

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian

Ruang Rawat : Nakula Sadewa

Pengkajian : 19-12-23

1. Identitas Pasien

Pasien adalah Tn. A dengan no RM 01XXXXX seorang laki-laki dengan tanggal lahir 13 mei 2004 (usia 19 tahun) beragama Kristen, pendidikan terakhir SMK, Pasien tinggal di Yogyakarta Bersama kakaknya. Pasien belum menikah dan pasien adalah anak ke tiga dari tiga bersaudara.

2. Alasan Masuk / Faktor Presipitasi

Pasien datang dibawa keluarganya pada tanggal 24 november 2023. Pasien dibawa kerumah sakit jiwa karena pasien mencoba melakukan bunuh diri. Keluarga pasien mengatakan pasien mencoba bunuh diri bukan hanya sekali tetapi sudah 4 kali dengan pisau, tali dan yang terakhir kali menggunakan ikat pinggang. Awal masuk pasien menyatakan ada suara yang menyuruh pasien untuk bunuh diri dan menyatakan ingin mati. Berdasarkan wawancara pada keluarga, pasien melakukan percobaan bunuh diri dikarenakan merasa ditinggal nikah oleh kakanya hal tersebut yang menjadi faktor pencetus terjadinya pasien melukan risiko bunuh diri.

3. Faktor Prediposisi

a. Riwayat mengalami gangguan jiwa :

Sebagai faktor penyebab penyebab atau faktor prediposisi pasien pernah menjadi korban bullying di sekolahnya.

b. Pengobatan sebelumnya

Pengobatan sebelumnya belum berhasil dikarenakan Pasien belum pernah melakukan pengobatan sebelumnya dikarenakan ini baru pertama kalinya pasien masuk rumah sakit jiwa.

c. Trauma

Pasien memiliki trauma aniaya pada saat SMP dan SMK menjadi korban bullying.

d. Anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa

Kelurga pasien mengatakan tidak ada keluarga yang mengalami gangguan jiwa.

e. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan

Pasien memiliki pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan Pasien mengatakan waktu SMP pernah ada masalah sama temennya. Teman pasien sempat bully pasien dengan perkataan yang aneh-aneh seperti mengatakan pasien tukang marah, emosian suka mukul tembok dan sempat dipanggil polisi 2 kali waktu SMP dan berlanjut di SMK pasien juga dibuly karena pasien tidak masuk sekolah selama 1 tahun. Pasien dibuly karena tidak bisa membaca, dan pasien juga pernah mampir mau dikeroyok pada saat jalan pulang dari sekolah.

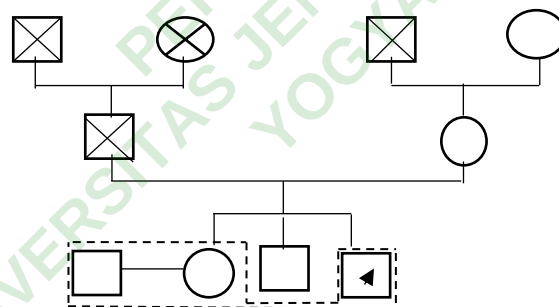
4. Pemeriksaan Fisik

Berdasarkan hasil pengkajian ditemukan TD 139//86 mmHg, RR: 20x menit, S:36,5⁰C, TB 170, BB : 50 dan pasien tidak memiliki keluhan fisik.

5. Psikososial

a. Genogram :

Tabel 3. 1 Genogram



Keterangan :	
	Laki-laki
	Perempuan
X	Meninggal
	Klien / Pasien
-----	Serumah

Jelaskan: pasien merupakan anak ketiga dari 2 bersaudara memiliki 1 kakak perempuan dan sudah menikah, pasien tinggal serumah dengan kakaknya. Pasien belum menikah, kondisi perekonomian keluarga kurang baik karena yang bekerja hanya kakanya pasien tidak bekerja. Saat dirumah pasien jarang keluar dan pasien hanya berbicara dan komunikasi dengan kakaknya. Pola asuh pasien kurang baik

dikarenakan orang tua pasien harus bekerja sebagai pedagang sehingga pasien tidak tinggal bersama ibunya lebih memilih tinggal bersama kakaknya karena kurang mendapatkan perhatian dari ibunya.

- b. **Konsep diri** : Pasien mengatakan menyukai semua bagian tubuhnya dan pasien paling suka dengan wajahnya dia merasa ganteng. Pasien merupakan seorang laki-laki berusia 19 tahun dan belum menikah. Pasien mengatakan belum bekerja hanya saja ia membantu kakaknya dirumah. Pasien mengatakan perannya belum begitu baik sebagai anak karena selalu merepotkan, pasien dirumah membantu kakaknya menyapu rumah. Pasien mengatakan harapan dia jika dia pulang nanti ingin hidup tenang damai tanpa dibully lagi oleh orang sekitarnya. Pasien merasa malu dan takut ketemu orang-orang dikarena sering diejek teman-temannya, dikatakan pemaarah.
- c. **Hubungan sosial** : Pasien mengatakan orang terdekatnya adalah kakaknya karena ketika ada masalah pasien selalu bercerita dengan kakanya. Pasien jarang keluar rumah dan hanya berdiam diri dirumah saja. Ketika ada kegiatan masyarakat pasien sesekali mau keluar. Hambatan dalam berhubungan pasien selalu curiga ketika berhubungan dengan orang baru dan merasa tidak nyaman dan terancam dikarenakan ia selalu merasa ada yang berbicara ia dibelakangnya.
- d. **Spiritual sebelum di RS** : pasien mengatakan telah menerima sakit yang dialami, pasien percaya sakit yang dialaminya bisa sembuh. Pasien beragama Kristen, pasien mengatakan tidak pernah beribadah ke gereja.

