

LAMPIRAN



CURICULUM VITAE

A. IDENTITAS DIRI

Nama : Muhammad Kemal Athartur Azziqri
 Tempat/Tanggal Lahir : Cilacap, 21 Maret 2002
 Pekerjaan : Mahasiswa
 Alamat : Jalan Jati RT 01 RW02, Karangtalun,
 Kecamatan Cilacap utara, Kabupaten Cilacap,
 Provinsi Jawa Tengah
 Status Perkawinan : Belum Kawin
 Jumlah Saudara : 3 (tiga) Saudara
 Saudara Kandung : 1. Muhammad Kemal Athartur Azziqri
 2. Boutefhika Nuha Ziyadatul Khair
 3. Casilda Emalia Nafeesa

B. IDENTITAS ORANG TUA

Nama Ayah : Mohammad Zulfan Andi
 Pekerjaan : PNS
 Nama Ibu : Fitri Apih Dwi Astuti
 Pekerjaan : Wiraswasta
 Alamat : Jalan Jati RT 01 RW02, Karangtalun,
 Kecamatan Cilacap utara, Kabupaten Cilacap,
 Provinsi Jawa Tengah

C. RIWAYAT PENDIDIKAN

1. Tahun 2007-2008 : TK
2. Tahun 2008-2014 : SD Muhammadiyah 08
3. Tahun 2014-2017 : SMP Negeri 5 Cilacap
4. Tahun 2017-2020 : SMK Negeri 2 Cilacap
5. Tahun 2020-2024 : Universitas Al-Irsyad Cilacap, Program Studi
S1 Keperawatan

Lampiran 1 Tools SP (1-4)



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 dengan kasus yang sama	3		
	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	2		

	saat datang halusinasi			
	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 (tulis 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

(.....)



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. Menganjurkan klien meminta obat dan minum obat tepat waktu	3		
	9. Menganjurkan 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 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) 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	5		
	(dari pagi sampai malam)			
	3. Memberikan kesempatan kepada klien untuk memilih kegiatan	5		
	yang akan dilakukan saat ini			
	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 2 Asuhan Keperawatan

ASUHAN KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA
 Pada Tn. M dengan Halusinasi pendengaran dan perasaan
 di ruang Bima

Setting : ☒ Rumah Sakit ☐ Masyarakat
 Ruangan : Bima Puskesmas : DM NURMAN, S.Kep.Ns
 No. RM : 00788191 No. Register : 197704/ 201001 1 012

Tanggal : 1/1/2023 Pukul : 15.30 WIB
 Pengkajian

**A. :
 PENGKAJIAN**

I. IDENTITAS

Nama : Tn. M (L/P)
 Umur : 36.. tahun
 Status : ☒ Belum menikah ☐ Menikah ☐ Janda / Duda
 perkawinan
 Agama : Islam Pendidikan : SMP
 Pekerjaan : Manggaur Pendapatan :
 Suku / Bangsa : Jawa
 Alamat : Banjarmangu
 ..
 RT 01. RW 01. Desa / Kelurahan
 Pekondongan
 Kota / Kabupaten
 Banjarnegara

INFORMAN :

Nama : Tn. A (L/P)
 Umur : 50.. tahun
 Pekerjaan : Wiraswasta

 Hubungan dengan pasien : Adik

Tinggal serumah dengan pasien : ☒ Ya ☐ Tidak
 Alamat : Banjarmangu

 RT 01. RW 01. Desa / Kelurahan
 Pekondongan
 Kota / Kabupaten
 Banjarnegara

No Telp / HP : - /

52

LOGBOOK PPKKJ Prodi Profesi Ners Fikes UNAIC

II. KELUHAN UTAMA

Rx baru dari IGD, sebelumnya dirawat di PSI banjer selama 12 hr lalu dipindah ke RSUP Bangunmas, ini sudah ke 2x nya di RSUP Bangunmas masuk dengan keluhan bicara kacau, mendengar bisikan, kadang mengomong, perubahan tingkah laku sejak 8 tahun yang lalu.

