

BAB III

LAPORAN STUDI KASUS

A. Pengkajian

1. Identitas Klien

 Insial : Ny.F

 Jenis Kelamin : Perempuan

 Umur : 46 Tahun

 Informan : Keluarga/ ayah & kakak

 Tanggal Pengkajian : 09 Maret 2020

2. Keluhan Utama :

 Klien mengatakan masih melihat bayangan-bayangan, bayangan tersebut muncul saat sendiri, saat melamun dan bayangan tersebut muncul selama lebih kurang 3-5 menit. Klien mengatakan bila tidak mengkonsumsi obat klien merasa gelisah dan ada perasaan aneh di dalam tubuhnya. Keluarga juga mengatakan klien sering menatap ke luar jendela, melihat ke arah matahari & suka senyum-senyum sendiri. Klien suka menjerit tiba-tiba setelah melihat matahari tersebut dan memukul sendiri kepalanya, sudah pernah menjalani pengobatan selama kurang lebih 10 tahun.

 Masalah Keperawatan :

- a. Gangguan persepsi sensori : Halusinasi
- b. Risiko Perilaku kekerasan

3. Faktor Predisposisi

- a. Klien mengalami gangguan jiwa sekitar 10 tahun yang lalu tepatnya tahun 2010
- b. Klien mengatakan melihat bayangan yang datangnya dari matahari dan selalu menyuruhnya untuk beribadah & bayangan dari sumur yaitu suaminya yang sudah meninggal mengajaknya untuk masuk ke dalam sumur.
- c. Klien mengatakan bahwa anggota keluarga tidak ada yang mengalami gangguan jiwa sebelumnya.
- d. Klien mengatakan sudah menjalani pengobatan, dan rutin minum obat sesuai anjuran dokter, klien juga mengatakan jika dia tidak mengkonsumsi obat akan kambuh.
- e. Klien mengatakan pernah mengalami penganiayaan oleh kakak dan orang tuanya (penganiayaan fisik: pemukulan).
- f. Klien mengatakan belum pernah mengalami tindakan kriminal .
- g. Klien mengatakan memiliki pengalaman tidak menyenangkan yaitu pernah bekerja di suatu PT dan jarinya terputus masuk ke dalam mesin, selain itu klien juga mengatakan tidak terima kenyataan bahwa suaminya harus meninggal disaat anak-anaknya masih kecil dan masih butuh pendidikan. Klien merasa tidak frustrasi dengan keadaan seperti itu, klien harus membesarkan ketiga anaknya tanpa suaminya dan anak sulungnya memaksa untuk melanjutkan pendidikan yang lebih tinggi sementara klien tidak bekerja. Sejak kejadian itulah klien

menjadi sering melamun dan melihat bayangan-bayangan yang tidak ada wujudnya tersebut.

h. Masalah keperawatan:

Gangguan sensori persepsi: Halusinasi Penglihatan.

4. Pemeriksaan fisik

a. Tanda tanda vital:

Tekanan darah : 120/70 mmHg

Nadi : 80 x/menit

Suhu tubuh : 36,5 °C

Pernafasan : 20 x/menit

b. Ukuran tubuh

Tinggi : 167 cm

Berat badan : 45 kg

c. Keluhan fisik:

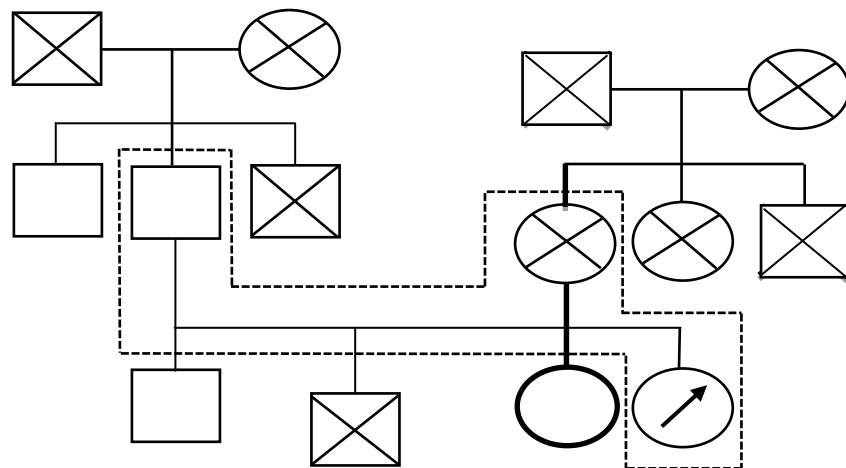
Klien mengatakan tidak memiliki keluhan kesehatan

d. Masalah keperawatan :

Tidak ada masalah keperawatan

5. Psikososial

Gambar 3.1
Genogram Keluarga Ny. F
dengan Gangguan Sensori Persepsi: Penglihatan



Keterangan :



: Klien Laki – Laki



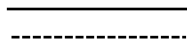
: Klien Perempuan



: Laki – Laki / Perempuan



: Laki – Laki Meninggal / Perempuan Meninggal



: Hubungan Keluarga

: Tinggal Serumah

6. Konsep Diri

a. Gambaran diri

Klien mengatakan menyukai seluruh bagian tubuhnya, tetapi yang tidak disukai adalah bagian giginya, karena ada beberapa gigi yang sudah tidak ada/ompong.

b. Identitas diri

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

c. Peran

Klien mengatakan kegiatannya sehari-hari di rumah, semenjak suaminya meninggal, klien bekerja untuk kebutuhan sehari-hari.

d. Aktualisasai diri

Klien mengatakan ingin sembuh dari penyakitnya ini dan segera ingin berhenti minum obat

e. Harga Diri

Klien mengatakan sering keluar rumah untuk berbelanja dan bekerja di kebun kakaknya

7. Hubungan sosial

a. Orang yang berarti/orang yang terdekat

Menurut klien orang yang paling dekat dengannya adalah ayahnya, karena ayahnya yang selalu memotivasinya dan juga ibu klien telah meninggal.

b. Peran serta dalam kelompok/masyarakat

Klien mengatakan tidak mengikuti kegiatan apapun di lingkungan masyarakat

c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain

Klien mengatakan jarang berhubungan dengan orang lain, hanya saja dengan beberapa tetangga pokok/terdekat dari rumahnya (warung di

belakang rumahnya & kakak kandungnya yang rumahnya juga di belakang rumahnya).

8. Spiritual

a. Nilai dan keyakinan

Klien mengatakan beragama Islam

b. Kegiatan ibadah

Klien mengatakan rajin beribadah melakukan sholat 5 waktu, namun jika halusinasinya kambuh klien beribadah tidak dengan waktu yang ditentukan (klien beribadah sesuka hati).

9. Status mental

a. Penampilan

Klien berpenampilan kurang rapi, tidak mengenakan pakaian dalam, tidak pernah menyisir rambut, dan berkuku panjang.

Masalah keperawatan: Defisit Perawatan Diri

b. Pembicaraan

Klien menjawab beberapa pertanyaan yang diajukan, namun ada beberapa pertanyaan yang dijawab tidak sesuai.

c. Aktifitas motorik

Klien terlihat bersemangat dan nampak selalu ingin berkomunikasi, namun sesekali klien seperti nampak bingung dan senyum-senyum sendiri.

Masalah Keperawatan: Gangguan Sensori Persepi: Halusinasi

d. Alam perasaan

Pada saat pengkajian klien tampak rileks, tidak ada perasaan sedih, ketakutan dan gembira berlebih

e. Afek

Pada saat pengkajian ketika perawat sedang berbicara mimik muka klien tampak bersemangat

f. Interaksi selama wawancara

Pada saat interaksi, klien terlihat kooperatif tetapi terkadang mengalihkan pandangan dan senyum-senyum ke arah jendela.

Masalah Keperawatan: Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi

g. Persepsi Halusinasi

Klien mengaku sering melihat bayangan-bayangan dari arah matahari seperti ada kakaknya yang menyuruhnya untuk selalu beribadah dan dari arah sumur seperti ada suaminya yang menyuruhnya untuk mengikuti masuk ke dalam sumur.

Masalah keperawatan: Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Penglihatan

h. Proses pikir

Saat pengkajian dengan klien, klien tampak tenang, dan menjawab pembicaraan dengan cepat, hanya saja ada beberapa pertanyaan yang dijawab kurang tepat.

i. Isi pikir

Klien menyampaikan seluruh isi pikir sesuai dengan pertanyaan.

