

BAB III

LAPORAN STUDI KASUS

A. Pengkajian

1. Identitas klien

Inisial	: Tn. D
Jenis kelamin	: Laki-laki
Agama	: Islam
Umur	: 20 tahun
Pendidikan	: SMA
Suku/bahasa	: Semendo
Alamat	: Lampung Timur
Informasi	: Klien dan Buku Register
Tanggal pengkajian	: 22 Maret 2021

2. Keluhan Utama

Pada saat pengkajian klien mengatakan mendengar suara-suara yang tidak ada wujudnya, klien mengatakan mendengar suara dan bisikan yang menyuruhnya untuk melukai ayahnya, klien mengatakan dirinya sering tiba-tiba emosi dan kesal, klien tampak berbicara sendiri, klien tampak sering melotot, wajah memerah dan tegang, klien terkadang berbicara dengan nada kuat dan keras. Masalah keperawatan :
gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran dan risiko perilaku kekerasan.

a. Kesehatan masa lalu

Klien mengalami gangguan jiwa untuk pertama kalinya, tidak ada riwayat dari keluarga yang mengalami gangguan jiwa, klien mengalami gangguan jiwa pada tahun 2020 akhir bulan Desember, klien mengalami gejala seperti berbicara sendiri, tiba-tiba mengamuk, merusak barang, hampir melukai ayahnya, mencoba bunuh diri. Klien sempat berobat di Klinik Aulia Rahma di bulan Januari namun tidak ada perbaikan lalu keluarga membawa klien ke Rumah Sakit Jiwa Untuk menjalani pengobatan untuk pertama kalinya pada tanggal 14 Maret 2021.

b. Faktor Predisposisi

Keluarga mengatakan klien mengalami gangguan jiwa pada tahun 2020 akhir bulan Desember, onset pertama yaitu klien sering berbicara sendiri di rumah, tiba-tiba mengamuk, merusak barang, hampir melukai ayahnya, mencoba untuk bunuh diri, klien mengatakan tidak diizinkan oleh ayahnya untuk merantau serta keluarga mengatakan klien sering dimarahi oleh ayahnya.

3. Pemeriksaan Fisik

a. Tanda-tanda vital

Tekanan darah : 130/90 mmHg

Nadi : 84x/menit

Suhu : 36,9°C

Pernapasan : 22x/menit

b. Ukur

Tinggi badan : 158 cm

Berat badan : 48 kg

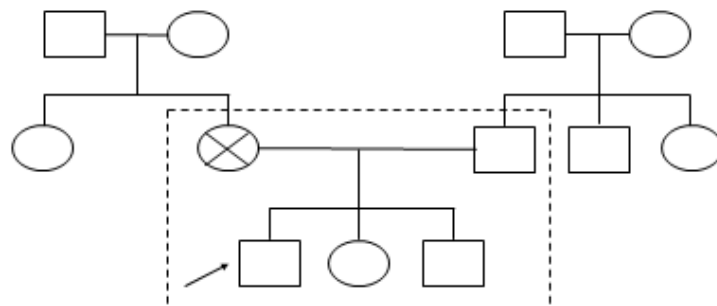
- c. Penampilan fisik : rambut klien tampak bersih tidak memiliki ketombe, kulit klien tampak bersih berwarna sawo matang, kuku klien tampak terlihat bersih dan tidak panjang.

4. Riwayat kesehatan keluarga

Keluarga klien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit gangguan kejiwaan.

a. Genogram

Gambar 3.1
Genogram Keluarga Tn. D
Dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi



Keterangan :

- : Laki-Laki
- : Perempuan
- ⊗ : Perempuan yang sudah meninggal
- ↗ : Klien
- : Hubungan dengan Keluarga
- : Tinggal serumah

b. Konsep diri

1) Gambaran diri

Klien mengatakan tidak ada masalah pada tubuhnya, tubuhnya berfungsi dengan baik

2) Identitas diri

Klien dapat menyebutkan namanya, klien mengatakan ia adalah seorang anak pertama dan bekerja sebagai petani yang merupakan tamat SMA

3) Peran

Klien mengatakan dia adalah anak pertama dan seorang kakak dari kedua adiknya

4) Ideal diri

Klien mengatakan ingin sembuh dan cepat pulang bertemu dengan keluarga terutama ayahnya bisa bekerja kembali

5) Harga diri

Klien mengatakan tidak minder, tidak malu dengan kondisinya dan bersyukur terhadap apa yang ada ditubuhnya

c. Hubungan sosial

1) Orang yang berarti/orang yang terdekat

Klien mengatakan bahwa orang yang berarti baginya adalah ayahnya yang sudah mengurusnya dari kecil hingga saat ini

2) Peran serta dalam masyarakat

Klien mengatakan di rumah tidak mengikuti kegiatan apapun di masyarakat

3) Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain

Klien mengatakan semenjak sakit pada bulan Desember, klien mengurung diri di rumah dan tidak bertemu dengan orang lain kecuali keluarganya.

Masalah keperawatan : Isolasi sosial

d. Spiritual

Klien mengatakan beragama Islam dan klien sholat 5 waktu jika di rumah, namun di Rumah Sakit Jiwa ia tidak beribadah.

e. Status mental

1) Penampilan

Klien berpenampilan rapih, tampak bersih, klien memakai baju sesuai sehari diganti satu kali, mampu mandi, BAB dan BAK mandiri, rambut rapih disisir.