Diagnosa Gangguan :

- Perilaku Kekerasan
- Resiko Perilaku kekerasan
- Resiko bunuh diri
- Halusinasi

III. FAKTOR PREDISPOSISI

1. Biologik

a. Riwayat kesehatan sebelumnya

Pernah mengalami gangguan jiwa, sejak 8 tahun yang lalu, terakhir kekambuhan dirawat di PSI dengan pengobatan tidak berhasil.

b. Genetik

Adakah anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa ☐ Ya ☒ Tidak

Hubungan

Gejala

Riwayat pengobatan/perawatan

keluarga

Baik

-

-

2. Psikososial

a. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan

Pasien mengatakan takut dulu sering dijewer oleh kakek nya (sekarang kakeknya sudah meninggal) dan sering keinginannya tidak di teruti

Diagnosa Gangguan :

- Penatalaksanaan regimen terapeutik tidak efektif : individu
- Penatalaksanaan regimen terapeutik tidak efektif : keluarga

b. Riwayat penganiayaan

Pelaku /
Usia

Korban / Usia

Saksi / Usia

Aniaya Fisik

✓ 36

×

×

Aniaya Seksual	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Penolakan	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Kekerasan Dalam Keluarga	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Tindak Kriminal	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Jelaskan: Pasien memiliki riwayat aniaya fisik ketika marahnya sudah memuncak terakhir kalinya saat dirawat di RSI banjarnegara (sebelum dirawat?)

Diagnosa Gangguan :

- Mencederai diri
- Sindroma pascatrauma

c. Genogram

Keterangan :

- : laki-laki
- : Perempuan
- : garis perkawinan
- ▨ : meninggal dunia
- ↗ : pasien
- : tinggal serumah

Diagnosa Gangguan :

- Koping keluarga yang tidak efektif
- Inefektif penatalaksanaan regimen terapeutik

Pengambilan keputusan : keputusan diambil sesuai dengan keputusan bersama

Pola komunikasi : komunikasi terkadang melentur terkadang normal

IV. FAKTOR PRESIPITASI

1. Peristiwa yang baru dialami dalam waktu dekat

ada keinginan yang tidak dituruti yang menyebabkan tantrum dan suka berbicara sendiri

Diagnosa Gangguan :

- Resiko bunuh diri
- Resiko PK
- HDR
-

2. Perubahan aktivitas hidup sehari-hari

Pasien mengatakan sering menyendiri dan melamun

3. Perubahan fisik

Pasien mengatakan sering merasa pegal² pada area pinggang dan leher

4. Lingkungan penuh kritik

Pasien hidup di masyarakat, terkadang mendapat komentar terkait perilakunya

V. FISIK

- 1 Tanda Vital TD : 120/80 N : 106... S : 36,7 P : 96...
- 2 Ukur TB : 162 cm BB : 54 kg
☐ Turun ☐ Naik
- 3 Keluhan Fisik ☐ Ya ☒ Tidak

Diagnosa Fisik :

- Gangguan pemenuhan nutrisi : kurang/lebih
- Gangguan oksigenasi : ventilasi
- Gangguan keseimbangan cairan
- Gangguan rasa nyaman : nyeri
- Gangguan integritas kulit
- Cemas / panik
- Resiko tinggi cedera
-

Jelaskan :

.....

Diagnosa Keperawatan :

.....

VI. SOSIAL-KULTURAL-SPIRITUAL

1 Konsep diri :

Citra tubuh : bagian tubuh yang disukai Pasien adalah mata. Pasien merasa senang karena bisa melihat banyak hal di dunia.

Identitas : Pasien dapat menyebutkan namanya, jenis kelamin laki-laki dan umur 36 tahun.

Peran : Pasien berperan sebagai anak ke-2 dari 3 bersaudara.

Ideal diri : Pasien mengatakan ingin cepat sembuh dan pulang, tidak ingin berlama-lama di rumah sakit dan keinginan selanjutnya adalah bekerja dan menikah.

Harga diri : Pasien mengatakan minder dengan kondisinya sekarang karena belum mempunyai pekerjaan dan istri.

Diagnosa Gangguan :

- Harga diri rendah kronis

Diagnosa Psikososial :

- Gangguan citra tubuh
- Gangguan penyesuaian
- Harga diri rendah situasional

2. Hubungan sosial

a. Orang terdekat : Pasien mengatakan orang terdekatnya adalah ibunya.

b. Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat : keluarga Pasien mengatakan tidak ikut dalam kegiatan kelompok/masyarakat.

Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain :

Diagnosa Gangguan :

- Isolasi sosial

Diagnosa Psikososial :

- Harga diri rendah situasional

keluarga pasien mengatakan, tidak ada hambatan dalam hubungan dengan orang lain

3. Spiritual :

a. Nilai dan keyakinan

Pasien mengatakan, sedikit bingung terkait agamanya namun saat ditanya sholat atau tidak beliau mengatakan iya, tetapi hanya telah jadi saja

b. Kegiatan ibadah

Ps jarang melakukan ibadah 5 waktu, namun Ps mengetahui jam sholat 5 waktu

c. Pengaruh spritual terhadap coping individu

Ps kadang berdoa untuk meminta kesembuhannya

Diagnosa Gangguan :

- Distress spiritual
- Risiko distress spiritual
- Mekanisme coping individu tidak efektif
-

VII. STATUS MENTAL

1. Deskripsi Umum

a. Penampilan

Cara berpakaian

- ☐ Tidak rapi ☐ Tidak seperti biasanya
☐ Penggunaan pakaian tidak sesuai

Jelaskan

Ps menggunakan baju dari Rs karena tidak membawa baju ganti

Diagnosa Gangguan :

- Kurang perawatan diri : berpakaian/berhias
-

Cara berjalan dan sikap tubuh :

Jelaskan

cara berjalan pasien normal tidak menunduk

Kebersihan :

Jelaskan

pasien harus diperintah dulu untuk mandi agar mau mandi

Ekspresi wajah dan kontak mata :

Jelaskan

ekspresi wajah agak gelisah dan kontak mata baik

b. Pembicaraan

Frekuensi : ☒ Cepat ☐ Lambat
Volume : ☒ Keras ☐ Lembut
Karakteristik : ☐ Gagap ☐ Inkoherensi ☒ Ekolalia
Jumlah : ☐ ☐ Bicara berlebihan

Membisu

Jelaskan : Pasien terkadang bicara ngelantur, berbahasa asing namun terkadang juga bisa diajak ngobrol seperti biasa

Diagnosa Gangguan :

- Isolasi sosial
- Perilaku kekerasan
- Kerusakan komunikasi verbal

c. Aktivitas motorik

Tingkat aktivitas :

☐ Letargik ☒ Gelisah ☐ Agitasi ☐ Tegang

Jenis aktivitas :

☐ Grimacen ☐ Tremor ☐ Tic

Isyarat tubuh :

☐ Kompulsif ☐ Manirisme ☐ Kataton

Interaksi selama wawancara :

☐ Manipulatif ☐ Seduktif ☐ Defensif ☐ Apatis

☒ Mengeluh ☒ Curiga ☒ Hati-hati ☐ Tidak kooperatif

☐ Kontak mata kurang

Jelaskan :

Pasien tampak sering mengendur dan melamun, terkadang juga terlihat berbicara sendiri. Selama wawancara tampak bingung dan terbita dalam menjawab pertanyaan.

Diagnosa Gangguan :

- Isolasi sosial
- Perilaku kekerasan
- Diagnosa Psikososial :
- Ansietas

2. Status Emosi

Diagnosa Gangguan :

- Resiko bunuh diri
- Perilaku kekerasan
- Berduka antisipasi
- Berduka disfungsional
- Sindroma paska trauma
- Diagnosa Psikososial :
- Ansietas

a. Alam perasaan

- ☒ Sedih ☐ Gembira ☐ Cemas
 berlebihan
☒ Kesepian ☐ Marah ☐ Mudah terkejut
☐ Putus asa ☐ Apatis ☒ Gugup
☐ Getir ☐ Sombong ☒ Murung
☐ Perasaan meluap ☐ Rasa bersalah
☐ Kurang rasa malu/kurang rasa bersalah

Jelaskan :

Saat komunikasi, Pasien tampak terkadang sedih dan juga murung. Pasien mengatakan mudah marah saat diperintah oleh bapak nya.

b. Afek

- ☐ Datar ☒ Tumpul ☐ Ambivalensi
☐ Labil ☐ Tidak sesuai

Jelaskan :

Suasana hati pasien sulit ditebak, pasien tampak berekspresi datar

Diagnosa Gangguan :