Masalah keperawatan: tidak ada masalah keperawatan

j. Tingkat kesadaran

Pada saat pengkajian klien dapat mengingat tanggal, bulan dan tahun serta alamat rumah, dan juga masih mengingat nama keluarganya.

k. Memori

Klien mampu menjawab kapan klien pernah dirawat, klien mampu mengingat nama perawat, klien mampu menyebutkan anggota keluarga dan tempat tinggal.

Masalah keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

l. Tingkat konsentrasi dan berhitung

Klien mampu berkonsentrasi, tingkat berhitung klien cukup baik, dapat menjawab pertanyaan hitungan sederhana, seperti $2 \times 2 = 4$

m. Kemampuan penilaian

Klien dapat mengambil keputusan sendiri, terkadang klien meminta saran dengan kakaknya .

Masalah keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

n. Daya tilik diri

Klien menyadari tentang penyakit yang dideritanya, harus minum obat dengan teratur, dan klien tidak pernah menyalahkan siapapun atas penyakitnya.

o. Masalah keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

10. Mekanisme koping

Klien mengatakan jika klien sendiri dan bayangan-bayangan muncul, klien langsung minum obat dan menutup mata dengan bantal (adaptif).

Klien mengatakan jika melihat bayangan, klien menghindar dan terkadang berteriak (Maladaptif).

Masalah keperawatan: Perubahan Sensori Persepsi: Halusinasi Penglihatan

11. Masalah psikososial dan lingkungan

a. Masalah berhubungan dengan lingkungan spesifik

Klien mengaku tidak pernah berhubungan dengan kelompok masyarakat tertentu

b. Masalah berhubungan dengan pendidikan

Klien tidak memiliki masalah dalam pendidikan karena klien hanya lulus smp, dan itu dilalui dengan baik.

c. Masalah berhubungan dengan pekerjaan

Klien mengatakan tidak memiliki pekerjaan tetap, hanya membantu kakaknya di kebun.

d. Masalah berhubungan dengan pelayanan kesehatan

Klien mengatakan rajin berobat/mengambil obat ke rumah sakit secara mandiri.

12. Kurang pengetahuan

Klien mengetahui bahwa dirinya mengalami gangguan jiwa, tetapi klien belum mengetahui cara-cara untuk mengontrol halusinasi dengan benar

Masalah keperawatan: tidak ada masalah keperawatan

13. Aspek media

Diagnosa medis: *Skizofrenia*

Terapi medik

Chlorponazine 100mg : 1 x 1 tablet/hari

Trihezxyphenidil 2 mg : 2 x 1 tablet/hari

Halloperidol : 2 x 1 tablet/hari

B. Analisa Data

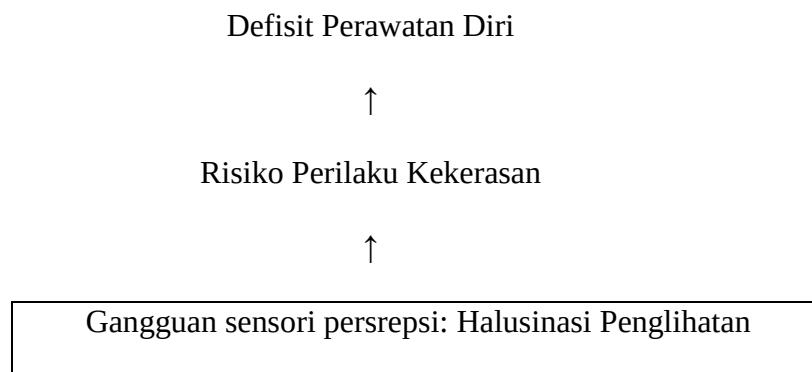
Tabel 3.1
Analisa Data Pada Ny. F
Dengan Gangguan Sensori Persepsi Halusinasi Penglihatan

No	Data	Masalah
1	2	3
1	Data Subjektif: 1. Klien mengatakan melihat bayangan dari matahari yaitu bayangan kakaknya yang sudah meninggal, menyuruhnya untuk selalu beribadah (sholat & mengaji), dan klien sering melihat bayangan suaminya yang sudah meninggal berada di dekat sumur dan menyuruhnya untuk mengikuti masuk ke dalam sumur. 2. Klien mengatakan merasa sangat terganggu dengan adanya bayangan tersebut. Data Objektif: 1. Klien tampak melamun dan memandang matahari 2. Klien tampak seperti ketakutan jika memandang ke arah sumur	Halusinasi Penglihatan
2	Data Subjektif: 1. Klien mengatakan jika klien melihat bayangan tersebut klien merasa pusing dan ingin memecahkan kepalanya sendiri. Data Objektif 1. Klien tampak memegang kepalanya dan menutup matanya	Risiko Perilaku Kekerasan

1	2	3
	Data Subjektif: 1. Klien mengatakan mandi 4 kali dalam 1 hari, namun klien tidak pernah menyikat gigi karena ada beberapa giginya yang sudah tidak ada 2. Klien mengatakan tidak pernah menyisir rambut karena rambutnya pendek dan merasa tidak perlu disisir Data Objektif: 1. Gigi klien tampak kotor 2. Rambut klien tampak tidak rapi.	Defisit Perawatan Diri

Pohon Masalah :

Gambar 2.2
Gangguan Sensori Persepsi Halusinasi Penglihatan



C. Diagnosa Keperawatan

1. Gangguan persepsi sensori: Halusinasi Penglihatan
2. Risiko Perilaku Kekerasan
3. Defisit Perawatan Diri

a. Gangguan persepsi sensori: Halusinasi Penglihatan

Data subjektif:

- 1) Klien mengatakan melihat bayangan-bayangan yang menakutkan
- 2) Klien melihat bayangan yang datangnya dari matahari, dan di dalam matahari tersebut klien merasa ada bayangan kakaknya yang sudah meninggal, dan menyuruhnya untuk selalu beribadah
- 3) Klien mengatakan melihat bayangan suaminya yang sudah meninggal berada didekat sumur, dan mengajaknya untuk masuk ke dalam sumur tersebut.

Data Objektif:

- 1) Klien tampak kurang fokus ketika diajak berbincang-bincang.

b. Risiko perilaku kekerasan

Data Subjektif:

- 1) Klien mengatakan pernah memukul/membenturkan kepalanya sendiri ke tembok.
- 2) Klien mengatakan pernah hampir bunuh diri dengan menabrakkan dirinya ke mobil yang lewat di jalan.
- 3) Klien mengatakan pernah dibawa ke rumah sakit jiwa karena mengamuk.

Data Objektif:

- 1) Klien tampak kurang fokus ketika diajak berbincang-bincang.

c. Defisit perawatan diri

Data Subjektif:

- 1) Klien mengatakan mandi 4 x sehari
- 2) Klien mengatakan mandi tetapi tidak menyikat giginya karena ada beberapa gigi yang ompong
- 3) Klien mengatakan malas menyisir rambut dengan alasan rambutnya pendek dan tidak perlu disisir.

Data Objektif:

- 1) Gigi klien tampak kotor
- 2) Rambut klien tampak acak-acakan dan tidak rapi.

Tabel 3.2
Rencana Tindak Keperawatan Jiwa
Pada Klien dengan Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi Penglihatan

Nama Klien : Ny.F

Diagnosa Medis : Skizofrenia

No.Rek.Med :

Alamat : Bernah

No. Dx	Perencanaan			
	Dx. Keperawatan	Tujuan	Kriteria Evaluasi	Intervensi
1	2	3	4	5
1	Gangguan persepsi sensori: Halusinasi (Lihat)	TUK 1: Klien dapat mengenal halusinasi dan latihan menghardik halusinasi	1. Klien menyatakan mengalami halusinasi 2. Klien menyebutkan halusinasi yang dialami a. Isi b. Waktu	1. Diskusikan dengan klien tentang halusinasi yang dialami. a. Tanyakan apakah mengalami sesuatu (halusinasi lihat) 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. 2. Klien tidak sedang berhalusinasi. Klasifikasi tentang adanya pengeamanan halusinasi, diskusikan dengan klien :

1	2	3	4	5
			c. Frekuensi d. Situasi dan kondisi yang menimbulkan hallusinasi 3. Klien menyatakan yang dilakukan saat halusinasi muncul 4. Klien menyampaikan apa yang dilakukan untuk mengatasi perasaan tersebut. 5. Klien menyampaikan dampak yang akan dialaminya bila klien menikmati halusinasinya. 6. Klien mampu mengenal cara baru untuk	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. 3. Diskusikan dengan klien apa yang dirasakan jika terjadi halusinasi dan beri kesempatan untuk mengungkapkan perasaannya. a. Marah b. Takut c. Sedih, cemas, senang, jengkel. 4. Diskusikan dengan klien apa yang dilakukan untuk mengatasi perasaan tersebut. a. Jika cara yang digunakan adaptif beeri pujian b. Jika cara yang digunakan maladaptif diskusikan kerugian cara tersebut. 5. Diskusikan tentang dampak yang akan dialaminya bila klien menikmati halusinasinya. 6. Jelaskan cara mengontrol halusinasi: Hardik, obat, bercakap-cakap, melakukan kegiatan.

