

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. PENGKAJIAN

Pengkajian ini dilakukan pada hari Rabu, 15 Mei 2024 di Ruang Srikandi , Rumah Sakit Jiwa dr. Arif Zainuddin Surakarta.

1. Identitas

Identitas Klien

Nama	: Ny. I
Umur	: 38 Tahun
Jenis Kelamin	: Perempuan
Tgl. Pengkajian	: 15 Mei 2024
Alamat	: Kalioso Karanganyar
No. RM	: 067xxx
Dx. Medik	: Skizofenia
Informan	: Keluarga

2. Alasan Masuk

Klien mengatakan alasan dirawat di RSJ karena dirumah mendengar suara-suara wanita yang membisiki telinganya dan menyuruhnya pergi dari rumah, suara muncul 1-4 kali dalam sehari sejak pasien mendapatkan ejakan oleh tetangganya karena sudah lama menikah tetapi belum mempunyai anak sehingga membuatnya sering menyendiri dan melamun oleh karena itu pasien marah-marah, dan merusak barang-barang dirumah ketika tidak

dapat mengontrolnya. Ny. I mengamuk dan memukul ibunya sehingga akhirnya dibawa ke RSJD dr. Arif Zainuddin Surakarta.

3. Faktor Predisposisi

Klien mengatakan sebelumnya sudah pernah dirawat di rumah sakit jiwa, pada tahun 2017 yang lalu. Pengobatan sebelumnya kurang berhasil sebab dalam masyarakat klien masih beradaptasi namun dengan batasan, klien masih sering kambuh dan mendengar suara-suara yang membisiki dirinya yang memuat dirinya sering marah-marah dan merusak barang-barang yang ada dirumah ketika tidak bisa mengontrolnya, dirumah klien pernah mendapatkan ejekan karena sudah menikah lama tapi belum mempunyai anak oleh karena itu klien lebih sering menyendiri dan masih sulit berhubungan dengan teman-temannya maupun masyarakat .

4. Pemeriksaan Fisik

a. Tanda-Tanda Vital

Tekanan darah : 141/88mmHg

Nadi : 87 x/mnt

Suhu : 36,5 °c

Respirasi : 24x/mnt

b. Antropometri

BB : 68 kg

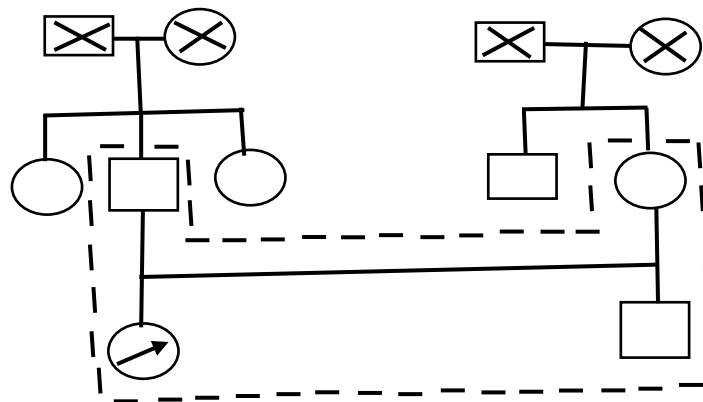
TB : 165 cm

c. Keluhan fisik

Klien mengatakan tidak ada keluhan fisik yang dirasakan. Klien mengatakan tidak pernah merasa pusing. Klien mengatakan badannya segar dan tidak lemas.

5. Psikososial

a. Genogram



Keterangan :

- : laki-laki
- : perempuan
- : meninggal
- : pasien/klien
- : Tinggal serumah

Klien adalah anak pertama dari 2 bersaudara, klien mempunyai 1 adek laki-laki, klien sudah menikah belum mempunyai anak, klien tinggal serumah dengan suami ayah ibu dan adeknya. Komunikasi dalam keluarga baik antara suami, orang tuanya dan saudara-

saudaranya. Dalam keluarga Ny. I dalam pengambilan keputusan ditentukan oleh suaminya.

b. Konsep diri

1) Gambaran Diri

Klien menyukai semua anggota tubuhnya karena semua itu adalah pemberian Tuhan. Ada satu yang klien suka dari semua anggota tubuhnya yaitu rambut, karena rambut klien lurus .

2) Identitas Diri

Klien merasa dirinya sebagai seorang perempuan yang bernama Ny. I berumur 38 tahun dan sudah menikah alamat rumahnya kalioso karanganyar.

3) Peran

Klien dirumah berperan sebagai seorang istri dan selalu membantu pekerjaan rumah seperti nyapu, mencuci piring, mencuci baju, masak dan lain-lainnya.

4) Ideal Diri

Klien berharap tidak ada masalah dalam tubuh, status, posisi serta tugas atau perannya dalam keluarga maupun masyarakat, dan bisa diterima dalam anggota masyarakat. Harapan klien terhadap penyakitnya adalah bisa cepat sembuh sehingga klien dapat segera berkumpul dengan keluarganya lagi.

5) Harga Diri

Klien merasa minder dan malu dengan keadaan penyakitnya sekarang klien masih takut setelah pulang nanti klien masih diejek oleh tetangganya belum mempunyai anak karena sudah menikah lama, klien juga takut tidak diterima dalam keluarga maupun masyarakat.

c. Hubungan Sosial

1) Orang yang berarti

Klien mengatakan orang yang paling berarti dalam hidupnya adalah semua anggota keluarganya terutama ibu klien. Karena disana lah tempat klien mengadu dan meminta bantuan.

2) Peran serta dalam kelompok

Klien mengatakan jarang mengikuti organisasi seperti karang taruna dalam masyarakat karena klien merasa malu dan takut akan diejek oleh tetangganya belum mempunyai anak.

3) Keterlibatan klien dalam kelompok

Klien mengatakan jarang mengikuti kegiatan kelompok seperti pengajian bersama di desa maupun karang taruna.

d. Spiritual

1) Nilai dan keyakinan

Klien beragama islam. Sehari klien wajib sholat sebanyak lima kali. Klien mampu membaca dan hafal beberapa surah yang ada dalam Al-Quran.

2) Kegiatan Ibadah

Di rumah klien jarang ibadah sholat. Namun saat di RSJ klien berusaha sholat secara teratur.

