

BAB III

LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

A. Pengkajian

1. Identitas Pasien

Nama : Tn. IKS Tanggal Dirawat (MRS) : 16 April 2021
Umur : 42 th Tanggal Pengkajian : 19 April 2021
Alamat : Br. Kebon Kaja, Desa Ruang Rawat : Ruang
Belege, Blahbatuh, Gianyar Arjuna
Pendidikan : Tidak Sekolah
Agama : Hindu
Status : Belum Kawin
Pekerjaan : Tidak bekerja
Jenis Kel. : Laki-laki
No.RM : 012348

2. Alasan Masuk

Pasien masuk dari IGD diantar oleh keluarganya. Diterima oleh dokter jaga dengan keluhan ketawa-ketawa sendiri, suka melempar barang-barang, kadang tampak bingung saat ditanya, tetapi makan dan minumannya baik. Sebelum dibawa ke rumah sakit pasien mondar-mandir di jalan. Keluarga pasien mengatakan pasien mengamuk sejak 5 hari yang lalu pada tanggal 11 April 2021 seperti melempar barang-barang dan memukul orang disekitarnya. Pada saat di rumah pasien tidak berhenti untuk mondar-mandir, sering berbicara sendiri, mandi

kadang tidak mau dan tidur terganggu. Sampai saat ini pasien sudah 2 kali bolak-balik RSJ untuk mendapatkan perawatan.

Pengkajian saat ini: Pengkajian dilakukan pada tanggal 19 April 2021. Pasien mengatakan mendengar suara-suara yang menyuruhnya memukul orang disekitarnya serta mengajaknya berbicara. Pasien tampak beberapa mencoba memukul orang disekitarnya.

3. Faktor Predisposisi

a. Pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu

Sebelumnya pasien juga sudah pernah di rawat, pasien sakit sejak tahun 2020. Terakhir dirawat 2 bulan yang lalu, dan mendapatkan izin dari Dokter pasien untuk pulang. Tapi sesampai dirumah sekitar 1 bulan pasien kembali malas minum obat dan akhirnya pasien kambuh lagi.

b. Pengobatan sebelumnya

Pasien mengatakan sebelumnya pernah dirawat di UPTD Rumah sakit Jiwa Provinsi Bali terakhir 2 bulan yang lalu. Pasien dan keluarga mengatakan pasien malas untuk kontrol dan minum obat tidak teratur, sehingga penyakit dari pasien kambuh lagi. Jadi keluarga pasien pun memutuskan untuk membawa pasien ke UPTD Rumah sakit Jiwa Provinsi Bali yang bertujuan untuk supaya pasien pulih kembali.

c. Riwayat trauma

1) Aniaya Fisik

Pasien mengatakan sebelumnya tidak pernah melakukan penganiayaan fisik kepada orang lain. Pasien mengatakan pernah menjadi pelaku

kekerasan dalam keluarganya sendiri seperti mengatakan pernah mengancam orang tuanya, dan suka melempar barang-barang.

2) Aniaya seksual

Pasien mengatakan tidak pernah menjadi pelaku, korban maupun saksi yang mengalami aniaya seksual.

3) Penolakan

Pasien mengalami penolakan oleh masyarakat sekitar rumah karena pernah di rawat di RSJ. Penolakan tersebut berupa pasien sering diejek dan tidak ada yang mau berteman dengan pasien.

4) Kekerasan dalam keluarga

Pasien pernah menjadi pelaku kekerasan dalam keluarganya sendiri seperti mengatakan pernah mengancam orang tuanya, dan suka melempar barang-barang. Tetapi pasien mengatakan tidak pernah menjadi korban dalam kekerasan keluarga.

5) Tindakan kriminal

Pasien mengatakan tidak pernah menjadi pelaku, korban dan saksi dalam tindakan kriminal

d. Adakah anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa

Pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga mengalami gangguan jiwa..