1	2	3	4	5
			mengontrol halusinasinya.	Latih cara mengontrol halusinasi dengan menghardik: a. Katakan pada diri sendiri bahwa” ini tidak nyata!, saya tidak mau lihat” b. Masukan pada jadwal kegiatan.
2		TUK 2: Klien dapat mengontrol dengan obat	1. Klien mampu menyampaikan kemampuan menghardik. 2. Klien mampu menyampaikan atau mempraktikkan cara minum obat 3. Klien mampu merencanakan jadwal minum obat.	1. Evaluasi kegiatan menghardik, beri pujian 2. Latih cara mengontrol halusinasi dengan obat, jelaskan: a. Jenis b. Guna c. Dosis d. Frekuensi e. Cara kontinuitas minum obat. 3. Masukkan pada jadwal kegiatan harian untuk latihan menghardik dan minum obat.
3		TUK 3: Klien dapat mengontrol halusinasi dengan bercakap-	1. Klien mampu menyampaikan kemampuan menghardik dan minum obat	1. Evaluasi kegiatan menghardik dan minum obat, beri pujian.

1	2	3	4	5
		cakap	2. Klien mampu menyampaikan atau mempraktikkan cara bercakap-cakap. 3. Klien mampu merencanakan jadwal bercakap-cakap.	2. Jelaskan cara bercakap-cakap dan melakukan kegiatan untuk mengontrol halusinasi: a. Meminta orang lain untuk bercakap-cakap. b. Menyampaikan manfaat bercakap-cakap. 3. Masukkan jadwal kegiatan untuk latihan menghardik, minum obat, dan bercakap-cakap.
		TUK 4: Klien dapat mengontrol dengan melakukan aktifitas terjadwal	1. Klien mampu menyampaikan kemampuan menghardik, minum obat, bercakap-cakap. 2. Klien mampu menyampaikan dan mempraktikkan aktifitas yang dapat dilakukan 3. Klien mampu merencanakan jadwal aktifitas yang akan	1. Evaluasi kegiatan latihan menghardik dan minum obat, bercakap-cakap, beri pujian. 2. Latih cara mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan harian (mulai 2 kegiatan): a. Diskusikan dengan klien kegiatan yang dapat dilakukan b. Anjurkan klien memilih dua cara untuk dilatih (menghardik dan bercakap-cakap) c. Latih dua cara yang dipilih d. Latihan dua cara yang dipilih 3. Bercakap-cakap dan kegiatan Masukkan jadwal kegiatan untuk latihan menghardik, minum obat, bercakap-cakap dan kegiatan

1	2	3	4	5
			dilakukan.	sehari-hari a. Evaluasi kegiatan menghardik dan obat, bercakap-cakap dan kegiatan harian b. Latih kegiatan harian c. Nilai kemampuan yang telah mandiri. d. Nilai apakah halusianasi terkontrol.
		Klien dapat dukungan keluarga untuk mengontrol halusinasi: Keluarga mengenal masalah halusinasi dan melatih klien menghardik halusinasi	1. Keluarga menyampaikan masalah dalam merawat klien 2. Menjelaskan cara-cara membantu klien dalam mengontrol halusinasi	1. Diskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat pasien, jelaskan pengertian tanda dan gejala, proses terjadinya halusinasi: a. Jelaskan pengertian, tanda dan gejala, penyebab, dan proses terjadinya halusinasi. b. Tindakan yang telah dilakukan klien selama di rumah sakit dalam mengonrol halusinasi dan kemajuan yang telah dialami oleh klien. c. Dukungan yang bisa diberikan oleh keluarga d. Untuk meningkatkan kemampuan klien dalam mengontrol halusinasi. 2. Diskusikan dengan keluarga hal-hal yang perlu dilakukan keluarga dalam mengontrol halusinasi: a. Anjurkan keluarga untuk mempraktikkan 4 cara menghardik, minum obat, bercakap-cakap, dan melakukan aktifitas.

1	2	3	4	5
			3. Keluarga mempraktikkan cara menghardik	b. Ingatkan klien waktu:menghardik, minum obat, bercakap-cakap, dan melakukan aktifitas. c. Bantu jika klien mengalami hambatan dalam mengontrol halusinasi. d. Berikan pujian atas keberhasilan klien 3. Latih cara merawat:menghardik dan anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian.
		Klien mendapatkan dukungankeluarga untuk mengontrol halusinasi: Keluarga melatih minum obat	1. Keluarga menyampaikan kemajuan pasien menghardik. 2. Keluarga mampu menyebutkan cara memberikan obat klien dengan prinsip 6 benar. 3. Keluarga menyiapkan obat klien dan mempraktikkan saat mendampingi minum	1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat atau melatih pasien menghardik,beri pujian. 2. Jelaskan cara 6benar memberikan obat: a. Jenis b. Guna c. Dosis d. Frekuensi e. Cara f. Kontinuitas minum obat 3. Diskusikan dan latih keluarga cara memberikan minum obat: a. Contohkan cara mendampingi klien mminum obat dan minta keluarga

1	2	3	4	5
			obat. 4. Keluarga merencanakan jadwal minum obat klien.	mengulang. b. Ingatkan klien waktu minum obat. c. Bantu jika klien mengalami hambatan minum obat. d. Beri pujian atas keberhasilan klien. 4. Anjurkan membantu klien minum obat sesuai jadwal dan memberikan pujian.
		Klien mendapatkan dukungan keluarga untuk mengontrol halusinasi: Keluarga melatih bercakap-cakap dan melakukan kegiatan.	1. Keluarga menyampaikan kemampuan dalam merawat atau melatih bercakap-cakap dan 2. Melakukan kegiatan, menjelaskan cara-cara, membantu klien bercakap-cakap dan melakukan kegiatan. 3. Keluarga mempraktikkan cara mendampingi bercakap-cakap dan melakukan kegiatan.	1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat atau melatih pasien menghardik dan memberi obat, beri pujian. 2. Diskusikan, jelaskan cara bercakap-cakap dan melakukan kegiatan untuk mengontrol halusinasi: a. Anjurkan keluarga untuk mempraktikkan cara mengontrol bercakap-cakap dan melakukan kegiatan untuk mengontrol halusinasi. b. Ingatkan klien waktu, cara bercakap-cakap dan melakukan kegiatan. c. Bantu jika klien mengalami hambatan dalam cara bercakap-cakap dan melakukan kegiatan untuk mengontrol halusinasi. d. Berikan pujian atas keberhasilan klien. 3. Latih dan sediakan waktu untuk bercakap-cakap terutama saat halusinasi, anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan

1	2	3	4	5
				memberikan pujian.
		Klien mendapatkan dukungan keluarga untuk mengontrol halusinasi: Keluarga melatih.	1. Keluarga menyampaikan kemampuan dalam merawat/melatih pasien menghardik, memberikan obat, bercakap-cakap, dan melakukan kegiatan. 2. Keluarga mempraktikkan cara mengevaluasi kemampuan pasien dalam mengontrol halusinasi.	1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat atau melatih pasien menghardik, memberikan obat, bercakap-cakap dan melakukan kegiatan, beri pujian. 2. Latih cara mengontrol halusinasi: menghardik, minum obat, bercakap-cakap dan melakukan aktifitas terjadwal.
		Keluarga dapat menyebutkan cara mengontrol halusinasi	1. Keluarga dapat menyebutkan cara mengontrol halusinasi	1. Evaluasi kegiatan dalam menghardik, minum obat, bercakap-cakap dan melakukan aktifitas terjadwal, beri pujian. 2. Nilai kemampuan keluarga merawat pasien 3. Nilai kemampuan keluarga melakukan kontrol (Pusat Kesehatan Masyarakat) PKM 4. Jelaskan <i>Follow up</i> ke PKM, tanda kambuh, rujukan. 5. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian.

