



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NN.L DENGAN
RESIKO PERILAKU KEKERASAN DI RUANG
PHCU WANITA DR. H. MARZOEKI MAHDI
BOGOR**

ROSA AULIA

2011108

**PRODI DIPLOMA TIGA KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN RS HUSADA
JAKARTA, 2023**



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NN. L DENGAN
RISIKO PERILAKU KEKERASAN DI RUANG PHCU
WANITA RUMAH SAKIT DR. H. MARZOEKI MAHDI
BOGOR**

Laporan Tugas Akhir

**Diajukan sebagai persyaratan dalam menyelesaikan
pendidikan Diploma Tiga Keperawatan**

ROSA AULIA

2011108

**PRODI DIPLOMA TIGA KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN RS HUSADA**


Jakarta, 2023

HALAMAN PERNYATAAN ORISONALITAS

**Laporan Tugas Akhir ini adalah hasil karya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar.**

Nama : Rosa Aulia

Nim 2011108

Tanda tangan : 

Tanggal : 16 Juni 2023

LEMBAR PENGESAHAN

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NN. L DENGAN RISIKO
PERILAKU KEKERASAN DI RUANG PHCU WANITA
RUMAH SAKIT DR.MARZOEKI MAHDI BOGOR**

Dewan penguji

Pembimbing

(Ns. Tri Setyaningsih, M. Kep. Sp. Kep. J)

Penguji I

(Ns. Dian Fitria, M. Kep. Sp. Kep. J)

Penguji II

(Shinta Prawitasari, M. Kep)

Menyetujui

SEKOLAH ILMU KESEHATAN RS HUSADA



KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT, karena berkat dan karunia-Nyalah sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir. Penulisan tugas akhir ini dilakukan dalam rangka memenuhi persyaratan untuk menyelesaikan pendidikan Diploma Tiga keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada. Saya menyadari tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan Laporan Tugas Akhir ini, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan tugas akhir ini. Oleh karena itu, saya mengucapkan terimakasih kepada :

1. Ibu Ellynia, SE., MM, selaku ketua STIKes RS Husada
2. Bapak Dr. dr. Fidiansjah Mursid, Sp. KJ., M. P. H selaku direktur utama RS. DR. H. Marzoeki Mahdi Bogor yang sudah mengizinkan untuk berdinis dan mengambil kasus untuk Laporan Tugas Akhir.
3. Ns. Tri Setyaningsih, M. Kep. Sp. Kep. J, selaku pembimbing keperawatan jiwa yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk membimbing dan mengarahkan saya dalam penyusunan Tugas Akhir ini.
4. Ns. Dian Fitria, M. Kep. Sp. Kep. J. selaku penguji 1 dalam Ujian Akhir program ini.
5. Shinta Prawitasari, M. Kep, selaku penguji II dalam Ujian Akhir program ini
6. Ns. Yarwin yari, M. Biomed., M. Kep selaku Pembimbing Akademi yang selalu memberikan dukungan dan motivasi kepada penulis.
7. Dosen dan staff pendidikan STIKes Rs Husada yang telah banyak membantu dan memberikan bimbingan kepada penulis dalam memberikan pendidikan.
8. Terimakasih kepada CI dan seluruh perawat ruangan PHCU Wanita RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi

9. Terimakasih kepada Nn.L atas bantuan dan kerjasamanya selama penulis memberikan Asuhan Keperawatan.
10. Kepada kedua orang tua tercinta, tersayangku, terimakasih kepada bapak Yuswanda dan Ibu Neli Asni yang telah memberikan doa serta dukungan kepada penulis baik secara moral dan material. terimakasih telah memberikan motivasi dan mendengarkan keluh kesah penulis selama perkuliahan. Terimakasih sudah menjadi orang tua yang selalu memberikan yang terbaik untuk penulis. Terimakasih atas keringat yang bercucuran setiap harinya dan kerja keras kalian untuk penulis bisa melanjutkan pendidikan serta bisa menyelesaikan program pendidikan Diploma Tiga keperawatan.
11. Kepada adik tersayangku Dzaki Almer Jamail terimakasih sudah menjadi adik yang selalu memberi semangat dan sudah mendengarkan keluh kesah penulis selama perkuliahan, sehingga penulis bisa menyelesaikan program pendidikan Diploma Tiga keperawatan.
12. ajong dan among Hadri dan Neli Asma yang selalu memberikan semangat dan motivasi kepada penulis sehingga penulis bisa menyelesaikan program pendidikan Diploma Tiga keperawatan.
13. Almh Inan Desi Noviyanti Amd.Kep terimakasih banyak atas motivasinya selama ini, memberikan semangat selama ini H-7 penulis sidang ternyata inan ninggalin kita semua, semoga inan di tempatkan di surga dan terimakasih inabatin Siti Maryati yang selalu memberikan semangat dan motivasi kepada penulis sehingga penulis bisa menyelesaikan program pendidikan Diploma Tiga keperawatan.
14. Kepada segenap keluarga besar lamban Gemuttukh terimakasih yang telah memberikan semangat kepada penulis sehingga penulis bisa menyelesaikan program pendidikan Diploma Tiga Keperawatan.
15. Kepada sepupu yang sama-sama masih berjuang Jimy Eza Deontama yang memberikan semangat kepada penulis sehingga penulis bisa menyelesaikan program pendidikan Diploma Tiga keperawatan.

16. Kepada sahabat tercinta saya dari SMA Hesi Nirva Diana dan sahabat dari SMP Devi Rianti yang selalu menyemangati, memberi dukungan dan mendengarkan keluh kesah penulis. mendengarkan curhatan-curhatan penulis dengan sabar sehingga penulis untuk dapat menyelesaikan pendidikan Diploma Tiga Keperawatan.
17. Sahabat seperjuangan saya Dinda Happy Ayu Silvia, Dilla Sri Oktaviani, Lusitania Eko Tejoningrum, Shela Pradita Umiastuti, Iren Adela, Imelda Widya Ningsih, Megawati Tri Fajriana. Yang telah memberikan dukungan dan motivasi kepada penulis. Terimakasih kalian semua semoga sukses semuanya.
18. Rekan-rekan mahasiswa/i STIKes Rs Husada Jakarta angkatan XXXIII yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah sama-sama berjuang dan memberikan doa sehingga dapat menyelesaikan pendidikan.

Akhir kata penulis berharap kepada Tuhan yang Mahasa Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga Laporan Tugas Akhir ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Jakarta, 16 Juni 2023



Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN PERNYATAAN ORISONALITAS	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR LAMPIRAN.....	x
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR TABEL.....	xii
BAB 1.....	1
PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan penulisan	4
C. Ruang Lingkup	5
D. Metode penulisan.....	6
E. Sistematika Penulisan.....	6
BAB II.....	7
TINJAUAN TEORI	7
A. Pengertian	7
B. Psikodinamika	8
C. Rentang Respon.....	9
Gambar 2.1 Rentang respon perilaku kekerasan (Keliat,1999)	9
D. Asuhan Keperawatan Resiko Perilaku Kekerasan	10
E. Pohon masalah	11
Gambar 2.2 pohon masalah resiko perilaku kekerasan.	11
BAB III.....	14
TINJAUAN KASUS	14
A. Pengkajian	14
1. Identitas pasien.....	14
3. Faktor predisposisi	15

4. Pemeriksaan fisik	16
5. Psikososial.....	16
Gambar 3.1 genogram keluarga Nn.L.....	16
7. Kebutuhan persiapan pulang	20
8. Mekanisme koping	21
9. Masalah psikososial dan lingkungan.....	21
10. Pengetahuan kurang tentang.....	22
11. Aspek medis	22
12. Analisa data	22
Tabel 3.1.....	22
13. Pohon masalah.....	25
Gambar 3.3 pohon masalah.....	25
14. Diagnosa keperawatan.....	25
15. Perencanaan, Implementasi, dan Evaluasi keperawatan	25
BAB IV	44
PEMBAHASAN	44
A. Pengkajian	44
B. Diagnosa keperawatan.....	46
C. Perencanaan keperawatan.....	47
D. Implementasi keperawatan	48
E. Evaluasi.....	50
BAB V.....	52
PENUTUP.....	52
A. Kesimpulan.....	52
B. Saran	54
DAFTAR PUSTAKA	52
LAMPIRAN 1	56
STRATEGI PELAKSANAAN	56
LAMPIRAN 2 : ANALISA OBAT	56
LAMPIRAN 3 LEMBAR KONSUL	56

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Strategi Pelaksanaan
Lampiran 2 Analisa Obat
Lampiran 3 Lembar Konsul

DAFTAR GAMBAR

	Hal
Gambar 2.1 Rentang respon perilaku kekerasan	9
Gambar 2.2 pohon masalah resiko perilaku kekerasan.	11
Gambar 3.1 genogram keluarga Nn.L	16
Gambar 3.3 pohon masalah	25

DAFTAR TABEL

	Hal
Tabel 3.1.....	22

BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan jiwa adalah berbagai karakteristik positif yang menggambarkan kejiwaan yang mencerminkan kedewasaan kepribadiannya yang dimana seseorang memiliki tujuan hidup untuk menjadikan kehidupannya menjadi kepribadian yang lebih baik (Hamidah & Rosidah, 2021). Menurut UU kesehatan jiwa No.18 tahun (2014). Kesehatan jiwa adalah keadaan dimana seseorang individu yang dapat memungkinkan untuk bisa berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial. Sehingga individu tersebut dapat menyadari kemampuannya dan dapat mengatasi masalah, dapat bekerja secara produktif, dan mampu memberikan peran atau keikutsertaan untuk lingkungannya apabila ditemukan ketidakseimbangan baik secara fisik, mental, spiritual, sosial, dan individu yang tidak diatasi maka akan berisiko gangguan jiwa.

Kesehatan jiwa bagi manusia berarti terwujudnya keharmonisan fungsi jiwa dan sanggup menghadapi problem, merasa bahagia dan mampu diri. Orang yang sehat jiwa berarti mempunyai kemampuan menyesuaikan diri dengan diri sendiri, orang lain, masyarakat, dan lingkungan. Manusia terdiri dari biologis, psikokologis, sosial, dan

spiritual yang saling berinteraksi satu dengan yang lain dan saling mempengaruhi. (Azizah & Zainuri, 2016).

Gangguan jiwa adalah sindrom pola perilaku seseorang yang secara khas berkaitan dengan suatu gejala penderitaan (*distress*) atau hendaya (*impairmen*) di dalam satu atau lebih, fungsi yang penting dari manusia yaitu fungsi psikologi, perilaku, biologik, dan gangguan itu tidak hanya terletak di dalam hubungan antara orang itu tetapi juga dengan masyarakat. Gangguan jiwa merupakan deskripsi sindrom dengan variasi penyebab, banyak yang belum diketahui dengan pasti dan perjalanan penyakit tidak selalu bersifat kronis. Pada umumnya ditandai adanya penyimpangan yang fundamental, karakteristik dari pikiran dan persepsi, serta adanya efek yang tidak wajar atau tumpul Maulana (2015).

Menurut WHO (2017) dalam artikel ilmu keperawatan jiwa (2020) Resiko Perilaku Kekerasan pada umumnya merupakan gangguan mental berat yang mempengaruhi lebih dari 21 juta orang di dunia, berdasarkan data Riskesdas (2013) prevelensi gangguan jiwa berat pada penduduk di Indonesia 1,7 mill. Menurut Riskesdas (2018) penyebaran prevalensi tertinggi terdapat di Bali dengan 11.0 per mil dan terendah kepulauan Riau 2,8 per mil, sedangkan untuk wilayah DKI Jakarta 6,6 per mil, dan Jawa Barat 5 per mil. Menurut data diagnosa terbanyak rawat inap psikiatri tahun 2020 di RS DR. H. Marzoeki Mahdi Bogor yaitu skizofrenia paranoid dengan data pasien laki-laki 1743 jiwa dan data pasien perempuan 677 jiwa. Angka kejadian risiko perilaku kekerasan

setelah dilakukan intervensi mengalami penurunan, dimana kasus adalah kurang dari 50%, masalah risiko perilaku kekerasan ini hampir 100% ditemukan pada pasien rawat inap akut psikiatri. Angka kejadian seklusi masih ditemukan diruang rawat inap akut psikiatri setelah intervensi sebesar 7.78%.

Menurut data WHO (2016) dalam jurnal (Maulana, 2019) terdapat sekitar 35 juta orang terkena depresi, 60 juta orang terkena bipolar, 21 juta terkena skizofrenia, serta 47,5 juta terkena dimensia. Di Indonesia, dengan berbagai faktor biologis, psikologis dan sosial dengan keanekaragaman penduduk.

Risiko perilaku kekerasan merupakan salah satu respon marah diekspresikan dengan melakukan ancaman, mencederai diri sendiri maupun orang lain dan dapat merusak lingkungan sekitar Pardede (2019). Risiko perilaku kekerasan dapat di tandai dengan adanya beberapa tanda dan gejala seperti muka merah dan tegang, mata melotot atau pandangan tajam, mengepalkan tangan, mengatupkan rahang dengan kuat, Bicara kasar Suara tinggi, menjerit atau berteriak, mengancam secara verbal dan fisik, melempar atau memukul benda atau orang lain, merusak barang atau beda, tidak mempunyai kemampuan mencegah atau mengontrol perilaku kekerasan (Malfasari, 2020). Faktor risiko yang dapat di timbulkan oleh pasien dengan perilaku kekerasan adalah membahayakan diri sendiri dan orang lain penanganan pasien dengan resiko perilaku kekerasan dapat dilakukan dengan farmakologi dan strategi pelaksanaan pada pasien resiko

perilaku kekerasan, tindakan keperawatan pada pasien resiko perilaku kekerasan difokuskan pada aspek positif, intelektual, emosional, dan sosio spiritual. Salah satunya dengan menerapkan asuhan keperawatan (Oliver, 2019).

Salah satu peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan adalah perawat harus terus memberikan motivasi kepada pasien dan keluarganya dan memberikan informasi bagaimana cara penanganannya. Dengan demikian penulis tertarik untuk membuat laporan tugas akhir dengan masalah : “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Nn.L dengan Resiko Perilaku Kekerasan di ruang PHCU Wanita RS Dr. H Marzoeki Mahdi Bogor Jawa Barat Tahun 2023”

B. Tujuan penulisan

Tujuan penulisan karya tulis ilmiah ini adalah mendapatkan suatu rumusan hasil dari suatu penelitian melalui proses mencari, menemukan, serta menguji suatu pengetahuan.

1. Tujuan umum

Untuk memperdalam ilmu keperawatan khususnya keperawatan jiwa serta mengetahui permasalahan dengan memperoleh pengalaman secara nyata pada penanganan kasus dengan Resiko Perilaku Kekerasan sehingga dapat meningkatkan kualitas pengetahuan baik teori maupun praktik lapangan dan menambah pengalaman dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien.

2. Tujuan khusus

Karya tulis ilmiah ini di susun dengan tujuan khusus adalah agar mahasiswa mampu

- a. Mahasiswa mampu melakukan pengkajian pada pasien dengan Resiko Perilaku Kekerasan.
- b. Mahasiswa mampu menentukan masalah keperawatan Resiko Perilaku kekerasan.
- c. Mahasiswa mampu merencanakan asuhan keperawatan Resiko perilaku Kekerasan
- d. Mahasiswa mampu melakukan tindakan sesuai dengan perencanaan
- e. Mahasiswa mampu melakukan evaluasi pada pasien Resiko Perilaku kekerasan
- f. Mahasiswan mampu mengidentifikasi kesenjangan yang terdapat antara teori dan praktik
- g. Mahasiswa mampu mengidentifikasi faktor-faktor pendukung, penghambat serta mencari solusi atau alternatif pemecahan masalah
- h. Mahasiswa mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien Resiko Perilaku Kekerasan

C. Ruang Lingkup

Penulisan karya ilmiah ini terbatas pada “asuhan keperawatan pada pasien Nn.L dengan Resiko Perilaku Kekerasan di ruang PHCU wanita RS Dr. H

Marzoeki Mahdi Bogor Jawa Barat dari tanggal 20-22 maret tahun 2023” dengan menggunakan tahap proses keperawatan yang meliputi pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

D. Metode penulisan

Penyusunan karya tulis ilmiah ini penulis menggunakan metode deskriptif yaitu dengan pendekatan studi kasus. Proses penulisan metode ini digunakan dalam pengumpulan data oleh penulis adalah metode wawancara, yaitu melakukan pengumpulan data dengan cara tanya jawab dan interaksi langsung dengan pasien, perawat, serta tim lainnya dengan gangguan jiwa dengan masalah Resiko Perilaku kekerasan.

E. Sistematika Penulisan

Penyusunan karya tulis ilmiah terdiri dari 5 BAB, yang disusun secara sistematis sebagai berikut : BAB 1 adalah pendahuluan yang menguraikan latar belakang, tujuan penulisan, ruang lingkup, metode penulisan, dan sistematika penulisan. BAB II adalah tinjauan materi yang menguraikan pengertian, psikodinamika, rentang respon, asuhan keperawatan (pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan, evaluasi keperawatan). BAB III adalah tinjauan kasus yang menguraikan pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi. BAB IV merupakan pembahasan kasus teori yang menguraikan perbandingan antara teori dan kasus yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi.

BAB V adalah penutup yang menguraikan kesimpulan dan saran. Pada akhir penulisan ini disertai dengan daftar pustaka dan lampiran.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Pengertian

Resiko perilaku kekerasan merupakan suatu tindakan dengan tenaga yang bisa membahayakan diri sendiri dan orang lain maupun lingkungan yang bertujuan untuk melukai yang disebabkan karena adanya konflik dan permasalahan pada seseorang baik secara fisik maupun psikologis, (Makhruzah, 2021). perilaku kekerasan adalah suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik baik kepada diri sendiri maupun orang lain dan lingkungan yang di rasakan sebagai ancaman, (Uswatun, 2019). Resiko perilaku kekerasan adalah suatu tindakan dengan tenaga yang dapat membahayakan diri sendiri, orang lain maupun lingkungan yang bertujuan untuk melukai yang disebabkan konflik dan permasalahan pada seseorang baik secara fisik maupun psikologis, (Uswatun, 2019).

dari pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa resiko perilaku kekerasan adalah sebuah bentuk tindakan atau perilaku seseorang yang membahayakan dirinya orang lain maupun lingkungan sekitar, disebabkan karena adanya konflik atau permasalahan. perilaku kekerasan tersebut dapat berupa lisan dan fisik ataupun lingkungan. akibat yang di sebabkan serta perilaku kekerasan ini bisa merugikan diri sendiri, orang lain ataupun lingkungan.

