

BAB III

TINJAUAN KASUS

Pada bab III ini penulis menguraikan kasus hasil asuhan keperawatan pada Tn.A dengan skizofrenia di Rumah Sakit Dr.Soeharto Heerdjan Jakarta Barat selama lima hari 27 Maret 2024 – 31 Maret 2024. Dalam memberikan asuhan keperawatan ini, penulis menjalankan pendekatan dengan lima tahap yaitu, pengkajian, diagnose keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

A. Pengkajian Keperawatan

1. Identitas Pasien

Nama pasien Tn.A berusia 35 tahun berjenis kelamin laki-laki, status perkawinan sudah menikah, pasien beragama Islam, suku bangsa Jawa, Pendidikan terakhir SD, pasien dirawat di ruang merak dengan diagnose medis Skizofrenia. Pasien tinggal di Kp. Pesar desa tigakarsa , pasien mempunyai dua anak, satu laki-laki dan satu Perempuan dan pasien memiliki istri. Data pengkajian ini didapatkan dari pasien.

2. Alasan Masuk

Pasien mengatakan datang ke RSJ.Dr.Soeharto Heerdjan diantar oleh keluarganya , pasien mengatakan sering tidak memakai sandal, saat pasien dari warung ibunya yang berjualan gorengan dan pasien sedang menuju parkir untuk mengantar pesanan gorengan, pasien memakai kaus, celana kolor dan tidak pakai sandal pasien diteriaki orang gila oleh orang yang ada di parkir, anak-anak yang melihatnya ketakutan lalu ada salah seorang melaporkan pasien bahwa pasien berbahaya, lalu pasien dibawa ke Rs Dr Soeharto Heerdjan dengan tangan yang diikat dan dimasukkan ke dalam mobil seperti mobil damkar, pasien mengatakan, pasien mengatakan dulu pernah bertengkar dengan salah seorang yang tidak ingin membayar setelah motornya dicuci, pasien marah dan diteriaki orang gila, pasien saat itu marah dan dendam dengan orang tersebut, saat pasien sedang mencari orang itu dan berdiam diri di masjid pasien melamun karena memikirkan perkataan orang itu, lalu pasien mendengarkan suara bisikkan yang

menyuruhnya untuk memukul orang lain dan mengancam jika tidak memukul orang itu pasien yang akan dibunuh, karena kesal mendengar bisikan itu pasien akhirnya teriak dan marah-marah sendiri.

Masalah Keperawatan : Halusinasi, RPK, HDRK

3. Faktor Prediposisi

Dari hasil pengkajian, pasien tidak pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu. Pasien pernah mengalami aniaya fisik Ketika dibully oleh teman-teman SMP nya. Pengalaman tidak menyenangkan pasien. Pengalaman tidak menyenangkan pasien sering dibohongi oleh temannya untuk bekerja namun Ketika didatangi temannya selalu tidak ada, pasien dibohongi oleh temannya sehingga dikatain penipu oleh orang lain, pasien sering dibully saat SMP dan pasien berbicara gagap.

Masalah Keperawatan : HDRK

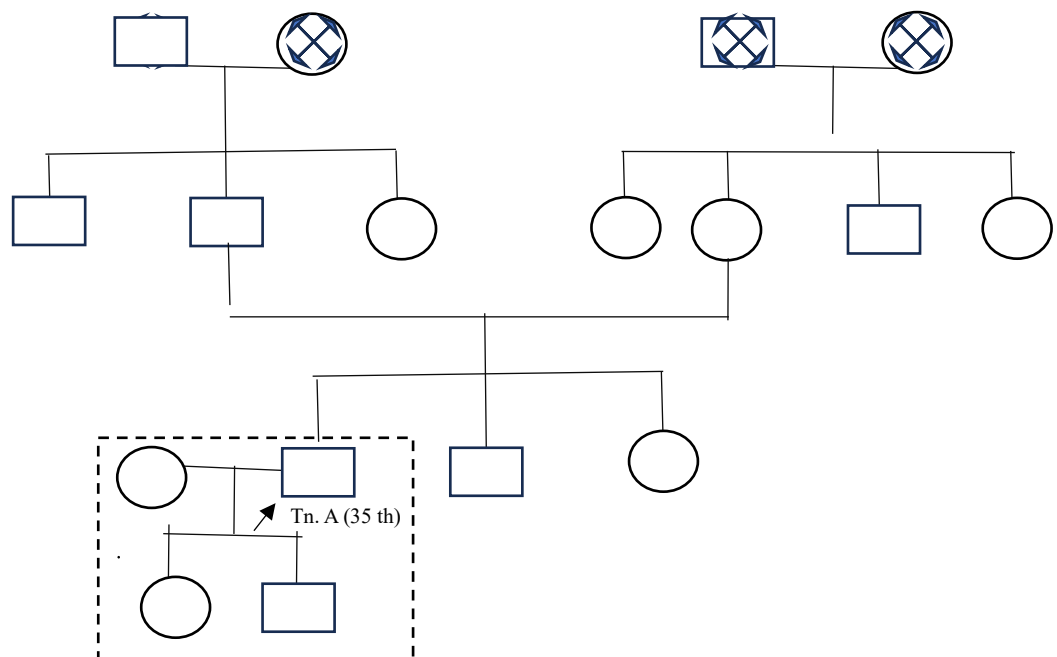
4. Pemeriksaan Fisik

Tanda-tanda vital pasien berada dalam batas normal, TD: 135/80mmHg, nadi: 88x/menit, Suhu: 36.1C, RR: 20x/menit, tinggi badan: 168cm, berat badan 60kg.

Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

5. Psikososial

a. Genogram



Gambar 3. 1 - Genogram Tn.A

Keterangan:

-  = Laki-laki
-  = Perempuan
-  = Tinggal serumah
-  = Pasien
-  = Meninggal

Pasien tinggal bersama istri dan dua anaknya, orang tua masih lengkap, nenek dan kakeknya meninggal karena memang sudah berumur, tidak ada keluarga pasien yang pernah mengalami gangguan jiwa, pengambilan keputusan dilakukan bersama, yang mengambil keputusan pasien untuk di rawat di RSJ Soeharto Heerdjan adalah ibu dan istrinya, pola komunikasi baik dua arah, pasien dan keluarga pasien tidak ada yang memakai narkoba, tidak ada keluarga pasien yang terlibat kriminalitas. Pasien mengatakan tidak ada konflik dengan keluarganya pasien justru sangat menyayangi keluarganya dan sangat akrab dengan adik-adiknya dan tidak suka jika ada yang mengganggu adiknya, pasien mengatakan orang tua pasien tidak pernah membedakan pasien dengan yang lainnya

Masalah keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

b. Konsep diri

Gambaran diri pasien mengatakan dirinya menerima keadaan seperti sekarang, tidak ada bentuk tubuh yang di ubah. Identitas pasien mengatakan dirinya laki-laki dan pasien mengatakan malu tidak bisa memenuhi tugasnya sebagai suami selama dirumah sakit. Peran diri berperan sebagai anak dari ibunya, suami dari istrinya dan ayah dari anak-anaknya. Ideal diri pasien mengatakan ingin cepat pulang dan bertemu keluarganya lagi. Harga diri pasien mengatakan sedih karena pasien tidak bisa menjadi suami dan ayah yang baik untuk keluarganya,

pasien mengatakan orang sekitar dagangan ibunya sering meneriaki dirinya orang gila namun dia merasa dirinya tidak gila dan merasa malu karena gagap.

Masalah keperawatan: Harga Diri Rendah Kronik

c. Hubungan sosial

Pasien mengatakan orang yang paling berarti adalah istri dan keluarganya. Pasien mengatakan mengikuti kegiatan kemasyarakatan yaitu sering ke masjid dan membersihkan masjid saat sedang ada masalah dan memilih untuk ke masjid sendirian. Hambatan dalam bersosialisasi dengan orang lain adalah pasien mengatakan berkomunikasi dengan orang lain hanya sedikit gagap, pasien merasa terkadang tidak nyaman karena gagap. Selama berkomunikasi dengan perawat, pasien menjawab dan sangat aktif untuk bertanya. Kembali kepada perawat, pasien memiliki banyak teman saat di rumah sakit saat ini, pasien sering berinteraksi dengan teman-teman sekamarnya.

Masalah Keperawatan: isolasi sosial, Harga diri rendah kronis.

d. Spiritual

Nilai dan keyakinan yang dianut pasien adalah agama Islam, kegiatan ibadah saat ini adalah shalat dan berdoa. Tidak ada masalah keperawatan.

6. Status Mental

- a. Penampilan, pasien berpakaian tidak rapih, baju pasien tampak lusuh, pasien tercium bau tidak sedap, gigi pasien tampak kurang bersih

Masalah keperawatan : DPD

- b. Pembicaraan, pada saat dikaji pasien berbicara lambat dan gagap

Masalah keperawatan : HDRK

- c. Aktivitas keperawatan, selama dirawat pasien beraktivitas secara normal dan mengikuti kegiatan rumah sakit. Tidak ada masalah keperawatan.

- d. Alam perasaan, selama dikaji pasien merasa khawatir terhadap anak dan istrinya yang baru saja melahirkan 2 minggu yang lalu

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

- e. Afek, afek pasien tumpul, pasien merespon dengan pandangan kosong , pasien grogi dan banyak minum
Masalah keperawatan: Risiko Perilaku Kekerasan
 - f. Interaksi selama wawancara, kontak mata pasien kurang, pasien tidak mau berkontak mata saat diajak berbicara, nada bicara rendah/pelan
Masalah keperawatan: Harga Diri Rendah Kronik
 - g. Persepsi, pasien mengatakan mendengar suara suara yang menyuruhnya memukul orang lain dan akan membunuhnya. Pasien mengatakan bisikkan itu datang siang dan malam namun lebih sering Ketika malam hari, pasien mengatakan merasa isikan itu datang selama 5 menit, yang pasien lakukan biasanya saat suara datang adalah berdzikir, pasien mengatakan merasa tidak nyaman, sesekali pasien berteriak karena tidak nyaman. Jenis halusinasi : Pendengaran
Masalah keperawatan : Halusinasi
 - h. Proses pikir dan isi pikir, pasien berbicara berrlit-belit namun sampai pada tujuannya
Masalah keperawatan: Harga Diri Rendah Kronik
 - i. Waham, tidak ada waham
 - j. Tingkat kesadaran, pasien bingung, tidak ada disorientasi . tidak ada masalah keperawatan
 - k. Memori, pasien mengalami gangguan daya ingat jangka Panjang
Masalah keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan
 - l. Tingkat konsentrasi, mudah beralih. Masalah keperawatan: tidak ada masalah keperawatan
 - m. Kemampuan penilaian, gangguan ringan, klien mampu mengambil Keputusan, bangun tidur biasanya langsung makan
Masalah keperawatan: Defisit Perawatan Diri
 - n. Daya tilik diri, pasien mengingkari penyakitnya, pasien mengatakan tidak merasa sakit jiwa dan hanya kesalah pahaman dibawa kerumah sakit jiwa.
Masalah keperawatan: gangguan daya tilik
7. Kebutuhan persiapan pulang

- a. Makan, pasien makan secara teratur pagi, siang, dan sore. Pasien mencuci tangan sebelum dan sesudah makan, pasien makan sedikit berantakan dan lama, pasien makan 1 porsi dihabiskan.

Masalah keperawatan: Defisit Perawatan Diri

- b. BAB/BAK, pasien BAB/BAK didalam kamar mandi secara mandiri, pasien mengatakan setelah BAB/BAK selalu disiram sampai bersih, tidak ada masalah keperawatan
- c. Mandi, pasien mengatakan mandi secara mandiri sehari 2x, pasien mengatakan jarang menggunakan sabun.

Masalah keperawatan: Defisit Perawatan Diri

- d. Berpakaian dan berhias, pasien mengatakan berganti pakaian sehari 1x
- Masalah keperawatan: Defisit Perawatan Diri

- e. Istirahat dan tidur, pasien mengatakan tidur siang biasanya dari pukul 12.00 – 14.00 WIB, pasien tidur malam jam 20.00-05.00 WIB, pasien mengatakan tidak mempunyai masalah tidur. Tidak ada masalah keperawatan

- f. Penggunaan obat, pasien mengatakan meminum obat secara teratur karena sudah disediakan oleh perawat, pasien mampu mengetahui cara minum obat yang benar

Masalah keperawatan: tidak ada masalah keperawatan

- g. Pemilihan Kesehatan, pasien mengatakan minum obat secara teratur Ketika dirumah sakit dan selalu diawasi oleh perawat. Tidak ada masalah keperawatan

- h. Kegiatan didalam rumah, pasien mampu menyiapkan makanan secara mandiri dan membantu istrinya membersihkan rumah. Tidak ada masalah keperawatan.

- i. Kegiatan diluar rumah, pasien membantu ibunya berjualan dipagi hari dan membuka steam motor pukul 09-00 WIB. Tidak ada masalah keperawatan.

8. Mekanisme Koping,

pasien mengatakan saat ada masalah dirinya Ketika sedang bekerja akan bekerja secara berlebihan diluar dari jam kerja biasanya, jika saat libur biasanya lebih memilih menghindar dan beridiam diri di masjid

Masalah keperawatan: Halusinasi

9. Masalah Psikososial dan lingkungan

Masalah dengan dukungan kelompok, pasien kurang mendapatkan dukungan kelompok dan Masyarakat.

