

Lampiran 1 Nursing Care Plan Halusinasi (NCP)

No.	Dx. Kep	SLKI	SIKI	SP	Ref
1.	<p>Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi (D.0085)</p> <p>Definisi : Perubahan persepsi terhadap stimulus baik internal maupun eksternal yang disertai dengan respon yang berkurang, berlebihan atau terdistorsi</p> <p>Penyebab :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gangguan penglihatan - Gangguan pendengaran - Gangguan penciuman - Gangguan perabaan <p>• Data Mayor</p> <p>Subjektif :</p>	<p>Persepsi Sensori (L.09083)</p> <p>Ekspektasi : Membaik</p> <p>Kriteria Hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi mendengar bisikan menurun (5) 2. Verbalisasi melihat bayangan menurun (5) 3. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra perabaan menurun (5) 4. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra penciuman menurun 	<p>Manajemen Halusinasi (I.09288)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor perilaku yang mengindikasikan halusinasi 2. Monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulasi lingkungan 3. Monitor isi halusinasi (mis. kekerasan atau membahayakan diri) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan lingkungan yang aman 2. Lakukan tindakan keselamatan ketika tidak dapat mengontrol perilaku (mis. limit setting, 	<p>SP 1 Halusinasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi jenis halusinasi pasien 2. Mengidentifikasi isi halusinasi pasien 3. Mengidentifikasi waktu halusinasi pasien 4. Mengidentifikasi frekwensi halusinasi pasien 5. Mengidentifikasi situasi yang menimbulkan halusinasi 6. Mengidentifikasi respon pasien terhadap halusinasi 7. Mengajarkan pasien menghardik halusinasi 	<p>Jurnal buku pedoman praktik klinik keperawatan jiwa</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Melihat sosok bayangan atau makhluk yang menakutkan - Melihat makhluk menyeramkan seperti monster - Melihat figur orang yang telah meninggal dunia <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menatap tajam ke arah tertentu 	<p>(5)</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra pengecapan menurun (5) 6. Distorsi sensori menurun (5) 7. Perilaku halusinasi menurun (5) 8. Menarik diri menurun (5) 9. Melamun menurun (5) 10. Curiga menurun (5) 11. Mondar-mandir menurun (5) 12. Respon sesuai stimulus meningkat 	<p>pembatasan wilayah, pengekangan fisik, seklusi)</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Diskusikan perasaan dan respon terhadap halusinasi 4. Hindari perdebatan tentang validasi halusinasi <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi 2. Anjurkan bicara pada orang yang dipercaya untuk memberi dukungan dan umpan balik korektif terhadap halusinasi 3. Anjurkan melakukan distraksi (mis. mendengarkan musik melakukan aktivitas dan teknik relaksasi) 4. Ajarkan pasien dan keluarga cara mengontrol halusinasi <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Kolaborasi pemberian obat antipsikotik dan anti ansietas Jika perlu 	<ol style="list-style-type: none"> 8. Menganjurkan pasien memasuki dalam jadwal kegiatan harian <p>SP 2 Halusinasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien 2. Memberikan pendidikan kesehatan tentang penggunaan obat secara teratur 3. Menganjurkan pasien memasuki dalam jadwal kegiatan harian <p>SP 3 Halusinasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien 2. Melatih pasien mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang 	
--	--	---	--	---	--

	<ul style="list-style-type: none"> - Bergerak menuju tempat tertentu tanpa alasan jelas - Fokus pandangan ke satu arah - Menunjukkan rasa takut terhadap hal yang dilihatnya <p>• Data Minor</p> <p>Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Merasa takut - Mengalami kegelisahan 	<p>(5)</p> <p>13. Konsentrasi meningkat (5)</p> <p>14. Orientasi meningkat (5)</p>		<p>lain</p> <p>3. Menganjurkan pasien memasukan dalam jadwal kegiatan harian</p> <p>SP 4 Halusinasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien 2. Melatih pasien mengendalikan halusinasi dengan melakukan kegiatan (kegiatan yang biasa dilakukan pasien) 3. Menganjurkan pasien memasukan dalam jadwal kegiatan harian 	
--	--	--	--	--	--

	<ul style="list-style-type: none">- Mengalami gangguan tidur atau sulit tidur <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none">- Ekspresi wajah datar atau tidak menunjukkan emosi- Tidak mampu fokus atau berkonsentrasi- Mudah merasa curiga terhadap sekitar- Sering berjalan bolak-balik tanpa tujuan- Menjauh dari interaksi sosial atau menyendiri				
--	---	--	--	--	--

	- Terlihat melamun tanpa focus				
--	-----------------------------------	--	--	--	--

Lampiran 2 Tools Halusinasi SP 1 – SP 4



UNIVERSITAS AL-IRSYAD CILACAP

FAKULTAS ILMU KESEHATAN
LABORATORIUM KEPERAWATAN

Jl. Cerme No.24 Telp / Fax (0282) 532975 Cilacap 53223

NAMA MAHASISWA :
NIM :