6. Status Mental

a. Penampilan

Baju dan celana Klien tampak rapi dan benar cara memakai kancing pada baju, rambut klien terlihat rapi dan tidak uwel-uwelan, kuku terlihat bersih dan pendek dan klien memakai sendal dengan benar saat berjalan atau beraktivitas sehari-hari.

b. Pembicaraan

Klien selalu menjawab pertanyaan yang diberikan oleh perawat dengan baik nada bicara pelan namun tertuju pada topik pembicaraan yang dibicarakan.

c. Aktivitas Motorik

Klien tampak mondar-mandir dan gelisah.

d. Alam perasaan

Klien tampak sedih karena rindu dengan keluarganya dan selalu bilang ingin cepat pulang ke rumah.

e. Afek

Labil, ekspresi wajah klien kadang senang dan kadang sedih. Klien terkadang bercerita dengan semangat dengan ekspresi yang gembira. Namun beberapa saat klien berhenti bercerita dan pergi menyendiri dengan ekspresi sedih.

f. Persepsi

Klien bersikap seperti mendengar suara yang membisiki dirinya menyuruhnya untuk pergi dari rumah, pandangan klien kosong, sering menoleh kekiri atau kekanan, berbicara sendiri dan klien sering mondar-mandir.

g. Proses Pikir

Sirkumtansial, klien menceritakan keadaannya secara berbelit-belit namun tertuju pada masalah utamanya

h. Isi Pikir

Klien selalu berfikir terkait ejekan tetangganya karena belum mempunyai anak dan takut penyakitnya kambuh lagi.

i. Memori

Klien tidak mengalami gangguan daya ingat jangka panjang dibuktikan dengan klien masih mampu mengingat pengalaman masa lalu 3 tahun yang lalu dimana klien diajak oleh suaminya ke pantai, klien juga tidak mengalami gangguan daya ingat jangka pendek maupun saat ini dibuktikan dengan klien masih mampu mengingat kejadian 2 hari yang lalu ketika klien mengikuti rehabilitasi di RSJ dan klien masih mampu mengingat kejadian-kejadian saat ini.

j. Tingkat Konsentrasi dan Berhitung

Klien masih dapat berhitung dengan baik dan masih bisa berkonsentrasi dengan baik, dibuktikan dengan klien dapat menyebutkan jumlah saudaranya ada 1 dan sudah 3 hari sudah dirawat.

k. Tingkat Kesadaran

Klien mengatakan merasa bersalah karena sudah memukul ibunya.

l. Kemampuan Penilaian

Klien mampu mengambil keputusan sederhana tanpa bantuan.

Misalnya: Selesai klien makan atau minum klien bisa mencuci piring sendiri.

m. Daya Tilik Diri

Daya tilik klien baik, klien menyadari kalau klien sedang sakit sehingga dibawa ke RSJD Dr. Arief Zainnudin Surakarta

7. Kebutuhan persiapan pulang

a. Makan

Klien bisa makan sendiri saat klien makan langsung tanpa harus menunggu perintah, makan 3 kali sehari dan makanan selalu habis satu porsi.

b. BAB/BAK

Klien dapat memenuhi kebutuhan BAB dan BAK secara mandiri.

c. Mandi

Klien mandi 3 kali sehari tanpa bantuan pagi, siang dan sore hari dan klien juga biasa gosok gigi setelah makan pagi dan malam.

d. Berpakaian

Klien mampu berpakaian sendiri sesuai pasangannya dan ganti baju sehari sekali, klien berpakaian dengan rapi dan bisa menyisir rambut sendiri.

e. Istirahat dan Tidur

Klien tidur kurang lebih 7 jam perhari, sebelum tidur klien biasa gosok gigi dan berdoa, saat bangun pagi klien biasa merapikan tempat tidur dan mandi.

f. Penggunaan Obat

Selama di rumah sakit klien mendapat obat atau minum obat 2 kali sehari, pagi dan sore setelah makan, klien minum obat melalui mulut atau oral dan jenis obatnya Risperidon 2x2 mg dan Clozapin 2x25 mg, reaksi setelah minum obat klien sering mengantuk.

g. Pemeliharaan Kesehatan

Klien mengatakan setelah ini klien akan melanjutkan pengobatannya ke dokter jiwa di dekat daerah tempat tinggalnya dan kontrol ke poli klinik RSJ, klien didukung sepenuhnya oleh keluarga.

h. Aktivitas di dalam rumah

Ketika di rumah nanti klien akan melakukan aktivitas rumah seperti, menyapu, ngepel lantai, mencuci pakaian, masak dan kewajiban sebagai seorang istri.

i. Masalah Psikososial dan lingkungan

Klien masih mempunyai masalah dengan penerimaan masyarakat terhadap dirinya sudah diejek belum mempunyai anak karena sudah nikah lama ketika dia pulang nanti.

j. Kurang pengetahuan tentang penyakit jiwa dan obat-obatan

Klien masih kurang mengetahui tentang obat-obatan yang dia minum serta penyakit kejiwaan yang dialami sekarang ini.

k. Mekanisme Koping

Bila klien mempunyai masalah klien selalu memendamnya, tidak mau terbuka, klien tidak mau bercerita dengan keluarga ataupun suaminya sendiri.

8. Aspek Medik

a. Diagnosa medik: F.20.3

b. Terapi medik:

1) Risperidon 2x2 mg

2) Clozapin 2x25 mg

B. ANALISA DATA

Tabel 3.1 Analisa Data

No	Data	Masalah Keperawatan
1	Ds: klien mengatakan masih merasa jengkel jika mendengar bisikan menyuruhnya pergi dari rumah lalu klien marah-marah dan merusak barang-barang disekitarnya. Do: klien labil, ekspresi wajah klien kadang senang dan kadang ingin marah, tatapan tajam.	Resiko Perilaku Kekerasan
2	Ds: Klien sering mendengar suara-suara yang membisiki dirinya menyuruhnya untuk pergi dari rumah sehingga membuat dirinya sering marah-marah dan merusak barang-barang yang ada dirumah ketika tidak bisa mengontrolnya, dirumah klien pernah mendapatkan ejekan karena sudah menikah lama tapi belum mempunyai anak. Do: Klien bersikap seperti mendengar suara, pandangan klien kosong, sering menoleh kekiri atau kanan, berbicara sendiri dan Klien sering mondar-mandir.	Perubahan persepsi sensori halusinasi pendengaran
3	Ds: Klien merasa minder dan malu dengan keadaannya sekarang. Klien mengatakan takut nanti kalau pulang masih mendapatkan ejekan belum mempunyai anak karena sudah menikah lama dan tidak diterima oleh keluarga dan masyarakat.	Isolasi Sosial : Menarik Diri

