

## **BAB III**

### **LAPORAN STUDI KASUS**

#### **A. Pengkajian**

##### **1. Identitas Klien**

Inisial	: Ny. R
Jenis kelamin	: Perempuan
Umur	: 24 Tahun
Informan	: Keluarga
Tanggal pengkajian	: 14 Maret 2022

##### **2. Keluhan utama**

Klien mengatakan sebelum dibawa ke RSJ, klien tidak merasa lapar, tidak bisa tidur, sering lari-lari, sering marah-marah, mendengar suara bisikan dan sering melihat bayangan. Klien mengatakan ingin memukul dan merusak apapun di dekatnya jika marah. Masalah keperawatan: Halusinasi pendengaran, halusinasi pengelihatan dan perilaku resiko kekerasan (RPK).

##### **3. Faktor predisposisi**

###### **a. Faktor biologis**

Klien mengatakan pernah mengalami kejang saat usia 4 tahun, saat demam di masa kecilnya. Keluarga klien juga mengatakan di dalam keluarganya tidak ada yang sakit jiwa.

###### **b. Faktor psikologis**

Menurut keluarga penyebab utama klien mengalami gangguan jiwa adalah saat 1 tahun yang lalu saat klien mendapatkan pengalaman yang pahit cerita kisah percintaanya. Hubungan klien tidak direstui oleh pihak keluarga pria dikarenakan ekonomi yang tidak sederajat dengan keluarga prianya. Klien juga mengatakan sering merasa di bohongi, tetapi klien merasa bingung apakah perasaan di bohongi itu nyata atau tidak.

c. Faktor sosial budaya

Keluarga pasien mengatakan setelah kejadian itu klien sering menyendiri, suka marah marah, merusak barang yang ada di dekatnya, klien juga tampak mengobrol sendiri. Hingga keluarga terpaksa mengikat lengan klien saat pagi hingga siang hari agar tidak merusak barang barang di sekitarnya.

**4. Pemeriksaan fisik**

1) Tanda tanda vital

Tekanan darah : 110/80 mmHg

Nadi : 80x/m

Pernafasan : 20x/m

Suhu : 37° C

2) Ukur

Berat badan : 44 Kg

Tinggi badan : 160 Cm

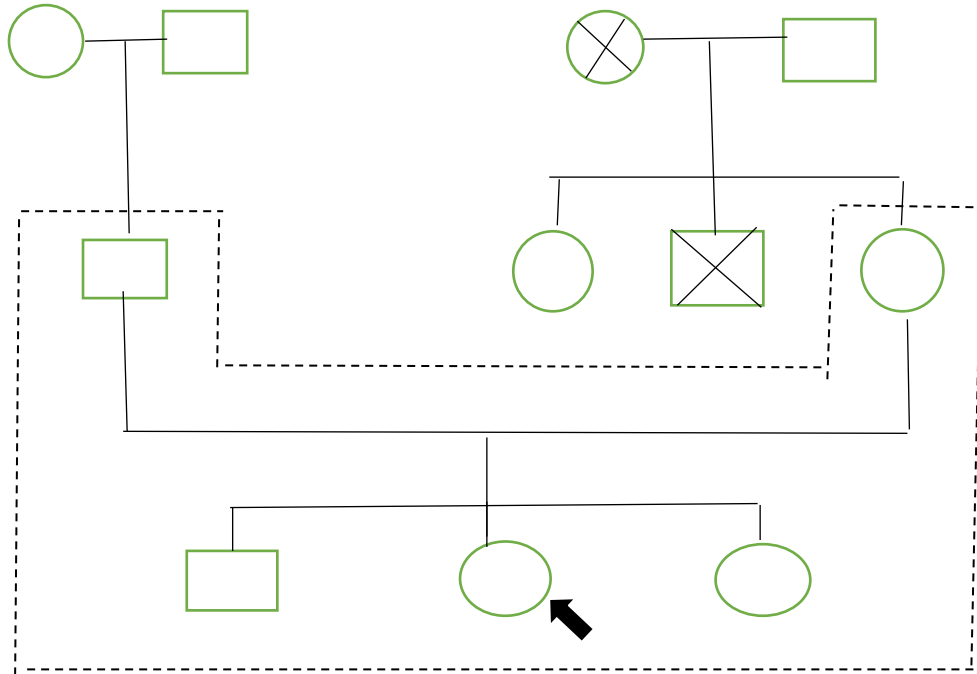
3) Tampilan fisik

Rambut klien tampak bersih tidak berketombe dan harum, kulit klien tampak bersih berwarna kuning langsat, kuku klien tampak bersih dan terawat. Klien juga mampu merawat kebersihan diri sendiri, memakai baju, berdandan, makan, hingga merapihkan alat alat sesudah makan klien melakukannya dengan mandiri.

**5. Riwayat keluarga**

Keluarga mengatakan di dalam keluarga tidak ada yang sakit jiwa

a. Genogram



Keterangan:

- : Laki-laki
- : Perempuan
- ⊠ : Laki-laki yang sudah meninggal
- ⊙ : Perempuan yang sudah meninggal
- (with arrow) : Klien
- : Hubungan Keluarga
- - - - : Tinggal serumah dengan klien

Gambar 3. 1  
Genogram Ny. R

b. Konsep diri

1) Gambaran diri

Klien mengatakan tidak ada masalah pada tubuhnya, tubuhnya berfungsi dengan baik, tetapi terdapat luka kering di pergelangan tangan klien dikarenakan klien mengamuk saat mendengar suara bisikan dan selalu melempar barang atau merusak apapun yang ada di sekitarnya maka dari itu klien di ikat (pasung) dengan keluarga saat klien kambuh.