- Isolasi sosial
- Berduka disfungsi
- Keputusan
-

3. Persepsi

a. Halusinasi

- ☒ Pendengaran ☐ Penglihatan ☐ Penciuman
☐ Pengecapan ☒ Perabaan

Jelaskan :

Pasien kadang mendengar bisikan² saat kakaknya memarahinya dulu. Pasien juga merasa diawasi telinganya karena merasa tidak rukut, yang biasa dilakukan kakaknya dahulu

Diagnosa Gangguan :

- Gangguan sensori persepsi : halusinasi
-

b. Ilusi

Jelaskan :

Pasien tidak mengalami ilusi

c. Depersonalisasi

Jelaskan :

Pasien tidak mengalami depersonalisasi

d. Derealisasi

Jelaskan :

Pasien tidak mengalami derealisasi

4. Proses Pikir

a. Bentuk pikir

- ☒ Dereisme/dereistik ☐ Otistik ☐ Non
realistik

Jelaskan :

Pasien mengatakan bahwa mbah nyan selalu mengacaukannya

b. Arus pikir

- ☐ Flight of ideas ☐ Logik ☐ Logorea
☐ Inkoherenasi ☐ Blocking ☐ Irelevansi
☒ Sirkumstatial ☐ Tangensial ☐ Perseverasi

Jelaskan :

Pasien selalu menjawab dengan terbelit² ngalar ngidul, namun masih bisa dipahami dan mencapai pokok pembicaraan utama

c. Isi pikir (verbal maupun non verbal)

- ☒ Fantasi ☐ Depersonalisasi ☐ Phobia
☐ Obsesi ☐ Pikiran magis ☐ Pesimistis
☐ Ide bunuh diri ☐ Pikiran-hubungan
☐ Ide yang terkait ☐ Ide untuk membunuh
☐ Rasa bersalah yang berlebihan

Waham

- ☐ Agama ☐ Somatik ☐ Kebesaran
☐ Curiga ☐ Nihilistik ☐ Sisip pikir
☐ Siar pikir ☐ Kontrol pikir

Jelaskan :

Diagnosa Gangguan :

- Gangguan proses pikir
- Kebingungan kronik
- Kerusakan komunikasi
-

5. Sensori dan Kognisi

a. Tingkat kesadaran :

- ☐ Koma ☒ Bingung ☐ Sedasi ☐ Stupor ☐ Mengantuk
☐ Disorientasi orang ☐ Disorientasi waktu ☐ Disorientasi tempat

Jelaskan :

Pasien masih tampak bingung saat ditanya

b. Daya Ingat (memory)

- ☐ Amnesia ☐ Hiperamnesia ☐ Konfabulasi
☐ Jangka panjang ☒ Jangka pendek Saat ini

Jelaskan :

Pasien hanya dapat menyebutkan kejadian dalam waktu dekat saja terkait pernah dirawat di RSI bawong lalu dipindah ke RSUP BMS

c. Tingkat konsentrasi dan berhitung

- ☒ Mudah beralih ☐ Tidak mampu berkonsentrasi
☐ Serial 7's inattention ☐ Tidak mampu menghitung sederhana

Jelaskan :

Pasien dapat berkonsentrasi sejenak namun mudah beralih saat di ajak ngobrol

d. Insight

- ☒ Menerima sakitnya ☐ Menyalahkan hal-hal diluar dirinya
☐ Mengingkari gangguan penyakit yang dideritanya

Jelaskan :

Pasien mengetahui dan menerima terkait sakit yang dideritanya

e. Pengambilan keputusan (Judgment)

Jelaskan :

Selama sakit pengambilan keputusan didiskusikan dengan bapak, ibu dan adiknya

VIII. KEBUTUHAN PERSIAPAN PULANG

Makan

- ☒ Mandiri ☐ Bantuan minimal ☐ Bantuan total

Jelaskan :

Diagnosa Gangguan :

- Kurang perawatan diri : makan

Pasien tampak bisa makan sendiri tanpa bantuan

BAB/BAK

☒ Mandiri ☐ Bantuan minimal ☐ Bantuan total

Jelaskan :

Pasien tampak ke kamar mandi sendiri tanpa bantuan

Diagnosa Gangguan :

- Kurang perawatan diri : toileting
-

Mandi

☒ Mandiri ☐ Bantuan minimal ☐ Bantuan total

Jelaskan :