Masalah berhubungan dengan lingkungan, tidak ada masalah dengan lingkungan sekitarnya

Masalah dengan Pendidikan, pasien mengatakan saat SMP sering dibully oleh teman sekelasnya.

Masalah dengan pekerjaan, pasien mengatakan tidak ada masalah dengan pekerjaannya, pasien merasa bersyukur atas pekerjaannya saat ini.

Masalah dengan perumahan, pasien mengatakan tidak ada masalah, pasien tinggal dirumah Bersama anak dan istrinya, pasien tidak pernah bertengkar hebat dengan saudara-saudaranya, pasien akur dengan adik-adiknya.

Masalah ekonomi, pasien mengatakan tidak ada, pasien merasa cukup dan bersyukur dengan penghasilan yang ia dapatkan saat ini.

Masalah dengan pelayanan Kesehatan, pasien mengatakan tidak ada masalah dengan pelayanan Kesehatan.

Masalah keperawatan: Harga Diri Rendah Kronik

10. Pengetahuan kurang tentang

Kurang pengetahuan tentang penyakit jiwa dan fungsi obat-obatannya dan ruginya jika tidak minum obat.

Masalah keperawatan: Kurang pengetahuan

11. Aspek medik, diagnose medik Skizofrenia

Terapi medik

Risperidone 2mg 1x1/hari

Trihexpheridyl 2mg 2x1/hari

Lorazepam 2mg 1x1/hari

B. Analisa data

Berdasarkan yang didapatkan dari hasil pengkajian, terdapat data-data yang dapat Digambar melalui table Analisa data

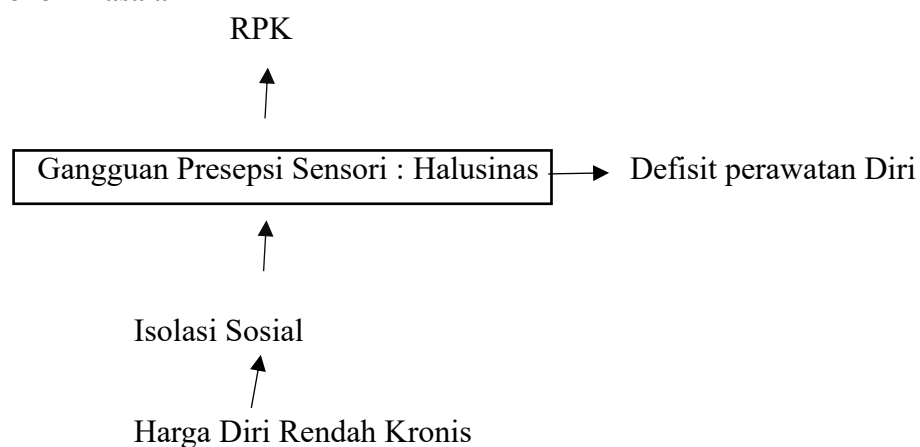
Tabel 3. 1 - Analisa Data

Tanggal	Data Fokus	Masalah Keperawatan
28 mei 2024	Data Subjektif: Pasien mengatakan sering mendengar bisikkan, pasien mengatakan bisikkan berisi menyuruh untuk memukul orang dan mengancam akan membunuhnya, pasien mengatakan bisikkan datang tidak tentu dan lebih sering datang di malam hari, pasien mengatakan bisikkan biasanya datang selama 5 menit, pasien mengatakan tidak nyaman mendengar bisikan tersebut, pasien mengatakan biasanya berdzikir saat bisikkan itu datang. Data Objektif: Pasien terlihat gelisah, pasien terlihat bingung, pasien terlihat khawatir, kontak mata kurang, pasien terlihat mondar mandir, pasien banyak minum saat gelisah	Gangguan Presepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran
28 mei 2024	Data Subjektif: Pasien mengatakan dibawa karena marah-marah, pasien mengatakan ada laporan bahwa pasien membahayakan, pasien mengatakan ada bisikkan untuk memukul orang lain. Data Objektif:	Risiko perilaku kekerasan

	Pasien terlihat gelisah, tatapan tajam, tangan pasien mengepal, pasien banyak minum saat gelisah	
28 mei 2024	Data Subjektif: Pasien mengatakan khawatir kepada istri dan anaknya, pasien mengatakan saat sekolah sering di <i>bully</i>, pasien mengatakan sering dikatain orang gila, pasien mengatakan sering dibohongi temannya Data Objektif: Kontak mata kurang Pasien terlihat cemas, pasien terlihat murung, pasien tidak bersemangat, bicara pelan dan gagap, pasien banyak minum saat gelisah.	Harga Diri Rendah Kronis
28 mei 2024	Data Subjektif: Pasien mengatakan mandi sehari 2kali, pasien mengatakan jarang keramas, pasien mengatakan jarang sabunan, pasien mengatakan ganti baju hanya sekali sehari, pasien mengatakan bangun tidur biasanya langsung makan Data objektif: Pasien tampak lusuh, pasien tercium bau tidak sedap, pakaian kurang rapih, rambut terlihat lepek, gigi kurang bersih, pasien makan lama dan sedikit berantakan	Defisit perawatan diri
28 Mei 2024	Data subjektif:	Isolasi sosial

	Pasien mengatakan biasanya hanya berdian diri saat ada masalah, pasien mengatakan biasanya sering melamun sendiri di masjid, pasien mengatakan suka menyendiri Data Objektif: Kontak mata kurang, pasien tidak focus dan mudah ter <i>distract</i>	
--	---	--

C. Pohon Masalah



Gambar 3. 2 - Pohon Masalah Tn. A

D. Diagnosa Keperawatan

1. HDR
2. Isolasi sosial
3. Gangguan presepsi sensori : Halusinas
4. RPK
5. DPD

E. Rencana keperawatan

1. Gangguan halusinasi pendengaran.

Tujuan pasien dapat mengontrol halusinasinya.

TUK 1 :

Klien dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat.

Kriteria evaluasi:

Setelah 3x15 menit interaksi, klien menunjukkan tanda-tanda percaya kepda perawat, Klien dapat berinteraksi sccara aktif dengan

perawat, yang ditunjukkan dengan: Ekspresi wajah bersababat, Menunjukkan rasa senang, Ada kontak mata, Mau berjabat tangan, Mau menyebutkan nama, Mau duduk berdampingan dengan perawat, Mengungkapkan masalah yang dihadapi.

Tindakan keperawatan:

Bina hubungan saling percaya dg menggunakan prinsip komunikasi terapeutik, Sapa klien dengan ramah baik verbal maupun non verbal, Perkenalkan nama, nama panggilan perawat dan tujuan perawat berkenalan, Tanyaknn nama lengkap dan nama panggilan yg disukai klien, Tunjukkan sikap jujur dan menepati janji setiap berinteraksi dengan klien, Tunjukkan sikap empati dan menerima klien apa adanya, Tanyakan perasaan klien dan masalah yang dihadapi klien dengan penuh perhatian, hindari respon mengkritik atau menyalahkan saat klien mengungkapkan perasaannya, buat kontak interaksi yang jelas.

TUK 2 :

Klien dapat memanfaatkan obat dengan baik

Kriteria evaluasi:

Setelah 2 kali interaksi, klien menyebutkan manfaat minum obat, kerugian tidak minum obat, nama, warna, dosis, efek terapi, efek samping obat. Setelah setu kaili interaksi, klien mampu mendemonstrasikan penggunaan obat dengan benar. Setelah 1 kali berinteraksi, klien menyebutkan akibat berhenti minum obat tanpa konsultasi dokter.

Tindakan keperawatan:

Diskusikan dengan klien tentang manfaat dan, kerugian tidak minum obat, nama, warna, dosis, cara, efek terapi, efek samping penggunaan obat. Pantau klien saat penggunaan obat. Beri pujian jika meinggunakan obat dengan benar. Diskusikan akibat berhenti minum obat tanpa konsultasi dengan dokter. Anjurkan klien konsultasi dengan dokter atau perawat jika terjadi hal-hal yang tidak diinginkan

TUK 3:

Klien dapat mengenal halusinasinya

Setelah 1 kali interaksi klien dapat menyebutkan isi, waktu, frekuensi,, situasi dan kondisi yang menimbulkan halusinasi, perasaan dan respon saat mengalami halusinasi

Tindakan keperawatan:

Adakan kontak yang sering dan bertahap: observasi tingkah laku klien terkait dengan halusinasinya jika menemukan klien sedang berhalusinasi, tanyakan apakah klien mendengar sesuatu, apa yang sedang dialaminya, katakan bahwa perawat mempercayainya namun perawat tidak mendengarnya, katakan bahwa perawat akan membantu klien. Jika klien tidak sedang halusinasi, klarifikasi tentang adanya pengalaman halusinasi, diskusikan dengan klien: isi, waktu, dan frekuensi terjadi halusinasi (pagi,siang,sore,malam,sering,kadang-kadang) , situasi dan kondisi yang menimbulkan atau tidak menimbulkan halusinasi, diskusikan dengan klien apa yang dirasakan dan dilakukan saat halusinasi, diskusikan dengan klien dampak menikmati halusinasi.

TUK 4:

Klien dapat mengontrol halusinasinya

Kriteria evaluasi:

setelah 1 kali interaksi, klien menyebutkan Tindakan yang biasa dilakukan untuk mengendalikan halusinasinya

Tindakan keperawatan:

Identifikasi Bersama klien cara atau Tindakan yang dilakukan saat terjadi halusinasi (tidur,marah,menyibukkan diri, dan lain-lain), diskusikan dengan klien cara yang digunakan klien, jika caranya adaptif beri pujian, jika caranya maladaptive, diskusikan kerugiannya

Kriteria evaluasi:

setelah 1 kali interaksi, klien menyebutkan cara baru untuk mengontrol halusinasinya.

Tindakan keperawatan:

Diskusikan cara baru untuk mengontrol halusinasinya : Katakan kepada diri sendiri (“saya tidak mau dengar”), menemui orang lain (perawat, teman, keluarga) untuk bercerita tentang halusinasinya, membuat dan melaksanakan jadwal dan kegiatan sehari-hari yang telah disusun, meminta keluarga atau perawat, teman untuk menegurnya jika ia sedang berhalusinasi.

Kriteria evaluasi:

Setelah 1 kali interaksi, klien dapat memilih dan memperagakan cara mengatasi halusinasi pendengaran.

Tindakan keperawatan:

membantu klien memilih cara yang sudah dianjurkan dan latih mencobanya, beri kesempatan klien untuk melakukan cara yang dipilih dan dilatih, pantau pelaksanaan dipilih dan dilatih, jika berhasil beri pujian.

TUK 5 :

Mendapat dukungan keluarga dalam mengontrol halusinasinya

Kriteria evaluasi:

Setelah 2 kali interaksi, klien dapat mengikuti terapi aktivitas kelompok.

Tindakan keperawatan:

Anjurkan klien mengikuti terapi aktivitas kelompok, orientasi ealita, dan stimulasi presepsi, buat kontrakk yang jelas dengan keluarga (waktu, tempat, topik), Diskusikan dengan keluarga (pada saat pertemuan keluarga atau kunjungan rumah) mengenai pengertian, tanda dan gejala, proses terjadinya halusinasi, cara yang paling tepat dilakukan klien dan keluarga untuk mengontrol halusinasi, obat-obatan halusinasi, cara merawat anggota keluarga halusinasi dirumah (beri klien kegiatan, jangan biarkan sendiri, makan Bersama, berpergian Bersama, memantau obat-obatan, dan cara pemberian obat untuk mengontrol (halusinasi), beri informasi waktu control ke rumah sakit dan bagaimana cara mencari bantuan jika halusinasi tidak dapat diatasi dirumah.

2. Risiko perilaku kekerasan

klien dapat mengontrol perilaku kekerasan.

TUK 1:

Klien dapat membina hubungan saling percaya

Kriteria evaluasi:

Klien menunjukkan tanda-tanda percaya kepada perawat :Wajah cerah, tersenyum, Mau berkenalan, Ada kontak mata, Bersedia menceritakan perasaan..

Tindakan keperawatan:

Bina hubungan saling percaya dengan : Beri salam setiap interaksi, Perkenalkan nama, nama panggilan perawat dan tujuan berinteraksi, Tanyakan dan panggil nama kesukaan pasien, Tunjukkan sikap empati, jujur dan menepati janji setiap kali berinteraksi, Tanyakan perasaan klien dan masalah yang dihadapi, Buat kontrak interaksi yang jelas, Dengarkan dengan penuh perhatian ungkapan perasaan klien.

TUK 2:

Klien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan yang dilakukannya.

Kriteria evaluasi:

Klien mampu menceritakan penyebab perilaku kekerasan yang dilakukannya : Menceritakan penyebab perasaan jengkel/kesal baik dari diri sendiri maupun lingkungannya.

Tindakan keperawatan:

Bantu klien mengungkapkan perasaan marahnya : Motivasi klien untuk menceritakan penyebab rasa kesal atau jengkelnya, Dengarkan tanpa menyela atau member penilaian setiap ungkapan perasaan klien.

