

LAMPIRAN

Lampiran I : Literatur Review Jurnal

No	Judul Jurnal	Tahun Terbit	Penulis	Metode Penelitian a. Jenis penelitian b. Sampel c. Jumlah sample d. Kriteria inklusi dan eksklus	Hasil	Kesimpulan
1	Penerapan terapi okupulasi menggambar terhadap tanda dan gejala pada pasien halusinasi di ruangan nuri rumah sakit jiwa daerah provinsi lampung	2024	Feri Nurjaya, Uswatun Hasanah,Indhit Tri Utami	a. Studi khusus b. 2 Oang pasien c. 2 Orang pasien d. Kriteria Inklusi 1. Pasien dengan Halusinasi : Subjek yang mengalami tanda dan gejala halusinasi. 2. Usia dan Jenis Kelamin : Tidak disebutkan secara spesifik, tetapi biasanya mencakup berbagai usia dan jenis kelamin. 3. Bersedia mengikuti Terapi : Pasien yang memberikan informed consent untuk mengikuti terapi	Hasil penerapan menunjukkan bahwa setelah dilakukan penerapan terapi okupasi aktivitas menggambar terjadi penurunan pada tanda dan gejala	Berdasarkan hasil penerapan terapi menggambar dan merias diri terhadap kedua pasien dengan masalah keperawatan harga diri rendah peneliti mengambil Kesimpulan bahwa terapi okupasi menggambar yang dilakukan selama 3 hari dapat menurunkan tanda dan gejala pasien halusinasi

				okupasi menggambar. Kriteria Eksklusi 1. Pasien dengan Gangguan Jiwa : Pasien yang tidak mengalami halusinasi atau memiliki gangguan jiwa yang lebih serius. 2. Pasien yang Tidak Kooperatif : Mereka yang tidak dapat mengikuti instruksi atau berpartisipasi 3. masalah kesehatan fisik : pada pasien dengan kondisi medis yang menghalangi partisipasi dalam terapi		
2	Penerapan terapi okupasi menggambar terhadap oerubahan tanda dan gejala pada pasien dengan gangguan prensensi sensori halusinasi	2023	Ayu Wulansari,Tri Susilowati	a. Studi khusus b. 2 Orang pasien c. 2 Orang pasien d. Kriteria Inklusi 1. Pasien dengan Halusinasi : Subjek yang mengalami tanda dan gejala halusinasi. 2. Usia dan Jenis Kelamin : Tidak disebutkan secara spesifik,	Setelah dilakukan penerapan terapi okupasi menggambar kedua responden mengalami penurunan skor halusinasi ,dengan jumlah skor yaitu 14 dan 5 yang tergolong kedalam halusinasi	Berdasarkan data yang didapatkan kedua responden mengalami perkembangan yang awalnya tergolong dalam halusinasi sangat berat menjadi halusinasi sangat berat menjadi halusinasi sedang

				tetapi biasanya mencakup berbagai usia dan jenis kelamin. 3. Bersedia mengikuti Terapi : Pasien yang memberikan informed consent untuk mengikuti terapi okupasi menggambar. Kriteria Eksklusi 1. Pasien dengan Gangguan Jiwa a. : Pasien yang tidak mengalami halusinasi atau memiliki gangguan jiwa yang lebih serius. 2. Pasien yang Tidak Kooperatif : Mereka yang tidak dapat mengikuti instruksi atau berpartisipasi 3. Masalah kesehatan fisik : pada pasien dengan kondisi medis yang menghalangi partisipasi dalam terapi		
--	--	--	--	--	--	--

3	Terapi okupasi menggambar terhadap perubahan tanda dan gejala halusinasi pada pasien dengan gangguan jiwa	2024	Fatihah fatihah,Aty nurillawaty,Yusrini,Diah Sukaesti	a. Pretest-posttest b. 16 orang pasien c. 16 orang pasien Kriteria Inklusi: 1. Pasien yang mengalami gangguan persepsi sensori: halusinasi. 2. Bersedia menjadi responden 3. Mampu berkomunikasi verbal Kriteria Eksklusi: 1. Pasien dengan kondisi yang tidak stabil (agitatif berat atau tidak kooperatif).	Setelah dilakukan terapi okupasi menggambar stimulasi persepsi: halusinasi selama 3 hari berturut-turut, hasil uji Wilcoxon menunjukkan ada perbedaan yang signifikan antara pretest dan posttest. Skor pretest dan posttest menunjukkan penurunan skor halusinasi, yang berarti gejala halusinasi menurun setelah intervensi	Pemberian terapi okupasi menggambar stimulasi persepsi: halusinasi efektif dalam menurunkan intensitas halusinasi pada pasien gangguan jiwa yang mengalami halusinasi.
4	Penerapan terapi okupasi menggambar terhadap tanda dan gejala pada pasien halusinasi di RSJD Dr.RM Soedjarwadi Klaten	2024	Qori jabal,Retno Yuli Hastuti	a. Studi kasus b. 2 Orang Pasien c. 2 Orang Pasien Kriteria Inklusi 1. Pasien dengan diagnosa skizofrenia 2. Mengalami halusinasi pendengaran atau penglihatan 3. Bersedia mengikuti terapi menggambar Kriteria Eksklusi 1. Pasien yang tidak kooperatif atau tidak bersedia mengikuti terapi Pasien dengan kondisi tidak stabil	Terapi menggambar dilakukan selama 3 hari pertemuan masing-masing 45 menit diharapkan Penurunan jumlah tanda dan gejala halusinasi dan partisipan mampu mengekspresikan perasaan dan makna melalui gambar	Terapi menggambar efektif menurunkan tanda dan gejala halusinasi pada pasien skizofrenia, membantu pasien mengekspresikan perasaan serta meningkatkan kemampuan dalam mengontrol halusinasi

				yang mengganggu pelaksanaan terapi		
--	--	--	--	---------------------------------------	--	--

Lampiran II : Lembar Bimbingan
PEMBIMBING 1

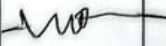
KARTU BIMBINGAN
KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama Mahasiswa : Anisa Herawati
 NIM : 2210001014
 Pembimbing Utama : Asep. Aep, I, Srd., S. kep., Ners., M. kep
 Pembimbing Pendamping : Yanti Marlina, S. kep. Ners. M. kep

No	Hari/ Tanggal	Catatan Bimbingan	Paraf Pembimbing
	20 Januari, 2025	Bab I Bab II } Perbaiki Bab III }	-wa
	4 Februari, 2025	Bab I Bab II } Bab III } askep }	-wa
	12 Februari, 2025	Bab I lengkapi data Bab II tambahkan konsep terapi diapasi Bab III perbaiki etika kep	-wa
	14 Februari, 2025	lengkapi lampiran bab I, bab II, bab III acc sidang up.	-wa

**KARTU BIMBINGAN
KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH**

Nama Mahasiswa : Anisa Herawati
 NIM : 221501014
 Pembimbing Utama : Asep Aep Indatana, Skep., Mers., Mpd., MPP
 Pembimbing Pendamping : ~~Yani~~ Yani Marlina, Skep., Mers., Mkep

No	Hari/ Tanggal	Catatan Bimbingan	Paraf Pembimbing
1	Senin 26 Mei 2025	Bab 3 • rubah jadi kata kerja Bab 4 • pembahasan paragraf	
2	Selasa 27 Mei 2025	• Tambahkan halaman persetujuan, pengesahan • abstrak Perbaiki	
3	Rabu 28 Mei 2025	• Bab 4 pembahasan rangkai • Kesimpulan • saran hasil dari pembahasan	

4.	Rabu 20/28 05	Acc sidang akhir	
----	---------------	---------------------	---

PEMBIMBING 2

KARTU BIMBINGAN KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama Mahasiswa : Anisa herawati
 NIM : 220601014
 Pembimbing Utama : Asep, Aep, I, S, Kep., Ners., M. Pd., M. Kep
 Pembimbing Pendamping : Yenni Marlina, Skep., Ners., M. Kep

No	Hari/ Tanggal	Catatan Bimbingan	Paraf Pembimbing
1.	Selasa, 11-feb-25	BAB I = persiapkan susunan tiap paragraf BAB II = cek kembali jurnal e. susunan BAB III = persiapkan kembali penulisan	
2.	Rabu, 12-feb-25	BAB I = lengkapi Data yg kurang + m. kep BAB II = cek kembali DP BAB III = lengkapi + persiapkan kembali penulisan.	
3.	Jumat, 14/2-25	BAB I = Lengkapi kembali Data BAB II = Acc. / cek penulisan BAB III = cek kembali penulisan.	
4.	Sabtu, 15/2-25	BAB I } BAB II } Acc BAB III } Lengkapi y. keagregan	

KARTU BIMBINGAN
KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama Mahasiswa : Anisa Herawati
 NIM : 221610104
 Pembimbing Utama : Asep Aep Indarna, Skp., Ners., MEd., Mkep
 Pembimbing Pendamping : HJ. Yanti Marlina, Skp., Ners., Mkep

No	Hari/ Tanggal	Catatan Bimbingan	Paraf Pembimbing
1.	Senin, 26/05/2025	* Kuesioner berbasi kst. perbaikan. C. 10.9 * BAB : 10.10 sesuai dengan jurnal (F, 10).	
2.	Selasa, 27/05/2025	* BAB II = Perbaikan lengkap kembali peny cunanya.	
3.	Rabu, 28/05/2025	* BAB IV Sesuai kuesioner pengalasan sesuai tabelan faktor, teori & opini * BAB V lengkap = 8.10.10 Saran & 8.10.10 Saran: kuesioner kuesioner	

4.	Rabu, 28/05/2025	AKC sidanog aldris	
----	------------------	-----------------------	---

Lampiran III : Askep Pasien 1& 2

Pasien 1

Pengkajian

Ruang rawat : Perkutut
Tanggal dirawat : Pasien 1 (9 Desember 2024)

A. Identitas Pasien

Nama : Tn. F
Tgl Lahir : 5 Agustus 1999
Umur : 25 Tahun
Jenis Kelamin : Laki-laki
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : Tidak bekerja
Status Pernikahan : Belum menikah
Suku Bangsa : Sunda/Indonesia
Tanggal Pengkajian : 11 Desember 2024
No.Medrec : 065058
Diagnosa Medis : Skizofrenia Afektif
Alamat : Ujung Berung
Informan : Pasien,Rekam medis

B. Alasan Masuk Rumah Sakit

Gelisah sejak 2 Bulan bicara sendiri, merasa diikuti mermaid/boneka caki, marah-marah, memukul ayah dan adiknya, menendang meja, minta maaf bila sudah tenang, tidur kurang, makan banyak, mandi jarang, mondar mandir, minum obat mau terakhir minum obat pk.

