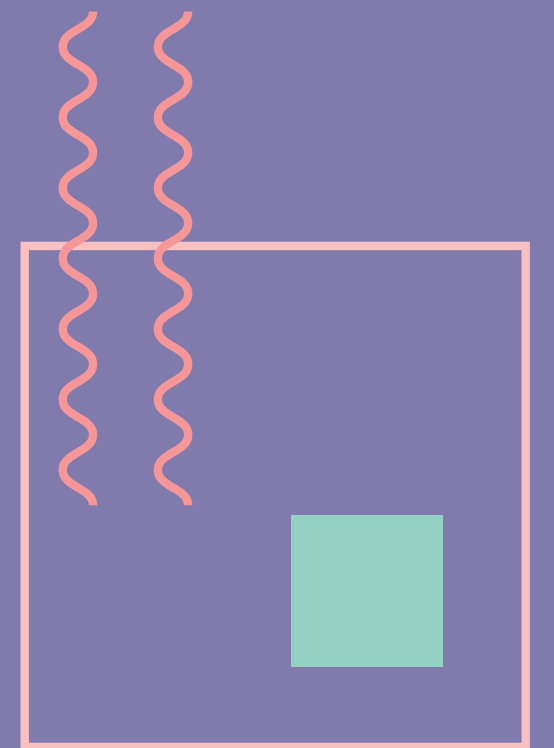
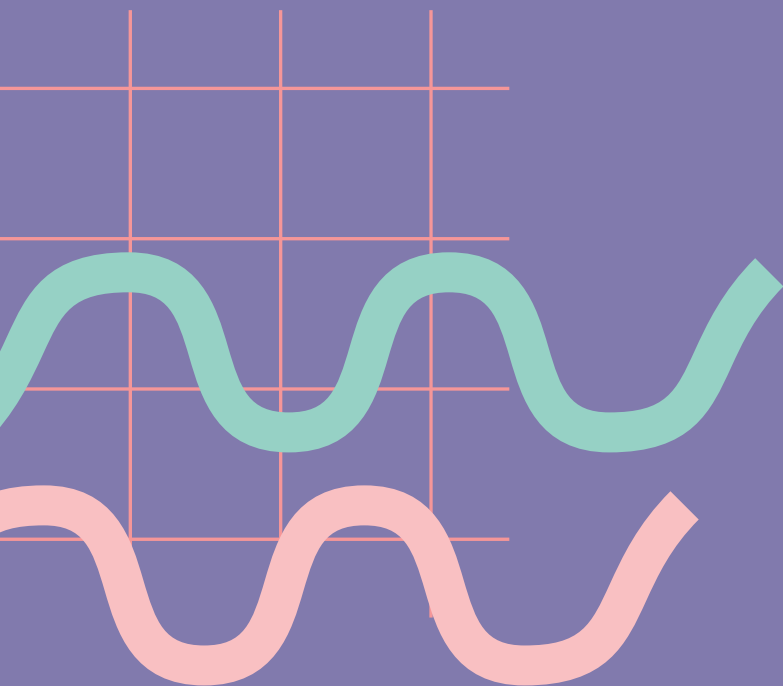
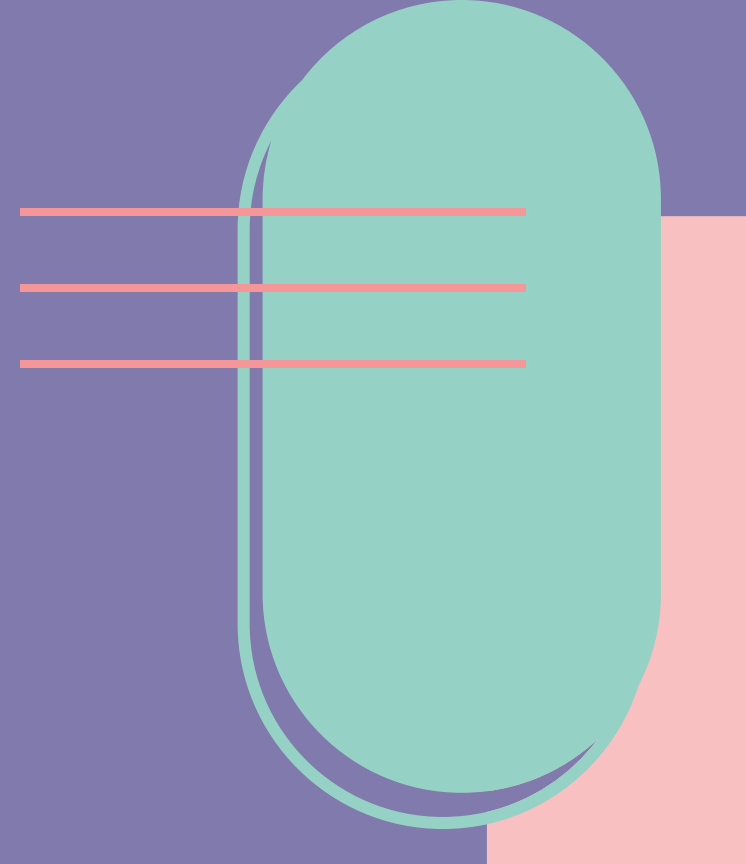


“

DEFISIT PERAWATAN DIRI

”



ANGGOTA KELOMPOK



Damayanti
Nanda Kirana



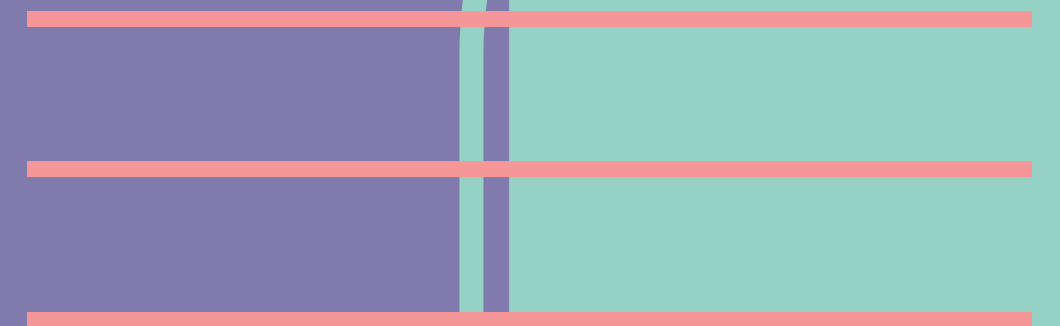
Fahruq Aqsal
Yudha



Iin Puspitasari



Raharani
Putriyawati






DEFINISI

Defisit perawatan diri adalah suatu kondisi dimana seseorang mengalami kelainan pada kemampuan untuk mandiri melakukan atau menyelesaikan aktivitas sehari-hari. Keenggangan untuk mandi secara teratur, kurang menyisir, pakaian kotor, bau badan, bau mulut dan penampilan tidak rapi.

Dapat disimpulkan bahwa defisit perawatan diri adalah keadaan seseorang yang mengalami kelainan kemampuan dalam melakukan atau melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri, seperti : tidak mau mandi secara teratur, rambut tidak terawat, pakaian kotor, badan bau mulut, bau mulut dan penampilan berantakan (Indriani, 2021).





ETIOLOGI

①

FAKTOR PREDISPOSISI

- Faktor biologis
- faktor psikologis
- faktor sosial

②

PRESIPITASI

- Kurang penurunan motivikasi
- kerusakan kognisi atau perseptual
- cemas
- Lemah/Lelah

JENIS/KLASIFIKASI

Menurut Hasana (2021) jenis-jenis perawatan diri dibagi menjadi 4 yaitu :

- Defisit perawatan diri : mandi tidak ada keinginan untuk mandi secara teratur, pakaian kotor, bau badan, bau nafas, dan penampilan tidak rapi.
- Defisit perawatan diri : berdandan atau berhias kurangnya minat dalam memilih pakaian yang sesuai, tidak menyisir rambut, atau mencukur kumis.
- Defisit perawatan diri : makan mengalami kesukaran dalam mengambil, ketidakmampuan membawa makanan dari piring ke mulut, dan makan hanya beberapa suap makanan dari piring.
- Defisit perawatan diri : Ketidakmampuan untuk pergi ke toilet atau kurangnya keinginan untuk buang air besar atau buang air kecil tanpa bantuan.

TANDA & GEJALA

Data subjektif

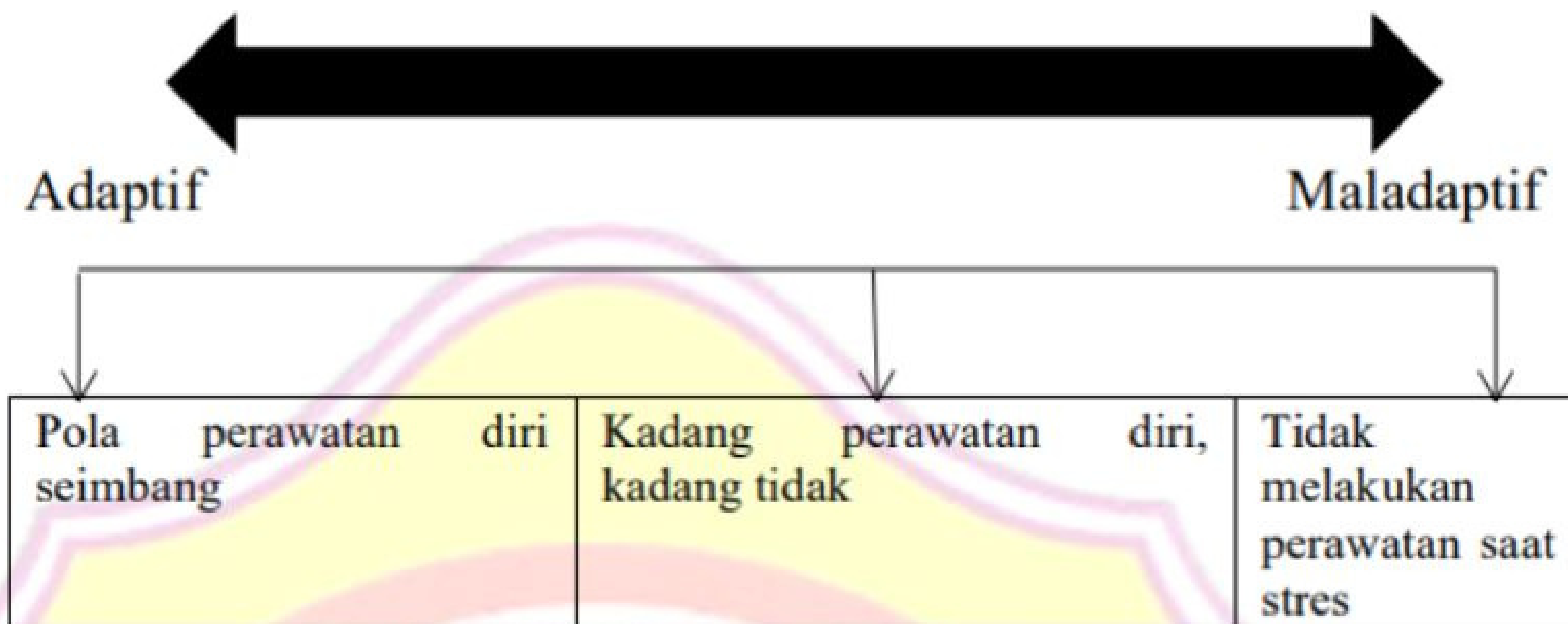
- Malas mandi
- Tidak mau menyisir rambut
- Tidak mau menggosok gigi
- Tidak mau memotong kuku
- Tidak mau berhias/berdandan
- 1)BAB dan BAK sembarangan