Do: Klien senang menyendiri. Klien tampak malu.
Ketika diajak bicara kadang klien menolak. Klien
jarang berbicara dengan temannya

C. DAFTAR MASALAH KEPERAWATAN

1. Resiko perilaku kekerasan.
2. Perubahan persepsi sensori: Halusinasi Pendengaran
3. Isolasi sosial menarik diri.

D. POHON MASALAH



E. DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Perubahan persepsi sensori: halusinasi pendengaran
2. Resiko perilaku kekerasan
3. Isolasi Sosial : Menarik Diri

F. INTERVENSI KEPERAWATAN

Tabel 3.2 intervensi keperawatan

Diagnosa	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi
Perubahan n persepsi sensori halusinasi pendengaran	TUM : klien dapat mengontrol halusinasi yang dialaminya TUK 1 : klien dapat membina hubungan saling percaya	1. Ekspresi wajah bersahabat 2. Menunjukan rasa senang 3. Ada kontak mata 4. Mau berjabat tangan 5. Mau menyebutkan nama 6. Mau menjawab salam 7. Klien mau duduk berdampingan dengan perawat	1. Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik a. Sapa klien dengan nama baik verbal maupun non verbal b. Perkenalkan diri dengan sopan c. Tanyakan nama lengkap klien dan nama panggilan yang disukai klien d. Jelaskan tujuan pertemuan e. Jujur dan menepati janji f. Tunjukkan sikap empati dan

-
8. Mau menerima klien apa mengutarakan adanya masalah g. Beri perhatian pada kliendan perhatikan kebutuhan dasar klien

-
- TUK 2 : Klien 1. Klien dapat 3. Adakah kontak sering dapat menyebutkan, dan singkat secara mengenali waktu, isi, bertahap. halusinasinya frekuensi timbulnya 1. Observasi tingkah laku klien terkait halusinasi dengan
2. Klien dapat halusinasinya ; mengungkapka bicara memandang n perasaan klien kekiri atau ke terhadap kanan atau kedepan halusinasinya seolah-olah ada teman bicara
2. Bantu klien mengenal halusinasinya.
- a. Jika menemukan yang sedang
-

halusinasi,
tanyakan apakah
ada suara yang
didengar.

- b. Jika klien
mengatakan ada,
lanjutkan: apa
yang dikatakan
- c. Katakan bahwa
perawat percaya
klien mendengar
suara itu, namun
perawat sendiri
tidak
mendengarnya
(dengan nada
bersahabat tanpa
menuduh atau
menghakimi).
- d. Katakan bahwa
klien ada juga
yang seperti
klien.
-

3. Diskusikan dengan klien apa yang dirasakan jika terjadi halusinasi (marah atau takut, sedih atau senang) beri kesempatan mengungkapkan perasaannya.

TUK 3: klien	1. Klien dapat menyebutkan tindakan yang mengontrol halusinasinya untuk mengendalikan halusinasinya	1. Identifikasi bersama klien cara tindakan yang dilakukan jika terjadi halusinasi (tidur, marah, menyibukkan diri, marah).
	2. Klien dapat menyebutkan cara baru	2. Diskusikan dan ajari klien untuk membaca surat an naas disaat mendengarkan suara.
	3. Klien dapat memilih cara mengatasi halusinasi	3. Diskusikan cara baru untuk memutus atau mengontrol halusinasinya:

seperti yang telah didiskusikan dengan klien.

a. Katakana “ saya tidak mendengar suara kamu” pada saat halusinasi terjadi.

b. Menemui orang lain (perawat/teman/anggota keluarga) untuk bercakap-cakap atau mengatakan halusinasi yang didengar.

c. Membuat jadwal kegiatan sehari-hari agar halusinasi tidak muncul.

d. Minta keluarga/teman/perawat jika Nampak bicara sendiri.

4. Bantu klien memilih atau melatih cara memutus

	halusinasi bertahap.	secara
<p>TUK 4: klien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien dapat membina dukungan dari keluarga dalam mengontrol halusinasi. 2. Keluarga dapat menyebutkan pengertian, tanda, dan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan klien untuk memberi tahu keluarga jika mengalami halusinasi. 2. Diskusikan dengan keluarga (pada saat berkunjung atau pada saat kunjungan rumah). <ol style="list-style-type: none"> a. Gejala halusinasi kegiatan untuk mengendalikan halusinasi. b. Cara yang dapat dilakukan klien dan keluarga untuk memutus halusinasi c. Cara merawat anggota keluarga untuk memutus halusinasi dirumah, beri kegiatan, jamham biarkan sendiri, makan 	

bersama, bepergian bersama.

- d. Beri informasi waktu, follow up atau halusinasi terkontrol dan resiko menciderai orang lain.

TUK 5: klien	1. Klien	dan	1. Diskusikan dengan
dapat	keluarga	dapat	klien dan keluarga
memanfaatkan	menyebutkan		tentang dosis, frekuensi,
obat dengan	manfaa,	dosis	manfaat obat
baik.		dan	efek
		2. Anjurkan	klien minta
		samping obat.	sendiri obat pada
	2. Klien	dapat	perawat dan merasakan
		mendemonstras	manfaatnya.
		ikan	3. Anjurkan
		penggunaan	klien berbicara dengan dokter
		obat secara	tentang manfaat dan
		benar.	efek samping obat yang
	3. Klien		dirasakan.
		mendapatkan	
		informasi	

	tentang	efek	4.	Diskusikan	akibat
	samping obat.			berhenti minum obat	
4.	Klien	dapat		tanpa konsultasi.	
	memahami		5.	Bantu	klien
	akibat berhenti			menggunakan	obat
	minum obat.			dengan prinsip benar.	
5.	Klien	dapat			
	menyebutkan				
	prinsif	5	benar		
	penggunaan				
	obat				
Resiko	Tujuan umum:	Setelah dilakukan	Bina hubungan	saling	
Perilaku	Klien mampu tindakan		percaya	dengan	
Kekerasa	mengontrol keperawatan		mengungkapkan	prinsip	
n	perilaku selama 3x interaksi	komunikasi terapeutik:			
	kekerasannya diharapkan	klien	1. Beri salam	setiap	
	TUK 1: Klien dapat menunjukkan	berinteraksi			
	dapat membina	tanda-tanda percaya	2. Sebutkan	nama	
	hubungan pada perawat:			panggilan perawat	
	saling percaya	1. Wajah cerah	3. Tanyakan nama lengkap		
		dan tersenyum	klien	dan	nama
	2. Mau berkenalan			panggilan	yang disukai
				klien	