Masalah keperawatan: Tidak ada

e. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan

Pasien mengatakan pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan yang pernah di alami pasien adalah pasien selalu di ejek dan merasa dikucilkan

oleh lingkungan. Pasien juga mengatakan, kalau pasien sangat terpuruk jika diejak dan dikucilkan oleh temannya

4. Pemeriksaan Fisik

a. Ukuran Vital:

Tensi : 110/70 mm/Hg

Nadi : 80 x/mnt

Suhu : 36,4 °C

Pernapasan: 20 x/menit

b. Ukuran

Berat badan :48 kg

Tinggi Badan : 155cm

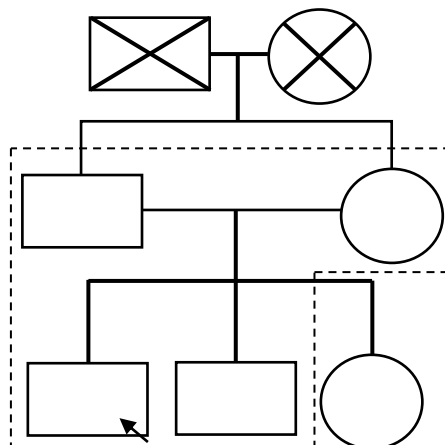
Saat dilakukan pengkajian, pasien mengatakan tidak ada penurunan maupun kenaikan berat badan.

c. Keluhan fisik: Tidak ada

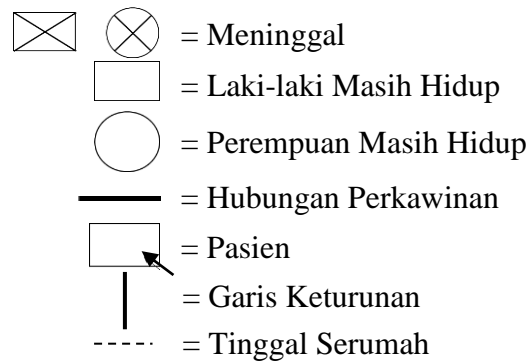
Saat dilakukan pengkajian pasien mengatakan tidak ada keluhan terhadap fisiknya

5. Pengkajian Psikososial (Sebelum Dan Sesudah Sakit)

a. Genogram:



Keterangan:



Gambar 3. Bagan dan Keterangan Genogram Pasien IKS

Dari penuturan pasien, pasien bersaudara 4 orang namun meninggal 1 sehingga yang masih hidup ada 3 orang, dimana pasien merupakan anak pertama dan satu saudaranya sudah menikah. Pasien mengatakan belum menikah dan di dalam keluarganya tidak ada yang memiliki penyakit yang sama sepertinya. Pasien juga mengatakan bahwa di dalam keluarganya tidak ada yang memiliki penyakit keturunan seperti hipertensi, DM, jantung, asma dan lain-lain.

b. Konsep Diri

1) Citra tubuh

Pasien mengatakan semua bagian tubuhnya disukai. Tidak ada bagian tubuhnya yang tidak disukainya.

2) Identitas

Pasien mengatakan namanya IKS, biasa dipanggil Ketut, umur 42 tahun, alamatnya di Br. Kebon Kaja, Desa Belege, Blahbatuh, Gianyar. Dari hasil observasari juga pasien berperilaku dan berpenampilan seperti laki-laki.

3) Peran

Pasien mengatakan ia merupakan seorang anak laki-laki serta belum menikah.

4) Ideal diri

Pasien mengatakan ia tidak puas dengan kehidupannya karena ia ingin bekerja seperti dulu lagi tetapi dia tidak tau bagaimana caranya karena ia tidak bisa keluar dari ruangan. Pasien mengatakan saya mau bekerja lagi biar punya uang.

5) Harga diri

Pasien mengatakan dirinya tidak berguna karena ia tidak bisa bekerja seperti dulu lagi. Pasien mengatakan tidak berguna, saya tidak bisa bekerja untuk dapat uang.

c. Hubungan sosial

1) Orang yang berarti/terdekat:

Pasien mengatakan orang yang berarti dalam kehidupannya yaitu keluarganya.

2) Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat:

Pasien mengatakan tidak pernah mengikuti ataupun di ajak mengikuti kegiatan yang di adakan di lingkungan tempat tinggal pasien, tapi saat di RSJ pasien mengikuti kegiatan seperti senam pagi dan TAK.

3) Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain:

Hubungan pasien dengan orang lain kurang karena pasien pernah dirawat di RSJ, ditambah pasien sering marah-marah tidak jelas dan suka melempar barang-barang saat pasien dirumah serta mengacau orang lain.