6. Status Mental

- a. **Penampilan** : penampilan pasien rapi, pasien menggunakan baju sudah sesuai, kulit pasien lembab, rambut pasien bersih, kuku pasien pendek dan bersih dan aroma tubuh pasien tidak bau.
- b. **Pembicaraan** : pembicaraan pasien lambat namun pasien kooperatif jika diajak bicara.
- c. **Aktivitas motorik** : Pasien tampak tegang dan gelisah ketika didalam ruangan pasien tampak melakukan gerakan tidak normal ketika duduk

pasien tiba-tiba berdiri kemudian duduk kembali. Wajah pasien tampak tegang saat berkomunikasi.

- d. **Alam perasaan** : pasien tampak sedih ketika ditanyakan masalah yang telah ia lakukan sebelum dibawa ke rumah sakit jiwa pasien menyadari bahwa yang ia lakukan adalah hal yang salah.
- e. **Afek** : pasien tampak tumpul yaitu hanya bereaksi ketika diberikan stimulus emosi yang kuat
- f. **Interaksi selama wawancara** : saat berinteraksi kontak mata pasien kurang, pasien tampak curiga dan berhati-hati saat berbicara
- g. **Persepsi** : Pasien Awal masuk pasien menyatakan ada suara yang menyuruh pasien untuk bunuh diri dan menyatakan ingin mati. Pasien mengatakan suara-suara bisikan muncul ketika sendiri dan pada malam hari, pasien mengatakan sehari bisa muncul 2x kali namun sekarang hanya kadang-kadang munculnya, pasien mengatakan suara yang muncul suara yang menyatakan menyuruh pasien untuk bunuh diri dan menyatakan ingin mati.
- h. **Isi pikir** : Waham curiga yaitu pasien merasa curiga dengan orang baru dan merasa ada yang membicarakan keburukannya dibelakang.
- i. **Proses pikir** : pasien tidak memiliki masalah dalam proses pikir setiap pembicaraan pasien bisa dipahami
- j. **Tingkat kesadaran** : pasien tidak memiliki masalah pada tingkat kesadaran dikarenakan pasien mampu mengingat waktu, tempat dan orang disekitarnya.
- k. **Memori** : pasien tidak mengalami daya ingat pasien masih bisa mengingat pasien berada dimana, pasien masih mampu mengingat kegiatan-kegiatan yang dilakukan selama dirumah sakit
- l. **Tingkat konsentrasi** : ketika diajak berbicara pasien mudah beralih karena pasien tidak mampu berhitung
- m. **Kemampuan penilaian** : pasien masih bisa mengambil keputusan dengan hal yang sederhana seperti merapikan tempat tidur, mandi dan makan.
- n. **Daya tilik diri (*insight*)** : pasien mengatakan menyadari bahwa ia menderita penyakit gangguan jiwa dan pasien tau bahwa sedang berada dirumah sakit jiwa

7. **Kebutuhan Perencanaan Pulang**

Kebutuhan makan, BAB / BAK, mandi, berpakaian / berias, penggunaan obat, pemeliharaan kesehatan dapat bantuan minimal, istirahat / tidur pasien mengatakan biasanya tidur siang mulai dari jam 13:00-15:00 WIB, pasien mengatakan tidur malam pukul 21:00 dan bangun jam 5 subuh. Sebelum pasien mencuci kaki dan berdoa dan pada saat bangun tidur pasien merapikan tempat tidur.

8. **Mekanisme Koping**

Pasien pernah melakukan mencederai diri sendiri menggunakan ikat pinggang. Dan keluarga pasien mengatakan sebelum pasien masuk ke rumah sakit jiwa tingkah laku pasien sudah mulai mencurigakan dan pasien juga melakukan percobaan bunuh diri selain menggunakan ikat pinggan pasien juga sempat mencoba menggunakan pisau, dan tali.

9. **Masalah Psikososial dan Lingkungan**

- a. Pasien mengatakan tidak ada masalah pada dukungan kelompok
- b. Pasien mengatakan dengan lingkungan tempat tinggal pasien jarang berinteraksi dengan masyarakat dikarenakan pasien lebih nyaman sendiri.
- c. Pasien mengatakan sekolah SMK tidak tamat dikarenakan pasien dalam 1 tahun tidak masuk sekolah dan akhirnya pihak sekolah mengeluarkan pasien dari sekolahannya.
- d. Pasien mengatakan belum bekerja, dan pasien mengatakan jika keluar nanti mungkin dia mau meminta carikan pekerjaan oleh kakanya.
- e. Pasien mengatakan tinggal dirumah dengan kakanya, pasien memiliki hubungan baik dan kakak dan orang tuanya, pasien mengatakan pasien ke sini diantar oleh kakanya.
- f. Pasien tidak memiliki masalah ekonomi.
- g. Tidak ada masalah dengan pelayanan kesehatan.