TUK 3:

Klien dapat mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan

Kriteria evaluasi:

Klien mampu menceritakan tanda-tanda saat terjadi perilaku kekerasan, Tanda fisik : mata merah, tangan mengepal, ekspresi tegang, dll, Tanda

emosional : Perasaan marah , jengkel, bicara kasar, Tanda sosial : bermusuhan yang dialami saat terjadi perilaku kekerasan.

Tindakan keperawatan:

Klien mampu menceritakan tanda- tanda saat terjadi perilaku kekerasan, Tanda fisik : mata merah, tangan mengepal, ekspresitegang, dll, Tanda emosional : Perasaan marah ,jengkel, bicara kasar, Tanda sosial : bermusuhan yang dialami saat terjadi perilaku kekerasan.

TUK 4:

klien dapat mengidentifikasi jenis perilaku kekerasan yang pernah dilakukannya

Kriteria evaluasi:

Klien mampu menjelaskan : Jenis-jenis ekspresikemarahan yang selama ini pernah dilakukannya, Perasaan saat melakukan perilaku kekerasan, Efektivitas carayang dipakai dalam menyelesaikan masalah.

Tindakan keperawatan:

Diskusikan dengan klien perilaku kekerasan yang dilakukannya selama ini : Motivasi klien menceritakan jenis-jenis tindak kekerasanyang selama ini pernah dilakukannya, Motivasi klien menceritakan perasaan klien setelah tindak kekerasan itu terjadi Diskusikan apakah dengan tindak kekerasan yangdilakukannya masalah yang dialami teratasi.

TUK 5 :

Klien dapat mengidentifikasiakibat perilaku kekerasan

Kriteria evaluasi:

Klien mampu menjelaskan akibatdari tindakan yangdilakukannya, Diri sendiri : luka,dijauhi teman , dll. Oranglain/ keluarga : luka,tersinggung, kesakitan, dll. Lingkungan : barang atau bendarusak dll.

Tindakan keperawatan:

Diskusikan dengan klien akibat negatif cara yang dilakukan kepada : Diri sendiri, Orang lain / keluarga, Lingkungan.

TUK 6:

Klien dapat mengidentifikasi cara konstruktif dalam mengungkapkan perasaan

Kriteria evaluasi:

Klien mampu menjelaskan cara-cara mengungkapkan rasa marah.

Tindakan keperawatan:

Diskusikan dengan klien : Apakah klien mau mempelajari cara baru mengungkapkan marah yang sehat, Jelaskan berbagai alternative pilihan untuk mengungkapkan marah selain perilaku kekerasan yang diketahui pasien, Jelaskan cara-cara sehat untuk mengungkapkan marah : Cara fisik : nafas dalam, pukul bantal atau kasur Verbal: mengungkapkan bahwa dirinya sedang kesal kepada oranglain, Sosial : latihan asertif dengan oranglain, Spiritual : sembahyang, doa, dzikir, meditasi ,dsb.

TUK 7:

Klien dapat mengidentifikasi cara mengontrol perilaku kekerasan

Kriteria evaluasi:

Klien mampu memperagakan cara mengontrol perilaku kekerasan : Cara fisik : nafas dalam, pukul bantal atau kasur. Verbal : mengungkapkan bahwa dirinya sedang kesal kepada oranglain. Sosial : latihan asertif dengan orang lain. Spiritual : sembahyang, doa, dzikir, meditasi, dsb.

Tindakan evaluasi:

Diskusikan cara yang mungkin dipilih dan anjurkan klien memilih cara yang mungkin untuk mengungkapkan kemarahan dilatih saat marah/jengkel, Latih klien memperagakan cara yang dipilih, Peragakan cara melaksanakan yang dipilih, Jelaskan manfaat tersebut, Anjurkan klien menirukan peragaan yang sudah dilakukan, beri penguatan pada klien, perbaiki cara yang masih belum sempurna, Anjurkan klien menggunakan cara yang sudah dilatih saat marah/jengkel.

3. Harga diri rendah kronis:

klien memiliki konsep diri yang positif

TUK 1:

Klien dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat

Kriteria evaluasi:

klien menunjukkan tanda-tanda percaya kepada perawat, Klien dapat berinteraksi secara aktif dengan perawat, yang ditunjukkan dengan: Ekspresi wajah bersahabat, Menunjukkan rasa senang, Ada kontak mata, Mau berjabat tangan, Mau menyebutkan nama, Mau duduk berdampingan dengan perawat, Mengungkapkan masalah yang dihadapi.

Tindakan keperawatan:

Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik: Sapa klien dengan ramah baik verbal maupun non verbal, Perkenalkan nama, nama panggilan perawat dan tujuan perawat berkenalan, Tanyakan nama lengkap dan nama panggilan yang disukai klien, Tunjukkan sikap jujur dan menepati janji setiap berinteraksi dengan klien, Tunjukkan sikap empati dan menerima klien apa adanya, Tanyakan perasaan klien dan masalah yang dihadapi klien dengan penuh perhatian, hindari respon mengkritik atau menyalahkan saat klien mengungkapkan perasaannya, buat kontak interaksi yang jelas.

TUK 2 :

Klien dapat mengidentifikasi aspek positif dan kemampuan yang dimiliki

Kriteria evaluasi:

Setelah 2 kali interaksi, klien menyebutkan : aspek positif dan kemampuan yang dimiliki klien, aspek positif keluarga, aspek positif lingkungan klien.

Tindakan keperawatan

Diskusikan dengan klien tentang: aspek positif yang dimiliki klien, keluarga dan lingkungan, kemampuan yang dimiliki klien, bersama klien membuat daftar tentang: aspek positif dan kemampuan yang dimiliki klien, keluarga dan lingkungan, kemampuan yang dimiliki klien

TUK 3:

Klien dapat menilai kemampuan yang dimiliki untuk dilaksanakan

Kriteria evaluasi

setelah 1 kali interaksi klien dapat menyebutkan kemampuan yang dapat dilaksanakan

Tindakan keperawatan

diskusikan dengan klien kemampuan yang dapat dilaksanakan, Bantu pasien menyebutkannya dan memberi penguatan terhadap kemampuan diri yang diungkapkan klien, perhatikan respon yang kondusif dan menjadi pendengar yang aktif.

TUK 4:

Klien dapat meningkatkan kegiatan dan kemampuan yang akan dilatih

Kriteria evaluasi

setelah 1 kali interaksi, klien dapat menetapkan kegiatan dan kemampuan yang akan dilatih

Tindakan Keperawatan

Rencanakan Bersama klien aktivitas yang dapat dilakukan setiap hari sesuai kemampuan klien, kegiatan mandiri, kegiatan dengan bantuan. Tingkatkan kegiatan sesuai kondisi klien. Beri contoh cara pelaksanaan kegiatan yang dapat klien lakukan.

TUK 5:

Klien dapat melakukan kegiatan sesuai rencana yang dibuat

Kriteria evaluasi

Setelah 2 kali interaksi, klien dapat melakukan kegiatan sesuai jadwal yang dibuat

Tindakan keperawatan

Anjurkan klien untuk melaksanakan kegiatan yang telah direncanakan, pantau kegiatan yang dilaksanakan klien, beri pujian atas usaha yang telah dilakukan klien, diskusikan kemungkinan pelaksanaan kegiatan setelah pulang.

TUK 6:

Klien dapat Menyusun jadwal pelaksanaan kegiatan yang akan dilakukan.

Kriteria evaluasi

Klien mampu Menyusun jadwal pelaksanaan kegiatan yang akan dilakukan dengan K.H: Klien kooperatif, klien membuat jadwal kegiatan.

Tindakan keperawatan

Beri kesempatan pada pasien untuk mencoba kegiatan yang sudah dilatih, memberi pujian atas kegiatan yang dapat dilakukan pasien setiap harinya, tingkatkan kegiatan sesuai dengan Tingkat toleransi dan perubahan setiap kegiatan, susun jadwal untuk melaksanakan kegiatan yang telah dilatih, berikan kesempatan mengungkapkan perasaannya setelah pelaksanaan kegiatan.

4. Defisit perawatan diri

Klien mampu memenuhi kebutuhan perawatan diri

TUK 1 :

Klien dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat

Kriteria evaluasi

Klien dapat berinteraksi secara aktif dengan perawat yang ditunjukkan dengan: wajah tersenyum, mau berkenalan, ada kontak mata, menerima kehadiran perawat, bersedia menceritakan perasaannya.

Tindakan keperawatan

Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik: beri salam setiap berinteraksi, perkenalkan nama panggilan, perawat dan tujuan perawat berkenalan, tanyakan nama panggilan dan kesukaan klien, tunjukkan sikap jujur dan menepati janji setiap kali berinteraksi, tanyakan perasaan dan masalah yang dihadapi klien, buat kontrak interaksi yang jelas, dengarkan ungkapan perasaan klien dengan empati, penuhi kebutuhan dasar klien.

TUK 2:

Klien mengetahui pentingnya perawatan diri

Kriteria evaluasi:

Dalam 2x interaksi klien dapat menyebutkan : penyebab tidak merawat diri, manfaat menjaga kebersihan diri, tanda-tanda bersih dan rapih, gangguan yang dialami jika perawatan diri tidak diperhatikan.

Tindakan keperawatan:

Diskusikan dengan klien tentang penyebab klien tidak merawat diri, manfaat menjaga perawatan diri untuk Kesehatan fisik, mental dan sosial, tanda-tanda perawatan diri yang baik, penyakit atau gangguan Kesehatan yang dialami oleh klien bila perawatan diri tidak adekuat.

TUK 3:

Klien mengetahui cara-cara melakukan perawatan diri

Kriteria evaluasi:

Dalam 3x interaksi klien dapat menyebutkan frekuensi menjaga perawatan diri: frekuensi mandi, gosok gigi, keramas, ganti pakaian, berhias, guntig kuku. Dalam 3x interaksi klien menjelaskan cara menjaga

perawatan diri: cara mandi, gosok gigi, keramas, berpakaian, berhias, gunting kuku.

Tindakan keperawatan:

Diskusikan tentang menjaga perawatan diri selama ini seperti mandi, gosok gigi, keramas, berpakaian, berhias, gunting kuku. Diskusikan cara praktek perawatan diri yang baik dan benar seperti mandi, gosok gigi, keramas, berpakaian, berhias, gunting kuku.

TUK 4 :

Klien dapat melaksanakan perawatan diri dengan bantuan perawat

Kriteria evaluasi:

Dalam 3x interaksi klien mempraktekkan perawatan diri dengan dibantu oleh perawat seperti mandi, gosok gigi, kramas , ganti pakaian, berhias, gunting kuku.

Tindakan keperawatan:

Bantu klien saat perawatan diri seperti mandi, gosok gigi, kramas , ganti pakaian, berhias, gunting kuku.

TUK 5:

Klien dapat melaksanakan perawatan diri secara mandiri

Kriteria evaluasi :

Dalam 3x interaksi klien melaksanakan praktek keperawatan diri secara mandiri seperti: mandi 2x sehari, gosok gigi sehabis makan, keramas 2x seminggu, ganti pakaian 1 kali sehari, berhias sehabis mandi, gunting kuku setelah mulai Panjang.

Tindakan keperawatan:

Pantau klien dalam melaksanakan perawatan diri seperti mandi, gosok gigi, kramas , ganti pakaian, berhias, gunting kuku. Beri pujian saat klien melaksanakan perawatan diri.

TUK 6:

Klien mendapatkan dukungan keluarga untuk perawatan diri.

Kriteria evaluasi:

Dalam 3x interaksi keluarga menjelaskan cara-cara membantu klien dalam memenuhi kebutuhan perawatan dirinya. Dalam 3 x interaksikeluarga menyiapkan sarana perawatan diri klien seperti sabun mandi, pasta gigi, sikat gigi, shampoo, handuk, pakaian bersih, sandal, dan alat berhias. Dalam 3x interaksi keluarga dapat mempraktekkan perawatan diri pada klien.

Tindakan keperawatan

Diskusikan dengan keluarga tentang penyebab klien tidak melaksanakan perawatandiri, Tindakan yang telah dilakukan klien selama di rumah sakit dalam menjaga perawatan diri dan kemajuan yang telah dialami oleh klien. Dukungan ini bisa dilakukan keluarga untuk meningkatkan kemampuan klien dalam perawatan diri. Diskusikan dengan keluarga tentang sarana yang diperlukan untuk menjaga perawatan diri klien, anjurkan kepada keluarga menyiapkan sarana tersebut. Diskusikan dengan keluarga hal-hal dalam perawatan diri (mandi, gosok gigi, keramas, ganti baju, dan gunting kuku), ingatkan klien waktu mandi.

5. Isolasi Sosial

TUM setelah dilakukan Tindakan keperawatan, klien dapat bersosialisasi dengan lingkungannya

TUK 1 :

Klien dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat

Kriteria evaluasi:

Setelah 1x interaksi, klien menunjukkan tanda-tanda percaya kepada perawat klien dapat berinteraksi secara aktif dengan perawat, yang ditunjukkan dengan: Ekspresi wajah bersahabat, menunjukkan rasa senang, ada kontak mata, mau berjabat tangan, mau menyebutkan nama, mau duduk berdampingan dengan perawat, mengungkapkan masalah yang dihadapi.