Masalah keperawatan : Gangguan persepsi sensori : Halusinasi penglihatan

Perilaku kekerasan, Defisit perawatan diri

C. Keluhan Saat Dikaji

Pada saat dikaji tanggal 11 Desember 2024 klien mengatakan masi merasakan halusinasi penglihatannya,klien masih sering melihat bayangan yang tidak nyata seperti diikuti boneka caki atau melihat bayangan mermaid, pada saat melihat

boneka caki klien mengatakan boneka itu sering menyuruhnya dalam hal positif atau negatif seperti sering menyuruhnya dalam hal kebaikan “ jangan berbuat jahat “ atau “ jangan solat”. kalau pada saat melihat bayangan mermaid klien mengatakan bahwa dirinya selalu ingin melakukan sesuatu yang tidak wajar seperti melakukan (sex kepada dirinya sendiri). Tapi semenjak masuk Rumah sakit jiwa hasrat untuk melakukan itu sudah berkurang karna sudah bisa mengontrolnya.klien juga mengatakan jarang mandi,mandi 1x/hari, klien juga mengatakan bahwa setelah melakukan perawatan di rumah sakit jiwa klien merasa sudah mulai bisa mengontrol emosinya sendiri

D. Faktor prediposisi

1) Pernah Mengalami Gangguan Jiwa Masa Lalu?

Pasien pernah mengalami sakit gangguan jiwa sebelumnya, Sakit sejak 2016,Tahun 2017 lanjut berobat jalan ke Yayasan Nur Ilahi

2) Pengobatan Sebelumnya?

Pengobatan sebelumnya kurang berhasil karna pasien masih sering marah-marah di rumahnya

3) Pernah Mengalami Trauma Sebelumnya?

Pasien mengatakan tidak pernah mengalami trauma

4) Anggota Keluarga Yang Gangguan Jiwa?

Di dalam keluarganya tidak ada yang mengalami gangguan jiwa

5) Pengalaman Masalalu?

Ditinggal kekasih (Pas mau tunangan) Mulai dari situlah klien mulai ngedrop memori yang Pikiranya selalu berpikir di luar nalar

Masalah keperawatan : Gangguan persepsi sensoris : halusinasi penglihatan

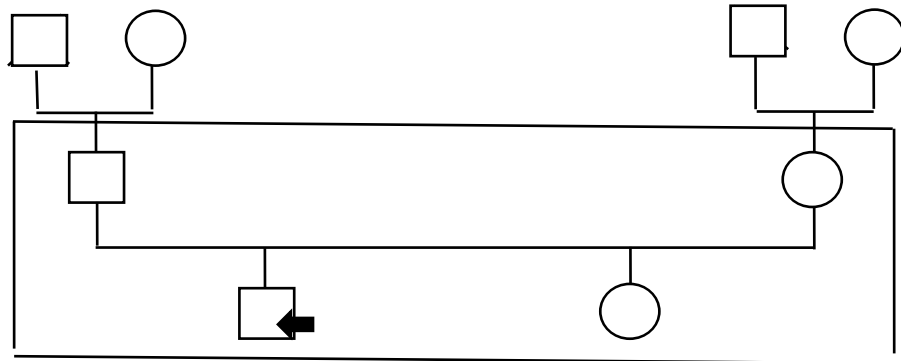
E. Pemeriksaan Fisik

Tekanan darah	: 120/90MmHg
Nadi	: 98x/menit
Suhu	: 36,6 C
RR	: 20x/menit
SPO2	: 98%
BB	: 78 Kg

TB : 168 Cm
Keluhan fisik : tidak ada keluhan fisik
Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

F. Psikososial

1) Genogram



Ket : Penjelasan orang tua dari ayah sudah tidak ke duanya dan orang tua dari ibu hanya satu yang masih hidup, klien tinggal bersama kedua orang tuanya dan klien merupakan anak ke satu dari dua bersaudara klien memiliki adik perempuan dan mereka tinggal bersama.

- ☐ : laki laki meninggal
- ⊗ : Perempuan meninggal
- ☐ : laki laki
- : perempuan
- ☐➡ : pasien
- : tinggal serumah

2) Konsep Diri

a) Gambaran diri

Klien mengatakan menyukai anggota tubuhnya terutama bagian matanya karna merasa bagus

b) Identitas

Klien mengatakan bahwa dirinya adalah seorang kaka dan mempunyai satu orang adik perempuan berumur 17 tahun

c) Peran

Klien merupakan seorang anak laki laki pertama dari dua bersaudara, dan belum menikah

d) Ideal Diri

Klien mengatakan ingin cepat sembuh dan cepat pulang

e) Harga diri

Klien mengatakan bahwa tidak menyukai bagian anggota tubuhnya yaitu bagian kaki karna klien merasa kakinya suka cepat lemas kalo berjalan atau aktivitas lama.

f) Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3) Hubungan Sosial

a) Orang yang berarti

Klien mengatakan orang yang paling berarti dalam hidupnya adalah kedua orang tuanya.

b) Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat

Klien mengatakan sering berperan serta dalam kelompok masyarakat dan sering bersosialisasi dengan tetangga sekitarnya, seperti mengikuti kerja bakti atau mengikuti acara 17 Agustus

c) Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain

Klien tidak memiliki hambatan dalam berhubungan dengan orang lain

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

4) Spiritual

a) Nilai dan keyakinan

Klien meyakini adanya Allah SWT dan mengatakan bahwa penyakit di deritanya adalah cobaan dari Allah, klien juga mengatakan ingin cepat sembuh

b) Kegiatan ibadah

Klien mengatakan sebelum masuk ke RSJ klien melakukan sholat 5 waktu tetapi selama di rawat klien jarang melakukannya

c) Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

G. Status Mental

1) Penampilan

Klien berpenampilan rapih dan berpakaian sesuai biasanya

2) Pembicaraan

Dalam pembicaraan klien baik, lancar dan nyambung dengan pertanyaan, klien kooperatif

3) Aktivitas Motorik

Klien tampak melakukan aktivitas sehari-hari di RSJ secara mandiri

4) Alam Perasaan

Klien mengatakan perasaannya saat ini sedih dan gembira, sedih karna jauh dari keluarga, gembira karna kondisinya lebih baik dari sebelum masuk rsj

5) Afek

Klien pada saat diwawancarai kadang menunjukkan ekspresi melihat sesuatu, respon emosional pasien stabil, pasien tenang pada saat berinteraksi

6) Interaksi Selama Wawancara

Klien mampu menjawab semua pertanyaan yang di ajukan dengan sesuai/baik, kontak mata klien dengan perawat baik

7) Persepsi

Klien sering melihat bayangan yang tidak nyata/samar-samar, bayangan tersebut muncul kalo klien sendirian atau sedang melamun.

8) Proses Berfikir

Klien mampu menjawab pertanyaan dengan baik tetapi klien juga sering mengulang pembicaraan/kosa kata yang dibicarakan sebelumnya

9) Isi pikiran

Klien mengatakan isi pikirannya itu tidak logis, atau tidak sesuai dengan kenyataannya

10) Waham

Tidak ada tanda gejala waham

11) Tingkat Kesadaran

Klien merasa bingung dengan halusinasi yang dideritanya

12) Memori

Tidak ada masalah memori,klien mampu menceritakan kejadian dimasalalu dan kejadian yang baru terjadi

13) Tingkat Konsentrasi Dan Berhitung

Klien mampu menjawab pertanyaan yang telah diberikan perawat

14) Kemampuan penilaian

Klien dapat menentukan keputusan pada saat di beri pertanyaan,sebelum makan apa yang dilakukan terlebih dahulu,klien menjawab dengan benar lebih memilih cuci tangan terlebih dahulu sebelum makan

15) Daya tilik

Ketika di tanyai mengenai penyakitnya klien mengatakan ikhlas dan menerima penyakit yang di alaminya bahwa ini ujian dari Allah SWT

Masalah keperawatan : Gangguan persepsi sensori : halusinasi penglihatan

H. Kebutuhan Persiapan Pulang

1) Makan

Klien dapat makan dan minum secara mandiri tanpa bantuan dari orang lain,klien dapat menyimpan kembali alat makan,gelas dan kursi ke tempatnya, frekuensi makannya 3x/hari.

2) Bab/Bak

Klien dapat melakukan Bab/Bak secara mandiri,frekuensi Bab 2x/hari,Bak 3x/hari

3) Mandi

Klien dapat mandi secara mandiri, frekuensinya 1x/hari dilakukan secara mandiri

4) Berpakaian Atau Berhias

Klien dapat berpakaian secara mandiri serta rapi,klien dapat menyisir rambutnya secara mandiri

5) Istirahat Tidur

Klien mengatakan tidak ada masalah pada istirahat tidur siang 2 jam setiap harinya, dan tidur malam 8 jam tanpa terbangun di malam harinya.klien

mengatakan sebelum tidur sering bercakap-cakap terlebih dahulu dengan teman sekamarnya

6) Penggunaan Obat

Klien mengatakan selalu meminum obatnya dengan tepat waktu pada saat diberikan oleh perawat

7) Pemeliharaan Kesehatan

Klien mengatakan apabila klien sakit,klien akan segera dibawa ke puskesmas atau rumah sakit terdekat

8) Kegiatan Di Dalam Rumah

Pada saat dilakukan pengkajian klien adalah seorang anak yang sering membantu orangtuanya mencuci piring,menyapu,merapihkan rumah secara mandiri

9) Kegiatan Di Luar Rumah

Klien mengatakan memiliki banyak kegiatan di luar rumahnya, seperti belanja, nongkrong, mengantar ibunya belanja ke pasar dengan menggunakan transportasi sepeda motor

10) Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

I. Mekanisme Koping

Mekanisme koping klien adaptif yaitu klien dapat berbicara baik dengan orang lain dan kooperatif

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

J. Masalah Psikososial Dan Lingkungan

1) Masalah Berhubungan Dengan Kelompok, Spesifik

Klien mengatakan bahwa tidak pernah mempunyai masalah dengan tetangganya atau orang lain

2) Masalah Hubungan Dengan Lingkungan, Spesifik

Saat dikaji klien mampu berinteraksi dengan orang lain

3) Masalah Dengan Pendidikan, Spesifik

Klien mengatakan SD – SMA lulus sampai akhir dan tidak ada masalah pada saat menjenjang pendidikan

4) Masalah Dengan Perumahan, Spesifik

Klien tidak pernah ada masalah dengan tetangganya

5) Masalah Ekonomi, Spesifik

Klien berasal dari keluarga menengah dan tidak memiliki masalah dengan ekonominya.

6) Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

K. Pengetahuan Kurang Tentang

Klien mengatakan mengetahui tentang penyakit yang dialaminya dan obat-obatan yang di resepkan untuknya

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

L. Askep Medik

1) Diagnosa medik

Skizofrenia Afektif

2) Terapi obat

No	Nama obat	Dosis	Waktu	Rute	Manfaat obat
1	Risperidone	3 mg	08.00	Oral	Obat untuk meredakan gejala skizofrenia dan gangguan bipolar
2	Divalproex sodium tablet	250 mg	08.00	Oral	Obat yang digunakan untuk mengobati berbagai medis termasuk mengontrol krjang pada orang yang menderita epilepsi
3	Trihexyphenidil	2 mg	08.00	Oral	Membantu menurunkan rasa kaku pada otot, keringat

	berlebihan, dan produksi air liur
--	-----------------------------------

3) Analisa Data

No	Analisa Data	Etiologi	Masalah
1	DS : - pada saat dikaji klien mengatakan masih sering melihat bayangan yang tidak nyata seperti melihat bayangan bonoka caki dan seperti di ikutin mermaid - klien mengatakn kalo boneka cakai itu sering kali menyuruhnya dalam hal positif atau bisa juga negatif,seperti “jangan berbuat jahat”atau “jangan solat” - klien mengatakan juga kalu melihat mermaid dirinya selalu ingin melakukan sesuatu yang tidak wajar seperti melakukan (sex kepada dirinya sendiri).tapu semenjak masuk rumah sakit jiwa hasrat untuk melakukan itu sudah berkurang atau sudah bisa mengontrolnya DO : - Klien tampak Gelisah - Klien tampak sering melamun - Klien tampak cemas	Penyebab masalah Koping individu tidak efektif Menarik diri Isolasi sosial Gangguan presensi	Gangguan persepsi sensorik : Halusinasi penglihatan (D.0085)

2	DS :	Sulit mengendalikan Prilaku kekerasan
	- Klien mengatakan klien suka marah-marah tanpa sebab, pernah memukul ayah dan adiknya	marah dam kesal ↓ Tn,F marah-marah fisikologis sampe menendang meja (D. 0132) ↓
	DO :	
	- Klien tampak bingung	

Perilaku kekerasan

3	DS :	Koping individu tidak Defisit perawatan diri (D.0109)
	- Klien mengatakan jarang mandi, mandi 1x/hari	efektif ↓ Gangguan konsep diri : harga diri rendah ↓ Defisit perawatan diri

4) Diagnosa Keperawatan

No	Diagnosa keperawatan	Tanggal ditemukan	Nama Perawat	Tanda tangan
1	Gangguan persepsi sensori : Halusinasi penglihatan	11 Desember 2024	Anisa Herawati	
2	Prilaku kekerasan berhubungan dengan faktor fisiologi	11 Desember 2024	Anisa Herawati	
3	Defisit perawatan diri berhubungan dengan klien jarang mandi	11 Desember 2024	Anisa Herawati	

5) Perencanaan

6) Intervensi				
No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Tindakan	Rasional
1	SDKI (D.0085) Gangguan persepsi sensori : halusinasi penglihatan DS: - pada saat dikaji klien mengatakan masih sering melihat bayangan yang tidak nyata seperti melihat bayangan boneka caki dan seperti di ikutin mermaid - klien mengatakn kalo boneka cakai itu sering kali menyuruhnya dalam hal positif atau bisa juga	SLKI (L.09083) Persepsi sensori Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan realitas terhadap stimulus baik internal maupun eksternal membaik dengan kriteris hasil : - verbalisasi melihat bayangan menurun - Distorsi sensori menurun	SIKI (I.09288) Manajemen halusinasi Observasi - monitor perilaku yang mengindikasi halusinasi - monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulus lingkungan - monitor isi halusinasi - Identifikasi penyebab, tanda Gejala serta akibat halusinasi penglihatan - Menjelaskan cara mengontrol halusinasi. Tarapeutik SP 1 - Latihan cara mengontrol halusinasi dengan cara pertama : Jelaskan cara menghardik halusinasi	Observasi - Untuk mendeteksi dini gejala halusinasi - menentukan tingkat keoarahan dan menyesuaikan intervensi yang aman dan tepat Terapeutik -Memberikan alternatif untuk mengalihkan perhatian dari stimulus internal -menurunkan kecemasan dan meningkatkan kontrol diri - Membangun keterampilan praktis pasien dalam mengendalikan halusinasi Edukasi - meningkatkan pemahaman pasien dan keluarga agar dapat terlibat aktif dalam penatalaksanaan jadwal - Terstruktur membantu

negatif, seperti “jangan berbuat jahat” atau “jangan solat” - klien mengatakan juga kalau melihat mermaid dirinya selalu ingin melakukan sesuatu yang tidak wajar seperti melakukan (sex kepada dirinya sendiri). tapi semenjak masuk rumah sakit jiwa hasrat untuk melakukan itu sudah berkurang atau sudah bisa mengontrol	- Peragakan cara menghardik - Meminta pasien memperagakan ulang - Pantau penerapan cara ini, beri penguatan - Memasukan dalam jadwal kegiatan SP 3 - melatih pasien berkomunikasi dengan oarang lain untuk mengurangi perasaan kesepian - mendorong pasien untuk afektif berinteraksi dengan orang lain - melatih pasien mengontrol halusinasi dengan cara terapi okupasi menggambar - masukan kedalam kegiatan terjadwal Edukasi SP 4 - mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan terjadwal	mengalihkan perhatian dari halusinasi dan mengisi waktu dengan aktivitas positif Kolaborasi - Obat antipsikotik efektif menurunkan gejala halusinasi, kepatuhan obat mencegah kekambuhan
--	--	---

emosinya

- membantu pasien
menyusun jadwal
kegiatan sehari-hari
- mendorong pasien
untuk mengisi waktu
luang dengan kegiatan
yang bermanfaat

Kolaborasi

SP 2

- membantu pasien
memahami pentingnya
minum obat secara
teratur
- melatih pasien
menggunakan obat
dengan
benar(dosis,waktu,car
a minum)
- mengingatkan pasien
untuk selalu mengecek
obat sebelum diminum

SP 1 Keluarga

Observasi

- 1) Mendiskusikan
masalah yang
dirasakan keluarga
dalam merawat klien.
Menjelaskan
pengertian, tanda dan
gejala, halusinasi yang
dialami klien beserta
-

proses terjadinya

SP 2 Keluarga

1) Melatih keluarga

Mempraktikan cara
merawat langsung

kepada klien

halusinasi.

2) Melatih keluarga

melakukan cara

merawat langsung

kepada klien

halusinasi

SP 3 Halusinasi

1) Membantu keluarga

membuat jadwal

aktivitas dirumah

termasuk minum obat

(discharge planing)

Menjelaskan tindakan

klien setelah pulang

2	SDKI(D.0132)	SLKI(L.09076)	SIKI (I.09290)	Observasi
	Perilaku kekerasan berhubungan faktor fisiologis	Kontrol diri Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan kemampuan untuk mengendalikan	Manajemen pengendalian marah Observasi - identifikasi penyebab/pem icu kemarahan - identifikasi harapan perilaku terhadap ekspestasi kemarahan - monitor potensi	- Memungkinkan tindakan pencegahan sebelum terjadi kekerasan Terapeutik - Aktivitas spiritual menenangkan batin - Mengurangi amarah - Memperkuat kontrol diri Edukasi - Keluarga dan pasien
	DS: -Klien mengatakan klien suka marah marah tanpa sebab, pernah			

memukul ayah dan adiknya - Klien mengatakan semenjak di rumah sakit sudah bisa mengontrol emosinya	atau mengatur emosi, pikiran, dan perilaku dalam menghadapi masalah meningkat dengan kriteria hasil :	agresif tidak konstruktif dan lakukan tindakan sebelum agresif	dapat mengenali tanda dini dan melakukan tindakan pencegahan
DO :		Terapeutik SP 1	Kolaborasi
- Klien tampak bingung	- verbalisasi ancaman kepada orang lain menurun - perilaku menyerang menurun - perilaku melukai diri sendiri/orang lain menurun - perilaku merusak lingkungan sekitar menurun - perilaku agresif/amuk menurun	- pasien dapat mengidentifik asi penyebab prilaku kekerasan - pasien dapat mengidentifik asi tanda tanda prilaku kekerasan - pasien dapat menyebutkan jenis prilaku kekerasan yang pernah dilakukannya - pasien dapat mencegah/me ngontrol prilaku kekerasannya secara fisik,spiritual, sosial. SP 2	- Obat membantu menurunkan intensitas pengendalian diri - Pendekatan multidisiplin meningkatkan efektivitas manajemen perilaku kekerasan
		- latih cara ke-2 pukul bantal	
		- buat dalam kegiatan terjadwal	
		Edukasi	

SP 3

- latih mengontrol perilaku kekerasan dengan secara spiritual
- diskusikan hasil latihan mengontrol tariknafas dalam dan pukul bantal - latihan sholat/berdoa
- buat kegiatan sholat/berdoa ke dalam kegiatan terjadwal

Kolaborasi

- latih perilaku kekerasan dengan prinsip (benar pasien, dosis, waktu, rute) disertai penjelasannya guna obat dan akibat berhenti minum obat
- susun dalam kegiatan terjadwal

SP KELUARGA

SP 1

- memberikan penyuluhan kepada keluarga tentang cara merawat pasien perilaku kekerasan di rumah
 - diskusikan masalah
-

yang dihadapi keluarga
dalam merawat pasien
- diskusikan bersama
keluarga tentang
penyebab perilaku
kekerasan
- Diskusikan bersama
keluarga kondisi yang
perlu segera dilaporkan
kepada perawat seperti
melempar atau
memukul benda/oran