10. **Kurang Pengetahuan**

Pasien mengatakan kurang mengerti terkait masalah jiwa yang dialami, dan pasien juga tidak terlalu mengerti obat-obat yang dikonsumsi.

11. Aspek Medis

Dx Medis :
 Axis I : F.25.2
 Axis II : -
 Axis III : -
 Axis IV : -
 Axis V : -
 Terapi Medis:

Tabel 3. 2 Terapi medis

Nama Obat	Dosis	Indikasi	Side Effect
Clozapin	25 mg / 1x1 per 24 jam	Indikasi utama clozapine adalah untuk penanganan gejala-gejala psikotik, agresivitas, dan gejala positif schizophrenia. Clozapine juga digunakan untuk mengurangi risiko perilaku bunuh diri pada schizophrenia dan gangguan skizoafektif. Dosis dititiasi naik hingga efek terapeutik tercapai.	efek samping dari clozapine yang berpotensi fatal, antara lain agranulositosis berat, miokarditis, kardiomiopati, hepatotoksitas, torsade de pointes, henti jantung, sindrom neuroleptik maligna, gagal napas, ileus paralitik, obstruksi usus, serta impaksi feses.
Risperidon	2 mg / 2x1 per 12 jam	Indikasi dari risperidone adalah untuk terapi schizophrenia, iritabilitas terkait dengan gangguan autistik, serta sebagai monoterapi atau terapi adjuvan pada episode manik akut atau campuran pasien gangguan bipolar. Dosis risperidone tergantung pada indikasi penggunaan dan usia pasien.	Efek samping dari risperidone yang sering terjadi adalah kecemasan, konstipasi, mengantuk, hiperprolaktinemia, peningkatan berat badan, dan gejala ekstrapiramidal.

Trihexpheni dyl	2 mg / 2x1 per 12 jam	Trihexyphenidyl adalah obat antikolinergik yang diindikasikan untuk penanganan simtomatik penyakit Parkinson. Trihexyphenidyl dapat digunakan sebagai terapi adjuvan levodopa pada semua tipe parkinsonisme, termasuk parkinsonisme post ensefalitik, arteriosklerotik, dan idiopatik.	Efek samping yang mungkin timbul setelah mengonsumsi trihexyphenidyl, antara lain: Penglihatan buram. Kulit memerah (flushing) Pusing atau sakit kepala.
Dival Proex Sodium ER	500 mg / 1x1 per 24 jam	Mengobati kejang akibat epilepsi serta digunakan mencegah migrain atau mengatasi episode manik dari gangguan bipolar	• Diare, sembelit, atau sakit perut • Pusing • Mengantuk • Perubahan siklus menstruasi • Gemetar • Kliyengan • Rambut rontok • Pandangan buram • Penurunan berat badan • Mulut terasa pahit

Pemeriksaan penunjang:**a. Pemeriksaan Rontgen, CT Scan**

Tabel 3. 3 Pemeriksaan rontgen

Tanggal	Hasil Pemeriksaan
	Tidak ada

b. Pemeriksaan Darah dan Kultur

Tabel 3. 4 Pemeriksaan darah dan kultural

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan	Keterangan
KIMIA DARAH				
Faal Hati				
SGOT	53.2	<37	IU/L	Tinggi
SGPT	16.4	<42	IU/L	Normal
Faal Ginjal				
Ureum	28.8	10-50	mg/dL	Tinggi
Kreatinin	0.70	0,6 – 1,1	mg/dL	Normal
Glukosa				
Gula Darah sewaktu	102	<200	mg/dL	Normal
Elektrolit				
Natrium	142	136-145	mmol/L	Normal
Kalium	3.2	3,4 – 4,5	mmol/L	Normal
Clorida	104	100 -108	mmol/L	Normal
HEMATOLOGI				
Lekosit	6.34	5-11	ribu/mm ³	Normal
Eritrosit	5.11	4.5 – 5.5	juta/mm ³	Normal
Hemoglobin	14.9	14 – 18	gr/dl	Normal
Hematokrit	41.5	40 - 50	%	Normal
Trombosit	248	150 -450	ribu/mm ³	Normal
Hitung Jenis Lekosit				
Netrofil Batang	0	2-5	%	Rendah
Netrofil segmen	67.1	36 – 66	%	Tinggi
Limfosit	24.6	22 – 40	%	Normal

Monosit	7.3	4 - 8	%	Normal
Eosionofil	0.8	1-4	%	Rendah
Basofil	0.2	0-1	%	Normal
Pemeriksaan Tambahan				
MCV	81.2	80 - 100	fl	Normal
MCH	29.2	26 - 34	pg	Normal
MCHC	35.9	32 - 36	%	Normal

12. Tahap Penanganan Klien

- Skor kategori : (Kategori IV).
- Tahapan penanganan fase : *Crisis/ Kritis.*
- Tujuan pengobatan : Stabilisasi.
- Intervensi keperawatan : Modifikasi lingkungan untuk sediakan lingkunga yang aman.
- Hasil yang diharapkan : Tidak adanya bahaya pada pasien dan orang lain.