Tindakan keperawatan:

Bina hubungan saling percaya dg menggunakan prinsip komunikasi terapeutik, sapa klien dengan ramah baik verbal maupun non verbal, perkenalkan nama, nama panggilan perawat dan tujuan perawat berkenalan, tanyakan nama lengkap dan nama panggilan yg disukai klien, tunjukkan sikap jujur dan menepati janji setiap berinteraksi dengan klien, tunjukkan sikap empati dan menerima klien apa adanya, tanyakan perasaan klien dan masalah yang dihadapi klien dengan penuh perhatian, hindari respon mengkritik atau menyalahkan saat klien mengungkapkan perasaannya, buat kontak interaksi yang jelas

TUK 2:

Klien mampu menyebutkan penyebab isolasi sosial

Kriteria evaluasi:

Setelah 1x15 menit interaksi, klien dapat menyebutkan minimal dua penyebab isolasi baik itu dari diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan tanyakan kepada klien tentang: orang yang tinggal sekamar atau serumah dengan klien, orang yang paling dekat dengan klien atau orang paling dekat di ruang perawatan, apa yang membuat klien dekat dengan orang tersebut, Upaya yang sudah dilakukan agar dekat dengan orang itu

Tindakan Keperawatan

Diskusikan dengan klien tentang penyebab isolasi social tidak ingin berkomunikasi dengan orang lain, beri pujian terhadap kemampuan klien mengungkapkan perasaannya, Mengidentifikasi penyebab klien bergaul atau dekat dengan orang lain dan penyebab klien tidak dekat dengan orang lain serta mekanisme koping yang digunakan klien dalam menghadapi masalahnya itu, Bila klien sudah mengungkapkan masalahnya, akan mempermudah perawat

melaksanakan asuhan keperawatan, Reinforcement positif akan meningkatkan harga diri klien

TUK 3:

Klien mampu menyebutkan keuntungan berhubungan social dan kerugian isolasi sosial

Kriteria evaluasi:

setelah 2 kali interaksi klien dapat menyebutkan keuntungan berhubungan social, yaitu: banyak teman, tidak kesepian, bisa berdiskusi, saling menyoong dan kerugian sosial yaitu: sendiri, kesepian, tidak bisa berdiskusi

Tindakan Keperawatan:

kaji pengetahuan klien tentang manfaat dan kerugian berhubungan dengan orang lain, diskusikan tentang keuntungan dan kerugian dari perilaku isolasi social, beri pujian terhadap kemampuan klien mengungkapkan perasaannya, Tingkat pengetahuan klien. Membantu perawat mengarahkan klien berhubungan dengan orang lain, Diharapkan klien mampu memilih perilaku yang adaptif setelah mengetahui keuntungan dan kerugian isolasi sosial

TUK 4:

Klien dapat bersosialisasi secara bertahap

Kriteria evaluasi:

setelah 3 kali interaksi, klien dapat melaksanakan hubungan social secara bertahap dengan perawat, teman sekamar, teman-teman lain dan kelompok.

Tindakan keperawatan:

Latihan interaksi yang sering dan singkat dengan perawat yang sama, memotivasi/menemani klien untuk

berinteraksi/berkenalan dengan klien atau perawat lain, tingkatan interaksi klien bertahap (satu klien, dua klien, satu perawat, dua perawat, dan seterusnya), libatkan klien dalam terapi aktivitas kelompok sosialisasi, diskusikan jadwal harian yang dapat dilakukan klien untuk meningkatkan kemampuan klien berinteraksi, beri motivasi klien untuk melakukan kegiatan sesuai yang dijadwalkan, fasilitasi hubungan klien dengan keluarga secara terapeutik, diskusikan perasaan klien setiap selesai kegiatan atau interaksi, beri pujian terhadap kemampuan atau keberhasilan klien, melatih klien untuk bersosialisasi secara bertahap

TUK 5:

Klien mampu menjelaskan perasaannya setelah bersosialisasi dengan orang lain

Kriteria evaluasi:

Setelah 2 kali interaksi, klien dapat mengungkapkan perasaannya setelah bersosialisasi dengan orang lain.

Tindakan keperawatan:

Diskusikan dengan klien mengenai perasaannya setelah bersosialisasi dengan orang lain, beri pujian terhadap keberhasilan dan kemampuan klien mengungkapkan perasaannya, reinforcement diharapkan dapat meningkatkan rasa percaya diri klien sehingga ingin mengulangi perbuatan yang serupa, menyadarkan klien bahwa bersosialisasi itu lebih baik daripada isolasi social.

F. Pelaksanaan dan Evaluasi keperawatan

- a. Diagnosa keperawatan : Gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran

Tanggal: 28 Mei 2024

Data Subjektif:

Pasien mengatakan sering mendengar bisikkan, pasien mengatakan bisikkan berisi menyuruh untuk memukul orang dan mengancam akan

membunuhnya, pasien mengatakan bisikkan dating tidak tentu dan lebih sering dating di malam hari, pasien mengatakan bisikkan biasanya datang selana lima menit, pasien mengatakan tidak nyaman mendengar bisikan tersebut, pasien mengatakan biasanya berdzikir saat bisikkan itu datang.

Data Objektif:

Pasien terlihat gelisah, pasien terlihat bingung, pasien terlihat khawatir, kontak mata kurang, pasien terlihat mondar mandir, pasien banyak minum saat gelisah.

Tujuan umum: pasien dapat mengena halusinasi yang dialaminya

Tujuan khusus: pasien dapat membina hubungan saling percaya

Kriteria hasil:

Setelah dua kali pertemuan pasien menunjukkan tanda-tanda percaya kepada perawat, ditunjukkan dengan pasien dapat berinteraksi dengan perawat melalui ekspresi wajah bersahabat, menunjukkan rasa senang, ada kontak mata, mau berjabat tangan, menunjukkan rasa senang, mau duduk berdampingan dengan perawat, bersedia mengungkapkan masalah yang dihadapi.

Rencana Tindakan keperawatan:

bina hubungan saling percaya, dengan menggunakan komunikasi terapeutik, sapa pasien dengan ramah baik verbal maupun non verbal, perkenalkan nama dan nama panggilan serta tujuan perawat berkenalan, tanyakan nama lengkap dan nama panggilan yang disukai pasien apa, buat kontrak yang jelas, tunjukkan sikap jujur dan menunjukkan sikap empati, beri perhatian pada pasien dan perhatikan kebutuhan pasien, beri kesempatan pasien untuk mengungkapkan perasaannya, dengarkan ungkapan pasien dengan penuh perhatian.

SP 1 pasien mampu menghardik halusinasinya Ketika halusinasinya timbul.

Pelaksanaan keperawatan:

Membina hubungan saling percaya, mendiskusikan dengan pasien tentang jenis halusinasi apa yang diderita oleh pasien, mengidentifikasi isi dari halusinasi pasien, mengidentifikasi waktu kapan halusinasi muncul, mengajarkan pasien cara menghardik halusinasinya dengan bantuan pasien,

menganjurkan pasien memasukkan kegiatan kedalam jadwal kegiatan harian, memberikan pujian secara realistis atas kemampuan pasien menghardik halusinasinya.

Evaluasi :

Subjektif:

pasien mengatakan senang bisa mengobrol dengan perawat, pasien mengatakan senang dan paham cara menghardik, pasien mengatakan akan melakukan menghardik saat halusinasi itu datang.

Objektif:

pasien tampak nyaman ngobrol dengan perawat, ekspresi wajah bersahabat, pasien ingin duduk berdampingan dengan perawat, pasien mampu melakukan cara menghardik, pasien memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian

Analisa :

Gangguan Presepsi Sensorii ; Halusinasi (pendengaran) masih ada

Perencanaan pasien:

Anjurkan pasien menghardik saat halusinasi datang, dan anjurkan pasien berlatih menghardik minimal 3 kali sehari : pagi, siang, dan malam.

Perencanaan perawat :

evaluasi Sp 1 cara menghardik dan lanjutkan Sp 2 menggunakan obat dengan benar dan teratur.

Tanggal : 28 Mei 2024

Data subjektif:

Pasien mengatakan mampu menghilangkan halusinasinya dengan cara menghardik, pasien mengatakan tidak tahu manfaat obat-obatan yang biasa dikonsumsi, pasien mengatakan malas minum obat karena tidak tahu untuk apa kegunaannya.

Data objektif:

Pasien mampu menghardik secara mandiri, pasien kebingungan saat ditanyakan perihal obat yang biasa dikonsumsi, pasien terlihat gelisah.

Tujuan umum :

pasien dapat mengontrol halusinasi yang dialaminya

Tujuan khusus :

pasien dapat menggunakan obat untuk mengatasi halusinasinya.

Kriteria hasil:

setelah dilakukan 2 kali pertemuan pasien dapat mengerti 7 benar minum obat, yang terdiri dari tentang manfaat, kerugian tidak minum obat, nama, warna, dosis, cara, efek samping, pantau pasien saat penggunaan obat, beri pujian Ketika klien menggunakan obat yang benar, diskusikan akibat berhenti minum obat tanpa konsultasi dokter, anjurkan klien konsultasi dengan dokter atau perawat jika terjadi hal-hal yang tidak diinginkan.

Rencana Tindakan Keperawatan:

jelaskan tujuan interaksi, evaluasi, jadwal kegiatan harian pasien, evaluasi Sp 1 cara menghardik halusinasi, diskusikan dengan pasien dan keluarga tentang obat untuk mengendalikan halusinasinya, bantu pasien memastikan bahwa pasien minum obat sesuai dengan program, observasi dan gejala terkait dengan pengobatan, jelaskan kepada pasien dan keluarga terkait pentingnya meminum obat secara teratur dan tepat pada waktunya.

Pelaksanaan keperawatan:

Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien, mengevaluasi sp pertama, yaitu menghardik, melatih Sp 2 yaitu mengajarkan pasien menggunakan obat dengan baik dan benar, menyebutkan nama obat, menyebutkan warna obat, menjelaskan manfaat obat, menganjurkan pasien memasukkan kegiatan kedalam jadwal kegiatan harian, memberikan pujian yang realistis terhadap keberhasilan klien.

Evaluasi:**Subjektif:**

pasien mengatakan senang berbicara dengan perawat, pasien mengatakan sudah mengert cara minum obat dengan benar, pasien mengatakan akan meminum obat secara teratur agar halusinasinya tidak datang lagi.

Objektif :

pasien tampak senang, pasien mampu menyebutkan warna obat dan manfaat obat tersebut, pasien mampu minum obat dengan baik dan benar.

Analisa;

Gangguan Presepsi Sensori : Halusinasi (pendengaran)

Perencanaan pasien:

anjurkan pasien memasukkan kegiatan ke dalam jadwal kegiatan harian pasien dan jam berapa pasien melakukan, anjurkan pasien untuk meminum obat sesuai jadwal yang diberikan.

Perencanaan perawat:

evaluasi sp 1 menghardik halusinasi, evaluasi Sp 2 minum obat dengan baik dan benar, laanjut Sp 3 bercakap-cakap.

Tanggal: 29 Mei 2024

Data Subjektif:

pasien mengatakan halusinasi sudah tidak terlalu seperti hari-hari sebelumnya, pasien mengatakan sekarang merasa lebih tenang, pasien mengatakan meminum obat tepat pada waktunya

Data Objektif:

pasien tampak tenang, gelisah berkurang, pasien sudah mulai ada kontak mata, minum obat teratur.

Tujuan umum :

pasien dapat mengontrol halusinasi yang di alaminya

Tujuan khusus :

pasien dapat mengontrol halusinasinya dengan cara bercakap-cakap.

Kriteria hasil:

setelah dilakukan 2 kali peremuan pasien dapat mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap.

Rencana Tindakan keperawatan:

jelaskan tujuan interaksi, identifikasi ulang cara pasien menghardik dan minum obat secara teratur, ajarkan pasien untuk pergi ke tempat ramai dan

bantu pasien berkomunikasi atau bercakap-cakap dengan orang lain saat halusinasinya mulai muncul.

Pelaksanaan keperawatan:

Mengevaluasi Sp pertama yaitu menghardik, dan Sp 2 yaitu cara menggunakan obat dengan baik dan benar, menyebutkan warna dan nama obat, menyebutkan manfaat obat, melatih Sp 3 mengajarkan cara mengontrol halusinasi yaitu dengan bercakap-cakap dengan teman sekamar, menganjurkan pasien memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian, memberikan pujian realistis untuk keberhasilan pasien.

Evaluasi:

Subjektif:

pasien mengatakan senang mengobrol dengan perawat, pasien mengatakan akan bercakap-cakap atau mengobrol dengan teman-temannya dan perawat-perawat lain jika halusinasinya datang lagi.

Objektif:

pasien ampu bercakap-cakap dengan temannya, pasien mampu bercakap-cakap dengan perawat lain.

Analisa :

Gangguan Presepsi Sensori : halusinasi (pendengaran) masih ada

Perencanaan pasien:

Anjurkan pasien bercakap-cakap saat halusinasi datang dan anjurkan pasien bercakap-cakap sehari 3 kali : pagi, siang, dan malam.