Tabel 3.3
Rencana Tindakan Keperawatan Jiwa
Pada Klien dengan Risiko Kekerasan

Nama Klien : Ny.F

Diagnosa Medis : *Skizofrenia*

No.Rek.Med :

Alamat : Bernah

No. Dx	Perencanaan			
	Dx. Keperawatan	Tujuan	Kriteria Evaluasi	Intervensi
1	2	3	4	5
1	Risiko Perilaku Kekerasan	TUM: Klien dapat mengontrol perilaku kekerasan TUK: 1. Klien mampu mengenal perilaku kekerasan yang dialami dan mengontrol dengan cara fisik	Klien Mampu: 1. Membina hubungan saling percaya	1. Bina hubungan saling percaya dengan: - Beri salam setaia berinteraksi. - Perkenalkan nama, nama panggilan perawat, dan tujuan perawat berinteraksi. - Tanyakan dan panggil nama kesukaan klien - Tunjukkan sikap empati, jujur, dan menepati janji setiap berinteraksi - Tanyakan perasaan klien dan masalah yang dihadapi klien - Buat kontrak interaksi yang jelas. - Dengarkan dengan penuh perhatian ungkapan perasaan klien.

1	2	3	4	5
			2. Menceritakan penyebab perasaan jengkel atau kesal baik dari diri sendiri maupun dari lingkungannya. 3. Menceritakan tanda-tanda saat terjadi perilaku kekerasan: a. Tanda fisik: mata merah, tangan mengepal, ekspresi tegang dan lain-lain. b. Tanda-tanda emosional: Perasaan marah, jengkel, bicara kasar. c. Tanda sosial: bermusuhan yang dialami saat terjadi perilaku kekerasan. 4. Menjelaskan jenis-jenis ekspresi kemarahan yang selama ini telah dilakukannya,	2. Bantu klien mengungkapkan perasaan marahnya: a. Motivasi klien untuk menceritakan penyebab rasa kesal/jengkelnya b. Dengarkan tanpa menyela atau memberi penilaian setiap ungkapan perasaan klien. 3. Bantu klien mengungkapkan tanda-tanda perilaku kekerasan yang dialaminya a. Motivasi klien menceritakan kondisi fisik (tanda-tanda fisik) saat perilaku kekerasan terjadi b. Motivasi klien menceritakan kondisi emosinya (tanda-tanda emosional) saat terjadi perilaku kekerasan c. Motivasi klien menceritakan kondisi hubungan dengan orang lain (tanda-tanda sosial) saat terjadi perilaku kekerasan. 4. Diskusikan dengan klien perilaku kekerasan yang dilakukannya selama ini: a. Motivasi klien menceritakan jenis-jenis tindak kekerasan yang selama ini pernah

1	2	3	4	5
			perasaannya saat melakukan kekerasan, efektifitas cara yang dipakai dalam menyelesaikan masalah. 5. Menjelaskan akibat tindak kekerasan yang dilakukannya: a. Diri sendiri: luka, di jauhi teman, dll b. Orang lain/keluarga: luka, tersinggung, ketakutan, dll. c. Lingkungan: Barang/benda rusak 6. Menjelaskan cara-cara sehat mengungkapkan marah	dilakukannya. b. Motivasi klien menceritakan perasaan klien setelah tindak kekerasan tersebut terjadi c. Diskusikan apakah dengan tindak kekerasan yang dilakukannya masalah yang dialaminya dapat teratasi. 5. Diskusikan dengan klien akibat negatif (kerugian) cara yang dilakukan pada: a. Diri sendiri b. Orang lain/keluarga c. Lingkungan 6. Diskusikan dan jelaskan dengan klien cara-cara sehat untuk mengungkapkan marah a. Cara fisik: nafas dalam, pukul bantal atau kasur, olahraga b. Obat c. Verbal/sosial: mengungkapkan bahwa dirinya kesal kepada orang lain dengan latihan asertif.

1	2	3	4	5
			7. Memperagakan cara mengontrol perilaku kekerasan: Fisik: tarik nafas dalam,memukul bantal/kasur	d. Spiritual:sembahyang/doa zikir,meditasi,dsb,sesuai keyakinan agamanya masing-masing. 7. Latihan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan fisik: - Peragakan cara melaksanakan cara fisik: nafas dalam dan pukul bantal/kasur - Jelaskan manfaat cara tersebut - Anjurkan klien menirukan peragaan yang sudah dilakukan - Beri penguatan pada klien,perbaiki cara yang masih belum sempurna - Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik.
		2. Klien mampu menggunakan obat sesuai program yang telah ditetapkan untuk mengontrol perilaku kekerasan	Klien mampu menjelaskan: - Manfaat minum obat - Kerugian tidak miinum obat - Nama obat - Bentuk dan warna obat - Dosis yang diberikan kepadanya - Waktu pemakaian - Cara pemakaian - Efek yang dirasakan	- Evaluasi kegiatan latihan fisik dan beri pujian - Jelaskan manfaat menggunakan obat secara teratur dan kerugian jika tidak menggunakan obat. - Jelaskan kepada klien: - Jenis obat (nama, warna, dan bentuk obat) - Dosis yang tepat untuk klien - Waktu pemakaian - Cara pemakaian. - Efek yang akan dirasakan klien

1	2	3	4	5
				4. Masukkan pada jadwal kegiatan minum obat dan motivasi klien untuk: - Minta dan menggunakan obat tepat waktu. - Lapor keperawat / dokter jika mengalami efek yang tidak biasa - Beri pujian terhadap kedisiplinan klien menggunakan obat.
		3. Klien mampu mengontrol dengan cara verbal/sosial	Klien mampu: Mengungkapkan perasaan kesal atau jengkel pada orang lain tanpa menyakiti	- Evaluasi kegiatan latihan fisik dan obat, beri pujian - Diskusikan cara verbal atau sosial untuk mengungkapkan kemarahan: - Menyampaikan perasaan dengan baik - Meminta dengan baik - Menolak dengan baik - Masukkan pada jadwal kegiatan dan anjurkan klien menggunakan cara yang sudah dilatih saat marah/jengkel

Tabel 3.4
Rencana Tindakan Keperawatan Jiwa
Pada Klien Dengan Defisit Perawatan Diri

Nama Klien : Ny.F

Diagnosa Medis : Skizofrenia

No.Rek.Med :

Alamat : Bernah

No. Dx	Perencanaan			
	Dx. Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi
1	2	3	4	5
1	Defisit Perawatan Diri	TUM: Klien dapat mandiri dalam perawatan diri TUK: 1. Kliendapat mengenal DPD dan latihan <i>personal hygiene</i>.	1. Klien menunjukkan tanda-tanda percaya kepada perawat: a. Wajah cerah, tersenyum b. Mau berkenalan c. Ada kontak mata d. Menerima kehadiran perawat e. Bersedia menceritakan perasaannya.	1. Bina hubungan saling percaya: a. Beri salam setiap berinteraksi b. Perkenalkan nama, nama panggilan perawat dan tujuan perawat berkenalan c. Tanyakan nama dan panggilan kesukaan klien d. Tunjukkan sikap jujur dan menepati janji setiap kali berinteraksi e. Tanyakan perasaan dan masalah yang dihadapi klien f. Buat kontrak intraksi yang jelas g. Dengarkan ungkapan perasaan klien dengan empati h. Penuhi kebutuhan dasar klien.

1	2	3	4	5
			2. Klien mengetahui pentingnya perawatan diri, klien menyebutkan: a. Penyebab tidak merawat diri b. Manfaat menjaga perawatan diri c. Tanda-tanda bersih dan rapi d. Gangguan yang dialami jika perawatan diri tidak diperhatikan	2. Diskusikan dengan klien: a. Penyebab klien tidak merawat diri b. Manfaat menjaga perawatan diri untuk keadaan fisik, mental, dan sosial c. Tanda-tanda perawatan diri yang baik d. Penyakit atau gangguan kesehatan yang bisa dialami oleh klien bila perawatan diri tidak adekuat.
			3. Klien mengetahui cara-cara melakukan perawatan diri: a. Klien menyebutkan frekuensi menjaga perawatan diri: 1) Frekuensi mandi 2) Frekuensi menggosok gigi 3) Frekuensi keramas 4) Frekuensi ganti pakaian 5) Frekuensi berhias 6) Frekuensi gunting kuku b. Klien menjelaskan cara menjaga perawatan diri: 1) Cara mandi 2) Cara gosok gigi 3) Cara keramas 4) Cara berpakaian	3. Diskusikan : a. Frekuensi menjaga perawatan diri selama ini. 1) Mandi 2) Gosok gigi 3) Keramas 4) Berpakaian 5) Berhias 6) Gunting kuku b. Cara praktik perawatan diri yang baik dan benar: 1) Mandi 2) Gosok gigi 3) Keramas 4) Berpakaian 5) Berhias