13. Asuhan Keperawatan

ANALISA DATA

Tabel 3. 5 Analisa data

No	DATA FOKUS	MASALAH	PENYEBAB
1.	Data Subjektif 1. Keluarga pasien mengatakan mencoba bunuh diri dengan ikat pinggang 2. Kelurga pasien pasien melakukan percobaan bunuh diri bukan hanya sekali tetapi sudah beberapa kali yang terakhir kali menggunakan ikat pinggang, sebelumnya sempat menggunakan pisau dan tali. 3. Keluarga pasien mengatakan percobaan bunuh pasien	Risiko bunuh diri (D.0125)	<i>Post Traumatic Stress disorder (PTSD</i>

	dikarenakan merasa ditinggal nikah oleh kakanya Data Objektif 1. Terdapat bekas percobaan bunuh diri pada leher 2. Pasien banyak diam 3. Tampak sedih 4. Tegang 5. Gelisah		
2.	Data Subjektif : 1. Awal masuk pasien menyatakan ada suara yang menyuruh pasien untuk bunuh diri dan menyatakan ingin mati. 2. Pasien mengatakan suara-suara bisikan muncul ketika sendiri dan pada malam hari, pasien mengatakan sehari bisa muncul 2x kali namun sekarang hanya kadang-kadang munculnya, pasien mengatakan suara yang muncul suara yang menyatakan menyuruh pasien untuk bunuh diri dan menyatakan ingin mati. Data Objektif : 3. Pasien tampak bingung 4. Pasien tampak takut 5. Melamun 6. Melihat kesatu arah	Gangguan Presepsi Sensori (D.0085)	Gangguan Pendengaran
3.	Data Subjektif 1. Pasien mengatakan hingga saat ini jika ada orang baru masih merasa curiga	Waham (D.0105)	Skinzofrenia

	2. Pasien mengatakan merasa ada yang membicarakan keburukan dia dibelakangnya. Data Objektif 1. Merasa khawatir 2. Curiga berlebihan 3. Pasien tampak waspada 4. Arus pikir : 5. Isi pikir : Waham curiga yaitu pasien merasa curiga dengan orang baru dan merasa ada yang membicarakan keburukannya dibelakang		
--	--	--	--

DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Risiko Bunuh Diri b.d *Post Traumatic Stress disorder* (PTSD) (D.0135)
2. Gangguan Persepsi Sensori b.d Gangguan Pendengaran (D.0085)
3. Waham b.d Skizofrenia d.d menunjukkan perilaku sesuai isi pikir waham (curiga) (D. 0105)

RENCANA KEPERAWATAN

Tabel 3. 6 Rencana keperawatan

No	DIAGNOSA	SLKI	SIKI
1.	Risiko Bunuh Diri b.d <i>Post Traumatic Stress disorder</i> (PTSD) (D.0135)	Setelah dilakukan intervensi selama 3x 8 jam diharapkan Risiko bunuh diri menurun dengan kriteria hasil : Kontrol diri (L.09076) 6. Perilaku melukai diri sendiri / orang lain dari meningkat 1 menjadi cukup menurun 4 7. Perilaku agresif / ngamuk dari meningkat menjadi cukup menurun 4 8. Verbalisasi keinginan bunuh diri dari meningkat 1 menjadi cukup menurun 4 9. Verbalisasi ancaman bunuh diri dari meningkat 1 menjadi cukup menurun 4 10. Perilaku merencanakan bunuh diri dari meningkat 1 menjadi cukup menurun 4	Pencegahan bunuh diri (L.14538) <i>Observasi</i> 1. Identifikasi gejala risiko bunuh diri (mis: gangguan mood, halusinasi, delusi, panik, penyalahgunaan zat, kesedihan, gangguan kepribadian) 2. Identifikasi keinginan dan pikiran rencana bunuh diri 3. Monitor lingkungan bebas bahaya secara rutin (mis: barang pribadi, pisau cukur, jendela) <i>Teraupetik</i> 1. Libatkan dalam perencanaan perawatan mandiri 2. Lakukan pendekatan langsung dan tidak menghakimi saat membahas bunuh diri 3. Berikan lingkungan dengan pengamatan ketat dan mudah dipantau (mis: tempat tidur dekat dengan ruang perawat) 4. Tingkatkan pengawasan pada kondisi tertentu (mis: rapat staf, pergantian shift) 5. Lakukan intervensi perlindungan (mis: pembatas area, pengekangan fisik), jika diperlukan 6. Hindari diskusi berulang tentang bunuh diri sebelumnya, diskusikan berorientasi pada masa sekarang dan masa depan 7. Diskusikan rencana menghadapi ide bunuh diri dimasa depan (mis: orang

			yang dihubungkan, kemana mencari bantuan) 8. Pastikan obat ditelan. <i>Edukasi :</i> 6. Anjurkan mendiskusikan perasaan yang dialami kepada orang lain 7. Anjurkan menggunakan sumber pendukung (mis : layanan spiritual, penyedia layanan 8. Jelaskan tindakan pencegahan bunuh diri kepada keluarga atau orang terdekat 9. Informasikan sumber daya masyarakat dan program yang tersedia 10. Latihan pencegahan resiko bunuh diri (dengan terapi relaksasi <i>Guided Imagery</i>) <i>Kolaborasi</i> 4. Kolaborasi pemberian obat antiansietas, atau antipsikotik, sesuai indikasi 5. Kolaborasi tindakan kepada PPA 6. Rujuk ke pelayanan Kesehatan mental, jika perlu.
2.	Gangguan Persepsi Sensori b.d Gangguan Pendengaran (D.0085)	Setelah dilakukan intervensi selama 3x 8 jam diharapkan Persepsi Sensori menurun dengan kriteria hasil : Persepsi Sensori (L.09083) 1. Verbalisasi mendengar bisikan dari meningkat 1 menjadi cukup menurun 4	Manajemen Halusinasi (I.09288) <i>Observasi :</i> 1. Monitor perilaku yang mengidentifikasi halusinasi 2. Monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulus lingkungan 3. Monitor isi halusinasi (Mis. Kekerasan dan membahayakan diri) <i>Teraupetik :</i>