Perencanaan keperawatan:

Evaluasi sp 1 menghardik, evaluasi sp 2 menggunakan obat dengan baik dan benar, evaluasi sp 3 bercakap-cakap, dan lanjutkan sp 4 melakukan kegiatan positif yang dapat dilakukan pasien.

Tanggal : 30 Mei 2024

Data subjektif:

Pasien mengatakan halusiasi berkurang, pasien sudah mengatakan melakukan yang telah dianjurkan perawat.

Data objektif:

Pasien tampak senang, pasien terlihat lebih tenang

Tujuan umum:

pasien dapat mengontrol halusinasinya

Tujuan khusus :

pasien diharapkan bisa mengontrol halusinasinya dengan cara melakukan kegiatan positif

Kriteria hasil:

setelah tiga kali pertemuan pasien diharapkan dapat mengontrol halusinasinya dengan cara melakukan kegiatan positif (membersihkan tempat tidur, menyapu)

Rencana Tindakan keperawatan:

jelaskan tujuan melakukan kegiatan positif, identifikasi ulang cara pasien menghardik, minum obat secara teratur, bercakap-cakap, ajarkan pasien untuk melakukan kegiatan positif saat halusinasinya mulai muncul.

Pelaksanaan Tindakan Keperawatan:

Strategi pelaksanaan keempat pasien dengan halusinasi adalah mengevaluasi Sp pertama yaitu menghardik, dan Sp 2 yaitu menggunakan obat dengan baik dan benar, menyebutkan nama dan warna obat serta menjellaskan manfaat obat, Sp 3 cara mengontrol halusinasi yaitu dengan bercakap-cakap dengan teman sekamar, lanjut Sp 4 cara mengontrol halusinasi yaitu dengan melakukan kegiatan positif, mengajarkan cara membersihkan halama, mencuci gelas dan membereskan tempat tidur menganjurkan pasien memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian, memberikan pujian realistis untuk keberhasilan pasien.

Evaluasi**Subjektif :**

pasien mengatakan senang bisa belajar banyak cara mengontrol halusinasi, pasien mengatakan akan melakukan itu baik dirumah sakit maupun dirumah.

Objektif :

pasien tampak senang, pasien mampu melakukan kegiatan positif (membersihkan halaman, mencuci gelas, membereskan tempat tidur) secara mandiri

Analisa:

Gangguan Presepsi Sensori: Halusinasi (Pendengaran) masih ada.

Perencanaan pasien:

Anjurkan pasien melakukan kegiatan positif (membereskan tempat tidur) saat halusinasi datang, dan anjurkan pasien membersihkan tempat tidur minimal sehari 2 kali : pagi dan malam.

Perencanaan keperawatan:

Evaluasi Sp 1 cara menghardik, evaluasi Sp 2 cara minum obat dengan baik dan benar, evaluasi Sp 3 bercakap-cakap, dan evaluasi Sp 4 melakukan kegiatan positif yang dapat dilakukan oleh pasien.

b. Diagnosa Keperawatan : Risiko Perilaku Kekerasan

Tanggal: 28 mei 2024

Data Subjektif:

Pasien mengatakan dibawa karena marah-marah, pasien mengatakan ada laporan bahwa pasien membahayakan, pasien mengatakan ada bisikkan untuk memukul orang lain.

Data Objektif:

Pasien terlihat gelisah, tatapan tajam, tangan pasien mengepal, pasien banyak minum saat gelisah

Tujuan Umum:

klien dapat mengontrol perilaku kekerasan

Tujuan Khusus:

Klien dapat membina hubungan saling percaya, Klien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan yang dilakukannya. Klien dapat mengidentifikasitanda-tanda perilaku kekerasan.

Kriteria Hasil:

setelah 2 kali pertemuan diharapkan klien Klien menunjukkan tanda-tanda percaya kepada perawat :Wajah cerah,tersenyum, Mau berkenalan, Ada kontak mata, Bersedia menceritakanperasaan. Klien mampu menceritakan penyebab perilakukekerasan yang dilakukannya : Menceritakan penyebab perasaanjengkel/kesal baik dari diri sendiri maupun lingkungannya, Klien mampu menceritakan tanda-tanda saat terjadi perilaku kekerasan, Tanda fisik : mata merah, tangan mengepal, ekspresitegang, dll, Tanda emosional : Perasaan marah ,jengkel, bicara kasar, Tanda sosial : bermusuhan yang dialami saat terjadi perilaku kekerasan.

Rencana Tindakan Keperawatan:

bina hubungan saling percaya, dengan menggunakan komunikasi terapeutik, sapa pasien dengan ramah baik verbal maupun non verbal, perkenalkan nama dan nama panggilan serja tujuan perawat berkenalan, tanyakan nama lengkap dan nama panggilan yang disukai pasien apa, buat kontrak yang jelas, tunjukkan sikap jujur dan menunjukkan sikap empati, beri perhatian pada pasien dan perhatikan kebutuhan pasien, beri kesempatan pasien untuk mengungkapkan perasaannya, dengarkan ungkapan pasien dengan penuh perhatian. Sp. 1 mengungkapkan rasa marah dengan relaksasi nafas dalam dan memukul bantal.

Pelaksanaan Tindakan Keperawatan:

Membina hubungan saling percaya, mendiskusikan penyebab perilaku kekerasan yang dilakukannya, mendiskusikan tanda-tanda perilaku kekerasan. Mengajarkan pasien cara Teknik relaksasi nafas dalam dan pukul bantal, memasukkan kegiatan kedalam jadwal kegiatan harian, memberikan pujian secara realistis atas kemampuan pasien Teknik relaksasi nafas dalam dan pukul bantal.

Evaluasi**Subjektif:**

Pasien mengatakan senang bisa ngobrol dengan perawat, pasien mengatakan paham cara meredakan marah dengan Teknik relaksasi nafas

dalam dan pukul bantal, pasien mengatakan akan melakukan saat emosi datang

Objektif:

Pasien tampak senang, pasien mampu mengulangi cara Teknik relaksasi nafas dalam dan pukul bantal dengan benar

Analisa:

Risiko Perilaku Kekerasan, masih ada

Perencanaan pasien :

Anjurkan pasien Teknik relaksasi nafas dalam dan memukul bantal saat emosi datang, dan anjurkan pasien berlatih Teknik relaksasi nafas dalam dan pukul bantal minimal 3 kali sehari : pagi, siang, dan malam.

Perencanaan perawat : evaluasi Sp 1 cara Teknik relaksasi nafas dalam dan pukul bantal dan lanjutkan Sp 2 menggunakan obat dengan benar dan teratur.

Tanggal : 28 mei 2024

Data subjektif:

Ps mengatakan sudah bisa mengendalikan emosi dengan cara Teknik relaksasi nafas dalam dan pukul bantal, pasien belum memahami apa kegunaan obat-obatan yang biasa diminumnya, pasien mengatakan malas minum obat karena tidak tahu manfaatnya

Data objektif:

Pasien mampu menghardik secara mandiri, pasien tampak bingung saat ditanyai terkait obat-obatan yang diminumnya.

Tujuan umum :

pasien dapat mengontrol Risiko perilaku kekerasanyang dialaminya

Tujuan khusus :

pasien dapat menggunakan obat untuk mengatasi Risiko perilaku kekerasan.

Kriteria hasil: setelah dilakukan 2 kali pertemuan pasien dapat mengerti 7 benar minum obat, yang terdiri dari tentang manfaat, kerugian tidak minum obat, nama, warna, dosis, cara, efek samping, pant au pasien saat penggunaan obat, beri pujian Ketika klien menggunakan obat yang benar,

diskusikan akibat berhenti minum obat tanpa konsultasi dokter, anjurkan klien konsultasi dengan dokter atau perawat jika terjadi hal-hal yang tidak diinginkan.

Rencana Tindakan Keperawatan:

jelaskan tujuan interaksi, evaluasi, jadwal kegiatan harian pasien, evaluasi Sp 1 cara Teknik relaksasi nafas dalam dan pukul bantal, diskusikan dengan pasien dan keluarga tentang obat untuk mengendalikan halusinasinya, bantu pasien memastikan bahwa pasien minum obat sesuai dengan program, observasi dan gejala terkait dengan pengobatan, jelaskan kepada pasien dan keluarga terkait pentingnya meminum obat secara teratur dan tepat pada waktunya.

Pelaksanaan keperawatan:

Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien, mengevaluasi sp pertama, yaitu relaksasi nafas dalaam dan pukul bantal, melatih Sp 2 yaitu mengajarkan pasien menggunakan obat dengan baik dan benar, menyebutkan nama dan warna obat serta menjelaskan manfaat obat, menganjurkan pasien memasukkan kegiatan kedalam jadwal kegiatan harian, memberikan pujian yang realistis terhadap keberhasilan klien.

Evaluasi:

Subjektif:

pasien mengatakan senang berbicara dengan perawat, pasien mengatakan sudah mengert cara minum obat dengan benar, pasien mengatakan akan meminum obat secara teratur agar halusinasinya tidak datang lagi.

Objektif :

pasien tampak senang, pasien mampu menyebutkan warna obat dan manfaat obat tersebut, pasien mampu minum obat dengan baik dan benar.

Analisa;

Risiko Perilaku Kekerasan, masih ada

Perencanaan pasien:

anjurkan pasien memasukkan kegiatan ke dalam jadwal kegiatan harian pasien dan jam berapa pasien melakukan, anjurkan pasien untuk meminum obat 2x/ hari.

Perencanaan perawat:

evaluasi sp 1 teknik relaksasi nafas dalam dan pukul bantal, evaluasi Sp 2 minum obat dengan baik dan benar, laanjut Sp 3 mengungkapkan rasa marah dengan baik.

Tanggal: 29 mei 2024

Data Subjektif

Pasien mengatakan sudah minum obat, pasien mengatakan tidak tahu bagaimana cara mengungkapkan rasa marah dengan baik

Data objektif:

Pasien terlihat bingung saat ditanyai bagaimana cara mengungkapkan rasa marah dengan baik.

Tujuan Umum:

Pasien mampu mengontrol Risiko Perilaku Kekerasan

Tujuan Khusus:

Pasien mampu mengontrol Risiko Perilaku Kekerasan dengan cara meminta, menolak dan mengungkapkan rasa marah dengan baik.

Kriteria hasil:

setelah 2 kali pertemuan pasien dapat meminta, menolak, dan mengungkapkan rasa marah dengan baik

Rencana Tindakan Keperawatan:

jelaskan tujuan interaksi, evaluasi, jadwal kegiatan harian pasien, evaluasi Sp 1 teknik relaksasi nafas dalam dan pukul bantal, evaluasi Sp 2 Minum obat dengan baik dan benar, mendiskusikan dan melatih Sp 3 meminta, menolak, mengungkapkan rasa marah dengan baik.

Pelaksanaan Tindakan Keperawatan:

Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien, mengevaluasi sp pertama yaitu Teknik relaksasi nafas dalam dan pukul bantal, evaluasi Sp 2 minum obat dengan baik dan benar, menyebutkan nama dan warna obat dan menjelaskan manfaat obat, melatih Sp 3 meminta menolak dan mengungkapkan rasa marah dengan baik. menganjurkan pasien

memasukkan kegiatan kedalam jadwal kegiatan harian, memberikan pujian yang realistis terhadap keberhasilan klien.

Evaluasi:

Subjektif:

Pasien mengatakan senang telah diajarkan bagaimana cara mengungkapkan rasa marah dengan baik, pasien mengatakan akan melakukan saat marah, pasien mengatakan senang mendapatkan pujian positif

Objektif:

Pasien tampak senang, pasien mampu meminta, menolak dan mengungkapkan rasa marah dengan baik sesuai dengan yang diajarkan oleh perawat.

Analisa:

Risiko Perilaku Kekerasan, masih ada

Perencanaan pasien:

anjurkan pasien memasukkan kegiatan ke dalam jadwal kegiatan harian pasien dan jam berapa pasien melakukan, anjurkan pasien untuk melatih 2x/hari.

Perencanaan perawat :

evaluasi Sp 1 teknik relaksasi nafas dalam dan pukul bantal, evaluasi Sp 2 minum obat dengan baik dan benar, evaluasi sp 3 meminta, menolak, dan mengungkapkan rasa marah dengan baik, lanjut Sp 4 mencegah dengan beribadah/berdzikir.

Tanggal: 30 mei 2024

Data Subjektif:

Pasien mengatakan telah melakukan apa yang dianjurkan oleh perawat, pasien mengatakan ingin mengetahui cara mengontrol rasa marah lagi

Data objektif:

Pasien tampak bersemangat, pasien tampak senang

Tujuan Umum:

pasien mampu mengendalikan risiko perilaku kekerasan

Tujuan khusus:

pasien mampu mengendalikan risiko perilaku kekerasan dengan cara beribadah dan berdzikir

Kriteria hasil:

setelah 2 kali pertemuan pasien dapat mengendalikan risiko perilaku kekerasan dengan beribadah dan berdzikir.