Pasien juga jarang mengikuti kegiatan yang di adakan di rumahnya dan tidak memiliki teman dekat.

d. Spiritual

1) Nilai dan keyakinan

Pasien beragama Hindu, pandangan dan keyakinan pasien terhadap agama baik.

2) Kegiatan ibadah

Saat dalam masa perawatan di rumah sakit pasien selalu berdoa bersama.

6. Status Mental

a. Penampilan

Saat pengkajian penampilan pasien cukup rapi dan cukup bersih, rambut agak sedikit berantakan, baju dan celana digunakan dengan benar namun pasien mandi tidak menggunakan sabun.

Masalah Keperawatan: Defisit perawatan diri (makan, mandi, berhias, toileting)

b. Pembicaraan

Pasien kalau di ajak berkomunikasi sekitar 10 menit jawaban pasien masih pas dan tidak berbelit-belit, tapi kalau sudah lebih dari 10 menit pasien mulai ngaur dan sering mengulang-ngulang pembicaraan, pasien suka mengikuti kemauan sendiri dalam bicara.

c. Aktifitas motorik/Psikomotor Kelambatan

Pasien tampak tidak bisa tenang, pasien sering menggerak-gerakan tangan tanpa sebab, kadang pasien suka mondar-mandir.

d. Alam Perasaan

Pasien tampak gembira yang berlebihan, ia tampak tertawa dan ketika ditanya hanya tertawa saja, kadang pasien tampak bicara dan tertawa sendiri.

e. Afek

Pasien tampak afeknya datar yaitu tidak ada perubahan rona muka pada saat ada stimulus yang menyenangkan atau menyedihkan.

f. Interaksi selama wawancara

Pasien saat berkomunikasi sekitar 10 menit jawaban pasien masih pas dan tidak berbelit-belit, tapi kalau sudah lebih dari 10 menit pasien mulai ngaur dan sering mengulang-ngulang pembicaraan, pasien suka mengikuti kemauan sendiri dalam bicara. Kontak mata kurang

g. Persepsi Halusinasi: Pendengaran

Pasien mengatakan mendengar suara-suara atau bisikan-bisikan yang mengajaknya berbicara, menyuruhnya untuk memukul orang lain. Pasien tampak sering berbicara sendiri, tertawa sendiri tapi saat di tanya malah diam, pasien tampak bingung dan sering mondar mandir. Pasien mengatakan isi halusinasi tidak jelas, halusinasi datang ketika pasien sedang sendiri dengan durasi sekitar 2-3 menit, dan pasien merespon dengan bicara sendiri bahkan sampai tertawa sendiri

h. Proses pikir

Saat interaksi, beberapa pertanyaan perawat dijawab oleh pasien namun tidak nyambung

i. Isi Pikir

Semua perkataan pasien bisa tidak bisa di pahami dan tidak bisa di mengerti

j. Tingkat Kesadaran

Saat wawancara pasien bisa menyebutkan waktu, tempat dan hari, pasien tidak ada gangguan tingkat kesadaran.

k. Memori

1) Jangka panjang

Untuk ingatan jangka panjang pasien tampak sulit seperti ketika ditanya dimana rumah dan siapa yang mengantarkan pasien kesini, pasien menjawab tidak tau.

2) Jangka pendek

Ingatan jangka pendek pasien adalah pasien bisa mengingat SP yang di ajarkan kepada pasien.

3) Saat ini

Saat wawancara pasien ingat jam berapa dia bangun tidur.

Masalah Keperawatan: tidak ada

l. Tingkat konsentrasi dan berhitung

Pasien orang yang tidak bisa berkonsentrasi, terbukti saat diajar berkomunikasi pasien selalu mengulang-ngulang perkataan dan menyuruh untuk mengulang pertanyaan ketika ditanya

Masalah Keperawatan: gangguan proses pikir

m. Kemampuan penilaian

Saat ditanya untuk memilih cuci tangan dulu atau makan pasien memilih untuk makan terlebih dahulu

Masalah keperawatan: gangguan proses pikir

n. Daya tilik diri

Pasien selalu mengatakan bahwa dirinya tidak sakit dan pasien selalu mengikarinya