Pasien mengatakan mandi secara mandiri tanpa bantuan

Diagnosa Gangguan :

- Kurang perawatan diri : mandi/hygiene
-

Berpakaian / berhias

☒ Mandiri ☐ Bantuan minimal ☐ Bantuan total

Jelaskan :

Pasien mengatakan berpakaian dan berhias dilakukan sendiri tanpa bantuan

Diagnosa Gangguan :

- Kurang perawatan diri: berpakaian/berhias
-

Istirahat dan tidur

☒ Mandiri ☐ Bantuan minimal ☐ Bantuan total

Jelaskan :

Pasien mengatakan tidak ada gangguan tidur

Diagnosa Psikososial :

- Gangguan pola tidur
-

Tidur siang lama : 2-3 jam s.d 13.00
11.00

Tidur malam hari : 20.00 s.d 06.00

Aktivitas sebelum / sesudah tidur : 18.00 s.d 19.00

Penggunaan obat

☒ Mandiri ☐ Bantuan minimal ☐ Bantuan total

Jelaskan :

Pasien mengatakan minum obat sendiri dan di observasi Perawat

Diagnosa Psikososial :

- Koping keluarga melemah
-

Pemeliharaan kesehatan

	Ya	Tidak
Perawatan lanjutan	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sistem pendukung	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jelaskan :

pasien memerlukan perawatan lanjutan untuk menjaga
penobatan

Aktifitas didalam rumah

	Ya	Tidak
Mempersiapkan makanan	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Menjaga kerapian rumah	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Mencuci pakaian	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Pengatur keuangan	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Jelaskan :

keluarga pasien mengatakan pasien tidak mau melakukan aktifitas
di rumah jika disuruh malah tantrum

Aktifitas diluar rumah

	Ya	Tidak
Belanja	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Transpotasi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Lain-lain	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Jelaskan :

pasien hanya melamun dan diam saja dirumah

IX. MEKANISME KOPING

Adatif	Maladatif
<input checked="" type="checkbox"/> Bicara dengan orang lain	<input type="checkbox"/> Minum alkohol
<input type="checkbox"/> Mampu menyelesaikan masalah	<input type="checkbox"/> Reaksi formasi
<input type="checkbox"/> Lambat/berlebihan	<input type="checkbox"/> Teknik relokasi
<input type="checkbox"/> Mencederai diri	<input type="checkbox"/> Bekerja berlebihan
<input type="checkbox"/> Aktifitas kontruksi	<input checked="" type="checkbox"/> Menghindar

- ☐ Olah raga ☐ Lainnya ☒ Lainnya : mengendiri

Jelaskan :

Keluarga pasien mengatakan dalam beberapa hal, pasien selalu bercerita masalahnya kepada ibunya namun sering juga pasien suka mengendiri di kamar dan menghindari kontak dengan orang lain

X. MASALAH PSIKOSOSIAL DAN LINGKUNGAN

- ☒ Masalah dengan dukungan kelompok, uraikan

Pasien mengatakan terkadang mengalami masalah dengan dukungan kelompok (keluarga) karena sering dimarahi bapaknya

- ☒ Masalah berhubungan dengan lingkungan, uraikan

Adik pasien mengatakan pasien pernah mengetok ^{Pintu} rumah warga tanpa alasan dan menyedot kendaraan di jalan tanpa alasan

- ☒ Masalah dengan pendidikan, uraikan

Adik pasien mengatakan pendidikan terakhir pasien adalah smp

- ☒ Masalah dengan pekerjaan, uraikan

Selama ini ps hanya nganggur di rumah, kalau di suruh kerja ogah-ogahan

- ☒ Masalah dengan perumahan, uraikan

Pasien mengatakan kadang bertengkar dgn bapaknya

XI. KURANGNYA PENGETAHUAN

- | | |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Penyakit jiwa | <input checked="" type="checkbox"/> Sistem pendukung |
| <input checked="" type="checkbox"/> Faktor presipitasi | <input type="checkbox"/> Penyakit fisik |
| <input type="checkbox"/> Koping | <input type="checkbox"/> Obat-obatan |
| <input type="checkbox"/> Obat-obatan | |

Diagnosa keperawatan :