SP 2

- melatih keluarga
melakukan cara-cara
mengontrol kemarahan
- evaluasi
pengentahuan keluarga
tentang cara mengatasi
prilaku kekerasan
- anjurkan keluarga
memotivasi pasien
melakukan tindakan
yang diajarkan oleh
perawat
- Ajarkan keluarga
untuk memberikan
pujian kepada pasien
bila dapat melakukan
kegiatan tersebut
secara tepat

SP 3				
- menjelaskan perawatan lanjut bersama keluarga - buat perencanaan bersama keluarga				
3	SDKI (D.0109)	SLKI (L.11103)	SIKI ((I.11352)	Observasi
	Defisit perawatan diri berhubungan dengan pasien jarang mandi	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kemampuan melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil: - Kemampuan mandi meningkat -Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat - Minat perawatan diri meningkat -	Dukungan perawatan diri:mandi Observasi - Monitor kebersihan tubuh - Monitor integritas kulit SP 1 - Membina hubungan saling percaya - Mengidentifikasi masalah keperawatan diri: kebersihan diri - Menjelaskan cara dan alat kebersihan diri - Latih kegiatan cara menjaga kebersihan diri:mandi dan ganti baju,sikat gigi,pakai baju,dan cuci rambut	- Untuk mengidentifikasi masalah perawatan diri dan mencegah risiko infeksi kulit Terapeutik - meningkatkan kemampuan dan kemandirian pasien dalam menjaga kebersihan diri - jadwal terstruktur membantu pasien lebih konsisten merawat diri Edukasi - meningkatkan motivasi pasien untuk merawat diri memberdayakan pasien dalam perawatan mandiri
	DS: - Klien mengatakan jarang mandi, mandi 1x/hari			
	Do:-			
		Mempertahankan	-cara berdandan yang	

kebersihan diri	baik dan benar
meningkat	- Memasukan pada
-	jadwal kegiatan
Mempertahankan	SP 3
kebersihan mulut	- Membina hubungan
meningkat	antara pasien dan
	perawat
	- mengevaluasi
	kegiatan kebersihan
	diri dan berdandan
	- menjelaskan alat dan
	cara makan dan minum
	yang baik
	- memasukan pada
	jadwal kegiatan

Edukasi

SP 4

- jelaskan manfaat mandi dan tidak mandi terhadap kesehatan
- mengevaluasi jadwal kegiatan pasien
- menjelaskan cara BAB dan BAK yang baik dan benar
- menganjurkan pasien memasukan dalam jadwal kegiatan

SP KELUARGA

SP 1

- diskusikan masalah

yang dirasakan dalam

merawat pasien

- jelaskan pengertian

tanda dan gejala dan

proses terjadinya

defisit perawatan diri

- jelaskan cara

merawat defisit

perawatan diri

- latih dua cara

merawat: kebersihan

diri dan berdandan

- anjurkan membantu

pasien sesuai jadwal

dan memberikanp

ujian

SP 2

- Evaluasi kegiatan

keluarga dalam

merawat/mela tih

pasien kebersihan diri

dan berikan pujian

- Latih cara merawat:

makan dan

minum,BAB dan BAK

- Anjurkan membantu

pasien sesuai jadwal

dan beri pujian

- Anjurksn membantu

pasien sesuai jadwal

dan beri pujian

SP 3

- Evaluasi kegiatan keluarga merawat/melatih pasien kebersihan diri dan berdandan,beripujian
- Bimbing keluarga merawat kebersihan diri dan berdandan dan makan,minum pasien
- Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal

SP 4

- Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien kebersihan diri,berdandan ,makan,minum,serta,BAB,BAK
 - Bimbing keluarga merawat BAB dan BAK yang baik
 - Jelaskan follow up ke RSJ tanda kambuh dan rujukan
 - Anjurkan membantu pasien melakukan kegiatan sesuai jadwal dan memberikan pujian.
-

7) Pelaksanaan

Tanggal	Jam	DP	Tindakan	Nama dan tanda tangan
12 Desember 2024	10.10 WIB	I	SP 1	
	10.15 WIB		- Memberikan salam tarapeutik	
	10.20 WIB		- Memperkenalkan diri	
	10.25 WIB		- Menanyakan nama lengkap nama panggilan klien Hasil : nama pasien Tn,F klien suka di panggil kaka	
	10.30 WIB		- Menjelaskan tujuan pertemuan untuk mengontrol halusinasi dengan cara menghardik dan okupasi terapi menggambar	
	10.40 WIB		- Kontrak waktu Hasil : kontrak waktu selama 30-2 Jam	
	10.45 WIB		- Mengidentifikasi tentang halusinasi penglihatan penyebab tanda dan gejala Hasil : klien mampu mengetahui tentang penyebab halusinasi penglihatannya,kien juga mengetahui tanda dan gejala halusinasi	
	10.55 WIB		- Mengontrol halusinasi dengan cara menghardik Hasil : klien mampu mengontrol halusinasi dengan cara menghardik	

11.00 WIB	- Intruksikan kepada pasien cara menghardik seperti apa Hasil : klien mecontohkan kembali teknik menghardik seperti “pergi peri kamu bayangan palsu kamu tidak nyata “
11.10 WIB	- Melakukan terapi okupasi menggambar Hasil : saat dilakukan terpi okupasi menggambar klien sangat senang klien menggambarkan bayangan yang selalu dilihatnya seperti melihat boneka caki.
11.20 WIB	- Mengvaluasi respons dan perasaan klien selama melakukan terapi okupasi menggambar Hasil : klien kooferatif,klien mengatakan memahami terkait informasi yang diberikan oleh perawat,klien dapat mengulangi apa yang diinformasikan dan klien merasa senang selama pertemuan berlangsung
11.30 WIB	- Mengapresiasikan klien Hasil : klien tampak lebih senang - Memeberikan kontrak waktu

		selanjutnya	
	11.45 WIB	Hasil : pertemuan berikutnya dilaksanakan pada tanggal 14 desember 2024	
13	10.00 WIB	SP 2	
Desember	10.05 WIB	- Memberikan salam tarapeutik	
2024		- Memberikan suasana aman dan	
	10.10 WIB	Nyaman	
		- Kontrak waktu	
	10.20 WIB	Hasil : kontrak waktu selama 30-2 Jam	
		- Menjelaskan tujuan pertemuan ke dua untuk mengontrol halusinasi dengan meminum obat secara rutin	
		Hasil : pertemuan dilakukan untuk mengevaluasi peretemuan sebelumnya dan akan melakukan cara mengontrol halusinasi dengan cara minum obat secara teratur	
	10.30 WIB	- Mengevaluasi kegiatan yang dilakukan di pertemuan sebelumnya	
		Hasil : klien masih mengingat mengenai Teknik menghardik untuk mengontrol halusinasi	
	10.35 WIB	- Mengontrol halusinasi dengan cara minum obat secara teratur	

10.50 WIB	Hasil : klien mampu melakukan cara mengontrol halusinasi dengan cara minum obat secara teratur - Melakukan penerapan terapi okupasi menggambar Hasil : klien menggambarkan sebuah bayangan yang dilihatnya seperti menggambarkan sebuah danau dan gunung
11.00 WIB	- Mengevaluasi respons dan perasaan klien selama melakukan pertemuan Hasil : klien kooperatif, klien mengatakan memahami terkait informasi yang diberikan perawat, klien dapat mengulangi apa yang sudah diinformasikan, dan klien merasa senang selama pertemuan berlangsung
11.25 WIB	- Memberikan apresiasi kepada klien Hasil : klien merasa lebih senang
11.30 WIB	- Memberikan kontrak waktu selanjutnya Hasil : kontrak waktu pada tanggal

14	15.05 WIB	III	SP 3	
Desember	15.10 WIB		- Memberikan salam tarapetik	
2024			- Memberikan suasana aman dan nyaman	
	15.20 WIB		- Melakukan kontrak waktu	
			Hasil : kontrak waktu selama 30-60 Jam	
	15.30 WIB		- Menjelaskan tujuan pertemuan ke 3 yaitu mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap	
			Hasil : pertemuan dilakukan untuk mengevaluasi peretemuan yang sebelumnya dan akan melakukan cara mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap	
	15.40 WIB		- Mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap	
			Hasil : klien mengerti apa yang di informasikan perawat	
	16.00 WIB		- Melakukan penerapan terapi okupasi menggambar hari ke 3	
			Hasil : klien menggambarkan sebuah bayangan yang dilihatnya yaitu menggambarkan mermaid	
	16.10 WIB		- Mengevaluasi respons dan perasaan klien selama melakukan pertemuan	
			Hasil : klien kooferatif,klien	

	mengatakan memahami terkait informasi yang diberikan perawat,klien dapat mengulangi apa yang sudah diinformasikan,dan klien mersa senang selama pertemuan berlangsung
16.15 WIB	- Memberikan apresiasi kepada klien
16.25 WIB	Hasil : klien merasa jauh lebih senang dari sebelumnya

8) Evaluasi

Tanggal	Diagnosa keperawatan	Evaluasi	Nama dan tanda tangan
Pasien 1 16 Desember 2024	Gangguan persepsi sensorik halusinasi pengluhan	S : - klien mengatakan mengerti mengenai penyebab,tanda gejala dan dampak halusinasi penglihatannya - klien mengatakan bisa mengontrol halusinasinnyadengan melakukan tindakan menghardik dan	

melakukan terapi

okupasi menggambar

- klien mengatakan senang melakukan metode terapi okupasi menggambar

O :

- klien tampak tenang, kooperatif
- klien tampak senang saat melakukan teknik terapi okupasi menggambar

A :

- klien mampu melakukan cara menghardik dan melakukan terapi okupasi menggambar
- klien juga dapat merasakan manfaatnya yaitu sudah mulai bisa mengontrol dan menyangkal bayangan itu

P : Intervensi dihentikan

Pasien 2

Pengkajian

Ruang rawat : Perkutut

Tanggal dirawat : Pasien 2 (9 Desember 2024)

A. Identitas Pasien

Nama : Tn. Y

Tgl Lahir : 21 Juli 1992

Umur : 32 Tahun

Jenis Kelamin : Laki-laki

Pendidikan : S1 Akuntansi

Pekerjaan : Tidak bekerja

Status Pernikahan : Belum menikah

Suku Bangsa : Sunda/Indonesia

Tanggal Pengkajian : 11 Desember 2024

No.Medrec : 108973

Diagnosa Medis : Skizofrenia Afektif

Alamat : Purwakarta

Informan : Pasien, Rekam medis

B. Alasan Masuk

Sejak 5 tahun sakit, kontrol ke dokter psikiater tidak teratur sejak 1 minggu, pendiam tidak mau makan, mandi, tidur kurang, melamun, kadang sering menunjuk-nunjuk sesuatu, menangis ingat masa kuliah, gelisah ingat teman wanita yang di sukainya di kampus

Masalah Keperawatan : Gangguan persepsi sensori : Halusinasi penglihatan
Isolasi Sosial, Defisit perawatan diri

C. Keluhan Saat Dikaji

Pada saat dikaji tanggal 11 Desember 2024 klien mengatakan bahwa klien mengalami halusinasi seperti melihat sesuatu seperti sebuah balok kotak persegi berwarna hitam putih di atas langit-langit, dan melihat sebuah pemandangan seperti ada gunung dan sungai, padahal sesuatu yang dilihatnya tidak nyata, klien melihat sesuatu kalo lagi sendiri/sedang melamun klien juga mengatakan sehari mandi

hanya 1x/hari, klien juga tampak kurang berkomunikasi bersama teman sekamarnya

Masalah Keperawatan : Gangguan persepsi sensori : halusinasi penglihatan
Isolasi Sosial, defisit perawatan diri

D. Faktor Prediposisi

1) Pernah Mengalami Gangguan Jiwa Masa Lalu?