		2. Perilaku halusinasi dari meningkat 1 menjadi cukup menurun 4	1. Pertahankan lingkungan aman 2. Lakukan tindakan keselamatan Ketika tidak dapat mengontrol perilaku 3. Diskusikan perasaan respons terhadap halusinasi 4. Hindari perdebatan tentang validitas halusinasi 5. Libatkan dalam TAK stimulus sensori umum. TAK stimulus sensori khusus dan TAK stimulus persepsi halusinasi <i>Edukasi :</i> 1. Anjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi 2. Anjurkan bicara pada orang yang dipercaya untuk memberikan dukungan dan umpan balik korektif terhadap halusinasi 3. Anjurkan bicara pada orang yang dipercaya untuk memberikan dukungan dan umpan balik korektif terhadap halusinasi 4. Anjurkan melakukan distraksi (mis mendengarkan music, melakukan aktivitas dan Teknik relaksasi) 5. Ajarkan pasien dan keluarga cara mengontrol halusinasi <i>Kolaborasi</i> 1. Pemberian obat antipsikotik dan antiansietas. <i>Jika perlu</i>
6.	Waham b.d Skinszofrenia (0105)	Setelah dilakukan intervensi selama 3x 8 jam diharapkan	Pencegahan Waham (I.09299) <i>Observasi</i> 1. Identifikasi Kesehatan mental fisik

		Risiko bunuh diri menurun dengan kriteria hasil : Kontrol Pikir (L.09078) 1. Kesesuaian afek dari dari cukup memburuk 2 menjadi cukup membaik 4 2. Memandang lingkungan secara akurat dari cukup memburuk 2 menjadi cukup membaik 4 3. Menunjukkan pola berfikir yang logis dari cukup memburuk 2 menjadi cukup membaik 4 4. Menunjukkan pemikiran yang berdasarkan kenyataan dari cukup memburuk mejadi cukup membaik 4 5. Menunjukkan isi piker positif dari cukup memburuk 2 menjadi cukup membaik 4	2. Identifikasi Riwayat pengobatan sebelumnya 3. Identifikasi latar belakang budaya yang dapat mempengaruhi Kesehatan mental 4. Identifikasi pemicu terjadinya waham (mis : stress, ansietas) 5. Identifikasi tujuan dan kebutuhan waham 6. Monitor pemulihan dan kepatuhan obat 7. Monitor Kesehatan fisik (mis. Berat badan, TTV) 8. Monitor frekuensi dan intensitas waham setiap hari <i>Teraupetik</i> 1. Yakinkan pasien berada dilingkungan yang aman 2. Validasi setiap keyakinan yang keliru 3. Motivasi mendiskusikan pikiran atau penalaran waham <i>Edukasi</i> 1. Informasikan bahwa perawat tidak menceritakan waham pasien kepada orang lain 2. Latih kemampuan pemenuhan kebutuhan waham yang tidak terpenuhi (mis, latihan perilaku pikiran, asertif) 3. Latihan mengontrol pikiran (mis. Teknik distraksi pikiran) <i>Kolaborasi</i> 1. Kolaborasi pemberian psikofarmaka, jika perlu
--	--	--	--

IMPELEMENTASI KEPERAWATAN HARI-1

Tabel 3. 7 Implementasi dan Evaluasi H-1

No/DX	TGL/WAKTU	IMPLEMENTASI	TGL/EVALUASI	PARAF
1. Risiko Bunuh Diri b.d <i>Post Traumatic Stress disorder</i> (PTSD) (D.0135)	19/12/2023 08:00 10:00	Pencegahan bunuh diri (I.14538) 1. Membina hubungan saling percaya 2. Mengidentifikasi gejala risiko bunuh diri (mis: gangguan mood, halusinasi, delusi, panik, penyalahgunaan zat, kesedihan, gangguan kepribadian) 3. Mengidentifikasi keinginan dan pikiran rencana bunuh diri 4. Memonitor lingkungan bebas bahaya secara rutin (mis: barang pribadi, pisau cukur, jendela) 5. Melibatkan dalam perencanaan perawatan mandiri 6. Melakukan pendekatan langsung dan tidak menghakimi saat membahas bunuh diri 7. Menghindari diskusi berulang tentang bunuh diri sebelumnya, diskusikan berorientasi pada masa sekarang dan masa depan	19/12/2023 12:30 S: 1. Pasien mengatakan senang berkenalan dengan mbak perawat dan pasien mengatakan bersedia dilakukan pengkajian dan diberikan terapi relaksasi <i>Guided Imagery</i> 2. Pasien melakukan percobaan bunuh diri dikarenakan merasa ditinggal nikah oleh kakaknya 3. Pasien mengatakan terkadang mood nya suka berubah-berubah 4. Pasien mengatakan akan mengontrol keinginan untuk melakukan bunuh diri 5. Pasien mengatakan jika keinginan bunuh diri akan meminta bantuan perawat cara mengalahkannya O:	SUCI 

