

Lampiran 1. Asuhan Keperawatan pada Kliendengan Halusinasi

**PENGKAJIAN KEPERAWATAN
KESEHATAN JIWA**

TEMPAT DIRAWAT : _____ TANGGAL DIRAWAT : _____

I. IDENTITAS KLIEN

Inisial : My. W (L/P) Tanggal Pengkajian : 22/03/21
 Umur : 50 Tahun RM No. : _____
 Alamat : Wonorejo - Singgih Pekerjaan : IRT
 Suku bangsa : Indonesia Agama : Islam
 Pendidikan : SMA Informan : My. S

II. ALASAN MASUK

Keluhan utama (gejala/perubahan perilaku yang menyebabkan klien dirawat)
Klien mengeluh sakit kepala dan terdapat suara-suara seperti
aliran / gemerisik air di telinganya. Keluarganya klien mengatakan klien
ngomong-ngomong sendiri menyebut namanya sendiri. Klien mengete-
ran mandi 12 x sehari

III. STRESSOR PRESIPITASI (Masalah/kejadian yang dialami klien saat ini sehingga klien dirawat)

1. Masalah Biologis

- Penyakit fisik sekarang (alergi, trauma, infeksi, keganasan, degenerative, genetik, bawaan, pertumbuhan, dll)
 - ☒ Tidak ada
 - ☐ Ada ☐ akut ☐ kronis ☐ terminal
 - Jelaskan : My. W tidak ada penyakit fisik
- Penyalahgunaan/ketergantungan zat
 - ☒ Tidak ☐ Ya
 - ☐ kafein ☐ Rokok ☐ Alkohol ☐ obat-obatan
 - Jelaskan : _____
- Terpapar racun/polutan
 - ☒ Tidak ☐ ya, jelaskan klien tidak terpapar racun/polutan
- Masalah seksual (aktifitas, fungsi, gangguan, perilaku)
 - ☒ Tidak ☐ ya jelaskan _____
- Gangguan tidur
 - ☒ Tidak ☐ ya, Jelaskan : klien tidak memiliki gangguan tidur
- Gangguan makan/nutrisi
 - ☒ Tidak ☐ ya, Jelaskan : klien tidak memiliki gangguan makan

Masalah Keperawatan Tidak ada masalah keperawatan

2. Masalah Psikologis

- Abuse/Penganiayaan
 - ☒ Tidak ada ☐ ada Jelaskan klien tidak mengalami penganiayaan

- Riwayat paparan racun/polutan
☒ Tidak ada ☐ Ya, Jelaskan tidak ada riwayat terpapar racun

- Riwayat status gizi masa lalu
☐ baik ☒ cukup ☐ kurang
 Jelaskan : Riwayat status gizi cukup

- Riwayat gangguan hormonal
☒ Tidak ada ☐ ada sebutkan tidak ada gangguan hormonal

- Riwayat gangguan seksual (aktifitas, fungsi, gangguan, perilaku)
 Jelaskan : Klien tidak memiliki riwayat gangguan seksual

- Riwayat penggunaan/penyalahgunaan zat
☒ Tidak ada ☐ Ya
☐ kafein ☐ rokok ☐ Alkohol ☐ obat-obatan
 Jelaskan : _____

- Riwayat reproduksi (kehamilan, persalinan, jumlah anak) (untuk klien ibu)
 Jelaskan : _____

- Kebiasaan/Gaya hidup
 Jelaskan : Klien mandi 12 x setiap harinya, klien berada di rumah
 sendiri akan tetapi klien tidak bisa tidur (berang, wasir, dll)

Masalah Keperawatan Tidak ada masalah keperawatan

2. Faktor Psikologis

- Riwayat gangguan jiwa yang lalu
☒ Tidak ada ☐ ada
 Jelaskan (Waktu/lama, gejala, & penanganannya)

- Kesan kepribadian
☐ extrovert ☒ introvert ☐ Gangguan kepribadian

Jelaskan : Ny.w lebih sering di rumah

- Pertahanan psikologi : Kebiasaan koping yang digunakan

Adaptif	Maladaptif
☐ Bicara dengan orang lain	☐ Penyalahgunaan zat
☐ Menyelesaikan masalah	☐ Reaksi lambat / berlebihan
☐ Negosiasi	☐ Bekerja berlebihan
☐ Aktivitas konstruktif	☒ Menghindar
☐ Olah raga	☐ Mencederai diri
☐ Lainnya	☐ Lainnya

Jelaskan : _____

- Riwayat kejadian/masalah masa lalu yang tidak menyenangkan (bencana, kekerasan, pelecehan, dll)

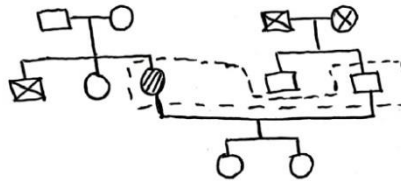
Jelaskan : Keluarga klien mengatakan dulu tertekan dan stress
 karena anaknya sampai klien jadi sakit seperti sekarang