2) Identitas diri

Klien dapat menyebutkan namanya, klien juga memahami bahwa dirinya seorang perempuan

3) Peran

Klien mengatakan dia adalah seorang anak ke 2 dari 3 bersaudara.

4) Ideal diri

Klien mengatakan kondisinya lebih baik dari 1 tahun yang lalu.

5) Harga diri

Klien mengatakan dirinya tidak dihargai karna keadaan klien, klien juga mengatakan klien merasa sering dibohongi.

c. Hubungan sosial

1) Orang yang berarti/orang yang terdekat

Menurut klien orang yang terdekat adalah orang yang berada dirumahnya yaitu ibu klien selalu menemani dan memenuhi kebutuhan klien, selalu mendukung klien untuk sembuh dan selalu berada disamping klien.

2) Peran serta dalam kelompok

Saat pengkajian klien mengatakan mengikuti apa yang di perintahkan perawat selama di ruangan.

3) Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain

Klien mengatakan tidak mau bertemu dengan siapapun karna sudah tidak percaya dengan orang-orang di sekitarnya.

d. Spiritual

Klien mengatakan bahwa dirinya beragama islam dan menjalankan solat 5 waktu dengan rutin.

e. Status mental

1) Penampilan

Klien berpenampilan rapih dan tampak bersih,klien mengganti baju setiap satu hari dua kali

2) Pembicaraan

Klien berbicara dengan lancar tidak mengalami gangguan berbicara, apabila diberikan pertanyaan, dan diajak bicara klien menanggapi namun sering kali melihat kearah yang tidak ada orang, tatapan mata kosong dan terkadang hanya menundukan kepala.

3) Aktivitas motorik

Klien mengataka lemas dan malas untuk beraktivitas dan berinteraksi dengan teman ruangan, klien mendengar suara-suara seperti orang mengajak ngobrol.klien juga sering melihat bayangan hitam.

4) Alam perasaan

Klien merasa tidak berguna, merasa tidak dihargai dan merasa sedih dengan keadaannya.

5) Afek

Pada saat pengkajian raut muka klien tampak tenang dan datar.

6) Interaksi selama wawancara

Klien hanya berbicara seperlunya, klien mampu menjawab setiap pertanyaan dengan kontak mata yang baik,klien tampak malu.

7) Persepsi/Halusinasi

Klien mendengar suara-suara seperti mengajak mengobrol, suara itu datang tidak menentu terlebih saat klien sedang sendirian, klien merasa takut akan suara itu, klien bergegas

pergi ketempat lain bila suara itu datang, frekuensi suara datang sehari 3x.

8) Proses pikir

Pada saat melakukan pengkajian klien kadang terdiam dan menanyakan pertanyaan kembali.

9) Isi pikir

Pada saat pengkajian klien mengatakan tidak ingin bergabung dengan yang lain dikarenakan tidak akan ada yang mau berbicara dengannya.

10) Tingkat kesadaran

Klien dapat berorientasi baik dengan perawat, dan tepat waktu.

11) Memori

a) Daya ingat jangka panjang

Klien dapat mengingat bahwa dulu Ny.R alamat rumahnya, memiliki berapa bersaudara, mengingat masa kecilnya, dan mengingat pendidikan terakhirnya SMA.

b) Daya ingat jangka pendek

Klien dapat menyebutkan kejadian 2-3 bulan yang lalu.

c) Daya ingat saat ini

Klien dapat mengingat nama perawat, klien mampu mengingat terakhir sekolah di jenjang pendidikan SMA klien dapat mengingat nama perawat, namun klien dapat mengingat kejadian 2-3 bulan yang lalu.

d) Tingkat konsentrasi dan berhitung

Klien dapat berkonsentrasi, klien juga dapat berhitung sederhana seperti mengitung ( $8+10=18$ )

e) Kemampuan penilaian

Klien tidak dapat mengambil keputusan atas dirinya sendiri.

f. Daya tilik diri

Klien tidak dapat menerima penyakitnya.

g. Mekanisme koping yang bisa digunakan

1) Adaptif: berbicara dengan orang lain

- 2) Maldaptif: pergi ketempat lain saat suara itu datang atau dengan cara berdiam diri saja, memukul atau merusak apapun didekatnya jika marah.

h. Masalah psikososial dan lingkungan

- 1) Masalah berhubungan dengan dukungan kelompok spesifik klien nyaman berada di rumah di bandingkan berada di Rumah Sakit Jiwa (RSJ).
- 2) Masalah berhubungan dengan lingkungan fisik, klien merasa tidak ada yang ingin berteman dengannya sehingga klien tidak mau bergabung dengan rekannya.
- 3) Masalah berhubungan dengan pendidikan spesifik, klien mengatakan hanya tamatan SLTA sama seperti SMA.
- 4) Masalah dengan pekerjaan spesifik, klien mengatakan sekarang sudah tidak bekerja.
- 5) Masalah berhubungan dengan perumahan spesifik, klien tidak pernah bekerja lagi sekarang dikarenakan kondisinya
- 6) Masalah berhubungan dengan ekonomi spesifik, biaya untuk kebutuhan sehari-hari Ny. R dipenuhi oleh orang tuanya.
- 7) Masalah berhubungan dengan pelayanan kesehatan, klien merasa tidak senang berada di RSJ, ia tidak ingin kembali lagi ke RSJ untuk berobat karena klien lebih senang berada dirumahnya sendiri.