Data Objektif

- Badan bau, kotor, berdaki, rambut kotor, gigi kotor, kuku panjang
- Rambut kusut, berantakan, kumis dan jenggot tidak rapi, serta tidak mampu berdandan
- Tidak menggunakan alat mandi pada saat mandi dan tidak mandi dengan benar

E. Rentang respon

Menurut Yanti (2021) rentang respon perawatan diri klien adalah sebagai berikut :



Gambar 2.1 Rentang respons kognitif

RENTAN RESPOM

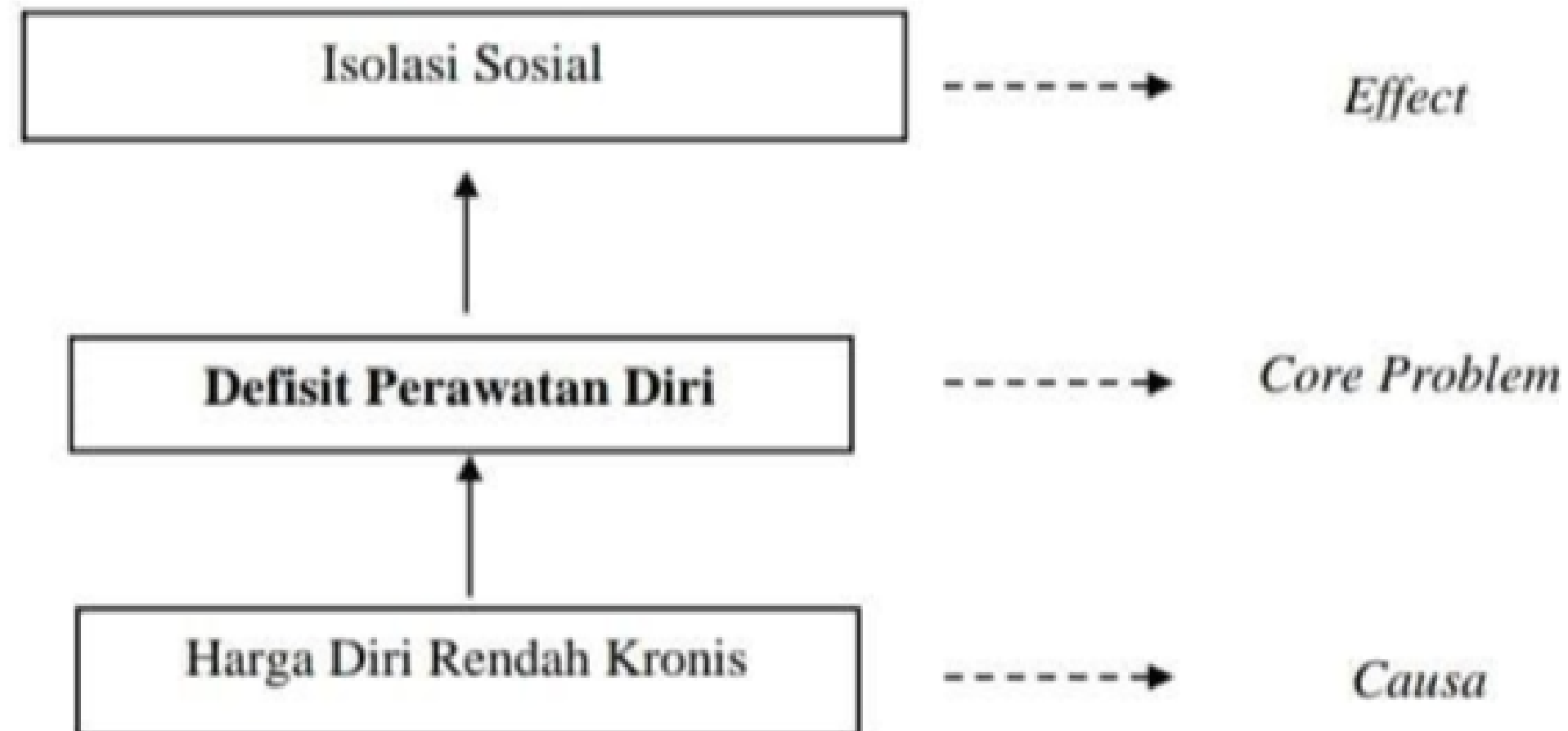
Keterangan:


- a. Pola perawatan diri seimbang, saat klien mendapatkan stressor dan mampu untuk berperilaku adaptif maka pola perawatan yang dilakukan klien seimbang, klien masih melakukan perawatan
- b. Kadang perawatan kadang tidak, saat klien mendapatkan stressor kadang-kadang klien tidak memperhatikan perawatan dirinya.
- c. Tidak melakukan perawatan diri, klien mengatakan dia tidak peduli dan tidak bisa melakukan perawatan saat stressor.



F. Pohon masalah

Menurut Saputra (2017), pohon masalah pada defisit perawatan diri





ASUHAN KEPERAWATAN

^_^



PENGHAJIAN

a. Identitas :

Nama klien : Ny. Y

Umur : 45 Thn

Jenis kelamin : P

Alamat : Imogiri

Agama : Islam

Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga

FAKTOR PREDISPOSISI

- 1) Pada umumnya klien pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu.
- 2) Penyakit kronis yang menyebabkan klien tidak mampu melakukan perawatan diri.
- 3) Pengobatan sebelumnya kurang berhasil
- 4) Harga diri rendah, klien tidak mempunyai motivasi untuk merawat diri.
- 5) Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan, yaitu perasaan ditolak, dihina, dianiaya dan saksi penganiayaan.
- 6) Ada anggota keluarga yang pernah mengalami gangguan jiwa, pengalaman masalah yang tidak menyenangkan yaitu kegagalan yang dapat menimbulkan frustrasi.



PSIKOSOSIAL

1) Genogram

Menurut (Hastuti, 2018), genogram menggambarkan klien dan anggota keluarga klien yang mengalami gangguan jiwa, dilihat dari pola komunikasi, pengambilan keputusan dan pola asuhan.

a) Citra tubuh

Persepsi klien mengenai tubuhnya, bagian tubuh yang disukai, reaksi klien tubuh yang disukai maupun tidak disukai (Nurgaini, 2018).

b) Identitas diri

Kaji status dan posisi pasien sebelum klien dirawat, kepuasan pasien terhadap status dan posisinya, kepuasan klien sebagai laki-laki atau perempuan (Bunaini, 2020)

c) Peran diri

Meliputi tugas atau peran klien didalam keluarga/pekerjaan/kelompok maupun masyarakat, kemampuan klien didalam melaksanakan fungsi ataupun perannya, perubahan yang terjadi disaat klien sakit maupun dirawat, apa yang dirasakan klien akibat perubahan yang terjadi (Ndaha, 2021).



d) Ideal diri

Berisi harapan klien akan keadaan tubuhnya yang ideal, posisi, tugas, peran dalam keluarga, pekerjaan/sekolah, harapan klien akan lingkungan sekitar, dan penyakitnya (Bunaini, 2020).

e) Harga diri

Kaji klien tentang hubungan dengan orang lain sesuai dengan kondisi, dampak pada klien yang berhubungan dengan orang lain, fungsi peran yang tidak sesuai dengan harapan, penilaian klien tentang pandangan atau penghargaan orang lain (Safitri, 2020).

f) Hubungan sosial

Hubungan klien dengan orang lain akan sangat terganggu karena penampilan klien yang kotor yang mengakibatkan orang sekitar menjauh

g) Spritual

Nilai dan keyakinan serta kegiatan ibadah klien terganggu dikarenakan klien mengalami gangguan jiwa.



.h) Status mental

1) Penampilan

Penampilan klien sangat tidak rapi, tidak mengetahui caranya berpakaian dan penggunaan pakaian tidak sesuai (Putri, 2018).

2) cara bicara

Cara bicara klien yang lambat, gagap, sering terhenti/bloking, apatis serta tidak mampu memulai pembicaraan (Malle, 2021).

4) Aktivitas Motorik

Biasanya klien tampak lesu, gelisah, tremor dan kompulsif (Putri, 2018).

5) Alam Perasaan

Klien tampak sedih, putus asa, merasa tidak berdaya, rendah diri dan merasa dihina (Malle, 2021).

6) Afek Klien

Afek Klien tampak datar, tumpul, emosi klien berubah-ubah, kesepian, apatis, depresi/sedih, dan cemas (Putri, 2018).

6) Interaksi Saat Wawancara

Respon klien saat wawancara tidak kooperatif, mudah tersinggung, kontak kurang serta curiga yang menunjukkan sikap ataupun peran tidak percaya kepada pewawancara/orang lain.

7) Persepsi

Klien berhalusinasi mengenai ketakutan terhadap hal-hal kebersihan diri baik halusinasi pendengaran, penglihatan, dan perabaan yang membuat klien tidak ingin membersihkan diri dan klien mengalami depersonalisasi.

8) Proses pikir

Bentuk pikir klien yang otistik, dereistik, sirkumtansial, terkandung tangensial, kehilangan asosiasi, pembicaraan meloncat dari topik dan terkadang pembicaraan berhenti tiba-tiba.



KEBUTUHAN KLIEN PULANG

1) Makan

Klien kurang mampu makan, cara makan klien yang terganggu serta pasien tidak memiliki kemampuan untuk menyiapkan dan membersihkan alat makan.