Klien mengalami penyakit ini sudah 5 tahun selama itu klien hanya kontrol ke dokter psikiater, ini baru pertama kalinya klien masuk RSJ

2) Pengobatan Sebelumnya?

Pengobatan sebelumnya kurang berhasil karena belum pernah melakukan pengobatan medis malah dilakukan ruqiyah

3) Pernah Mengalami Trauma Sebelumnya?

Pasien mengatakan pernah mengalami trauma diejek oleh teman sekelasnya pas umur 17 tahun, saat menduduki bangku SMA

4) Anggota Keluarga Yang Gangguan Jiwa?

Di dalam keluarganya tidak ada yang mengalami gangguan jiwa

5) Pengalaman Masalah?

Pasien mengatakan pengalaman masalah yg masih di ingat Pernah diejek /dibully umur 17 tahun pas waktu SMA

Masalah keperawatan : Gangguan persepsi : halusinasi penglihatan

E. Pemeriksaan Fisik

Tanda-tanda vital

Tekanan darah

Nadi : 120/80mmhg

Suhu : 36,7 C

Respirasi : 20x/menit

BB : 57 Kg

TB : 167 Cm

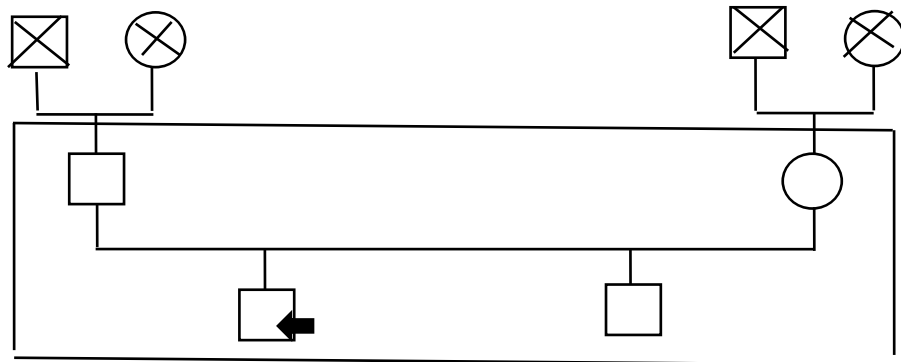
Keluhan Fisik : tidak ada keluhan fisik

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

F. Psikososial

Penjelasan orang dari ibu dan bapa klien sudah tidak ada, klien tinggal bersama dengan orang tuanya klien merupakan seorang kaka dari dua bersaudara klien memiliki adik laki-laki

1) Genogram



Ket : Penjelasan orang dari ibu dan bapa klien sudah tidak ada, klien tinggal bersama dengan orang tuanya klien merupakan seorang kaka dari dua bersaudara klien memiliki adik laki-laki

- ☒ : laki laki meninggal
- ◯ : Perempuan meninggal
- : laki laki
- ◯ : perempuan
- ◻➡ : pasien
- : tinggal serumah

2) Konsep Diri

a) Gambaran Diri

Klien mengatakan menyukai anggota tubuhnya terutama bagian matanya karna merasa bagus

b) Identitas

Klien mengatakan bahwa dirinya adalah seorang kaka dan mempunyai adik laki-laki

c) Peran

Klien mengatakan seorang anak laki-laki pertama dari dua bersaudara, dan belum menikah

d) Ideal Diri

Klien mengatakan ingin cepat sembuh dan cepat pulang

e) Harga Diri

Pasien berharap dirinya ingin cepat sembuh dan kehidupannya berjalan normal

f) Masalah Keperawatan : tidak ada masalah perawatan

3) Hubungan Sosial

a) Orang Yang Berarti

Pasien mengatakan orang yang paling berarti dihidupnya adalah neneknya

b) Peran Serta Dalam Kegiatan Kelompok/Masyarakat

Klien mengatakan sering berperan serta dalam kelompok masyarakat dan sering bersosialisasi dengan tetangga sekitarnya, seperti mengikuti kerja bakti

c) Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain

Klien tidak memiliki hambatan dalam berhubungan dengan orang lain tapi sesekali klien selalu ingin menyendiri

d) Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

4) Spiritual

a) Nilai Dan Keyakinan

Klien yakin akan segera sembuh dan menerima dengan ikhlas akan penyakit yang dialaminya sekarang

b) Kegiatan Ibadah

Klien mengatakan sebelum masuk ke RSJ klien melakukan sholat 5 waktu tetapi selama di rawat klien jarang melakukannya

c) Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

G. Status Mental

1) Penampilan

Klien berpenampilan rapih dan berpakaian sesuai biasanya

2) Pembicaraan

Dalam pembicaraan klien baik,tapi kadang berbicaranya suka cepat, klien kooperatif tapi di tengah pembicaraan klien suka melantur

3) Aktivitas Motorik

Klien tampak melakukan aktivitas sehari-hari di RSJ secara mandiri

4) Alam Perasaan

Klien mengatakan perasaannya saat ini biasa saja

5) Afek

Klien pada saat diwawancarai kadang menunjukkan ekspresi melihat sesuatu, respon emosional pasien stabil, pasien tenang pada saat berinteraksi

6) Interaksi Selama Wawancara

Klien mampu menjawab semua pertanyaan yang di ajukan dengan sesuai/baik, kontak mata klien dengan perawat kurang cenderung menatap kemana saja, padahal perawat ada didepanya.

7) Persepsi

Klien sering melihat bayangan yang tidak nyata/samar-samar, bayangan tersebut muncul kalo klien sendirian atau sedang melamun

8) Proses Berfikir

Klien mampu menjawab pertanyaan dengan baik tetapi klien juga sering mengulang pembicaraan/kosa kata yang dibicarakan sebelumnya

9) Isi pikiran

klien mengatakan isi pikirannya itu tidak logis, atau tidak sesuai dengan kenyataannya

10) waham

Tidak ada tanda gejala waham

11) Tingkat Kesadaran

Klien merasa bingung dengan halusinasi yang dideritanya

12) Memori

Klien mengalami gangguan memori jangka pendek yang tidak ingat kejadian sebelumnya

13) Tingkat Konsentrasi Dan Berhitung

Klien mampu menjawab pertanyaan yang telah diberikan perawat

14) Kemampuan Penilaian

Klien dapat menentukan keputusan pada saat di beri pertanyaan,sebelum makan apa yang dilakukan terlebih dahulu,klien menjawab dengan benar lebih memilih cuci tangan terlebih dahulu sebelum makan

15) Daya Tilik

Ketika di tanyai mengenai penyakitnya klien mengatakan ikhlas dan menerima penyakit yang di

Masalah Keperawatan : Gangguan persepsi sensori : halusinasi penglihatan

H. Kebutuhan Persiapan Pulang

1) Makan

Klien dapat makan dan minum secara mandiri tanpa bantuan dari orang lain,klien dapat menyimpan kembali alat makan,gelas dan kursi ke tempatnya, frekuensi makannya 3x/hari

2) Bab/Bak

Klien dapat melakukan Bab/Bak secara mandiri, Bab 2x/hari Bab 2x/hari

3) Mandi

Klien dapat mandi secara mandiri, frekuensinya 1x/hari dilakukan secara mandiri

4) Berpakaian /Berhias

Klien dapat berpakaian secara mandiri serta rapi,klien dapat menyisir rambutnya secara mandiri

5) Istirahat Tidur

Klien mengatakan tidak ada masalah pada istirahat tidur siang 2 jam setiap harinya, dan tidur malam 7 jam tanpa terbangun di malam harinya.klien mengatan sebelum tidur sering bercakap-cakap terlebih dahulu dengan teman sekamarnya/bercakap-cakap sendirian

6) Penggunaan Obat

Klien mengatakan selalu meminum obatnya dengan tepat waktu pada saat diberikan oleh perawat

7) Pemeliharaan Kesehatan

Klien mengatakan apabila klien sakit,klien akan segera dibawa ke puskesmas atau rumah sakit terdekat

8) Kegiatan Di Dalam Rumah

Pada saat dilakukan pengkajian klien adalah seorang anak yang sering membantu orangtuanya mencuci piring, menyapu, merapikan rumah secara mandiri

9) Kegiatan Di Luar Rumah

Klien mengatakan memiliki kegiatan di rumah seperti membantu ibu sapu rumah, membereskan kamar sendiri

10) Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

I. Mekanisme koping

Mekanisme koping klien adaptif yaitu klien dapat berbicara baik dengan orang lain dan kooperatif tetapi tidak begitu menyukai keramaian

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

J. Masalah Psikososial Dan Lingkungan

1) Masalah Berhubungan Dengan Kelompok, Spesifik

klien mengatakan bahwa tidak pernah mempunyai masalah dengan tetangganya atau orang lain

2) Masalah Hubungan Dengan Lingkungan, Spesifik

Saat dikaji klien mampu berinteraksi dengan orang lain

3) Masalah Dengan Pendidikan, Spesifik

Klien merupakan lulusan sarjana S1 Akuntansi Masalah dengan perumahan, spesifik

4) Klien Tidak Pernah Ada Masalah Dengan Tetangganya

Masalah ekonomi, spesifik klien berasal dari keluarga menengah dan tidak memiliki masalah dengan ekonominya