Rencana Tindakan Keperawatan:

jelaskan tujuan Tindakan, evaluasi Sp 1 teknik relaksasi nafas dalam, evaluasi Sp 2 cara minum obat yang baik dan benar, evaluasi Sp 3 meminta, menolak dan mengungkapkan rasa marah dengan baik, mendiskusikan dan melatih Sp 4 mencegah dengan beribadah/berdzikir

Pelaksanaan Tindakan Keperawatan:

Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien, mengevaluasi sp pertama yaitu Teknik relaksasi nafas dalam dan pukul bantal, evaluasi Sp 2 minum obat dengan baik dan benar, menyebutkan nama dan warna obat serta menjelaskan manfaat obat, mengevaluasi Sp 3 meminta menolak dan mengungkapkan rasa marah dengan baik, mendiskusikan dan mengajarkan cara mencegah dengan ibadah dan berdzikir. menganjurkan pasien memasukkan kegiatan kedalam jadwal kegiatan harian, memberikan pujian yang realistis terhadap keberhasilan klien.

Evaluasi:

Subjektif:

Pasien mengatakan senang sudah diajarkan banyak cara untuk mengontrol rasa marah, pasien mengatakan senang bisa berdzikir Bersama perawat

Objektif:

Pasien tampak senang, pasien mampu berdzikir dengan benar

Analisa:

Risiko perilaku kekerasan, masih ada

Perencanaan pasien:

anjurkan pasien memasukkan kegiatan ke dalam jadwal kegiatan harian pasien dan jam berapa pasien melakukan, anjurkan pasien untuk ibadah 5x/hari.

Perencanaan perawat :

evaluasi Sp 1 teknik relaksasi nafas dalam dan pukul bantal, evaluasi Sp 2 minum obat dengan baik dan benar, evaluasi sp 3 meminta, menolak, dan mengungkapkan rasa marah dengan baik, evaluasi Sp 4 mencegah dengan beribadah/berdzikir.

c. Harga Diri Rendah Kronis

Tanggal: 29 mei 2024

Data Subjektif:

Pasien mengatakan khawatir kepada istri dan anaknya, pasien mengatakan saat sekolah sering dibully, pasien mengatakan sering dikatain orang gila, pasien mengatakan sering dibohongi temannya

Data Objektif:

Kontak mata kurang Pasien terlihat cemas, pasien terlihat murung, pasien tidak bersemangat, bicara pelan dan gagap, pasien banyak minum saat gelisah

Tujuan Umum:

pasien dapat mengidentifikasi kemampuan dengan aspek positif yang dimiliki

Tujuan Khusus:

pasien dapat membina hubungan saling percaya

Kriteria hasil:

setelah dilakukan 2 kali pertemuan pasien menunjukkan tanda-tanda ekspresi wajah bersahabat, menunjukkan rasa senang, berkontak mata, mau berjabat tangan, mau menyebutkan nama, menyebutkan salam, pasien mau duduk berdampingan dengan perawat, mau mengutarakan masalah yang dihadapi.

Rencana Tindakan Keperawatan:

bina hubungan saling percaya, dengan menggunakan komunikasi terapeutik, sapa pasien dengan ramah baik verbal maupun non verbal, perkenalkan nama dan nama panggilan yang disukai pasien apa, buat kontrak dengan jelas, tunjukkan sikap jujur dan menunjukkan sikap empati,

beri perhatian pada pasien untuk mengungkapkan perasaannya, dengarkan ungkapan pasien dengan penuh perhatian. SP 1 pasien mampu mengidentifikasi kemampuan yang dimiliki.

Pelaksanaan Tindakan Keperawatan:

Strategi pelaksanaan yang pertama antara lain membina hubungan saling percaya, mendiskusikan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien : membereskan temoat tidur, mencuci gelas, dan menyapu halaman, melatih kemampuan yang sudah dipilih yaitu membereskan tempat tidur, menyebutkan apa saja yg dibutuhkan untuk membersihkan tempat tidur, menyebutkan cara membersihkan tempat tidur dan Menyusun jadwal pelaksanaan kemampuan yang telah dilatih dalam rencana harian.

Evaluasi:

Subjektif:

pasien mengatakan senang membersihkan tempat tidur, pasien engatakan merasa senang mendapatkan pujian dari perawat, pasien mengatakan bisa melakukan pekerjaan rumah lainnya lagi

Objektif:

pasien mampu menyebutkan tata cara merapihkan tempat tidur, pasien mampu mempraktekan cara merapihkan tempat tidur

Analisa:

Harga Diri Rendah Kronis, masih ada

Perencanaan pasien:

Anjurkan pasien mengembangkan kemampuan membereskan tepat tidur dan melakukan pekerjaan rumah lainnya setiap hari, anjurkan untuk memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian dan jam berapa pasien melakukan.

Perencanaan perawat:

evaluasi SP 1 cara mengidentifikasi kemampuan yang dimiliki pasien dan lanjutkan SP 2 melatih kegiatan selanjutnya.

Tanggal: 30 Mei 2024

Data Subjektif:

pasien mengatakan senang membersihkan tempat tidur, pasien mengatakan merasa senang mendapatkan pujian dari perawat, pasien mengatakan bisa melakukan pekerjaan rumah lainnya lagi

Data objektif:

pasien mampu menyebutkan tata cara merapihkan tempat tidur, pasien mampu mempraktekan cara merapihkan tempat tidur.

Tujuan Umum:

pasien dapat mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki

Tujuan Khusus:

pasien dapat melatih kemampuannya yang sudah dipilih yaitu mencuci gelas

Kriteria hasil:

setelah dilakukan 2 kali pertemuan pasien dapat memiliki kemampuan yang dimiliki pasien seperti membersihkan tempat tidur, mencuci gelas, aspek positif keluarga, aspek positif lingkungan yang dimiliki pasien.

Rencana Tindakan Keperawatan :

jelaskan tujuan interaksi, evaluasi jadwal kegiatan harian pasien, evaluasi Sp1 cara mengidentifikasi kemampuan yang dimiliki oleh pasien, mendiskusikan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien, membantu pasien memilih/menetapkan kemampuan yang akan dilatih, melatih kemampuan yang sudah dipilih dan Menyusun jadwal pelaksanaan kemampuan yang dilatih didalam rencana.

Pelaksanaan Tindakan Keperawatan:

Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien, mengevaluasi SP 1 yaitu membereskan tempat tidur, melatih SP 2 yaitu mencuci gelas, menyebutkan apa saja yang dibutuhkan untuk mencuci gelas, menyebutkan cara mencuci gelas dan menjelaskan manfaat mencuci gelas, menganjurkan pasien memasukkan kegiatan ke dalam jadwal kegiatan harian memberikan pujian yang realistis terhadap keberhasilan pasien.

Evaluasi:**Subjektif:**

pasien mengatakan senang bisa melakukan kegiatan mencuci gelas , pasien mengatakan senang atas pujian dan keberhasilannya, pasien mengatakan sudah melakukan kegiatan yang telah dibuat.

Objektif:

pasien mampu menyebutkan cara mencuci gelas, pasien mampu menyebutkan peralatan yang dibutuhkan untuk mencuci gelas, pasien mampu mencuci gelas dengan benar.

Analisa:

Harga Diri Rendah Kronis, masih ada

Perencanaan pasien:

anjurkan pasien untuk mengembangkan kemampuannya, anjurkan pasien untuk memasukkan kedalam jadwal kegiatan dan jam berapa pasien lakukan.

Perencanaan perawat:

evaluasi SP 1 membersihkan tempat tidur, evaluasi SP 2 melatih cara mencuci gelas, melatih Sp 3 melatih cara membersihkan halaman.

Tanggal: 31 Mei 2024

Data Subjektif

pasien mengatakan senang bisa melakukan kegiatan mencuci gelas , pasien mengatakan senang atas pujian dan keberhasilannya, pasien mengatakan sudah melakukan kegiatan yang telah dibuat.

Data objektif:

pasien mampu menyebutkan cara mencuci gelas, pasien mampu menyebutkan peralatan yang dibutuhkan untuk mencuci gelas, pasien mampu mencuci gelas dengan benar.

Tujuan Umum:

pasien dapat mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki

Tujuan Khusus:

pasien dapat melatih kemampuannya yang sudah dipilih yaitu mencuci gelas

Kriteria:

setelah dilakukan 2 kali pertemuan pasien dapat memiliki kemampuan yang dimiliki pasien seperti membersihkan tempat tidur, mencuci gelas, membersihkan halaman, aspek positif keluarga, aspek positif lingkungan yang dimiliki pasien.

Rencana Tindakan Keperawatan :

jelaskan tujuan interaksi, evaluasi jadwal kegiatan harian pasien, evaluasi Sp1 cara mengidentifikasi kemampuan yang dimiliki oleh pasien, evaluasi SP 2 melatih kegiatan positif selanjutnya, mendiskusikan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien, membantu pasien memilih/menetapkan kemampuan yang akan dilatih, melatih kemampuan yang sudah dipilih dan Menyusun jadwal pelaksanaan kemampuan yang dilatih didalam rencana.

Pelaksanaan Tindakan Keperawatan:

Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien, mengevaluasi SP 1 membersihkan tempat tidur, mengevaluasi SP 2 yaitu mencuci gelas, melatih SP 3 yaitu membersihkan halaman, menyebutkan manfaat membersihkan halaman, menyebutkan alat yang dibutuhkan untuk membersihkan halaman, menjelaskan cara membersihkan halaman, menganjurkan pasien memasukkan kegiatan ke dalam jadwal kegiatan harian memberikan pujian yang realistis terhadap keberhasilan pasien.

Evaluasi:**Subjektif:**

pasien mengatakan senang bisa membersihkan halaman, pasien mengatakan akan membersihkan halaman setiap pagi, pasien mengatakan senang diberi pujian

Objektif:

pasien mampu membersihkan halaman dengan baik, pasien mampu menyebutkan cara membersihkan halaman, pasien mampu menyebutkan peralatan yang dibutuhkan untuk membersihkan halaman

Analisa:

Harga Diri Rendah Kronis, masih ada

Perencanaan pasien:

anjurkan pasien untuk mengembangkan kemampuannya, anjurkan pasien untuk memasukkan kedalam jadwal kegiatan dan jam berapa pasien lakukan.

Perencanaan perawat:

evaluasi SP 1 membersihkan tempat tidur, evaluasi SP 2 melatih cara mencuci gelas, evaluasi Sp 3 melatih cara membersihkan halaman.

d. Defisit Perawatan Diri

Tanggal: 29 Mei 2024

Data Subjektif:

Pasien mengatakan mandi sehari 2kali, pasien mengatakan jarang keramas, pasien mengatakan jarang sabun, pasien mengatakan ganti baju hanya sekali sehari, pasien mengatakan bangun tidur biasanya langsung makan

Data objektif:

Pasien tampak lusuh, pasien tercium bau tidak sedap, pakaian kurang rapih, rambut terlihat lepek, gigi kurang bersih, pasien makan lama dan sedikit berantakan

Tujuan Umum:

pasien mampu memenuhi kebutuhan perawatan diri

Tujuan Khusus:

pasien mampu memenuhi kebutuhan perawatan diri : mandi

Kriteria hasil:

Setelah dilakukan 2 kali pertemuan pasien dapat mengerti penyebab tidak merawat diri, manfaat menjaga kebersihan diri, tanda-tanda bersih dan rapih, gangguan yang akan dialami jika perawatan diri tidak diperhatikan

Rencana Tindakan Keperawatan

bina hubungan saling percaya, dengan menggunakan komunikasi terapeutik, sapa pasien dengan ramah baik verbal maupun non verbal, perkenalkan nama dan nama panggilan yang disukai pasien apa, buat kontrak dengan jelas, tunjukkan sikap jujur dan menunjukkan sikap empati, beri perhatian pada pasien untuk mengungkapkan perasaannya, dengarkan

ungkapkan pasien dengan penuh perhatian. SP 1 pasien mampu melakukan perawatan diri : mandi.

Pelaksanaan Tindakan Keperawatan:

Membina hubungan saling percaya, mendiskusikan penyebab penyebab tidak merawat diri, manfaat menjaga kebersihan diri, tanda-tanda bersih dan rapih, gangguan yang akan dialami jika perawatan diri tidak diperhatikan. Mengajarkan pasien cara mandi yang benar, menyebutkan alat apa saja yang dibutuhkan untuk mandi, memasukkan kegiatan kedalam jadwal kegiatan harian, memberikan pujian secara realistis atas kemampuan pasien merawat kebersihan diri : mandi.

Evaluasi:

Subjektif:

Paisen mengatakan akan mandi sehari 2 kali, pasien menyebutkan peralatan mandi, pasieng menyebutkan tata cara mandi

Objektif:

Pasien mampu menyebutkan peralatan mandi dengan benar, pasien mampu menyebutkan tata cara mandi dengan benar, pasien mampu

Analisa: Defisit perawatan diri, masih ada

Perencanaan pasien:

Anjurkan pasien melakukan Sp1 mandi dengan baik dan benar sehari 2 kali

Perencanaan Perawat:

Evaluasi sp 1 mandi dengan baik dan benar, dan dilanjutkan dengan sp 2 berhias diri.