Masalah Keperawatan: gangguan proses piker

7. Kebutuhan Persiapan Pulang

a. Makan

Pasien makan teratur sesuai jadwal makan di RSJ, pasien makan dengan lahap, dan jarang yang bersisa. Pasien tampak membersihkan atau meletakkan tempat makan ditempatnya sesudah makan

b. Defekasi/berkemih

Pasien tampak BAB dan BAK ditempatnya (WC) bukan di tempat sembarangan maupun di dalam celana

c. Mandi

Kebersihan diri pasien ada, pasien mandi pada pagi hari dan sore. Tapi kadang di wajah pasien masih ada kotoran yang menempel didekat mata.

d. Berpakaian/berhias

Pakaian pasien tampak tidak rapi, kerah baju pasien tidak terlipat baik. Celana acak-acakan tetapi pasien sudah di ajarkan bagaimana menjaga kebersihan

e. Istirahat dan tidur

Istirahat dan tidur pasien cukup/ pasien malam biasanya jam 20.00 sampai jam 05.30 pagi. Pasien mengatakan ada mengosok gigi sebelum tidur, dan ketika bangun tidur merapikan tempat tidurnya sesuai jadwal kegiatan.

f. Penggunaan obat

Untuk penggunaan obat, makan dan minum obat pasien masih di awasi. Tapi pasien sudah mengetahui 6 benar tentang obat karena sudah di ajari

g. Pemeliharaan Kesehatan

Pasien dan keluarga mengatakan jarang memanfaatkan Fasilitas Kesehatan yang ada dan pasien juga tidak patuh minum obat

h. Aktivitas di dalam rumah

Pasien tidak ada melakukan kegiatan di rumah, pasien biasanya hanya tiduran dirumah

i. Aktivitas di luar rumah

Pasien mengatakan sejak sakit tidak pernah lagi mengikuti aktivitas sosial di masyarakat. Pasien mengatakan jika pasien pulang, pasien hanya bekerja diladang.

8. Mekanisme Koping

a. Koping Adaptif

Pasien mengikuti kegiatan senam setiap pagi, pasien jarang berkomunikasi dengan teman yang lain, pasien ada mengikuti penyuluhan dan TAK setiap hari rabu dan sabtu.

b. Maladaptif

Pasien kadang tampak duduk sendiri, pasien tidak mampu memulai untuk berinteraksi, pasien cenderung mengikuti kemauan sendiri

9. Masalah Psikososial dan lingkungan

a. Masalah dengan dukungan kelompok

Pasien memiliki masalah dengan dukungan kelompok dilingkungan tempat tinggalnya, namun di RSJ saat ini dan teman lainnya sedang berusaha saling mendukung dalam kelompok

b. Masalah berhubungan dengan lingkungan

Saat ini di RSJ tidak ada masalah dengan lingkungannya, perawat dan teman sesama pasien saling membantu satu sama lain.

c. Masalah dengan pekerjaan

Pasien mengatakan hanya bekerja sebagai tukang cangkul di ladang

d. Masalah dengan perumahan

Pasien mengatakan tinggal di rumah sederhana, yang sudah milik keluarga, pasien tinggal dengan ayah

e. Masalah dengan ekonomi

Pasien mengatakan ekonomi keluarganya ekonomi menengah kebawah

10. Kurang Pengetahuan

Pasien mengatakan kurang mengetahui bagaimana cara penanganan dan cara merawat penyakit yang diderita saat ini. Pasien juga mengatakan tidak tahu dengan penyakitnya dan tidak tahu cara mengatasinya.

Masalah Keperawatan: kurang pengetahuan

11. Aspek Medis

a. Diagnosa medik: Skizofrenia Hebefrenik

b. Terapi medik

Tabel 5
Terapi Medik

Nama Obat	Kegunaan
Haloperidol 2 x 5 mg (Pagi dan Malam)	Obat yang digunakan untuk mengatasi gejala skizoprenia, mengatasi gangguan perilaku, dan mengontrol gejala sindrom Tourette (gangguan yang membuat penderita melakukan tic)
Depakote 2 x 250 mg (Pagi dan Malam)	Obat yang digunakan untuk mengobati gangguan perubahan suasana hati.
Clozapine 1 x 100 mg (Malam)	Obat ini digunakan untuk meredakan gejala skizofrenia, yaitu gangguan mental yang menyebabkan seseorang mengalami halusinasi, delusi, serta gangguan berpikir dan berperilaku.