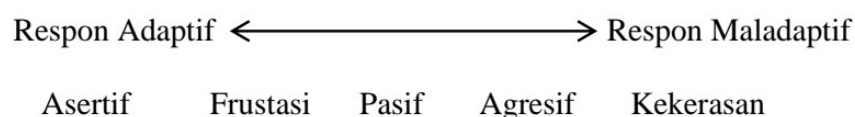
B. Psikodinamika

menurut Kandar (2019) resiko perilaku kekerasan ditimbulkan karena adanya beberapa factor yaitu factor psikologis dimana seseorang berasumsi memiliki sesuatu atau ingin mencapai suatu hal namun mengalami hambatan maka akan timbul suatu dorongan agresif yang memotivasi untuk melakukan suatu perilaku kekerasan. Faktor ini didukung dengan coping individu yang kurang baik, karena disebabkan trauma masa kecil atau masa lalu yang tidak menyenangkan, kekerasan rumah tangga ataupun lingkungannya. menyebabkan seseorang tidak dapat mengontrol dirinya dalam meluapkan emosi. Faktor sosial budaya, budaya juga dapat mempengaruhi perilaku kekerasan. Adanya adat budaya dimasyarakat dapat membantu untuk mendefinisikan emosi atau ekspresi marah yang dapat atau tidak diterima di warga, kontrol masyarakat yang rendah dan cenderung menerima perilaku kekerasan menjadi salah satu hal yang dilakukan untuk menyelesaikan masalah yang ada di masyarakat dapat menjadi faktor predisposisi terjadinya perilaku kekerasan.

Faktor Presipitasi menurut Kusumawati dan Hartono (2012) beberapa factor pencetus perilaku kekerasan adalah klien yang mengalami masa lalu yang tidak menyenangkan dan putus asa kehidupan yang penuh dengan agresif mengalami kelemahan fisik. interaksi seperti penghinaan, kekerasan, konflik, merasa terancam dari permasalahan diri dan lingkungan. Lingkungan yang panas, padat dan bising bias menyebabkan perilaku kekerasan pada individu yang tidak dapat mengontrol emosi diri.

C. Rentang Respon

Menurut Yosep, (2016) Orang yang mengalami kemarahan sebenarnya ingin memberikan pesan bahwa dia “tidak setuju dan tersinggung, merasa tidak di anggap, merasa tidak di turuti, atau di remehkan”. Rentang respon kemarahan individu dimulai dari respon normal (asertif) sampai pada respon sangat tidak normal (maladaftif).



Gambar 2.1 Rentang respon perilaku kekerasan (Keliat,1999)

Sumber : Ade Hermawan (2011)

Keterangan :

Asertif adalah rentang respon yang mengungkapkan marah tanpa menyakiti atau melukai perasaan orang lain. Frustrasi adalah rentang respon yang timbul akibat gagal mencapai keinginan. Frustrasi dapat dialami sebagai suatu ancaman dan kecemasan. akibat dari ancaman tersebut dapat menimbulkan kemarahan. Pasif adalah respon dimana seseorang mengungkapkan kemarahan. Agresif adalah respon perilaku yang menyertai marah tetapi masih dapat di kontrol . Kekerasan adalah Perasaan marah dan bermusuhan yang kuat serta hilangnya kontrol

Rentang respon adaftif adalah suatu respon individu dalam menyelesaikan masalah dengan cara yang dapat di terima oleh masyarakat. dalam hal ini ndividu masih dapat menyelesaikan masalah dalam batas normal. Sedangkan rentang respon maladavtif adalah respon individu dalam meyelesaikan masalah dengan cara menyimpang atau bertentang dengan norma-norma sosial, agama, budaya, dan lingkungan, stress, cemas, harga diri rendah dan rasa bersalah dapat menimbulkan kemarahan yang dapat mengarah pada perilaku kekerasan. Respon marah bias diekspresikan secara eksternal (perilaku kekerasan) maupun internal (depresi dan penyakit fisik).

jika mengekspresikan marah dengan cara perilaku kekerasan maka akan menimbulkan rasa dalam diri bahwa diri nya kuat. Hal ini tidak dapat

menyelesaikan masalah bahkan hanya dapat membuat masalah berkepanjangan.

D. Asuhan Keperawatan Resiko Perilaku Kekerasan

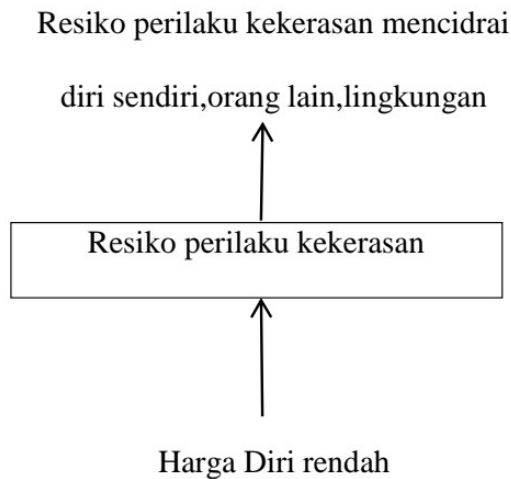
1. Pengkajian keperawatan (pengumpulan data)

Menurut (Nevi & Nurul, 2018) Pengkajian adalah tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan. Tugas perawat dalam melakukan pengkajian keperawatan adalah mengkaji data dari klien serta menanyakan tanda dan gejala serta faktor penyebab dari mengelompokkan data serta menetapkan masalah klien. Data tersebut dapat dikelompokkan menjadi data subjektif dan data objektif. Data subjektif adalah data yang disampaikan secara langsung atau lisan oleh klien. Data objektif adalah data yang ditemukan secara nyata dengan cara melihat kondisi pasien. Data ini didapatkan oleh perawat dengan cara melakukan observasi atau pemeriksaan secara langsung.

Data pengkajian kesehatan jiwa dapat dikelompokkan menjadi faktor predisposisi, faktor presipitasi dan manesfestasi. Data yang perlu dikaji dengan pasien perilaku kekerasan adalah data subjektif klien yang mengancam orang lain, menggunakan kata-kata kotor dan mengatakan dendam kepada seseorang. Pada data objektif klien menunjukkan mata melotot dan pandangan tajam, tangan mengepal, wajah marah dan tegang serta postur tubuh kaku dan suara keras (Madhani & Kartina, 2020).

E. Pohon masalah

Menurut (Madhani & Kartina, 2020) pohon masalah perilaku kekerasan sebagai berikut :



Gambar 2.2 pohon masalah resiko perilaku kekerasan.
Sumber : (Madhani & Kartina, 2020)

1. Diagnosa keperawatan

Menurut Nursalam (2016) diagnosa keperawatan adalah suatu penilaian tentang respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien, keluarga terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan mereka. Menurut (Oliver, 2019) Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada Risiko perilaku kekerasan adalah, harga diri rendah, isolasi sosial, perilaku kekerasan, gangguan persepsi sensori : halusinasi, koping individu tidak efektif, berduka difusional. Menurut artikel (Amino, 2023) Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI, 2017) terdapat tanda gejala mayor dan minor yang perlu dikaji pada pasien yang memiliki masalah perilaku kekerasan, antara lain gejala dan tanda

mayor subjektif seperti mengancam, mengumpat dengan kata-kata kasar, suara keras, bicara ketus. Gejala dan tanda mayor objektif seperti menyerang orang lain, melukai diri sendiri/orang lain, merusak lingkungan dan perilaku agresif/amuk. Untuk tanda gejala minor subjektif tidak tersedia namun untuk tanda dan gejala minor objektif seperti mata melotot atau pandangan tajam, tangan mengepal, rahang mengatup, wajah memerah, posturtubuh kaku.

2. Perencanaan keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah salah satu cara untuk menentukan masalah dan prioritas. Perencanaan keperawatan jiwa terdiri dari askep, tujuan dan rencana tindakan keperawatan. Tujuan dari perencanaan keperawatan jiwa adalah berfokus pada menyelesaikan permasalahan diagnosa keperawatan jiwa, Dinarti dan Yuli (2017). Menurut Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018) dalam artikel (Amino, 2023) intervensi yang dilakukan untuk mendukung tercapainya kriteria hasil yaitu pencegahan perilaku kekerasan yaitu dengan menggunakan prinsip observasi, terapeutik, dan edukasi

Tum (tujuan umum) adalah tujuan yang dilakukan untuk pasien dan keluarga agar bisa mengendalikan resiko perilaku kekerasan. Tuk (tujuan khusus) adalah tujuan yang dilakukan untuk mencapai tujuan umum, dalam perilaku kekerasan terdiri dari beberapa Tuk diantaranya, Tuk 1 pasien dapat membina hubungan saling percaya, Tuk 2 pasien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan yang di lakukannya, Tuk 3 pasien dapat mengidetifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan, Tuk 4

pasien dapat mengidentifikasi perilaku kekerasan yang dilakukannya, Tuk 5 pasien dapat mengidentifikasi akibat dari perilaku kekerasan, Tuk 6 pasien dapat mengidentifikasi cara yang baik dalam mengungkapkan kemarahannya, Tuk 7 dapat mendemonstrasikan cara mengontrol perilaku kekerasan, Tuk 8 pasien dapat dukungan dari keluarga untuk mengontrol resiko perilaku kekerasan Tuk 9 pasien dapat menggunakan obat sesuai program dengan benar.

3. Pelaksanaan

Pelaksanaan keperawatan adalah salah satu kegiatan yang dilakukan oleh perawat agar bias membantu klien dari masalah status kesehatan yang di hadapi agar menjadi lebih baik (Madhani & Kartina, 2020). implementasi yang dapat dilakukan untuk pasien dengan risiko perilaku kekerasan yaitu dengan melatih klien untuk melakukannya relaksasi: ambil napas dalam-dalam, pukul kasur atau bantal, senam, dan jalan-jalan, melatih klien untuk berbicara dengan baik: mengungkapkan, meminta, dan menolak benar, mengungkapkan perasaan marah lisan atau tertulis, latih klien untuk melakukan kegiatan keagamaan seperti salat, berdoa, kegiatan ibadah lainnya, melatih klien patuh minum obat dengan (nama benar, tepat obat, tepat dosis, tepat cara, tepat waktu, manfaat yang tepat, tanggal yang tepat kedaluwarsa dan dokumentasi yang benar), membantu klien dalam mengontrol risiko perilaku kekerasan Jika klien mengalami kesulitan, diskusikan manfaatnya yang didapat setelah berlatih mempraktikkan perilaku pengendalian risiko kekerasan, dan memuji klien

ketika mampu berlatih latihan mengendalikan risiko perilaku kekerasan Keliat (2019).

4. Evaluasi keperawatan

Evaluasi merupakan proses berkelanjutan dan dilakukan terus menerus untuk menilai efek dari tindakan yang dilakukan evaluasi dibagi menjadi dua, evaluasi proses (formatif) yang dilakukan setiap selesai melakukan tindakan keperawatan. Evaluasi hasil (sumatif) dilakukan dengan cara membandingkan respon klien dengan tujuan yang telah dilakukan, Kusumawati dan Yudi (2010). Menurut artikel (Amino, 2023) SLKI DPP PPNI (2018) dalam buku Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) terdapat tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan, antara lain verbalisasi ancaman kepada orang lain menurun, verbalisasi umpatan menurun, perilaku menyerang menurun, perilaku melukai menurun, perilaku melukai diri sendiri dan orang lain menurun, perilaku agresif/amuk menurun, suara keras menurun dan bicara ketus menurun.

BAB III

TINJAUAN KASUS

Pada bab ini penulis menguraikan asuhan keperawatan pada pasiendengan Resiko perilaku kekerasan di RS Dr.H. Marzoeqi Mahdi Bogor Jawa Barat Tahun 2023. Pasien masuk ke ruang PHCU Wanita pada tanggal 09 November 2022. Penulis melakukan pengkajian pada tanggal 20 maret 2023. Dalam memberikan asuhan keperawatan ini pendekatan yang digunakan adalah proses keperawatan yang meliputi lima tahap: pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

A. Pengkajian

1. Identitas pasien

Pasien bernama Nn.L berusia 25 tahun, jenis kelamin perempuan status perkawinan belum menikah, pasien beragama islam, suku bangsa Indonesia (Sunda), pendidikan pasien masih berkuliah, alamat pasien di dusun Bayur. Pasien masuk ke rumah Sakit H.Marzoeqi Mahdi Bogor pada tanggal 09 November 2022. Pasien mengatakan sering mendengar bisikan-bisikan seperti tidak terima dengan adanya keberadaan pasien, pasien juga mengatakan sulit tidur dan sebelum masuk rumah sakit pasien mengatakan sempat memukul kakaknya karena merasa kesal. Berdasarkan hasil wawancara dengan pasien, pasien mengatakan tidak pernah masuk ke rumah sakit jiwa. Setelah di validasi

menurut rekam medis pasien suka marah-marah jika perkataannya tidak didengar dan dituruti. Pasien dirawat dengan diagnose medis *skizofrenia paranoid* data pengkajian diperoleh dari pasien dan rekam medis.

2. Alasan masuk rumah sakit

Berdasarkan hasil pengkajian alasan pasien masuk ke RSMM adalah pasien datang diantar oleh kedua orang tuanya, pasien mengatakan bahwa dirinya pernah mendengarkan bisikan-bisikan aneh seperti tidak terima dengan keberadaan pasien dan mengatakan sebelum masuk rumah sakit memukul kakaknya karena merasa kesal dan marah, dan mengatakan merasa kesal jika perkataannya tidak pernah didengarkan dan dituruti. Pasien juga mengatakan bahwa ia adalah seorang mahasiswa yang sedang menyusun skripsinya dan sulit untuk berkonsentrasi.

Masalah keperawatan : Halusinasi, Resiko Perilaku Kekerasan.

3. Faktor predisposisi

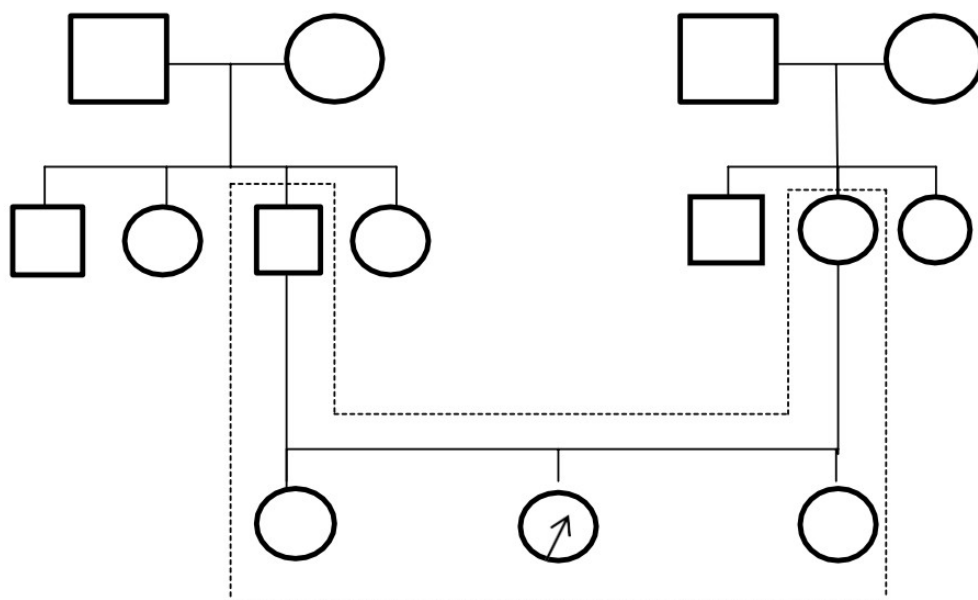
Pasien sebelumnya belum pernah mengalami gangguan jiwa, pasien pernah memukul kakaknya karena merasa kesal ketika perkataannya tidak didengarkan, pasien mempunyai riwayat lingkungan yang kurang menyenangkan pasien mengatakan sering bercerita dengan teman-temannya tetapi tidak ada temannya yang percaya dengan ceritanya dan membuat pasien merasa kesal dan marah. Pasien mengalami ketakutan dan kekhawatiran karena merasa ada yang mengganggu dirinya sehingga tidak bisa berkonsentrasi untuk menyelesaikan skripsinya.

Masalah keperawatan : Risiko perilaku Kekerasan.

4. Pemeriksaan fisik

Tanda-tanda vital pasien berada dalam batas normal. Tekanan darah 107/96 mmHg, Nadi 91x/menit, Suhu 36°C, Pernafasan 18x/menit, Tinggi badan 160 cm, Berat badan 68 kilogram, keluhan fisik tidak ada. Pasien mengatakan tidak ada keluhan sakit pada fisiknya. Berdasarkan dari pengkajian diatas tidak ditemukan masalah keperawatan.

5. Psikososial



Gambar 3.1 genogram keluarga Nn.L

Keterangan :



Laki-laki



perempuan



meninggal



pasien



hubungan



tinggal serumah

Penjelasan : Pasien mengatakan tinggal ber lima, serumah dengan orang tua,kakak dan adiknya pasien anak ke dua dari tiga bersaudara. Pasien mengatakan tidak ada yang menderita penyakit yang sama. Pasien mengatakan membantu ibunya di rumah, pasien mengatakan keluarganya sangat berarti baginya, pasien mengatakan lebih dekat dengan ibunya, komunikasi yang digunakan dua arah, yang mengambil segala keputusan adalah ayah pasien. Tidak ada masalah keperawatan.

a. Konsep diri

Terdiri dari gambaran diri, pasien mengatakan dirinya bersyukur atas apa yang dimilikinya saat ini, pasien memiliki keluarga yang mencintainya pasien juga mengatakan bahwa dia menyukai seluruh anggota tubuhnya karena pasien mengatakan bahwa tubuhnya indah dan bagus. Identitas diri, pasien mengatakan dirinya adalah anak kedua dari tiga bersaudara, pasien juga merasa puas dengan identitasnya sebagai anak perempuan. Pasien mampu menyebutkan nama, dan pasien juga menerima bahwa dirinya adalah seorang wanita. Peran, pasien mengatakan dirinya berperan sebagai anak. Pasien mengatakan bahwa dirinya anak kedua dari tiga bersaudara. Pasien mengatakan dirinya sedih berada di rumah sakit karena pasien adalah mahasiswa yang sedang mengerjakan skripsinya. Pasien mengatakan untuk saat ini peran tersebut tidak bisa dia kerjakan karena dirinya sedang berada di rumah sakit, pasien berharap dirinya cepat pulang dan kembali menjalankan perannya seperti sebelumnya.