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

K. Pengetahuan Kurang Tentang

Klien mengetahui penyakit gangguan jiwa yang dideritanya

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

L. Askep Medik

1) Diagnosa Medik

Skizofrenia Afektif

2) Terapi Obat

No	Nama obat	Dosis	Jam	Rute	Manfaat obat
1	Lorazepam	0,5 Mg	08,00 WIB	Oral	Untuk mengurangi cemas, gelisah, atau insomnia akibat gangguan kecemasan
2	risperidone	2 Mg	08,00 WIB	Oral	Mengobati skizofrenia, gangguan bipolar, dan gangguan spektrum autisme

3) Analisa data

No	Analisa data	Etiologi	Masalah
1	Ds : - klien mengatakan melihat bayangan sebuah balok kotah persegi berwarna hitam putih di atas langit-langit, dan melihat sebuah pemandangan seperti ada gunung dan sungai, padahal sesuatu yang dilihatnya tidak	Penyebab masalah ↓ Koping individu tidak efektif ↓ Menarik diri ↓ Isolasi sosial ↓ Gangguan sensorial: Halusinasi penglihatan	Gangguan persepsi sensori : halusinasi penglihatan

nyata

Do :

Klien tampak
gelisah, berbicara
bicara sendiri dan
sering melamun

2	Ds : klien jarang berinteraksi dengan teman sekamarnya Klien suka sering sendiri Do : klien tampak sendiri dan sering melamun	Resiko gangguan persepsi sensori : halusinasi Isolasi sosial : menarik diri Gangguan konsep diri : harga diri rendah isolasi sosial	Gangguan harga diri rendah : Isolasi sosial
---	---	---	---



3	Ds : klien mengatakan jarang mandi, mandi 1x/hari Do :	Koping individu tidak efektif Gangguan konsep diri : harga diri rendah Defisit perawatan diri	Defisit perawatan diri
---	---	---	------------------------



Defisit perawatan diri

4) Diagnosa keperawatan

No	Diagnosa keperawatan	Tanggal ditemukan	Nama perawat	Tanda tangan
1	Gangguan persepsi sensori : halusinasi penglihatan	11 Desember 2024	Anisa herawati	
2	Gangguan harga diri rendah : Isolasi sosial	11 Desember 2024	Anisa herawati	
3	Defisit perawatan diri berhubungan dengan klien jarang mandi	11 Desember 2024	Anisa herawati	

5) Perencanaan

Intervensi				
No	Diagnosa keperawatan	Tujuan	Tindakan	Rasional
1	SDKI (D.0085) Gangguan persepsi sensori halusinasi penglihatan Ds : - klien mengatakan melihat bayangan sebuah balok kotah persegi berwarna hitam putih di atas langit-langit, dan melihat sebuah pemandangan seperti ada gunung dan sungai, padahal sesuatu yang dilihatnya tidak nyata Do :	SLKI (L.09083) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan gangguan persepsi sensorik : halusinasi penglihatan berkurang dengan kriteria hasil : 1. Verbalisasi melihat bayangan menurun 2. Distorsi sensori menurun 3. Perilaku halusinasi menurun	SIKI(I.09288) Observasi Manajemen halusinasi Observasi - monitor perilaku yang mengindikasi halusinasi - monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulus lingkungan - monitor isi halusinasi - Identifikasi penyebab, tanda Gejala serta akibat halusinasi penglihatan - Menjelaskan cara mengontrol halusinasi. Tarapeutik SP 1 - Latihan cara mengontrol halusinasi dengan cara pertama : Jelaskan cara menghardik halusinasi - Peragakan cara menghardik - Meminta pasien memperagakan ulang - Pantau penerapan cara ini, beri penguatan	Observasi - untuk mendeteksi dini gejala halusinasi - menentukan tingkat kearah dan menyesuaikan intervensi yang aman dan tepat Tarapeutik - memberikan alternatif untuk mengalihkan perhatian dari stimulus internal - menurunkan kecemasan dan meningkatkan kontrol diri - membangun keterampilan praktis pasien dalam mengendalikan halusinasi Edukasi

Klien tampak gelisah, berbicara bicara sendiri dan sering melamun	- Memasukan dalam jadwal kegiatan - SP 3 - melatih pasien berkomunikasi dengan oarang lain untuk mengurangi perasaan kesepian - mendorong pasien untuk afektif berinteraksi dengan orang lain - melatih pasien mengontrol halusinasi dengan cara terapi okupasi menggambar - masukan kedalam kegiatan terjadwal	- meningkatkan pemahaman pasien dan keluarga agar dapat terlibat aktif dalam penatalaksanaan jadwal - terstruktur membantu mengalihkan perhatian dari halusinasi dan mengisi waktu dengan aktivitas positif
Edukasi	Kolaborasi	
SP 4 - mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan terjadwal - membantu pasien menyusun jadwal kegiatan sehari-hari - mendorong pasien untuk mengisi waktu luang dengan kegiatan yang bermanfaat	- obat antipsikotik efektif menurunkan gejala halusinasi,kepatuhan obat mencegah kekambuhan	
Kolaborasi		
SP 2 - membantu pasien memahami pentingnya minum obat secara teratur - melatih pasien menggunakan obat dengan		

benar(dosis,waktu,cara
minum)

- mengingatkan pasien untuk selalu mengecek obat sebelum diminum

SP 1 Keluarga

Observasi

- 1) Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat klien. Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala, halusinasi yang dialami klien beserta proses terjadinya

SP 2 Keluarga

- Melatih keluarga mempraktikkan cara merawat langsung kepada klien halusinasi.
- Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada klien halusinasi

SP 3 Halusinasi

- Membantu keluarga membuat jadwal aktivitas dirumah termasuk minum obat (discharge planing)
 - Menjelaskan tindakan klien setelah pulang
-

2	SDKI(D.0146)	SLKI(L.13116)	SIKI(I.05186)	Observasi
	Isolasi sosial berhubungan dengan klien jarang berinteraksi	Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam kemampuan untuk membina hubungan terbuka dengan orang lain meningkat	Terapi aktivitas	- Membantu perawat mengidentifikasi tingkat keparahan isolasi sosial sehingga dapat menentukan intervensi yang tepat.
	Ds:	membina hubungan	Observasi	
	- klien jarang berinteraksi dengan teman sekamarnya	terbuka dengan orang lain meningkat	SP 1	
	- Klien suka sering sendiri dan melamun	Minat terhadap aktivitas meningkat	- identifikasi kemampuan berpartisipasi	- Untuk mendeteksi lebih dini perubahan perilaku yang mengarah pada peningkatan isolasi atau risiko bahaya.
	Do :	- perilaku sesuai dengan harapan orang lain meningkat	- membina hubungan saling percaya	Tarapeutik
	- klien tampak sendiri dan melamun	- minat interaksi meningkat	- mengidentifikasi penyebab isolasi sosial	- Hubungan saling percaya merupakan dasar untuk mengurangi perasaan kesepian dan keterasingan.
		- verbalisasi isolasi menurun	- melatih pasien berkenalan dengan orang lain	- Memfasilitasi kemampuan
			Tarapeutik	
			SP 2	
		- perilaku sesuai dengan harapan orang lain meningkat	- melatih pasien bercakap-cakap dengan orang lain, misalnya saat makan bersama	
		- verbalisasi isolasi menurun	Edukasi	
			- melatih pasien berpartisipasi dalam kegiatan kelompok kecil, seperti terapi aktivitas kelompok	
			Kolaborasi	
			- mengevaluasi kemajuan pasien dan memberikan dukungan untuk melanjutkan interaksi sosial yang lebih luas	

SP KELUARGA		sosial pasien
SP 1		secara perlahan
- Mengidentifikasi masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat klien		sehingga pasien merasa nyaman berinteraksi.
- Mendiskusikan dengan keluarga tentang pengertian, tanda, dan gejala isolasi sosial	- Memberikan kesempatan kepada pasien untuk melatih interaksi sosial dalam lingkungan yang mendukung.	
- Menjelaskan pada keluarga cara merawat klien dengan isolasi sosial		
SP 2		Edukasi
- Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih klien berkenalan dan berbicara saat melakukan kegiatan harian beri pujian.	- Memberikan pemahaman kepada pasien dan keluarga agar mereka aktif mendukung proses pemulihan	
- Jelaskan kegiatan rumah tangga yang dapat melibatkan klien berbicara (makan, sholat bersama)	Kolaborasi	
- Latih cara membimbing klien berbicara dan memberi pujian	- Peran tim multidisiplin penting untuk menangani faktor psikososial yang lebih kompleks pada isolasi sosia	
- Anjurkan membantu klien setiap hari		
SP 3		
- Mengevaluasi kegiatan keluarga dalam		

-
- merawat/melatih klien
 - berkenalan berbicara saat
 - melakukan kegiatan
 - harian, beri pujian
 - Jelaskan cara melatih klien
 - melakukan kegiatan sosial
 - seperti berbelanja,
 - meminta sesuatu dan lain
 - lain
 - Mengajukan membantu
 - klien sesuai jadwal dan
 - berikan pujian

SP 4

- Mengevaluasi kegiatan
- keluarga dalam
- merawat/melatih klien
- berkenalan berbicara saat
- melakukan kegiatan
- harian, beri pujian
- Jelaskan cara melatih klien
- melakukan kegiatan sosial
- seperti berbelanja,
- meminta sesuatu dan lain
- lain
- Mengajukan membantu
- klien sesuai jadwal dan
- berikan pujian

SP 5

- Evaluasi kegiatan keluarga
 - dalam merawat melatih
 - klien berkenalan,
-

-
- berbicara saat melakukan kegiatan harian, berbelanja dan kegiatan lain serta follow up, beri pujian.
 - Nilai kemampuan keluarga merawat klien
 - Nilai kemampuan keluarga melakukan kontrol ke PKM.
-