	12:00	8. Mendiskusikan rencana menghadapi ide bunuh diri dimasa depan (mis: orang yang dihubungkan, kemana mencari bantuan) 9. Memastikan obat ditelan. 10. Pemberian obat clozapine 25 mg 2x1	6. Pasien terlihat ingin mengontrol keinginannya untuk mengontrol bunuh diri 7. Pasien minum obat yang telah diberikan A: Risiko bunuh diri belum teratasi P: Lanjutkan Intervensi 1. Monitor gejala risiko bunuh diri 2. Monitor perubahan mood 3. Bina hubungan saling percaya 4. Kolaborasi pemberian obat 5. Latih pencegahan risiko bunuh diri (terapi relaksasi <i>Guided Imagery</i>) 6. Kolaborasi Pemberian obat clozapine 25 mg 2x1	
2. Gangguan Persepsi Sensori b.d Gangguan Pendengaran (D.0085)	13:00	Manajemen Halusinasi (I.09288) 1. Memonitor perilaku halusinasi yang mengindikasikan halusinasi 2. Memonitor isi halusinasi 3. Menciptakan lingkungan yang aman	19/12/2023 14:30 S: 1. Pasien mengatakan suara-suara bisikan muncul ketika sendiri dan pada malam hari, pasien	

	14:00	4. Mendiskusikan perasaan dan respon terhadap halusinasi 5. Menganjurkan bicara pada orang yang dipercaya untuk memberi dukungan dan umpan balik korektif terhadap halusinasi 6. Menganjurkan melakukan Teknik distraksi mis mendengarkan music, melakukan aktivitas dan Teknik relaksasi) 7. Melakukan kolaborasi pemberian obat antipsikotik • Clozapine 25 mg/24 jam • Risperidon 2 mg/12 jam • Trihexphenidil 2 mg/12 jam	mengatakan sehari bisa muncul 2x kali namun sekarang hanya kadang-kadang munculnya, pasien mengatakan suara yang muncul suara yang menyatakan menyuruh pasien untuk bunuh diri dan menyatakan ingin mati. O: 1. Pasien bingung 2. Wajah pasien tegang A: Gangguan Persepsi Sensori halusinasi pendengaran belum teratasi P: Lanjutkan Intervensi 1. Monitor perilaku yang mengidentifikasi halusinasi	
--	-------	---	--	--

			2. Monitor isi halusinasi 3. Mempertahankan lingkungan yang aman 4. Mengajarkan pasien cara mengontrol halusinasi 5. Libatkan dalam TAK stimulus sensori umum. TAK stimulus sensori khusus dan TAK stimulus presepsi halusinasi 6. Kolaborasi pemberian obat antipsikotik	
3. Waham b.d Skizofrenia d.d menunjukkan perilaku sesuai isi pikir waham (curiga) (D. 0105)	15:00	Pencegahan Waham (I.09299) 1. Mengidentifikasi Riwayat pengobatan sebelumnya 2. Mengidentifikasi latar belakang budaya yang dapat mempengaruhi Kesehatan mental	19/12/2023 16:00 S: 1. Pasien mengatakan tidak pernah melakukan pengobatan sebelumnya 2. Pasien mengatakan mempunyai masalah lalu dibully pada saat	

	15:30	3. Identifikasi pemicu terjadinya waham (mis : stress, ansietas) 4. Monitor Kesehatan fisik (mis. Berat badan, TTV) 5. Monitor frekuensi dan intensitas waham setiap hari 6. Motivasi mendiskusikan pikiran atau penalaran waham 7. Kolaborasi pemberian psikofarmaka, jika perlu	SMP dan SMA oleh teman-temennya O : 1. BB : 60 2. TTV : TD 130/79 N: 88 x/menit S: 36,5 C RR: 20x/menit 3. Pasien terlihat curiga pada setiap orang baru dikarenakan pengalaman masalah lalunya yang tidak menyenangkan A : Waham belum teratasi P: Lanjutkan Intervensi 1. Monitor Kesehatan fisik (mis. Berat badan, TTV) 2. Monitor frekuensi dan intensitas waham setiap hari 3. Motivasi mendiskusikan pikiran atau penalaran waham	
--	-------	--	---	--

			4. Kolaborasi pemberian psikofarmaka, jika perlu	
--	--	--	--	--

IMPELEMENTASI KEPERAWATAN HARI-2

Tabel 3. 8 Implementasi dan Evaluasi H-2

NO/DX	TGL/WAKTU	IMPLEMENTASI	TGL/EVALUASI	PARAF
1. Risiko Bunuh Diri b.d <i>Post Traumatic Stress disorder</i> (PTSD) (D.0135)	20/12/2023 08:00 11:30	Pencegahan bunuh diri (I.14538) 1. Membina hubungan saling percaya 2. Memonitor gejala risiko bunuh diri 3. Memonitor perubahan mood 4. Membina hubungan saling percaya untuk melakukan terapi 5. Melatih pencegahan risiko bunuh diri (terapi relaksasi <i>Guided Imagery</i>)	20/12/2023 12:00 S: 1. Pasien mengatakan senang bisa saling berkenalan dengan mahasiswa 2. Pasien mengatakan sudah tidak ada muncul keinginan untuk melakukan bunuh diri	SUCI 