Ideal diri, pasien mengatakan dirinya ingin cepat sembuh dan keluar dari rumah sakit. Pasien mengatakan bahwa dirinya ingin menjalankan aktivitasnya seperti biasa bersama keluarga dan teman-temannya, pasien mengatakan merindukan ibunya. Pasien mengatakan sedih sedih bila terlalu lama dirawat di rumah sakit. Karena pasien ingin mengerjakan skripsinya dan merindukan ibunya. Harga diri, klien mengatakan banyak orang yang tidak mempercainya, pasien mengatakan orang-orang tidak mempercainya karena apa yang ia bicarakan ke keluarganya dan temannya selalu di anggap berbohong.

Masalah keperawatan pada konsep diri adalah, Harga diri rendah

b. Hubungan sosial

Pasien mengatakan orang yang berarti adalah ibunya, Pasien mengatakan senang mengikuti kegiatan kelompok di kampusnya pada saat di rumah sakit klien mampu mengikuti kegiatan yang ada di rumah sakit bersama teman-temannya. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain adalah pasien mudah merasa kesal. Pada saat di rumah sakit pasien mau berinteraksi dengan perawat dan teman-teman yang lain karena merasa jika ia bercerita ada perawat yang mendengarkan ceritanya, tetapi terkadang pasien juga lebih suka menghabiskan waktunya di dalam kamar dan duduk sendiri apabila setelah selesai melakukan semua kegiatan di rumah sakit. Apabila mengobrol dengan orang lain pasien hanya berbicara seperlunya.

c. Spiritual

Pasien mengatakan dirinya menganut agama islam, dan pasien mempercayai dengan adanya Allah swt. Berdoa kepada tuhan supaya dirinya cepat sembuh dan dapat berkumpul kembali dengan keluarga.

6. Status mental

Saat dilakukan pengkajian penampilan pasien tampak rapih dan bersih. Tidak ditemukan masalah keperawatan. Saat berbicara pasien berbicara dengan nada yang senang dan merasa didengarkan, tidak ditemukan masalah keperawatan. Aktivitas motorik pasien rutin mengikuti kegiatan TAK dan senam pagi, tidak ditemukan masalah keperawatan. Alam perasaan, pasien merasa tidak yakin dengan kelanjutan kuliahnya karena berada di rumah sakit, masalah keperawatan diatas adalah harga diri rendah. Afek pasien labil, jika sedang bercerita emosi pasien cepat berubah, masalah keperawatan yang ditemukan Resiko perilaku kekerasan. Ketika sedang berinteraksi pasien bicara defensif, pasien selalu menganggap apa yang sedang ia bicarakan adalah benar, cara bicara pasien ketus, masalah yang ditemukan adalah resiko perilaku kekerasan.

pasien adalah halusinasi pendengaran dan penglihatan, pasien mengatakan sering melihat bayangan laki-laki berjalan di kamarnya dan sering mendengar suara-suara yang seperti tidak menerima dengan adanya kehadiran pasien, kejadian itu menyebabkan pasien merasa takut, masalah yang ditemukan adalah gangguan persepsi sensori halusinasi penglihatan dan pendengaran. Proses fikir pasien mengalami pengulangan

pembicaraan/persevarasi, pasien sering membahas hal yang sudah dibahas, masalah yang ditemukan adalah halusinasi. Tingkat kesadaran pasien baik. Pasien mengatakan masih ingat kejadian yang terjadi sebelum pasien masuk ke rumah sakit. Tingkat konsentrasi dan berhitung, pasien mengalami sulit berkonsentrasi jika sedang melakukan konsentrasi ditemukan masalah keperawatan adalah halusinasi.

7. Kebutuhan persiapan pulang

Pasien mengatakan mampu melakukan kegiatan mandiri seperti makan 3 kali sehari selama dirumah sakit dengan porsi yang sudah disediakan, pasien mengatakan makanannya enak, pasien selalu menghabiskan makanan dan menaruh bekas tempat makannya ditempat yang sudah disediakan. Pasien melakukan perawatan diri sendiri seperti toileting sendiri tanpa dibantu perawat, pasien juga mengatakan mandi 2x sehari dan berhias secara mandiri, pasien mengatakan tidur siang tapi waktunya tidak tentu kadang-kadang sebelum makan dan setelah makan tidur kemudian bangun pada sore hari, dan pasien tidur malam dari jam 20.00 wib sampai jam 05.00 wib pagi hari. Pemeliharaan kesehatan pasien melakukan perawatan lanjutan, tidak ada kegiatan sebelum atau sesudah tidur. Kegiatan didalam rumah pasien mempersiapkan makanan untuk dimakan bersama keluarga, menjaga kerapihan rumah pasien senang bersih-bersih rumah.

8. Mekanisme koping

Pasien mengatakan takut jika ingin bercerita dengan orang lain karena sering tidak dipercaya oleh orang terdekatnya, maka pasien lebih memilih diam tidak bercerita kepada siapapun dan memilih untuk memendamnya sendiri. Masalah keperawatan yang ditemukan adalah Harga Diri Rendah

9. Masalah psikososial dan lingkungan

Masalah dengan dukungan kelompok, pasien merasa jika dia bercerita ketemannya, temannya tidak akan percaya dengan apa yang sedang ia alami. Pasien mengatakan walaupun sedang sakit pasien tetap dapat dukungan dari lingkungannya terutama ibunya yang sangat perhatian walaupun terkadang pasien sering marah, pada saat ibunya mengunjungi ibunya selalu membawa cemilan-cemilan. Pasien mengatakan sering merasa khawatir dengan pendidikannya karena dia seorang mahasiswa tingkat akhir. Pasien mengatakan jika dirumahnya sering merasa aneh dan membuat pasien merasa tidak nyaman dan merasa takut. Pasien mengatakan tidak ada masalah ekonomi didalam keluarganya. Pasien mengatakan perawat di ruangan baik, berdasarkan dari hasil pengkajian diatas pasien mengalami masalah keperawatan Resiko perilaku kekerasan, harga diri rendah kronik.

10. Pengetahuan kurang tentang

Pengetahuan pasien kurang tentang bagaimana menyelesaikan masalah dengan baik coping dalam menyelesaikan masalah yang dimiliki pasien kurang baik dan bagaimana pentingnya minum obat dan dampaknya.

11. Aspek medis

Diagnosa medis : skizofrenia paranoid

Terapi medik pasien pasien mendapatkan risperidone 2mg/12 jam, THP 2mg/12 jam, soroquel 300 mg/12 jam, curcuma 12/jam

12. Analisa data

Berdasarkan hasil pengkajian didapat data-data yang dapat digambarkan melalui table analisa data

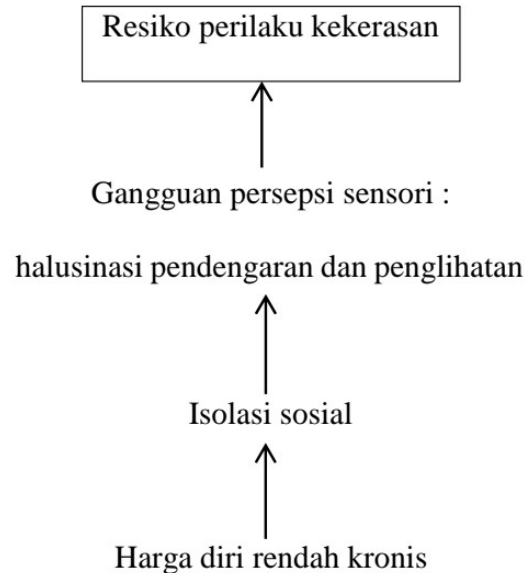
Tabel 3.1

Tanggal/ jam	Data focus	Masalah keperawatan
Senin 20/03/2023	<p>Ds : pasien mengatakan kesal saat perkataannya tidak didengar. Pasien mengatakan dirinya mudah marah dan emosinya tidak bisa ditahan. Pasien mengatakan jika emosinya tidak bisa ditahan jika mendengarkan bisikan yang tidak menerima akan kehadirannya dirumah.</p> <p>Do : pasien tampak berbicara dengan nada suara tinggi dan cepat, pasien tampak melotot</p>	Resiko perilaku kekerasan

	saat marah.	
Senin 20/03/2023	<p>Ds : pasien mengatakan jika di rumah sering mendengarkan suara-suara aneh seperti tidak menerima keberadaan pasien di rumahnya dan mendengar suara jejak kaki setiap larut malam. Suara itu sangat sering terdengar tetapi sejak pasien di rumah sakit sudah tidak mendengar suara-suara aneh itu lagi. Pasien mengatakan suara datangnya setiap larut malam. Pasien mengatakan pernah melihat orangtua nya menaruh sesajen di dalam rumahnya. Pasien mengatakan pernah melihat binatang seperti ayam dan laba-laba menghampirinya.</p> <p>Do : pasien tidak tampak senyum atau berbicara sendiri, pasien tampak sedih, pasien lebih suka di kamar setelah tidak ada aktifitas pasien tampak sering melamun. Respon pasien terhadap halusinasinya pasien terlihat sering melamun dan menyendiri.</p>	Gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran dan penglihatan
Senin 20/03/2023	Ds : pasien mengatakan khawatir dengan kelanjutan kuliahnya. Pasien mengatakan takut tidak bisa menyelesaikan kuliahnya.	Harga diri rendah kronis

	<p>Pasien mengatakan tidak percaya diri dengan kemampuan pada dirinya</p> <p>Do : pasien tampak gelisah, kontak mata kurang, pasien selalu menanyakan laptop dan handphone untuk mengerjakan skripsinya takut skripsinya tidak bisa diselesaikan.</p>	
<p>Senin 20/03/2023</p>	<p>Ds : Pasien mengatakan lebih memilih untuk sendiri karena pasien merasakan tidak ada yang mau mendengarkannya, pasien mengatakan terkadang pasien lebih menghabiskan waktu di kamar apabila selesai melakukan kegiatan.</p> <p>Do : pasien lebih suka menyendiri apabila sudah tidak ada lagi kegiatan, pasien tampak lebih sering tidur, pasien tampak jarang berinteraksi dengan pasien lain.</p>	<p>Isolasi sosial</p>

13. Pohon masalah



Gambar 3.3 pohon masalah

14. Diagnosa keperawatan

- a. Resiko perilaku kekerasan
- b. Gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran dan penglihatan
- c. Harga diri rendah
- d. Isolasi sosial

15. Perencanaan, Implementasi, dan Evaluasi keperawatan

1. Diagnosa keperawatan : Resiko Perilaku Kekerasan

Hari senin tanggal 20 maret 2023

Data subjektif : pasien mengatakan kesal saat perkataanya tidak di dengar. Pasien mengatakan dirinya mudah marah dan emosinya tidak bisa di tahan . Pasien mengatakan jika emosinya tidak bisa ditahan jika mendengarkan bisikan yang tidak menerima akan kehadirannya.

Data objektif : pasien tampak berbicara dengan nada suara tinggi dan cepat, pasien tampak melotot saat marah.

Kriteria hasil : TUK 1 setelah dilakukan 3x interaksi pasien menunjukkan tanda-tanda percaya kepada perawat dengan menunjukkan ekspresi wajah tersenyum, ada kontak mata, bersedia menceritakan perasaannya dan penyebab perilaku kekerasan yang dilakukannya. Pasien menceritakan keadaannya seperti keadaan fisik yaitu tangannya mengempal, mata melotot. Punya perasaan marah, jengkel, berbicara kasar. Pasien dapat menjelaskan jenis-jenis ekspresi kemarahan yang selama ini telah dilakukannya, perasaannya saat melakukan kekerasan, efektivitas cara yang dipakai dalam menyelesaikan masalah. Pasien menjelaskan akibat tindakan kekerasan yang dilakukannya untuk diri sendiri, di jauhi teman dan lain-lain. Orang lain atau keluarga bisa tersinggung, ketakutan dan lain-lain. Pasien memeragakan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik yaitu tarik nafas dalam, memukul bantal atau kasur.

Intervensi : membina hubungan saling percaya dengan memberi salam, memperkenalkan nama panggilan perawat dan tujuan perawat berkenalan, tanyakan dan panggil nama kesukaan pasien. Tunjukkan sikap empati, jujur dan menepati janji setiap kali berinteraksi, tanyakan perasaan pasien dan masalah yang dihadapi pasien, buat kontrak interaksi yang jelas, dengarkan dengan penuh perhatian ungkapan perasaan pasien. dengan orang lain saat terjadi perilaku kekerasan.

Diskusikan dengan pasien akibat negative atau kerugian yang dilakukan pada diri sendiri, orang lain atau keluarga, lingkungan diskusikan dengan pasien apabila mau mempelajari cara baru mengungkapkan marah yang sehat, jelaskan berbagai alternative pilihan untuk mengungkapkan marah selain perilaku kekerasan yang di ketahui pasien. Jelaskan cara-cara sehat untuk mengungkapkan marah seperti cara fisik dengan menarik nafas dalam, memukul bantal atau kasur dan berolahraga.

Pelaksanaan keperawatan : Hari pertama pada hari senin tanggal 20 maret 2023 pukul 10.00 wib rencana tindakan SP 1 Resiko perilaku kekerasan. Membina hubungan saling percaya.

Evaluasi keperawatan

senin tanggal 20 maret 2023

Data Subjektif : pasien menyebutkan penyebab dirinya melakukan perilaku kekerasan adalah pasien mengatakan kesal saat perkataanya tidak di dengar. Pasien mengatakan dirinya mudah marah dan emosinya tidak bisa di tahan . Pasien mengatakan jika emosinya tidak bisa di tahan pasien mengatakan pernah memukul kakaknya karena kakanya tidak percaya apa yang pasien katakan.

Data Objektif : Pasien dapat menyebutkan tanda dan gejala dari perilaku kekerasan, hasil pasien mengatakan bahwa bila dirinya marah tangannya mengempal, mata melotot, mengeluarkan nada tinggi. Pasien dapat menyebutkan akibat dari perilaku kekerasan, hasil dari berdiskusi

dengan pasien, pasien menyebutkan akibat dari perilaku kekerasan yaitu dijaui teman dan lain-lain. Orang lain atau keluarga bisa tersinggung, ketakutan. Dari hasil tindakan keperawatan diatas Pasien sudah dapat melakukan bagaimana cara mencegah perilaku kekerasan dengan cara teknik relaksasi nafas dalam dan memukul benda lunak

Analisa : Masalah Resiko perilaku kekerasan

perencanaan : Anjurkan pasien untuk melakukan teknik relaksasi nafas dalam dan memukul benda lunak bila dirinya merasa marah atau jengkel. Anjurkan pasien untuk mengisi jadwal kegiatan harian sehari 2x pada jam 14.00 dan 17.00 atau pada saat melakukan teknik relaksasi nafas dalam yang telah di anurkan secara mandiri.

Hari Selasa tanggal 21 Maret 2023

Data subjektif : Pasien mengatakan sudah dapat mengontrol marah dengan tarik nafas dalam dan memukul bantal, pasien mengatakan senang dapat mengontrol marah, pasien mengatakan masih suka kesal jika tidak ada yang mendengarkan perkataannya.

Data objektif : pasien tampak lebih tenang, pasien sudah mulai sedikit mengontrol emosi

Pelaksanaan keperawatan : TUK 2 Hari kedua Selasa tanggal 21 Maret 2023 pukul 09.00 wib rencana tindakan SP 2 Resiko perilaku kekerasan meliputi, mengevaluasi cara mengontrol marah dengan tarik nafas dalam

dan memukul bantal, Mendiskusikan manfaat dari minum obat dan kerugian tidak minum obat.

Evaluasi keperawatan :

Selasa tanggal 21 maret 2023

Data Subjektif : pasien mengatakan dirinya merasa senang, pasien mengatakan sudah dapat melakukan relaksasi nafas dalam dan memukul bantal secara mandiri bila dirinya kesal atau marah. Pasien mengatakan sudah mengetahui dirinya minum obat apa saja. Pasien mengatakan manfaat minum obat agar dirinya cepat sembuh dan marahnya kekontrol.

Data Objektif : Pasien tampak kooperatif saat diajak berbicara, sudah ada kontak mata, pasien dapat menyebutkan manfaat dan kerugian tidak minum obat, pasien dapat menyebutkan nama obatnya, jumlah obat, warna obat dan kapan dirinya harus minum obat. hasil pasien dapat melakukan relaksasi nafas dalam secara mandiri atau memukul benda lunak bila dirinya akan marah. Melatih cara minum obat secara teratur

Analisa : Masalah Resiko perilaku kekerasan

Perencanaan keperawatan : evaluasi sp 1 dan 2 resiko perilaku kekerasan yaitu mengontrol marah dengan tarik nafas dalam dan memukul benda lunak, serta taat minum obat. Lanjutkan sp 3 yaitu mengontrol marah dengan verbal dan sp 4 mengontrol marah dengan spiritual

Perencanaan pasien : anjurkan pasien untuk melakukan secara mandiri minum obat dan dimasukkan ke jadwal kegiatan harian 2x/hari pada jam 08.00, 14.00 wib.

Hari rabu tanggal 22 maret 2023

Data subjektif : pasien mengatakan sudah dapat mengontrol marah, pasien mengatakan patuh minum obat, pasien mengatakan sudah jarang marah-marah.

Data objektif : emosi pasien tampak stabil, pasien sudah jarang marah-marah, pasien dapat mengontrol marah, pasien minum obat secara teratur.

