

BAB III

LAPORAN STUDI KASUS

A. Pengkajian

1. Identitas klien

Inisial : Ny.U
Jenis kelamin : Perempuan
Umur : 57 tahun
Informan : Keluarga
Tanggal pengkajian : 18 Maret 2019

2. Keluhan utama

Klien mengatakan masih mendengar suara-suara bisikan yang muncul pada saat klien melamun atau menyendiri, suara-suara seperti orang mengobrol, klien merasa terganggu dengan suara tersebut. Suara itu muncul pada pagi, siang dan malam hari, tetapi yang paling sering terjadi pada saat malam hari karena klien sering melamun dan menyendiri. Klien juga mengatakan bahwa jarang berinteraksi dan berkomunikasi dengan teman-temannya karena klien merasa teman-temannya berbeda jauh usia dan malas untuk berbicara dengan orang lain.

Masalah keperawatan:

- a. Gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran
- b. Risiko perilaku kekerasan

3. Faktor predisposisi

- a. Klien pernah mengalami gangguan jiwa sekitar 2 tahun yang lalu tepatnya tahun 2017 klien dirawat di Rumah Sakit Jiwa Daerah Lampung dengan masalah gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran.
- b. Klien mengatakan sudah menjalani pengobatan dan rutin minum obat sesuai dengan anjuran dokter, klien juga mengatakan jika tidak mengkonsumsi obat akan kambuh.
- c. Klien juga mengatakan tidak pernah mengalami penganiayaan
- d. Klien mengatakan tidak pernah mengalami tindakan kriminal
- e. Klien mengatakan bahwa anggota keluarga tidak ada yang mengalami gangguan jiwa seperti klien.
- f. Klien mengatakan tidak ada pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan.

4. Pemeriksaan fisik

a. Tanda-tanda vital

Tekanan darah : 120/80 mmHg

Nadi : 80 x/menit

Suhu : 37°C

Pernafasan : 20 x/menit

b. Ukuran

Tinggi badan : 165 cm

Berat badan : 60 kg

5. Keluhan fisik

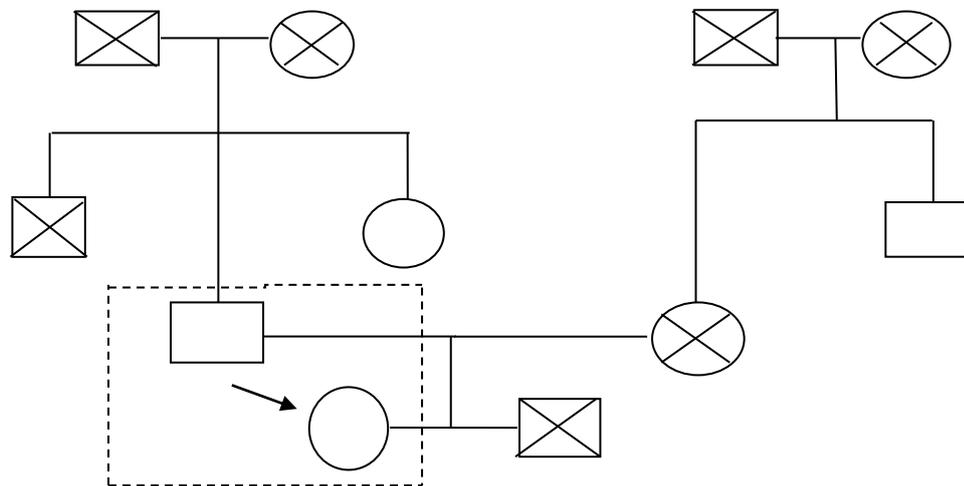
Klien mengatakan tidak memiliki keluhan kesehatan

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

6. Psikososial

Gambar 1.3

**Genogram Keluarga Ny.U dengan Gangguan Sensori Persepsi:
Halusinasi**



Keterangan:

-  : Laki- laki
-  : Perempuan
-  : Keturunan
-  : Menikah
-  : Tinggal serumah
-  : Klien
-  : Meninggal

7. Konsep diri

a. Gambaran diri

Klien mengatakan menyukai seluruh bagian tubuhnya, karena menurut klien ciptaan Allah harus disyukuri.

b. Identitas diri

Klien mampu menyebutkan identitasnya dengan baik seperti nama, alamat rumah dan tanggal lahir.

c. Peran

Klien mengatakan klien adalah sebagai ibu mempunyai satu orang anak, dan klien tidak bekerja hanya ibu rumah tangga

d. Aktualisasi diri

Klien mengatakan ingin sembuh dari penyakitnya saat ini dan ingin pulang bertemu dengan keluarganya

e. Harga diri

Klien mengatakan merasa malu dan tidak percaya diri untuk bergabung dengan lingkungan sekitarnya, apabila klien diajak bicara klien mengalihkan perhatiannya dengan melihat ke arah pintu, klien hanya diam.

Masalah keperawatan: harga diri rendah

8. Hubungan sosial

a. Menurut klien, orang yang paling berarti baginya adalah ayahnya yang senantiasa menemani dan merawatnya.

b. Peran serta dalam kelompok/masyarakat

Saat pengkajian klien mengatakan tidak mengikuti kegiatan apapun.

c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain

Klien mengatakan malas berkomunikasi dan berinteraksi dengan teman-temannya karena berbeda usia, klien hanya menyendiri.

Masalah keperawatan: isolasi sosial.

9. Spiritual

a. Nilai dan keyakinan

Klien mengatakan beragama Islam, dan pengobatan klien selama ini menurutnya tidak bertentangan dengan keyakinannya.

b. Kegiatan ibadah

Klien mengatakan bahwa rajin beribadah dan melakukan sholat 5 waktu dan klien melakukan ibadah puasa.

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan.

10. Status mental

a. Penampilan

Klien berpenampilan rapi, rambut rapi diikat, pakaiannya bersih dan klien mandiri dalam berpenampilan serta mandi 2x sehari.

Masalah keperawatan: tidak ada masalah keperawatan

b. Pembicaraan

Saat melakukan pengkajian klien lambat untuk merespon apa yang perawat tanyakan tetapi klien dapat menjawab setiap pertanyaan sesuai dengan apa yang ditanyakan. Kontak mata baik terkadang klien menatap pada satu arah.

c. Aktifitas motorik

Klien tampak lesu, malas melakukan kegiatan hanya tidur saja dan klien hanya berinteraksi seperlunya

Masalah keperawatan: perubahan sensori persepsi: halusinasi pendengaran.

d. Alam perasaan

Klien mengatakan terkadang sedih karena kondisinya sekarang

e. Afek

Pada saat pengkajian ketika perawat sedang berbicara muka klien tampak datar dan tidak bersemangat dan klien mengatakan tidak suka ditanya-tanya.

f. Interaksi selama wawancara

Pada saat interaksi klien hanya berbicara seperlunya saja, kontak mata kurang dan klien tidak kooperatif selama berinteraksi dengan perawat, tampak acuh dengan jawaban singkat.