**PERUBAHAN PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI
STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN (SP) I
MEMBINA HUBUNGAN SALING PERCAYA, MEMBANTU KLIEN MENGENALI
HALUSINASINYA,
MENJELASKAN CARA MENGONTROL HALUSINASI & MELATIH CARA KE 1 :
MENGHARDIK**

NO	ASPEK YANG DINILAI	BOBOT	NILAI	
			YA	TIDAK
A	FASE ORIENTASI			
	1. Memberikan salam terapeutik dan berkenalan			
	a. Memberikan salam	2		
	b. Memperkenalkan diri dan menanyakan nama klien	2		
	c. Memanggil nama panggilan yang disukai klien	2		
	d. Menyampaikan tujuan interaksi	2		
	2. Melakukan evaluasi dan validasi data			
	a. Menanyakan perasaan klien hari ini	2		
	b. Memvalidasi dan mengevaluasi masalah klien	5		
	3. Melakukan kontrak			
	a. Waktu	2		
	b. Tempat	2		
	c. Topik	2		
B.	FASE KERJA			
	Mengucapkan Basmallah bersama-sama klien	2		
	1. Membantu klien mengenal halusinasi :			
	a. Menanyakan apakah ada suara-suara yang didengar, melihat, mencium dan merasakan sesuatu ?	3		
	b. Menjelaskan bahwa klien mengalami halusinasi (sesuaikan dengan isi halusinasi klien)	3		
	c. Mengatakan kepada klien, bahwa orang lain dan perawat tidak mengalaminya, tetapi ada klien lain di ruangan ini yang dirawat	3		
	dengan kasus yang sama			
	d. Mengatakan kepada klien bahwa perawat akan membantunya	2		
	2. Mendiskusikan dengan klien tentang :			
	a. Isi halusinasi	2		

	b. Waktu terjadinya halusinasi	2		
	c. Frekwensi datangnya halusinasi	2		
	d. Situasi yang dapat menimbulkan halusinasi	2		
	3. Mendiskusikan dengan klien tentang apa yang dirasakan saat datang halusinasi	2		
	4. Mengidentifikasi bersama klien cara tindakan yang dilakukan klien jika terjadi halusinasi	2		
	5. Mendiskusikan manfaat dari cara yang digunakan klien	2		
	6. Mendiskusikan cara baru untuk mengontrol halusinasi :			
	a. Menghardik	2		
	b. Patuh minum obat	2		
	c. Menemui orang lain dan bercakap-cakap	2		
	c. Melaksanakan aktifitas terjadwal	2		
	7. Menanyakan kepada klien dari ke-4 cara mengontrol halusinasi mana yang akan dilatih terlebih dahulu	2		
	8. Menjelaskan tujuan dari cara menghardik	5		
	9. Melatih klien cara yang pertama : menghardik	5		
	10. Memberikan kesempatan kepada klien untuk mempraktekan	2		
	11. Memberikan reinforcement	3		
	Mengucapkan Hamdalah bersama-sama klien	2		
C.	FASE TERMINASI			
	1. Mengevaluasi respon klien terhadap tindakan :			
	a. Evaluasi subyektif	2		
	b. Evaluasi obyektif	2		
	2. Melakukan rencana tindak lanjut (tuliskan dalam kegiatan harian klien)	5		
	3. Melakukan kontrak untuk pertemuan berikutnya :			
	a. Waktu	2		
	b. Tempat	2		
	c. Topik	2		
D	SIKAP TERAPEUTIK			
	1. Berhadapan dan mempertahankan kontak mata	2		
	2. Membungkuk ke arah klien dengan sikap terbuka dan rileks	2		
	3. Mempertahankan jarak terapeutik	2		
E	TEHNIK KOMUNIKASI			
	1. Menggunakan kata-kata yang mudah dimengerti	2		
	2. Menggunakan tehnik komunikasi yang tepat	2		
	JUMLAH	100		

Observer

(.....)



UNIVERSITAS AL-IRSYAD CILACAP

FAKULTAS ILMU KESEHATAN
LABORATORIUM KEPERAWATAN

Jl. Cerme No.24 Telp / Fax (0282) 532975 Cilacap 53223

NAMA MAHASISWA :

NIM :