i. Kurang pengetahuan tentang penyakit

Klien tidak menyadari apa yang terjadi pada dirinya, dan klien mengaku tidak mengetahui tentang faktor penyebab terjadinya, dan obat-obatan.

j. Aspek medis

1) Diagnosa medis : Skizofrenia paranoid

2) Terapi medik

- a) *Thramfenidol 250mg* :3x1mg oral
- b) *Halloperidol 3mg* :2x5mg oral
- c) *Trihexyphenidol 5mg* :2x1mg oral
- d) *Aripiprazole 10mg* :2x1mg oral

## B. Data Fokus

### 1. Analisa data

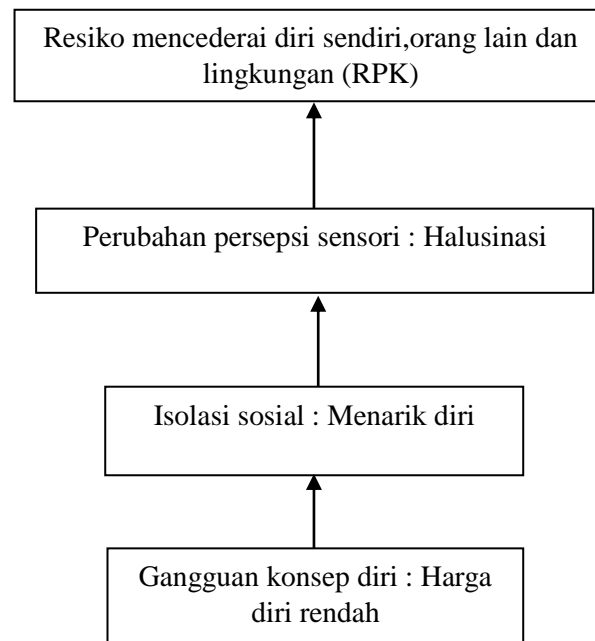
Tabel 3. 1  
Analisa data pada Ny.R dengan Gangguan Presepsi Sensori Halusinasi Pendengaran

<b>DATA</b> 1	<b>MASALAH</b> 2
Data subyektif 1. Klien mengatakan sering mendengar bisikan 2. Klien mengatakan suara dan bayangan muncul saat sendirian. 3. Menyatakan kesal Data obyektif 1. Klien tampak bingung 2. Klien tampak mondar mandir 3. Klien tampak berbicara sendiri 4. Melihat ke satu arah 5. Curiga	Halusinasi pendengaran
Data subyektif 1. klien mengatakan sering marah dan kesal saat munculnya halusinasinya. 2. Klien mengatakan ingin memukul dan merusak apapun di sekitarnya agar suara suara itu pergi 3. Berbicara ketus Data obyektif 1. Klien tampak marah dan tegang. 2. Klien tampak mengepalkan tanganya. 3. Klien tampak pandangnya tajam. 4. Emosi labil	Resiko Prilaku Kekerasan



1	2
<p>Data obyektif</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan saat di rumah klien di ikat di rumah oleh keluarga.</li> <li>2. Klien mengatakan tidak ada yang perlu di bicarakan sehingga lebih baik berdiam diri.</li> </ol> <p>Data obyektif</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berdiam diri, duduk di kursi atau masuk kamar.</li> <li>2. Kontak mata kurang dan menunduk, kurang konsentrasi</li> </ol>	<p>Isolasi Sosial</p>
<p>Data Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan dirinya menjadi tidak berguna semenjak sakit</li> <li>2. Klien menolak perilaku positif tentang dirinya</li> <li>3. Klien merasa malu dan bersalah atas hal yang menimpanya</li> </ol> <p>Data Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kontak mata kurang</li> <li>2. Klien nampak lesu dan tidak bergairah</li> </ol>	<p>Harga Diri Rendah</p>

#### 4. Pohon Masalah



Gambar 3.2

Pohon Masalah dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi

#### C. Diagnosa keperawatan

##### 1. Halusinasi pendengaran

Prioritas diagnosa pada klien Ny.R adalah Gangguan sensori persepsi : Halusinasi pendengaran. Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan gangguan pendengaran ditandai dengan mendengar suara bisikan atau melihat bayangan, menyatakan kesal, respon tidak sesuai, bersikap seolah melihat sesuatu, melamun, bicara sendiri, curiga, melihat ke satu arah.

##### 2. Resiko perilaku kekerasan

Prioritas diagnosa pada klien Ny. R adalah resiko perilaku kekerasan berhubungan dengan pemikiran waham dan halusinasi di tandai dengan klien sering marah dan kesal saat munculnya halusinasi, dan klien merasa ingin memukul dan merusak apapun yang ada di sekitarnya, muka tampak marah, tegang, selalu mengepalkan tangannya, klien trampak pandangannya tajam.