2) Pembicaraan

Klien berbicara dengan lancar tidak memiliki gangguan bicara, namun bicara cepat, saat berbicara suara klien keras dan berkata kasar disertai dengan mata tampak melotot, pembicaraan berpindah-pindah, kontak mata kurang, saat diajak bicara klien mampu menjawab, namun ketika sedang sendiri klien terlihat melihat ke satu arah dan berbicara sendiri.

Masalah keperawatan :

a) Gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran

b) Risiko perilaku kekerasan

3) Aktivitas motorik

Klien tampak gelisah, melakukan kegiatan berulang-ulang bergerak seperti macan dan tangan sering menggenggam.

4) Alam perasaan

Klien tampak sering emosi tiba-tiba dan kesal dengan suara keras dan mata melotot dan bertingkah kesurupan seperti macan.

Masalah keperawatan : Risiko perilaku kekerasan

5) Afek

Pada saat pengkajian ketika perawat dengan berbicara respon dan mimik wajah yang klien tunjukkan datar.

6) Interaksi selama wawancara

Interaksi selama wawanca klien menjawab dan berbicara kooperatif.

7) Persepsi/halusinasi

Klien mendengar suara bisikan yang menyuruhnya menjadi tumbal, mendengar suara bisikan seperti seseorang yang menyuruh klien melakukan sesuatu seperti marah-marah dan melukai orang lain, mendengar suara bahwa dirinya adalah imam Mahdi, klien mengatakan sering mimpi dan di dirinya terdapat khodam macan, dan klien berperilaku seperti macan, suara bisikan sering datang ketika klien sedang sendiri.

Masalah keperawatan :

a) Gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran

b) Risiko perilaku kekerasan

8) Proses pikir

Pada saat klien diajak berbincang, pembicaraannya berbelit-belit namun sampai ke tujuan pembicaraan namun pembicaraan tersebut berulang-ulang.

9) Isi pikir

Klien mengatakan ingin cepat pulang dan bertemu keluarga terutama ayahnya, serta klien mengatakan bahwa tangan kirinya merasa sakit, berat dan sulit untuk digerakkan namun sebenarnya tangan klien baik-baik saja dan menganggap dirinya Imam Mahdi.

10) Tingkat kesadaran

Kesadaran klien baik dapat berorientasi dengan perawat, kesadaran umum composmentis dengan nilai GCS 15.

11) Memori

a) Daya ingat jangka panjang

Klien masih dapat mengingat bahwa dulu Tn. D bersekolah SMA, SMP dan SD

b) Daya ingat jangka pendek

Klien kurang mengingat kejadian 2-3 bulan yang lalu

c) Daya ingat saat ini

Klien dapat mengingat kejadian 1 minggu yang lalu, klien dapat mengingat nama perawat

12) Tingkat konsentrasi dan berhitung

Perhatian klien mudah beralih dari 1 objek ke objek lain, ketika perawat memberi pertanyaan sederhana menghitung klien dapat menjawab seperti $5+5=10$.

13) Kemampuan penilaian

Klien mampu mengambil keputusan yang sederhana dengan bantuan orang lain.

14) Daya tilik diri

Klien menyadari bahwa dirinya sakit, mengatakan membutuhkan perawatan, dan tidak menyalahkan siapapun atas sakit yang ia derita.

f. Mekanisme koping yang bisa digunakan

1) Adaptif : ingin berbicara dengan orang lain

2) Maladaptif : mengikuti halusinasi

g. Masalah psikososial dan lingkungan

1) Masalah berhubungan dengan dukungan kelompok spesifik

Ketika di rumah klien senang berteman dengan orang disekitarnya, namun saat sakit hanya mengurung diri, klien mengatakan senang dirawat di Rumah Sakit Jiwa karena dirawat dan akrab dengan kawan-kawannya namun klien ingin pulang bertemu dengan orang tua terutama ayahnya.

2) Masalah berhubungan dengan lingkungan fisik

Ketika di rumah klien senang keluyuran, saat sakit klien mengurung diri dan di Rumah Sakit Jiwa klien merasa bosan dengan kegiatan hariannya yang berulang-ulang dan di dalam ruangan saja tidak bekerja seperti biasanya.

3) Masalah berhubungan dengan pendidikan spesifik

Klien mengatakan bahwa ia hanya lulusan sekolah menengah atas (SMA).

4) Masalah dengan pekerjaan spesifik

Klien mengatakan sebelum sakit klien bekerja sebagai petani di daerah rumahnya, namun saat sakit dan masuk RSJ klien tidak bekerja.

5) Masalah berhubungan dengan perumahan spesifik

Sebelum sakit klien sering membantu orang tua melakukan pekerjaan di rumah, namun setelah sakit klien hanya dapat membantu pekerjaan rumah seperti menyapu.

6) Masalah berhubungan dengan ekonomi spesifik

Klien mengatakan sebelum sakit biaya sehari-hari ditanggung oleh dirinya sendiri namun saat sakit biaya sehari-hari dan Rumah Sakit Jiwa ditanggung oleh orang tuanya.