XII. ASPEK MEDIK

Diagnosa medik : Skizofrenia non spesifik

Terapi medik : Diazepam 5 mg/ml inj, Cepezet 100mg, Clozapine 25 mg, curcuma, ksa 600 mg T4B, lanso prazole 30 mg

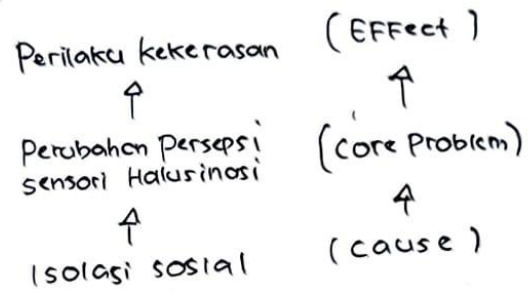
Riwayat alergi : Tidak ada alergi

Riwayat penggunaan obat :

Hasil pemeriksaan Lab :

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Normal
Darah lengkap otomatis			
Hemoglobin	15.4	g/dL	13.2 - 17.3
Hematokrit	42.8	%	38.6 - 61.9
Eritrosit	5.32	10 ⁶ /UL	4.50 - 6.50
Leukosit	8.23	10 ³ /UL	3.70 - 10.10
Trombosit	277	10 ³ /UL	150 - 450
MCV	80.5	FL	81.0 - 96.0
MCH	28.9	Pg	27.0 - 31.2
MCHC	36.0	%	31.8 - 38.4
RDW	12.2	%	11.5 - 14.5
Neutrofil	68.50	%	39.30 - 73.70
Limfosit	23.90	%	18.00 - 48.30
SGOT	130	U/L	0 - 50
SGPT	126	U/L	0 - 50
Kalium (K)	3.3	mEq/L	3.5 - 5.1

XIV. POHON MASALAH



B. DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. gangguan persepsi sensorial: halusinasi pendengaran dan
Perubahan (D.0085)
2. Risiko Perilaku kekerasan (D.0146)
3. Isolasi sosial (D.0121)

XIII. ANALISA DATA

Analisa data

No	Data	Problem
1.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pasien mengatakan sering mendengar bisikan saat dirinya diarahi kakak nya dahulu • pasien mengatakan merasa dijewer saat melamun namun tidak ada \rightarrow menjewernya • pasien mengatakan hal tersebut terjadi saat dirinya melamun dan menyendiri dan ketika hal tersebut muncul pasien akan tertrem <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak terlihat sering melamun dan menyendiri • Pasien kadang bicara sendiri 	Gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran dan perasaan (D.0085)
2.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adik pasien mengatakan pasien kadang bertengkar dengan bapak karena pasien tidak nurut dan akan tertrem jika keinginan pasien tidak dituruti hingga membanting barang sekitar <p>DO: -</p>	Risiko perilaku kekerasan (D.0146)
3.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • keluarga pasien mengatakan akhir-akhir ini, pasien suka menyendiri di kamar dan menghindari kontak dengan orang lain <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tampak menyendiri, jarang berinteraksi dengan sesama 	Isolasi sosial (D.0121)

INTERVENSI KEPERAWATAN

NO	SDKI	SLKI	SIKI	SP	Rekomendasi
1.	Gangguan Persepsi sensori	<p>SLKI : Persepsi sensori (L.09083)</p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka persepsi sensori membaik, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi mendengar bisikan menurun (5) 2. Distorsi sensori menurun (5) 3. Perilaku halusinasi menurun (5) 	<p>manajemen Halusinasi (I.09288)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor perilaku yang mengindikasi halusinasi • Monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulus lingkungan • Monitor isi halusinasi <p>Teraupetik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pertahankan lingkungan yang aman • Diskusi perasaan dan respons terhadap halusinasi • Hindari perdebatan tentang validitas halusinasi <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan bicara pada orang yang dipercaya untuk memberi dukungan dan umpan balik korektif terhadap halusinasi • Anjurkan melakukan distraksi • Ajarkan pasien dan keluarga cara mengontrol halusinasi <p>Kolaborasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi pemberian obat antipsikotik dan ansiolitik, jika perlu 	<p>SP 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Membina hubungan saling percaya - Membantu pasien cara mengenali halusinasinya - Mengajarkan pasien cara menghardik <p>SP 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Melatih pasien mengontrol halusinasi dengan cara patuh minum obat <p>SP 3:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Melatih pasien mengontrol halusinasi dengan cara patuh minum obat <p>SP 4:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Melakukan aktivitas terjadwal untuk kontrol halusinasi 	<p>Penerapan Terapi spiritual Dikir Terhadap tingkat Halusinasi (RazlanSyah, 2023)</p>
2.	Risiko perilaku kekerasan	<p>SLKI : Kontrol diri (L.09076)</p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka kontrol diri meningkat, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi ancaman kepada orang lain (5) 2. Verbalisasi umpatan (5) 3. Suara keras (5) 4. Bicara ketus (5) 	<p>Pencegahan Perilaku kekerasan (I.14544)</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan - Monitor keamanan barang yang dibawa oleh pengunjung - Monitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan <p>Teraupetik:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin 	<p>SP 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Membina hubungan saling percaya • Mengidentifikasi penyebab pk, tanda dan gejala pk, pk yang biasa dialami, akibat dari pk • Menyebutkan cara mengontrol pk • Melatih cara Fisik 1: nafas dalam pukul bantal 	