1	2	3	4	5
			5) Cara berhias 6) Cara gunting kuku	6) Gunting kuku Berikan pujian untuk setiap respon klien yang positif
			4. Klien mempraktikkan perawatan diri dengan dibantu oleh perawat: a. Mandi b. Gosok gigi c. Keramas d. Ganti pakaian e. Berhias f. Gunting kuku	4.1 Bantu klien saat perawatan diri: a. Mandi b. Gosok gigi c. Keramas d. Ganti pakaian e. Berhias f. Gunting kuku 4.2 Beri pujian setelah klien selesai melaksanakan perawatan diri 4.3 Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan mandi, sikat gigi, (2 kali per hari), cuci rambut (2 kali per minggu), potong kuku (satu kali per minggu)
		2. Klien dapat latihan merias diri	1. Klien mampu menyebutkan a. Perawatan diri yang sudah dilakukan b. Cara berhias: 1) Wanita: Berhias 2) Laki-laki: Mencukur jenggot dan kumis	1.1 Evaluasi kegiatan kebersihan diri. Beri pujian 1.2 Jelaskan cara dan alat untuk berhias 1.3 Latih cara berhias setelah kebersihan diri: Sisiran, rias muka untuk perempuan; sisiran untuk pria 1.4 Masukkan pada jadwal kegiatan untuk kebersihan diri dan berhias

1	2	3	4	5
		3. Klien dapat latihan merias diri	1. Klien mampu menyebutkan - Perawatan diri dan berhias yang sudah dilakukan - Cara/adab makan dan minum: - Menyiapkan makanan - Cuci tangan sebelum makan - Duduk dimeja makan - Berdoa sebelum makan - Tertib selama makan - Berdoa setelah makan - Merapihkan meja makan - Membersihkan alat makan	1. Evaluasi kegiatan kebersihan diri dan berhias. Beri pujian 2. Jelaskan cara dan alat makan dan minum 3. Bantu/latih klien saat makan dan minum - Menyiapkan makanan - Cuci tangan sebelum makan - Duduk dimeja makan - Berdoa sebelum makan - Tertib selama makan - Berdoa setelah makan - Merapihkan meja makan - Membersihkan alat makan 4. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan kebersihan diri, berhias, makan dan minum yang baik
		4. Klien dapat Menyebutkan cara BAB/BAK yang baik	1. Klien mampu menyebutkan - Perawatan diri,berhias,dan makan/minum yang sudah dilakukan - Cara/adab BAB/BAK: - BAB/BAK ditoilet - Membersihkan diri setelah BAB/BAK - Membersihkan/menyiram toilet setelah BAB/BAK	1. Evaluasi kegiatan kebersihan diri, berhias, makan dan minum. Berikan pujian 2. Jelaskan cara BAB/BAK yang baik - BAB/BAK ditoilet - Membersihkan diri setelah BAB/BAK - Membantu/menyiram toilet setelah BAB/BAK 3. Bantu/latih BAB/BAK yang baik 4. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan kebersihan diri, berhias, makan dan minum dan BAB & BAK.

1	2	3	4	5
		5. Klien dapat merawat diri secara mandiri	1. Klien mampu menyebutkan cara merawat diri dengan baik - Membersihkan diri - Berhias - Makan dan minum - BAB & BAK	1. Evaluasi kegiatan latihan perawatan diri: Kebersihan diri, berhias, makan & minum, BAB & BAK. Beri pujian 2. Latih kegiatan harian 3. Nilai kemampuan yang telah mandiri 4. Nilai apakah perawatan diri telah baik
		6. Klien mendapatkan dukungan keluarga untuk meningkatkan perawatan diri: Keluarga mengenal masalah DPD dan melatih klien merawat diri	1. Keluarga menyampaikan masalah dalam merawat pasien 2. Keluarga menyiapkan sarana perawatan diri klien: sabun mandi, pasta gigi, sikat gigi, shampo, handuk, pakaian bersih, sandal, dan gunting kuku, dll. 3. Menjelaskan cara-cara membantu klien dalam memenuhi kebutuhan perawatan dirinya. 4. Keluarga mempraktikkan cara perawatan diri atau <i>personal hygiene</i> pada klien	1. Diskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat pasien, jelaskan pengertian, tanda & gejala, dan proses terjadinya defisit perawatan diri (gunakan booklet) - Penyebab klien tidak melaksanakan perawatan diri - Tindakan yang telah dilakukan klien selama di rumah sakit dalam menjaga perawatan diri dan kemajuan yang telah dialami oleh klien - Dukungan yang bisa diberikan oleh keluarga untuk meningkatkan kemampuan klien dalam perawatan diri 2. Jelaskan sarana untuk membersihkan diri - Sarana yang diperlukan untuk menjaga perawatan diri klien - Anjurkan kepada keluarga menyiapkan sarana tersebut. 3. Diskusikan dengan keluarga hal-hal yang perlu dilakukan keluarga dalam perawatan diri:

1	2	3	4	5
				a. Anjurkan keluarga untuk mempraktikkan perawatan diri (mandi, gosok gigi, keramas, ganti baju, dan gunting kuku) b. Bantu jika klien mengalami hambatan dalam perawatan diri c. Berikan pujian atas keberhasilan klien 4. Latih cara merawat: Kebersihan diri dan anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian
		7. Klien mendapatkan dukungan keluarga untuk meningkatkan perawatan diri: keluarga melatih klien berhias	1. Keluarga menyampaikan kemampuan dalam merawat/melatih pasien membersihkan diri. 2. Keluarga menyiapkan sarana berhias klien: sisir, bedak & lipstik (wanita), alat cukur laki-laki) 3. Menjelaskan cara-cara membantu klien dalam berhias 4. Keluarga mempraktikkan cara berhias pada klien	1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat atau melatih pasien kebersihan diri. Beri pujian 2. Jelaskan sarana untuk berhias a. Sarana yang diperlukan untuk berhias b. Anjurkan kepada keluarga menyiapkan sarana tersebut 3. Diskusikan dengan keluarga hal-hal yang perlu dilakukan keluarga dalam berhias: a. Anjurkan keluarga untuk mempraktikkan berhias b. Ingatkan klien waktu berhias c. Bantu jika klien mengalami hambatan dalam berhias d. Berikan pujian atas keberhasilan klien 4. Latih cara merawat: Kebersihan diri & berhias, anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian.

1	2	3	4	5
		8. Klien untuk meningkatkan perawatan diri: mendapatkan dukungan keluarga Keluarga melatih klien makan dan minum yang baik	8.1 Keluarga menyampaikan kemampuan dalam merawat atau melatih pasien membersihkan diri dan berhias 8.2 Keluarga menyiapkan sarana makan dan minum 8.3 Menjelaskan cara-cara membantu klien dalam makan dan minum 8.4 Keluarga mempraktikkan cara berhias pada klien	1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat atau melatih pasien kebersihan diri dan berhias. Beri pujian 2. Jelaskan sarana untuk makan dan minum a. Sarana yang diperlukan untuk makan & minum b. Anjurkan kepada keluarga menyiapkan sarana tersebut 3. Diskusikan dengan keluarga hal-hal yang perlu dilakukan keluarga untuk makan & minum: a. Anjurkan keluarga untuk mempraktikkan makan dan minum b. Ingatkan klien waktu makan dan minum c. Bantu jika klien mengalami hambatan dalam makan & minum d. Berikan pujian atas keberhasilan klien 4. Latih cara merawat: kebersihan diri, berhias, dan makan & minum, anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian
		9. Klien mendapatkan dukungan keluarga untuk meningkatkan perawatan diri:	9.1 Keluarga menyampaikan kemampuan dalam merawat atau melatih pasien membersihkan diri, berhias dan makan & minum. 9.2 Keluarga menyiapkan sarana BAB & BAK 9.3 Menjelaskan cara-cara membantu	1. Evaluasi kegiatan keluarga merawat/melatih pasien kebersihan diri, berhias, dan makan & minum. Beri pujian 2. Jelaskan sarana untuk BAB & BAK: a. Sarana yang diperlukan untuk BAB & BAK b. Anjurkan kepada keluarga menyiapkan