Tabel 6
Analisa Data

No	Data	Masalah
	<p>DS Pasien mengatakan ada mendengar suara-suara/ bisikan di telinganya Pasien mengatakan suara yang didengar tidak jelas. Pasien mengatakan takut dengan suara tersebut.</p>	Gangguan Persepsi Sensori (D.0085)
	<p>DO Pasien tampak berbicara dan senyum-senyum sendiri Pasien tampak bingung Pasien tampak mondar mandir Pasien tampak gembira berlebihan</p>	
	<p>DS Pasien mengatakan pernah mengancam orang lain dan orang tuanya, serta suka melempar-lempar barang-barang.</p>	Resiko perilaku kekerasan (D.0146)
	<p>DO Pasien cenderung menuruti kemauan sendiri. Emosi pasien tampak labil Pasien tampak gelisah dan mondar-mandir</p>	

DS	Pasien mengatakan jarang mengikuti kegiatan yang ada di lingkungan tempat tinggal. Pasien mengatakan malas untuk berkumpul dengan teman-temannya Pasien mengatakan tidak punya teman dekat di ruangan	Isolasi sosial (D.0121)
DO	Pasien tampak menyendiri Pasien tampak tidak mau berinteraksi Pasien tampak lebih suka tidur dari pada berinteraksi dengan temannya	
DS	Pasien mengatakan selalu di ejek dan merasa dikucilkan oleh lingkungan. Pasien mengatakan tidak berguna, saya tidak bisa bekerja untuk dapat uang.	Harga diri rendah kronis (D.0086)
DO	Pasien tampak menunduk ketikadi tanya tentang penyakitnya. Pasien tampak malu berinteraksi	
DS	Pasien mengatakan ada mandi tapi terkadang tidak menggunakan sabun Pasien mengatakan tidak mau memakai sandal	Defisit Perawatan Diri (D.0109)
DO	Pasien tampak cukup rapi Rambut pasien tampak panjang Pasien tampak tidak memakai sandal Kuku tampak panjang dan kotor	

B. Masalah Keperawatan

Gangguan Persepsi Sensori (D0085)

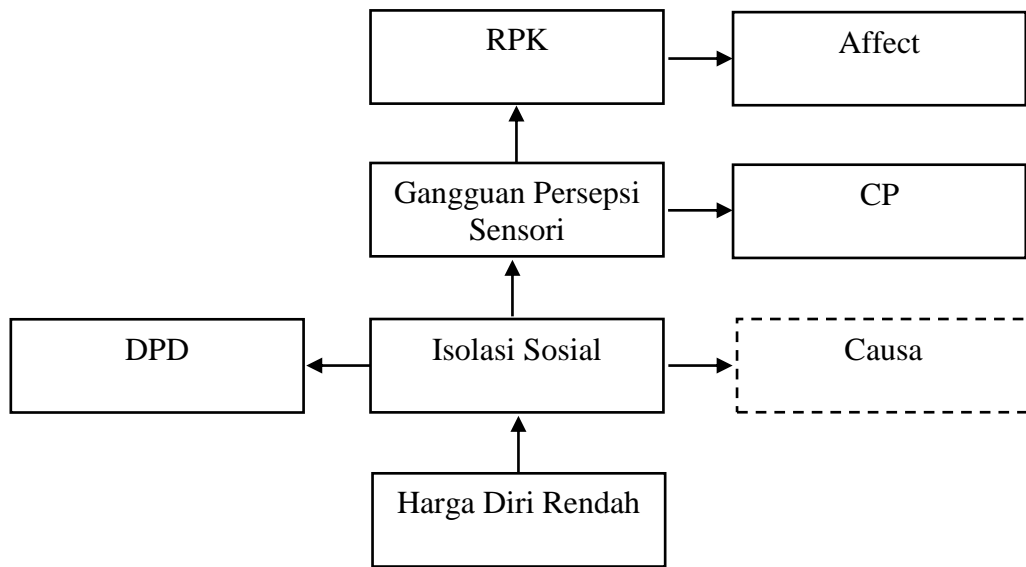
Resiko perilaku kekerasan (D.0146)