Masalah keperawatan: perubahan sensori persepsi: halusinasi pendengaran.

g. Persepsi halusinasi

Klien mengatakan sering mendengar bisikan-bisikan yang mengganggunya sering terjadi pada malam hari, durasinya kurang lebih beberapa menit sampai klien tertidur. Klien mengaku tidak takut dan hanya diam saja saat suara itu datang. Klien mengatakan suara itu datang lalu pergi sendiri.

Masalah keperawatan: perubahan sensori persepsi: halusinasi pendengaran

h. Proses pikir

Selama interaksi dengan klien, seperti ada yang dipikirkan sehingga melakukan komunikasi terkadang terdiam sesaat, lalu pembicaraan dilanjutkan kembali. Dan proses pikir klien sampai pada tujuan pembicaraan dengan bahasanya yang singkat menjawab perawat namun klien masih mau menceritakan masalahnya.

i. Isi pikir

Pada saat pengkajian klien tidak mengalami obsesi, *fobia*, *hipokondria*, *dipersonalisasi*, dan pikiran *magis*

j. Tingkat kesadaran

Pada saat pengkajian klien ingat tanggal, bulan, tahun dan alamat rumah.

k. Memori

1). Daya ingat jangka panjang: baik (klien mampu menceritakan kejadian-kejadian masa lalu)

2). Daya ingat jangka pendek: baik (klien mampu menyebutkan anggota keluarga dan tempat tinggalnya)

3). Daya ingat segera: baik (klien mampu mengingat hari dan tanggal)

l. Tingkat konsentrasi dan berhitung

Tingkat berhitung klien sangat baik, dapat menjawab pertanyaan hitungan sederhana: mengatakan jika 3 ditambah 4 hasilnya 7, jika 5 dikurang 2 klien menjawab 3.

m. Kemampuan penilaian

Klien mengambil keputusan yang sederhana dengan bantuan orang lain.

n. Daya titik diri

Klien mengingkari penyakit yang dideritanya.

11. Mekanisme koping

a. Adaptif: klien mengatakan jika mendengar suara-suara klien minum obat, tidur dan tidak menghiraukannya.

b. Maladaptif: klien mengatakan jika mendengar suara-suara, klien berteriak-teriak atau menghindar.

Masalah keperawatan: perubahan sensori persepsi: halusinasi pendengaran.

12. Masalah psikososial dan lingkungan

a. Masalah berhubungan dengan lingkungan spesifik

Klien merasa lebih nyaman berada di rumah dibandingkan di RSJ

b. Masalah berhubungan dengan pendidikan

Klien mengatakan tidak ada masalah yang berhubungan dengan pendidikannya.

c. Masalah berhubungan dengan pekerjaan

Klien mengatakan kegiatannya sehari-hari yaitu hanya di rumah saja membantu ayahnya dalam pekerjaan rumah.

d. Masalah berhubungan dengan pelayanan kesehatan

Klien merasa tidak betah di RSJ, dan klien ingin pulang bersama keluarga.

e. Kurang pengetahuan

Klien mengetahui tentang apa yang terjadi pada dirinya saat ini, mengenal halusinasi, tetapi klien belum dapat mengendalikan halusinasinya dengan benar.

Masalah Keperawatan: tidak ada masalah keperawatan.

13. Aspek medis

Diagnosa medis: *skizofrenia*

Terapi medik

Chlorpromazine : 2 x 100 mg /hari

Haloperidol : 2 x 1,5 mg /hari

Trihexyphenidil : 2 x 5 mg /hari

B. Analisa Data

Tabel 1.3
Analisa Data pada Ny.U
Dengan Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Pendengaran

Data	Masalah
<p>Data subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan suara seperti bisikan-bisikan seperti orang ngobrol 2. Klien mengatakan tidak takut mendengar suara palsu atau tidak nyata tersebut. <p>Data objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak berbicara sendiri 2. Klien tampak senyum-senyum sendiri 	Halusinasi pendengaran.
<p>Data subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan ia sering marah-marah ketika mendengar suara-suara yang mengganggu 2. Klien mengatakan belum bisa mengontrol marah <p>Data objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak bingung, emosi labil 2. Klien tampak gelisah 	Risiko perilaku kekerasan.
<p>Data subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan tidak ingin berinteraksi dengan teman-temannya <p>Data objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak menyendiri 2. Kontak mata klien dengan perawat kurang. 	Isolasi sosial.

Pohon masalah

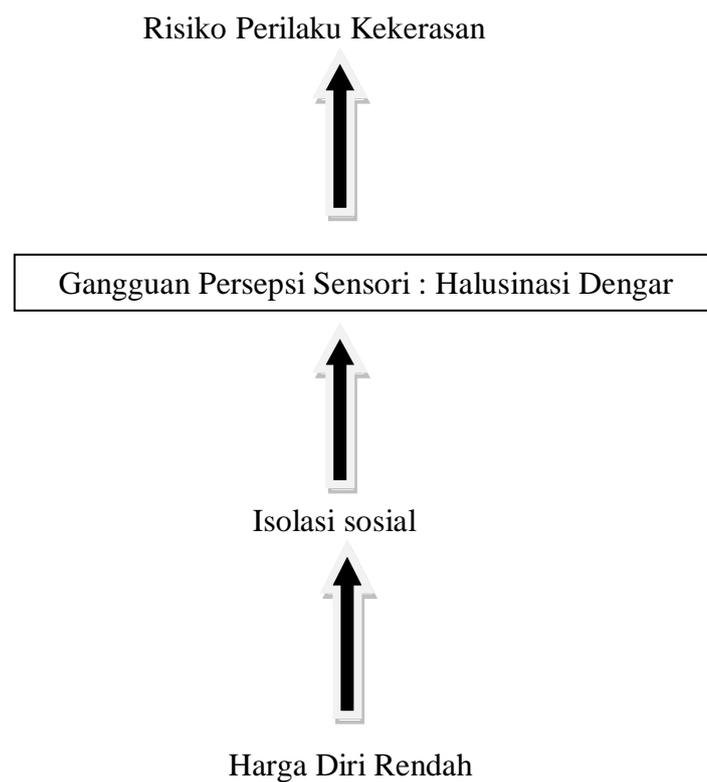
Inisial klien : Ny.U

Dx.Medis : *skizofrenia*

Berdasarkan Teori menurut Keliat (2010) dalam Buku Ajar Keperawatan Jiwa (Satrio, 2015) mengatakan bahwa pohon masalah klien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi sebagai berikut :

Gambar 2.3

Pohon Masalah Pada Ny.U Dengan Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Pendengaran



C. Diagnosa Keperawatan:

1. Gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran

Data subjektif :

- a. Klien mengatakan suara seperti bisikan-bisikan seperti orang ngobrol
- b. Klien mengatakan tidak takut mendengar suara palsu atau tidak nyata tersebut.