Pelaksanaan keperawatan : TUK 3 hari ketiga hari rabu tanggal 22 maret 2023 jam 13.00 wib rencana tindakan sp 3 kekerasan meliputi : evaluasi sp 1 dan 2 yaitu mengontrol marah dengan menarik nafas dalam atau memukul benda lunak dan taat minum obat, dan mengajarkan cara mengungkapkan marah dengan cara verbal yaitu mengungkapkan secara langsung cara meminta dan menolak dengan benar.

Evaluasi keperawatan :

Rabu tanggal 22 maret 2023

Data Subjektif : pasien mengatakan masih mengingat dan melakukan teknik relaksasi nafas dalam dan memukul benda lunak bila dirinya marah, pasien mengatakan dirinya rutin minum obat, pasien mengatakan

sudah jauh lebih lega setelah belajar mengungkapkan marah dengan cara verbal, pasien mengatakan senang belajar teknik baru mengontrol marah.

Data Objektif : wajah pasien tampak lebih cerah dan bersemangat, pasien tampak senang saat belajar cara baru mengontrol marah, pasien dapat menyebutkan kembali cara megontrol marah yang pernah dipelajari, pasien dapat mengungkapkan secara verbal dengan baik bahwa dirinya sedang kesal/jengkel tanpa melukai diri sendiri, orang lain dan lingkungan.

Analisa : masalah resiko perilaku kekerasan belum teratasi

Perencanaan perawat : evaluasi sp 1,2 dan 3 cara mengontrol marah.

Lanjutkan sp 4 yaitu mengontrol marah dengan cara spiritual

Perencanaan pasien : anjurkan pasien untuk melakukan secara mandiri cara mengontrol marah dengan cara verbal sebanyak 2x pada jam 14.00 dan 17.00 wib.

Hari Rabu tanggal 22 maret 2023

Data subjektif : pasien mengatakan sudah dapat mengontrol marah, pasien mengatakan patuh minum obat, pasien mengatakan sudah jarang marah-marah.

Data objektif : emosi pasien tampak stabil, pasien sudah jarang marah-marah, pasie dapat mengontrol marah, pasien minum obat secara teratur, pasien dapat mengungkap kan perasaan secara verbal.

Pelaksanaan keperawatan : TUK 4 hari ke tiga hari Rabu tanggal 22 maret 2023 jam 13.00 wib rencana tindakan sp 4 perilaku kekerasan meliputi : evaluasi sp 1,2 dan 3 resiko perilaku kekerasan yang pernah diajari, mendiskusikan cara mengontrol marah dengan cara spiritual (berdoa/berdzikir) pasien memilih untuk beristighfar dan membaca surat al-fatihah bila dirinya sedang marah atau kesal.

Evaluasi keperawatan :

Data Subjektif : pasien mengatakan masih mengingat cara mengontrol marah dengan relaksasi nafas dalam atau dengan memukul benda lunak, pasien mengatakan rutin minum obat dan pasien sudah dapat mengungkapkan marah dengan cara verbal tanda melukai diri sendiri, orang lain maupun lingkungan sekitar. Pasien memilih untuk salat dan beristighfar bila akan marah.

Data Objektif : pasien tampak kooperatif saat bercakap cakap, kontak mata sudah ada, pasien tampak senang saat akan belajar cara baru mengontrol marah, pasien dapat melakukan istigfar bila dirinya merasa kesal terhadap orang lain.

Analisa : masalah risiko perilaku kekerasan

Perencanaan perawat : evaluasi seluruh sp 1,2,3 dan 4 yang sudah diajarkan.

Perencanaan pasien : anjurkan pasien untuk terus melakukan hal yang sudah dipelajari untuk mengontrol marah dengan cara tarik nafas dalam, memukul benda lunak, meminum obat, mengungkapkan marah dengan

cara verbal, dan spiritual secara mandiri 2x/ hari pada jam 16.00 dan 19.00 wib.

Perencanaan untuk perawat : evaluasi sp 1 mengontrol marah dengan cara fisik yaitu tarik nafas dalam dan memukul benda lunak, sp 2 patuh minum obat, sp 3 mengontrol marah dengan cara verbal dan sp 4 yaitu mengontrol marah dengan dengan spiritual dengan yang sudah mahasiswa berikan kepada pasien. Observasi lebih lanjut tentang keadaan pasien dan kepatuhan minum obat pasien.

2. Diagnosa keperawatan : halusinasi pendengaran dan penglihatan

Tujuan umum : pasien dapat mengontrol dan mengendalikan halusinasinya

Tujuan khusus : tuk 1 sampai dengan tuk 5 meliputi, membina hubungan saling percaya, pasien dapat mengenal halusinasi, pasien dapat mengontrol halusinasinya, pasien mendapat dukungan dari keluarga dalam mengonrol halusinasinya, pasien dapat memanfaatkan obat dengan baik.

Kriteria hasil : setelah 3x interaksi pasien menunjukkan tanda-tanda percaya kepada perawat ditunjukkan pasien dapat berinteraksi dengan perawat melalui ekspresi wajah bersahabat, menunjukkan rasa senang, ada kontak mata, mau berjabat tangan, mau duduk berdampingan dengan perawat, bersedia mengungkapkan masalah yang dihadapi. Pasien menunjukkan tanda-tanda percaya kepada perawat ditunjukkan pasien

dapat berinteraksi dengan perawat melalui ekspresi wajah bersahabat, menunjukkan rasa senang, ada kontak mata, mau berjabat tangan, mau duduk berdampingan dengan perawat, bersedia mengungkapkan masalah yang dihadapi, pasien dapat mengontrol halusinasinya dengan cara menghardik, meminum obat secara teratur untuk mengontrol halusinasinya, bercakap-cakap dengan orang lain, dan melakukan aktivitas terjadwal.

Intervensi : sapa pasien dengan ramah baik verbal maupun non verbal, perkenalkan nama perawat dan nama panggilan, tanyakan nama lengkap dan nama yang disukai pasien, tunjukkan sikap jujur dan menepati janji setiap kali berinteraksi dengan pasien, tunjukkan sikap empati dan menerima pasien apa adanya, tanyakan masalah pasien dan perasaan, dengarkan penuh perhatian. Adakan kontrak yang sering dan singkat secara bertahap, pantau tingkah laku pasien terkait halusinasinya. Tanyakan kepada pasien tentang isi halusinasinya, waktu terjadinya halusinasi, frekuensi halusinasi dan kondisi situasi yang menentukan halusinasi.

Identifikasi bersama pasien saat halusinasinya muncul. Diskusikan dengan pasien cara yang digunakan apakah menguntungkan atau merugikan, diskusikan cara baru yaitu dengan cara menghardik halusinasi, jelaskan cara menghardik halusinasi, beri pujian yang wajar atas keberhasilan pasien melakukan hal tersebut. Identifikasi ulang cara menghardik halusinasi, jelaskan pentingnya penggunaan obat pada

pasien gangguan jiwa, jelaskan akibat bila putus obat, jelaskan cara menggunakan obat dengan prinsip lima benar yaitu benar pasien, benar obat, benar dosis, benar waktu, benar cara pemberian. pasien mengetahui efek samping obat dan kapan kadaluarsa obat, identifikasi ulang cara menghardik dan minum obat secara teratur, ajarkan pasien pasien untuk pergi ketempat yang ramai dan bantu pasien berkomunikasi atau bercakap-cakap dengan orang lain saat halusinasi muncul, berikan pujian wajar atas keberhasilan pasien melakukannya, menjelaskan pentingnya aktifitas yang teratur untuk mengatasi halusinasinya, diskusikan aktivitas yang bisa dilakukan, susun jadwal aktivitas yang telah dipilih, pantau pelaksanaan aktivitas terjadwal, ajarkan pasien mengikuti TAK, orientasi realita dan stimulasi persepsi, buat kontrak yang jelas dengan keluarga (waktu,tempat,topik).

Pelaksanaan keperawatan : hari pertama senin 20 maret 2023 jam 10.00 wib rencana tindakan sp 1 gangguan persepsi sensori : halusinasi penglihatan dan pendengaran, membina hubungan saling percaya, mendiskusikan dengan pasien tentang isi dan jenis halusinasi, hasil pasien mengatakan isi halusinasinya adalah pasien mengatakan jika di rumah sering mendengarkan suara-suara aneh seperti tidak menerima keberadaan pasien di rumah nya dan mendengar suara jejak kaki setiap larut malam. Suara itu sangat sering terdengar tetapi sejak pasien di rumah sakit sudah tidak mendengar suara-suara aneh itu lagi.

Pasien mengatakan suara datangnya setiap larut malam. Pasien mengatakan pernah melihat orang tua nya menaruh sesajen di dalam rumahnya. Pasien mengatakan pernah melihat binatang seperti ayam dan laba-laba menghampirinya, jenis halusinasi adalah pendengaran dan penglihatan. Mengidentifikasi berapa frekuensi halusinasi yang dialami dalam sehari, hasil halusinasi datang tidak menentu, sekarang halusinasi tersebut sudah tidak ada dan pasien sudah tidak mendengar dan melihat halusinasinya. Mengajarkan pasien cara menghardik halusinasinya, hasil pasien dapat melakukan menghardik memberikan pujian atas kemampuan pasien menghardik halusinasinya.

Evaluasi keperawatan

data Subjektif : pasien mengatakan halusinasi yang dialaminya yaitu halusinasi pendengaran dan penglihatan, halusinasi tersebut datang tidak menentu tetapi sekarang halusinasi tersebut sudah tidak ada, pasien mengatakan dulu dirinya melawan halusinasi tersebut dengan marah-marah.

Data Objektif : pasien dapat menceritakan tentang halusinasinya, pasien dapat menghardik, pasien tampak tenang.

Analisa : gangguan persepsi sensori halusinasi

Perencanaan perawat : evaluasi sp 1 halusinasi yaitu menghardik, lanjutkan sp 2 yaitu kepatuhan minum obat

Perencanaan pasien : anjurkan pasien melakukan menghardik bila halusinasi datang, masukkan ke dalam jadwal kegiatan harian

Hari Selasa tanggal 21 maret 2023

Data subjektif : pasien mengatakan sudah tidak mendengar suara-suara dan bayangan lagi, pasien mengatakan sudah dapat melakukan menghardik secara mandiri

Data objektif : pasien tampak tenang, pasien dapat melakukan kembali cara menghardik yang sudah diajarkan.

Pelaksanaan keperawatan : hari kedua hari Selasa tanggal 21 maret 2023 jam 10.00 wib rencana tindakan sp 2 halusinasi yaitu mengontrol halusinasi dengan cara minum obat, menjelaskan pentingnya penggunaan obat pada pasien gangguan jiwa, menjelaskan akibat bila putus obat, menjelaskan cara menggunakan obat dengan prinsip lima benar yaitu benar pasien, benar obat, benar dosis, benar waktu, benar cara pemberian . pasien mengetahui efek samping obat dan kapan kadaluarsa obat, menganjurkan pasien memasukkan kegiatan jadwal harian, memberikan pujian yang realistis terhadap keberhasilan pasien.

Evaluasi keperawatan

Subjektif : pasien mengatakan sudah tau tentang obat yang diminum, pasien mengatakan sudah patuh minum obat.

Objektif : pasien dapat menyebutkan kembali manfaat minum obat dan kerugian bila putus obat, pasien tampak meminum obatnya.

Analisa : gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran dan penglihatan

Perencanaan perawat : evaluasi sp 1 dan 2 halusinasi yaitu menghardik dan kepatuhan minum obat, lanjutkan sp 3 dan 4 halusinasi yaitu mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain dan mengontrol halusinasi dengan melakukan aktifitas positif sambil bercakap-cakap dengan orang lain

Perencanaan pasien ; ajurkan pasien agar selalu rutin minum obat 3x/hari (08.00, 12.00) dan masukkan kedalam jadwal kegiatan harian.

Hari rabu tanggal 22 maret 2023

Data subjektif : pasien mengatakan sudah tidak mendengar suara-suara aneh lagi, pasien mengatakan dirinya patuh minum obat

Data objektif : pasien tampak tenang, pasien tampak meminum obatnya.

Pelaksanaan keperawatan : hari rabu tanggal 22 maret 2023 jam 11.00 wib rencana tindakan sp 3 dan 4 halusinasi yaitu sp 3 mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain, hasil pasien diajarkan apabila mendengar suara-suara dan melihat sesuatu bisa mengalihkan dengan cara bercakap-cakap bersama orang lain. Sp 4 halusinasi yaitu melakukan aktifitas sambil bercakap-cakap dengan rang lain. Hasil pasien telah diajarkan bila mendengar suara-suara dirinya bisa melakukan aktifitas bersama dengan teman sambil mengobrol untuk mengalihkan suara halusinasi tersebut.

Evaluasi keperawatan

Subjektif, pasien mengatakan sudah mengerti tentang cara mengontrol halusinasi, pasien mengatakan akan melakukan bila halusinasi datang dirinya akan mencari teman diajak mengobrol untuk mengalihkan halusinasinya

Objektif, pasien dapat menyebutkan kembali cara mengontrol halusinasi yang sudah di ajarkan, pasien tampak senang dapat belajar cara mengontrol halusinasi

Analisa , gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran

Perencanaan perawat : evaluasi sp 1,2,3 dan 4 halusinasi yang sudah pernah dipelajari

Perencanaan pasien :anjurkan pasien untuk terus melakukan hal yang sudah pernah dipelajari bila halusinasinya datang dan dimasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian

Perencanaan untuk perawat ruangan : observasi keadaan pasien, evaluasi kembali sp 1 yaitu menghardik, sp 2 patuh minum obat, sp 3 bercakap-cakap dan sp 4 yaitu melakukan aktifitas sambil bercakap-cakap yang sudah diajarkan mahasiswa kepada pasien.

3. Diagnosa keperawatan : Harga diri rendah kronis

Hari senin tanggal 20 maret 2023

Data subjektif : pasien mengatakan khawatir dengan kelanjutan kuliahnya. Pasien mengatakan takut tidak bisa menyelesaikan kuliahnya. Pasien mengatakan tidak percaya diri dengan kemampuan pada dirinya

Data objektif : pasien tampak gelisah, kontak mata kurang, pasien selalu menanyakan laptop dan handphone

Kriteria hasil : setelah dilakukan pertemuan 3x diharapkan pasien dapat membina hubungan saling percaya kepada perawat, ekspresi wajah bersahabat, kontak mata positif, mau menjawab salam, mau duduk berdampingan dengan perawat, mau mengutarakan masalah yang di hadapi, mengidentifikasi aspek positif yang dimiliki pasien.

Rencana tindakan : bina hubungan saling percaya dengan menggunakan komunikasi terapeutik, panggilan yang disukai, jelaskan tujuan interaksi, ciptakan lingkungan yang tenang, buat kontrak yang jelas setiap pertemuan, jujur dan menepati janji, tunjukkan sikap empati dan menerima pasien apa adanya, berikan perhatian pada pasien, diskusikan kemampuan aspek positif yang dimiliki pasien, setiap bertemu pasien hindari respon negatif berikan pujian yang positif, diskusikan bersama pasien kegiatan yang bisa dilakukan di rumah sakit, rencanakan bersama aktivitas yang dapat dilakukan setiap hari sesuai kemampuan, beri kesempatan pasien untuk mencoba melakukan kegiatan yang dapat dilakukan. Lantih sp 1 kemampuan pasien yang pertama. Evaluasi sp 1 melakukan kegiatan yang pertama, evaluasi jadwal kegiatan harian, latih sp 2 kegiatan yang kedua yaitu mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien.

Hari selasa tanggal 21 maret 2023

Data subjektif : pasien mengatakan khawatir dengan kelanjutan kuliahnya. Pasien mengatakan takut tidak bisa menyelesaikan kuliahnya. Pasien mengatakan tidak percaya diri dengan kemampuan pada dirinya

Data objektif : kontak mata kurang

Pelaksanaan keperawatan : strategi pelaksanaan yang pertama antara lain membina hubungan saling percaya, mendiskusikan kepada pasien tentang kemampuan dan aspek positif yang dimiliki, mendiskusikan bersama pasien kegiatan yang dapat dilakukan setiap hari, membantu pasien memilih kegiatan pertama yang dilakukan bersama merapikan tempat tidur, pasien memilih dengan bantuan perawat, menganjurkan pasien memasukan kegiatan kedalam jadwal kegiatan harian, memberikan pujian yang realistis

Rencana tindakan : evaluasi sp 1, menganjurkan untuk memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian, latih sp 2

Evaluasi keperawatan.

Subjektif : pasien mengatakan senang berkenalan dengan perawat, pasien mengatakan suka merapikan tempat tidur, pasien mengatakan senang melihat tempat tidurnya rapih, bernyanyi, pasien mau melakukan kegiatan merapihkan tempat tidur.

Objektif : pasien mampu merapikan tempat tidur dengan di bantu perawat, pasien mampu menyebutkan kemampuan positif yang dimiliki.

Analisa : Harga diri rendah kronis belum teratasi

Perencanaan : Anjurkan pasien untuk merapikan tempat tidur 2x sehari setiap jam 05.00 WIB dan 14.00 WIB

Hari rabu tanggal 22 maret 2023

Data subjektif : pasien mengatakan sudah merapihkan tempat tidurnya

Data objektif : tempat tidur pasien terlihat rapih

Pelaksanaan keperawatan : mengevaluasi sp 1 melakukan kegiatan yang pertama, mengevaluasi jadwal kegiatan harian, melatih sp 2 melakukan kegiatan menggambar , menganjurkan pasien memasukan kedalam jadwal kegiatan harian, beri pujian positif untuk kemampuan pasien.

Rencana tindakan : evaluasi sp 1 melakukan kegiatan yang pertama, evaluasi sp 2 melakukan kegiatan yang kedua, evaluasi jadwal kegiatan harian, lanjut sp 3 melatih kemampuan yang dimiliki yaitu bernyanyi

Evaluasi keperawatan

Subjektif : pasien mengatakan bisa menggambar dirinya bersama kedua orang tuanya, pasien mengatakan akan menyimpan gambar tersebut, pasien mengatakan kangen dengan kedua orang tuanya.

Objektif : pasien tampak senang bisa menggambar keluarga pasien tampak menatap kertas yang di gambarnya.