1	2	3	4	5
		Keluarga melatih klien BAB & BAK	klien dalam BAB & BAK 9.4 Keluarga mempraktikkan cara BAB & BAK pada klien	sarana tersebut 3. Diskusikan dengan keluarga hal-hal yang perlu dilakukan keluarga untuk BAB & BAK a. Anjurkan keluarga untuk mempraktikkan makan dan minum b. Ingatkan klien jika ingin BAB & BAK c. Bantu jika klien mengalami hambatan dalam BAB & BAK d. Berikan pujian atas keberhasilan klien 4. Latih cara merawat:kebersihan diri,berhias,makan&minum dan BAB & BAK,Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian
		10. Keluarga mampu merawat pasien secara mandiri	Keluarga dapat menyebutkan cara merawat pasien dengan masalah DPD	Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien dalam perawatan diri: kebersihan diri, badandan,makan&minum a. BAB & BAK.Beri pujian b. Nilai kemampuan keluarga merawat pasien c. Nilai kemampuan keluarga melakukan kontrol ke PKM d. Jelaskan <i>follow up</i> ke PKM, tanda kambuh, rujukan e. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian

Rencana Keperawatan SIKI

Observasi:

1. Monitor perilaku yang mengindikasi halusinasi
2. Monitor isi halusinasi (misalnya, kekerasan, atau membahayakan diri)

Teraupetik:

1. Mempertahankan lingkungan yang aman
2. Mendiskusikan perasaan dan respon terhadap halusinasi

Edukasi:

1. Mengajarkan bicara pada orang yang dipercaya untuk memberi dukungan dan umpan balik korektif terhadap halusinasi.
2. Mengajarkan melakukan distraksi (misalnya melakukan aktivitas)
3. Mengajarkan pasien dan keluarga cara mengontrol halusinasi

Kolaborasi: Kolaborasi dalam pemberian obat antipsikotik dan ansietas

Catatan Keperawatan

Bina Hubungan Saling Percaya (Mengajak klien untuk berinteraksi dan menyakinkan klien untuk dapat mampu menceritakan keluhannya dan merasa nyaman dengan kita, Dengan mengatakan”Ibu jangan takut dengan saya, di sini saya akan mendengarkan apapun cerita ibu, dan jika saya mampu saya akan membantu ibu”).

Nama Pasien : Ny.F

Alamat : Bernah

Tanggal : 09 Maret 2020

Waktu : 10:00 WIB

Data

Data Subjektif:

1. Klien mengatakan “Nama saya Farida”
2. Klien mengatakan senang dipanggil Farida

Data Objektif:

1. Klien ditemani oleh ayah dan juga anaknya
2. Klien mau berjabat tangan
3. Klien mau menatap mata perawat namun kadang menatap keluar

Diagnosa Keperawatan

Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Penglihatan

Tindakan Keperawatan

Membina hubungan saling percaya dengan:

1. Memberi salam teraupetik setiap berinteraksi (Dengan memberi salam, menanyakan kabar hari ini)
2. Memperkenalkan diri dan menanyakan nama pasien
3. Menjelaskan tujuan pertemuan (Tujuan pertemuan untuk berbincang-bincang/ menceritakan keluhan Ny.F selama ini).
4. Membuat kontrak (Menentukan jadwal dan jam kapan kita bisa berbincang-bincang)
5. Menciptakan lingkungan yang bersahabat (Mengajak Ny.F berbincang-bincang di Ruang tamu dan jauh dari di tempat yang bersih)
6. Mengevaluasi respon klien terhadap tindakan keperawatan (Meminta Ny.F untuk mengulangi apa yang sudah perawat ajarkan)

Evaluasi

Subjektif (S):

1. Klien mengatakan namanya Farida
2. Klien mau berkenalan
3. Klien mengatakann melihat bayangan yang datangnya dari matahari, klien mengatakan ada kakaknya yang sudah meninggal di dalam matahari dan selalu menyuruhnya untuk beribadah, selain itu klien juga melihat bayangan suaminya di dekat sumur yang mengajaknya untuk masuk ke dalam sumur.

Objektif (O):

1. Saat ditanya nama klien menyebutkan namanya.
2. Klien mau berjabat tangan

3. Saat perawat mengatakan akan berkunjung selama 3 hari klien menjawab”Iya” dan menganggukkan kepala.
4. Klien tampak sesekali terdiam dan melamun.

Analisa (A):

Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Penglihatan

Planning (P):

Membantu klien cara mengendalikan suara-suara yang didengar

Kontrak tindak lanjut:

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

Anisa Buana Wati

Catatan Keperawatan
SP 1 Pasien Halusinasi

Nama Pasien : Ny.F
Alamat : Bernah
Tanggal : 10 Maret 2020
Waktu : 15:00 WIB

Data

Data Subjektif (S):

1. Klien mengatakann melihat bayangan yang datangnya dari matahari, klien mengatakan ada kakaknya yang sudah meninggal di dalam matahari dan selalu menyuruhnya untuk beribadah, selain itu klien juga melihat bayangan suaminya di dekat sumur yang mengajaknya untuk masuk ke dalam sumur.
2. Klien mengatakan bayangan itu datang ketika klien baru pulang dari kebun dan duduk sendirian.

Data Objektif (O):

1. Klien mengarahkan pandangannya keluar rumah ke arah matahari seperti melihat sesuatu.
2. Klien tampak gelisah
3. Tatapan mata klien sering kali tidak fokus dengan perawat

Diagnosa Keperawatan

Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Penglihatan

Tindakan Keperawatan

1. Mendiskusikan tentang halusinasi yang dialami (Mengajak Ny.F berbincang/menceritakan keluhannya)
2. Mendiskusikan dengan klien isi, waktu dan frekuensi terjadinya halusinasi (Bertanya pada Ny.F kapan halusinasi itu muncul, apa yang dilihat Ny.F dan Berapa lama bayangan itu muncul)
3. Mendiskusikan apa yang dirasakan klien jika terjadi halusinasi (Bertanya kepada Ny.F jika bayangan itu muncul apa yang di rasakan)
4. Mendiskusikan dengan klien apa yang dilakukan untuk mengatasi perasaan tersebut (Bertanya Kepada Ny.F jika bayangan itu muncul, bagaimana cara Ny.F mengatasinya)
5. Mengajarkan klien cara mengontrol halusinasi dengan cara pertama yaitu menghardik (Mengajarkan klien untuk menutup mata jika bayangan itu datang dan mengatakan”pergi-pergi, kamu bayangan palsu, saya tidak ingin melihat kamu”)
6. Memotivasi klien untuk mempraktikkan apa yang sudah diajarkan perawat (Mengatakan pada Ny.F jika Ny.F melakukan cara menghardik seperti yang sudah saya praktikkan, Ny.F akan lebih tenang)
7. Memberi pujian (Mengatakan kepada Ny.F jika Ny.F hebat karena sudah mampu melakukan cara menghardik)
8. Mengevaluasi respon klien terhadap tindakan keperawatan (Meminta Ny.F untuk mengulangi cara menghardik yang sudah diajarkan)

9. Membuat kontrak selanjutnya(Mengatakan kepada Ny.F bahwa Besok Perawat akan datang kembali, kira-kira Ny.F bisa atau tidak dan Menentukan waktu)

Evaluasi

Subjektif (S):

1. Klien mengatakan masih melihat bayangan yang sebenarnya tidak ada wujudnya
2. Klien mengatakan ingin dan mau belajar cara mengontrol halusinasi
3. Klien belajar menghardik “Pergi-pergi saya tidak mau melihat kamu, kamu hanya bayangan, kamu tidak nyata”.

Objektif (O):

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

Analisa (A):

Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Penglihatan

Planning (P):

Latihan cara menghardik

Rencana tindak lanjut:

1. Memotivasi klien untuk latihan menghardik 2 x sehari
2. Mengevaluasi kegiatan menghardik

3. Jelaskan tentang manfaat mengendalikan halusinasi dengan cara menghardik
4. Memasukkan pada jadual kegiatan untuk latihan menghardik dan minum obat
5. Mengajarkan strategi pelaksanaan yang kedua, yaitu mengontrol halusinasi dengan minum obat.