Data objektif :

- a. Klien tampak berbicara sendiri
- b. Klien tampak senyum-senyum sendiri

2. Risiko perilaku kekerasan

Data subjektif :

- a. Klien mengatakan ia sering marah-marah ketika mendengar suara-suara yang mengganggu
- b. Klien mengatakan belum bisa mengontrol marah.

3. Isolasi sosial

Data subjektif :

- a. Klien mengatakan tidak ingin berinteraksi dengan teman-temannya

Data objektif :

- a. Klien tampak menyendiri
- b. Kontak mata klien dengan perawat kurang.

D. Rencana Keperawatan

Tabel 2.3

**Rencana Tindakan Keperawatan Jiwa
Pada Klien dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi**

Nama klien : Ny.U

Diagnosa medis : *skizofrenia*

No.RM : 012027

Alamat : Desa Wonomarto

No. Dx	Perencanaan			
	Dx Keperawatan	Tujuan	Kriteria Evaluasi	Intervensi
1	2	3	4	5
1	Gangguan persepsi sensoris: halusinasi pendengaran	TUK 1 : Klien dapat mengenal halusinasi dan latihan menghardik halusinasi	1. Klien menyatakan mengalami halusinasi.	1. Diskusikan dengan klien tentang halusinasi yang dialami. a. Tanyakan apakah mengalami sesuatu (halusinasi dengar) b. Katakan bahwa perawat percaya klien mengalami hal yang sama c. Katakan bahwa ada klien yang mengalami hal yang sama d. Katakan bahwa perawat akan membantu klien.

1	2	3	4	5
			<p>2. Klien menyebutkan halusinasi yang dialami :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Isi b. Waktu c. Frekuensi d. Situasi dan kondisi yang menimbulkan halusinasi. <p>3. Klien menyatakan yang dilakukan saat halusinasi muncul.</p> <p>4. Klien menyampaikan apa yang dilakukan untuk mengatasi tersebut.</p>	<p>2. Klien tidak sedang berhalusinasi klasifikasi tentang adanya pengalaman halusinasi, diskusikan dengan klien</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Isi, waktu dan frekuensi terjadinya halusinasi (pagi, siang, malam atau sering dan kadang-kadang) b. Situasi dan kondisi yang menimbulkan atau tidak menimbulkan halusinasi. <p>3. Diskusikan dengan klien apa yang dirasakan jika terjadi halusinasi dan beri kesempatan untuk mengungkapkan perasaannya.</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Marah b. Takut c. Sedih, cemas, senang, jengkel <p>4. Diskusikan dengan klien apa yang dilakukan untuk mengatasi perasaan tersebut.</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Jika cara yang digunakan adaptif beri pujian

1	2	3	4	5
			<ol style="list-style-type: none"> 5. Klien menyampaikan dampak yang akan dialaminya bila klien menikmati halusinasinya 6. Klien mampu mengenal cara baru untuk mengontrol halusinasi 	<ol style="list-style-type: none"> b. Jika cara yang digunakan maladaptif diskusikan kerugian cara tersebut. 5. Diskusikan dampak yang akan dialaminya bila klien menikmati halusinasinya. 6. Jelaskan cara mengontrol halusinasi: hardik, obat, bercakap-cakap, melakukan kegiatan. Latih cara mengontrol halusinasi dengan menghardik : <ol style="list-style-type: none"> a. Katakan pada diri sendiri bahwa “ini tidak nyata! Saya tidak mau dengar” b. Masukkan pada jadwal kegiatan.
		<p>TUK 2 : Klien dapat mengontrol dengan obat</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mampu menyampaikan kemampuan menghardik. 2. Klien mampu menyampaikan/ praktikan cara minum obat. 3. Klien mampu merencanakan/ jadwal minum obat. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan menghardik (beri pujian) 2. Latih cara mengontrol halusiansi dengan obat, jelaskan : <ol style="list-style-type: none"> a. Jenis b. Guna c. Dosis d. Frekuensi e. Cara kontinuitas minum obat 3. Masukkan pada jadwal kegiatan harian untuk latihan menghardik

1	2	3	4	5
				dan minum obat.
		TUK 3: Klien dapat mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mampu menyampaikan kemampuan menghardik dan minum obat. 2. Klien mampu menyampaikan/ praktikkan cara bercakap-cakap. 3. Klien mampu merencanakan/ jadual bercakap-cakap. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan menghardik dan minum obat, beri pujian. 2. Jelaskan cara bercakap-cakap dan melakukan kegiatan untuk mengontrol halusinasi : <ol style="list-style-type: none"> a. Meminta orang lain untuk bercakap-cakap. b. Menyampaikan manfaat bercakap-cakap. 4. Masukan jadual kegiatan untuk latihan menghardik, minum obat dan bercakap-cakap.
		TUK 4: Klien dapat mengontrol dengan melakukan aktifitas terjadual	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mampu menyampaikan kemampuan menghardik, minum obat, dan bercakap-cakap 2. Klien mampu menyampaikan dan praktikkan aktifitas yang dapat dilakukan. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan latihan menghardik dan minum obat, bercakap-cakap, beri pujian. 2. Latih cara mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan harian (mulai 2 kegiatan) : <ol style="list-style-type: none"> a. Diskusikan dengan klien kegiatan yang dapat dilakukan. b. Anjurkan klien memilih dua cara untuk dilatih (menghardik dan minum obat)

<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
			<p>3. Klien mampu merencanakan jadual aktifitas yang akan dilakukan.</p>	<p>c. Latih dua cara yang dipilih d. Latih dua cara yang terpilih.</p> <p>3. Masukan jadual kegiatan untuk latihan menghardik, minum obat, bercakap-cakap dan kegiatan sehari-hari.</p> <p>a. Evaluasi kegiatan menghardik dan obat, bercakap-cakap dan kegiatan harian b. Latih kegiatan harian c. Nilai kemampuan yang telah mandiri. d. Nilai apakah halusinasi terkontrol.</p>