PERUBAHAN PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN (SP) II

MELATIH KLIEN MENGONTROL HALUSINASI DENGAN CARA PATUH MINUM OBAT

NO	ASPEK YANG DINILAI	BOBOT	NILAI	
			YA	TIDAK
A	FASE ORIENTASI			
	1. Memberikan salam terapeutik dan berkenalan			
	a. Memberikan salam	2		
	b. Mengingat nama perawat dan klien	2		
	c. Memanggil nama panggilan yang disukai klien	2		
	d. Menyampaikan tujuan interaksi	2		
	2. Melakukan evaluasi dan validasi data			
	a. Menanyakan perasaan klien hari ini	2		
	b. Memvalidasi dan mengevaluasi masalah klien	5		
	3. Melakukan kontrak			
	a. Waktu	2		
	b. Tempat	2		
	c. Topik	2		
B.	FASE KERJA			
	Mengucapkan Basmallah bersama-sama klien	2		
	1. Menanyakan apakah klien tahu nama obat yang diminumnya	2		
	2. Menjelaskan nama dan warna obat yang diminum klien	5		
	3. Menjelaskan dosis & frekwensi minum obat	4		
	4. Mendiskusikan indikasi atau manfaat minum obat	8		
	5. Mendiskusikan kerugian bila berhenti minum obat	4		
	6. Menjelaskan prinsip benar minum obat (nama, obat, dosis, cara, waktu)	9		
	7. Menjelaskan efek samping obat yang perlu diperhatikan dan implikasinya	8		
	8. Mengajukan klien meminta obat dan minum obat tepat waktu	3		
	9. Mengajukan klien untuk melapor pada perawat/dokter jika merasakan efek yang tidak menyenangkan	3		
	10. Memberikan reinforcement	4		
	Mengucapkan Hamdalah bersama-sama klien	2		
C.	FASE TERMINASI			
	1. Mengevaluasi respon klien terhadap tindakan :			
	a. Evaluasi subyektif	2		
	b. Evaluasi obyektif	2		
	2. Melakukan rencana tindak lanjut (tuliskan dalam kegiatan harian klien)	5		
	3. Melakukan kontrak untuk pertemuan berikutnya :			
	a. Waktu	2		
	b. Tempat	2		

	c. Topik	2		
D	SIKAP TERAPEUTIK			
	1. Berhadapan dan mempertahankan kontak mata	2		
	2. Membungkuk ke arah klien dengan sikap terbuka dan rileks	2		
	3. Mempertahankan jarak terapeutik	2		
E	TEHNIK KOMUNIKASI			
	1. Menggunakan kata-kata yang mudah dimengerti	2		
	2. Menggunakan tehnik komunikasi yang tepat	2		
	JUMLAH	100		

Observer

(.....)



UNIVERSITAS AL-IRSYAD CILACAP

FAKULTAS ILMU KESEHATAN
LABORATORIUM KEPERAWATAN

Jl. Cerme No.24 Telp / Fax (0282) 532975 Cilacap 53223

NAMA MAHASISWA :
NIM :

**PERUBAHAN PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI
STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN (SP) III
MELATIH KLIEN MENGONTROL HALUSINASI DENGAN CARA :
MENEMUI ORANG LAIN DAN BERCAKAP-CAKAP**

NO	ASPEK YANG DINILAI	BOBOT	NILAI	
			YA	TIDAK
A	FASE ORIENTASI			
	1. Memberikan salam terapeutik			
	a. Memberikan salam	2		
	b. Mengingat nama perawat dan klien	2		
	c. Memanggil nama panggilan yang disukai klien	2		
	d. Menyampaikan tujuan interaksi	2		
	2. Melakukan evaluasi dan validasi data			
	a. Menanyakan perasaan klien hari ini	2		
	b. Memvalidasi dan mengevaluasi masalah klien	5		
	3. Melakukan kontrak			
	a. Waktu	2		
	b. Tempat	2		
	c. Topik	2		
B.	FASE KERJA			
	Mengucapkan Basmallah bersama-sama klien	2		
	1. Menjelaskan tujuan dari cara bercakap-cakap dengan orang lain	9		
	2. Menanyakan apakah klien suka bercakap-cakap dengan orang lain	5		
	3. Menjelaskan cara menemui orang lain & bercakap-cakap	9		
	4. Mendemonstrasikan cara menemui orang lain dan bercakap-cakap	9		
	5. Memberikan kesempatan kepada klien untuk mempraktekannya	9		
	6. Mendiskusikan kemungkinan pelaksanaan di rumah	3		
	7. Memberikan reinforcement	5		
	Mengucapkan Hamdalah bersama-sama klien	2		
C.	FASE TERMINASI			
	1. Mengevaluasi respon klien terhadap tindakan :			
	a. Evaluasi subyektif	2		
	b. Evaluasi obyektif	2		
	2. Melakukan rencana tindak lanjut (tuliskan dalam kegiatan harian klien)	5		
	3. Melakukan kontrak untuk pertemuan berikutnya :			
	a. Waktu	2		
	b. Tempat	2		

	c. Topik	2		
D	SIKAP TERAPEUTIK			
	1. Berhadapan dan mempertahankan kontak mata	3		
	2. Membungkuk ke arah klien dengan sikap terbuka dan rileks	2		
	3. Mempertahankan jarak terapeutik	2		
E	TEHNIK KOMUNIKASI			
	1. Menggunakan kata-kata yang mudah dimengerti	2		
	2. Menggunakan teknik komunikasi yang tepat	2		
	JUMLAH	100		

Observer

(.....)