2) Berpakaian

Klien tidak mau mengganti pakaian, tidak bisa memakai pakaian yang sesuai dan berdandan.

3) Mandi

Klien jarang mandi, tidak tahu cara mandi, tidak gosok gigi, mencuci rambut, memotong kuku, tubuh klien tampak kusam dan badan klien mengeluarkan aroma bau.

4) BAB/BAK

Klien BAB/BAK tidak pada tempatnya seperti ditempat tidur dan klien tidak dapat membersihkan BAB/BAK nya.

5) Istirahat

Istirahat klien terganggu dan tidak melakukan aktivitas apapun setelah bangun tidur.

6) Penggunaan obat

Jika klien mendapat obat, biasanya klien minum obat tidak teratur.

7) Aktivitas di Rumah

Klien tidak mampu melakukan semua aktivitas di dalam rumah karena klien selalu merasa malas.

k) Sumber koping

Menurut (Maryam, 2018), sumber koping merupakan evaluasi terhadap pilihan koping dan strategi seseorang. Individu dapat mengatasi stress dan ansietas dengan menggunakan sumber koping yang terdapat di lingkungannya. Sumber koping ini dijadikan modal untuk menyelesaikan masalah.

MEKANISME KOPING

.1) Adaptif

Menurut (Danyanti, 2018), klien tidak mau berbicara dengan orang lain, tidak bisa menyelesaikan masalah yang ada, klien tidak mampu berolahraga karena klien sama sekali, selalu menghindari orang lain.

2) Maladaptive

Menurut (Dayanti, 2018), klien bereaksi sangat lambat terkadang berlebihan, klien tidak mau bekerja sama sekali, selalu menghindari orang lain.

3) Masalah Psikososial dan Lingkungan

Menurut (Dayanti, 2018), klien mengalami masalah psikososial seperti berinteraksi dengan orang lain dan lingkungan. Hal ini disebabkan oleh kurangnya dukungan dari keluarga, pendidikan yang kurang, masalah dengan sosial ekonomi dan pelayanan kesehatan.

4) Pengetahuan

Menurut (Dayanti, 2018), klien defisit perawatan diri terkadang mengalami gangguan kognitif sehingga tidak mampu mengambil keputusan.



DIAGNOSA KEPERAWATAN

①

Pemeliharaan kesehatan
Tidak Efektif (D.0117)

②

Defisit perawatan diri (D.0109)

③

Harga diri rendah berhubungan
dengan terpapar situasi traumatis

I. Rencana Tindakan keperawatan

NO	Diagnosa Keperawatan	Tujuan (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1.	Pemeliharaan Kesehatan Tidak Efektif berhubungan dengan Hambatan Kognitif (D.0117)	Setelah dilakukan Tindakan selama 3x 24 jam maka pemeliharaan Kesehatan meningkat (L.12106) <ul style="list-style-type: none"> • Menunjukkan perilaku adaptif meningkat • Menunjukkan pemahaman perilaku sehat meningkat • Kemampuan menjalankan perilaku sehat meningkat • Perilaku mencari bantuan meningkat • Menunjukkan minat meningkatkan perilaku sehat meningkat • Memiliki system pendukung meningkat. 	Edukasi Kesehatan (i.12383) Observasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi factor factor yang menyebabkan peningkatan dan penurunan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan 2. Jadwalkan pendididkan Kesehatan sesuai kesepakatan 3. Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan factor risikoyang dapat mempengaruhi Kesehatan 2. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat

		kriteria hasil : Perawatan Diri (L.11103) <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat 2. Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat 3. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat 4. Minat melakukan perawatan diri meningkat 5. Mempertahankan kebersihan meningkat 6. Mempertahankan kebersihan mulut meningkat 	aktivitas perawatan diri sesuai usia <ol style="list-style-type: none"> 2. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, dan berhias, Terapeutik 3. Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. Suasana hangat, rileks, privasi) 4. Siapkan keperluan pribadi (mis. parfum, sikat gigi, dan sabun mandi) 5. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 6. Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan 7. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri
--	--	---	--

			<ol style="list-style-type: none"> 3. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat
2	Defisit Perawatan diri berhubungan dengan gangguan psikologis (D.0109)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Perawatan Diri Meningkat dengan	Dukungan Perawatan Diri (I.11348) <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kebiasaan



3	<p>Harga diri rendah berhubungan dengan terpapar situasi traumatis</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan selama 3x24jam diharapkan masalah keperawatan harga diri rendah kronisteratasi dengan kriteria hasil:</p> <p>Harga Diri (L.09069)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Percaya diri berbicara meningkat 2. Penilaian diri positif meningkat 3. Perasaan malu 	<p>Manajemen Perilaku (I.12463)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi harapan untuk mengendalikan perilaku 2. Cegah perilaku pasif dan agresif 3. Hindari sikap menyudutkan dan menghentikan pembicaraan 4. Informasikan keluarga
		<ol style="list-style-type: none"> meningkat 4. Perasaan tidak mampu melakukan apapun meningkat 	<p>bahwa keluarga sebagai dasar pembentukan kognitif</p>



KESIMPULAN

Perawatan diri merupakan suatu hal yang penting bagi setiap individu, karena dengan melakukan perawatan diri pada tubuh kita dapat menciptakan suatu pola hidup yang sehat dan memberikan kepedulian pada diri suatu individu. Perawatan diri merupakan suatu tindakan untuk memelihara kebersihan dan kesehatan seseorang untuk kesejahteraan fisik dan psikis, kurang perawatan diri adalah kondisi dimana seseorang tidak mampu melakukan perawatan kebersihan untuk dirinya.

SARAN

Dalam upaya meningkatkan pelayanan keperawatan, pengetahuan dan pemahaman tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah pemenuhan kebutuhan perawatan diri penulis menekankan pentingnya mengatasi atau mengurangi masalah defisit perawatan diri mandi yang bisa terjadi pada pasien dengan gangguan jiwa, karena dengan mengatasi atau mengurangi masalah defisit perawatan diri: mandi diharapkan kebersihan diri pada pasien gangguan jiwa dapat terpenuhi dengan baik





**ADA
PERTANYAAN?**



**TERIMA KASIH
SUDAH MENYIMPAH!**

^_^

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA
PADA KLIEN DENGAN HALUSINASI**

Makalah ini dibuat untuk memenuhi penugasan Mata Kuliah Keperawatan Jiwa

Dosen Pengampu : Novi Widyastuti Rahayu, M.Kep.,Ns.,Sp.Kep.J



Disusun Oleh:

2A Kelompok 2

- | | |
|--------------------------|--------------|
| 1. Afifah Arthamivia | (3320223907) |
| 2. Chavita Aulia Wiwanda | (3320223911) |
| 3. Nazula Syifa Hidayati | (3320223933) |
| 4. Raden Muhammad Husain | (3320223938) |
| 5. Tasya Putri Solekah | (3320223944) |

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN NOTOKUSUMO
YOGYAKARTA**

2024

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa karena berkat rahmat dan penyertaan-Nya akhirnya penulis mampu menyelesaikan makalah “Asuhan Keperawatan Jiwa pada Klien dengan Halusinasi” pada mata kuliah Keperawatan Jiwa dengan baik dan tepat waktu.

Maka dari itu, penulis mengucapkan terima kasih kepada beberapa pihak yang telah membantu dalam proses pembuatan makalah ini, yaitu sebagai berikut :

1. Novi Widyastuti Rahayu, M.Kep.,Ns.,Sp.Kep.J, selaku koordinator mata kuliah dan dosen pengampu mata kuliah Keperawatan Jiwa
2. Giri Susilo Adi, S.Kep.,Ns.,M.Kep, selaku dosen pengampu mata kuliah Keperawatan Jiwa
3. Suyamto, A.Kep.,MPH, selaku dosen pengampu mata kuliah Keperawatan Jiwa
4. Dewi Novita Sari, M.Psi, Psikolog, selaku dosen pengampu mata kuliah Keperawatan Jiwa
5. Teman-teman kelompok 2 yang sudah berkerjasama dengan sangat baik.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan makalah “Asuhan Keperawatan Jiwa pada Klien dengan Halusinasi” ini masih banyak kekurangan. Oleh sebab itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak agar pembuatan makalah ini menjadi lebih baik lagi dan mampu memberikan manfaat bagi para pembaca. Terima kasih.

Yogyakarta, 13 Maret 2024

Kelompok 2

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	ii
DAFTAR ISI.....	iii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Urgensi.....	1
C. Ruang Lingkup.....	2
D. Tujuan	2
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	3
A. Pengertian.....	3
B. Etiologi.....	3
C. Jenis/Klasifikasi	6
D. Manifestasi Klinis	7
E. Rentang Respon	7
F. Pohon Masalah.....	9
G. Pengkajian	9
H. Analisa Data	10
I. Diagnosa Keperawatan.....	12
BAB III PENUTUP	17
A. Kesimpulan	17
B. Saran.....	17
DAFTAR PUSTAKA	19

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Halusinasi adalah salah satu gejala gangguan jiwa di mana klien mengalami perubahan sensori persepsi, merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan atau penghiduan. Klien merasakan stimulus yang sebetulnya tidak ada (Damaiyanti, 2012). Halusinasi adalah hilangnya kemampuan manusia dalam membedakan rangsangan internal (pikiran) dan rangsangan eksternal (dunia luar). Klien memberi persepsi atau pendapat tentang lingkungan tanpa ada objek atau rangsangan yang nyata. Sebagai contoh klien mengatakan mendengar suara padahal tidak ada orang yang berbicara (Kusumawati & Hartono, 2012).

Halusinasi yang paling banyak diderita adalah halusinasi pendengaran mencapai lebih kurang 70%, sedangkan halusinasi penglihatan menduduki peringkat kedua dengan rata-rata 20%. Sementara jenis halusinasi yang lain yaitu halusinasi pengucapan, penghidu, perabaan, kinesthetic, dan cenesthetic hanya meliputi 10% (Muhith, 2015). Menurut Videbeck (2008) dalam Yosep (2009) tanda pasien mengalami halusinasi pendengaran yaitu pasien tampak berbicara ataupun tertawa sendiri, pasien marah-marah sendiri, menutup telinga karena pasien menganggap ada yang berbicara dengannya.