-
3. Ada kontak 4. Jelaskan tujuan
mata pertemuan
4. Bersedia 5. Jujur dan menepati janji
menceritakan 6. Tunjukkan sikap empati
perasaannya dan menerima klien apa
adanya
7. Buat kontrak yang jelas
8. Tanyakan perasaan klien
dan masalah yang
dihadapi
9. Bantu klien
mengungkapkan
perasaan jengkel atau
kesal
10. Dengarkan dengan
penuh perhatian
ungkapan perasaan klien
-

- TUK 2: klien Setelah dilakukan
1. Beri kesempatan pasien
dapat tindakan untuk menceritakan
mengidentifika keperawatan penyebab kesal atau
si perilaku selama 3x interaksi jengkelnya
kekerasan diharapkan klien 2. Dengarkan tanpa
 dapat menceritakan menyela atau memberi
-

penyebab perilaku penilaian setiap kekerasan yang ungkapan perasaan klien dilakukan:

1. Menceritakan

penyebab
jengkel atau
kesal baik dari
diri sendiri
maupun
lingkungan

TUK 3: klien	Setelah dilakukan	1. Anjurkan	klien
dapat	tindaka	mengungkapkan yang	
mengidentifika	keperawatan	dialami dan dirasakan	
si	tanda selama 3x interaksi	saat klien jengkel atau	
perilaku	klien dapat	kesal	
kekerasannya	diharapkan	2. Bantu	klien
	menceritakan tanda	mengungkapkan tanda-	
	saat terjadi perilaku	tanda perilaku kekerasan	
	kekerasan:	yang di alaminya :	
1. Tanda fisik:	a. Motivasi	klien,	
mata merah,	menceritakan		
tangan	kondisi (tanda fisik)		
mengepal,			

ekspressi tegang dll	saat kekerasan	perilaku
2. Tanda emosional: perasaan marah, jengkel, bicara kasar	b. Motivasi menceritakan kondisi emosi (tanda emosi) saat perilaku kekerasan	klien
3. Tanda sosial: bermusuhan yang dialami saat terjadi perilaku kekerasan	c. Motivasi menceritakan kondisi hubungan dengan orang lain (tanda sosial) saat perilaku kekerasan	klien
	3. Observasi tanda perilaku kekerasan pada klien	
	4. Simpulkan bersama klien tanda-tanda jengkel atau kesal yang dialami klien.	

TUK 4: klien Setelah dilakukan dapat tindakan mengidentifika keperawatan si akibat selama 3x interaksi,	1. Bicarakan akibat atau kerugian cara yang dilakukan pada:
	a. Diri sendiri

perilaku kekerasan	diharapkan dapat menjelaskan akibat dari cara yang digunakan:	b. Orang lain atau keluarga
		c. Lingkungan
		2. Bersama klien
	1. Diri sendiri luka, dijauhi teman dll	menyimpulkan cara yang digunakan klien
		3. Tanyakan klien apakah tahu cara marah yang keluarga: luka, sehat untuk mengontrol tersinggung, rasa jengkel atau marah ketakutan dll
	3. Lingkungan: barang atau benda rusak dll	
TUK 5: klien dapat mendemonstra sikan mengontrol perilaku kekerasan	Setelah dilakukan tindakan interaksi cara diharapkan klien dapat mendemonstrasikan cara mengontrol perilaku kekerasan	1. Diskusikan dengan klien untuk memilih cara yang paling tepat dalam mengungkapkan marah 2. Klien dapat mengidentifikasi manfaat yang terpilih dengan cara:

-
- | | |
|--|---|
| <p>1. Fisik</p> <p>2. Verbal</p> <p>3. Sosial</p> <p>4. Spiritual</p> | <p>3. Bantu klien</p> <p>mendemonstrasikan cara dipilih yang</p> <p>a. Peragakan cara yang dipilih</p> <p>b. Jelaskan manfaat cara tersebut</p> <p>c. Anjurkan klien menirukan peragaan yang sudah dilakukan</p> <p>d. Beri penguatan pada klien, perbaiki cara yang belum sempurna</p> |
| <p>4. Anjurkan klien menggunakan cara yang sudah dilatih saat jengkel atau marah</p> <p>5. Susun jadwal untuk melakukan cara yang telah dipelajari</p> | |
-

6. Beri reinforcement
positif atas keberhasilan

TUK 6: klien Setelah dilakukan menggunakan tindakan 3x benar sesuai diharapkan klien dengan mampu dengan program yang menyebutkan: telah ditetapkan	1. Diskusikan dengan klien tentang a. Manfaat minum obat dan kerugian tidak minum obat b. Nama obat, dosis, frekuensi, manfaat
	1. Manfaat minum obat dan kerugian tidak minum obat
	2. Bantu klien menggunakan obat dengan prinsip 5 benar samping obat (nama klien, obat, dosis,
	3. Mampu mendemonstras ikan penggunaan obat dengan benar
	3. Anjurkan klien membicarakan manfaat dan efek samping obat yang dirasakan
	4. Diskusikan akibat berhenti minum obat
	4. Mampu menyebutkan

	akibat berhenti minum obat	tanpa konsultasi dengan dokter
	tanpa konsultasi	5. Anjurkan klien dengan dokter berkonsultasi dengan dokter atau perawat jika terjadi hal-hal yang tidak diinginkan
		6. Beri reinforcement bila klien minum obat dengan benar
TUK 7: klien	Setelah dilakukan mendapatkan tindakan dukungan keperawatan keluarga untuk selama 3x interaksi mengontrol diharapkan perilaku kekerasan	1. Identifikasi kemampuan keluarga dalam merawat klien dari sikap yang telah dilakukan keluarga terhadap klien selama ini 2. Diskusikan dengan keluarga tentang tentang: 1. Pengertian perilaku kekerasan keluarga sebagai pendukung untuk mengatasi perilaku kekerasan

