat, 28 Juli 2023	Konsul post sidang BAB I – BAB V		ACC HC Penguji II

Mengetahui,

Kepala Program Studi Ilmu Keperawatan (S1)
Dan Pendidikan Profesi Ners



Kiki Deniati, S. Kep., Ns., M.Kep

NIDN. 0316028302

Lampiran 3

DOKUMENTASI SIDANG KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Lampiran 4

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Nurhasanah Sukarno

Usia : 23 Tahun

Tempat/Tanggal Lahir : Karawang, 17 Februari 2000

Status : Mahasiswa

Alaman : Krajan III, RT/RW 001/003, Desa Tegalsawah,
Kec. Karawang Timur, Kab. Karawang.

Riwayat Pendidikan :

2004-2006 : TK Al - Amin

2006-2012 : SDN Tegalsawah 1

2012-2015 : SMPN 1 Karawang Timur

2015-2018 : SMAN 2 Karawang

2018-2022 : STIKes Medistra Indonesia (S1 Keperawatan)

2022-2023 : STIKes Medistra Indonesia (Profesi Ners)

E-mail : Nurhasanahs1702@gmail.com