Analisa : harga diri rendah kronis belum teratasi

Perencanaan : Anjurkan klien untuk menggambar 1x/hari setiap jam 09.00 WIB.

4. Diagnosa keperawatan : isolasi sosial

Hari senin tanggal 20 maret 2023

Data subjektif : Pasien mengatakan lebih memilih untuk sendiri karena pasien merasakan tidak ada yang mau mendengarkannya, pasien mengatakan terkadang pasien lebih menghabiskan waktu di kamar apabila selesai melakukan kegiatan.

Data objektif : pasien lebih suka menyendiri apabila sudah tidak ada lagi kegiatan, pasien tampak lebih sering tidur, pasien tampak jarang berinteraksi dengan pasien lain.

Kriteria hasil : Setelah dilakukan 3x pertemuan pasien dapat menerima kehadiran perawat. Pasien dapat mengungkapkan perasaan dan keberadaannya saat ini secara verbal. Pasien mau menjawab salam, ada kontak mata, mau berjabat tangan, mau berkenalan, mau menjawab pertanyaan, mau duduk berdampingan dengan perawat, mau mengungkapkan perasaannya dan berlatih Sp 1 yaitu cara berkenalan dengan satu orang.

Tindakan keperawatan : membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi penyebab isolasi sosial, mendiskusikan tentang keuntungan memiliki teman dan kerugian tidak memiliki teman, melakukan sp 1 isolasi sosial mengajarkan cara berkenalan dengan satu orang, menganjurkan pasien memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian.

Rencana tindakan keperawatan : evaluasi Sp 1 cara berkenalan, evaluasi jadwal harian, latih Sp 2 cara berkenalan dengan 2 orang atau lebih.

evaluasi keperawatan

Subjektif : pasien senang berkenalan dengan perawat, pasien mengatakan mau berkenalan dengan orang lain, pasien mengatakan paham cara berkenalan.

Objektif : pasien mampu menyebutkan cara berkenalan dengan orang lain, pasien mampu mempraktikkan cara berkenalan.

Analisa : isolasi sosial

Perencanaan : anjurkan pasien untuk berkenalan dengan orang yang berbeda, pada jam 10.00 dan 13.00

Hari senin tanggal 20 maret 2023

Data subjektif : Pasien mengatakan lebih memilih untuk sendiri karena pasien merasakan tidak ada yang mau mendengarkannya, pasien mengatakan terkadang pasien lebih menghabiskan waktu di kamar apabila selesai melakukan kegiatan.

Data objektif : pasien lebih suka menyendiri apabila sudah tidak ada lagi kegiatan, pasien tampak lebih sering tidur, pasien tampak jarang berinteraksi dengan pasien lain.

Kriteria hasil : setelah dilakukan 3x pertemuan diharapkan pasien dapat membina hubungan saling percaya, pasien mampu melakukan SP 2 isolasi sosial berkenalan dengan dua orang.

Tindakan keperawatan : pelaksanaan SP 2 yaitu melatih pasien melakukan perkenalan dengan dua orang teman atau perawat. Rencana tindakan keperawatan : evaluasi kemampuan pasien SP 1 isolasi sosial cara berkenalan dengan satu orang, evaluasi Sp 2 isolasi sosial berkenalan dengan dua orang, latih Sp 3 berkenalan dengan kelompok dengan melakukan aktivitas

Evaluasi keperawatan.

Subjektif : pasien mengatakan senang setelah diajarkan cara berkenalan dan mempunyai banyak teman.

Objektif : pasien mampu melakukan perkenalan dengan baik, pasien mampu menyebutkan nama teman yang telah diajak berkenalan.

Analisa : isolasi sosial masih ada, pasien masih perlu dibantu untuk berkenalan dengan orang lain

Perencanaan : anjurkan pasien untuk berkenalan dengan dua orang atau lebih sebanyak 2x sehari jam 10:00 dan 14:00, anjurkan pasien selalu mengingat apa yang telah diajarkan oleh perawat.

BAB IV

PEMBAHASAN

Isi dari BAB IV ini membahas kesenjangan teori dan kasus termasuk faktor pendukung dan penghambat dalam pemberian Asuhan Keperawatan pada Nn.L dengan Resiko Perilaku Kekerasan di ruang PHCU wanita RS Dr. H Marzoeeki Mahdi Bogor Jawa Barat dari tanggal 20-22 maret tahun 2023. Dengan melakukan pendekatan proses keperawatan meliputi : pengkajian, perumusan diagnose, perencanaan, Implementasi dan evaluasi.

A. Pengkajian

Pengkajian yang dilakukan penulis sesuai dengan teori, penulis memperoleh data secara bertahap dari proses wawancara,, pengamatan catatan keperawatan, rekam medis, dan penjelasan dari perawat ruangan. Menurut (Madhani & Kartina, 2020) data pengkajian kesehatan jiwa di kelompokkan menjadi faktor predisposisi, meliputi faktor psikologis dan faktor sosial budaya.

Penulis mendapatkan data yang dialami pasien adalah pengalaman yang tidak menyenangkan, putus asa, kehidupan yang penuh dengan agresif, mengalami kelemahan fisik, dan tidak keberdayaan. Interaksi seperti penghinaan, kekerasan, konflik, merasa terancam internal dan eksternal dari permasalahan diri dan lingkungan. Penilaian terhadap

stressor, sumber koping, dan kemampuan koping yang dimiliki pasien. Data yang perlu dikaji pada pasien dengan perilaku kekerasan yaitu pada data subjektif pasien bercerita kepada perawat bahwa pasien pernah berkata dengan kata-kata kotor mengatakan dendam dan jengkel. Pasien juga sering menyalahk dan ingin selalu ingin didengarkan jika ia bercerita kepada orang lain. Pada data objektif klien menunjukkan tanda-tanda mata melotot dan pandangan tajam, tangan mengepal, wajah memerah dan tegang, postur tubuh kaku dan suara keras.

Berdasarkan hasil pengkajian didapatkan pasien berbicara dengan nada suara cepat, mengepalkan tangan bila dirinya sedang marah atau kesal. pasien belum dapat melakukan tindakan apapun dari perawat ruangan pada saat penulis pengkajian didapatkan pasien mampu mencoba melakukan relaksasi nafas dalam untuk menahan dirinya saat ingin marah dan respon maladaftif yaitu pasien memukul kursi jika marah atau kesal.

Faktor pendukung yang penulis dapatkan yaitu, terbinanya hubungan saling percaya, pasien kooperatif pada saat interaksi dan bersemangat saat akan mempelajari cara baru untuk mengontrol marah, faktor penghambat, pasien cepat gelisah saat diajak berbicara terlalu lama dan kontak mata sedikit saat pertama kali bertemu dan pada saat penulis melakukan pengkajian kurangnya perawat ruangan berinteraksi kepada pasien maka penulis kesulitan untuk melakukan pendekatan kepada pasien. Solusinya adalah penulis melakukan pendekatan kepada pasien dengan memberikan perhatian dan sering diajak mengobrol santai

agar pasien tidak jenuh dan gelisah serta dapat menumbuhkan rasa percaya terhadap perawat.

B. Diagnosa keperawatan

Menurut (maulana, 2015) diagnosa keperawatan yang muncul pada resiko perilaku kekerasan adalah, harga diri rendah, resiko perilaku kekerasan, gangguan persepsi sensori : halusinasi, isolasi sosial, koping individu tidak efektif.

Terdapat kesenjangan teori dengan kasus yaitu pada kasus hanya ditemukan 4 diagnosa yaitu resiko perilaku kekerasan, gangguan persepsi sensori: halusinasi, harga diri rendah kronik, dan isolasi sosial, sedangkan pada teori ada 5 diagnosa, hal ini karena pasien sudah mulai dapat mengontrol perawatan dirinya sehingga tidak muncul pada kasus. Lalu diagnosa resiko perilaku kekerasan tidak muncul pada kasus karena pasien tidak menyakiti orang lain. Hal ini didukung dengan faktor penyebab pasien megalomania adalah karena halusinasinya, untuk saat ini halusinasi pasien sudah berkurang sehingga faktor penyebab dirinya akan melakukan perilaku kekerasan juga menurun.

Pada pasien gangguan persepsi sensori halusinasi saat ini tidak lagi dirasakan, tetapi pernah memiliki riwayat gangguan persepsi sensori halusinasi pada saat ini ada 2 diagnosa yang menonjol yaitu harga diri rendah dan isolasi sosial, dimana pasien masih mengkhawatirkan kuliahnya karena pasien sedang menyusun skripsinya tetapi karena pasien berada di rumah sakit jadi tidak bisa menyelesaikan skripsinya tepat waktu. Saat dikaji kenapa pasien lebih sering menyendiri pasien

mengatakan dirinya malas untuk mengobrol yang tidak penting, kontak mata saat pertama kali interaksi sangat kurang dan pasien terlihat gelisah,

Faktor pendukung yaitu pasien mampu menceritakan tentang dirinya dan bersikap kooperatif sehingga penulis dapat dengan mudah menentukan diagnose prioritas.

Faktor penghambat yaitu penulis sedikit bingung dengan penentuan diagnose selain diagnose prioritas, solusinya yaitu konsultasi dengan pembimbing untuk menentukan diagnose utama.

C. Perencanaan keperawatan

Perencanaan keperawatan untuk pasien resiko perilaku kekerasan meliputi tujuan umum, tujuan khusus, kriteria hasil, perencanaan, strategi pelaksanaan, evaluasi. Tahapan perencanaan yang dibuat penulis untuk pasien sudah sesuai dengan teori, penulis tidak menemukan adanya kesenjangan. Proses perencanaan yang dibuat penulis untuk pasien yaitu melakukan perencanaan pertama yaitu mengidentifikasi penyebab marah, tanda dan gejala, ajarkan cara mengontrol marah dengan tarik napas dalam dan pukul benda lunak, anjurkan untuk membuat jadwal kegiatan.

Perencanaan kedua : evaluasi cara tarik napas dalam, evaluasi kegiatan harian, latih cara strategi pelaksanaan cara mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara meminum obat. Perencanaan ketiga yaitu evaluasi strategi pelaksanaan mengontrol marah dengan tarik napas dalam, evaluasi strategi pelaksanaan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara minum obat, evaluasi jadwal kegiatan harian, melatih strategi pelaksanaan tiga cara mengontrol marah dengan cara meminta

dan menolak dengan benar. Perencanaan keempat yaitu evaluasi strategi pelaksanaan evaluasi cara tarik napas dalam, minum obat dengan benar, cara meminta dan menolak dengan benar, latihan cara startegi pelaksanaan keempat cara mengontrol marah dengan berdoa, evaluasi jadwal kegiatan harian, evaluasi strategi pelaksanaan empat cara mengontrol marah.

Faktor pendukung yang didapat yaitu: pasien bersifat kooperatif dan telah terbinanya hubungan saling percaya antara perawat dan pasien sehingga mudah untuk melakukan intervensi keperawatan.

Faktor penghambat adalah waktu pengerjaan askep yang sangat cepat, sehingga penulis kurang mantap untuk menyusun intervensi keperawatan.

Solusinya menyusun intervensi saat ada waktu senggang berbarengan dengan menyusun implementasi keperawatan.

D. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan (Dong, 2012). Pada kasus penulis melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan strategi pelaksanaan (SP) pada pasien resiko perilaku kekerasan.

Hari pertama pada hari senin tanggal 20 maret 2023 pukul 10.00 wib rencana tindakan SP 1 resiko perilaku kekerasan :membina hubungan saling percaya, pasien dapat menyebutkan penyebab perilaku kekerasan, pasien dapat menyebutkan tanda dan gejala dari perilaku kekerasan, pasien dapat menyebutkan akibat dari perilaku kekerasan. Pasien dapat

melakukan cara mencegah perilaku kekerasan dengan cara fisik yaitu relaksasi nafas dalam dan memukul bantal.

Hari kedua Selasa tanggal 21 maret 2023 pukul 09.00 wib rencana tindakan SP 2 resiko perilaku kekerasan meliputi, mengevaluasi cara mengontrol marah dengan tarik nafas dalam dan memukul bantal, melatih cara minum obat secara teratur, mendiskusikan manfaat dari minum obat dan kerugian tidak minum obat.

Hari ketiga pada hari Rabu tanggal 22 maret 2023 jam 09.00 wib rencana tindakan SP 3 perilaku kekerasan meliputi : evaluasi sp 1 dan 2 yaitu mengontrol marah dengan menarik nafas dalam atau memukul benda lunak dan taat minum obat, mengungkapkan marah dengan cara verbal, yaitu mengungkapkan secara langsung perasaan marah tetapi dengan cara yang baik.

Hari ketiga hari Rabu tanggal 22 maret 2023 jam 09.00 wib rencana tindakan sp 4 perilaku kekerasan yaitu evaluasi sp 1,2 dan 3 resiko perilaku kekerasan yang pernah dipelajari, mengontrol marah dengan cara spiritual spiritual (berdoa).

Faktor pendukung, pasien yang bersikap kooperatif dan bersemangat saat akan diajarkan cara mengontrol marah membuat dirinya merasa senang. Faktor penghambat, pada proses pelaksanaan keperawatan yaitu untuk mendapatkan informasi tentang pasien pada keluarga pasien tidak dapat dilakukan karena saat penulis melaksanakan pengkajian keluarga pasien belum pernah datang untuk menjenguk pasien. kondisi pasien yang terkadang suka tidak mood untuk diajak

mengobrol. Solusinya penulis mencari waktu yang tepat agar pasien siap dan mau diajak mengobrol, serta ajak teman-teman pasien untuk berbincang-bincang bersama.

E. Evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah mengkaji respon pasien setelah dilakukan intervensi keperawatan dan mengkaji ulang asuhan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau tidak untuk mengatasi suatu masalah (Dong, 2012).

Pada tahap ini penulis telah menyelesaikan strategi pelaksanaan (SP) yang diberikan kepada pasien dengan hasil masalah resiko perilaku kekerasan dapat menurun.

Evaluasi pasien sp 1 pasien dapat membina hubungan saling percaya, pasien mampu menyebutkan penyebab perilaku kekerasan, pasien mampu menyebutkan tanda dan gejala dari perilaku kekerasan, pasien mampu menyebutkan akibat dari perilaku kekerasan kekerasan. Pasien mampu melakukan cara mencegah perilaku kekerasan dengan cara fisik yaitu relaksasi nafas dalam dan memukul benda lunak.

Evaluasi pasien sp 2 pasien mampu mengontrol marah dengan tarik nafas dalam dan memukul bantal, pasien sudah dapat minum obat secara teratur (warna obat, jumlah obat, nama obat, waktu minum obat, cara minum obat), pasien mampu menyebutkan manfaat dari minum obat dan kerugian tidak minum obat.

Evaluasi pasien sp 3, pasien mampu mengontrol marah dengan menarik nafas dalam atau memukul benda lunak dan taat minum obat,

pasien mampu mengungkapkan marah dengan cara verbal. Yaitu mengungkapkan secara langsung marah tetapi dengan cara yang baik.

Evaluasi pasien sp 4, pasien sudah dapat melakukan cara mengontrol marah yang pernah dipelajari, pasien dapat mengontrol marah dengan cara spiritual (berdoa/berdzikir, shalat atau melakukan ibadah sesuai dengan kepercayaan yang di anut) yaitu dengan shalat dan beristighfar.

Faktor pendukung, pasien yang bersikap kooperatif dan bersemangat saat mempelajari cara baru untuk mengendalikan marah, pasien yang bersemangat belajar cara mengontrol marah tidak membuat kesulitan dari implementasi hingga evaluasi. Faktor penghambat tidak ada karena semua tindakan dapat terselesaikan dengan baik, berkat kerja sama dan telah terbinanya hubungan saling percaya antar perawat dan pasien membuat penulis mudah melakukan implementasi hingga evaluasi.

BAB V

PENUTUP

Pada BAB ini penulis menguraikan pada masing-masing BAB mengenai asuhan keperawatan pada Nn.L dengan Resiko Perilaku Kekerasan di ruang PHCU wanita RS Dr. H Marzoeke Mahdi Bogor Jawa Barat dari tanggal 20-22 maret tahun 2023 maka bab ini penulis menarik kesimpulan dan saran sebagai berikut :

A. Kesimpulan

Resiko perilaku kekerasan adalah suatu tindakan atau perilaku kekerasan yang akan dapat membahayakan diri sendiri, orang lain, dan lingkungan. Perilaku kekerasan tersebut dapat berupa verbal, fisik ataupun kerusakan pada lingkungan. Di dalam proses keperawatan terdapat lima proses keperawatan yaitu, pengkajian, diagnose keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi.

Pada saat pengkajian penulis menemukan masalah resiko perilaku kekerasan, pada data fokus pasien ditemukan kesenjangan teori yang tidak mengancam lawan bicara, wajah merah. Pada proses pengkajian tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan sesuai dengan kondisi pasien yaitu, berbicara dengan nada suara tinggi dan mengepalkan tangan.

Diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus adalah resiko perilaku kekerasan. Pasien pernah mengalami gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran dan penglihatan setelah dikaji saat ini pasien sudah tidak mendengar suara-suara lagi. Diagnosa yang menyimpang adalah

adanya kesenjangan diagnose antara teori dan kasus. Sehingga diagnose yang ada pada teori tidak semuanya muncul pada kasus ini. Ada empat yang muncul pada kasus yaitu resiko perilaku kekerasan, gangguan persepsi sensori halusinasi, harga diri rendah kronik dan isolasi sosial.

Tahap perencanaan keperawatan dibuat berdasarkan prioritas masalah pasien. Kriteria hasil dibuat sesuai dengan kondisi yang dapat dicapai pasien dalam waktu yang telah ditentukan. Intervensi pada kasus dibuat berdasarkan strategi pelaksanaan (SP) sesuai dengan teori dan diaplikasikan ke pasien.

Implementasi keperawatan dilakukan berdasarkan intervensi yang telah disusun dan disesuaikan dengan kondisi pasien yaitu dengan menggunakan strategi pelaksanaan. Implementasi keperawatan penulis melakukan 4 strategi pelaksanaan untuk pasien dengan resiko perilaku kekerasan yaitu sp 2 resiko perilaku kekerasan adalah mengontrol marah dengan relaksasi nafas dalam dan pukul benda lunak, sp 2 yaitu mengontrol marah dengan minum obat, sp 3 yaitu mengontrol marah dengan mengungkapkan secara verbal, sp 4 yaitu mengontrol marah dengan spiritual.