-
2. Tanda dan 3. Diskusikan potensi
gejala perilaku keluarga untuk
kekerasan membantu klien
3. Penyebab dan mengatasi perilaku
akibat perilaku kekerasan
4. Diskusikan dengan
keluarga melalui
pertemuan keluarga
tentang pengertian
perilaku kekerasan,
tanda dan gejala perilaku
kekerasan, penyebab dan
akibat perilaku
kekerasan, cara merawat
klien dengan perilaku
kekerasan
5. Latih keluarga dalam
merawat klien dengan
perilaku kekerasan
6. Beri kesempatan
keluarga mendemonstrasikan
ulang
-

7. Tanyakan perasaan

keluarga setelah

mendemonstrasikan

perilaku kekerasan cara

merawat klien

8. Beri reinforcement atas

keterlibatan keluarga

Isolasi sosial:	TUM: klien	Setelah 3 x interaksi	1. bina hubungan saling percaya dengan
Menarik diri	berinteraksi dengan orang	menerima kehadiran perawat.	mengungkapkan prinsip terapi terapeutik
	lain	Klien	dapat 2. Sapa klien dengan ramah
	TUK 1: klien	mengungkapkan	baik verbal maupun non verbal.
	dapat membina	perasaan	3. Perkenalkan diri dengan
	hubungan	keberadaannya saat	saling percaya ini secara verbal: sopan.
	saling	bersahabat	1. ekspresi wajah 4. Tanyakan nama lengkap
	percaya	2. menunjukan	klien dan nama panggilan yang disukai
		rasa senang	klien.
		3. ada kontak mata	5. Jelaskan tujuan
		4. mau berjabat	pertemuan.
		tangan	6. Jujur dan menepati janji.

5. mau menjawab 7. Tunjukan sifat empati
salam dari menerima klien apa

6. klien mau adanya.
duduk
berdampingan
dengan perawat

7. mau
mengutarakan
masalah yang
dihadapi

TUK 2: klien	Setelah 3 x interaksi	1. Tanyakan pada pasien
dapat	klien	dapat tentang:
menyebutkan	menyebutkan	a. orang yang tinggal
penyebab	penyebab menarik	serumah/teman
menarik diri	diri yang berasal	sekamar pasien
	dari:	b. orang terdekat pasien
	1. diri sendiri	dirumah/diruang
	2. orang lain	perawatan
	3. lingkungan	c. apa yang membuat pasien dekat dengan orang tersebut
		d. hal-hal yang membuat pasien jauh

dengan orang

tersebut

e. upaya yang telah dilakukan untuk mendekatkan diri dengan orang lain

2. Kaji pengetahuan klien tentang perilaku menarik diri dan tanda-tandanya

3. Beri kesempatan kepada klien untuk mengungkapkan perasaan penyebab menarik diri atau tidak mau bergaul

4. Diskusi bersama klien tentang perilaku menarik diri, tanda-tanda serta penyebab yang muncul

5. Berikan pujian terhadap kemampuan klien dalam mengungkapkan perasaannya.

TUK 3: klien	Setelah 3 x interaksi	1. Kaji	pengetahuan
dapat	klien	dapat	tentang manfaat dan
menyebutkan	menyebutkan		keuntungan
keuntungan	keuntungan		berhubungan dengan
dan kerugian	berhubungan		orang lain
bila tidak dengan orang lain	2. Beri kesempatan pada		
berhubungan misal:		klien	untuk
dengan orang lain	1. banyak teman		mengungkapkan
	2. tidak kesepian		perasaannya tentang
	3. bisa diskusi		berhubungan dengan
	4. saling		orang lain
menolong	3. Diskusi bersama tentang		
	keuntungan		
	berhubungan dengan		
	orang lain		
	4. Beri reinforcemen		
	positif terhadap		
	kemampuan		
	pengungkapan perasaan		
	tentang keuntungan		
	berhubungan dengan		
	orang lain		

5. Kaji pengetahuan klien

tentang manfaat dan kerugian tidak berhubungan dengan orang lain.

6. Beri kesempatan pada

klien untuk mengungkapkan perasaan tentang kerugian tidak berhubungan dengan orang lain

7. Diskusi bersama klien

tentang kerugian tidak berhubungan dengan orang lain

8. Beri reinforcemen

positif terhadap kemampuan pengungkapan perasaan tentang kerugian tidak berhubungan dengan orang lain

-
- TUK 4: klien Setelah 3 x interaksi
1. Kaji kemampuan klien dapat klien dapat membina hubungan berhubungan mendemonstrasika dengan orang lain sosial secara n hubungan social
 2. Dorong dan bantu klien bertahap secara bertahap, untuk berhubungan antara: dengan orang lain K-P meliputi tahap:
 - K-P-K K-P
 - K-P-Kel K-P-Plain
 - K-P-Klp K-P-Plain - K lain
 - K-P-Kel/Klp/Masy 3. Beri reinforcement terhadap keberhasilan yang telah dicapai
 4. Bantu klien untuk mengevaluasi manfaat berhubungan
 5. Diskusikan jadwal harian yang dapat dilakukan bersama klien dalam mengisi waktu
-

6. Motivasi klien untuk

mengikuti kegiatan

ruangan

7. Beri reinforcement atas

kegiatan klien dalam

ruangan

TUK 5: klien Setelah 3 x interaksi 1. Dorong klien untuk

dapat klien dapat mengungkapkan

mengungkapka mengungkapkan perasaannya bila

n perasaannya perasaannya setelah berhubungan dengan

setelah berhubungan orang lain

berhubungan dengan orang lain 2. Diskusikan dengan klien

dengan orang untuk tentang perasaan

lain 1. diri sendiri manfaat berhubungan

2. orang lain dengan orang lain

3. kelompok 3. Beri reinforcement

positif atas kemampuan

klien mengungkapkan

perasaannya

berhubungan dengan

orang lain.