7) Masalah berhubungan dengan pelayanan kesehatan

Klien mau berobat di klinik, puskesmas dan Rumah Sakit Jiwa.

h. Kurang pengetahuan tentang penyakit

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

Masalah keperawatan : Gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran

i. Aspek medis

1) Diagnose medis : *Skizofrenia*

2) Terapi medis : Terapi Oral

a) *Risperidone* : 2x3 mg (tidak ada efek samping yang dirasakan oleh Tn. D)

b) *Trihexyphenidile* : 2x2 mg (tidak ada efek samping yang dirasakan oleh Tn. D)

- c) *Halloperidol* : 2x5 mg (tidak ada efek samping yang dirasakan oleh Tn. D)

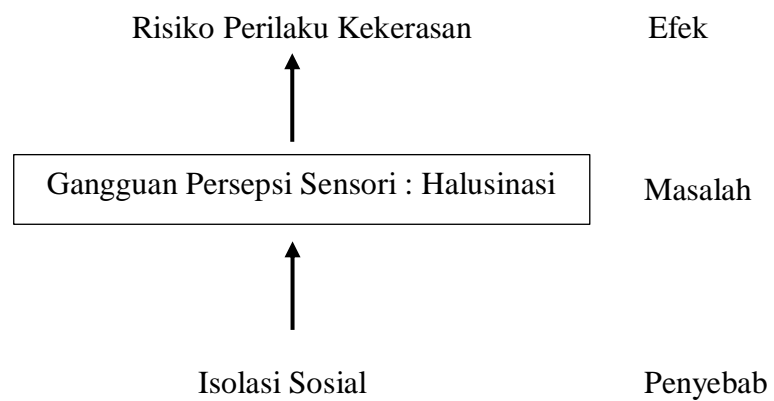
B. Analisa Data

Tabel 3.1
Analisa Data pada Tn. D
dengan Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran

Data	Masalah
<p>Data Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan mendengarkan suara bisikan ketika klien sedang sendiri 2. Klien mengatakan mendengar suara yang menyuruhnya melukai orang lain dan ayahnya 3. Klien mengatakan bahwa ia adalah imam Mahdi 4. Klien mengatakan mendengar suara bahwa klien memiliki khodam harimau <p>Data Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak berbicara sendiri 2. Klien tampak melihat fokus ke satu arah 	Halusinasi Pendengaran
<p>Data Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan dirinya sering tiba-tiba emosi 2. Klien mengatakan hampir melukai ayahnya <p>Data Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak sering melotot, rahang menutup dan wajah memerah 2. Klien terkadang berbicara dengan nada kuat dan keras 3. Postur tubuh klien tampak kaku dan meniru harimau 	Risiko Perilaku Kekerasan

C. Pohon Masalah

Gambar 3.2
Pohon Masalah Klien Dengan Masalah
Persepsi Sensori Halusinasi



Diagnosa Keperawatan

1. Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran
2. Risiko Perilaku Kekerasan
3. Isolasi Sosial

Prioritas diagnosa pada Tn. D adalah Gangguan persepsi sensori : Halusinasi Pendengaran dan Risiko Perilaku Kekerasan

D. Rencana Keperawatan

Rencana keperawatan pada Tn. D dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran sesuai dengan Standar Diagnosis Keperawatan Indosenia (SDKI) dan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) terdapat pada tabel 3.2 dan 3.3

Tabel 3.2
Rencana Tindakan Keperawatan Pada Tn. D dengan Halusinasi Pendengaran
Pada kasus *Skizofrenia* di Ruang Nuri Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung
Tahun 2021

NO	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
1	Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran (D.0085)	Setelah dilakukan intervensi selama 5x24 jam persepsi sensori membaik dengan kriteria hasil : 1. Verbalisasi mendengar bisikan menurun 2. Perilaku halusinasi menurun 3. Respons sesuai stimulus membaik	Konseling (I.10334) Bina hubungan saling percaya Manajemen Halusinasi (I.09288) Observasi 1. Monitor perilaku yang mengindikasi halusinasi 2. Monitor isi halusinasi Terapeutik 1. Pertahankan lingkungan yang aman 2. Diskusikan perasaan dan respons terhadap halusinasi Edukasi 1. Anjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi 2. Ajarkan klien cara mengontrol halusinasi Kolaborasi Kolaborasi pemberian obat antipsikotik dan ansietas, jika perlu


Tabel 3.3
Rencana Tindakan Keperawatan Tn. D dengan Risiko Perilaku Kekerasan
Pada kasus *Skizofrenia* di Ruang Nuri Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung
Tahun 2021

NO	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
1	Risiko Perilaku Kekerasan (D.0146)	Setelah dilakukan intervensi selama 5x24 jam kontrol diri meningkat dengan kriteria hasil : 1. Verbalisasi ancaman kepada orang lain menurun 2. Perilaku melukai diri orang lain menurun 3. Perilaku menyerang menurun 4. Suara keras menurun	Konseling (I.10334) Bina hubungan saling percaya Pencegahan perilaku kekerasan (I.14544) Observasi Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (mis. benda tajam, tali) Terapeutik Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin Edukasi 1. Latih cara mengungkapkan perasaan secara asertif 2. Latih mengurangi kemarahan secara verbal dan non verbal (mis. Relaksasi, bercerita)

E. Implementasi dan Evaluasi

Tabel 3.4


Catatan Keperawatan Bina Hubungan Saling Percaya Pada Tn. D Dengan Halusinasi Pendengaran Pada kasus *Skizofrenia* di Ruang Nuri Rumah Sakit Jiwa