UNIVERSITAS AL-IRSYAD CILACAP

FAKULTAS ILMU KESEHATAN
LABORATORIUM KEPERAWATAN

Jl. Cerme No.24 Telp / Fax (0282) 532975 Cilacap 53223

NAMA MAHASISWA :
NIM :

**PERUBAHAN PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI
STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN (SP) IV
MELATIH KLIEN MENGONTROL HALUSINASI DENGAN CARA :
MELAKSANAKAN AKTIFITAS TERJADWAL**

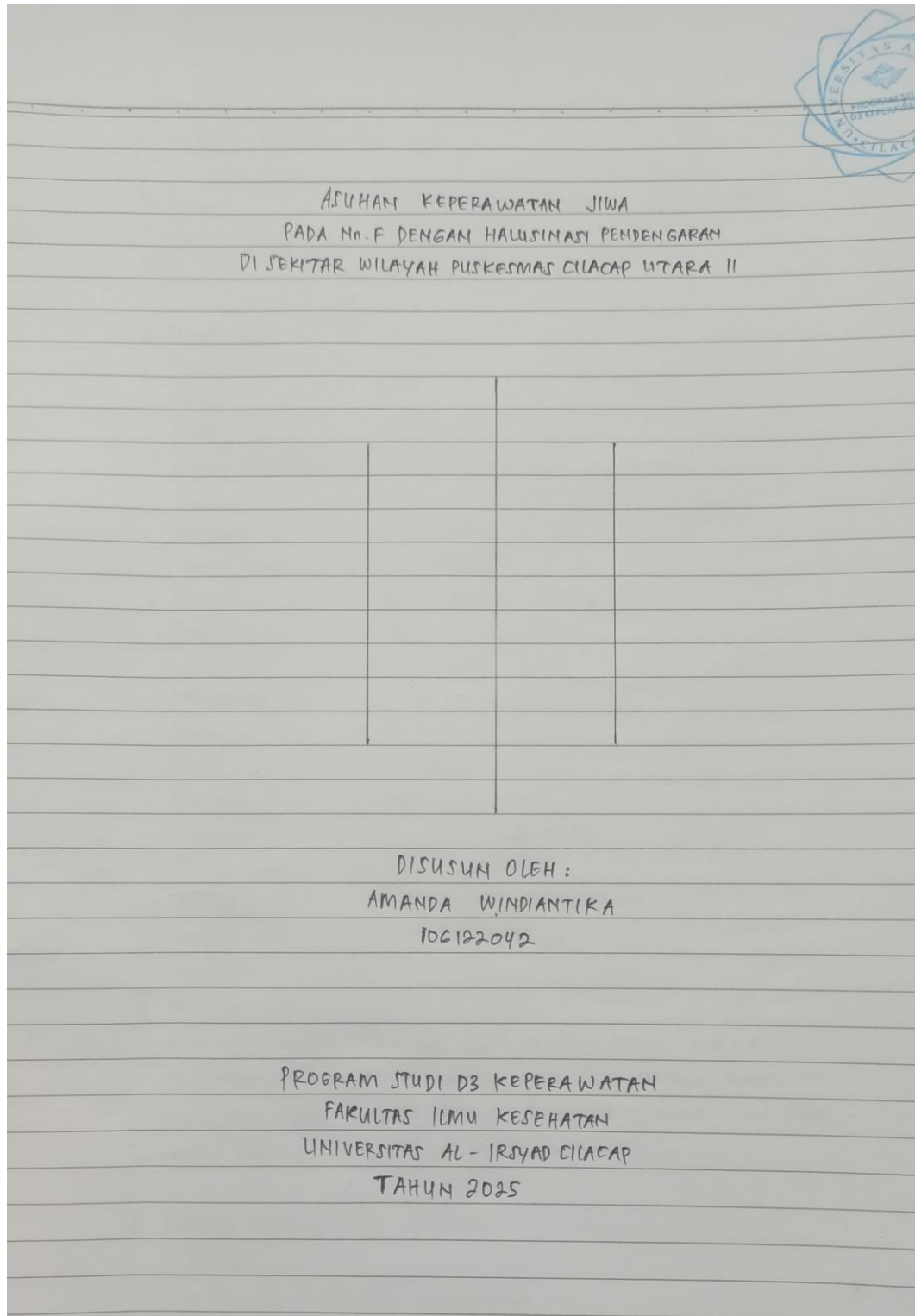
NO	ASPEK YANG DINILAI	BOBOT	NILAI	
			YA	TIDAK
A	FASE ORIENTASI			
	1. Memberikan salam terapeutik			
	a. Memberikan salam	2		
	b. Mengingat nama perawat dan klien	2		
	c. Memanggil nama panggilan yang disukai klien	2		
	d. Menyampaikan tujuan interaksi	2		
	2. Melakukan evaluasi dan validasi data			
	a. Menanyakan perasaan klien hari ini	2		
	b. Memvalidasi dan mengevaluasi masalah klien	5		
	3. Melakukan kontrak			
	a. Waktu	2		
	b. Tempat	2		
	c. Topik	2		
B.	FASE KERJA			
	Mengucapkan Basmallah bersama-sama klien	2		
	1. Menjelaskan tujuan dari melaksanakan kegiatan sehari-hari	5		
	2. Meminta klien untuk menyebutkan kegiatan sehari-hari (dari pagi sampai malam)	5		
	3. Memberikan kesempatan kepada klien untuk memilih kegiatan yang akan dilakukan saat ini	5		
	4. Menanyakan apakah klien sudah bisa melaksanakan kegiatan tersebut	5		
	5. Menjelaskan dan mendemonstrasikan cara melaksanakan kegiatan tersebut	8		
	6. Memberikan kesempatan kepada klien untuk mempraktekan kegiatan yang telah dijelaskan	8		
	7. Mendiskusikan kemungkinan pelaksanaan di rumah	3		
	8. Memberikan reinforcement positif	5		
	Mengucapkan Hamdalah bersama-sama klien	2		
C.	FASE KERJA			
	1. Mengevaluasi respon klien terhadap tindakan :			