TUK 6: klien Keluarga	dapat	1. Bina hubungan saling
dapat	menjelaskan	percaya dengan
memberdayaka	tentang:	keluarga:
n sistem	1. Perasaan	a. salam, perkenalkan
pendukung	keluarga	diri
atau keluarga	2. pengertian	b. sampaikan tujuan
maupun	menarik diri,	c. buat kontrak
mengembangk	tanda dan	d. eksplorasi perasaan
an kemampuan	gejalanya	keluarga
klien untuk	3. penyebab dan	2. Diskusi tentang
berhubungan	akibat menarik	pentingnya peran
dengan orang	diri	kelurga sebagai
lain	4. cara merawat	pendukung untuk
	klien dengan	mengatasi perilaku
	menarik diri	menarik diri
5. mendemonstras	3. Diskusi dengan keluarga	
ikan cara	tentang:	
perawatan klien	a. Menarik diri	
menarik diri	b. Penyebab menarik	
6. berpartisipasi	diri	
dalam	c. Akibat menarik diri	
perawatan klien	jika tidak di tanggapi	
menarik diri		

d. Cara keluarga

menghadapi klien

dengan menarik diri

4. Diskusikan potensi

keluarga untuk

membantu klien menarik

diri.

5. Latih keluarga merawat

klien menarik diri

6. Tanyakan perasaan

setelah mencoba cara

yang telah dilatih

7. Dorong anggota

keluarga untuk

memberikan dukungan

kepada klien untuk

berkomunikasi dengan

orang lain

8. Anjurkan anggota

keluarga secara rutin dan

bergantian menjenguk

klien minimal satu

minggu sekali

9. Beri reinforcement atas hal-hal yang telah dicapai keluarga

TUK 7: klien Setelah 3x interaksi	1. Diskusikan dengan klien dapat klien dapat tentang kerugian dan menggunakan menyebutkan keuntungan tidak minum obat dengan 1. manfaat minum obat, serta karakteristik benar dan tepat obat obat yang diminum	2. kerugian tidak 2. Bantu dalam minum obat minum obat dengan prinsip 5 benar(
	3. nama, warna, benar pasien, obat, dosis, dosis, efek cara, waktu)	3. Beri reinforcement positif bila klien menggunakan obat dengan benar
		4. Diskusi akibat berhenti minum obat tanpa konsultasi dengan dokter

G. IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

Tabel 3.3 Implementasi Dan Evaluasi

Hari/Tgl/J am	NO DX	IMPLEMENTASI	EVALUASI
Rabu, 15 Mei 2024 Jam : 10.00 WIB	1. perubahan persepsi sensori halusinasi pendengaran	<p>DS: Klien mengatakan mau bisikan yang diajarkan cara menyuruhnya pergi mengontrol dari rumah suara halusinasi tersebut muncul 1-4 dengan kali sejak klien sering menghardik.</p> <p>menyendiri dan O: melamun, suara Klien tampak muncul ± 1 menit bingung, klien kemudian pergi terlihat bisa ketika suara muncul mengikuti cara klien merasa gelisah yang sudah dan terdiam.</p> <p>DO:</p> <p>1. Klien terlihat sering tenang saat melamun</p>	S : Klien mengatakan mau mendengar suara yang diajarkan cara menyuruhnya pergi mengontrol dari rumah suara halusinasi tersebut muncul 1-4 dengan kali sejak klien sering menghardik.

2. Klien terlihat gelisah dipanggil

3. Klien sering mondar-namanya.

mandir A:

4. Klien berbicara dan Halusinasi

tertawa sendiri belum teratasi

Diagnosa keperawatan: P:

perubahan persepsi Lanjutkan

sensori : halusinasi intervensi

pendengaran 1. Anjurkan

Tindakan klien untuk

Keperawatan: mengingat

1. Bina hubungan saling dan
percaya menggunakan

2. Identifikasi halusinasi n cara

meliputi isi, jenis, menghardik
waktu, saat

frekuensi,situasi dan halusinasi

respon klien terhadap muncul.

halusinasi.

3. Menjelaskan cara

mengontrol halusinasi

menghardik,

bercakap-cakap

dengan orang lain,
melakukan aktivitas
terjadwal, minum
obat.

4. Mengajarkan Sp 1
yaitu cara untuk
mengontrol halusinasi
dengan menghardik.

5. Memasukan pada
jadwal kegiatan untuk
latihan menghardik

RTL:

1. Mengevaluasi
kegiatan menghardik

2. Mengajarkan Sp 2
yaitu cara untuk
mengontrol halusinasi
dengan bercakap-
cakap.

Rabu, 15	2. Resiko	DS:	S:
Mei 2024	perilaku	1. Klien mengatakan Klien	
Jam : 13.00	kekerasan.	merasa jengkel jika mengatakan mau	
WIB		mendengar bisikan diajarkan fisik	

yang menyuruhnya dengan cara pergi dari rumah lalu Tarik nafas klien marah-marah dan dalam dan pukul merusak barang bantal untuk disekitarnya mengontrol

2. Klien mengatakan marahnya. pernah memukul O: ibunya karena ibunya Klien terlihat memarahi jika merusak bisa mengikuti barang-barang cara yang sudah dirumahnya diajarkan, klien DO: terlihat lebih
 1. Klien labil tenang tetapi
 2. Ekspresi wajah klien tatapan wajah terkadang senang dan klien masih kadang ingin marah tajam.
 3. Tatapan wajah klien A: tajam Resiko perilaku

Diagnosa Keperawatan: kekerasan belum resiko perilaku kekerasan teratas

Tindakan Keperawatan: P:

 1. Membina hubungan Lanjutkan saling percaya intervensi

2. Mengidentifikasi - Anjurkan penyebab perilaku klien Tarik kekerasan nafas dalam
3. Mengidentifikasi tanda atau pukul perilaku kekerasan bantal saat
4. Mengidentifikasi kesal atau akibat perilaku lagi marah- kekerasan marah
5. Melatih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik yaitu Tarik nafas dalam dan memukul bantal.
6. Memasukan pada jadwal kegiatan untuk latihan Tarik nafas dalam dan memukul bantal.

RTL:

1. Mengevaluasi kegiatan cara Tarik nafas dalam dan pukul bantal.

2. Latih cara verbal untuk mengontrol perilaku kekerasan dengan menolak dengan baik, meminta dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik.