Tanggal 30 Mei 2024

Data subjektif

Pasien mengatakan ganti pakaian sehari sekali, pasien mengatakan tidak pernah menyisir rambutnya

Data objektif

Pasien tampak lusuh,rambut pasien tampak berantakan

Tujuan Umum:

pasien mampu memenuhi kebutuhan perawatan diri

Tujuan Khusus:

pasien mampu memenuhi kebutuhan perawatan diri : berhias

Kriteria hasil:

Setelah dilakukan 2 kali pertemuan pasien dapat mengerti penyebab tidak merawat diri, manfaat menjaga kebersihan diri, tanda-tanda bersih dan rapih, gangguan yang akan dialami jika perawatan diri tidak diperhatikan

Rencana Tindakan keperawatan

jelaskan tujuan interaksi, evaluasi, jadwal kegiatan harian pasien, evaluasi Sp 1 cara mandi, diskusikan dengan pasien SP 2 cara berhias, bantu pasien pastikan pasien berhias dengan benar. Jelaskan ke pasien pentingnya berhias untuk meningkatkan DPD.

Pelaksanaan Tindakan keperawatan

Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien, mengevaluasi sp pertama, yaitu mandi, melatih Sp 2 yaitu merias diri, menyebutkan alat yang dibutuhkan untuk merias diri, menyebutkan cara merias diri, mengajarkan pasien cara merias diri, menganjurkan pasien memasukkan kegiatan kedalam jadwal kegiatan harian, memberikan pujian yang realistis terhadap keberhasilan klien

Evaluasi**Subjektif**

Pasien mengatakan akan mengganti bajunya sehari 2x, pasien mengatakan akan menyisir rambutnya setiap habis mandi.

Objektif

Pasien mampu menyebutkan apa akibat jika tidak mengganti baju, pasien mampu menyebutkan apa yang terjadi jika tidak menyisir rambut

Analisa:

Defisit perawatan diri, masih ada

Perencanaan pasien

Anjurkan memasukkan kegiatan ke dalam jadwal kegiatan harian, anjurkan pasien mandi 2x/hari

Perencanaan keperawatan

Evaluasi sp. 1 mandi, evaluasi sp 2 berhias, melatih sp 3 cara makan dan minum yang baik

Tanggal: 31 Mei 2024

Data subjektif

Pasien mengatakan jarang mencuci tangan sebelum makan, pasien mengatakan biasanya cuci tangan hanya menggunakan air, pasien mengatakan makan tidak menggunakan sendok

Data objektif

Pasien makan berantakan, pasien makan lama, pasien makan tidak menggunakan sendok

Tujuan Umum:

pasien mampu memenuhi kebutuhan perawatan diri

Tujuan Khusus:

pasien mampu memenuhi kebutuhan perawatan diri : berhias

Setelah dilakukan 2 kali pertemuan pasien dapat mengerti penyebab tidak merawat diri, manfaat menjaga kebersihan diri, tanda-tanda bersih dan rapih, gangguan yang akan dialami jika perawatan diri tidak diperhatikan

Rencana Tindakan Keperawatan:

jelaskan tujuan interaksi, evaluasi, jadwal kegiatan harian pasien, evaluasi Sp 1 cara mandi, evaluasi SP 2 cara berhias, diskusikan dengan pasien SP 3 cara makan dan minum dengan baik, bantu pasien pastikan pasien untuk makan dan minum dengan benar. Jelaskan ke pasien pentingnya makan dan minum dengan benar.

Pelaksanaan Tindakan keperawatan

strategi pelaksanaan kedua pasien dengan DPD adalah mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien, mengevaluasi sp pertama, yaitu mandi, evaluasiSp 2 yaitu merias diri, melatih SP 3 cara makan dan minum dengan benar, menyebutkan alat yang dibutuhkan untuk makan, menjelaskan cara makan yang benar, menjelaskan harus selalu cuci tangan sebelum dan sesudah makan, menganjurkan pasien memasukkan kegiatan kedalam

jadwal kegiatan harian, memberikan pujian yang realistis terhadap keberhasilan klien

Evaluasi

Subjektif

Pasien mengatakan akan makan lebih bersih lagi, pasien mengatakan akan makan menggunakan sendok, pasien mengatakan akan mencuci tangan sebelum dan sesudah makan, pasien mengatakan mampu mencuci tangan dengan benar

Objektif

Pasien tampak senang, pasien mampu mencuci tangan dengan benar

Analisa:

Defisit perawatan diri, masih ada

Perencanaan pasien:

Anjurkan memasukkan kegiatan ke dalam jadwal kegiatan harian, anjurkan pasien melakukan tata cara makan dan minum dengan benar 3x/hari

Perencanaan keperawatan

Evaluasi sp. 1 mandi, evaluasi sp 2 berhias, evaluasi sp 3 cara makan dan minum yang baik.

BAB IV

PEMBAHASAN

Bab ini penulis membahas membandingkan antara teori dan tinjauan kasus termasuk factor pendukung dan factor penghambat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada Tn.A dengan Gangguan Presepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran di ruang Merak, Rumah Sakit DR. Soeharto Heerdjan Jakarta Barat. Dalam melakukan asuhan keperawatan penulis melakukan pendekatan proses keperawatan pengkajian, diagnose, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Berikut adalah pembahasan satu persatu dari proses keperawatan.

A. Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah pertama dalam proses keperawatan. Salah satu tugas yang dilakukan selama fase pengkajian keperawatan ini adalah pengumpulan data. Data yang dikumpulkan meliputi data pasien secara keseluruhan, khususnya aspek biologis, psikologis, sosial, dan spiritual. Seseorang dituntut untuk memiliki kesadaran diri, observasi yang akurat, komunikasi terapeutik, dan kemampuan merespon secara efektif. Selama pengkajian dilakukan pengumpulan data dari beberapa sumber, yaitu dari pasien dan tenaga Kesehatan di ruangan. Penulis mendapatkan sedikit kesulitan dalam menyimpulkan data karena keluarga pasien tidak mengunjungi pasien di Rumah Sakit, maka penulis melakukan pendekatan kepada pasien melalui komunikasi terapeutik yang lebih terbuka dengan membantu untuk memecahkan perasaannya dan juga melakukan observasi. (Stuart 2021)

Adapun data yang dapat dikumpulkan pada pasien dengan gangguan presepsi sensori : halusinasi pendengaran pada kasus Tn. A pada Factor predisposisi berupa: factor biologis, Factor psikologis, dan sosial budaya/lingkungan. Factor biologis: Hal yang dikaji pada factor biologis meliputi pasien belum pernah tergejala gangguan jiwa sebelumnya, pasien tidak memiliki keluarga yang gangguan jiwa, pasien dan keluarga pasien tidak memiliki Riwayat penggunaan NAPZA. Factor psikologis: pada pasien yang mengalami halusinasi, dapat ditemukan kegagalan yang berulang, pasien

merupakan individu korban kekerasan saat masih sekolah dulu, pasien sering di *bully* oleh teman sekolahnya dulu sehingga keluar dari sekolah. Sosial budaya dan lingkungan: pasien dengan halusinasi didapatkan sosial ekonomi rendah, pasien memiliki Riwayat penolakan lingkungan pada saat usia sekolah, Tingkat Pendidikan rendah, dan kegagalan dalam hubungan sosial (sering dibohongi oleh temannya). Berdasarkan teori terdapat factor predisposisi terdiri dari factor psikologis, biologis dan sosial budaya. Dalam kasus Tn.A yang menjadi factor predisposisi pasien adalah factor psikologis karena pasien dahulu sering dibully oleh teman sekolahnya sehingga pasien keluar dari sekolahnya, pasien mengatakan memiliki pengalaman tidak menyenangkan karena sering dibohongi oleh temannya untuk bekerja dan factor sosial budaya yaitu pasien mendapatkan penolakan saat sekolah serta dipandang sebagai orang gila di lingkungannya.

Faktor presipitasi menurut (Yusuf 2015) adalah faktor biologis, stress lingkungan, dan sumber koping. Hal yang menjadi faktor presipitasi pada pasien adalah factor stress lingkungan yang dibuktikan dengan pasien marah-marah sendirian karena mendengar bisikan yang menyuruhnya untuk memukul orang lain, terkadang pasien dapat perlakuan tidak menyenangkan di lingkungannya pasien sering diteriaki orang gila karena sering marah-marah sendiri, sehingga pasien merasa malu. Adapun factor biologis dan sumber koping tidak terdapat pada pasien.

Berdasarkan teori tanda dan gejala dari halusinasi antara lain, pasien tertawa atau bicara sendiri, marah-marah tanpa sebab, mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap, mendengar suara menyuruh melakukan hal yang berbahaya. Penulis melaporkan dari beberapa tanda dan gejala tersebut ada pasien seperti pasien berbicara sendiri, pasien mendengar suara bisikan yang menyuruhnya untuk memukul orang lain, suara tersebut datang di siang dan malam hari namun lebih sering datang di malam hari, pasien mengatakan suara itu berlangsung selama lima menit, pasien juga sering berbicara sendiri dan marah-marah karena mendengar suara bisikan tersebut. Hal yang tidak ada pada pasien yaitu pasien tidak pernah memukul orang disekitarnya atau memukul benda yang ada disekitarnya, tidak ada komat-kamit, pasien sudah tidak melamun,

konsentrasi membaik, pasien sudah tidak teriak-teriak karena pasien sudah mulai bisa mengontrol halusinasinya, tidak ada curiga berlebihan, tidak ada mondar-mandir.

Pada kasus Tn.A berada di fase *conquering* yaitu pengalaman sensori menjadi mengancam dan menakutkan, termasuk dalam gangguan psikotik berat. Karakteristik difase Pengalaman sensori menjadi mengancam dan menakutkan jika klien tidak mengikuti perintah. Halusinasi bisa berlangsung dalam beberapa jam atau hari jika tidak ada intervensi terapeutik (Psikotik Berat). Perilaku menyerang-teror seperti panik, berpotensi kuat melakukan bunuh diri atau membunuh orang lain, Aktivitas fisik yang merefleksikan isi halusinasi seperti amuk, agitasi, menarik diri, atau katatonia, tidak mampu berespon terhadap perintah yang kompleks, tidak mampu berespon terhadap lebih dari satu orang.

Faktor yang mendukung terjadinya interaksi pada saat pengkajian adalah terbinanya hubungan saling percaya antara pasien dan penulis, sedangkan penghambat yang penulis temukan adalah pasien berbicara gagap dan lambat. Solusinya adalah dengan membuat kontrak waktu yang singkat dengan pasien, serta memvalidasi data tentang pasien dengan perawat ruangan.

B. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan pengkajian pasien dirawat di Rumah Sakit DR. Soeharto Heerdjan karena pasien marah-marah di jalan. Gangguan persepsi sensori halusinasi penulis angkat karena ditemukan data-data actual pasien mengatakan sering mendengar bisikan menyuruhnya memukul orang lain, pasien mengatakan suara tersebut datang saat pasien sedang sendirian, pasien mengatakan bisikan itu datang siang dan malam namun lebih sering datang pada malam hari.

Risiko perilaku kekerasan penulis angkat karena berdasarkan pengamatan wawancara dengan pasien didapatkan data actual bahwa pasien suka marah-marah saat mendengar bisikan itu datang, pasien terlihat gelisah, tatapan tajam, tangan pasien mengepal, pasien banyak minum saat gelisah.

Diagnosa keperawatan harga diri rendah penulis angkat karena berdasarkan pengamatan dan wawancara pada pasien didapatkan data-data yang actual bahwa pasien Pasien mengatakan khawatir kepada istri dan anaknya, pasien mengatakan saat sekolah sering dibully, pasien mengatakan sering dikatakan orang gila, pasien mengatakan sering dibohongi temannya. Pasien juga terlihat kontak mata kurang, pasien terlihat cemas, pasien terlihat murung, pasien tidak bersemangat, bicara pelan dan gagap, pasien banyak minum saat gelisah.

Defisit perawatan diri penulis angkat karena didapatkan data-data actual seperti Pasien tampak lusuh, pasien tercium bau tidak sedap, pakaian kurang rapih, rambut terlihat lepek, gigi kurang bersih, pasien makan lama dan sedikit berantakan.

C. Perencanaan Keperawatan

Setelah menetapkan diagnose keperawatan penulis membuat perencanaan yaitu dengan menetapkan tujuan yang spesifik dan dapat diukur, dicapai, dilakukan dengan Tindakan yang nyata. Berdasarkan teori rencana yang dibuat adalah membina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik, dapat mengenali halusinasinya, pasien dapat mengontrol halusinasinya, pasien dapat dukungan dari keluarga dalam mengontrol halusinasinya, pasien dapat menggunakan obat dengan benar untuk mengendalikan halusinasinya.

Diagnosa pertama yaitu gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran, penulis merencanakan strategi pelaksanaan (SP) 1 sampai 4, untuk SP 1 pasien diajarkan cara menghardik halusinasi, SP 2 pasien diajarkan cara minum obat dengan prinsip enam benar obat, SP 3 pasien diajarkan cara mengontrol halusinasinya dengan cara bercakap-cakap dengan teman sekamarnya, dan SP 4 pasien diajarkan cara mengontrol halusinasi nya dengan melakukan kegiatan yang pasien sukai dengan kemampuan pasien.

