

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 ejekan 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 di rumah ketika tidak bisa mengontrolnya, di rumah 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

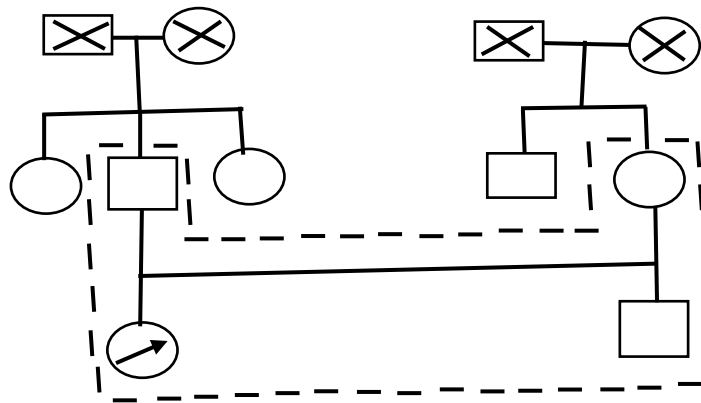
TB : 165 cm

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 tua 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 disanalah 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 sandal 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	<p>Ds: klien mengatakan masih merasa jengkel jika mendengar bisikan menyuruhnya pergi dari rumah lalu klien marah-marah dan merusak barang-barang disekitarnya.</p> <p>Do: klien labil, ekspresi wajah klien kadang senang dan kadang ingin marah, tatapan tajam.</p>	Resiko Perilaku Kekerasan
2	<p>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.</p> <p>Do: Klien bersikap seperti mendengar suara, pandangan klien kosong, sering menoleh kekiri atau kanan, berbicara sendiri dan Klien sering mondar-mandir.</p>	Perubahan persepsi sensori halusinasi pendengaran
3	<p>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.</p>	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 persepsi sensorial halusinasi pendengaran	TUM : klien dapat mengontrol halusinasi yang dialaminya TUK 1 : klien dapat membina hubungan saling percaya	1. Ekspresi wajah bersahabat 2. Menunjukkan 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 mengutarakan masalah	menerima klien apa adanya g. Beri perhatian pada klien dan perhatikan kebutuhan dasar klien
TUK 2 : Klien dapat mengenali halusinasinya	<p>1. Klien dapat menyebutkan, waktu, isi, frekuensi timbulnya halusinasi</p> <p>2. Klien dapat mengungkapkan perasaan terhadap halusinasinya</p>	<p>3. Adakah kontak sering dan singkat secara bertahap.</p> <p>1. Observasi tingkah laku klien terkait dengan halusinasinya ; bicara memandang klien kekiri atau kekanan atau kedepan seolah-olah ada teman bicara</p> <p>2. Bantu klien mengenal halusinasinya.</p> <p>a. Jika menemukan yang sedang</p>

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

seperti yang a. Katakana “ saya
telah tidak mau
didiskusikan mendengar suara
dengan klien. kamu” pada saat
halusinasi terjadi.

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

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

d. Minta
keluarga/teman/pera
wat jika Nampak
bicara sendiri.

4. Bantu klien memilih atau
melatih cara memutus

			halusinasi secara bertahap.
TUK 4: klien mendapat dukungan dari keluarga dalam mengontrol halusinasi.	1. Klien dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat 2. Keluarga dapat menyebutkan pengertian, tanda, dan kegiatan untuk mengendalikan halusinasi.	1. Anjurkan klien untuk memberi tahu keluarga jika mengalami halusinasi. 2. Diskusikan dengan keluarga (pada saat berkunjung atau pada saat kunjungan rumah). a. Gejala halusinasi yang dialami klien 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 dapat memanfaatkan obat dengan baik.	1. Klien dan keluarga dapat menyebutkan manfaa, dosis dan efek samping obat.	1. Diskusikann dengan klien dan keluarga tentang dosis, frekuensi, manfaat obat	
	2. Klien dapat mendemonstrasikan penggunaan obat secara benar.	2. Anjurkan klien minta sendiri obat pada perawat dan merasakan manfaatnya.	
	3. Klien mendapatkan informasi	3. Anjurkan klien berbicara dengan dokter tentang manfaat dan efek samping obat yang dirasakan.	