Anisa Buana Wati

Catatan Keperawatan
SP 1 Keluarga Halusinasi

Nama : Ny.F
Alamat : Bernah
Tanggal : 10 Maret 2020
Waktu : 15:00 WIB

Data

Data Subjektif:

1. Keluarga mengatakan klien sering melamun
2. Keluarga mengatakan klien sering berbicara sendiri dan berteriak-teriak sendiri
3. Keluarga mengatakan tidak tahu tentang halusinasi

Data Objektif:

1. Keluarga tampak memberikan respon positif dengan kedatangan perawat
2. Keluarga tampak mendampingi klien

Diagnosa Keperawatan

Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Penglihatan

Tindakan Keperawatan

1. Mendiskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat klien
(Membicarakan /mengajak keluarga berbicara tentang masalah yang dialami klien)

2. Menjelaskan pengertian tanda dan gejala dan proses terjadinya halusinasi (Memberitahu keluarga tentang apa itu halusinasi, tanda dan gejala dan proses terjadinya halusinasi itu).
3. Menjelaskan cara merawat klien dengan halusinasi (Mengajarkan kepada keluarga tentang beberapa strategi pelaksanaan yang harus dilakukan jika klien mengalami halusinasi)
4. Menjelaskan 4 cara mengontrol halusinasi (Menjelaskan 4 strategi pelaksanaan untuk klien jika halusinasi terjadi)
5. Melatih keluarga cara menghardik halusinasi 2 x sehari (Yaitu dengan cara menutup mata dan mengatakan jika tidak ingin melihat bayangan tersebut dan mengatakan jika itu bayangan palsu)
6. Mengajukan keluarga membantu klien dalam melaksanakan buku kegiatan harian (Dengan cara mengajarkan klien mencatat apa saja kegiatan harian yang harus dilakukan klien setiap harinya)
7. Menyiapkan kontrak selanjutnya (Membuat janji pertemuan kapan lagi akan datang kerumah untuk mengunjungi klien)

Evaluasi

Subjektif (S):

1. Keluarga mengatakan senang merawat klien
2. Keluarga mengatakan ingin klien cepat sembuh
3. Keluarga menyebutkan cara merawat klien halusinasi dengan menghardik

Objektif (O):

1. Keluarga mempraktikkan cara menghardik halusinasi

2. Keluarga terlihat memberikan dukungan kepada klien untuk berlatih menghardik

Assesment (A):

Gangguan persepsi sensori: Halusinasi Penglihatan

Planning (P):

Bantu klien latihan menghardik 2 x sehari

Rencana Tindak Lanjut

1. Motivasi keluarga untuk membimbing latihan cara menghardik 2x sehari
2. Jelaskan cara mengontrol halusinasi yang ke 2 yaitu dengan minum obat, aturan minum obat

Anisa Buana Wati

Catatan Keperawatan
SP II Pasien Halusinasi

Nama pasien : Ny.F
Alamat : Bernah
Tanggal : 11 Maret 2020
Waktu : 15:00WIB

Data

Data Subjektif:

1. Klien mengatakan masih ingat cara mengontrol halusinasi dengan menghardik
2. Klien mengatakan masih melihat bayangan-bayangan yang datangny dari matahari dan dari sumur, yang mengajaknya untuk masuk ke dalam sumur
3. Klien mengatakan kadang lupa untuk minum obat

Data Objektif:

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

Diagnosa Keperawatan

Gangguan persepsi sensori: Halusinasi Penglihatan

Tindakan Keperawatan:

1. Mengucapkan salam teraupetik (Mengucapkan salam dan menanyakan kabar hari ini)

2. Mengingat kontrak dengan klien (Menanyakan kepada klien apakah masih ingat jika kemarin kita sudah berjanji untuk bertemu lagi pada hari ini)
3. Mengevaluasi kegiatan menghardik dan memberi pujian (Meminta klien untuk mempraktekkan cara menghardik seperti hari lalu yang sudah diajarkan dan memberi pujian bahwa klien hebat karena sudah bisa mempraktekkan cara menghardik)
4. Menjelaskan cara mengontrol halusinasi dengan menggunakan obat (Menjelaskan bahwa selain dengan menghardik, klien juga bisa mengontrol halusinasinya dengan meminum obat, obat yang sudah ada pada klien dan kegunaannya)
5. Menjelaskan jenis, guna, dosis, frekuensi dan cara minum obat:
 - a. *Chlorpromazine* 100 mg, 1x1 tablet/hari
 - b. *Trihexilpenidil* 2 mg 2x2 tablet/hari
 - c. *Halloperidol* 5 mg 2x1 tablet/hari
 - d. Reinforcement positif untuk kemajuan klien
 - e. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik dan minum obat
 - f. Mengevaluasi respon klien terhadap tindakan keperawatan (Menanyakan kepada klien, bagaimana perasaan nya setelah meminum obat)
 - g. Menyepakati kontrak selanjutnya (Membuat janji bertemu untuk hari selanjutnya)

Evaluasi

Subjektif (S):

1. Klien mengatakan akan teratur dalam meminum 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 Persepsi Sensori: Halusinasi Penglihatan

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. *Thrihexylpenidil* 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 jadual minum obat
3. Jelaskan tentang guna dan cara minum obat
4. Mengajarkan kepada klien

Anisa Buana Wat

Catatan Keperawatan
SP II Keluarga Halusinasi

Nama : Ny. F
Alamat : Bernah
Tanggal : 12 Maret 2020
Waktu : 15:00 WIB

Data

Data Subjektif:

1. Keluarga mengatakan klien masih sering senyum-senyum sendiri dan marah-marah sendiri
2. Keluarga mengatakan klien masih perlu diingatkan dalam meminum obat

Data Objektif:

1. Klien memberi respon positif terhadap perawat
2. Klien sudah minum obat
3. Keluarga mendampingi klien latihan cara menghardik

Diagnosa Keperawatan

Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Penglihatan

Tindakan Keperawatan

1. Mengevaluasi kegiatan keluarga dalam merawat dan melatih klien menghardik (Bertanya dengan keluarga, bagaimana keadaan klien saat diajarkan cara menghardik)
2. Menjelaskan jenis, guna, dosis, frekuensi dan cara meminum obat

3. Menganjurkan keluarga untuk membantu klien minum obat sesuai jadwalnya
4. Beri pujian kepada klien
5. Berpamitan dan mengucapkan salam

Evaluasi

Subjektif:

1. Keluarga bisa menyebutkan jadwal dan cara minum obat yang baik dan benar
2. Keluarga mengatakan tentang obat
3. Keluarga bisa menyebutkan guna obat
4. Keluarga mengatakan akan memantau dan melatih klien minum obat sesuai jadwal dan dosis yang sudah ditentukan

Objektif:

Keluarga tampak memberikan dukungan kepada klien untuk meminum obat

Assesment:

Gangguan persepsi sensori : Halusinasi Penglihatan

Planning:

1. Bantu klien untuk latihan cara menghardik halusinasi 2x sehari, latih keluarga membantu klien meminum obat secara teratur
2. Ingatkan klien minum obat secara teratur

Rencana Tindak Lanjut

1. Motivasi keluarga membimbing klien latihan cara menghardik 2x sehari
2. Motivasi keluarga dalam membimbing klien minum obat secara teratur:
 - a. *Chlorpromazine* 100 mg, 1x1tablet/hari
 - b. *Thryhexilpenidil* 2 mg, 2x2tablet/hari
 - c. *Halloperidol* 5 mg, 2x1 tablet/hari
3. Latih keluarga untuk membimbing klien mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap.

Anisa Buana Wati

Catatan Keperawatan
SP III Pasien Halusinasi

Nama : Ny. F
Alamat : Bernah
Tanggal : 13 Maret 2020
Waktu : 15:00 WIB

Data

Data Subjektif:

1. Klien mengatakan masih melihat bayangan dari matahari dan dari arah sumur seperti ada suaminya yang sudah meninggal mengajaknya untuk masuk ke dalam sumur
2. Klien mengatakan masih melihat bayangan yang sebenarnya tidak ada apa apa
3. Klien mengatakan minum obat secara teratur

Data Objektif:

1. Klien tampak tenang
2. Kontak mata fokus dengan perawat
3. Klien tampak minum obat saat perawat datang
4. Klien mau berinteraksi dengan orang lain

Diagnosa Keperawatan

Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Penglihatan

Tindakan Keperawatan

1. Mengucapkan salam terapeutik (Memberi salam dan menanyakan kabar hari ini)
2. Menjelaskan cara menghardik halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain (Memberitahu klien jika selain menghardik dan meminum obat, ada juga cara mengatasi jika halusinasinya datang, yaitu dengan cara mengajak orang lain untuk bercakap-cakap/ngobrol)
3. Memotivasi klien untuk mempraktikkan apa yang sudah diajarkan perawat yaitu bercakap-cakap dengan orang lain (Memberikan motivasi bahwa cara bercakap-cakap ini akan sangat membantu halusinasi itu hilang)
4. Memberi *reinforcement* positif untuk setiap kemajuan klien
5. Mengevaluasi respon klien terhadap tindakan keperawatan (Meminta klien untuk mempraktekkan cara bercakap-cakap dengan orang lain saat halusinasi datang)
6. Menyepakati kontrak selanjutnya (Membuat janji untuk pertemuan hari berikutnya)

Evaluasi

Subjektif (S):

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

Objektif (O):