3	SDKI(D.0109)	SLKI(I.11352)	SIKI ((I.11352)	Observasi
	Defisit perawatan diri berhubungan dengan klien jarang mandi DS: klien mengatakan jarang mandi,mandi 1x/hari Do :-	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kemampuan melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil: - Kemampuan mandi meningkat - Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat - Minat perawatan diri meningkat - Mempertahankan	Dukungan perawatan diri:mandi Observasi - Monitor kebersihan tubuh - Monitor integritas kulit SP 1 - Membina hubungan saling percaya - Mengidentifikasi masalah keperawatan diri: kebersihan diri - Menjelaskan cara dan alat kebersihan diri - Latih kegiatan cara menjaga kebersihan diri:mandi dan ganti baju,sikat gigi,pakai baju,dan cuci rambut Tarapeutik - Mengidentifikasi kegiatan perawatan diri	- untuk mengidentifikasi masalah perawatan diri dan mencegah risiko infeksi kulit Tarapeutik - meningkatkan kemampuan dan kemandirian pasien dalam menjaga kebersihan diri - jadwal terstruktur membantu pasien lebih konsisten merawat diri Edukasi - meningkatkan motivasi pasien untuk merawat diri - memberdayakan

-
- | | |
|------------------|---|
| kebersihan diri | - Menjelaskan cara-cara pasien dalam |
| meningkat | berdandan yang baik dan perawatan mandi |
| - Mempertahankan | benar |
| kebersihan mulut | - Memasukan pada jadwal |
| meningkat | kegiatan |

SP 3

- Membina hubungan antara pasien dan perawat
- mengevaluasi kegiatan kebersihan diri dan berdandan
- menjelaskan alat dan cara makan dan minum yang baik
- memasukan pada jadwal kegiatan

Edukasi

SP 4

- jelaskan manfaat mandi dan tidak mandi terhadap kesehatan
- mengevaluasi jadwal kegiatan pasien
- menjelaskan cara BAB dan BAK yang baik dan benar
- menganjurkan pasien memasukan dalam jadwal kegiatan

SP KELUARGA

SP 1

- diskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat
-

pasien

- jelaskan pengertian tanda dan gejala dan proses terjadinya defisit perawatan diri
- jelaskan cara merawat defisit perawatan diri
- latih dua cara merawat:kebersihan diri dan berdandan
- anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian

SP 2

- Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien kebersihan diri dan berikan pujian
- Latih cara merawat:makan dan minum,BAB dan BAK
- Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan beri pujian
- Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan beri pujian

SP 3

- Evaluasi kegiatan keluarga merawat/melatih pasien kebersihan diri dan berdandan,beri pujian
 - Bimbing keluarga merawat kebersihan diri dan berdandan dan makan,minum pasien
-

-
- Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal

SP 4

- Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien kebersihan diri,berdandan,makan,minum,s erta,BAB,BAK
 - Bimbing keluarga merawat BAB dan BAK yang baik
 - Jelaskan follow up ke RSJ tanda kambuh dan rujukan
 - Anjurkan membantu pasien melakukan kegiatan sesuai jadwal dan memberikan pujian
-

6) Pelaksanaan

Tanggal	Jam	Dp	Tindakan	Ttd
12 Desember 2024		1	SP 1	
	16.30 WIB		Hasil : nama pasien Tn,F klien suka di panggil kaka	
	16.35 WIB	-	Menjelaskan tujuan pertemuan untuk mengontrol halusinasi dengan cara menghardik dan okupasi terapi	
	16.40 WIB		menggambar	
		-	Kontrak waktu	
			Hasil : kontrak waktu selama 30-2 Jam	
	16.45 WIB	-	Mengidentifikasi tentang halusinasi penglihatan penyebab tanda dan gejala	
			Hasil : klien mampu mengetahui tentang	

	penyebab halusinasi penglihatannya,klien juga mengetahui tanda dan gejala halusinasi
16.50 WIB	- Mengontrol halusinasi dengan cara menghardik Hasil : klien mampu mengontrol halusinasi dengan cara menghardik
16.55 WIB	- Intruksikan kepada pasien cara menghardik seperti apa Hasil : klien mecontohkan kembali teknik menghardik seperti “pergi peri kamu bayangan palsu kamu tidak nyata “
16.60 WIB	- Melakukan terapi okupasi menggambar Hasil : saat dilakukan terpi okupasi menggambar klien sangat senang klien menggambarkan bayangan yang selalu dilihatnya seperti bayang tabu
17.00WIB	- Mengvaluasi respons dan perasaan klien selama melakukan terapi okupasi menggambar Hasil : klien kooferatif,klien mengatakan memahami terkait informasi yang diberikan oleh perawat,klien dapat mengulangi apa yang diinformasikan dan klien merasa senang selama pertemuan berlangsung
17.05 WIB	- Mengapresiasikan klien Hasil : klien tampak lebih senang
17.10 WIB	- Memeberikan kontrak waktu selanjutnya Hasil : pertemuan berikutnya dilaksanakan pada tanggal 14 desember 2024

SP 2

- 17.20 WIB - Memberikan salam tarapeutik
- 17.22 WIB - Memberikan suasana aman dan Nyaman
- 17.25 WIB - Kontrak waktu
Hasil : kontrak waktu selama 30-60 Jam
- Menjelaskan tujuan pertemuan ke dua untuk mengontrol halusinasi dengan meminum obat secara rutin
Hasil : pertemuan dilakukan untuk mengevaluasi peretemuan sebelumnya dan akan melakukan cara mengontrol halusinasi dengan cara minum obat secara teratur
- 17.30 WIB - Mengevaluasi kegiatan yang dilakukan di pertemuan sebelumnya
Hasil : klien masih mengingat mengenai Teknik menghardik untuk mengontrol halusinasi
- 17.32 WIB - Mengontrol halusinasi dengan cara minum obat secara teratur
Hasil : klien mampu melakukan cara mengontrol halusinasi dengan cara minum obat secara teratur
- 17.35 WIB - Melakukan penerapan terapi okupasi menggambar
- 17.37 WIB **Hasil** : klien menggambarkan sebuah bayangan yang dilihatnya seperti menggambarkan sebuah danau dan gunung
- Mengevaluasi respons dan perasaan klien selama melakukan pertemuan
- 17.40 WIB **Hasil** : klien kooferatif,klien mengatakan

	memahami terkait informasi yang diberikan perawat, klien dapat mengulangi apa yang sudah diinformasikan, dan klien merasa senang selama pertemuan berlangsung	
17.45 WIB	- Memberikan apresiasi kepada klien Hasil : klien merasa lebih senang - Memberikan kontrak waktu selanjutnya Hasil : kontrak waktu pada tanggal	
SP 3		
17.57 WIB	- Memberikan salam tarapetik	
17.59 WIB	- Memberikan suasana aman dan nyaman	
18.00 WIB	- Melakukan kontrak waktu Hasil : kontrak waktu selama 30-60 Jam	
18.05 WIB	- Menjelaskan tujuan pertemuan ke 3 yaitu mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap Hasil : pertemuan dilakukan untuk mengevaluasi pertemuan yang sebelumnya dan akan melakukan cara mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap	
18.10 WIB	- Mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap Hasil : klien mengerti apa yang diinformasikan perawat	
18.13 WIB	- Melakukan penerapan terapi okupasi menggambar hari ke 3 Hasil : klien menggambarkan sebuah bayangan yang dilihatnya yaitu menggambarkan mermaid	
18.15 WIB	- Mengevaluasi respons dan perasaan klien selama melakukan pertemuan	

18.17 WIB

Hasil : klien kooperatif, klien mengatakan memahami terkait informasi yang diberikan perawat, klien dapat mengulangi apa yang sudah diinformasikan, dan klien merasa senang selama pertemuan berlangsung

- Memberikan apresiasi kepada klien

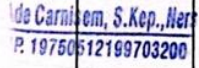
Hasil : klien merasa jauh lebih senang dari sebelumnya

7) Evaluasi

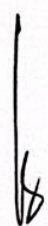
Tanggal	Diagnosa keperawatan	Evaluasi sumatif	Nama dan tanda tangan
18 Desember 2024	Gangguan persepsi sensorik : halusinasi penglihatan	S: - pasien mengatakan sudah mengatakan cara mengontrol halusinasi penglihatannya dengan cara menghardik, meminum obat secara teratur, bercakap cakap dengan teman sekamar dan melakukan aktifitas harian O : - pasien tampak lebih tenang, gelisah berkurang A : - masalah teratasi sebagian P : - intervensi dihentikan	

Lampiran IV : Loog Book

LOG BOOK
PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN JiWA

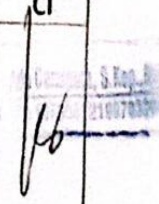
No	Hari/ Tgl	Ruang	Kegiatan	Hasil Kegiatan	Paraf CI
	9/12 2024	aula/ gor	- Pembukaan dan orientasi ruangan • pemberian materi • ke ruangan masing. masing	Pemberian materi dokumentasi keperawatan, komputer, TAT 07.00 - 14.00 wib	 

LOG BOOK
PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN JIWA

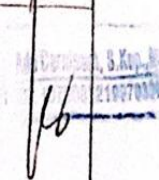
No	Hari/ Tgl	Ruang	Kegiatan	Hasil Kegiatan	Paraf CI
	10/12 2024	Perawatan	• Operan • menyiapkan makan pasien • mendampingi pasien makan • ngasih obat • baca asma'ul husna • pentes cuci tangan • senam • ngobrol dgn pasien • nyiapin makan siang • dampingi pasien makan • ngasih obat • bimbingan dgn CI • Trv • perbeden	07.00 wib 07.10. wib 07.30 wib 07.40 wib 08.00 wib 8.30 wib 09.00 wib 09.20. wib 09.50 wib 10.30 wib 11.00. wib 11.30. wib 11.40 wib	 Ade Carnison, S.Kep., Ners NIP. 197505121997032004

LOG BOOK

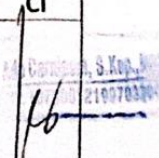
PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN JIWA

No	Hari/ Tgl	Ruang	Kegiatan	Hasil Kegiatan	Paraf CI
	11/12 2024	Perkurut	• operan • nyiapin makan • dampingi pasien makan • ngasih obat • mendampingi pasien mem bersihkan alat makan • nganter pasien ke ruangan rehab • baca asmaul husna • nonton tv • pengkajian • nyiapin makan siang • dampingi pasien makan siang • ngasih obat • bantu pasien bersihkan alat makan	07.00 wib 07.30 wib 08.00 wib 08.05 wib 09.00 wib 09.15 wib 09.30 wib 10.00 wib 10.10 wib 12.30 wib 13.00 wib 13.10 wib 13.30 wib	