Pada tahap terakhir yaitu evaluasi keperawatan yaitu hasil dari diagnose keperawatan yang diangkat oleh penulis dapat teratasi karena melakukan sesuai dengan intervensi dan implementasi yang sudah disusun sesuai dengan kondisi dan kebutuhan pasien. Untuk mendapatkan hasil evaluasi sesuai dengan kriteria yang telah ditentukan penulis melakukan

proseskeperawatan sesuai dengan intervensi yang telah disusun dan membandingkan dengan hasil dari implementasi keperawatan. Maka tindakan yang dilakukan akan menghasilkan hasil yang baik pada masalah keperawatan pasien, dimulai dari saat pengkajia, intervensi dan implementasi.

B. Saran

Penulis akan menyimpulkan saran untuk meningkatkan mutu asuhan keperawatan pasien khususnya dengan gangguan jiwa resiko perilaku kekerasan. Adapaun saran yang penulis ingin sampaikan adalah sebagai berikut :

1. Bagi mahasiswa/penulis

Melakukan pengkajian pada pasien resiko perilaku kekerasan dengan membina hubungan saling percaya, membangun tras dan menggunakan komunikasi efektif, sehingga pasien dapat menceritakan masalahnya dengan perawat selain itu perawat memvalidasi data yang didapat tentang pasien, serta melihat rekam medis untuk data penunjang membuat asuhan keperawatan.

2. Perawat

Tenaga kesehatan khusunya perawat diharapkan dapat memberikan asuhan keperawatan jiwa secara optimal dengan menambahkan jumlah perawat ruangan, memberikan suatu hal baru, memberikan kegiatan positif dan menyenangkan, serta berguna bagi pasien yang sangat berdampak baik bagi proses penyembuhan. Contohnya seperti senam,

bernyanyi, menggambar dan bercerita agar pasien tidak bosan dan termotivasi untuk sembuh.

DAFTAR PUSTAKA

- Amino,R.,Provinsi,G.,&Tengah,J.(2023).<https://ejournal.poltekkessmg.ac.id/ojs/index.php/LIK>.
- Hamidah, R. N., & Rosidah, N. S. (2021). Konsep Kesehatan Mental Remaja dalam Perspektif Islam. *Prophetic Guidance and Counseling Journal*, 2(1), 26. <https://doi.org/10.32832/pro-gcj.v2i1.5122>
- Hasannah, S. U. (2019). Asuhan Keperawatan Jiwa pada Pasien Dengan Risiko Perilaku Kekerasan (Doctoral dissertation, STIKes Kusuma Husada Surakarta).
- Kandar, K., & Iswanti, D. I. (2019). Faktor Predisposisi dan Prestipitasi Pasien Resiko Perilaku Kekerasan. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 2(3), 149-156.
- Lilik Ma'rifatul Azizah, Imam Zainuri, A. A. (2016). Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa Teori dan Aplikasi Praktik Klinik. *Yogyakarta: Indomedia Pustaka*, 2,674.http://rsjiwajambi.com/wpcontent/uploads/2019/09/Buku_Ajar_Keperawatan_Kesehatan_Jiwa_Teori-dan-Aplikasi-Praktik-Klinik-1.pdf
- Ma. theresa M. Amith BS Pharm. (2016). *MIMS petunjuk konsultasi Indonesia 2016/107*. jakarta : PT Bhuana Ilmu Populer.
- Madhani, A., & Kartina, I. (2020). Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Dengan Risiko Perilaku Kekerasan. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 2(3), 149.
- Malfasari, E., Febtrina, R., Maulinda, D., & Amimi, R. (2020). Analisis Tanda dan Gejala Risiko Perilaku Kekerasan pada Pasien Skizofrenia. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 3(1), 65. <https://doi.org/10.32584/jikj.v3i1.478>
- Maulana, I., S, S., Sriati, A., Sutini, T., Widiati, E., Rafiah, I., Hidayati, N. O., Hernawati, T., Yosep, I., H, H., Amira D.A, I., & Senjaya, S. (2019). Penyuluhan Kesehatan Jiwa untuk Meningkatkan Pengetahuan Masyarakat tentang Masalah Kesehatan Jiwa di Lingkungan Sekitarnya. *Media Karya Kesehatan*, 2(2), 218–225. <https://doi.org/10.24198/mkk.v2i2.22175>

- Nevi, K., & Nurul, M. (2018). Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. M Dengan Gangguan Resiko Perilaku Kekerasan Di Rumah Sakit Gunung Jati Cirebon. *Gastronomía Ecuatoriana y Turismo Local.*, 1(69), 5–24.
- Oliver, J. (2019). Asuhan Keperawatan Jiwa dengan Masalah Utama Resiko Perilaku Kekerasan. *Hilos Tensados*, 1, 1–476. Oliver, J.
- Pardede, J. A. (2019). *Standar Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Risiko Perilaku Kekerasan*. December. <https://doi.org/10.31219/osf.io/we7zm>
- Thoriq Maulana, M., Hilmi Habibullah, M., Sunandar, Sholihah, N., Ainul Rifqi L. P., M., & Fahrudin, F. (2015). Laporan Akhir Laporan Akhir. *Laporan Akhir*, 1(201310200311137), 78–79.

LAMPIRAN 1

STRATEGI PELAKSANAAN

Resiko Perilaku kekerasan

SP 1 : Mengontrol marah dengan relaksasi nafas dalam dan memukul benda lunak

Nama : Nn.L

Pertemuan : ke-1

Tanggal : Senin tanggal 20 maret 2023

Ruangan : PHCU Wanita

Dx Keperawatan : Resiko perilaku kekerasan

A. Proses keperawatan

1. Kondisi pasien :

DS :

- Pasien mengatakan dirinya mudah marah dan kesal jika perkataannya tidak didengarkan
- Pasien mengatakan jika marah pernah memukul kakaknya.
- Pasien mengataka sudah mencoba tarik nafas dalam saat ingin marah tetapi tidak bisa tertahan

DO :

- Pasien tampak berbicara dengan nada suara tinggi
- Pasien tampak melotot jika marah atau kesal
- Pasien mengepalkan tanganny bila marah

2. Diagnosa keperawatan : Resiko perilaku kekerasan

3. Tujuan khusus

- a. Klien dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat
- b. Klien dapat mengenali halusinasi yang dialaminya
- c. Klien dapat mengontrol marah
- d. Mengidentifikasi cara tarik nafas dalam dan pukul benda lunak dan memasukkan kedalam jadwal harian

4. Tindakan keperawatan

SP 1 klien : membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi penyebab marah, tanda dan gejala yang dirasakan, perilaku kekerasan yang dilakukan, akibat dan cara mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik pertama (latihan nafas dalam dan memukul benda lunak)

B. Strategi komunikasi

1. Fase orientasi

a. Salam teraupetik : “assalamualaikum, selamat pagi perkenalkan saya Rosa Aulia, saya biasa dipanggil Rosa. Saya perawat yang dinas di ruang PHCU Wanita ini, saya dinas di ruangan ini selama 2 minggu. Hari ini saya saya dinas pagi dari jam 7 sampai jam 1 siang, jadi selama 2 minggu ini saya yang merawat ibu. Nama ibu siapa? Dan senangnya dipanggil apa.

b. Evaluasi validasi : “bagaimana perasaan Nn.L saat ini? “masih ada perasaan kesal atau marah ?”

c. Kontral (Topik,Waktu, dan tempat) : “Baiklah sekarang kita akan berbincang-bincang tentang perasaan marah yang ibu rasakan, berapa lama ibu mau kita berbincang-bincang ? bagaimana kalau 10 menit, dimana kita berbincang-bincang ? bagaimana kalau disini saja bu?

d. Tujuan : “tujuan kita mengobrol hari ini adalah agar ibu dapat mengetahui apa itu perilaku kekerasan dan bagaimana cara mengontrol perilaku kekerasan”

2. Fase kerja “apakah sebelumnya Nn.L pernah marah? Apa penyebab marahnya? Marah jika perkataannya tidak didengarkan (misalnya ini penyebab marah klien), apa yang Nn.L rasakan? “ apakah Nn.L merasa kesal, kemudian dada ibu berdebar-debar, mata melotot, rahang tertutup rapat dan tangan mengepal? Apa yang ibu lakukan selanjutnya, apakah dengan ibu marah-marah keadaan jadi lebih baik? Menurut ibu adakah cara lain yang lebih baik selain marah-marah ? maukah ibu belajar mengungkapkan marah dengan baik tanpa menimbulkan kerugian? Ada beberapa cara fisik untuk mengendalikan rasa marah, hari ini kita belajar cara mengontrol marah dengan tarik nafas dalam dan memukul benda lunak “begini bu,kalau tanda-tanda marah itu sudah ibu rasakan ibu bisa lakukan tarik nafas dari hidung tahan sebentar selama 3 detik lalu keluarkan secara perlahan-lahan dari mulut. Coba lagi bu ibu lakukan sendiri. Bagus sekali ya sudah dapat melakukannya dengan baik. Cara yang kedua dengan dengan memukul

benda lunak atau bantal, ibu bisa memukul bantal saat perasaan kesal atau marah datang, dengan memukul benda lunak saat marah ibu tidak akan melukai diri sendiri ataupun orang lain. “nah sebaiknya latihan ini ibu lakukan secara rutin, sehingga bila sewaktu-waktu rasa marah itu muncul ibu sudah terbiasa melakukannya. Nah sebaiknya latihan ini ibu lakukan secara rutin sehingga bila sewaktu-waktu rasa marah itu muncul ibu sudah terbiasa melakukannya.

3. Terminasi

a. Evaluasi subjektif : bagaimana perasaan ibu setelah kita mempelajari cara mengontrol marah dengan tarik nafas dalam dan memukul benda lunak ?

b. Evaluasi objektif : coba sekarang ibu lakukan lagi atau praktikkan lagi cara mengontrol marah dengan cara fisik

c. Rencana tindak lanjut : kalau ibu merasa marah atau kesal ibu bisa mencoba cara yang kita sudah pelajari tadi ya agar perasaan marah atau kesal ibu berkurang, bagaimana kalau kita buat jadwal latihan mengontrol marah dengan cara fisik? Ibu mau berapa kali ? jam berapa? Dimana? Suster tulis ya... jika ibu sudah melakukan tulis T dibagian sini ya. Jika ibu melakukannya dengan bantuan perawat maka ibu tulis B, jika ibu melakukan sendiri tanpa bantuan maka tulis M ya.

d. Kontrak yang akan datang

1. **Topic** : baiklah pertemuan kita sampai disini ya, bagaimana kalau besok kita belajar cara mengontrol marah dengan minum obat yang benar?
2. **Waktu** : ibu maunya dimana? Jam berapa? Berapa lama ?
3. **Tempat** : dimana ibu mau bercakap-cakap kembali bersama saya sambil mempelajari cara kedua untuk mengontrol marah

Strategi pelaksanaan

Resiko perilaku kekerasan

SP 2 : Cara minum obat dengan benar

Nama : Nn. L

Pertemuan : Ke-2

Tanggal : selasa 21 maret 2023

Ruangan : PHCU Wanita

Dx keperawatan : Resiko perilaku kekerasan

A. Proses keperawatan

1. Kondisi klien :

DS :

- Klien mengatakan sudah dapat mengontrol marah dengan tarik nafas dalam dan memukul bantal
- Klien mengatakan senang dapat mengontrol marah
- Klien mengatakan masih suka merasa kesal

DO :

- Klien tampak lebih tenang
- Klien sudah mulai mengontrol marah dan kesalnya

2. Diagnosa keperawatan : Resiko perilaku kekerasan

3. Tujuan khusus

- a. Melatih cara mencegah/ mengontrol perilaku kekerasan secara fisik
kedua yaitu minum obat dengan benar
- b. Mengevaluasi latihan nafas dalam dan memukul benda lunak

- c. Melatih cara mengontrol marah dengan minum obat
- d. Menyusun jadwal kegiatan harian cara kedua

4. Tindakan keperawatan

- a. Evaluasi sp 1 cara mengontrol marah dengan cara fisik (tarik nafas dalam dan pukul benda lunak)
- b. Latih sp 2 yaitu cara mengontrol marah dengan minum obat dengan prinsip lima benar
- c. Jelaskan pentingnya penggunaan minum obat pada pasien gangguan jiwa, akibat bila putus obat, cara mendapat obat.
- d. Jelaskan cara menggunakan obat dengan prinsip lima benar yaitu benar pasien, benar obat, benar dosis, benar waktu, benar cara pemberian (melalui oral atau iv, dll) jelaskan efek samping obat dan kadaluarsa obat.
- e. Anjurkan pasien memasukkan kegiatan jadwal harian, memberikan pujian yang realitas terhadap keberhasilan pasien

B. Strategi komunikasi

1. Fase orientasi

- a. **Salam teraupetik** : selamat pagi masih ingat dengan saya ? ya benar sekali saya suster Rosa ya.
- b. **Evaluasi /validasi** : bagaimana perasaan ibu hari ini ? apakah masih merasakan kesal atau marah ? bagaimana dengan latihan yang kita pelajari ? apakah sudah dilakukan ? bagus coba suster mau lihat, ibu ulangi caranya. Bagus benar ya

c. Kontrak (waktu, tempat, topic) : sesuai janji kita kemaren sekarang kita akan berbincang-bincang mengenai cara mengontrol marah dengan obat yang benar ya bu, ibu ingin berbincang-bincang dimana ? dan berapa lama ?

2. Fase kerja “Apakah ibu merasakan perbedaan setelah minum obat secara teratur? Minum obat sangat penting ya supaya ibu dapat mengontrol marah ibu.berapa macam obat yang diminum “ walaupun marah nya tidak kumat obat-obatnya tidak boleh diberhentikan. Sebab kalau putus obat akan kambuh dan sulit untuk mengembalikan ke keadaan semula. Kalau obatnya habis ibu boleh minta sama perawat yang ada disini ya. Harus teliti menggunakan obat-obatnya pastikan obatnya benar artinya harus memastikan bahwa obat yang diminum itu memang benar obat ibu jangan keliru dengan obat orang lain, kemudian jangan lupa baca nama pada kemasannya dan pastikan obat diminum pada waktunya dengan cara yang benar yaitu dengan minum obat setelah makan dan tepat jamnya.

3. Terminasi

a. Evaluasi : bagaimana perasaan ibu setelah berbincang-bincang tentang cara mengontrol marah dengan minum obat ?

b. Objektif : baik bisa sebutkan ada beberapa yang sudah kita pelajari untuk mengontrol marah ? hal apa yang harus diperhatikan sebelum minum obat ? wah hebat ya sudah mengerti

c. Rencana tindak lanjut : kalau ibu mulai kesal atau marah silahkan coba cara tersebut dengan minum obat, bagaimana kalau kegiatan kita dimasukkan ke jadwal harian

d. Kontrak yang akan datang

- 1. Topic :** baiklah pertemuan kita cukup sampai disini besok kita belajar lagi cara mengontrol marah dengan mengungkapkan secara langsung dengan baik dan benar
- 2. Waktu :** ibu maunya dimana ? jam berapa ? berapa lama?
- 3. Tempat :** dimana ibu mau berbincang-bincang dengan saya besok ? baiklah disini saja ya bu

Strategi pelaksanaan
Resiko perilaku kekerasan

SP 3 : mengungkapkan marah dengan cara verbal yang baik

Nama : Nn.L

Pertemuan : ke-3

Tanggal : Rabu, 22 maret 2023

Ruangan : PHCU Wanita

Dx keperawatan : Resiko perilaku kekerasan.

A. Proses keperawatan

1. Kondisi pasien :

DS

- Klien mengatakan sudah dapat mengontrol marah
- Klien mengatakan patuh minum obat
- Klien mengatakan sudah jarang marah-maraha

DO

- Emosi klien tampak stabil
- Klien jarang marah-maraha
- Klien dapat mengontrol marah
- Klien dapat minum obat secara teratur

2. Diagnose keperawatan : Resiko perilaku kekerasan

3. Tujuan khusus

- a. Melatih cara mencegah/ mengontrol perilaku kekerasan secara sosial/verbal
- b. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian

c. Melatih mengungkapkan rasa marah secara verbal : menolak dengan baik, meminta dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan cara baik

d. Menyusun jadwal harian mengungkapkan secara verbal

- 4. Tindakan keperawatan** “Membantu pasien latihan mengendalikan perilaku kekerasan secara sosial/verbal (evaluasi jadwal harian tentang dua cara fisik mengendalikan perilaku kekerasan, latihan mengungkapkan rasa marah secara verbal (menolak dengan baik, meminta dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik) susun jadwal latihan mengungkapkan marah secara verbal.”

B. Strategi komunikasi

1. Fase orientasi

a. Salam teraupetik : selamat pagi bu masih ingat dengan saya? Ya benar sekali ya.

b. Evaluasi / validasi : bagaimana perasaan ibu hari ini? Apakah masih merasakan marah ? bagaimana dengan latihan yang kita pelajari ? apakah sudah dilakukan? Bagus coba suster mau lihat, ibu ulangi cara mengontrol marah dengan cara fisik dan minum obat dengan benar, bagus sekali ya bu masih ingat

c. Kontrak (waktu, tempat,topic) : sesuai janji kita kemaren, sekarang kita akan berbincang-bincang mengenai cara mengontrol

marah dengan mengungkapkan marah secara verbal ya bu, ibu ingin berbincang-bincang dimaa ? dan berapa lama?

2. Tujuan : tujuan perbincangan kali ini agar ibu mengetahui cara mengontrol marah dengan mengungkapkan secara verbal yang baik

3. Fase kerja : sekarang kita latihan cara bicara yang baik untuk mencegah rasa kesal atau marah ya. Kalau marah sudah dilakukan melalui tarik nafas dalam atau pukul bantal dan sudah lega, maka kita perlu bicara dengan orang yang membuat kita marah. Ada tiga caranya, yang pertama. Meminta dengan baik tanpa marah dengan suara yang rendah serta tidak menggunakan kata-kata kasar. Kemaren ibu mengatakan penyebab marah ataumkesal karena jika ibu berkata tidak ada yang mempercayainya atau tidak didengar ya . nah sekarang coba lakukan ngomong ke orang yang membuat ibu kesal jika ibu ingin didengarkan jika ibu bercerita. Yang kedua, menolak dengan baik jika ada yang menyuruh dan ibu tidak ingin melakukannya. Katakan “maaf saya tidak bisa melakukannya karena sedang ada kerjaan “. Coba ibu praktekan bagus bu. Yang ketiga, mengungkapkan perasaan kesal jika perlakuan orang lain yang membuat kesal ibu dapat mengatakan, „saya jadi ingin marah karena perkataan mu itu” coba praktekan. Bagus”.