Tabel 3.3
Rencana Tindakan Keperawatan Jiwa
Pada Klien dengan Risiko Perilaku Kekerasan

Nama klien : Ny.U

Diagnosa medis : *Skizofrenia*

No.MR : 012027

Alamat : Desa Wonomarto

No. Dx	Perencanaan			
	Dx Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
	Risiko perilaku kekerasan TUM: Klien dapat mengontrol perilaku kekerasan	Klien mampu mengenali perilaku kekerasan yang dialami dan mengontrol dengan cara fisik. 1. Klien mampu membina hubungan saling percaya.	1. Klien mampu menceritakan penyebab perasaan jengkel/kesal baik dari diri sendiri atau lingkungannya	1. Bina hubungan saling percaya dengan : a. Beri salam setiap berinteraksi b. Perkenalkan nama, nama panggilan perawat, dan tujuan perawat berkenalan. c. Tanyakan dan panggil nama kesukaan klien d. Tunjukkan sikap jujur dan menepati janji setiap kali berinteraksi e. Tanyakan perasaan klien dan masalah yang dihadapi klien.

1	2	3	4	5
			<p>2. Klien mampu menceritakan penyebab perasaan jengkel/kesal baik dari diri sendiri atau</p> <p>3. Menceritakan tanda-tanda saat terjadi perilaku kekerasan</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Tanda fisik: mata merah, tangan mengepal, ekspresi tegang b. Tanda emosional: perasaan, marah, jengkel, bicara kasar. c. Tanda sosial : bermusuhan yang dialami saat terjadi perilaku kekerasan 	<ol style="list-style-type: none"> f. Buat kontak interaksi yang jelas g. Dengarkan dengan penuh perhatian ekspresi perasaan klien <p>2. Bantu klien mengungkapkan perasaan marahnya :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Motivasi klien untuk menceritakan penyebab rasa kesal atau jengkelnya b. Dengarkan tanpa menyela atau memberi penilaian setiap ungkapan perasaan klien <p>3. Bantu klien mengungkapkan tanda-tanda perilaku kekerasan yang dialaminya :</p> <ol style="list-style-type: none"> d. Motivasi klien menceritakan kondisi fisik (tanda-tanda fisik) saat perilaku kekerasan terjadi e. Motivasi klien menceritakan kondisi emosinya saat terjadi perilaku kekerasan f. Motivasi klien menceritakan kondisi hubungan dengan orang lain (tanda-tanda sosial)

1	2	3	4	5
			<p>4. Menjelaskan jenis-jenis ekspresi kemarahan yang selama ini telah dilakukannya, perasaannya saat melakukan kekerasan, efektifitas cara yang dipakai dalam menyelesaikan masalah.</p> <p>5. Menjelaskan akibat tindakan kekerasan yang dilakukannya (diri sendiri, orang lain/keluarga, lingkungan)</p> <p>6. Menjelaskan cara-cara sehat menyampaikan marah.</p>	<p>saat terjadi perilaku kekerasan</p> <p>4. Diskusikan dengan klien perilaku kekerasan yang dilakukannya selama ini :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Motivasi klien menceritakan jenis-jenis tindakan kekerasan yang selama ini pernah dilakukannya b. Motivasi klien menceritakan perasaan klien setelah tindakan kekerasan tersebut terjadi. <p>5. Diskusikan apakah dengan tindakan kekerasan yang dilakukannya masalah yang dialami teratasi. Diskusikan dengan klien akibat negatif (kerugian) cara yang dilakukan pada :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Diri sendiri b. Orang lain/keluarga c. Lingkungan <p>6. Diskusikan dan jelaskan dengan klien cara-cara sehat untuk menyampaikan marah:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Cara fisik: nafas dalam, pukul bantal atau kasur, olahraga b. Obat-obatan

1	2	3	4	5
			<p>7. Memperagakan cara mengontrol perilaku kekerasan: fisik (tarik nafas dalam, pukul bantal/kasur)</p>	<p>c. Verbal/sosial: mengungkapkan bahwa dirinya sedang kesal kepada orang lain dengan latihan asertif</p> <p>d. Spiritual: sembahyang/berdoa, zikir, meditasi (sesuai dengan agama yang dianut masing-masing)</p> <p>7. Latihan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik:</p> <p>a. Peragakan melakukan cara fisik: nafal dalam dan pul bantal/kasur</p> <p>b. Jelaskan manfaat cara tersebut</p> <p>c. Anjurkan klien menirukan peragaan yang sudah dilakukan</p> <p>d. Beri penguatan pada klien, perbaiki cara yang masih belum benar dan sempurna</p> <p>e. Masukkan dalam jadual kegiatan untuk latihan fisik.</p>
		<p>2. Klien mampu menggunakan obat sesuai program yang telah ditetapkan untuk mengontrol</p>	<p>Klien mampu menjelaskan :</p> <p>a. Manfaat minum obat</p> <p>b. Kerugian tidak minum obat</p> <p>c. Nama obat</p> <p>d. Bentuk dan warna obat</p>	<p>1. Evaluasi kegiatan latihan fisik</p> <p>2. Jelaskan manfaat menggunakan obat secara teratur dan kerugian jika tidak meminum obat</p> <p>3. Jelaskan kepada klien:</p>

1	2	3	4	5
		perilaku kekerasan	<ul style="list-style-type: none"> e. Dosis yang diberikan kepadanya f. Waktu pemakaian g. Cara pemakaian h. Efek yang dirasakan 	<ul style="list-style-type: none"> a. Jenis obat (nama, warna dan bentuk obat) b. Dosis yang tepat untuk klien c. Waktu pemakaian obat d. Efek samping yang akan dirasakan klien <p>4. Masukkan pada jadual kegiatan minum obat dan motivasi klien untuk:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Minta klien untuk menggunakan obat dengan tepat waktu b. Laporkan kepada perawat/dokter jika mengalami efek yang tidak biasa c. Beri pujian terhadap kedisiplinan klien menggunakan obat tepat waktu
		3. Klien mampu mengontrol dengan cara verbal/sosial.	Klien mampu: mengungkapkan perasaan kesal/jengkel pada orang lain tanpa menyakiti.	<ul style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan latihan fisik dan obat, beri pujian 2. Diskusikan cara verbal/sosial untuk mengungkapkan kemarahannya 3. Menyampaikan perasaan yang baik 4. Meminta yang baik 5. Menolak yang baik 6. Masukkan pada jadual kegiatan