Masalah Keperawatan : Harga diri rendah kronis, koping individu
 tidak efektif

3. Faktor Sosiobudaya-spiritual

- Riwayat masalah Pendidikan
 - ☒ tidak ☐ Ada, jelaskan tidak ada riwayat masalah pendidikan
- Riwayat masalah penghasilan/ekonomi
 - ☒ tidak ☐ Ada, jelaskan tidak ada riwayat masalah penghasilan
- Riwayat masalah pekerjaan
 - ☒ tidak ☐ Ada, jelaskan tidak ada riwayat masalah pekerjaan
- Riwayat konflik dengan nilai budaya
 - ☒ tidak ☐ Ada, jelaskan tidak ada riwayat konflik nilai budaya
- Riwayat konflik nilai dengan keyakinan/agama yang dianut
 - ☒ tidak ☐ Ada, jelaskan tidak ada riwayat konflik nilai agama
- Riwayat keikutsertaan dan masalah dalam kegiatan politik
 - ☒ tidak ☐ Ada, jelaskan tidak ada riwayat masalah politik
- Karakteristik hubungan sosial
 - Dengan Keluarga Baik, keluarga klien mengatakan tidak ada masalah dengan anggota keluarga yg lain
 - Dengan Masyarakat klien tidak pernah berbenturan dengan masyarakat
- Peran sosial :
 - Di Keluarga sebagai istri
 - Di Masyarakat klien hanya berdiam di rumah
- Adakah anggota keluarga yang lain mengalami masalah/gangguan jiwa
 - Jelaskan : tidak ada

Genogram (minimal tiga generasi)



Ket:

- = laki-laki
- = perempuan
- = tinggal serumah
- ⊙ = klien
- X = meninggal

Jelaskan: klien hanya tinggal dengan suaminya saja

Masalah Keperawatan : Tidak terdapat masalah keperawatan

V. STATUS PSIKOSOSIAL (untuk klien dengan masalah psikososial)

1. Konsep diri (pandangan klien terhadap dirinya)
 - a. Citra tubuh keluarga klien mengatakan bahwa klien tidak memiliki kelainan fisik
 - b. Identitas klien mengatakan tangan kiri gelai dan tangan kanan ngumom
 - c. Peran klien menjalankan peran sebagai istri sendiri tidak pernah
 - d. Ideal diri keluarga klien mengatakan menaruh sukunya dan ingin
 - e. Harga diri keluarga klien mengatakan klien tidak minat berinteraksi dengan orang lain dan hanya berdiam di rumah.

Masalah Keperawatan : isolasi sosial masalah keperawatan

2. Kecemasan (tanda dan gejala)

- a. Fisiologis -
 b. Perilaku -
 c. Afektif -
 d. Kognitif -

Masalah Keperawatan : (cemas ringan, sedang, berat, panik)
Tidak terdapat masalah keperawatan

3. Respon Kehilangan (tahap dan respon kehilangan)

- ☐ Denial
☐ Anger
☐ Bargaining
☐ Depresi
☒ Acceptance

Jelaskan : Keluarga klien mengatakan kakak kandung klien baru saja meninggal dan klien mengatakan takut ke gereja

Masalah Keperawatan : Geduka

4. Harapan/semangat klien terhadap kesembuhan/masalah

- ☒ Penuh harapan
☐ Perasaan putus asa
☐ Perasaan tidak berdaya

Jelaskan : Klien terlihat semangat sembuh

Masalah Keperawatan : Tidak terdapat masalah keperawatan

5. Distress spiritual

- ☐ Kebingungan terhadap suatu keyakinan yang dianut
☐ Sering mempertanyakan makna kehidupan, kematian, dan penderitaan
☐ Mempertanyakan kebenaran suatu keyakinan
☐ Tampak keputusasaan menjalankan keyakinan
☐ Tidak melakukan ritual keagamaan yang biasa dilakukan
☐ Perasaan ambivalen (ragu) terhadap keyakinannya
☐ Merasakan perasaan kekosongan nilai spiritual
☐ Mengekspresikan perhatian, marah, dendam, ketakutan, penderitaan terhadap kematian
☐ Meminta bantuan spiritual adanya gangguan dalam keyakinan

Masalah Keperawatan : Tidak terdapat masalah keperawatan

6. Respon pasca trauma

- ☐ Sering teringat pada peristiwa traumatis
☐ Kecenderungan untuk mengelak bercerita terhadap peristiwa traumatis
☐ Pemikiran dan perasaan negative pada diri atau orang lain
☐ Perubahan perilaku dan emosi

Masalah Keperawatan : Tidak terdapat masalah keperawatan

VI. STATUS MENTAL (untuk klien dengan gangguan jiwa)

1. Penampilan

- ☒ Tidak rapi ☐ Penggunaan pakaian tidak sesuai ☐ Cara berpakaian tidak seperti biasanya

Jelaskan : Penampilan kurang rapi

2. Kesadaran kualitatif

- | | |
|---|------------------------------------|
| ☒ Tidak berubah | ☐ berubah |
| ☐ Meninggi | ☐ berkabut |
| ☐ Menurun | ☐ Disosiasi |

Jelaskan : (kompuser) kesadaran klien baik / normal

3. Disorientasi :

- | | | |
|--------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| ☐ Waktu | ☐ Tempat | ☐ Orang |
|--------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|

Jelaskan : klien dapat menyebutkan waktu, tempat dan orang - orang yg berada di sekitarnya.

4. Proses Pikir

• Arus Pikir

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Koheren | ☐ relevan | ☐ asosiasi longgar |
| ☒ Inkoheren | ☐ irelevansi | ☐ perseverasi |
| ☒ Flight of ideas | ☐ Blocking | ☐ logorea |
| ☐ Tangensial | ☐ Sirkumstansiality | ☐ Bicara cepat |
| ☐ Neologisme | ☐ Bicara lambat | ☐ Asosiasi bunyi |
| ☐ Main kata-kata | ☐ afasi | |

Jelaskan : klien berbicara yg sulit dipahami dan selalu berganti topik dengan bicara yg cepat

• Isi Pikir

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Wajar | ☐ ekstasi | ☐ fantasi |
| ☒ Ide aneh | ☒ pesimisme | ☐ Pikiran magis |
| ☐ Bunuh diri | ☐ Ideas of reference | ☐ Rendah diri |
| ☐ alienasi | ☐ Isolasi | ☐ Fobia sebutkan : |
| ☐ preokupasi | ☐ Obsesif | |
| Waham : sebutkan jenisnya | | |
| ☐ Agama | ☐ Somatik/hipokondrik | ☐ Kebesaran |
| ☐ Nihilistik | ☐ Sisip pikir | ☐ Siar pikir |
| ☐ kejaran | ☐ dosa | ☐ Curiga |
| | | ☐ Kontrol pikir |