	a. Evaluasi subyektif	2		
	b. Evaluasi obyektif	2		
	2. Melakukan rencana tindak lanjut (tuliskan dalam kegiatan harian klien)	5		
	3. Melakukan kontrak untuk pertemuan berikutnya :			
	a. Waktu	2		
	b. Tempat	2		
	c. Topik	2		
D	SIKAP TERAPEUTIK			
	1. Berhadapan dan mempertahankan kontak mata	2		
	2. Membungkuk ke arah klien dengan sikap terbuka dan rileks	2		
	3. Mempertahankan jarak terapeutik	5		
E	TEHNIK KOMUNIKASI			
	1. Menggunakan kata-kata yang mudah dimengerti	2		
	2. Menggunakan teknik komunikasi yang tepat	5		
	JUMLAH	100		

Observer

(.....)

Lampiran 3 Asuhan Keperawatan Jiwa





PENGKAJIAN KEPERAWATAN JIWA

Puskesmas : Sekitar Wilayah Puskesmas Cilacap Utara II
 Tanggal pengkajian : 18 Juni 2025
 Pukul : 09.30 WIB

A. Pengkajian

I. IDENTITAS

Nama : Mn. F
 Umur : 44 tahun
 Status Perkawinan : Belum menikah
 Agama : Islam
 Pekerjaan : Tidak bekerja
 Suku / Bangsa : Jawa, Indonesia
 Alamat : Jl. Nusantara, Cilacap Utara
 Pendidikan : SMA

INFORMAN

Nama : Tn. S
 Umur : 73 tahun
 Pekerjaan : Buruh bangunan
 Hubungan dengan pasien : Bapak pasien
 Tinggal serumah dengan pasien : Ya
 Alamat : Jl. Nusantara, Cilacap Utara
 No Telp / HP : 0856 - xxxx - xxxx

II. KELUHAN UTAMA


Klien mengatakan mendengar suara yg rsinya orang marah-marah menyuruh untuk keluar dari pekerjaannya. Suara tersebut muncul 1x saat habis adzan maghrib dengan durasi 2-5 menit. Saat suara muncul biasanya klien sedang sendiri dan melamun.

III. FAKTOR PREDISPOSISI

1. Biologi

a. Riwayat kesehatan sebelumnya

Pada tahun 2003 klien bekerja di GVC Karawang, saat bekerja klien sering dimarahi oleh atasannya dan bahkan sampai dipecat dari pekerjaannya. Klien juga dibully oleh beberapa teman yang kerja disitu, akhirnya klien sering melamun.



b. Genetik
 Tidak ada keluarga yang memiliki riwayat gangguan jiwa.

2. Psikososial
 a. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan klien mengatakan pernah dibully oleh rekan kerjanya dan sering dimarahi oleh atasanannya.

b. Riwayat Pengantayaan
 Anjaya fisik : Tidak ada
 Anjaya seksual : Tidak ada
 Penyalahgunaan : Tidak ada
 Kekerasan dalam keluarga : Tidak ada
 Tidak kriminal : Tidak ada

IV. FAKTOR PRESIPITASI
 1. Peristiwa yang baru dialami dalam waktu dekat
 Defek tetangga karena klien mengalami halusinasi
 2. Perubahan aktivitas hidup sehari-hari
 Sebelum sakit klien sering menghabiskan waktunya bersama keluarga, seperti arisan keluarga dan belanja. Setelah sakit klien hanya melakukan beberapa aktivitas ringan dan lebih banyak waktu tidur.
 3. Perubahan fisik
 Keluarga klien mengatakan tidak ada perubahan fisik pada klien.

V. STATUS MENTAL
 1. Deskripsi Umum
 a. Penampilan
 Cara berpakaian : Sesuai, bersih dan rapih
 Cara berjalan dan sikap tubuh : tegap dan tidak sempoyongan
 Kebersihan : klien tampak bersih dan rapih
 Ekspresi wajah dan kontak mata : kontak mata bagus
 b. Pembicaraan
 Frekuensi : Sedang
 Volume : Keras
 Karakteristik : Sedikit tidak nyambung
 c. Aktivitas motorik
 Tingkat aktivitas : Saat berinteraksi klien tampak sedikit gelisah dan klien lebih sering menyendiri dan melamun.