4. Terminasi

a. Evaluasi : bagaimana perasaan nya setelah kita belajar cara mengontrol marah dengan cara verbal

b. Objektif : bisa ibu jelaskan kembali cara mengontrol marah dengan cara verbal ? wah hebat sekali ya

c. Rencana tindak lanjut : kalau ibu marah/kesal ibu melakukan hal yang sudah kita pelajari tadi, bagaimana kalau kegiatan kita memasukkan ke jadwal haraian?

d. Kontrak yang akan datang

- 1. Topic :** baiklah pertemuan kita cukup sampai disini besok kita akan berbincang lagi tentang cara mengontrol marah dengan cara spiritual atau berdoa ya
- 2. Waktu :** ibu maunya dimana? Jam berapa ? berapa lama?
- 3. Tempat :** dimana ibu mau berbincang- bincang dengan saya besok? Yasudah disini saja ya.

**Strategi pelaksanaan
Perilaku kekerasan**

SP 4 : mengontrol marah dengan cara spiritual

Nama : Nn. L

Pertemuan : Ke-4

Tanggal : Rabu, 23 maret 2023

Ruangan : PHCU wanita

Dx keperawatan : Resiko perilaku kekerasan

A. Proses keperawatan

1. Kondisi klien :

DS

- Pasien mengatakan dirinya sudah bisa mengontrol marah dengan tarik nafas dalam dan membicarakannya dengan baik
- Pasien mengatakan dirinya patuh minum obat
- Pasien mengatakan senang dapat belajar cara mengontrol marah
- Pasien mengatakan sudah jarang marah-marah

DO

- Pasien tampak senang
- Pasien tampak bersemangat saat akan melakukan cara baru mengontrol marah
- Pasien meminum obatnya

- Pasien tampak tenang

2. **Diagnose keperawatan** : Resiko perilaku kekerasan
3. **Tujuan khusus** : pasien dapat mencegah / mengendalikan perilaku kekerasannya secara spiritual
4. **Tindakan keperawatan** : bantu klien latihan mengendalikan perilaku kekerasan secara spiritual (diskusikan hasil latihan mengendalikan resiko perilaku kekerasan secara fisik dan sosial/verbal, latihan beribadah dan berdoa. Buat jadwal kegiatan harian

B. Strategi komunikasi

1. Fase orientasi

a. Salam terapeutik : selamat pagi bu masih ingat dengan saya? Ya benar sekali ya bu.

b. Evaluasi / validasi : bagaimana perasaannya hari ini? Apakah masih suka marah ? apa ibu sudah melakukan cara mengontrol marah yang sudah kita pelajari ? coba suster mau lihat jadwal kegiatan hariannya

c. Kontrak (waktu,tempat,topic)

Sesuai janji kita kemaren, sekarang kita akan melakukan cara mengontrol marah dengan spiritual ya bu, mau dimana bu tempatnya ? berapa lama ?

2. Tujuan : agar dapat mengontrol marah dengan baik dan lebih mendekatkan diri kepada tuhan.

3. Fase kerja : coba ceritakan kegiatan ibadah yang biasa ibu lakukan!

Bagus, yang mana yang mau di coba ? nah kalau ibu sedang marah atau kesal coba langsung duduk tarik nafas dalam jika tidak reda juga marahnya rebahkan badan agar rileks, jika tidak reda juga, berdoa ya bu, ibu melakukan berdoa atau salat secara teratur untuk meredakan kemarahan.

4. Terminasi

a. Evaluasi : bagaimana perasaan ibu setelah melakukan kegiatan hari ini?

b. Objektif : coba sekarang ibu sebutkan lagi bagaimana cara ibadah yang bisa ibu lakukan bila sedang marah?

c. Rencana tindak lanjut : nanti kalau suster tidak ada ibu melakukan cara yang sudah kita pelajari ya, bagaimana kalau kegiatan kita masukkan ke jadwal harian ?

d. Kontrak yang akan datang

1. Topic : baiklah pertemuan kita cukup sampai disini besok kita akan berbincang-bincang lagi, apakah ibu mau?

2. Waktu : ibu maunya dimana ? jam berapa? Berapa lama?

3. Tempat : dimana ibu mau berbincang-bincang dengan saya besok? Yasudah di taman ya.

Strategi Pelaksanaan

Gangguan persepsi sensori halusinasi

SP I : Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi Pendengaran dan penglihatan Latihan Menghardik

Nama : Nn.L

Pertemuan : Ke-I

Hari, tanggal : Senin, 20 Maret 2023

Ruangan : PHCU Wanita

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Pasien

Ds:

- Pasien mengatakan mendengar suara-suara yang tidak menerima dengan keberadaan dirinya di rumah
- Pasien mengatakan sering melihat bayanganhitam di kamarnya

Do :

- Pasien tampak menyendiri
- Pasien tampak melamun .

1. Diagnosa Keperawatan : Gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran dan penglihatan.

Tujuan : pasien dapat membina hubungan saling percaya, pasien dapat mengidentifikasi isi, waktu, frekuensi halusinasi, pasien dapat melakukan cara menghardik halusinasi.

2. Tindakan Keperawatan:

- a. Membina hubungan saling percaya

- b. Mendiskusikan kepada pasien tentang suara yang muncul
- c. Mendiskusikan hal apa yang dilakukan saat halusinasinya muncul
- d. Mengajarkan pasien cara menghardik halusinasi
- e. Memberikan pujian atas usaha yang telah dilakukan pasien
- f. Menjadwalkan untuk melakukan cara menghardik setiap kali muncul halusinasinya dan melakukan setiap 3 x dalam sehari
- g. Menanyakan kontrak waktu, dimana dan jam berapa untuk bertemu kembali

A. Strategi Komunikasi

1. Fase Orientasi

- a. **Salam Teraupetik** “Selamat Pagi, Perkenalkan nama saya Suster Rosa, saya mahasiswa dari Stikes RS Husada, saya akan berdiskusi di ruangan ini selama 3 hari kedepan, dari pukul 07.00 – 14.00. Kalau saya boleh tau namanya siapa ya? Senangnya dipanggil apa?”
 - b. **Evaluasi Validasi** “Ibu, bagaimana perasaannya hari ini? Apakah semalam tidurnya nyenyak?”
 - c. **Kontrak (topik, waktu, dan tempat)** “Baiklah, bagaimana kalau hari ini kita ngobrol-ngobrol bu? Apakah ibu mau ? kita ngobrol selama 30 menit kedepan bu? Kita ngobrol disini saja, ibu mau?”
 - d. Tujuan “supaya ibu bisa cerita apa yang mengganggu pikiran ibu”.
- 2. Fase kerja** “ibu, kita ngobrol yuk tentang yang dialami ibu saat ini, mungkin ada yang ingin ibu ceritakan, suster akan mendengarkan ibu. Apa yang ibu rasakan sekarang? Kenapa ibu tampak kesal dan malu?”

Apa ibu pernah mendengar sesuatu? Apa yang ibu dengar? Ibu mendengar suara seperti itu biasanya kapan saja? Dalam sehari kira-kira berapa kali bu mengalami hal seperti itu? Biasanya kalau sedang mendengar hal seperti itu, apa yang ibu lakukan untuk mengusir suaranya? Bagus sekali ya, ibu sudah paham banyak hal mengenai halusinasi yang ibu alami. Kalau begitu sekarang kita belajar cara menghardik halusinasi. Pertama ibu harus tau kalau suara itu tidak nyata ya bu, lalu jika suara itu muncul ibu tutup mata tutup telinga lalu bilang “pergi-pergi kamu palsu, kamu tidak nyata, kamu suara palsu”. begitu ya bu dan biasakan ibu ulangi terus sampai suara itu benar-benar hilang ya. Coba sekarang ibu praktekan yang tadi sudah suster ajarkan.”

3. Fase Terminasi

a. Evaluasi Subjektif : “bagaimana perasaan ibu setelah mempraktikkan mengenai cara menghardik halusinasi?”

b. Evaluasi Objektif : “ibu, coba ulangi yang sudah kita praktikkan tadi, cara menghardik halusinasinya.”

c. Rencana tindak lanjut: “ibu, bagaimana jika cara menghardik dimasukkan kedalam jadwal kegiatan ibu? jadi kalau halusinasinya muncul ibu bisa langsung melakukan hal tersebut ya minimal 3 x sehari dan ketika suaranya muncul juga.”

d. Kontrak yang akan datang

1. **Topik:** “ibu, pertemuan hari ini sampai disini ya, nanti kita bertemu lagi, kita ngobrol-ngobrol lagi tentang cara mengontrol halusinasi yang kedua yaitu cara meminum obat yang benar.”
2. **Waktu:** “ibu, untuk pertemuan selanjutnya ibu ingin bertemu jam berapa? Kalau begitu ibu pamit dulu nanti kita ketemu lagi ya, selamat pagi bu.”

Strategi pelaksanaan

Gangguan persepsi sensori halusinasi

SP II : Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi Pendengaran,

Cara meminum obat yang benar

Nama : Nn.L

Pertemuan : ke-2

Tanggal : selasa, 21 maret 2023

Ruangan : PHCU Wanita

1. Proses Keperawatan

a. Kondisi Pasien

DS : Pasien mengatakan senang setelah diajarkan cara menghardik halusinasi, Pasien mengatakan mengerti cara menghardik, Pasien mengatakan tutup telinga lalu bilang pergi-pergi kamu palsu kamu tidak nyata.

DO: pasien mampu mempraktekan kembali cara menghardik halusinasi secara benar, pasien mampu menyebutkan nama panggilan, nama pasien.

2. Diagnosa Keperawatan : Gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran.

Tujuan : pasien melakukan Sp2 halusinasi yaitu cara meminum obat dengan benar, pasien mampu mengatasi halusinasinya dengan meminum obat secara teratur dan benar.

3. Tindakan Keperawatan:

- a. Mengevaluasi jadwal harian pasien
- b. Menjelaskan kegunaan obat
- c. Menjelaskan cara menggunakan obat dengan prinsip 5 benar (benar pasien, benar obat, benar dosis, benar waktu, benar cara pemberian)
- d. Menjelaskan kontrak yang akan datang untuk membahas tentang cara bercakap-cakap untuk menghilangkan halusinasi
- e. Menanyakan kontrak waktu, dimana dan jam berapa untuk bertemu kembali

1. Strategi Komunikasi

Fase Orientasi

- a. Salam Teraupetik** “Selamat Pagi bu, masih ingat dengan saya? Iya betul saya suster Rosa.”
- b. Evaluasi Validasi** “ibu, bagaimana perasaannya hari ini ini? Masih denger suara-suara? Lalu kemarin PR nya diselesaikan tidak bu? Kalau jadwal hariannya udah dilakuin belum?”
- c. Kontrak (topik, waktu, dan tempat)** “Baiklah, sesuai janji kita kemarin, hari ini kita akan mendiskusikan tentang cara meminum obat dengan benar. Kita lakuin disini ya ibu? Bagaimana kalau 15 menit? ibu mau?”
- d. Tujuan** “Tujuannya agar ibu dapat mengontrol halusinasi yang ibu alami dengan cara minum obat dengan prinsip 6 benar”

2. Fase kerja “ibu, bagaimana apakah ada bedanya pas sudah minum obat dengan belum minum obat? Kalau minum obatnya teratur apakah suaranya berkurang sampai dengan hilang? Nah ibu sudah tahu belum tentang bagaimana caranya minum obat dengan prinsip 6 benar? Ibu tahu tidak obatnya ada berapa? Warna nya apa saja? Diminum berapa kali sehari? Minumnya kapan saja? Iya benar sekali bu, karena ibu sudah pintar dan sudah tahu tentang obat punya ibu, jadi ibu harus rajin minum obat terus ya bu, supaya ibu cepat sembuh. Nah kalau begitu bagaimana kalau minum obat ini kita masukkan kedalam jadwal kegiatan harian bu?

3. Fase Terminasi

- a. Evaluasi Subjektif :** “bagaimana perasaan ibu setelah tadi belajar cara minum obat yang benar?
- b. Evaluasi Objektif :** “ibu, coba ulangi yang sudah kita ulangi lagi cara minum obat yang benar sesuai yang suster ajarkan.”
- c. Rencana tindak lanjut:** “ibu, bagaimana jika nanti suster tidak ada ibu coba sendiri untuk minum obat yang benar ya sesuai yang tadi kita lakukan, lalu ibu masukkan kedalam jadwal harian.”
- d. Kontrak yang akan datang**
 - 1) Topik:** “ibu, pertemuan hari ini sampai disini ya, nanti kita bertemu lagi, kita ngobrol-ngobrol lagi tentang cara mengontrol halusinasi yang ketiga yaitu dengan bercakap- cakap.”

2) Waktu: “ibu, untuk pertemuan selanjutnya ibu ingin bertemu jam berapa? Kalau begitu suster pamit dulu besok kita ketemu lagi ya, selamat pagi bu.”

Strategi pelaksanaan

Gangguan persepsi sensori halusinasi

SP III : Evaluasi cara menghardik, minum obat dengan benar dan bercakap-cakap

Nama : Nn. L

Pertemuan : ke-III

Tanggal : Rabu, 22 maret 2023

Ruangan : PHCU Wanita

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Pasien

DS : Pasien mengatakan senang setelah diajarkan cara menghardik halusinasi, Pasien mengatakan mengerti cara menghardik, Pasien mengatakan tutup telinga lalu bilang pergi-pergi kamu palsu kamu tidak nyata, Pasien mengatakan mau minum obat yang rajin, Pasien mengatakan sudah rajin minum obat.

DO : pasien mampu menyebutkan warna dan jumlah obat yang diminum, pasien mampu menyebutkan tujuan minum obat dan akibat jika tidak minum obat, pasien mampu meminta obat dengan baik kepada perawat.

2. Diagnosa Keperawatan : Gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran.

Tujuan : pasien mampu melakukan Sp3 halusinasi yaitu bercakap-cakap dengan orang lain, pasien mampu mengatasi halusinasinya dengan bercakap-cakap dengan perawat atau orang lain

3. Tindakan Keperawatan:

- a. Mengevaluasi kegiatan harian sesuai jadwal kegiatan harian pasien
- b. Melatih pasien mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan perawat dan orang lain
- c. Menganjurkan pasien memasukkan cara mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain kedalam jadwal harian.

B. Strategi Komunikasi

1. Fase Orientasi

a. **Salam Teraupetik** “Selamat Pagi bu, masih ingat dengan suster?
Iya betul saya suster Rosa.”

b. **Evaluasi Validasi** “ibu, bagaimana perasaannya hari ini ini? Masih denger suara-suara? Lalu kemarin PR nya diselesaikan tidak bu? Kalau jadwal hariannya udah dilakuin belum?”

c. **Kontrak (topik, waktu, dan tempat)** “Baiklah, sesuai janji kita kemarin, hari ini kita melakukan cara bercakap-cakap ke orang lain . Kita lakuin disini ya bu? Bagaimana kalau 15 menit? Ibu mau?”

d. **Tujuan** “Tujuannya agar ibu dapat mengontrol halusinasi yang ibu alami dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain”

1. **Fase kerja** “ibu, kemarin kita sudah belajar tentang cara mengontrol halusinasi yaitu dengan cara menghardik dan meminum obat dengan prinsip 6 benar. Nah sekarang kita akan belajar cara mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap

dengan oranglain. Saat suaranya mulai muncul, ibu jangan terfokus dengan suara tersebut, namun ibu harus mengendalikannya salah satunya dengan cara mencari teman untuk bercakap-cakap. Jadi saat ibu sendiri dan merasa jika halusinasinya muncul bisa mengalihkan dengan mencari teman sekamar, atau perawat untuk diajak mengobrol supaya halusinasi ibu tadi tidak jadi muncul. Oke sekarang kita coba ya bu, iya bagus bu, sekarang mari kita coba lagi mengobrol dengan teman sekamar ya bu. Ohiya bu, bagaimana kalau bercakap-cakap kita masukkan kedalam jadwal kegiatan harian bu?”

2. Fase Terminasi

- a. Evaluasi Subjektif :** “bagaimana perasaan ibu setelah tadi belajar cara bercakap-cakap dengan orang lain?”
- b. Evaluasi Objektif :** “ibu, coba ulangi yang sudah kita ulangi lagi cara bercakap-cakap sesuai yang suster ajarkan.”
- c. Rencana tindak lanjut:** “ibu, bagaimana jika nanti suster tidak ada ibu coba sendiri untuk bercakap-cakap dengan orang lain atau teman sekamar, sesuai yang tadi kita lakukan, lalu ibu masukkan kedalam jadwal harian bapak.”
- d. Kontrak yang akan datang**
 - 1) Topik:** “ibu, pertemuan hari ini sampai disini ya, nanti kita bertemu lagi, kita ngobrol-ngobrol lagi tentang cara

mengontrol halusinasi yang keempat yaitu dengan melakukan aktivitas.”

2) Waktu: “ibu, untuk pertemuan selanjutnya ibu ingin bertemu jam berapa? Kalau begitu suster pamit dulu besok kita ketemu lagi ya, selamat pagi bu.”

**Strategi pelaksanaan
Gangguan persepsi sensori**

SP IV : Melakukan kegiatan atau beraktivitas
Nama : Nn. L
Pertemuan : ke-IV
Tanggal : rabu 22 maret 2023
Ruangan : PHCU Wanita

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Pasien

DS: Pasien mengatakan senang setelah diajarkan cara menghardik halusinasi, Pasien mengatakan mengerti cara menghardik, Pasien mengatakan tutup telinga lalu bilang pergi-pergi kamu palsu kamu tidak nyata, pasien Pasien mengatakan mau minum obat yang rajin, Pasien mengatakan sudah rajin minum obat, pasien mengatkan senang berbincang-bincang dengan orang lain.