Jelaskan : klien merasa tidak berguna dan merasa malu dan bimbang klien tidak bisa diam sama sekali

• Bentuk Pikir

- | | | |
|------------------------------------|---------------------------------------|--|
| ☐ realistik | ☐ nonrealistik | ☒ autistik |
| ☐ logik | ☐ nonlogik | |

Jelaskan : klien sering berbicara mengenai hal-hal yang aneh

7. Persepsi

- | | |
|--|--------------------------------|
| ☒ Halusinasi | ☐ ilusi |
|--|--------------------------------|

Macam Halusinasi

- | | | |
|---|--------------------------------------|-----------------------------------|
| ☒ Pendengaran | ☐ Penglihatan | ☐ Perabaan |
| ☐ Pengecapan | ☐ Pembauan | |

Jelaskan : keluarga klien mengatakan klien sering ngomong sendiri dan menyebut nama nya sendiri dan klien mendengarkan suara seperti gemerikatan di tengahnya.

8. Afek dan Emosi

- | | | |
|------------------------------------|--|--------------------------------------|
| ☐ adekuat | ☒ datar | ☐ labil |
| ☐ inadekuat | ☒ tumpul | ☐ Ambivalensi |

Emosi

☐	Euforia
☒	Sedih
☐	Alienasi

☒	Cemas
☐	Marah

☐	Anhedonia
☐	Apatis

Jelaskan : Klien berbicara berulang-ulang, seakan-akan cemas

9. Aktivitas Motorik/Psikomotor

Kelambatan :

☐	Hipokinesia
☐	Hipoaktivitas
☐	Katalepsia

☐	Sub stupor katatonik
☐	Flexibilitas serebra
☐	Katapleksi

Jelaskan : Klien tidak mengalami masalah aktivitas motorik

Peningkatan

☐	Hiperkinesia
☐	Tik
☐	stereotipi
☐	Rigid

☐	Hiperaktivitas
☐	Grimase
☐	mannarism
☐	automatism

☐	Gaduh gelisah
☐	Tremor
☐	Echolalia
☐	Negativism

☐	Kompulsif
☐	gagap
☐	echopraxia
☐	Reaksi konversi

Jelaskan : Klien mengalami masalah aktivitas motorik

10. Memori

☒	Baik
☐	Gangguan daya ingat jangka pendek
☐	Amnesia: 1. retrograde 2. anterograde 3. total
☐	Paramnesia: 1. dejavu, 2. jamaisvu. 3. Konfabulasi 4. Fausse reconnaissance
☐	Hipermnesia

Jelaskan : Tidak terdapat masalah

11. Tingkat Konsentrasi dan Berhitung

☒	Mudah beralih
☐	Tidak mampu berkonsentrasi
☐	Tidak mampu berhitung sederhana

Jelaskan : Tidak terdapat masalah, klien mampu berhitung

12. Kemampuan Penilaian

☒	Gangguan ringan
☐	Gangguan bermakna

Jelaskan : Tidak terdapat masalah

13. Daya tilik diri /insight

☒	Mengingkari penyakit yang diderita
☐	Menyalahkan hal-hal diluar dirinya

Jelaskan :

14. Interaksi selama wawancara

☐	Bermusuhan
☒	Kontak mata kurang
☐	Tidak kooperatif
☐	Defensif
☐	Mudah tersinggung
☐	Curigat

Jelaskan : Klien terdapat tidak melihat lawan bicara

Masalah Keperawatan : Halusinasi Pendengaran

VII. PENGKAJIAN FISIK

1. Keadaan umum : Berbar, compos mentis, GCS 456
2. Kesadaran neurologis
- | | | |
|---|---------------------------------------|--------------------------------------|
| ☒ Compos mentis | ☐ Apati/sedasi | ☐ somnolensia |
| ☐ stupor | ☐ subkoma | ☐ koma |
3. Tanda vital : TD : 120/80 mmHg : 66 x/menit : 36.5 C P : 20 x/menit
4. Tinggi Badan/Berat Badan TB : 155 cm BB : 50 kg ☐ Turun ☐ Naik
5. Keluhan fisik : ☐ Tidak ada ☐ ada
- Jelaskan : Tidak ada keluhan fisik

6. Pemeriksaan fisik :

- Kepala : rambut rapi, tidak ada kelainan
- Leher : tidak ada pembesaran thyrid
- Thorax : tidak ada kelainan pada thorax
- Abdomen : tidak ada lesi, tidak ada bengkak
- Genitalia : tidak ada kelainan genitalis
- Integumen : kecil, tidak ada lesi
- Ekstremitas : DRD + normal, tidak ada kelainan pd
- Fungsi neurologis : Fungsi neurologis normal

Masalah Keperawatan : tidak terdapat masalah keperawatan

VIII. AKTIFITAS SEHARI-HARI

1. Makan
- Frekwensi 3x sehari jenis makanan padat Kesukaan : mendol
- ☐ mandiri ☐ Bantuan minimal ☐ Bantuan Sebagian ☐ Bantuan total
2. BAB / BAK
- Frekwensi 1x sehari keluhan tidak terdapat keluhan
- ☒ Mandiri ☐ Bantuan minimal ☐ Bantuan Sebagian ☐ Bantuan total
3. Personal Hygiene
- Frekwensi 12x sehari kualitas sangat cukup
- ☒ Mandiri ☐ Bantuan minimal ☐ Bantuan Sebagian ☐ Bantuan total
4. Berpakaian / berhias
- Frekwensi ganti 2 kali sehari kualitas selanjutnya ganti
- ☒ Mandiri ☐ Bantuan minimal ☐ Bantuan Sebagian ☐ Bantuan total
5. Istirahat dan tidur
- Lama Tidur tidur malam ± 7-8 jam, tidur siang ± 1 jam
- Aktivitas sebelum / sesudah tidur menonton TV
- Kualitas tidur
- ☒ Baik ☐ Tidak baik
6. Pemberian obat
- ☐ Mandiri ☒ Bantuan minimal ☐ Bantuan Sebagian ☐ Bantuan total