			<ul style="list-style-type: none"> • Libatkan keluarga dalam perawatan - Edukasi: <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan pengunjung dan keluarga untuk mendukung keselamatan pasien • latih cara mengungkapakan perasaan asertif • latih mengurangi kemarahan secara Verbal dan non Verbal 	SP 2: - Melatih pasien mengontrol pk dengan cara patuh minum obat SP 3: - Melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal SP 4: - Melatih pasien mengontrol pk dengan cara spiritual: mengucapkan Istighfar	
3	Isolasi sosial	keterlibatan sosial L.13116 setelah dilakukan Intervensi kep 3K24 Jam maka keterlibatan sosial meningkat dengan kriteria hasil: 1. Minat Interaksi meningkat (5) 2. Verbalisasi sosial meningkat (5) 3. Perilaku menarik diri menurun (5)	Promosi sosialisasi (I.13498) Observasi: <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi kemampuan melakukan interaksi dengan orang lain • Identifikasi hambatan melakukan interaksi dengan orang lain Terapi: <ul style="list-style-type: none"> • Motivasi meningkatkan keterlibatan dalam suatu hubungan • Diskusikan kekuatan dan keterbatasan dalam berkomunikasi dengan orang lain Pendidikan: <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan berinteraksi dengan orang lain secara bertahap 	SP1: - Mengidentifikasi penyebab Isolasi sosial	

IMPLEMENTASI, EVALUASI DAN CATATAN PERKEMBANGAN

HARI/TGL JAM	DIAGNOSA KEP	IMPLEMENTASI	EVALUASI	Paraf
1-1-2025 16.00	Gangguan persepsi sensori (D.0085)	Mengajarkan SPI: - Membina hubungan salins percaya - Membantu klien mengenal halusinasi nya - Menjelaskan cara mengontrol halusina sinya dan melatih cara menghandik	S: • Pasien mengatakan sering mendengar bisikan saat dirinya di marahi kakernya dahulu • Pasien mengatakan merasa dijewer saat melamun tidak yang menjewernya • Pasien mengatakan hal tersebut terjadi saat dirinya melamun dan menyendiri dan ketika hal tersebut muncul pasien akan tantrum • Setelah dijari menghandik, pasien mengatakan mau melakukannya O: • Pasien mampu mem bina hubungan salins percaya • Pasien tampak meny endiri dan melamun • Pasien saat komuni kasi ekspresinya kadang senyum kadang murung	ku kemat
18.00	Gangguan persepsi sensori	Berkolaborasi pemberian obat - Cepezet 100mg - Clozapine 25 mg - lansoprazole 30mg	S: • Pasien mengatakan mau minum obat yg telah disediakan O: • Tampak meminum obat	