<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
				7. dan anjurkan klien menggunakan cara yang sudah dilatih saat marah/ jengkel
		4. Klien mampu mengontrol dengan spiritual	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mampu mengidentifikasi kegiatan spiritual yang dapat dilakukan 2. Klien mampu melakukan kegiatan spiritual untuk mengontrol marahnya 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan latihan fisik, obat dan verbal, beri pujian 2. Diskusikan cara spiritual yang dipilih untuk mengontrol kemarahannya 3. Masukkan pada jadualkegiatan dan anjurkan klien menggunakan cara yang sudah dilatih saat marah dan jengkel 4. Evaluasi kegiatan latihan dan berikan pujian 5. Latih kegiatan dilanjutkan sampai tak terhingga 6. Nilai kemampuan yang telah mandiri 7. Nilai apakah harga diri klien meningkat

Tabel 4.3
Rencana Tindakan Keperawatan Jiwa
Pada Klien dengan Isolasi Sosial

Nama klien : Ny.U
 No.MR : 012027

Diagnosa medis : *Skizofrenia*
 Alamat : Desa Wonomarto

No. Dx	Perencanaan			
	Dx Keperawatan	Tujuan	Kriteria Evaluasi	Intervensi
1	2	3	4	5
3	Isolasi Sosial	<p>TUM: Klien dapat berinteraksi dengan orang lain.</p> <p>TUK :</p> <p>1. Klien dapat mengidentifikasi isolasi sosial yang dialami latiahn berkenalan.</p>	<p>1. Klien menunjukkan tanda-tanda percaya kepada/ terhadap perawat :</p> <p>a. Wajah cerah tersenyum</p> <p>b. Mau berkenalan</p> <p>c. Ada kontak mata</p> <p>d. Bersedia menceritakan perasaan</p> <p>e. Bersedia mengungkapkan masalahnya.</p>	<p>1. Bina hubungan saling percaya dengan:</p> <p>a. Beri salam setiap berinteraksi</p> <p>b. Perkenalkan nama, nama panggilan perawat, dan tujuan perawat berkenalan.</p> <p>c. Tanyakan dan panggil nama kesukaan klien</p> <p>d. Tunjukan sikap jujur dan menepati janji setiap kali berinteraksi</p> <p>e. Tanyakan perasaan klien dan masalah yang dihadapi klien.</p> <p>f. Buat kontak interaksi yang jelas</p>

1	2	3	4	5
			<p>2. Klien dapat menyebutkan minimal satu penyebab menarik diri dari :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Diri sendiri b. Orang lain c. Lingkungan <p>3. Lingkungan klien dapat menyebutkan keuntungan berhubungan sosial misalnya:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Banyak teman b. Tidak kesepian 	<p>g. Dengarkan dengan penuh perhatian ekspresi perasaan klien</p> <p>2. Diskusikan dengan klien penyebab menarik diri atau tidak mau bergaul dengan orang lain. Beri pujian terhadap kemampuan klien mengungkapkan perasaan. Tanyakan pada klien tentang:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Orang yang tinggal tinggal serumah/ teman sekamar klien b. Orang yang paling dekat dengan klien di rumah/ ruang perawatan. c. Apa yang membuat klien dekat dengan orang tersebut d. Orang tidak dekat dengan klien di rumah/ruang perawatan e. Apa yang membuat klien tidak dekat dengan orang tersebut <p>3. Tanyakan pada klien tentang:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Manfaat hubungan sosial dan b. Kerugian menarik diri.

1	2	3	4	5
			<ul style="list-style-type: none"> c. Bisa diskusi d. Saling menolong dan kerugian menarik diri misalnya: sendiri, kesepian <p>4. Klien dapat melaksanakan hubungan sosial secara bertahap dengan:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Perawat dan klien lain 	<p>4. Observasi perilaku klien saat berhubungan sosial.</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Beri motivasi dan bantu klien untuk berkenalan/berkomunikasi dengan : perawat lain, klien lain. b. Diskusikan jadwal harian yang dapat dilakukan untuk meningkatkan klien bersosialisasi c. Beri motivasi klien untuk melakukan kegiatan sesuai dengan jadwal yang telah dibuat d. Beri pujian terhadap kemampuan klien
		<p>2. Klien dapat berkenalan dengan beberapa orang.</p>	<p>Klien dapat melaksanakan hubungan sosial secara bertahap dengan: beberapa orang/ kelompok.</p>	<ul style="list-style-type: none"> 1. Observasi perilaku klien saat berhubungan sosial 2. Beri motivasi dan bantu klien untuk berkenalan/berkomunikasi dengan kelompok/ beberapa orang 3. Latih cara berbicara saat

1	2	3	4	5
				<p>melakukan kegiatan harian (latih 2 kegiatan)</p> <p>4. Diskusikan jadwal harian yang dapat dilakukan untuk meningkatkan kemampuan klien bersosialisasi</p> <p>5. Beri motivasi klien untuk melakukan kegiatan sesuai dengan jadwal yang telah dibuat</p> <p>6. Berikan pujian terhadap kemampuan klien memperluas pergaulannya melalui aktivitas yang dilaksanakan</p>
		<p>3. Klien dapat berkenalan dengan lebih banyak orang lain.</p>	<p>Klien dapat melaksanakan hubungan sosial secara bertahap dengan: beberapa orang (>5 orang/ kelompok)</p>	<p>1. Evaluasi kegiatan latihan berkenalan (beberapa orang) dan bicara saat melakukan dua kegiatan harian. Beri pujian</p> <p>2. Latih cara berbicara saat melakukan kegiatan harian (2 kegiatan baru)</p> <p>3. Libat klien dalam terapi aktivitas kelompok sosialisasi</p> <p>4. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan berkenalan lebih dari 5 orang, berbicara saat melakukan 4 kegiatan harian.</p>

1	2	3	4	5
		4. Klien dapat berkenalan dan bersosialisasi saat melakukan kegiatan diluar ruangan/ luar rumah	Klien dapat melaksanakan hubungan sosial saat melakukan kegiatan di luar ruangan/ luar rumah.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan latihan berkenalan, berbicara saat melakukan kegiatan harian dan beri pujian. 2. Latih cara bicara sosial 3. Masuk pada jadwal kegiatan untuk latihan berkenalan > 5 orang, orang baru, berbicara saat melakukan kegiatan harian dan sosialisasi.
		5. Klien mampu bersosialisasi secara mandiri	Klien dapat melakukan hubungan sosial secara mandiri.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan latihan berkenalan, bicara saat melakukan empat kegiatan harian dan beri pujian. 2. Latih kegiatan harian 3. Nilai kemampuan yang telah mandiri 4. Nilai apakah isolasi sosial teratasi
		6. Klien mendapatkan dukungan keluarga untuk meningkatkan kemampuan sosialisasi dan melatih klien berkenalan.	1. Keluarga menyampaikan masalah dalam merawat pasien	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat pasien, jelaskan pengertian, tanda dan gejala, proses terjadinya isolasi sosial <ol style="list-style-type: none"> a. Penyebab klien tidak bersosialisasi b. Tindakan yang telah dilakukan klien selama di