2. Dukungan sosial

- Dukungan dari keluarga/kelompok/masyarakat
Keluarga klien mengatakan juga ikut mengayunkan untuk membantu klien
- Jaringan sosial (perkumpulan, organisasi, asuransi)
Tidak ada

3. Aset material

- Kecukupan penghasilan untuk kebutuhan
☐ kurang ☒ cukup ☐ lebih
- kekayaan yang dimiliki
☐ Tidak cukup ☒ cukup
- Pelayanan kesehatan :
☒ terjangkau ☐ Tidak terjangkau ☐ Tidak ada

4. Keyakinan

- Keyakinan dan nilai *Klien beragama Islam*
- Motivasi *dari keluarga*
- Orientasi kesehatan *Klien ingin sembuh*

Masalah Keperawatan : *Tidak ada masalah keperawatan*

XI. MEKANISME KOPING/CARA PENYELESAIAN MASALAH

- ☒ Menggunakan defense mekanisme, sebutkan *Maladaptif*
- ☐ Lari dari stressor
- ☐ Mengabaikan masalah
- ☐ Mencari Informasi
- ☐ Mengidentifikasi faktor-faktor yang berkontribusi terhadap permasalahan
- ☐ Membandingkan kemampuan diri dengan orang lain
- ☐ Problem solving

Masalah Keperawatan : *Koping individu tidak efektif*

XII. ASPEK MEDIK

Diagnosa medis *Hallusinas*

Terapi *farmak*

Pemeriksaan Lab: *-*

Darah *-*

urine *-*

faces *-*

Pemeriksaan diagnostik / penunjang lainnya
-

XIII. DAFTAR MASALAH KEPERAWATAN

1. Harga diri Rendah kronis
2. Koping individu tidak efektif
3. Isolasi sosial
4. Gangguan persepsi sensoris : Hallusinas pendengaran
5. Ansietas

	Pelaku	Korban	Saksi
Aniaya fisik	tidak ada	tidak ada	tidak ada
Aniaya seksual	tidak ada	tidak ada	tidak ada
Aniaya emosional	tidak ada	tidak ada	tidak ada
Tindakan kriminal	tidak ada	tidak ada	tidak ada

- Neglect/penelantaran
☒ Tidak ada ☐ ada Jelaskan Klien tidak mengalami penelantaran
- Bullying/perundungan
☒ Tidak ada ☐ ada Jelaskan Klien tidak mengalami perundungan
- Kejadian traumatis
☐ Tidak ada ☒ ada Jelaskan Keluarga px mengalami dulu tekanan dan stres setelah anaknya

Masalah Keperawatan Tidak terdapat masalah keperawatan

3. Masalah Sosiobudaya

- Masalah Pendidikan:
☒ Tidak ada ☐ Ada, jelaskan tidak ada masalah pendidikan
- Masalah Penghasilan/ekonomi
☒ Tidak ada ☐ Ada, jelaskan tidak ada masalah penghasilan
- Masalah Pekerjaan:
☒ Tidak ada ☐ Ada, jelaskan tidak ada masalah pekerjaan
- Konflik Budaya:
☒ Tidak ada ☐ Ada, jelaskan tidak ada masalah konflik budaya
- Konflik Keyakinan/agama:
☒ Tidak ada ☐ Ada, jelaskan tidak ada masalah konflik keyakinan/ag
- Kegagalan dalam kegiatan politik:
☒ Tidak ada ☐ Ada, jelaskan tidak ada kegagalan dalam kegiatan politik
- Masalah dengan keluarga
☒ Tidak ada ☐ Ada, jelaskan tidak ada masalah dengan keluarga
- Masalah dengan masyarakat
☒ Tidak ada ☐ Ada, jelaskan tidak ada masalah dengan masyarakat

Masalah Keperawatan Tidak ada masalah keperawatan

IV. FAKTOR PREDISPOSISI (Riwayat masalah/kondisi masa lalu yang pernah dialami klien)

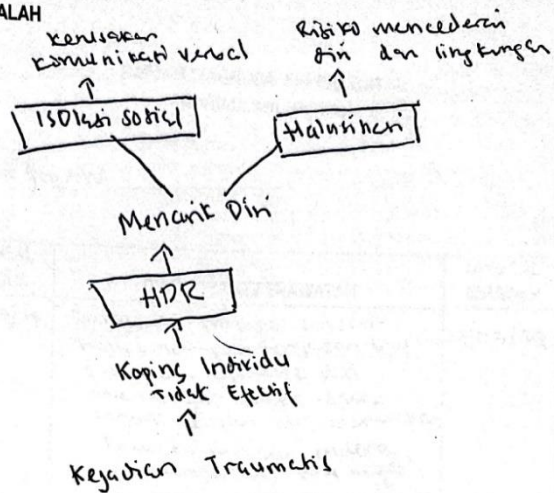
1. Riwayat biologis

- Riwayat penyakit fisik yang lalu
Tidak ada masalah
- Riwayat selama di kandungan dan kelahiran (khusus untuk klien anak atau terkait)
Tidak ada masalah
- Riwayat pertumbuhan dan perkembangan (khusus untuk klien anak atau terkait)
Tidak ada masalah
- Riwayat imunisasi (khusus untuk klien anak)
☐ lengkap ☐ tidak lengkap, Jelaskan : —