Isolasi sosial (D.0121)

Harga diri rendah kronis (D.0086)

Defisit Perawatan Diri (D.0109)

Pohon Masalah



Gambar 4. Bagan Pohon Masalah

C. Diagnosa keperawatan

Gangguan Persepsi Sensori (D0085)

D. Rencana Tindakan Keperawatan

Tabel 7
Rencana Tindakan Keperawatan

DiagnosaSDKI	Tujuan dan Kriteria Hasil SLKI	IntervensiSIKI
Gangguan PersepsiSensori (D.0085) Berhubungan dengan Gangguan pengelihatan	Persepsi Sensori (L09083) Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x30 menit diharapkan gangguan persepsi sensori membaik dengan kreteria hasil: Verbalisasi mendengar bisikan menurun Verbalisasi melihat bayangan menurun Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra perabaan menurun Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra penciuman menurun Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra pengecapan menurun Distorsi sensori menurun Perilaku halusinasi menurun Menarik diri menurun Melamun menurun Curiga menurun Mondar-mandir menurun Respons sesuai stimulus membaik Konsentrasi membaik Orientasi membaik	Management Halusinasi (I.09288) <i>Observasi</i> Monitor perilaku yang mengindikasi halusinasi Monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stumulasi lingkungan Monitor isi halusinari (mis.kekerasan/membahayakan diri) <i>Terapeutik</i> Pertahankan lingkungan yang aman Lakukan tindakan keselamatan ketika tidak dapat mengontrol perilaku (mis. <i>Limit setting</i> , pembatasan wilayah, pengekangann fisik, seklusi) Diskusikan perasaan dan respons terhadap halusinasi Hindari perdebatan tentang validitas halusinasi

Edukasi

Anjurka memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi

Anjurkan bicara pada orang yang dipercaya untuk memberi dukungan dan umpan balik korektif terhadap halusinasi

Anjurkan melakukan distraksi (misalkan mendengarkan musik, melakukan aktivitas dan teknik relaksasi)

Ajarkan pasien dan keluarga cara mengontrol halusinasi

Kolaborasi

Kolaborasi pemberian obatantipsikotik dan antiansietas, *jika perlu*

Terapi Kelompok (I.13500)

Observasi

Identifikasi topik, tujuan, dan proses kelompok

Monitor keterlibatan aktif setiap anggota kelompok

Terapeutik

Bentuk kelompok 5 sampai 12 anggota

Tentukan waktu dan tempat yang sesuai untuk pertemuan kelompok

Ciptakan suasana nyaman

Gunakan kontrak tertulis, *jika perlu*

Ciptakan iklim motivasi untuk proses kelompok

Mulai dan akhiri kegiatan tepat waktu

Atur tempat duduk sesuai metode yang digunakan sepakati norma kelompok

Berikan arahan dan informasi yang sesuai

Hindari interaksi kelompok tidak produktif

Arahkan kelompok melalui tahapan pengembangan

kelompok

Arahkan anggota kelompok untuk terlibat aktif

Edukasi

Ajurkan berbagi perasaan, pengetahuan, dan pengalaman

Anjurkan saling membantu dalam kelompok

Latih tanggung jawab dan mengendalikan diri dalam kelompok

Kolaborasi

Rujuk keperawat spesialis lain, *jika perlu*

E. Implementasi Tindakan Keperawatan

Tabel 8

Implementasi Tindakan Keperawatan

HARI/TGL/ JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TINDAKAN KEPERAWATAN	RESPON	PARAF
Senin 19 April 2021 Pukul 15.00 – 19.30 WITA	Gangguan Persepsi Sensori	Monitor perilaku yang mengindikasi halusinasi Monitor isi halusinari Pertahankan lingkungan yang aman Diskusikan perasaan dan respons terhadap halusinasi Anjurka memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi Anjurkan bicara pada orang yang dipercaya untuk memberi dukungan dan umpan balik korektif terhadap halusinasi Anjurkan melakukan distraksi (misalkan mendengarkan musik, melakukan aktivitas) Ajarkan pasien cara mengontrol halusinasi	S: Pasien mengatakan belum paham cara mengontro halusinasi dengan cara menghardik O: Pasien tampak bingung ketika disuruh mempraktekan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik	
		Identifikasi topik, tujuan, dan proses kelompok Monitor keterlibatan aktif setiap anggota kelompok Bentuk kelompok 5 sampai 12 anggota	S: Pasien mengatakan senang mengikuti TAK	