3. Isolasi sosial  
Isolasi sosial berhubungan dengan ketidak mampuan menjalin hubungan yang memuaskan dibuktikan dengan merasa ingin sendiri, merasa tidak aman ditempat umum, merasa berbeda dengan orang lain, merasa asyik dengan pikiran sendiri, merasa tidak mempunyai tujuan yang jelas, menarik diri, tidak berminat berinteraksi dengan orang lain atau lingkungan, tidak ada kontak mata, tidak mampu memenuhi harapan orang lain.
4. Harga diri rendah  
Harga diri rendah berhubungan dengan ketidak efektifan mengatasi masalah kehilangan ditandai dengan menilai diri negatif (mis.tidak berguna), merasa tidak mampu melakukan apapun,menolak penilai positif tentang diri sendiri, merasa sulit konsentrasi, klien tampak kontak mata kurang, postur tubuh menunduk.
5. Prioritas Diagnosa Keperawatan :
  - a. Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan gangguan pendengaran,
  - b. Resiko perilaku kekerasan dibuktikan dengan halusinasi

#### **D. Rencana keperawatan**

Rencana keperawatan pada Ny. R dengan gangguan sensori persepsi : Halusinasi pendengaran sesuai dengan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI), Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). Terdapat pada tabel di bawah ini :

Tabel 3. 2

Rencana Keperawatan Jiwa Terhadap Ny.R dengan Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Pendengaran dan resiko perilaku kekerasan di ruang Melati Rumah Sakit Jiwa Provinsi Lampung tanggal 14- 16 maret 2022

No	Diagnosa	SLKI	SIKI
1	2	3	4
1	Gangguan sensori persepsi halusinasi(D.0146) DS: 1. Klien mengatakan sering mendengar bisikan dan bayangan. 2. Klien mengatakan suara dan bayangan muncul saat sendirian. 3. Memyatakan kesal DO: 1. Klien tampak bingung 2. Klien tampak mondar mandir 3. Klien tampak berbicara sendiri 4. melihat ke satu arah	Setelah dilakukan tindakan selama 3 hari persepsi sensori membaik dengan kriteria hasil (L.09083): 1. Verbalisasi mendengar bisikan. 2. Perilaku halusinasi 3. Melamun menurun. 4. Mondar-mandir 5. Distorsi sensori. 6. Perilaku halusinasi. 7. Menarik diri. 8. Melamun. 9. Curiga. 10. Mondar-mandir. 11. Respons sesuai stimulus. 12. Konsentrasi. 13. Orientasi.	Manajemen Halusinasi (I.09288) Observasi : 1. Bina hubungan saling percaya Manajemen halusinasi 2. Monitor perilaku yang mengidentifikasi halusinasi. 3. Monitor isi halusinasi. Terapeutik : 4. Pertahankan lingkungan yang aman. 5. Diskusikan perasaan dan respons terhadap halusinasi. Edukasi : 6. Ajarkan pasien dan keluarga cara mengontrol halusinasi. 7. menganjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi. 8. Anjurkan bicara pada orang yang dipercaya untuk memberi dukungan dan umpan balik korektif terhadap halusinasi. 9. Anjurkan melakukan distraksi. 10. Ajarkan pasien dan keluarga cara mengontrol halusinasi.

1	2	3	4
2	<p>Risiko Perilaku Kekerasan (D.0085) DS</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. klien mengatakan sering marah dan kesal saat munculnya halusinasinya.</li> <li>2. Klien mengatakan ingin memukul dan merusak apapun di sekitarnya agar suara itu pergi</li> </ol> <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak marah dan tegang.</li> <li>2. Klien tampak mengepalkan tanganya.</li> <li>3. Klien tampak pandangnya tajam.</li> </ol>	<p>Setelah dilakukan tindakan selama 3 hari kontrol diri meningkat dengan kriteria hasil : (L.09076)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verbalisasi ancaman kepada orang lain.</li> <li>2. Perilaku menyerang menurun.</li> <li>3. Perilaku melukai orang lain menurun.</li> <li>4. Verbalisasi umpatan.</li> <li>5. Perilaku menyerang.</li> <li>6. Perilaku melukai diri sendiri/orang lain.</li> <li>7. Perilaku merusak lingkungan sekitar</li> <li>8. Perilaku agresif/amuk.</li> <li>9. Suara keras.</li> <li>10. Bicara ketus.</li> <li>11. Verbalisasi keinginan bunuh diri.</li> <li>12. Verbalisasi ancaman bunuh diri.</li> <li>13. Verbalisasi rencana bunuh diri.</li> <li>14. Verbalisasi kehilangan hubungan yang penting.</li> <li>15. Perilaku merencanakan bunuh diri.</li> <li>16. Euforia.</li> <li>17. Alam perasaan depresi.</li> <li>18. Verbalisasi isyarat bunuh diri.</li> </ol>	<p>Pencegahan Perilaku Kekerasan (I.14544) Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan.</li> </ol> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin.</li> <li>2. Libatkan keluarga dalam perawatan</li> </ol> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan pasien untuk mengontrol perilaku kekerasan dengan 5 cara yaitu : <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Identifikasi perilaku kekerasan dan ajarkan.</li> <li>b. Ajarkan teknik nafas dalam.</li> <li>c. Ajarkan kontrol perilaku secara fisik dan verbal.</li> <li>d. Spiritual.</li> <li>e. Minum obat.</li> </ol> </li> <li>2. Latihan cara mengungkapkan perasaan.</li> <li>3. Latihan cara mengontrol kemarahan.</li> </ol>

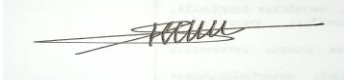
## E. Catatan Perkembangan

### Hari 1-3 (Implementasi dan Evaluasi Keperawatan)

Tabel 3. 3

Implementasi dan Evaluasi pada Ny. R di Rumah Sakit Jiwa Propinsi Lampung di ruangan Melati Pada Tanggal 14-16 maret 2022 SP 1 Pasien Halusinasi Pendengaran