XIV. ANALISA DATA

NO	DATA	MASALAH
1	DS: klien mengeluh sakit kepala dan mendengar suara-suara air ditelinganya DO: - Berdiri tegak mendengar sesuatu - Berbicara sendiri	gangguan persepsi sensoris: Halusinasi pendengaran
2	DS: klien mengatakan m. l. telinga sudah tidak berfungsi dan merasa malu DO: - Postur tubuh menunduk - Kontak mata kurang	Harga Diri Rendah kronis
3	DS: keluarga klien mengatakan Etni klien tidak minat berinteraksi dengan orang lain dan hanya menghabiskan waktu di rumah DO: - Klien tampak mendapat kebutuhan dengan orang lain - Kontak mata kurang	Isolasi sosial

XV. POHON MASALAH



XVI. DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Gangguan Persepsi Sensoris : Halusinasi Pendengaran b.d
gangguan persepsi d.d mendengar suara-suara seperti
air air, mendengar suara melalui indera pendengaran.
berisik seolah mendengar sesuatu, Berbicara Sendiri
2. Harga diri rendah kronis b.d gangguan persepsi d.d merasa
sakit ini dirinya tidak berguna, merasa malu, postur tubuh
menunduk, kontak mata kurang.
3. Isolasi sosial b.d perubahan Malang, 26 Maret 2024
status mental d.d tidak minat Mahasiswa,
berinteraksi dengan orang lain,
haus berbicara diri di rumah,
stumpuk menolak berhubungan Amelia Kurni
dengan orang lain, kontak
mata kurang.

DAFTAR DIAGNOSA KEPERAWATAN
(berdasarkan prioritas)

Ruang :
Nama Pasien : Ny. W
No. Register :

No. DX	TANGGAL MUNCUL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TANGGAL TERATASI	TANDA TANGAN
D.008	27/03/24	Gangguan persepsi sensori: Halusinasi pendengaran b.d gangguan psikotik d.d mendengar suara-suara seperti aliran air, merasakan sesuatu melalui indra pendengaran, berkecukupan mendengar sesuatu, berbicara sendiri	28/03/24	
D.008	27/03/24	Harga diri rendah kronis b.d gangguan psikotik d.d merasa saat ini dirinya tidak berguna, merasa malu, posture tubuh menunduk, kontak mata kurang.	28/03/24	
D.021	21/03/24	Isolasi sosial b.d penurunan status mental d.d tidak minat berinteraksi dengan orang lain, harga diri rendah diri di rumah, tampak melata berhitung dengan orang lain, kontak mata kurang.	28/03/24	

RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN

NAMA KLIEN : Nuzul
NO. REG : -

TGL	NO DX	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN KRITERIA STANDART	INTERVENSI	RASIONAL
			<u>TAK</u> 3) Pasien dapat mengontrol mabahnya dengan cara: mengasah mabahnya setelah diberikan 3x30 menit mabahnya, pasien dapat mengontrol mabahnya dengan cara: mengasah mabahnya setelah diberikan 3x30 menit mabahnya.	Diskusikan dengan pasien mabahnya mabahnya dengan cara: mengasah mabahnya setelah diberikan 3x30 menit mabahnya. 1. Identifikasi jenis mabahnya 2. Diskusikan dengan pasien mabahnya dengan cara: mengasah mabahnya setelah diberikan 3x30 menit mabahnya. 3. Diskusikan dengan pasien mabahnya dengan cara: mengasah mabahnya setelah diberikan 3x30 menit mabahnya.	mengontrol mabahnya dengan cara: mengasah mabahnya setelah diberikan 3x30 menit mabahnya. 1. mengontrol mabahnya dengan cara: mengasah mabahnya setelah diberikan 3x30 menit mabahnya. 2. mengontrol mabahnya dengan cara: mengasah mabahnya setelah diberikan 3x30 menit mabahnya. 3. mengontrol mabahnya dengan cara: mengasah mabahnya setelah diberikan 3x30 menit mabahnya.

RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN KENCUS

NAMA KLIEN : M.Y.W
NO. REG :

TGL	NO DX	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN KRITERIA STANDART	INTERVENSI	RASIONAL
	D-0085	konfusi preseptif kognitif : HUBUNG SENSORI MANUSIAKE (L. 09083) Ld. gangguan distensi id mendengar ukt. suka seperti aliran air, mendengar berusia melalui inden pengalasan keating seatah mendengar gendy, verbalisasi	Tujuan Preseptif Kriteria Klien: 1. verbalisasi mendengar vibrasi mendengar 2. distorsi sensorik 3. distorsi indikasi si mendengar 4. Respon verbal mendengar memerit	Edwards (1981) - Agresor masalah distorsi inital: mendengarnya tidak mendengar aktivitas dan waktu revisasi) Fase orientasi (Gruen 1) 1. salin hubungan kognitif 15 positif dengan klien 2. lakukan rangsangan kognitif fokus dan mental klien, serta serta frekuensi dan intensitas individuasi yg bidani fase rang 1. lakukan konsep aktualisasi diri, lakukan dan paten kembali dan klien fase keminim 1. evaluasi kemampuan klien dalam mengontrol haki.	nti pandangan kearah waktu permukaan

RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN CHUCUS

NAMA KLIEN : Ny. W
NO. REG :

TGL	NO DX	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN KRITERIA STANDART	INTERVENSI	RASIONAL
				Evaluasi Outcome (Hemang) 1. Jalinan pembuluh darah yang rusak telah sembuh dan tidak ada keluhan 2. Lesi kulit telah sembuh dengan kondisi kulit yang normal, serta tidak terjadi infeksi dan inflamasi 3. Gejala-gejala lain telah hilang Kriteria yang 1. Disesuaikan dengan dan kondisi perawatan	