NO	Implementasi	Evaluasi	Tanda Tangan
1	<p>Tanggal : 22 Maret 2022 Pukul : 09:00 WIB</p> <p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien mengatakan mendengar suara bisikan Klien mengatakan suara datang ketika sedang sendiri <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien tampak bicara sendiri <p>Masalah Keperawatan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran Rencana Keperawatan Membina hubungan saling percaya dengan :</p> <ol style="list-style-type: none"> Memberi salam terapeutik saat berinteraksi Memperkenalkan diri Menanyakan nama klien Nama bapak siapa ? senang dipanggil siapa ? (SP Bina Hubungan Saling Percaya) Menjelaskan tujuan pertemuan : “membina hubungan saling percaya sehingga klien lebih nyaman dalam melakukan perawatan dan interaksi Kontrak untuk pertemuan esok hari Menciptakan lingkungan yang aman : menjaga jarak minimal 1 meter serta menjauhkan benda-benda yang berbahaya Mengevaluasi respons klien terhadap tindakan keperawatan <p>Kontrak tindak lanjut :</p> <ol style="list-style-type: none"> Bina hubungan saling percaya Mendiskusikan tentang halusinasi yang dialami Mendiskusikan dengan klien isi 	<p>Pukul : 10:00 WIB</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien menyebutkan namanya dan senang dipanggil Tn. D Klien mengatakan mendengar suara bisikan ketika sedang sendiri <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> Ketika ditanya nama klien menyebutkan namanya Klien mau berjabat tangan Saat perawat mengatakan akan menemui klien besok hari klien menjawab iya Klien tampak menjawab semua pertanyaan perawat <p>A : Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran</p> <p>P : Membantu klien cara mengendalikan halusinasi “suara-suara yang didengar”</p>	<p>Perawat</p>  <p>Anez Adinda Cesarita</p>

NO	Implementasi	Evaluasi	Tanda Tangan
	<p>halusinasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Mendiskusikan dengan klien tentang apa yang dirasakan saat terjadi halusinasi 5. Mendiskusikan dengan klien apa yang dilakukan klien untuk mengatasi halusinasi perasaannya 6. Menjelaskan cara mengontrol halusinasi dengan 4 cara yaitu menghardik, minum obat, bercakap-cakap dengan orang lain dan menyusun kegiatan terjadwal 7. Mendiskusikan perasaan dan respons terhadap halusinasi 		

Tabel 3.5

Catatan Implementasi dan Evaluasi SP 1 Klien Halusinasi Pada Tn.D Dengan Halusinasi Pendengaran Pada kasus *Skizofrenia* di Ruang Nuri Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung Tahun 2021


NO	Implementasi	Evaluasi	Tanda Tangan
	<p>Tanggal : 23 Maret 2021 Pukul : 08:00 WIB</p> <p>Data :</p> <p>Data Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan mendengar suara bisikan ketika klien sendiri 2. Klien mengatakan bahwa ia adalah imam Mahdi 3. Klien mengatakan mendengar suara bahwa klien memiliki khodam harimau <p>Data Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak berbicara sendiri 2. Klien tampak melihat ke satu arah <p>Diagnosa Keperawatan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran</p> <p>Tindakan Keperawatan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membina hubungan saling percaya dengan cara : <ol style="list-style-type: none"> a. Memberi salam terapeutik setiap berinteraksi b. Menanyakan kembali apakah 	<p>Pukul : 08:50 WIB</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan masi mengingat nama perawat 2. Klien mengatakan masih mendengar suara bisikan bahwa klien memiliki khodam macan 3. Klien mengatakan merasa tidak nyaman dengan bisikan tersebut 4. Klien mengatakan mau dan ingin latihan cara mengontrol halusinasi <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak bicara sendiri 2. Klien tampak mampu mengikuti cara menghardik yang diajarkan oleh perawat <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Latihan cara menghardik 	<p>Perawat</p>  <p>Anez Adinda Cesarita</p>

NO	Implementasi	Evaluasi	Tanda Tangan
	<p>masih ingat dengan perawat</p> <ol style="list-style-type: none"> c. Menjelaskan tujuan pertemuan hari ini (perawat akan mengajarkan SP 1 halusinasi) d. Menetapkan kontrak untuk pertemuan berikutnya e. Memberikan <i>reinforcement</i> pada klien dengan tersenyum pada klien <ol style="list-style-type: none"> 2. Memonitor isi halusinasi klien 3. Memperhatikan lingkungan yang aman saat berinteraksi dan memberikan tindakan kepada klien (menjauhkan benda-benda yang berbahaya /tajam) 4. Menjelaskan dan mengajarkan klien cara mengontrol halusinasi dengan 4 cara yaitu latihan cara menghardik, cara minum obat, bercakap-cakap dengan orang lain (teman di Rumah Sakit Jiwa), membuat jadwal kegiatan harian terjadwal. Mengajarkan cara pertama mengontrol halusinasi yaitu menghardik. Cara menghardik : saat suara muncul tutup kedua telinga dengan tangan, kemudian katakan “ pergi.. pergi.. pergi.. saya tidak mau dengar kamu.. suara palsu..kamu tidak nyata.. pergi..(diulang-ulang sampai suara hilang dan tidak terdengar lagi) (SP 1 klien terlampir) 5. Mendiskusikan perasaan dan respon klien terhadap halusinasi 6. Memberikan pujian kepada klien yang telah melakukan dan mengikuti latihan dengan baik <p>Rencana Tindak Lanjut</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membina hubungan saling percaya : salam terapeutik 2. Memotivasi klien untuk melakukan latihan menghardik dan melakukan setiap kali suara terdengar 3. Memasukkan latihan menghardik 	<p>kembali dan mengevaluasi cara menghardik klien yang sudah diajarkan oleh perawat</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Memasukkan kegiatan menghardik ke dalam jadwal kegiatan harian klien 3. Mengajarkan SP 2 mengontrol halusinasi dengan obat 	

NO	Implementasi	Evaluasi	Tanda Tangan
	pada jadwal kegiatan terjadwal 4. Kontrak latihan kedua yaitu mengontrol halusinasi dengan cara minum obat.		