1. Klien mempraktikkan cara bercakap-cakap dengan orang lain

2. Klien tampak memperhatikan saat perawat menjelaskan cara bercakap-cakap dengan orang lain
3. Klien tampak mempragakan cara bercakap-cakap dengan keluarga

Analisa (A):

Gangguan persepsi sensori: Halusinasi Penglihatan

Planning:

1. Latihan cara menghardik 2x sehari
2. Latihan minum obat secara teratur dengan dosis:
 - a. *Chlorponazine* 100 mg, 1x1tablet/hari
 - b. *Thryhexilpenidil* 2 mg, 2x2tablet/hari
 - c. *Halloperidol* 5 mg, 2x1 tablet/hari
3. Latihan bercakap-cakap 2 x sehari pagi dan malam

Rencana Tindak Lanjut:

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

Anisa Buana Wati

Catatan Keperawatan
SP III Keluarga Halusinasi

Nama : Ny. F
Alamat : Bernah
Tanggal : 12 Maret 2020
Waktu : 15:30 WIB

Data

Data Subjektif:

1. Keluarga mengatakan klien sudah minum obat sesuai jadwal
2. Keluarga mengatakan klien sudah sedikit lebih tenang
3. Keluarga klien mengatakan klien sudah bisa menyiapkan sendiri obat yang benar sesuai dengan aturan minum obat
4. Keluarga mengatakan klien sudah punya kegiatan di rumah seperti menyapu dan mencuci baju

Data Objektif:

1. Keluarga mendampingi klien latihan menghardik, minum obat dan bercakap-cakap
2. Keluarga dampingi klien minum obat

Diagnosa Keperawatan

Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Penglihatan

Tindakan Keperawatan:

1. Mengevaluasi kegiatan keluarga dalam merawat klien (Menanyakan kepada keluarga apakah ada kendala dalam perawatan klien di rumah)
2. Mengevaluasi kegiatan keluarga dalam melatih klien cara menghardik dan memberikan obat (Menanyakan kepada keluarga, bagaimana dengan kedua cara yang telah diajarkan, apakah ada kemajuan)
3. Jelaskan cara mengontrol halusinasi yang ke 3 yaitu bercakap-cakap dengan orang lain
4. Melatih bercakap-cakap dengan orang lain saat bayangan-bayangan terlihat
5. Sediakan waktu bercakap-cakap dengan klien terutama pada saat halusinasi terjadi
6. Menganjurkan keluarga membantu klien sesuai jadwal
7. Beri pujian

Evaluasi**Subjektif (S):**

1. Keluarga mengatakan akan menemani klien bercakap-cakap
2. Keluarga mengatakan mengerti dengan apa yang sudah diajarkan perawat
3. Klien mengatakan senang melihat klien mau bercakap-cakap dengan orang lain dan keluarga

Objektif (O):

1. Keluarga tampak memberikan dukungan kepada klien agar mau bercakap-cakap Keluarga tampak memperhatikan klien saat bercakap-cakap

Assesment (A):

Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Penglihatan

Planning (P):

1. Bantu klien latihan menghardik 2 x sehari
2. Ingatkan klien meminum obat secara teratur sesuai anjuran dokter
3. Ajak klien bercakap-cakap untuk mengontrol halusinasi

Rencana Tindak Lanjut

1. Jelaskan cara mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan harian
2. Masukkan pada jadual kegiatan untuk latihan menghardik, minum obat, bercakap-cakap dan kegiatan harian
3. Motivasi keluarga membimbing klien latihan cara menghardik 2x sehari
4. Motivasi keluarga dalam membimbing klien meminum obat secara teratur
 - a. *Chlorponazine* 100 mg, 1x1tablet/hari
 - b. *Thryhexilpenidil* 2 mg, 2x2tablet/hari
 - c. *Halloperidol* 5 mg, 2x1 tablet/hari
5. Jelaskan intervensi SP IV yaitu membuat jadual kegiatan

Anisa Buana Wati

Catatan Keperawatan
SP IV Pasien Halusinasi

Nama : Ny. F
Alamat : Bernah
Tanggal : 13 Maret 2020
Waktu : 15:00 WIB

Data

Data Subjektif:

1. Klien mengatakan senang ada teman mengobrol
2. Klien mengatakan bayangan yang sering diihatnya mulai berkurang
3. Klien mengatakan setiap pagi ke kebun dengan kakaknya.
4. Klien mengatakan dirumah dengan ayah dan anaknya.

Data Objektif:

1. Klien latihan menghardik, sudah minum obat, bercakap-cakap dengan keluarga
2. Klien menjelaskan aktivitas yang dilakukan selama di kebun

Diagnosa Keperawatan

Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Penglihatan

Tindakan Keperawatan

1. Mengucap salam (Mengucapkan salam dan menanyakan keadaan dan kabar hari ini)

2. Mengingat kontrak (Mengingat klien bahwa kemarin kita sudah berjanji untuk bertemu hari ini)
3. Melatih klien mengontrol halusinasi dengan cara ke 4 yaitu melaksanakan aktivitas terjadual (Menjelaskan kepada klien bahwa selain dari 3 cara yang sudah diajarkan masih ada 1 cara lagi yaitu dengan cara membuat dan melaksanakan aktivitas terjadual, Yaitu seperti pukul 14:00 Ny.F menyapu halaman)
4. Menyusun jadual kegiatan klien dalam 1 hari (menghardik, minum obat, bercakap-cakap, melakukan aktivitas terjadual)
5. Memberi *reinforcement* positif
6. Mengevaluasi respon klien terhadap tindakan keperawatan yang tidak diberikan
7. Memotivasi klien untuk mempraktikkan apa yang sudah diajarkan perawat dan memberi rencana tindak lanjut kepada klien

Evaluasi

Subjektif (S):

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

Objektif (O):

1. Klien dan perawat membuat jadual kegiatan

2. Klien tampak mengisi jadual kegiatan

Analisa (A):

Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi Penglihatan

Planning(P):

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

Rencana Tindak Lanjut

Dilanjutkan perawat Puskesmas Kotabumi II

Anisa Buana Wati

Catatan Keperawatan
SP IV Keluarga Halusinasi

Nama : Ny. F
Alamat : Bernah
Tanggal : 13 Maret 2020
Waktu : 15:30 WIB

Data

Data Subjektif:

1. Klien mengatakan klien belajar cara menghardik
2. Keluarga mengatakan klien sudah minum obat sesuai jadwal
3. Keluarga mengatakan klien sudah mau mengobrol dengan orang lain

Data Objektif:

1. Klien tampak memberikan respon positif dengan kedatangan perawat
2. Ayah klien tampak senang melihat perkembangan anaknya

Diagnosa Keperawatan

Gangguan persepsi sensori: Halusinasi Penglihatan

Tindakan Keperawatan

1. Mengevaluasi kegiatan keluarga dalam merawat klien (Menanyakan kepada keluarga apakah masih ada kendala dalam merawat klien)

2. Mengevaluasi kegiatan keluarga dalam melatih klien cara menghardik dan memberikan obat & bercakap-cakap (Menanyakan bagaimana dengan ke 3 cara yang sudah diajarkan, apakah sudah ada kemajuan)
3. Beri pujian (Anjurkan kepada keluarga untuk memberikan pujian kepada klien setiap kali klien melakukan strategi yang diajarkan)
4. Menjelaskan cara mengontrol halusinasi yang ke 4 yaitu dengan jadwal kegiatan harian (Memberitahu keluarga selain ke-3 cara tersebut, klien juga mampu menerapkan strategi lainnya dengan cara membuat aktivitas terjadwal, dengan cara menjadwalkan aktivitas-aktivitas tertentu supaya klien memiliki kesibukan dan tidak sering melamun)
5. Menjelaskan *follow up* ke puskesmas, tanda kambuh, rujukan
6. Menganjurkan keluarga membantu klien sesuai jadwal
7. Melakukan terminasi akhir (Mengucapkan salam, mengucapkan terima kasih dan meminta maaf jika ada salah kata dan perilaku selama berkunjung ke rumah klien)

Evaluasi

Subjektif (S):

1. Keluarga mengatakan mengerti dengan apa yang sudah dijelaskan oleh perawat
2. Ayah klien mengatakan senang melihat perkembangan anaknya

Objektif (O):

1. Keluarga tampak memberikan dukungan kepada klien

2. Keluarga tampak mengerti dengan apa yang sudah dijelaskan perawat

Assesment (A):

Gangguan persepsi sensori: Halusinasi Penglihatan

Planning:

Dilanjutkan perawat Puskesmas Kotabumi II

Annisa Buana Wati