2. Demam tidak ada
menyebabkan dengan cara
yang diberikan dengan

RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN KHUSUS

NAMA KLIEN :
NO. REG :

TGL	NO DX	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN KRITERIA STANDART	INTERVENSI	RASIONAL
				1. Evaluasi kemampuan klien dalam mengidentifikasi tujuan hidup dan keterampilan komunikasi 2. Berikan waktu pertemuan 10-15 menit 3. Evaluasi orientasi (Mati 3) 4. Berikan pengajaran dan latihan keterampilan komunikasi 5. Berikan motivasi dan dukungan 6. Berikan pengajaran dan latihan keterampilan komunikasi 7. Berikan motivasi dan dukungan 8. Berikan pengajaran dan latihan keterampilan komunikasi 9. Berikan motivasi dan dukungan 10. Berikan pengajaran dan latihan keterampilan komunikasi	

2. Berikan klien motivasi dan pengajaran dan latihan keterampilan komunikasi

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

Nama : Ny. W Ruangan : Kamar Jambu RM No. : —

NO Dx	Tanggal & jam	IMPLEMENTASI KEPERAWATAN	EVALUASI
0.0085	09.00 WIB 21/03/24	- memkinsi hubungan klinis perawat dengan keluarga dalam - memperkenalkan nama & tugas perawat - menanyakan nama & nama panggilan px - menunjukkan teknik empati, membiarkan kontrol waktu yg jelas - menanyakan perasaan px, keluhan & keluhan hari px - mendengar dgn penuh perhatian.	S: px mengatakan namanya Ny. W buka dipanggil Ny. W dan urutannya 30 tahun Px mengatakan mendengar suara? yg ada di belakang. O: k/u cukup baik - px menjawab pertanyaan - kontak mata px terdapat kurang - px menjawab dgn suara lembut - px mampu menjelaskan nama dan panggilan dalam A: masalah teratasi P: lanjutan tindakan keperawatan SP2
10.00 WIB 22/03/24		- mengidentifikasi jenis nutrisi px yg diberikan - mengobservasi: perilaku nutrisi dgn menjelaskan li, waktu, frekuensi, situasi, pncasila serta respon px saat menerima. - mengontrol nutrisi dgn cara menghardik halusinasi - meminta px untuk mengikuti contoh yg telah perawat berikan & membantu yg mengurangnya.	S: px mengatakan mendengar suara? di belakang, waktu sedang jam. lebih dari air semesta air. px mengatakan suara itu memang saat mendengar. Saat suara itu memang px hanya mendengar lagu & dan membuat suara pusing. px mengontrol halusinasi dgn menghardik dan mengulang kata terdapat

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

Nama : Ny. W Ruangan : Ruang Rawat RM No. : Ny. W

NO Dx	Tanggal & jam	IMPLEMENTASI KEPERAWATAN	EVALUASI
			O : tpu wktu baik - suhu kembali * A : masalah teratasi P : lanjutan tindakan keperawatan ep3
0.0085 13/03/24 R.p. WB		- memberi salam dan menyapa px dan keluarga px dengan ramah - memvalidasi kegiatan dan waktu kegiatan tentang mengulang latihan 2 rtin pemberian obat yg telah diresepsti - menyampaikan edukasi tentang pemberian obat sesuai rtin & kondisi & tanda pemberian obat - menjelaskan edukasi sampai px beserta keluarga memahami	S : px mengatakan ingat dgn instruksi kemarin dan mau lagi latihan dan akan menghandik A : px mengatakan memahami edukasi yg diberikan perawat O : px dan keluarga tampak paham dgn edukasi yg diberikan - px dan keluarga mengungkapkan keputusannya mengenai A : masalah teratasi P : lanjutan tindakan dan monitoring oleh perawat dan keluarga px secara mandiri

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

Nama : Ny. W Ruangan : _____ RM No. : _____

NO Dx	Tanggal & Jam	IMPLEMENTASI KEPERAWATAN Fase Orientasi (Hari 1)	EVALUASI
		1. Terapi membantu hubungan saling percaya dan memperlakukan diri 2. Terapi membantu kondisi fisik dan emotional klien saat ini 3. Terapi melakukan pengkajian awal terhadap kondisi mental & fisik. Klien melalui observasi & wawancara. 4. Terapi mengidentifikasi frekuensi dan intensitas halusinasi pendengaran yg dialami klien Fase kerja 1. Terapi mengajak klien untuk mendiskusikan pengalaman terkait halusinasi pendengaran yg dialami klien 2. Terapi membantu klien untuk mengidentifikasi perasaan yg timbul dari pengalaman tersebut serta mengajak klien untuk menemukan aktivitas di diri, keluarga, dan potensi pertumbuhan diri Fase terminasi 1. Terapi bersama klien menjabarkan kemajuan yg telah dicapai dalam mengelola halusinasi pendengaran 2. Terapi melakukan kontrol waktu untuk hari ke-2	1. Klien tampak terbuka 2. Klien mengungkapkan perasaan dan kekhawatiran secara nyaman, yg membantu malaris berproses 3. Klien terlihat terbuka dalam berbagi pengalaman terkait halusinasi pendengaran 4. Terapi terlihat mengidentifikasi frekuensi dan intensitas halusinasi pendengaran yg dialami klien 1-3 kali sehari 1. Konsep humanistik membantu klien dalam menemukan makna hidupnya 2. Klien terlihat terbuka dan nyaman 1. Klien mulai belajar untuk mengendalikan halusinasi yg