B. Urgensi

Beberapa penelitian mengungkapkan bahwa kecemasan merupakan gangguan persepsi yang membuat seseorang mendengar, merasa, mencium aroma, dan melihat sesuatu yang kenyataannya tidak ada. Pada keadaan tertentu, halusinasi dapat mengakibatkan ancaman pada diri sendiri dan orang lain. Oleh sebab itu tindakan keperawatan yang tepat sangat dibutuhkan agar dampak yang ditimbulkan tidak berlarut larut.

C. Ruang Lingkup

Ruang lingkup Karya Tulis ilmiah ini merupakan pembahasan pemberian asuhan keperawatan keluarga Ny.S dengan salah satu anggota keluarga mengalami halusinasi di wilayah kerja Puskesmas Wirobrajan di Kampung Kuncen.

D. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mampu memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan halusinasi.

2. Tujuan Khusus

a. Mampu menerapkan proses keperawatan pada pasien dengan halusinasi.

1) Mampu melakukan pengkajian keperawatan pada pasien dengan halusinasi.

2) Mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien dengan halusinasi.

3) Mampu menetapkan rencana keperawatan pada pasien dengan halusinasi.

4) Mampu melakukan tindakan keperawatan pada pasien dengan halusinasi.

5) Mampu melakukan evaluasi keperawatan pada pasien dengan halusinasi.

b. Mampu melakukan dokumentasi keperawatan pada pasien dengan halusinasi.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Pengertian

Stuart & Laraia (2019) mendefinisikan halusinasi sebagai suatu tanggapan dari panca indera tanpa adanya rangsangan (stimulus) eksternal. Halusinasi merupakan gangguan persepsi dimana pasien mempersepsikan sesuatu yang sebenarnya tidak terjadi. Ada lima jenis halusinasi yaitu pendengaran, penglihatan, penghidu, pengecapan dan perabaan. Halusinasi pendengaran merupakan jenis halusinasi yang paling banyak ditemukan terjadi pada 70% pasien, kemudian halusinasi penglihatan 20%, dan sisanya 10% adalah halusinasi penghidu, pengecapan dan perabaan.

Halusinasi adalah salah satu gejala gangguan jiwa dimana pasien mengalami perubahan sensori persepsi, seperti merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan, atau penghiduan, klien merasakan stimulus yang sebetulnya tidak ada (Muhith, 2011). Halusinasi merupakan gangguan atau perubahan persepsi dimana pasien mempersepsikan sesuatu yang sebenarnya tidak terjadi. Suatu penerapan panca indra tanda ada rangsangan dari luar. Suatu penghayatan yang dialami suatu persepsi melaluipanca indra tanpa stimullus eksteren : persepsi palsu (Prabowo, 2014).

B. Etiologi

1. Faktor Predisposisi Faktor predisposisi halusinasi terdiri dari
 - a. Faktor Biologis : Adanya riwayat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa (herediter), riwayat penyakit atau trauma kepala, dan riwayat penggunaan narkotika, psikotropika dan zat adiktif lain (NAPZA).

b. Faktor Psikologis

Memiliki riwayat kegagalan yang berulang. Menjadi korban, pelaku maupun saksi dari perilaku kekerasan serta kurangnya kasih sayang dari orang-orang disekitar atau overprotektif.

c. Sosiobudaya dan lingkungan

Sebagian besar pasien halusinasi berasal dari keluarga dengan sosial ekonomi rendah, selain itu pasien memiliki riwayat penolakan dari lingkungan pada usia perkembangan anak, pasien halusinasi seringkali memiliki tingkat pendidikan yang rendah serta pernah mengalami kegagalan dalam hubungan sosial (perceraian, hidup sendiri), serta tidak bekerja.

2. Faktor Presipitasi

Stressor presipitasi pasien gangguan persepsi sensori halusinasi ditemukan adanya riwayat penyakit infeksi, penyakit kronis atau kelainan struktur otak, adanya riwayat kekerasan dalam keluarga, atau adanya kegagalan-kegagalan dalam hidup, kemiskinan, adanya aturan atau tuntutan di keluarga atau masyarakat yang sering tidak sesuai dengan pasien serta konflik antar masyarakat.

3. Stress Lingkung

Ambang toleransi terhadap tress yang berinteraksi terhadap stressor lingkungan untuk menentukan terjadinya gangguan perilaku.

4. Sumber Koping

Sumber koping mempengaruhi respon individu dalam menanggapi stress (Prabowo, 2014).

5. Perilaku Respons klien terhadap halusinasi dapat berupa curiga, ketakutan, perasaan tidak aman, gelisah, dan bingung, perilaku menarik diri, kurang perhatian, tidak mampu mengambil keputusan serta tidak dapat membedakan nyata dan tidak.

6. Dimensi fisik Halusinasi dapat ditimbulkan oleh beberapa kondisi fisik seperti kelelahan yang luar biasa, penggunaan obat-obatan, demam hingga

delirium, intoksikasi alkohol dan kesulitan untuk tidur dalam waktu yang lama.

7. Dimensi emosional Perasaan cemas yang berlebihan atas dasar problem yang tidak dapat diatasi merupakan penyebab halusinasi itu terjadi, isi dari halusinasi dapat berupa perintah memaksa dan menakutkan. Klien tidak sanggup lagi menentang perintah tersebut hingga dengan kondisi tersebut klien berbuat sesuatu terhadap ketakutan tersebut.
8. Dimensi intelektual Dalam dimensi intelektual ini menerangkan bahwa individu dengan halusinasi akan memperlihatkan adanya penurunan fungsi ego. Pada awalnya halusinasi merupakan usaha dari ego sendiri untuk melawan impuls yang menekan, namun merupakan suatu hal yang menimbulkan kewaspadaan yang dapat mengambil seluruh perhatian klien dan tak jarang akan mengontrol semua perilaku klien.

9. Dimensi sosial

Klien mengalami gangguan interaksi sosial dalam fase awal dan comforting, klien menganggap bahwa hidup bersosialisasi di alam nyata sangat membahayakan. Klien asyik dengan dengan halusinasinya, seolah-olah ia merupakan tempat untuk memenuhi kebutuhan akan interaksi sosial, kontrol diri dan harga diri yang tidak didapatkan dalam dunia nyata. Isi halusinasi dijadikan kontrol oleh individu tersebut, sehingga jika perintah halusinasiberupa ancaman, dirinya atau orang lain individu cenderung keperawatan klien dengan mengupayakan suatu proses interaksi yang menimbulkan pengalaman interpersonal yang memuaskan, serta mengusahakan klien tidak menyendiri sehingga klien selalu berinteraksi dengan lingkungannya dan halusinasi tidak berlangsung.

10. Dimensi spiritual

Secara spiritual klien halusinasi mulai dengan kehampaan hidup, rutinitas, tidak bermakna, hilangnya aktivitas ibadah dan jarang berupaya secara spiritual untuk menyucikan diri, irama sirkardiannya terganggu (Damaiyanti, 2012).

C. Jenis/Klasifikasi

1. Halusinasi Pendengaran (akustik, auditorik).

Gangguan stimulus dimana pasien mendengar suara-suara terutama suara-suara orang, biasanya pasien mendengar suara orang yang sedang membicarakan apa yang sedang dipikirkannya dan memerintahkan untuk melakukan sesuatu.

2. Halusinasi Penglihatan (visual)

Stimulus visual dalam bentuk beragam seperti bentuk pancaran cahaya, gambaran geometrik, gambar kartun dan/ atau panorama yang luas dan kompleks. Bayangan bias bisa menyenangkan atau menakutkan.

3. Halusinasi Penghidu (Olfaktori)

Gangguan stimulus pada penghidu, yang ditandai dengan adanya bau busuk, amis, dan bau yang menjijikkan seperti : darah, urine atau feses. Kadang-kadang terhidu bau harum. Biasanya berhubungan dengan stroke, tumor, kejang dan demensia.

4. Halusinasi Peraba (Taktile, Kinestetik)

Gangguan stimulus yang ditandai dengan adanya rasa sakit atau tidak enak tanpa stimulus yang terlihat. Contoh merasakan sensasi listrik datang dari tanah, benda mati atau orang lain.

5. Halusinasi Pengecap (Gustatorik)

Gangguan stimulus yang ditandai dengan merasakan sesuatu yang busuk, amis, dan menjijikkan.

6. Halusinasi sinestetik

Gangguan stimulus yang ditandai dengan merasakan fungsi tubuh seperti darah mengalir melalui vena atau arteri, makanan dicerna atau pembentukan urine.

7. Halusinasi Viseral

Timbulnya perasaan tertentu di dalam tubuhnya, meliputi :

- a. Depersonalisasi adalah perasaan aneh pada dirinya bahwa pribadinya sudah tidak seperti biasanya lagi serta tidak sesuai dengan kenyataan

yang ada. Sering pada skizofrenia dan sindrom obus parietalis. Misalnya sering merasa dirinya terpecah dua.

- b. Derealisasi adalah suatu perasaan aneh tentang lingkungan yang tidak sesuai dengan kenyataan. Misalnya perasaan segala suatu yang dialaminya seperti dalam mimpi.

D. Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala halusinasi dinilai dari hasil observasi terhadap klien serta ungkapan. Menurut Sutejo (2019) tanda dan gejala klien halusinasu yaitu :

1. Data subjektif

Berdasarkan data subjektif, klien dengan gangguan sensori persepsi halusinasi mengaku bahwa klien seperti mendengar suara- suara, melihat bayangan, mencium bau-bauan dan merasa takut atau senang akan halusinasinya.

2. Data objektif

Berdasarkan data objektif, klien dengan gangguan sensori persepsi halusinasi melakukan hal-hal seperti bicara atau tertawa sendiri, marah-marah tanpa sebab dan ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas.

E. Rentang Respon

Persepsi mengacu pada identifikasi dan interpretasi awal dari suatu stimulus berdasarkan informasi yang diterima melalui panca indra. Respon neurobiologis sepanjang rentang sehat sakit berkisar dari adaptif pikiran logis, persepsi akurat, emosi konsisten, dan perilaku sesuai sampai dengan respon maladaptif yang meliputi delusi, halusinasi, dan isolasi sosial.

1. Respon adaptif.

Respon adaptif adalah respon yang dapat diterima norma-norma sosial budaya yang berlaku. Dengan kata lain individu tersebut dalam batas normal

jika menghadapi suatu masalah akan dapat memecahkan masalah tersebut.