<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
				rumah sakit dalam bersosialisasi dan kemajuan yang telah dialami oleh klien c. Dukungan yang bisa diberikan oleh keluarga untuk meningkatkan kemampuan klien dalam bersosialisasi
			<p>2. Menjelaskan cara-cara yang dilakukan sosial</p> <p>3. Keluarga mempraktikkan cara etias pada klien</p>	<p>3. Diskusikan dengan keluarga hal-hal yang perlu dilakukan sosial</p> <p>a. Belanja</p> <p>b. Meminta sesuatu, dll</p> <p>4. Anjurkan membantu klien sesuai jadual dan berikan pujian</p>

Catatan Perkembangan
Bina Hubungan Saling Percaya

Nama pasien : Ny.U

Alamat : Desa Wonomarto, Kecamatan Kotabumi Kota, Lampung Utara

Tanggal : 18 Maret 2019

Waktu : 10.00 WIB

Data :

Data Subjektif

1. Klien mengatakan “nama saya Umul”
2. Klien mengatakan senang dipanggil Umul.

Data Objektif

1. Klien mau berjabat tangan.
2. Klien menatap ke arah luar.

Diagnosa keperawatan : Gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran.

Tindakan Keperawatan

Membina hubungan saling percaya dengan:

Pukul : 10.00 WIB

1. Memberi salam terapeutik setiap berinteraksi dan memperkenalkan diri serta menanyakan nama pasien

Pukul : 10.10 WIB

1. Menjelaskan kepada pasien tentang tujuan pertemuan.
2. Membuat kontrak untuk melakukan kegiatan.

Pukul : 10.15 WIB

1. Memberikan makanan ringan/snack kepada pasien
2. Setelah pasien selesai makan snack, melanjutkan cara mengontrol halusinasi dan hubungan saling percaya.

Pukul : 10.25 WIB

1. Menatap mata pasien untuk menciptakan lingkungan yang bersahabat.
2. Mengevaluasi dan melihat respon pasien terhadap tindakan keperawatan saat perawat berkomunikasi dengan pasien.

Pukul : 10.40 WIB

1. Menanyakan tentang halusinasi dan apa saja yang dirasakan oleh pasien.
2. Menanyakan tentang keluarga pasien di rumah, dan meminta pasien untuk menyebutkan siapa saja keluarganya di rumah.

Pukul : 11.15 WIB

1. Menanyakan tentang kegiatan sehari-hari pasien di rumah sakit.
2. Menanyakan apakah pasien mengenal semua teman-temannya, dan meminta pasien menyebutkan dan menunjuk nama teman-temannya.

Pukul : 11.45 WIB

1. Menyiapkan dan membagikan makanan kepada pasien.
2. Menemani pasien apakah makanan yang dimakan benar-benar dimakan pasien.

Pukul : 12.10 WIB

1. Menanyakan apakah pasien sehari-hari melakukan kewajiban sebagai seorang muslim yaitu solat 5 waktu
2. Menyuruh pasien untuk solat zuhur

Pukul : 12.30 WIB

1. Setelah pasien selesai solat, menanyakan urutan apa saja dalam solat yang dilakukan pasien.
2. Menanyakan niat solat zuhur yang dikerjakan pasien.

Evaluasi

Subjektif (S):

1. Klien mengatakan namanya Umul
2. Klien mau berkenalan
3. Klien mengatakan mendengar suara bisikan seperti orang mengobrol.

Objektif (O) :

1. Saat ditanya nama klien menyebutkan namanya
2. Klien mau berjabat tangan
3. Saat perawat mengatakan akan berkunjung selama seminggu klien menjawab iya dan menganggukan kepala.
4. Klien tampak sering melamun, dan tatapan mata kosong.
5. Klien tampak menyendiri
6. Klien tampak melakukan kegiatan seperti makan snack, makan siang dan solat zuhur.
7. Klien tampak dapat menjawab semua pertanyaan yang diberikan oleh perawat.

Analisa (A) : Gangguan sensori persepsi : halusinasi pendengaran.

Planning (P) :

1. Lanjut intervensi selanjutnya SP 1 Halusinasi yaitu menghardik

2. Latihan cara mengontrol halusinasi satu yang diajarkan perawat

Kontrak tindak lanjut :

1. Diskusikan tentang halusinasi yang dialami
2. Diskusikan dengan klien isi, waktu, frekuensi terjadinya halusinasi
3. Diskusikan dengan klien apa yang dirasakan jika terjadi halusinasi
4. Diskusikan dengan klien apa yang dilakukan untuk mengatasi perasaannya
5. Jelaskan cara mengontrol halusinasi dengan menghardik.

Devi Anggraini

Catatan Perkembangan

SP 1 Pasien Halusinasi

Nama Pasien : Ny.U

Alamat : Desa Wonomarto, Kecamatan Kotabumi Kota

Tanggal : 19 Maret 2019

Waktu : 09.00 WIB

Data

Data Subjektif :

1. Klien mengatakan mendengar suara tetapi tidak ada wujudnya
2. Klien mengatakan mendengar suara-suara bisikan seperti orang mengobrol

Data Objektif:

1. Klien tampak gelisah
2. Klien tampak bingung
3. Klien tampak menyendiri dan melamun

Diagnosa Keperawatan : Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi Pendengaran

Tindakan Keperawatan:

Pukul : 09.00 WIB

1. Menanyakan kepada pasien apakah masih mengingat dan mengenal perawat yang kemarin sebelumnya melakukan kontrak.
2. Menanyakan kabar pasien apakah dengan keadaan baik.