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

Nama : Ny. W Ruangan : _____ RM No. : _____

NO Dx	Tanggal & Jam	IMPLEMENTASI KEPERAWATAN	EVALUASI
		Full orientasi: (Klien 2) 1. Terapis membina hubungan saling percaya kembali dan memperkenalkan diri 2. Terapis menajatkan kembali kondisi fisik dan emotional klien 3. Terapis melakukan penilaian kembali terhadap kondisi mental dan fisik klien melalui observasi dan wawancara 4. Terapis mengidentifikasi kembali frekuensi dan intensitas halusinasi pendengaran yg dialami klien 5. Terapis memberikan penjelasan tentang cara-cara dasar dalam membina, termasuk bahan dan peralatan yg dibutuhkan Full kerja: 1. Terapis dan klien mendiskusikan arti aktualisasi diri, kekuatan dan potensi pertumbuhan diri pribadi yg dimiliki oleh klien 2. Terapis membantu klien menetapkan tujuan hidup jangka pendek dan panjang 3. Terapis mengatur kegiatan membina keadanya klien Full terminasi: 1. Terapis berdiskusi dengan klien mengenai kemajuan dan masalah dalam mengatasi halusinasi pendengaran & keterampilan membina 2. Terapis melakukan kontrak waktu untuk hari ke-3	1. Klien tampak terbuka 2. Klien merasa lebih nyaman 3. Frekuensi halusinasi pendengaran sekitar 1-2 kali sehari 4. Klien mampu mengikuti instruksi membina 1. Klien lebih terbuka dan mau berbagi pengalaman dan perasaan yg dialaminya 2. Klien terlihat baik mengikuti kegiatan membina dan terlihat antusias 1. Klien terlihat happy dan mulai bisa mengidentifikasi halusinasinya.

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

Nama : Ny. W Ruangan : _____ RM No. : _____

NO Dx	Tanggal & jam	IMPLEMENTASI KEPERAWATAN	EVALUASI
		<u>Phase orientasi (hari ke 3)</u> 1. Terapi menenangkan kondisi dan perasaan klien setelah sesi terapi pertama 2. Terapi dan klien membahas pengalaman selama sesi terapi dan bagaimana perasaan klien setelah mengikuti terapi <u>Phase kerja terapeutik</u> 1. Terapi mengajak klien untuk memperumpan dampak halusinasi pendengaran terhadap kehidupannya dan bagaimana cara mengatasi hal-hal tersebut 2. Terapi bersama klien melanjutkan dan menjelaskan kegiatan membatik yg sudah dimulai <u>Phase terminasi</u> 1. Terapi bersama klien mengakhiri seluruh proses terapi yg telah dilakukan 2. Terapi membiarkan klien menerangkan hasil yg telah dicapai	1. Klien tampak rileks dan nyaman setelah mengikuti sesi terapi 2. Klien terlihat lebih nyaman dan percaya diri 3. Frekuensi halusinasi pendengaran berkurang menjadi 1 kali sehari 1. Klien terlihat mampu dan bisa menerangkan dan mengatasi dampak halusinasi dlm kehidupannya. 2. Klien terlihat antusias melanjutkan dan melanjutkan kegiatan kegiatan membatik dan baik 1. Klien terlihat baik & tenang dalam menghadapi hal-hal

Lampiran 2 Standar Operasional Prosedur (SOP) Membatik Cap

Standar Operasional Prosedur (SOP) Membatik Cap untuk Terapi Pasien dengan Gangguan Halusinasi Pendengaran

1. Tujuan

SOP ini dibuat untuk memberikan panduan pelaksanaan kegiatan membatik cap sebagai terapi aktivitas untuk pasien dengan gangguan halusinasi pendengaran, guna meningkatkan fokus, relaksasi, dan keterampilan sosial pasien.

2. Ruang Lingkup

Prosedur ini berlaku untuk perawat dan tenaga pendukung yang terlibat dalam pelaksanaan terapi aktivitas membatik cap pada pasien dengan gangguan halusinasi pendengaran di fasilitas kesehatan jiwa.

3. Definisi

Gangguan Halusinasi Pendengaran: Kondisi mental di mana pasien mendengar suara yang sebenarnya tidak ada.

Terapi Aktivitas Membatik Cap: Kegiatan kreatif membatik dengan menggunakan cap untuk membantu pasien mengalihkan perhatian dari halusinasi dan meningkatkan keterampilan motorik serta rasa percaya diri.

4. Peralatan dan Bahan

Peralatan:

- a. Cap logam dengan motif sederhana
- b. Meja kerja dengan alas kain
- c. Wajan untuk melelehkan malam (dengan pengawasan tenaga medis)
- d. Kuas kecil
- e. Sarung tangan tahan panas
- f. Pewarna tekstil dalam warna yang menenangkan (biru, hijau, atau warna pastel)
- g. Air bersih untuk pembilasan

Bahan:

- a. Kain mori berukuran kecil atau medium
- b. Malam (lilin batik, dalam jumlah aman)
- c. Pewarna tekstil
- d. Soda ash (penguat warna, jika diperlukan)

5. Prosedur Kerja

5.1. Persiapan

1. Perawat mempersiapkan lingkungan kerja yang nyaman dan aman, dengan memastikan area bebas dari potensi bahaya.
2. Siapkan alat dan bahan di tempat yang mudah dijangkau oleh pasien.
3. Perawat menjelaskan tujuan kegiatan kepada pasien dengan bahasa yang sederhana dan menenangkan.
4. Pastikan pasien memahami langkah-langkah dasar membatik dan memberikan contoh singkat.

5.2. Proses Pencapan

1. Perawat membantu pasien mencelupkan cap ke dalam malam cair yang telah dipanaskan (dengan pengawasan ketat).
2. Bimbing pasien untuk menekan cap pada kain mori dengan lembut dan memastikan pola tercetak dengan jelas.
3. Dorong pasien untuk melanjutkan pola sesuai kreativitasnya, dengan memberikan pujian dan motivasi.
4. Jika pasien menunjukkan kebingungan atau kesulitan, bantu secara langsung sambil tetap memberikan kontrol kepada pasien.