Kamis, 16 **1. perubahan** DS: S:
 Mei 2024 **persepsi** 1. Klien mengatakan 1. Klien
 Jam : 09.00 **sensori :** masih mendengar suara mengatakan
 wib **halusinasi** bisikan yang sudah
pendengara menyuruhnya pergi menerapkan
n dari rumah suara cara
 tersebut muncul 1-3 menghardik
 kali sejak klien sering 2. Klien
 menyendiri dan mengatakan
 melamun, suara masih
 muncul ± 1 menit mendengar
 kemudian pergi ketika suara/bisika
 suara muncul klien n yang
 merasa gelisah dan menyuruhny
 terdiam a pergi dari
 rumah,

2. Klien mengatakan bisikan mengetahui cara muncul 1-3 mengontrol kali sehari halusinasinya dengan ketika klien menghardik. menyendiri
3. Klien mengatakan bisa atau melakukan tindakan melamun. menghardik
3. Klien

- DO:
1. Klien terlihat lebih mau tenang diajarkan
2. Klien antusias saat evaluasi SP 1 dan mengontrol diajarkan SP 2 halusinasi

Diagnosa Keperawatan: dengan perubahan persepsi sensori bercakap- : halusinasi pendengaran cakap

- Tindakan keperawatan:** O:
- SP 2
1. Klien terlihat
1. Validasi SP 1 kegiatan memperhati menghardik serta kan saat memberikan pujian diajarkan cara

2. Melatih klien untuk bercakap-mengontrol halusinasi cakap dengan cara bercakap-dengan cakap orang lain.

3. Memasukan kedalam jadwal kegiatan untuk latihan menghardik dan bercakap-cakap 2. Klien memperagakan cara bercakap-

RTL: cakap
 - Anjurkan klien untuk menggunakan cara bercakap-cakap untuk mencegah halusinasi 3. Klien masih terlihat gelisah 4. Klien kooperatif
 - Mengajarkan SP yaitu cara untuk mengontrol halusinasi dengan cara melakukan aktivitas terjadwal A:
 (Terapi Murottal Al-Halusinasi Quran). 5. Ada kontak mata saat berbincang-bincang

P:

Lanjutkan
intervensi
- Anjurkan
klien
menggunakan
n cara
menghardik
saat
halusinasi
muncul
- Anjurkan
klien
menggunakan
n cara
bercakap-
cakap saat
halusinasi
muncul.

Kamis, 16 2. Resiko DS: S:
 Mei 2024 perilaku 1. Klien mengatakan 1. Klien
 Jam : 11.00 kekerasan. masih merasa jengkel mengatakan
 wib jika mendengar bisikan mau
 yang menyuruhnya diajarkan

pergi dari rumah lalu verbal
 klien marah-marah dan dengan cara
 merusak barang menolak
 disekitarnya. dengan baik,

- DO:
1. Klien terlihat matanya dengan baik,
 melotot mengungkap
 4. Ekspresi wajah klien kan perasaan
 terkadang senang dan dengan baik
 kadang ingin marah untuk
 5. Tatapan wajah klien mengontrol
 tajam marahnya.

Diagnosa Keperawatan: O:

resiko perilaku kekerasan Klien terlihat

Tindakan Keperawatan: bisa mengikuti

1. Validasi cara cara yang sudah
 mengontrol perilaku diajarkan, klien
 kekerasan dengan cara terlihat lebih
 fisik yaitu Tarik nafas tenang.

dalam dan memukul A:

bantal dan berikan Resiko perilaku

pujian. kekerasan belum
 teratasi

2. Ajarkan cara verbal P:
 untuk mengontrol Lanjutkan
 perilaku kekerasan intervensi
 dengan menolak Anjurkan klien
 dengan baik, meminta melatih cara
 dengan baik, verbal menolak
 mengungkapkan dengan baik,
 perasaan dengan baik. meminta dengan
3. Memasukan pada baik,
 jadwal kegiatan untuk mengungkapkan
 latihan dengan cara perasaan dengan
 menolak dengan baik, baik untuk
 meminta dengan baik, mengontrol
 mengungkapkan resiko perilaku
 perasaan dengan baik. kekerasan

RTL:

1. Mengevaluasi kegiatan
 cara Tarik nafas dalam
 dan pukul bantal.
 Berikan pujian
2. Mengevaluasi kegiatan
 dengan cara menolak
 dengan baik, meminta

dengan baik,

mengungkapkan

perasaan dengan baik.

Berikan pujian

3. Latih cara spiritual

untuk mengontrol

perilaku kekerasan

dengan berzikir.

Jumat, 17 **1. perubahan** DS: S:

Mei 2024 **persepsi** 1. Klien mengatakan 1. Klien

Jam : 08.00 **sensori** : masih mendengar suara mengatakan

wib **halusinasi** bisikan yang masih ingat

pendengara menyuruhnya pergi dan klien

n dari rumah suara mempraktek

tersebut muncul 1-2 an cara

kali sejak klien sering mengontrol

menyendiri dan halusinasi

melamun, suara dengan cara

muncul ± 1 menit menghardik

kemudian pergi ketika saat terjadi

suara muncul klien halusinasi

merasa gelisah. dan

bercakap-

2. Klien mengatakan cakap saat mengetahui cara akan terjadi mengontrol halusinasi halusinasinya dengan 2. Klien menghardik.
3. Klien mengatakan masih mengetahui cara mendengar mengontrol halusinasi suara/bisika dengan bercakap-cakap n untuk mencegah 3. Klien halusinasi muncul.
4. Klien mengatakan bisa ingin melakukan tindakan membaca menghardik dan surat an naas bercakap-cakap sekali lagi.

DO:

1. Klien terlihat lebih tenang 1. Klien kooperatif
2. Klien antusias saat evaluasi SP 1 dan SP 2. 2. Klien terlihat tenang

Diagnosa keperawatan: 3. Ada kontak perubahan persepsi mata

sensori: halusinasi 4. Klien
 pendengaran tampak
Tindakan Keperawatan: menghayati
 Sp 3: saat
 1. Validasi Sp 1 dan 2 membaca
 yaitu menghardik dan surat an naas
 bercakap-cakap. A:
 Berikan pujian Masalah belum
 2. Melatih klien untuk teratasi
 mengontrol halusinasi P:
 dengan cara melakukan Lanjutkan
 aktivitas terjadwal intervensi
 (Terapi Murottal Al- 1. Anjurkan
 Quran) klien
 3. Memasukan kedalam menggunakan
 jadwal kegiatan harian n cara
 klien menghardik
RTL: saat terjadi
 1. Anjurkan klien untuk halusinasi
 mengurangi halusinasi 2. Anjurkan
 muncul dengan cara klien
 melakukan aktivitas menggunakan
 terjadwal (Terapi n cara

Murottal Al-Quran) di bercakap-waktu pagi dan sore cakap saat minimal 10-15 menit. akan terjadi

2. Mengajarkan Sp 4 cara halusinasi untuk mencegah 3. Anjurkan halusinasi muncul dengan cara minum obat secara teratur.

(Terapi n aktivitas terjadwal

Murottal Al-Quran) saat pagi dan sore minimal 10-15 menit.