Respon adaptif:

- a. Pikiran logis adalah pandangan yang mengarah pada kenyataan
- b. Persepsi akurat adalah pandangan yang tepat pada kenyataan
- c. Emosi konsisten dengan pengalaman yaitu perasaan yang timbul dari pengalaman ahli
- d. Perilaku sosial adalah sikap dan tingkah laku yang masih dalam batas kewajaran
- e. Hubungan social adalah proses suatu interaksi dengan orang lain dan lingkungan

2. Respon psikososial meliputi :

- a. Proses pikir terganggu adalah proses pikir yang menimbulkan gangguan.
- b. Ilusi adalah miss interpretasi atau penilaian yang salah tentang penerapan yang benar-benar terjadi (objek nyata) karena rangsangan panca indra
- c. Emosi berlebih atau berkurang
- d. Perilaku tidak biasa adalah sikap dan tingkah laku yang melebihi batas kewajaran
- e. Menarik diri adalah percobaan untuk menghindari interaksi dengan orang lain.

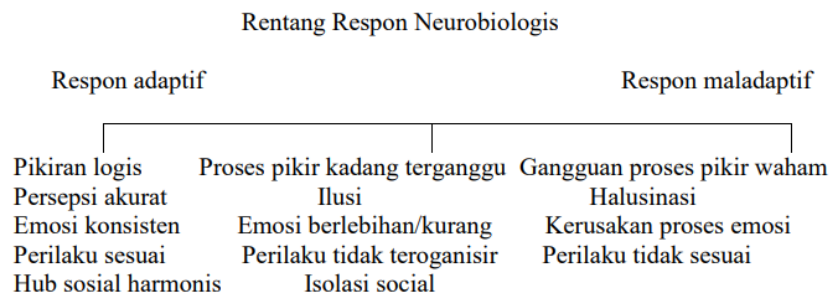
3. Respon maladaptif.

Respon maladaptive adalah respon individu dalam menyelesaikan masalah yang menyimpang dari norma-norma sosial budaya dan lingkungan, ada pun respon maladaptive antara lain :

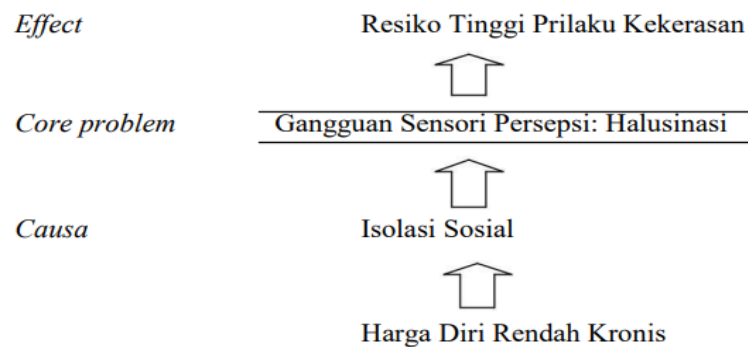
- a. Kelainan pikiran adalah keyakinan yang secara kokoh dipertahankan walaupun tidak diyakinioleh orang lain dan bertentangan dengan kenyataan sosial
- b. Halusinasi merupakan persepsi sensori yang salah atau persepsi eksternal yang tidak realita atau tidak ada.

- c. Kerusakan proses emosi adalah perubahan sesuatu yang timbul dari hati. Perilaku tidak terorganisir merupakan sesuatu yang tidak teratur.
- d. Isolasi sosial adalah kondisi kesendirian yang dialami oleh individu dan diterima sebagai ketentuan oleh orang lain dan sebagai suatu kecelakaan yang negative mengancam (Damaiyanti, 2012).

Rentang respon dapat digambarkan sebagai berikut:



F. Pohon Masalah



G. Pengkajian

Terlampir

H. Analisa Data

No	Data	Etiologi	Problem
1.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sering mendengar bisikan-bisikan - Pasien mengatakan bisikannya tidak boleh sholat, kardus-kardus jatuh, suara gaduh, waktunya pada saat menjelang maghrib dan saat mau tidur malam. - Pasien mengatakan belum tahu cara mengatasi bisikan-bisikan itu, bila bingung hanya menyapu, bila tidak dibiarkan saja terus tidur. <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien dan keluarga tampak bingung tampak tegang, dan gelisah 	Ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami halusinasi.	Gangguan sensori persepsi : halusinasi pendengaran
2.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan pasien 	Ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota	Resiko perilaku kekerasan

	<p>mudah marah-marah tanpa sebab, nada bicara tinggi, mudah tersinggung.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan bila pasien marah-marah hanya di biarkan saja, sebentar reda juga marahnya <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak marah-marah 	keluarga yang mengalami halusinasi.	
3.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan merasa terbebani dengan keadaan pasien, karena peran keluarga menjadi bertambah <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien tampak pasrah 	Ketidakefektifan coping di keluarga pasien	Resiko perilaku kekerasan

I. Diagnosa Keperawatan

No	Diagnosa Kep	Perencanaan			Rasional
		Tujuan Umum	Tujuan Khusus	Intervensi	
1.	Gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran pada Ny.S di keluarga Ny.S berhubungan denganketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami halusinasi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam kunjungan Gangguan sensori persepsi halusinasi: pendengaran pada Ny.S di keluarga Ny.S teratasi dengan kriteria hasil : 1. Ny. S mampu mengontrol halusinasi : a. Menghardik halusinasi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam kunjungan keluarga mampu merawat : 1. Mengontrol halusinasi Ny.S 2. Mengajak bercakapcakap dengan Ny.S 3. Memberikan Ny.S dengan aktifitas yang terjadwal.	Pada keluarga : 1. Diskusikan masalah yang dirasakan dengan keluarga. 2. Latih cara mengontrol halusinasi. 3. Latih cara menghardik halusinasi. 4. Sarankan untuk mengajak bercakap-cakap bila halusinasi muncul.	1. Support system dari keluarga untuk merawat klien dari halusinasi sangat diperlukan untuk memantau perkembangan pasien 2. Memberikan kesempatan pasien untuk melatih cara mengontrol dan menghardik halusinasinya

		<p>b. Mengajak bercakapcakap dengan keluarga</p> <p>c. Mengalihkan dengan melakukan aktifitas, kegitan rutin</p> <p>d. Patuh minum obat dengan 6 benar.</p>	<p>4. Melakukan pengawasan minum obat Ny.S</p>	<p>5. Sarankan buat jadwal kegiatan sehari-hari untuk Ny.S.</p> <p>6. Sarankan untuk awasi kepatuhan minum obat.dengan 6 prinsip benar: benar obat, orang, cara, dosis, waktu, dokumentasi</p> <p>7. Jelaskan pentingnya dukungan keluarga untuk Ny.S.</p> <p>8. Sarankan keluarga untuk mengajak ke dunia nyata bahwa bisikan-bisikan itu tidak benar</p>	<p>3. Agar pasien dapat minum obat dengan benar</p> <p>4. Mengetahui pentingnya dukungan dari keluarga</p> <p>5. Mengetahui waktu, isi dan frekuensi munculnya halusinasi mempermudah tindakan keperawatan yang dilakukan perawat.</p>
--	--	---	--	--	--

				<p>Pada pasien :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Latih cara mengontrol halusinasi. 	
2.	<p>Resiko perilaku kekerasan pada Ny.S di keluarga Ny.S berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami halusinasi</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam kunjungan perilaku kekerasan pada Ny.S di keluarga Ny.S tidak terjadi dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ny.S dapat mengontrol kemarahannya : <ol style="list-style-type: none"> a. Mengalihkan kemarahan dengan 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam kunjungan keluarga mampu merawat :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengalihkan kemarahan Ny.S dengan pukul barang-barang lunak: bantal. 2. Membimbing nafas dalam. 3. Memilihkan aktifitas yang 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan masalah yang dirasakan dengan keluarga jelaskan pengertian, tanda dan gejala, dan penyebab halusiasi 2. Latih Ny.S dan keluarga cara mengatasi rasa marah- marah: latihan nafas dalam, pukul bantal. 3. Bimbing keluarga merawat marah- 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga mengetahui pengertian, tanda dan gejala, penyebab halusinasi 2. Mengatasi perasaan marah pasien 3. Untuk mengidentifikasi pengaruh halusinasi klien. 4. Keluarga dapat ikut serta dalam

		<p>memukul barangbarang lunak.</p> <p>b. Melakukan nafas dalam</p> <p>c. Melakukan aktifitas sesuai dengan kemampuannya.</p> <p>d. Tidak mencederai diri sendiri</p>	sesuai dengan kemampuan dengan Ny.S	<p>marah:demontrasi latihan nafas dalam, pukul bantal .</p> <p>4. Diskusikan dengan keluarga untuk memilihkan kegiatan yang sesuai dengan kemampuan Ny.S. 5. Sarankan keluarga untuk berbicara yang halus dengan Ny.S jangan dengan kata-kata kasar.</p>	kegiatan sehari-hari pasien
3.	Ketidakefektifan koping di keluarga Ny.S berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam kunjungan koping di keluarga Ny.S menjadi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam kunjungan keluarga mampu merawat	<p>1. Diskusikan masalah yang dirasakan dengan keluarga.</p> <p>2. Jelaskan bahwa Ny.S merupakan Pribadi</p>	1. Mengenali perilaku pada saat halusinasi timbul memudahkan perawat dalam

	keluarga yang mengalami halusinasi.	efektif dengan kriteria hasil : 1. Keluarga menyatakan dengan sepenuh hati menerima keadaan Ny S	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menyesuaikan dengan keadaan Ny.S. 2. Menyatakan dukungan untuk selalu mendampingi pengobatan dan perawatan Ny S 3. Menyatakan selalu siap menggantikan sebagian perannya di keluarga 	<p>yang berkebutuhan khusus.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Jelaskan pentingnya dukungan keluarga untuk perbaikan kesehatan Ny.S 4. Jelaskan dengan keadaan Ny.S yang mengalami halusinasi peran keluarga bertambah fungsinya. 	<ol style="list-style-type: none"> melakukan intervensi. 2. Mengetahui pentingnya dukungan dari keluarga
--	-------------------------------------	---	---	---	--

BAB III

PENUTUP

A. Kesimpulan

Dapat disimpulkan bahwa halusinasi adalah gangguan persepsi di mana pasien merasakan stimulus yang sebetulnya tidak ada, dan dapat terjadi dalam berbagai bentuk seperti pendengaran, penglihatan, penghidu, pengecapan, dan perabaan. Faktor predisposisi meliputi berbagai aspek seperti biologis, psikologis, sosiobudaya, lingkungan, dan lain-lain. Halusinasi dapat mengakibatkan ancaman pada diri sendiri dan orang lain, sehingga tindakan keperawatan yang tepat sangat penting, termasuk mengontrol halusinasi, mengatasi perilaku kekerasan, dan meningkatkan efektivitas coping keluarga. Intervensi keperawatan untuk gangguan sensori persepsi halusinasi meliputi mengontrol halusinasi, mengatasi perilaku kekerasan, dan meningkatkan efektivitas coping keluarga.