NO	IMPLEMENTASI	EVALUASI
1	2	3
1	<p>Pertemuan 1 Tgl : 14 maret 2022 Pukul : 13.00</p> <p>Data Subyektif :</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Klien mengatakan mendengar suara–suara bisikan .</li><li>2. Klien mengatakan suara itu muncul saat sendiri.</li><li>3. Klien mengatakan suara muncul saat sendirian</li></ol> <p>Data Obyektif :</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Klien tampak gelisah.</li><li>2. Klien tampak berbicara sendiri.</li></ol> <p>Masalah keperawatan : Halusinasi Pendengaran Tindakan Keperawatan</p>	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Klien mengatakan masih mendengar suara-suara.</li><li>2. Klien mengatakan merasa terganggu dengan suara-suara tersebut</li><li>3. Klien mengatakan mau belajar mengontrol halusinasi</li></ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Saat ditanya klien menyebutkan namanya</li><li>2. Klien tampak berbicara sendiri</li><li>3. Klien mampu mempraktekan cara menghardik</li></ol> <p>A : Masalah halusinasi belum teratasi</p> <p>P :</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Membantu klien cara mengendalikan suara-suara yang di dengar.</li><li>2. Latihan cara menghardik 2x sehari</li></ol>

1	2	3
	<p>SP 1:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membina hubungan saling percaya</li> <li>2. Mengenal masalah halusinasi dan mengajarkan cara menghardik.</li> <li>3. Memonitor perilaku yang mengidentifikasi halusinasi</li> <li>4. Memonitor isi halusinasi</li> <li>5. Mempertahankan lingkungan yang aman sebelum dilakukan latihan menghardik dengan cara menjauhkan barang-barang yang berbahaya dan menjaga jarak 1,5 M dengan pasien.</li> <li>6. Mengajarkan pasien cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik SP 1(Terlampir)</li> <li>7. Kemampuan: klien mampu mengontrol halusinasi dengan menghardik</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Memasukan cara menghardik ke dalam kegiatan terjadwal</li> <li>4. Evaluasi SP1 pada pertemuan berikutnya</li> </ol> <p style="text-align: center;">Tanda tangan peawat</p> <div style="text-align: center;">  </div> <p style="text-align: center;">Putri Angelina Damayanti</p>

Tabel 3. 4  
Implementasi dan Evaluasi pada Ny.R di Rumah Sakit Jiwa Propinsi Lampung diruangan Melati Pada Tanggal 14-16 maret 2022 sp 1 pasien resiko Perilaku Kekerasan

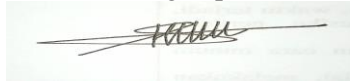
NO	IMPLEMENTASI	EVALUASI
1	2	3
	<p>Tanggal : 14 maret 2022</p> <p>Pukul : 15.00</p> <p>Data Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien berbicara dengan ketus</li> <li>2. sering marah-marah</li> <li>3. Berbicara dengan keras</li> </ol> <p>Data Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak fokus ke satu titik</li> <li>2. Klien menatap dengan pandangan tajam</li> <li>3. Suara pasien keras saat bicara</li> <li>4. Klien tampak fokus ke satu titik</li> </ol> <p>Masalah Keperawatan: Resiko Perilaku Kekerasan</p>	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan suka marah-marah</li> <li>2. Klien mengatakan mampu mengontrol Perilaku Kekerasan dengan cara pertama yaitu teknik nafas dalam.</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak berbicara sendiri</li> <li>2. Klien tampak fokus pada satu titik</li> <li>3. Klien masih terlihat marah-marah</li> <li>4. Klien tampak mampu melakukan cara teknik nafas dalam yang telah diajarkan perawat</li> </ol> <p>A : Resiko Perilaku Kekerasan belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sp 2 latihan mengontrol Perilaku Kekerasan dengan cara fisik.</li> <li>2. Memotivasi klien untuk latihan tarik nafas dalam jika merasa marah</li> <li>3. Memasukkan latihan tarik nafas dalam pada jadwal kegiatan.</li> <li>4. Kontrak latihan yang ke 2 yaitu mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara fisik</li> </ol>



1	2	3
	<p>Tindakan Keperawatan Intervensi Keperawatan:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sp 1 yaitu: melatih pasien mengidentifikasi isi, waktu terjadi, situasi pencetus, dan respon terhadap resiko perilaku kekerasan.</li> <li>2. Mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara teknik nafas dalam.</li> <li>3. Memberikan pujian kepada pasien yang telah melakukan latihan dengan baik.</li> </ol>	<p>5. Evaluasi SP 1 di pertemuan berikutnya</p> <p style="text-align: center;">Tanda tangan perawat</p> <div style="text-align: center;">  </div> <p style="text-align: center;">Putri Angelina Damayanti.</p>

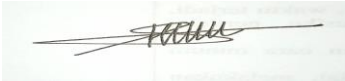
Tabel 3. 5  
Implementasi dan Evaluasi pada Ny. R di Rumah Sakit Jiwa Propinsi Lampung di ruangan Melati Pada Tanggal 14-16 maret  
2022 SP 2 Pasien Halusinasi Pendengaran