Tabel 3.6


Catatan Implementasi dan Evaluasi SP 2 Klien Halusinasi Pada Tn.D Dengan Halusinasi Pendengaran Pada kasus *Skizofrenia* di Ruang Nuri Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung Tahun 2021

NO	Implementasi	Evaluasi	Tanda Tangan
	<p>Tanggal : 24 Maret 2021 Pukul : 08:00 WIB</p> <p>Data :</p> <p>Data Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien mengatakan masih mengingat cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik Klien mengatakan ingin latihan kembali cara mengontrol halusinasi dengan cara minum obat <p>Data Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien tampak berbicara sendiri Klien tampak antusias <p>Diagnosa Keperawatan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran</p> <p>Tindakan Keperawatan</p> <ol style="list-style-type: none"> Bina hubungan saling percaya <ol style="list-style-type: none"> Memberi salam terapeutik setiap berinteraksi Menanyakan kembali apakah masih ingat dengan perawat Menjelaskan tujuan pertemuan hari ini (perawat akan mengajarkan sp 2 halusinasi) Mengevaluasi kemampuan klien pada saat latihan menghardik Menjelaskan dan mengajarkan klien cara mengontrol halusinasi ke 2 yaitu minum obat <ol style="list-style-type: none"> Menjelaskan jenis obat, 	<p>Pukul : 08:50 WIB</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien mengatakan memperagakan menghardik saat suara bisikan terjadi Klien mengatakan senang dapat mengetahui dan belajar tentang obat dan meminum obat dengan benar serta teratur <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien tampak antusias saat perawat menjelaskan tentang obat Klien tampak memahami apa yang disampaikan oleh perawat <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> Latihan bercakap- cakap dengan orang lain 	<p>Perawat</p>  <p>Anez Adinda Cesarita</p>

NO	Implementasi	Evaluasi	Tanda Tangan
	<p>fungsi obat serta waktu/jadwal minum obat</p> <p><i>Risperidone</i> (3 mg) : 2x1 tablet/hari</p> <p><i>Trihexyphenidile</i> (2mg) : 2x1 tablet/hari</p> <p><i>Halloperidol</i> (5mg) : 2x1 tablet/hari</p> <p>b. Cara minum obat dengan benar (SP 2 klien terlampir)</p> <p>4. Mendiskusikan respon dan halusinasi klien terhadap tindakan keperawatan cara ke 2 minum obat</p> <p>Rencana Tindak Lanjut :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bina hubungan saling percaya 2. Kontrak waktu untuk pertemuan selanjutnya 3. SP 3 : Latih klien bercakap-cakap dengan orang lain 		

Tabel 3.7


Catatan Implementasi dan Evaluasi SP 3 Klien Halusinasi Pada Tn.D Dengan Halusinasi Pendengaran Pada kasus *Skizofrenia* di Ruang Nuri Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung Tahun 2021

NO	Implementasi	Evaluasi	Tanda Tangan
	<p>Tanggal : 25 Maret 2021</p> <p>Pukul : 13:00 WIB</p> <p>Data :</p> <p>Data Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan masih mendengar bisikan ketika sendiri 2. Klien mengatakan ingin belajar bercakap-cakap dengan orang lain (teman di Rumah Sakit Jiwa) <p>Data Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak senang 2. Mulut klien sering tampak komat-kamit <p>Diagnosa Keperawatan</p> <p>Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran</p> <p>Tindakan Keperawatan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bina hubungan saling percaya <ol style="list-style-type: none"> a. Memberi salam terapeutik setiap berinteraksi 	<p>Pukul : 13:45WIB</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan masih mengingat nama perawat 2. Klien mengatakan masih mengingat cara minum obat yang diajarkan perawat pada pertemuan sebelumnya 3. Klien mengatakan senang saat melakukan kegiatan bercakap-cakap bersama dengan teman ruangnya 4. Klien mengatakan bisa melakukan cara mengontrol halusinasi yang ke3 <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien dapat memperagakan cara-cara yang sudah diajarkan oleh perawat 	<p>Perawat</p>  <p>Anez Adinda Cesarita</p>

NO	Implementasi	Evaluasi	Tanda Tangan
	<p>b. Menanyakan kembali apakah masih ingat dengan perawat</p> <p>c. Menjelaskan tujuan pertemuan hari ini (perawat akan mengajarkan sp 3 halusinasi)</p> <p>2. Mengevaluasi kemampuan klien tentang minum obat</p> <p>3. SP 3 : Bercakap-cakap dengan orang lain</p> <p>4. Mengajarkan klien mengontrol halusinasi dengan cara ke 3</p> <p>5. Cara bercakap-cakap dengan orang lain (SP 3 klien terlampir)</p> <p>6. Mendiskusikan respon dan perasaan klien terhadap tindakan cara ke 3 yaitu bercakap-cakap</p> <p>Rencana tindak lanjut</p> <p>1. Bina hubungan saling percaya</p> <p>2. Kontrak waktu pertemuan selanjutnya</p> <p>3. SP 4 : Menyusun kegiatan terjadwal</p>	<p>2. Mulut klien tampak tidak komat-kamit</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>lanjutkan intervensi</p> <p>1. SP 4 menyusun kegiatan terjadwal</p>	

Tabel 3.8


Catatan Implementasi dan Evaluasi SP 4 Klien Halusinasi Pada Tn.D Dengan Halusinasi Pendengaran Pada kasus *Skizofrenia* di Rung Nuri Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung Tahun 2021