B. Saran

1. Bagi Pasien

Pasien harus terus berkomunikasi dengan keluarga dan tenaga medis mengenai halusinasinya, mengikuti terapi dan pengobatan yang direkomendasikan, serta menjaga kesehatan mental dan fisiknya dengan baik.

2. Bagi Keluarga

Memberikan dukungan dan pemahaman kepada anggota keluarga yang mengalami halusinasi, mendukung pasien dalam menjalani terapi dan pengobatan yang direkomendasikan, serta terlibat aktif dalam proses perawatan dan pemulihan pasien. Selain itu, keluarga juga perlu memahami

tanda dan gejala halusinasi, serta cara mengatasi perilaku kekerasan yang mungkin timbul akibat halusinasi. Komunikasi terbuka dan empati dari keluarga dapat membantu pasien merasa lebih nyaman dan mendukung proses kesembuhan mereka.

3. Bagi Perawat

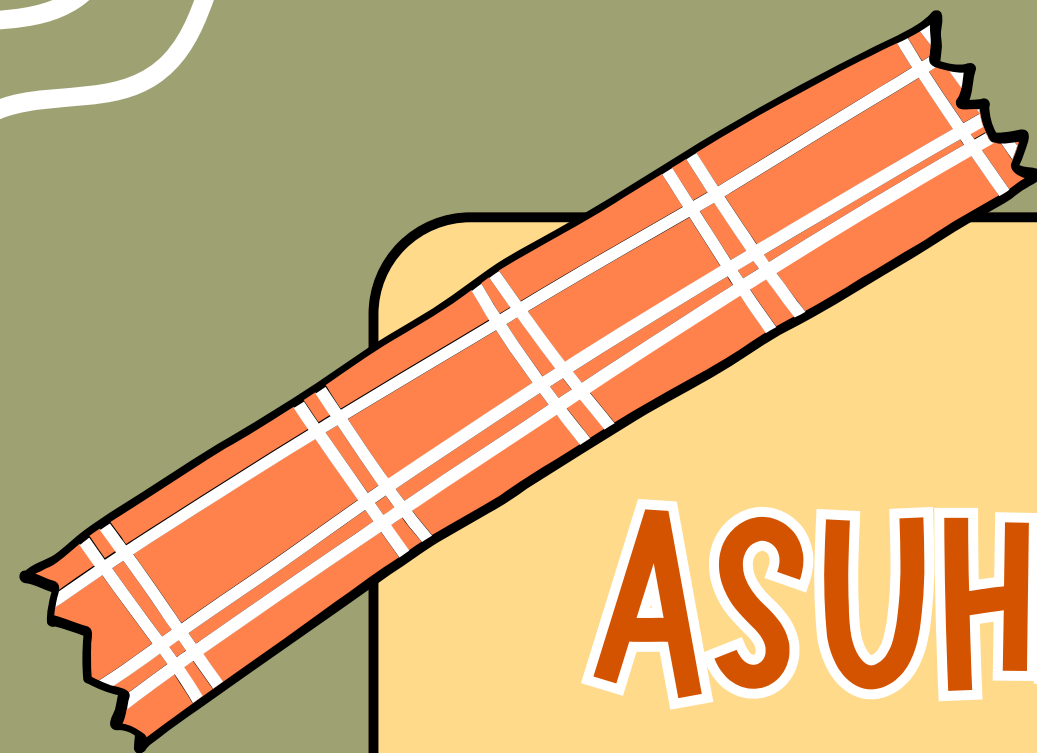
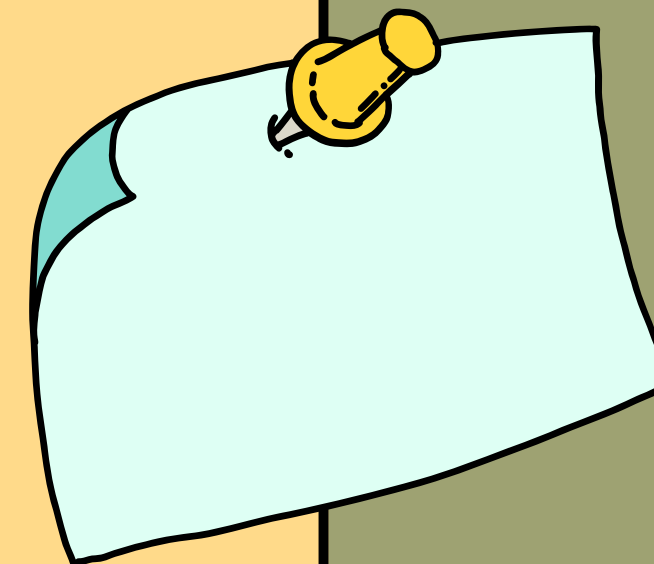
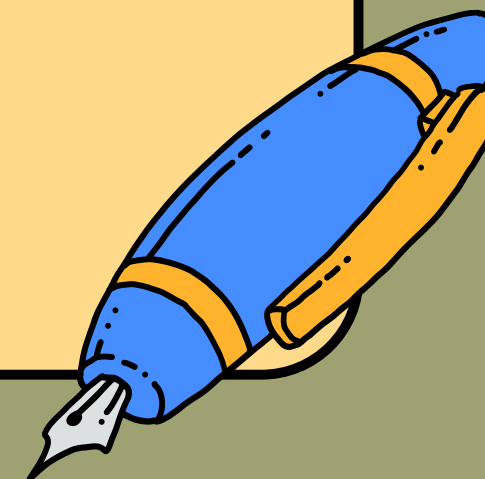
Saran untuk perawat adalah untuk terus memberikan pendampingan, edukasi, dan dukungan kepada pasien dan keluarganya dalam menghadapi halusinasi. Perawat juga perlu memastikan bahwa intervensi keperawatan dilakukan secara teratur dan sesuai dengan rencana perawatan yang telah ditetapkan. Selain itu, perawat juga perlu memantau respons pasien terhadap terapi dan pengobatan yang diberikan serta memberikan informasi yang jelas dan akurat kepada keluarga pasien mengenai kondisi dan perawatan yang diberikan.

DAFTAR PUSTAKA

- Damayanti, M., & Iskandar. (2012). Asuhan Keperawatan Jiwa. Bandung : Refika Aditama.
- Muhith, Abdul. (2011). Pendidikan Keperawatan Jiwa. Yogyakarta : Andi.
- Prabowo, E. (2014). Konsep & Aplikasi Asuhan Keperawatan Jiwa. Yogyakarta: Nuha Medika
- Kusumawati, Farad, Hartono, Y. (2012). Buku Ajar Keperawatan Jiwa. Jakarta: Salemba Medika
- Sutejo. (2019). Keperawatan Jiwa : Konsep dan Praktik Asuhan Keperawatan Kesehatan Jiwa Gangguan Jiwa dan Psikososial. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.

ASUHAN KEPERAWATAN BERDUKA

Kelompok 4



KELOMOK 4



Ibnu Danar Nur Ihsan

3320223919

Kanaya Aulia Rahma

3320223922

Laila Faraghiba Prasetyawati

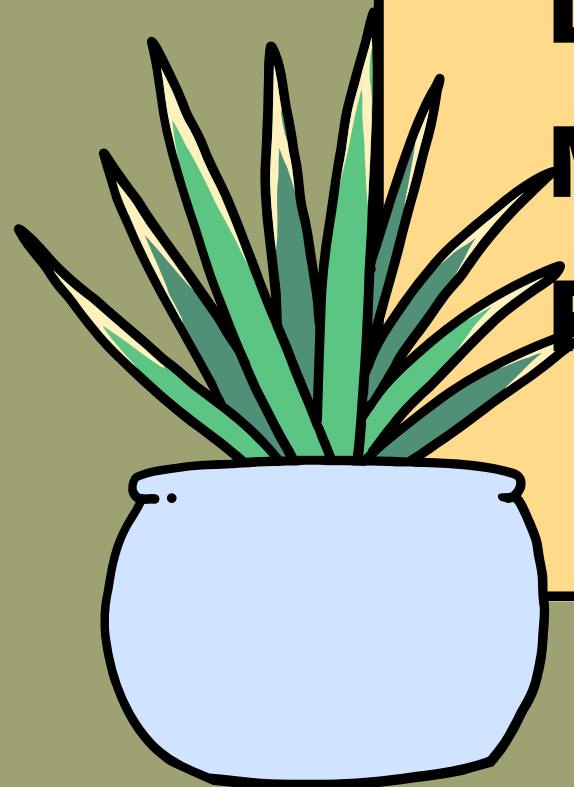
3320223923

Marisa Eka Lutfianingrum

3320223926

Prasiwi Ainurrahmah

3320223936



Definisi

Kehilangan merupakan suatu kondisi yang terputus atau terpisah atau memulai sesuatu tanpa hal yang berarti sejak kejadian tersebut. Kehilangan mungkin terjadi secara bertahap atau mendadak, bisa tanpa kekerasan atau traumatik, diantisipasi atau tidak diharapkan/diduga, sebagian atau total dan bisa kembali atau tidak dapat kembali (Dian dan Puspita, 2019).

Berduka (Grief) adalah merupakan reaksi psikologis sebagai respon kehilangan sesuatu yang dimiliki yang berpengaruh terhadap perilaku emosi, fisik, spiritual, sosial maupun intelektual seseorang (Amira dkk, 2020).

ETIOLOGI

Banyak situasi yang dapat menimbulkan kehilangan dan dapat menimbulkan respon berduka pada diri seseorang (Carpenito, 2006). Situasi yang paling sering ditemui adalah sebagai berikut:

1) Patofisiologis

Berhubungan dengan kehilangan fungsi atau kemandirian yang bersifat sekunder akibat kehilangan fungsi neurologis, kardiovaskuler, sensori, muskuloskeletal, digestif, pernapasan, ginjal dan trauma.

2) Terkait pengobatan

Berhubungan dengan peristiwa kehilangan akibat dialisis dalam jangka waktu yang lama dan prosedur pembedahan (mastektomi, kolostomi, histerektomi).