Diagnosa kedua yaitu Risiko Perilaku Kekerasan, penulis merencanakan Strategi Pelaksanaan (SP) 1 sampai 4, untuk SP 1 mengenal perilaku kekerasan, melatih meluapkan rasa marah dengan Teknik relaksasi nafas dalam dan pukul bantal, SP 2 pasien diajarkan cara minum obat dengan prinsip 6 benar obat, SP

3 pasien diajarkan cara meminta, menolak dan mengungkapkan rasa marah dengan baik, SP 4 pasien diajarkan mencegah perilaku kekerasan dengan cara spiritual.

Diagnose ketiga yaitu Harga Diri Rendah, penulis merencanakan strategi pelaksanaan (SP) 1 sampai 3, untuk SP 1 mengidentifikasi kemampuan yang pasien miliki, SP 2 melatih pasien dengan melakukan kegiatan lain sesuai kemampuan pasien, SP 3 melatih pasien dengan melakukan kegiatan sesuai kemampuan pasien yang lain.

Diagnose ke empat yaitu Defisit Perawatan Diri, penulis merencanakan strategi pelaksanaan (SP) 1 sampai 3, untuk SP 1 mengajarkan pasien cara merawat diri (mandi) dengan benar, SP 2 mengajarkan pasien merawat diri (berhias) dengan benar, SP 3 mengajarkan pasien makan dan minum dengan baik, SP 4 mengajarkan pasien cara toileting dengan benar.

Pada tahap pembuatan perencanaan penulis tidak mengalami kesulitan karena pasien dan perawat sudah terbina hubungan saling percaya, pasien kooperatif dan mampu melakukan strategi pelaksanaan yang sudah diberikan oleh perawat, dan tersedianya buku-buku sumber yang dapat digunakan sebagai panduan untuk membuat perencanaan keperawatan, dengan membangun hubungan saling percaya membuat pasien mengungkapkan masalahnya sehingga dapat dibuat perencanaan dengan baik sesuai kondisi pasien. Intervensi pada keluarga belum dapat terlaksana karena selama proses keperawatan penulis belum bertemu dengan keluarga.

D. Pelaksanaan Keperawatan

Dibuat perencanaan keperawatan pada tahap ini Tindakan keperawatan yang dilakukan adalah membina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik dan mendiskusikan dengan pasien tentang jenis halusinasi apa yang diderita oleh pasien, mengidentifikasi isi dari halusinasi pasien, mengidentifikasi waktu kapan halusinasi. Factor penghambat yaitu pasien berbicara lambat dan gagap sehingga sedikit sulit untuk melakukan menghardik pada pasien. Solusinya mengajak bicara secara perlahan dan meminta pasien menjelaskan secara perlahan.

Tindakan kedua yaitu menggunakan obat dengan benar dan teratur, factor pendukung karena sudah terbina hubungan saling percaya sehingga pasien kooperatif, tidak ada factor penghambat untuk tindakan ini. Tindakan ketiga yaitu mengontrol halusinasi yaitu dengan bercakap-cakap dengan teman sekamarnya. pendukung karena sudah terbina hubungan saling percaya sehingga pasien kooperatif, tidak ada factor penghambat untuk Tindakan ini.

Tindakan yang keempat yaitu mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan yang pasien sukai dengan kemampuan pasien. Factor pendukung karena sudah terbina hubungan saling percaya pasien kooperatif, tidak ada factor penghambat untuk Tindakan ini.

Factor pendukung yang penulis dapatkan dalam pelaksanaan keperawatan adalah tersedianya sumber, terbinanya hubungan saling percaya antar penulis, pasien, dan perawat ruangan. Factor penghambat yang penulis dapatkan adalah pasien berbicara lambat dan gagap, serta suara pasien sangat pelan sehingga penulis mengalami sedikit kesulitan dalam memahami pembicaraan pasien. Hambatan yang dialami penulis untuk melakukan intervensi pada keluarga adalah selama penulis melaksanakan praktikum keluarga pasien tidak pernah mengunjungi pasien di ruang merak, sehingga penulis tidak pernah bertemu dengan keluarga pasien.

E. Evaluasi

Pada tahap ini yang dilakukan penulis adalah mengevaluasi Tindakan keperawatan yang telah dilakukan pada pasien dengan diagnosa Gangguan Presepsi Sensori Halusinasi Pendengaran. Strategi Pelaksanaan diagnose Gangguan Presepsi Sensori Halusinasi Pendengaran yang dilakukan penulis adalah strategi pelaksanaan (SP) pertama yaitu membina hubungan saling percaya dan mengajarkan pasien cara menghardik halusinasi, hasil dari pelaksanaan pertama terbina hubungan saling percaya dengan pasien dibuktikan dengan pasien mengatakan senang berkenalan dengan perawat, dan pasien dapat melakukan cara menghardik halusinasi serta akan berlatih cara menghardik.

Strategi pelaksanaan yang kedua yaitu menggunakan obat dengan benar dan teratur, hasil dari strategi pelaksanaan kedua yaitu pasien mengerti cara minum

obat dengan benar, pasien mengatakan jika obatnya belum diberikan perawat maka pasien akan meminta pada perawat saat setelah jadwal makan pagi, siang dan malam. Strategi pelaksanaan yang ketiga yaitu bercakap-cakap atau mengobrol dengan perawat atau dengan teman sekamarnya jika halusinasi yang menggangukannya itu datang.

Pada Tn.A menunjukkan perubahan yang signifikan yaitu pasien mampu mengetahui dan mengontrol halusinasinya dan terjalinnya hubungan saling percaya antara perawat dan pasien. Tn.A mengatakan senang bisa berkenalan dengan perawat dan selalu bersikap kooperatif terhadap perawat. Kebutuhan psikososial Tn.A mengalami perkembangan yang baik dimana Tn.A mampu mengontrol dan mengidentifikasi halusinasi, Tn.A mampu mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, meminum obat secara baik dan benar, pasien mampu melakukan Latihan bercakap-cakap dengan orang lain, dan melakukan kegiatan terjadwal secara teratur. Sehingga diharapkan pada saat halusinasi itu muncul pasien dapat mengontrol halusinasi dengan cara yang diajarkan perawat.

Kemampuan awal yang dimiliki oleh Tn.A saat halusinasi datang biasanya Tn.A hanya melakukan berdoa dan berdzikir. Setelah dilakukan intervensi kemampuan pasien bertambah seperti menghardik halusinasi, pasien mampu meminum obat dengan benar dan teratur, pasien mampu mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap, dan pasien mampu mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan positif yang dapat dilakukan pasien. Jadi kemampuan mengontrol halusinasi yang dimiliki pasien bertambah setelah diberikan intervensi, kemampuan mengontrol halusinasi pasien meningkat sebesar 80%

Tanda dan gejala awal pasien yaitu pasien sering mendengar bisikkan yang menyuruhnya memukul orang lain, pasien sering kesulitan tidur, konsentrasi pasien menurun, kontak mata pasien dengan perawat kurang, pasien tampak gelisah. Setelah dilakukan intervensi tanda gejala awal pasien menurun yaitu pasien sudah tidak mendengar bisikkan, pola tidur pasien membaik, konsentrasi membaik, kontak mata dengan perawat membaik. Dapat disimpulkan tanda dan gejala awal pasien menurun sebesar 80%.

Kesimpulan evaluasi dari diagnose diatas yaitu setelah melakukan strategi pelaksanaan didapatkan hasil halusinasi pasien dapat terkontrol, pasien senang bisa bercakap-cakap atau mengobrol dengan orang lain. Tanda dan gejala pasien berkurang yaitu pasien sudah tidak marah-marah sendiri lagi.

BAB V

PENUTUP

Setelah penulis ini melakukan Asuhan Keperawatan pada Tn.A dengan Skizofrenia ; Gangguan Presepsi Sensori Halusinasi Pendengaran di ruang Merak Rs DR. Soeharto Heerdjan Jakarta Barat mulai dari tanggal 28 Mei 2024 – 31 Mei 2024 penulis menyimpulkann mengajukan beberapa saran yang mungkin bermanfaat untuk memberikan asuhan keperawatan yang akan datang khususnya pada gangguan jiwa dengan Halusinasi.

A. Kesimpulan

Berdasarkan factor predisposisi pasien mengalami factor psikologis yang terdapat pada pasien karena pasien merasa rendah diri seperti pasien merasa malu karena sering diteriaki orang gila pada orang sekitar karena pasien marah-marah sendiri. Pasien merasa sedih karena sering dibohongi oleh temannya sehingga pasien di cap sebagai pembohong.

Factor presipitasi adalah factor lingkungan yang dibuktikan pada saat pasien pasien marah-marah sendirian karena mendengar bisikan yang menyuruhnya untuk memukul orang lain, terkadang pasien dapat perlakuan tidak menyenangkan di lingkungannya pasien sering diteriaki orang gila karena sering marah-marah sendiri, sehingga pasien merasa malu. Adapun factor biologis dan sumber koping tidak terdapat pada pasien. Sehingga pasien memiliki empat diagnosa yaitu Gangguan Presepsi Sensori, Risiko Perilaku Kekerasan, Harga Diri Rendah Kronis, dan Defisit Perawatan diri.

Intervensi atau perencanaan keperawatan dilakukan berdasarkan pada situasi dan kondisi pasien saat itu juga serta disesuaikan dengan waktu yang tersedia. Implementasi yang dilakukan pada pasien bertujuan untuk mengurangi tanda dan gejala halusinasi, mengurangi tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan, meningkatkan harga diri pada pasien, dan meningkatkan deficit perawatan diri pada pasien.

Intervensi atau perencanaan keperawatan dilakukan berdasarkan situasi dan kondisi pasien saat itu juga serta disesuaikan dengan waktu yang tersedia. Implementasi yang dilakukan untuk pasien bertujuan untuk mengurangi tanda dan gejala halusinasi pada pasien, risiko perilaku kekerasan pada pasien, harga diri rendah kronis pada pasien dan deficit perawatan diri pada pasien.

Evaluasi yang telah dilakukan penulis yaitu pasien sudah menunjukkan kemampuan dalam mengontrol halusinasinya dan halusinasi sudah berkurang, berkurangnya risiko perilaku kekerasan pada pasien, meningkatnya harga diri pada pasien dan meningkatnya deficit perawatan diri pada pasien. Mengontrol halusinasi dengan empat cara, menghardik, meminum obat dengan benar, bercakap-cakap, dan melakukan kegiatan sesuai kemampuan pasien sehingga tanda dan gejala tersebut berkurang. Evaluasi yang sudah dilakukan yaitu terjalannya hubungan saling percaya antara penulis dengan pasien, pasien sudah ampu menghardik dengan benar, pasien sudah mampu meminum obat dengan baik dan benar, pasien mampu bercakap-cakap dengan orang lain dan melakukan kegiatan sesuai dengan kemampuan pasien halusinasi pendengaran, risiko perilaku kekerasan, harga diri rendah kronik dan deficit perawatan diri.

B. Saran

1. Mahasiswa / penulis

Dalam melakukan pengkajian pada pasien dengan gangguan jiwa diperlukan kecermatan, kesabaran dan komunikasi terapeutik sehingga pasien dapat terbuka untuk menceritakan masalahnya kepada mahasiswa, sehingga mahasiswa mendapatkann data yang akurat dan sesuai dengan teori yang telah dipelajari. Dalam melakukan pengkajian pada pasien juga mahasiswa diharapkan memiliki kesabaran yang cukup tinggi karena mahasiswa harus mengikuti *mood* dari pasien tersebut, jika pasien sudah tidak ingin berbicara diharapkan mahasiswa untuk tidak memaksa pasien berbicara.

2. Institusi

Institusi diharapkan dapat memberikan pengetahuan yang baru tentang asuhan keperawatan khususnya keperawatan jiwa, agar menyediakan lebih banyak lagi literatur terbaru seperti jurnal, buku, dan artikel yang dapat membantu mahasiswa/penulis dalam melakukan asuhan keperawatan jiwa dan dapat menyesuaikan pemberian asuhan keperawatan saat ini yang mungkin berbeda dengan kondisi terdahulu sesuai standar yang sudah terakreditasi institusi untuk melakukan Tindakan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, penegakan diagnosa, menentukan intervensi, melakukan strategi pelaksanaan, serta evaluasi keperawatan yang tepat dalam pendokumentasian yang akurat.

3. Perawat ruangan

Diharapkan perawat ruangan lebih memperhatikan jadwal yang sudah ada dan menambah jadwal kegiatan harian pasien supaya pasien tidak merasa bosan Ketika sedang berada di dalam ruangan, serta perawat dapat memberika Pendidikan Kesehatan tentang perawatan pasien dirumah kepada keluarga pasien.

4. Pasien dan keluarga pasien

Untuk pasien diharapkan untuk tetap mengikuti arahan dokter dan perawat yang telah terjadwal/direncanakan yang bertujuan untuk mempercepat penyembuhan pada pasien. Diharapkan keluarga pasien untuk dapat melakukan kunjungan rutin sebagai bentuk dukungan dan memberikan motivasi yang efektif bagi kesembuhan pasien, karena dengan rutinnya kunjungan keluarga dan motivasi keluarga dapat mempercepat proses penyembuhan pada pasien.