Jumat, 17 **3. Resiko** DS: S:
 Mei 2024 **perilaku** 1. Klien mengatakan 1. Klien
 Jam : 14.00 **kekerasan.** tidak lagi merasa mengatakan
 wib jengkel jika mendengar mau
 bisikan yang diajarkan
 menyuruhnya pergi spiritual
 dari rumah. dengan cara
 untuk

2. Klien mengatakan mengontrol
suara itu tidak nyata marahnya.

- DO: O:
1. Klien terlihat tenang Klien terlihat
 2. Ekspresi wajah klien bisa mengikuti terlihat senang cara yang sudah
 3. Klien terlihat diajarkan, klien kooperatif terlihat lebih

Diagnosa Keperawatan: tenang.

resiko perilaku kekerasan A:

Tindakan Keperawatan: Resiko perilaku

1. Validasi cara kekerasan belum mengontrol perilaku teratasi kekerasan dengan cara P:
fisik yaitu Tarik nafas Lanjutkan dalam dan memukul intervensi bantal dan berikan Anjurkan klien pujian. latihan berzikir
2. Validasi cara verbal untuk untuk mengontrol mengontrol perilaku kekerasan resiko perilaku yaitu dengan menolak kekerasan dengan baik, meminta

dengan baik,

mengungkapkan

perasaan dengan baik.

Berikan pujian

3. Latih cara spiritual

untuk mengontrol

perilaku kekerasan

yaitu dengan berzikir.

Berikan pujian.

4. Memasukan pada

jadwal kegiatan untuk

latihan dengan cara

berzikir.

RTL:

1. Mengevaluasi kegiatan

cara Tarik nafas dalam

dan pukul bantal.

2. Mengevaluasi kegiatan

dengan cara menolak

dengan baik, meminta

dengan baik,

mengungkapkan

perasaan dengan baik.

3. Mengevaluasi cara spiritual untuk mengontrol perilaku kekerasan dengan berzikir.

4. Latih cara minum obat secara teratur untuk mengurangi resiko perilaku kekerasan.

Sabtu 18 **1. perubahan** DS: S :
 Mei 2024 **persepsi** 1. Klien mengatakan 1. klien
 Jam : 09.00 **sensori** : masih mendengar suara mengatakan
 wib **halusinasi** bisikan yang masih
pendengara menyuruhnya pergi mendengar
n dari rumah suara suara-suara
 tersebut muncul 1 kali akan tetapi
 ketika klien mau tidur, sudah mulai
 suara muncul ± 1 menit berkurang,
 ketika suara tersebut dan
 muncul klien halusinasi
 mengatakan muncul
 menggunakan teknik hanya saat
 menghardik lalu menyendiri

membaca surat an-naas O:

untuk mengurangi 1. klien
suara/bisikan yang kooperatif
muncul. 2. klien terlihat

DO: tenang

1. Klien terlihat lebih 3. ada kontak
tenang mata

2. Klien terlihat A:

kooperatif Masalah

Diagnosa keperawatan: halusinasi

perubahan persepsi teratas

sensori: halusinasi P:

pendengaran pertahankan

Tindakan Keperawatan: intervensi:

Sp 4: 1. anjurkan

4. Validasi Sp 1, 2, 3 yaitu klien
menghardik, bercakap- menggunakan
cakap, melakukan n cara
aktivitas terjadwal menghardik
(terapi murottal al- saat terjadi
quran) Berikan pujian halusinasi

5. Melatih klien untuk 2. anjurkan

mengontrol halusinasi klien

dengan cara minum menggunakan

obat secara teratur. n cara

6. Memasukan kedalam bercakap-jadwal kegiatan harian cakap saat klien akan terjadi

RTL: halusinasi

1. Anjurkan klien untuk 3. anjurkan

menggunakan cara klien

mencegah halusinasi menggunakan

muncul dengan cara n cara

minum obat secara melakukan

teratur. aktivitas

terjadwal

(terapi

murottal al-

quran) saat

pagi dan sore

minimal 15

menit

4. anjurkan

klien

menggunakan

n obat secara

teratur untuk
mencegah
halusinasi
muncul.

Sabtu 18	2. Resiko	DS:	S:
Mei 2024	perilaku	1. Klien mengatakan tidak lagi merasa jengkel jika mendengar bisikan yang menyuruhnya pergi dari rumah.	1. Klien mengatakan mau diajarkan minum obat secara
Jam : 11.00 wib	kekerasan.	3. Klien mengatakan suara itu tidak nyata	teratur untuk mencegah resiko
		DO:	perilaku
		1. Klien terlihat tenang	kekerasan.
		2. Ekspresi wajah klien terlihat senang	O:
		3. Klien terlihat kooperatif	Klien terlihat kooperatif, klien
		Diagnosa Keperawatan:	terlihat lebih resiko perilaku kekerasan tenang.
		Tindakan Keperawatan:	A:

1. Validasi cara Masalah Resiko mengontrol perilaku perilaku kekerasan dengan cara kekerasan fisik yaitu Tarik nafas teratas dalam dan memukul P: bantal dan berikan Pertahankan pujian. intervensi
2. Validasi cara verbal untuk mengontrol perilaku kekerasan yaitu dengan menolak dengan baik, meminta dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik.
Berikan pujian
3. Mengevaluasi cara spiritual untuk mengontrol perilaku kekerasan yaitu dengan berzikir. Berikan pujian.

4. Memasukan pada jadwal kegiatan untuk latihan dengan cara berzikir.

RTL:

1. Anjurkan klien untuk melakukan cara Tarik nafas dalam dan pukul bantal.
2. Anjurkan klien untuk melakukan cara menolak dengan baik, meminta dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik.
3. Anjurkan klien untuk melakukan cara spiritual untuk mengontrol perilaku kekerasan dengan berzikir.
4. Anjurkan klien untuk melakukan cara minum

obat secara teratur
untuk mengurangi
resiko perilaku
kekerasan.