Interaksi selama wawancara = kooperatif, namun klien harus ditanya berulang-ulang

2. Status Emosi

- Apek & saat berinteraksi aspek klien labil, kadang tersenyum, kadang menunjukkan muka datar dan tersenyum sendiri.

3. Persepsi

a. Halusinasi

Klien mengalami halusinasi pendengaran, dibuktikan dengan klien mengatakan mendengar suara yang isinya orang marah-marah menyuruh untuk keluar dari pekerjaannya. Suara tersebut muncul 1x saat habis adzan maghrib dengan durasi 2-5 menit. Saat suara muncul biasanya klien sedang sendiri dan melamun.

b. Ilusi

Klien tidak mengalami ilusi

c. Depersonalisasi

Klien tidak mengalami depersonalisasi

d. Derealisasi

Klien tidak mengalami derealisasi

4. Proses Pikir

a. Bentuk pikir

Disoritik, kadang mampu dialog komunikasi, kadang hanya melamun.

b. Arus pikir

Sirkumstanstrial, pembicaraan klien sedikit tidak nyambung tetapi sampai tujuan pembicaraan

c. Isi pikir (verbal maupun non verbal)

Ide yang terkait, bahwa jika sedang ada orang yang sedang berkumpul pasti sedang membicarakan dirinya.

5. Sensori dan kognisi

a. Tingkat kesadaran

Klien sadar penuh (compos mentis) Klien mampu mengenali tempat, waktu dan orang.

b. Daya ingat

Klien tidak mengalami masalah daya ingat, mampu mengingat orang, peristiwa, waktu dan tempat.

c. Tingkat konsentrasi

Klien mampu dalam berkonsentrasi

d. Insight

Klien menerima sakitnya

e. Pengambilan keputusan (Judgment)

Klien mampu mengambil keputusan sederhana seperti saat akan memilih makan terlebih dahulu atau mandi terlebih dahulu.

VI. MEKANISME KOPING

Adaptif

Bicara dengan orang lain, klien suka bicara dengan orang baru dan dengan adik-nya.

Maladaptif

Melamun, klien saat sedang sendiri lebih suka melamun

VII. KURANGNYA PENGETAHUAN

Klien mengatakan sudah mengetahui cara mengontrol halusinasi dengan menghardik dan perintah minum obat saja, klien belum mengetahui cara bercakap-cakap dan melakukan aktivitas terdapat bisa untuk mengontrol halusinasinya.

VIII. ASPEK MEDIK

Diagnosa medik : Skizoprenia (F.20)

Terapi medik : 1). Trihexyphenidyl 2mg tablet
(2x1 tab, pagi dan malam)

2). Divalpi 250 mg tablet
(2x1 tab, pagi dan malam)

3). Tripluoperazine 5 mg tablet
(2x1 tab, pagi dan malam)

4). Clozapine 100mg tablet
(1x1 tab, malam)

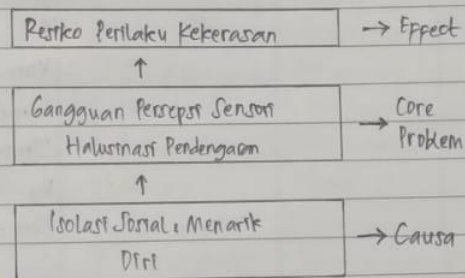
Riwayat alergi : Klien mengatakan tidak memiliki riwayat alergi obat maupun makanan

Riwayat penggunaan obat : Klien pernah berobat ke RSUD Banyumas di poli jiwa dan mendapat obat yang sama seperti yang sekarang dikonsumsi.

ANALISA DATA

No.	Data Fokus	Problem
1.	DS :	Gangguan
	Klien mengatakan mendengar suara yang isinya orang marah-marah menyuruh untuk keluar dari pekerjaannya. Suara tersebut muncul 1x saat habis adzan maghrib dengan durasi 2-5 menit. Saat suara muncul biasanya klien sedang sendiri dan melamun.	Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran
	DO :	
	- Klien tampak menyendiri dan melamun	
	- Klien tampak lebih banyak tidur	