NO	Implementasi	Evaluasi	Tanda Tangan
	<p>Tanggal : 26 Maret 2021</p> <p>Pukul : 14:00 WIB</p> <p>Data :</p> <p>Data Subjektif</p> <p>Klien mengatakan suara bisikan jarang terdengar kecuali saat ingin tidur dan sendiri</p> <p>Data Objektif</p> <p>Klien tampak tenang</p> <p>Diagnosa Keperawatan</p> <p>Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran</p> <p>Tindakan Keperawatan</p> <p>1. Bina hubungan saling percaya</p> <p>a. Memberi salam terapeutik</p>	<p>Pukul : 14:50 WIB</p> <p>S :</p> <p>1. Klien mengatakan akan melakukan kegiatan terjadwal yang sudah dibuat</p> <p>2. Klien mengatakan senang sudah di ajarkan cara mengontrol halusinasi</p> <p>3. Klien mengatakan senang berbincang-bincang dengan teman ruangnya</p> <p>4. Klien mengatakan mendengar suara bisikan hanya ketika ingin tidur dan sendiri namun klien sudah mampu menerapkan mengontrol saat bisikan itu tiba</p>	<p>Perawat</p>  <p>Anez Adinda Cesarita</p>

NO	Implementasi	Evaluasi	Tanda Tangan
	<p>setiap berinteraksi</p> <p>b. Menanyakan kembali apakah masih ingat dengan perawat</p> <p>c. Menjelaskan tujuan pertemuan hari ini (perawat akan mengajarkan SP 4 halusinasi)</p> <p>2. Menanyakan kepada klien apakah sudah melatih cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, minum obat dan bercakap-cakap</p> <p>3. Mengajarkan klien mengontrol halusinasi dengan cara ke 4 yaitu menyusun kegiatan harian terjadwal (SP 4 klien terlampir)</p> <p>4. Mendiskusikan respon dan perasaan klien terhadap tindakan keperawatan cara ke 4 kegiatan terjadwal</p> <p>5. Memberikan pujian kepada klien</p> <p>Rencana Tindak Lanjut Follow up SP 1-4 pada klien halusinasi ke pihak Rumah Sakit Jiwa</p>	<p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien tampak antusias Klien dan perawat membuat kegiatan terjadwal <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi <i>Follow up</i> SP 1-4 ke pihak Rumah Sakit Jiwa</p>	

Tabel 3.9

Catatan Implementasi dan Evaluasi SP 1 Klien Risiko Perilaku Kekerasan Pada Tn.D Dengan Risiko Perilaku Kekerasan Pada kasus *Skizofrenia* di Ruang Nuri Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung Tahun 2021


NO	Implementasi	Evaluasi	Tanda Tangan
	<p>Tanggal : 23 Maret 2021</p> <p>Pukul : 09:30 WIB</p> <p>Data :</p> <p>Data Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien mengatakan dirinya sering tiba-tiba emosi dan kesal Klien mengatakan mendengar suara yang menyuruhnya untuk melukai orang lain dan ayahnya <p>Data Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien tampak sering melotot, rahang menutup dan wajah memerah Klien terkadang berbicara dengan nada kuat dan keras 	<p>Pukul : 10: 20 WIB</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien mengatakan dirinya sering tiba-tiba emosi dan kesal Klien mengatakan tampak sedikit lega saat melakukan latihan tarik napas dalam Klien mengatakan memahami cara latihan napas dalam <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien tampak melampiaskan emosinya saat latihan Klien tampak mengikuti cara mengontrol risikoperilaku kekerasan yang diajarkan 	<p>Perawat</p>  <p>Anez Adinda Cesarita</p>

NO	Implementasi	Evaluasi	Tanda Tangan
	<p>3. Postur tubuh klien kaku dan meniru harimau</p> <p>Diagnosa Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan Tindakan Keperawatan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bina hubungan saling percaya <ol style="list-style-type: none"> a. Memberi salam terapeutik setiap berinteraksi b. Menanyakan kembali apakah masih ingat dengan perawat c. Menjelaskan tujuan pertemuan hari ini (perawat akan mengajarkan Sp 1 Risiko perilaku kekerasan) 2. Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (mis. Benda tajam, tali) 3. Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin 4. Latih mengurangi kemarahan secara non verbal (Seperti relaksasi) (SP 1 RPK klien terlampir) 5. Mendiskusikan perasaan dan respon klien terhadap risiko perilaku kekerasan 6. Mengajarkan dan melatih cara mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan 5 cara yaitu latihan cara mengontrol risiko perilaku kekerasan secara fisik : tarik napas dalam, pukul kasur atau bantal, latih cara mengontrol risiko perilaku kekerasan secara verbal (3 cara yaitu : mengungkapkan, meminta, menolak dengan benar), latih mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual dan terakhir latih cara mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan memanfaatkan obat (jelaskan jenis obat, fungsi dan cara minum obat yang benar). Mengajarkan cara pertama untuk mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan cara napas dalam . (SP 1 RPK klien terlampir) 7. Memberikan pujian kepada klien yang telah melakukan dan mengikuti latihan dengan baik 	<p>perawat</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Klien terkadang masih berbicara dengan nada kuat dan keras 4. Sewaktu waktu klien meniru harimau dengan mata melotot dan wajah memerah <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi acara mengontrol dengan tarik napas dalam 2. SP 2 yaitu mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan latihan fisik memukul kasur atau bantal 	