		6. Melakukan kolaborasi Pemberian obat clozapine 25 mg 2x1	3. Pasien mengatakan mood masih sering berubah-ubah namun masih bisa dikontrol 4. Pasien mengatakan akan mengontrol jika keinginan bunuh diri muncul 5. Pasien mengatakan tenang dan lebih nyaman setelah diberikan terapi relaksasi, 6. Pasien mengatakan sedikit khawatir 7. Pasien mengatakan sudah minum obat yang diberikan O : 1. Pasien setelah diberikan terapi kelihatn lebi rileks 2. Pasien terlihat sedikit berkonsentrasi selama proses terapi berjalan dan mengikuti	
--	--	---	--	--

			instruksi yang diajarkan, namun pasien terlihat sedikit tidak nyaman dikarenakan ada pasien baru di kamarnya sehingga ia merasa tarancam dan terganggu. 3. Hasil pretest dan posttest terkait lembar assesmen sebelum dilakukan terapi total skor (16) setelah diberikan terapi total skor (14) A : Risiko bunuh diri belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 1. Monitor gejala risiko bunuh diri 2. Monitor perubahan mood 3. Bina hubungan saling percaya 4. Kolaborasi pemberian obat	
--	--	--	---	--

2. Memonitor isi halusinasi
3. Mempertahankan lingkungan yang aman
4. Mengajarkan pasien cara mengontrol halusinasi
5. Libatkan dalam TAK stimulus sensori umum. TAK stimulus sensori khusus dan TAK stimulus presepsi halusinasi
6. Melakukan kolaborasi pemberian

		• Clozapine 25 mg/24 jam • Risperidon 2 mg/12 jam • Trihexphenidil 2 mg/12 jam	2. Pasien meminum obat yang telah diberikan A: Gangguan Persepsi Sensori halusinasi pendengaran belum teratasi P: Lanjutkan intervensi 1. Monitor isi halusinasi 2. Ajarkan control halusinasi dengan bercakap-cakap 3. Libatkan TAK 4. Kolaborasi pemberian obat	
3. Waham b.d Skinzofrenia d.d menunjukkan perilaku sesuai isi pikir waham (curiga) (D. 0105)	14:30 15:00	Pencegahan Waham (I.09299) 1. Monitor Kesehatan fisik (mis. Berat badan, TTV) 2. Monitor frekuensi dan intensitas waham setiap hari 3. Motivasi mendiskusikan pikiran atau penalaran waham	20/12/2023 15:30 S: 1. Pasien mengatakan masih sedikit merasa curiga Ketika ada orang baru 2. Pasien mengatakan ingin mengatasi rasa curiganya	

		4. Kolaborasi pemberian psikofarmaka, jika perlu	terhadap orang lain ataupun orang baru O : BB : 60 3. TTV : TD 139/80 N: 88x / menit S: 36,5 C RR: 20x / menit A : Masalah waham belum teratasi P : Lanjutkan Intervensi 1. Monitor Kesehatan fisik (mis. Berat badan, TTV) 2. Monitor frekuensi dan intensitas waham setiap hari 3. Motivasi mendiskusikan pikiran atau penalaran waham Kolaborasi pemberian psikofarmaka, jika perlu	
--	--	---	---	--

IMPELEMENTASI KEPERAWATAN HARI-3

Tabel 3. 9 Implementasi dan Evaluasi H-3

NO/DX	TGL/WAKTU	IMPLEMENTASI	EVALUASI	PARAF
1. Risiko Bunuh Diri b.d <i>Post Traumatic Stress disorder</i> (PTSD) (D.0135)	21/12/2023 08:00 12:30	Pencegahan bunuh diri (I.14538) 1. Membina hubungan saling percaya 2. Memonitor gejala risiko bunuh diri 3. Memonitor perubahan mood 4. Membina hubungan saling percaya untuk melakukan terapi 5. Melatih pencegahan risiko bunuh diri (terapi relaksasi <i>Guided Imagery</i>) 6. Melakukan kolaborasi Pemberian obat clozapine 25 mg 2x1	21/12/2023 13:30 S: 1. Pasien mengatakan senang bisa ajarkan cara mengontrol bunuh diri dengan terapi relaksasi 2. Pasien mengatakan sudah tidak ada lagi keinginan yang muncul untuk bunuh diri 3. Pasien mengatakan mood haari ini sudah lebih baik 4. Pasien mengatakan akan mencoba mengontrol keinginan bunuh diri dengan menerapkan terapi relaksasi <i>Guided Imagery</i>	SUCI 

			O : 1. Pasien mampu mengevaluasi kegiatan hari pertama diberikan terapi relaksasi 2. Pasien juga mampu memahami kapan harus menerapkan terapi yang sudah diajarkan 3. Pasien semakin nyaman dihari kedua dengan terapi yang diberikan 4. Hasil pretest dan posttest terkait lembar assesmen sebelum dilakukan terapi total skor (14) setelah diberikan terapi total skor (10) A : Masalah risiko bunuh diri belum teratasi P : Lanjutkan Intervensi	
--	--	--	---	--