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

	3. Ada kontak mata	4. Jelaskan tujuan pertemuan
	4. Bersedia menceritakan perasaannya	5. Jujur dan menepati janji
		6. Tunjukkan sikap empati 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 dapat mengidentifikasi perilaku kekerasan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x interaksi diharapkan klien dapat menceritakan	1. Beri kesempatan pasien untuk menceritakan penyebab kesal atau jengkelnya
		2. Dengarkan tanpa menyela atau memberi

	penyebab perilaku kekerasan yang dilakukan:	penilaian setiap ungkapan perasaan klien
	1. Menceritakan penyebab jengkel atau kesal baik dari diri sendiri maupun lingkungan	
TUK 3: klien dapat mengidentifikasi tanda perilaku kekerasannya	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x interaksi klien diharapkan menceritakan tanda saat terjadi perilaku kekerasan:	1. Anjurkan klien mengungkapkan yang dialami dan dirasakan saat klien jengkel atau kesal
	2. Bantu klien mengungkapkan tanda perilaku kekerasan yang di alaminya :	
	1. Tanda fisik: mata merah, tangan mengepal,	a. Motivasi klien, menceritakan kondisi (tanda fisik)

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

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

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

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

-
- | | |
|--|--|
| <p>2. Tanda dan gejala perilaku kekerasan</p> | <p>3. Diskusikan keluarga untuk membantu klien mengatasi perilaku kekerasan</p> |
| <p>3. Penyebab dan akibat perilaku kekerasan</p> | <p>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</p> |
| <p>4. Cara merawat klien dengan perilaku kekerasan</p> | <p>5. Latih keluarga dalam merawat klien dengan perilaku kekerasan</p> |
| | <p>6. Beri kesempatan keluarga mendemonstrasikan ulang</p> |
-

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

			5. mau menjawab salam	7. Tunjukkan sifat empati dari menerima klien apa adanya.
			6. klien mau duduk berdampingan dengan perawat	
			7. mau mengutarakan masalah yang dihadapi	
TUK 2: klien dapat menyebutkan penyebab menarik diri	Setelah 3 x interaksi klien dapat menyebutkan penyebab menarik diri:	1. Tanyakan pada pasien tentang:		
	1. diri sendiri	a. orang yang tinggal serumah/teman sekamar pasien		
	2. orang lain	b. orang terdekat pasien dirumah/diruang 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	1. banyak teman	mengungkapkan
lain	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 dapat mengungkapkan perasaannya setelah berhubungan dengan orang lain	Setelah 3 x interaksi klien dapat mengungkapkan perasaannya setelah berhubungan dengan orang lain untuk	1. Dorong klien untuk mengungkapkan perasaannya bila berhubungan dengan orang lain 2. Diskusikan dengan klien tentang perasaan manfaat berhubungan dengan orang lain 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 dapat menggunakan obat dengan benar dan tepat	Setelah 3x interaksi klien dapat menyebutkan manfaat minum obat	1. Diskusikan dengan klien tentang kerugian dan keuntungan tidak minum obat, serta karakteristik obat yang diminum 2. Bantu dalam minum obat dengan prinsip 5 benar(benar pasien, obat, dosis, 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/Jam	NO DX	IMPLEMENTASI	EVALUASI
Rabu, 15 Mei 2024 Jam : 10.00 WIB	1. perubahan persepsi sensori halusinasi pendengaran	DS: 1. Klien mengatakan mendengar suara bisikan yang menyuruhnya pergi dari rumah suara tersebut muncul 1-4 kali sejak klien sering menyendiri dan melamun, suara muncul \pm 1 menit kemudian pergi ketika suara muncul klien merasa gelisah dan terdiam. DO: 1. Klien terlihat sering melamun	S : Klien mengatakan mau diajarkan cara mengontrol halusinasi dengan menghardik. O: Klien tampak bingung, klien terlihat bisa mengikuti cara yang sudah diajarkan, klien terlihat lebih tenang saat

2. Klien terlihat gelisah dipanggil
3. Klien sering mondar-mandir namanya.
A:
4. Klien berbicara dan tertawa sendiri Halusinasi
belum teratasi

Diagnosa keperawatan: P:

perubahan persepsi Lanjutkan
sensori : halusinasi intervensi
pendengaran 1. Anjurkan

Tindakan klien untuk

Keperawatan: mengingat

1. Bina hubungan saling percaya dan 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 Mei 2024
Jam : 13.00 WIB
2. Resiko perilaku kekerasan.