19.00	Gangguan Persepsi sensorial	<p>Memberikan terapi berdzikir thdp tingkat halusinasi (terapi diberikan selama 7 - 10 menit)</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan setelah diberikan terapi dzikir merasa lebih tenang <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> Tampak mulai rileks 													
20.00	Gangguan Persepsi sensorial	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan sering mendengar bisikan saat diiringi dimarahi kakaknya dahulu Pasien mengatakan merasa dijewer saat melamun namun tidak ada yg menjewer Pasien mengatakan sering mengon diri dan melamun Pasien mengatakan mau melakukan SP1 menghardik Pasien mengatakan mau minum obat Pasien mengatakan setelah diberikan terapi dzikir merasa lebih tenang <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> Tampak kooperatif Tampak mulai rileks Tampak kontak mata masih belum stabil <p>A: SP1 tercapai</p> <table border="0"> <tr> <td>Kriteria hasil</td> <td>IR</td> <td>ER</td> </tr> <tr> <td>1. verbalisasi mendengar bisikan</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>2. Distorsi halusinasi</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>3. perilaku halusinasi</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> </table> <p>P: lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien: Anjurkan mempraktekan apn bila halusinasi muncul Perawat: Evaluasi SP1 lanjut SP2 	Kriteria hasil	IR	ER	1. verbalisasi mendengar bisikan	5	2	2. Distorsi halusinasi	5	3	3. perilaku halusinasi	5	3	
Kriteria hasil	IR	ER													
1. verbalisasi mendengar bisikan	5	2													
2. Distorsi halusinasi	5	3													
3. perilaku halusinasi	5	3													
02/01/23 Jam 09.00	Gangguan Persepsi sensorial	<p>Memonitor perilaku yang mengindikasikan halusinasi</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan masih merasakan halusinasinya <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien tampak masih melamun 													

11.00	Gangguan persepsi sensori	Mengevaluasi cara menghardik	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan masih ingat dgn yg diajarkan <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tampak melakukan menghardik • Tampak kooperatif 	
12.00	Gangguan persepsi sensori	Berkolaborasi pemberian obat <ul style="list-style-type: none"> - cefazolin - lansoprazole - clonidine 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pasien mengatakan mau minum obat <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tampak minum obat 	
13.00	Gangguan persepsi sensori	Melatih pasien mengontrol halusitas dengan menemui orang lain/ bercakap cakap	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pasien mengatakan hanya mau bercakap jika diajak berbicara dahulu <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tampak menyendiri 	
14.00	Gangguan persepsi sensori	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan masih merasakan halusinasinya • Pasien mengatakan masih ingat dgn diajarkan terkait menghardik • pasien mengatakan mengatakan mau minum obat • pasien mengatakan hanya mau bercakap jika diajak bicara dahulu <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pasien masih tampak melamun • Tampak mengikuti anjuran • Tampak kooperatif <p>A: SP 2 belum tercapai 12 E</p> <p>1. Verbalisasi mendengar 5 3</p> <p>Halusinasi</p> <p>2. Distorsi Halusinasi 5 3</p> <p>3. Perilaku Halusinasi 5 3</p> <p>P: lanjutkan intervensi</p> <p>Evaluasi SP 2 lanjut SP 3</p>		
08/01/25 09.00	Gangguan persepsi sensori	Memonitor perilaku yang mengindikasi halusinasi	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan halusnya sudah berkurang <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ps tampak menyendiri 	

11.00	gangguan persepsi sensori	Melatih pasien mengontrol halusinasi dgn menemui orang lain dan bercakap²	S: • Pasien mengatakan sudah mau bercakap² dgn org lain O: • Tampak bercakap² dgn org lain	
12.00	gangguan persepsi sensori	Berkolaborasi pemberian obat - cepezet - lansoprazole - clozapine	S: Ps mengatakan mau minum obat O: Tampak minum obat	
13.00	gangguan persepsi sensori	Memberikan terapi berdzikir thdp tingkat halusinasi (terapi diberikan 7-10 menit)	S: • Pasien mengatakan setelah diberikan terapi berdzikir merasa lebih tenang O: • Tampak mulai rileks	
14.00	gangguan persepsi sensori	S: • Pasien mengatakan flakusi nasinya sudah berkurang • Ps mengatakan sudah mau bercakap² dgn orang lain • Ps mengatakan mau minum obat • Ps mengatakan setelah diberikan terapi berdzikir merasa lebih tenang O: • Tampak kooperatif • Tampak bercakap² dgn orang lain A: SP 2 tercapai 1. Verbalisasi halusinasi 5 3 2. Distorsi Hallu 5 3 3. perilaku Hallu 5 3 P: lanjutkan intervensi	12 ER 5 3 5 3 5 3	