5.3. Pewarnaan

1. Setelah selesai mencap, pasien diajak untuk mencelupkan kain ke dalam larutan pewarna dengan bimbingan perawat.
2. Perawat memastikan proses pewarnaan dilakukan dengan aman, dengan menjauhkan pewarna dari area yang dapat tumpah.
3. Pasien diajak mengamati proses perubahan warna untuk melibatkan mereka secara aktif.

5.4. Pengeringan dan Penyelesaian

1. Jemur kain di tempat aman hingga kering, dan hindari melibatkan pasien dalam proses yang membutuhkan alat berbahaya.
2. Setelah kain selesai, tunjukkan hasil akhir kepada pasien dan beri penghargaan berupa pujian untuk meningkatkan rasa percaya diri.

6. Keselamatan Kerja

1. Selalu dampingi pasien selama kegiatan berlangsung untuk mencegah kecelakaan.
2. Gunakan peralatan yang aman dan pastikan bahan kimia dijauhkan dari jangkauan pasien.
3. Berikan perhatian khusus kepada pasien yang menunjukkan gejala stres atau ketidaknyamanan selama proses.

7. Dokumentasi

Catat aktivitas pasien, respons terhadap terapi, dan hasil akhir kain yang dihasilkan untuk evaluasi perkembangan pasien.

8. Penutup

SOP ini diharapkan dapat membantu perawat dalam melaksanakan terapi aktivitas membatik cap dengan aman dan efektif untuk pasien dengan gangguan halusinasi pendengaran. Evaluasi rutin dilakukan untuk menilai efektivitas terapi.

Lampiran 3 Lembar Observasi Parsipatif

Lembar Observasi Partisipatif

Tujuan: Mendapatkan data fokus klien terkait gangguan halusinasi pendengaran melalui observasi langsung terhadap aktivitas sehari-hari selama terapi okupasi membuat cap berlangsung.

Identitas Pasien

1. Nama Pasien: _____
2. Usia: _____
3. Jenis Kelamin: _____
4. Nomor Rekam Medis: _____
5. Tanggal Observasi: _____

Parameter Observasi

- A. Respons terhadap Lingkungan
 1. Apakah pasien menunjukkan perhatian terhadap lingkungan sekitar?
 2. Apakah pasien mudah teralihkan oleh halusinasi?
- B. Interaksi Selama Terapi
 1. Apakah pasien terlibat aktif dalam proses membuat?
 2. Apakah pasien menjalin komunikasi dengan perawat?
- C. Fokus dan Konsentrasi
 1. Apakah pasien mampu mengikuti instruksi dengan baik?
 2. Apakah pasien menunjukkan kemampuan menyelesaikan tugas?
- D. Tanda-Tanda Halusinasi
 1. Apakah pasien berbicara sendiri atau terlihat mendengarkan sesuatu yang tidak ada?
 2. Apakah pasien menunjukkan ekspresi cemas atau ketakutan?
- E. Respons terhadap Terapi Membuat
 1. Apakah pasien merasa rileks atau puas setelah terapi?
 2. Apakah pasien menunjukkan kebanggaan terhadap hasil karya?

Catatan Observasi

- Deskripsi Perilaku: _____
- Faktor Pemicu atau Penghambat: _____
- Saran dan Tindak Lanjut: _____

Nama Pengamat: _____

Tanda Tangan: _____

Lampiran 4 Dokumentasi Studi Kasus



Ny.W
hari ke -1



Ny.W
hari ke -2



Lampiran 5. Lembar Bimbingan



LEMBAR BIMBINGAN KIAN
PRODI PROFESI NERS
JURUSAN KEPERAWATAN
POLTEKKES KEMENKES MALANG

Nama Mahasiswa : Amelia Kusuma PurnamaSari
 NIM : P17212235114
 Nama Pembimbing I : Esti Widiani, S.Kep., Ns., M.Kep.
 Judul Skripsi : Implementasi Dengan Pendekatan Humanistik : Terapi Okupasi
 Membatik Pada Pasien Skizofrenia Ny.W Dengan Halusinasi
 Pendengaran Di Wilayah Kerja Puskesmas Ardimulyo

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	TANDA TANGAN	
			PEMBIMBING	MAHASISWA
1	08/08/24	Konsultasi judul KIAN		
2	15/08/24	Konsultasi BAB I KIAN		
3	24/08/24	- konsultasi + revisi BAB I KIAN (MISI BAB I)		
4	30/08/24	- revisi BAB I KIAN (latar belakang, MISI)		
5	16/10/24	- revisi BAB I (dampak halusinasi, ketertarikan)		
6	28/10/24	- konsul + revisi bab I (terapi implementasi)		

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	TANDA TANGAN	
			PEMBIMBING	MAHASISWA
7	21/10/24	ACC bab 1 + lanjut mengerjakan bab 1-3		
8	21/11/24	- kontrol bab 1-3		
9	28/11/24	- revisi bab 1-3 + - ACC bab 1-3		
10	29/11/24	- konsultasi bab 4 - ACC bab 4		
11	20/12/24	- konsultasi bab 5 dan 6 - ACC bab 5 dan 6		
12	20/12/24	- ACC ujian KIAN		
13	21/01/24	- Konsultasi sidang KIAN - ACC revisi sidang KIAN dan siap cetak		

Mengetahui,
Ketua
Prodi Profesi Ners



Yono, S.Kp., M.Kep Sp. Kom
NIP. 196909021992031002

Malang, 21 Januari 2025
Pembimbing



Esti Widiyati, S.Kp., Ns., M.Kep.
NIP. 198402052024212014