NO	Implementasi	Evaluasi	Tanda Tangan
	Rencana tindak lanjut : 1. Bina hubungan saling percaya 2. Memotivasi klien untuk melatih mngontrol risiko perilaku kekerasan dengan cara tarik napas dalam 3. Memasukkan latihan napas dalam ke kegiatan terjadwal 4. Kontrak waktu kegiatan selanjutnya 5. SP 2 mnegontrol RPK dengan cara latihan fisik (pukul kasur atau bantal)		

Tabel 3.10


Catatan Implementasi dan Evaluasi SP 2 Klien Risiko Perilaku Kekerasan Pada Tn.D Dengan Risiko Perilaku Kekerasan Pada kasus *Skizofrenia* di Ruang Nuri Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung Tahun.2021

NO	Implementasi	Evaluasi	Tanda Tangan
	Tanggal : 23 Maret 2021 Pukul : 10:30 WIB Data : Data Subjektif 1. Klien mengatakan dirinya masih sering tiba-tiba emosi dan kesal 2. Klien mengatakan masih mengingat cara mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan cara tarik napas dalam 3. Klien mengatakan ingin latihan cara mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan cara latihan fisik pukul kasur atau bantal Data Objektif 1. Klien masi tampak sering melotot dan berperilaku seperti macan 2. Klien terkadang berbicara dengan nada kuat dan keras Diagnosa Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan Tindakan Keperawatan 1. Bina hubungan saling percaya a. Memberi salam terapeutik setiap berinteraksi	Pukul : 11: 00 WIB S : 1. Klien mengatakan dirinya masih sering tiba-tiba emosi dan kesal 2. Klien mengatakan memahami cara mengontrol dengan cara fisik memukul kasur atau bantal 3. Klien mengatakan lega emosinya terluap dengan memukul kasur atau bantal O : 1. Klien tampak hanya sesekali melotot 2. Klien tampak mampu memperagakan mengontrol rasa emosi dan kesalnya dengan cara fisik memukul kasur atau bantal A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 1. SP 3 : latihan mengontrol risiko perilaku kekerasan	Perawat  Anez Adinda Cesarita

NO	Implementasi	Evaluasi	Tanda Tangan
	<p>b. Menanyakan kembali apakah masih ingat dengan perawat</p> <p>c. Menjelaskan tujuan pertemuan hari ini (perawat akan mengajarkan SP 2 Risiko perilaku kekerasan)</p> <p>2. Mengevaluasi cara mengontrol dan tarik napas dalam</p> <p>3. Menjelaskan dan mengajarkan klien cara latihan fisik pukul kasur atau bantal (SP 2 RPK klien terlampir)</p> <p>4. Mendiskusikan respon dan halusinasi klien terhadap tindakan keperawatan cara ke 2 latihan fisik memukul kasur atau bantal</p> <p>Rencana Tindak Lanjut</p> <p>1. Bina hubungan saling percaya</p> <p>2. Kontrak waktu untuk pertemuan selanjutnya</p> <p>3. Evaluasi kedua cara mengontrol RPK</p> <p>4. SP 3 : Latih klien mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan cara verbal (3 cara, yaitu : mengungkapkan, meminta dan menolak dengan benar)</p> <p>5. Masukkan ke dalam jadwal kegiatan untuk napas dalam, latihan fisik, dan verbal</p>	dengan cara verbal	


Tabel 3.11

Catatan Implementasi dan Evaluasi SP 3 Klien Risiko Perilaku Kekerasan Pada Tn.D Dengan Risiko Perilaku Kekerasan Pada kasus *Skizofrenia* di Ruang Nuri Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung Tahun 2021

NO	Implementasi	Evaluasi	Tanda Tangan
	<p>Tanggal : 24 Maret 2021</p> <p>Pukul : 09:00 WIB</p> <p>Data :</p> <p>Data Subjektif</p> <p>1. Klien mengatakan ketika emosinya datang klien sudah dapat mengontrol emosinya menggunakan latihan fisik memukul kasur atau bantal dan tarik napas dalam</p>	<p>Pukul : 09: 45 WIB</p> <p>S :</p> <p>1. Klien mengatakan masi mengingat cara mengontrol marah dengan memukul kasur atau bantal</p> <p>2. Klien mengatakan memahami cara latihan mengontrol risiko perilaku</p>	<p>Perawat</p>  <p>Anez Adinda Cesarita</p>

NO	Implementasi	Evaluasi	Tanda Tangan
	<p>2. Klien mengatakan masih mengingat tentang cara latihan fisik</p> <p>3. Klien mengatakan ingin latihan cara mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan cara verbal</p> <p>Data Objektif</p> <p>1. Klien terkadang berbicara dengan nada kuat dan keras</p> <p>Diagnosa Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan Tindakan Keperawatan</p> <p>1. Bina hubungan saling percaya</p> <p>a. Memberi salam terapeutik setiap berinteraksi</p> <p>b. Menanyakan kembali apakah masih ingat dengan perawat</p> <p>c. Menjelaskan tujuan pertemuan hari ini (perawat akan mengajarkan SP 3 Risiko perilaku kekerasan)</p> <p>2. Mengevaluasi kemampuan klien tentang latihan fisik memukul kasur atau bantal</p> <p>3. SP 3 : latihan mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal (3 cara, yaitu : mengungkapkan, meminta dan menolak dengan benar) (SP 3 klien RPK terlampir)</p> <p>4. Mendiskusikan respons dan perasaan klien terhadap tindakan cara ke 3</p> <p>Rencana Tindak Lanjut :</p> <p>1. Bina hubungan saling percaya</p> <p>2. Memotivasi klien mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan latihan verbal</p> <p>3. Kontrak waktu pertemuan selanjutnya</p> <p>4. SP 4 : Laih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual</p>	<p>kekerasan dengan cara verbal</p> <p>O :</p> <p>1. Klien tampak tenang</p> <p>2. Klien tampak mengecilkan suaranya menjadi pelan</p> <p>3. Klien mampu mempraktikkan latihan verbal yang ajarkan oleh perawat</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Lanjutkan intervensi</p> <p>1. SP 4 : latihan mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan cara spiritual</p>	