Pukul : 09.15 WIB

1. Membantu klien untuk mengenal halusinasinya.
2. Menanyakan dengan klien isi, waktu, frekuensi terjadinya halusinasi.

3. Menanyakan apa yang dirasakan klien jika terjadi halusinasi

Pukul : 09. 40 WIB

1. Menanyakan dengan klien apa yang dilakukan untuk mengatasi perasaan jika mendengar suara-suara yang mengganggu.
2. Melihat tingkah laku klien yang berhubungan dengan halusinasi.
3. Mengajarkan klien cara mengontrol halusinasi dengan cara pertama yaitu menghardik

Pukul : 10.00 WIB

1. Memotivasi klien untuk mempraktikkan apa yang sudah diajarkan perawat.
2. Memberi pujian jika klien melakukan dengan baik.

Pukul : 10.15 WIB

1. Memberikan makanan ringan/snack dan minum teh kepada pasien
2. Setelah pasien selesai makan snack, melanjutkan cara mengontrol halusinasi cara menghardik.

Pukul : 10.55 WIB

1. Menanyakan apakah pasien senang belajar cara mengontrol halusinasinya
2. Memberikan pujian kepada pasien dapat melakukan cara menghardik dengan baik

Pukul : 11.45 WIB

1. Membagikan makan siang dan teh kepada pasien
2. Menemani pasien makan untuk melihat apakah makanan benar-benar dimakan oleh pasien.

Pukul : 13.00 WIB

1. Mengevaluasi dan melihat respon klien terhadap tindakan keperawatan.
2. Membuat kontrak selanjutnya yaitu cara mengontrol halusinasi dengan cara minum obat.

Evaluasi :

Subjektif (S) :

1. Klien mengatakan masih mendengar bisikan yang tidak ada wujudnya
2. Klien mengatakan mau belajar cara mengontrol halusinasi
3. Klien belajar menghardik “pergi-pergi saya tidak mau dengar suara kamu, kamu suara palsu ini tidak nyata!”

Objektif (O) :

1. Klien mampu mengenal halusinasinya
2. Klien tampak mempraktikkan cara menghardik yang diajarkan perawat
3. Klien mampu mempraktikkan cara menghardik halusinasi.

Analisa (A): Gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran.

Planning (P): Latihan cara menghardik

Rencana Tindak Lanjut:

1. Motivasi klien untuk latihan menghardik 2x sehari
2. Evaluasi kegiatan menghardik
3. Jelaskan tentang manfaat mengendalikan halusinasi dengan cara menghardik.
4. Masukkan pada jadual kegiatan untuk latihan menghardik dan minum obat
5. Ajarkan strategi pelaksanaan yang kedua yaitu mengontrol halusinasi dengan minum obat.

Devi Anggraini

Catatan Perkembangan

SP II Pasien Halusinasi

Nama pasien : Ny.U

Alamat : Desa Wonomarto, Kecamatan Kotabumi Kota.

Tanggal : 20 Maret 2019

Waktu : 14.30 WIB

Data :

Data Subjektif :

1. Klien mengatakan masih ingat cara mengontrol halusinasi dengan menghardik
2. Klien menyatakan masih mendengar suara-suara bisikan seperti orang mengobrol.
3. Klien mengatakan kadang lupa minum obat .

Data Objektif :

1. Klien tampak melamun, menyendiri dan berbicara sendiri
2. Klien latihan menghardik
3. Klien senang setelah latihan menghardik
4. Klien belum minum obat.

Diagnosa Keperawatan :Gangguan sensori persepsi : halusinasi pendengaran

Tindakan Keperawatan :

Pukul : 14.45 WIB

1. Mengucapkan salam terapeutik kepada pasien setiap berinteraksi.
2. Mengingatkan kontrak sebelumnya yang telah dibuat dengan pasien.

Pukul : 14. 55 WIB

1. Menanyakan kabar pasien apakah baik-baik saja.
2. Menanyakan apakah pasien masih mengenal perawat yang sebelumnya melakukan kontrak

Pukul : 15.00 WIB

1. Mengevaluasi dan mengulang kembali kegiatan menghardik dan memberi pujian jika pasien melakukan dengan baik.

Pukul : 15.10 WIB

1. Menjelaskan cara mengontrol halusinasi dengan cara yang kedua yaitu cara menggunakan obat.
2. Menjelaskan jenis, guna, dosis, frekuensi dan cara minum obat.
 - a. *Chlorponazine* 100 mg, 1x1 tablet/hari
 - b. *Trihexphenidil* 2 mg, 2x2 tablet/hari
 - c. *Halloperidol* 5 mg, 2x1 tablet/hari

Pukul : 15.30 WIB

1. Meminta pasien untuk menyebutkan apa saja warna dan bentuk obat yang sudah disebutkan oleh perawat

Pukul : 15.40 WIB

1. Memasukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan mengardik dan minum obat.
2. Mengevaluasi dan melihat respon klien terhadap tindakan keperawatan yang telah diajarkan.

3. Menyepakati kontrak selanjutnya yaitu cara mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain.

Pukul : 16.00 WIB

1. Menyuruh pasien untuk mandi seperti menggosok gigi, memakai sabun dan sampo.

Pukul : 16.05 WIB

1. Menyisir rambut pasien dan membantu pasien untuk memakai bedak.

Pukul : 17.20 WIB

1. Membantu pasien minum obat dan memastikan obat benar-benar sudah diminum oleh pasien.

Evaluasi :

Subjektif (S) :

1. Klien mengatakan akan teratur minum obat
2. Klien mengatakan senang belajar aturan minum obat

Objektif (O) :

1. Klien tampak bingung saat dijelaskan tentang obat
2. Klien tampak belum bisa menyebutkan beberapa guna obat, dosis dan frekuensi

Analisa (A) : Gangguan sensori persepsi : halusinasi pendengaran

Planning (P) :

1. Latihan cara menghardik 2x sehari
2. Ingatkan dan bantu klien minum obat secara teratur dengan dosis :
 - a. *Chlorponazine* 100 mg, 1x1 tablet/hari

b. Trihexphenidil 2 mg, 2x2 tablet/hari

c. Halloperidol 5 mg, 2x1 tablet/hari

Rencana Tindak Lanjut :

1. Motivasi klien untuk latihan menghardik 2x sehari
2. Motivasi klien untuk mengingat jadwal minum obat
3. Evaluasi klien tentang cara mengontrol halusinasi minum obat dengan teratur.
4. Jelaskan tentang guna dan cara minum obat.