No	IMPLEMENTASI	EVALUASI
1	2	3
	<p>Pertemuan 2 Tgl : 15 maret 2022 Pukul : 10.00</p> <p>Data subyektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan mendengar suara-suara tanpa wujud</li> <li>2. Klien mengatakan kesal</li> <li>3. Klien mengatakan suara muncul saat sedang sendiri</li> </ol> <p>Data Obyektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien bersikap seolah mendengar sesuatu</li> <li>2. Klien tampak melamun</li> <li>3. Curiga</li> <li>4. Klien berbicara melantur</li> </ol> <p>Diagnosa : Halusinasi Pendengaran Tindakan Keperawatan</p>	<p>Subyektif (S) :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan masih sering mendengar suara yang tidak ada wujudnya</li> <li>2. Klien mengatakan suara itu muncul saat ia sendiri</li> <li>3. Klien mengatakan senang bisa berbincang dengan orang lain</li> <li>4. Klien mengatakan senang pada kegiatan hari ini</li> </ol> <p>Obyektif (O) :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien masih suka berbicara sendiri</li> <li>2. Klien tampak senang bercakap-cakap dengan kawan-kawan nya.</li> </ol> <p>(A) :</p> <p style="padding-left: 20px;">Masalah teratasi sebagian</p> <p>(P) :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lanjutkan intervensi</li> <li>2. Latihan bercakap-cakap dengan orang lain</li> <li>3. Kontrak waktu pertemuan selanjutnya</li> <li>4. SP 3 : Latih meminum obat teratur</li> <li>5. Evaluasi SP2</li> </ol>

1	2	3
	<p>SP 2 :</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Mengevaluasi kemampuan latihan menghardik pada pasien.</li><li>2. Diskusikan perasaan &amp; respon terhadap klien seperti perasaan pasien tidak nyaman saat diajak berbincang</li><li>3. Mengajarkan cara selanjutnya mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain, (SP 2 terlampir</li></ol>	<p>Tanda tangan perawat</p>  <p>Putri Angelina Damayanti</p>

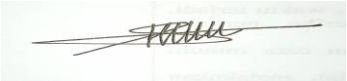
Tabel 3. 6  
Implementasi dan Evaluasi pada Ny.R di Rumah Sakit Jiwa Propinsi Lampung diruangan Melati Pada Tanggal 14-16 maret  
2022 sp 2 pasien resiko Perilaku Kekerasan

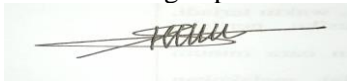
No	IMPLEMENTASI	EVALUASI
1	2	3
	<p>Tanggal : 15 Maret 2022</p> <p>Pukul : 11.00</p> <p>Data Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien sering marah-marrah.</li> <li>2. Klien berbicara ketus.</li> <li>3. Klien berbicara keras.</li> <li>4. Klien mengatakan masih mengingat cara mengontrol kemarahan dengan nafas dalam.</li> <li>5. Klien mengatakan mau mengontrol emosi dan kekerasan cara selanjutnya</li> </ol> <p>Data Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak fokus ke satu titik</li> <li>2. Klien menatap dengan pandangan tajam</li> <li>3. Suara pasien keras saat bicara</li> <li>4. Klien tampak fokus ke satu titik</li> <li>5. Emosi pasien labil</li> </ol> <p>Masalah Keperawatan : Resiko Perilaku Kekerasan</p> <p>Intervensi Keperawatan:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sp 2 yaitu: melatih pasien mengidentifikasi isi, waktu terjadi, situasi pencetus, dan respon terhadap Resiko Perilaku Kekerasan.</li> <li>2. Mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara fisik seperti</li> </ol>	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan masih suka marah jika mendengar suara.</li> <li>2. Klien mampu melakukan cara mengontrol Perilaku Kekerasann cara kedua dengan baik</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak fokus pada 1 titik</li> <li>2. Klien tampak bisa melakukan tindakan mengontrol kemarahan cara kedua</li> </ol> <p>A :</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sp 3 latihan mengontrol Perilaku Kekerasan dengan cara verbal</li> <li>2. Memotivasi klien untuk latihan memukul bantal dan kasur 2x sehari.</li> </ol>

1	2	3
	<p>memukul bantal dan Kasur</p> <p>3. Memberikan pujian kepada pasien yang telah melakukan latihan dengan baik.</p>	<p>3. Masukkan latihan memukul bantal dan kasur pada jadwal kegiatan.</p> <p>1. Kontrak latihan ke 3 yaitu mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara verbal/ bercakap-cakap</p> <p style="text-align: center;">Tanda tangan perawat</p> <div style="text-align: center;">  </div> <p style="text-align: center;">Putri Angelina Damayanti</p>

Tabel 3. 7  
Implementasi dan Evaluasi pada Ny. R di Rumah Sakit Jiwa Propinsi Lampung di ruangan Melati Pada Tanggal 14-16 maret 2022 SP 3 dan 4 Pasien Halusinasi Pendengaran

No	IMPLEMENTASI	EVALUASI
1	2	3
	<p>Pertemuan 3 Tanggal : 16 maret 2022 Pukul : 14.00</p> <p>Data subyektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan mendengar suara-suara tanpa wujud</li> <li>2. Klien mengatakan kesal</li> <li>3. Klien mengatakan suara muncul saat sedang sendiri</li> </ol> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien bersikap seolah mendengar sesuatu</li> <li>2. Klien tampak melamun</li> <li>3. Curiga</li> <li>4. Klien berbicara melantur</li> </ol> <p>MASALAH KEPERAWATAN : Halusinasi pendengaran</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pertahankan lingkungan yang aman pada saat berkomunikasi dengn pasien minimal 1 meter</li> <li>2. Mengevaluasi SP menghardik dan cara melakukan kegiatan harian yang telah diajarkan kemarin.</li> <li>3. Ajarkan pasien dan keluarga cara mengontrol halusinasi dengan cara melakukan kegiatan harian seperti nyapu halaman, cuci piring.</li> </ol>	<p>Subyektif (S) :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan sudah mampu melakukan SP menghardik dan minum obat 3x sehari</li> <li>2. Klien mengatkan mengatakan masih mendengar suara-suara</li> <li>3. Klien mengatakan jika mendengar suara-suara tanpa wujud ia bisa menghardiknya dengan cara yang diajarkan kemarin.</li> <li>4. Klien mengatakan senang mengontrol halusinasi</li> </ol> <p>Objektif (O) :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak menghardik jika mendengar suara tanpa wujud</li> <li>2. Klien nampak minum obat yang diberikan oleh perawat dengan benar</li> <li>3. Klien memperhatikan cara melakukan kegiatan harian yang telah diajarkan dengan perawat</li> <li>4. Klien dapat mempraktekkan apa yang sudah diajarkan perawat</li> </ol> <p>Analisa (A) : Masalah halusinasi teratasi sebagian</p> <p>(P) :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Mengevaluasi cara melakukan kegiatan harian</li> <li>2) Melatih klien menyusun kegiatan terjadwal.</li> </ol>