DS: S:
1. Klien mengatakan Klien
merasa jengkel jika mengatakan mau
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 teratasi

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 Mei 2024	1. perubahan persepsi sensori : halusinasi pendengaran	DS:	1. Klien mengatakan masih mendengar suara bisikan yang menyuruhnya pergi dari rumah suara tersebut muncul 1-3 kali sejak klien sering menyendiri dan melamun, suara muncul \pm 1 menit kemudian pergi ketika suara muncul klien merasa gelisah dan terdiam	S:	1. Klien mengatakan sudah menerapkan cara menghardik 2. Klien mengatakan masih mendengar suara/bisikan yang menyuruhnya 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: mengatakan

1. Klien terlihat lebih mau
tenang diajarkan

2. Klien antusias saat cara
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 memperhatikan
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 2. Klien
jadwal kegiatan untuk memperagak
latihan menghardik dan an cara
bercakap-cakap bercakap-

RTL:

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

P:

Lanjutkan

intervensi

- Anjurkan

klien

menggunaka

n cara

menghardik

saat

halusinasi

muncul

- Anjurkan

klien

menggunaka

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: meminta

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 Mei 2024	1. perubahan persepsi sensori halusinasi pendengaran	DS:	S:
Jam : 08.00 wib		1. Klien mengatakan masih mendengar suara bisikan yang menyuruhnya pergi dari rumah suara tersebut muncul 1-2 kali sejak klien sering menyendiri dan melamun, suara muncul \pm 1 menit kemudian pergi ketika suara muncul klien merasa gelisah.	1. Klien mengatakan masih ingat dan klien mempraktekan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik saat terjadi halusinasi dan bercakap-

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

DO:

O:

1. Klien terlihat lebih 1. Klien tenang kooperatif
2. Klien antusias saat 2. Klien terlihat evaluasi SP 1 dan SP 2. 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 waktu pagi dan sore minimal 10-15 menit.	bercakap-cakap saat akan terjadi
		2. Mengajarkan Sp 4 cara untuk mencegah halusinasi muncul dengan cara minum obat secara teratur.	halusinasi
			3. Anjurkan klien menggunakan aktivitas terjadwal (Terapi Murottal Al-Quran) saat pagi dan sore minimal 10-15 menit.
Jumat, 17 Mei 2024	3. Resiko perilaku kekerasan.	DS:	S:
Jam : 14.00		1. Klien mengatakan tidak lagi merasa jengkel jika mendengar bisikan yang menyuruhnya pergi dari rumah.	1. Klien mengatakan mau diajarkan spiritual dengan cara untuk
wib			

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 \pm 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 teratasi

sensori: halusinasi P:

pendengaran pertahankan

Tindakan Keperawatan: intervensi:

Sp 4: 1. anjurkan

4. Validasi Sp 1, 2, 3 yaitu klien

menghardik, bercakap- mengguna

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 Mei 2024 2. **Resiko perilaku kekerasan.** DS: S:

Jam : 11.00 wib 1. Klien mengatakan tidak lagi merasa jengkel jika mendengar bisikan yang menyuruhnya pergi dari rumah. 1. Klien mengatakan mau diajarkan minum obat secara teratur untuk mencegah resiko perilaku kekerasan.

DO: 1. Klien terlihat tenang 2. Ekspresi wajah klien terlihat senang 3. Klien terlihat kooperatif O: Klien terlihat lebih tenang.

Diagnosa Keperawatan: resiko perilaku kekerasan **Tindakan Keperawatan:** A:

1. Validasi cara Masalah Resiko
mengontrol perilaku perilaku
kekerasan dengan cara kekerasan
fisik yaitu Tarik nafas teratasi
dalam dan memukul P:
bantalan 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.