3) Situasional (Personal, Lingkungan)

Berhubungan dengan efek negatif serta peristiwa kehilangan sekunder akibat nyeri kronis, penyakit terminal, dan kematian; berhubungan dengan kehilangan gaya hidup akibat melahirkan, perkawinan, perpisahan, anak meninggalkan rumah, dan perceraian; dan berhubungan dengan kehilangan normalitas sekunder akibat keadaan cacat, bekas luka, dan penyakit.

4) Maturasional

Berhubungan dengan perubahan akibat penuaan seperti teman teman, pekerjaan, fungsi, dan rumah dan berhubungan dengan kehilangan harapan dan impian.

JENIS / KLASIFIKASI

1

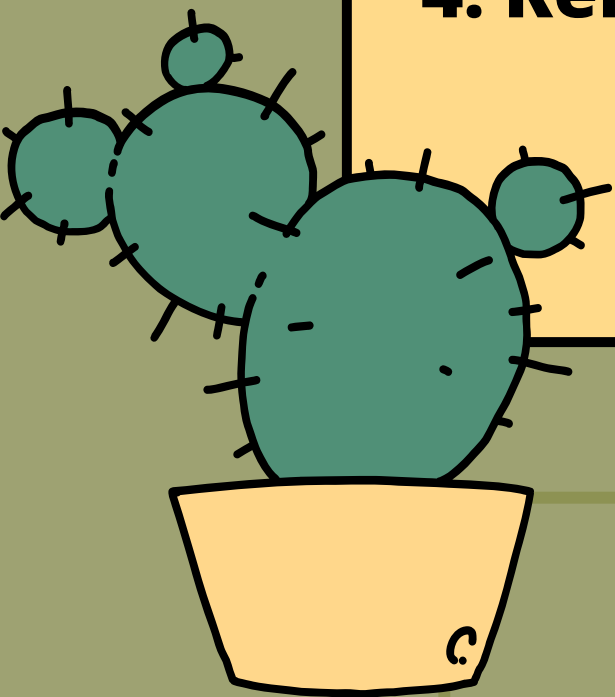
Kehilangan

1. Kehilangan seseorang yang dicintai
2. Kehilangan yang ada pada diri sendiri (loss of self)
3. Kehilangan objek eksternal
4. Kehilangan lingkungan

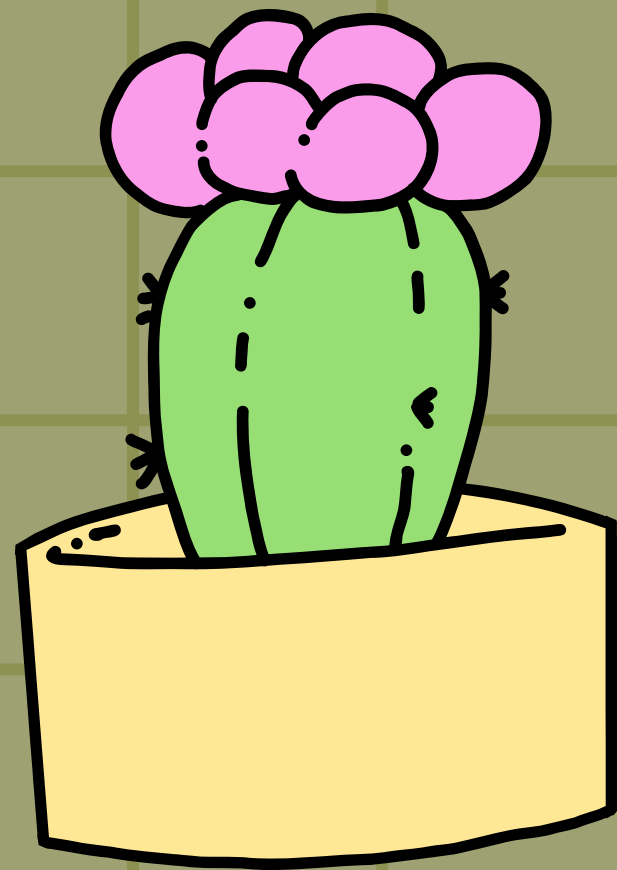
2

Berduka

1. Berduka Normal
2. Berduka Antisipatif
3. Berduka isfungsional/Berpompilasi
4. Berduka Tertutup



Tanda dan Gejala



Tanda dan gejala sebagai berikut:

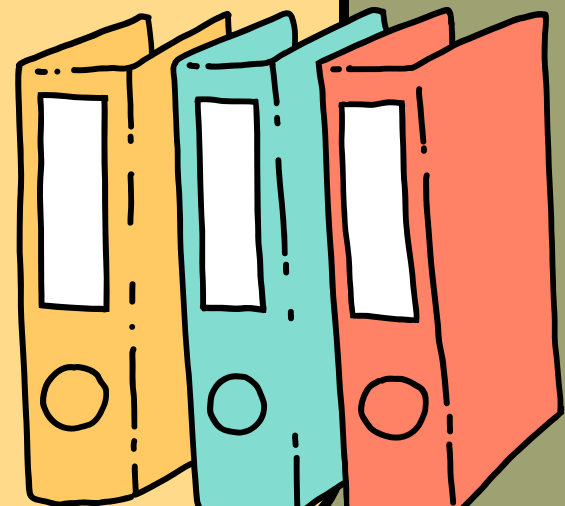
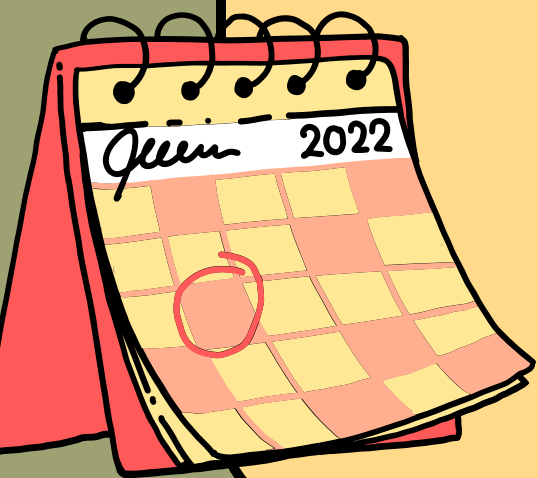
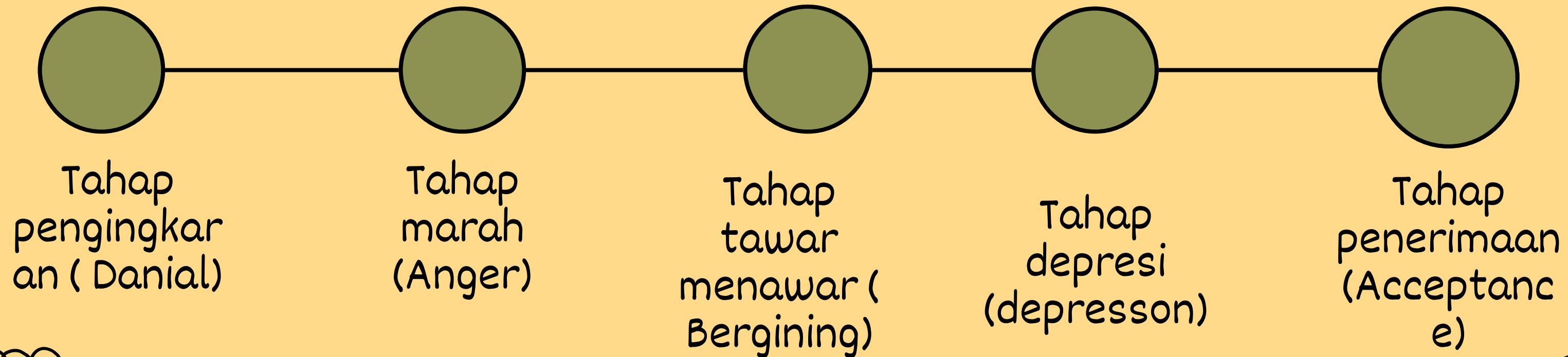
- 1. Ungkapan kehilangan**
- 2. Menangis**
- 3. Gangguan tidur**
- 4. Kehilangan nafsu makan**
- 5. Sulit berkonsentrasi**
- 6. Memisahkan diri**
- 7. Merasa tidak berguna**
- 8. Menyalahkan**
- 9. Merasa tidak ada harapan**
- 10. Miimpi buruk**



Karakteristik berduka berkepanjangan yaitu:

- Mengingkari kenyataan kehilangan terjadi dalam waktu lama**
- Sedih berkepanjangan**
- Adanya gejala fisik yang berat**
- Keinginan untuk bunuh diri**

Rentang Respon



KASUS

Di sebuah desa dikota A ada sepasang suami istri yang baru 1 bulan menikah, sang suami bernama Arza dan sang istri bernama Ningrum. Mereka satu sama lain sangat mencintai. Apabila Arza sakit sang istri pun ikut merasakan sakit, begitu pula sebaliknya. Ketika itu Ningrum baru saja di ketahui positif hamil. Arza dan Ningrum pun sangat senang dan berusaha semaksimal mungkin melindungi dan menjaga calon anak mereka itu. pada suatu hari arza mengalami kecelakaan yang mengakibatkan arza meninggal. Ibu ningrum mengatakan Hal ini membuat ningrum merasa sangat terpukul dia terus menangis, tidak mau makan dan keluar kamar dia mengurung diri dan memandang foto arza dia menjadi jarang berbicara dan terkadang sering teriak memanggil nama arza. Dia sering berkata bahwa tidak percaya arza telah pergi selain itu dia sering terbangun dan menangis keras memanggil arza. Saat pengkajian ningrum tampak lemas, wajah tampak kusut. Klien tampak putus asa dan sedih, klien susah berkonsentrasi ketika perawat bertanya. tampak kantong mata tanda-tanda vital N: 75x/mnt, S: 37°C, TD: 120/80 mmHg RR: 24x/mnt

PENGGKAJIAN

Data Objektif

- a. Klien tampak lemas
- b. wajah tampak kusut,
- c. Klien tampak putus asa dan sedih,
- d. klien susah berkonsentrasi ketika perawat bertanya.
- e. tampak kantung mata
- f. tanda-tanda vital :
N: 75x/mnt
S: 37°C
TD: 120/80 mmHg RR: 24x/mnt

Data Subjektif

- a. Ibu klien mengatakan klien merasa sangat terpukul dia terus menangis, tidak mau makan dan keluar kamar
- b. Ibu klien mengatakan klien sering mengurung diri dan memandangi foto arza
Ibu klien mengatakan klien menjadi jarang berbicara dan terkadang sering teriak memanggil nama arza.
- c. Klien mengatakan bahwa tidak percaya arza telah pergi.
- d. Klien mengatakan sering terbangun dan menangis keras memanggil arza