1	2	3
	<p>Mengajarkan cara selanjutnya mengontrol halusinasi dengan cara melakukan kegiatan harian seperti menyapu, mencuci piring (SP 3 terlampir).</p>	<p>Tanda tangan perawat</p>  <p>Putri Angelina Damayanti</p>
	<p>Tanggal : 16 maret 2022  Pukul : 14.15  DS :  <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan mendengar suara-suara tanpa wujud</li> <li>2. Klien mengatakan kesal</li> <li>3. Klien mengatakan suara muncul saat sedang sendiri</li> </ol> DO :  <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien bersikap seolah mendengar sesuatu</li> <li>2. Klien tampak melamun</li> <li>3. Curiga</li> <li>4. Klien berbicara melantur</li> </ol> <p>Diagnosa : Halusinasi pendengaran</p> <p>Tindakan Keperawatan</p> <p>SP 4 :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengajarkan pasien mengontrol halusinasi dengan cara meminum obat</li> <li>2. Menjelaskan 6 benar obat pada pasien, benar pasien, benar obat, benar dosis, benar cara, benar waktu, benar informasi. <ol style="list-style-type: none"> <li>a. <i>Haloperidol 5 mg</i> :2 x 1 mg oral</li> </ol> </li> </ol> </p>	<p>Subyektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan jika mendengar suara-suara tanpa wujud ia mempraktikan sp yang telah diajarkan oleh perawat</li> <li>2. Klien mengatakan suara itu muncul saat ia sendiri</li> <li>3. Klien mengatakan senang bisa mengetahui tentang obat dan akan meminum obat dengan teratur</li> <li>4. Klien mengatakan senang pada kegiatan hari ini</li> </ol> <p>Objektif (O) :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak mempraktikan sp yang telah diajarkan oleh perawat seperti menghardik, bercakap-cakap dengan orang lain, dan melakukan aktifitas terjadwal.</li> <li>2. Klien masih sering mendengar suara tetapi ia sudah bisa melakukan cara untuk menghilangkan suara tersebut</li> <li>3. Klien tampak memahami apa yang dijelaskan oleh perawat tentang obat.</li> </ol> <p>Analisa (A) : Masalah halusinasi teratasi</p>

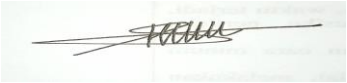
1	2	3
	<p>b. <i>Trihex phenidil HCL (THP) 2mg</i> : 2 x 1 mg  c. <i>Aripiprazol 10mg</i> : 2 x 1 mg  d. <i>Thramfenidol 250 mg</i> : 3 x 1 mg</p> <p>1. Memeriksa apakah obat diminum atau tidak</p>	<p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Follow up SP 1-4 pada pasie halusinasi ke pihak rumah sakit jiwa</li> <li>2. Ingatkan klien meminum obat secara teratur</li> </ol> <p style="text-align: center;">Tanda tangan perawat</p> <div style="text-align: center;">  </div> <p style="text-align: center;">Putri Angelina Damayanti</p>

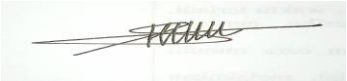


Tabel 3. 8  
Implementasi dan Evaluasi pada Ny. R di Rumah Sakit Jiwa Propinsi Lampung di ruangan Melati Pada Tanggal 14-16 maret  
2022 SP 3 sampai SP 5 pasien resiko prilaku kekerasan

No	IMPLEMENTASI	EVALUASI
1	2	3
1	<p>Tanggal : 16 Maret 2022</p> <p>Pukul : 15.00</p> <p>Data Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien sering marah-marrah</li> <li>2. Klien berbicara ketus</li> <li>3. Klien berbicara dengan nada keras</li> <li>4. Klien mengatakan masih ingat cara mengontrol kemarahan dengan cara fisik</li> <li>5. Klien mengatakan mau belajar cara mengontrol emosi dan kekerasan cara selanjutnya</li> </ol> <p>Data Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak fokus ke satu titik</li> </ol> <p>Kemampuan klien : tarik nafas dalam, pukul bantal, solat 5 waktu.</p> <p>Diagnosa Keperawatan: Resiko Perilaku Kekerasan</p> <p>Intervensi Keperawatan:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sp 3 yaitu: melatih pasien mengidentifikasi isi, waktu terjadi, situasi pencetus, dan respon terhadap resiko perilaku kekerasan.</li> <li>2. Mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara bercakap-cakap.</li> </ol>	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mampu melakukan cara mengontrol Perilaku Kekerasan cara kedua dengan baik</li> <li>2. Klien mengatakan masih suka marahmarah</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien bisa melakukan sp 3 dengan baik</li> <li>2. Klien tampak fokus pada satu titik</li> </ol> <p>A :</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memotivasi klien untuk latihan bercakap-cakap setiap mendengar suara yang tidak nyata.</li> <li>2. Memasukan latihan bercakap-cakap pada jadwal kegiatan</li> <li>3. Kontrak latihan mengontrol emosi dengan cara spiritual.</li> </ol>