Devi Anggraini

Catatan Perkembangan

SP III Pasien Halusinasi

Nama pasien : Ny.U

Alamat : Desa Wonomarto, Kecamatan Kotabumi Kota

Tanggal : 21 Maret 2019

Waktu : 10.00 WIB

Data

Data Subjektif :

1. Klien mengatakan masih mendengar suara-suara palsu yang mengganggu seperti orang mengobrol
2. Klien mengatakan masih mendengar suara yang tidak ada wujudnya
3. Klien mengatakan minum obat secara teratur

Data Objektif :

1. Klien tampak tenang
2. Kontak mata kurang selalu memandangi pintu keluar
3. Klien tampak minum obat yang diberikan perawat
4. Klien malas berinteraksi dengan orang lain
5. Klien melamun dan menyendiri

Tindakan Keperawatan :

Pukul : 10.00 WIB

1. Memberi salam terpeutik saat komunikasi dengan pasien.
2. Mengingatkan bahwa pertemuan sudah kontrak di hari sebelumnya.

Pukul : 10.10 WIB

1. Memberikan makanan ringan/snack kepada pasien
2. Setelah pasien selesai makan snack, melanjutkan cara mengontrol halusinasi dari cara menghardik, cara minum obat dan cara bercakap-cakap dengan orang lain.

Pukul: 10.20 WIB

1. Menjelaskan cara mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain.
2. Memotivasi klien untuk memptaktikan cara yang sudah diajarkan perawat yaitu bercakap-cakap dengan orang lain

Pukul : 10.30 WIB

1. Mengevaluasi dan melihat respon klien terhadap tindakan keperawatan yang telah diajarkan yaitu cara mengontrol dengan bercakap-cakap dengan orang lain.
2. Menyepakati kontrak selanjutnya yaitu kegiatan harian.

Pukul : 11. 40 WIB

1. Membagikan makan siang dan teh kepada pasien
2. Memberikan pasien makan siang dan memastikan apakah makanan benar-benar dimakan dan dihabiskan pasien.

Pukul : 12.15 WIB

1. Menyuruh pasien untuk solat zuhur dan melakukan wudhu sebelum solat

Pukul 13.00 WIB

1. Menyuruh pasien untuk solat zuhur dan sebelum solat pasien melakukan wudhu

Pukul : 13.20 WIB

1. Mengingatkan pasien untuk istirahat dan tidur siang
2. Dan sebelum tidur pasien dapat membaca doa sebelum tidur

Evaluasi :

Subjektif (S) :

1. Klien mengatakan akan mencoba mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan temannya
2. Klien mengatakan senang latihan bercakap-cakap

Objektif (O) :

1. Klien tampak mempraktikkan cara bercakap-cakap dengan orang lain
2. Klien tampak memperhatikan saat perawat menjelaskan cara bercakap-cakap dengan orang lain
3. Klien tampak bercakap-cakap dengan teman- temannya

Analisa (A) : Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Pendengaran

Planning (P) :

1. Latihan cara menghardik 2x sehari
2. Latihan minum obat secara teratur dengan dosis :
 - a. *Chlorponazine* 100 mg, 1x1 tablet/hari
 - b. *Trihexphenidil* 2 mg, 2x2 tablet/hari
 - c. *Halloperidol* 5 mg, 2x1 tablet/hari
3. Latihan cara bercakap-cakap 2x sehari pagi dan malam

Rencana Tindak Lanjut :

1. Latih klien cara mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan harian
2. Masukkan kedalam jadwal kegiatan untuk latihan menghardik, minum obat, bercakap-cakap dan kegiatan harian.
3. Motivasi untuk minum obat dan menghardik secara teratur.

Devi Anggraini

Catatan Perkembangan

SP IV Pasien Halusinasi

Nama pasien : Ny.U

Alamat : Desa Wonomarto, Kecamatan Kotabumi Kota

Tanggal : 22 Maret 2019

Waktu : 09.00 WIB

Data

Data Subjektif :

1. Klien mengatakan senang ada teman mengobrol
2. Klien mengatakan suara bisikan mulai berkurang
3. Klien mengatakan tidak ada kerjaan/kegiatan

Data Objektif :

1. Klien latihan menghardik, sudah minum obat, bercakap-cakap dengan temannya
2. Klien tidak ada kegiatan

Diagnosa Keperawatan : Gangguan sensori persepsi : halusinasi pendengaran

Tindakan Keperawatan:

Pukul : 09.15 WIB

1. Mengucapkan salam terapeutik dengan pasien saat berkomunikasi
2. Menanyakan kabar pasien apakah baik-baik saja
3. Mengingatn kontrak sebelumnya yaitu cara mengontrol dengan kegiatan aktifitas terjadual.

Pukul : 09.30 WIB

1. Melatih klien mengontrol halusinasi dengan cara ke 4 yaitu melaksanakan aktifitas terjadual seperti membereskan tempat tidur.
2. Mengevaluasi dan melihat respon klien terhadap tindakan keperawatan yang telah diberikan

Pukul : 10.00 WIB

3. Memberikan makanan ringan/snack kepada pasien
4. Setelah pasien selesai makan snack, melanjutkan cara mengontrol halusinasi dari cara menghardik sampai dengan melaksanakan aktifitas terjadual.

Pukul : 10.15 WIB

1. Klien untuk mempraktikkan apa yang sudah diajarkan perawat dan memberi rencana tindak lanjut kepada klien.

Pukul : 11.45 WIB

1. Memberikan pasien makan siang dan memastikan apakah makanan benar-benar dimakan dan dihabiskan pasien.

Pukul : 12.10 WIB

1. Menyuruh pasien untuk solat zuhur dan sebelum solat pasien melakukan wudhu

Pukul : 13.00 WIB

1. Mengingatkan pasien untuk istirahat dan tidur siang
2. Dan sebelum tidur pasien dapat membaca doa sebelum tidur

Evaluasi :

Subjektif (S) :

1. Klien mengatakan akan melakukan kegiatan sesuai dengan jadwal yang telah dibuat.
2. Klien menyebutkan 3 cara mengontrol halusinasi yang sudah diajarkan perawat

Objektif (O) :

1. Klien dan perawat membuat jadwal kegiatan
2. Klien tampak mengisi jadwal kegiatan

Analisa (A) : Gangguan sensori persepsi : halusinasi pendengaran

Planning (P) :

1. Latihan cara menghardik 2x sehari
2. Latihan minum obat secara teratur dengan dosis :
 - a. *Chlorpromazine* 100 mg, 1x1 tablet/hari
 - b. *Trihexphenidil* 2 mg, 2x2 tablet/hari
 - c. *Halloperidol* 5 mg, 2x1 tablet/hari
3. Latihan bercakap-cakap 2x sehari pagi dan malam
4. Mengisi jadwal harian

Rencana Tindak Lanjut :

Dilanjutkan perawat Rumah Sakit Jiwa Daerah Lampung.

Devi Anggraini