			1. Monitor gejala risiko bunuh diri 2. Monitor perubahan mood 3. Bina hubungan saling percaya 4. kolaborasi pemberian obat 5. Latih pencegahan risiko bunuh diri (terapi relaksasi <i>Guided Imagery</i>) 6. Kolaborasi Pemberian obat clozapine 25 mg 2x1	
2.Gangguan Persepsi Sensori b.d Gangguan Pendengaran (D.0085)	13:00 14:00	Manajemen Halusinasi (I.09288) 1. Memonitor isi halusinasi 2. Mengajarkan control halusinasi dengan bercakap-cakap 3. Melibatkan TAK 4. Melakukan kolaborasi pemberian obat • Clozapine 25 mg/24 jam • Risperidon 2 mg/12 jam	21/12/2023 14:30 S: 1. Pasien mengatakan hari ini suara bisikan sudah tidak muncul 2. Pasien mengatakan Ketika suara halusinasi muncul pasien akan mengontrol dengan cara	

		• Trihexphenidil 2 mg/12 jam	mengajak temennya ngobrol untuk mengalihkan 3. Pasien mengatakan senang terlibat TAK O: 4. Pasien telah mengerti cara mengontrol halusinasi 5. Pasien mulai berbaur dengan teman sekamarnya 6. Pasien minum obat yang telah diberikan A: Gangguan Persepsi Sensori halusinasi pendengaran belum teratasi P: Lanjutkan intervensi 1. Monitor isi halusinasi 2. Ajarkan control halusinasi dengan bercakap-cakap 3. Libatkan TAK	
--	--	--	--	--

			P : Lanjutkan intervensi 1. Monitor pemulihan dan kepatuhan obat 2. Monitor Kesehatan fisik (mis. Berat badan, TTV) 3. Monitor frekuensi dan intensitas waham setiap hari 4. Motivasi mendiskusikan pikiran atau penalaran waham 5. Kolaborasi pemberian psikofarmaka, jika perlu	
--	--	--	---	--

IMPELEMENTASI KEPERAWATAN HARI-4

Tabel 3. 10 Implementasi dan Evaluasi H-4

NO	TGL/WAKTU	IMPLEMENTASI	EVALUASI	PARAF
1. Risiko Bunuh Diri b.d <i>Post Traumatic Stress disorder</i> (PTSD) (D.0135)	22/12/2023 08:00 12:30	Pencegahan bunuh diri (I.14538) 1. Membina hubungan saling percaya 2. Memonitor gejala risiko bunuh diri 3. Memonitor perubahan mood 4. Membina hubungan saling percaya untuk melakukan terapi 5. Melatih pencegahan risiko bunuh diri (terapi relaksasi <i>Guided Imagery</i>) 6. Melakukan kolaborasi Pemberian obat clozapine 25 mg 2x1	22/12/2023 13:30 S: 1. Pasien mengatakan senang rasa ingin bunuh diri yang dirasakan sudah tidak ada 2. Pasien mengatakan mood hari ini baik 3. Pasien mengatakan siap diberikan terapi lagi 4. Pasien mengatakan jika ia merasa khawatir dan pikiran tidak tenang pasien mencoba relaksasi dan membayangkan yang membuat pasien senang 5. Pasien mengatakan selalu meminum obat	SUCI 

			O : 1. Pasien mampu menyebutkan terapi relaksasi yang diajarkan dari hari pertama dan hari terakhir 2. Pasien mampu menjawab kapan terapi relaksasi dilakukan dan berapa lama relaksasi <i>Guided Imagery</i> dilakukan 3. Pasien sudah bisa menerapkan sedikit-demi sedikit terapi yang sudah diajarkan 4. Hasil pretest dan posttest terkait lembar assesmen sebelum dilakukan terapi total skor (7) setelah diberikan terapi total skor (4) A: Masalah risiko bunuh diri belum teratasi 1. Monitor gejala risiko bunuh diri	
--	--	--	---	--

			4. Pasien minum obat yang diberikan 5. Pasien terlihat TAK disetiap kegiatan A: Gangguan Persepsi Sensori halusinasi pendengaran belum teratasi p: Lanjutkan intervensi 1. Monitor isi halusinasi 2. Ajarkan control halusinasi dengan bercakap-cakap 3. Libatkan TAK 4. Kolaborasi pemberian obat	
3. Waham b.d Skinzofrenia d.d menunjukkan perilaku sesuai isi pikir waham (curiga) (D. 0105)	14:30 15:00	Pencegahan Waham (I.09299) 1. Memonitor pemulihan dan kepatuhan pengobatan 2. Monitor Kesehatan fisik (mis. Berat badan, TTV)	22/12/2023 15:30 S: 1. Pasien mengatakan selalu patuh minum obat 2. Pasien mengatakan Ketika merasa curiga terhadap seseorang pasien	

		3. Melatihkan mengontrol pikiran (mis. Teknik distraksi pikiran) 4. Kolaborasi pemberian psikofarmaka, jika perlu	sudah mampu mengontrol pikirannya dengan mengalihkan pikiran dengan bercerita kepada temennya O : 1. BB : 60 2. TTV : TD 140/80N: 90x / menit S: 36,7 C RR: 20x / menit 3. Pasien sudah mulai bisa mengontrol pikirannya dan mengalihkan perasaan curiga terhadap orang lain A: Masalah waham belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 1. Monitor pemulihan dan kepatuhan pengobatan 2. Monitor Kesehatan fisik (mis. Berat badan, TTV)	
--	--	---	---	--

			3. Melatihkan mengontrol pikiran (mis. Teknik distraksi pikiran) Kolaborasi pemberian psikofarmaka, jika perlu	
--	--	--	---	--