1	2	3
	<p>3. Memberikan pujian kepada pasien yang telah melakukan latihan dengan baik.</p>	<p>Tanda tangan perawat</p>  <p>Putri Angelina Damayanti</p>
	<p>Tanggal : 16 Maret 2022  Pukul : 15.30 Wib  Data Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan mudah marah</li> <li>2. Klien berbicara ketus</li> <li>3. Nada bicara klien keras</li> <li>4. Klien mengatakan masih ingat cara mengontrol kemarahan dengan cara spiritual</li> <li>5. Klien mengatakan mau belajar cara mengontrol emosi dan kekerasan cara selanjutnya</li> </ol> <p>Data Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak fokus ke satu titik</li> <li>2. Klien menatap dengan pandangan tajam</li> <li>3. Suara pasien keras saat bicara</li> <li>4. Emosi pasien labil</li> </ol> <p>Kemampuan klien : klien mampu melakukan tarik nafas dalam, klien mampu mengontrol emosi dengan cara spiritual, klien mampu mengontrol halusinasi secara fisik seperti memukul bantal atau kasur  Diagnosa Keperawatann: Perilaku Kekerasan</p>	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan sudah mampu melakukan sp resiko perilaku kekerasan yang diajarkan kemarin yaitu tarik nafas dalam, teknik mengontrol marah dengan cara memukul bantal dan kasur, dan berbincang-bincang dengan orang lain</li> <li>2. Klien mengatakan masih suka marah-maraha jika mendengar suara-suara tanpa wujud.</li> <li>3. Klien mau untuk belajar sp selanjutnya</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien nampak mampu melakukan sp 1—3 dengan baik</li> <li>2. Klien terkadang masih suka marah-maraha dan berbicara ketus</li> <li>3. Klien mengatakan mau untuk diajak belajar sp selanjutnya yaitu solat</li> <li>4. Klien nampak fokus pada 1 titik</li> </ol> <p>A :</p> <p>Masalah resiko perilaku kekerasan teratasi sebagian</p>

1	2	3
	<p>Intervensi Keperawatan:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengevaluasi kemampuan yang telah diajarkan perawat kemarin (tarik nafas dalam dan memukul bantal dan kasur).</li> <li>2. Mengajarkan pasien cara mengurangi kemarahan dengan cara spritual solat 5 waktu jika merasa ingin marah (sp terlampir)</li> <li>3. Mengajarkan cara selanjutnya mengontrol halusinasi dengan cara minum obat teratur (SP 5 terlampir).</li> </ol>	<p>P :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengisi jadwal kegiatan harian dilanjutkan oleh perawat yang bertugas di Rumah Sakit Jiwa Propinsi Lampung.</li> </ol> <p style="text-align: center;">Tanda tangan perawat</p>  <p style="text-align: center;">Putri Angelina Damayanti</p>
	<p>Tanggal : 16 Maret 2022  Pukul : 15.40WIB  Data Subjektif :  Resiko Perilaku Kekerasan  DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien berbicara dengan nada mengancam</li> <li>2. Klien sering marah-maraha jika mendengar suara-suara</li> <li>3. Mengumpat dengan kata-kata kasar</li> </ol> <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien menatap dengan pandangan tajam</li> <li>2. Suara pasien keras saat bicara</li> <li>3. Klien tampak fokus ke satu titik</li> <li>4. Emosi pasien labil</li> <li>5. Pasien suka berteriak-teriak</li> </ol>	<p>Subjektif (S)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan jika mendengar suara-suara tanpa wujud ia mempraktikan sp yang telah diajarkan oleh perawat</li> <li>2. Klien mengatakan ingin marah jika suara itu muncul</li> <li>3. Klien mengatakan senang bisa mengetahui tentang obat dan akan meminum obat dengan teratur</li> <li>4. Klien mengatakan senang pada kegiatan hari ini</li> </ol> <p>Objektif (O) :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak mempraktikan sp yang telah diajarkan oleh perawat seperti tarik nafas dalam, memukul bantal dan kasur, mengobrol dengan kawan dan perawat, solat 5 waktu.</li> </ol>

1	2	3
	<p>Tindakan keperawatan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengevaluasi sp 1-4 resiko perilaku kekerasan</li> <li>2. Diskusikan perasaan &amp; respon terhadap klien seperti perasaan pasien tidak nyaman saat diajak berbincang</li> <li>3. Mengajarkan cara selanjutnya mengontrol halusinasi dengan cara minum obat 3x sehari, (SP 2 terlampir)</li> </ol> <p>Kolaborasi pemberian obat aripirazole 0-0-1, haloperidol 2x1/2 tablet, tribexypheridyl 2x1/2 tablet, antasida 3x1, amoxicilin 3x1, curcuma 2x1</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Klien tampak memahami apa yang dijelaskan oleh perawat tentang obat.</li> </ol> <p>Analisa (A) :</p> <p>Masalah halusinasi teratasi</p> <p>Planning (P) :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ingatkan klien minum obat secara teratur</li> <li>2. Mengisi jadwal kegiatan harian dilanjutkan oleh perawat yang bertugas di Rumah Sakit Jiwa Propinsi Lampung</li> </ol> <p style="text-align: center;">Tanda tangan perawat</p> <div style="text-align: center;">  </div> <p style="text-align: center;">Putri Angelina Damayanti</p>