POHON MASALAH



DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran

INTERVENSI KEPERAWATAN

DIAGNOSA	PERENCANAAN				JP PERUBAHAN PERSEPSI
KEPERAWATAN	TUJUAN / OUTCOME		INTERVENSI		JEMSORI : HALUSINASI
Gangguan Persepsi sensori (D.0085)	Persepsi sensori (L.09083) Setelah dilakukan tindakan keperawatan dalam 3x pertemuan, persepsi sensori membaik, dengan kriteria hasil :		Manajemen Halusinasi (L.09288) Observasi :		SP1 :
Penyebab : Gangguan Pendengaran	No.	Kriteria Hasil	IR	EP	1. Mengidentifikasi jenis halusinasi pasien
Gejala dan tanda mayor :	1.	Verbalisasi	3	5	2. Mengidentifikasi isi halusinasi
	2.	Mendengar bisikan			3. Mengidentifikasi waktu halusinasi pasien
	3.	Perilaku halusinasi	3	5	4. Mengidentifikasi frekuensi halusinasi pasien
	4.	Menarik diri	3	5	5. Mengidentifikasi situasi yg menimbulkan halusinasi
Objektif : - bersikap seolah mendengar	4.	Melamun	3	5	6. Mengidentifikasi respon pasien terhadap halusinasi
Gejala dan tanda minor :	Keterangan :		2. Diskusikan perasaan dan respon terhadap halusinasi		7. Mengajarkan pasien menghardik halusinasi
	1 :	meningkat			8. Mengajarkan pasien memasukkan dlm kegiatan harian
	2 :	cukup meningkat			JP 2 :
	3 :	sedang			1. Mengevaluasi SP1
Objektif : - menyatakan kesal	4 :	cukup menurun			2. Menjelaskan SP2 patuh minum obat pada pasien
Objektif : - klien tampak menyendiri dan melamun	5 :	menurun / tidak ada			3. Mengajarkan pasien memasukkan dlm kegiatan harian
			Edukasi :		JP 3 :
			1. Angurkan monitor sendiri		1. Mengevaluasi SP1 & 2
			2. Angurkan pasien dan keluarga cara mengontrol halusinasi		2. Mengajarkan cara SP 3 bercakap-cakap dengan orang lain
- klien tampak bicara sendiri			3. Ajarkan pasien dan keluarga cara mengontrol halusinasi		3. Mengajarkan pasien memasukkan dlm kegiatan harian
			Kolaborasi :		
			1. Kolaborasi pemberian obat antipsikotik		

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN DAN EVALUASI KEPERAWATAN

Hari/Tanggal/ Jam	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
Paku	Gangguan Persepsi	SP 1 :	S :
18/06/25	Sensori : Halusinasi	- BHS.P (Bina Hubungan Saling Percaya)	Klien mengatakan mendengar suara yang isinya orang marah- marah menyuruh untuk keluar dari pekerjaannya. Suara ter- sebut muncul ix saat habis sholat maghrib dengan durasi 2-5 menit. Saat suara muncul biasanya klien sedang sendiri dan melamun.
09.30	Pendengaran	- Membantu klien Mengenali halusinasi, meliputi : Isi, frekuensi, durasi, situasi, respon halusinasi - Mengajarkan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik.	O : - Klien tampak menyendiri - Klien lebih sering tidur A : Klien dapat melakukan SP 1 (menghardik) dengan baik. (Tercapai) P : Klien : menerapkan cara menghardik saat halusinasi muncul Perawat : evaluasi SP 1 dan lanjut mengajarkan SP 2 Keluarga : Ajarkan cara merawat klien Ajarkan untuk mengingatkan klien menghardik halusinasi.



Paku	Gangguan Persepsi	SP 2 :	S :
18/06/25	Sensori Halusinasi	- Evaluasi SP 1	- Klien mengatakan bisa melakukan menghardik.
10:30	Pendengaran	- Menjelaskan warna dan nama obat	Klien mengatakan masih mendengar suara saat habis adzan maghrib
		- Mendiskusikan keuntungan dan kerugian dalam pengobatan	- Klien mengatakan minum obat rutin
		- Menjelaskan prinsip & benar dalam pemberian obat	D :
		- Menjelaskan efek samping obat	- kontak mata bagus
			- klien tampak lebih sering senyum sendiri
			A :
			Setelah diberikan edukasi mengenai patuh minum obat, klien dapat menyebutkan nama dan warna obat serta dosis yang harus diminum. (SP 2 tercapai)
			P :
			Klien : Patuh minum obat
			Perawat : evaluasi SP 1, 2, lanjut SP 3
			Keluarga : memotivasi klien supaya minum obat secara teratur

Kamis	Gangguan Persepsi	SP 3 :	S :
19/06/25	Sensori = Halusinasi	- Evaluasi SP 1 dan SP 2	- Klien mengatakan bisa melakukan menghardik.
10.00	Pendengaran	- Mengajarkan klien mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap	- Klien mengatakan sudah hafal nama, warna dan dosis minum obatnya.
			- Klien mengatakan senang bercakap-cakap dengan bapaknya.
			D :
			- Klien tampak kooperatif
			- Klien tampak tenang
			A :
			Setelah dilakukan SP 3 bercakap-cakap, klien tampak mempraktikkan dengan orang lain. (JP3 tercapai)
			P :
			Klien : Menerapkan cara bercakap-cakap saat halusinasi muncul
			Perawat : evaluasi SP 1, SP 2, SP 3, dan lanjut SP 4
			Keluarga : Mengajak klien bercakap-cakap dan mengingatkan klien untuk berlatih bercakap-cakap

Jum'at	Gangguan Persepsi	SP 4 :	S :
20/06/25	Jensoni : Halusinasi	- Mengevaluasi SP1, SP2, SP3.	- Klien mengatakan bersedia untuk menyusun jadwal kegiatan harian sesuai kesukaan klien.
10.00	Pendengaran	- Melakukan kegiatan harian sesuai jadwal aktivitas yg sudah dibuat	- Adik klien mengatakan bersedia untuk mengantar jadwal kegiatan harian ke klien.
			O :
			- Keluarga sudah sangat mendukung untuk jadwal kegiatan harian yg klien lakukan
			A :
			Klien mampu menyusun sendiri jadwal yang akan dilakukan dalam sehari-harinya (SP 4 tercapai)
			P :
			Keluarga : Mengajarkan kegiatan harian klien, sampai klien terbiasa
			Perawat : Mengevaluasi SP 1, 2, 3 dan 4