Tabel 3.12
Catatan Implementasi dan Evaluasi SP 4 Klien Risiko Perilaku Kekerasan Pada Tn.D
Dengan Risiko Perilaku Kekerasan Pada kasus *Skizofrenia* di Ruang Nuri Rumah Sakit
Jiwa Daerah Provinsi Lampung Tahun 2021

NO	Implementasi	Evaluasi	Tanda Tangan
	<p>Tanggal : 25 Maret 2021 Pukul : 14:00 WIB</p> <p>Data :</p> <p>Data Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan senang bisa berbicara mengungkapkan, meminta dan menolak dengan cara yang benar 2. Klien mengatakan ingin latihan cara mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan cara spiritual 3. Klien mengatakan masi sering emosi dan kesal <p>Data Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bicara klien tampak tidak begitu keras <p>Diagnosa Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan Tindakan Keperawatan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bina hubungan saling percaya <ol style="list-style-type: none"> a. Memberi salam terapeutik setiap berinteraksi b. Menanyakan kembali apakah masih ingat dengan perawat c. Menjelaskan tujuan pertemuan hari ini (perawat akan mengajarkan SP 4 Risiko perilaku kekerasan) 2. Menanyakan kepada klien sudahkan melatih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara latihan fisik memukul kasur atau bantal, latihan napas dalam dan latihan verbal 3. Mengajarkan klien mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan cara ke 4 yaitu dengan spiritual (SP 4 RPK klien terlampir) <p>Rencana Tindak Lanjut</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bina hubungan saling percaya 2. Evaluasi mengontrol RPK dengan latihan fisik, napas dalam, verbal dan spiritual 	<p>Pukul : 14: 45 WIB</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan sudah menerapkan cara mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan latihan fisik, minum obat dan verbal 2. Klien mengatakan senang sudah diajarkan cara mengontrol risiko perilaku kekerasan 3. Klien mengatakan memahami cara latihan mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan cara spiritual 4. Klien mengatakan emosi sedikit mereda <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak tenang dan antusias 2. Klien tampak mengikuti arahan dari perawat 3. Suara klien tampak tidak begitu keras <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. SP 5 mengontrol RPK dengan minum obat 	<p>Perawat</p>  <p>Anez Adinda Cesarita</p>

NO	Implementasi	Evaluasi	Tanda Tangan
	3. Latih mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan obat 4. Latih klien minum obat secara teratur dengan prinsip 5 benar (benar nama klien, benar obat, benar cara minum obat, benar waktu minum obat, benar dosis obat) dan menjelaskan guna obat dan akibat berhenti minum obat		

Tabel 3.13

Catatan Implementasi dan Evaluasi SP 5 Klien Risiko Perilaku Kekerasan Pada Tn.D Dengan Risiko Perilaku Kekerasan Pada kasus *Skizofrenia* di Ruang Nuri Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung Tahun 2021

NO	Implementasi	Evaluasi	Tanda Tangan
	Tanggal : 26 Maret 2021 Pukul : 14:00 Data : Data Subjektif 1. Klien mengatakan terkadang masi suka emosi dan kesal 2. Klien mengatakan sholat 5 waktu 3. Klien mengatakan ingin latihan cara mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan cara minum obat Data Objektif 1. Suara klien sedikit mereda Diagnosa Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan Tindakan Keperawatan 1. Bina hubungan saling percaya a. Memberi salam terapeutik setiap berinteraksi b. Menanyakan kembali apakah masih ingat dengan perawat c. Menjelaskan tujuan pertemuan hari ini (perawat akan mengajarkan Sp 4 Risiko perilaku kekerasan) 2. Mengevaluasi cara mengontrol RPK dengan latihan napas dalam, latihan fisik memukul kasur atau bantal, verbal dan spiritual 3. Latih mengontrol RPK dengan obat 4. Latih pasien minum obat secara teratur dengan prinsip 5 benar (benar nama pasien, benar obat, benar cara minum obat, benar	Pukul: 14:40 S : 1. Klien mengatakan masi mengingat dan menerapkan cara mengontrol RPK dengan latihan napas dalam, latihan fisik memukul kasur atau bantal, verbal dan spiritual 2. Klien mengatakan memahami cara minum obat yang benar 3. Klien mengatakan sudah jarang emosi O : 1. Klien tampak memperhatikan saat perawat menjekaskan 2. Suara klien tidak begitu keras A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi <i>Follow up</i> klien kepada pihak Rumah Sakit Jiwa	Perawat  Anez Adinda Cesarita

NO	Implementasi	Evaluasi	Tanda Tangan
	<p>waktu mium obat, benar dosis obat) dan menjelaskan guna obat dan akibat berhenti minum obat (SP 5 RPK klien terlampir)</p> <p>Rencana Tindak Lanjut <i>Follow up</i> klien kepada pihak Rumah Sakit Jiwa</p>		