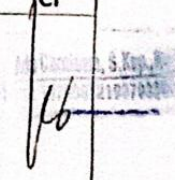
LOG BOOK
PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN JIWA

No	Hari/ Tgl	Ruang	Kegiatan	Hasil Kegiatan	Paraf CI
	12/12 2024	Perkutut	• operan • mengidentifikasi • makan pasien • mendampingi pasien • memberikan obat • membantu pasien memakai alat makan • membaca asmaul husna • senam • melakukan SP • memberikan salam terapeutik • memperkenalkan diri • menghajikan nama lengkap pasien • menjelaskan pertemuan untuk mengontrol halusinasi dengan cara menghardi dan melakukan terapi okupasi menggambar • melakukan kontrak waktu • mengidentifikasi penyebab halusinasi • mengontrol halusinasi dengan menghardik • melakukan terapi okupasi menggambar • mengobservasi respon pasien • memberikan apresiasi • melakukan kontrak waktu selanjutnya	07.00 wib 07.20 wib 07.30 wib 08.00 wib 08.10 wib 09.00 wib 09.30 wib 10.00 wib 10.10 wib 10.15 wib 10.20 wib 10.25 wib 10.30 wib 10.40 wib 10.45 wib 10.55 wib 11.00 wib 11.20 wib 11.30 wib 11.45 wib	

LOG BOOK
PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN JIWA

No	Hari/ Tgl	Ruang	Kegiatan	Hasil Kegiatan	Paraf CI
	13/12 2024	Pertatu	• operan • menyiapkan makan pasien • mendampingi pasien makan • memberikan obat • membantu pasien memilih alat makan • membaca asma ru husng • senam • melakukan Sp 2 • memberikan salam terapeutik • memberikan suasana aman dan nyaman • kontrak waktu • menjelaskan tujuan pertemuan ke 2 untuk mengontrol halusinasi dengan minum obat secara rutin • melakukan kegiatan yg dilakukan di pertemuan sebelumnya • mengontrol halusi nasi dengan cara minum obat secara rutin • melakukan penerapan terapi okupasi menggunakan • evaluasi respon dan perasaan klien selama melakukan pertemuan • memberi apresiasi kepada klien • memberikan kontrak waktu selanjutnya	07.00 wib 07.30 wib 08.00 wib 08.10 wib 09.00 wib 09.15 wib 09.30 wib 10.00 wib 10.05 wib 10.10 wib 10.20 wib 10.30 wib 10.35 wib 10.40 wib 10.50 wib 11.00 wib 11.15.00 wib 11.20.00 wib 11.30 wib	

LOG BOOK
PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN JIWA

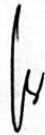
No	Hari/ Tgl	Ruang	Kegiatan	Hasil Kegiatan	Paraf CI
	14/12 2024	Perilaku	• Operan • RTU • pengkajian • mengijinkan makan pasien • men dampingi pasien makan • memberikan obat • melakukan sp3 • memberikan salam tera perke • memberikan suasana aman dan nyaman • melakukan kontrak waktu • menjelaskan tujuan pertemuan ke 3 yaitu mengontrol vaksinasi dengan bercakap cakap • mengontrol vaksinasi dengan cara bercakap-cakap • melakukan pengisian terapan terapan pasien menggambar • mengobservasi respon dan perasaan klien selama melakukan pertemuan • memberikan apresiasi	14.00 wib 14.10 wib 14.20 wib 14.30 wib 14.40 wib 14.50 wib 15.00 wib 15.05 wib 15.10 wib 15.20 wib 15.30 wib 15.40 wib 16.00 wib 16.10 wib 16.15 wib 16.25 wib	

LOG BOOK
PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN JIWA

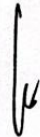
No	Hari/ Tgl	Ruang	Kegiatan	Hasil Kegiatan	Paraf CI
	16/12 2024	perawatan	operan	07.00 wib	
			- menyiapkan makan pasien	07.30 wib	
			- mendampingi pasien makan	08.00 wib	
			- memberikan obat pasien	08.00 wib	
			- mengantar pasien rehab	08.10 wib 08.40 wib	
			- mendampingi pasien per bed	09.00 wib 09.30 wib	
			- RTU mendampingi pasien membaca asmaul husna	09.40 wib 10.30 wib 11.00 wib	
			- Senam pagi		
			- menyiapkan makan siang pasien	13.00 wib 13.30 wib	
			- pengawasan SP yang sudah dilakukan	13.45 wib	
			- evaluasi perasaan setelah melakukan akupasi menggunakan evaluasi pengetahuan tentang gangguan mood dari	15.00 wib	

Ade Carissa, S.Kep.Ners
NIP. 197405121997032004

LOG BOOK
PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN JIWA

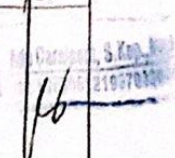
No	Hari/ Tgl	Ruang	Kegiatan	Hasil Kegiatan	Paraf CI
	17/12 2014	Rejal	orientasi ruangan menerima pasien Ttu anamnesa pasien	07.30 wib } 08.00 12.00 wib	 

LOG BOOK
PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN JIWA

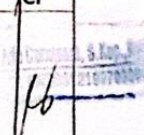
No	Hari/ Tgl	Ruang	Kegiatan	Hasil Kegiatan	Paraf CI
	18/12 2024	19d	orientasi ruangan menerima pasien ttv pasien anamnesa pasien meng Ekg pasien	08.00 wib 08.00. 14.00 wib	

Ade Carnison, S.Kep., Ners
NIP. 197505121997032004

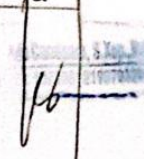
LOG BOOK
PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN JIWA

No	Hari/ Tgl	Ruang	Kegiatan	Hasil Kegiatan	Paraf CI
	19/12 2024	Rehab psiko sosial	• orientasi • menerima pasien dari ruangan merak, kalca tua, wesi walagri • membaca asma'ul husna • mendampingi pasien menga hulkan mars rehab • mendampingi pasien rehab • pasien dibagi kelompok sesuai minat • mendampingi pasien yg berminat ke studio seni • mendampingi pasien mem buat manik - manik • mendampingi pasien menggambar	07.30 wib 08.00 wib 08.30 wib 08.50 wib 09.00 wib 09.20 wib 09.40 wib 10.00 wib 10.20 wib	

LOG BOOK
PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN JIWA

No	Hari/ Tgl	Ruang	Kegiatan	Hasil Kegiatan	Paraf CI
	20/12 2021	Perawatan	- operan - menyiapkan makan pasien - mendampingi pasien makan - memberikan obat - membantu pasien bersih-kan alat makan - masukan pasien ke kamarnya kembali - TTV - Berbedah - nonfarm - ngobrol - ngobrol	14.00 wib 14.10 wib 14.30 wib 14.35 wib 15.00 wib 15.20 wib 15.30 wib 15.50 wib 16.00 wib 16.20 wib	

LOG BOOK
PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN JIWA

No	Hari/ Tgl	Ruang	Kegiatan	Hasil Kegiatan	Paraf CI
	21/11 2024	Perawatan	• operasi • menyiapkan • mencuci pasien • mendampingi • pasien mencuci • memberikan • obat • membantu • pasien menggunakan • alat • mencuci • memasukkan • kembali pasien • ke kamar • senam • membaca • asma • hirsisi • Ttu • perbeden • menonton tv • ngabrol - • ngabrol	07.00 07.20 wib 07.30 wib 07.40 wib 08.00 wib 08.30 wib 09.00 wib 09.30 wib 10.00 wib 10.30 wib 11.00 wib 11.30 wib	

Lampiran V : Laporan Kemajuan

**LAPORAN KEMAJUAN
PENELITIAN TUGAS AKHIR**

Nama	Anisa Herawati		
NPM	221FK01014		
Program Studi/ Semester	D3 Keperawatan		
Rubi	Keperawatan komunitas, keluarga, gerontik dan jiwa		
Rubi/ KK/ Bidang			
Judul TA	Asuhan Keperawatan Pada Pasien <i>skizofrenia afektif</i> dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi penglihatan		
Pembimbing	1. Asep Aep Indarna, Skep., Ners., MPd., Mkep 2. Hj. Yani Marlina, Skep., Ners., Mkep		
Capaian/Progres Sampai Saat ini:			
TIME LINE PENELITIAN			
No	Hari/ Tanggal	Kegiatan	Keterangan
	28 Mei 2025		
HASIL DAN PEMBAHASAN			
Acc			
KESIMPULAN			
Acc			
DAFTAR PUSTAKA			
Acc			
Pernyataan Data yang dilaporkan benar telah dilakukan dan telah melalui proses bimbingan dengan dosen pembimbing 1 dan 2. Mahasiswa, (.....)			

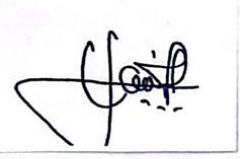
Bandung, 28 Mei 2025

Pembimbing:

Mengetahui:

Pembimbing 2


Asep Aep Indarna, Skep., Ners., MPd., Mkep
NIDN : 0409127702


Hj. Yani Marlina, Skep., Ners., Mkep
NIDN : 0405037602

Lampiran VI : Turnitin

ANISA HERAWATI

ORIGINALITY REPORT

10%	10%	4%	2%
SIMILARITY INDEX	INTERNET SOURCES	PUBLICATIONS	STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	repository.stikeshangtuah-sby.ac.id Internet Source	3%
2	repository.poltekkes-kdi.ac.id Internet Source	2%
3	repository.umpri.ac.id Internet Source	1%
4	repository.stikesrspadgs.ac.id Internet Source	1%
5	repo.stikesicme-jbg.ac.id Internet Source	1%
6	journal3.um.ac.id Internet Source	1%
7	repository.universitalirsyad.ac.id Internet Source	1%

Exclude quotes On
Exclude bibliography On

Exclude matches < 1%

Lampiran VII : Daftar Riwayat Hidup

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Anisa Herawati
NIM : 221FK01014
Tempat,Tanggal Lahir : Bandung,08 2004
Alamat : Pangaritan Jl. Genpol RT.03/RW.05 Kel.Mekar
Mulya,Kec.Panyileukan,Kota Bandung

Pendidikan

1. SDN Sukarela 01&02 : 2010-2016
2. SMP Negri 56 Bandung : 2017-2019
3. MA AR-Rohman Ibun : 2019-2022
4. Universitas Bhakti Kencana : 2022-2025