Lampiran 4 Jadwal Kegiatan Harian Nn. F

JADWAL KEGIATAN HARIAN				
NAMA PASIEN		: Hn. F		
NO	WAKTU	KEGIATAN	M	B
1	07.00 - 08.00	Olahraga	✓	
2	08.00 - 09.00	Menyapu semua ruangan (aktivitas terjadwal SP 4)	✓	
3	09.00 - 10.00	Mandi + Makan + minum obat (SP 2)	✓	
4	10.00 - 11.00	Mencuci piring	✓	
5	11.00 - 12.00	Mencuci baju + mengemur baju	✓	
6	12.00 - 13.00	Sholat dhuhur	✓	
7	13.00 - 14.00	Tidur siang	✓	
8	14.00 - 15.00	Mencuci piring	✓	
9	15.00 - 16.00	Mengangkat jemuran	✓	
10	16.00 - 17.00	Mandi + sholat ashar	✓	
11	17.00 - 18.00	Nonton TV + Makan + Minum obat (SP 2)	✓	
12	18.00 - 19.00	Sholat maghrib + menghardik (SP 1)	✓	
13	19.00 - 20.00	Sholat isya	✓	
14	20.00 - 21.00	Bercakap - cakap 7 (SP 3)	✓	
15	21.00 - 22.00	Bercakap - cakap 7	✓	
16	22.00 - 23.00	7 Tidur	✓	
17	23.00 - 24.00	5 malam		

Lampiran 5 Informed Consent

SURAT PERSETUJUAN PASIEN (INFORMED CONCENT)

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : My. F

Umur : 44 tahun

Agama : Islam

Pekerjaan : IRT

Alamat : Jl Nusantara No. 244

sebagai pasien atau wali pasien, bersedia untuk menjadi pasien kelolaan (studi kasus) untuk karya tulis ilmiah (KTI) mahasiswa Prodi D3 Keperawatan Universitas Al-Irsyad Cilacap:

Nama Mahasiswa : Amanda Windiantika

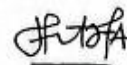
NIM : 106182042

Demi membantu pengembangan Ilmu Keperawatan. Kesediaan ini saya nyatakan, tidak ada paksaan dari pihak manapun. Saya percaya, bahwa semua data dalam kasus kelolaan ini, dijaga kerahasiaan oleh penulis.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan penuh kesadaran dan keikhlasan.

Cilacap, 17 Juni 2025

Yang bersangkutan



Nama pasien/wali pasien

Lampiran 6 Logbook Bimbingan KTI

LEMBAR KONSULTASI KTI (LOG BOOK)			
NO	TGL/BLN/TH	MATERI dan HASIL KONSULTASI	TTD PEMBIMBING
1	20-05-2025	<p>BAB I</p> <ul style="list-style-type: none"> Tata tulis mlu diperbaiki: Batas atas-bawah, kiri-kanan Karna halaman Kalimat penghubung antara alinea Urutan Copy paste Lebih parafrese 	<i>[Signature]</i>
2	22-05-25	<p>BAB I</p> <ul style="list-style-type: none"> Perbaikan halaman: halaman judul/bab dibawahi tengah Urutan tajuk khusus mlu diperbaiki sesuai sekwen margin kanan/batas kanan 	<i>[Signature]</i>
3	27/5/25	Lampirkan BAB II	<i>[Signature]</i>
4	28-5-25	Lampirkan BAB III	<i>[Signature]</i>
5	2-6-25	<p>Batas Bawah mlu di serikan</p> <p>Cele lagi tata tulis</p> <p>Tabel diganti Bagas/Gambar</p>	<i>[Signature]</i>

LEMBAR KONSULTASI KTI (LOG BOOK)

NO	TGL/BLN/TH	MATERI dan HASIL KONSULTASI	TTD PEMBIMBING
6	2/6/25	<p>Daftar pustaka skripsi Dalam Kata/kabel skripsi Daftar Pustaka awal yang keputus untuk di edit Siapkan yoran</p>	<p>2</p> <p>2</p>

LEMBAR KONSULTASI KTI (LOG BOOK)			
NO	TGL/BLN/TH	MATERI dan HASIL KONSULTASI	TTD PEMBIMBING
1	23/6/25	Askepnya belum ada intervensi keperawatannya Inkhi di lengkapi dengan intervensi keperawatan	A
2	24/6/25	lanjutan ke pembicara	A
3	30/6/25	Pembicara inkhi dipertajam Tambahkan beberapa jurnal dengan tahun antara 2020 - 2024 * lengkapi dengan daftar pustaka	A
4	30/6/25	ada logi foto dari sirkuler inkhi	A