Analisa data

I. Analisa Data

Data	Masalah keperawatan
<p>Data Subyektif :</p> <p>Ibu klien mengatakan klien merasa sangat terpukul dia terus menangis, tidak mau makan dan keluar kamar</p> <p>Ibu klien mengatakan klien sering mengurung diri dan memandang foto arza Ibu klien mengatakan klien menjadi jarang berbicara dan terkadang sering teriak memanggil nama arza.</p> <p>Klien mengatakan bahwa tidak percaya arza telah pergi.</p> <p>Klien mengatakan sering terbangun dan menangis keras memanggil arza</p> <p>Data Obyektif</p> <p>Klien tampak lemas wajah tampak kusut, Klien tampak putus asa dan sedih, klien susah berkonsentrasi ketika perawat bertanya. tampak kantung mata tanda-tanda vital : N: 75x/mnt S: 37°C TD: 120/80 mmHg RR: 24x/mnt</p>	Duka cita terganggu

Data Subyektif :	Ketidakefektifan coping
Ibu klien mengatakan klien merasa sangat terpukul dia terus menangis, tidak mau makan dan keluar kamar	
Ibu klien mengatakan klien sering mengurung diri dan memandang foto arza Ibu klien mengatakan klien	

menjadi jarang berbicara dan terkadang sering teriak memanggil nama arza.	
Klien mengatakan bahwa tidak percaya arza telah pergi.	
Klien mengatakan sering terbangun dan menangis keras memanggil arza	
Data Obyektif	
Klien tampak lemas wajah tampak kusut, Klien tampak putus asa dan sedih, klien susah berkonsentrasi ketika perawat bertanya. tampak kantung mata tanda-tanda vital : N: 75x/mnt S: 37°C TD: 120/80 mmHg RR: 24x/mnt	

Data Subyektif :

Ibu klien mengatakan klien merasa sangat terpukul dia terus menangis, tidak mau makan dan keluar kamar

Ibu klien mengatakan klien sering mengurung diri

Data Obyektif

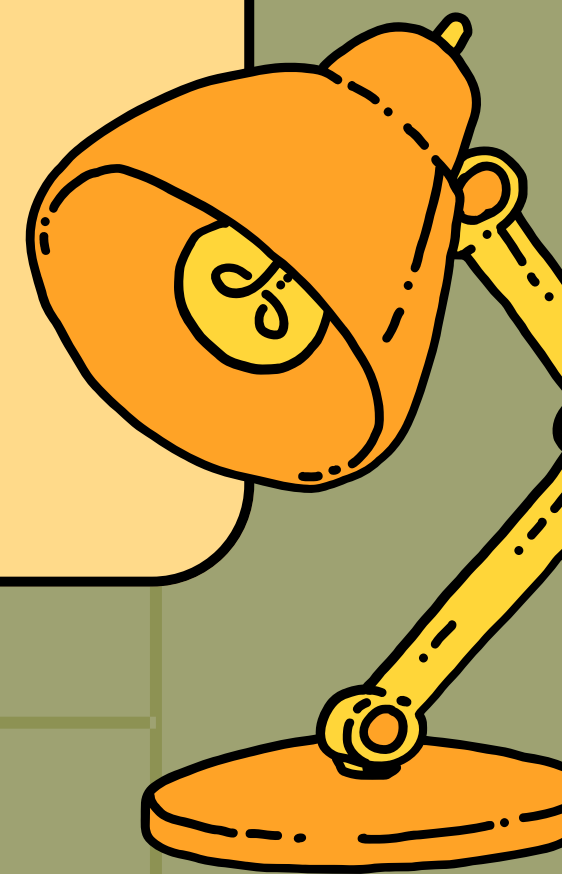
Klien tampak lemas wajah tampak kusut, Klien tampak putus asa dan sedih, klien susah berkonsentrasi ketika perawat bertanya. tampak kantung mata tanda-tanda vital :
 N: 75x/mnt

Isolasi sosial

DIAGNOSIS

Adapun diagnose yang berkaitan dengan kondisi berduka dan kehilangan, antara lain

- ✓ Duka cita terganggu
- ✓ Ketidakefektifan koping
- ✓ Isolasi sosial





Pohon masalah

Isolasi sosial

Duka cita terganggu

Ketidakefektifan coping individu

Kehilangan : orang yang dicin



Rencana Tindakan Keperawatan

1. Duka cita terganggu

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam, menghilangkan duka cita pada pasien dengan kriteria hasil :

- pasien dapat memahami fase-fase kehilangan
- pasien mampu melewati fase-fase kehilangan

Intervensi

Buat pernyataan empatik mengenai duka cita

R: Karena perawat merasakan apa yang pasien rasakan

Berikan instruksi dalam proses fase berduka dengan tepat

R: Agar pasien dapat mengatasi fase berduka nya dengan tepat

Dukung kemajuan untuk melalui tahap berduka pribadi

R: Memberi dukungan dan pujian untuk segala tahap yang telah pasien lakukan

Bantu mengidentifikasi strategi-strategi koping pribadi

R: Membantu pasien dalam melewati fase-fase kehilangan

Dukung pasien untuk mengimplementasikan kebiasaan agama dan sosial yang terkait dengan kehilangan

R: agar pasien tidak kehilangan iman sehingga dapat terhindar dari hal yang negatif dan pasien dapat bersosialisasi kembali

2. Ketidakefektifan koping individu

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan koping tidak efektif dapat teratasi.

Kriteria Hasil

- Mengekspresikan keyakinan untuk mampu menghentikan penggunaan obat terlarang
- Menyingkirkan penggunaan obat yang berbahaya
- Memonitor lingkungan sekitar terkait faktor yang mendukung penyalahgunaan obat-obatan

Monitor perubahan status kesehatan

Intervensi

Monitor tanda tanda vital

R : perubahan tanda-tanda vital mengindikasikan adanya perubahan pada beberapa organ yang berhubungan status kesehatan klien

Monitor perubahan tingkat kesadaran

R: Menentukan intervensi selanjutnya untuk mencegah komplikasi lebih lanjut.

Monitor intake dan output

R: Keseimbangan antara intake dan output akan mengetahui masukan dan berhubungan dengan fungsi ginjal dan pilihan intervensi yang tepat.

R : perubahan tanda-tanda vital mengindikasikan adanya perubahan pada beberapa organ yang berhubungan status kesehatan klien

Monitor perubahan tingkat kesadaran

R: Menentukan intervensi selanjutnya untuk mencegah komplikasi lebih lanjut.

Monitor intake dan output

R: Keseimbangan antara intake dan output akan mengetahui masukan dan berhubungan dengan fungsi ginjal dan pilihan intervensi yang tepat.

3. Isolasi sosial

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam, pasien dapat berinteraksi dengan orang lain.

Ditandai dengan:

- Pasien dapat meningkatkan keterampilan sosial.
- Pasien mampu bertemu dan berinteraksi dengan orang lain

Intervensi

Bantu pasien untuk mengidentifikasi masalah dari kurangnya keterampilan sosial

R: Agar pasien dapat meningkatkan keterampilan sosial

Bantu pasien untuk mengidentifikasi langkah- langkah dalam perilaku dalam rangka mencapai keterampilan sosial

R: Melihat perkembangan pasien

Sediakan umpan balik bagi pasien jika pasien mampu menunjukkan kemampuan sosial yang ditargetkan

R : Mempertemukan pasien dengan orang lain untuk berinteraksi langsung dan mengukur sejauh mana ketrampilan pasien.

KESIMPULAN

Kehilangan merupakan suatu kondisi dimana seseorang mengalami suatu kekurangan atau tidak ada dari sesuatu yang dulunya pernah ada atau pernah dimiliki. Kehilangan merupakan suatu keadaan individu berpisah dengan sesuatu yang sebelumnya ada menjadi tidak ada, baik sebagian atau seluruhnya.

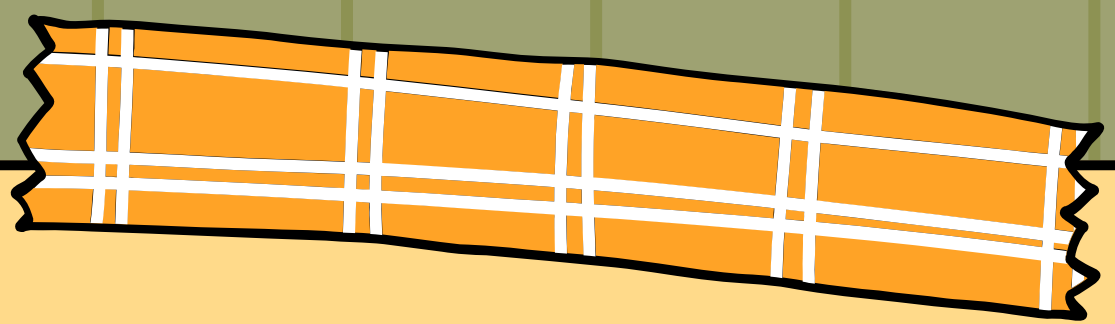
Berduka merupakan respon normal pada semua kejadian kehilangan. NANDA merumuskan ada dua tipe dari berduka yaitu berduka diantisipasi dan berduka disfungsi.

Berduka diantisipasi adalah suatu status yang merupakan pengalaman individu dalam merespon kehilangan yang aktual ataupun yang dirasakan seseorang, hubungan/kedekatan, objek atau ketidakmampuan fungsional sebelum terjadinya kehilangan. Tipe ini masih dalam batas normal.

Berduka disfungsi adalah suatu status yang merupakan pengalaman individu yang responnya dibesar-besarkan saat individu kehilangan secara aktual maupun potensial, hubungan, objek dan ketidakmampuan fungsional. Tipe ini kadang-kadang menjurus ke tipikal, abnormal, atau kesalahan/kekacauan.

Peran perawat adalah untuk mendapatkan gambaran tentang perilaku berduka, mengenali pengaruh berduka terhadap perilaku dan memberikan dukungan dalam bentuk empati.

Kehilangan dibagi dalam 2 tipe yaitu: Aktual atau nyata dan persepsi. Terdapat 5 kategori kehilangan, yaitu: Kehilangan seseorang seseorang yang dicintai, kehilangan lingkungan yang sangat dikenal, kehilangan objek eksternal, kehilangan yang ada pada diri sendiri/aspek diri, dan kehilangan kehidupan/meninggal.



Terima Kasih



Semoga kita bisa bekerja sama