DO : pasien mampu menyebutkan warna dan jumlah obat yang diminum, pasien mampu menyebutkan tujuan minum obat dan akibat jika tidak minum obat, pasien mampu meminta obat dengan baik kepada perawat.

2. Diagnosa Keperawatan : Gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran dan penglihatan

Tujuan : pasien mampu melakukan Sp4 halusinasi yaitu mampu mengontrol halusinasi dengan cara melakukan kegiatan

3. Tindakan Keperawatan:

- a. Mengevaluasi kegiatan harian sesuai jadwal kegiatan harian pasien
- b. Melatih pasien mengendalikan halusinasi dengan cara melakukan kegiatan
- c. Mengajarkan pasien memasukkan cara mengendalikan halusinasi dengan cara melakukan kegiatan kedalam jadwal harian.

A. Strategi Komunikasi

1. Fase Orientasi

- a. Salam Teraupetik** “Selamat siang bu, masih ingat dengan suster?
Iya betul saya suster rosa ”
- b. Evaluasi Validasi** “ibu, bagaimana perasaannya har ini? Masih denger suara-suara? Lalu kemarin PR nya diselesaikan tidak bu? Kalau jadwal hariannya udah dilakuin belum?”
- c. Kontrak (topik, waktu, dan tempat)** “Baiklah, sesuai janji kita, hari ini kita akan melakukan kegiatan positif secara terjadwal. Kita lakuin disini ya bu? Bagaimana kalau 15 menit? ibu mau?”
- d. Tujuan** “Tujuannya agar ibu dapat mengontrol halusinasi yang ibu alami dengan cara melakukan kegiatan secara terjadwal”

- B. Fase kerja** “ibu, kemarin kita sudah belajar tentang cara mengontrol halusinasi yaitu dengan cara menghardik dan meminum obat dengan prinsip 6 benar dan cara bercakap-cakap dengan teman. Nah sekarang kita akan belajar cara mengontrol halusinasi dengan melakukan aktivitas . Saat suaranya mulai muncul, ibu jangan terfokus dengan suara tersebut, namun ibu harus mengendalikannya salah satunya

dengan cara melakukan aktivitas . Jadi saat ibu sendiri dan merasa jika halusinasinya muncul ibu bisa melakukan aktivitas seperti membereskan tempat tidur, menyapu ataupun yang lain yang ibu suka supaya halusinasi ibu tadi tidak jadi muncul. Oke sekarang kita coba ya bu, iya bagus bu. Ohiya bu, bagaimana kalau beraktivitas kita masukkan kedalam jadwal kegiatan harian bu?”

C. Fase Terminasi

- a. Evaluasi Subjektif :** “bagaimana perasaan ibu setelah tadi belajar cara melakukan aktivitas yang ibu suka?”
- b. Evaluasi Objektif :** “ibu, coba ulangi yang sudah kita ulangi lagi cara melakukan aktivitas untuk menghilangkan halusinasi tadi.”
- c. Rencana tindak lanjut:** “ibu, bagaimana jika nanti suster tidak ada ibu coba sendiri untuk melakukan aktivitas secara mandiri atau dengan teman sekamar, sesuai yang tadi kita lakukan, lalu ibu masukkan kedalam jadwal harian ibu.”
- d. Kontrak yang akan datang**
 - 1). Topik: “ibu, pertemuan hari ini sampai disini ya, cara-cara mengontrol halusinasi sudah semua kita pelajari, jadi ketika suster sudah tidak berdinis disini ibu akan tetap bisa melakukan kegiatan-kegiatan yang sudah kita pelajari sejak kemarin.”
 - 2). Waktu: “ibu, untuk pertemuan selanjutnya kita tidak bertemu lagi ya bu, dikarenakan jadwal praktik saya yang sudah selesai, ibu

(Lanjutan)

harus mempraktikan apa yang sudah saya ajarkan ya, Kalau begitu suster pamit dulu, sampai jumpa.”

**Strategi pelaksanaan
Harga Diri Rendah**

SP 1 : Memilih kemampuan yang masih bisa dilakukan dan melatih kemampuan

Nama : Nn. L

Pertemuan : ke-1

Tanggal : senin, 20 maret 2023

Ruangan : PHCU Wanita

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Pasien

DS: Pasien mengatakan khawatir dengan kelanjutan kuliahnya.

Pasien mengatakan takut tidak bisa menyelesaikan kuliahnya.

Pasien mengatakan tidak percaya diri dengan kemampuan dirinya.

DO: pasien tampak gelisah, kontak mata kurang, pasien selalu menanyakan laptop dan handphone

Diagnosa Keperawatan: Harga Diri Rendah

Tujuan: Pasien dapat mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki, pasien dapat menilai kemampuan yang dapat digunakan, pasien dapat menetapkan/memilih kegiatan yang sesuai kemampuan, pasien dapat menyusun jadwal untuk melakukan kegiatan yang sudah dilatih

B. Strategi Pelaksanaa

1. Fase Orientasi

a. Salam terapeutik : Selamat siang pak perkenalkan saya k.

Nama saya Rosa Aulia senang di panggil Rosa. Saya yang bertugas pagi ini dari jam 08:00 siang-14:00 siang. Nama ibu siapa ? senang di panggil apa?

b. Evaluasi Validasi : bagaimana perasaan ibu hari ini ?

Semalam tidurnya nyenyak atau tidak ? Apa keluhan saat ini ?

c. Kontrak (Topik, Waktu, Tempat, Tujuan) : “Bagaimana

kalo kita bercakap cakap tentang kemampuan dan kegiatan yang pernah ibu lakukan? tujuannya agar lebih percaya diri dan megetahui kemampuan apa saja yang masih bisa bapak lakukan di RS. Apa bapak mau ? kita mau ngobrol berapa lama ? Bagaimana kalau 30 menit ? baik kita mau ngobrol dimana ?

2. Fase Kerja “Apa yang ibu rasakan dan pikirkan saat ini? Kenapa malu? Fike kasih tahu ya, setiap orang itu memiliki kelebihan dan kekurangan masing-masing pada dirinya. Ibu tidak perlu malu karena itu, Bagaimana sekarang kita melakukan kegiatan atau kemampuan yang bapak masih bisa lakukan di RS?. Kegiatan apa saja yang biasa dilakukan? Merapihkan tempat tidur, menggambar, bernyanyi. Wah bagus sekali ada tiga kemampuan dan kegiatan

yang ibu miliki. Sekarang bapak pilih satu kegiatan yang masih bisa bapak kerjakan di RS ini. Yang nomor satu, merapihkan tempat tidur? Kalau begitu bagaimana kalau sekarang kita latihan merapihkan tempat tidur. Mari kita lihat tempat tidur ibu apakah sudah rapih? Nah kalau kita ingin merapihkan tempat tidur, kita pindahkan dulu bantal dan selimutnya. Bagus sekarang kita angkat spreinya dan kasurnya kita balik. Sekarang kita pasang lagi spreinya, kita mulai dari atas, ya bagus sekarang tarik dan masukkan, lalu sebelah pinggir masukkan. Sekarang ambil bantal, rapihkan dan letakkan di sebelah atas/kepala. Mari kita lipat selimut, letakkan sebelah bawah kaki. Bagus ibu sudah bisa merapihkan tempat tidur dengan baik. Coba bedakah dengan sebelum yang dirapihkan? Bagus.”

3. Fase Terminasi

a. Evaluasi Subjektif dan Objektif : “Bagaimana perasaan ibu setelah kita bercakap-cakap dengan saya? Dan bagaimana perasaan nya setelah latihan kemampuan pertama yang bapak masih miliki atau masih bisa dilakukan di RS yaitu merapihkan tempat tidur? coba sekarang ulangi cara merapihkan tempat tidur yang tadi saya ajarkan. Wah bagus sekali bapak sudah mengerti apa saja langkah cara merapihkan tempat tidur.

b. Rencana tidak lanjut : “bapak ternyata banyak memiliki kemampuan yang dapat dilakukan di RS ini. Salah satunya

merapihkan tempat tidur yang sudah ibu praktikan dengan baik. Sekarang mari kita masukan pada jadwal kegiatan harian, mau berapa kali sehari merapihkan tempat tidur? Bagus, dua kali yaitu pagi jam berapa? lalu sehabis istirahat jam 16.00 jangan lupa memberi tanda tangan M (mandiri) kalau bapak dapat melakukannya tanpa disuruh, tulis B (bantuan) jika bapak harus di ingatkan untuk melakukan, dan T (tidak) melakukan”.

c. Kontrak yang akan datang (Topik, Waktu, Tempat, Tujuan) :

“bapak besok bagaimana kalau kita bertemu lagi? kita akan latihan lagi kemampuan yang kedua. ibu masih ingat kegiatan apa lagi yang mampu dilakukan di RS selain merapihkan tempat tidur ? ya bagus, bernyanyi apakah bersedia? besok mau latihan jam berapa ? mau mengobrol dimana? oke besok kita berjumpa lagi ya pak. sampai bertemu kembali, jangan lupa selalu jaga kesehatan ya”

**Strategi pelaksanaan
Isolasi sosial**

SP 1 : berlatih pasien berkenalan dengan satu orang
Nama : Nn. L
Pertemuan : ke-1
Tanggal : senin, 20 maret 2023
Ruangan : PHCU Wanita

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Pasien

DS: Pasien mengatakan lebih memilih untuk sendiri karena pasien merasakan tidak ada yang mau mendengarkannya, pasien mengatakan terkadang pasien lebih menghabiskan waktu dikamar apabila selesai melakukan kegiatan.

DO: pasien lebih suka menyendiri apabila sudah tidak ada lagi kegiatan, pasien tampak lebih sering tidur, pasien tampak jarang berinteraksi dengan pasien lain.

Diagnosa Keperawatan: Isolasi Sosial

Tujuan : Pasien mampu membina saling percaya, pasien mampu menyadari penyebab isolasi sosial, pasien mampu berinteraksi dengan orang lain secara bertahap

2. Tindakan Keperawatan: Membina hubungan saling percaya, membantu mengenal manfaat berhubungan dengan orang lain, Membantu pasien mengenal isolasi sosial, membantu pasien

mengenal kerugian dan keuntungan bila tidak berhubungan dengan orang lain, melatih berkenalan dengan satu orang, menganjurkan pasien memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian

B. Strategi Keperawatan

1. Fase Orientasi

- a. Salam Terapeutik** "Selamat siang Ibu, perkenalkan saya saya Rosa Aulia. Saya yang bertugas pagi ini dari jam 08:00 pagi - 14:00 siang. Nama Ibu siapa? Senang dipanggil apa?".
- b. Evaluasi/Validasi:** "Bagaimana perasaan ibu hari ini? Semalam tidurnya nyenyak atau tidak? Apa keluhan bapak saat ini?".
- c. Kontrak (Topik, Waktu, Tempat, Tujuan):** "Bagaimana kalau kita berbincang tentang keluarga dan teman-teman bapak? Apakah ibu bersedia? Kita mau berbincang berapa lama? Bagaimana kalau 30 menit pak? Baik, kita mau berbincang dimana?".

- 2. Fase Kerja** "Saya lihat tampaknya Ibu diam saja dan suka menyendiri, kenapa ibu lebih suka menyendiri? Apa yang ibu rasakan saat sendiri? Menurut ibu, apa keuntungan bila berinteraksi dengan orang lain dan kerugian bila tidak berinteraksi dengan orang lain? Jika ibu tidak tahu, saya akan memberitahu keuntungannya yaitu ibu mempunyai banyak teman,

saling bercerita dan tidak sendirian. Kerugiannya yaitu ibu tidak memiliki teman untuk berbagi cerita. Jadi banyak ruginya jika ibu tidak memiliki teman. Kalau begitu inginkah ibu berhubungan dengan orang lain? Bagus. Bagaimana kalau sekarang kita belajar berkenalan dengan orang lain? Caranya yaitu dengan menyebutkan terlebih dahulu nama kita dan nama panggilan yang kita sukai lalu asal kita dan hobby. Selanjutnya ibu menanyakan nama orang yang diajak berkenalan. Contohnya nama kamu siapa? Senang dipanggil apa? Asalnya darimana? Lalu hobbnnya apa? Ayo pak coba. Misalnya saya belum kenal dengan bapak. Coba berkenalan dengan saya. Ya bagus sekali pak. Coba sekali lagi. Bagus sekali".

3. Fase Terminasi

- a. Evaluasi Subjektif dan Objektif :** "Bagaimana perasaannya pak setelah kita latihan berkenalan?. Coba sekarang ibu ulangi cara bekenalan dengan satu orang. "Wah bagus sekali, bapak sudah paham cara berkenalan dengan satu orang".
- b. Rencana Tindak Lanjut :** "ibu bisa mengingat apa yang sudah kita pelajari hari ini selama saya tidak ada sehingga ibu lebih siap untuk berkenalan dengan orang lain, ibu bisa melanjutkan percakapannya tentang hal-hal yang menyenangkan ibu bicarakan. Bagaimana kalau kita buat

jadwal latihannya ya bu, setelah ibu sudah melakukannya jangan lupa di masukkan ke dalam jadwal kegiatan ya".

c. Kontrak yang Akan Datang (Waktu, Tempat, Tujuan):

"buk besok bagaimana kalau kita bertemu lagi? Saya akan mengajari cara ke dua yaitu berkenalan dengan dua sampai tiga orang. Apakah ibu bersedia?". "Besok mau bertemu jam berapa bu? Mau berbincang dimana? Oke besok kita berjumpa lagi ya bu, sampai bertemu kembali, jangan lupa selalu jaga kesehatan ya bu".

LAMPIRAN 2 : ANALISA OBAT

Menurut (Ma. theresa M. Amith BS Pharm, 2016) di dalam buku MIMS :

1. Risperidone 2x2 mg

Manfaat

- a. Meredakan gejala skizofrenia dan gangguan bipolar
- b. Mengatasi gangguan perilaku, termasuk gangguan perilaku pada penderita Alzheimer atau anak yang menderita autisme
- c. Membantu menstabilkan emosi, menjernihkan pikiran dan mengurangi gejala psikosis

Efek samping

1. Pusing
2. Agitasi
3. Sakit kepala
4. Mulut terasa kering
5. Mual dan muntah
6. Peningkatan berat badan
7. Insomnia
8. Anisetas

Indikasi

1. Untuk terapi skizofrenia akut dan kronik
2. Kondisi psikosis lainnya
3. Mengurangi gejala-gejala afektif yang berhubungan dengan skizofrenia

Kontraindikasi

1. Pasien demensia dengan riwayat Cerebro Vascular Accident
2. Hipertensi/ DM
3. Intoleransi galaktosa
4. Defisiensi Lactase
5. Hipertensivitas

2. THT (trihexifenidyl) 2x2 mg

Manfaat

1. Untuk mengatasi gejala penyakit parkinson dan gejala ekstrapiramidal akibat penggunaan obat tertentu termasuk antipsikotik
2. Mengurangi kekuatan otot dan mengontrol fungsi otot
3. Membantu meningkatkan kemampuan berjalan pada penderita parkinson

Efek samping

1. Gangguan pencernaan
2. Mulut kering
3. Penglihatan kabur
4. Pusing
5. Cemas
6. Konstipasi
7. Retensi urine

Indikasi

1. Segala jenis penyakit Parkinson, termasuk pasca ensefalitis dan idiopatik, sindroma parkinson akibat obat

Kontraindikasi

1. Tidak boleh diberikan pada pasien dengan glaukoma sudut sempit, Ileus paralitik, hipertofi prostat.

3. Soroquel 1x300 mg

Soroquel obat yang mengandung zat aktif quetiapine fumarate. Obat ini digunakan untuk membantu menangani gangguan mental, seperti skizofrenia dan bipolar

Efek samping :

1. Mengantuk
2. Sakit kepala
3. Pusing
4. Mulut kering
5. Penglihatan kabur
6. Jantung berdebar

Kontraindikasi

1. Hindari penggunaan pada pasien yang memiliki riwayat hipersensitif terhadap soroquel

4. Curcuma 12/jam

Manfaat

1. Mengatasi masalah pencernaan (diare, disentri, dan wasir)
2. Mengandung antioksidan
3. Membantu mengurangi peradangan
4. Meningkatkan nafsu makan
5. Menjaga kesehatan hati

Indikasi

1. Membantu memelihara kesehatan fungsi hati dan membantu memperbaiki nafsu makan.


LAMPIRAN 3 LEMBAR KONSUL

LEMBAR KONSULTASI

Nama Pembimbing
Nama Mahasiswa
Judul

: Ns. Tri Setyaningsih, M.Kep, Sp.Kep.)
: Rosa Aulia

: Asuhan Keperawatan Pada Nn.L dengan Risiko Perilaku kekerasan
kekerasan di ruang PICU wanita Rumah Sakit Dr.H. Marzuki Mahdi

No	Tanggal	Komponen (harus terpenuhi)	Tanda tangan
1.	24-02-2023	Pengarahan dari ibu tri terkait Penyusunan kti dan disuruh mengerjakan BAB II	
2.	15-03-2023	Pengumpulan BAB II	
3.	23-03-2023	Pengumpulan dan konsultasi revisi BAB II	
4.	24-03-2023	Pengumpulan BAB I	
5.	13-04-2023	Pengumpulan revisi BAB 1 dan 2 dan Pengumpulan KTI BAB.3	
6.	19-05-2023	Pengumpulan revisi BAB 1,2,3	
7.	31-05-2023	Pengumpulan revisi 1 dan 3, dan Pengumpulan BAB 4 dan BAB 5	
8.	05-06-2023	Pengumpulan dan konsultasi BAB 1 dan BAB 3	
9.	08-06-2023	konsul dan Bimbingan BAB 1 dan 3	
10.	09-06-2023	Pengumpulan revisi BAB 3 dan 4	
11.	12-06-2023	Bimbingan BAB 3 dan 4	
12.	13-06-2023	Revisi BAB 4	
13.	14-06-2023	Pengumpulan cover, lembar pengesahan, dll, dan BAB 4 dan 5	
14.	16-06-2023	konsul cover-lampiran dan TTD lembar Persetujuan. Ace	