Tentukan waktu dan tempat yang sesuai untuk pertemuan kelompok
Gunakan kontrak tertulis, Ciptakan iklim motivasi untuk proses kelompok
Mulai dan akhiri kegiatan tepat waktu
Atur tempat duduk sesuai metode yang digunakan sepakati norma kelompok
Berikan arahan dan informasi yang sesuai
Hindari interaksi kelompok tidak produktif
Arahkan kelompok melalui tahapan pengembangan kelompok
Ajurkan berbagi perasaan, pengetahuan, dan pengalaman
Anjurkan saling membantu dalam kelompok
Latih tanggung jawab dan mengendalikan diri dalam kelompok

O: Pasien tampak senang mengikuti TAK

<p>Selasa 20 April 2021 Pukul 11.30 - 15.30 WITA</p>	<p>Gangguan Persepsi Sensori</p>	<p>Monitor perilaku yang mengindikasi halusinasi Monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulasi lingkungan Monitor isi halusinasi Identifikasi topik, tujuan, dan proses kelompok Monitor keterlibatan aktif setiap anggota kelompok</p> <p>Diskusikan perasaan dan respons terhadap halusinasi Anjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi Anjurkan bicara pada orang yang dipercaya untuk memberi dukungan dan umpan balik korektif terhadap halusinasi Anjurkan melakukan distraksi Ajurkan berbagi perasaan, pengetahuan, dan pengalaman Anjurkan saling membantu dalam kelompok Latih tanggung jawab dan mengendalikan diri dalam kelompok</p>	<p>S: Pasien mengatakan mulai mampu melakukan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik. Pasien mengatakan senang mengikuti TAK</p> <p>O: Pasien mulai bisa mempraktekan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik. Pasien tampak senang mengikuti TAK</p> <p>S: Pasien mengatakan sudah bisa melakukan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik. Pasien mengatakan senang mengikuti TAK</p> <p>O : Pasien mampu mempraktekan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik. Pasien tampak senang mengikuti TAK</p>
--	----------------------------------	---	--

<p>Rabu, 21 April 2021 Pukul 10.00 - 10.15 WITA</p>	<p>Gangguan Persepsi Sensori</p>	<p>Monitor perilaku yang mengindikasikan halusinasi Monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulasi lingkungan Identifikasi topik, tujuan, dan proses kelompok Monitor keterlibatan aktif setiap anggota kelompok Pertahankan lingkungan yang aman Lakukan tindakan keselamatan ketika tidak dapat mengontrol perilaku Diskusikan perasaan dan respons terhadap halusinasi Hindari perdebatan tentang validitas halusinasi</p>	<p>S: Pasien sudah bisa melakukan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik. Pasien mengatakan senang mengikuti TAK O: Pasien tampak sudah mampu mempraktekan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik. Pasien tampak senang mengikuti TAK</p>
		<p>Anjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi 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 Ajarkan berbagi perasaan, pengetahuan, dan pengalaman Anjurkan saling membantu dalam kelompok Latih tanggung jawab dan</p>	<p>S: Pasien sudah paham dan bisa melakukan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik. Pasien mengatakan senang mengikuti TAK O : Pasien tampak sudah mampu mempraktekan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik. Pasien</p>

mengendalikan diri dalam kelompok

tampak senang mengikuti TAK

F. Evaluasi Keperawatan

Tabel 9

Evaluasi Tindakan Keperawatan

WAKTU	DIAGNOSA KEPERAWATAN	EVALUASI	PARAF
Rabu, 24 April 2021 11.00 Wita	Halusinasi Pendengaran	S : Pasien mengatakan sudah bisa melakukan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik. Pasien mengatakan senang mengikuti TAK O: Pasien mampu mempraktekan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik. Pasien tampak senang mengikuti TAK A: Masalah gangguan persepsi sensori tercapai P : Pertahankan kondisi pasien	